



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

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

**PREVENÇÃO DA DOENÇA INVASIVA PNEUMOCÓCCICA
INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA A GRUPO DE PROFISSIONAIS DE
SAÚDE**

PREVENTION OF INVASIVE PNEUMOCOCCAL DISEASE
COMMUNITY INTERVENTION TO A GROUP OF HEALTH
PROFESSIONALS

Cláudia Sofia Leitão Domingos

Lisboa

2021



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

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

**PREVENÇÃO DA DOENÇA INVASIVA PNEUMOCÓCCICA
INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA A GRUPO DE PROFISSIONAIS DE
SAÚDE**

PREVENTION OF INVASIVE PNEUMOCOCCAL DISEASE
COMMUNITY INTERVENTION TO A GROUP OF HEALTH
PROFESSIONALS

Cláudia Sofia Leitão Domingos

Sob a orientação de: Professora Doutora Cândida Ferrito

Lisboa

2021

PENSAMENTO

*“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos
não é senão uma gota de água no mar.
Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.”*

Madre Teresa de Calcutá

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Doutora Cândida Ferrito, pela sua incondicional disponibilidade e sapiência, e pela forma como sempre me soube guiar ao longo desta etapa da minha vida académica. À Sr.^a Enfermeira Especialista Maria José Moreira, orientadora do percurso clínico de estágio, pelos conselhos e indicações sempre presentes na condução do projeto e na escolha das estratégias mais eficazes a adotar. À minha família, ao meu marido, ao meu filho e aos meus pais, pela sua presença apoio e carinho insubstituível, pois sem eles não teria sido possível. Aos meu colegas da Unidade de Queimados e aos meus amigos, pois sem o seu incentivo e apoio este percurso teria sido mais árduo.

RESUMO

Introdução

Nos últimos anos, a vacinação foi um dos grandes avanços no campo da medicina e com esta vieram maiores ganhos em saúde para a população a nível mundial. As vacinas, enquanto fármacos, têm uma importância significativa no campo da prevenção de doenças.

Nos países industrializados, a incidência da doença invasiva pneumocócica tem uma variação entre 8 a 34 casos por 100 000 habitantes, sendo mais elevado no grupo etário inferior a dois anos de idade e no grupo com idade superior a cinquenta anos (Costa, *et al*, 2016). No período de 2000 a 2006, a pneumonia adquirida na comunidade representou 3,7% dos internamentos na população adulta em Portugal (Costa, *et al*, 2016). Para além da idade, são também fatores de risco para o seu desenvolvimento, a existência de comorbilidades e hábitos tabágicos e alcoólicos. A 23 de maio de 2015, a Direção Geral da Saúde (DGS) divulgou a norma 011/2015 com atualização a 6 de novembro de 2015, referente à vacinação contra infeções por *Streptococcus pneumoniae* de grupos com risco acrescido para doença invasiva pneumocócica (DIP) com mais de 18 anos de idade. Foi com base nesta norma que o projeto de intervenção comunitária foi desenvolvido numa Unidade de Saúde Pública, tendo como população alvo o grupo de profissionais do ACES.

Objetivo

Prevenção da doença invasiva pneumocócica num grupo de profissionais de um ACES.

Metodologia

A fundamentação teórica baseou-se numa revisão bibliográfica com base em pesquisa realizada no Google Académico, na EBSCOhost, PubMed e em manuais de referência sobre a temática. Utilizou-se a metodologia do Planeamento em Saúde para avaliar necessidades, fixar objetivos, programar a intervenção comunitária, executá-la e avaliá-la. O instrumento de recolha de dados aplicado foi um inquérito em formato digital, que visou identificar o número de profissionais que

poderiam ter indicação para cumprir o esquema de vacinação antipneumocócica. A Educação para a Saúde foi a estratégia escolhida tendo por base, como referencial teórico de enfermagem, o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. A amostra foi constituída por 120 trabalhadores que participaram de forma voluntária no estudo.

Resultados

A aplicação do inquérito eletrónico foi dirigida aos 600 profissionais e foram obtidas 120 respostas, que corresponde a uma amostra de 20% da população. No total de repostas, verificou-se que 28 profissionais apresentavam doença ou condição que se enquadram nas recomendações da vacinação antipneumocócica, porém apenas 4 indivíduos tinham o esquema de vacinação antipneumocócica em dia, o que revela uma baixa adesão.

Conclusão

Uma ação estruturada, como a educação para a saúde, com apresentação da informação relevante sobre esta temática e, posterior reforço em consulta de saúde ocupacional, contribui para a obtenção de ganhos em saúde e para um compromisso do indivíduo/grupo com o plano de ação. Considerando as competências do enfermeiro especialista de saúde comunitária e, sendo a comunidade ou o grupo o foco da sua área de atuação, a saúde ocupacional obterá ganhos significativos no âmbito da promoção da saúde, com a participação deste profissional.

Palavras-chave

Vacinação, prevenção, educação para a saúde, saúde ocupacional.

ABSTRACT

Introduction

In recent years, vaccination was one of the greatest advances in the medical field, and with it have come health gains for the population worldwide. Vaccines, like drugs, have significant importance in the field of disease prevention.

In industrialized countries, the incidence of the invasive pneumococcal disease has a range of 8 to 34 cases per 100 000 individuals. The incidence is the highest in the individuals within the age group of under two years of age and the group over fifty years of age (Costa, *et al*, 2016). Between 2000 to 2006, community-acquired pneumonia accounted for 3.7% of hospitalizations in the adult population in Portugal (Costa, *et al*, 2016). In addition to age, comorbidities and smoking and alcohol habits are also risk factors for its development.

On May 23, 2015, the Directorate-General for Health (DGS) published standard 011/2015, updated on November 6, 2015, on the vaccination against *Streptococcus pneumoniae* infections in groups at increased risk for invasive pneumococcal disease (IID) over 18 years of age. It was based on this standard that the community intervention project was developed in a Public Health Unit, having as target the group of professionals from an ACES.

Objective

Prevention of the invasive pneumococcal disease in a group of professionals from an ACES.

Methodology

The theoretical basis was a literature review based on a search conducted in Google Scholar, EBSCOhost, PubMed, and reference manuals on the topic. The Health Planning methodology has been used to assess needs, set goals, program the community intervention, and execute and evaluate it. The data collection instrument applied was a digital survey, which aimed to identify the number of professionals who should comply with the pneumococcal vaccination scheme. Health education was the chosen strategy, based on Nola Pender's Health Promotion Model as a

nursing theoretical reference. The sample consisted of 120 workers who participated voluntarily in the study.

Results

The survey applied to 600 professionals got 120 responses, which is 20% of the inquiries. In the total number of responses, 28 professionals had a disease or condition that met the recommendations for the anti-pneumococcal vaccination protocol. Although only 4 individuals had the anti-pneumococcal vaccination plan up to date, indicating low compliance.

Conclusion

A structured action, such as health education, presented with relevant information on this topic and subsequent reinforcement in occupational hygiene consultations, contributes to health gains and the individual/group commitment to the action plan. Considering the competencies of the community health specialist nurses with the community or group being the focus of their area of expertise, occupational hygiene will obtain significant gains in health promotion with the participation of these professionals.

Keywords

Vaccination, prevention, health education, occupational hygiene.

ACRÓMIOS E SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CAP – Community-acquired pneumonia

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral da Saúde

DIP - Doença Invasiva Pneumocócica

IA – Indicador de Atividade

p. – Página

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNV – Programa Nacional Vacinação

Pn13 - Vacina polissacárida conjugada de 13 valências contra infeções por *Streptococcus pneumoniae*

Pn23 - Vacina polissacárida de 23 valências contra infeções por *Streptococcus pneumoniae*

RNU – Registo Nacional do Utente

SINAVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

USP – Unidade de Saúde Pública

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

0 - INTRODUÇÃO	17
1 - ENQUADRAMENTO DO LOCAL DE ESTÁGIO	21
2 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	25
2.1 - Vacinação	25
2.2 - Vacinação Antipneumocócica	26
2.3 - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e a Saúde Ocupacional	28
2.4 - Referencial Teórico – “Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender”	31
3 - METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE	37
3.1 - Diagnóstico De Situação	38
3.1.1 - Contextualização do Local de Intervenção e da Problemática	38
3.1.2 - Análise Dos Dados	41
3.1.3 - Problemas Identificados	44
3.2 - Determinação de Prioridades	45
3.3 - Fixação de Objetivos	47
3.4 - Seleção de Estratégias	49
3.5 - Preparação Operacional	51
3.6 - Avaliação	54
4 – ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS	57
5 - CONCLUSÃO.....	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
APÊNDICES.....	69
Apêndice I - Cronograma de Atividades	71
Apêndice II - Inquérito	73
Apêndice III - Pedido de autorização para divulgação do inquérito	79
Apêndice IV - Grelha de Análise de Prioridades	83
Apêndice V - Atividade 1	85
Análise de Dados	85
Apêndice VI - Atividade 2	93
Poster	93
<i>A saúde dos Profissionais do ACES de [REDACTED] também é importante!</i>	93
Apêndice VII - Atividade 3	95
Procedimento sobre a vacinação antipneumocócica para consulta de enfermagem em saúde ocupacional	95
Apêndice VIII- Poster	113

**INTERVENÇÕES UTILIZADAS PARA A PREVENÇÃO DOS HÁBITOS
ALCOÓLICOS NOS ADOLESCENTES..... 113**

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Interseção da saúde ocupacional com diferentes áreas e programas de saúde.....	31
Figura 2 - Diagrama adaptado do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender	35

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Critérios para vacinação antipneumocócica indicados pelos profissionais.....	42
--	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Identificação dos profissionais com critérios do esquema de vacinação antipneumocócica.....	42
Tabela 2- Profissionais que foram inoculados com a vacina Prevenar®	43
Tabela 3 - Profissionais que foram inoculados com a vacina Pneumovax®	43
Tabela 4 -Motivos referidos pelos profissionais para não estarem vacinados	43
Tabela 5 - Profissionais interessados em serem vacinados	44
Tabela 6 - Priorização dos diagnósticos de enfermagem.....	46
Tabela 7 - Objetivos do projeto de intervenção	48
Tabela 8 - Inter-relação Objetivos/Atividades	52

0 - INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se no âmbito da unidade curricular *Estágio de Saúde Comunitária: Estágio Final e Relatório*, que integra o 13º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização Enfermagem Comunitária: área de saúde comunitária e saúde pública da Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Pretende-se com este documento apresentar o trabalho desenvolvido em estágio e refletir sobre a aprendizagem, aquisição e desenvolvimento de competências gerais do enfermeiro especialista e competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária.

Para uma melhor consolidação destas aptidões, foi proposto a elaboração e aplicação de um projeto de intervenção comunitária intitulado “Prevenção da Doenças Invasiva Pneumocócica - Intervenção Comunitária a Grupo de Profissionais de Saúde”, no qual a intervenção do enfermeiro tem um papel relevante para a sua operacionalização e concretização.

Este projeto, aplicado no local de realização do estágio, teve como objetivo contribuir para a prevenção da doença invasiva pneumocócica nos profissionais do Agrupamento de Centros de Saúde com risco acrescido para doença invasiva pneumocócica e, surgiu de uma necessidade sentida por parte da equipa da Unidade de Saúde Pública do respetivo agrupamento.

A pertinência do tema surge fundamentalmente pela existência atual de uma pandemia por SARS-Cov-2, que tem revelado uma elevada taxa de mortalidade associada à pneumonia provocada por este vírus (Xavier, *et al*, 2020). De acordo com os estudos que vão sendo publicados sobre esta nova patologia, está evidenciado que o desenvolvimento grave da infeção tem uma relação próxima com determinadas doenças crónicas e que comprometem o sistema imunitário do

individuo, como por exemplo a Diabetes *Mellitus* (Marinho, *et al*, 2021), entre outras mais.

O referencial teórico de Promoção da Saúde de Nola Pender – “Modelo De Promoção Da Saúde De Nola Pender”, foi utilizado como orientador do pensamento na construção e implementação deste projeto, uma vez que tínhamos como finalidade, uma mudança de comportamento e um compromisso com vista à promoção da sua saúde, por parte do grupo-alvo da intervenção.

Assim, na contextualização deste projeto deu-se enfoque a temáticas como a educação para a saúde, promoção da saúde, vacinação e a enfermagem no âmbito da saúde ocupacional. A escolha é corroborada com uma afirmação de Borges (2018), ao referir que *“Os profissionais de saúde na área da saúde ocupacional, nomeadamente os enfermeiros, têm um papel preponderante na promoção de ambientes de trabalho saudáveis, ou seja, na minimização de riscos a nível do ambiente físico e psicossocial, na promoção de comportamentos saudáveis entre os trabalhadores e no envolvimento das empresas com a comunidade.”*

Para uma melhor leitura e interpretação do presente relatório, este foi estruturado com a seguinte ordem de apresentação: descrição do contexto de estágio para conhecimento do local onde se desenvolveu o processo de aprendizagem; enquadramento teórico onde são apresentados os temas que sustentam o projeto de intervenção comunitária, como a vacinação, a vacinação antipneumocócica, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e a saúde ocupacional, e por fim o referencial teórico de Promoção da Saúde de Nola Pender; apresentação das etapas do planeamento em saúde, segundo António Tavares (1990) utilizadas na construção e implementação do projeto; por último surge uma reflexão sobre as competências adquiridas ao longo do contexto de estágio e a conclusão do presente trabalho.

Ao longo deste relatório a identificação do local de estágio será omissa e alguns intervenientes participantes no projeto de intervenção não serão identificados.

Para a elaboração deste trabalho foram adotadas as normas American Psychological Association (2012).

.

1 - ENQUADRAMENTO DO LOCAL DE ESTÁGIO

A Unidade Curricular de prática clínica da área da especialização, Estágio Final e Relatório, decorreu no período compreendido entre 7 de setembro e 19 de dezembro de 2020, num total de 360 horas de contacto. Teve lugar numa Unidade de Saúde Pública (USP) do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Instituto Público (ARSLVT, IP).

Este momento de aprendizagem foi orientado por uma Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem em Saúde Comunitária, inicialmente na Sede da Unidade de Saúde Pública do ACES e posteriormente, no Polo.

O presente estágio decorreu num período particularmente especial, em vivência de uma pandemia por SARS-CoV-2 que teve particular impacto no âmbito da Saúde Pública. Contudo, proporcionou uma experiência de aprendizagem e consolidação de conhecimentos teóricos e científicos muito enriquecedores.

Para uma melhor caracterização do contexto de estágio torna-se premente fazer um enquadramento do ACES, assim como, da respetiva Unidade de Saúde Pública. Para tal, foi fundamental a informação disponibilizada pela Sr.^a Enfermeira Orientadora, o período inicial de observação do campo de estágio e a pesquisa bibliográfica efetuada nos documentos/informação disponibilizados no *site* da ARSLVT, do ACES, Câmara Municipal e outras fontes mais.

De acordo com o Perfil Local de Saúde de 2017, o ACES abrange uma população residente de 383 946 habitantes que corresponde a 10.6% da população da Região de Lisboa e Vale do Tejo. Está inserido no segundo município mais populoso do país a seguir a Lisboa e com uma grande diversidade paisagística, isto é, por um lado apresenta uma forte componente urbana e por outro, uma extensa área rural e florestal (Site Câmara Municipal de Sintra, 2020).

O município é composto por onze freguesias. A norte do concelho predominam as atividades agrícola, indústria extrativa e de transformação de pedras ornamentais

e nas freguesias mais a sul desenvolvem outras atividades industriais de comércio e serviços (Plano local de Saúde, 2017).

Assim, o ACES assenta numa matriz organizacional composta por treze Unidades de Saúde Familiar (USF), 11 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), cinco Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), uma Unidade de Saúde Pública (USP) e uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). Estas unidades são dotadas de autonomia gestionária, constituídas por equipas multiprofissionais que desenvolvem atividades aos diferentes níveis de prevenção, baseadas em compromissos assistenciais contratualizados e dirigidas ao indivíduo/família, grupos/comunidade e população em geral, numa perspetiva de funcionamento interno e externo em rede. A distribuição geográfica das Unidades segue o padrão da densidade populacional.

O ACES tem definido como missão garantir à população do Concelho o acesso à prestação de cuidados de saúde, adequando os recursos disponíveis às necessidades e cumprindo políticas e programas de saúde na sua área de intervenção, tendo uma visão de excelência na prestação de cuidados de saúde para a melhoria sustentável da qualidade de vida. Os valores nos quais se baseiam, são: a responsabilidade, a integridade, a entreeajuda e reciprocidade, o profissionalismo, a humanização e a qualidade (Manual de Acolhimento do Colaborador do ACES de Sintra, 2016).

Constituem os órgãos de administração e fiscalização do ACES, a Diretora-Executiva, o Conselho Executivo, o Conselho Clínico e de Saúde e o Conselho da Comunidade e, pelos Serviços de Apoio, como sejam: a Unidade de Apoio à Gestão (UAG) e o Gabinete do Cidadão (GC) e a Equipa Coordenadora Local.

O ACES tem cerca de 413.583 utentes inscritos em que cerca de 355 mil utentes são frequentadores. A esta população dá resposta uma equipa multidisciplinar constituída por aproximadamente 650 profissionais (Manual de Acolhimento do Colaborador do ACES de Sintra, 2016).

Atualmente, a Unidade de Saúde Pública dispõe de duas instalações. Desenvolve a sua atividade com autonomia organizativa e técnica em intercooperação com as restantes Unidades Funcionais do ACES, garantindo a necessária articulação

interinstitucional e intersectorial. Esta equipa multidisciplinar é constituída por médicos de saúde pública, autoridades de saúde, enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e em saúde infantil e pediátrica, técnicos de saúde ambiental, higienistas orais, assistentes técnicos e um técnico superior licenciado em medicina. Poderá integrar em permanência ou em colaboração parcial, outros profissionais necessários para o cumprimento dos programas, projetos e atividades.

A USP é uma estrutura flexível e desenvolve a sua atividade em articulação com outras unidades funcionais do ACES, ou seja, tem a seu cargo a coordenação de programas, projetos e serviços que serão executados por outras unidades. Os profissionais poderão desempenhar as suas funções em mais do que uma equipa de acordo com o plano de ação da USP, respeitando objetivos e experiências profissionais individuais.

