

105 Perceção do Risco de Gripe Pandémica entre Profissionais de Saúde de um Hospital Universitário

➤ Galaio, Luís Mendonça¹; Almeida, Clara^{1,5}; Sacadura-Leite, Ema^{1,2,3,4}; Sousa-Uva, António^{1,2,3,4}

▼ Resumo

Introdução: Apesar dos benefícios inerentes à vacinação contra a gripe, as taxas de vacinação entre os profissionais de saúde continuam baixas. Em 2007/2008, na Europa, variou entre os 6,4% e os 26,3%. Em Portugal, a taxa foi de 25%. Num contexto de gripe pandémica é provável que a perceção do risco de adquirir a infeção possa determinar a adesão à vacina por parte dos profissionais de saúde.

Objetivo: Conhecer a perceção do risco de contrair gripe A(H1N1)v por parte dos profissionais de saúde de um Hospital Universitário.

População e Métodos: O estudo decorreu durante toda a campanha de vacinação contra a gripe pandémica, entre o dia 26-10-2009 e 08-03-2010. A população alvo deste estudo foi composta por profissionais de saúde de um Hospital Universitário que compareceram, voluntariamente, no Serviço de Saúde Ocupacional para serem inoculados com a vacina contra a gripe pandémica. Aos profissionais que concordaram participar no estudo foi aplicado um questionário de auto-preenchimento, construído pelos investigadores.

Resultados: De entre os 1.434 profissionais de saúde inoculados, 683 responderam ao questionário (47,6%). A maioria (67%) considerava-se em risco (alto a muito alto) de contrair a gripe pandémica. No que diz respeito aos hábitos de inoculação contra a gripe sazonal, 39,1% costumava fazê-la anualmente, 33,1% não se vacinava ou fazia-o de forma pouco regular e 23,3% só o fez após o aparecimento da gripe pandémica.

Discussão e conclusões: A maioria dos profissionais encontrava-se bem informada quanto ao risco de infeção por gripe pandémica, tendo cerca de dois terços respondido que esse risco seria alto ou muito alto. Contudo, tais resultados são limitados pelo desenho do estudo que apenas incluiu como participantes menos de metade dos trabalhadores que decidiram fazer a inoculação da vacina pandémica.

Palavras-chave: vacina contra a gripe; perceção do risco; profissionais de saúde; gripe pandémica

(1) Médico(a) do trabalho do Serviço de Saúde Ocupacional do Hospital de Santa Maria /CHLN

(2) Docente da ENSP/UNL (Grupo de Disciplinas de Saúde Ambiental e Ocupacional).

(3) CIESP, Escola Nacional de Saúde Pública, ENSP, Universidade Nova de Lisboa, 1600-560 Lisboa, Portugal.

(4) CMDT-LA – Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, 1349-008 Lisboa, Portugal.

(5) fisiatra

▼ Abstract

Introduction: Despite the inherent benefits of vaccination against sazonal flu, vaccination rates among healthcare workers remain low. In Europe, in 2007/08, it ranged between 6.4% and 26.3%. In Portugal, the rate was 25.0%. In a context of pandemic flu, risk perception of infection by healthcare workers probably influence the decision of taking the flu vaccine.

Objetives: To access the risk perception of contracting influenza A(H1N1)v by healthcare workers from an University Hospital

Materials and Methods: The study took place throughout the vaccination against pandemic flu campaign, between 26-10-2009 and 08-03-2010. The target population was healthcare workers from an university Hospital, who came voluntarily to the Occupational Health Service (OHS) to be inoculated with the vaccine against pandemic influenza A(H1N1)v. While waiting for their turn to be inoculated, workers were asked to answer a questionnaire, constructed by the investigators.

Results: Of the 1434 healthcare workers inoculated with the vaccine against pandemic flu, 47,6% answered the questionnaire. Most (67%) thought to be at high to very high risk of getting pandemic flu.

With regard to their habits of doing seasonal flu vaccine, 39.1% did it every year, 33.1% did not do it regularly and 23.3% did so only after the news of the emergence of pandemic flu.

Conclusion: Two thirds of professionals considered to be at high to very high risk of getting pandemic flu. However, this result may not reflect the reality of the hospital employees since the ones that participated in the study where those who decided to take the pandemic flu vaccine.

KEYWORDS: Influenza vaccination; risk perception; healthcare workers; pandemic flu

> **Galaio**, Luís Mendonça ; **Almeida**, Clara ; **Sacadura-Leite**, Ema ; **Sousa-Uva**, António

▼ 1. Introdução

▼ 1.1 Contextualização histórica

A gripe constitui-se como uma das mais antigas doenças conhecidas da humanidade. A primeira descrição de um provável surto epidémico de gripe remonta a Hipócrates, no século V antes de Cristo (FROES, 2010).

A palavra gripe deriva da palavra francesa grip, que significa “garra” ou “gancho”. Foi devido ao facto de ser uma doença que ataca bruscamente – de onde o termo agrippe (lança a garra) – que a doença foi assim batizada, em francês, no ano de 1743 (DERENNE, BRICAIRE, 2006).

Em diversos países, a doença é designada influenza. Este termo derivou do vocábulo italiano “influenza” que visava todo o conjunto de doenças que hoje denominamos como infecciosas. O termo baseia-se no conceito hipocrático que, entre outros, defendia que esse tipo de patologias surgia devido à influência do clima e dos astros (DERENNE, BRICAIRE, 2006; SAKELLARIDES, 2009).

Em 1931 o americano Richard Shope isolou, pela primeira vez, o vírus da gripe nos porcos. O primeiro vírus humano foi descrito em 1933 pelos ingleses Smith, Andrews e Laidlaw. Foi denominado vírus A, só tendo o vírus B sido descoberto em 1940 e o vírus C em 1947 (DERENNE, BRICAIRE, 2006).

▼ 1.2 Etiologia

O agente etiológico da gripe é um vírus ARN (ácido ribonucleico) que faz parte da família dos Ortomixovírus. Esta é dividida em três géneros: A, B e C (LONGO, 2010). Os vírus A e B têm, cada um, oito segmentos de ARN monocadenar de polaridade negativa. O vírus C contém sete (DERENNE, BRICAIRE, 2006).

