



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Promoção da Adesão à Vacinação:

Uma Intervenção no âmbito da Saúde Escolar

Mónica Rute Madureira Rodrigues Boulhosa

Orientação: Mestre Isaura Serra, Professora Adjunta na Escola Superior Enfermagem São João de Deus, da Universidade de Évora

6ª Edição do Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023

Esta dissertação não inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Promoção da Adesão à Vacinação:

uma intervenção no âmbito da Saúde Escolar

Mónica Rute Madureira Rodrigues Boulhosa

Orientação: Mestre Isaura Serra, Professora Adjunta na Escola Superior Enfermagem São João de Deus, da Universidade de Évora

6ª Edição do Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023

*“O dever é uma coisa muito pessoal;
decorre da necessidade de se entrar em ação,
e não da necessidade de insistir com os outros
para que façam qualquer coisa.”*

Madre Teresa de Calcutá

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que de alguma forma tornaram possível a concretização deste projeto, principalmente à minha família. Um agradecimento especial ao meu marido e filhas, pelo grande apoio e incentivo transmitidos ao longo desta caminhada. Em particular às minhas filhas, espero ter transmitido os valores e incentivos necessários, para que atinjam a metas a que se propuserem.

À minha equipa, em especial à equipa de enfermagem, com quem partilho diariamente os meus dias de trabalho, que me recebeu de braços abertos a meio deste percurso, pelo acolhimento, motivação, incentivo e disponibilidade ao longo deste percurso.

À professora Isaura Serra pelo seu suporte e motivação, bem como pela sua excelente orientação ao longo do percurso efetuado.

À enfermeira AC pela sua orientação, incentivo, apoio e dedicação ao longo do estágio. Um muito obrigado a toda a equipa da UCC, com a qual tive oportunidade de aprender.

A toda a comunidade educativa, pois sem eles a elaboração deste projeto não seria possível.

A todos os colegas do mestrado com quem tive a oportunidade e o prazer de partilhar esta experiência.

À Madalena, a amiga que fiz durante este percurso, pelos momentos de partilha, presença, companheirismo, amizade, risos e gargalhadas tão fundamentais nesta caminhada.

A TODOS...

MUITO OBRIGADA

RESUMO

Introdução: A vacinação mantém-se como uma temática atual, perante todas as alterações ambientais, políticas e sociais. Promover a vacinação, em particular num ambiente escolar, continua a ser imperativo para permitir às populações/comunidades uma vida longa e saudável.

Objetivo: Promover o aumento da taxa de cobertura vacinal das crianças com idades compreendidas entre os 5-10 anos, através da melhoria dos conhecimentos dos pais/encarregados de educação relativamente ao acesso aos cuidados de saúde primários.

Metodologia: O projeto foi desenvolvido com base nas etapas da metodologia de Planeamento em Saúde, sendo utilizado um questionário (Tavares, 2014) como instrumento de recolha de dados para realizar o diagnóstico de situação. Sendo o referencial teórico do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender o alicerce do projeto.

Resultados: Do diagnóstico de situação emergiram, para além da adesão à vacinação, o défice de conhecimentos sobre o acesso aos cuidados de saúde neste âmbito. A promoção da saúde, particularmente em contexto escolar, através de sessões de educação para a saúde, proporcionaram a capacitação dos pais/encarregados de educação relativamente ao acesso aos cuidados de saúde e, consecutivamente, uma melhoria da cobertura da taxa vacinal dessas mesmas crianças, atingindo e superando desta forma os objetivos propostos para esta população alvo, nomeadamente, o aumento da taxa de cobertura vacinal em cerca de 61% e melhoria dos conhecimentos dos pais/encarregados de educação em relação ao acesso aos cuidados de saúde, que variou entre os 92% e os 100%.

Conclusão: A aposta de intervir em contexto de Saúde Escolar e a melhoria dos conhecimentos dos pais/encarregados de educação relativamente ao acesso aos cuidados de saúde, revelaram-se estratégias de extrema importância para a capacitação e promoção da saúde culminando na melhoria das taxas de cobertura vacinal.

Palavras-Chave: Vacinação, Saúde Escolar, Promoção da Saúde, Pais/Encarregados de Educação.

ABSTRACT

Introduction: Vaccination remains a current issue in the face of all environmental, political and social changes. Promoting vaccination, particularly in a school environment, remains imperative to enable populations/communities to have a long and healthy life.

Objective: To promote an increase in the vaccination coverage rate of children aged 5-10 years by improving the knowledge of parents/caregivers regarding access to primary health care.

Methodology: The project was developed based on the steps of the Health Planning methodology, using a questionnaire (Tavares, 2014) as a data collection tool to conduct the situation diagnosis. The theoretical framework of Nola Pender's Health Promotion Model was the foundation of the project.

Results: The situation diagnosis revealed, in addition to adherence to vaccination, a deficit of knowledge about access to health care in this area. Health promotion, particularly in school settings, through health education sessions, provided the empowerment of parents/guardians regarding access to health care and, consecutively, an improvement in the vaccination coverage rate of these same children, thus reaching and exceeding the objectives proposed for this target population, namely the increase of the vaccination coverage rate by about 61% and improved knowledge of parents/guardians regarding access to health care, which ranged from 92% to 100%.

Conclusion: The focus on intervening in School Health contexts and on improving the knowledge of parents/guardians regarding the access to health care proved to be extremely important strategies for the empowerment and promotion of health, culminating in improved vaccination coverage rates.

Key words: Vaccination, School Health, Health Promotion, Parents/Guardians.

ABREVIATURAS

ACES- Agrupamento de Centros de Saúde

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

AUCC- Associação de Unidades de Cuidados na Comunidade

BI-CSP- Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

CM- Câmara Municipal

CNS- Conselho Nacional de Saúde

CRIAR-T- Associação de Solidariedade Social

DGE- Direção Geral da Educação

DGS- Direção Geral da Saúde

ECCL- Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECSP- Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

EE- Encarregado de Educação

HPV- Papiloma Vírus Humano

INE- Instituto Nacional de Estatística

IPSS- Instituição de Solidariedade Social

JI- Jardim de Infância

MPS- Modelo Promoção da saúde

MS- Ministério da Saúde

ODS- Objetivos Desenvolvimento Sustentáveis

OE- Ordem dos Enfermeiros

PLS- Plano Local de Saúde

PNS- Plano Nacional de Saúde

PNSE- Plano Nacional de Saúde Escolar

PNV- Plano Nacional de Vacinação

PSP- Polícia de Segurança Publica

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS- Serviço Nacional de Saúde

Td- Tétano e Difteria

UAG- Unidade de Apoio à Gestão

UCC- Unidade Cuidados na Comunidade

UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UE- União Europeia

UNICEF- United Nations Internacional Children´s Emergency Fund

URAP- Unidade Recursos Assistenciais Partilhados

USF- Unidade de Saúde Familiar

USP- Unidade de Saúde Pública

WHO- World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
1.1. VACINAÇÃO E A SUA EVOLUÇÃO.....	16
1.2. PROMOÇÃO DA SAÚDE EM CONTEXTO ESCOLAR.....	21
1.3. MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER.....	26
2. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA	29
2.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONCELHO.....	29
2.2. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE.....	37
3. METODOLOGIA DE PLANEAMENTO EM SAÚDE	43
3.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	44
3.1.1. contextualização epidemiológica	44
3.1.2. população alvo	48
3.1.3. instrumentos recolha de dados	49
3.1.4. questões éticas	50
3.1.5. análise de resultados	51
3.2. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES.....	56
3.3. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS.....	57
3.4. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS.....	60
3.5. PREPARAÇÃO OPERACIONAL.....	62
3.5.1. intervenções e atividades	63
3.5.2. recursos necessários	68
3.5.3 cronograma das atividades	69
3.6 AVALIAÇÃO.....	70
3.7. DIVULGAÇÃO/FOLLOW UP DO PROJETO.....	76
4. OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	78
5. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS	80
5.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	80
5.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA.....	82
5.3. COMPETÊNCIAS DE GRAU DE MESTRE.....	84
CONSIDERAÇÕES FINAIS	86

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88
ANEXOS	96
ANEXO 1-- Evolução vacinação universal do PNV 1965-2016.....	97
ANEXO 2- PNV EM VIGOR.....	99
ANEXO 3- Autorização de utilização do instrumento de colheita de dados.....	101
ANEXO 4- Autorização da direção do agrupamento de escolas X.....	103
ANEXO 5- Parecer do Núcleo de Formação e Investigação do ACES.....	105
APÊNDICES	107
APÊNDICE 1- Instrumento de recolha de dados.....	108
APÊNDICE 2- Consentimento informado livre e esclarecido.....	115
APÊNDICE 3- Cartaz de divulgação da sessão de educação para a saúde.....	118
APÊNDICE 4- Plano da sessão de educação para a saúde.....	120
APÊNDICE 5- Sessão de educação para a saúde para os pais /EE.....	123
APÊNDICE 6- Folheto informativo- Guia do Utente.....	128
APÊNDICE 7- Apresentação dos resultados do projeto à Equipa de enfermagem da UCC.....	130
APÊNDICE 8- Cronograma de atividades.....	135
APÊNDICE 9- Resumo do artigo.....	137
APÊNDICE 10- Comunicação livre em formato de poster no IV Congresso da AUCC....	139
INDICE DE FIGURAS	
FIGURA 1- Fatores do modelo de promoção da saúde Nola Pender.....	27
FIGURA 2- Gráfico etário e índice de dependência da população abrangida pela UCC.....	40
FIGURA 3- Áreas de Intervenção Comunitária da UCC.....	41
FIGURA 4- Área geográfica do agrupamento de escolas.....	42
FIGURA 5- Cobertura vacinal por idade/coortes.....	46
FIGURA 6- Cobertura vacinal por idade/coortes para a vacina HPV.....	46
FIGURA 7- Cobertura vacinal por idade/coortes para a vacina Td.....	47
FIGURA 8- Cobertura vacinal do PNV 2021 no ACES.....	47
FIGURA 9- Cobertura vacinal do PNV para HPV 2021.....	48

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1- Evolução população residente no concelho.....	30
GRÁFICO 2- Densidade populacional.....	31
GRÁFICO 3- População residente por grupo etário do concelho.....	31
GRÁFICO 4- Pirâmide etária do município.....	32
GRÁFICO 5- Índice de envelhecimento do município	33
GRÁFICO 6- Número de nascimentos do município.....	33
GRÁFICO 7- Taxa bruta de natalidade do município.....	34
GRÁFICO 8- Taxa bruta de mortalidade do município.....	34
GRÁFICO 9- Principais causas de morte no domicílio.....	35
GRÁFICO 10- População estrangeira residente no município.....	36
GRÁFICO 11- População residente por naturalidade estrangeira por país de naturalidade.	36
GRÁFICO 12- Pirâmide etária utentes abrangidos pela UCC.....	39
GRÁFICO 13- Nível de escolaridade população do concelho.....	45
GRÁFICO 14- Cobertura vacinal das crianças 5-10 anos do agrupamento de escolas X....	52
GRÁFICO 15- Crianças com PNV desatualizado.....	52
GRÁFICO 16- Caracterização da amostra quanto ao sexo.....	53
GRÁFICO 17- Caracterização da amostra em relação ao grau de parentesco.....	53
GRÁFICO 18- Grau de escolaridade da amostra.....	54
GRÁFICO 19- Caracterização da amostra em relação à nacionalidade.....	54
GRÁFICO 20- Tempo de residência em Portugal da amostra.....	55
GRÁFICO 21- Conhecimentos e atitudes face à vacinação por parte da amostra.....	55

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1- Número de escolas por ciclo de escolaridade do concelho.....	37
TABELA 2- Grelha de ponderação de critérios.....	57
TABELA 3- Objetivos e metas do projeto de intervenção.....	58
TABELA 4- Metas e indicadores.....	59
TABELA 5- Estratégias do projeto de intervenção comunitária.....	61
TABELA 6- Atividades desenvolvidas.....	64
TABELA 7- Recursos financeiros.....	69
TABELA 8- Indicadores de processo.....	72

TABELA 9- Indicadores de resultado.....	73
TABELA 10- Competências comuns do enfermeiro especialista.....	80
TABELA 11- Competências específicas do enfermeiro especialista em ECSP.....	82

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Relatório, do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialidade em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, realizado em associação com as Escolas Superiores de Saúde dos Institutos Politécnicos de Beja, Castelo Branco, Portalegre, Setúbal e Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus da Universidade de Évora, a decorrer no presente ano letivo na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, foi proposto a realização de um relatório de estágio. A sua elaboração e aprovação com sucesso permite a obtenção do grau de mestre. Este Relatório tem como objetivo principal espelhar a aquisição e o desenvolvimento de conhecimentos, competências e aquisições enquanto aluna de mestrado e da área de especialidade de enfermagem comunitária e de saúde pública.

O estágio que permitiu a elaboração deste relatório, ocorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) durante 18 semanas, entre setembro de 2022 e janeiro de 2023. Este contexto clínico permitiu o cumprimento dos objetivos traçados para o estágio final, nomeadamente no que diz respeito ao desenvolvimento de um projeto de intervenção comunitária, utilizando a metodologia de projeto de planeamento em saúde.

