

Unidade Curricular: Estágio e Relatório  
Projecto Individual de intervenção comunitária

## **O enfermeiro enquanto promotor da saúde, da pessoa em situação de risco de Hepatite B, para a vacinação**

Relatório de estágio apresentado para obtenção do grau de mestre em Enfermagem comunitária

**Susana Alves**

Professora Alcinda Reis  
Professora Ana Spínola

Setembro 2017



Graças às vacinas, milhares de vidas foram salvas e milhares de crianças em todo o mundo tiveram a oportunidade de viver mais saudáveis e felizes, crescendo, aprendendo e brincando sem os medos e sem as consequências de contrair doenças debilitantes, incapacitantes e mesmo letais.

Adaptado de discurso de Nelson Mandela  
(Discurso de 2.8.1996, citado pela DGS, PNV)



## **AGRADECIMENTOS**

Os agradecimentos nunca conseguem espelhar por inteiro o amor, a dedicação, a disponibilidade, a tolerância e os incontáveis apoios e ajudas recebidos.

À minha família, amiga e companheira, por estar sempre presente sem pedir nada em troca.

Aos meus filhos, pelos beijos, abraços e sorrisos que me enchem a alma e o coração todos os dias, apesar da minha muito grande ausência física e por vezes não só... Espero ter conseguido, pelo exemplo, mostrar que o conhecimento nunca está completo.

Aos meus pais, por tudo, mas, principalmente por serem quem são, os melhores pais do mundo! Mais uma vez “Obrigada por me ajudarem a crescer”.

À Professora Doutora Maria do Rosário Machado, pela dedicação e sabedoria com que me acompanhou.

Ao Professor Doutor José Amendoeira, pelos contributos e pela resiliência que demonstrou, em primeiro me conhecer, para depois me ensinar.

À Enfermeira cooperante, Mestre Fátima Neves, pela serenidade com que me orientou sem nunca pensar por mim! Grande demonstração de conhecimento, com ainda maior revelação de humildade!

Às Professoras Doutoradas Alcinda Reis e Ana Spínola, por todo o conhecimento que partilharam comigo no final desta caminhada.

Aos colegas, os do mestrado, informantes privilegiados, aos outros que em variados papéis me “abraçaram” neste percurso, mas principalmente aos 3, dos 4 Cavaleiros do Apocalipse... nunca me esquecerei...

Aos meus amigos... velhos amigos, amigos que reconheci e novos que conheci! Os amigos são a família que escolhemos...

O meu franco e leal,  
OBRIGADA.



## **SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS**

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

ARSLVT – Administração Regional De Lisboa e Vale Do Tejo

BCG – Vacina Contra A Tuberculose

CDP – Centro de Doenças Pulmonares

DGS – DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE

ENF – Enfermeira

INE – Instituto Nacional de Estatística

INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.

IP – Instituto Público

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social

JBI – Joanna Briggs Institute

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNV – Programa Nacional de Vacinação

PROF. – Professor

RSL – Revisão Sistemática de Literatura

SAV - Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USP – Unidade Saúde Pública

USF – Unidade de Saúde Familiar

VIH/ SIDA – Virús da Imunodeficiencia Humana/ Síndrome de Imunodeficiencia Adquirida

VHB - Vacina da Hepatite B

WHO - World Health Organization



## **RESUMO**

Este relatório surge na sequência do II estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, decorrido numa Unidade de Saúde Pública. Teve como objetivo “Planear intervenções de Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária”.

De acordo com as competências do Especialista em Enfermagem Comunitária planeou-se a intervenção ao grupo alvo - a promoção da saúde dos funcionários municipais do saneamento na adesão à vacinação da hepatite B.

Através da metodologia do planeamento em saúde, fez-se a avaliação do estado vacinal e trabalhou-se a literacia em saúde do grupo alvo.

A prática em contexto clínico teve por base a síntese da melhor evidência, partindo da pergunta PICO “Como a promoção da saúde capacita a pessoa em situação de risco para a hepatite B, na adesão à vacinação?”

Concluiu-se que os participantes têm perceção do perigo, mas ao mesmo tempo, “confiam na saúde dos outros” e a sua noção de risco não é exata.

Palavras chave: promoção da saúde, enfermagem, fatores de risco, comportamento de procura de saúde, vacinas.

## **ABSTRACT**

This report follows the second stage of the Master Course in Community Nursing, held at the Public Health Unit, whose objective was to “Plan Specialized Care interventions in the context of Community Nursing”.

The intervention was intended to improve the skills of municipal sanitation workers in observance to vaccination for hepatitis B.

The competencies of the Community Nursing Specialist allowed, based on the methodology of health planning, evaluation of the vaccination status and contribution to literacy.

The whole practice was based on the synthesis of the best evidence, starting from the question PICO “How does health promotion enable the person at risk for hepatitis B, in adherence to vaccination?”

We realize that employees are aware of the inherent risks, but at the same time “trust the health of others” and their notion of risk is not accurate.

Key words: health promotion, nurs\*, risk factors, information seeking behavior, vaccines

## **INDICE**

<b>INTRODUÇÃO</b>	12
<b>1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL</b>	15
1.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE- ENQUADRAMENTO HISTÓRICO	16
1.2 TRANSIÇÃO SAÚDE-DOENÇA	19
1.3 CAPACITAÇÃO, COMUNICAÇÃO E LITERACIA EM SAÚDE	21
1.4 A VACINAÇÃO EM CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO	23
<b>2. CONCRETIZAÇÃO DO PROJETO NA USP</b>	25
2.1 DIAGNÓSTICO DE SAÚDE	27
2.2 OBJETIVOS ESTABELECIDOS	29
2.3 ESTRATÉGIAS DESENVOLVIDAS	30
2.4 AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS	32
<b>3. OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS</b>	33
3.1 FORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS AFETOS ÀS UNIDADES DE VACINAÇÃO	33
3.2 DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA	36
3.3 PROTEÇÃO DA SAÚDE MENTAL	37
<b>4. PROCESSO DE REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA</b>	39
4.1 ANÁLISE DOS RESULTADOS ENCONTRADOS	40
<b>5. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA</b>	46
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	49
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	51
<b>ANEXOS</b>	57
<b>ANEXO I PROJETO DE ESTÁGIO</b>	59
<b>ANEXO II PERCURSO NO OESTE NORTE- OUTRAS ATIVIDADES REALIZADAS</b>	103
<b>ANEXOIII RSL - INSTRUMENTOS DE APOIO À PESQUISA BIBLIOGRÁFICA</b>	111
<b>ANEXO IV RSL - ANÁLISE DOS ARTIGOS</b>	115
<b>ANEXO V RSL - TABELAS DE ANÁLISE DOS ARTIGOS</b>	147
<b>ANEXO VI PLANO DAS SESSÕES</b>	153

## **INDICE DE TABELAS**

<b>TABELA 1</b> Formação dos Enfermeiros afetos à vacinação por unidade no ACeS (2014)	34
<b>TABELA 2</b> Formação dos Enfermeiros afetos à vacinação por unidade no ACeS (2016)	35

## INTRODUÇÃO

O presente Relatório surge na sequência do estágio realizado no 2º ano, 1º semestre, do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Unidade de Saúde Pública, que teve como objetivo “Planejar intervenções de Cuidados Especializados em contexto de Enfermagem Comunitária” e tem como propósito final a proposta de defesa do grau de mestre.

O documento estrutura-se em torno das atividades, no âmbito do projeto desenvolvido que se encontra anexo, e de outras que não estando inicialmente planeadas, tivemos oportunidade de desenvolver, revelando-se importantes por contribuírem para a aprendizagem e permitirem o desempenho das competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, descritas no regulamento das competências específicas do Enfermeiro especialista. (in DR n.º 35, 2.ª série, n.º 128/2011 de 18 de fevereiro).

A intervenção de Enfermagem desenvolvida no âmbito do estágio, que teve por base o projeto “O Enfermeiro enquanto promotor da saúde, da pessoa em situação de risco de hepatite B, para a vacinação” pretendeu melhorar as competências dos funcionários municipais do saneamento (limpeza pública, resíduos sólidos e rede de abastecimento de água e saneamento) das autarquias na área de abrangência da Unidade de Saúde Pública, considerados como grupos de risco de Hepatite B, no que diz respeito à mobilização dos conhecimentos adequados à prevenção da exposição pessoal aos perigos diários, sabendo como se proteger. Como Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária preocupou-nos informar, divulgar e motivar para a vacinação os adultos em fase ativa.

Os programas de vacinação têm como principal intuito promover a equidade e a igualdade na promoção da saúde e prevenção da doença.

Em Portugal o Plano Nacional de Vacinação, criado em 1965 de forma integrada e organizada, com a introdução ou retirada progressiva de vacinas, determinada por fatores epidemiológicos e pela disponibilidade de novas e melhores vacinas, é um exemplo de boas práticas em saúde e de eficiência em políticas públicas (PNV 2017).

Além da proteção individual, a maioria das vacinas tem ainda a capacidade de, a partir de determinadas taxas de cobertura vacinal, interromper a circulação dos microrganismos entre pessoas originando aquilo a que se chama “imunidade de grupo” (OMS, 2003). Sendo esta considerada como um enorme benefício para a sociedade, é claramente a mais-valia da vacinação em massa.

O vírus da hepatite B é provavelmente o mais prevalente em determinadas populações

e grupos ocupacionais, como é o caso dos funcionários municipais de resíduos sólidos urbanos. A vacina contra o VHB foi introduzida no PNV em 1995, administrada entre os 10 e 13 anos e aos recém-nascidos, a estes últimos ainda na maternidade.

Estudos epidemiológicos mostraram que mais de 2 biliões de pessoas no mundo estão expostos ao VHB e que cerca de 400 milhões são portadores crónicos, desconhecendo o seu estado. (DGS, 2012).

A justificação do interesse por este problema de saúde encontrou-se no facto de a vacina contra a hepatite B, sendo um direito destes trabalhadores, gratuitamente, cabendo a responsabilidade e ónus à entidade empregadora (Circular Normativa nº 15/DT de 15/10/2001), não se constitui uma realidade, e, por consequência, concorre para que estes não disponham de níveis de imunidade seguros.

A intervenção planeada e realizada no decurso do estágio desenvolvido passou por conhecer a realidade vacinal dos trabalhadores identificados nas autarquias e posterior atuação na promoção da literacia, como forma de os capacitar para a importância da mesma na sua própria saúde.

Assim, e no sentido de suportar a intervenção, procurou-se a melhor evidência científica, sustentada pela Revisão Sistemática da Literatura, aporte teórico e científico a uma Enfermagem avançada, usando a metodologia PICO.

Como questão definiu-se: “Como a promoção da saúde capacita a pessoa em situação de risco para a hepatite B, na adesão à vacinação?”

Destacou-se algumas das evidências encontradas na RSL, que nos ajudou na intervenção:

A baixa adesão às normas de biossegurança e cobertura vacinal contra hepatite B mostrou o risco e a vulnerabilidade da grande maioria dos trabalhadores, no que respeita às doenças infecto contagiosas que podem ser contraídas no domínio laboral.

Uma irregular comunicação de informação, falta de normalização nos cursos de formação, baixa escolaridade e informalidade profissional, resultam em conhecimentos factuais e empíricos.

Os determinantes da literacia em saúde referem que a aprendizagem ao longo da vida, tanto formal como informal, é um dos principais agentes facilitadores de uma população ou grupo. Intervenções encorajando as pessoas a serem aprendizes constantes são, por conseguinte, consideradas capazes de facilitar o desenvolvimento e a manutenção dessa mesma literacia (WHO, 2013).

Na continuidade da intervenção planeada para o estágio, desenvolveu-se um conjunto de ações no âmbito da divulgação e informação, destinadas aos próprios autarcas, no sentido de promover a vacinação dos seus trabalhadores, dotando-os de conhecimentos que lhes permitissem tomar uma decisão consciente e informada na promoção da saúde dos funcionários.

Reconheceu-se também os enfermeiros nas diversas unidades de saúde do ACeS, como parte integrante do sucesso destas medidas, pois o acesso a cuidados mais próximo das comunidades facilita a adesão aos mesmos.

A este propósito, a Ordem dos Enfermeiros refere que compete ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, desenvolver a sua prática “centrada na comunidade”, identificando as necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade) e assegurando o acesso e a continuidade de cuidados de saúde eficazes, integrados e ajustados, bem como das articulações necessárias com outros profissionais de saúde e parceiros comunitários, num determinado contexto geográfico, social, económico ou político. Acrescentou-se a participação na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública, bem como no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção, tendente à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania (DL n.º 35/2011).

A investigação da relação saúde/trabalho/doença é inerente à compreensão das situações profissionais nos seus diversos contextos. Identificar saberes, riscos, fatores condicionantes ou outros, vai facilitar a perceção das razões da não adesão às medidas universais de proteção.

Esta evidência levou a procurar desenvolver diversas atividades de formação na área da capacitação à pessoa para a adesão à vacinação.



## 1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Portugal optou por proteger constitucionalmente o acesso à saúde e incluir no desenho do seu sistema de saúde a criação de um Serviço Nacional de Saúde universal, geral e também tendencialmente gratuito. Esta foi a resposta que o Estado encontrou para proporcionar, de forma abrangente, o acesso a cuidados de saúde à população e a cada um, em função da sua necessidade e não da sua capacidade económica, assumindo a responsabilidade coletiva de, através dos impostos, financiar a atividade do SNS (Anjos, 2015).

Atualmente o país alcançou indicadores de saúde muito significativos, seja como resultado do enorme desenvolvimento económico e social que a sociedade portuguesa conhece, seja como fruto do dispositivo de saúde criado, que estabeleceu uma rede de cuidados primários, uma rede de cuidados hospitalares e uma rede de cuidados de saúde continuados.

A evolução recente da prática clínica dos enfermeiros em Portugal, resultado da influência anglo-saxónica e da mudança de paradigma na relação dos profissionais de saúde com os utilizadores do serviço de saúde, está ligado ao enraizamento do conceito de autonomia do ser humano, deduzido da Declaração Universal dos Direitos do Homem, face aos poderes político, administrativo, jurídico, académico e religioso, criando a noção de autonomia do doente face ao profissional de saúde.

Esta noção deu lugar ao compromisso deontológico, que é uma autolimitação do poder do mesmo profissional de saúde, criando um novo paradigma de relação entre duas pessoas autónomas e livres — o profissional de saúde e o utilizador do sistema que o procura. Médicos, enfermeiros, psicólogos, farmacêuticos e outros, assim como administradores e gestores do sistema, vivem no interior de uma cultura idiossincrática com linguagem e rituais próprios, atuando diariamente perante pessoas autónomas, cada vez menos a eles submetidos, com o direito reconhecido de participarem nas decisões que lhes dizem respeito e com a liberdade de as aceitarem, ou recusarem depois de convenientemente informados (Conselho Nacional para a Qualidade na Saúde, 2012).

A Organização Mundial de Saúde, refletindo sobre os direitos do doente, afirmou que estes têm o direito de ser completamente informados, nomeadamente sobre os procedimentos clínicos que lhes são propostos, juntamente com os riscos e benefícios potenciais de cada um. No mesmo sentido, as diferentes políticas de saúde pública, praticadas desde os remotos planos de vacinação, até à política de comparticipação de medicamentos ou ao alargamento da oferta pública de cuidados de saúde, em complementaridade com a oferta privada

existente no país, têm tido como denominador comum, melhorar o acesso da população aos cuidados de saúde. A sustentabilidade futura do SNS, que corresponde a uma fatia de 66% dos custos globais que os portugueses despendem em saúde, é o maior desafio da atualidade, para uma despesa pública que tende a dobrar em cada 10 anos, em boa parte devido à pressão permanente que a inovação terapêutica e tecnológica e o aumento da esperança média de vida, exercem sobre os sistemas de saúde. Apesar de tudo, o custo suportado pela sociedade, através do financiamento do SNS evidencia, face aos resultados obtidos, um dos melhores investimentos realizados pela democracia portuguesa (Estratégia Nacional Para a Qualidade na Saúde, 2015).

A estratégia nacional para a qualidade na saúde 2015 - 2020 tem como missão assegurar que as funções de governação, coordenação e ação local estão centradas no doente e alinhadas pelo mesmo diapasão, assegurar o respeito pelas dimensões efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, continuidade e respeito pelo cidadão. (Estratégia nacional para a qualidade na saúde, 2015-2020). Esta tem como focos principais, o aumento da capacitação dos cidadãos, promoção da educação e a literacia em saúde dos cidadãos, e é um instrumento inclusivo de todos os intervenientes na cadeia de prestação de cuidados de saúde.

Este é o princípio seguido pelo programa nacional de vacinação em Portugal, gerido, no plano estratégico, pela Direção-Geral da Saúde. Um exemplo de boas práticas e eficiência em políticas públicas (PNV, 2017).

## 1.1 - PROMOÇÃO DA SAÚDE – ENQUADRAMENTO HISTORICO

A Carta de Ottawa (1986) diz que a promoção da saúde é um processo que visa capacitar os indivíduos e comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. E para atingir um estado de completo bem-estar, físico mental e social, o indivíduo ou o grupo deve estar apto a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Também a Declaração de Jacarta (1997) refere que se deve aumentar a capacidade comunitária e dar direito de voz ao indivíduo, sendo que a promoção da saúde se efetua pelo e com o povo, e não sobre e para o povo.

A Carta de Bangkok (2005) para a promoção da saúde num mundo globalizado, parte dos valores, princípios e estratégias de intervenção estabelecidas na Carta de Ottawa, complementando-a. Esta advoga a saúde baseada nos direitos humanos e na solidariedade. Com a promoção da saúde surge então a noção da saúde como um recurso.

Torna-se, portanto, necessário o estabelecimento de parcerias funcionais e redes fortes para a promoção da saúde, que incluam outros grupos da sociedade, para além daqueles já tradicionalmente envolvidos na intervenção em saúde, de modo a criar capacidade para a promoção da saúde em diferentes contextos (escolas, locais de trabalho, locais de recreação

e lazer, estabelecimentos de saúde, prisões).

O investimento numa determinada área do saber tem de ter, como ponto de partida, a revisão sobre o conhecimento, científico e ou da comunidade, que já existe. Só desta forma pode haver adequação da comunicação. Considerando a educação para a saúde como uma forma de promover o desenvolvimento do homem como indivíduo e como parte de um ecossistema complexo, a atuação do enfermeiro nesta área não pode consistir numa simples transmissão de informação científica e técnica, culturalmente neutra, mas sim numa intervenção autêntica na cultura dos indivíduos, tendo em conta os seus conhecimentos prévios, valores e comportamentos (Amorim, 2000).

Tendo estes pressupostos como base, procurou-se vários conceitos subjacentes aos mesmos, como forma de facilitar a operacionalização e fundamentação da nossa intervenção de educação para a saúde. Green & Kreuter (citado por Candeias, 1997) dizem que educação em saúde é um conjunto de combinações de experiências de aprendizagem, delineadas com vista a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde.

O desenvolvimento de competências no âmbito da Especialidade de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública tem como alvo de intervenção a comunidade e dirige-se aos projetos de saúde dos grupos a vivenciar processos de saúde/doença, processos comunitários e ambientais com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida (DR, 2.<sup>a</sup> série, n.º 47,2011), sendo esta, a premissa que assumimos no desenvolvimento das atividades. Reconhecendo que os Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária têm por foco da sua atenção as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde de grupos, comunidades e populações, designadamente através do desenvolvimento de programas de intervenção com vista à capacitação e empowerment das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania (DR n.º 128/2011). Salientou-se o modelo do empowerment comunitário, modelo que remonta a 1973 (Ruiz et al, 1999) e tem importância neste contexto por se adequar à realidade trabalhada. O seu conceito foi fortalecido e clarificado em 1978, na Conferência de Alma-Ata e que se procurou mobilizar ao longo das nossas atividades.

A promoção da saúde moderna tem como documento de referência o Relatório Lalonde, publicado em 1974. Esse documento, um memorando de discussão produzido pelo Ministério de bem-estar e saúde do Canadá, resumiu a ideia que preconizava, como eixo central de intervenção, um conjunto de ações que procuravam interferir positivamente nos comportamentos individuais “não saudáveis”. Assim, procurou organizar um conceito sobre a saúde que fosse intelectualmente aceitável e suficientemente simples (Carvalho, 2004). O resultado concretizou-se na produção de um modelo que inter-relacionava quatro grupos explicativos do fenómeno saúde/doença: o ambiente (natural e social), os estilos de vida (comportamentos individuais que afetam a saúde), a biologia humana (genética

e função humana) e os serviços de saúde. Comportamentos pouco saudáveis eram assim “riscos autoimpostos” e, portanto, potenciadores de doença, mostrando a necessidade de uma intervenção que conseguisse atuar sobre os hábitos de vida. Estratégias fundamentais às práticas de promoção da saúde foram implementadas e tiveram efeitos positivos, no que respeitou à adoção de estilos de vida mais saudáveis de determinados grupos sociais, porém, obtiveram igualmente pouco impacto sobre as condições de vida das populações marginalizadas (relatório Lalonde, 1974).

Surgiram então correntes de pensamento que ficaram conhecidas como “nova promoção da saúde”, inscritas em inúmeros documentos institucionais, entre outros, o memorando de trabalho difundido pelo Escritório Europeu de Promoção da Saúde em 1984, que sintetizava pela primeira vez as grandes linhas de ação, e a Carta de Ottawa produzida durante a 1ª Conferência Internacional, realizada no Canadá em 1986. Em linha com Alma Ata, esta considerava que a justiça social, a equidade, a educação, o saneamento, a paz, a habitação, o salário digno, a estabilidade dos ecossistemas e a sustentabilidade dos recursos naturais eram pré-requisitos essenciais à saúde das populações. Assim, e sob os auspícios da OMS (1986), a saúde, mais do que um objetivo de vida, passou a um recurso do quotidiano.

A responsabilidade da promoção da saúde tornava-se comum a todos os sectores da sociedade, através da capacitação dos indivíduos e das comunidades, da criação de ambientes favoráveis à saúde e do desenvolvimento de aptidões pessoais com recurso à estratégia da educação para a saúde.

Populações saudáveis são componentes chave para que os objetivos de qualquer sociedade sejam alcançados. A redução das desigualdades e do gradiente social traz melhorias à saúde de todos (Declaração de Adelaide sobre a Saúde em Todas as Políticas, 2010).

Um dos conceitos desta nova abordagem era o conceito de “empowerment” presente, implícita ou explicitamente, nas premissas e estratégias mencionadas. Este conceito materializava a razão de ser da promoção da saúde, enquanto um processo que procura possibilitar que indivíduos e comunidades, aumentem o controle sobre os determinantes de saúde (Carvalho, 2004). Empowerment é então um processo social, cultural, psicológico ou político através do qual os indivíduos e os grupos sociais são capazes de expressar as suas necessidades, apresentar as suas preocupações, conceber estratégias de envolvimento na tomada de decisões e alcançar ações políticas, sociais e culturais para atender a essas necessidades (health promotion glossary, 1986).

Frederico (2006, p 124), citado por Pereira, Fernandes Tavares e Fernandes diz que empowerment é (...) “um processo de reconhecimento, criação e utilização de recursos e de instrumentos pelos indivíduos, grupos e comunidades, em si mesmos e no meio envolvente, que se traduz num acréscimo de poder – psicológico, sociocultural, político e económico – que lhes permite aumentar a eficácia do

exercício da sua cidadania”.

Outro conceito que emerge desta mudança de paradigma é a prevenção primordial, estreitamente associada às doenças crónico-degenerativas, que visa evitar a emergência e o estabelecimento de estilos de vida que se sabem contribuir para um risco acrescido de doença (Alwan,1997). Inclui políticas e programas de promoção de determinantes «positivos» de saúde, como a abstinência tabágica, a nutrição adequada e a prática regular do exercício físico (Alwan,1997, citado por Almeida,2005).

À primeira leitura, os conceitos de prevenção primordial e de promoção da saúde confundem-se, sendo, no entanto, complementares. Enquanto a prevenção visa diminuir a probabilidade da ocorrência de uma doença ou enfermidade específica, a promoção da saúde visa aumentar, através de esforços intersectoriais, a saúde e o bem-estar geral (Czeresnia, 1999 citado por Almeida, 2005).

Reconhece-se assim, a necessidade de uma nova abordagem à promoção da saúde, centrada inevitavelmente na iniciativa dos cidadãos e da sociedade em geral. Reduzir a incidência e a duração de doenças crónicas e mostrar o desenvolvimento da qualidade, com a valorização da evidência científica, aperfeiçoam os serviços de saúde e restringem a despesa.

## 1.2 - TRANSIÇÃO SAÚDE - DOENÇA

A educação para a saúde pressupõe uma combinação de oportunidades que favoreçam a manutenção e sua promoção, não entendida somente como transmissão de conteúdos, mas também como a adoção de práticas educativas que promovam a autonomia da pessoa na condução da sua vida. Desse modo, educação em saúde nada mais é que o pleno exercício de construção da cidadania.

Esta visão integra, ao mesmo tempo, os valores fundadores do Serviço Nacional de Saúde e os pontos fortes do sistema atual, a competência dos profissionais de saúde, a exigência de novas abordagens, infraestruturas adequadas e um alicerce de custos mais sustentável.

A vida tem início no ciclo familiar, contexto primário do desenvolvimento humano, onde o movimento de crescimento é constantemente envolvido. Isto implica a compreensão dos problemas que as pessoas desenvolvem, dentro desse mesmo contexto.

Esse movimento de mudança que ocorre a nível familiar é, segundo Scumacher e Meleis (1994), citado por Zagonel (1999), denominado de transição.

Transição, na sua aceção genérica, é uma palavra que deriva do latim ‘transitio-ōnis’, significando o ato, efeito ou modo de passar lenta e suavemente de um lugar, estado ou assunto para outro, passagem, fase ou período intermédio num processo evolutivo.

Os enfermeiros devem adequar aos cuidados de enfermagem à necessidade de

enriquecer e complementar o conhecimento diariamente, como forma de transformar a prática numa disciplina, tendo por base a teoria que melhor a suporte.

De acordo com Meleis, teórica escolhida, devido à adequação ao tema da promoção para a mudança, o enfermeiro interage com o ser humano, parte integrante do seu contexto sociocultural que se encontra numa transição ou que a antecipa (Meleis, 2011).

As interações enfermeiro/cliente são organizadas em função de um objetivo e o enfermeiro usa a ação para melhorar, facilitar ou promover a saúde. A Teoria das Transições de Enfermagem de Meleis propõe ajuda às pessoas na gestão das transições de vida. Estas requerem que a pessoa incorpore um novo conhecimento saúde ou o desenvolvimento de novas habilidades.

A Enfermagem toma por foco de atenção as respostas decorrentes de eventos relacionados com processos de saúde-doença e/ou com processos de vida. Duas décadas depois, Meleis completa esta ideia afirmando que os enfermeiros antecipam, avaliam, diagnosticam, lidam e ajudam a lidar com as mudanças, promovendo um nível máximo de autonomia e bem-estar.

Ainda, segundo estas duas autoras, as transições passam ao domínio da enfermagem quando derivam de processos saúde-doença, onde esta pode intervir a vários níveis, como a antecipação e preparação para a mudança, tal como na prevenção de possíveis consequências negativas.

A interação enfermeiro/pessoa organiza-se em torno de uma intenção que conduz à ação, por forma a promover, restaurar ou facilitar a saúde. As intervenções de enfermagem podem ser entendidas como uma ação continuada ao longo do processo de transição, precedida pela sua compreensão. Estas devem proporcionar conhecimento e empowerment àqueles que o vivem, promovendo respostas saudáveis às mesmas.

Em 2000, após um estudo aprofundado deste conceito, Meleis et al. apresentam a Teoria de Médio Alcance das Transições, que considera a existência de diversos tipos de transições. Aplicada ao nosso contexto considerou-se a transição como organizacional. Esta está associada a mudanças relacionadas com o ambiente e abrange aspetos relacionados tanto com o ambiente social, político e económico como com as alterações na estrutura e dinâmica das organizações.

Estes aspetos, que medeiam os processos de transição, devem ser considerados onde estão incluídas as ações de promoção da saúde (Meleis, 2011).

Na transição organizacional, aplicada aos grupos que se trabalhou, deverá o enfermeiro tomar conhecimento das novas necessidades de saberes, num processo de interação participativa, de forma a que estes possam tomar decisões acerca dos cuidados que vão ao encontro do processo de adaptação a um estilo de vida mais protetor da saúde.

### 1.3 - CAPACITAÇÃO, COMUNICAÇÃO E LITERACIA EM SAÚDE.

Como temos vindo a referenciar “promoção” é essencial em enfermagem comunitária. As atividades de promoção de saúde visam melhorar o bem-estar de um indivíduo, família ou comunidade e devem ser comportamentos integrados e continuados no quotidiano destes.

Também o termo comunidade é aqui utilizado como uma população específica que tem em comum uma área explícita, partilha instituições, valores e problemas. Pode agregar vários grupos de pessoas com objetivos comuns, mas que interagem de forma independente.

O conceito de capacitação ou empowerment aponta assim, para uma parceria com indivíduos ou grupos para obter o seu empoderamento para a saúde. É um processo pelo qual as pessoas adquirem um maior controlo sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde, para que se tornem capazes de se expressar, demonstrar as suas preocupações, elaborar estratégias de participação na tomada de decisões para atender às suas necessidades (Machado et al, 2015).

No que respeita ao conceito de comunicação, podemos começar pela sua etimologia. Deriva do latim *communicare*, que significa “partilhar algo, pôr em comum”.

A comunicação é um fenómeno inseparável da relação que os seres vivos mantêm quando se encontram em grupo. Através dela as pessoas alcançam conhecimento e podem partilha-lo com outros (conceito.de).

O processo comunicativo implica a emissão de sinais (sons, gestos ou outros) com a intenção de dar a conhecer uma mensagem. A educação faz parte deste processo comunicativo, ligado à história da humanidade e que vai além de si mesmo, com ações dinâmicas que permitem a garantia da aprendizagem coletiva e do desenvolvimento cognitivo. Para que a comunicação seja bem-sucedida, quem recebe a mensagem deve ser capaz de a descodificar e de a interpretar.

A comunicação deve, sobretudo, criar uma ligação significativa, investida de respeito e compreensão. Deve ser centrada nas pessoas e não nos problemas, visando criar um ambiente favorável à evolução no sentido de gerar motivação, beneficiando então a pessoa/comunidade a tomar o conhecimento como seu e construir um olhar positivo sobre o futuro. Será assim uma relação vetor de mudança nos comportamentos (Phaneuf 2005).

Outro conceito importante de clarificar é o conceito de Literacia em Saúde.

Sistemas de saúde centrados na pessoa exigem um papel ativo por parte dos indivíduos, pois estes tornam-se parte integrante dos processos de tomada de decisão. Uma das competências fundamentais a criar passa pelo conhecimento sobre os diferentes aspetos da saúde e dos cuidados de saúde, bem como pela capacidade de utilização desse conhecimento, necessário para maximizar a probabilidade de adoção de comportamentos saudáveis

Literacia em saúde não é só a capacidade geral para ler (...) os pacientes enfrentam muitas vezes informações de saúde complexas, assim como decisões terapêuticas. Isto envolve a necessidade de avaliar informação de credibilidade e qualidade, analisar riscos (Monteiro, 2009).

A literacia em saúde constitui assim um facilitador importante para a participação efetiva nos cuidados de saúde.

Para além de perceber, por exemplo, o que faz mal ou bem, adotar comportamentos de saúde implica também um conjunto de competências emocionais, cognitivas e comportamentais que permitam a utilização desses conhecimentos nos contextos em que importa serem aplicados.

Esses conhecimentos em saúde fazem parte de um conceito mais abrangente, referido como literacia em saúde (Santos, 2010).

A OMS, já em 1998, definiu literacia em saúde como o conjunto de competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para aceder, compreender e utilizar a informação de forma a promover e manter a sua saúde.

Mais recentemente, literacia em saúde foi definida como a medida em que os indivíduos têm capacidade para obter, processar e entender informação básica em saúde e serviços disponíveis (Selden et al., 2000).

Reconhece-se Literacia em Saúde como a capacidade para tomar decisões informadas, continuamente, sobre saúde. O XXI governo constitucional português estabeleceu como prioridade a criação de um Programa Nacional para a Saúde, Literacia e Autocuidado (DR nº49, 2ª série, 10. março.2016).

Existe hoje uma notável evidência de que a Literacia, a Educação e o Autocuidado são vitais para a promoção e proteção da saúde, contribuindo para a eficácia e conseqüente sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde. Estes contribuem para reforçar o papel do cidadão uma vez que transformam a informação, o conhecimento e a decisão informada em veículos desse mesmo reforço.

A falta de capacitação pode gerar ansiedade, que só é substituída pela devida segurança, a partir do momento em que a pessoa consiga fazer uma eficaz gestão da doença e organização da dinâmica nos cuidados (Rocha et al, 2008).

Estes saberes tornaram necessário, ao Enfermeiro, enfrentar o desafio de corresponder com prestações e cuidados flexíveis, inovadores e proactivos, no sentido de integrar a participação da população nesses mesmos cuidados, preparando e apoiando os cuidadores informais em cuidados domiciliários, capacitando para a adoção de comportamentos preventivos de doenças infecciosas através da vacinação, crónicas como a diabetes e a obesidade, promovendo a saúde mental e o envelhecimento saudável, para a conseguirem influenciar positivamente.

## 1.4 - A VACINAÇÃO EM CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO

O conceito de grupo de risco, em função da situação epidemiológica do país e do grau de organização dos serviços, vai sendo constantemente atualizado.