O vírus da gripe tem uma forma esférica (por vezes filamentosa), com cerca de 80-120 nm de diâmetro. Compreende um invólucro constituído por duas camadas: uma interna, proteína da matriz M1 e outra externa lipídica originada a partir da célula hospedeira onde se deu a replicação viral.

Fixadas à membrana encontram-se três tipos de moléculas que desempenham um papel fundamental na biologia do vírus, as proteínas de superfície: (i) a proteína da matriz M2 que funciona como um canal iónico, permitindo a acidificação do interior do vírus e exercendo, desse modo, uma ação crucial no princípio da replicação viral; (ii) a hemaglutinina (HA) que é responsável pela sua virulência e tem uma função antigénica; trata-se de uma glicoproteína que permite a adesão do vírus a recetores na membrana celular da célula hospedeira. Promove a endocitose do vírus e a sua fusão com a membrana do endossoma, permitindo a libertação das nucleocápsides para o citoplasma. A resposta imunitária contra HA vai determinar a eficácia de proteção contra a infeção pelo vírus. E (iii) a neuraminidase (NA), uma outra glicoproteína que desfaz a adesão dos vírus replicados à célula hospedeira, lançando-os para o exterior. A resposta imunitária contra esta proteína contribui para a limitação da disseminação viral. É contra esta proteína que se dirigem os principais tratamentos específicos contra o vírus (DERENNE, BRICAIRE, 2006; LONGO, 2010).

A enzima que assegura a transcrição do ARN viral comete muitos erros durante o processo replicativo. Esta geração de mutações de ponto é ampliada pelo facto do vírus não ser dotado de sistema de correção desses erros. Assim, assiste-se a uma constante modificação da estrutura do genoma do vírus. (DERENNE, BRICAIRE, 2006; LEITE, 2010). O resultado é o aparecimento, mais ou menos regular, de novas estirpes virais modificadas a que se dá o nome de derivações genéticas – *drift*. Estas, não têm os epítomos de HA ou NA que induziram a imunidade protetora primária (LEITE, 2010).

Mais raramente, surgem fenómenos de recombinação genética – *shift*. Estes ocorrem quando um hospedeiro comum (o porco) é simultaneamente infetado por um vírus humano e por um vírus aviário. Quando se dá a replicação dos vírus, pode ocorrer a criação de um novo vírus híbrido que possui uma estrutura distinta dos seus antecessores, com uma HA e/ou NA antigenicamente muito diferentes daquelas para as quais o ser humano possui imunidade protetora. Estes novos vírus, criados por desvio antigénico, são capazes de infetar a generalidade dos indivíduos e surgem, aproximadamente uma vez em cada dez a cinquenta anos (DERENNE, BRICAIRE, 2006; LEITE, 2010).

Os vírus A são, essencialmente, vírus aviários e só uma minoria afeta os mamíferos. Os vírus B e C são quase exclusivamente humanos. (DERENNE, BRICAIRE, 2006). No ser humano a gripe é provocada predominantemente pelo vírus A e, em menor escala, pelo vírus B (LONGO, 2010).

O vírus Influenza tipo A apresenta algumas diferenças estruturais, em relação aos tipos B e C (DERENNE, BRICAIRE, 2006). O vírus influenza tipo A possui 16 tipos de HA e 9 tipos de NA. Os subtipos possíveis são, assim 144. Até há uns anos apenas um pequeno número tinha sido detetado no homem: A(H1N1), A(H1N2) e A(H3N2) (DERENNE, , BRICAIRE, 2006; LONGO, 2010). Os vírus Influenza A(H1N1), A(H3N2) circulam globalmente desde 1977 (juntamente com o vírus Influenza tipo B) e, nos últimos anos, também tem circulado o vírus Influenza A(H1N2) (USA. CDC, 2009). Recentemente, foram detetados novos subtipos entre as doenças humanas: A(H5N1), A(H7N7) e A(H9N2) (DERENNE, BRICAIRE, 2006).

O vírus Influenza tipo B divide-se em duas linhagens (Yamagata e Victoria) mas não se divide em subtipos (USA. CDC, 2009). Este vírus sofre derivações antigénicas mais lentas e menos extensas

➤ **Galaio**, Luís Mendonça ; **Almeida**, Clara ; **Sacadura-Leite**, Ema ; **Sousa-Uva**, António

que o tipo A. Esta característica poderá explicar a menor prevalência da doença provocada pelo tipo B, em comparação com o tipo A (USA. CDC, 2009; LONGO, 2010). Os surtos epidémicos causados pelo vírus Influenza tipo B são, regra geral, menos extensos e de menor gravidade quando comparados com os do tipo A (LONGO, 2010).

O vírus Influenza tipo C é um agente menos frequente de doença no ser humano, quando comparado com os outros tipos. Não possui NA nem HA mas somente uma glicoproteína denominada HEF (hemaglutinin, esterase, and fusion) (DERENNE, BRICAIRE, 2006). É comumente associado a sintomas tipo gripal e, menos frequentemente, a infeções respiratórias baixas. A elevada prevalência de títulos de anticorpo contra este tipo de Influenza parece indicar uma alta prevalência de infeção assintomática (LONGO, 2010).

➤

▼ 1.3 A Gripe Pandémica

O termo pandemia deriva do grego *pan* (todo) e *demos* (população). Serve para designar uma doença infetocontagiosa que afeta a maioria da população ao longo de uma vasta extensão geográfica (um continente ou o planeta) (DERENNE, BRICAIRE, 2006). Uma pandemia de gripe é, assim, uma epidemia à escala mundial.

Para que ocorra uma pandemia de gripe, é preciso que sejam cumpridas três condições: (i) a emergência de um novo subtipo de vírus (gerado a partir de um *shift* antigénico) para o qual a população tem pouca ou nenhuma imunidade; (ii) o novo subtipo viral tem que ter a capacidade de se replicar em seres humanos e de provocar doença grave e (iii) o novo vírus tem que ter a capacidade de transmissão eficaz de pessoa a pessoa (PORTUGAL. DGS, 2007).