Considerando as especificações deste contexto, manter o foco numa temática transversal a todas as áreas da saúde, a Vacinação, como metodologia primordial de prevenção da doença, têm um papel fulcral na promoção e aceitação das vacinas, através de intervenções baseadas em evidência. As vacinas não só previnem doenças, mas também salvam vidas, reduzindo assim os custos em saúde (World Health Organization [WHO], 2020).

Os enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (ECSP) são responsáveis pela promoção da saúde das comunidades/grupos e indivíduos, bem como da capacitação dessas mesmas comunidades e indivíduos para tomarem decisões conscientes relativamente à sua saúde e dos outros, colaborando ainda no planeamento, promoção, execução e avaliação dos planos nacionais de vacinação (PNV) (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018). Deste modo, assume-se um papel fundamental ao permitir que a informação seja transmitida e promovida no momento adequado, a um nível adequado e de forma adequada.

Todavia a pandemia da COVID-19 evidenciou a necessidade de demonstrar a importância das oportunidades vacinais, a necessidade de pautar pela criatividade e inovação, a fim de

favorecer a capacidade de resposta dos intervenientes nos programas de vacinação. No caso particular dos enfermeiros em contextos de prestação de cuidados no âmbito comunitário foi necessário mobilizar inúmeras estratégias, intervenções, e perspetivas para enfrentar um desastre internacional.

Efetivamente a vacinação é uma das medidas de saúde pública com maior sucesso, contudo o Euro barómetro de 2019 refere que os europeus têm tido de uma maneira geral uma atitude positiva face às vacinas, visto que 85% acreditam que a vacinação é uma maneira eficaz de prevenir doenças infecciosas e 79% consultariam e confiariam num profissional de saúde para obter informações sobre vacinas. Todavia também há alguns achados preocupantes: 48% acreditam que as vacinas muitas vezes podem produzir efeitos colaterais graves e 38% acham que as vacinas podem causar as doenças contra as quais protegem (União Europeia [UE],2019).

Por outro lado, emerge uma outra questão muito pertinente, que se relaciona com os fluxos migratórios, estes podem influenciar as taxas de cobertura vacinal, nomeadamente pela multiculturalidade, pelos programas nacionais de vacinação que diferem entre países e pelo desconhecimento da organização das estruturas de saúde.

Portugal, foi nos últimos 3 anos, um dos países da União Europeia (UE) com um aumento exponencial da população estrangeira residente, a referir que em 2019 o país se encontrava na vigésima posição e em 2021 encontra-se na décima oitava posição, face aos outros países da UE, mais de meio milhão de estrangeiros residentes, aumentando desta forma a proporção de estrangeiros face ao total da população residente no país (passando a existir 6 estrangeiros por cada 100 residentes, valor que até 2017 era de 4 por cada 100). Em paralelo, o aumento do fluxo de migrantes, torna-se num desafio para a saúde, em particular para a saúde pública e na operacionalização através dos Cuidados de Saúde Primários, pela sua proximidade com a Comunidade. Neste âmbito, a UE já em 2016 através do Plano de Ação sobre a Integração dos Nacionais de Países Terceiros, tinha detetado dificuldade de acesso aos cuidados de saúde nomeadamente no desconhecimento da funcionalidade do sistema de saúde e nas barreiras de comunicação por parte dos profissionais. Problema que se mantém atual, voltando a ser destacado no novo Plano de Ação para Integração e a Inclusão 2021-2027 (Oliveira,2021)

Torna-se pertinente promover ações de promoção de saúde no sentido de garantir o acesso de todos aos cuidados de saúde de forma adequada e no momento certo, respeitando as suas necessidades, direitos, mantendo a sua dignidade (Declaração Astana, 2018).

Neste sentido, optou-se por desenvolver este projeto de intervenção comunitária na área da promoção da saúde sobre a temática da vacinação, incidindo nas faixas etárias das crianças entre os 5-10 anos, por estas serem idades chave de vacinação na idade pediátrica segundo o

PNV e tendo sido identificado como foco de preocupação pela diminuição da cobertura vacinal. Realizou-se no âmbito da saúde escolar visto, a promoção da saúde nas escolas permitir um aumento da capacitação e do conhecimento de toda a comunidade educativa ao nível da saúde e conseqüentemente teremos uma comunidade escolar mais saudável a todos os níveis, social, físico e psicológico.

Como objetivos deste trabalho prevê-se, sustentar as opções com base na evidência científica e na teoria, demonstrar capacidade de reflexão sobre as práticas, analisar e descrever a implementação do projeto de intervenção comunitária e apresentar um relatório de prova pública.

O presente trabalho encontra-se dividido em 5 capítulos, com exceção da introdução, considerações finais e referências bibliográficas. Inicialmente apresenta-se um enquadramento teórico, alicerçado no referencial teórico do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender e baseado em pesquisas bibliográficas efetuadas nas bases de dados científicos, foram também consultados relatórios e outros documentos online relacionados com a temática; seguido da caracterização do contexto clínico. Nos pontos seguintes aborda-se a metodologia de planeamento em saúde utilizada no projeto de intervenção comunitária com base nos autores Imperatori & Giraldes (1993) dado que se trata de um processo dinâmico e contínuo integrando diferentes fases com vista à promoção da saúde e consecutivos ganhos em saúde.

Nos últimos dois capítulos reflete-se sobre outras atividades desenvolvidas, bem como sobre as competências mobilizadas e adquiridas enquanto futura Enfermeira Mestre em Enfermagem e Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Enquadrando-se nas competências comuns do enfermeiro especialista, na medida em que “a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (OE, 2019: 4745), foram domínios de aperfeiçoamento ao longo do estágio; assim como as competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública que referem, o enfermeiro deve estabelecer “(...) com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade” e assim “contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades (...)” (OE, 2018: 19354).

A realização e apresentação deste relatório pretende refletir as competências adquiridas em função do que está preconizado pela Ordem dos Enfermeiros, para esta área de especialidade. Este trabalho cumpre as regras do novo acordo ortográfico da língua portuguesa e as normas APA 7ª Edição, assim como Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos em vigor para o presente mestrado (Arco et al., 2018).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo, de modo a consolidar conhecimentos necessários para a contextualização da temática da vacinação, recorreu-se à literatura o mais recente possível por forma a fundamentar as intervenções desenvolvidas neste projeto.

1.1. VACINAÇÃO E A SUA EVOLUÇÃO

A história das vacinas é um caso de sucesso, a sua aplicação ao longo dos anos em forma de campanhas e programas de vacinação a nível global, tem diminuído consideravelmente a mortalidade, (Direção Geral da Saúde [DGS], 2022a).

Até ao final do século XVIII, os medicamentos tinham como objetivo a cura das doenças, em 1796 o médico Edward Jenner (1749-1823), que ficou conhecido como o pai da virologia, desenvolveu o primeiro medicamento com a finalidade de prevenção, a vacina da Varíola. A partir dessa altura passaram a existir medicamentos de natureza preventiva, para além da curativa que existia até então. Posteriormente, no final do século XIX, Louis Pasteur (1822-1895), descobriu outra vacina, a vacina contra a raiva, ficou conhecido por ser o primeiro a desenvolver uma vacina de acordo com o processo científico. Desde então, foi desenvolvendo vários trabalhos na área da transmissão de infeções propondo meios de terapêuticos de prevenção de doenças, fundando um instituto com o seu nome, que rapidamente foi reconhecido internacionalmente pelo trabalho desenvolvido na vertente da investigação vacinal.

Ao longo da história foram sendo desenvolvidos vários métodos e experiências até chegarmos ao que hoje conhecemos como vacina. A palavra *vacina*, tem origem numa outra palavra *vaccinae*, que significa *proveniente da vaca*, dado que a origem da primeira vacina esta relacionada com experiências efetuadas com pessoas que trabalhavam com vacas (leiteiros/as) e que contraíam a *varíola das vacas* e dessa forma não ficavam contaminadas com a *varíola humana*. Assim se foi evoluindo ao longo de décadas, através de experiências, programas e campanhas de vacinação (Cabral & Pita, 2015; Barata,2020).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) iniciou o seu Programa Alargado de Vacinação (PAV) em 1974, o então calendário de vacinação incluía seis antígenos, todos com indicação para serem realizados até ao primeiro ano de idade. Desde então, a incidência de doenças evitáveis pela vacinação diminuiu consideravelmente e os programas de vacinação atingiram na

sua generalidade mais de 80% das crianças com menos de um ano. O calendário do PAV foi sendo alargado ao longo do tempo à medida que novas vacinas foram sendo desenvolvidas e introduzidas, isso implicou mudanças no calendário vacinal, nomeadamente ao nível da idade de administração, o que também requer uma alteração nas mentalidades do que é a vacinação de rotina, exclusivamente para crianças até um ano de idade. O plano global para programas de vacinação 2011-2020 e o documento de Estratégias e Práticas de Imunização de Rotina Globais (GRISP) da OMS, referem que os benefícios da vacinação devam ser alargados a todas as pessoas, com uma abordagem equitativa ao longo da vida, permitindo que os benefícios da vacinação abranjam todos os que estão em risco por cada grupo etário, sendo esta estratégia essencial para o fortalecimento da vacinação de rotina (WHO, 2020; United Nations International Children’s Emergency Fund [UNICEF], 2019).

A vacinação/imunização é a base do sistema de saúde de qualquer país, dado que ao longo do tempo a vacinação teve um efeito importante na redução da mortalidade, nomeadamente a mortalidade infantil e por doença aguda, assim como as complicações e as sequelas, tendo-se repercutido ao nível do crescimento da população mundial. Apesar desse tremendo sucesso ainda há muitas pessoas no mundo que não têm o acesso devido às vacinas (incluindo 20 milhões de bebés por ano). Nomeadamente alguns países, a evolução do processo parou ou mesmo reverteu, havendo um risco real que possa prejudicar as conquistas passadas. Para enfrentar esses desafios e os que vão surgindo, como o que aconteceu com a pandemia Covid-19, é importante lembrar o mundo do poder das vacinas no combate das doenças, a salvar vidas e a criar um futuro mais seguro, próspero e saudável (WHO, 2020b; DGS, 2022b).

De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU) e com o Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância (Unicef) o mundo está a passar pelo maior declínio da vacinação infantil nos últimos 30 anos, isso deve-se a vários fatores tais como, o número crescente de crianças que vivem em ambientes de conflito, o aumento da desinformação sobre vacinas e mais recentemente a pandemia Covid-19, em que muitos serviços foram suprimidos/interrompidos para dar resposta à pandemia e também os receios que a pandemia suscitou nas populações em relação à Saúde (WHO, 2022a; UNICEF, 2022).

Ainda segundo as mesmas organizações entre 2019 e 2021, a título de exemplo, a vacina contra difteria, tétano e tosse convulsa (DTP) teve um decréscimo de administrações na ordem dos 5 pontos percentuais, para 81%, totalizando cerca de 25 milhões de crianças que ficaram sem uma das doses da vacina em causa (WHO, 2022a; UNICEF, 2022).

"Este é um alerta vermelho para a saúde infantil. Estamos a testemunhar a maior queda sustentada na imunização infantil numa geração. As consequências serão medidas em vidas" (Catherine Russell, Diretora Executiva da Unicef, 2022).

Embora a pandemia Covid-19 possa ter justificado algumas interrupções, esta não pode continuar a justificar este declínio. Temos países como Índia, Nigéria, Indonésia, Etiópia e Filipinas, com um grande número de crianças sem nenhuma dose de DTP, a cobertura do sarampo desceu para 81% em 2021, nível mais baixo desde 2008. A imunização para o papiloma vírus humano (HPV) também foi afetada, tendo baixado a cobertura vacinal em um quarto relativamente a 2019 (WHO, 2022b). Todas estas quebras nas taxas de imunização têm graves consequências ao nível da Saúde das populações, em particular das crianças, aumentando a possibilidade de surtos e consecutivamente aumentar a pressão sobre os serviços de saúde que já estão por si sobrecarregados.

Salientando que estes cenários de declínio das taxas de vacinação acontecem maioritariamente em países com taxas de desnutrição infantil crescentes esta associação pode levar a uma crise de sobrevivência infantil (UNICEF,2022).

Numa visão e estratégia global da World Health Organization (WHO), surge a Agenda de Imunização 2030 (IA2030), foi criada com a contribuição dos diferentes países do mundo, numa perspetiva ambiciosa e abrangente para vacinas e imunização para a década de 2021-2030. O IA2030 é operacionalizado por meio de estratégias globais, para alcançar um mundo onde todos e em todos os lugares beneficiem das vacinas em toda a sua plenitude, para uma boa saúde e bem-estar. A imunização é uma componente chave nos cuidados de saúde primários, tem sido uma história de sucesso global de saúde e desenvolvimento, salvando milhões de vidas todos os anos em todo o mundo. As vacinas são sem dúvida um dos melhores e mais importantes investimentos em saúde que os países deviam investir, visto ser um dos melhores investimentos em saúde pela sua relação custo-benefício.