De acordo com o Regulamento Interno (2016) da Unidade, a sua Missão visa *“promover a saúde da população da sua área geodemográfica de intervenção, procurando o equilíbrio entre o individuo, a comunidade e o meio ambiente, utilizando para isso todos os instrumentos técnicos e científicos de Saúde Pública. Pretende deste modo posicionar-se como elemento catalisador de parcerias intra e intersectoriais contribuindo para o cumprimento da missão do ACES em que está inserido”*.

Quanto à Visão, a USP tem como finalidade ser reconhecida como uma instituição de referência e com parceria privilegiada junto dos agentes da comunidade e de outras entidades pertencentes ou não ao sector da saúde, com o objetivo da garantia da proteção da saúde da população. Nesta linha de pensamento, levantam-se os valores da excelência técnica, assegurando os melhores níveis de resultados e de serviço prestado à população do ACES, o sentido da responsabilidade e respeito, a garantia de transparência, equidade, acessibilidade à população, atitude de disponibilidade e flexibilidade e o dever de cooperação entre profissionais e instituições (Regulamento Interno Unidade Saúde Pública, 2016).

Na USP são desenvolvidas diversas atividades inerentes à saúde pública. Desenvolvem a função de observatório da saúde da área geodemográfica do

ACES, identificando e monitorizando o estado da saúde da população. Realizam a vigilância epidemiológica no âmbito das doenças transmissíveis e das emergências em Saúde Pública. Procedem à gestão de programas e projetos como: Programa Nacional de Vacinação; Programa Nacional de Saúde Escolar; Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral; Programa de Saúde Ocupacional Externa e Projeto de Intervenção em Saúde Mental. No campo de ação da Saúde Ambiental, gerem: o projeto Revive da Rede de Vigilância de Vetores; o projeto Regional de Qualidade do Ar Interior; a vigilância epidemiológica integrada da Doença dos Legionários; a vigilância de doenças de origem alimentar em lares de idosos; vigilância sanitária das águas; vigilância sanitária do *habitat*; vigilância sanitária das condições de higiene, segurança e saúde de estabelecimentos comerciais, industriais, de apoio social e Unidades Privadas de Saúde. Em cada programa ou projeto existe um ou dois gestores nomeados pelo coordenador da USP que é responsável pelo desenvolvimento, controlo, execução e resultado do mesmo.

A USP desenvolve ainda funções no âmbito da qualidade dos serviços, na formação e como Autoridade de Saúde.

À data da realização do estágio, e por consequência da pandemia existente por SARS- Cov-2, toda a atividade da USP estava maioritariamente focada na vigilância epidemiológica da COVID-19. Diariamente eram realizados um elevado número de inquéritos epidemiológicos, que implicava um conjunto de ações diversas como contactos telefónicos para vigilância ativa ou para determinação de contactos de risco, emissão de declarações para Isolamento Profilático, gestão de casos em escolas, entre outros procedimentos mais. Para o desenvolvimento destas atividades eram utilizadas plataformas informáticas como o SINAVE (Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica), RNU (Registo Nacional de Utentes), Trace-COVID (sistema de monitorização e acompanhamento do ciclo de vigilância dos utentes para COVID-19), SClinico, correio eletrónico da ARSLVT, etc.

Contudo, surgiram outras situações emergentes que careceram de resposta em tempo útil, como por exemplo a gestão de notificações obrigatórias de doença, nomeadamente a tuberculose, Doença dos Legionários ou Salmoneloses não Typhi e não Paratyphi, que implicam igualmente a realização de inquérito epidemiológico.

2 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Os temas abordados neste capítulo resultam de uma revisão bibliográfica com base em pesquisa realizada no Google Académico, na EBSCOhost, PubMed e em manuais de referência sobre a temática da vacinação e em particular, sobre a vacinação antipneumocócica. Estes temas objetivam suportar teoricamente e conceptualmente o projeto desenvolvido.

2.1 - Vacinação

A vacinação teve início com Eduard Jenner, há cerca de 200 anos e foi um dos maiores avanços da medicina moderna, mudando o panorama das doenças infecciosas. No apontamento inicial do Programa Nacional de Vacinação de 2020, a Dr.^a Graça Freitas, na qualidade de Diretora Geral da Saúde, menciona que a vacinação é um direito e um dever do cidadão, sendo uma responsabilidade e um ato de solidariedade que visa a defesa da saúde do próprio e da saúde pública em geral (DGS, 2020).

Trata-se de uma medida com elevados ganhos em saúde e com melhor relação de custo-efetividade (Freitas, G. e Leça, A., 2017). Os diversos programas e estratégias implementadas de forma sistematizada em torno da vacinação ao longo dos tempos, permitiram uma melhoria significativa na qualidade de vida da população e uma redução efetiva das taxas de mortalidade. Todos os anos as vacinas salvam a vida de cerca de 3 milhões de pessoas (WHO, 2021).

Para além da proteção individual que as vacinas conferem, a sua utilização de forma massiva leva a uma quebra significativa da circulação de determinados microrganismos entre pessoas, originando a “imunidade de grupo” (DGS, 2021). Desta forma, a vacinação tem dois objetivos temporalmente distintos, o de prevenir a curto prazo que o indivíduo/comunidade contraia doenças infecciosas graves e a longo prazo, erradicar sempre que possível a doença a que se dirige (Hespanhol, A., *et al*, 2008).

Embora as vacinas sejam consideradas medicamentos, estas têm uma ação preventiva e não terapêutica, atuando sob o sistema imunitário do indivíduo promovendo a produção de anticorpos contra um determinado agente infeccioso. Assim, consegue-se prevenir o surgimento da doença ou proteção contra doenças associadas à doença alvo da vacinação, como é o exemplo das pneumonias bacterianas associadas à gripe (Freitas, G. e Leça, A., 2017). Desta forma, a vacinação enquadra-se no nível de prevenção primária que visa prevenir a ocorrência de doença, lesão ou incapacidade (Stanhope, M.; Lancaster, J. 2011).

Em Portugal o Programa Nacional de Vacinação (PNV) foi implementado em 1965, com contínuas atualizações ao longo do tempo e que visam a melhor e mais adequada vacinação para a população. Tem como principais características ser universal, gratuito, seguindo um calendário recomendado, ter uma prescrição universal, ser administrado por enfermeiros em hospitais e centros de saúde, com coordenação da DGS e financiado com base no orçamento de estado (DGS, 2021).

2.2 - Vacinação Antipneumocócica

A DGS divulgou a norma 011/2015 em 23/06/2015 com atualização a 6/11/2015, referente à vacinação contra infeções por *Streptococcus pneumoniae* de grupos com risco acrescido para doença invasiva pneumocócica (DIP) com mais de 18 anos de idade. Este documento visa orientar os profissionais de saúde para a implementação da vacinação nos indivíduos que assim necessitem, de forma sustentada e organizada, com o propósito da prevenção da doença.

O *Streptococcus pneumoniae* é uma bactéria Gram-positiva que consegue colonizar as vias respiratórias (Linkevicius, *et al*, 2019) e causar infeções como a otite média aguda, sinusite, classificadas de doença não invasiva, ou pneumonia acompanhada de bacteriemia, meningite e septicémia, classificada de doença invasiva pneumocócica (Costa, *et al*, 2016).

Nos países industrializados a incidência desta doença varia entre 8 e 34 casos por 100 000 habitantes, sendo mais elevado no grupo etário inferior a dois anos de idade e no grupo com idade superior a cinquenta anos de idade (Costa, *et al*, 2016). No período de 2000 a 2006, a pneumonia adquirida na comunidade representou

3,7% dos internamentos na população adulta em Portugal (Costa, *et al*, 2016). Para além da idade, a existência de comorbilidades, como a doença cardiovascular, doença pulmonar, renal, hepática e a diabetes *Mellitus*, situações de imunodeficiência ou imunocompromisso, assim como, alguns estilos de vida menos saudáveis, onde estão presentes os hábitos alcoólicos e tabágicos, podem aumentar o risco para a DIP (Costa, *et al*, 2016; Linkevicius, *et al*, 2019).

As vacinas comercializadas e disponíveis no mercado são uma das formas de prevenir a doença pneumocócica. São conhecidos mais de 90 tipos de pneumococos, no entanto as vacinas abrangem apenas alguns destes, mas incluem os mais capazes de provocar doença.

Estão recomendadas no PNV 2 tipos de vacina: a vacina conjugada, direcionada contra 13 tipos de pneumococo (*Prevenar-13*) e a vacina polisacarídica, dirigida contra 23 tipos de pneumococo (*Pneumovax-23*) (Plano Nacional de Vacinação, 2020).

De acordo com a norma 011/2015 da DGS, recomenda-se a vacinação com estas duas vacinas em que o esquema vacinal é o seguinte:

- Os adultos pertencentes aos grupos com risco acrescido para DIP, sem qualquer dose anterior de vacina polissacárida conjugada de 13 valências contra infeções por *Streptococcus pneumoniae* (Pn13) ou vacina polissacárida de 23 valências contra infeções por *Streptococcus pneumoniae* (Pn23), devem ser vacinados primeiro com a Pn13 e posteriormente, num período entre 6 a 12 meses (mínimo 8 semanas) com a Pn23. Passados 5 anos, deveram fazer novo reforço de Pn23;
- Os adultos de risco para DIP, previamente vacinados com 1 ou 2 doses de Pn23 devem ser vacinados 12 meses após a última dose com a Pn13, seguido de novo reforço de Pn23 desde que decorram 5 anos após a última dose de Pn23, com um intervalo mínimo de 8 semanas da Pn13.

Este esquema de vacinação pode ser iniciado em qualquer altura do ano, uma vez que a doença não está associada a sazonalidade, devendo ter-se em conta que em grupos específicos, como por exemplo os indivíduos com infeção por vírus da

imunodeficiência humana, doenças autoimunes entre outras, devem ser administradas na altura de maior capacidade de resposta do sistema imunitário.

A opção pela vacinação na prevenção da DIP pode ser muito vantajosa em termos económicos e obter ganhos importantes para a saúde da população, uma vez que se reduzem os custos com internamento, antibióticos e por sua vez, reduz a morbidade e a mortalidade, prevenindo as complicações e sequelas da doença e a resistência aos medicamentos antimicrobianos (Kaplan, *et al*, 2019). De acordo com Freitas e Leça (2017), um dos benefícios adicionais desta vacina conjugada é diminuir a prevalência de estirpes resistentes aos antibióticos.

Na vivencia atual de uma pandemia por SARS-Cov-2, que tem demonstrado ter um impacto significativo no adulto com doença crónica e com imunossupressão, em que as vias respiratórias são as mais afetadas, deixando sequelas significativas no individuo, torna-se importante prevenir outras doenças que poderão surgir no decorrer desta, dificultando ainda mais o processo de recuperação do individuo.

Num artigo publicado recentemente por Root-Bernstein (2020), intitulado *“Possible Cross-Reactivity between SARS-CoV-2 Proteins, CRM197 and Proteins in Pneumococcal Vaccines May Protect Against Symptomatic SARS-CoV-2 Disease and Death”*, há referência à possibilidade da vacina antipneumocócica, pelas suas características e resposta imunitária desencadeada, ser uma mais-valia na capacidade de reação do organismo contra a COVID-19, não prevenindo a doença, mas sim as suas complicações.

2.3 - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e a Saúde Ocupacional

O Regulamento n.º 428/2018 Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018 que institui as Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária — na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, refere que este: estabelece com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades; integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos

objetivos do Plano Nacional de Saúde, realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Perante as competências que estão estabelecidas para o enfermeiro especialista em saúde comunitária, é notória a grandeza e complexidade do desenvolvimento das mesmas. Leva a que este profissional apresente aptidão em diversas áreas com é o caso da liderança e trabalho em equipa para potenciar o alcance das metas que respondem às necessidades de saúde da população (Melo, 2020).

É no âmbito da gestão e coordenação de programas e projetos que está centralizada a competência deste profissional, como defende Melo (2020).

De acordo com o artigo 101.º do Código Deontológico do Enfermeiro, o dever para com a comunidade designa que: “O enfermeiro, sendo responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem, assume o dever de:

- a) Conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está profissionalmente inserido;
- b) Participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detetados;
- c) Colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade.”

Considerando as competências descritas para este profissional e sendo a comunidade ou o grupo o foco da sua atuação, a saúde ocupacional tem aqui ganhos significativos com a participação do enfermeiro especialista em saúde comunitária.

Ao longo destes últimos tempos, a saúde ocupacional tem vindo a ter um lugar privilegiado junto dos trabalhadores, independentemente da sua área profissional, com especial atenção e foco no âmbito da promoção da saúde, promovendo-a individualmente e nos ambientes de trabalho.

A sua principal finalidade, de acordo com o Programa Nacional de Saúde Ocupacional: Extensão 2018/2020 (DGS, 2018), assenta na prevenção dos riscos profissionais e na proteção e promoção da saúde do trabalhador, através de

estratégias de identificação, avaliação e controlo dos riscos existentes no local de trabalho, ou deles emergentes, de ações de vigilância da saúde dos trabalhadores e de promoção da saúde no local de trabalho.

Assim, a Saúde Ocupacional visa garantir ambientes de trabalho saudáveis que: evitem ou minimizem a exposição profissional a fatores de risco, suscetíveis de comprometer a saúde do trabalhador; assegurem uma elevada qualidade de vida no trabalho; permitam alcançar elevados níveis de conforto, saúde e bem-estar físico, mental e social a todos os trabalhadores (DGS, 2018).

No mesmo documento referenciado anteriormente, a DGS advoga que a saúde ocupacional necessita que exista uma interdisciplinaridade entre profissionais especializados, com uma matriz de conhecimentos e de competências específicas, na qual está presente entre outros, a enfermagem. Assim, e com base no desenvolvimento das suas competências específicas, o enfermeiro especialista em saúde comunitária é um elemento que pode fazer a diferença na assistência aos trabalhadores, tendo como local privilegiado de atuação o local de trabalho, para o desenvolvimento de atividades que visam a promoção da saúde, assim como outras mais.

Salienta-se ainda, que o Programa de Saúde Ocupacional: Extensão 2018/2020, contribui para os objetivos do Plano Nacional de Saúde (PNS), ao: **promover contextos favoráveis** à saúde ao longo do ciclo de vida, fomentando a promoção, proteção e manutenção da saúde, e a prevenção, tratamento e reabilitação da doença na população trabalhadora; **obter ganhos em saúde** ao considerar, por exemplo, a diminuição da ocorrência e da gravidade dos acidentes de trabalho e a redução da incidência e prevalência de doenças “ligadas” ao trabalho (DGS, 2018). Acresce também, o facto de estar em concordância com os sete princípios orientadores do PNS, que são: Prevenção e Controlo da Doença, Promoção e Proteção da Saúde, Colaboração Intersectorial, Capacitação dos cidadãos, Promoção de ambientes saudáveis, Divulgação e implementação de boas práticas, Fortalecimento da Saúde Global.

Desta forma, a Saúde Ocupacional intersecta com diversas áreas e programas de saúde, podendo potenciar positivamente os mesmos com a sua intervenção (figura 1).

Figura 1- Interseção da saúde ocupacional com diferentes áreas e programas de saúde



Fonte: Programa Nacional de Saúde Ocupacional: Extensão 2018/2020 (DGS,2018).

Relativamente às entidades empregadoras, nomeadamente ao nível da gestão, é importante terem presente que a qualidade da produção e dos serviços depende do bem-estar, da qualidade de vida e do ambiente de trabalho que disponibilizam, criando estímulo e reduzindo sensivelmente o nível de absentismo no trabalho (Borges, E., 2018).

No contexto específico dos trabalhadores da área da saúde, Borges (2018) refere com base em orientações da DGS, que a proteção da saúde e do bem-estar, assim como a prevenção dos riscos profissionais são direitos que devem estar salvaguardados pelas entidades empregadoras. Também são *“requisitos imprescindíveis à qualidade da atividade prestada e importantes condições para mais ganhos em saúde, dado que trabalhadores da saúde, saudáveis e seguros, garantem o funcionamento do Serviço Nacional de Saúde e a prestação dos cuidados de saúde à população em geral”* (Borges, E., 2018, p. 18).

2.4 - Referencial Teórico – “Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender”

A adoção de um modelo teórico para fundamentar um projeto, nomeadamente para orientar na sua construção e aplicação, demonstra-se fundamental na prática da

enfermagem. De acordo com Tomey e Alligood (2004, p. 12), “a teoria confere significado ao conhecimento de modo a melhorar a prática, descrevendo, explicando e antevendo os fenômenos. (...) conduz à autonomia profissional orientando a prática, o ensino e a investigação (...)”.

Perante esta necessidade, o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender foi eleito como referencial teórico de suporte para este trabalho. A escolha deste modelo assenta no facto de se basear na mudança de comportamentos da pessoa visando a promoção da sua saúde. Adota uma visão holística, com base em teorias de aprendizagem social, que permite compreender como motivar as pessoas a adotarem comportamentos saudáveis.

Assim, o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender é o referencial teórico adequado à intervenção realizada ao nível da prevenção primária, ou seja, para a promoção de comportamentos e estilos de vida promotores de saúde.

Pender *et al.* (2015, p. 26), afirma que “*Health promotion (action to contribute to health) and primary prevention (action to avoid or forestall illness) have been shown to have substantial benefits in improving quality of life and longevity*”. Isto é, permitem reduzir ou adiar o aparecimento de doenças através da mudança de comportamentos individuais e/ou de grupo.

Neste modelo estão presentes os principais conceitos do metaparadigma da enfermagem: a pessoa, o ambiente, a saúde e os cuidados de enfermagem. Definindo cada um deles e de acordo com Pender, *et al.* (2015), para melhor compreender a dinâmica do modelo e a sua aplicação à prática:

- A Pessoa é um ser biopsicossocial com características individuais e experiências de vida que influenciam os seus comportamentos, incluindo os comportamentos de saúde. Estas características interagem com o ambiente havendo transformação mútua.
- O Ambiente é o contexto social, cultural e físico envolvente onde a vida se desenrola. Este pode ser manipulado pelo indivíduo para criar um contexto facilitador à adoção de comportamentos que melhoram a sua saúde. A pessoa é

moldada pelo ambiente e simultaneamente, procura criar um ambiente no qual o seu potencial humano se possa expressar.