As pandemias de gripe são sempre acontecimentos imprevisíveis, não só em termos de morbidade, mortalidade e padrões de disseminação, mas também em relação à data em que vão ocorrer. Ao contrário das epidemias de gripe dos períodos interpandémicos, que têm características sazonais, as pandemias de gripe podem surgir em qualquer altura do ano. Traduzem-se por um aumento abrupto da morbimortalidade em todo o mundo sendo, portanto, acontecimentos disruptivos em termos de capacidade de resposta dos serviços de saúde e da manutenção de outros serviços essenciais a um país (PORTUGAL. DGS, 2007).

As pandemias de gripe tendem a desenvolver-se por ondas (até três ondas) em que, frequentemente, a primeira é menos grave do que as restantes. O intervalo entre ondas sucessivas pode ser de apenas um mês (PORTUGAL. DGS, 2007).

Os registos históricos sugerem que terão ocorrido dez pandemias de gripe nos últimos quinhentos anos. O séc. XX caracterizou-se pela ocorrência de três pandemias: 1918/1919 (gripe espanhola ou pneumónica), 1957/1959 (gripe asiática) e (a última) em 1968/1969 (gripe de Hong-Kong) (DERENNE, BRICAIRE, 2006; LONGO, 2010).

Os períodos interpandémicos são variáveis, podendo ir dos dez aos cinquenta anos. Nestes períodos é característica a ocorrência das epidemias sazonais de gripe (PORTUGAL. DGS, 2007). O início do séc. XXI caracterizou-se por uma noção de quase inevitabilidade de uma nova pandemia de gripe. Até abril de 2009 já tinham decorrido quase 41 anos desde a última pandemia de gripe e o intervalo interpandémico mais longo até aí tinha sido de 39 anos (WILDER-SMITH, 2003).

A gripe espanhola ou pneumónica (1918/19), a mais devastadora das pandemias do século passado, foi causada por um vírus Influenza tipo A(H1N1). Estima-se que tenha infetado cerca de um terço da população mundial. As estimativas, muito imprecisas, apontam para que 2,5% dos casos tenham culminado em morte (num número total que situará entre os 20 e os 100 milhões de óbitos). As complicações atingiram principalmente a população jovem, sobretudo através de pneumonias víricas muito graves (DERENNE, BRICAIRE, 2006; LONGO, 2010). Em Portugal, foi responsável por um excesso de mortalidade de 2,64% (PORTUGAL. DGS, 2007).

A gripe asiática (1957/58), causada pelo vírus A(H2N2), teve menor impacto em termos de mortalidade, a nível mundial. Estima-se que tenha provocado cerca de dois milhões de mortes (PORTUGAL. DGS, 2007). Pensa-se que se tenha iniciado em fevereiro de 1957, no Norte da China. A maior incidência recaiu sobre as crianças em idade escolar e adultos até aos 40 anos. Muito embora a doença tivesse tido baixa incidência nos adultos com idade superior a 60 anos, foi nesta faixa etária onde se registaram a maioria dos óbitos (SAKELLARIDES, 2009). Em Portugal, estima-se que a doença tenha atingido 20% da população, vitimando cerca de 1.050 pessoas (12,7/100.000 habitantes) (PORTUGAL. DGS, 2007).

A gripe de Hong Kong (1968/69), causada por vírus A(H3N2), levou cerca de um ano a espalhar-se pelo mundo. Foi aquela em que se verificou uma mortalidade mais baixa (cerca de um milhão de mortes, a nível mundial, sobretudo entre idosos) e a que se apresentou, clinicamente, mais ligeira. Pensa-se que tal possa ter resultado de proteção parcial conferida pelas pandemias anteriores, pelo menos para parte da população. Em Portugal não constituiu exceção, tendo sido mais benigna do que as que a antecederam no mesmo século (SAKELLARIDES, 2009; PORTUGAL. DGS, 2007).

▼ 1.4 Cronologia da Gripe Pandémica A(H1N1)v

Até ao final do primeiro trimestre de 2009 vivia-se na expectativa de um novo surto pandémico de gripe. A emergência de novos casos, na Ásia desde 1997, associados ao vírus aviário A(H5N1) apontavam para a probabilidade que fosse aí que se originasse a nova pandemia. Ao longo dos oito anos que se seguiram à sua descoberta, este vírus foi-se caracterizando pela quase ausência de transmissão entre seres humanos e pela elevada taxa de mortalidade associada à doença (que variou entre 30 a 70%). O facto de este vírus ter dificuldade na transmissão entre seres humanos, parece ser sido o fator que mais contribuiu para a contenção da eclosão de uma nova pandemia (DERENNE, BRICAIRE, 2006; PORTUGAL. DGS, 2007; SAKELLARIDES, 2009).

É neste contexto que, a 17 de abril de 2009, as autoridades mexicanas notificam o aparecimento de um número elevado de pneumonias em indivíduos jovens. A 22 de abril, o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) informa que foi identificado um novo vírus Influenza A(H1N1), de origem suína, o qual estaria, muito provavelmente, associado ao surto epidémico em curso no México – recebeu a designação de A(H1N1) California/7/2009. A 29 de abril diagnosticou-se o primeiro caso do novo vírus (SAKELLARIDES, 2009; FROES, 2010).

A gripe A revela-se, em termos clínicos, indistinguível da gripe sazonal. Contudo, manifesta uma maior predominância de sintomatologia gastrointestinal (vómitos e diarreia). Na grande maioria dos casos a doença tem um carácter benigno havendo, contudo, a possibilidade de formas muito graves de doença numa minoria de doentes (portadores de doenças crónicas, sobretudo asmáticos e imunodeprimidos, obesos e grávidas). As taxas de transmissão são mais altas nas crianças, seguidas pelos adultos jovens. Tem baixa incidência nos idosos (pensa-se que por imunização prévia, em particular, nos nascidos antes de 1950) (FROES, 2010).

A fase de atividade correspondente à pandemia, ou seja, a presença de transmissão mantida em vários continentes, foi declarada pela Organização Mundial de Saúde a 11 de junho de 2009.