Existem várias iniciativas de promoção da vacinação a nível mundial/europeu, uma delas e das mais visíveis é a Semana Mundial da Imunização, que decorre na última semana de abril, em todo o mundo, tem como base de atuação a promoção do uso de vacinas para proteger os indivíduos de todas as idades, destacando para isso a importância do envolvimento coletivo (WHO,2020).

Em 2022 o tema da Semana Mundial/Europeia da Vacinação foi “Long Life for All”, reforça a importância do acesso equitativo e global às vacinas, contribuindo para que todos tenham uma vida longa e saudável, evitando as doenças preveníveis pela vacinação (DGS,2022b).

Não obstante, os ganhos em saúde com a vacinação podem ser menos evidentes se não houver um investimento na capacidade de oferta das vacinas e da vacinação, baixas taxas de vacinação podem interferir na imunidade de grupo (Freitas & Leça, 2017).

Na primeira metade do século XX, em Portugal, a mortalidade infantil era das mais elevadas da Europa, apesar do sucesso da vacina da varíola, as doenças que as outras vacinas evitavam (tétano e difteria), tinham uma baixa taxa de adesão, pois não obedecia a um plano de ação estruturado. Assume-se a necessidade de implementar um programa nacional de vacinação (Cabral & Pita, 2015; Freitas & Leça, 2017).

O Programa Nacional de Vacinação (PNV), implementado em 1965 tem como objetivo a proteção dos indivíduos e grupos populacionais contra doenças com potencial para constituírem ameaça para a saúde individual e pública para as quais existe proteção eficaz pela vacinação. Trata-se de “um programa universal, gratuito e acessível a todas as pessoas presentes em Portugal” (DGS, 2020: 17).

Desde o seu início, que mantém os seus princípios básicos:

- *Universalidade, destinando-se a todas as pessoas que em Portugal tenham indicação para vacinação;*
- *Gratuidade para o utilizador;*
- *Acessibilidade;*
- *Equidade;*
- *Aproveitamento de todas as oportunidades de vacinação” (DGS, 2020: 17).*

Trata-se de um plano dinâmico, que tem vindo a ser atualizado ao longo do tempo, em função dos dados epidemiológicos e da evolução da tecnologia, obedecendo a critérios exigentes de eficácia e segurança. Salienta-se que ao longo destes 57 anos de existência, foram sendo introduzidas vacinas, sendo que a vacina contra a varíola foi a única que foi retirada após erradicação da doença em 1980 e a vacina BCG em 2016, passou a ser recomendada só para grupos de risco (Despacho n.º 8264/2016 - Diário da República n.º 120/2016, Série II de 2016-06-24). Em anexo apresenta-se a figura ilustrativa da evolução do PNV desde 1965-2016 (Anexo 1) (DGS, 2017).

Todavia em 2016, o PNV, através do Despacho n.º 10441/2016, apresenta uma alteração significativa, assente na epidemiologia do país, na evidencia científica e na vacinação dos outros países, com os seguintes objetivos: “(...) aumentar a efetividade, otimizar o esquema vacinal,

melhorar a relação custo-efetividade e reforçar a sua aplicação ao longo da vida (...)” (p. 26093). Desta forma o novo PNV passa a incluir a vacina hexavalente (DTPaHibVIPVHB) em substituição da vacina pentavalente (DTPaHibVIP) e da vacina monovalente contra a hepatite B (VHB), aos 2 e 6 meses de idade; a vacina BCG (contra a tuberculose) é recomendada a crianças com idade inferior a 6 anos (5 anos e 364 dias) e pertencentes a grupos de risco, de acordo com o Despacho já referido anteriormente; substituição da vacina tetravalente (DTPaHib), pela vacina pentavalente (DTPaHibVIP) aos 18 meses de idade; as vacinas que se recomendavam aos 5-6 anos de idade passam a recomendar-se aos 5 anos de idade (VASPR e DTPaVIP); a inclusão da vacina monovalente contra o vírus do Papiloma humano (HPV 9), a todas as jovens com 10 anos de idade, em substituição da vacina tetravalente (HPV 4) que era administrada entre os 10-13 anos de idade; a recomendação da vacinação da grávida com a vacina Tdpa cerca das 30 semanas de gestação; a recomendação da vacinação de reforço contra o tétano e a difteria (Td) aos 10, 25, 45, 65 anos e depois desta idade, de 10 em 10 anos (Ministério da Saúde,2016).

Mais recentemente o PNV através do Despacho n.º 12434/2019, sofreu mais algumas alterações com a introdução de novas vacinas, sempre com base nas premissas em cima mencionadas, a referir, a vacina contra a Meningite B aos 2,4 e 12 meses, a vacina contra o Rotavírus para grupos de risco (definidos pela norma nº 007/2021 de 15/10/2021 atualizada a 03/05/2022 [DGS, 2021a]) e a vacina contra infeções pelo Vírus do Papiloma humano (HPV) para os rapazes aos 10 anos, sendo o plano que se encontra em vigor até ao momento, conforme anexo 2 (DGS,2020).

Em paralelo a Constituição da República Portuguesa no Art.º 64.º consagra o direito à saúde ou à proteção da saúde, “Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover”, este direito é concretizado pelo Estado através do Serviço Nacional de Saúde (SNS), criado em 1979.

A Convenção dos Direitos da Crianças sublinha que “(...) Os Estados devem dar especial atenção aos cuidados de saúde primários e às medidas de prevenção, à educação em termos de saúde pública e à diminuição da mortalidade infantil”. Os países devem “(...) esforçar-se por assegurar que nenhuma criança seja privada do direito de acesso a serviços de saúde eficazes” (Convenção dos Direito da Crianças, Art.º 24.º: 20-21).

A saúde e bem-estar das crianças desempenha um papel de extrema importância, mas depende de um acesso equitativo e de qualidade aos cuidados de saúde.

Portugal, devido às características do seu sistema de saúde nomeadamente o SNS, conseguiu em poucas décadas universalizar e alargar a oferta de cuidados de saúde na infância.

As diferentes políticas públicas no âmbito da saúde do nosso país, foram sendo formuladas com o intuito de assegurar uma vigilância de saúde adequada às crianças e jovens, com uma forte preocupação ao nível dos cuidados preventivos (Concelho Nacional da Saúde [CNS], 2018).

A vacinação deve ser compreendida como um direito e um dever de todos os cidadãos, tendo a consciência que estão a defender a sua saúde e a dos outros e assim praticar um ato de cidadania. Aos profissionais de saúde pede-se que divulguem o PNV, motivem e aproveitem todas as oportunidades para vacinar, nomeadamente através da “(...) identificação e da aproximação a grupos com menor acessibilidade ao serviço de saúde, de forma a evitar ou diminuir bolsas de suscetíveis” (DGS,2020: 20).

Com mais de cinco décadas de existência, o PNV continua efetivo e abrangente. Mais uma vez, os resultados obtidos demonstram, o excelente trabalho dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, associados ao processo de vacinação e a excelente adesão e confiança da população em relação ao PNV (DGS,2022c).

1.2. PROMOÇÃO DA SAÚDE EM CONTEXTO ESCOLAR

A OMS (1998), define *Promoção da Saúde* como um processo que permite às pessoas aumentar o controle e melhorar a sua saúde. A 1ª Conferencia sobre a temática foi em 1986 em Ottawa, onde emergiram ações internacionais, governamentais e locais, baseadas nas estratégias definidas na Carta de Ottawa, cujo objetivo era o de alcançar *Saúde para todos* até ao ano 2000. Desta forma e de acordo com a Carta de Ottawa a promoção da saúde desenvolve-se através de:

“(...) intervenção concreta e efetiva na comunidade, estabelecendo prioridades, tomando decisões, planeando estratégias e implementando-as com vista a atingir melhor saúde. No centro deste processo encontra-se o reforço do poder (empowerment) das comunidades, para que assumam o controlo dos seus próprios esforços e destinos” (Carta de Ottawa, 1986, p. 3).

Emergindo as seguintes premissas: advogar (impulsionando os fatores que incentivam a saúde), capacitar (procurando que todos alcancem a equidade em saúde) e mediar (permitindo a colaboração de todos os setores).

Desde essa data, foram existindo várias conferencias de Promoção da Saúde da OMS, culminando na mais recente em 2016, em Xangai, tendo ficado estruturado na Declaração de Xangai o potencial transformacional da Promoção da Saúde, bem como a relação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e a Promoção da Saúde.

Não esquecendo que, a WHO em 1947, definiu que “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não mera ausência de doença ou enfermidade” e que é através da promoção da saúde que podemos agir e influenciar significativamente o nível de saúde da população, é importante a implementação de estratégias que proporcionem ao cidadão uma reflexão crítica acerca dos seus estilos de vida através da adequada informação. Por forma a ir de encontro às linhas orientadoras dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (OE, 2015a) que aborda a promoção da saúde como uma ajuda aos “(...) grupos/comunidades a alcançarem o máximo potencial de saúde (...) fornecendo informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo grupo/comunidade (...)” (p.16843).

Atualmente as condições económicas, ambientais e sociais e as implicações sobre a saúde das sociedades, bem como as questões relacionadas com o género e as doenças não transmissíveis, entre outras, que resultam em mudanças nos determinantes em saúde, torna emergente acelerar esforços para promover a saúde universal até 2030, através de serviços de saúde com qualidade, da existência de medicamentos e vacinas e melhoramentos das tecnologias e informação em saúde (Vilaça, Darlington, Velasco, Martinis & Masson, 2019; WHO,2022b).

Desta forma, tendo como pano de fundo os Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS), o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2021-2030, pretende uma abrangência maior e mais profunda dos problemas de saúde, não se focando apenas nos problemas de saúde de grande magnitude mas também nos que atualmente tem baixa magnitude mas elevado potencial de risco, como é o caso da vacinação, que devido ao investimento feito ao longo dos anos deixou de ser um problema de grande magnitude em Portugal, pois foi passível de controle, mas que por algum descuido ou desinvestimento pode assumir um aumento da sua magnitude. Os determinantes sociais específicos, nomeadamente os comportamentais, têm uma influência preponderante neste controlo da magnitude dos problemas.

O investimento permanente e atento no controlo dos determinantes de saúde associados, destacando-se o sistema de saúde e a prestação de cuidados de saúde, facilitará o prognóstico favorável na prevenção e controlo deste tipo de problemas (DGS,2021b).

O PNS 2021-2030 tem nas suas estratégias, dirigidas aos determinantes que influenciam a saúde entre outras, a promoção da saúde em meio escolar, a vacinação e a vigilância epidemiológica das doenças evitáveis pelas vacinas, assim como, o reforço das estratégias de vacinação, não só nas suas componentes técnico-científicas, como na literacia em saúde. Sendo a literacia em saúde um meio fundamental para a adoção de comportamentos promotores da saúde e prevenção da doença, assim como para a eficácia e eficiência dos serviços de saúde (Andrade, et al, 2020) na medida que implica a competência que a pessoa tem para aceder,

avaliar e aplicar a informação em saúde adquirida (Silva, 2022; Arriaga, Santos, Mata, Chaves & Freitas, 2019). Todavia o acesso à informação, per si, não garante que a mesma seja integrada nos estilos de vida quotidiana (Silva, 2022).

Em suma, a promoção da Saúde, nomeadamente a adesão à vacinação assenta em estratégias comunicacionais, adequadas não só à natureza do problema como às características da população a que se destina. Tendo por base parceiros, sejam eles da Saúde ou de outras áreas da sociedade, nomeadamente a educação.

A Carta de Ottawa (1986) abriu caminho para a promoção da saúde em meio escolar, com o reconhecimento deste contexto como parte fundamental da capacitação e aprendizagem em todas as fases da vida.

Ao longo da sua história em Portugal, a saúde escolar tem sofrido alterações, com o seu início em 1901, desde os Centros de Medicina Pedagógica, extintos em 1993, até ao Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) de 2015.

O despacho nº 7/2015, 2.ª série, nº 154, de 10 de agosto de 2015, regulariza a promoção de contextos escolares favoráveis à saúde, contribuindo desta forma para a obtenção de ganhos em saúde (DGS, 2015). Neste seguimento, o PNSE surge como um instrumento orientador das políticas nacionais, no que diz respeito à promoção da saúde em meio escolar como resultado dos objetivos e estratégias preconizadas pela OMS e da legislação em vigor (DGS, 2015). Organiza-se em eixos estruturais nucleares que contemplam a capacitação, o ambiente escolar, a saúde e as condições de saúde; e eixos complementares como a qualidade e inovação, a formação e a investigação em Saúde Escolar (Valadar, 2019).

Em concordância com o referido emergem os principais objetivos do PNSE:

- Promover estilos de vida saudável e elevar o nível de literacia para a saúde da comunidade educativa;
- Contribuir para a melhoria da qualidade do ambiente escolar e para a minimização dos riscos para a saúde;
- Promover a saúde, prevenir a doença da comunidade educativa e reduzir o impacto dos problemas de saúde no desempenho escolar dos/as alunos/as;
- Estabelecer parcerias para a qualificação profissional, a investigação e a inovação em promoção e educação para a saúde em meio escolar.” (DGS,2015: 4)

Ao conseguirmos atingir os objetivos referidos anteriormente do PNSE, teremos uma comunidade com melhor qualidade de vida e conseqüentemente ganhos em saúde.