- A Saúde é definida sob o aspeto individual, familiar e comunitário com o objetivo de aumentar o nível de bem-estar, do potencial humano, no desenvolvimento de capacidades e não como ausência de doença. A saúde depende de fatores como característica demográficas, biológicas, influências interpessoais, fatores situacionais e comportamentais. É o resultado desejado do comportamento de promoção para a saúde, resultando na sua melhoria, capacidade funcional e melhor qualidade de vida.

- A Enfermagem em colaboração com os indivíduos, famílias e comunidades procura criar condições favoráveis para atingir um alto nível de bem-estar e saúde. Incentiva-os a serem ativos, a controlarem os determinantes dos seus comportamentos de saúde e a adotarem medidas para aumentar o seu bem-estar. Estes profissionais fazem parte do seu ambiente interpessoal, exercendo influencias ao longo da sua vida.

Integrando vários constructos, o modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender apresenta três grandes dimensões:

1. Características e Experiências Individuais que integram o comportamento anterior e ainda fatores pessoais biológicos, psicológicos e socioculturais. Tal como é referenciado por Pender, *et al.* (2015, p.36), "*Each person has unique personal characteristics and experiences that affect subsequent actions. The importance of their effect depends on the target behavior being considered.*"
2. Comportamento específico Cognições e Afeto que integram perceber os benefícios e as barreiras para a ação que reforçam as consequências de adotar um comportamento. Perceber a autoeficácia, ou seja, a capacidade pessoal de organizar e executar ações. Integra também, os sentimentos em relação ao comportamento e influências interpessoais (comportamento influenciado por outros indivíduos, família ou profissionais de saúde) e situacionais (o ambiente como facilitador ou não de saúde) (Pender, *et al.*, 2015)

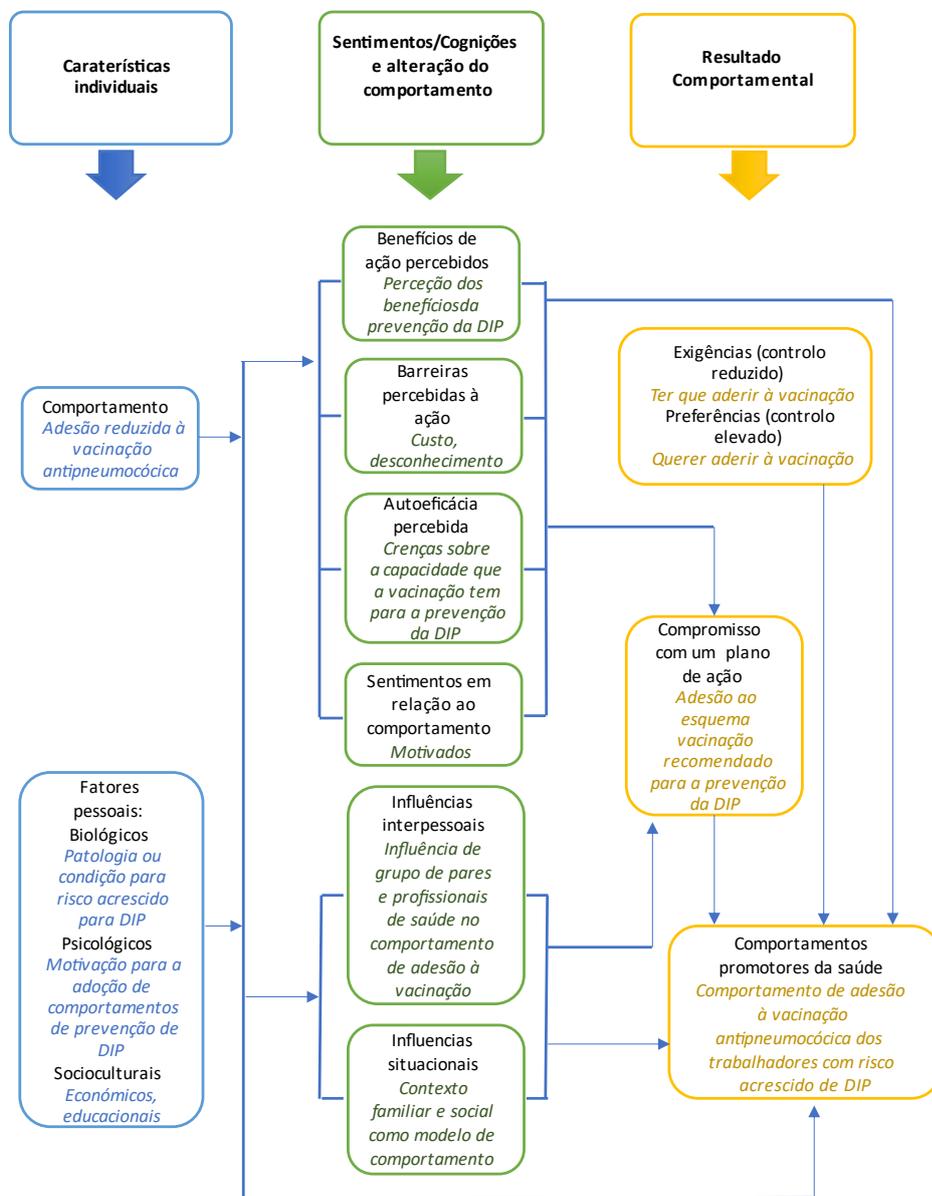
-
3. Resultado do Comportamento abrange o compromisso com o plano de ação, ou seja, esta variável considera o *Comportamento Promotor de Saúde* que é o resultado de toda a ação exercida através deste modelo. Visa a obtenção de ganhos positivos para a saúde da pessoa, através de comportamentos promotores de saúde, principalmente integrados num estilo de vida saudável, resultando em mais saúde, maior autonomia e melhor qualidade de vida em todas as fases do ciclo de vida (Pender *et al.*, 2015).

O Modelo de Promoção da Saúde é caracterizado como um modelo de médio alcance sendo aplicado a qualquer idade e género. A importância da sua utilização está relacionada com a larga aplicabilidade durante o ciclo vida do indivíduo e nos diferentes contextos onde pode ser incluído.

Tendo por base a orientação do Modelo desta teórica e pretendendo contribuir para a prevenção da doença invasiva pneumocócica nos grupos com risco acrescido para esta doença, este foi adaptado a um contexto em que a pessoa se encontra no seu local de trabalho. Por outras palavras, o grupo de intervenção para promoção da saúde foram os profissionais que trabalhavam no ACES.

Na figura 2 é apresentado o diagrama adaptado ao Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, utilizado neste projeto de intervenção.

Figura 2 - Diagrama adaptado do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender



Fonte: Health Promotion in Nursing Practice, p. 35, 2015.

3 - METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE

O Processo de Planeamento em Saúde é recomendado por WHO desde 1977 e continua a ser a forma de planear na comunidade mais utilizada pelos profissionais e pelos decisores políticos, para que de forma útil e prática consigam exprimir as suas políticas e objetivos de saúde (Imperatóri e Giraldes, 1993). Com base nesta recomendação e nas competências do enfermeiro especialista em saúde comunitária, esta metodologia foi a eleita para a elaboração e desenvolvimento do presente trabalho em contexto comunitário

Podemos definir o planeamento em saúde como *“a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socioeconómicos.”* (Imperatóri e Giraldes, 1993, p. 6). Esta metodologia assenta numa visão multissetorial e integrada de uma comunidade, com envolvimento das diversas partes interessadas, como por exemplo, responsáveis políticos, responsáveis técnicos e representantes da comunidade (Imperatóri e Giraldes, 1993).

De acordo com Tavares (1990), o planeamento em saúde visa um estado de saúde, através da promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças no comportamento das populações. Imperatóri e Giraldes (1993), advogam que este processo procura mudanças no comportamento das comunidades ao nível dos seus hábitos de saúde ou na utilização dos serviços, que o tornam um processo de mudança social induzida.

Seguindo a linha de orientação de Tavares (1990), na elaboração de projetos com importância prática, torna-se premente identificar as necessidades e problemas relevantes na área da saúde, exigindo o dispêndio de recursos que podem ser escassos, contribuindo para a sua resolução e satisfazendo os objetivos da instituição onde se pretende que sejam desenvolvidos.

No trabalho apresentado e desenvolvido em contexto de estágio, foram tidas por base as etapas do planeamento em saúde mencionadas por Tavares (1990), que são: diagnóstico de situação, determinação de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, preparação operacional e avaliação.

Para o desenvolvimento do mesmo, na fase inicial foi elaborado um cronograma de atividades que se encontra em apêndice neste relatório (Apêndice I).

3.1 - Diagnóstico De Situação

O diagnóstico de situação, de acordo com Imperatóri e Giraldes (1993), é a primeira etapa para a elaboração de um plano em saúde e deverá ter a particularidade de ser suficientemente alargado para permitir identificar os principais problemas de saúde existentes e respetivos fatores condicionantes. É uma etapa dinâmica do planeamento em saúde, pois nunca se encontra plenamente concluída, uma vez que resulta de um processo contínuo associado ao progressivo conhecimento da situação.

Tavares (1990), refere que este processo deve corresponder às necessidades da população beneficiária, sendo que a concordância entre diagnóstico e necessidades determinará a pertinência dos projetos, programas ou planos.

É com a definição do diagnóstico de situação que se torna possível iniciar e justificar as atividades de forma coerente, sendo o ponto a partir do qual se avalia o avanço obtido com as atividades implementadas (Imperatóri e Giraldes, 1993).

3.1.1 - Contextualização do Local de Intervenção e da Problemática

O ACES dispõe do Plano Local de Saúde para 2018-2020 elaborado pela equipa da USP. Este documento constitui um instrumento agregador e orientador de metas e estratégias com vista à obtenção de ganhos em saúde por parte da população do concelho. Foi concebido com base nas orientações emanadas pela Organização Mundial de Saúde em *Health 2020*, pelo Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020 e pelo Plano Regional de Lisboa e Vale do Tejo (Plano local de Saúde de Sintra, 2019). É seu objetivo ser integrador e facilitador da participação e

colaboração das múltiplas entidades locais representantes de prestadores de cuidados de saúde, do município e da sociedade civil.

Com base neste documento, a USP delineou cinco áreas de intervenção prioritárias, e que são elas:

- Doenças cérebro-cardiovasculares;
- Diabetes Mellitus;
- Saúde Mental;
- Tuberculose;
- Vírus da Imunodeficiência Humana.

Para estas áreas de intervenção foram definidos indicadores, metas e respetivas estratégias, que passam pelo desenvolvimento de parcerias e projetos, entre outros. Contudo, como já foi referido anteriormente, o surgimento da pandemia por SARS-Cov-2 veio alterar todos os planos/projetos em saúde que existiam. Houve mudanças muito significativas no âmbito da saúde e do planeamento em saúde a nível mundial e por inerência, a nível nacional, regional e local.

Nos primeiros dias de estágio, através da observação e compreensão do trabalho desenvolvido pela equipa desta unidade, verificou-se a necessidade de intervir sobre uma área por vezes menos abordada, que são os profissionais que asseguram o funcionamento deste sistema complexo e fundamental para a assistência em saúde da população. Não seria possível dar seguimento à sua atividade sem os recursos humanos. Grande parte da equipa deste agrupamento tinha a sua atividade profissional focada na assistência e na vigilância aos utentes com COVID-19.

Consideramos de importância focal assegurar a saúde e bem-estar destes profissionais de saúde para que conseguiram dar seguimento ao desenvolvimento das suas funções. Assim, e por solicitação da Enfermeira Orientadora deste estágio, foi indicado para desenvolvimento de um projeto de intervenção comunitária a população de trabalhadores deste ACES, nomeadamente no âmbito da prevenção da Doença Invasiva Pneumocócica (DIP), através da vacinação antipneumocócica.

Eles são igualmente um grupo populacional de risco para COVID-19, tanto pela sua exposição a pessoas com infeção ou risco de infeção por SARS-Cov-2, como pelas suas comorbilidades, eventualmente existentes, que os torna mais suscetíveis de contrair a infeção de forma mais critica e até mesmo mortal.

Para além das medidas de proteção individuais emanadas pelas normas e orientações da DGS para os profissionais de saúde, a promoção da vacinação contra a gripe, são algumas das estratégias que já estão a ser implementadas pelas entidades competentes.

De acordo com o Plano da Saúde para o Outono-Inverno de 2020-21 da DGS (DGS, 2020), este período acarreta vários riscos de saúde para as populações, como o risco da gripe e de outras infeções respiratórias agudas, assim como, os riscos impostos pela pandemia provocada pela COVID-19.

Seguindo esta linha de orientação e querendo contribuir para a diminuição das infeções respiratórias agudas e suas complicações, foi considerado como estratégia a implementar a sensibilização para a importância da vacinação contra infeções por *Streptococcus pneumoniae* de grupos com risco acrescido para a DIP.

Assim, será possível obter ganhos em saúde diminuindo a probabilidade de os profissionais do ACES com risco acrescido para a DIP desenvolverem a doença. Atuando com base na prevenção, no âmbito da saúde ocupacional, poderemos contribuir para a diminuição da perda dias de trabalho relacionados com incapacidade causada por esta patologia.

Para a realização do diagnóstico de situação, existiu a necessidade de se aplicar um inquérito aos profissionais do ACES com o objetivo de identificar os potenciais profissionais que poderiam ser alvo de intervenção, nomeadamente terem os critérios de inclusão para realizarem o esquema de vacinação antipneumocócica (Apêndice II).

A utilização do inquérito nesta fase do planeamento em saúde, também foi baseada em Fortin (2003), que nos refere que os estudos de investigação de nível II onde são utilizados estes instrumentos, descrevem a incidência ou a prevalência de um fenómeno numa dada população. São colocadas “*questões relativas à frequência do fenómeno e à sua amplitude na população. Estas questões requerem a*

quantificação do fenómeno ou a estimação da sua frequência” (Fortan, M, 2003, p.54).

Com o auxílio deste instrumento e utilizando o suporte eletrónico do programa informático *Microsoft Office Forms*, foi possível realizar a recolha de dados sem existir um contacto direto com a população em estudo. Devido à atual situação de pandemia por SARS-Cov-2, muitos dos profissionais encontravam-se em teletrabalho, outros estavam deslocados dos seu locais habituais de trabalho, tornando mais difícil aceder de forma presencial à informação e por sua vez ao inquérito em suporte de papel. Este foi um dos principais motivos que levou à escolha de um instrumento de recolha de dados em suporte eletrónico.

Desta forma, o inquérito foi disponibilizado através de um *link* divulgado por correio eletrónico institucional dos profissionais ao qual tiveram acesso num tempo definido, ou seja, este documento encontrou-se ativo durante sete dias.

Salienta-se que na utilização do inquérito foi respeitado o princípio do anonimato, não sendo possível identificar quem enviou a resposta.

Para a operacionalização desta atividade foi enviado um pedido formal à Direção Clínica do ACES (Apêndice III) com vista a solicitar a permissão para aplicação do inquérito e respetiva divulgação via correio eletrónico aos profissionais alvo do estudo.

3.1.2 - Análise Dos Dados

Para análise dos dados recolhidos recorreu-se ao método de estatística descritiva, utilizando o programa informático *Microsoft Office Excel*.

A aplicação do inquérito eletrónico foi dirigida aos 600 profissionais que constituem o ACES. Foram obtidas 120 respostas, que corresponde a uma amostra de 20% desta população.

Do total de repostas, verificou-se que 28 profissionais apresentavam doença ou condição que se enquadram nas recomendações da vacinação antipneumocócica, como se pode ver na tabela 1.

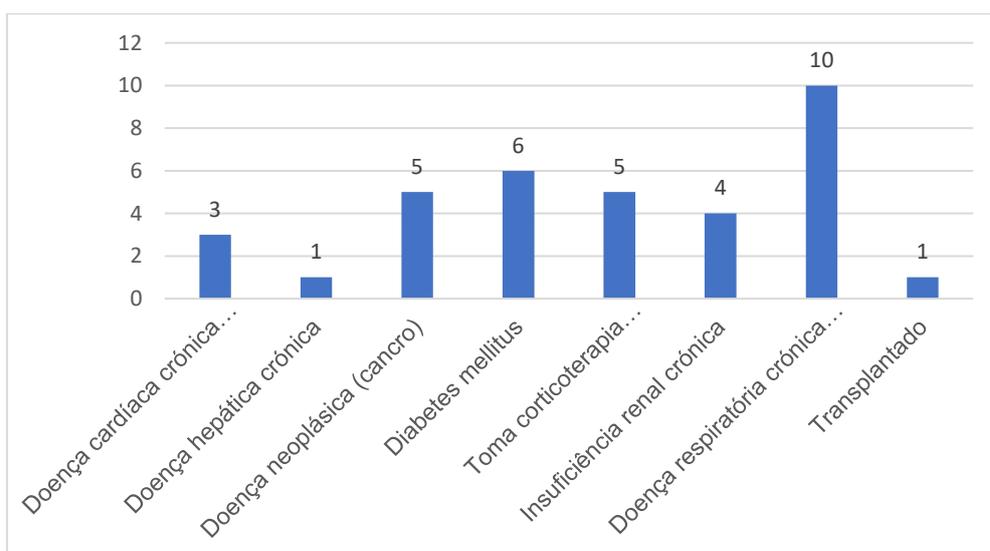
Tabela 1- Identificação dos profissionais com critérios do esquema de vacinação antipneumocócica

Participantes no inquérito	Frequência absoluta N=120
Com doença ou condição que se enquadra no âmbito da vacinação antipneumocócica	28
Sem doença que se enquadra no âmbito da vacinação antipneumocócica	92

Dos 28 profissionais que se enquadram no âmbito da vacinação antipneumocócica, identificam-se 21 com mais de 45 anos de idade. No entanto, com menos de 45 anos de idade, existem 7 pessoas que também podem ser enquadradas nesta amostra.