A 4 de julho (semana 27) é diagnosticado, em Portugal, o primeiro caso de transmissão interna da nova gripe. Até então, a concentração de casos que se vinha a desenhar, eram importados. No dia seguinte, tem início a primeira agregação de casos (*cluster*) num externato de Benfica, em Lisboa (SAKELLARIDES, 2009).

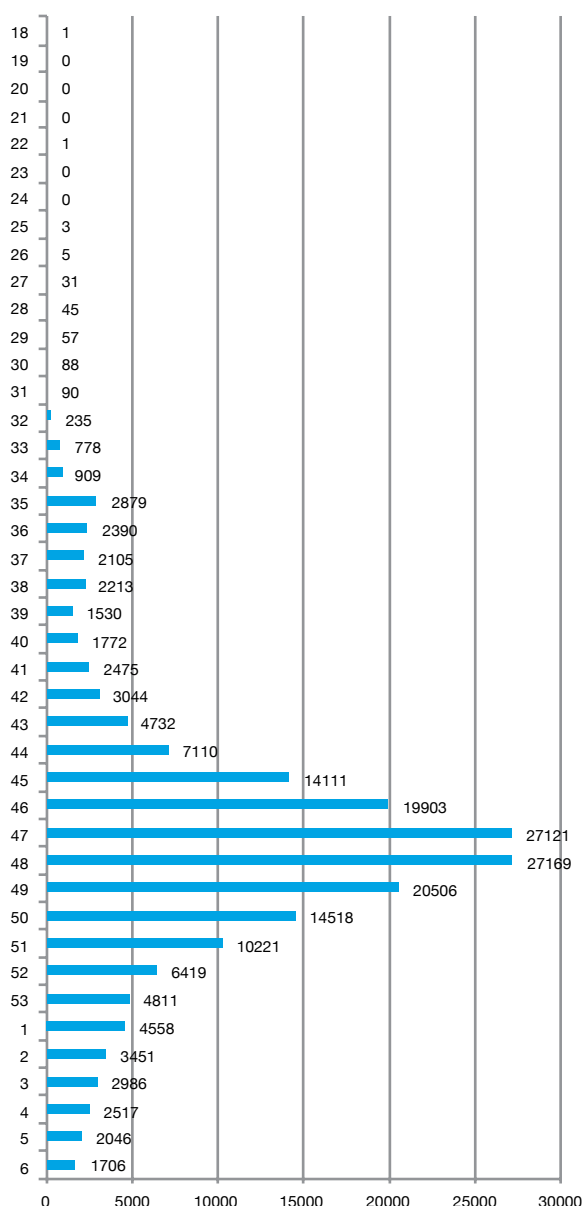
Durante o mês de agosto (semanas 32 a 35, inclusive) assiste-se a um significativo aumento do número de casos de doentes com gripe A, particularmente no Algarve. Manifestam-se, também, os primeiros casos de gravidade clínica mais acentuada, a requerer cuidados hospitalares intensivos.

A partir de 21 de agosto (semana 34) a Direção Geral da Saúde determina que o diagnóstico passe a ser feito clinicamente. O recurso à confirmação laboratorial fica confinado a situações específicas, nomeadamente, a suspeita de doença entre profissionais de saúde. A contagem de novos casos deixa de se poder interpretar de forma consistente.

A mudança na forma de diagnóstico, a inexistência de óbitos (como aconteceu noutros países) e o facto do aumento da incidência em agosto não ter sido acompanhado de uma concentração local de casos, deu ao país uma sensação de acalmia (SAKELLARIDES, 2009).

A partir da semana 40 (28-09-2009 a 4-10-2009) assiste-se ao aumento exponencial do número de casos de gripe, de etiologia não confirmada. Esta curva atingiu o seu pico máximo na semana 48 (23 a 29 de novembro). A campanha de vacinação, com disponibilização das primeiras 49.000 doses para grupos alvo considerados prioritários pela Direção Geral de Saúde, iniciou-se a 26-10-2009 com exuberante cobertura mediática (**Figura 1**). O aumento do número de casos de gripe e a primeira onda pandémica dominavam a atualidade dos *media*.

Figura1 - Evolução do número de casos de gripe ao longo das semanas dos anos de 2009-2010. (baseado nos relatórios semanais com o ponto de situação da evolução da Gripe A em Portugal fornecidos pela DGS).



▼ 1.5 Os Profissionais de Saúde e a gripe

A gripe nosocomial encontra-se profusamente documentada. A eficácia da vacina da gripe na redução da morbilidade e da mortalidade em crianças, idosos e pacientes debilitados foi demonstrada em vários estudos (WILDE et al., 1999). Os profissionais de saúde estão em risco constituindo-se, simultaneamente, fonte e vítimas de infeção, adquirindo ou transmitindo a doença aos seus doentes e/ou colegas de trabalho (USA. CDC, 2006; USA. ACOEM, 2006).

Desde 1981, o *Advisor Committee on Immunization Practices* do US Public Health Service aconselha a vacinação dos profissionais de saúde que tenham a seu cargo pacientes passíveis de sofrer de morbilidade severa devido à infeção por influenza (WILDE et al., 1999). Um profissional de saúde que esteja infetado pode transmitir a doença aos seus doentes, independentemente do facto de ter manifestações clínicas, ou não. Num estudo em particular (WILDE et al., 1999) 23% dos profissionais estudados, apresentavam evidência serológica de infeção pelo vírus influenza. Destes, 59% não se recordavam de ter tido gripe e 28% negaram qualquer infeção respiratória durante a última época de gripe, sugerindo uma alta prevalência de doença assintomática. A incidência de gripe entre utentes de enfermaria com internamento de longa duração pode chegar a taxas de 25% a 60%, com uma taxa de mortalidade associada de 10% a 20% (USA. CDC, 2006). Stott, citado por Wilder-Smith, refere que os surtos de gripe em contexto hospitalar devido a profissionais de saúde infetados ocorrem tipicamente em paciente idosos de internamento prolongado, mas também em unidades de nefrologia, de transplantados e oncologia, nos cuidados intensivos neonatais e em pediatria (WILDER-SMITH, 2003).