Considerando que a primeira escola é a família, importa estar atento às fragilidades inerentes a este contexto, por forma a potenciar comportamentos salutogénicos. É importante

por isso, corresponsabilizar todos os setores envolvidos em atividades com impacto sobre a saúde da comunidade e individual (DGS,2015).

Um programa de saúde escolar eficaz pode ser um dos melhores investimentos de uma nação, na medida em que poderá melhorar simultaneamente a educação e a saúde, diminuindo custos para o país. Trata-se de um meio estratégico para prevenir riscos importantes para a saúde dos jovens, envolvendo o setor da educação nos esforços para mudar as condições educacionais e sociais que afetam os riscos (WHO, 2021a).

A OMS, em 1995, lança uma iniciativa ao nível global de Saúde Escolar, com o objetivo de aumentar o número de escolas designadas como *Escolas Promotoras de Saúde*. Desta forma no final dos anos 90 surge a *Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde* (SHE), sendo definidas como escolas que fortalecem constantemente a sua capacidade através de um ambiente saudável para viver, aprender e trabalhar (DGE, 2014).

Em Portugal, temos implementado a Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde, trata-se de uma parceria entre a Saúde e a Educação para melhor realizar a promoção e educação para a saúde, cujos seus principais princípios são: “(...) equidade, sustentabilidade, participação democrática, educação inclusiva e empowerment de toda a comunidade educativa para a saúde e o bem-estar (...)” (DGS, 2015: 12).

O conceito holístico da saúde, permite com esta parceria que, os alunos adquiram uma visão e atitude positiva face à saúde, bem como compreendam a relação entre a saúde, o ambiente social e físico, facilitando deste modo o seu desempenho como cidadãos numa sociedade democrática (Vilaça et al, 2019).

Já em 2009 a OMS definia como *Escola Promotora de Saúde*:

“uma escola que fortalece sistematicamente a sua capacidade de criar um ambiente saudável para a aprendizagem. A EPS é, assim, um espaço em que todos os membros da comunidade escolar trabalham, em conjunto, para proporcionar aos alunos, professores e funcionários, experiências e estruturas integradas e positivas que promovam e protejam a saúde” (DGE,2014).

Desta forma, as escolas, nomeadamente as Escolas Promotoras de Saúde (realidade em Portugal desde 1997 [Rocha et al.,2013]), são orientadas para a ação e participação de toda a comunidade escolar (alunos, pessoal docente e não docente e pais), assumindo um papel ativo na tomada das decisões e nas atividades; centrando-se no reforço das capacidades relacionadas

com o desenvolvimento das competências e conhecimentos de todos os membros da comunidade escolar na promoção da saúde (Vilaça et al.,2019).

Os enfermeiros como profissionais de saúde e os enfermeiros especialistas em ECSP em particular, têm capacidades e competências para intervir na dinamização da promoção da saúde em meio escolar, pelos seus

“(…) níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão na identificação e controlo dos determinantes sociais e de saúde das comunidades, através: da promoção da responsabilidade social para com a saúde; do incremento dos investimentos para aumentar a saúde; da consolidação e expansão das parcerias em prol da saúde; do aumento da capacidade comunitária e de “dar voz” ao cidadão; de assegurar infraestruturas para a promoção da saúde” (OE, 2015a: 16482).

No âmbito do PNSE (2015), tendo por base o quadro legal vigente relativamente à organização dos cuidados de saúde primários (MS,2008), as Unidades de Saúde Públicas (USP), são responsáveis pela gestão do PNSE, com competências para: elaborar, em articulação com as outras unidades funcionais o Plano de Ação da Saúde Escolar; mobilizar os profissionais de outras unidades bem como os stakeholders da comunidade e monitorizar e avaliar o Plano de Ação da Saúde Escolar. Todavia a sua operacionalização é da responsabilidade das Equipas de Saúde Escolar, constituídas por equipas multidisciplinares em colaboração com as diferentes unidades, tendo em conta a regulamentação das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), cujas atividades da carteira de serviços priorizam entre outras “(...) Intervenções em programas no âmbito da proteção e promoção de saúde e prevenção da doença na comunidade, tais como o Programa Nacional de Saúde Escolar (...)” (MS,2009: 15440).

É nas escolas, entre outros contextos de saúde, que se passa a maior parte do tempo, possibilitando uma multiplicidade de intervenções, ao nível das intervenções de Promoção de Saúde estas direcionam-se para estratégias de ação políticas e técnicas, desenvolvimento e mudança organizacional, estabelecimento de parcerias e colaboração entre setores e para a participação e mobilização comunitária. Sendo as parcerias para a promoção da saúde alicerçadas numa colaboração entre duas ou mais partes que pretendem atingir as mesmas metas para a promoção da saúde. Tendo por base acordos conjuntos de cooperação dentro da parceria, respeitando as normas deontológicas e a individualidade de cada parceiro (DGS,2015).

1.3. MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER

A promoção da saúde em contexto escolar, culmina no Modelo de Promoção da Saúde (MPS) de Nola Pender que será um alicerce na elaboração do projeto de intervenção comunitária.

O MPS desenvolvido por Nola Pender no século XX, assenta numa estrutura simples e clara, em que o enfermeiro pode realizar cuidados de forma individual ou em grupo. Este modelo permite realizar um planeamento com a respetiva intervenção e avaliação, assente em conceções de promoção da saúde e desenvolvimento de recursos que capacitem, mantenham ou intensifiquem o bem-estar da pessoa. São contempladas as características demográficas, biológicas, fatores interpessoais, situacionais e comportamentais do grupo/comunidade.

A aplicação deste modelo permite suportar intervenções que motivem as pessoas para a adoção de comportamentos salutogénicos. Surge assim, a articulação de três pontos principais, designadamente, as características e experiências individuais, os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar e o comportamento de promoção da saúde desejável. Este modelo integra várias teorias, salientando-se dos restantes pelo facto de abarcar os comportamentos de promoção da saúde passíveis de aplicar ao longo da vida e, desvincula-se da ideia que a motivação advém do medo ou da ameaça (Sakraida, 2014).

Para a adoção de novos comportamentos de saúde, o modelo de Pender determina as características e experiências individuais que influenciam as ações de saúde dos indivíduos.

Assim, ao elaborar um plano no qual se pretende a adoção de comportamentos promotores da saúde por parte dos indivíduos, devem-se ter em conta as circunstâncias que podem condicionar ou potenciar a ação:

- Comportamento prévio relacionado - padrão e frequência do comportamento anterior;
- Fatores pessoais (biológicos, psicológicos, sócio culturais);
- Benefícios da ação e barreiras inerentes - os resultados positivos previstos que ocorrerão em consequência do comportamento e os bloqueios reais ou fictícios e custos pessoais ao adotar o comportamento;
- Autoeficácia e afetividade relacionada com a ação - competência pessoal de concretizar o comportamento proposto, influenciando as barreiras percebidas à ação (uma maior autoeficácia tende a diminuir as barreiras para a sua aquisição) e os sentimentos positivos e negativos inerentes, antes, durante e após o comportamento, influenciando a autoeficácia percebida (quando mais positivo for o sentimento, maior o sentimento de eficácia e, à medida

que a eficácia aumenta, mais positivos são os sentimentos);

- Influências interpessoais (familiares, parceiros e profissionais de saúde) - conhecimentos e crenças relacionadas com os comportamentos que rodeiam o indivíduo, incluindo expectativas dos outros sobre si, o apoio social e a observação dos comportamentos dos outros
- Influências situacionais - percepções e cognições pessoais de qualquer situação ou contexto que podem facilitar ou dificultar o comportamento (incluindo alternativas, disponibilidade ou características dos ambientes onde o comportamento vai ocorrer).

Um plano promotor de saúde é tendencialmente mais eficaz, quando este vai de encontro às necessidades dos indivíduos (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015) (Figura 1).

Figura 1– Fatores do modelo de promoção da saúde de Nola Pender.



Fonte: Adaptado de Sakraida (2014)

Por outro lado, a capacitação do indivíduo, permite ao mesmo desenvolver competências, de modo que seja responsável e gestor da sua própria saúde, participando ativamente nas intervenções promotoras da sua saúde (WHO, 2022c).

Os cuidados de saúde primários têm um papel fundamental na promoção da Literacia em Saúde pela sua posição privilegiada na prestação de cuidados de proximidade, de promoção da saúde e prevenção da doença (Carvalhido,2020). De acordo com estudos realizados, Portugal é país da União Europeia com os níveis mais reduzidos de literacia em saúde, sugerindo uma necessidade de investimento que acompanhe o ciclo de vida, não esquecendo a importância das

relações com as famílias e com a comunidade, como elos fundamentais no processo de promoção da literacia em saúde por forma a promover e manter uma boa saúde (Arriaga et al., 2019).

Todavia Mascarenhas, Melo & Fagundes (2010), salientam que a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva da Saúde, a promoção da saúde é um processo de capacitação da comunidade que através de atividades que satisfaçam as suas necessidades, atinjam o objetivo final do bem-estar físico, emocional e social.

O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender foi formulado com o intuito de apresentar um padrão de conhecimento sobre comportamento de saúde e desta forma introduziu uma mudança filosófica, visto que no passado a promoção de saúde era deixada para trás em prol dos cuidados com a doença. Desta forma contribui para uma reforma dos cuidados de saúde, em particular, dos cuidados de enfermagem, no sentido que fomentou um meio de compreensão dos indivíduos e grupos por forma a que estes se sintam motivados a obter uma melhor qualidade em saúde (Sakraida, 2014). Em suma e de acordo com Nola Pender, os sentimentos positivos relacionados com determinado comportamento, aumentam a probabilidade de compromisso para a ação.

O projeto de intervenção comunitária desenvolvido, que deu origem a este relatório, procurou realizar intervenções promotoras de saúde, sustentadas no Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, com ênfase na clarificação de barreiras e obstáculos à promoção da saúde através da educação para a saúde, devendo esta “(...) oferecer conhecimentos, influenciando modos de pensar, gerando ou clarificando valores, ajudando a mudar atitudes e crenças, facilitando a aquisição de competências e produzindo mudanças de comportamento e estilos de vida” (Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005: 19).

Desta forma, na sociedade atual, as instituições dinamizadoras de saúde, têm um papel fulcral na prevenção com vista à obtenção de ganhos efetivos na saúde.

Neste entendimento os profissionais de saúde são importantes fontes influenciadoras que podem auxiliar o aumento ou diminuição da realização dos comportamentos de saúde, em consonância com o definido no Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender.

2. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA

O projeto de intervenção comunitária, foi desenvolvido numa UCC que pertence a um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) incluído na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), esta última tem como objetivo garantir à população da sua área geográfica acesso aos cuidados de saúde, adequando os recursos às necessidades, por forma a atingir os melhores indicadores de saúde, cumprindo e fazendo cumprir os programas de saúde da sua área de intervenção. Sendo serviços de saúde com autonomia administrativa e constituídos por várias unidades funcionais (ARSLVT,2018).

A ARSLVT é constituída por serviços centrais (apoia a atividade global) e serviços descentralizados, onde se incluem os ACES, a saber, fazem parte desta ARS 16 ACES num total de 3.917.110 utentes inscritos (SNS,2023),nos quais estão distribuídas 358 unidades funcionais entre: Unidade de cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidade de Saúde Familiar (USF), Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidade de Saúde Pública (USP), Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e Unidade de Apoio à Gestão (UAG), com base no que está definido pelo Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro.

Neste capítulo aborda-se a caracterização da comunidade, incluindo a caracterização geodemografia do concelho e o contexto onde decorreu o projeto de intervenção comunitária, nomeadamente o agrupamento de escolas X.

2.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONCELHO

O município tem uma área de cerca 95 km², encontra-se dividido em 6 freguesias, sendo um dos 5 concelhos com mais habitantes do país, 166.507 residentes (INE, 2021).

Situa-se na região NUT II (Nomenclaturas das Unidades Territoriais) e sub-região da Área Metropolitana de Lisboa NUT III com uma densidade populacional de 1744,4 habitantes por km² (Pordata, 2021a).

A localização geográfica do Concelho, bem como a presença de várias unidades fabris e outros pólos industriais, originou, desde há vários anos, um fluxo de pessoas a esta região vindas

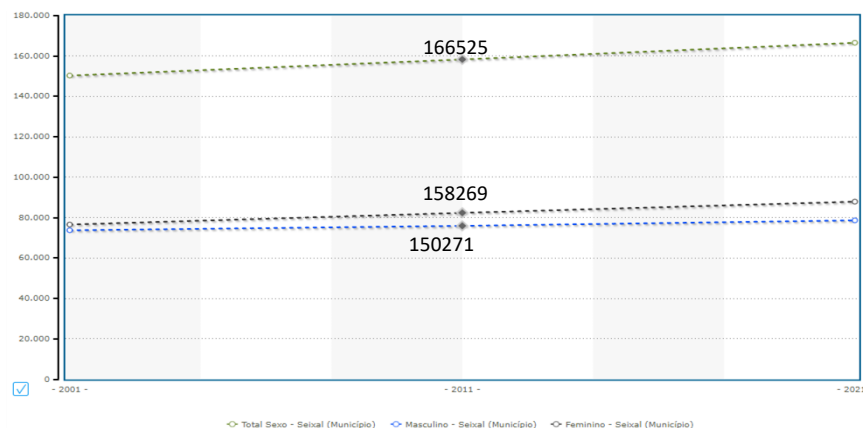
de outras zonas do nosso país, assim como de outros países, com destaque para os PALOP, contribuindo para a evolução demográfica, económica e social do Concelho (CM, 2017).