Tão importante como a proteção individual é o efeito da vacinação na dinâmica dos agentes infecciosos e das respetivas doenças numa determinada comunidade e mesmo a nível global. Estas permitem eliminar ou controlar doenças infecciosas com franca redução da morbidade e da mortalidade, principalmente na infância. Pelos seus benefícios para a saúde a vacinação é geralmente, considerada das medidas de Saúde com melhor relação custo-efetividade, superada apenas pela distribuição de água potável às populações (OMS, 2003).

Para contrariar a vulnerabilidade dos seres humanos aos microrganismos foram-se desenvolvendo ao longo dos séculos, tentativas de minimizar o seu impacto na saúde. Foi assim que surgiu em 1796, oficialmente, a primeira vacina contra a varíola, apesar de o conceito de “vacinação” já ser utilizado, pelo menos desde 1774.

As vacinas “descobertas” há mais de duzentos anos, com destaque para o desenvolvimento verificado no século XX, consistem na inoculação deliberada de microrganismos causadores da doença (ou partes destes), modificados por forma a perderem a virulência, mas com capacidade de induzir imunidade com segurança para o hospedeiro (PNV 2017).

Além da proteção individual, a maioria das vacinas têm ainda a capacidade de, a partir de determinadas taxas de cobertura vacinal, interromper a circulação dos microrganismos entre pessoas originando a “imunidade de grupo”. Este benefício para a sociedade é claramente uma mais-valia da vacinação em massa.

Apesar de a vacinação ser a medida mais efetiva na prevenção de doenças, a mesma não dispensa medidas de Promoção e de Educação para a Saúde que visem a redução de comportamentos de risco e a adoção de estilos de vida saudáveis.

A Circular Normativa nº 15/DT de 15/10/2001 atualiza os grupos de risco para os quais a vacinação contra a hepatite B é gratuita, quando administrada nos serviços de saúde, da rede do Ministério da Saúde, ou noutros serviços com os quais sejam celebrados protocolos, autorizando a vacinação gratuita de determinadas pessoas, enquadradas em diversos grupos.

Outros grupos há, considerados de risco desde que o médico assistente ou a autoridade de saúde o justifiquem por escrito. Nestes casos, será tido em consideração que os respetivos encargos nomeadamente, o pagamento das vacinas de trabalhadores não incluídos nos grupos de risco expressos nesta circular, e cujo risco advém do exercício profissional (por exemplo, bombeiros, membros da Guarda Nacional Republicana, da Polícia de Segurança Pública, funcionários dos serviços municipalizados) é da responsabilidade da respetiva entidade patronal (pública ou privada), de acordo com a legislação em vigor.

Os princípios, objetivos e resultados do PNV devem ser garantidos, tendo em atenção os ganhos em saúde que permitem obter e que dependem da efetividade das vacinas, das taxas de cobertura vacinais globais e do controlo de bolsas de suscetíveis. Estes dois últimos aspetos requerem que se garanta a acessibilidade e a aceitabilidade da vacinação pelos cidadãos e pelos profissionais, mas igualmente a responsabilidade atribuída a cada cidadão na manutenção da sua própria saúde (PNV, 2017).

## **2. CONCRETIZAÇÃO DO PROJETO NA USP- ETAPAS DO PLANEAMENTO EM SAÚDE**

Os Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública são os que têm por foco da sua atenção as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde de grupos, comunidades e populações, designadamente através do desenvolvimento de programas de intervenção com vista à capacitação e empowerment das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania. O enfermeiro especialista em Enfermagem comunitária utiliza esta metodologia nas suas intervenções.

Em 1977 na 3.<sup>a</sup> Assembleia Mundial de Saúde o diretor da OMS declarou: “este instrumento que denominamos de planeamento em saúde, oferece aos países um meio útil e prático não somente de exprimir as suas políticas e objetivos de saúde, mas também traduzi-los numa ação correta de desenvolvimento no domínio da saúde...” (Imperatori e Giraldes, 1983).

Planeamento em saúde foi definido por Imperatori e Giraldes (1993) 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 setores socioeconómicos”. Para estes autores o planeamento em saúde apoia-se em três pilares fundamentais: a elaboração, a execução e a avaliação.

A elaboração é uma das fases mais importantes e é composta pelo diagnóstico de saúde, a definição das prioridades, a fixação de objetivos, a seleção das estratégias, a elaboração de programas e projetos (tendo em conta os recursos disponíveis) e a preparação da execução.

Segue-se a execução, fase em que é operacionalizado o projeto delimitado e por fim há a avaliação de todo o processo, onde se faz a validação das estratégias e objetivos, a prova dos indicadores criados e dos ganhos em saúde obtidos, e por fim a redefinição do diagnóstico de saúde.

Também, anos mais tarde, planeamento em saúde é descrito como um processo de identificação de problemas, priorização, definição de metas/objetivos realistas e adequação na utilização dos recursos, como forma de atingir eficácia e eficiência nos serviços de saúde (Vaghese et al, 2007).

Ainda, e segundo Nunes (2016), planeamento é uma ferramenta técnica administrativa,

imprescindível à boa gestão, cuja utilização traduz uma atitude responsável e uma postura racional dos preponentes de uma mudança. Traduz uma atitude de recusa da situação atual e o desejo de conseguir uma situação diferente. É então um processo dinâmico na arte de decidir sobre o que fazer no presente para se conseguir chegar ao futuro desejado (Nunes, 2016).

Este método é importante e a intervenção do enfermeiro especialista em saúde comunitária deve tê-lo por base, enquanto processo que abrange o diagnóstico do estado de saúde de grupos e comunidades, o desenho de programas e projetos de intervenção e a construção de indicadores que permitam avaliar eficazmente a qualidade das intervenções realizadas.

Assim, os critérios que sustentam as capacidades destes especialistas integram as quatro competências que estão definidas no Regulamento de Competências:

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 comunidade;
- 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 (DR nº 118/2015, 2.ª série, 19 de junho).

Na saúde de uma população estão inerentes diversos fatores. O estado de saúde de cada cidadão depende do património genético, do ambiente social, cultural e físico que o envolve (Quigley et al., citado por DGS, 2012) e, também, do desempenho do Sistema de Saúde. Assim, é necessário estabelecer um conjunto de indicadores de saúde que permitam a monitorização de resultados e desempenho do sistema de saúde e dos intervenientes que constituem o mesmo.

Por outro lado, indicadores de saúde são instrumentos de medida sumária que refletem, direta ou indiretamente, informações relevantes sobre diferentes atributos e dimensões da saúde bem como dos fatores que a determinam (Institute of Medicine e Nutbeam, citados por DGS, 2012). Estes são uma mais-valia para melhorar o conhecimento sobre os determinantes da saúde, identificar fraquezas no estado de saúde de populações específicas e são, concomitantemente, úteis para o planeamento, para a política de saúde e para gerir o sistema de saúde.

Os indicadores do Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (DGS, 2012) são os selecionados, de entre os Indicadores de Saúde, para as áreas que este propõe para intervenção e para as quais se preveem ganhos em saúde. De acordo com o PNS 2012-2016 (DGS, 2012), os indicadores podem ser divididos em quatro grandes grupos de Indicadores de Saúde:

- Grupo I: Indicadores de Estado de Saúde - possibilitam avaliar quão saudável é uma população utilizando cálculos como a mortalidade, morbidade, incapacidade e bem-estar;

- Grupo II: Indicadores de Determinantes de Saúde - permitem o conhecimento sobre os fatores para os quais há evidência científica quanto à influência sobre o estado de saúde e do recurso aos cuidados de saúde (comportamentos, condições de vida e trabalho, recursos pessoais e ambientais);

- Grupo III: Indicadores de Desempenho do Sistema de Saúde - nas suas diversas vertentes de aceitabilidade, acesso, qualidade, capacitação, integração de cuidados, efetividade, eficiência e segurança, contribuem para a análise da qualidade do Sistema de Saúde;

- Grupo IV: Indicadores de Contexto - abrangem dimensões de caracterização que, não sendo indicadores de estado de saúde, determinantes individuais ou de desempenho do Sistema de Saúde, permitem comparar populações diferentes, pois proporcionam informação contextual importante.

O contexto da intervenção planeada focou os indicadores espelhados no grupo II.

O grande objetivo do planeamento em saúde é então, como percebemos, melhorar o nível de saúde das populações através de mudanças no comportamento sobretudo a nível das atitudes e comportamentos relacionados com os estilos de vida.

## 2.1 - DIAGNÓSTICO DE SAÚDE

Segundo Imperatori & Giraldes (1993) o diagnóstico de saúde de uma situação ou comunidade faz parte de um processo e tem como finalidade a identificação e caracterização da mesma. Este irá então dar sentido à perceção das necessidades e mostrar o desenho, mais ajustado possível, das intervenções necessárias e adequadas.

De acordo com os mesmos autores, o desenho do planeamento em saúde deve conter, como já dissemos anteriormente, a elaboração do plano composta pelo diagnóstico, a definição de prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a elaboração do projeto, a operacionalização e a avaliação, onde é feita a validação das estratégias utilizadas através da verificação dos indicadores criados para poder objetivar os ganhos em saúde. (Imperatori e Giraldes, 1993).

Tendo por base esta metodologia, realizou-se o projeto “O Enfermeiro enquanto promotor da saúde, da pessoa em situação de risco de hepatite B, para a vacinação” surgiu de uma preocupação da autoridade de saúde do ACeS, mais concretamente do grupo de coordenação da vacinação, com a questão do desconhecimento da cobertura vacinal dos trabalhadores dos serviços camarários das autarquias, acerca da hepatite B, assim como da responsabilidade individual desses trabalhadores, na adesão à vacinação.

Na saúde, o planeamento busca a alteração do estado de saúde das comunidades no sentido da obtenção de ganhos, pela mudança dos comportamentos através da promoção de estilos de vida saudáveis (Tavares, 1992).

O que se desenvolveu prendeu-se com a responsabilidade de saúde e legal, que deve ser partilhada entre a responsabilidade individual do trabalhador, enquanto cidadão e, por outro lado a responsabilidade a nível coletivo, pois enquanto entidades empregadoras, as autarquias devem zelar pela saúde dos seus trabalhadores, tanto mais que é a esta que lhe incumbe o cumprimento da Circular Normativa nº 15/DT de 15/10/2001.

Assim, este projeto visou contribuir para uma maior mobilização das autarquias e dos seus trabalhadores com objetivo último de promover a saúde da comunidade através da capacitação, uma vez identificado o diagnóstico de enfermagem “baixo nível de literacia dos trabalhadores integrantes do grupo alvo, manifestado pela pouca importância atribuída à vacinação para a prevenção da hepatite B”.

Assumindo que o Enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, pelo seu perfil técnico e científico, representa um dos elos mais credenciados e com competências específicas para atuar na promoção à adesão dos trabalhadores para os benefícios da vacinação.

No sentido de entender a realidade que iria ser trabalhada, procedeu-se a um primeiro contato com as autarquias, com o propósito de conhecer e estabelecer elos, que serviram de suporte à criação de parcerias locais sustentadas, pois estas são ingredientes essenciais das estratégias locais de saúde (PNS, 2011-2016).

Foram agendadas reuniões nomeadamente, em Caldas da Rainha com o presidente e com o vereador do pelouro da saúde; em Peniche com a vereadora do pelouro da ação social; em Óbidos com os responsáveis do pelouro da saúde e no Bombarral, com o presidente da Câmara e com a vereadora do pelouro da saúde.

No decorrer das reuniões foi apresentado o projeto e clarificadas as questões levantadas pelas respetivas entidades, sendo prestados todos os esclarecimentos. Posteriormente solicitou-se o registo dos funcionários afetos aos serviços que estavam na área de abrangência da nossa ação.

Das quatro autarquias com quem estabelecemos parceria, apenas três enviaram os elementos requeridos, não tendo sido possível refazer o contato com a Câmara de Peniche.

A partir da informação recebida, tornou-se possível realizar o diagnóstico de saúde destes grupos, com o apuramento das coberturas vacinais.

Destas reuniões colheu-se também contributos que permitiram ter uma visão mais clara destes grupos profissionais, em contexto com cada zona geográfica.

Percebeu-se que o nível de Iliteracia era semelhante nos três concelhos, com baixos níveis de escolaridade e falta de hábitos de leitura. Isto provoca alguma dependência no que diz respeito à perceção e interpretação de informações, nomeadamente informações de saúde.

O afastamento social e geográfico foi mais visível no concelho do Bombarral, associado à disseminação geográfica do próprio concelho e a uma rede de transportes

públicos muito dependente dos horários e tempos escolares, onde se identificou sobretudo dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

## 2.2 - OBJETIVOS ESTABELECIDOS

Após a elaboração do diagnóstico e identificado o problema sobre o qual era necessário intervir, a falta de cobertura vacinal, para a hepatite B, dos funcionários municipais ligados ao saneamento, definiu-se os objetivos a alcançar.

Reconheceu-se objetivo como o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente executável e que irá alterar a tendência de evolução natural do problema, explicado em termos de indicadores de resultado. Uma meta é o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente executável das atividades dos serviços de saúde, traduzidos em termos de indicadores de atividade (Imperatori e Giraldes, 1993).

Depois de feito o desenho do problema junto de três das autarquias na área de abrangência do ACeS (por ausência de resposta da restante), agrupou-se um total correspondente a 9 funcionários na Câmara Municipal do Bombarral ainda não vacinados, traduzido em 27 doses para o esquema completo; 59 pertencentes à Câmara de Caldas da Rainha, 177 doses no total para o esquema completo. Quanto ao Município de Óbidos, este serviço está concessionado a uma empresa de prestação, tendo apenas como empregados um total de 14, representando 42 doses no total.

Para a intervenção comunitária definiu-se como objetivo geral:

- Promover a capacitação dos funcionários municipais do saneamento para o comportamento de adesão à vacinação da hepatite B.

e como objetivos específicos:

- Promover o aumento do conhecimento dos responsáveis das autarquias no tema da promoção de saúde;

- Promover o envolvimento dos trabalhadores dos serviços camarários de limpeza pública, resíduos sólidos e rede de abastecimento de água na capacitação para o comportamento de procura de saúde e adesão à vacinação;

- Implementar, conjuntamente com as autarquias, ações com vista à vacinação dos trabalhadores.

A identificação do estado de saúde de uma comunidade necessita de uma colheita de dados relevantes, produção de dados em falta e interpretação da mesma. Segundo Stanhope e Lancaster (2011), o primeiro objetivo da colheita de dados consiste na aquisição de informação pertinente da comunidade e da sua saúde.

A par com o estudo do estado de imunização, realizaram-se pesquisas para identificar a melhor forma de adquirir as doses de vacinas necessários.

## 2.3 - ESTRATÉGIAS DESENVOLVIDAS

De entre as formulações autorizadas a comercializar em Portugal pelo INFARMED, optou-se pela que está disponível no SNS, por ser mais fácil de adquirir em quantidade, facilitando o processo de compra.

Foi executado contato com a Direção Geral de Saúde, através da equipa coordenadora regional de vacinação, para perceber a hipótese de aquisição diretamente a partir desta, o que se mostrou inviável. As saídas de materiais das farmácias e armazéns das ARS são possíveis pela transferência monetária entre centros de custos, o que apenas pode acontecer dentro do mesmo organismo.

Contactou-se então o laboratório produtor da vacina escolhida para perceber a possibilidade de compra direta pelas autarquias, o que também se revelou não ser exequível por não serem estabelecimentos de saúde.

A solução encontrada passou pela compra unitária em farmácias comunitárias, pelos funcionários, com prescrição pela medicina do trabalho e com a responsabilidade do ónus às respetivas autarquias.

Foram realizados novos contatos, já no mês de setembro, com os elos de ligação anteriormente criados, com a finalidade de dar a conhecer o diagnóstico de saúde dos seus trabalhadores. Para poder analisar e avaliar os resultados que iríamos obter, determinou-se como indicador de resultados conseguir atingir 80% de funcionários vacinados, no final da nossa intervenção.

Identificou-se dois tipos de indicador; indicadores de impacto que abaixo se identificam, que permitem medir a mudança conseguida num problema de saúde após uma intervenção e indicadores de execução, com que é possível avaliar a atividade desenvolvida (Imperatori e Giraldes, 1993). Podem, a curto prazo, avaliar-se resultados com indicadores de execução, no entanto a avaliação dos indicadores de impacto só poderá ser conseguida a longo prazo. Tendo em conta o tempo de execução do projeto, foram elaborados indicadores de execução.

- Indicador de avaliação:

% de funcionários do saneamento da autarquia do Bombarral vacinados após a intervenção subtraída a % de funcionários do saneamento da autarquia do Bombarral vacinados antes da intervenção

- Indicador de avaliação:

% de funcionários do saneamento da autarquia de Óbidos vacinados após a intervenção subtraída a % de funcionários do saneamento da autarquia de Óbidos vacinados antes da intervenção

- Indicador de avaliação:

% de funcionários do saneamento da autarquia de Caldas da Rainha vacinados após a

intervenção subtraída a %de funcionários do saneamento da autarquia de Caldas da Rainha vacinados antes da intervenção

Durante estes contatos definiram-se diferentes métodos a utilizar, com os vários grupos trabalhados, com o interesse de fomentar o diálogo, tendo em vista a capacitação para a importância da sua própria responsabilização nos processos de saúde/doença. As atividades planeadas tiveram em conta, igualmente, a metodologia do planeamento em saúde, por forma a permitirem a concordância entre necessidades diagnosticadas nos grupos a intervir e a pertinência do projeto.

Como já foi referido, o projeto visou o empowerment dos funcionários do grupo alvo, no sentido de, ao deterem mais informação possam assumir o controlo da sua própria saúde, contribuindo para promover o empowerment da comunidade onde estão inseridos. “O empoderamento comunitário começa no individuo, passa pelo grupo e termina na comunidade em geral” (Laverack, 2008).

Temas como os riscos em saúde que podiam decorrer das funções laborais desenvolvidas no quotidiano; a vacinação como recurso fundamental para a prevenção e o potencial do uso de fontes de informação de saúde fidedignas, foram os tópicos dominantes.

A seleção de estratégias de saúde deve ter em conta um conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas para alcançar um determinado objetivo como refere Imperatori e Giraldes (1993). Planearam-se reuniões com os vários grupos de cada autarquia, reuniões essas que, apesar de serem sessões de comunicação informais, foram a ferramenta eficaz para capacitar e fomentar a aquisição de conhecimentos.

Sabe-se que a saúde é vivida pelas pessoas nos espaços da sua vida diária. É a interação entre os ambientes e as pessoas que cria o padrão de saúde do indivíduo, da família, do trabalho e da comunidade. Melhorar a saúde e a qualidade de vida, mais do que capacitar as pessoas para agir, implica conhecer as suas competências e potencialidades.

Segundo Rodrigues (2005) a educação para a saúde deve ser assumida como um processo interativo, devendo a pessoa adotar uma participação ativa e de parceria, com responsabilidades na decisão da sua própria saúde e qualidade de vida. O princípio da participação ativa estimula o respeito e nesta perspetiva a relação educativa passa para fazer algo “com“ em vez de “para o outro”.

As ações de promoção para pessoas adultas devem estar em concordância com os princípios da educação de adultos, pois estas têm de ser vistas com a sua história de vida, que vai influenciar o processo de aprendizagem.

Neste sentido a comunicação informal adotada permitiu que os conceitos transmitidos exercessem influência na tomada de decisão das pessoas. Dentro do mesmo ambiente social, há uma pluralidade de ideias a respeito de um mesmo tema, o que fomenta a partilha e a troca de experiências e conhecimentos.

## 2.4 - AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

A avaliação, segundo Imperatori e Giraldes, como última etapa do planeamento em saúde, tem de ser exata e determinar o nível de consecução do objetivo delineado. Deve ainda ter como finalidade aperfeiçoar e orientar as ações posteriores, a partir das informações colhidas em vez de simplesmente justificar as atividades realizadas, sustentando assim o seu cariz de continuidade e dinamismo (Imperatori e Giraldes, 1993).

A qualidade em saúde tem várias características que diferem dos restantes sectores, pelo facto de ser sempre orientada para as necessidades, a eficiência, a eficácia, a efetividade e a equidade, e ter como objetivo um sistema de melhoria contínua dos cuidados, ao contrário de outras vertentes da sociedade que se equilibram pela procura (OMS, 2009).

Assim, a melhoria da saúde dos portugueses exige uma intervenção que excede o Ministério da Saúde, e exige um alinhamento de políticas de saúde em todas as áreas de governação, que possam ter impacto nos resultados em saúde, genericamente enquadráveis no programa —Saúde em todas as políticas.

O conceito de Saúde em Todas as Políticas é muito mais do que uma estratégia política de intersectorialidade na saúde. É a convicção de que os ganhos em saúde dependem de forma indissociável dos estilos de vida de cada indivíduo e do ambiente que o rodeia (Albuquerque & Machado, 2009).

Por outro lado, gerir e executar programas no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde, assegurar a cooperação e articulação interinstitucional em programas de Saúde Pública e assegurar a funcionalidade do sistema e dos circuitos de informação, são competências das Unidades de Saúde Pública, sempre contextualizadas e importantes de desenvolver.

Fez parte do planeamento da intervenção comunitária, o estudo de várias possibilidades de aquisição das vacinas, por parte das autarquias. Foram realizados contatos com a Direção Geral de Saúde e com o laboratório produtor de uma vacina que em Portugal tem autorização do INFARMED (Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde) para a comercialização.

A solução encontrada, que conseguiu reunir todos os imperativos, passou pela obtenção das vacinas, pelos próprios funcionários e com prescrição pela saúde ocupacional (saúde e segurança do trabalho), nas farmácias comunitárias, tendo cada autarquia estabelecido autonomamente o modo de liquidação do valor gerado.

Pelo condicionalismo do tempo de duração do estágio associado à realidade de medidas desta natureza terem de ser sujeitas a cabimento orçamental, não foi possível determinar o êxito ou não da intervenção, pois não conseguimos chegar à fase de administração das vacinas.

Apesar disto, foi estabelecido o compromisso de manter a continuidade da intervenção, por parte dos enfermeiros e outros profissionais da unidade de saúde pública.

### **3. OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS**

É fundamental melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, mas é preciso também ter políticas adequadas de transportes, de urbanização, de energia, de administração dos resíduos, na agricultura e pescas, na gerência da água e do ar, estratégias de controle no diz respeito aos comportamentos de risco, políticas condições de trabalho e de habitação, de combate à exclusão e discriminação social e à falta de equidade. Sabendo que a missão da unidade de saúde pública é contribuir para a melhoria do estado de saúde das populações da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorre de modo direto, para o cumprimento da missão do ACeS.

Durante a realização do estágio que desenvolvemos nesta Unidade de saúde tivemos oportunidade de operacionalizar outras atividades que se tornaram essenciais ao desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária.

#### **3.1 - FORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS AFETOS ÀS UNIDADES DE VACINAÇÃO**

Pelos benefícios, a vacinação é considerada das medidas de Saúde com melhor relação custo-efetividade, superada apenas pela distribuição de água potável às populações. As dinâmicas sociais condicionam uma crescente resistência dos cidadãos perante a utilização preventiva de produtos biológicos complexos, que sendo seguros, não são totalmente isentos de riscos, e que se destinam a doenças que estão eliminadas ou controladas (graças à vacinação) e, portanto, não são percebidas pelas pessoas como um risco valorizável no contexto de outros riscos da sua vida diária.

Nesta perspetiva também alguns dos enfermeiros que nunca presenciaram qualquer das doenças abrangidas pelo PNV, confrontados com novos desafios como a prestação de cuidados a doentes crónicos e com défices funcionais importantes, tendem a desvalorizar a vacinação enquanto prioridade para a alocação de recursos. Reconhecer que não criar barreiras no acesso à vacinação é imperativo. Estamos numa época em que um pouco por todo o mundo, está a assistir-se ao aparecimento de movimentos anti vacinação, cujas mensagens surtem efeito nas populações. Para o êxito do PNV e da vacinação em geral, tem sido fundamental a motivação e o nível de formação dos profissionais, concretamente os Enfermeiros.

Foi realizada a avaliação dos questionários efetuados em 2014 através do instrumento “anexo ao guião de auditoria aos serviços de vacinação – profissionais”, cujo formato se

encontra disponível no anexo (II), aos enfermeiros que prestavam cuidados no domínio da vacinação, nas várias unidades pertencentes ao ACeS, primeiro verificou-se a distribuição no que dizia respeito às questões formuladas, dando principal enfoque nas duas áreas prioritárias, a formação em PNV e SBV.

Unidades de Saúde	Enfermeiros								
	Total	PNV		BCG		SBV		SAV	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
USF	4	1	25	0	0	4	100	0	0
USF	7	1	14	0	0	7	100	2	28
USF	8	4	50	0	0	8	100	1	12
UCSP	8	3	36	1	12	1	12	0	0
USF	5	0	0	0	0	1	20	0	0
USF	5	0	0	0	0	0	0	0	0
UCSP	8	2	25	1	14	2	25	0	0
USF	9	0	0	0	0	9	100	0	0
USF	4	1	25	0	0	3	75	3	75
UCSP	2	0	0	0	0	1	50	0	0
USF	8	0	0	0	0	3	36	3	36
UCSP	4	1	25	0	0	2	50	4	100
UCSP	4	1	25	0	0	3	75	1	25

TABELA 1 – Formação dos Enfermeiros afetos à vacinação por unidade no ACeS (recollido em 2014)

De todas as unidades, apenas a UCSP não devolveu qualquer informação acerca dos enfermeiros que prestam cuidados de forma mais ligada à vacinação, assim como do CDP. Perfez-se então um total de 76 enfermeiros, número que consideramos o universo (para a realização dos cálculos).

No sentido de perceber as necessidades de formação, verificamos que:

Não existe formação sobre a BCG, mas avaliando esta situação à luz do PNV que vai iniciar em 2017, onde a vacina passa a ser apenas de recurso, não se revelou uma necessidade mantida.

No que diz respeito à formação em PNV, apenas 19% dos enfermeiros a realizou, sendo a grande maioria anterior a 2006. Se se atender já ter havido já três alterações ao mesmo desde essa altura, ficou patente a necessidade de proceder.

Em relação ao suporte básico de vida, considerado crucial num serviço como a vacinação, no total têm 60% dos enfermeiros (apenas referente aos que estão ligados diretamente à vacinação), mas com evidente repartição díspar – existem unidades com 100%

em face de outras (a maioria) com 1 ou nenhum enfermeiro com formação na área.

Fazendo uma análise destas respostas, as necessidades parecem ser claras, investir em formação em PNV e uniformizar a capacidade de resposta das várias unidades em SBV.

Para consubstanciar os resultados, procedeu-se à realização do mesmo instrumento de colheita de dados, para poder fazer uma análise comparativa e perceber as possíveis alterações que tivessem ocorrido.

Unidades de Saúde	Enfermeiros								
	Total	PNV		BCG		SBV		SAV	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
USF	4	0	0	1	25	0	0	0	0
USF	6	1	16	0	0	6	100	2	33
USF	8	2	12	0	0	8	100	3	38
UCSP	0	0	0	0	0	0	0	0	0
USF	0	0	0	0	0	0	0	0	0
USF	4	0	0	1	25	0	0	0	0
UCSP	0	0	0	0	0	0	0	0	0
USF	7	0	0	1	14	6	35	3	38
USF	0	0	0	0	0	0	0	0	0
UCSP	5	0	0	1	20	1	20	0	0
USF	0	0	0	0	0	0	0	0	0
UCSP	7	2	30	0	0	5	70	2	30
UCSP	2	1	50	0	0	1	50	1	50

TABELA 2 - Enfermeiros afetos à vacinação por unidade no ACeS (dados recolhidos em 2016)

Os resultados obtidos ficaram de imediato, condicionados pelo facto de o nº de respostas ter sido muito inferior, mas ainda assim permitiu chegar a algumas conclusões.

Tem havido dentro do ACeS formação em PNV todos os anos, mas que não é enquadrada com o que é preconizado no documento orientador “Domínio da Vacinação – Formação Contínua em Saúde”, onde se refere que para o êxito do PNV e da vacinação em geral, é fundamental a motivação e o nível de formação dos profissionais nele envolvidos, mostrando-se o modelo em vigor, de “formação em cascata”, adequado às necessidades do País (DGS,2011).

Quanto ao SBV, a ARSLVT considerou a necessidade, aquando da avaliação nacional desta mesma colheita de dados de 2014, razão pela qual desde junho de 2016, em parceria com o INEM, proporcionou formação em Suporte Básico de Vida (SBV) e Desfibrilhação Automática Externa para médicos e enfermeiros dos vários ACeS.

Em reunião de trabalho concluiu-se que mesmo assim, em algumas unidades, nenhum enfermeiro frequentou a referida formação. Desta forma, e como se pode observar no quadro de dados, não se verificou uma uniformização da capacitação dos enfermeiros nesta área.

### 3.2 - DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO OBRIGATÓRIA

As doenças transmissíveis são uma das principais causas de morte num país, atingindo crianças, adultos e jovens em plena capacidade produtiva.

A vigilância epidemiológica tem como finalidade principal fornecer os dados para a execução de ações e controle das doenças, com base em informações obrigatórias e necessárias.

Um dos fatores que leva a limitação da atuação da vigilância epidemiológica é a não notificação dos casos por parte dos profissionais de saúde, por falta de conhecimento da importância da notificação, ou mesmo por desconhecimentos dos procedimentos e da lista de doenças de notificação obrigatória.

Os dados, fornecidos através das notificações (informações que resultam do processo) são a base para o planeamento de ações preventivas determinando o controle e até a erradicação das doenças transmissíveis.

A atividade sistemática e continuada de recolha, tratamento e transmissão de informação acerca das mais diversas situações relacionadas com a saúde é fundamental para o planeamento e gestão dos recursos da saúde, proporciona uma atuação pronta e eficaz sobre fatores de risco e contribui assim, para a melhoria dos níveis de saúde das populações.

Tanto no nível da União Europeia como da Organização Mundial de Saúde é hoje ponto assente que uma vigilância epidemiológica bem estruturada, flexível e ágil é indispensável para proteger e promover eficazmente a saúde dos cidadãos, das famílias e das populações.

Em Portugal, a vigilância epidemiológica tem sido dirigida essencialmente às doenças transmissíveis. Assim, o regime atual das doenças de declaração obrigatória, em vigor desde 1949, constitui um reflexo desta necessidade de vigiar a saúde das comunidades e os fatores que a influenciam (SINAVE,2015).

A legislação tem sido, desde sempre, clara em atribuir às Autoridades de Saúde a competência genérica para a vigilância epidemiológica. O Decreto-Lei nº 286/99, de 27 de julho, determina que os serviços de saúde pública, “são os serviços do Estado competentes para promover a vigilância epidemiológica e a monitorização da saúde da população”.

Com o objetivo de sistematizar os procedimentos na vigilância epidemiológica, após a notificação, a coordenação da USP tomou a decisão de elaborar um documento único, que reunisse a descrição de todas as características de cada doença de notificação obrigatória, com o respetivo fluxograma de atuação e as disposições necessárias de efetivar. Participámos na

realização deste documento, ficando com a responsabilidade das DNO preveníveis pela vacinação. Esse documento será disponibilizado posteriormente a todas as unidades locais de saúde pública do ACeS.

Portugal observa a Decisão da Comissão da União Europeia relativa à criação da Rede de Vigilância Epidemiológica e Controlo de Doenças Transmissíveis e integra o respetivo Comité, bem como as decisões que respeitam às doenças a serem progressivamente abrangidas, as definições de caso para notificação e os sistemas de alerta rápido e de resposta, e participa ainda em outros sistemas e redes internacionais, pelo que, para cumprir as obrigações daí decorrentes, necessita de possuir os meios adequados (DGS, 2014).

### 3.3 - PROTEÇÃO DA SAÚDE MENTAL

O registo de utentes com perturbações mentais nos Cuidados de Saúde Primários mostra um padrão invariável nas cinco regiões de saúde de Portugal Continental: a proporção tem vindo a aumentar. Se por um lado este pode significar um aumento da acessibilidade aos serviços não-especializados, por outro pode estar associado a uma maior necessidade de procura de ajuda nos últimos anos para problemas de saúde relacionados com as perturbações depressivas e de ansiedade (Saúde Mental em Números, 2014).

Cada unidade, cada organização e cada área de cuidados deverão realizar, anualmente, ciclos de melhoria, atividades de monitorização e desenho ou redesenho de processos.

A proteção da saúde mental efetiva-se através de medidas que contribuam para assegurar ou restabelecer o equilíbrio psíquico dos indivíduos, para favorecer o desenvolvimento das capacidades envolvidas na construção da personalidade e para promover a sua integração crítica no meio social em que vive. As medidas referidas incluem ações de prevenção primária, secundária e terciária da doença mental, bem como as que contribuam para a promoção da saúde mental das populações (art.º 2, Lei n.º 36/98 de 24 de julho).

Sem prejuízo do disposto na Lei de Bases da Saúde, devem observar-se os seguintes princípios gerais: a prestação de cuidados de saúde mental é promovida prioritariamente no nível da comunidade, por forma a evitar o afastamento dos doentes do seu meio habitual e a facilitar a sua reabilitação e inserção social, e os cuidados de saúde mental são prestados no meio menos restritivo possível (art.º 3, Lei n.º 36/98 de 24 de julho).

O Internamento compulsivo, a existir, consiste num internamento, por decisão judicial, do portador de anomalia psíquica grave. Contém obrigatoriamente os seguintes requisitos legais; ser em estabelecimentos, hospital ou instituição análoga, que permitam o tratamento e ser avaliados antes pelas autoridades de saúde pública, as como tal qualificadas pela lei. Este só pode ser determinado quando for a única forma de garantir a submissão a tratamento e finda logo que cessem os fundamentos que lhe deram causa.