A base de uma estratégia de prevenção eficaz contra a gripe é a vacinação. Esta tem demonstrado ser custo-efetiva ao mesmo tempo que poupa recursos. Está associada a uma redução da incidência da doença bem como de doenças respiratórias relacionadas com a gripe, de complicações graves e da taxa de mortalidade, principalmente entre a população mais idosa. Paralelamente, reduz os gastos em cuidados de saúde associados ao tratamento, à prevenção e à hospitalização. A vacina está também associada a uma redução do absentismo (perda de dias de trabalho) e do *presentismo* (perda de produtividade associada à presença no trabalho apesar de doente). Os trabalhadores que contraem gripe perdem, em média, dois dias de trabalho (NICHOL, TREANOR, 2006; BLANK et al., 2009).

Saxen levou a cabo um estudo onde demonstra que os profissionais de saúde vacinados tiveram uma redução de 28% de dias perdidos atribuíveis a doença respiratória (USA. CDC, 2006). Ao mesmo tempo, verificou uma redução em 28% dos dias em que se sentiram incapazes de ir trabalhar.

Outro estudo (caso-controlo) mostra-nos que a vacina ficou associada a uma menor incidência de gripe entre os vacinados quando comparados com os controlos (1,7% para 13,4%) (WILDE et al., 1999). Paralelamente documentou menos doenças respiratórias (28,7% para 40,6%) e uma redução nos dias perdidos (9,9 dias por 100 indivíduos vacinados, contra os 21,1 dias por 100 indivíduos no controlo).

Potter, citado por Wilder-Smith, demonstra que a vacinação dos profissionais de saúde é uma estratégia eficaz para a prevenção da gripe entre os pacientes idosos de internamento prolongado. A vacinação dos profissionais de saúde está associada a uma redução da mortalidade total nos pacientes idosos de 17% para 10%. Assim, concluiu que a vacinação dos profissionais de saúde tem um maior impacto na redução da mortalidade dos idosos do que a vacinação dos próprios idosos (WILDER-SMITH, 2003).

Apesar dos benefícios inerentes à vacinação contra a gripe já relatados, as taxas de vacinação entre os profissionais de saúde continuam tipicamente baixas. Esta é uma realidade que é descrita por vários autores de vários países. Por exemplo nos Estados Unidos da América, entre 1989 e 2003, a cobertura vacinal entre profissionais de saúde flutuou entre os 10% e os 40%, mantendo-se relativamente constante desde 1997 (USA. CDC, 2006).

A taxa de cobertura da vacina da gripe, em 2007/2008, em onze países europeus estudados por Blank, variou entre os 6,4% na Polónia e os 26,3% na República Checa. Em Portugal, a taxa foi de 25,0% e tinha sido 25,4%, em 2006/2007 (BLANK, 2009) (**Quadro 1**).

Num estudo conduzido, em muito menor escala, num hospital saudita no qual os profissionais se caracterizam pela sua pluricontinentalidade, o rácio de cobertura cifrou-se nos 23% (AL-TAWFIQ, 2009).

Quadro 1 – Taxa de cobertura da vacina da gripe na época 2007/2008, em onze países europeus (Adaptado de BLANK, 2009)

	Taxa de cobertura (%) da vacina de gripe 2007/2008
Reino Unido	24,0
Alemanha	17,3
Itália	10,9
França	22,9
Espanha	25,4
Áustria	19,0
República Checa	26,3
Finlândia	19,4
Irlanda	20,5
Polónia	6,4
Portugal	25,0

Um outro estudo, alemão, revelou uma taxa de vacinação contra a gripe sazonal de 26,9% no Hospital Universitário de Frankfurt (WICKER et al, 2009) e a taxa de vacinação num hospital em Espanha em três campanhas de vacinação sucessivas, situou-se entre os 16 e os 40% (VIRSEDA et al., 2010).

No contexto específico de uma pandemia, como a da gripe A(H1N1)v e uma vez que estes profissionais de saúde prestam cuidados a um número muito elevado (e crescente) de doentes, assiste-se a um aumento da exposição ao agente etiológico e, consequentemente, da probabilidade de contágio (LEITE, 2010). Apesar desta realidade, um estudo realizado num hospital de Hong Kong onde a taxa de vacinação contra a gripe sazonal era de 32,9%, quando inquirido esse mesmo grupo populacional, revelou uma taxa de aceitação da vacina da gripe pandémica de 47% (CHOR, 2009). Noutro hospital de Hong Kong obteve-se uma taxa de intenção de vacinação contra gripe pandémica de 45%, desde que a vacina fosse fornecida gratuitamente (LAU et al., 2009). Um questionário recentemente efetuado entre 441 profissionais de saúde de cinco hospitais gregos sobre a atitude perante a vacinação da gripe pandémica demonstrou uma taxa de aceitabilidade de 17% (RACHIOTIS et al., 2010). Schwarzingger, citado por Virseda, conduziu um estudo em 1.434 médicos de Clínica Geral entre junho e setembro de 2009. Mais de 60% declararam a sua intenção de aceitar a vacina contra o A(H1N1)v assim que estivesse disponível. O autor realça, no entanto, que um mês após o início da campanha vacinal em França, a taxa de vacinação permanecia abaixo dos 10% (VIRSEDA et al., 2010).

A perceção do risco de adquirir a infeção parece pois ser determinante na tomada de decisão de por parte dos profissionais de saúde em se vacinarem. Neste contexto, o presente estudo teve como objetivo conhecer a perceção do risco de contrair gripe A(H1N1)v por parte dos profissionais de saúde de um Hospital Universitário.

▼ 2. População e métodos

A população alvo deste estudo foi composta por profissionais de saúde de um Hospital Universitário que vieram, voluntariamente, ao Serviço de Saúde Ocupacional para serem inoculados com a vacina contra a gripe pandémica A(H1N1)v. Construiu-se um inquérito por questionário autopreenchido composto por três grupos de questões. Um primeiro grupo orientado para a caracterização demográfica, o segundo composto por uma escala do tipo Likert para aferir o grau de perceção do risco de gripe pandémica, o terceiro orientado para a história pregressa de vacinação contra a gripe sazonal.