Os cuidados de saúde primários estão agrupados por área geográfica e consecutivamente integrados num ACES. Os ACES desenvolvem as suas atividades na área da promoção da saúde, prevenção da doença, vigilância epidemiológica e investigação em saúde (ARSLVT,2018). No concelho existe um hospital de referência para onde, em caso de necessidade, a população residente é encaminhada, cuja oferta em cuidados de saúde abrange toda a população do ACES (engloba 2 Concelhos), todavia existe um acordo de colaboração para a construção de uma nova unidade hospitalar sediada neste mesmo Concelho.

Em dados levantados em 2016, contabilizavam-se no município 2,5 enfermeiros por 1000 habitantes, valor superior ao levantamento relativo a 2011, embora inferiores à média do continente, que apresenta 6,7 enfermeiros por 1000 habitantes. Ao nível médico contabilizavam-se 2,0 médicos por 1000 habitantes, também superiores a dados de 2011, mas inferiores à região e ao Continente cuja média é de 4,9 médicos por 1000 habitantes (Martins et al., 2017).

De acordo com dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), a população residente no Concelho, aumentou em cerca de 8238 pessoas na década 2011-2021 face ao registado na década anterior correspondente a 2001-2011, como se pode observar no gráfico 1 (INE, 2021).

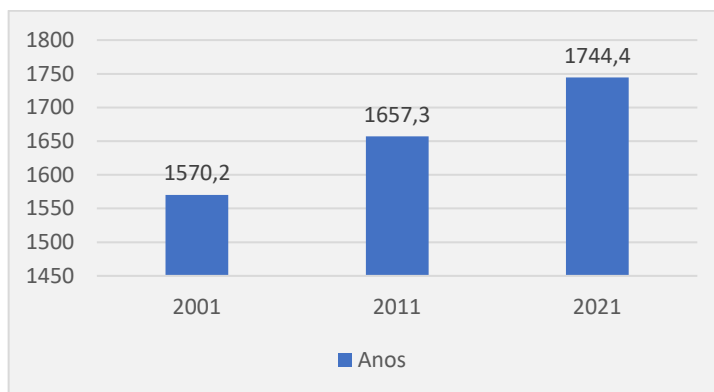
Gráfico 1- Evolução da População Residente no Concelho.



Fonte- INE 2021, elaboração própria

Relativamente à densidade populacional, para o período de 2011-2021, verifica-se que a mesma também aumentou de 1.657,3 Habitantes/km² para 1.744,4 Habitantes/km², seguindo a tendência dos anos anteriores, situação reconhecida pela análise do gráfico 2.

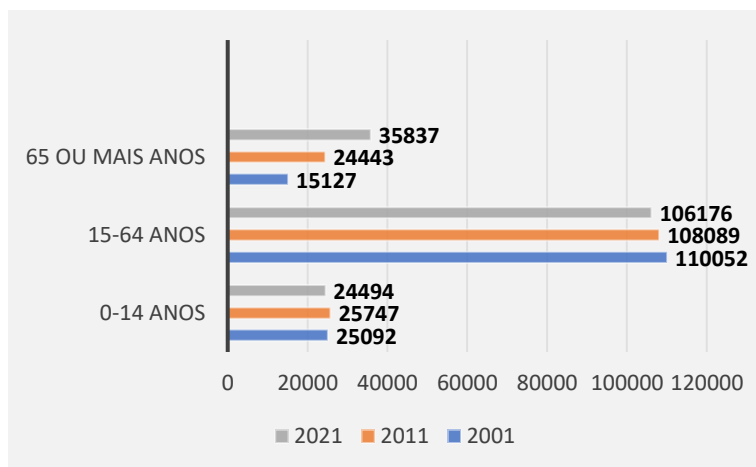
Gráfico 2- Densidade Populacional do Concelho.



Fonte- INE 2021, elaboração própria

Ao analisar a evolução da população residente no município por faixas etárias, constatou-se uma redução da população jovem e em idade ativa e o aumento da população idosa, tendo-se verificado para o grupo etário dos mais de 65 anos, no período compreendido entre 2011 e 2021, um aumento de cerca de 40% relativamente à década censitária anterior (Gráfico 3)

Gráfico 3- População residente por grupo etário do concelho



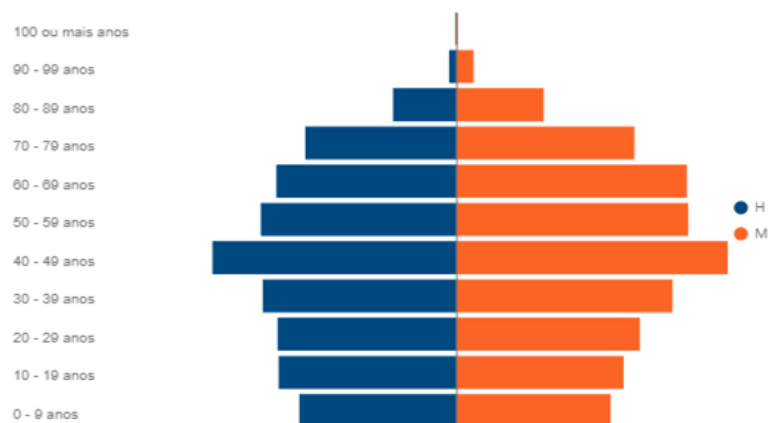
Fonte: Adaptado da Pordata, 2021a. Elaboração própria.

Entre 2001 e 2021, verificou-se uma diminuição da população em todos os grupos etários, à exceção do grupo dos 65 ou mais anos, o que reflete a tendência para o envelhecimento demográfico da população residente no Concelho.

Saliento que, no grupo dos menores de 15 anos de idade, no período entre 2001 e 2011, tinha havido um acréscimo desta população de 2,6% e uma diminuição de 5,1% de 2011 para 2021.

Neste âmbito, o aumento da população com 65 anos ou mais, a par da diminuição da população com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos, converge para o duplo envelhecimento populacional do município (INE, 2021), conforme igualmente se constata na representação gráfica da pirâmide etária (Gráfico 4).

Gráfico 4- Pirâmide etária do município.

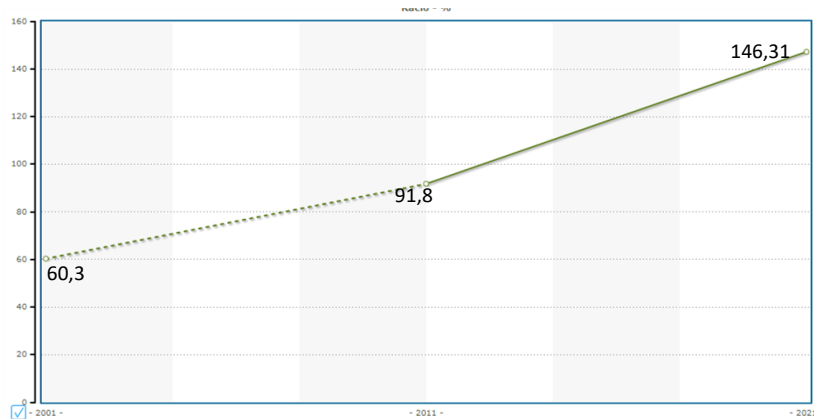


Fonte: INE,2021.

Assim, e de acordo com os Censos 2021, neste Concelho a percentagem de população idosa representa 21,7%, enquanto a de jovens é de apenas 14,7% e a de pessoas em idade ativa situa-se nos 63,8% (INE, 2021; Pordata, 2021a.).

No que se refere ao Índice de Envelhecimento da população, os censos 2021 indicam a existência de 146,31 idosos por cada 100 jovens, valor que tem vindo a aumentar desde 2001 até ao presente, conforme demonstrado no gráfico 5.

Gráfico 5- Índice de Envelhecimento.



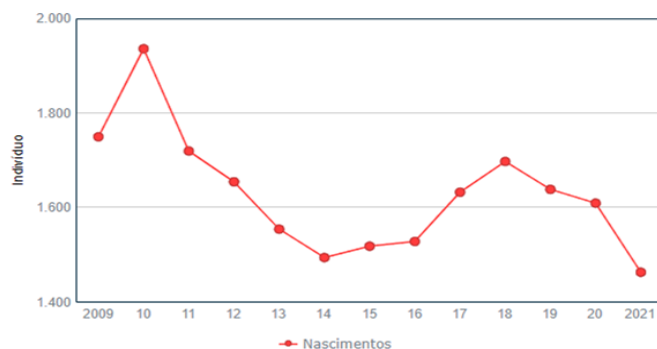
Fonte- Pordata 2021a.

A alteração na estrutura etária da população tem influência no seu grau de dependência. Desta forma, no que se refere ao Índice de Dependência Total, regista-se um aumento do mesmo desde 2001 até ao presente, embora na década 2011-2021, o município registe valores idênticos aos da Área Metropolitana de Lisboa, mas inferiores aos considerados para Portugal.

No que respeita ao Índice de Dependência de Jovens na década censitária 2011-2021 ouve uma diminuição do referido indicador (23,1%), contrariamente ao verificado na década anterior (23,8%), estando em consonância com a pirâmide etária do concelho.

Relativamente ao número de Nascimentos, indica uma tendência de decréscimo desde 2009 até 2014, acompanhando a realidade da Área Metropolitana de Lisboa e a realidade nacional. A partir de 2014 e até 2018, constata-se uma tendência crescente, atingindo o valor mais elevado em 2018 (1698), sendo que a partir dessa data a tendência de decréscimo manteve-se (Gráfico 6).

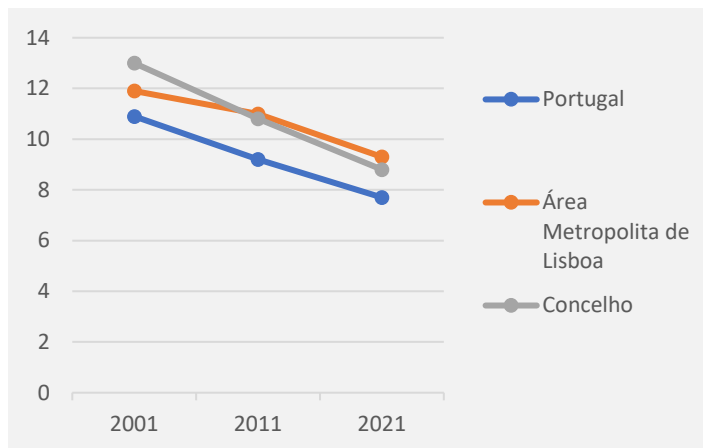
Gráfico 6 –Número de Nascimentos no Município.



Fonte: Pordata, 2021a.

Em 2021, o valor da taxa bruta de natalidade no município é 8,8, valor abaixo da Área Metropolitana de Lisboa (9,3) e acima do valor estabelecido para Portugal (7,7) (Gráfico 7).

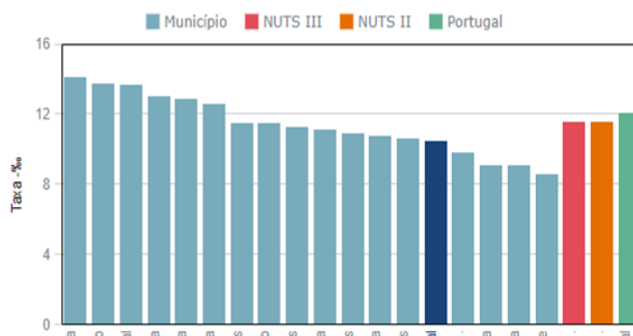
Gráfico 7- Taxa bruta de natalidade



Fonte: Pordata, 2021a.Elaboração própria.

Conforme se constata da análise do gráfico 8, relativamente aos últimos dados conhecidos referentes à taxa bruta de mortalidade no Concelho, a mesma regista valores inferiores quando comparada com a Área Metropolitana de Lisboa e com Portugal.

Gráfico 8- Taxa Bruta Mortalidade



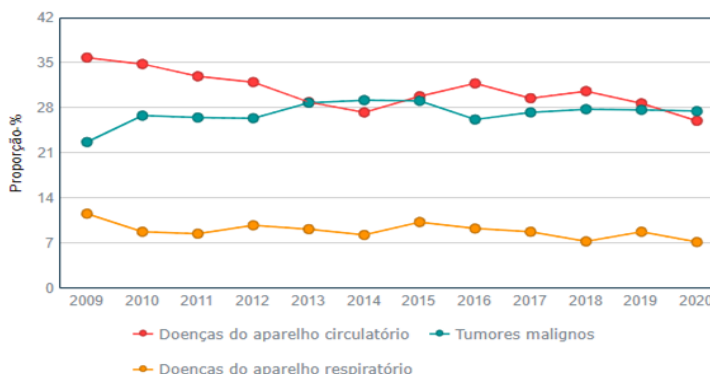
Fonte: Pordata, 2021a.