A pessoa internada mantém os direitos reconhecidos aos internados nos hospitais

gerais, inclusivamente recorrer da decisão de internamento e da decisão que o possa manter. Tem o especial dever de se submeter aos tratamentos medicamente indicados e as restrições aos direitos fundamentais, decorrentes do internamento compulsivo, são as estritamente necessárias e adequadas à efetividade do tratamento e à segurança e normalidade do funcionamento do estabelecimento, nos termos do respetivo regulamento interno.

Sempre que possível, o internamento deve ser substituído por tratamento em regime ambulatorio (art.º 8, da Lei n.º 36/98 de 24 de julho).

Conforme dissemos, a monitorização da qualidade consiste na identificação de aspetos relevantes dos serviços que se oferecem e na medição sistemática e planificada de indicadores sobre a sua qualidade, com o objetivo de identificar oportunidades de melhoria ou problemas de qualidade. Esta é uma atividade fundamental da gestão da qualidade (Saturno, 2008).

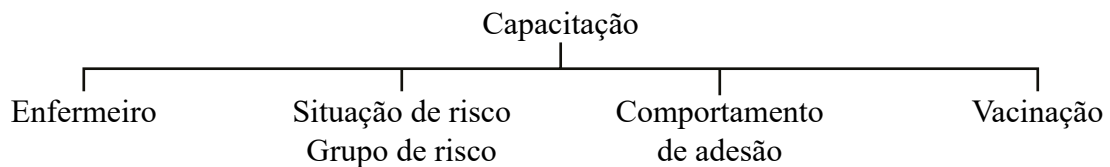
Foi neste sentido que nos foi proposta a colaboração na criação de uma base de dados informática, que permitisse mais agilmente a consulta de dados de um utente, com episódios de situações de internamentos anteriores ou não, as circunstâncias em que ocorreram e o registo de novos casos, evitando assim a constante manipulação dos processos completos dos utentes. Desta forma aumenta-se a eficácia, evita-se o erro (que pode decorrer da necessidade de leitura na íntegra de processos por vezes muito extensos) e controla-se mais eficazmente o sigilo ético e judicial.

Estes instrumentos foram realizados nas unidades locais de saúde, pela impossibilidade legal de retirar destas unidades qualquer documento que a esta área diga respeito, e passaram de imediato a ser utilizados.

#### 4. PROCESSO DE REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Reconhecida a importância de que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, desenvolva uma prática baseada na evidência, fizemos a revisão sistemática da literatura. Esta pretendeu aprofundar conhecimentos que respondessem à questão PICO formulada, assegurassem a pertinência do estudo, clarificassem e enquadrassem o tema e orientassem o desenho da investigação.

Com o objetivo de promover a saúde da pessoa em situação de risco, para o comportamento de adesão à vacinação da hepatite B, delineou-se o seguinte mapa conceptual :



Com o tema “O enfermeiro enquanto promotor da saúde, em situação de risco de hepatite B, para a vacinação” construiu-se a seguinte questão PICO: Como a promoção da saúde capacita a pessoa em situação de risco para a hepatite B, na adesão à vacinação?

Utilizaram-se como palavras chave, promoção da saúde, enfermeiro, fatores de risco, comportamento de procura de saúde e vacinas, e para comprovar se eram descritores, recorremos à Plataforma Mesh Browser. Após identificação, ficámos com: (Descritores Mesh): health promotion, nurs\*, risk factors, information seeking behavior, vaccines.

Como critérios de inclusão foram utilizadas “pessoas com risco de contrair hepatite B” e como intervenções de interesse” promoção da saúde da pessoa em situação de risco, no sentido do reconhecimento da importância da vacinação” e “facilitar o acesso à vacinação, dentro do enquadramento legal”.

Como tipos de estudo a utilizar escolhemos todos os tipos de estudos, de todos os paradigmas, excluindo apenas artigos de revisão sistemática de literatura. A expressão de pesquisa utilizada foi o Booleano com a conjugação AND, e as bases de dados eleitas para a pesquisa incluíram:

- National Library of Medicine (PubMed);
- Medline;
- Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL);

The search for unpublished studies will include:

- ProQuest Dissertations and Theses;

Com a seguinte metodologia e limitadores, Pub med – free full text, 5 anos, todas as línguas; Cinahl complet – texto completo, 5 anos, qualquer autor é enfermeira, texto completo em pdf, todas as línguas; medielatina- texto completo, 5 anos, texto completo em pdf, todas as línguas; proquest – Texto completo em pdf, 5 anos, todas as línguas, fez-se a pesquisa nas bases de dados anteriormente, em junho de 2016 e novamente em outubro de 2016, no sentido de encontrar artigos que contribuíssem para a conceptualização da atuação e posteriormente para a RSL, com a finalidade de responder à pergunta PICO.

A expressão de pesquisa foi health promotion and nurs\* and risk factors and information seeking behavior and vaccines.

Os resultados obtidos na pesquisa foram 66 artigos, que estão identificados através das bases de dados referenciadas, e apresentados na tabela exibida em anexo, onde se podem verificar.

Destes, através do PRISMA FlowChart 2009 foram eliminados 50 artigos pela leitura do título e resumo, por serem referentes a outras patologias igualmente preveníveis pela vacinação e pertencentes a grupos de risco como o a gripe, a pneumonia pneumocócica e o HVP, e ainda artigos que incluíam medidas de prevenção da Hepatite e VIH em casos como a prostituição.

Dos 16 artigos restantes, após a leitura completa foram eliminados 10, depois de submetidos aos critérios de inclusão e exclusão, tendo resultado para análise 6 artigos. Destes, apenas 3 foram considerados para inclusão, por os restantes não reunirem os critérios de elegibilidade do instrumento de análise.

#### 4.1 - ANÁLISE DOS RESULTADOS ENCONTRADOS

A revisão trouxe respostas sobre a experiência de pessoas sujeitas a contatos diários com materiais contaminantes, como os resíduos sólidos urbanos, no decorrer do seu quotidiano laboral, e outras situações como as clínicas de estética e cosmética. Ainda assim não se considerou esgotado o tema pelo que pensamos ser pertinente mante-lo para continuar a pesquisar.

Analisaram-se os três artigos, com metodologia qualitativa e quantitativa. Vamos apresentar os resultados que encontramos.

O 1.º artigo foi um estudo observacional, exploratório, descritivo com análise qualitativa, realizado no Brasil. Dada a natureza do estudo foi utilizado o instrumento Qari.

Observou a importância do conhecimento dos enfermeiros acerca da adesão, de outros enfermeiros e ou de outros trabalhadores, à terapêutica pós-acidentes de trabalho por exposição a fluidos biológicos.

O conhecimento dos enfermeiros gestores acerca da adesão dos trabalhadores à

terapêutica, pós-acidentes de trabalho, tem como finalidade promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho. Além de realizar atividades de conscientização, educação e orientação aos mesmos para a prevenção de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, deve capacitar, sobretudo para a vacinação, no que diz respeito às preveníveis por este ato.

A não adesão de funcionários à terapêutica pós-acidentes de trabalho por exposição a fluidos biológicos, é uma realidade. A interação entre os locais de trabalho e os serviços de saúde deveria ser funcional, de forma a melhorar e aumentar a adesão a comportamentos preventivos. Entre as consequências para os profissionais expostos estão o risco de contrair doenças, além da precipitação ligada à disposição para problemas emocionais relacionados com a possível perda de benefícios profissionais, sociais ou familiares. Esta cumplicidade leva ao aumento do sentimento de pertença “aquela equipa” e ao fazer parte, teriam uma presença e uma voz ativa. Facilitar o desenvolvimento de parcerias fornece esperança e desenvolve a confiança nos mesmos e nos outros. Assim, os enfermeiros devem ser efetivos no sentido de capacitar, tanto trabalhadores como responsáveis e técnicos, por forma a que a adesão ao acompanhamento pós-exposição seja completa, cumprindo a legislação vigente e tornando esta prática eficaz.

O 2.º artigo trata-se de um estudo quantitativo, transversal, com total de 654 funcionários municipais do sexo masculino, realizado em diferentes áreas de Zahedan, no Irão, em 2013. Dado o tipo de estudo, de natureza quantitativa, foi utilizado o Mastari como instrumento de avaliação.

Relativamente ao seu conteúdo, apresenta-se que o vírus da hepatite B é provavelmente o mais prevalente em determinadas populações e grupos ocupacionais, como o caso dos trabalhadores municipais de resíduos sólidos urbanos. Este teve como objetivo estimar a prevalência de hepatite B e dos seus fatores de risco entre estes funcionários em comparação com outros trabalhadores municipais não expostos aos mesmos fatores ambientais.

O resultado global de infeção por hepatite B entre os funcionários municipais neste estudo foi de 3,06%, no entanto, variou nos diferentes subgrupos da seguinte forma: 6,20% nos trabalhadores dos resíduos sólidos urbanos, 3,3% em motoristas e 1% entre o pessoal não exposto a riscos ambientais. A análise de regressão múltipla mostrou que a exposição a resíduos, a falta de vacinação contra a Hepatite B, história de endoscopias e comportamentos de risco foram associados de forma independente com o VHB. Mostrou também que, como o vírus pode sobreviver, fora do corpo, durante uma semana aumenta o grau de risco, o que representa um fator precipitante particularmente elevado para certos grupos profissionais que manobram rotineiramente nestes ambientes, um dos quais os operários municipais dos resíduos sólidos urbanos.

Houve uma associação significativa ( $P < 0,05$ ) entre a positividade ao VHB e todas

as seguintes características: foi mais alto em trabalhadores com baixo nível educacional, idade avançada, maior duração de tempo no mesmo emprego, falta de imunização, presença anterior em terrenos de guerra, bem como a exposição ocupacional e outros. Por outro lado, diminuiu nos trabalhadores com níveis educacionais mais elevados, o que pode ser explicado pela maior sensibilização das vias de transmissão do vírus.

Mostrou também que a prevalência de VHB entre os funcionários ligados ao saneamento foi maior do que os de outros grupos profissionais e da população em geral. Fatores de precipitação demonstraram ter um efeito cumulativo, sendo o risco de infecção maior com o aumento da idade e exposição a comportamento de alto risco.

Apesar das recomendações para a imunização e os esforços em vacinar as populações suscetíveis, 19% dos participantes do estudo não tinham registro de vacinas e mais de 22% não tinham concluído o esquema de vacinação. Isto acarreta riscos para os próprios, para a família e sociedade em geral, pelo perigo de transmissão.

A imunização correta e o menor envolvimento em situações e comportamentos de risco são métodos especialmente importantes, nestas populações como em outras, para evitar a contaminação pelo vírus da hepatite B. Também munir estes trabalhadores com equipamento de proteção e habilitá-los na sua utilização seria uma mais-valia.

Foram consideradas limitações do estudo, o seu corte transversal, o grande número de fatores de confusão e a dimensão temporal. Outra limitação referida pelos autores foi o facto de os comportamentos de risco terem sido auto relatados, podendo ter sido imprecisos e ou subestimados.

O 3.º artigo baseia-se de uma pesquisa descritiva do tipo transversal. Foi uma observação sistemática *in loco* com realização de entrevistas. Para a análise do artigo, atendendo ao tipo de estudo e às características, foi utilizado o instrumento Qari.

O objetivo deste artigo era avaliar a adesão às medidas de biossegurança relacionadas com a hepatite B por manicuras. Este artigo, embora tratasse um grupo profissional diferente do que estávamos a trabalhar, foi considerado pertinente incluir por reforçar a importância do contexto de trabalho como possível fator de risco.

Os resultados demonstraram a vulnerabilidade da grande maioria das participantes, quanto às doenças infecto contagiosas que podem ser adquiridas na sucessão dos dias de trabalho. Mostrou também que a hepatite B é uma doença ocupacional, que possui grande importância em situações de exposição ao sangue por via percutânea ou através da mucosa.

A investigação das relações saúde-trabalho-doença foi essencial para compreender o contexto profissional nas suas diversas conjunturas, social e económica, com o intuito de identificar os riscos e os fatores condicionantes da não adesão às medidas de proteção universais.

Os indicadores analisados, depois de categorizados, resultaram em: baixa adesão

às normas de biossegurança, cobertura vacinal contra hepatite B não demonstrada, risco e vulnerabilidade da maioria das manicuras às doenças infectocontagiosas potencialmente adquiridas em situação profissional e pouca escolaridade, vista neste conjunto como facilitadora do risco. Também a pouca divulgação de informação de saúde, falta da regulamentação nos cursos de qualificação, a baixa escolaridade requerida e a informalidade profissional mostram que há necessidade de implementação de ações capacitadoras baseadas em evidências, especialmente referentes à proteção da saúde ocupacional, medidas de proteção universais e à organização político-profissional.

Percebeu-se parecer existir a necessidade de um processo de criação de saberes permanente, caracterizado pela produção de conhecimentos epidemiológicos, práticas de biossegurança e importância da profilaxia pós-exposição ocupacional.

Após a leitura dos artigos, assim como de bibliografia relacionada, percebemos que a capacitação tem de ser uma preocupação de quem gere o planeamento, a aplicabilidade e a centralidade dos cuidados de saúde, devendo ser abandonadas, cada vez mais, atitudes desinvestidoras da participação das pessoas no seu próprio processo de promoção da saúde. A percepção de que os enfermeiros e as pessoas são parceiros nos cuidados e que o objetivo principal dessa parceria é a autonomia, merece cada vez mais o nosso total interesse, não apenas na prática, mas também no investimento da formação contínua dos profissionais.

A promoção e capacitação dos funcionários municipais ligados ao saneamento, assim como da população em geral, no que diz respeito às vias de transmissão e contágio é algo indispensável. Isto é de extraordinária importância devido aos contatos frequentes destes trabalhadores com outros e com os membros das suas famílias, o que pode aumentar as hipóteses de contágio e ou infeção.

Reconheceu-se importante os estabelecimentos de estética, assim como outros semelhantes, dada a utilização que têm na sociedade atual. O risco da transmissão de agentes infetocontagiosos específicos, a subnotificação de doenças de relevância epidemiológica e de impacto na saúde pública, permitem afirmar a necessidade de um olhar mais atento acerca dos riscos nesta área de atividade, sendo este grupo profissional outro igualmente importante de capacitar, com o objetivo de prevenir acidentes e aumentar a adesão às recomendações universais de segurança.

Outra realidade que ficou confirmada nesta revisão foi a constatação de um número elevado de acidentes de trabalho, potencializada em perigo pelo facto de existirem funcionários sem vacinação, ou com plano incompleto, contra a hepatite B.

As mudanças no comportamento e nas necessidades das populações têm motivado problemas éticos e ambientais que comprometem o equilíbrio. A tecnologia de alta complexidade, por seu lado, tem possibilitado dinamismo na evolução e produção de conhecimento, promotor de bem-estar em vários setores.

Assim considerou-se importante identificar o processo de recolha e tratamento de resíduos, além de perceber a possível relação destes com a saúde de alguns trabalhadores.

Percebeu-se que existem múltiplos casos em que não é pensado algum plano estruturado para a gestão de resíduos nem, ao mesmo tempo, um programa de saúde ocupacional. As situações encontradas nos artigos foram demonstrativas do desconhecimento do risco inerente à existência de resíduos potencialmente perigosos por parte dos trabalhadores, enfatizado por modelos de saúde ocupacionais não uniformizados e em muitas situações inexistentes.

A Saúde Ocupacional é uma área de intervenção que considera o local de trabalho como espaço privilegiado para a prevenção dos riscos profissionais, a proteção e promoção da saúde e o acesso dos trabalhadores aos Serviços de Saúde e Segurança do trabalho. Esta tem como objetivo informar e divulgar os conceitos e as boas práticas subscritos pela generalidade da comunidade científica e pelos organismos internacionais de referência como a Organização Mundial da Saúde e a Organização Internacional do Trabalho (PNSOC 2013/2017).

O Programa Nacional de Saúde Ocupacional 2.º Ciclo – 2013/2017 (PNSOC 2013/2017), publicado em anexo à Norma 26/2013 da DGS, de 30/12/2013, é um instrumento orientador quanto à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores em Portugal. Pretende-se que este contribua, de forma direta ou indireta, para aumentar os ganhos em saúde, assim como garantir o valor da saúde do trabalhador.

A resposta às exigências legais no âmbito da vigilância, promoção e proteção da saúde dos trabalhadores obrigam à organização dos serviços de saúde do trabalho. Parece assim que estão legalmente criadas condições para assegurar que estas praticas passem a ser uma realidade presente para todos.

Estes são subsídios importantes, pois estas realidades, isoladas ou agregadas, têm exposto trabalhadores ao risco de doenças infecciosas, especialmente a Hepatite B. Igualmente as campanhas de vacinação, têm de incluir planeamento técnico e estratégico das ações em saúde, com definição dos grupos elegíveis (público-alvo) e das vacinas específicas aos riscos biológicos imuno preveníveis, considerando a adesão por parte dos mesmos e sessões de esclarecimento que promovam a capacitação.

A Lei n.º 102/2009, de 10 de setembro estabelece o regime jurídico de promoção da saúde e segurança do trabalho refere a atividade do Enfermeiro do Trabalho, dirigida à gestão da saúde do trabalhador ou de grupos de trabalhadores, e focaliza-se na promoção e proteção da saúde e bem-estar no local de trabalho, na prevenção de acidentes e doenças relacionadas ou agravadas pelo trabalho, com o propósito de promover ambientes profissionais saudáveis e seguros.

A orientação n.º 009/2014 da DGS, de 3.06.2014, considera Enfermeiro do Trabalho o Enfermeiro detentor das competências reconhecidas e certificadas pela Ordem dos Enfermeiros como especialista detentor do curso de pós-Licenciatura de especialização

em Enfermagem de Saúde Comunitária, com exercício em serviços de Saúde Ocupacional ou Enfermeiro detentor do curso de Mestrado em Saúde Pública ou Saúde Ocupacional (orientação nº9/2014, 03 junho).

A ausência de serviços de saúde ocupacional dotados de enfermeiros do trabalho contribui para a manutenção de situações como a que encontramos na RSL e nos grupos intervencionados. Os riscos, a insegurança, a baixa adesão à vacinação e aos comportamentos de prevenção, baixo nível de escolaridade são situações, todas elas, encontradas aquando da categorização dos achados e igualmente nos grupos com que trabalhamos. Por outro lado, promover a segurança e a adesão à prevenção e capacitar para o aumento do conhecimento vai contribuir para potenciar a saúde dos trabalhadores com consequências positivas como a menor exposição a situações de risco, o aumento da adesão à prevenção e à imunização. Trabalhando para a capacitação conseguimos o aumento dos conhecimentos de segurança.



## **5. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

A enfermagem comunitária e de saúde pública tem como contexto a prática centrada na comunidade. As mudanças no perfil demográfico, nos indicadores de saúde das comunidades e o aumento da prevalência das doenças crónicas resultam em novas necessidades de saúde.

Nesta perspetiva o enfermeiro especialista desta área detém um conhecimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e uma elevada capacidade de resposta às necessidades dos diferentes grupos, podendo proporcionar efetivos ganhos em saúde. Isto permite-lhe participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública, e no desenvolvimento de programas de intervenção com vista à capacitação e empowerment das comunidades e ao exercício da cidadania. Deste modo intervém em múltiplos contextos, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados, nomeadamente a grupos com necessidades específicas, decorrentes de contextos marcados por condições economicamente desfavoráveis ou por diferenças étnicas, linguísticas e culturais.

No caso da intervenção realizada, em que se pretendeu perceber se o enfermeiro, na promoção da saúde, capacita a pessoa em situação de risco para a hepatite B na adesão à vacinação, o enquadramento da enfermagem de saúde comunitária como estratégia de promoção de saúde caracterizou-se por uma rutura com o modelo clínico, em favor de uma conceptualização de saúde global, implicada no processo de desenvolvimento e associada às dinâmicas da evolução social. A nossa intervenção foi integrada na coordenação com os outros sectores sociais que incluíram as autarquias, as autoridades locais e os trabalhadores. Promoveu-se a divulgação e a partilha do conhecimento com outros setores, outras disciplinas e sobretudo com as próprias pessoas. Com esta intervenção pensamos ter demonstrado estabelecer, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade (Artigo 4.1.a do Regulamento de Competências, OE) assim como contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades (Artigo 4.1.b do Regulamento de Competências, OE), duas das competências do Enfermeiro especialista em Saúde Comunitária.

As noções de saúde/doença são construções sociais nas quais a sociedade inscreve a sua visão do mundo e impõe a marca na sua organização. Muito além da veracidade biológica, o pensamento saúde doença é relativo, variável com as comunidades e os períodos históricos.

Ao participarmos na realização do documento de descrição das características de

cada doença de notificação obrigatória, através da descrição de todas as doenças que são evitáveis pela vacinação. (anexo nº II), contribuímos para o desenvolvimento da competência realiza e coopera na vigilância epidemiológica no âmbito geodemográfico, (Artigo 4.1.d do Regulamento de Competências, OE), tornando-nos mais cientes da importância da vigilância epidemiológica como instrumento fundamental da análise, compreensão e explicação dos fenómenos saúde-doença.

Não se vive o corpo nem se fala dele de forma idêntica em todos os grupos sociais (Boltanski, 1971, citado por Silva, 2010). A saúde e a doença não são apenas do corpo físico, mas da sua relação com o pensamento social. Face a quadros idênticos, pessoas de diferentes grupos ou estratos sociais, têm diagnósticos mais ou menos estigmatizantes, situação que é especialmente real na doença mental.

A doença crónica delineou um novo significado de “doente” saindo a atitude “paciente” e assumindo a negociação como o processo de construção de uma nova relação terapêutica.

Através da realização do instrumento de registo e avaliação dos internamentos compulsivos das unidades locais de saúde, considerou-se ter conseguido concretizar a competência integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos estratégicos do Plano Nacional de Saúde, (Artigo 4.1.c do Regulamento de Competências, OE), pela importância que tem na saúde das comunidades o Plano Nacional para a Saúde Mental.

A enfermagem de saúde comunitária assenta na promoção da saúde com o significado de melhorar a capacidade de resposta positiva aos desafios do ambiente físico e social, tanto dos indivíduos, corporizada no preservar o recurso pessoal de saúde e no desenvolver da competência de trabalhar com o stress biológico e emocional, como comunitário, diminuindo as desigualdades, melhorando os indicadores de mortalidade e morbidade e abreviando o risco das condições ambientais.

Como método para alcançar tais objetivos temos o empowerment das populações, entendido como fortalecimento do exercício da autonomia na própria saúde e da cidadania. Como processo, a promoção da saúde distancia-se da informativa e pedagógica educação para a saúde pela ênfase que coloca no empoderamento dos agentes individuais e coletivos, com vista ao aumento da sua capacidade de escolha e de decisão.

Valorizando a manutenção da intervenção após findo o estágio e assegurando que a continuidade era uma das premissas do projeto, não se considerou como terminado.

É na habilidade educativa que a promoção da saúde estabelece a lógica das escolhas informadas. A promoção da saúde protege o avanço pessoal e social através do acesso à informação, a educação para a saúde e o desenvolvimento das competências para a vida.

A saúde é criada e vivida pelas populações em todos os contextos da vida quotidiana: nos locais onde se aprende, se trabalha, se brinca e se ama. A saúde resulta dos cuidados que cada pessoa dispensa a si própria e aos outros; do ser capaz de tomar decisões e de assumir o controlo sobre as circunstâncias da própria vida; do assegurar que a sociedade em que se vive cria condições para que todos os seus membros possam gozar de boa saúde.

Solidariedade, prestação de cuidados, holismo e ecologia são temas essenciais no desenvolvimento de estratégias para a promoção da saúde. Em consequência, quem está envolvido neste processo deve considerar como princípio orientador que as mulheres e os homens têm de ser tratados como parceiros iguais em todas as fases de planeamento, implementação e avaliação das atividades de promoção da saúde. (carta de Ottawa, 1986)

Salienta-se a promoção da saúde pela via da participação e acomodação no campo das competências, e reconhece-se a saúde comunitária na ambivalência das duas direções em que se orienta: a participação que traz a pessoa para o espaço das instituições e leva as instituições ao âmbito de vida da comunidade. No contexto da globalização e conseqüente aumento das desigualdades sociais, reveladoras da crise de licitude de algumas instituições, a promoção da saúde deve assentar na ciência de uma intervenção em que os indivíduos são chamados a participar na gestão da sua própria saúde.

Procurou-se assim, com o projeto de estágio que temos vindo a refletir, uma visão simples caracterizada pelo empoderamento dos cidadãos e pela participação ativa da sociedade, apelando a um novo acordo para a saúde apoiado numa nova abordagem que, literalmente, atribui às pessoas um papel na melhoria da saúde e bem-estar e na criação e manutenção de um sistema de saúde para o futuro. Isto exige uma orientação informada, capaz de unir as pessoas em torno de um novo modelo que trabalhe a prevenção



## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A política nacional de literacia em saúde é multifacetada e pessoas e sistemas exercem um papel preponderante, conseguindo que a melhor informação, mais fácil e acessível sobre os cuidados de saúde seja uma melhoria no bem-estar geral.

O perfil de competências do Enfermeiro especialista em Enfermagem comunitária integra o conjunto de saberes que visam prover um ajuste regulador para comunicar aos cidadãos o que podem esperar, devendo desenvolver uma prática globalizante centrada na comunidade.

As mudanças no perfil demográfico, nos indicadores de morbilidade e a emergência das doenças crónicas implicam novas necessidades de saúde, levando ao reconhecimento, nos últimos anos, do papel decisivo da prevenção primordial, com ênfase na capacidade de resposta e na resolução de problemas colocados pelos cidadãos, no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica.

Durante este percurso procurou-se refletir todos estes saberes, integrando-os aquando da realização da intervenção idealizada. Liderou-se processos comunitários com vista à capacitação dos trabalhadores dos serviços camarários, pertencentes às autarquias na área de influência da Unidade, na consecução de um projeto de saúde e ao exercício da sua cidadania.

Para executar a intervenção planeada participou-se na coordenação, promoção, implementação e monitorização de atividades que decorreram dos Programas de Saúde e que foram conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde, e procedeu-se à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde-doença que ocorreram numa determinada área geodemográfica. Desta forma pensa-se ter conseguido integrar as competências decorrentes da Especialidade que estamos a concluir.

Não se ignorou, no entanto, as limitações dos recursos disponíveis e o modo como condicionaram as opções assumidas. Hierarquizar a importância dos problemas e o modo como devemos afetar os nossos recursos constituem áreas de preocupação prioritária de que todos estamos conscientes. Há que decidir com bom senso, com ousadia e coragem.

São muitos e diversos os fatores que influem na saúde – desde a educação, o meio ambiente e a economia até à qualidade dos serviços e às competências dos seus profissionais.

No horizonte dos próximos anos são de esperar enormes mudanças, que resultam da múltipla interação desses fatores e que irão configurar o futuro. Essas mudanças e essa complexidade implicarão uma aprendizagem e uma adaptação constantes, à medida que

essas condições futuras se vão concretizando, com o propósito de tirar proveito das novas oportunidades e evitar as novas ameaças e riscos.

Implicaram-se todos para que dessem o seu contributo à promoção da saúde. Esta não pode ser entregue exclusivamente a profissionais ou a políticos, nem pode ser encarada simplesmente como uma área de negócio ou um serviço do Estado. Todos temos um papel a desempenhar.

O desenrolar do processo prático, apoiado na melhor evidência científica, serviu de construto, ao mesmo tempo promotor e de sustentação, facilitador do desempenho e da resolução de eventuais questões que foram aparecendo, durante a execução.

No presente relatório tentou-se demonstrar que se procurou uma abordagem à promoção da saúde centrada na iniciativa dos cidadãos e da sociedade em geral. Visou reduzir a incidência e a duração de doenças crónicas como Hepatite B e mostrar como as metodologias de acesso às evidências científicas (isto é, o melhor conhecimento científico atualizado disponível) melhoram os serviços de saúde e reduzem a despesa.

Pretendeu-se também apresentar uma base teórica sustentada à realização do mesmo assim como promover uma organização mental de efetivação dos objetivos propostos para a unidade curricular, pela Unidade de Saúde Pública que nos acolheu e também por nós realizados.

As Unidades de Saúde Pública, enquanto unidades de coordenação das Unidades Locais de Saúde Pública (que existem por concelho) são locais privilegiados para experienciar inúmeras atividades a nível comunitário, pois nelas incide toda a responsabilidade de coordenação, gestão e planeamento, tanto das atribuições que lhes competem (vistorias, coordenação de programas, acesso direto a informação sobre as mais variadas temáticas: ondas de calor/frio, informações semanais do Instituto Nacional de Saúde Pública acerca de alterações epidemiológicas, relatórios internacionais, da Organização Mundial de Saúde, entre outros) como da criação/validação de planos e programas.

Desenvolveu-se aquilo que se havia proposto e dentro do possível aproveitar ao máximo as situações de aprendizagem sugeridas.

Tal como todas as intervenções, esta pode ainda ter necessidade de ajustes mais adequados a um maior conhecimento da comunidade em intervenção, só possíveis no decorrer da mesma.

Como se referiu anteriormente, não existiu a possibilidade de terminar a intervenção, pois os processos de aquisição nas autarquias estão sujeitos a reuniões de cabimento orçamental, onde o tempo de resposta não é imediato. Contudo, acredita-se que ficará assegurada e garantida a continuidade da intervenção e manutenção dos tópicos essenciais ao projeto desenvolvido.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Comissão de Controlo de Infecção Regional. Higienização das instalações dos Centros de Saúde no contexto da prevenção e controlo da infeção - Manual de Procedimentos - norma nº 1. fevereiro de 2009.
- Albuquerque, J.M., Machado, M.C., Saúde em todas as políticas: uma reflexão, 2009, (disponível em [https://www.janusonline.pt/arquivo/2009/2009\\_2\\_14.html](https://www.janusonline.pt/arquivo/2009/2009_2_14.html) )
- Almeida, L.M., Da prevenção primordial à prevenção quaternária, Prevenção em saúde, VOL.23, N.º 1- janeiro/ junho 2005
- Amaral, A. (2010). A efetividade dos cuidados de Enfermagem: modelos de análise. Revista Investigação em Enfermagem. 21, pp. 96-105.
- Amaral, A. (2014). Resultados dos cuidados de Enfermagem: Qualidade e efetividade. Tese de Doutoramento em Organização e Gestão de Empresas, especialidade de Estratégia e Comportamento Organizacional, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Amendoeira, J. (2000). Cuidado de Enfermagem. Intenção ou Ação. O que Pensam os Estudantes. Revista Nursing, 8-14.
- Amendoeira, J. (2006). Uma biografia partilhada da enfermagem: A segunda metade do século XX. Ed 1, 1 vol, Coimbra: Formasau.
- Anjos, J.N. (2015). Regulação no Setor da Saúde: Análise de Direito Comparado – Portugal, Reino Unido, França e Espanha, Publicações CEDIPRE Online - 26 <http://www.cedipre.fd.uc.pt>, Coimbra, dezembro de 2015
- Autorização para o exercício de Enfermagem do Trabalho, norma nº009/2014, DGS, de 03.06.2014
- Avaliação da qualidade de programas e ações de vigilância sanitária, da Silva, L.M.V. , SciELO Books, COSTA, EA., org. Vigilância Sanitária: temas para debate [online]. Salvador: EDUFBA, 2009. 237 p. ISBN 978-85-232-0652-9. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.
- Campos, L., Saturno, P., Carneiro, A. V. (2010). Plano Nacional de Saúde 2011-2016 – A qualidade dos cuidados e dos serviços. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde. Acedido a 25/10/2015. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2010/07/Q2.pdf>
- Circular Normativa nº 15/DT de 15/10/2001 (Vacina contra a Hepatite B - atualização da vacinação gratuita de grupos de risco)

- Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação, Margot Phaneuf, Lusociência, 2005, ISBN 972-8383-84-3
- Conselho Nacional para a Qualidade na Saúde, Despacho n.º 15883/2013, de 5 de fevereiro, missão, Portaria n.º 159/2012, de 22 de maio
- Cunha, I.C. Neto, F.R. (2006) Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio? Florianópolis.
- Czeresnia D, Freitas CM (org.). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p.39-53.
- Declaração de Adelaide sobre a Saúde em Todas as Políticas: no caminho de uma governança compartilhada, em prol da saúde e do bem-estar. Organização Mundial da Saúde, II, Título: Relatório do encontro internacional sobre a Saúde em Todas as Políticas, Adelaide 2010. ISBN 978 92 4 859972 9
- Despacho n.º 5855/2014 de 5 de maio, Direção-Geral da Saúde
- Diário da República, 2.ª série — N.º 118 — 19 de junho de 2015, ANEXO Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública
- Direção-Geral da Saúde (2012). Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido a 24/10/2015. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>
- Domínio da Vacinação, Referenciais de Competências e de Formação para o domínio da Vacinação – Formação contínua, Administração Central do Sistema de Saúde, Instituto Público (ACSS, I.P.), Lisboa, julho 2012 ISBN 978-989-96226-8-5 (PDF).
- Doran, D. I., Sidani, S., Keating, M., Doidge, D. (2002) An empirical test of the nursing role effectiveness model. *Journal of Advanced Nursing*. 38 (1), pp. 29-39.
- Empowerment: Modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados, C., Pereira, L., Fernandes, M., Tavares, O., *Fernandes Nursing* nº267
- Epidemiologia Básica, 2ª edição, R. Bonita, R. Beaglehole, T. Kjellström, Publicado pela Organização Mundial da Saúde em 2006, sob o título BASIC EPIDEMIOLOGY, 2nd edition. Copyright © World Health Organization, 2006
- ESTRATÉGIA NACIONAL PARA A QUALIDADE NA SAÚDE 2015 -2020, departamento da qualidade na saúde, DGS, reunião plenária das comissões da qualidade e segurança 9 de julho de 2015
- Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge. Analysis and evaluation of nursing models and theories*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Ferreira, M. (2014). *Resultados sensíveis em enfermagem. Avaliação da qualidade dos cuidados*. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Universidade Católica Portuguesa. Lisboa. Portugal.
- Fleury, M.T.L.(2004) *Estratégias empresariais e formação de competências: um quebra*

- cabeça, caleidoscópico da indústria brasileira. São Paulo (SP): Atlas.
- Green, L.W.; Kreuter, M.W. (1991). Health promotion planning – na educational and environmental approach (2<sup>a</sup> ed.). United States of America: Mayfield Publishing Company.
- Habermas, J. (1984). The theory of communicative action. Vol 1. Reason and the rationalization of society. Boston, Beacon Press.
- Health Promotion Glossary, Division of Health Promotion, Education and Communications (HPR) Health Education and Health Promotion Unit (HEP) WHO/HPR/HEP/98.1, Health Promotion Bibliography. WHO/HPR/HEP/4ICHP/RS/97.2. WHO, Geneva, 1997, World Health Organization 1998. Health Promotion Glossary is on Internet via <http://www.who.ch/hep>.
- <http://conceito.de/comunicacao#ixzz4mMI5iljb>
- <http://www.dgs.pt/vigilancia-epidemiologica.aspx> (6.06.2016)
- <http://hdl.handle.net/10174/2320>
- <https://saudepublicaoestenorte.wordpress.com/sobre-a-unidade/>
- [http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/revistas/roe\\_13\\_julho\\_2004\\_suplemento.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/revistas/roe_13_julho_2004_suplemento.pdf)
- <http://pns.dgs.pt/files/2010/07/Q2.pdf>
- <https://www.dgs.pt/normas-clinicas-dqs.aspx> WWW.DGS.pt, normas e orientações clínicas
- <http://www.webartigos.com/artigos/o-processo-de-enfermagem-na-vigilancia-epidemiologica/80271/#ixzz4AoFETcFM>
- <http://www.dgs.pt/vigilancia-epidemiologica.aspx> (6.06.2016)
- <https://endpolionowsantacatarina.com.br/2013/12/06/nelson-mandela-18071918-05122013/> (6.2016)
- <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/3603-empowerment-modelo-de-capacitacao-para-uma-nova-filosofia-de-cuidados#.VaB0X3IREdU>
- [https://www.ffms.pt/upload/docs/o-sistema-de-saude-portugues\\_hvJiV76-70mwDFv9zhDuqQ.pdf](https://www.ffms.pt/upload/docs/o-sistema-de-saude-portugues_hvJiV76-70mwDFv9zhDuqQ.pdf)
- <http://www.dgs.pt/vigilancia-epidemiologica.aspx> (6.06.2016)
- Imperatori, E., Giraldes, M., Metodologia do Planeamento da saúde, manual para uso em serviços centrais, regionais e locais, Lisboa, 1982, obras avulsas, 2<sup>a</sup> edição.
- Imperatori, E. & Giraldes, M<sup>a</sup> Rosário (1993), metodologia do planeamento em saúde, Lisboa, 3<sup>a</sup> edição, Ibidem
- Laverack, G. - Promoção da Saúde Poder e Empoderamento. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN 978-989-8075-09-3
- Linsley, P. Morton, S. (2014), Managed Care: a structured approach, Nursing Standard, vol 28, no 19, January 8, UK

Lei n.º 36/98 de 24 de julho, Lei de Saúde Mental

Machado, A. et al (2015). (In) consciencialização do cuidador informal. Revista UIIPS – Revista da ESSS, Volume 3, nº5. Instituto Politécnico de Santarém. Acedido a 6 de fevereiro de 2016 em [www.ipsantarem.pt/arquivo/category/unidades/...uiips/revista-da-uiips](http://www.ipsantarem.pt/arquivo/category/unidades/...uiips/revista-da-uiips)

Manual de Procedimentos no âmbito da Saúde do Trabalho, informação técnica nº 08/2014 ;DGS, Divisão de saúde ambiental e ocupacional, de 31/12/2014.