Pelos dados obtidos, verificamos que no grupo dos 28 profissionais que tem critérios de vacinação a situação de doença com mais expressão é a doença respiratória crónica, que corresponde a 10 profissionais. Em seguida, surge a Diabetes *Mellitus*, com 6 profissionais, a doença neoplásica e a toma de corticoterapia sistémica ou outros medicamentos imunossupressores, com cinco profissionais cada. A insuficiência renal crónica é referida por 4 profissionais e por último, identifica-se 1 profissional com doença hepática crónica e outro transplantado. Estes dados podem ser observados no gráfico 1.

Gráfico 1 - Critérios para vacinação antipneumocócica indicados pelos profissionais



Da amostra em análise, apenas quatro indivíduos cumpriam o esquema de vacinação antipneumocócica, ou seja, foram inoculados com a vacina *Prevenar*® e *Pneumovax 23*®. Os restantes tinham apenas uma das vacinas ou não tinham nenhuma, como se pode ver nas tabelas 2 e 3.

Tabela 2- Profissionais que foram inoculados com a vacina *Prevenar*®

<i>Prevenar</i>®	Frequência absoluta N=28
SIM	9
NÃO	19

Tabela 3 - Profissionais que foram inoculados com a vacina *Pneumovax*®

<i>Pneumovax 23</i>®	Frequência absoluta N=28
SIM	4
NÃO	24

Em relação aos motivos que levaram ao não cumprimento do esquema de vacinação antipneumocócica recomendado pela DGS, 8 dos participantes responderam que não estavam interessados, 7 não tinham recomendação do seu médico assistente, 3 profissionais referiram o custo da vacina e por último, 3 desconheciam o esquema de vacinação e 7 não responderam. Estes dados podem ser observados na tabela 4.

Tabela 4 -Motivos referidos pelos profissionais para não estarem vacinados

Motivos que levaram a não ser vacinado	Frequência Absoluta N=28
Custo	3
Não interessado	8
Médico não recomenda	7
Desconhecimento	3
Não respondeu	7

Em relação à questão que visa saber se os participantes gostariam de ser vacinados, 15 responderam de forma afirmativa e 13 negativamente, como se verifica na tabela 5.

Tabela 5 - Profissionais interessados em serem vacinados

Profissionais com interesse em serem vacinados	Frequência Absoluta N=28
Sim	15
Não	13

3.1.3 - Problemas Identificados

Na elaboração de um diagnóstico de situação, há que ter presente o conceito de problema de saúde, que segundo Tavares (1990), é um estado considerado deficiente pelo indivíduo, médico ou comunidade. Este passo corresponde à última etapa do diagnóstico de situação.

Assim, perante a análise dos dados recolhidos no inquérito aplicado aos profissionais do ACES, verificamos que existe um número significativo de pessoas que têm patologia diagnosticada ou condição que se enquadra na recomendação da norma 11/2015 da DGS, com vista à prevenção da infeção por *Streptococcus pneumoniae*. De uma outra forma, em 20% dos profissionais do ACES, 23.3% apresentam doença crónica ou condição para serem vacinados.

Neste grupo apenas uma pequena parte, ou seja, 14.3% têm o esquema de vacinação antipneumocócica em dia. Os restantes não o cumpriram por diversas razões, nomeadamente por desconhecimento, por não estarem interessados e pelo custo da vacina.

Sendo esta vacinação realizada no seguimento de uma prescrição médica, sete pessoas não o fizeram por indicação do seu médico assistente. Desta forma, será importante intervir no restante grupo no sentido de promover a vacinação e diminuir a incidência de infeções causadas por este microrganismo e suas complicações.

Tendo em conta os problemas identificados através do diagnóstico de situação e sendo a promoção da vacinação uma intervenção de enfermagem, foram definidos os seguintes diagnósticos de enfermagem, elaborados através de linguagem e

terminologia científica da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2011):

- Potencial para melhorar os conhecimentos dos profissionais relativamente à prevenção da Doença Invasiva Pneumocócica.
- Adesão à vacinação não demonstrada, relativamente à vacinação antipneumocócica.

3.2 - Determinação de Prioridades

A determinação de prioridades é um processo de tomada de decisão no qual se pretende perceber quais os problemas que deverão ser solucionados em primeiro lugar, utilizando de forma eficiente os recursos disponíveis e otimizando os resultados a atingir (Tavares, 1990).

Segundo a orientação de Tavares (1990) no âmbito do Planeamento em saúde, esta é a segunda fase e que obedece às seguintes etapas: definição de critérios e sua ponderação e a escolha da técnica para a determinação de prioridades.

Para a seleção e hierarquização dos problemas de saúde identificados, a técnica escolhida foi a grelha de análise, em que a determinação de prioridades é realizada com base nos seguintes critérios (Tavares, 1990):

- Importância do problema;
- Relação entre o problema e os fatores de risco;
- Capacidade técnica de resolver o problema;
- Exequibilidade da intervenção.

De acordo com a grelha de análise que pode ser consultada em apêndice (Apêndice IV), atribui-se sucessivamente uma classificação mais (+) ou menos (-), de forma sequencial aos critérios anteriormente enumerados. O resultado obteve-se a partir dos valores inscritos na grelha, sendo que o valor 1 corresponde à máxima prioridade (Tavares, 1990).

Segundo Tavares (1990), uma das desvantagens da utilização desta técnica é o facto de o primeiro critério ser muito discriminativo. Uma vez atribuída uma classificação diferente entre dois problemas, não permite que a abordagem

subsequente, através dos outros critérios altere a recomendação, condicionando a determinação logo de início. Contudo, apresenta como vantagem o facto de ser bastante objetiva.

Na aplicação do método de grelha foi considerado o referencial teórico de enfermagem de Nola Pender e os respetivos diagnósticos de enfermagem com base em linguagem CIPE, para que a tomada de decisão fosse adequada aos problemas identificados.

A análise feita para a determinação de prioridades está demonstrada na tabela 6.

Tabela 6 - Priorização dos diagnósticos de enfermagem

Diagnósticos de Enfermagem	Critérios				Recomendação
	Importância do problema	Relação entre o problema e os fatores de risco	Capacidade técnica de resolver o problema	Exequibilidade da intervenção	
A - Potencial para melhorar os conhecimentos dos profissionais relativamente à prevenção da Doença Invasiva Pneumocócica	+	+	+	+	1
B - Adesão à vacinação não demonstrada, relativamente à vacinação antipneumocócica	+	+	-	-	12
Diagnóstico prevalente	AB	AB	A	A	

Assim, a importância de intervir a nível cognitivo, como benefício à alteração do comportamento de forma efetiva e para o compromisso com o plano de ação ao longo do tempo, levou a eleger o diagnóstico *Potencial para melhorar os conhecimentos dos profissionais relativamente à prevenção da Doença Invasiva Pneumocócica*, como prioritário para o projeto de intervenção.

O diagnóstico *Adesão à vacinação não demonstrada, relativamente à vacinação antipneumocócica*, demonstrou ter igualmente uma elevada importância, contudo devido à limitação de tempo para desenvolver o projeto e à dificuldade no contacto direto com os profissionais relacionado com a situação de pandemia, verificou-se que a capacidade técnica de resolver o problema e a exequibilidade da intervenção não eram viáveis.

3.3 - Fixação de Objetivos

Após a determinação de prioridades, procedeu-se à fixação de objetivos que fossem passíveis de serem atingidos no espaço de tempo disponível para a implementação do projeto e que permitissem avaliar a intervenção com indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Esta etapa é fundamental pois irá permitir uma avaliação dos resultados obtidos com a realização do projeto. De acordo com Tavares (1990), os objetivos traçados para um processo de planeamento não devem ser vagos ou de âmbito alargado, impossíveis de alcançar na prática. Deverão fornecer normas e critérios às atividades posteriores, contendo elementos para a tomada de decisão no decurso do processo e serem geradores de mensagens sobre comportamentos e estados desejáveis para a população alvo.

Tavares (1990), advoga que aquando da formulação dos objetivos devem ser tidos em conta cinco aspetos fundamentais, e que são eles: a natureza da situação desejada, os critérios de sucesso ou de fracasso, a população alvo de intervenção, a zona de aplicação do projeto e o tempo em que deverá ser atingido.

Segundo Imperatóri e Giraldes (1993), existe a necessidade de passar de objetivos muito agregados a objetivos mais específicos, introduzindo o conceito de objetivo

operacional ou meta, que define como sendo o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades dos serviços de saúde, traduzido em termos de indicadores de atividade.

Por sua vez, um indicador pode ser definido de acordo com Tavares (1990) como *“uma relação entre uma determinada situação e a população em risco dessa situação”* (Tavares, 1990, p.120). Este autor, considera dois tipos de indicadores: indicadores de resultado ou de impacto que permitem medir *“as alterações verificadas num problema ou a situação atual desse problema”* (Tavares, 1990, p. 120), e indicadores de atividade ou de execução que possibilitam medir *“a atividade desenvolvida pelos Serviços”* (Tavares, 1990, p. 120).

Perante o diagnóstico de enfermagem estabelecido neste projeto de intervenção, são apresentados na tabela 7 os objetivos gerais, específicos e operacionais inerentes ao seu desenvolvimento. Neste alinhamento, também são expostos os indicadores de atividade correspondentes a cada objetivo.

Tabela 7 - Objetivos do projeto de intervenção

Objetivo Geral
<ul style="list-style-type: none">• Contribuir para a prevenção da doença invasiva pneumocócica nos profissionais do ACES com risco acrescido para doença invasiva pneumocócica.
Objetivos Específicos
<ul style="list-style-type: none">• Divulgar os resultados obtidos no diagnóstico de saúde.
<ul style="list-style-type: none">• Aumentar os conhecimentos sobre a vacinação antipneumocócica e prevenção da doença invasiva pneumocócica, nos profissionais do ACES com risco acrescido para a doença.
<ul style="list-style-type: none">• Promover a adesão à vacinação antipneumocócica nos profissionais do ACES com risco acrescido para a doença.
Objetivos Operacionais/Metas
<ul style="list-style-type: none">✓ Divulgar a análise dos dados do inquérito aplicado aos profissionais junto da Direção Clínica do ACES.

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Meta – Que a análise dos dados do inquérito seja conhecida pela equipa que constitui a Direção Clínica do ACES. ✓ Divulgar informação sobre a prevenção da DIP e vacinação antipneumocócica aos profissionais do ACES. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Meta – Que a informação sobre a prevenção da DIP e vacinação seja divulgada a 100% dos profissionais que compõem o ACES. ✓ Construir um documento de apoio para a consulta de saúde ocupacional que oriente o acompanhamento dos trabalhadores com indicação para efetuar a vacinação antipneumocócica. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Meta – Ter um documento em suporte escrito e digital que seja disponibilizado a todos os enfermeiros do serviço de saúde ocupacional da ARSLVT.
Indicador De Atividade
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Taxa de divulgação dos resultados do inquérito. ✓ Taxa de divulgação de informação em suporte digital aos profissionais sobre a prevenção da DIP e a vacinação antipneumocócica. ✓ Taxa de execução do documento de apoio à consulta de saúde ocupacional.

Em suma, “(...) cada atividade contribui para a obtenção de um objetivo específico, por sua vez contribuindo para a consecução de um objetivo geral. O conjunto total das atividades permite assim atingir plenamente o objetivo geral do projeto” (Tavares, 1990, p. 134).

3.4 - Seleção de Estratégias

Nesta etapa do planeamento em saúde pretende-se propor formas de atuação com vista à obtenção dos objetivos estabelecidos. Devem estar previstos potenciais obstáculos e resistências à mudança, quer da população, quer das instituições e seus funcionários. A escolha de uma estratégia, de entre várias alternativas, deverá ser feita em função dos seguintes parâmetros: custos, obstáculos, pertinência, vantagens e inconvenientes (Tavares, 1990).

Com vista à escolha das melhores estratégias de intervenção para este projeto foram realizadas diversas reuniões com a enfermeira orientadora e com o professor orientador da UCP, tendo em conta o tema e a população alvo.

Perante o tempo disponível para a aplicação do respetivo projeto e as barreiras impostas pela pandemia que restringiram o contacto mais direto com a população a intervir, assim como, condicionaram a sua disponibilidade para a participação em atividades mais complexas, foram delineadas as seguintes estratégias:

- Divulgação de informação por meio eletrónico sobre a importância da vacinação antipneumocócica aos profissionais do ACES;
- Divulgação dos resultados do inquérito aplicado aos profissionais à Direção do ACES;
- Elaboração de procedimento para consulta de enfermagem em saúde ocupacional.

A divulgação da informação sobre a importância da vacinação antipneumocócica aos profissionais do ACES por via eletrónica, através do correio eletrónico institucional, foi uma das estratégias selecionadas para sensibilizar e esclarecer o grupo para os benefícios da adesão ao esquema de vacinação. Deste modo esta informação chegou a todos, independentemente de poder ou não ser valorizada pelos destinatários.

Na seleção dos métodos educativos deve-se ter em conta as necessidades da população, evitando metodologias complexas e com uma forma de apresentação simples, clara e sucinta (Stanhope, M.; Lancaster, J. 2011).

É importante salientar que a utilização da educação para a saúde no local de trabalho como estratégia para modificar comportamentos constitui um pré-requisito chave na promoção da saúde, no qual o enfermeiro tem uma participação fulcral e plena (Ordem dos Enfermeiros, 2014). Um dos enfoques da educação para a saúde e aprendizagem promovidos pelos enfermeiros prende-se com o facto de permitir aos indivíduos melhorarem as suas capacidades de tomada de decisão e assim alterarem o seu comportamento (Stanhope, M.; Lancaster, J. 2011).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2014), estes podem “...prestar ou coordenar a prestação de estratégias de promoção da saúde e podem

desempenhar um papel valioso na avaliação da prestação e sucessos da estratégia de promoção da saúde.” (Ordem dos Enfermeiros, 2014, p. 26).

Outra estratégia selecionada para o desenvolvimento deste projeto de intervenção foi apresentar à Direção do ACES os resultados obtidos no inquérito, para que estes tivessem um melhor conhecimento da saúde dos seus profissionais e desta forma envolver toda a comunidade laboral na promoção e proteção da saúde dos trabalhadores.

Por fim, foi estabelecida a necessidade de haver um procedimento formal para que fosse possível fazer o acompanhamento adequado e estruturado dos trabalhadores na consulta de saúde ocupacional, nomeadamente os que apresentavam risco acrescido para DIP. Nele é explicitado a forma de encaminhamento e de monitorização destes indivíduos, visando a promoção da sua saúde.

3.5 - Preparação Operacional

Nesta etapa do planeamento em saúde é importante planear operacionalmente a execução do projeto de intervenção comunitária. De acordo com Tavares (1990), esta fase consiste num *“conjunto de atividades (tarefas) que decorrem num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um Programa”* (Tavares, 1990, p. 39). Este autor especifica ainda, que *“(...) cada atividade contribui para a obtenção de um objetivo específico, por sua vez contribuindo para a consecução de um objetivo geral. O conjunto total das atividades permite assim atingir plenamente o objetivo geral do projeto”* (Tavares, 1990, p. 134).

Desta forma, deverão ser discriminadas as atividades constituintes do projeto de intervenção comunitária elaborado, definidas em função dos objetivos estabelecidos, identificando onde, como e quando estas devem ser concretizadas, evitando gastos desnecessários de recursos.

Segundo Tavares (1990), devem estar identificados os intervenientes responsáveis pela execução das mesmas e a sua inter-relação com os objetivos. Assim elaborou-se uma tabela de inter-relação objetivo/atividade, que permitem uma visualização,

compreensão e orientação clara das atividades programadas para a Intervenção Comunitária (tabela 8).

Tabela 8 - Inter-relação Objetivos/Atividades

Inter-Relação Objetivos/Atividades		
Intervenção Comunitária – Prevenção da Doença Invasiva Pneumocócica		
<i>Inter-Relação Objetivos/Atividades</i>		
Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Atividades
<p><i>Contribuir para a prevenção da doença invasiva pneumocócica nos profissionais do ACES com risco acrescido para doença invasiva pneumocócica.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Proporcionar o conhecimento dos resultados obtidos no diagnóstico de saúde. ✓ Aumentar os conhecimentos sobre a vacinação antipneumocócica e prevenção da doença invasiva pneumocócica, nos profissionais do ACES com risco acrescido para a doença. ✓ Aumentar a adesão à vacinação antipneumocócica nos profissionais do ACES com risco acrescido para a doença. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Atividade 1 ✓ Atividade 2 ✓ Atividade 3 ✓ Atividade 2 ✓ Atividade 3

Atividade 1

Após a recolha de dados do inquérito aplicado aos profissionais do ACES, procedeu-se à sua análise e posteriormente à elaboração de um documento que reunisse os achados mais relevantes. Este documento em formato digital, foi

posteriormente enviado por correio eletrônico à Coordenadora da USP e à Direção do ACES (Apêndice V).

Foi apresentada a disponibilidade para esclarecimentos sobre o conteúdo do documento.

Atividade 2

Esta atividade consistiu na elaboração de um documento em formato digital para disponibilizar aos profissionais do ACES através do envio para o seu correio eletrônico profissional. Para que a divulgação fosse efetuada, foi solicitado à Direção Clínica o seu envio, sendo esta etapa operacionalizada pelos serviços informáticos da instituição. Desta forma, não foi possível selecionar os profissionais aos quais estava a ser enviada a informação, assim como, se leram a informação disponibilizada.

Neste documento constava parte da informação recolhida no inquérito, nomeadamente o número de profissionais que participaram, os que tinham indicação para serem vacinados e os que estavam efetivamente vacinados, assim como, as doenças mencionadas. A introdução desta informação visava envolver e partilhar com o grupo os achados do inquérito no qual cada um deles tinha sido interveniente.

Para este documento foi elaborado um texto informativo com os aspetos mais relevantes da DIP, a importância da vacinação na sua prevenção e a forma como deve proceder para ser vacinado. Era pretendido com este ponto sensibilizar o grupo para esta problemática e promover comportamentos saudáveis face às suas necessidades de saúde.