O inquérito decorreu durante toda a campanha de vacinação contra a gripe pandémica, entre o dia 26 de outubro de 2009 e 08 de março de 2010. Enquanto esperavam pela sua vez para serem inoculados, os trabalhadores eram convidados, pelas enfermeiras do trabalho do Serviço de Saúde Ocupacional, a participar no estudo. Todos os trabalhadores foram informados sobre o objetivo do estudo, da garantia de confidencialidade das respostas e que a escusa de participação não condicionava a toma da vacina.



▼ 3. Resultados

De entre os 1.434 profissionais de saúde que se deslocaram ao Serviço de Saúde Ocupacional com o intuito de receber a vacina contra a gripe pandémica, 683 responderam voluntariamente ao questionário, o que equivale a uma taxa de resposta de 47,6%. A média etária dos respondentes foi 40 anos de idade (mínimo de 20 anos e máximo de 73 anos, com um desvio padrão de 11,4). De entre os participantes no estudo 75,3% eram mulheres. No que diz respeito à antiguidade no hospital, a média foi de 12,3 anos (mínimo de 0 anos e máximo de 43 anos, com um desvio padrão de 10,9).

A distribuição dos trabalhadores por grupo profissional encontra-se descrita na **Figura 2**, correspondendo a metade das respostas a médicos e enfermeiros.

Em termos da perceção de risco, 67% dos inquiridos consideraram existir um risco alto ou muito alto de contrair a gripe pandémica. Apenas 6% considerou esse mesmo risco baixo ou muito baixo (**figura 3**).

Figura 2 – Distribuição (em percentagem) da amostra por grupo profissional

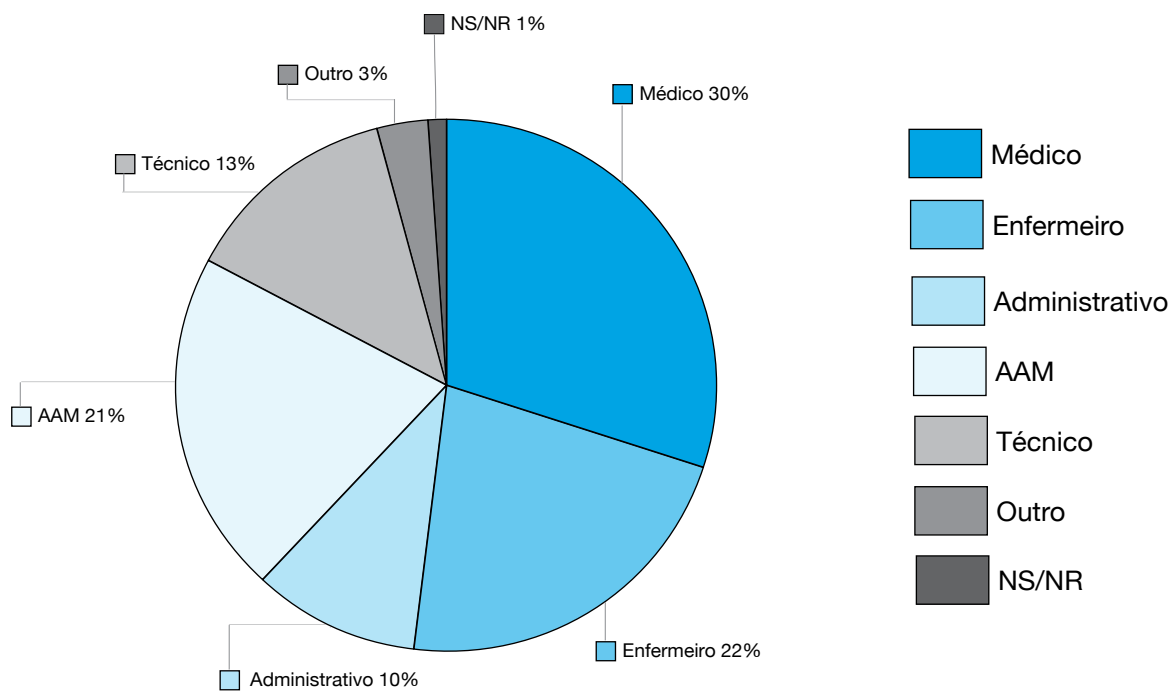
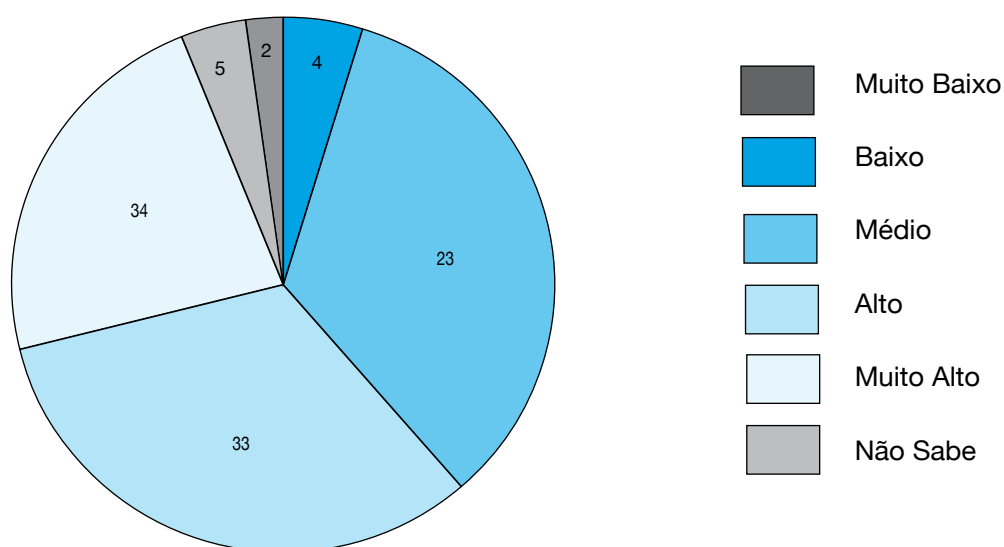
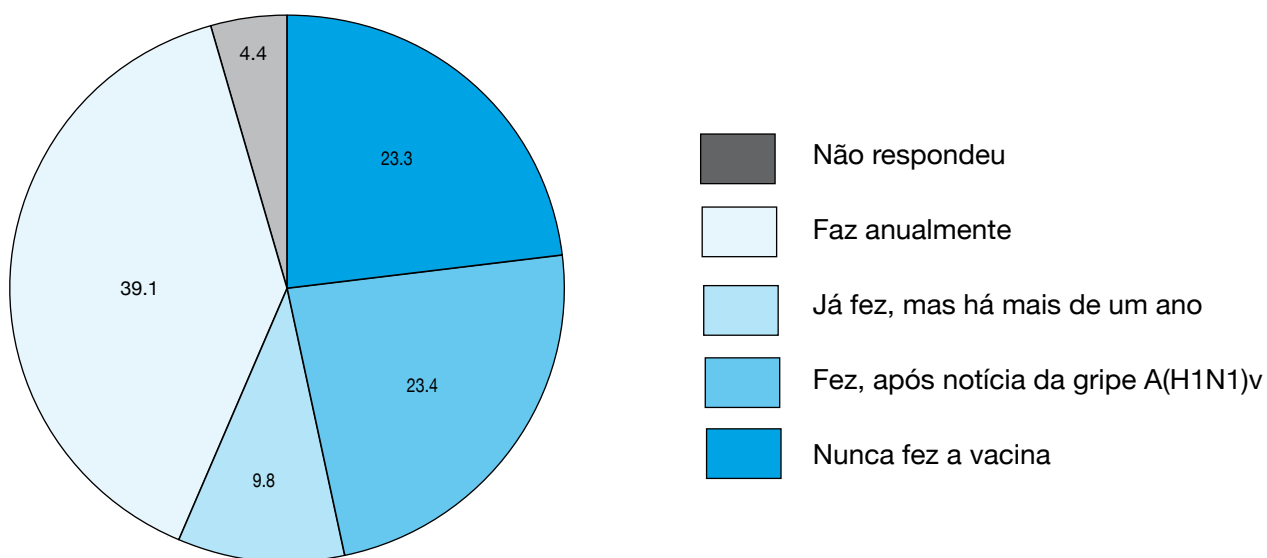