Meleis, A. (2011). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. 5th Ed., Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins

Montalvo, I. (2007). The National Database of Nursing Quality Indicators R (NDNQI®). OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing. 3 (12). Disponível em: [http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/Table of Contents /Volume122007/No3Sept07/NursingQualityIndicators.html](http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/Table%20of%20Contents/Volume122007/No3Sept07/NursingQualityIndicators.html)

Norma nº 006/2013 de 02/04/2013 - Programa Nacional de Eliminação do Sarampo

Nunes, M.L. (2016). *Cartilha metodológica do planeamento em saúde e ferramentas de auxílio*, 1ª edição, janeiro, Chiado editora, Lisboa, ISBN 978-989-51-5715-0

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem – Enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Revisto e reimpresso, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos enfermeiros, suplemento da revista nº13, julho 2004

Organização Mundial de Saúde (1986). *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde; Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. Otava, Canadá

PDF] [pns.dgs.pt/files/2014/04/Iniciativas\\_implementadas\\_instituicoes\\_MS.pdf](http://pns.dgs.pt/files/2014/04/Iniciativas_implementadas_instituicoes_MS.pdf)

Plano Nacional de Saúde 2011-16, Campos,L.; Saturno,P.; Carneiro,A. V., dezembro 2010

Programa Nacional de Vacinação 2017 / Direção–Geral da Saúde. Lisboa: DGS dezembro de 2016

Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC) – 2º Ciclo 2013/2017, DGS, norma nº026/2013, de 30.12.2013.

Qualidade de cuidados de saúde primários, Pisco, L.; Biscaia, J. L.; Avaliação da qualidade, revista portuguesa de saúde publica, volume temático:2, 2001

Reforma dos cuidados de saúde primários, acontecimento extraordinário, Relatório consultivo para a reforma dos cuidados de saúde primários, fevereiro 2009.

Relatório de atividades 2014 da ARSLVT ARSLVT, NEP 2014

Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública in DR n.º 35, 2.ª série n.º 128/2011, de 18 de fevereiro.

- Rocha et al (2008). Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. Revista Brasileira de Enfermagem. Nov.-Dez;61(6): 801-8. Brasília
- Rodrigues, Vítor – Educar para a Saúde: Uma Estratégia de Promoção da Saúde, Revista Sinais Vitais. ISSN0872-8844 n° 59 (2005) p. 47-51.
- Selden CR Zorn M, Ratzan SC, Parker RM. 2000. National Library of Medicine Current Bibliographies in Medicine: Health Literacy . NLM Pub. No. CBM 2000-1. Bethesda, MD: National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services. (PUB MED)
- Silva, L.F. - 2010, repositório.ipl.pt/bitstream/10400.21/641/1/Saúde%20comunitária.pdf
- Silva, A. A., Silva, N. S., Barbosa, V. A., Henrique, M. R., Batista, J. A. (2011). A utilização da matriz SWOT como ferramenta estratégica – Um estudo de caso em uma escola de idioma de São Paulo.
- Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem — Conselho de Enfermagem, Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de fevereiro de 2011, p.8667,8668.
- Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, SINAVE, Departamento de Saúde Pública Regional, DGS, abril 2014.
- Stanhope e Lancaster. (1999). Enfermagem comunitária. 4ª ed., loures: Lusociência.
- Stanhope,m; Lancaster, j - enfermagem de saúde publica. loures: lusodidacta, 2011. ibsn: 978-989- 8075-29-1.
- Sorensen e Luckmann Enfermagem fundamental; abordagem psicofisiológica, B. VerolYn Barnes, tradução da 3ª edição em inglês, Lisboa, Lusodidacta, 1998, ISBN 972-96610-6-
- Tavares, A. (1992), Métodos e técnicas de planeamento em saúde, Ministério da saúde, 2ª edição
- The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World (11 August 2005), OMS, [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok\\_charter/en/](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/)
- Tomey, A. M., Alligood, M. R. (2002)Teóricas de enfermagem e a sua obra. (5ª ed.), Loures: Lusociência.
- Tomey, A. M. e Alligood, M. R. (2004)Teóricas de enfermagem e a sua obra - modelos e teorias de enfermagem. 5ª ed.,Loures: Lusociência.
- Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças Roecker S, Budó MLD, Marcon SS, Rev Esc Enferm USP 2012; 46(3):641-9 [www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/)
- “Um Futuro para a Saúde – todos temos um papel a desempenhar” Programa Gulbenkian Inovar em Saúde [pgis@gulbenkian.pt](mailto:pgis@gulbenkian.pt), Fundação Calouste Gulbenkian 2014,ISBN 978-989-8380-18-0
- ZAGONEL, I.P.S. O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. Rev.latino-

am.enfermagem, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 25-32, julho 1999.

ADESÃO ÀS MEDIDAS DE BIOSSEGURANÇA RELACIONADAS À HEPATITE B POR MANICURES, Oliveira, F. M., Alves, A. S.; Santos, L. A.; Santana, T. L. S.; Silva, G. M. Kameo, S. Y., Ensaio Cienc., Cienc. Biol. Agrar. Saúde, v. 18, n. 2, p. 83-90, 2014.

MONITORAMENTO BIOLÓGICO SOB A ÓTICA DOS ENFERMEIROS GERENTES, Claudio C. V., Sarquis L. M. M., Scussiato L. A., Miranda F. M. D'A. Rev Rene. 2013; 14 (2) :252-61.

THE PREVALENCE OF HEPATITIS B VIRUS AMONG MUNICIPAL SOLIDWASTE WORKERS: NECESSITY FOR IMMUNIZATION OF AT-RISK GROUPS, Alireza A.-M., Hossein A., Soheila K., Esmail S.-M., MahdiMohammadi, Seyed M. A., and Hossein P., Hepat Mon. Research Article, 2016 March,

## **ANEXOS**



## **ANEXO I**

### **PROJETO DE ESTÁGIO**

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE SANTARÉM  
6º CURSO Mestrado em Enfermagem Comunitária

PROJETO DE INTERVENÇÃO INDIVIDUAL



**Mestranda:**

Susana Alves, nº 140431002

Santarém, junho 2016

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE SANTARÉM  
6º CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO E RELATÓRIO  
PROJETO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA



O ENFERMEIRO ENQUANTO PROMOTOR DA SAÚDE, DA PESSOA EM SITUAÇÃO DE RISCO DE HEPATITE B, PARA A VACINAÇÃO.

**Mestranda:**

Susana Alves, nº140431002

**Orientação:**

Profª Doutora Rosário Machado  
Enfª Cooperante, Mestre Fátima Neves

Santarém, junho 2016

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>3</b>
<b>1- CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA</b>	<b>7</b>
<b>1.2 – DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS</b>	<b>9</b>
<b>2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	<b>10</b>
<b>2.1–O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA</b>	<b>10</b>
<b>2.2 -PROMOÇÃO DA SAÚDE</b>	<b>12</b>
<b>2.3 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE</b>	<b>12</b>
<b>2.3.1. Princípios, valores e normas</b>	<b>13</b>
<b>2.4 - VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA</b>	<b>15</b>
<b>2.5-INDICADORES DE QUALIDADE</b>	<b>16</b>
<b>2.5.1 -Indicadores de Qualidade Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem</b>	<b>17</b>
<b>3 – PLANO DE AÇÃO</b>	<b>18</b>
<b>4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>25</b>
<b>5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>26</b>
<b>6 – ANEXOS</b>	

## INTRODUÇÃO

Este estágio enquadra-se no 2º ano, 1º semestre do 6º Mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária que decorrerá na Unidade de Saúde Pública Zé Povinho do ACeS Oeste Norte, tendo como objetivo *“Planear intervenções de Cuidados Especializados em contexto de Enfermagem Comunitária”*.

Neste estágio de intervenção comunitária, proponho-me melhorar a adesão, e o estado vacinal, dos trabalhadores dos serviços camarários (limpeza pública, resíduos sólidos e rede de abastecimento de água e saneamento) das autarquias pertencentes à área de influência da Unidade, contra a Hepatite B.

Esta proposta, surgindo por parte da Coordenação da Vacinação do ACeS, corresponde também ao meu interesse e motivação pessoal e profissional, enquanto enfermeira a desempenhar funções neste ACES (Unidade do Bombarral). E, insere-se, mais concretamente, na área da vacinação, para que se integre no planeamento estratégico, a "... racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objectivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores sócio económicos..." (Imperatori, E, Geraldès, 1993)

As características atuais do setor da saúde e da profissão de enfermagem, assim como o potencial de desenvolvimento que se perspetiva, determinam que a formação de Profissionais de Enfermagem ao nível do 2º ciclo de formação consagre elementos que permitam desenvolver competências na área da Gestão e Organização de Serviços de Saúde. (Amendoeira, 2014)

O desenvolvimento da vacina contra a Hepatite B é um evento recente da ciência médica com múltiplas repercussões, a nível individual e coletivo, das sociedades humanas e dos países à escala mundial. Para contrariar a vulnerabilidade dos seres humanos aos microrganismos foram-se desenvolvendo ao longo dos séculos tentativas de minimizar o seu impacto na saúde. Contudo, as primeiras tentativas para produzir uma vacina contra a hepatite B datam de 1970, por Krugman, em Nova Iorque. Ele notou que quando uma solução diluída do soro de hepatite B é fervida durante um minuto, isto prevenia ou modificava a hepatite B em cerca de 70% das pessoas quando elas eram subsequentemente confrontadas com material infeccioso (Reid & Grist, 1989). Na mesma data, 1970, Dane conseguiu identificar as partículas do vírus da hepatite B (VHB) no soro de um doente, no entanto, já em 1964, Blumberg tinha conseguido identificar o antígeno de superfície deste vírus, que denominou antígeno Austrália, actualmente denominado por AgHBs (Dane *et al.*, 1970, Carreira & Loff, 1991). Kaplan confirmou a natureza viral destas partículas, detectando um DNA que se encontrava no seu interior (Kaplan *et al.*, 1973). A

descoberta desta polimerase permitiu a caracterização do genoma do VHB por Robinson (Robinson *et al.*, 1974). (Univesidade de Évora, 2002)

O Plano Nacional de Vacinação Português (PNV) prevê a vacinação universal dos recém-nascidos e dos adolescentes. A erradicação desta infecção, possível, passa pela vacinação universal dos recém-nascidos, dos adolescentes e dos grupos com maior risco. No entanto, a imunização de vários desses grupos (toxicodependentes, indivíduos com contactos sexuais múltiplos, por exemplo) é ainda pouco conseguida, por dificuldades na sua adesão (Castro, 1999).

Além da proteção individual, a maioria das vacinas tem ainda a capacidade de, a partir de determinadas taxas de cobertura vacinal, interromper a circulação dos microrganismos entre pessoas originando aquilo a que se chama “imunidade de grupo”. Este benefício para a sociedade é claramente uma mais-valia da vacinação em massa.

*“Graças às vacinas, milhares de vidas foram salvas e milhares de crianças em todo o mundo tiveram a oportunidade de viver mais saudáveis e felizes, crescendo, aprendendo e brincando sem o medo e sem as consequências de contrair doenças debilitantes, incapacitantes e mesmo letais (adaptado de discurso de Nelson Mandela).” (discurso de 2.8.1996, citado pela DGS, PNV)*

Faz parte integrante da coordenação da vacinação, em cada gabinete ou unidade, o conhecimento das condições necessárias a uma atuação segura nos mesmos, tanto para quem lá presta cuidados como para quem é alvo desses mesmos cuidados. Para que tal aconteça, o enfermeiro responsável por essa coordenação tem de tentar reunir todas as condições possíveis (Manual de Procedimentos - Norma nº 1. Fevereiro de 2009) de acordo com a comissão de controle de infeções. De forma a haver garantias que essas normativas são cumpridas, devem ser feitas com regularidade, verificações das mesmas.

Assim, e enquadrado no estágio, a minha participação nas visitas às unidades de vacinação surge em resposta à solicitação da Coordenação do ACES, tendo sempre como meta garantir os padrões de segurança e qualidade.

Ao mesmo tempo, é recomendado realizar uma consulta aos vários enfermeiros que prestam cuidados no âmbito da vacinação, no sentido de perceber a realidade da formação em temas como PNV, administração de BCG, Suporte Básico de Vida, Suporte Avançado, manual de rede de frio, sistemas de registo, sistema de notificações, equipamento mínimo e medicamentos em conformidade (DGS, norma nº40, 2011, revista em 2012).

A gestão do processo de desempenho tem de ser vista como uma parte essencial para melhorar os cuidados em saúde, ou seja, é um fundamento da prática clínica. (confederação de NHS 2006).

Desta gestão ativa, reduz-se o tempo, os custos e os recursos necessários aos mesmos cuidados (Nolte e McKee 2012).

O projeto que pretendo desenvolver, e sobre o qual incide a minha Revisão Sistemática da Literatura, prende-se com a responsabilidade de saúde e legal, relacionada com a cobertura vacinal dos trabalhadores dos serviços camarários das autarquias. Pois, que, trata-se de uma responsabilidade partilhada, entre a responsabilidade individual do trabalhador enquanto cidadão, e, por outro lado, a responsabilidade a nível coletivo, pois que enquanto entidade empregadora, a autarquia, deve zelar pela saúde dos seus trabalhadores, tanto mais que é a esta que lhe incumbe o cumprimento da Circular Normativa nº 15/DT de 15/10/2001.

Assim, este projeto visa contribuir para uma maior mobilização das autarquias e dos seus trabalhadores no sentido proporcionar um maior nível de saúde dos mesmos e consequentemente melhorar o nível de saúde da comunidade.

O conhecimento e adesão à vacinação dos grupos de risco para a Hep.B, nos quais se incluem os trabalhadores dos serviços camarários (limpeza pública, resíduos sólidos e rede de abastecimento de água e saneamento) das autarquias que estão na da área de abrangência da Unidade de Saúde Pública Zé Povinho do ACeS Oeste Norte, no que respeita às vacinas: Td e vacina contra a Hepatite B, são vacinas a que estes trabalhadores têm direito, gratuitamente, cabendo esta última a responsabilidade do ónus à entidade empregadora (Circular Normativa nº 15/DT de 15/10/2001). Segundo o Decreto Lei 44 198, série 1, nº 38 de 20 de fevereiro de 1962, a vacina Td (tétano, e difteria em dose reduzida) é uma vacina até hoje obrigatória.

O enfermeiro especialista de enfermagem na comunidade pelo seu perfil técnico e científico representa um dos elos mais credenciados, com competências específicas para atuar aos diferentes níveis nesta situação: por um lado proporcionar a formação específica aos enfermeiros para melhorar o seu desempenho ao nível da taxa de cobertura da vacinação em grupos de risco; por outro lado promover a adesão dos trabalhadores para os benefícios da vacinação, e ainda, o de procurar através da negociação com as autarquias locais resposta integral para aplicar a Circular Normativa.

O elevado nível de diferenciação das atividades, funções e responsabilidades de enfermagem, exige atenção especializada para a definição de áreas de formação, bem como para o desenvolvimento e implementação de processos eficientes de avaliação de desempenho.

Neste sentido, este tema surgiu, como referi anteriormente, de um profundo interesse pessoal, por considerar de singular e primordial importância em Enfermagem Comunitária, e

também, como resposta ao proposto pela própria unidade como uma necessidade já diagnosticada.

Assim como objetivos para este estágio proponho-me:

- ***Integrar a estrutura organizacional e funcional da Unidade de Saúde Pública Zé Povinho;***
- ***Integrar os vários projetos e atividades atualmente em desenvolvimento, na Unidade de Saúde Pública Zé Povinho;***
- ***Desenvolver um Projeto de intervenção em Enfermagem Comunitária, utilizando a metodologia do Planejamento em Saúde, e os resultados da Prática Baseada na Evidência;***
- ***Implementar estratégias de promoção da saúde e prevenção da doença, atendendo às especificidades culturais dos grupos e da comunidade, mais especificamente dos trabalhadores dos serviços camarários de limpeza pública, resíduos sólidos e rede de abastecimento de água e entidades autárquicas;***
  - ***Promover estratégias de envolvimento dos trabalhadores dos serviços camarários de limpeza pública, resíduos sólidos e rede de abastecimento de água no comportamento de procura de saúde e adesão à vacinação;***
  - ***Implementar estratégias conjuntamente com as autarquias com vista à vacinação dos trabalhadores;***
  - ***Refletir e analisar de forma crítica as estratégias desenvolvidas, tendo por base as competências no âmbito da enfermagem comunitária no sentido de uma Enfermagem Avançada;***
  - ***Realizar o Relatório escrito do estágio mobilizando as competências adquiridas e os conhecimentos adquiridos nas diferentes Unidades Curriculares do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária.***

## 1-CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

Para trazer mudanças eficazes, num modelo é requerido cuidado e pensamento de gestão, demonstrando sensibilidade para o processo de mudança e para as exigências e resistências que isto cria nas equipas. A gestão do processo de desempenho tem de ser vista como parte essencial para melhorar os cuidados em saúde, ou seja, é um fundamento da prática de enfermagem. A gestão do conhecimento tem vindo a ganhar relevo e é a mudança de direcção nos serviços de saúde.

Dar resposta às necessidades e mudanças sociais e na saúde, tornou-se assim uma realidade. Para tal foram criados modelos de gestão que podem ser monitorizados, alcançando-se os melhores resultados possíveis. A aquisição e desenvolvimento de conhecimentos nos cuidados de saúde é o fundamento da prática baseada na evidência. Esta, cada vez mais, requer enfermeiros capacitados para reconhecer o capital humano.

### UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA ZÉ POVINHO

#### MISSÃO

A missão da Unidade de Saúde Pública Zé Povinho é contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando à obtenção de ganhos em saúde e concorrendo, de um modo directo, para o cumprimento da missão do Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Norte.

A área abrangida por esta Unidade é definida pelos concelhos de Alcobaça, Bombarral, Caldas da Rainha, Nazaré, Óbidos e Peniche.

As competências essenciais desta Unidade são as seguintes:

- ✓ Elaborar informação e planos em domínios de Saúde Pública;
- ✓ Proceder à vigilância epidemiológica;
- ✓ Exercer o poder de Autoridade de Saúde;
- ✓ Assegurar a funcionalidade do sistema e circuitos de informação em saúde.
- ✓ Gerir e executar programas no âmbito da prevenção, promoção e protecção da saúde; (onde se integra as actividades que integram o meu projeto)
- ✓ Assegurar a cooperação e articulação interinstitucional em programas de Saúde Pública; (o que dá a base de sustentação para a aplicação da norma da VHB)

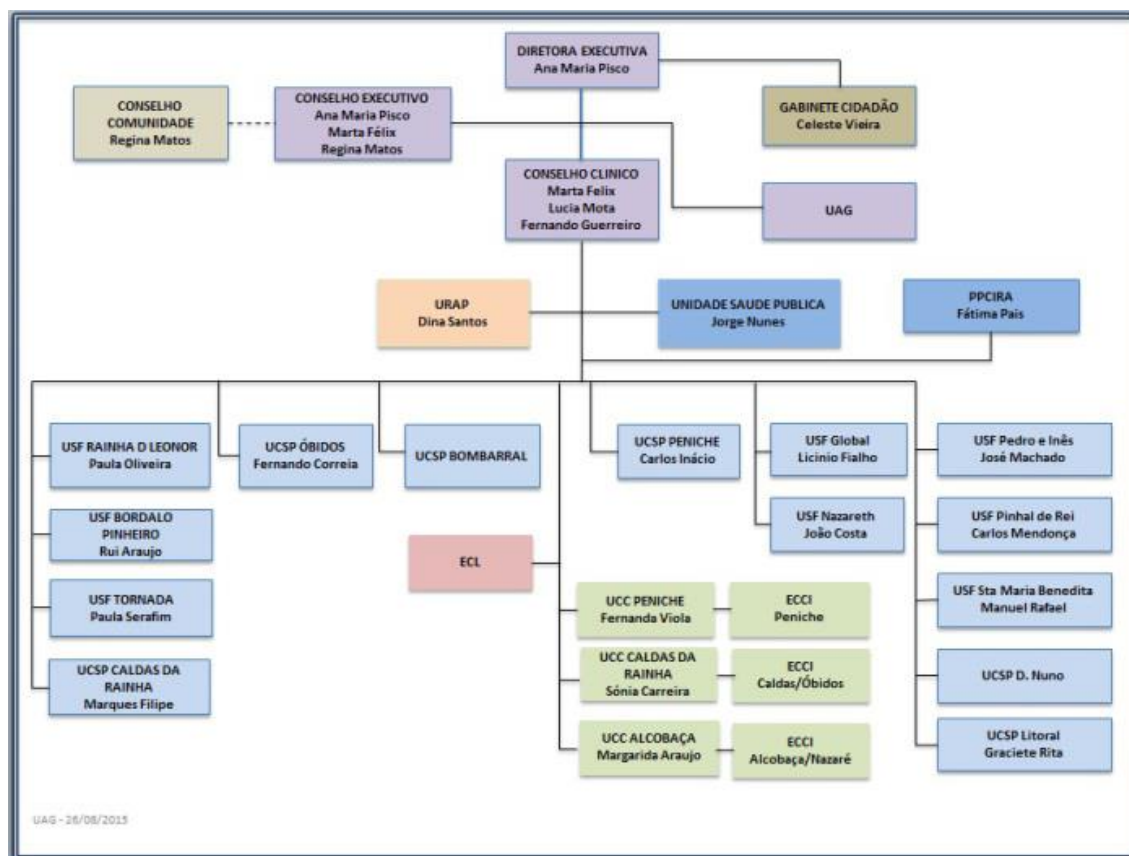


Figura 1- Organograma do ACES Oeste Norte

## ORGANIZAÇÃO

A Unidade de Saúde Pública Zé Povinho pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde Oeste Norte.

A sede da Unidade localiza-se em Caldas da Rainha e dispõe de equipas operativas denominadas Unidades Locais de Saúde Pública, sediadas nas unidades de saúde dos 6 concelhos que integram o ACES, e constituem a porta de entrada dos cidadãos para assuntos do domínio da Saúde Pública.

Os programas e projetos existentes na unidade são:

- *MOVIMENTO ESCOLA/CIDADE DOS AFECTOS*
- *CONSULTA DE CESSAÇÃO TABÁGICA*
- *CONSULTA DE ALCOOLOGIA*
- *MEDICINA DO VIAJANTE*
- *CONSULTA DO VIAJANTE*
- *VACINAÇÃO INTERNACIONAL*
- *FAMILIARMENTE*

- SAÚDE ESCOLAR
- PROJECTO PÃO.COME

## 1.1 DADOS SOCIO- DEMOGRAFICOS

A Região Oeste Norte inclui os concelhos de Alcobaça, Bombarral, Caldas da Rainha, Nazaré, Óbidos e Peniche. Viviam na região 176.281 pessoas à data dos Censos de 2011 (Instituto Nacional de Estatística, 2011).

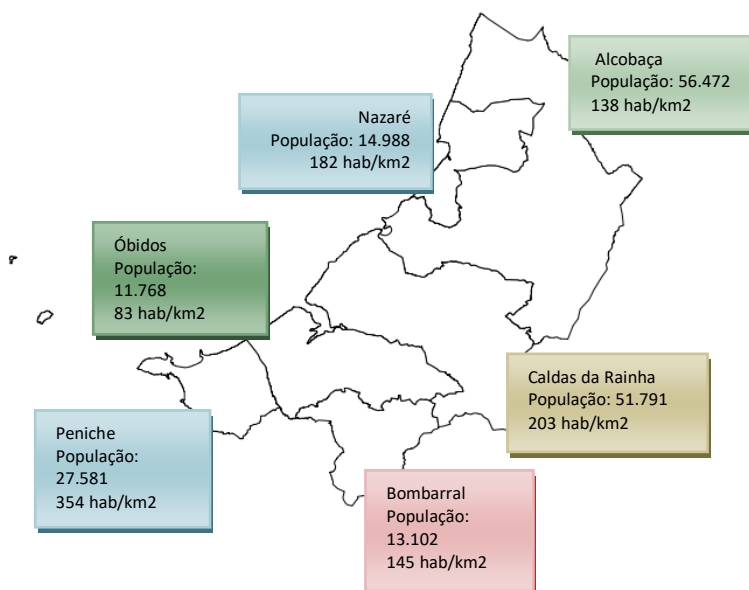


Figura 2 - Região Oeste Norte. Dados referentes a 2011 (INE)

A estrutura etária da população da Região Oeste Norte modificou-se consideravelmente nos últimos 50 anos. O número de nascimentos decresceu para quase metade, a população envelheceu consideravelmente e os grupos etários com mais representação passaram dos com menos de 20 anos para o grupo entre os 30 e os 50 anos. A par destas alterações, existe agora um número consideravelmente maior de habitantes com mais de 70 anos. (Fonte: INE, 2013)

### *A região oeste norte em números - um resumo:*

A esperança de vida à nascença é de aproximadamente 79 anos; a taxa de natalidade é mais baixa e a taxa de mortalidade geral é mais elevada do que a nacional; a taxa de analfabetismo é superior à nacional, e o ganho médio mensal é inferior; o consumo de bebidas alcoólicas e de tabaco parece seguir uma tendência de aumento; a mortalidade por suicídios na região é mais elevada que a nacional e os indicadores de saúde mental disponíveis apontam para um problema importante; a prevalência de HIV/SIDA na região é inferior à do País, com excepção do concelho de Peniche, que mantém, há longos anos, uma taxa muito acima do valor médio

nacional; a mortalidade por diabetes e por doenças cerebrovasculares é, há vários anos, mais elevada que a média nacional. (Dados referentes a 2011 (INE))

## 2– ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 2.1– O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

A Especialidade de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública tem como alvo de intervenção a comunidade e dirige-se aos projetos de saúde dos grupos a vivenciar processos de saúde/doença, processos comunitários e ambientais com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida. (Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem — Conselho de Enfermagem, 2012).

Os Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública são os que têm por foco da sua atenção as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde de grupos, comunidades e populações, designadamente através do desenvolvimento de programas de intervenção com vista à capacitação e empowerment das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania. (Regulamento n.º 128/2011, in DR n.º 35, 2.ª série, de 18 de fevereiro).

Assim espera-se que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública:

- ✓ Tenha um entendimento profundo sobre os determinantes dos problemas de saúde de grupos ou de uma comunidade na conceção do diagnóstico de saúde de uma comunidade;
- ✓ Identifique as necessidades em saúde de grupos ou de uma comunidade;
- ✓ Conceba, planeie, programe projetos de intervenção com vista à consecução de planos de saúde de grupos e/ou comunidades;
- ✓ Intervenha em grupos e/ou comunidades com necessidades específicas assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados;
- ✓ Coordene e dinamize programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos;
- ✓ Participe, em parceria com outras instituições da comunidade e com a rede social e de saúde, em projetos de intervenção comunitária dirigida a grupos com maior vulnerabilidade;
- ✓ Mobilize os parceiros/grupos da comunidade para identificar e resolver os problemas de saúde;

- ✓ Coopere na coordenação, aperfeiçoe a operacionalização e monitorização dos diferentes Programas de Saúde que integram o Plano Nacional de Saúde;
- ✓ Monitorize a eficácia dos Programas e Projetos de intervenção com vista à quantificação de ganhos em saúde da comunidade.
- ✓ Participe na gestão de sistemas de vigilância epidemiológica;
- ✓ Utilize a evidência científica para soluções inovadoras em problemas de saúde pública.

Estes critérios integram as quatro competências que estão definidas no Regulamento de Competências (Regulamento n.º 128/2011, in DR n.º 35, 2.ª série, de 18 de fevereiro):

- 1) Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- 2) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidade;
- 3) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
- 4) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico (*Diário da República*, 2.ª série — N.º 118 — 19 de junho de 2015, p.16482)

## 2.2-PROMOÇÃO DA SAÚDE

Promoção de Saúde é o “Processo que visa aumentar e capacitar os indivíduos e comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de melhorá-la. E, para atingir um estado de completo bem estar, físico mental e social o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio” (*Carta de Ottawa, 1986*)

A Declaração de Jacarta (julho de 1997) também refere que se deve aumentar a capacidade comunitária e dar direito de voz ao indivíduo, sendo que a promoção da saúde se efetua pelo e com o povo, e não sobre e para o povo.

Então, a intervenção comunitária é o processo pelo qual a promoção de saúde se efetua como responsabilidade dos cidadãos, através da sensibilização e informação, organização e participação dos mesmos, e posteriormente a execução, conseguindo depois, através da avaliação, validar se as decisões tomadas foram ou não capacitadoras. Por outras palavras, o processo de desenvolvimento da promoção da saúde divide-se em:

- ✓ O diagnóstico de necessidades e problemas
- ✓ A definição de objetivos
- ✓ A definição de estratégias e meios de intervenção

- ✓ A implementação de projetos e ações
- ✓ A avaliação

Dentro dos modelos comunitários existentes, a Intervenção Estratégica Contextualizada talvez seja a mais apropriada pois permite a adequação às necessidades e potencialidades de uma determinada população (Turabián e Franco, 2001). É proactiva, participativa, programada, com visão global e orientada para o contexto. Adequada a ajudar a desenvolver indivíduos, famílias, grupos e comunidades.

### **2.3-AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE**

Sendo o sistema de saúde um sistema adaptativo com uma larga área de complexidade, onde não é possível prever os resultados de mudanças efectuadas, a avaliação do impacto destas mudanças é importante para aumentar o grau de evidência nos processos de tomada de decisão, fundamentar o desinvestimento em experiências com maus resultados e a disseminação das que se revelem boas práticas.