Existiu o cuidado em utilizar uma linguagem simples e acessível, uma vez que a informação iria ser disponibilizada aos diversos profissionais do ACES, em que nem todos tem o mesmo nível de conhecimento sobre a temática (Apêndice VI).

Atividade 3

Foi elaborado o procedimento sobre a vacinação antipneumocócica para consulta de enfermagem em saúde ocupacional (Apêndice VII).

Neste documento está reunido um conjunto de informação relevante sobre a DIP e a sua prevenção através da vacinação, dirigida aos profissionais de saúde da consulta. Foi incluído um fluxograma sobre a forma como o trabalhador deve ser encaminhado, o respetivo esquema de vacinação a ser cumprido e um formulário a utilizar para recolha da informação.

Por último, incluiu-se um capítulo dedicado à avaliação onde estão presentes as metas e indicadores a serem utilizados para esta intervenção, para que a equipa que acompanha os seus trabalhadores consiga monitorizar e avaliar a respetiva intervenção ao longo do tempo.

3.6 - Avaliação

A avaliação permite determinar o grau de sucesso na consecução de um objetivo e consiste na última etapa da metodologia do Planeamento em Saúde, que é definida por Imperatori e Giraldes (1993) como “*comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir ou melhorar*” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 173).

Esta etapa tem uma ligação com a fase inicial do Planeamento em Saúde, visando a melhoria dos programas e orientando a distribuição dos recursos a partir das informações obtidas pela experiência (Tavares, 1990).

As dificuldades inerentes ao processo de avaliação podem ser diversas, pelo que é importante cada projeto conter uma forma de avaliação bem definida, quer ao nível dos resultados que se esperam obter, quer ao nível da sua elaboração, implementação e execução.

Para a avaliação do presente projeto de intervenção foram considerados os indicadores de atividade, uma vez que os indicadores de resultado e de impacto só poderão ser avaliados no futuro, aquando da realização da consulta de saúde ocupacional dos profissionais do ACES. A utilização desta metodologia para avaliar

o projeto tem por base o facto de os indicadores serem um instrumento de medida adequado para avaliar e controlar os projetos, possibilitando a atualização de novas ações.

Na tabela seguinte apresenta-se os indicadores de atividade e os resultados obtidos.

Tabela 9 – Resultados dos indicadores

Indicador	Indicador de Atividade	Meta
IA1	✓ Taxa de divulgação da análise de dados do inquérito.	100% Atingido
IA2	✓ Taxa de divulgação de informação em suporte digital aos profissionais sobre a prevenção da DIP e a vacinação antipneumocócica.	100% Atingido
IA3	✓ Taxa de execução do documento de apoio à consulta de saúde ocupacional	100% Atingido

Em suma, as atividades propostas para a consecução dos objetivos específicos traçados para o projeto foram executadas na sua totalidade. No entanto, fica a proposta para avaliação do mesmo dentro de um ano.

Salienta-se que aquando da aplicação do inquérito aos profissionais do ACES, este tinha no seu enunciado uma pequena nota informativa sobre a DIP, as infeções respiratórias e a importância da vacinação. Verificou-se na análise dos dados obtidos que dos 28 indivíduos com critérios para cumprir o esquema de vacinação antipneumocócica, 15 tinham interesse em o fazer. Esta pequena anotação revela que perante a divulgação de informação sobre o tema e a sua importância para a saúde do indivíduo, pode desencadear uma mudança de comportamento. Numa ação mais estruturada, como a educação para a saúde feita através da apresentação da informação sobre a temática da vacinação antipneumocócica e posteriormente com o reforço em consulta de saúde ocupacional, certamente iremos obter ganhos em saúde para o indivíduo e o seu compromisso com o plano de ação.

4 – ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS

Neste capítulo será realizada uma análise reflexiva das competências adquiridas e desenvolvidas ao longo deste percurso de aprendizagem, que envolveu a realização de um estágio em contexto de saúde comunitária e saúde pública, e o desenvolvimento de um projeto de intervenção comunitária.

A Ordem dos Enfermeiros estabeleceu através do Regulamento n.º 140/2019 quatro domínios de competências comuns para o enfermeiro especialista, que são: Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade; Competências do domínio da gestão dos cuidados e as Competências do domínio das aprendizagens profissionais.

Assim, é esperado do enfermeiro especialista um nível de desempenho diferenciado na prática da enfermagem. Estes quatro domínios de competências definidos e regulamentados pela Ordem dos Enfermeiros são o reflexo da evolução da disciplina de enfermagem e por sua vez, da evolução das necessidades em cuidados e políticas de saúde. Nos últimos anos houve uma grande evolução no campo da medicina, nomeadamente no diagnóstico e tratamento de doenças, especializando o conhecimento e a ação. Esta evolução resultou numa mudança das necessidades dos cidadãos em cuidados de saúde e na forma como os diversos profissionais, nomeadamente os enfermeiros, exercem a sua prática (Paiva, 2007).

Consequência desta permanente evolução da ciência e da saúde, surge o conceito de enfermagem avançada e que está intimamente associado às competências do enfermeiro especialista. Este profissional é o que mais se distancia do modelo biomédico, dando-nos a enfermagem que vem genuinamente da evolução da disciplina, “enfermagem com mais enfermagem”, com intervenções independentes, mas principalmente de natureza autónoma (Paiva, 2007). Como refere Paiva (2007), estes profissionais têm “... *maior competência para o desempenho centrado*

numa lógica mais conceptual e concretizada pela inter-relação pessoal – baseado em teorias de enfermagem que têm por “Core” o diagnóstico e assistência em face das respostas humanas às transições vividas; e mais competência de tomada de decisão” (Paiva, 2007, p.18).

A aquisição e o aperfeiçoar das competências comuns estabelecidas para o enfermeiro especialista, esteve na base de todo o trabalho desenvolvido neste percurso de aprendizagem, nomeadamente o conhecimento e cumprimento das questões éticas e legais necessárias à aplicação de um projeto de intervenção que envolve a comunidade/grupo e por sua vez a Pessoa enquanto individuo único. Este aspeto pode ser validado nos pedidos de autorização elaborados para a realização do projeto de intervenção comunitária, assim como, na procura constante do anonimato de dados utilizados e identificação de pessoas e instituições envolvidas.

Salienta-se que existiu também uma pesquisa constante pelas melhores evidências científicas, conhecimento diferenciado e aprendizagens profissionais com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde prestados e por sua vez, da sua gestão. Esta conduta esteve presente tanto na elaboração do projeto de intervenção como na postura em contexto de estágio, no qual era solicitado a nossa intervenção na prestação de cuidados e na tomada de decisão.

Compreender a dinâmica, o rigor científico e metodológico inerente a cada etapa do Planeamento em Saúde, foi um desafio muito gratificante. Com a elaboração do projeto de intervenção comunitária e sua implementação no decorrer do estágio, existiu a possibilidade de estudar, desenvolver e adquirir competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária. Foi através da utilização da metodologia do Planeamento em Saúde que se procedeu à avaliação do estado de saúde de uma comunidade para de seguida e conforme as necessidades encontradas, intervir e promover a saúde para prevenir e/ou adiar a doença.

Salienta-se neste percurso de implementação do projeto de intervenção comunitária, os desafios impostos pela situação de pandemia vivenciado nesta altura e que levou a que as técnicas a utilizar e os meios de intervenção fossem mais desafiadores e fora do habitual. Estimulou a criatividade e a imaginação com

vista a uma necessidade permanente de promover a saúde, com base na educação para a saúde e orientado pelo Modelo Teórico de Nola Pender.

Este período de aprendizagem também permitiu desenvolver competências no âmbito da vigilância epidemiológica, através da realização de inquéritos epidemiológicos no contexto da COVID-19 e outras doenças de notificação obrigatória. Foram momentos bastante enriquecedores de contato de proximidade com a população, no qual foi possível estabelecer intervenções de promoção da saúde através de ensinamentos e de prevenção da doença ou sua propagação.

Foi possível trabalhar em parceria com os restantes elementos que constituíam a equipa interdisciplinar do ACES, como técnicos de saúde ambiental, médicos de saúde pública, enfermeiros de diversas áreas de especialização, como por exemplo a saúde infantil.

Paralelamente ao desenvolvimento deste contexto de aprendizagem, e com vista a dar seguimento às competências enquanto enfermeiro especialista, foi apresentado um póster intitulado de ***“Intervenções utilizadas para a prevenção de hábitos alcoólicos nos adolescentes”***, em co-autoria, no *III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem - Enfermagem Especializada: Protagonista no presente inovadora no futuro*, no dia 27/11/2020 (Apêndice VIII).

Por fim, importa salientar neste percurso a obtenção do grau de mestre, que implica o domínio de um conjunto de competências no final do segundo ciclo de qualificação. Estas competências genéricas descritas de forma a abranger todos os mestrados multidisciplinares a nível europeu são transversais e complementares às competências comuns do enfermeiro especialista e às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, definidas pela Ordem dos Enfermeiros.

Apresentado no Decreto-Lei n.º 74/2006 no artigo 15º, o grau de mestre é conferido a quem demonstre: “(...) a) *Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação; b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e*

multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo; c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades; e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.” (Decreto-Lei n.º 74/2006, p. 2249)

Assim, enquanto mestranda todas as competências no âmbito de mestre e de enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, foram aprofundadas e aperfeiçoadas, dando-lhe maior capacidade de compreensão e resolução de problemas em contextos alargados e multidisciplinares. Proporcionou o desenvolvimento da autoaprendizagem auto-orientada e a sua capacidade de comunicar conhecimentos, raciocínios e conclusões de forma clara e sem ambiguidades.

5 - CONCLUSÃO

Na fase final deste percurso altamente desafiante é possível assumir que este estágio teve uma componente formativa essencial na ratificação e aplicação dos conhecimentos adquiridos e no desenvolvimento de habilidades e competências pessoais e profissionais, enquanto enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária.

A implementação do projeto de intervenção comunitária permitiu, por sua vez, aprimorar as competências específicas da Enfermagem Comunitária, utilizando estratégias adequadas à diversidade dos contextos visando a aquisição de melhores níveis de saúde para a comunidade.

Utilizando a ótica da Enfermagem Comunitária, foi possível verificar que a Metodologia do Planeamento em Saúde tem um papel fundamental nas organizações laborais, pois potencializa o desenvolvimento sustentável das empresas através da promoção de saúde no local de trabalho, resultante da identificação e intervenção das necessidades e problemas da comunidade laboral.

Este conceito do Planeamento em Saúde eleva a saúde de uma forma positiva, valorizando os recursos pessoais e sociais, como vista a capacitar as pessoas para agirem sobre os fatores determinantes da saúde individual e coletiva no sentido da adoção de comportamentos promotores de saúde e da criação de ambientes físicos e sociais mais saudáveis.

A Promoção da Saúde e a Educação para a Saúde foram dois conceitos igualmente desenvolvidos e importantes ao longo de todo este caminho, sobretudo na realização do projeto de intervenção comunitária. Traduziram-se no principal objetivo e estratégia em articulação com o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, no âmbito da prevenção da DIP num grupo de profissionais do ACES.

Na conceção deste trabalho, aprofundaram-se outros conhecimentos mais específicos, como é o caso da DIP e vacinação antipneumocócica. Após a consulta

de diversos artigos científicos, foi possível ter uma melhor percepção da sua importância e do impacto que têm na saúde das pessoas. De acordo com um estudo realizado por Kolditz e Ewig (2017), 2,4% dos pacientes admitidos em hospital com pneumonia adquirida na comunidade, morrem dentro de 72 horas após a sua admissão. Os mesmos autores concluem que “...*primary and secondary prevention also play an important role in the post-discharge care of patients with CAP. Anti-influenza and antipneumococcal vaccination is recommended as standard prevention for all persons over age 60 and as indicated prevention for those with comorbidities.*” (Kolditz e Ewig, 2017, p. 846). Em todos os estudos no contexto da DIP e da recomendação da vacinação, é dada especial relevância às comorbilidades e às doenças imunossupressoras.

Ao longo da elaboração e implementação do projeto surgiram alguns obstáculos, que causaram constrangimentos e inevitáveis limitações. O maior constrangimento sentido foi a dificuldade em estabelecer uma comunicação eficaz com a população alvo. No entanto, as limitações encontradas incitaram a capacidade de adaptação a situações desfavoráveis, a sermos proactivos e capazes de pensar criticamente de forma e gerir as adversidades.

A experiência profissional, enquanto enfermeira generalista com vinte e quatro anos de exercício, facilitou a aquisição de algumas competências que foram desenvolvidas ao longo deste Mestrado, através da mobilização dos conhecimentos de gestão de equipas, gestão de cuidados e da mobilização da componente teórica para o contexto da intervenção.

Não menosprezando o facto de ter desenvolvido o seu percurso profissional principalmente em ambiente hospitalar e relacionado com o doente crítico, estas competências adquiridas através da obtenção do grau de mestre e na área da enfermagem comunitária vieram enriquecer a forma como desenvolve e aplica a enfermagem no contexto prático do dia-a-dia.

Acresce ainda a sua experiência em saúde ocupacional, no qual desenvolve competências de enfermagem do trabalho, e que permitiu estar mais sensível à importância de temáticas afetas aos cuidados de saúde primários e por sua vez, à visão da necessidade de intervenção sobre um grupo/comunidade.

É certo que este conhecimento adquirido e competências abrem portas para um percurso profissional diferente, com outros desafios no âmbito da enfermagem. Mas quem abraça esta profissão tem um compromisso para a vida, no qual o conhecimento e crescimento profissional nunca termina.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agrupamento de Centros de Saúde de Sintra (2019). Plano Local de Saúde de Sintra 2018 – 2020. Acedido a 7 de setembro de 2020. Disponível em: [file:///C:/Users/clado/Downloads/Plano%20Local%20de%20Sa%C3%BAde%20de%20Sintra%202018-2020_VFinal%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/clado/Downloads/Plano%20Local%20de%20Sa%C3%BAde%20de%20Sintra%202018-2020_VFinal%20(2).pdf)

Borges, E. (2018). Enfermagem do Trabalho. Formação, Investigação e Estratégias de Intervenção. 1ª Edição. Abril de 2018. Lidel – edições técnicas, Lda. ISBN: 978-989-752-342-7

Costa, R., Gonçalves, C. Sousa, J. (2016). *A doença pneumocócica e recomendações GRESP para a vacinação antipneumocócica na população adulta (≥18 anos)*. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. 2016, 32:70-4. Acedido a 23 de setembro. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpmgf/v32n1/v32n1a11.pdf>

Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março. Diário da República n.º 60/2006, Série I. Ministério Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Acedido a 15 de março de 2021. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/671482>

Direção-Geral da Saúde (2020). Norma n.º 18/2020 de 27 de setembro – Programa Nacional de Vacinação 2020. Acedido em 11/01/2021. Disponível em: <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182020-de-27092020-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2021). Programa Nacional de Vacinação. Acedido em 11/01/2021. Disponível em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-vacinacao/vacinas.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2015). Norma n.º 11/2015 de 23 de junho de 2015. Acedido a 10 de setembro de 2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0112015-de-23062015-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2018). Programa Nacional de Saúde Ocupacional. Extensão 2018/2020. Acedido em 18 de janeiro de 2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-saude-ocupacional-extensao-2018-2020-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2020). Plano da Saúde para outono-inverno 2020-21. setembro de 2020. Acedido a 30 de outubro de 2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-da-saude-para-o-outono-inverno-2020-2021-pdf.aspx>

Fortin, M. F. (2003). O Processo de Investigação: Da concepção à realização. 3ª ed. Outubro de 2003. Lusociência.

Freitas, G. e Leça, A., (2017). Vacinas e Programa Nacional de Vacinação (PNV). Ganhos em saúde e questões atuais. *Jornal Médico de Família*, n.º 8, IV Edição, 3º trimestre de 2017. Acedido em 11/01/2021. Disponível em: https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/pnv_artigo-opinio-pdf.aspx

Imperatori, E., e Giraldes, M. R. (1993). Metodologia do Planeamento da Saúde. (E. N. de S. Pública, Ed.) (3.a edição). Lisboa.

Kaplan, A., Arsenault, P., Brian, A., *et al* (2016) *Vaccine strategies for prevention of community-acquired pneumonia in Canada*. *Canadian Family Physician*, Vol. 65, setembro 2019. Acedido em: 23 de setembro de 2020. Disponível em: <https://www.cfp.ca/content/cfp/65/9/625.full.pdf>

Kolditz, Martin e Ewing, Santiago (2017). Community-Acquired Pneumonia in Adults. *Dtsch Arztebl Int* 2017 Dec 8;114(49):838-848. Acedido em: 23 de setembro de 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29271341/>

Linkevicius, M., Cristea, V., Siira, L. *et al* (2019). Outbreak of invasive pneumococcal disease among shipyard workers, Turku, Finland, May to November 2019. *Eurosurveillance*. Acedido em: 23 de setembro de 2020. Disponível em: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2019.24.29.1800446>

Marinho, Felipe; Loyola, Isabella; Monteiro, Igor, *et al* (2021). Inter-relação entre COVID - 19 e diabetes mellitus: uma revisão sistemática. Acedido em 17 de março de 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12191>

Melo, P. (2020). Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. 1ª edição. Fevereiro de 2020. Lidel – edições técnicas, Lda. ISBN: 978-989-752-477-6.

Hespanhol, Alberto Pinto; Couto, Luciana; Martins, Carlos, (2008). A Medicina Preventiva. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 2008:24:49-64.

Ordem dos Enfermeiros (2014). Enfermeiro Do Trabalho Na Gestão Em Saúde Ocupacional. Acedido em 18 de janeiro de 2021. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8894/livroenfermagetrabalhooms_vfinal_proteg.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015). Código Deontológico do Enfermeiro. Anexo à Lei N.º 156. Diário da República. 1.ª Série, N.º 181, de setembro de 2015. Acedido em 19 de janeiro de 2021. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

PAIVA E SILVA, Abel (2007) – Enfermagem Avançada: Um Sentido Para o Desenvolvimento da Profissão e da Disciplina; Revista Servir nº 55 Jan./Fev. p. 11 a 19

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2015). Health promotion in nursing practice (7a ed). Julie Levin Alexander.