Figura 3 – Distribuição (em percentagem) da perceção de risco de contrair gripe A(H1N1) entre os profissionais de saúde do HSM que optaram por se vacinar



Quando questionados sobre a história pregressa de vacinação para gripe sazonal apenas 39,1% dos respondentes declarou fazer a vacina anualmente e 23,4% só fez esta vacina após as notícias de gripe pandémica. De entre os profissionais que optaram por se vacinar contra a gripe pandémica, 23,3% nunca se tinha vacinado contra a gripe sazonal (**Figura 4**).

Figura 4 – Distribuição do estado de vacinação em relação à gripe sazonal



▼ 4. Discussão e Conclusões

A maioria dos profissionais que responderam ao inquérito encontra-se bem informada quanto ao risco de infeção por gripe pandémica associado a um profissional de saúde, tendo cerca de dois terços respondido que este seria alto a muito alto. Contudo, este resultado dificilmente reflectirá a realidade dos funcionários do Hospital Universitário em causa pois apenas participaram no estudo os trabalhadores que decidiram fazer a vacina pandémica. Desta forma, a preocupação sobre este tema e a opção por um comportamento preventivo contrastam claramente com os restantes profissionais do hospital que optaram por não se vacinar.

Este resultado não será, portanto e seguramente, representativo da maioria dos profissionais do hospital que optaram por não se vacinar, nem extrapolável para outros hospitais. No entanto, permite a nossa reflexão sobre o tema e poderá constituir um ponto de partida para outros estudos acerca da avaliação da perceção do risco em profissionais de saúde expostos, designadamente a fatores de risco de natureza biológica cujos efeitos poderão ser preveníveis através da vacinação.

Ainda no que diz respeito aos participantes deste estudo, pudemos verificar que os médicos e enfermeiros perfizeram 52,3% do número total dos respondentes. Além disso, também foram os grupos profissionais com maior taxa de resposta por grupo profissional vacinado (42,3% e 45,2%, respetivamente). É motivo de consideração, com um razoável nível de prioridade, a verificação que apenas 11,8% dos administrativos, 10,7% dos auxiliares de ação médica e 15,4% dos técnicos de diagnóstico e terapêutica optaram por preencher o inquérito. Esta situação poder-se-á ter ficado a dever ao facto destes profissionais serem os menos informados quanto à doença e, como tal, se tenham escusado a responder. Por esta ou outras razões, estes grupos profissionais afastam-se do estudo, o que poderá constituir um viés. Em futuros estudos desta natureza, este problema poderá ser obviado se o preenchimento do inquérito passar a ser orientado pelo médico ou pela enfermeira do trabalho.

Uma outra curiosidade deste estudo foi o facto de a maior parte dos inquiridos ter uma idade igual ou inferior a 39 anos e menos de 10 anos de serviço. Poder-se-á, eventualmente, especular que, quer os anos de vida quer a antiguidade no hospital, possam conduzir a um progressivo desinteresse fruto, eventualmente, da convivência continuada com o risco.

Como já foi referido, a maioria dos inquiridos (67%) considera-se em risco alto a muito alto de contrair a gripe pandémica. Apesar de esta taxa de resposta constituir cerca de dois terços da amostra, seria de esperar um valor ainda mais alto, na medida que estamos a lidar com uma população que já tomou a decisão de se vacinar. É uma população que tem claras preocupações com a doença e que, da análise individual que realizou, considerou-se em risco de poder vir a adoecer.