Não existe em Portugal uma cultura de avaliação da qualidade dos cuidados de saúde, da sua variabilidade e das mudanças implementadas. Mesmo ao nível das grandes reformas, a avaliação do seu impacto é quase inexistente.

O conceito de qualidade, assim como os métodos associados à mesma, foi difundido a partir da criação da indústria, por autores como Deming, Juran ou Ishikawa tendo posteriormente sido adequadas à saúde, particularmente por Avedis Donabedian. (Plano Nacional de Saúde 2011-16)

Apesar disso, a preocupação com a qualidade dos cuidados de saúde atravessa toda a história da Medicina, desde Hipócrates, passando por Florence Nightingale e Ernest Codman. (Plano Nacional de Saúde 2011-16)

A qualidade em saúde tem várias características que diferem dos restantes sectores, pelo facto de ser sempre orientada para as necessidades, a eficiência, a eficácia, a efetividade e a equidade, e ter como objectivo um sistema de melhoria contínua dos cuidados, ao contrário de outras vertentes da sociedade que se equilibram pela procura.

Na segunda metade da década de 80, um conjunto de medidas propostas pela Escola Nacional de Saúde Pública e pela Direção Geral dos Cuidados de Saúde Primários, foi o ponto de mudança em prol do desenvolvimento. Em 1998 é definido um “sistema de qualidade na saúde” que é inscrito no Quadro Comunitário de Apoio – Programa Operacional da Saúde – Saúde XXI- que permitiu um aumento da dotação financeira para manter uma política de promoção da qualidade.

A melhoria contínua da qualidade é então, na sua essência, um processo de mudança:

- Mudar uma prática baseada na experiência por uma prática baseada na evidência
- Mudar para uma escolha informada do cidadão
- Mudar de uma avaliação apenas baseada no desempenho dos profissionais para uma melhoria de cuidados tendo os cidadãos como parceiros
- Mudar de qualidade monodisciplinar para cuidados partilhados e processos complexos em saúde
- Mudar a gestão da doença para um quadro de melhoria contínua da qualidade

Procurando de entre várias definições de qualidade em saúde a OMS refere os seguintes componentes; um elevado grau de excelência profissional; eficiência na utilização dos recursos; riscos mínimos para os doentes; satisfação para os utilizadores e resultados obtidos.

Em gestão, a abordagem por sistemas tem em consideração as relações entre os diferentes intervenientes/atores e contempla o ciclo de Deming, que representa um método de avaliação contínua e integra diferentes etapas: planear a mudança (“plan”), efetuar a mudança (“do”), avaliar os resultados e verificar se o processo realmente melhorou (“check”) e atuar no sentido de adotar, ajustar ou abandonar a mudança (“act”). A melhoria da qualidade e o aperfeiçoamento, no sentido da excelência, são alcançados neste ciclo contínuo.

Nesta linha de pensamento, deve admitir-se que o envolvimento de todos os intervenientes, não é um objetivo a atingir, é antes de tudo, cultura da organização. Desta forma entende-se que todos na organização têm em consideração a qualidade, a partilha de ideias, decisões, limitações, descentralização do poder e “governança partilhada” (Ferreira, 2014).

### 2.3.1 Princípios, valores e normas

Utilizando a clássica tríade de Donabedian, (REVISTA PORTUGUESA DE SAÚDE PÚBLICA, vol.2,2001) identifica-se um conjunto de medidas e indicadores que se espera possam contribuir para uma análise da evolução da qualidade em saúde;

#### ESTRUTURA:

- Enquadramento legal:
  - Manter clara a missão do sistema de qualidade.
  - Ter autonomia administrativa e financeira.
  - Criação da agência de avaliação de tecnologias da saúde e da agência de acreditação na saúde.
- Financiamento:
  - Que percentagem do orçamento, e de que forma, é alocado à saúde?
  - Contratação da qualidade como critério.

Relatório anual da qualidade, o que é feito e como é feito. É exigida transparência e responsabilização.

Desenvolvimento de um sistema de informação aos utilizadores, fundamental para a monitorização.

**PROCESSO:**

- Número de unidades de saúde com auto avaliação e avaliação externa
- Monitorização da evolução
- Percentagem de unidades de saúde com inquéritos de satisfação dos clientes e profissionais
- Número de projectos de melhoria da qualidade

**RESULTADOS:**

- Avaliação de desempenho
- Monitorização da acessibilidade, efectividade, continuidade e resultados
- Evolução dos inquéritos de satisfação

É fundamental melhorar a qualidade dos cuidados de saúde assim com o acesso, mas é preciso também ter políticas adequadas de transportes, de urbanização, de energia, de administração dos resíduos, na agricultura e pescas, na gerência da água e do ar, estratégias de controle no diz respeito aos comportamentos de risco, políticas condições de trabalho e de habitação, de combate à exclusão e discriminação social e à falta de equidade.

Mas o impacto dessas intervenções terá de ser avaliado, com base em metodologias hoje bem instituídas e englobadas no conceito de *Health Impact Assessment* (IAIA, 2006).

Assim, a melhoria da saúde dos portugueses exige uma intervenção que excede o Ministério da Saúde, e exige um alinhamento de políticas de saúde em todas as áreas de governação, potencialmente com impacto nos resultados em saúde, genericamente enquadráveis no programa **Saúde em todas as políticas**.

A Vigilância Epidemiológica, Planeamento da Saúde e Gestão de Programas e Investigação em Saúde, são atividades do departamento de Saúde Pública no respeito das atribuições que lhe são cometidas no artigo 3.º da Portaria n.º 161/2012 de 22 de maio, DR n.º 99, Série I, de 22 de maio de 2012.

Gerir e executar programas no âmbito da prevenção, promoção e protecção da saúde, assegurar a cooperação e articulação interinstitucional em programas de Saúde Pública e assegurar a funcionalidade do sistema e circuitos de informação em saúde, são competências da Unidade de Saúde Pública que pretendo, sempre contextualizadas, desenvolver durante esta unidade curricular, e principalmente dentro da temática que escolhi.

## 2.4 -VIGILANCIA EPIDÉMIOLÓGICA

A actividade sistemática e continuada de recolha, tratamento e transmissão de informação acerca das mais diversas situações relacionadas com a saúde configura um instrumento fundamental de planeamento e gestão dos recursos da saúde, proporcionando os elementos para uma actuação pronta e eficaz sobre factores de risco indutores de situações indesejáveis e contribuindo, assim, para a melhoria dos níveis de saúde das populações.

O carácter cada vez mais abrangente da vigilância epidemiológica é hoje testemunhado pela enorme diversidade de fenómenos que podem constituir o seu objecto, que vão desde os fenómenos da própria saúde humana, a outros que a influenciam directa ou indirectamente, como é o caso de certas doenças animais ou de factores ambientais.

Tanto no nível da União Europeia como da Organização Mundial de Saúde é hoje ponto assente que uma vigilância epidemiológica bem estruturada, flexível e ágil é indispensável para proteger e promover eficazmente a saúde dos cidadãos, das famílias e das populações.

Em Portugal, a vigilância epidemiológica tem sido dirigida essencialmente às doenças transmissíveis. Assim, o regime actual das doenças de declaração obrigatória, em vigor desde 1949, constitui um reflexo, parcelar é certo, deste conceito de necessidade de vigiar a saúde das populações e os factores que a influenciam.

Portugal observa a Decisão da Comissão da União Europeia relativa à criação da Rede de Vigilância Epidemiológica e Controlo de Doenças Transmissíveis e integra o respectivo Comité, bem como as decisões que respeitam às doenças a serem progressivamente abrangidas, as definições de caso para notificação e os sistemas de alerta rápido e de resposta e participa ainda em outros sistemas e redes internacionais, pelo que para cumprir as obrigações daí decorrentes, necessita de possuir os meios adequados.

A coerência da vigilância epidemiológica será assegurada pelas Autoridades de Saúde de âmbito nacional e regional, às quais compete a sua coordenação geral, prevendo-se que sejam coadjuvadas por um corpo técnico de comprovada competência. (DGS, acedido a 6.2016)

O alvo de um estudo epidemiológico é sempre uma população humana, que pode ser definida em termos geográficos ou outro qualquer. Por exemplo, um grupo específico de pacientes hospitalizados ou trabalhadores de uma indústria pode constituir uma unidade de estudo. Em geral, a população utilizada em um estudo epidemiológico é aquela localizada em uma determinada área ou país em certo momento do tempo. (Epidemiologia Básica 2ª edição (WHO, 2016))

## 2.5 -INDICADORES DE QUALIDADE

Na saúde de uma população estão inerentes diversos fatores. O estado de saúde de cada cidadão depende do património genético, do ambiente social, cultural e físico que o envolve (Quigley *et al.*, citado por DGS, 2012) e, também, do desempenho do Sistema de Saúde. Assim, é necessário estabelecer um conjunto de indicadores de saúde que permitam a monitorização de resultados e desempenho do Sistema de Saúde e dos intervenientes que constituem o mesmo.

Os indicadores de saúde são instrumentos de medida sumária que refletem, direta ou indiretamente, informações relevantes sobre diferentes atributos e dimensões da saúde bem como dos fatores que a determinam (Institute of Medicine e Nutbeam, citados por DGS, 2012).

Os indicadores do PNS 2012-2016 (DGS, 2012) são os selecionados, de entre os Indicadores de Saúde, para as áreas que propõe para intervenção e para as quais se prevêem ganhos em saúde. De acordo com o PNS 2012-2016 (DGS, 2012), os indicadores podem ser divididos em quatro grandes grupos de Indicadores de Saúde:

- Grupo I: *Indicadores de Estado de Saúde* - possibilitam avaliar quão saudável é uma população utilizando cálculos como a mortalidade, morbilidade, incapacidade e bem-estar;
- Grupo II: *Indicadores de Determinantes de Saúde* - permitem o conhecimento sobre os fatores para os quais há evidência científica quanto à influência sobre o estado de saúde e do recurso aos cuidados de saúde (comportamentos, condições de vida e trabalho, recursos pessoais e ambientais);
- Grupo III: *Indicadores de Desempenho do Sistema de Saúde* - nas suas diversas vertentes de aceitabilidade, acesso, qualidade, capacitação, integração de cuidados, efetividade, eficiência e segurança, contribuem para a análise da qualidade do Sistema de Saúde;
- Grupo IV: *Indicadores de Contexto* - abrangem dimensões de caracterização que, não sendo indicadores de estado de saúde, determinantes individuais ou de desempenho do Sistema de Saúde, permitem comparar populações diferentes pois proporcionam informação contextual importante.

Os Indicadores de Saúde são uma mais-valia para melhorar o conhecimento sobre os determinantes da saúde e identificar fraquezas no estado de saúde e/ou populações específicas mas são concomitantemente úteis para o planeamento, para a política de saúde e para gerir o Sistema de Saúde.

A OE (2007) propõe como já foi descrito, a estruturação dos indicadores subdivididos em quatro partes. Sendo que as três primeiras correspondem aos indicadores das componentes da

avaliação da qualidade propostas por Donabedian, compostos por estrutura, processo e resultado. Por sua vez, a quarta parte está relacionada com os do tipo epidemiológico.

### **2.5.1- Indicadores de Qualidade Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem**

No panorama internacional, o Nacional Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI), é uma entidade dos Estados Unidos da América, que representa um banco de dados com relatórios trimestrais e anuais acerca dos indicadores de estrutura, processo e resultados, no sentido de avaliar os cuidados de enfermagem. Através dos resultados dos estudos realizados na NDNQI foi possível demonstrar o valor do enfermeiro na promoção da saúde, foi possível "medir" o contributo pelos indicadores sensíveis aos cuidados específicos prestados pelos enfermeiros (Montalvo, 2007).

A elaboração de um indicador é um processo complexo, inclui a avaliação da evidência de que o indicador é sensível aos cuidados de enfermagem, tendo que ser submetidos a diversos estudos. Estes são considerados através de acompanhamento contínuo e testes de validade e confiabilidade por um procedimento operacional padrão NDNQI. Sendo assim, um indicador de resultado é considerado sensível se houver uma associação ou correlação entre o trabalho desempenhado especificamente pelo enfermeiro e os resultados obtidos.

São exemplo de indicadores reconhecidos pela NDNQI as horas de cuidados de enfermagem por paciente, satisfação dos profissionais, infeções associadas aos cuidados de saúde, entre outras (Montalvo, 2007).

### 3 - PLANO DE ACÇÃO

**Objetivo Geral: Envolvimento nos vários projetos e atividades atualmente em desenvolvimento, na Unidade de Saúde Pública.**

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO	LOCAL	RECURSOS	HORIZONTE TEMPORAL	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<p><b>-Integrar a estrutura organizacional e funcional da Unidade de Saúde Pública Zé Povinho.</b></p> <p><b>- Integrar os vários projetos e atividades atualmente em desenvolvimento, na Unidade de Saúde Pública Zé Povinho.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Procurar informação na página da USP Zé Povinho.</li> <li>➤ Ler o plano local de saúde elaborado pela unidade.</li> <li>➤ Colaborar em parceria com os diversos profissionais que compõem a Unidade.</li> <li>➤ Realizar a criação de ficheiros informatizados de registo, dos internamentos compulsivos, das diferentes Unidades Locais de saúde pública.</li> <li>➤ Participar nas várias atividades da Unidade</li> </ul>	USP Caldas da Rainha		Junho, a novembro, 2016	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Indicadores de Estado de Saúde</li> <li>➤ Indicadores de contexto</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Realizar um relatório final.</li> </ul>			Novembro, 2016	

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO	LOCAL	RECURSOS	HORIZONTE TEMPORAL	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<b><i>-Colaborar na elaboração de um Manual de Intervenção em inquéritos epidemiológicos.</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Consultar e compreender o SINAVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica</li> <li>➤ Consultar a informação técnica “manual de procedimentos de saúde no trabalho” nº 8 de 31.12.2014</li> <li>➤ Consultar Bibliografia sobre Epidemiologia</li> </ul>	USP Caldas da Rainha		Junho, a novembro, 2016	➤ Indicadores de Contexto
	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Realizar um relatório final.</li> </ul>			Novembro, 2016	

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO	LOCAL	RECURSOS	HORIZONTE TEMPORAL	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<b><i>-Consultar e realizar relatório das vitórias realizadas em 2014, por forma a conhecer a realidade encontrada.</i></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Pesquisa e revisão do Estado da Arte</li> <li>➤ Revisão do “manual da rede de frio”</li> <li>➤ Consulta dos relatórios elaborados</li> <li>➤ Classificar as necessidades de formação à data (2014)</li> </ul>	USP Caldas da Rainha		Junho, 2016	➤ Indicadores de Desempenho do Sistema de Saúde

<p><b>-Planejar e realizar as visitas aos gabinetes de vacinação do Aces Oeste Norte, de acordo com as orientações normativas, e realizar as entrevistas aos enfermeiros que aí prestam cuidados.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Utilização do documento da ARSLVT “Auditoria interna ao serviço de vacinação”</li> <li>➤ Utilização do documento da ARSLVT “Anexo ao guião de auditoria aos serviços de vacinação - profissionais”</li> </ul>	<p>Todos os gabinetes de vacinação do ACES</p>		<p>Julho e Setembro, 2016</p>	
<p><b>- Refletir e analisar de forma crítica as estratégias desenvolvidas, tendo por base as competências no âmbito da enfermagem comunitária no sentido de uma Enfermagem Avançada;</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Fazer a análise dos dados recolhidos, no sentido de validar as condições de segurança dos gabinetes de vacinação.</li> <li>➤ Fazer uma análise comparativa das conclusões encontradas em 2014.</li> <li>➤ Realizar um relatório final.</li> </ul>	<p>USP Caldas da Rainha</p>		<p>Outubro, 2016</p>	
<p><b>-Propor soluções para os problemas diagnosticados</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Conceber soluções para colmatar as necessidades de formação</li> <li>➤ Fazer chegar à direção do ACES e à coordenação da vacinação quais os serviços (caso existam) que não reúnem condições de segurança ou que</li> </ul>	<p>USP Caldas da Rainha</p>		<p>Outubro e novembro, 2016</p>	

	<p>necessitem de manutenção ou material</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Perceber a receptividade da direção executiva</li> </ul>				
<p><b><i>-Realizar a avaliação do processo</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Fazer a análise da formação realizada.</li> <li>➤ Perceber quais as mudanças planeadas ou já em execução.</li> </ul>	<p>USP Caldas da Rainha</p>	<p>Avaliar o documento das sessões realizadas</p>	<p>novembro, 2016</p>	

- **Objetivo Geral:** *Desenvolver um Projeto de intervenção em Enfermagem Comunitária, utilizando a metodologia do Planeamento em Saúde, e os resultados da Prática Baseada na Evidência.*

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO	LOCAL	RECURSOS	HORIZONTE TEMPORAL	INDICADORES DE AVALIAÇÃO
<p><i>-Perceber qual a dimensão do estado de saúde deste grupo profissional</i></p> <p><i>- Programar estratégias de promoção da saúde e prevenção da doença, atendendo às especificidades culturais dos grupos e da comunidade, mais especificamente dos trabalhadores dos serviços camarários de limpeza pública das autarquias;</i></p> <p><i>-Realizar o levantamento da cobertura vacinal, no que respeita às vacinas do tétano, Hepatite B e</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Estabelecer contatos com as Câmaras Municipais, para conciliar parcerias.</li> <li>➤ Conhecer a dimensão e a realidade deste grupo de trabalhadores</li> <li>➤ Realizar encontros de trabalho com os parceiros por forma a estabelecer estratégias de trabalho com estes grupos.</li> </ul>	<p>As várias unidades camarárias dos diversos concelhos abrangidos</p>		<p>Junho, 2016</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Indicadores de Determinantes de Saúde</li> </ul>

<p><b>Sarampo (Norma nº 006/2013) dos trabalhadores em foco.</b></p> <p><b>- Promover estratégias de envolvimento dos trabalhadores dos serviços camarários de limpeza pública, resíduos sólidos no comportamento de procura de saúde e adesão à vacinação;</b></p> <p><b>- Implementar estratégias conjuntamente com as autarquias com vista à vacinação destes trabalhadores;</b></p> <p><b>- Realizar o Relatório escrito do estágio mobilizando as competências adquiridas e os conhecimentos adquiridos nas diferentes Unidades Curriculares do Curso de Mestrado em</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Fazer o levantamento da cobertura vacinal dos funcionários pertencentes ao grupo de risco, através do uso de plataformas SINUS e RCV.</li> <li>➤ Combinar esforços com os parceiros no sentido de promover o dialogo e desta forma capacitar este grupo profissional.</li> <li>➤ Dar conhecimento aos próprios das suas necessidades vacinais, e às instituições empregadoras da necessidade de proceder a um processo de aquisição das vacinas da Hepatite, de acordo com a Circular Normativa nº 15/DT de 15/10/2001 da DGS, que atribui o ónus das mesmas às entidades patronais.</li> </ul>	<p>As várias unidades camarárias dos diversos concelhos abrangidos</p>		<p>Julho, 2016</p> <p>Durante todo o estágio, com maior ênfase na</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Indicadores de Determinantes de Saúde</li> <li>➤ Indicadores de</li> </ul>
---	--	--	--	---	---

<p><b>Enfermagem Comunitária.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Proceder à avaliação de todos os procedimentos que me propus realizar durante esta unidade curricular.</li> <li>➤ Validar toda a fundamentação teórica realizada ao longo da mesma.</li> <li>➤ Com base nestes elementos elaborar o relatório da unidade curricular, que servirá de base à defesa do título de especialista.</li> </ul>			<p>fase final.</p>	<p>Determinantes de Saúde</p>
---------------------------------------	--	--	--	--------------------	-------------------------------

#### **4- CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Pretendi, com a realização deste projeto, apresentar uma base teórica sustentada à realização do mesmo assim como promover uma organização mental de efetivação dos objetivos propostos para a unidade curricular, pela Unidade de Saúde Pública que me acolheu e também por mim realizados.

Confesso que foi um processo “complicado” de conceber e concretizar, pois foi a primeira vez que planeei cuidados dentro de um ponto de vista mais estratégico e menos operacional, o que me obrigou a uma pesquisa diferente e a um pensamento mais delineador, reflexivo e crítico.

As Unidades de Saúde Pública, enquanto unidades de coordenação das Unidades Locais de Saúde Pública (que existem por concelho) são locais privilegiados para experienciar inúmeras atividades a nível comunitário, pois nelas incide toda a responsabilidade de coordenação, gestão e planeamento, tanto das atribuições que lhe competem (vistorias, coordenação de programas, acesso direto a informação sobre as mais variadas temáticas ondas de calor/frio, informações semanais do Instituto Nacional de saúde pública acerca de alterações epidemiológicas, relatórios internacionais, relatórios da Organização Mundial de Saúde, entre outros) como da criação/validação de planos e programas.

Espero conseguir desenvolver aquilo que me propus, e se possível aproveitar ao máximo as situações de aprendizagem que me forem sugeridas.

Tal como todos os Projetos este pode ainda ter necessidade de ajustes mais adequados a um maior conhecimento do terreno, só possível no decorrer do estágio.

## 5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Comissão de Controlo de Infecção Regional. Higienização das instalações dos Centros de Saúde no contexto da prevenção e controlo da infeção - Manual de Procedimentos - Norma nº 1. Fevereiro de 2009.

Amaral, A. (2010). A efetividade dos cuidados de Enfermagem: modelos de análise. *Revista Investigação em Enfermagem*. 21, pp. 96-105.

Amaral, A. (2014). *Resultados dos cuidados de Enfermagem: Qualidade e efetividade*. Tese de Doutoramento em Organização e Gestão de Empresas, especialidade de Estratégia e Comportamento Organizacional, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Campos, L., Saturno, P., Carneiro, A. V. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016 – A qualidade dos cuidados e dos serviços*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde. Acedido a 25/10/2015. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2010/07/Q2.pdf>

Circular Normativa nº 15/DT de 15/10/2001 (Vacina contra a Hepatite B - actualização da vacinação gratuita de grupos de risco )

Cunha, I.C. Neto, F.R. (2006) Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio? Florianópolis.

Direcção-Geral da Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido a 24/10/2015. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>

Doran, D. I., Sidani, S., Keating, M., Doidge, D. (2002) An empirical test of the nursing role effectiveness model. *Journal of Advanced Nursing*. 38 (1), pp. 29-39.

Epidemiologia Básica, 2ª edição, R. Bonita, R. Beaglehole, T. Kjellström, Publicado pela Organização Mundial da Saúde em 2006, sob o título BASIC EPIDEMIOLOGY, 2nd edition. Copyright © World Health Organization, 2006

Ferreira, M. (2014). Resultados sensíveis em enfermagem. Avaliação da qualidade dos cuidados. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Universidade Católica Portuguesa. Lisboa. Portugal.

Fleury, M.T.L. (2004) Estratégias empresariais e formação de competências: um quebra cabeça, caleidoscópico da indústria brasileira. São Paulo (SP): Atlas.

Linsley, P. Morton, S. (2014), Managed Care: a structured approach, Nursing Standard, vol 28, no 19, January 8, UK

PDF] [pns.dgs.pt/files/2014/04/Iniciativas\\_ implementadas\\_ instituicoes\\_MS.pdf](http://pns.dgs.pt/files/2014/04/Iniciativas_ implementadas_ instituicoes_MS.pdf)

[http://www.cm-caldas-rainha.pt/portal/page/portal/PORTAL\\_MCR/JUNTAS/CONCELHO](http://www.cm-caldas-rainha.pt/portal/page/portal/PORTAL_MCR/JUNTAS/CONCELHO)

[http://www.cm-caldas-rainha.pt/portal/page/portal/PORTAL\\_MCR](http://www.cm-caldas-rainha.pt/portal/page/portal/PORTAL_MCR) <https://>

[saudepublicaoestenorte.wordpress.com/sobre-a-unidade/](https://saudepublicaoestenorte.wordpress.com/sobre-a-unidade/)

[http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/revistas/roe\\_13\\_julho\\_2004\\_suplemento.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/revistas/roe_13_julho_2004_suplemento.pdf)  
Ordem dos enfermeiros, suplemento da revista nº13, Julho 2004

<http://pns.dgs.pt/files/2010/07/Q2.pdf>

Plano Nacional de Saúde 2011-16, Campos, L.; Saturno, P.; Carneiro, A. V., dezembro 2010

<https://www.dgs.pt/normas-clinicas-dqs.aspx>

WWW.DGS.pt, normas e orientações clínicas

<http://www.webartigos.com/artigos/o-processo-de-enfermagem-na-vigilancia-epidemiologica/80271/#ixzz4AoFETcFM>

<http://www.dgs.pt/vigilancia-epidemiologica.aspx> (6.06.2016)

<https://endpolionowsantacatarina.com.br/2013/12/06/nelson-mandela-18071918-05122013/>  
(6.2016)

Metodologia do planeamento da saúde : manual para uso em serviços centrais, regionais e locais  
/ Emilio Imperatori, Maria do Rosário Giraldes. 3a ed., rev. e actualizada. Lisboa : Escola  
Nacional de Saúde Pública, 1993.

Montalvo, I. (2007). The National Database of Nursing Quality Indicators R (NDNQI®). *OJIN: The  
Online Journal of Issues in Nursing*. 3 (12). Disponível em:

[http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/Tabl  
e of Contents/Volume122007/No3Sept07/NursingQualityIndicators.html](http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume122007/No3Sept07/NursingQualityIndicators.html)

Norma nº 006/2013 de 02/04/2013 - Programa Nacional de Eliminação do Sarampo

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem –  
Enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Revisto e reimpresso, Lisboa: Ordem dos  
Enfermeiros.

Qualidade de cuidados de saúde primários, Pisco, L.; Biscaia, J. L.; Avaliação da qualidade, revista  
portuguesa de saúde pública, volume temático:2, 2001

Reforma dos cuidados de saúde primários, acontecimento extraordinário, Relatório consultivo  
para a reforma dos cuidados de saúde primários, fevereiro 2009.

Relatório de atividades 2014 da ARSLVT ARSLVT, NEP 2014

Silva, A. A., Silva, N. S., Barbosa, V. A., Henrique, M. R., Batista, J. A. (2011). A utilização da matriz  
SWOT como ferramenta estratégica – Um estudo de caso em uma escola de idioma de São Paulo.

Tomey, A. M., Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de enfermagem e a sua obra*. (5ª ed.), Loures:  
Lusociência.

## **6- ANEXOS**

## ANEXO AO GUIÃO DE AUDITORIA AOS SERVIÇOS DE VACINAÇÃO – PROFISSIONAIS IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

Nome:

Categoria:

Serviço de Vacinação da Unidade:

Centro de Saúde:

ACES:

### 1. FORMAÇÃO

1.1. Formação em PNV <sup>(1) Ver pág.4</sup>

Sim  Não

Evidência:

Se sim (ordenar do mais para o menos recente):

Data Entidade promotora:

Designação do curso/ação Nº de horas

Data Entidade promotora:

Designação do curso/ação Nº de horas

Data Entidade promotora:

Designação do curso/ação Nº de horas

1.2. Formação em BCG <sup>(2) Ver pág.4</sup>

Sim  Não

Evidência:

Se sim (ordenar do mais para o menos recente):

Data Entidade promotora:

Designação do curso/ação Nº de horas

Data Entidade promotora:

Designação do curso/ação Nº de horas

1.3. Formação em Suporte Básico de Vida <sup>Ver pág.4</sup>

Sim

Não

Evidência

Se sim (ordenar do mais para o menos recente):

Data Entidade promotora:

Designação do curso/ação Nº de horas

Data Entidade promotora:

Designação do curso/ação Nº de horas

1.4. Formação em Suporte Intermédio ou em Suporte Avançado de

Sim  Não

Evidência:

Vida <sup>(4) Ver pág.4</sup>

Se sim (ordenar do mais para o menos recente):

Data Entidade promotora

Designação do curso/ação Nº de horas

Data Entidade promotora:  
Designação do curso/ação Nº de horas

## 2. EXERCÍCIO PROFISSIONAL

- 2.1. Período temporal de funções em serviço de vacinação:** Evidência:  
Data(s)
- 2.2. Número de horas, por semana, afetas ao serviço de vacinação:** Evidência:  
horas/semana
- 2.3. Atividades no serviço de vacinação:**
- A) Vacinas do PNV (exceto BCG) Evidência:**
- A1) Administra todas as vacinas do PNV (exceto BCG) Sim  Não
- A2) Efetua o respetivo registo em SINUS VACINAÇÃO Sim  Não
- A3) Tempo de prática na administração de vacinas do PNV (exceto BCG) de pelo menos 6 meses Sim  Não
- A4) Nº de vacinas do PNV (exceto BCG) administradas no ano transato (5A) <sup>Ver pág.4</sup>

**B) Vacina contra a tuberculose (BCG) Evidência:**

B1) Administra a vacina contra a tuberculose (BCG) Sim  Não

B2) Efetua o respetivo registo em SINUS VACINAÇÃO Sim  Não

B3) Administrou, até à data, pelo menos 20 vacinas de BCG Sim  Não

**C) Outras vacinas <sup>(6) Ver pág.4</sup> Evidência:**

C1) Administra outras vacinas (exceto PNV) Sim  Não

Se sim, discriminar segundo a listagem constante na página 4:

C2) Efetua o respetivo registo em SINUS VACINAÇÃO Sim  Não

### 2.3. Atividades no serviço de vacinação (cont.):

**D) Notificação de reações adversas <sup>(5B) Ver pág.4</sup> Evidência:**

D1) Notificou, no ano transato, alguma reação adversa Sim  Não

Se sim, detalhar.

**F) Outras atividades no ano transato** <sup>(5B) Ver pág.4</sup> **Evidência:**

**F1) Participou em atividades de avaliação do PNV** Sim  Não

Se sim, descreva quais.

**F2) Participou em reuniões de serviço no âmbito do PNV** Sim  Não

Se sim, detalhar os assuntos versados.

**F3) Participou/colaborou em atividades relacionadas com vacinação dos profissionais, no âmbito da saúde ocupacional.** Sim  Não

Se sim, detalhar.

**F4) Participou em atividades relacionadas com vacinação no âmbito da saúde do viajante.** Sim  Não

Se sim, detalhar.

**F5) Participou em atividades adicionais de vacinação** Sim  Não

Se sim, detalhar.

Observações

Auditoria Nº / (ano) Data da auditoria: / /201\_  
Auditoria realizada por (nome, categoria profissional):

#### NOTAS EXPLICATIVAS

(1) Considera-se que o profissional tem formação em PNV desde que faça prova de frequência de pelo menos uma ação em PNV, tendo como entidade formadora a Direção-Geral da Saúde ou a Administração Regional de Saúde, com menção dos conteúdos e respetiva carga horária.

(2) Considera-se que o profissional tem formação em BCG desde que faça prova de frequência de pelo menos uma ação em BCG tendo como entidade formadora a Direção-Geral da Saúde ou a Administração Regional de Saúde, com menção dos conteúdos e respetiva carga horária.

(3) Considera-se que o profissional tem formação em Suporte Básico de Vida desde que faça prova de frequência de pelo menos uma ação nesta área, proporcionada pelo INEM ou por entidade certificada, com menção dos conteúdos e respetiva carga horária.

(4) Considera-se que o profissional tem formação em Suporte Intermédio ou em Suporte Avançado de Vida desde que faça prova de frequência de pelo menos uma ação na área respetiva, proporcionada pelo INEM ou por entidade certificada, com menção dos conteúdos e respetiva carga horária.

(5A) Considerar o ano transato ou, caso o profissional não tenha estado no serviço nesse ano, considerar outro intervalo de tempo que seja o mais longo e o mais recente possível, mencionando este facto no campo “Observações”. Sempre que possível, a fonte de informação deve ser o SINUS VACINAÇÃO, devendo este facto ser mencionado no campo específico, com referência à data de consulta.

(5B) Considerar o ano transato ou, caso o profissional não tenha estado no serviço nesse ano, considerar outro intervalo de tempo que seja o mais longo e o mais recente possível, mencionando este facto no campo “Observações”. (6) Listagem de vacinas licenciadas em Portugal que não integram o Programa Nacional de Vacinação:

<b>A.</b>	<b>Vacina contra a gripe</b>
<b>B.</b>	Vacina adsorvida pneumocócica poliosídica conjugada de 10 valências (Pn10) (Vacina pneumocócica polissacárida conjugada de 10 valências)
<b>C.</b>	Vacina adsorvida pneumocócica poliosídica conjugada de 13 valências (Pn13) (Vacina pneumocócica polissacárida conjugada de 13 valências)
<b>D.</b>	Vacina pneumocócica poliosídica 23 valências (Pn23) (Vacina pneumocócica polissacárida de 23 valências)
<b>E.</b>	Vacina viva contra o rotavírus
<b>F.</b>	Vacina viva contra a varicela
<b>G.</b>	Vacina contra a hepatite A
<b>H.</b>	Vacina contra a hepatite A e a hepatite B
<b>I.</b>	Vacina contra o meningococo (A, C, W Y)
<b>J.</b>	Vacina contra a febre tifóide
<b>K.</b>	Vacina viva contra a febre amarela
<b>L.</b>	Vacina contra a encefalite japonesa
<b>M.</b>	Vacina contra a cólera
<b>N.</b>	Vacina inativada contra a raiva
<b>O.</b>	Vacina inativada contra a encefalite provocada por picada de carraça

Fontes: Infarmed, Lotes de vacinas autorizados pelo Infarmed e dentro do prazo de validade (Atualizado a 08/07/2013) [http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO\\_DO\\_MERCADO/COMPROVACA\\_O\\_DA\\_QUALIDADE/CAUL/VACINAS/Vacinas\\_atualizacao\\_\\_08Jul.pdf](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/COMPROVACA_O_DA_QUALIDADE/CAUL/VACINAS/Vacinas_atualizacao__08Jul.pdf) <http://www.infarmed.pt/infomed/inicio.php> (consulta em 10 de Julho de 2013)

## AUDITORIA INTERNA AO SERVIÇO DE VACINAÇÃO

ACES

CENTRO DE SAÚDE

SERVIÇO DE VACINAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE

RESPONSÁVEL DO SERVIÇO:

AUDITORIA Nº \_\_\_/\_\_\_ (ANO)

DATA DA AUDITORIA: \_\_\_/\_\_\_/201\_

AUDITORIA REALIZADA POR (NOME, CATEGORIA PROFISSIONAL):

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

### NOTAS:

1. O presente Guião tem vinte páginas e dele constam as instruções (págs. 10 a 18) para preenchimento da lista de verificação.
2. Dele fazem parte integrante:
  - 2.1. A Adenda *Avaliação da estrutura física/instalações - Sala de apoio à sala de vacinação (onde está localizada a rede de frio)* (pág. 20);
  - 2.2. O Anexo ao Guião de Auditoria aos Serviços de Vacinação – Profissionais, com quatro (4) páginas.
3. A lista de verificação e respetivas instruções de preenchimento devem ser do conhecimento prévio dos auditores.
4. A auditoria não deve ter aviso prévio.