Assim, o município registou em 2021, 10,5 óbitos por 1000 habitantes, valor que é inferior ao considerado para a Área Metropolitana de Lisboa (11,6 óbitos por 1000 habitantes) e de Portugal Continental (12 óbitos por 1000 habitantes) (INE, 2021).

Relativamente às causas de morte, destacaram-se em 2020, os tumores malignos (27,5%), seguidas das doenças do aparelho circulatório (26%) e, em terceiro lugar as doenças do aparelho respiratório (7,2%) (Gráfico 9). De referir que esta ordem de causas de morte é

ligeiramente diferente tanto a nível nacional como na Área Metropolitana de Lisboa, sendo que este município apresenta valores inferiores aos considerados para Portugal e para a região onde se insere, para as doenças do aparelho circulatório, quando referimos os óbitos por tumores malignos, o valor é superior (INE, 2021).

Gráfico 9- Principais causas de morte do município

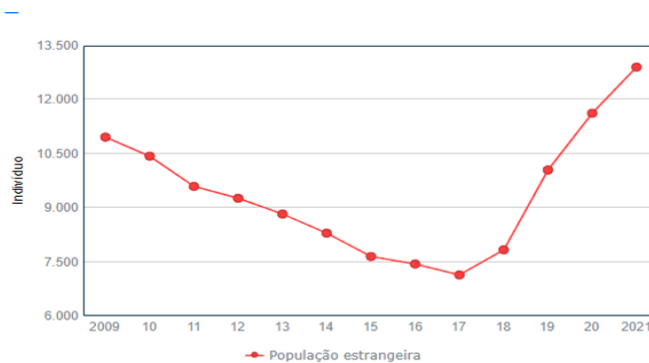


Fonte: Pordata, 2021a.

Também da análise dos dados do Plano Local de Saúde 2017 do ACES AS e segundo os dados do Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP) do Serviço Nacional de Saúde, no que respeita aos indicadores de morbilidade nos Cuidados de Saúde Primários, medida pela proporção de inscritos com diagnóstico ativo, destacam-se as Alterações do metabolismo dos lípidos (28,51%), a Hipertensão (20,9%), as), a Obesidade (16,96%), as Perturbações depressivas (12,7%) e a Diabetes Mellitus (8,69%). Ainda nos utentes inscritos neste ACES, foram analisados os determinantes de saúde, destacando-se o excesso de peso e uso do tabaco (Martins et al., 2017).

Da análise da evolução da população estrangeira com autorização de residência no município, constata-se que em 2021 dos 166.507 residentes, 12.904 são estrangeiros (7,7%) (Gráfico 10), o que corresponde a um aumento de 3 pontos percentuais relativamente ao ano de 2018 (Pordata, 2021b).

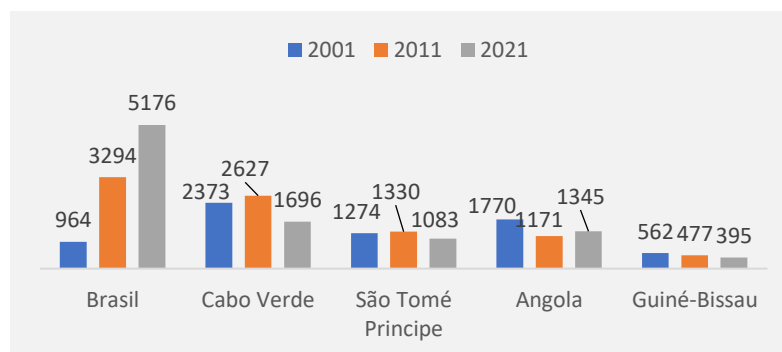
Gráfico 10 – População Estrangeira Residente no Município.



Fonte: Pordata, 2021.

Da população estrangeira residente no município em 2021 os países com maior representatividade são, por ordem decrescente, o Brasil, seguido de Cabo Verde, São Tomé e Príncipe, Angola e Guiné-Bissau (SEF, 2021; Pordata,2021c) (Gráfico 11).

Gráfico 11-População Residente de Naturalidade Estrangeira por Pais de Naturalidade.



Fonte: Pordata, 2021. Elaboração própria.

No que concerne ao contexto socioeconómico, a análise dos indicadores respetivos assume particular importância na medida em que constituem fatores caracterizadores de uma população, podendo igualmente, traduzir a sua vulnerabilidade. Neste sentido salienta-se os principais sectores de atividade económica do município, por ordem decrescente de trabalhadores empregados por área, comércio por grosso e a retalho (19,2%), construção (13,9%), indústrias transformadoras (11,9%), atividades administrativas e dos serviços de apoio (11,6%), alojamento, restauração e similares (7,1%) e por fim o setor da agricultura, produção animal, caça, floresta e pesca com 0,8%. Referir que este último setor tem sido volátil neste município, na medida que em alguns anos de avaliação não é referido (Pordata,2021d).

Neste entendimento, importa analisar a população ativa empregada e respetivo ganho mensal, não esquecendo a população em situação de desemprego e os pensionistas. Refiro que o município apresenta uma taxa de emprego ligeiramente inferior à última avaliação, sendo de 50,2% em 2021 e 52% em 2011, em que a faixa etária preponderante dos empregados é a dos 35-44 anos e emerge o secundário e pós-secundário como o nível de escolaridade predominante. Com um ganho mensal médio em 2019 de 1272€, muito similar à média nacional (1206€), relativamente à percentagem de desempregados no concelho (5,2%) é ligeiramente inferior à média nacional (5,9%) (Pordata,2021a).

Neste município em 2021, existiam 81 estabelecimentos de ensino pré-escolar, 43 estabelecimentos de ensino básico do 1º ciclo, 10 estabelecimentos de ensino básico do 2º ciclo, 16 estabelecimentos de ensino do 3º ciclo do ensino básico e 8 estabelecimentos do ensino secundário (Pordata, 2021e), como se demonstra na tabela abaixo.

Tabela 1- Número de escolas por ciclo de escolaridade do concelho

Ciclo de escolaridade	Nº Escolas
1ºCiclo	43
2ºCiclo	10
3º Ciclo	16
Secundário	8
Total	81

Fonte: Pordata,2021

2.2. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

Em Portugal, no ano de 2006, iniciou-se um processo de reestruturação dos cuidados de saúde primários. Estas mudanças estruturais originaram também novas dinâmicas de trabalho e obrigaram a uma reorganização de recursos humanos (Biscaia, 2006).

O XVII Governo Constitucional, “(...) reconheceu os cuidados de saúde primários como o pilar central do sistema de saúde (...)” (Despacho nº28/2008: 1182). Como tal promoveu alterações legislativas que tiveram impacto ao nível estrutural dos cuidados de saúde primários, em que a principal alteração está relacionada com a criação dos Agrupamentos de Saúde (ACES). Estes constituídos por diferentes unidades funcionais (como já referido no início do capítulo), sendo que estas, são constituídas por equipas multiprofissionais, com autonomia administrativa e técnica, todavia é garantida a cooperação entre unidades funcionais do ACES. A existência de um conselho de comunidade e um gabinete do cidadão, *figuras* importantes que permitem uma maior estabilidade organizativa dos cuidados de saúde primários através de uma gestão rigorosa e equilibrada, assente nas necessidades das populações, por forma a permitir um maior acesso aos cuidados de saúde e consecutivamente alcançar ganhos em saúde (MS, 2008).

Das unidades funcionais do ACES que dão resposta à população residente no município onde foi desenvolvido o projeto de intervenção, fazem parte 8 USF, 2 UCSP e 1 UCC, para além das Unidades de Saúde Pública (USP) e de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), cuja área de intervenção envolve ambos os Concelhos (Martins et al.,2017).

Mais especificamente, quanto à UCC onde se desenvolveu o projeto, esta iniciou a sua atividade em 2010 e tem por missão:

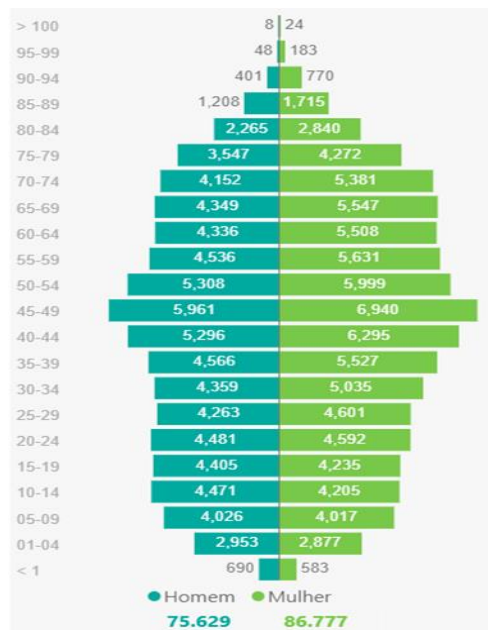
“contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde, prestando cuidados de saúde, apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo. Atua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. Compromete-se a trabalhar empenhadamente para a concretização do Plano de Ação de modo a garantir a qualidade dos Cuidados e dignificar a importância do trabalho comunitário” (MS, 2009; UCC, 2018).

A equipa da UCC é constituída por 16 enfermeiros de diferentes áreas de especialização, a saber: 4 EEECS, sendo 1 delas coordenadora da UCC e outra vogal de enfermagem no Conselho Clínico do Aces; 2 Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde, Mental e Psiquiátrica; 2 Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; 2 Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Reabilitação; 2 Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; 4 enfermeiras de cuidados gerais e por fim 2 assistentes técnicos. A UCC conta ainda com o apoio de técnicos da URAP: 3 técnicos de serviço

social, 2 fisioterapeutas e 1 nutricionista.

De acordo com os dados disponibilizados pelo BI-CSP, a UCC contabiliza, até ao mês de março do presente ano, 162.406 utentes abrangidos, dos quais 86.777 do sexo feminino e 75.629 são do sexo masculino, conforme representado no gráfico 12.

Gráfico 12- Pirâmide etária utentes abrangidos pela UCC.



Fonte: BI-CSP, março,2023 (consultada a 17/04/23)

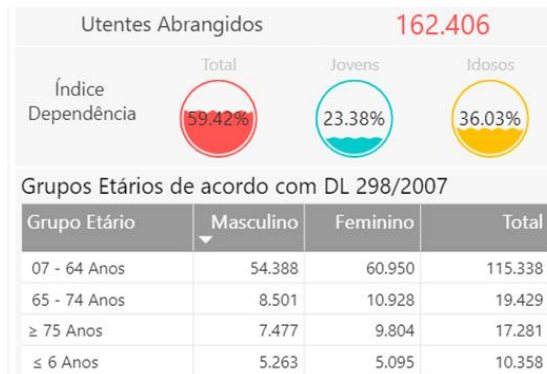
Salienta-se que os utentes abrangidos pela UCC não são exatamente os mesmos em números absolutos, que a população residente no município (dados Pordata, 2021a) visto que os dados do BI-CSP se referem aos utentes inscritos no ACES, podendo-se inferir que nem todos os utentes residentes no concelho se encontram inscritos no ACES da sua área geográfica. Todavia, e como está definido pelo Despacho n.º 10143/2009 no seu artigo nº3 as UCC têm na sua missão intervir junto da população da sua área geográfica, logo a sua intervenção assistencial contempla toda a população residente no município (MS, 2009).

Relativamente à população abrangida pela UCC (segundo BI-CSP) por grupo etário conforme demonstra a figura 2, o grupo etário com maior expressão situa-se entre os 07 e os 64 anos em ambos os sexos, constatando-se a predominância das mulheres, sobretudo nos grupos etários acima dos 7 anos.

No que se refere aos índices de dependência dos utentes abrangidos pela UCC (Figura 2), esta unidade apresenta 59,42% de índice total de dependência, em que 23,35% de índice de dependência é de jovens e 36,7% de índice de dependência é de idosos, indo de encontro às

características da pirâmide etária referida anteriormente (SNS, 2023).