Regulamento nº 428/2018, de 16 de julho, Diário da República nº 135/2018, série II. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 14 de junho de 2020. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/115698616>

Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro, Diário da República nº 26/2019, série II, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 11 de março de 2021. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/119189160>

Root-Bernstein, Robert (2020). Possible Cross-Reactivity between SARS-CoV-2 Proteins, CRM197 and Proteins in Pneumococcal Vaccines May Protect Against Symptomatic SARS-CoV-2 Disease and Death. Acedido em 25 de setembro de 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/vaccines8040559>

Stanhope, M.; Lancaster, J. (2011). Enfermagem de Saúde Pública – Cuidados de Saúde na Comunidade, centrados na população. 7ª edição. Loures: Lusodidacta

Tavares, A. (1990). Métodos e técnicas de planeamento em saúde. Caderno de Formação, n.º 2. Lisboa: Ministério da Saúde. DRHS.

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). Teóricas de Enfermagem e a sua Obra - 62 Modelos e Teorias de Enfermagem. 5ª Edição. Loures: Lusociência

Xavier, Analucia; Silva, Jonadab; Almeida, João *et al*, (2020). COVID-19: manifestações clínicas e laboratoriais na infecção pelo novo coronavírus. Acedido em 19 de Fevereiro de 2021. Disponível em: https://cdn.publisher.gn1.link/jbpml.org.br/pdf/pt_v56a0049.pdf

World Health Organization, (2021). Vaccines and immunization. Acedido em 11/01/2021. Disponível em: https://www.who.int/news-room/q-a-detail/vaccines-and-immunization-what-is-vaccination?adgroupsurvey={adgroupsurvey}&qclid=CjwKCAiAi_D_BRApEiwASslbJ-Oogtug8pOuee6zTETa3J4YUuWEv-LVSLm9shV6Mjmq47MVBWmmKRoC2skQAvD_BwE

APÊNDICES

Apêndice I - Cronograma de Atividades

Cronograma de Atividades														
<i>Projeto De Intervenção Comunitária - Prevenção da Doença Invasiva Pneumocócica</i>														
Ano de 2020	Setembro			Outubro				Novembro				Dezembro		
	Semana			Semana				Semana				Semana		
	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3
<i>Pesquisa Bibliográfica</i>														
<i>Diagnóstico Situação</i>														
<i>Definição de prioridades</i>														
<i>Fixação de Objetivos</i>														
<i>Seleção de estratégias</i>														
<i>Preparação operacional</i>														
<i>Avaliação</i>														
<i>Relatório</i>														

Legenda

Realizado

Apêndice II - Inquérito

Vacinação Antipneumocócica

Chamo-me Cláudia Sofia Leitão Domingos e sou aluna do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária pela Universidade Católica Portuguesa, e encontro-me a realizar estágio na Unidade de Saúde Pública (Pólo de [REDACTED]) no ACES [REDACTED].

Venho por este meio solicitar a sua colaboração no preenchimento deste inquérito que requiere apenas 2 minutos da sua disponibilidade e que visa identificar se existem profissionais com possível indicação para fazer o esquema de vacinação antipneumocócica.

O tratamento dos dados obtidos será totalmente confidencial e o seu preenchimento é voluntário.

O meu contato para qualquer esclarecimento de dúvidas ou outras questões relativas a este documento é: cladom@live.com.pt.

Para aceder ao inquérito, basta clicar no link apresentado e no final do preenchimento proceder à sua submissão.

https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=DQSIkWdsW0yxEjajBLZtrQAAAAA&AAAAAAN_o3X0FBUOFNHNU1VSE9CMkhHVEY5U1NCS1MyVzZJRS4u

Grata pela sua disponibilidade e colaboração

Cláudia Domingos

Vacinação Anti-Pneumocócica (pneumonia, septicémia)

Chamo-me Cláudia Sofia Leitão Domingos e sou aluna do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária: Área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública pela Universidade Católica Portuguesa, e encontro-me a realizar estágio na Unidade de Saúde Pública (Pólo de) no ACES

Neste contexto estou a desenvolver um trabalho com o qual pretendo identificar se existem profissionais, no agrupamento, com fatores de risco acrescido para doença invasiva pneumocócica e se cumpriram o esquema vacinal recomendado pela Direção-Geral da Saúde.

A intervenção sobre este grupo torna-se pertinente na medida em que são essenciais para assegurar a assistência na área da saúde à população do Concelho de para promoção da saúde e prevenção da doença dos profissionais do ACES.

Em tempo de pandemia pela doença COVID-19 a estratégia de vacinação para prevenção de infeções respiratórias é altamente recomendada para proteção da saúde, principalmente nos indivíduos com doenças crónicas e com a imunidade comprometida. Também é conhecido que nos últimos anos existe uma baixa adesão documentada a este esquema de vacinação.

Com a aplicação deste inquérito desejo obter dados que possam fundamentar possíveis intervenções futuras no âmbito da promoção da saúde nos profissionais do ACES de .

O tratamento dos dados obtidos neste inquérito será totalmente confidencial e o seu preenchimento é voluntário.

O meu contato para qualquer esclarecimento de dúvidas ou outras questões relativas a este documento é: cladom@live.com.pt.

* Obrigatório

1. Qual a sua idade? *

Até 45 anos inclusive

Mais de 45 anos

2. Tem alguma das seguintes doenças ou condições?

- Doença cardíaca crónica (ex. insuficiência cardíaca, doença cardíaca isquémica, hipertensão pulmonar, cardiopatia)
- Doença hepática crónica
- Insuficiência renal crónica
- Doença respiratória crónica (ex. DPOC, enfisema, insuficiência respiratória crónica, asma brônquica, fibrose quística)
- Diabetes mellitus
- VIH
- Doença neoplásica (cancro)
- Síndrome nefrótico
- Transplantado
- Aguardar transplantação de órgão
- Asplenia (ausência de baço) ou disfunção esplénica (ex. doença células falciformes)
- Toma corticoterapia sistémica ou outros medicamentos imunossupressores (ex. prednisolona, metotrexato, azatioprina, ciclosporina, leflunomida)

3. Já tomou a vacina Prevenar 13?

Responda a esta questão APENAS se assinalou alguma das opções da QUESTÃO 2.

- Sim
- Não

4. Já tomou vacina Pneumovax 23?

Responda a esta questão APENAS se assinalou alguma das opções da QUESTÃO 2.

- Sim
- Não

5. Quando tomou a pela ultima dose de Pneumovax 23?

- Menos de 5 anos
- Mais de 5 anos inclusive

6. Se NÃO tomou nenhuma destas vacinas indique a razão.

- Desconhecimento
- Não estou interessado
- O meu médico não recomenda
- Pelo custo das vacinas

7. Tem interesse em ser vacinado com as vacinas Prevenar e Pneumovax 23?

- Sim
- Não

Este conteúdo não foi criado nem é aprovado pela Microsoft. Os dados que submeter serão enviados para o proprietário do formulário.

 Microsoft Forms

Apêndice III - Pedido de autorização para divulgação do inquérito

15/12/2020 Correo - 1 USP ACES - Outlook

Pela pertinência e atualidade do tema e parecer-me estar assegurada a confidencialidade dos dados dou o meu parecer favorável.

Os meus cumprimentos.

Médica de Saúde Pública
Autoridade de Saúde
Vogal do Conselho Clínico e de Saúde

ACES UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA |

PENSE ANTES DE IMPRIMIR

Já conhece o Portal SNS? Os primeiros passos do SNS do futuro

De: [\[Redacted\]](#) <[\[Redacted\]@arsivt.min-saude.pt](mailto:[Redacted]@arsivt.min-saude.pt)>
Enviado: 28 de outubro de 2020 17:06
Para: [\[Redacted\]](#) <[\[Redacted\]@arsivt.min-saude.pt](mailto:[Redacted]@arsivt.min-saude.pt)>
Cc: [\[Redacted\]](#) <[\[Redacted\]@arsivt.min-saude.pt](mailto:[Redacted]@arsivt.min-saude.pt)>
Assunto: RE: Pedido de autorização de inquérito aos profissionais do ACES - Mestranda

Olá

Idem

Os meus cumprimentos.

Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica
Área de Saúde Ambiental
Vogal do Conselho Clínico e de Saúde

ACES UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA |

https://outlook.office.com/mail/AAMkADc3NGM4MzA4LWMyYVUNDA3MCO4MGMyLWQ1ZU9Y2MhNzcwZGQAAAACDd04EDWYfUTNzN... 5/10

15/12/2020 Correo - 1 USP ACES - Outlook

PENSE ANTES DE IMPRIMIR

De: [\[Redacted\]](#) <[\[Redacted\]@arsivt.min-saude.pt](mailto:[Redacted]@arsivt.min-saude.pt)>
Enviado: 28 de outubro de 2020 16:14
Para: Conselho Clínico e de Saúde -
Cc: [\[Redacted\]](#) <[\[Redacted\]@arsivt.min-saude.pt](mailto:[Redacted]@arsivt.min-saude.pt)>
Assunto: RE: Pedido de autorização de inquérito aos profissionais do ACES - Mestranda

Boa tarde a todos
Considero o estudo pertinente pelo que sou favorável à concretização do mesmo.
Abraços

Com os melhores cumprimentos,

Enfermeira Chefe
Vogal do Conselho Clínico e de Saúde

ACES UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA |

PENSE ANTES DE IMPRIMIR

Já conhece o Portal SNS? Os primeiros passos do SNS do futuro

De: [\[Redacted\]](#) <[\[Redacted\]@arsivt.min-saude.pt](mailto:[Redacted]@arsivt.min-saude.pt)>
Enviado: terça-feira, 27 de outubro de 2020 14:16
Para: Conselho Clínico e de Saúde -
Cc: [\[Redacted\]](#) <[\[Redacted\]@arsivt.min-saude.pt](mailto:[Redacted]@arsivt.min-saude.pt)> | USP ACES - Maria José Moreira | USP ACES
Assunto: FW: Pedido de autorização de inquérito aos profissionais do ACES - Mestranda

Caro Conselho Clínico,
Solicito a v. avaliação e pronúncia.

Vamos todos ficar bem, porque somos ACES !!

Com os melhores cumprimentos,
M^a

https://outlook.office.com/mail/AAMkADc3NGM4MzA4LWMyYVUNDA3MCO4MGMyLWQ1ZU9Y2MhNzcwZGQAAAACDd04EDWYfUTNzN... 6/10

15/12/2020 Correo - 1 USP ACES - Outlook

Diretora Executiva ACES!

ACES UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA |

PENSE ANTES DE IMPRIMIR

Já conhece o Portal SNS? Os primeiros passos do SNS do futuro

De: [\[Redacted\]](#) <[\[Redacted\]@arsivt.min-saude.pt](mailto:[Redacted]@arsivt.min-saude.pt)>
Enviado: 27 de outubro de 2020 13:13
Para: [\[Redacted\]](#) <[\[Redacted\]@arsivt.min-saude.pt](mailto:[Redacted]@arsivt.min-saude.pt)> | USP ACES - Direção Executiva
Assunto: FW: Pedido de autorização de inquérito aos profissionais do ACES - Mestranda

Boa tarde, Dr.ª

Reencaminho o email infra da Enfermeira Maria José, com o pedido de autorização da mestranda de enfermagem que está a fazer o seu trabalho de investigação no ACES.

O mesmo pedido seguiu hoje em papel por correio interno.

Fico a aguardar resposta.

Os meus cumprimentos.

Delegada de Saúde Coordenadora de

ACES UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA |

https://outlook.office.com/mail/AAMkADc3NGM4MzA4LWMyYVUNDA3MCO4MGMyLWQ1ZU9Y2MhNzcwZGQAAAACDd04EDWYfUTNzN... 7/10

15/12/2020 Correo - 1 USP ACES - Outlook

PENSE ANTES DE IMPRIMIR

Já conhece o Portal SNS? Os primeiros passos do SNS do futuro

De: [\[Redacted\]](#) <[\[Redacted\]@arsivt.min-saude.pt](mailto:[Redacted]@arsivt.min-saude.pt)>
Enviado: 26 de outubro de 2020 17:34
Para: [\[Redacted\]](#) <[\[Redacted\]@arsivt.min-saude.pt](mailto:[Redacted]@arsivt.min-saude.pt)> | USP ACES -
Assunto: Pedido de autorização de inquérito aos profissionais do ACES - Mestranda

Boa tarde Dra.ª

Junto envio o pedido de autorização à DE Dra.ª para aplicação do inquérito aos profissionais do ACES Sintra, no âmbito do estágio da Mestranda, conforme o email infra.

A solicitação passa também, para que seja utilizado o email geral de todos os funcionários, na divulgação do link para o preenchimento do inquérito.

Caso haja a aprovação, gostaria de saber qual o procedimento para a sua divulgação.

Os meus cumprimentos com afeto.

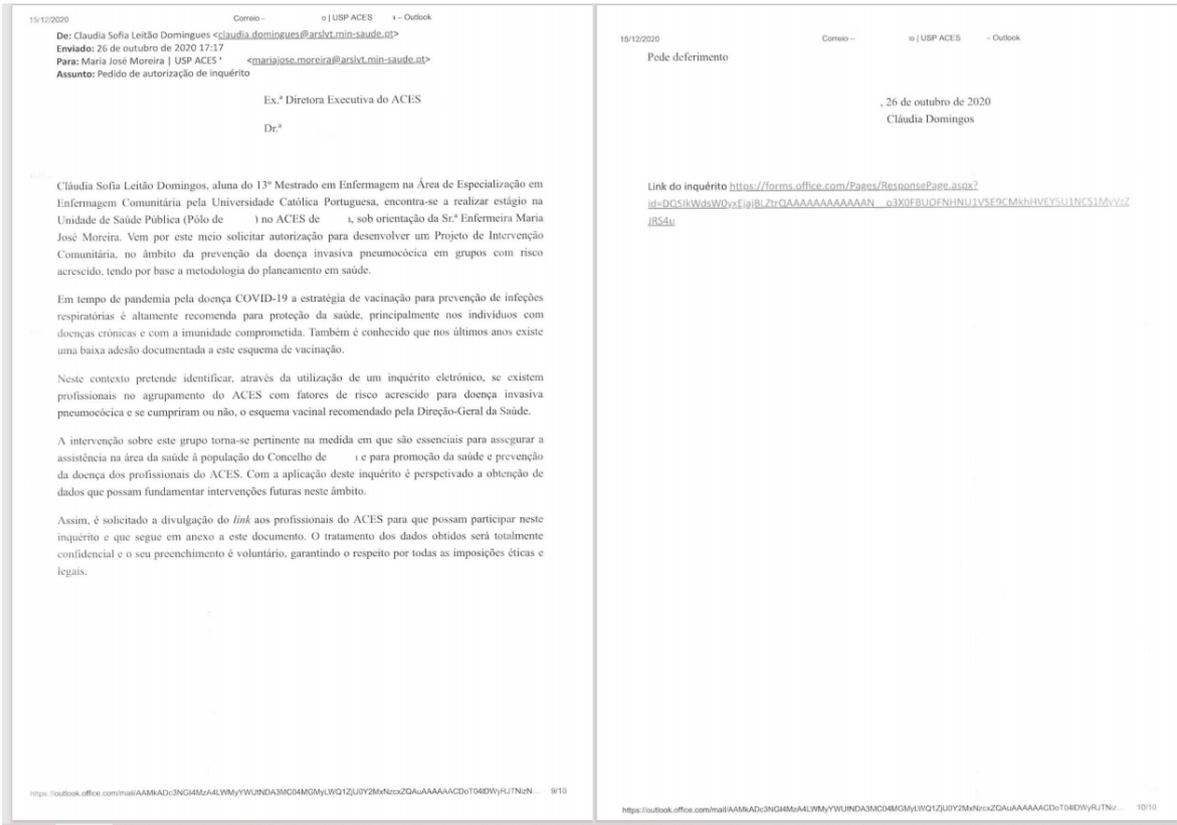
Maria José Moreira
Enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária
Enfermeira do Trabalho

ACES UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA |

PENSE ANTES DE IMPRIMIR

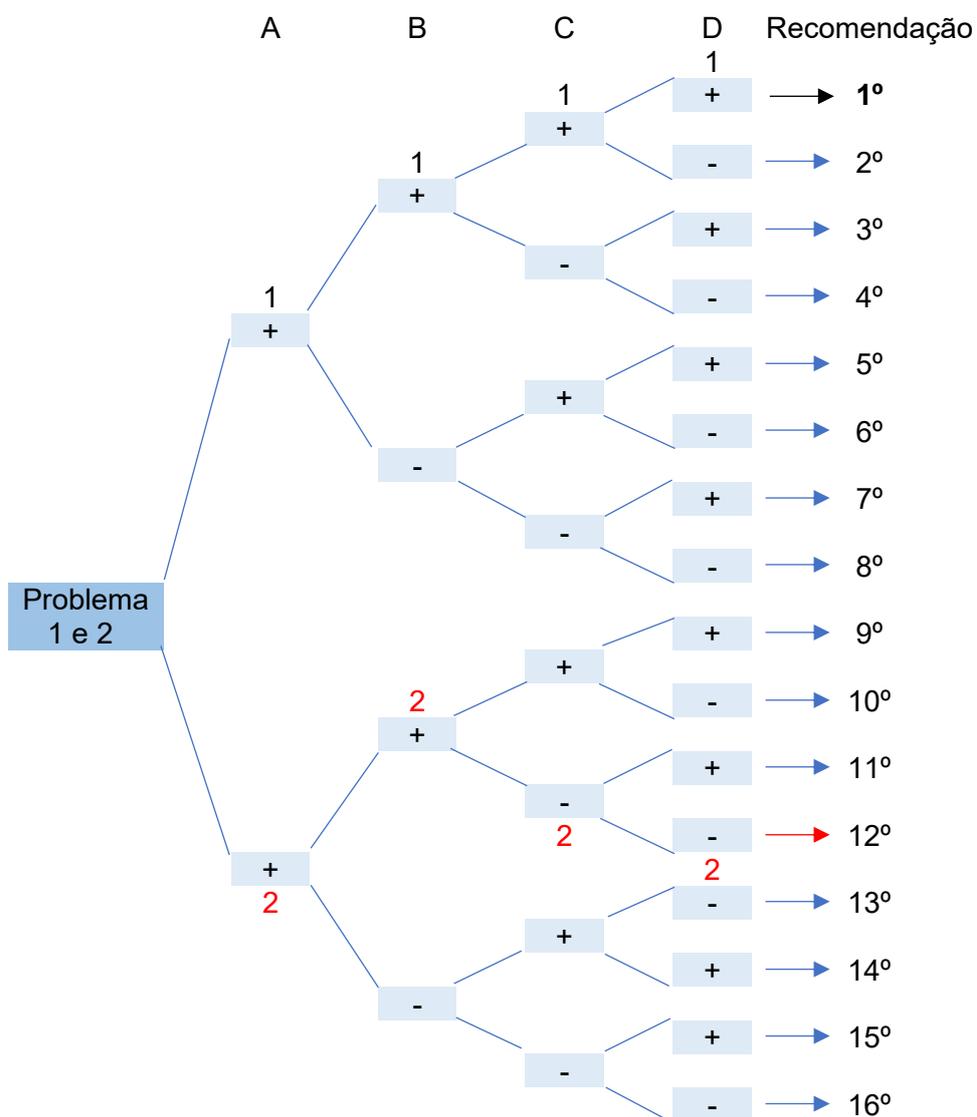
Já conhece o Portal SNS? Os primeiros passos do SNS do futuro

https://outlook.office.com/mail/AAMkADc3NGM4MzA4LWMyYVUNDA3MCO4MGMyLWQ1ZU9Y2MhNzcwZGQAAAACDd04EDWYfUTNzN... 8/10



Apêndice IV - Grelha de Análise de Prioridades

Grelha de Análise



Fonte: Adaptado de Pineault e Daveluy, 1986 citado por Tavares, 1990, p. 89.