Como é sabido, a adesão a campanhas de vacinação anteriores é fator predisponente para vacinações futuras. Nesse sentido, quisemos saber se esta opção na vacinação contra a gripe pandémica era feita por profissionais que habitualmente se vacinam contra a gripe sazonal. De facto, o maior grupo de respostas (39,1%) corresponde a profissionais que costumam vacinar-se

➤ **Galaio**, Luís Mendonça ; **Almeida**, Clara ; **Sacadura-Leite**, Ema ; **Sousa-Uva**, António

anualmente. Estas respostas demonstram que o investimento na formação e informação é benéfico. Se influenciarmos positivamente os trabalhadores numa primeira vez, à partida continuarão a vacinar-se. Isto faz sentido, na medida que a decisão de se vacinar passa a ser feita de forma informada, e como tal, a justificação manter-se-á para os anos vindouros.

É interessante que 33,1% dos respondentes não se vacine contra a gripe sazonal ou que o faça de forma pouco regular. Este dado, a par com os 23,3% daqueles que fizeram a vacina sazonal devido ao aparecimento da gripe pandémica, vem demonstrar o efeito da informação. As notícias nos *media* e as campanhas de informação levadas a cabo pelo Serviço de Saúde Ocupacional conseguiram mobilizar, de facto, uma parte da população hospitalar que usualmente não está predisposta à vacinação.

Bibliografia

- AL-TAWFIQ, J.A., et al. - Attitudes towards influenza vaccination of multinationality health-care workers in Saudi Arabia. **Vaccine**. 27 (2009) 5538–5541
- BLANK, P.R., SCHWENKLENKS, M., SZUCS, T.D. - Vaccination coverage rates in eleven European countries during two consecutive influenza seasons. **Journal of Infection**. 58 (2009). 441-453.
- BLANK, P.R., et al. - Trends in influenza vaccination coverage rates in the United Kingdom over six seasons from 2001-2 to 2006-7. **Eurosurveillance**. 13:43 (2008) 19014.
- CHOR, J.S.Y, et al. – Willingness of Hong Kong healthcare workers to accept prepandemic influenza vaccination at different WHO alert levels: two questionnaire surveys. **British Medical Journal**. 339:b3391 (2009)
- DERENNE, J.P. ; BRICAIRE, F. – Pandemia: a grande ameaça. Lisboa: Alêtheia Editores, 2006.
- DERLET, R.W., et al. – Influenza. [Em linha]. **Medscape**. [Consult. 29.06.2010]. Disponível em <http://emedicine.medscape.com/article/219557-print>.
- LONGO, D.L., et al., ed. lit. – Influenza. In: Harrison's principles of internal medicine online. [Em linha]. [Washington, DC]: Access Medicine. McGraw-Hill Companies, [2010]. [Consult. 01.06.2010]. Disponível em http://www.accessmedicine.com/popup.aspx?alD=2895698&print=yes_chapter.
- JOHANSEN, K. et al. – Pandemic influenza A (H1N1) 2009 vaccines in the European Union. **Eurosurveillance**. 14:41 (2009) 19361.
- LAU, J.T.F., et al. – Acceptability of A/H1N1 vaccination during pandemic phase of influenza A/H1N1 in Hong Kong: population based cross sectional survey. **British Medical Journal**. 339 (2009) b4164
- LEITE, E. S., et al. - A Medicina do Trabalho a Pandemia da Gripe AH1 N1 (2009): o caso concreto do Hospital de Santa Maria/CHLN. **Infeção & Sepsis**. 6 (2010). 9-14
- NICHOL, K.L., TREANOR, J. J. – Vaccines for Seasonal and Pandemic Influenza. **The Journal of Infectious diseases**. 194:suppl2 (2006). 111-118.
- POLAND, G.A., TOSHA, P., JACOBSON, R.M. - Requiring influenza vaccination for health care workers: seven truths we must accept. **Vaccine**. 23 (2005). 2251–2255.
- PORTUGAL. DGS (Direção Geral de Saúde) – Pandemia de gripe: Plano de Contingência nacional para o Setor da Saúde Para a Pandemia de Gripe. Lisboa: DGS, 2007
- QURESHI, A.M. et al. - Factors influencing uptake of influenza vaccination among hospital-based health care workers. **Occupational Medicine**. 54 (2004). 197–201.
- RACHIOTIS, G. e tal. - Low acceptance of vaccination against the 2009 pandemic influenza A(H1N1) among healthcare workers in Greece. **Eurosurveillance**. 15: 6 (2010).
- SAKELLARIDES, C. et al. – Nós e a gripe. Informação, conhecimento e bom senso. 1ª ed. Lisboa: Gradiva, 2009.
- USA. ACOEM (American College of Occupational and Environmental Medicine) - Seasonal Influenza Prevention in Health Care Workers. (2006)
<http://www.seiu.org/Seasonal%20Influenza%20Prevention%20in%20Health%20Care%20Workers-1.pdf> (consultado em 10-03-2009)

- USA. CDC (Centers for Disease Control and Prevention) – Influenza vaccination of health-care personnel: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) and the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). **MMWR**. 55: RR-2 (2006). 1-16.
- USA. CDC (Centers for Disease Control and Prevention) – Prevention and Control of Seasonal Influenza with Vaccines: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). **MMWR**. 58: RR-8 (2009). 1-54.
- USA. NFID (National Foundation For Infectious Diseases) - Improving Influenza Vaccination Rates in Health CareWorkers. Bethesda, Maryland. (2004). <http://www.nfid.org/pdf/publications/hcw-monograph.pdf> (consultado em 12-03-2009)
- VIRSEDA, S. et al. – Seasonal and Pandemic A(H1N1) 2009 influenza vaccination coverage and attitudes among health-care workers in a Spanish University Hospital. **Vaccine**. 26 (2010). [Epub ahead of print]
- WILDE, J.A. et al. - Effectiveness of Influenza Vaccine in Health Care Professionals. **Journal of the American Medical Association**. 281: 10 (1999). 908-913.
- WICKER, S. et al. - Influenza Vaccination Compliance Among Health Care Workers in a German University Hospital. **Infection**. 37 (2009). 197-202.
- WILDER-SMITH., A., ANG, B. - The Role of Influenza Vaccine in Healthcare Workers in the Era of Severe Acute Respiratory Syndrome. **Annals Academy of Medicine**. 32 (2003). 573-575