Figura 2- Grupos etários e índice de dependência da população abrangida pela UCC



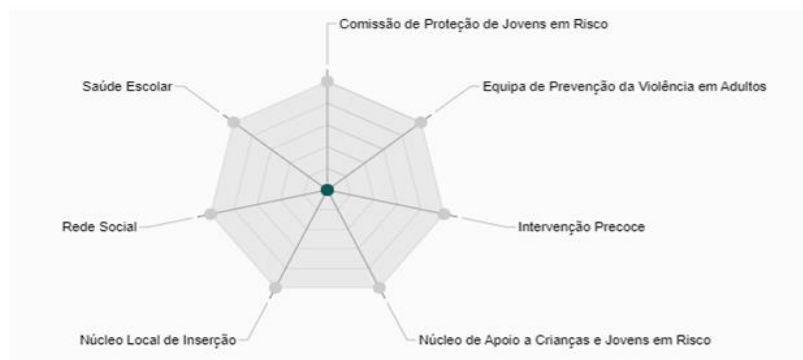
. Fonte: BI-CSP, março,2023 (consultada a 17/04/23)

A UCC abrange quatro freguesias, três delas com uma percentagem mais ou menos equitativa de população abrangida e uma que se destaca por ser a freguesia com menos população abrangida, talvez por ser a freguesia com menos população residente, assim sendo a distribuição por freguesias é a seguinte: 30,5% pertenciam à freguesia A, 28,83%, à freguesia B, 28,54% à freguesia C e 12,14% à freguesia D.

No âmbito da intervenção comunitária, as áreas de atuação da UCC são várias e incluem, entre outros projetos, os seguintes: Programa Nacional de Saúde Escolar, Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, Programas de Intervenção Integrada na área da Criança e Jovem, Preparação para o Nascimento/ Parentalidade/ Recuperação Pós-Parto, Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), COSMIC: Consulta de Enfermagem Saúde Mental Comunitária, NPISA: Núcleo de Planeamento e Intervenção aos sem Abrigo, Linha 65 e também Saúde sobre Rodas: Intervenção Comunitária com recurso à Unidade Móvel (figura 3).

Os vários programas e projetos dinamizados pela UCC, vão ao encontro das necessidades da população do concelho, esta atua numa estreita articulação entre vários parceiros comunitários, destacam-se a Câmara Municipal, PSP, CRIAR-T e IPSS.

Figura 3– Áreas de Intervenção Comunitária da UCC.



Fonte: BI-CSP, 2023.

De acordo com Despacho n.º 10143/2009 no seu artigo nº 9, compete à UCC assegurar as suas funções através de uma carteira de serviços, carteira essa que deve ser definida com base no Plano de Ação do ACES em estreita ligação com as outras unidades funcionais, devendo priorizar as seguintes áreas:

“(...) a) Contributos para o diagnóstico de saúde da comunidade; b) Intervenções em programas no âmbito da proteção e promoção de saúde e prevenção da doença na comunidade, tais como o Programa Nacional de Saúde Escolar; c) Projetos de intervenção com pessoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade e sujeitos a fatores de exclusão social ou cultural, pobreza económica, de valores ou de competências, violência ou negligência (...) d) Projetos de intervenção domiciliária com indivíduos dependentes e famílias/cuidadores, no âmbito da RNCCI e) Projetos de promoção de estilos de vida saudável com intervenções a nível de programas de saúde já existentes, ou a implementar e desenvolver, em parceria com outras instituições que podem cooperar para a aquisição de hábitos de vida saudáveis da população ao longo do ciclo de vida” (p. 15440).

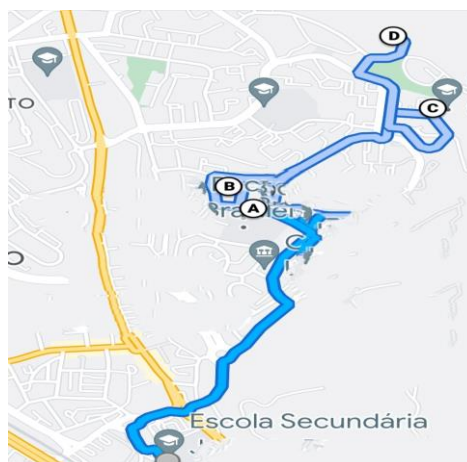
Sendo o Programa Nacional de Saúde Escolar uma área prioritária da UCC e por forma a promover e proteger a saúde e prevenir a doença, assim como promover um ambiente escolar seguro e saudável na comunidade educativa, reforçando os fatores de proteção e contribuindo para o desenvolvimento dos princípios das escolas promotoras da saúde (UCC, 2018), foi desenvolvido este projeto de intervenção comunitária.

As escolas são estabelecimentos com a missão de dotar todos os cidadãos de competências e conhecimentos que lhes permitam explorar suas capacidades, integrar-se na sociedade

ativamente dando um contributo para a vida económica, social e cultural do País (Ministério da Educação,2008). Todavia houve necessidade de reforçar a participação das famílias e comunidades nas escolas, dando-lhes mais autonomia na gestão e administração das escolas, desta forma surge o Decreto-Lei nº 75/2008 de 22-04-2008 no seu artigo nº6 define que “O agrupamento de escolas é uma unidade organizacional, dotada de órgãos próprios de administração e gestão, constituída por estabelecimentos de educação pré-escolar e escolas de um ou mais níveis e ciclos de ensino (...)” (p.2344).

Este agrupamento de escolas é constituído por 1 Escola Secundária (inclui 3ºCiclo), 1 Escola Básica de 2º e 3º Ciclo e 3 escolas de 1º Ciclo/JI, sendo a sede de Agrupamento na Escola Secundária. O agrupamento tem um total de 2348 alunos, sendo que 543 são do 1º Ciclo/JI, 586 encontram-se a frequentar Escola Básica 2º e 3º Ciclo e na Escola Secundária, que inclui 3º Ciclo, frequentam 1219 alunos. Trata-se de um agrupamento relativamente grande e com alguma dispersão geográfica em especial entre a sede de agrupamento e as restantes escolas, conforme figura ilustrativa a baixo.

Figura 4- Área geográfica do agrupamento de escolas X.



Fonte: Adaptado de Google Maps.

3. METODOLOGIA DE PLANEAMENTO EM SAÚDE

Tavares (1990) considera que o planeamento em saúde é fundamental, por diversos motivos. Estes motivos prendem-se pela escassez dos recursos, pela necessidade de se intervir nas situações ou problemas identificados, a fim de se definirem prioridades, e interceder de forma eficaz com intervenções eficientes. Desta forma, para além de se intervir na problemática existente, promovem-se progressos mais eficientes na área da saúde, com a finalidade de se integrarem na prática clínica.

Pineault (2016) defende que através do processo de planeamento, as *escolhas* serão fundamentadas e enquadradas, na medida em que partimos do conhecimento sobre os fenómenos sociais e desta forma alcançamos um consenso mais célere em torno das estratégias a seguir. Para o desenvolvimento do projeto recorreremos à metodologia de planeamento em saúde estruturada de acordo com Imperatori & Giraldes (1993).

Entende-se o planeamento em saúde como a procura de mudanças no comportamento das populações, nos seus hábitos e atitudes perante a saúde, assentando numa análise multissetorial e integrada numa comunidade. Imperatori & Giraldes, (1993) apresentam as fases do planeamento em saúde, considerando 6 etapas: diagnóstico da situação, definição de prioridades, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução e avaliação. Trata-se de um processo contínuo e dinâmico, em que as várias etapas que o constituem não são estanques podendo sofrer alterações ao longo do processo (Imperatori & Giraldes, 1993).

Para se planear em saúde, existe a necessidade de se identificar e organizar as etapas do planeamento em saúde, não omitindo qualquer uma das etapas para garantir uma correta intervenção (Melo, 2020; Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1990).

Seguidamente, apresentam-se as etapas de execução do projeto fundamentando o percurso efetuado para a concretização do mesmo.

3.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O diagnóstico de situação, constitui a primeira etapa do planeamento, onde são identificados os principais problemas e necessidades de uma determinada população alvo (Tavares, 1990). Tem como foco responder às necessidades de saúde da população em cuidados de enfermagem (Melo, 2020).

Melo (2020) refere que, em Portugal, é o enfermeiro especialista em ECSP a quem está determinada a responsabilidade do desenvolvimento e execução do diagnóstico em saúde pública.

De acordo com Imperatori e Giraldes (1993), a descrição preferencialmente quantitativa da situação é um dos requisitos a considerar nesta etapa, assim como o conhecimento dos fatores que a determinam, a análise da sua evolução e a respetiva avaliação. É, portanto, pertinente a exposição de todos os dados que favoreçam a caracterização do problema.

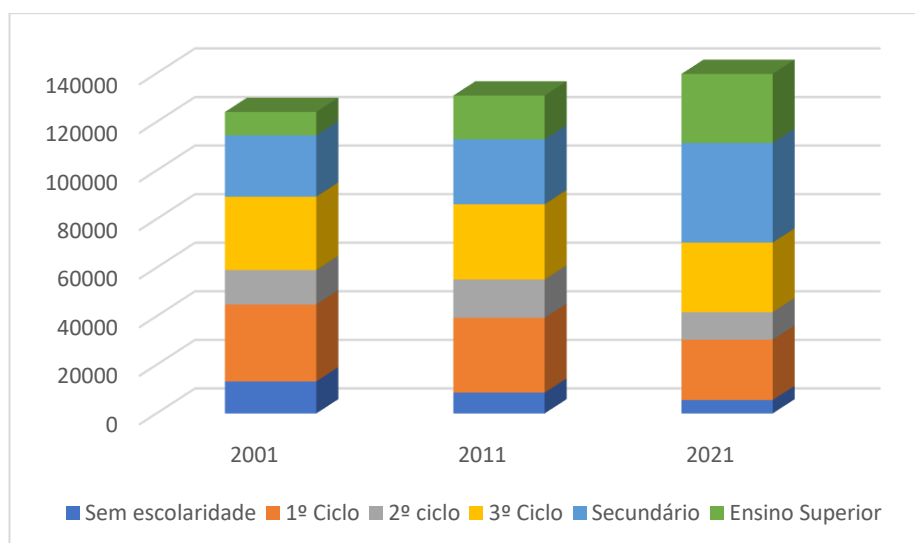
Nos subcapítulos que se seguem irá ser abordado todo o processo de diagnóstico da situação culminando na definição do problema identificado.

3.1.1. contextualização epidemiológica

A epidemiologia torna-se essencial para a caracterização de um problema. No entanto, há várias fontes a considerar para o desenvolvimento do diagnóstico em saúde pública, pelo que é imperativo assegurar a articulação dos dados analisados com as determinantes sociais e de saúde (Melo, 2020).

Assim, e porque se considera que o nível de escolaridade é um dos elementos caracterizadores de uma determinada população, relativamente à taxa de escolaridade da população residente com 15 anos e mais no município, constata-se que de 2011 para 2021, teve uma diminuição muito significativa da população analfabeta, de 37,7%, ao nível do 1º ciclo do ensino básico manteve-se essa diminuição (-5,8 pontos percentuais), estando com uma taxa de 17,5%, no que respeita ao 3º ciclo do ensino básico a baixa é de 3,2 pontos percentuais (de 23,3% para 20,2%), em contrapartida o ensino secundário aumentou 8,7 pontos percentuais (de 20,2% para 28,9%) assim como o ensino superior (de 13,6% para 20%), valores estes na mesma tendência de evolução dos registados para a área metropolitana de Lisboa e de Portugal (Gráfico 13) (Pordata, 2021e) .

Gráfico 13 – Nível de Escolaridade População do Concelho



Fonte: INE Pordata, 2021. Elaboração própria.

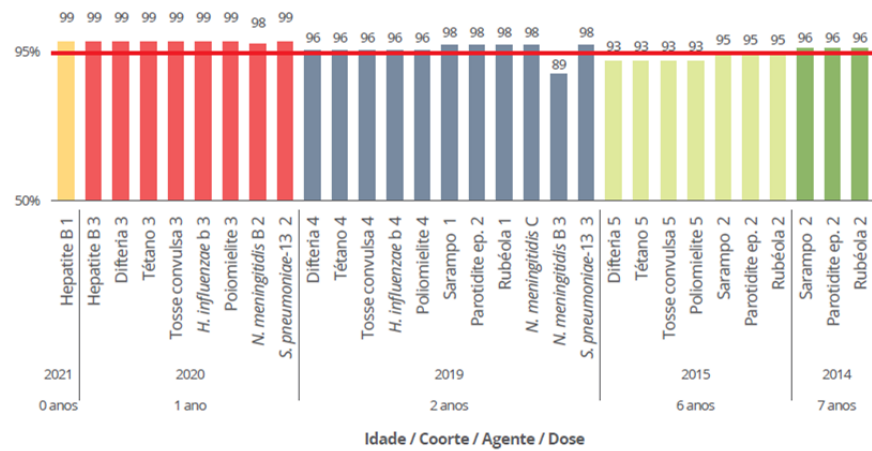
O nível de educação influencia a decisão de vacinação. O sucesso noutras áreas dá a perceção de controlo na área da saúde, bons níveis de escolaridade podem originar desconfiança das fontes tradicionais de informação, originando o recurso a outras fontes não fidedignas (Reuben et.al, 2020).

A tendência para a defesa de liberdade individual e direito à escolha fomentam a hesitação vacinal concomitantemente, à medida que as doenças evitáveis pela vacinação desaparecem, e de acordo com as mudanças nos contextos sociais (nomeadamente os níveis de escolaridade), nascem questões sobre a segurança e os possíveis efeitos adversos da vacinação., comprometendo a cobertura vacinal das populações (Reuben et.al, 2020; Miranda, 2018).