**GUIÃO DE AUDITORIA AO SERVIÇO DE VACINAÇÃO**

1 - ESTRUTURA FÍSICA/INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS			
A. Sala de vacinação	Sim	Não	Evidência
Espaço dedicado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Espaço com outras utilizações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Quais:			
B. Sala de Vacinação	C	NC	Evidência
1.1. Pé direito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.2. Área	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.3. Ventilação:	C	NC	Evidência
a. Natural	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Mecânica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.4. Sistema de climatização:	Sim	Não	Evidência
1.4.1. Existência de sistema de climatização	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.4.2. Sistema de climatização (caso exista):	C	NC	Evidência
a. Unidade individual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Sistema centralizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.5. Iluminação:	C	NC	Evidência
a. Natural	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Artificial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.6. Porta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.7. Paredes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.8. Teto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.9. Pavimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.10. Lavatório e dispositivos para lavagem das mãos:	C	NC	Evidência
a. Lavatório	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Com torneira de comando não manual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Munido de suporte para sabão líquido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Munido de suporte para toalhetes descartáveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. Recipiente de resíduos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.11. Bancada de trabalho:	C	NC	Evidência
a. Características	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Material só para o ato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.12. Catre/marquesa:	C	NC	Evidência
a. Características	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Cobertura impermeável para catre/marquesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Suporte para rolo de papel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.13. Cortinas/biombos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.14. Secretária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>2- HIGIENIZAÇÃO</b>	C	NC	Evidência
<b>2.1. Higienização das mãos:</b>			
a. Sabão líquido para lavagem higiénica de mãos com pH 5.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Método alternativo para desinfeção das mãos (solução alcoólica)			
1. Solução alcoólica devidamente tapada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Solução alcoólica dentro do prazo de validade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Solução alcoólica com identificação da data de abertura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Solução alcoólica no recipiente original	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>2.2. Higienização</b>	Sim	Não	Evidência
a. Higienização da sala em conformidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Existência de plano de higienização da sala que contemple, no mínimo, produtos a utilizar, metodologia de higienização e periodicidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Existência de plano de higienização da sala em conformidade com a Norma nº 1 da Comissão de Controlo de Infeção Regional 1NOTA: Para resposta a este ponto, sugere-se que o auditor se articule com a Comissão de Controlo de Infeção do ACES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Existência de registo de higienização da sala - limpeza corrente (pelo menos 2x/dia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. Existência de registo de higienização da sala - limpeza de conservação (pelo menos 1x/semana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f. Existência de registo de higienização da sala - limpeza global (pelo menos uma vez de dois em dois meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Observações			
1 Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Comissão de Controlo de Infeção Regional. Higienização das instalações dos Centros de Saúde no contexto da prevenção e controlo da infeção - Manual de Procedimentos - Norma nº 1. Fevereiro de 2009.			

3- REDE DE FRIO	Sim	Não	Evidência
3.1. Rede de frio localizada na sala de vacinação Se resposta "Não" especificar local e auditar esse local.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.2. Equipamento necessário à conveniente armazenagem, em frio, dos produtos vacinais.	Sim	Não	Evidência
a. Específico para vacinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Registo contínuo de temperaturas internas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Registo gráfico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Data logger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Arquivo dos registos de temperaturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Termómetros internos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. Registo manual no mínimo 2x/dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f. Existência de sistema alternativo de energia:	Sim	Não	Evidência
- Gerador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- UPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g. Ficha elétrica:	Sim	Não	Evidência
- Com sistema de segurança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Identificada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h. Sistema de alarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sim	Não	
3.3. Contrato de manutenção do(s) equipamento(s) de frio Se resposta "Sim", data da última operação de manutenção: //	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.4. É efetuado transporte de vacinas, pelo ACES, entre unidades. Se resposta "Sim", avaliar as alíneas a e b; se "Não", passar para o ponto 3.5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
a. É utilizada mala térmica com acumuladores de frio e termómetros ou tiras de temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. É efetuado registo de temperatura pelo menos 2X (à saída e antes de ser armazenada no equipamento de destino)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.5. Acidentes da rede de frio	Sim	Não	Evidência
a. Existência de procedimentos escritos para situações de avaria/falhas de energia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Acidentes da rede de frio ocorridos no primeiro semestre do ano NOTA: No caso de a auditoria decorrer antes do final do 1º semestre do ano, utilizar como horizonte temporal o ano transato, registando este facto no campo observações. Se resposta "Sim", especificar o nº de acidentes da rede de frio ocorridos e respetivo montante desperdiçado (€) no campo observações.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Acidentes da rede de frio	C	NC	Evidência
1. Registo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Notificação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.6. Registos de temperatura	C	NC	Evidência
a. janeiro data ___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. julho data ___/___/___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. À data ___/___/___ hora: Temp °C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Observações: 3.5. b.** Nº de acidentes da rede de frio, ocorridos no primeiro semestre do ano em curso. Montante desperdiçado (€) no primeiro semestre do ano em curso



4 – EQUIPAMENTO E MEDICAMENTOS NECESSÁRIOS PARA O TRATAMENTO DA ANAFILAXIA E DEFINIÇÃO DE RESPONSÁVEL			
4.1. Equipamento mínimo e medicamentos, de acordo com a circular normativa da DGS Nº 40/2011, de 21/12/2011 e atualizada a 26/01/2012:	Sim	Não	Evidência
1. Adrenalina a 1:1000 (1mg/mL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Oxigénio a 100%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Máscaras com reservatório	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Cânulas de Guedel (vários tamanhos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Debitómetro a 15 L/m	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Insufladores auto-insufláveis (250 mL, 500 mL e 1 500 mL) com reservatório, máscaras faciais transparentes (circulares e anatómicas, de vários tamanhos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Mini-nebulizador com máscara e tubo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Soro fisiológico (EV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Broncodilatador – salbutamol (solução respiratória)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Corticoesteróides – metilprednisolona (IM/EV) e prednisolona (PO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Anti-histaminico – clemastina (IM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Esfigmomanómetro com braçadeiras para criança, adulto e obeso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Estetoscópio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Equipamento para intubação endotraqueal: laringoscópio, pilhas, lâminas retas e curvas, pinça de Magil, tubos traqueais (com e sem balão), fita de nastro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Nebulizador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.2. Agulha intra-óssea e agulha 14-18 Gauge para cricotiroidotomia por agulha, sempre que houver profissionais com formação em Suporte Avançado de Vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.3. Conformidade do ponto 4.1. com a norma	C	NC	Evidência
Equipamento mínimo e medicamentos em conformidade com a norma da Direção-Geral da Saúde (DGS) Nº 40/2011 de 21/12/2011 e atualizada a 26/01/2012 NOTA: Para os serviços de vacinação mais pequenos, nomeadamente em extensões de Centros de Saúde, que distem menos de 25 minutos dum serviço de vacinação onde esteja disponível todo o equipamento mínimo e fármacos necessários (pontos 1 a 15) deverão ter, pelo menos, o enunciado nos pontos 1 a 13, inclusive.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sim	Não	Evidência
4.4. Todo o equipamento e medicamentos disponíveis em local de fácil acesso, devidamente acondicionados e dentro da validade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4 – EQUIPAMENTO E MEDICAMENTOS NECESSÁRIOS PARA O TRATAMENTO DA ANAFILAXIA E DEFINIÇÃO DE RESPONSÁVEL (CONT.)			
	Sim	Não	Evidência
4.5. Definido o responsável pela verificação de conformidade do equipamento/medicamentos Se resposta “Sim”, nome do responsável:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Observações:			

5 - RECURSOS HUMANOS (Implica o preenchimento do <i>Anexo ao Guião de Auditoria aos Serviços de Vacinação – Profissionais</i> )	Número
5.1. Nº de enfermeiros com formação na área PNV (com frequência de, pelo menos, uma formação em PNV, tendo sido a entidade formadora a DGS ou a ARSLVT)	
5.2. Nº de enfermeiros com formação em BCG (tendo sido a entidade formadora a DGS ou a ARSLVT )	
5.3. Nº de enfermeiros com prática na área do PNV (mínimo de 6 meses de intervenção no PNV)	
5.4. Nº de enfermeiros com prática em BCG (administração de pelo menos 20 vacinas de BCG)	
5.5. Nº de enfermeiros com prática de utilização do SINUS	
5.6. Nº de enfermeiros com prática de utilização do RCV	
5.7. Nº de enfermeiros que administram vacinas	
5.8. Nº de enfermeiros presentes à data da auditoria	

6 - ORIENTAÇÕES TÉCNICAS DIVERSAS E ORGANIZAÇÃO DE DOCUMENTOS	Sim	Não	Evidência
6.1. Dossier organizado com prescrições médicas de vacinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.2. Dossier organizado com declarações de recusa vacinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.3. Dossier organizado com declarações médicas de contra indicações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.4. Dossier organizado com outras declarações médicas relevantes no âmbito da vacinação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.5. Dossier organizado e atualizado com as Orientações Técnicas da DGS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.6. Manual SINUS Vacinação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.7. Manual Rede Frio ARSLVT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Observações:			

7 - SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	Sim	Não	Evidência
7.1. Acesso ao SINUS Vacinação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.2. Acesso ao RCV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.3. Histórico vacinal em SINUS Se resposta “Não”, registar a última Coorte inserida em SINUS, no campo “Observações”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.4. O sistema de informação permite registo de qualquer vacina administrada a utentes não inscritos na unidade do ACES (exº inscrição esporádica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Observações:			
7.3. 1. Última Coorte inserida em SINUS:			

8 - GESTÃO DE VACINAS	Sim	Não	Evidência
8.1. Definido o responsável pela gestão das vacinas Se “Sim”, nome do responsável:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.2. Estão instituídos procedimentos escritos de controlo de prazos de validade Se “Sim”, especificar a periodicidade deste controlo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<b>C</b>		<b>NC</b>
8.3. Acondicionamento de vacinas e solventes no equipamento de frio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Observações:			

9 - FARMACOVIGILÂNCIA	Sim	Não	Evidência
9.1. Existência de impressos de notificação de RAM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.2. Número de notificações de RAM efetuadas no ano civil transato/1º semestre ano em curso			
Observações:			

10 – PROCEDIMENTOS DE BOAS PRÁTICAS	Sim	Não	Evidência
10.1. É efetuada a verificação do lote da(s) vacina(s) e do(s) solventes(s) e respetivos prazos de validade, antes da administração da vacina. <i>(evidenciar através de verificação do procedimento a pelo menos um utente)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.2. É efetuado o registo da(s) vacina(s) administrada(s) no boletim (nome comercial da vacina, data, lote, rubrica do enfermeiro que administra a vacina) <i>(evidenciar através de verificação do procedimento ao mesmo utente)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

10.3. É efetuado o registo da(s) vacina(s) administrada(s) no SINUS vacinação (evidenciar através de verificação do procedimento ao mesmo utente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.4. É informado o utente acerca de possíveis efeitos secundários à administração da(s) vacina(s) e procedimentos a ter (evidenciar através de verificação do procedimento ao mesmo utente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.5. Após administração da(s) vacina(s) o utente fica em vigilância durante pelo menos 30 minutos (evidenciar através de verificação do procedimento ao mesmo utente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.6. Não são desperdiçadas oportunidades de vacinação no âmbito do PNV, sendo vacinados utentes que não tenham agendado previamente a vacinação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.7. Foram efetuadas convocatórias para utentes com PNV em atraso no último ano/1º semestre do ano (evidenciar sempre que possível através de registo escrito ou consulta a base de dados)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.8. São vacinados utentes não inscritos na unidade de saúde (evidenciar sempre que possível através de registo escrito ou consulta a base de dados)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.9. É sempre remetida informação de retorno dos utentes vacinados e que estão inscritos nos ACES fora da área de influência da ARSLVT (evidenciar sempre que possível através de registo escrito ou consulta a base de dados)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.10. Procedimentos a adotar em caso de anafilaxia afixada em local visível	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.11. Existe informação afixada em local visível aos utentes para a necessidade de ficarem em vigilância na unidade após a administração de qualquer vacina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Observações:			

11 - HORÁRIO DE VACINAÇÃO	Sim	Não	Evidência
11.1. Está definido horário de vacinação Horário de vacinação: _____ Horário da Unidade de Saúde (onde o serviço está sediado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.2. Existência de horário de vacinação afixado ao público em local visível	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Observações:			

## 12 - RESÍDUOS HOSPITALARES

Observações: Serão avaliados em auditoria específica

**ADENDA**

**1.B. Avaliação da estrutura física/instalações - Sala de apoio à sala de vacinação (onde está localizada a rede de frio)**

Designação:

Distância aproximada da sala de vacinação:

1 - Estrutura física/instalações e equipamentos			
B - Sala de apoio à sala de vacinação			
1. Ventilação:	C	NC	Evidência
a) Natural	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Mecânica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sistema de climatização:	Sim	Não	
2.1. Existência de sistema de climatização	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.2. Sistema de climatização (caso exista)	C	NC	Evidência
a. Unidade individual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Sistema centralizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Iluminação:	C	NC	Evidência
c. Natural	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Artificial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Porta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Paredes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Teto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Pavimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Observações:			



## **ANEXO II**

### **PERCURSO NO OESTE NORTE- OUTRAS ATIVIDADES REALIZADAS**

## ANEXO AO GUIÃO DE AUDITORIA AOS SERVIÇOS DE VACINAÇÃO – PROFISSIONAIS

### IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

Nome:

Categoria:

Serviço de Vacinação da Unidade: Centro de Saúde:

ACES:

#### 1. FORMAÇÃO

1.1. **Formação em PNV** <sup>(1) Ver pág.4</sup> Sim  Não  Evidência:

Se sim (ordenar do mais para o menos recente):

Data Entidade promotora:

Designação do curso/ação Nº de horas

Data Entidade promotora:

Designação do curso/ação Nº de horas

Data Entidade promotora:

Designação do curso/ação Nº de horas

1.2. **Formação em BCG** <sup>(2) Ver pág.4</sup> Sim  Não  Evidência:

Se sim (ordenar do mais para o menos recente):

Data Entidade promotora:

Designação do curso/ação Nº de horas

Data Entidade promotora:

Designação do curso/ação Nº de horas

1.3. **Formação em Suporte Básico de Vida** <sup>Ver pág.4</sup> Sim  Não  Evidência:

Se sim (ordenar do mais para o menos recente):

Data Entidade promotora:

Designação do curso/ação Nº de horas

Data Entidade promotora:

Designação do curso/ação Nº de horas

1.4. **Formação em Suporte Intermédio ou em Suporte** Sim  Não  Evidência:

**Avançado de Vida** <sup>(4) Ver pág.4</sup>

Se sim (ordenar do mais para o menos recente):

Data Entidade promotora

Designação do curso/ação Nº de horas

Data Entidade promotora:

Designação do curso/ação Nº de horas

#### 2. EXERCÍCIO PROFISSIONAL

## 1. EXERCÍCIO PROFISSIONAL

<b>2.1. Período temporal de funções em serviço de vacinação:</b> Data(s)	<b>Evidência:</b>
<b>2.2. Número de horas, por semana, afetas ao serviço de vacinação:</b> horas/semana	<b>Evidência:</b>
<b>2.3. Atividades no serviço de vacinação:</b> A) Vacinas do PNV (exceto BCG)	<b>Evidência:</b>
A1) Administra todas as vacinas do PNV (exceto BCG)	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
A2) Efetua o respetivo registo em SINUS VACINAÇÃO	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
A3) Tempo de prática na administração de vacinas do PNV (exceto BCG) de pelo menos 6 meses	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
A4) Nº de vacinas do PNV (exceto BCG) administradas no ano transato (5A) <small>Ver pág.4</small>	

<b>B) Vacina contra a tuberculose (BCG)</b>	<b>Evidência:</b>
B1) Administra a vacina contra a tuberculose (BCG)	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
B2) Efetua o respetivo registo em SINUS VACINAÇÃO	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
B3) Administrou, até à data, pelo menos 20 vacinas de BCG	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<b>C) Outras vacinas</b> <small>(6) Ver pág.4</small>	<b>Evidência:</b>
C1) Administra outras vacinas (exceto PNV)	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Se sim, discriminar segundo a listagem constante na página 4:	
C2) Efetua o respetivo registo em SINUS VACINAÇÃO	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

## 2.3. Atividades no serviço de vacinação (cont.):

<b>D) Notificação de reações adversas</b> <small>(5B) Ver pág.4</small>	<b>Evidência:</b>
D1) Notificou, no ano transato, alguma reação adversa Se sim, detalhar.	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
F) Outras atividades no ano transato <small>(5B) Ver pág.4</small>	<b>Evidência:</b>

**F1) Participou em atividades de avaliação do PNV** Sim  Não

Se sim, descreva quais.

**F2) Participou em reuniões de serviço no âmbito do PNV** Sim  Não

Se sim, detalhar os assuntos versados.

**F3) Participou/colaborou em atividades relacionadas com vacinação dos profissionais, no âmbito da saúde ocupacional.** Sim  Não

Se sim, detalhar.

**F4) Participou em atividades relacionadas com vacinação no âmbito da saúde do viajante.** Sim  Não

Se sim, detalhar.

**F5) Participou em atividades adicionais de vacinação** Sim  Não

Se sim, detalhar.

**Observações**

Auditoria Nº / (ano) Data da auditoria: / /201

Auditoria realizada por (nome, categoria profissional):

#### **NOTAS EXPLICATIVAS**

(1) Considera-se que o profissional tem formação em PNV desde que faça prova de frequência de pelo menos uma ação em PNV, tendo como entidade formadora a Direção-Geral da Saúde ou a Administração Regional de Saúde, com menção dos conteúdos e respetiva carga horária.

(2) Considera-se que o profissional tem formação em BCG desde que faça prova de frequência de pelo menos uma ação em BCG tendo como entidade formadora a Direção-Geral da Saúde ou a Administração Regional de Saúde, com menção dos conteúdos e respetiva carga horária.

(3) Considera-se que o profissional tem formação em Suporte Básico de Vida desde que faça prova de frequência de pelo menos uma ação nesta área, proporcionada pelo INEM ou por entidade certificada, com menção dos conteúdos e respetiva carga horária.

(4) Considera-se que o profissional tem formação em Suporte Intermédio ou em Suporte Avançado de Vida desde que faça prova de frequência de pelo menos uma ação na área respetiva, proporcionada pelo INEM ou por entidade certificada, com menção dos conteúdos e respetiva carga horária.

(5A) Considerar o ano transato ou, caso o profissional não tenha estado no serviço nesse ano, considerar outro intervalo de tempo que seja o mais longo e o mais recente possível, mencionando este facto no campo "Observações". Sempre que possível, a fonte de informação deve ser o SINUS VACINAÇÃO, devendo este facto ser mencionado no campo específico, com referência à data de consulta.

(5B) Considerar o ano transato ou, caso o profissional não tenha estado no serviço nesse ano, considerar outro intervalo de tempo que seja o mais longo e o mais recente possível, mencionando este facto no campo “Observações”.

(6) Listagem de vacinas licenciadas em Portugal que não integram o Programa Nacional de Vacinação:

<b>A.</b>	<b>Vacina contra a gripe</b>
<b>B.</b>	Vacina adsorvida pneumocócica poliosídica conjugada de 10 valências (Pn10) (Vacina pneumocócica polissacárida conjugada de 10 valências)
<b>C.</b>	Vacina adsorvida pneumocócica poliosídica conjugada de 13 valências (Pn13) (Vacina pneumocócica polissacárida conjugada de 13 valências)
<b>D.</b>	Vacina pneumocócica poliosídica 23 valências (Pn23) (Vacina pneumocócica polissacárida de 23 valências)
<b>E.</b>	Vacina viva contra o rotavírus
<b>F.</b>	Vacina viva contra a varicela
<b>G.</b>	Vacina contra a hepatite A
<b>H.</b>	Vacina contra a hepatite A e a hepatite B
<b>I.</b>	Vacina contra o meningococo (A, C, W Y)
<b>J.</b>	Vacina contra a febre tifóide
<b>K.</b>	Vacina viva contra a febre amarela
<b>L.</b>	Vacina contra a encefalite japonesa
<b>M.</b>	Vacina contra a cólera
<b>N.</b>	Vacina inativada contra a raiva
<b>O.</b>	Vacina inativada contra a encefalite provocada por picada de carraça

Fontes: Infarmed, Lotes de vacinas autorizados pelo Infarmed e dentro do prazo de validade (Atualizado a 08/07/2013)  
[http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO\\_DO\\_MERCADO/COMPROVACA\\_O\\_DA\\_UALIDADE/CAUL/VACINAS/Vacinas\\_atualizacao\\_08Jul.pdf](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/COMPROVACA_O_DA_UALIDADE/CAUL/VACINAS/Vacinas_atualizacao_08Jul.pdf) (consulta em 10 de Julho de 2013);  
<http://www.infarmed.pt/infomed/inicio.php> (consulta em 10 de Julho de 2013)

# Doenças de Notificação Obrigatória

## (Despacho 5681-A/2014 de 29 de Abril)

Doenças de Declaração Obrigatória				
Botulismo	Doença Invasiva Pneumocócica	Hepatite B	Paralisia Flácida Aguda	Tétano, excluindo Tétano Neonatal
Brucelose	Doença Invasiva por Haemophilus influenzae	Hepatite C	Parotidite Epidémica	Tétano Neonatal
Campilobacteriose	Ébola	Hepatite E	Peste	Tosse Convulsa
Cólera	Equinococose/Hidatidose	Infeção pelo novo Coronavírus (MERS-CoV)	Poliomielite Aguda	Toxoplasmose Congénita
Criptosporidiose	Febre amarela	Infeção por Bacillus anthracis	Raiva	Triquinelose
Dengue	Febre Escaro-Nodular (Rickettsiose)	Infeção por Chlamydia trachomatis, Incluindo Linfogranuloma venéreo	Rubéola Congénita	Tuberculose
Difteria	Febre Q	Infeção por Escherichia coli produtora de Toxina Shiga ou Vero (Stec/Vtec)	Rubéola, excluindo Congénita	Tularémia
Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ)	Febre Tifoide e Febre Paratifoide	Infeção por vírus do Nilo Ocidental	Salmoneloses não Typhi e não Paratyphi	Varíola
Doença de Creutzfeldt - Jakob variante (vDCJ)	Febres hemorrágicas virais e febres por arbovírus	Infeção por vírus ZIKA	Sarampo	VIH (Infeção pelo vírus da imunodeficiência humana) /SIDA
Doença de Hansen (Lepra)	Giardíase	Leishmaniose Visceral	Shigelose	Yersiniose
Doença de Lyme (Borreliose)	Gonorreia	Leptospirose	Sífilis Congénita	
Doença dos Legionários	Gripe Não Sazonal	Listeriose	Sífilis, excluindo Sífilis congénita	
Doença Invasiva Meningocócica	Hepatite A	Malária	Síndrome Respiratória Aguda - SARS	

<b>NOME</b>	
DESCRIÇÃO	
AGENTE INFECCIOSO	
DISTRIBUIÇÃO	
RESERVATÓRIO	
MODO de TRANSMISSÃO	
PERÍODO de INCUBAÇÃO	
PERÍODO de TRANSMISSIBILIDADE	
SUSCEPTIBILIDADE e RESISTÊNCIA	
MÉTODOS de CONTROLO	
MEDIDAS PREVENTIVAS	
1	
2	
3	
CONTROLO do DOENTE, dos CONTACTOS e MEIO AMBIENTE IMEDIATO	
1. NOTIFICAÇÃO À AUTORIDADE LOCAL DE SAÚDE	
2. ISOLAMENTO	
3. DESINFECÇÃO CONCORRENTE	
4. QUARENTENA	
5. IMUNIZAÇÃO de CONTACTOS	
6. INVESTIGAÇÃO de CONTACTOS	
7. TRATAMENTO ESPECÍFICO	
MEDIDAS em CASO de EPIDEMIA	
IMPLICAÇÕES em CALAMIDADES	
MEDIDAS INTERNACIONAIS	

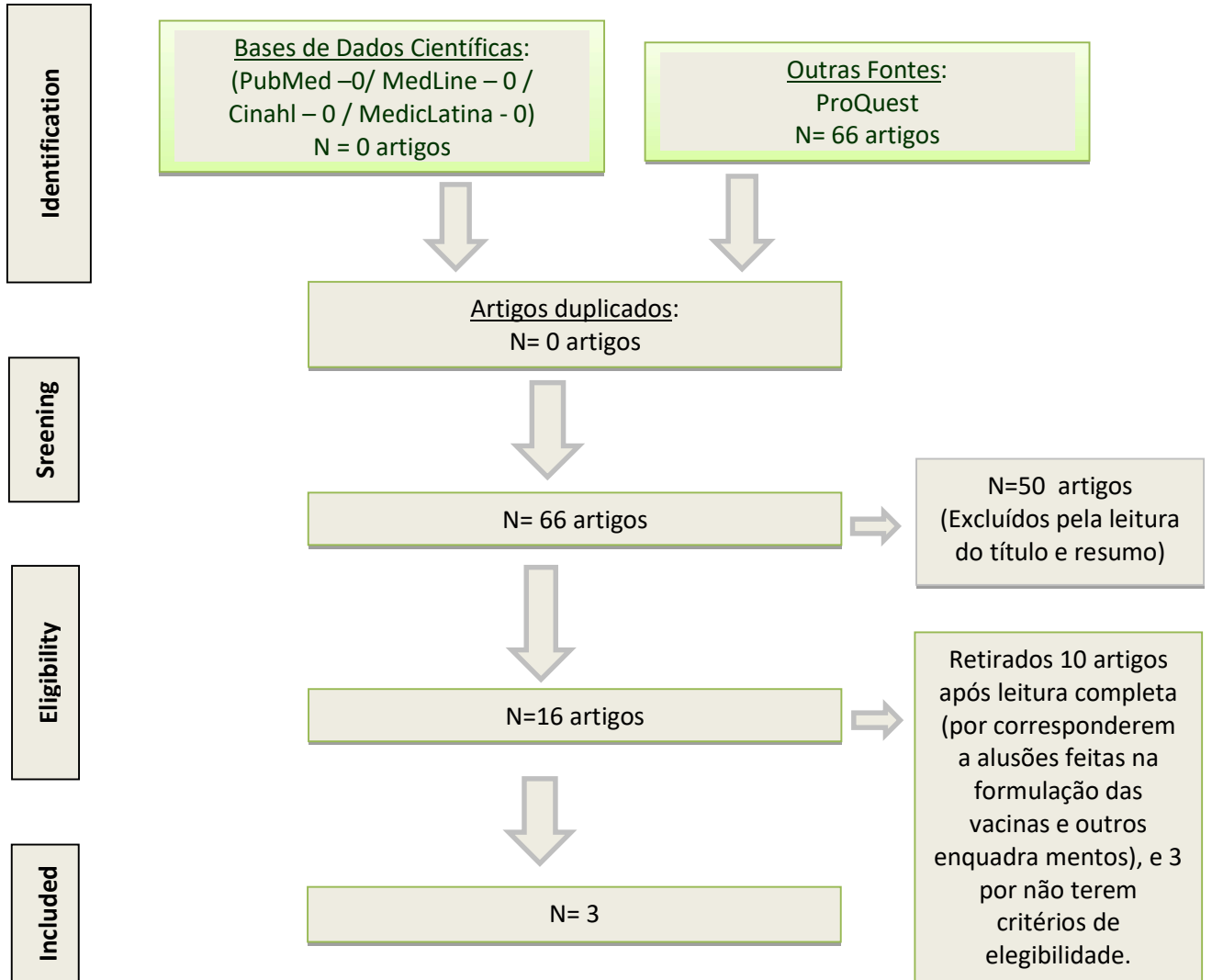


## **ANEXO III**

### **RSL- INSTRUMENTOS DE APOIO À PESQUISA BIBLIOGRÁFICA**

Bases de datos	EBSCO				
Descriptors Mesh	PubMed	CINAHL complete	Medline	Medic Latina	ProQuest
HEALTH PROMOTION 1	970	418	10784	269	8503
NURS* 2	978	9848	48250	1192	23326
RISK FACTORS 3	101589	38			290725
INFORMATION SEEKING BEHAVIOR4	802	12	549	1	21699
VACCINES 5	226425	39511	7107	309	4226
1+2	228	233	1375	41	3815
1+3	2571	38	1231	32	24150
1+4	53	1	21	0	4783
1+5	231	520	86	3	523
2+3	4497	385	3255	108	59384
2+4	71	8	64	0	8947
2+5	264	3231	202	1	1241
3+4	76	1	13	0	14062
3+5	1194	18	563	23	16044
1+2+3	235	13	125	7	10277
1+2+4	3	0	2	0	2862
1+2+5	17	2	10	0	1176
2+3+4	5	1	0	0	6397
2+3+5	32	4	16	0	3407
1+2+3+4+5	0	0	0	0	66

### PRISMA FlowChart 2009





## **ANEXO IV**

### **RSL- ANÁLISE DOS ARTIGOS**

**Appendix : JBI-MAStARI Data Extraction Form for Experimental/Observational Studies**

**Reviewer** Susana Margarida da Fonseca Almeida de Melo Alves **Date** Outubro. 2016

**Record**

**Author** - Alireza Ansari-Moghaddam, Hossein Ansari, Soheila Khosravi, Esmail Sanei-Moghaddam, Mahdi Mohammadi, Seyed Moayed Alavian and Hossein Poustchi.

**Year** - 2016 March, 6.

**Study Method-** RCT [ ] Quasi RCT [ ] Longitudinal [ ] Retrospective [ ] Observational [ ] Other [ x ]

**Participants-** 654 male, municipal solid waste workers.

**Setting-** municipal employees in Zahedan (south-eastern Iran).

**Population-** 654

**Sample size-** 654 male municipal staff

**Clinical Outcome Measures**

<b>Outcome Description</b>	<b>Scale/measure</b>
<p>Estudos epidemiológicos mostraram que mais de 2 bilhões de pessoas no mundo estão expostos ao HBV, e que cerca de 400 milhões são portadores crônicos. Quase 45% e 43% da população mundial vive em zonas endêmicas (&gt; 7%) e com elevada incidência (2% -7%), respectivamente.</p> <p>O vírus da hepatite B (HBV) é provavelmente o mais prevalente em determinadas populações e grupos ocupacionais, como os trabalhadores municipais de resíduos sólidos urbanos.</p> <p>O presente estudo teve como objetivo estimar a prevalência de Hepatite B e dos seus fatores de risco entre estes funcionários, em comparação com outros trabalhadores municipais não expostos aos mesmos fatores ambientais.</p> <p>A prevalência global de Hep. B entre os funcionários municipais foi de 3,06% no entanto, variou nos diferentes subgrupos da seguinte forma: 6,20% nos trabalhadores dos resíduos sólidos urbanos, 3,3% em motoristas e 1% entre o pessoal não exposto a riscos ambientais. A análise de regressão múltipla mostrou que a exposição a resíduos, a falta de vacinação contra</p>	<p>STATA version 12 Qui-square test Fisher exact test Multiple logistic regression analysis</p>

<p>a Hepatite B, icterícia, história de endoscopias e comportamentos de risco foram associados de forma independente com o VHB.</p> <p>Este vírus pode sobreviver, fora do corpo, durante uma semana o que aumenta o grau de risco. Isto representa um fator precipitante particularmente elevado, para certos grupos profissionais, que manobram rotineiramente nestes ambientes, um dos quais, os operários municipais dos resíduos sólidos urbanos.</p> <p>Houve uma associação significativa (<math>P &lt; 0,05</math>) entre a positividade ao VHB e todas as seguintes características: baixo nível educacional, idade avançada, maior duração do emprego, falta de imunização, presença anterior em terrenos de guerra, bem como a exposição ocupacional e outros.</p> <p>Por outro lado, diminuiu em participantes com níveis educacionais mais elevados, o que pode ser explicado pela maior sensibilização das vias de transmissão do vírus.</p> <p>Apesar das recomendações para a imunização e os esforços em vacinar as populações suscetíveis, 19% dos participantes do estudo atual não tinham registro de vacinas e mais de 22% não tinham concluído o esquema de imunização.</p> <p>Isto acarreta riscos para os próprios, mas igualmente para as famílias e sociedade em geral, pelo risco de transmissão.</p>	
--	--

## Study results

### Dichotomous data

Outcome	Number/total number	Number/total number
654 funcionários municipais	<b>178 (27,2%)</b> ligados à recolha e tratamento dos resíduos sólidos urbanos. <b>293 (44,8%)</b> funcionários municipais não expostos a resíduos. <b>183 (28%)</b> motoristas.	