Problema A - Potencial para melhorar os conhecimentos dos profissionais relativamente à prevenção da Doença Invasiva Pneumocócica

Problema B - Adesão à vacinação não demonstrada, relativamente à vacinação antipneumocócica

A - Importância do problema

B - Relação entre o problema e os fatores de risco

C - Capacidade técnica de resolver o problema

D - Exequibilidade da intervenção

Apêndice V - Atividade 1

Análise de Dados

Exma. Sr.ª Coordenadora da USP do ACES de [REDACTED]

Dr.ª [REDACTED]

Eu, Cláudia Sofia Leitão Domingos, aluna do Mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária e Saúde Pública da Universidade Católica de Lisboa, venho por este meio apresentar a análise dos dados obtidos no inquérito sobre a vacinação antipneumocócica nos profissionais do ACES de [REDACTED].

Este foi realizado entre o dia 10 e o dia 17 de novembro de 2020, no âmbito do estágio do mestrado, onde estou a desenvolver um projeto que visa contribuir para a prevenção da doença invasiva pneumocócica nos profissionais do ACES de Sintra com risco acrescido.

No documento que se anexa estão descritos os dados relevantes encontrados e algumas sugestões que possam contribuir para a prevenção da doença invasiva pneumocócica neste grupo profissionais, nomeadamente a divulgação de informação por via eletrónica através do email profissional.

Solicito também o encaminhamento deste documento para a Sr.ª Diretora Executiva, pois caso concorde e aprove, seja divulgada a informação aos profissionais do ACES de [REDACTED].

Grata pela atenção e disponibilidade

[REDACTED] 14 de dezembro de 2020

Cláudia Domingos

Análise dos Dados Recolhidos no Inquérito Sobre a Vacinação Antipneumocócica nos Profissionais do ACES

Realizado por: Cláudia Domingos

Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem
da Universidade Católica Portuguesa

Sob Orientação: Enf.ª [REDACTED]

Unidade Saúde Pública do ACES [REDACTED]

Profª Doutora Cândida Ferrito, ICS|UCP

Novembro de 2020

Em tempo de pandemia pela doença COVID-19 a estratégia de vacinação para prevenção de infeções respiratórias está altamente recomendada para a proteção da saúde.

Para além das medidas de proteção individuais emanadas pelas normas e orientações da Direção-Geral da Saúde (DGS) para os profissionais de saúde, a promoção da vacinação contra a gripe, é uma das estratégias que já está a ser implementada pelas entidades competentes.

De acordo com o Plano da Saúde para o Outono-Inverno de 2020-21 da DGS, este período acarreta vários riscos de saúde para as populações, como o risco da gripe e de outras infeções respiratórias agudas, assim como, os riscos impostos pela pandemia provocada pela COVID-19.

Os profissionais de saúde são igualmente um grupo de risco para COVID-19, tanto pela sua exposição a pessoas com infeção ou risco de infeção por SARS-CoV-2, como pelas suas comorbilidades, eventualmente existentes, que os torna mais suscetíveis de contrair a infeção de forma mais gravosa e até mesmo mortal.

É de importância focal assegurar a saúde e bem-estar dos profissionais que compõem o ACES de [REDACTED], para que consigam dar seguimento ao desenvolvimento das suas funções. Estas são essenciais para a continuidade da assistência em saúde à população do concelho [REDACTED] e presentemente é-lhes requerido um desempenho ainda mais exigente devido à problemática de saúde pública vivida a nível nacional e mundial.

Uma estratégia a implementar é a vacinação contra infeções por *Streptococcus pneumoniae* de grupos de risco acrescido para a doença invasiva pneumocócica (DIP). A principal vantagem desta vacina é a prevenção da pneumonia e outras infeções causadas por este microrganismo, assim como, as suas complicações. Acresce ainda, que a doença pneumocócica tem maior incidência no inverno.

Assim, será possível obter ganhos em saúde diminuindo a probabilidade de os profissionais do ACES de [REDACTED] com risco acrescido para a DIP desenvolverem a doença. Esta prevenção corresponde por sua vez a uma diminuição da perda de dias de trabalho por doença.

Para compreender melhor o perfil de saúde deste grupo relativamente ao risco para doença pneumocócica, foi aplicado um inquérito aos profissionais do ACES de [REDACTED] divulgado através dos emails profissionais, entre os dias 10 e 17 de novembro de 2020.

Considerando que os profissionais do ACES de [REDACTED] correspondem a cerca de 600 indivíduos, foram obtidas 120 respostas o que corresponde a uma amostra de 20% da população.

Do total de respostas verificou-se que, 28 profissionais apresentam doença ou condição que se enquadra nas recomendações da vacinação antipneumocócica, como se pode ver no gráfico 1.



Gráfico 1 – Doenças crónicas assinaladas pelos profissionais

O grupo constituído pelos 28 profissionais que mencionaram doença ou condição que se enquadra na recomendação para a vacinação antipneumocócica tem na sua maioria mais de 45 anos (gráfico 4).



Gráfico 4 – Grupo etário dos profissionais com doença ou critérios de inclusão na vacinação antipneumocócica.

Destes 28 profissionais, apenas quatro foram vacinados de acordo com a Norma 11/2015 da DGS, ou seja, efetuaram a vacina *Prevenar*[®] e *Pneumovax 23*[®]. Os restantes 24 profissionais não fizeram qualquer vacina ou apenas uma das duas, como se pode verificar no gráfico 2.

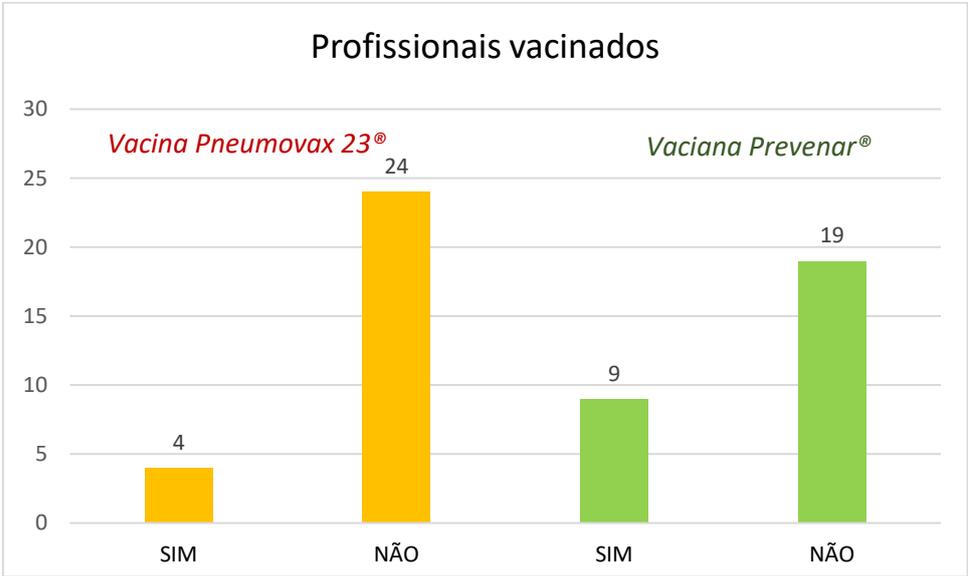


Gráfico 2 – Profissionais que foram vacinados com a vacina *Prevenar*[®] e *Pneumovax 23*[®].

Foram diversos os motivos que estes profissionais apontaram para não terem feito a vacinação e que se podem ver através do gráfico 3.



Gráfico 3 – Motivos inumerados pelos profissionais para estarem vacinados

Perante os dados apresentados, resultantes do inquérito que foi voluntário e anónimo, consideramos importante sensibilizar e consciencializar os profissionais do ACES para o cumprimento da vacinação antipneumocócica, em particular aqueles que reúnem critérios para o fazer. Estaremos a contribuir para a melhoria da sua qualidade de vida, e por sua vez, teremos profissionais mais saudáveis.

Deixamos como reflexão, que este inquérito obteve um número de respostas correspondente a 20% dos profissionais do ACES e que destes 23% tem doença ou condição para fazer este esquema de vacinação. Se extrapolarmos para um universo de 600 profissionais, certamente existem muitos profissionais que teriam ganhos em saúde com a vacinação antipneumocócica. Contudo, a sua adesão é muito reduzida, seja pelo custo, pelo desconhecimento ou pela necessidade de haver uma prescrição média.

Para levar a cabo esta sensibilização, foi construído um documento informativo que se apresenta em anexo, para que este seja divulgado no email profissional dos profissionais. O recurso a esta estratégia tem como justificação o momento de pandemia vivido atualmente e a necessidade do distanciamento social, levando-nos à procura de novas ferramentas que façam chegar a informação à população alvo.

Também fica como sugestão a abordagem desta temática em contexto de consulta de saúde ocupacional, aquando da realização do exame de saúde. Trata-se de um momento privilegiado para realizar ações de sensibilização/educação para a saúde aos profissionais que apresentem risco para a doença invasiva pneumocócica.

Apêndice VI - Atividade 2

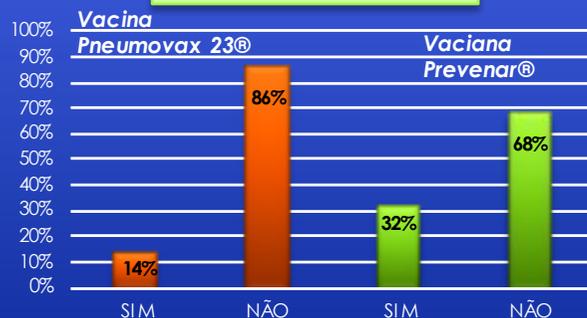
Poster

A saúde dos Profissionais do ACES de [REDACTED] também é importante!

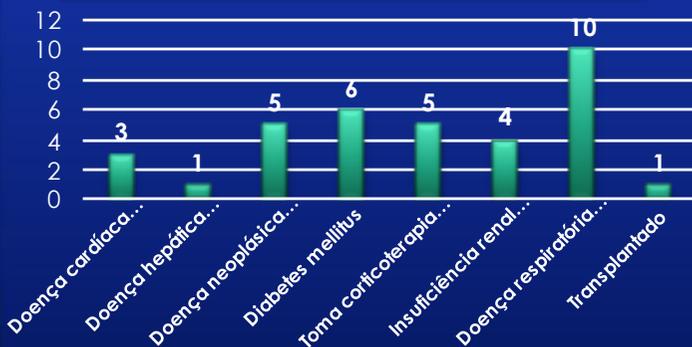
Resultados do Inquérito aplicado aos profissionais do ACES de [REDACTED] em Novembro de 2020

Participaram no inquérito **120** profissionais, que corresponde a uma **amostra de 20%** do total do ACES de [REDACTED].

Profissionais Vacinados



Doenças Crónicas assinaladas pelos profissionais



23% da amostra em estudo tem possível indicação para fazer o esquema de vacinação antipneumocócica.

Esquema de vacinação recomendado pela DGS (Norma 11/2015)



Prevenar 13®

6 a 12 meses

Pnevovax 23®

A saúde dos Profissionais do ACES de [REDACTED] também é importante!

Em tempo de pandemia pela doença COVID-19 a estratégia de vacinação para prevenção de infeções respiratórias está altamente recomendada para a proteção da saúde.

Se tem patologias crónicas como Diabetes, Doença Cardíaca, Doença Renal ou outra doença que pode comprometer a sua imunidade, a **vacinação antipneumocócica pode ser importante para a sua saúde**. Fale com o seu médico assistente para obter a orientação mais adequada para a sua situação de saúde.

Esta vacina **protege** contra o **Streptococcus pneumoniae**, bactéria Gram positiva que coloniza (habita) as vias aéreas superiores e que pode originar os seguintes tipos de doença: **doença invasiva disseminada, incluindo bacteriémia, meningite; infeções de locais considerados estéreis, como por exemplo, o endocárdio e as articulações; pneumonia e outras infeções das vias aéreas inferiores; e ainda, infeções das vias aéreas superiores, tais como, otite média e sinusite**. A doença pneumocócica tem a sua incidência maior durante o **Inverno**.

Elaborado por: Cláudia Domingos
Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa
Sob Orientação: Prof. Cândia Ferrito

Unidade de Saúde Pública

Apêndice VII - Atividade 3

Procedimento sobre a vacinação antipneumocócica para consulta de enfermagem em saúde ocupacional



VACINAÇÃO ANTIPNEUMOCÓCICA

Consulta Saúde Ocupacional

Realizado por: Cláudia Domingos
Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem
da Universidade Católica Portuguesa

Sob Orientação:
Enf.ª Maria José Moreira
Unidade Saúde Pública do ACES

Prof.ª Doutora Cândida Ferrito, ICS|UCP

dezembro de 2020



Título

Vacinação Antipneumocócica - Consulta de Saúde Ocupacional

Autores: Cláudia Domingos, mestranda em enfermagem, área de especialização em enfermagem comunitária no Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa sob orientação clínica da Enf.ª [REDACTED] mestre e especialista em enfermagem comunitária

Revisão técnica e científica: Cândida Ferrito, Professora Doutora no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

Unidade de Saúde Pública do Agrupamento de Centros de Saúde de [REDACTED]

Local e Ano [REDACTED], 2020



ÍNDICE

NOTA INTRODUTÓRIA.....	4
1 – VACINAÇÃO ANTIPNEUMOCÓCICA.....	6
2 - PROCEDIMENTO PARA PROMOÇÃO DA VACINAÇÃO ANTIPNEUMOCÓCICA NO ÂMBITO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE OCUPACIONAL.....	8
3 - AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO	14
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	16



NOTA INTRODUTÓRIA

O presente documento insere-se no âmbito da promoção da vacinação antipneumocócica dos grupos de risco acrescido para doença invasiva pneumocócica.

Tem como principal objetivo orientar os profissionais de saúde, aquando da realização da consulta de saúde ocupacional, para a vigilância e sensibilização dos seus trabalhadores sobre esta problemática.

Os trabalhadores da Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo que recorrem à consulta de saúde ocupacional, são um grupo bastante heterogéneo, das mais diversas áreas profissionais, com diferentes níveis de formação e com diversas tipologias de exposição a riscos para a sua saúde.

Os seus locais de trabalho são estruturas complexas, com características muito próprias, que podem conduzir a riscos acrescidos para a sua saúde, essencialmente pelas especificidades funcionais, tipológicas das instalações e ainda pelas atividades que desenvolvem.

Assim, do ponto de vista da saúde ocupacional, os estabelecimentos de saúde e os seus profissionais, são estruturas complexas e um grande desafio no respeito à intervenção a realizar (ARSLVT, 2020).

Os Serviços de Saúde Ocupacional têm como principal finalidade, de acordo com as orientações da Organização Mundial da Saúde, a promoção de condições de trabalho com o mais elevado grau de qualidade de vida no trabalho, protegendo a sua saúde, promovendo o seu bem-estar físico, mental e social e prevenindo a doença e os acidentes (DGS, 2018).

Destaca-se ainda os objetivos gerais da saúde ocupacional (ARSLVT, 2020), e que são:

- Prevenir e reduzir os riscos profissionais;
- Proteger e promover a saúde da população trabalhadora;
- Humanizar as condições de trabalho;
- Promover a satisfação profissional;
- Contribuir para melhores níveis de desempenho.



A Promoção da Saúde no Local de Trabalho, em particular, constitui uma vertente importante desta área de intervenção através do desenvolvimento de ações e atividades que conduzam a Boas Práticas neste âmbito.

Assim, e tendo por base que a vacinação se enquadra no âmbito da promoção da saúde dos trabalhadores, neste documento irão ser fornecidas algumas estratégias para a sua implementação e vigilância.

1 – VACINAÇÃO ANTIPNEUMOCÓCICA

A DGS divulgou a norma 011/2015 em 23/06/2015 com atualização a 6/11/2015, referente à vacinação contra infeções por *Streptococcus pneumoniae* de grupos com risco acrescido para doença invasiva pneumocócica (DIP) com mais de 18 anos de idade. Este documento visa orientar os profissionais de saúde para a implementação da vacinação nos indivíduos que assim necessitem, de forma sustentada e organizada, com o propósito da prevenção da doença.

O *Streptococcus pneumoniae* é uma bactéria Gram-positiva que consegue colonizar as vias respiratórias (Linkevicius, et al, 2019) e causar infeções como a otite média aguda, sinusite, classificadas de doença não invasiva, ou pneumonia acompanhada de bacteriemia, meningite e septicémia, classificada de doença invasiva pneumocócica (Costa, et al, 2016).