Outcome	Number/total number	Number/total number
Média de idade dos participantes.	✓ 41,6 ± 9,1 anos	
Género.	✓ Todos do género masculino.	

Outcome	Number/total number	Number/total number
	✓ <b>8,7% (IC 95%: 7,6 -9,8%)</b>	

Comportamentos de risco entre os participantes do estudo (frequência)	<p>relataram uma história de comportamentos de risco.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>(11,2%)</b> Motoristas</li> <li>✓ <b>(8,1%)</b> trabalhadores dos resíduos sólidos urbanos.</li> <li>✓ <b>(7,5%)</b> outros funcionários.</li> </ul>	
---	--	--

### Continuous data

Outcome	Intervention Mean and SD (number)	Intervention Mean and SD (number)
<p>Frequência de comportamentos de risco entre funcionários municipais.</p> <p>N= 654</p>	<p style="text-align: center;">%</p> <p>Tatuagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sim 44 (6,7%)</li> <li>✓ Não 610 (93,3%)</li> </ul> <p>Uso de álcool:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sim 2 (0,3%)</li> <li>✓ Não 652 (99,7%)</li> </ul> <p>Uso de fumar e drogas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sim 35 (5,4%)</li> <li>✓ Não 619 (94,6%)</li> </ul> <p>Encarceramento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sim 8 (1,2%)</li> <li>✓ Não 646 (98,8%)</li> </ul> <p>Escarificação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sim 8 (1,2%)</li> <li>✓ Não 646 (98,8%)</li> </ul> <p>Comportamentos de risco em geral:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sim 57 (8,7%)</li> <li>✓ Não 597 (91,3%)</li> </ul>	

TBB –Team-Based Behaviours SMM –Shared Mental Model ACR –Adaptative Communication and Response

Outcome	Intervention Mean and SD (number)	Intervention Mean and SD (number)
<p>Análise de Regressão Logística dos fatores associados com a presença de Infecção VHB</p> <p>(parte I)</p>	<p>Etnia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Fars 513 (78,4%)</li> <li>✓ Balucha 141 (21,6%)</li> </ul> <p>Educação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Analfabeto 27 (4,1%)</li> <li>✓ Fundamental ao ensino médio 321 (49,1%)</li> <li>✓ Ensino médio ou universidade 306 (46,8)</li> </ul> <p>Experiência de trabalho:</p> <p>211 (32,3%)</p> <p>Idade:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Igual ou superior a 50- 165 (25,2%)</li> </ul>	<p>N= % HbsAg +</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 17 (3,3%)</li> <li>✓ 3 (2,1%)</li> <li>✓ 2 (7,4%)</li> <li>✓ 14 (4,3%)</li> <li>✓ 4 (1,3%)</li> <li>✓ 11 (5,2%)</li> <li>✓ 9 (5,4%)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 40 a 49- 246 (37,6%)</li> <li>✓ Menos de 40- 243 (37,2%)</li> </ul> <p>Estado civil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ solteiro 15 (2,3%)</li> <li>✓ casado 639 (97,7%)</li> </ul> <p>Ocupação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Motorista 183 (28)</li> <li>✓ Trabalhador de recolha de resíduos sólidos 178 (27,2%)</li> <li>✓ Outros funcionários 293 (44,8%)</li> </ul> <p>Vacinação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Incompleto 157 (22,4%)</li> <li>✓ Não 124 (19%)</li> <li>✓ Sim 383 (58,6%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 9 (3,6%)</li> <li>✓ 2 (0,84%)</li> <li>✓ 1 (6,6%)</li> <li>✓ 19 (2,9%)</li> <li>✓ 6 (3,3%)</li> <li>✓ 11 (6,2%)</li> <li>✓ 3 (1,0%)</li> <li>✓ 3 (1,9%)</li> <li>✓ 8 (6,4%)</li> <li>✓ 9 (2,35%)</li> </ul>
--	--	--

Outcome	Intervention Mean and SD (number)	Intervention Mean and SD (number)
Análise de Regressão Logística dos fatores associados com a presença de Infecção VHB  (parte II)	<p>Circuncisão:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tradicional 578 (89,3%)</li> <li>✓ Médica 76 (10,7%)</li> </ul> <p>Icterícia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Não 646 (98,8%)</li> <li>✓ Sim 22 (3,4%)</li> </ul> <p>Transfusões:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sim 22 (3,4%)</li> <li>✓ Não 632 (96,6%)</li> </ul> <p>Cirurgia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sim 179 (27,4%)</li> <li>✓ Não 475 (72,6%)</li> </ul> <p>Endoscopia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sim 47 (7,2%)</li> <li>✓ Não 607 (92,8%)</li> </ul> <p>Tratamento dentário:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sim 410 (62,8%)</li> <li>✓ Não 244 (37,2%)</li> </ul> <p>Hospitalização:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sim 182 (27,9%)</li> <li>✓ Não 472 (72,1%)</li> </ul> <p>Hemorragia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sim 24 (3,7%)</li> <li>✓ Não 630 (96,3%)</li> </ul> <p>Picada de agulha:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sim 70 (10,7%)</li> <li>✓ Não 584 (89,3%)</li> </ul> <p>Estar no campo de batalha:</p>	<p>N= % HbsAg +</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 19 (3,2%)</li> <li>✓ 1 (1,3%)</li> <li>✓ 18 (2,8%)</li> <li>✓ 2 (9,1%)</li> <li>✓ 2 (9,1%)</li> <li>✓ 18 (2,8%)</li> <li>✓ 7 (3,9%)</li> <li>✓ 13 (2,7%)</li> <li>✓ 4 (8,5%)</li> <li>✓ 16 (2,6%)</li> <li>✓ 13 (3,1%)</li> <li>✓ 7 (2,8%)</li> <li>✓ 8 (4,4%)</li> <li>✓ 12 (2,5%)</li> <li>✓ 1 (4,1%)</li> <li>✓ 19 (3,01%)</li> <li>✓ 5 (7,1%)</li> <li>✓ 15 (2,5%)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sim 12 (1,8%)</li> <li>✓ Não 642 (98,2%)</li> </ul>	
	Comportamento de risco:	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sim 57 (8,7%)</li> <li>✓ Não 597 (91,3%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 2 (16,6%)</li> <li>✓ 18 (2,8%)</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 5 (8,7%)</li> <li>✓ 15 (2,5%)</li> </ul>

#### **Author conclusions\***

O presente estudo demonstrou que a prevalência de HBV entre os funcionários ligados ao saneamento foi maior do que os de outros grupos profissionais, e da população em geral. Fatores de risco demonstraram ter um efeito cumulativo, sendo o risco de infecção maior com o aumento da idade e exposição a comportamento de alto risco.

A imunização correta e o menor envolvimento em situações e comportamentos de riscos são métodos especialmente importantes, nestas populações, como em outras, para evitar a contaminação pelo vírus da hepatite B. Também munir estes trabalhadores com equipamento de proteção e habilitá-los na sua utilização seria uma mais-valia.

A promoção e capacitação dos funcionários municipais ligados ao saneamento, assim como da população em geral, no que diz respeito às vias de transmissão e contágio é algo indispensável e imprescindível. Isto é de extraordinária importância devido aos contatos frequentes destes trabalhadores com outros e com os membros das suas famílias, o que pode aumentar as hipóteses de contágio e ou infecção.

#### **Limitations\*:**

Entre as limitações do presente estudo, o seu corte transversal, o grande número de fatores de confusão e a transposição temporal, são dignos de notificação.

A outra limitação do estudo foi o facto de os comportamentos de risco terem sido auto relatados, podendo ser imprecisos e ou subestimados.

No entanto, foi o primeiro estudo realizado, com este tamanho da amostra, no sudeste do Irão.

#### **Implications for (Education; Clinical; Research & Management)\* -**

Qualquer história de comportamentos de risco aumenta o risco de VHB. No entanto, parece que comportamentos como tabagismo, uso de drogas, história de prisão e escarificações, aumenta, direta e indiretamente, a possibilidade de exposição ao vírus, pelo enfraquecimento do sistema imunitário, o que majora o risco de contaminação.

Uma melhor educação sobre a eficácia da imunização, bem como a importância da realização de esquemas completos de vacinação, deve ser priorizada pelo sistema de saúde e pelos municípios.

#### **Reviewer conclusions /comments**

Trata-se de um estudo transversal, com total de 654 funcionários municipais do sexo masculino, em diferentes áreas de Zahedan, no Irão, em 2013.

O vírus da hepatite B (HBV) é provavelmente o mais prevalente em determinadas populações e grupos ocupacionais, como é o caso dos trabalhadores municipais de resíduos sólidos urbanos.

O presente estudo teve como objetivo estimar a prevalência de Hepatite B e dos seus fatores de risco entre estes funcionários, em comparação com outros trabalhadores municipais não expostos aos mesmos fatores ambientais profissionais. Os resultados obtidos foram de 3,06% no entanto, variou entre os diferentes subgrupos da seguinte forma: 6,20% nos trabalhadores dos resíduos sólidos urbanos, 3,3% em motoristas e 1% entre os restantes funcionários.

A imunidade impede significativamente o VHB. Apesar das recomendações para a imunização e os esforços em vacinar as populações suscetíveis, 19% dos participantes do estudo atual, não tinham registro de vacinas e mais de 22% não tinham concluído o esquema vacinal.

Uma dinâmica promoção da capacitação sobre a eficácia das vacinas, bem como a importância da realização de esquemas de vacinação completos deve ser priorizada pelos sistemas de saúde, em parceria com os municípios. É também importante adequar, especialmente a estes trabalhadores, equipamento de proteção e instruções completas sobre a sua utilização.

\*Sempre com as palavras do autor.

Include  Exclude  Seek further info

Autores: Caroline Vieira Claudio, Leila Maria Mansano Sarquis, Louise Aracema Scussiato, Fernanda Moura D'Almeida Miranda; Ano: 2013

Título: Monitoramento biológico sob a ótica dos enfermeiros gerentes Volume Nº 14(2): 252-61. Jornal: Rev Rene. Páginas

**DECISÃO** Incluir o estudo Inequivoco [ x ] Credível [ ] Indefinido [ ]

**Fundamentação:** Este estudo dá resposta à pergunta Pico, no que respeita ao risco biológico sob a ótica dos enfermeiros.

Dimensões	Descrição das características
Método	Estudo observacional, exploratório, descritos, análise qualitativa.
Fenómeno de interesse	Analisar o conhecimento dos enfermeiros acerca da adesão dos trabalhadores à terapêutica pós-acidentes de trabalho por exposição a fluidos biológicos.
Contexto de cuidados	Várias unidades de saúde.
Origem geográfica	Brasil
Origem cultural	Brasil
Participantes	Profissionais de saúde
Conclusões dos autores	O conhecimento dos enfermeiros gestores acerca da adesão dos trabalhadores à terapêutica, pós-acidentes de trabalho, tem como finalidade promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho. Além de realizar atividades de consciencialização, educação e orientação aos mesmos para a prevenção de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, deve capacitar, sobretudo para a vacinação, no que diz respeito às preveníveis por este ato.
Comentários do revisor	Após várias leituras deste documento, assim como outros, percebe-se cada vez mais que a capacitação é uma preocupação de quem gere o planeamento, a aplicabilidade e a centralidade dos cuidados, deixando cada vez mais de parte atitudes paternalistas e/ou desinvestidoras da participação das pessoas no seu próprio processo de promoção da saúde. A percepção de que os enfermeiros e as pessoas são parceiros de cuidados, cujo objetivo principal dessa parceria é a autonomia merece cada vez mais o nosso total interesse não apenas na prática, mas também no investimento da formação contínua dos profissionais.

### Identificação das categorias

Nome	Risco de infecção	
Descrição   Ilustração no txt	A adesão de funcionários que pertencem a grupos de risco, pós-acidentes de trabalho por exposição a fluidos biológicos, são uma realidade. A interação entre os locais de trabalho e os serviços de saúde deveria ser uma proposta a fim de melhorar a adesão a comportamentos preventivos.	<i>“A exposição ocupacional a fluidos biológicos é considerada a mais frequente entre a categoria profissional da enfermagem e o tipo mais grave por ser um risco para o desenvolvimento de doenças letais aos trabalhadores em que mais de 20 tipos de patógenos diferentes podem ser transmitidos.”</i>
Nome	Insegurança	
Descrição   Ilustração no txt	Entre as consequências para o profissional exposto a riscos biológicos estão: o risco de infecção; risco de adoecer além da propensão a problemas emocionais, relacionados com a possível perda de benefícios profissionais, sociais ou familiares.	<i>“Entre as consequências para o profissional exposto a fluidos biológicos estão: o risco de infecção; risco de adoecer; propensão a problemas emocionais relacionados à perda de benefícios como, por exemplo, o auxílio-alimentação, redução salarial, transferência de setor; e a insegurança devido ao resultado dos exames, podendo levar a instabilidade no seio familiar”</i>
Nome	Capacitar para o aumento do conhecimento	
Descrição   Ilustração no txt	Aumenta o sentimento de pertença “aquela equipa” e ao fazer parte tem uma presença e uma voz ativa. Assim, os enfermeiros devem capacitar trabalhadores e responsáveis técnicos para aderirem ao acompanhamento completo, cumprindo a legislação vigente e tornando esta prática eficaz.	<i>“Fornece, ainda, esclarecimentos sobre os riscos do acidente, possível uso de quimioprofilaxia, consentimento para a realização de exames sorológicos, prevenção de transmissão secundária, suporte emocional, reforço da prática de biossegurança e precauções básicas em serviço, período do acompanhamento sorológico, entre outros”</i>
Nome	Promover para a segurança	
Descrição   Ilustração no txt	Facilita o desenvolvimento de parcerias, fornece esperança, desenvolve a confiança em si e nos outros.	<i>“Por fim, é importante que os enfermeiros gerentes adotem a estratégia proposta neste estudo que consiste na interação entre o local de</i>

		<p><i>trabalho do acidentado e os serviços de saúde, ou seja, faz-se necessário a comunicação entre o enfermeiro gerente e o SESMT do local de trabalho; e a instituição empregadora e as Unidades Sentinelas em Saúde do Trabalhador, local onde são realizadas as consultas do acompanhamento sorológico, tendo como objetivo principal tornar o monitoramento pós-exposição biológica uma prática eficaz.”</i></p>
--	--	---

### Resultado(s)

Resultados	Categorias	Resultado sintetizado
<p><i>“A exposição ocupacional a fluidos biológicos é considerada a mais frequente entre a categoria profissional da enfermagem e o tipo mais grave por ser um risco para o desenvolvimento de doenças letais aos trabalhadores em que mais de 20 tipos de patógenos diferentes podem ser transmitidos”</i></p> <p><i>“Este protocolo tem como objetivos diagnosticar, tratar e prevenir a transmissão do vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), o da Hepatite B (HBV) e o da Hepatite C (HCV).”</i></p> <p><i>“enfermagem, os quais são responsáveis por sua equipe, para que se reconheçam quais são os riscos envolvidos em uma exposição ocupacional biológica e se obtenha maior adesão ao monitoramento sorológico até a alta pelos trabalhadores, evitando, assim, as chances de aquisição de vírus e desenvolvimento de possível infecção como consequência desta exposição”</i></p> <p><i>“Os passos a serem seguidos pelos trabalhadores de saúde pós-exposição biológica é de fundamental importância para que os exames e possível quimioprofilaxia sejam realizados o mais rápido possível, minimizando as chances de seroconversão. A sequência dos passos</i></p>	<p>Risco de infecção</p>	<p>A adesão de funcionários que pertencem a grupos de risco, pós-acidentes de trabalho por exposição a fluidos biológicos, são uma realidade. Uma interação entre os locais de trabalho e os serviços de saúde deveriam ser uma realidade, de forma a melhorar a adesão a comportamentos preventivos.</p> <p>Entre as consequências para os profissionais expostos a riscos biológicos estão: risco de infecção além do risco ligado à propensão a problemas emocionais, relacionados com a possível perda de benefícios profissionais, sociais ou familiares. Esta parceria levaria ao aumento do sentimento de pertença “aquela equipa” e ao fazer parte, teriam uma presença e uma voz ativa.</p> <p>Assim, os enfermeiros devem ser efetivos no sentido de capacitar, tanto trabalhadores como responsáveis e técnicos por forma a que a adesão ao acompanhamento pós-exposição seja completa, cumprindo a legislação vigente e tornando esta prática eficaz. Facilitar o desenvolvimento de parcerias fornece esperança, desenvolve a confiança nos mesmos e nos outros.</p>

*pós-exposição é expressa na seguinte fala: Sim, conheço. É... o primeiro passo do colaborador que se acidenta ele comunica sua chefia imediata do setor. Em seguida ele é encaminhado para o P.A. para o primeiro atendimento... É encaminhado para o HT, ele volta para o SESMT para que o médico do trabalho possa acompanhar também esse acidentado”*

*“constatou-se que a adesão ao monitoramento completo também é função do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT), o qual, na maioria das vezes, é quem realiza este monitoramento. A seguinte fala expressa essa afirmativa: Quem monitora se está retornando é o SESMT, então eles que vão estar acompanhando, cobrando do funcionário se ele foi à consulta e acompanhando toda a documentação “*

*“Complementando, o artigo 8º, inciso II, alínea o, do decreto nº 94.406/87, que regulamenta a Lei nº 7.498/86, afirma que ao enfermeiro incumbe participar dos programas de segurança do trabalho e de prevenção de acidentes e de doenças ocupacionais. Conclui-se que realizar o monitoramento pós-exposição também é uma competência legal deste profissional”*

*“É essencial que o gerente, ao se deparar com uma exposição ocupacional, atue efetivamente assistindo e/ou orientando os trabalhadores de enfermagem quanto aos cuidados imediatos e serviços de atendimento especializados, além da notificação do acidente e a necessidade da adesão às práticas de prevenção, bem como acompanhar até o seguimento sorológico completo (...) capacitar os recursos humanos, está relacionada à unidade temática inexistência de programas de educação continuada em serviço, ou seja, refere-se às falhas nas capacitações dos trabalhadores, pois a partir dos relatos dos participantes apreendeu-se a inexistência de programas de educação como capacitação continuada, incluindo as de cunho técnico”*

*“As seguintes falas expressam que a ausência de capacitação técnica, palestras de educação e educação continuada para a equipe de enfermagem são apontadas como as causas para o não monitoramento sorológico, apesar de ser uma preocupação relatada apenas por alguns sujeitos: Palestras de educação dentro da saúde, para os profissionais.... Informação para os técnicos desde a formação... e aí nas capacitações anuais que fazem em cada instituição sempre tem que ter alguma coisa sobre biossegurança, qualidade, cuidado, aí eles vão ter a real necessidade, verificar a real necessidade disso”*

*“Em concordância, o artigo 63 ressalta que ao enfermeiro incumbe o desenvolvimento de atividades em condições de trabalho adequadas e seguras, incluindo o fornecimento de equipamentos de proteção individual e coletiva, tanto para a sua própria segurança como para a pessoa, família e coletividade”*

*“Portanto, os trabalhadores de enfermagem precisam exigir dos gerentes o desenvolvimento de atividades de educação continuada, permitindo assim suporte científico e técnico para a vida profissional.”*

*“As interações entre a UST e os serviços de saúde podem contribuir para uma melhor adesão ao acompanhamento sorológico. A NR 32 afirma que as exposições ocupacionais a fluidos biológicos são consideradas urgentes, portanto as instituições de saúde devem promover e monitorar o trabalhador após esta exposição. Além disso, é necessário que o trabalhador tenha consciência da importância de aderir ao monitoramento completo pós-exposição se não o mesmo fica a cargo somente das instituições de saúde”*

*“Esta estratégia também é considerada como relevante, pois, em concordância com a NR 4, todos os setores de uma instituição empregadora necessitam ter parceria com o SESMT. Se o trabalhador*

*de enfermagem não comparecer nas consultas, o SESMT deve comunicar imediatamente a chefia do setor deste funcionário, o enfermeiro gerente, para que o trabalhador seja chamado e explique o motivo do não comparecimento nas consultas na Unidade Sentinela em Saúde do Trabalhador para o acompanhamento pós-exposição. Portanto, as instituições precisam assumir tal compromisso determinado na legislação e não apenas realizar o encaminhamento do trabalhador pós-acidente.”*

*“As instituições de saúde necessitam ter uma maior atenção à exposição ocupacional a fluidos biológicos devido ao elevado número deste tipo de exposição, proporcionando assim medidas para a notificação dos acidentes, encaminhamento e para o acompanhamento dos trabalhadores expostos.”*

*“Além disto, devem-se adotar medidas de prevenção e de educação para os trabalhadores a fim de diminuir o número absoluto destas exposições.”*

*“A adesão ao monitoramento precisa ser mais eficaz e os trabalhadores de enfermagem precisam se conscientizar que a exposição ocupacional a fluidos biológicos têm implicações tanto biológicas como psicológicas e sociais, podendo ocasionar a morte deste trabalhador”*

*“A saúde do trabalhador é uma área da Saúde Pública que ainda requer mais atenção, fiscalização e conscientização, principalmente por parte dos gerentes, trabalhadores e das instituições empregadoras.”*

*“Entre as consequências para o profissional exposto a fluidos biológicos estão: o risco de infecção; risco de adoecer; propensão a problemas emocionais relacionados à perda de benefícios como, por exemplo, o auxílio-alimentação, redução salarial, transferência de setor; e a insegurança devido ao resultado dos exames, podendo levar a instabilidade no seio familiar”*

Insegurança

*“Apesar da importância do acompanhamento sorológico dos trabalhadores de saúde após exposição ocupacional a fluidos biológicos, a adesão ao monitoramento não é realizada de modo completo e satisfatório. Entre os motivos para a não adesão estão o tratamento quimioprolático com os antirretrovirais, seus efeitos colaterais e a necessidade da regularidade do horário desta prescrição”*

*“O enfermeiro por ser responsável pela sua equipe e conhecer a dinâmica do serviço, tem papel essencial no que se refere à exposição ocupacional a fluidos biológicos, seja na prevenção e orientação ao tratamento, seja no uso de antirretrovirais, tendo em vista que uma parte significativa dos trabalhadores abandona o tratamento devido aos efeitos colaterais”*

*“Observa-se também que, na prática, as empresas não liberam os trabalhadores para realizarem as consultas de acompanhamento, ou então, quando há a liberação, efetuam o desconto das horas utilizadas, situação ilegal e inadmissível.”*

*“A alta rotatividade pode ser considerada como um problema na gerência de enfermagem relacionada a não adequação das necessidades do trabalhador de enfermagem. Como consequência disto pode estar presente o estresse por parte deste profissional. Neste contexto a rotatividade está inserida em um processo em que a frequente admissão de um novo trabalhador como enfermeiro ou membros da equipe inviabiliza a educação continuada em serviço e adesão ao monitoramento completo pós-exposição, que nem sempre é repassado à gerência o controle deste monitoramento.”*

*“As seguintes falas representam esta unidade temática: Uma interação entre os dois serviços, teria que ter mais comunicação. Essa troca eu acho que teria que te. É, eu imagino que se nós recebêssemos comunicado da UST sobre a frequência desse funcionário nas consultas nós teríamos como incentivá-lo a não faltar e seguir o*

*tratamento completo “*

*“Outro agravante refere-se ao encaminhamento da responsabilidade técnica dos enfermeiros ao SESMT, que, somado ao desconhecimento do protocolo de adesão, confirma um descaso com relação aos seus subalternos. Verificou-se, ainda, que apenas três dos sujeitos entrevistados cumprem a legislação vigente e acompanham os trabalhadores”*

*“Portanto, é de fundamental importância que os trabalhadores de saúde, entre eles a categoria da enfermagem, obtenham conhecimento em relação ao Protocolo de Exposição a Material Biológico preconizado pelo Ministério da Saúde”*

*“Fornece, ainda, esclarecimentos sobre os riscos do acidente, possível uso de quimioprofilaxia, consentimento para a realização de exames sorológicos, prevenção de transmissão secundária, suporte emocional, reforço da prática de biossegurança e precauções básicas em serviço, período do acompanhamento sorológico, entre outros”*

*“Torna-se necessário reforçar a conscientização dos gerentes / supervisores / coordenadores de enfermagem”*

*“O conhecimento do Protocolo de Exposição a Material Biológico ou de outro órgão e sua aplicação é de fundamental importância para garantir um atendimento completo que pode variar de seis meses a um ano. O monitoramento completo pós-acidente possibilita a prevenção de uma possível infecção pelos vírus do HIV, HBV e HCV nos trabalhadores acidentados”*

*“realizar o tratamento correto caso ocorra seroconversão. Também se verifica que patologias como a Hepatite B ou C nos próximos exames, após o primeiro atendimento, podem aparecer como consequência do acidente pós-exposição. Por isso, a importância da continuidade do monitoramento completo pelo trabalhador de saúde”*

*“Devido à importância do conhecimento*

Capacitar para o aumento do conhecimento.

*deste protocolo a unidade temática*  
Desconhecimento do protocolo de monitoramento pós-exposição biológica foi construída e apreendeu-se, por meio dos relatos dos participantes, que o conhecimento pelo enfermeiro gerente com relação ao protocolo criado pelo MS, bem como o período de acompanhamento pós-acidente é ineficaz ou ausente. Esta afirmativa está evidenciada nas seguintes falas: O protocolo de funcionamento dentro da UST não conheço... . Da minha instituição eu conheço, do HT não... . Não sei se é um ano ou dois anos, eu não consigo lembrar”

*“Portanto, o conhecimento com relação ao protocolo de monitoramento biológico e o envolvimento do enfermeiro gerente no seguimento deste protocolo é estritamente necessário para que este trabalhador saiba conduzir sua equipe e minimize as consequências indesejáveis.”*

*“A Norma Regulamentadora (NR) 04 dispõe que o SESMT tem como finalidade promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho, além de realizar atividades de conscientização, educação e orientação aos trabalhadores para a prevenção de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais”*

*“Para ressaltar este ponto, a NR 32 determina que o trabalhador tenha direito ao diagnóstico, acompanhamento e prevenção da seroconversão e das doenças caso aconteça algum acidente ocupacional”*

*“Enfatiza-se a importância da educação continuada e das palestras educativas nas instituições de saúde, pois de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) educação continuada é definida como um processo que inclui todas as experiências posteriores à formação inicial, complementando a formação básica, tendo como finalidade a atualização e capacitação das pessoas e grupos, frente às mudanças técnico-científicas. Além disso, possibilita um aprendizado contínuo para a profissão, entretanto deve-se levar em consideração a realidade da organização do processo de trabalho, as*

*necessidades do trabalhador e da instituição”*

*“é importante a presença destes profissionais em programas de educação continuada devido à sua atualização profissional, seu conhecimento da realidade, domínio de determinado tema, motivação ou participação e integração junto à equipe. Consideram-se como relevantes atividades de educação continuada para os trabalhadores de enfermagem com ênfase em esclarecimentos sobre a exposição ocupacional a fluidos biológicos, precauções padrão, uso dos equipamentos de proteção individual (EPI), notificação dos acidentes, entre outros. Também podem ser realizadas palestras educativas sobre biossegurança, qualidade, cuidado, conforme relatado pelo gerente”*

*“a capacitação profissional deve ocorrer antes do início das atividades, de forma contínua e deve conter documentos que informem a data, horário, carga horária, conteúdo ministrado, nome e a formação do instrutor e dos trabalhadores para que assim seja comprovada a realização dessas capacitações para a inspeção do trabalho”.*

*“Conforme o Código de Ética, cabe ao enfermeiro estimular e promover o aperfeiçoamento técnico, científico e cultural para toda equipe, além de orientá-los e supervisioná-los. Por isso, este profissional tem autonomia, capacidade e dever ético para elaborar e realizar capacitações anuais para os trabalhadores sob sua responsabilidade.”*

*“O processo educativo nas instituições de saúde deve ser uma premissa para os enfermeiros e ocorrer de forma crescente, contínua e interativa. Estes profissionais precisam promover a conscientização dos trabalhadores de saúde sobre os riscos da exposição a fluidos biológicos, por meio da construção de estratégias individualizadas e eficazes, e assim propor mudanças no estilo e qualidade de vida, tornando-os corresponsáveis no desenvolvimento da prática de saúde”*

*“Os discursos acima enfatizam a importância de haver uma interação entre a Unidade Saúde do Trabalhador (UST), ou*

*seja, Unidade Sentinela em Saúde do Trabalhador, e a instituição em que os trabalhadores realizam suas funções, tendo como objetivo melhorar ou promover a comunicação entre esses dois locais. Dessa forma, é possível obter um maior controle e conhecimento frente ao monitoramento pós-exposição.”*

*“As interações entre a UST e os serviços de saúde podem contribuir para uma melhor adesão ao acompanhamento sorológico.”*

*“O conhecimento quanto aos riscos, devido à ocorrência da exposição ocupacional a fluidos biológicos, as patologias que podem ser adquiridas após este tipo de acidente, a presença da janela imunológica, período de acompanhamento, entre outros são de extrema importância para o profissional. Ressalta-se, portanto, a importância do conhecimento do Protocolo de Exposição ao Material Biológico, que é preconizado no Brasil, pelo gerente e pelo trabalhador de enfermagem, podendo ser uma das estratégias para se alcançar o monitoramento completo pós-exposição”*

*“Também são responsáveis por desenvolver atividades de prevenção e educação continuada que conscientizem os trabalhadores de enfermagem no que se refere aos riscos/consequências da exposição ocupacional a fluidos biológicos, além da importância do monitoramento completo.”*

*“Com a finalidade de alterar a falta de adesão ao monitoramento biológico, é essencial que se conscientizem os trabalhadores acerca da importância de sua adesão.”*

*“Além disto, os enfermeiros gerentes e os responsáveis técnicos das próprias instituições de saúde empregadoras devem realizar o acompanhamento completo dos trabalhadores acidentados, cumprindo assim a legislação vigente.”*

Promover para a segurança

*“Por fim, é importante que os enfermeiros gerentes adotem a estratégia proposta neste estudo que consiste na interação*

*entre o local de trabalho do acidentado e os serviços de saúde, ou seja, faz-se necessário a comunicação entre o enfermeiro gerente e o SESMT do local de trabalho; e a instituição empregadora e as Unidades Sentinelas em Saúde do Trabalhador, local onde são realizadas as consultas do acompanhamento sorológico, tendo como objetivo principal tornar o monitoramento pós-exposição biológica uma prática eficaz.”*

Título: Adesão às Medidas de Biossegurança Relacionadas à Hepatite B por Manicures

Ano: 2014; Volume 18 Nº 2 Jornal : Ensaio Cienc., Cienc. Biol. Agrar. Saúde Páginas: 83-90

**DECISÃO** Incluir o estudo Inequivoco [ x ] Credível [ ] Indefinido [ ]

**Fundamentação:** Este estudo dá resposta à pergunta PICO no sentido de demonstrar que os grupos de risco para a Hep.B podem existir nas mais variadas atividades, daí a importância da prevenção primordial.