Nos países industrializados a incidência desta doença varia entre 8 a 34 casos por 100 000 habitantes, sendo mais elevado no grupo etário inferior a dois anos de idade e no grupo com idade superior a cinquenta anos de idade. No período de 2000 a 2006, a pneumonia adquirida na comunidade representou 3,7% dos internamentos na população adulta em Portugal (Costa, et al, 2016).

Para além da idade, a existência de co morbilidades, como a doença cardiovascular, doença pulmonar, renal, hepática e a diabetes *Mellitus*, situações de imunodeficiência ou imunocompromisso, assim como, alguns estilos de vida menos saudáveis, onde estão presentes os hábitos alcoólicos e tabágicos, podem aumentar o risco para a DIP (Costa, et al, 2016; Linkevicius, et al, 2019).

As vacinas comercializadas e disponíveis no mercado são uma das formas de prevenir a doença pneumocócica. São conhecidos mais de 90 tipos de pneumococos, no entanto as vacinas abrangem apenas alguns destes, mas incluem os mais capazes de provocar doença.

Estão recomendadas no PNV 2 tipos de vacina: a vacina conjugada, direcionada contra 13 tipos de pneumococo (*Prevenar-13*) e a vacina polisacarídica, dirigida contra 23 tipos de pneumococo (*Pneumovax-23*) (Plano Nacional de Vacinação, 2020).



De acordo com a norma 011/2015 da DGS, recomenda-se a vacinação com estas duas vacinas em que o esquema vacinal é o seguinte:

- Os adultos pertencentes aos grupos com risco acrescido para DIP, sem qualquer dose anterior de vacina polissacárida conjugada de 13 valências contra infeções por *Streptococcus pneumoniae* (Pn13) ou vacina polissacárida de 23 valências contra infeções por *Streptococcus pneumoniae* (Pn23), devem ser vacinados primeiro com a Pn13 e posteriormente, num período entre 6 a 12 meses (mínimo 8 semanas) com a Pn23. Passados 5 anos, deveram fazer novo reforço de Pn23;

- Os adultos de risco para DIP, previamente vacinados com 1 ou 2 doses de Pn23 devem ser vacinados 12 meses após a última dose com a Pn13, seguido de novo reforço de Pn23 desde que decorram 5 anos após a última dose de Pn23, com um intervalo mínimo de 8 semanas da Pn13.

Este esquema de vacinação pode ser iniciado em qualquer altura do ano, uma vez que a doença não está associada a sazonalidade, devendo ter-se em conta que em grupos específicos, como por exemplo na infeção por vírus da imunodeficiência humana, doenças autoimunes entre outras, devem ser administradas na altura de maior capacidade de resposta do sistema imunitário.

A opção pela vacinação na prevenção da DIP pode ser muito vantajosa em termos económicos e obter ganhos importantes para a saúde da população, uma vez que se reduzem os custos com internamento, antibióticos e por sua vez, reduz a morbilidade e a mortalidade, prevenindo as complicações e sequelas da doença e a resistência aos medicamentos antimicrobianos (Kaplan, *et al*, 2019). De acordo com Freitas e Leça (2017), um dos benefícios adicionais desta vacina conjugada é diminuir a prevalência de estirpes resistentes aos antibióticos.

Na vivencia atual de uma pandemia por SARS-Cov-2, que tem demonstrado ter um impacto significativo no adulto com doença crónica e com imunossupressão, em que as vias respiratórias são as mais afetadas, deixando sequelas significativas no individuo, fará sentido prevenir outras doenças que poderão surgir no decorrer desta, dificultando ainda mais o processo de recuperação do individuo.



2 - PROCEDIMENTO PARA PROMOÇÃO DA VACINAÇÃO ANTIPNEUMOCÓCICA NO ÂMBITO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE OCUPACIONAL

A vacinação antipneumocócica está sob a alçada da prescrição médica e poderá ter um custo económico significativo para o utente, consoante a sua situação de saúde. Estes são fatores que podem levar a uma não adesão à vacinação, para além do desconhecimento da sua importância no âmbito da promoção da saúde.

De acordo com a norma 011/2015 da Direção-Geral da Saúde, este programa de vacinação destina-se aos indivíduos apresentados no quadro I e II, sendo que no último quadro estão descritas as situações em que a vacina pode ser gratuita mediante a apresentação de declaração referindo a sua inclusão em grupo de risco.

**Quadro 1 - Grupos com risco acrescido para DIP, Adultos (≥18 anos de idade).
Vacinação recomendada contra infecções por *S. pneumoniae* (Pn13 e Pn23)**

A – Imunocompetentes	
Condição:	Situações abrangidas:
Doença cardíaca crónica	- Insuficiência cardíaca crónica - Doença cardíaca isquémica - Hipertensão arterial pulmonar - Cardiomiopatis
Doença hepática crónica	
Insuficiência renal crónica	
Doença respiratória crónica	- Insuficiência respiratória crónica - DPOC - Enfisema - Asma brônquica (sob corticoterapia sistémica ou inalada crónica) - Bronquiectasias - Doença intersticial pulmonar - Fibrose quística - Pneumociroses - Doenças neuromusculares
Pré-transplantação de órgão	
Doador de medula óssea (antes da doação)	
Fistulas de LCR	
Implantes cocleares (candidatos e portadores)	
Diabetes mellitus	Requerendo tratamento farmacológico
B – Imunocomprometidos	
Condição:	Situações abrangidas:
Asplenia ou disfunção esplénica	- Asplenia congénita ou adquirida - Doença de células falciformes - Outras hemoglobinopatias com disfunção esplénica
Imunodeficiência primária ^(a)	
Infecção por VIH	
Receptor de transplante	- Células precursoras hematopoiéticas - Órgãos sólidos
Doença neoplásica ativa	- Leucemias - Linfomas - Mieloma múltiplo - Outros tumores malignos
Imunosupressão iatrogénica ^(b)	- Terapêutica com fármacos biológicos ou DMARDs (Disease Modifying Antirheumatic Drugs) - Corticoterapia sistémica - Quimioterapia - Radioterapia
Síndrome de Down	
Síndrome nefrótica	

(a) Exclui deficiência isolada de IgA e doenças em terapêutica de substituição com imunoglobulinas sem função B residual.

(b) Corticosteróides sistémicos:

- Prednisona ou equivalente em dose ≥20mg/dia, durante ≥14 dias;
- Metotrexato em dose superior a 0,4 mg/kg/semana;
- Azatioprina em dose superior a 3 mg/kg/dia.

Exemplos de outros fármacos imunossupressores: Lefunomida, Metotrexato de Mofetil, Ciclofosfamida, Ciclosporina e Tacrolimus, fármacos biológicos ou DMARDs (Disease-Modifying Antirheumatic Drugs) utilizados, nomeadamente, na Artrite Reumatóide, Lúpus Eritematoso Sistémico, Síndrome de Sjögren e Doenças Inflamatórias Intestinais, por exemplo Anti-TNF (Infliximab, Etanercept, Adalimumab, Golimumab, Certolizumab); Anti-CD20 (Rituximab); Anti-IL6 (Tocilizumab); CTLA-4-Ig (Abatacept); Anti-BLYS (Belimumab); Anti-IL12 e Anti-IL23 (Risankinumab); Antagonista do Receptor da IL1 (Anakinra).

Fonte: Direção – Geral da Saúde, Norma nº 011/2015 de 23/06/2015 atualizada a 06/11/2015

Quadro II - Grupos com risco acrescido para DIP. Adultos (≥18 anos de idade).

Vacinação recomendada e gratuita contra infeções por *S. pneumoniae* (Pn13)

A - Imunocompetentes	
Condição:	Situações abrangidas:
Fistulas de LCR	
Implantes cocleares (candidatos e portadores)	

B - Imunocomprometidos	
Condição:	Situações abrangidas:
Asplenia ou disfunção esplénica	- Asplenia congénita ou adquirida - Doença de células falciformes
Imunodeficiências primárias ^(a)	
Infeção por VIH	Com valores de linfócitos T CD4 ⁺ <500 células/mm ³
Recetor de transplante	- Células precursoras hematopoiéticas - Órgãos sólidos
Doença neoplásica ativa	- Leucemias - Linfomas - Mieloma múltiplo
Síndrome nefrótica	

(a) Exclui défice isolado de IgA e doentes em terapêutica de substituição com imunoglobulinas sem função B residual.

Fonte: Direção – Geral da Saúde, Norma nº 011/2015 de 23/06/2015 atualizada a 06/11/2015

Também é importante referir que em algumas situações específicas, este esquema de vacinação deve ser administrado na altura de maior capacidade de resposta do sistema imunitário, como é apresentado no quadro III.

Quadro III – Grupos com risco acrescido para DIP. Adultos (≥18 anos de idade).

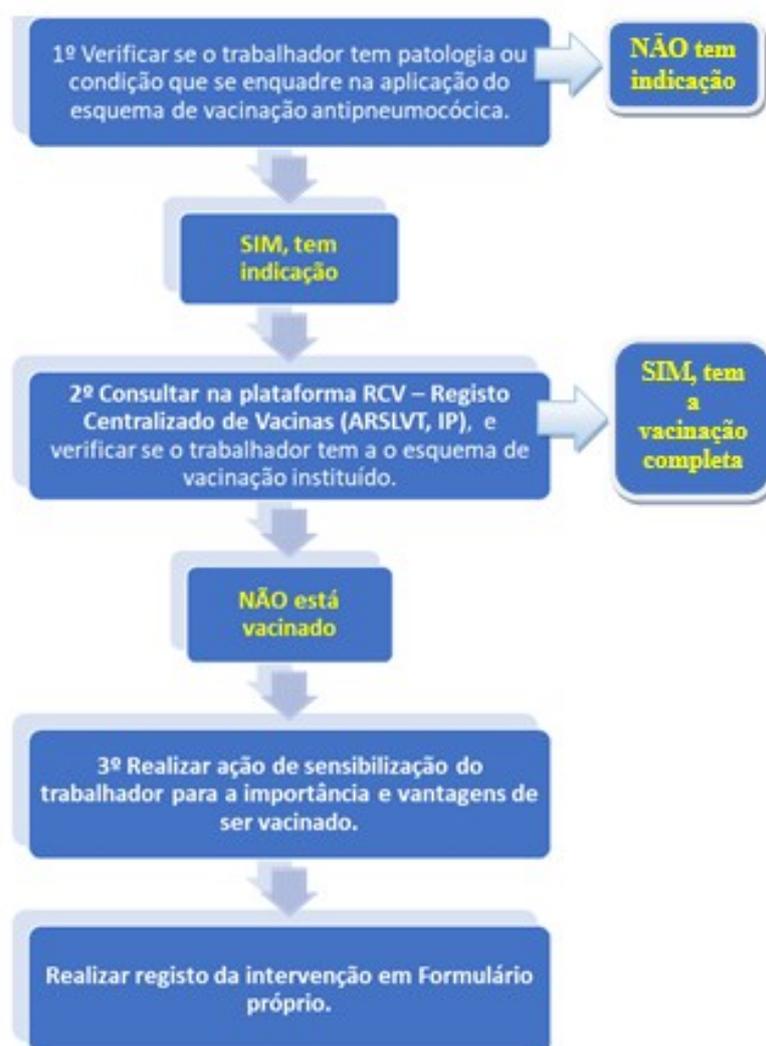
Orientações para otimizar a vacinação contra infeções por *S. pneumoniae*

Condição	Recomendação de Vacinação
Infeção VIH	- Precocemente, preferencialmente, com linfócitos T CD4 ⁺ ≥200 células/mm ³ - Se linfócitos T CD4 ⁺ <200 células/mm ³ , vacinar sem necessidade de aguardar reconstituição imunitária e considerar a administração de uma dose de vacina após linfócitos T CD4 ⁺ ≥200 células/mm ³
Esplenectomia cirúrgica	- Na cirurgia eletiva, pelo menos 2 semanas antes da cirurgia - Na cirurgia não-programada, vacinar 2 semanas após a cirurgia
Doenças autoimunes	- Precocemente e antes do início da terapêutica imunossupressora, idealmente 4 semanas antes
Em espera para transplante	- Precocemente, no mínimo 2 a 4 semanas antes do transplante
Transplante de órgão sólido ou de células hematopoiéticas	Iniciar vacinação 3 a 6 meses após o transplante dependendo do grau de imunossupressão. Devem ser administradas 3 doses de Pn13, com intervalo de 8 semanas entre as doses e 1 dose de Pn23 com intervalo mínimo de 12 meses após a última dose de Pn13, exceto nos doentes com doença crónica de enxerto contra hospedeiro que devem fazer uma 4ª dose de Pn13, em vez da Pn23.
Doenças neoplásicas em quimioterapia e/ou radioterapia	- 10 a 14 dias antes do tratamento ou - 3 meses após conclusão da quimioterapia ou radioterapia, exceto nos doentes medicados com anticorpos anti-células B ou anti TNF- α em que este intervalo deve ser superior a 6 meses - Se a vacina for administrada no decurso da quimioterapia, considerar a administração de uma dose de vacina, 3 meses após conclusão do tratamento.
Implantes cocleares (candidatos)	- Antes da implantação, preferencialmente, pelo menos 2 semanas antes

Fonte: Direção – Geral da Saúde, Norma nº 011/2015 de 23/06/2015 atualizada a 06/11/2015

Perante esta informação anteriormente descrita, aquando da realização da **consulta de enfermagem em saúde ocupacional**, seja em exame periódico ou ocasional, o enfermeiro deverá basear-se no fluxograma apresentado seguidamente:

Fluxograma de atuação para a promoção da vacinação antipneumocócica





FORMULÁRIO DE INTERVENÇÃO
Vacinação Antipneumocócica
Consulta de Saúde Ocupacional

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

Nome: _____

Idade: _____ N.º Mecanográfico: _____

Profissão: _____

Local de Trabalho: _____

Antecedentes de pessoais relevantes

Terapêutica:

VACINAS

Pneumovax-23® Sim Data da última toma: ____/____/____
 Não Motivo de não adesão: _____

Prevenar-13® Sim Data da última toma: ____/____/____
 Não Motivo de não adesão: _____

REALIZADO ENSINO Sim Não



A importância do preenchimento do **formulário** apresentado, assenta na necessidade de se registar as intervenções realizadas, para posteriormente ser possível efetivar a avaliação do procedimento de forma sustentada.

Em suma, é de grande importância aferir quais os trabalhadores que tem potencial para realizar este esquema de vacinação e intervir sobre a temática, para que se consiga obter ganhos em saúde. Embora a prescrição das vacinas não esteja ao alcance da consulta de saúde ocupacional, a promoção da saúde do trabalhador é uma das diversas finalidades da mesma. Assim, esta abordagem deverá preferencialmente, ser realizada em parceria com o médico da saúde ocupacional para posterior encaminhamento para o médico assistente.



3 - AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

Para uma adequada e sustentada avaliação da intervenção é importante haver uma definição de metas e indicadores. Este processo implica sempre comparar os dados iniciais com os obtidos através da intervenção, para posteriormente introduzir ações corretivas com vista à otimização dos resultados (TAVARES, 1990).

Assim, apresentam-se no quadro seguinte as metas e indicadores para que seja possível operacionalizar a avaliação da intervenção dentro de 1 ano.

Quadro IV - Metas e indicadores para avaliação do projeto dentro de 1 ano

Avaliação do projeto dentro de 1 ano	
Meta a 1 ano	Indicador de impacto
Que 50% dos trabalhadores com indicação para a vacinação antipneumocócica tenham o esquema atualizado.	Taxa de trabalhadores vacinados com indicação para a vacinação antipneumocócica. <i>(Nº de trabalhadores com indicação para a vacinação antipneumocócica vacinados/ Nº de trabalhadores com indicação para a vacinação antipneumocócica) x 100</i>
Meta a 1 ano	Indicador de atividade
Que sejam realizadas ações de sensibilização em consulta de saúde ocupacional sobre a vacinação antipneumocócica a 75% dos trabalhadores com indicação para a vacinação antipneumocócica.	Taxa de trabalhadores com indicação para a vacinação antipneumocócica que foram <u>sujeitos</u> ações de sensibilização sobre a vacinação. <i>(Nº de trabalhadores com indicação para a vacinação antipneumocócica que foram sujeitos ações de sensibilização sobre a vacinação/Nº de trabalhadores com indicação para a vacinação antipneumocócica) x 100</i>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 2020. Saúde Ocupacional. Acedido em 11/12/2020. Disponível em: <https://www.arslvt.min-saude.pt/pages/205>

Costa, R., Gonçalves, C. Sousa, J. *A doença pneumocócica e recomendações GRESP para a vacinação antipneumocócica na população adulta (>18 anos)*. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. 2016, 32:70-4. Acedido a 23 de setembro. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpmgf/v32n1/v32n1a11.pdf>

Direção-Geral da Saúde (2018). Programa Nacional de Saúde Ocupacional. Extensão 2018/2020. Acedido em 18 de janeiro de 2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-saude-ocupacional-extensao-2018-2020-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2015). Norma n.º 11/2015 de 23 de junho de 2015. Acedido a 10 de setembro de 2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0112015-de-23062015-pdf.aspx>

Kaplan, A., Arsenault, P., Brian, A., et al. *Vaccine strategies for prevention of community-acquired pneumonia in Canada*. Canadian Family Physician, Vol. 65, setembro 2019. Acedido em: 23 de setembro de 2020. Disponível em: <https://www.cfp.ca/content/cfp/65/9/625.full.pdf>

Linkevicius, M., Cristea, V., Siira, L. et al. *Outbreak of invasive pneumococcal disease among shipyard workers, Turku, Finland, May to November 2019*. Eurosurveillance. Acedido em: 23 de setembro de 2020. Disponível em: - <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2019.24.29.1800446>

Tavares, A. (1990). Métodos e técnicas de planeamento em saúde. Caderno de Formação, n.º 2. Lisboa: Ministério da Saúde. DRHS.

Apêndice VIII- Poster

***INTERVENÇÕES UTILIZADAS PARA A PREVENÇÃO DOS HÁBITOS
ALCOÓLICOS NOS ADOLESCENTES***