Dimensões	Descrição das características
Método	Trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo transversal – observação sistemática in loco e realização de entrevistas.
Fenômeno de interesse	O objetivo consiste em avaliar a adesão às medidas de biossegurança relacionadas com a hepatite B por manicures. Os indicadores analisados demonstram a vulnerabilidade da grande maioria, quanto às doenças infecto contagiosas que podem ser adquiridas na sucessão dos dias de trabalho.
Contexto de cuidados	As manicures não recebem informações sobre as doenças infectocontagiosas e apenas 21% utilizam luvas durante os procedimentos; a preocupação com a esterilização do material é maior, porém importa perceber se os métodos são adequados.
Origem geográfica	Microrregião de Lagarto/SE. Brasil
Origem cultural	Brasil
Participantes	67 manicures
Conclusões dos autores	Os indicadores analisados demonstraram a vulnerabilidade da grande maioria das manicures quanto às doenças infecto contagiosas, que podem ser adquiridas no cotidiano do trabalho, para além do risco de contágio.
Comentários do revisor	Após múltiplas leituras deste artigo, assim como outros, considero que, dada a importância e utilização que os estabelecimentos de estética e beleza têm para a sociedade atual, do risco da transmissão de agentes infeto contagiosos específicos, da subnotificação de doenças de relevância epidemiológica, e de impacto na saúde pública,

	pode-se afirmar a necessidade de um olhar mais atento acerca dos riscos pendentes nesta área de atividade, a fim de otimizar a identificação de acidentes com materiais perfuro-cortantes e aumentar a adesão às recomendações universais de segurança.
--	---

### Identificação das categorias

Nome	Potencial de saúde dos trabalhadores	
Descrição   Ilustração no txt	<p>A hepatite B é uma doença ocupacional que possui grande importância em situações de exposição ao sangue pela via percutânea ou mucosa.</p> <p>Os indicadores analisados demonstram a vulnerabilidade da grande maioria das manicures quanto às doenças infectocontagiosas que podem ser adquiridas no âmbito profissional.</p>	<p><i>“Considerando os aspetos da saúde do trabalhado, a hepatite B é uma das doenças ocupacionais mais importantes para alguns profissionais dos serviços de embelezamento e higiene como manicures, pedicures e barbeiros. Exposições percutâneas ou de mucosas ao sangue de indivíduos infetados pelo VHB representam a principal fonte de transmissão ocupacional uma vez que quantidades mínimas de sangue são suficientes para transmissão devido à alta virulência do micro-organismo”</i></p>
Nome	Baixa adesão à prevenção	
Descrição   Ilustração no txt	<p>Com a leitura atenta do artigo percebe-se esta categoria é muitas vezes reflexo das duas descritas a seguir!</p> <p>Os baixos níveis de literacia em saúde, dos quais resulta esta baixa adesão às medidas universais de segurança, parece ser o somatório da baixa escolaridade associada ao desconhecimento dos riscos inerentes aos atos praticados no desenvolvimento das suas atividades, onde o seu meio de cuidados é a pessoa.</p>	<p><i>“a elevada resistência do VHB à temperatura ambiente, aos detergentes comuns e ao álcool (WILLIAMS; PERLZ; BELL, 2004) associada à baixa adesão às práticas de biossegurança por parte desses profissionais contribuem para o alto risco de infeção (OLIVEIRA; FOCACCIA, 2011).”</i></p>
Nome	Deficit de conhecimentos de segurança	
Descrição   Ilustração no txt	<p>Como referi na descrição da característica anterior, esta falta de conhecimentos pode comprometer seriamente a segurança, tanto de quem pratica a atividade como de quem é alvo da mesma. Este desconhecimento torna-se um elemento facilitador do risco de contaminações cruzadas.</p>	<p><i>“Por isso, é fundamental programas de capacitação continuada no sentido de promover ações efetivas de proteção, privilegiando a biossegurança respaldada no senso de responsabilidade individual e coletiva e não como uma prática imposta”</i></p>
Nome	Baixo nível de escolaridade	
Descrição   Ilustração no txt	<p>A baixa escolaridade, neste, como em muitos outros contextos, não gera o</p>	<p><i>“A situação de suscetibilidade a determinadas doenças ocupacionais pode-</i></p>

	<p>pensamento crítico, no sentido em que não faz o trabalhador questionar os riscos associados à atividade, e como tal, também não leva à procura de proteção, seja ela pessoal, através do uso de medidas universais de segurança, ou legal, como a prevenção primordial a que tem direito, como é o caso da VHB.</p>	<p><i>se tornar ainda mais crítica para estes profissionais uma vez que se inserem, em sua grande maioria, no trabalho informal e, geralmente, apresentam baixa escolaridade e reduzida qualificação profissional.”</i></p>
--	--	---

## Resultado (s)

Resultados	Categorias	Resultado sintetizado
<p><i>“Considerando os aspetos da saúde do trabalhador, a hepatite B é uma das doenças ocupacionais mais importantes para alguns profissionais dos serviços de embelezamento e higiene como manicures, pedicures e barbeiros. Exposições percutâneas ou de mucosas ao sangue de indivíduos infetados pelo VHB representam a principal fonte de transmissão ocupacional uma vez que quantidades mínimas de sangue são suficientes para transmissão devido à alta virulência do micro-organismo.”</i></p> <p><i>“Entre os determinantes da saúde do trabalhador estão compreendidos os condicionantes sociais, económicos, tecnológicos e organizacionais responsáveis pelas condições de vida; e os fatores de risco ocupacionais – físicos, químicos, biológicos, mecânicos e aqueles decorrentes da organização laboral. Assim, as ações de saúde do trabalhador têm como foco as mudanças nos processos de trabalho que contemplem as relações saúde-trabalho em toda a sua complexidade, por meio de uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial”</i></p> <p><i>“Dessa forma, os profissionais da área de higiene pessoal e beleza devem estar cientes da existência de riscos físicos, químicos e biológicos inerentes às atividades laborais e das medidas de biossegurança a serem adotadas. A limpeza do estabelecimento e mobiliários, desinfecção, esterilização dos artigos como pinças, alicates, espátulas, cortadores, higienização das mãos, uso de equipamentos de proteção individual, bem como vacinação contra hepatite B e tétano são alguns exemplos de procedimentos fundamentais para</i></p>	<p>Potencial de saúde dos trabalhadores</p>	<p>A hepatite B é uma doença ocupacional, que possui grande importância em situações de exposição ao sangue pela via percutânea ou mucosa.</p> <p>A investigação das relações saúde-trabalho-doença é essencial para compreender o contexto profissional nas suas diversas conjunturas, social e económica, com o intuito de identificar os riscos e os fatores condicionantes da não adesão às medidas de proteção universais.</p> <p>Os indicadores analisados, depois de categorizados, resultaram em: baixa adesão às normas de biossegurança, cobertura vacinal contra hepatite B não demonstrada, risco e vulnerabilidade da maioria das manicures quanto às doenças infectocontagiosas, potencialmente adquiridas em situação profissional e pouca escolaridade, vista neste conjunto como facilitadora do risco.</p> <p>A pouca divulgação de informações, falta da regulamentação nos cursos de qualificação, baixa escolaridade requerida e informalidade profissional, resultam na necessidade de implementação de ações capacitadoras baseadas em evidências, especialmente referentes à proteção na saúde, saúde ocupacional, medidas de proteção universais e à organização político-profissional.</p> <p>Fica evidente a necessidade de um processo de criação de saberes permanente, caracterizado pela atualização dos conhecimentos epidemiológicos, práticas de biossegurança e profilaxia pós-exposição ocupacional.</p>

*proteção do profissional e da cliente.”*

*“No caso de estabelecimentos de embelezamento e higiene pessoal destaca-se também a exigência das normas sanitárias. Apesar de o registro estar relacionado à necessidade de maior observância às normas de biossegurança, uma pesquisa não encontrou diferença nos processos de trabalho tanto dos estabelecimentos cadastrados quanto dos não cadastrados.”*

*“Apesar da reordenação das políticas de saúde por meio do Plano Nacional de Segurança e Saúde do Trabalho, ainda existem inúmeras dificuldades para a implantação das ações de saúde voltadas para trabalhadores do setor informal que incluem a forma incipiente da organização do trabalho, as más condições de vida, a ausência ou precariedade da cobertura dos direitos básicos de cidadania e a sustentabilidade econômica”*

*“Diante de todo o contexto apresentado, a informação é um elemento essencial para a prevenção das doenças ocupacionais e proteção da saúde do trabalhador. Portanto, é fundamental que essas profissionais recebam orientações acerca dos riscos na rotina de trabalho e das medidas profiláticas que devem ser adotadas para cada situação.”*

*“As principais finalidades da imunização contra o VHB são prevenir a doença aguda e impedir a cronificação da hepatopatia, ou seja, grande parte destas profissionais está suscetível à doença tanto pela baixa adesão às medidas de biossegurança quanto pela ausência de imunização.”*

*“Existem vários estudos sobre a situação vacinal contra hepatite B em profissionais de saúde. No entanto, não foram detetados trabalhos referentes aos profissionais de embelezamento e higiene pessoal. É fundamental destacar que, mesmo entre profissionais de saúde cujo acesso às informações sobre a doença e vacina é mais amplo, foram identificados trabalhadores que apresentaram o esquema vacinal incompleto ou ausência de histórico de imunização.”*

*“Foi observado que 47% das profissionais*

<p><i>não tiveram orientações adequadas sobre a imunização contra o VHB e, dentre estas, 47% receberam indicações dos profissionais de saúde médicos, enfermeiros e, em especial, do agente de saúde.”</i></p> <p><i>“No contexto da educação em saúde, devem ser levados em consideração os fatores que podem prejudicar a adesão às medidas de biossegurança e à imunização contra hepatite B a fim de promover ações baseadas em evidências. A análise do contexto socioeconômico e da organização do processo de trabalho, além dos aspectos biológicos e científicos, é fundamental para subsidiar estratégias que possam despertar uma percepção crítica das condutas profissionais e, a partir desta, provocar mudanças efetivas no comportamento das manicures”.</i></p>	<p>Baixa adesão à prevenção</p>	
<p><i>“Além disso, a elevada resistência do VHB à temperatura ambiente, aos detergentes comuns e ao álcool associada à baixa adesão às práticas de biossegurança por parte desses profissionais contribuem para o alto risco de infecção”</i></p> <p><i>“Dessa forma, os profissionais da área de higiene pessoal e beleza devem estar cientes da existência de riscos físicos, químicos e biológicos inerentes às atividades laborais e das medidas de biossegurança a serem adotadas.”</i></p> <p><i>“Portanto, a fiscalização, aparentemente, não modifica de forma substancial as atitudes das profissionais. Alguns autores também demonstraram a preferência pela informalidade por parte de alguns trabalhadores devido à flexibilidade do uso do tempo, maior autonomia e melhores rendimentos. Um dos impactos relevante da informalidade se dá sobre a diminuição do poder do trabalho organizado em esferas como organização sindical e influência política. Além disso, a ruptura do vínculo empregatício formal representa, na prática, a perda parcial da proteção da saúde e segurança no trabalho.”</i></p> <p><i>“Apesar de algumas profissionais terem realizado cursos para manicure/pedicure, os procedimentos de biossegurança, no geral, não são adotados ou são realizados</i></p>		

*incorretamente o que pode ser um reflexo da inexistência de uma regulamentação que defina carga horária e conteúdos mínimos dos cursos de qualificação”.*

*“Em função das exigências do mercado e das questões de biossegurança é fundamental a incorporação de novos requisitos profissionais, apoiado numa educação básica e na ampliação de conhecimentos científicos e tecnológicos. Neste cenário, se insere a educação profissional cujo objetivo é a formação e qualificação voltadas para os problemas mais relevantes da sociedade que, neste caso, inclui a prevenção de doenças infectocontagiosas.”*

*“Em relação à percepção do risco de adquirirem doenças infecciosas durante os procedimentos no trabalho, a maioria acreditava que poderiam adquiri-las (80,6%); porém, na visão das profissionais, o risco era mínimo uma vez que o sangramento era raro e de pequeno volume durante a retirada de cutículas e muitas confiavam na “saúde” das clientes.”*

*“Os resultados mostraram que 52% das manicures/pedicures entrevistadas afirmaram ter recebido informações sobre doenças ocupacionais e as formas de prevenção. No entanto, entre as manicures que receberam orientações, várias se negam a fazer uso das medidas de proteção por vários motivos: o custo, a confiança na cliente e a não adaptação aos equipamentos de proteção individual.”*

*“A baixa adesão às medidas de biossegurança pode ser observada pela situação relatada e observada durante o estudo. Entre as profissionais, 10% não adotam nenhuma medida preventiva e apenas 21% fazem o uso de luvas. Quando há lesões nas mãos esta taxa aumenta para 57%. O uso de luvas nos procedimentos se deve à necessidade de proteger os profissionais e clientes do risco de infecção cruzada.”*

*A falta de adesão às luvas durante o processo de trabalho tem justificativas comuns entre os vários profissionais que necessitam da utilização das mesmas diante a manipulação de materiais*

*perfuro-cortantes, especialmente, a não adaptação aos EPI o que corrobora com as justificativas apresentadas pelas manicures / pedicures. Por outro lado, cabe ressaltar que as luvas devem ser utilizadas de forma racional, pois pode gerar falsa segurança quanto à prevenção da transmissão de infecções e custos desnecessários para as profissionais.”*

*“Outro aspecto fundamental quanto ao uso indiscriminado de luvas é o aumento da contaminação cruzada uma vez que os profissionais que usam luvas possuem a tendência de não aderir aos procedimentos de higienização das mãos “*

*“A grande maioria das profissionais não realiza a higienização das mãos (HM) entre os atendimentos (83%) e apenas 11% relataram usar álcool 70º.”*

*“Um percentual mínimo de manicures relatou que solicitam à cliente o uso do próprio alicate. Cabe ressaltar que, neste caso, a cliente pode ficar mais protegida, mas a profissional ainda está exposta e deve continuar adotando medidas de proteção individual.”*

*“No entanto, é importante ressaltar que mesmo em profissionais com formação universitária e que tem a disciplina biossegurança no currículo, a adesão às normas de biossegurança não ocorre de forma integral o que pode demonstrar a ineficiência das ações pontuais e descontextualizadas.”*

*“No que tange à hepatite B, a situação ainda é mais crítica, pois se trata de uma doença imunoprevenível, ou seja, apresenta uma barreira adicional de proteção – a imunização.”*

*“Foi observado que apenas 54% das manicures/pedicures afirmaram a vacinação contra hepatite B. No entanto, apenas 30% relataram que receberam as três doses preconizadas e 42% cumpriram o intervalo correto entre as doses. Tais achados são semelhantes aos de Moraes et al. (2012) que identificaram que 67,7% dos profissionais (manicures e pedicures) afirmaram ter sido vacinados, 20,5% responderam não receberam nenhuma dose da vacina e 11,8% não se lembravam ou não souberam responder. Isso*

*evidencia o desconhecimento da importância da vacinação como medida de proteção e falta de conscientização quanto aos riscos provenientes da exposição ocupacional.”*

*“Apesar de não consistir objetivo desta pesquisa, é importante ressaltar que as condutas das manicures frente aos acidentes também podem estar comprometidas. Estudos apontam que as profissionais não tomam medidas adequadas quando entram em contato com sangue de clientes, dentre os procedimentos mais citados foram passar a toalha na região do sangramento e aplicar um produto – pó ou spray hemostático - na região. Garbaccio e Oliveira (2012) também demonstraram que a conduta destes profissionais após causarem lesões com exposição sanguínea, geralmente, consistia na realização de hemostasia química ou mecânica por pressão no local com pedaço de algodão, com toalha ou pela própria digital do profissional desprovido de luvas.”*

*“A apresentação de alternativas de produtos, instrumentos e técnicas - mais acessíveis financeiramente e que assegurem a proteção da saúde da profissional e da cliente - torna-se um elemento importante na organização do trabalho destas profissionais visto que a desvalorização da mão-de-obra é um forte fator condicionante para a não adesão às medidas de biossegurança.”*

*“Quanto ao aspeto da imunização, os profissionais de saúde devem estar preparados para fornecer informações sobre os diversos aspetos da vacina, entre eles, os benefícios e a importância do seguimento do esquema do tempo entre as doses. Devido ao fator “medo” dos efeitos da vacinação, também deve ser ressaltada a pequena ocorrência de reações adversas e, quando estas se manifestam, são apenas reações locais e sintomas inespecíficos visto que a vacina contém apenas fragmentos do vírus – o antígeno HbsAg.”*

Deficit de conhecimentos de segurança

*“Outros desafios consistem em uma melhor articulação da rede de saúde do trabalhador e superação da abordagem fundamentalmente curativa a partir dos acidentes de trabalho para as ações de promoção e proteção da saúde.”*

*“Por isso, é fundamental programas de capacitação continuada no sentido de promover ações efetivas de proteção, privilegiando a biossegurança respaldada no senso de responsabilidade individual e coletiva e não como uma prática imposta.”*

*“Além disso, uma parcela considerável não sabia quais eram as doenças e como poderiam ser adquiridas. As doenças mais citadas foram hepatite (80,6%), HIV (55%) e micoses (14,9%). Cabe ressaltar que a hepatite foi citada por mais manicures em função da apresentação do termo de consentimento livre e esclarecido antes da realização da entrevista.”*

*“Tal percepção de risco mínimo é equivocada e perigosa uma vez que estudos demonstraram uma relação dos serviços de beleza e estética com a transmissão de hepatite B. O compartilhamento de materiais de manicures /pedicures, principalmente alicates de unhas e tesouras, tem sido apontado como uma importante forma de transmissão do vírus. Também é importante destacar que as hepatites são as doenças menos conhecidas quanto à forma de transmissão pelas profissionais”*

*“Desta forma, a problemática relacionada à transmissão do vírus da hepatite B (VHB) em profissionais de cuidados pessoais não está apenas relacionada às práticas diárias dessas profissionais, mas também à inobservância das medidas de prevenção, como higienização das mãos, uso de luvas, esterilização dos materiais e imunização contra hepatite B e tétano.”*

*“A HM é reconhecida mundialmente como medida primária, mas muito importante no controle de infecções relacionadas à assistência à saúde, sendo considerada um dos fatores essenciais na prevenção e controle de infecções dentro dos serviços de saúde. No entanto, a utilização das*

*técnicas de HM simples de forma correta é essencial para conseguir os resultados desejados.”*

*“A medida de biossegurança mais relatada pelas profissionais foi esterilização do material (58%). Porém nenhum dos métodos relatados é adequado para a eliminação de todas as formas de micro-organismos. Foi observado que os estabelecimentos ou casas não apresentavam autoclave e, em alguns casos, foram encontradas estufas ou “forninho” sem o adequado controle de tempo e temperatura. Além disso, algumas profissionais acreditavam que a lavagem, o álcool, a fervura em água, água sanitária e acetona eram suficientes para resultar na esterilização do material.”*

*“Dessa forma, foi detetada uma confusão entre os termos desinfecção e esterilização, bem como o desconhecimento sobre concentrações dos produtos químicos e tempo de ação para resultar na desinfecção e/ ou esterilização do material.”*

*“Além do custo elevado dos equipamentos mais adequados à esterilização, a manutenção também é um fator preocupante uma vez que a falta de conhecimento e treinamento sobre a utilização e manutenção destes equipamentos podem resultar em falhas no processo e a falsa sensação de proteção.”*

*“Apesar do “aparente” cuidado com os instrumentos de metal, os palitos de madeira e as lixas de unhas, que também podem entrar contato com o sangue, não são descartados pela maioria das profissionais. Algumas manicures relataram que lavam e passam acetona ou álcool depois. Cabe ressaltar que a eliminação de micro-organismos em materiais de madeira é difícil por causa da umidade, aspereza e presença de poros que podem facilitar a adesão e viabilidade microbiana mesmo após a limpeza e desinfecção.”*

*“no entanto, as informações sobre contaminação microbiana em utensílios de madeira são mais divulgadas pela mídia para o setor de alimentação e, portanto,*

*as pessoas não possuem o costume de associar a outras práticas.”*

*“Em geral, vários estudos mostram que grande parte dos profissionais de embelezamento não está capacitada para realizar limpeza e esterilização dos instrumentais, bem como não utiliza as normas de biossegurança.”*

*“Moraes et al. (2012) apontaram que deveria existir, por parte dos órgãos públicos responsáveis, um trabalho de educação com esses profissionais que permitisse um maior acesso às informações referentes à prevenção de agravos à saúde, assim como um acompanhamento da vigilância com enfoque nos riscos à saúde decorrentes da não adoção de medidas de biossegurança.”*

*“os cursos de capacitação, qualificação e atualização não devem incluir apenas conteúdos relacionados à parte da técnica do trabalho, mas também as dimensões política, social, econômica e científica do processo de trabalho a fim de garantir condições laborais dignas, seguras e saudáveis para todos os profissionais. É importante ressaltar que a dimensão coletiva do trabalho com grupos de profissionais constitui elemento fundamental para a realização e ampliação dos direitos sociais garantidos na legislação devido ao caráter politizante e crítico da democratização de informações.”*

*“Os indicadores analisados – baixa adesão às normas de biossegurança e cobertura vacinal contra hepatite B - demonstraram o risco e a vulnerabilidade da grande maioria das manicures quanto às doenças infectocontagiosas que podem ser adquiridas no cotidiano do trabalho. A pequena divulgação de informações, falta da regulamentação dos cursos de qualificação, baixa escolaridade e informalidade profissional resultam na necessidade da implementação de ações educativas baseadas em evidências, especialmente, referentes à proteção à saúde e à organização político profissional.”*

*“Fica evidente a necessidade de um*

Baixa escolaridade

*processo de educação permanente, caracterizado pela atualização dos conhecimentos, práticas de biossegurança e profilaxia pós-exposição ocupacional.”*

*“A situação de suscetibilidade a determinadas doenças ocupacionais pode se tornar ainda mais crítica para estes profissionais uma vez que se inserem, em sua grande maioria, no trabalho informal e, geralmente, apresentam baixa escolaridade e reduzida qualificação profissional.”*

*“As profissões de cabeleireiro, barbeiro, esteticista, manicure, depilador e maquiador foram reconhecidas apenas em 2012 pela Lei NO 12.592 (BRASIL, 2012). Segundo a Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho, para a atuação destes profissionais é necessário, no mínimo, o ensino fundamental incompleto, curso de qualificação e até um ano de experiência profissional. A determinação do perfil socioeconômico das manicures/pedicures entrevistadas demonstrou aspectos importantes para uma análise ampliada do contexto da saúde do trabalhador.”*

*“A maioria das profissionais é autônoma (96%) e, aquelas que são assalariadas, não possuem carteira assinada. Um dos principais motivos relatados pelas manicures/pedicures para a situação de informalidade é a baixa remuneração e desvalorização profissional quando se vincula o processo de trabalho a um estabelecimento.”*

*“Segundo a Organização Internacional do Trabalho (2006), na maioria dos países da América Latina, o crescimento do trabalho informal é considerado um problema econômico e social visto que estes trabalhadores se encontram em desvantagem no mercado de trabalho.”*

*“A natureza heterogênea das ocupações englobadas nas categorias de trabalhadores por conta própria, varia em relação às condições de trabalho, nível de remuneração, requisitos de qualificação ou escolaridade e mesmo nível de continuidade ou estabilidade na ocupação”*

*“O perfil de escolaridade deste estudo mostra que a maioria das profissionais tinha, no mínimo, ensino médio completo (52%) e nenhuma era analfabeta o que reflete a tendência geral da População Economicamente Ativa (PEA).”*

*“A informalização do trabalho e a falta de conhecimento sobre as doenças ocupacionais podem resultar em maior exposição a fatores de riscos para a saúde e no descumprimento de regulamentos de proteção à saúde e segurança.”*



## **ANEXO V**

### **RSL- TABELAS DE ANÁLISE DOS ARTIGOS**

Estudo   Autores   Periódico   Ano	Objetivos do estudo	Desenho do Estudo   Material e métodos	População   Amostra e Participantes /Contexto	Colheita de dados   Tratamento e análise	Principais resultados   Conclusões
<p>ADESÃO ÀS MEDIDAS DE BIOSSEGURANÇA RELACIONADAS À HEPATITE B POR MANICURES.</p> <p>Flavia Marcia Oliveira; Aline dos Santos Alves; Laíze Almeida Santos; Tainah Lima Sousa Santana; Glebson Moura Silva; Simone Yuriko Kameo. Universidade Federal de Sergipe, SE, Brasil.</p> <p>Ensaios Cienc., Cienc. Biol. Agrar. Saúde, v. 18, n. 2, p. 83-90, 2014</p>	<p>O objetivo consiste em avaliar a adesão às medidas de biosegurança relacionadas com hepatite B, por manicures.</p>	<p>Trata-se de uma abordagem descritiva do tipo transversal.</p> <p>Observação sistemática in loco e realização de entrevistas a manicures que trabalham na microregião de Lagarto /SE.</p> <p>Antecipou-se ao trabalho de campo (julh/agosto. 2012) a determinação do n (n = 79).</p>	<p>Foram selecionadas por amostragem por snowball, 6 profissionais, de cada município.</p> <p>Nesta ocasião, foram realizadas entrevistas, que serviram como pré-teste para validação e reajuste da amostra e/ou dos instrumentos.</p> <p>A amostra foi definida através de escolha para um nível de confiança de 95% e erro máximo aceite de 5%.</p> <p>O n final foi de 67 manicures.</p>	<p>Foram realizadas observações sistemáticas in loco e entrevistas durante o período de setembro de 2012 a fevereiro de 2013.</p> <p>Utilizou-se o formulário de extração de dados validado, indicativo da situação socio econômica, estado vacinal, conhecimento sobre os riscos biológicos e adoção de medidas de segurança.</p> <p>Para construção do banco de dados foi utilizado o aplicativo Microsoft Office Excel 2007.</p> <p>Os dados foram avaliados por meio da estatística descritiva utilizando o programa GraphPadPrism versão 5.0.</p> <p>Antes da realização de qualquer procedimento, os elementos constituintes da amostra, foram esclarecidos verbalmente sobre os objetivos, finalidade, riscos e métodos da pesquisa, bem como do sigilo e da autonomia em participar e/ ou desistir.</p>	<p>A investigação da relação saúde/trabalho/doença é inerente à compreensão das conjunturas profissionais nos seus diversos contextos. Identificar saberes, riscos, fatores condicionantes ou outros, vai facilitar a percepção das razões da não adesão às medidas universais de proteção.</p> <p>Os indicadores analisados: baixa adesão às normas de biosegurança e cobertura vacinal contra hepatite B demonstram o risco e a vulnerabilidade da grande maioria das manicures, no que respeita às doenças infecto contagiosas que, podem ser contraídas no domínio laboral.</p> <p>Uma irregular comunicação de informação, falta de normas nos cursos de formação, baixa escolaridade e informalidade profissional, resultam em conhecimentos puramente factuais. Coloca-se como imperativo um</p>

				<p>A pesquisa obteve aprovação do comitê de ética: CAAE 05056412.1.0000.5</p>	<p>entendimento formativo, fundado em evidências, especialmente, no que concerne à proteção da saúde, noção de risco e organização político-profissional.</p> <p>Fica clara a necessidade de um método de construção de saberes permanente, caracterizado pela fundamentação teórica dos conhecimentos, práticas e riscos ocupacionais.</p> <p>Além disso, é importante fundar uma reciclagem de noções, acompanhamento e atualização de conhecimentos, de forma a ser resolvida, sempre que necessária, a necessidade de novo reforço educacional.</p>
--	--	--	--	---	---

Estudo   Autores   Periódico   Ano	Objetivos do estudo	Desenho do Estudo Material e métodos	População Amostra Participantes Contexto	Colheita de dados Tratamento e análise	Principais resultados Conclusões
<p>MONITORAMENTO BIOLÓGICO SOB A ÓTICA DOS ENFERMEIROS GERENTES.</p> <p>Caroline Vieira Claudio, Leila Maria Mansano Sarquis, Louise Aracema Scussiato, Fernanda Moura D’Almeida Miranda.</p> <p>Rev Rene. 2013; 14(2): 252-61.</p>	<p>O objetivo do estudo foi analisar o conhecimento dos enfermeiros acerca da adesão à monitorização dos trabalhadores de enfermagem, pós-acidentes de trabalho por exposição a fluidos biológicos; e recomendar estratégias para reduzir o abandono desse acompanhamento.</p>	<p>Trata-se de uma pesquisa exploratória, de caráter descritivo e abordagem qualitativa. Os dados foram colhidos a doze enfermeiros que exerciam funções gerenciais em instituições de saúde. O instrumento de colheita de dados foi entrevistas semi-estruturadas, gravadas, seguindo o critério de saturação dos dados.</p> <p>As questões fechadas, citavam dados pessoais dos participantes e as abertas, qual o seguimento pós-exposição.</p>	<p>A amostra foi de 12 enfermeiros, 9 eram do sexo feminino e a média de idade foi de 44 anos. O tempo médio de serviço foi de 18 anos; apenas 2 exerciam a menos que 10 anos. Os enfermeiros entrevistados tinham como funções, competências gerenciais em instituições de saúde, no período de outubro a novembro de 2010. As instituições foram escolhidas a partir de uma pesquisa realizada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). A exposição ocupacional a fluidos biológicos é considerada o acidente mais frequente entre os profissionais de enfermagem, e o tipo mais grave, por ser um risco de doenças graves.</p>	<p>A colheita de dados foi por entrevista semi-estruturada, gravada, segundo critério de saturação dos dados, no período de agosto a novembro de 2010.</p> <p>Após a transcrição na íntegra das entrevistas, realizou-se uma análise temática.</p> <p>Os princípios éticos, foram aceitos pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná sob o número 062/09. Para garantir o anonimato, os excertos das entrevistas foram codificados com a letra E, seguido de número arábico, em ordem crescente de sua realização (E1, E2 ...).</p> <p>Os entrevistados foram esclarecidos sobre a finalidade do estudo e, quando de acordo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).</p>	<p>Este perfil demonstra que os enfermeiros coordenadores já possuem experiência na profissão para assumir um cargo administrativo.</p> <p>A análise temática qualitativa permitiu ver algum desconhecimento do protocolo pós-exposição biológica.</p> <p>Após várias leituras deste documento, assim como outros, percebe-se cada vez mais que a capacitação é uma preocupação de quem gere o planejamento, a aplicabilidade e a centralidade dos cuidados, deixando cada vez mais de parte atitudes paternalistas e/ou desinvestidoras da participação das pessoas no seu próprio processo de promoção da saúde.</p> <p>A percepção de que os enfermeiros e as pessoas são parceiros de cuidados, cujo objetivo principal dessa parceria é a autonomia merece cada vez mais o nosso total interesse não apenas na prática, mas também no investimento da formação contínua</p>

					dos profissionais.
--	--	--	--	--	--------------------



## **ANEXO VI**

### **PLANO DAS SESSÕES**

## PLANO DAS AÇÕES

Promover a capacitação dos funcionários municipais do saneamento para o comportamento de adesão à vacinação da hepatite B.

Tema da sessão		Riscos em saúde que podem decorrer das funções laborais
População-alvo	Formador	Destinatários: Funcionários Municipais de saneamento e resíduos sólidos Mestranda de Enfermagem Comunitária Susana Alves.
Duração		30 a 45 Minutos
Data		setembro/ outubro de 2016
Horário		14.30
Objetivo geral		No final da sessão os funcionários deverão ser capazes de identificar alguns dos riscos a que estão sujeitos no exercício das suas funções laborais.
Objetivos específicos		Esta sessão tem por objetivo capacitar os funcionários municipais do saneamento e resíduos sólidos para a importância de identificarem os riscos a que podem estar sujeitos e aplicarem corretamente os cuidados gerais e as medidas universais de proteção.

Tema da sessão		A vacinação como recurso fundamental para a promoção da saúde
População-alvo	Formador	Funcionários Municipais de saneamento e resíduos sólidos Mestranda de Enfermagem Comunitária Susana Alves.
Duração		30 a 45 Minutos
Data		setembro/outubro de 2016
Horário		14.30
Objetivo geral		No final desta sessão os funcionários deverão ser capazes de identificar a mais valia da prevenção conseguida através da vacinação.
Objectivos específicos		Esta sessão tem por objetivo informar e capacitar os funcionários municipais do saneamento e resíduos sólidos para a importância de identificarem os benefícios da prevenção através da vacinação como medida essencial à proteção da saúde no seu domínio laboral.

Tema da sessão		Potencial do uso de fontes de informação de saúde fidedignas
População-alvo	Formador	Funcionários Municipais de saneamento e resíduos sólidos Mestranda de Enfermagem Comunitária Susana Alves.
Duração		30 a 45 Minutos
Data		setembro/outubro de 2016
Horário		14.30h
Objectivos gerais		No final desta sessão os formandos deverão ser capazes de identificar fontes credíveis de informação.
Objectivos específicos		Esta sessão tem por objetivo mostrar aos funcionários a importância de identificarem e usarem corretamente os meios de comunicação ao seu dispor, perceberem os riscos da utilização de informação errada as diferenças que existem e como as identificam.

Etapas	Actividades didácticas	Métodos e técnicas pedagógicas	Equipamentos/ Meios didácticos	Avaliação	Tempo (min.)
--------	------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-----------	--------------

Introdução	Apresentação (nossa / tema)	Expositivo e Participativo	Informal	---	5 min.
	Apresentação objectivos gerais e específicos	Expositivo		---	5 min
Desenvolvimento	Apresentação dos conteúdos	Expositivo e participativo		---	20 min.
	Síntese	Expositivo		---	
Conclusão	Avaliação em grupo		Questões livres	Interativa	5 min.
	Conclusão	Participativo		Interativa	

## AVALIAÇÃO DAS SESSÕES

Após a escolha do conceito de qualidade, há que seleccionar uma ou mais abordagens para a avaliação.

Em relação a esta escolha existe uma multiplicidade de possibilidades, sistematizadas por Donabedian (1980) na famosa tríade “estrutura, processo e resultados”.

No que diz respeito à estrutura, esta concerne aos elementos estáveis (recursos materiais, humanos e organizacionais):

- ✓ Foram utilizados como materiais de consulta estruturais às ações orientações emanadas pela DGS.
- ✓ Foi ainda consultado o Plano Nacional de Vacinação, no que se refere à importância da vacinação da hepatite B.
- ✓ Foram pedidas às autarquias as características da população a que se dirigiam no que diz respeito à idade, constituição e dimensão dos grupos e uma breve caracterização socio demográfica.

Os processos referem-se aos elementos constitutivos das práticas propriamente ditas, relacionados com tudo que medeia a ação:

- ✓ Foi feita uma adequação da linguagem, do tempo de duração das mesmas e da simplificação/ complexidade do processo de comunicação e utilizado como forma de avaliação da sessão, de acordo com o contexto onde decorreu, as idades predominantes e a dimensão de cada grupo questões livres como forma de fomentar o dialogo e a partilha de opiniões.
- ✓ Igualmente, houve a preocupação de explicar alguns processos de maior complexidade, de forma ajustada, no sentido de integrarem mais facilmente os assuntos abordados.
- ✓ A utilização de perguntas como método de avaliação das sessões foi escolhida por ser um processo facilitador da participação em grupo e ao mesmo tempo ser de simples utilização com adultos com baixos níveis de literacia.

Os resultados consideram-se as modificações no estado de saúde dos indivíduos na diminuição dos riscos e na promoção da saúde:

- ✓ A capacidade que todos os grupos, e dentro de cada um deles, serem capazes de nomear situações de risco, as vantagens do acesso à vacinação, a utilização de medidas universais de segurança, repensar e reconstruir os subsídios necessários possíveis de forma correta, será demonstrativo da eficácia e afetividade das noções transmitidas.
- ✓ Durante a conclusão das sessões, na dinâmica das questões livres, haverá oportunidade de corrigir algumas noções menos corretas que formos percebendo que possam existir, aproveitando todos os momentos para aprendizagem.

A avaliação da qualidade pode também ser alcançada pela análise construtiva do processo, sendo a abordagem da estrutura e dos resultados uma forma indireta de a atingir.