Todavia em Portugal, a cobertura vacinal em 2021 apresenta excelentes resultados, apesar de todas as condicionantes relacionadas com a pandemia de COVID-19, da grande ênfase nas campanhas de vacinação contra COVID-19 e contra gripe, foram cumpridas todas as metas proposta do PNV à semelhança de anos anteriores (DGS, 2022c).

Desta forma as coberturas vacinais até aos 7 anos atingiram ou superaram os 95%, assim como a vacinação da VASPR, na coorte até aos 18 anos, inserido no Programa Nacional de Eliminação do Sarampo e Rubéola (Figura 5).

Figura 5- Cobertura vacinal por idade/coortes.



Fonte: DGS,2022c.

Ultrapassando a sua meta de 85%, a vacina HPV para adolescentes do sexo feminino mantém-se muito elevada, no caso dos adolescentes do sexo masculino, a vacinação contra o HPV na coorte de 2011, que iniciou a vacinação em 2021, apresentou resultados muito próximos dos obtidos no sexo feminino (64% e 68% respetivamente) (Figura 6).

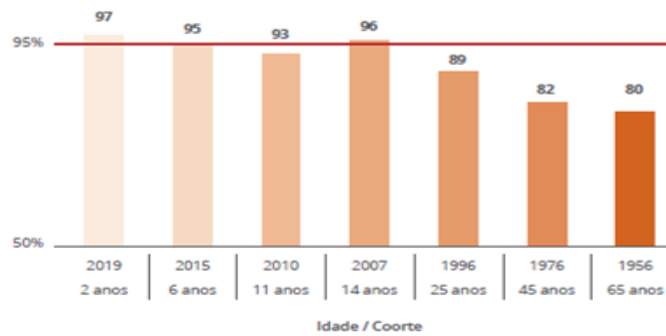
Figura 6- Cobertura vacinal por coorte/idade para vacina HPV



Fonte: DGS,2022c.

A taxa de adolescentes vacinados aos 14 anos chega aos 96% para a vacina Td e a dos adultos aos 65 anos é de 80% (Figura 7).

Figura 7- Cobertura vacinal por idade/coorte para a vacina Td.

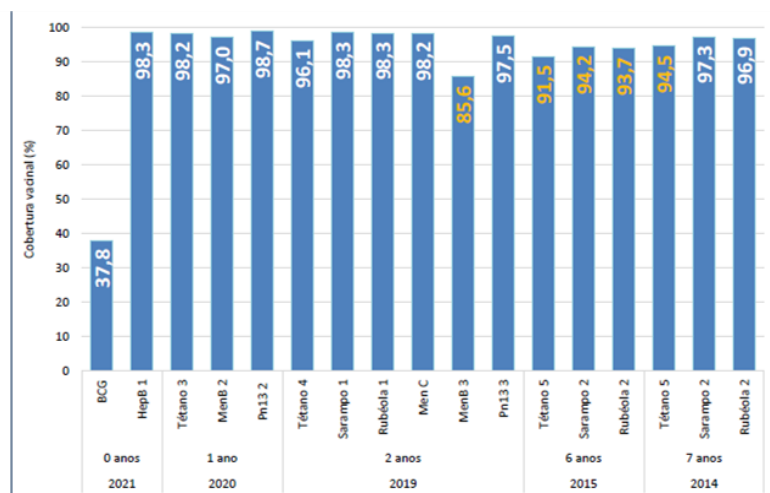


Fonte: DGS,2022c.

Demonstrando desta forma o excelente trabalho dos profissionais de saúde que vacinam, implementam e organizam todo o processo vacinal (DGS, 2022). Salienta-se que Portugal é o país da União Europeia (UE) com os melhores níveis de confiança na vacinação (Figueiredo, 2022).

No ACES a avaliação do PNV de 2021 demonstrou uma ligeira baixa da taxa de vacinação aos 6 anos, entre os 91,5% e os 94,2% (em função da vacina) que tem como meta definida pela DGS uma cobertura vacinal de 95% para as vacinas do PNV para essa idade (Figura 8).

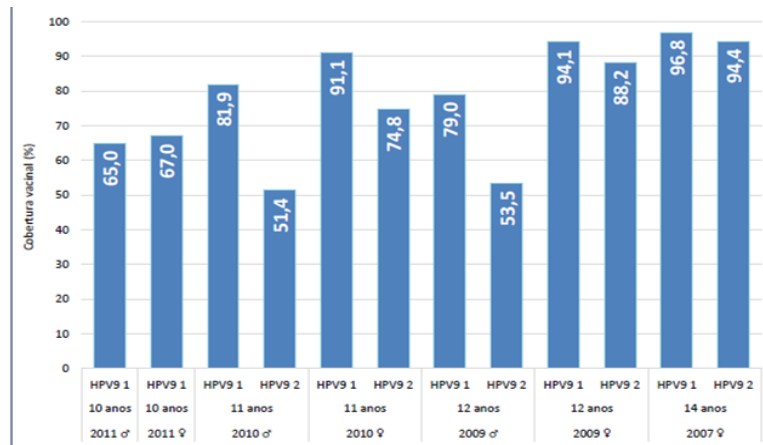
Figura 8- Cobertura vacinal do PNV 2021 no ACES.



Fonte: ACES,2022

Aos 10 anos essa mesma taxa vacinal, relativamente à vacina HPV deveria ter uma cobertura vacinal na ordem dos 85%, encontrando-se muito à caem da meta definida pela DGS, estando pelos 65-67% (DGS,2022c; ACES, 2022) (Figura 9).

Figura 9- Cobertura vacinal do PNV para a vacina HPV 2021



Fonte: ACES,2022.

Apesar de no PLS 2017-2020 do ACES, se terem determinado áreas prioritárias de intervenção que contemplam a fomentação da vacinação em todas as oportunidades e reforçando esta ideia, o Acordo Modificativo de 2022 do Contrato de Programa do Aces AS 2017-2019 no seu plano de melhoria concebe no desempenho assistencial-gestão de saúde a vacinação infantil e juvenil, como uma área prioritária de intervenção neste Aces. Neste sentido e em função dos resultados obtidos torna-se premente manter a intervenção na área da vacinação, nomeadamente em contexto de saúde escolar, visto a escola ser considerada como um local de socialização e aprendizagem para a cidadania (Ribeiro, 2015).

3.1.2. população alvo

Emergiu uma necessidade em saúde, de acordo com a equipa de enfermagem da UCC, no âmbito da vacinação, na medida em que a avaliação efetuada pela equipa num agrupamento de escolas (doravante designado como agrupamento de escolas X), demonstrou algumas fragilidades relacionadas com as coberturas vacinais.

Fortin (1999) define população - alvo, como um conjunto de pessoas com características comuns definidas por um conjunto de critérios. Neste projeto de intervenção comunitária, definiu-se como população-alvo os pais/encarregados de educação (EE) das crianças inscritas no agrupamento de escolas X com idades compreendidas entre os 5 e os 10 anos. Sendo o Método

de Seleção dos participantes uma **Amostra por conveniência** (tendo como característica o acesso fácil aos indivíduos da população em que estes têm critérios de inclusão e exclusão precisos), portanto esta amostra é composta **por todos os Encarregados de Educação das crianças com idade compreendida entre os 5 e os 10 anos, que aceitem livremente responder ao questionário.**

3.1.3. instrumentos recolha de dados

Para aprofundar o diagnóstico da situação foi aplicado um questionário da investigadora Maria de Fátima Medina Tavares (2014), utilizado numa investigação sobre a temática *Vacinação: Conhecimentos e atitudes da população dos bairros carenciados do Concelho do Seixal*, após solicitada e obtida autorização por parte da autora para a sua utilização, conforme anexo 3.

Da versão original foram removidas as questões relacionadas com o cumprimento do PNV no adulto e da consulta do viajante, por não se enquadrarem no projeto. O instrumento de recolha de dados é composto por 28 questões de escolha múltipla e 1 questão de resposta aberta (apêndice 1), tem como objetivo abranger três dimensões, a dimensão dos conhecimentos sobre a vacinação, a dimensão das atitudes face à vacinação e a caracterização sociodemográfica da amostra dos encarregados de educação que aceitaram participar.

O processo de colheita de dados com recurso ao instrumento em cima referido foi realizado pela mestranda com a colaboração da enfermeira orientadora, bem como com a cooperação dos professores, coordenadores das respetivas escolas que articularam com os professores titulares das turmas das crianças com idades entre os 5 e os 10 anos, fazendo chegar aos pais/encarregados de educação das crianças o questionário. Os questionários foram entregues em formato papel, tendo sido recolhidos cerca de uma semana após a sua entrega. Referir que os questionários estavam codificados, por forma a só serem identificados pelo investigador respeitando desta forma os aspetos éticos e deontológicos.

O tratamento da recolha dos dados foi analisado com recurso ao programa SPSS versão 28.1 e através do Microsoft Office Excell versão 2209 e apresentados em gráficos e tabelas de maneira a serem os mais claros e compreensíveis possíveis

3.1.4. questões éticas

A ética está subjacente ao desenvolvimento de qualquer projeto, na medida em que se relaciona com as disposições necessárias para a proteção dos direitos e liberdades individuais (Fortin,1999).

O percurso metodológico foi delineado tendo por base a Deontologia Profissional de Enfermagem, com enfoque no nº1 do Artigo nº99 da Lei nº156/2015 de 16 de setembro (OE, 2015b: 8078), onde “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana”. De acordo com o princípio base da Ética em Enfermagem, a dignidade da pessoa humana é regida por valores universais, que foram tidos em consideração nas diversas fases do projeto de intervenção, nomeadamente, a igualdade, a liberdade responsável com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum, a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional.

Na elaboração do projeto de intervenção foi também assumido e cumprido o dever enunciado no Artigo nº 101 do documento supracitado, nomeadamente “conhecer as necessidades da população e da comunidade onde está profissionalmente inserido; participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detetados; colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade” (OE, 2015b: 8079).

Com base no referido anteriormente, foram tidas em conta as questões éticas inerentes às diferentes etapas do projeto, remetendo-se também para o cumprimento dos princípios da Declaração de Helsínquia e de Oviedo, por se considerarem elementares nas atividades de investigação.

Neste sentido foram efetuadas diligências, junto do agrupamento de escolas X no sentido de pedir as autorizações e respetiva colaboração (Anexo 4), bem como do Núcleo de Formação e Investigação do ACES (a quem compete coordenar e gerir a formação dos diferentes grupos profissionais), com o intuito de solicitar parecer para submissão à Comissão de Ética e da Saúde da ARSLVT O Núcleo de Formação e Investigação (NFI) considerou que, perante o instrumento de recolha de dados proposto e o âmbito da sua aplicação, não seria necessária essa submissão. Esta decisão do NFI teve ainda em conta o facto dos dados do PNV serem disponibilizados pelos enfermeiros da UCC/S. Escolar, e a mestranda não teve acesso aos registos individuais nem a outros dados sensíveis (Anexo 5).

A aplicação do instrumento de recolha de dados foi acompanhada por consentimento informado, livre e esclarecido em formato de papel, assegurando a confidencialidade, o anonimato e o sigilo de todos os dados recolhidos, de forma a não ser possível identificar os participantes (Apêndice 2). Os participantes foram também informados que poderiam interromper ou anular a sua participação em qualquer momento, sem prejuízo para ambas as partes. Importa ainda salientar que foi integralmente respeitada a proteção dos dados, confidencialidade e armazenamento seguro dos dados. É de referir que existiram 4 telefonemas para esclarecimento, por dificuldade de perceber/interpretar o objetivo do questionário.

Por outro lado, os dados vacinais das crianças, foram facultados pelos colegas da UCC, que fizeram o levantamento do estado vacinal das crianças do Agrupamento de Escolas X, através da plataforma *Vacinas*, sendo esta uma base nacional de registo das vacinas torna-se mais fácil esta avaliação. Após entrega das listas nominais das turmas das crianças entre os 5-10 anos do agrupamento de escolas X, pela subdiretora do agrupamento que colaborou ativamente na dinamização deste projeto.

3.1.5. análise de resultados

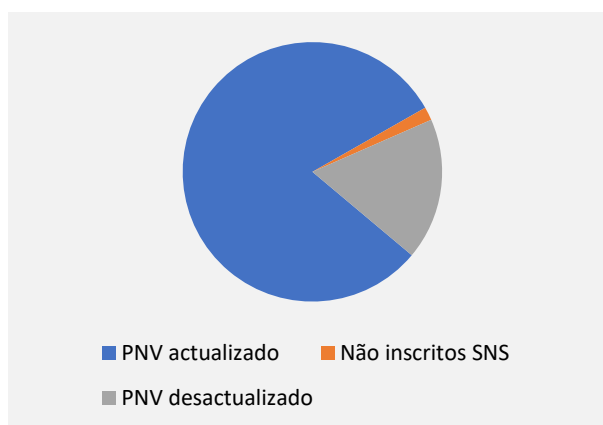
Um problema de saúde corresponde a um estado de saúde considerado *deficiente* pelo indivíduo, por um profissional e/ou por uma instituição. Deste modo existem as necessidades reais (as definidas pelos profissionais) e as necessidades sentidas (relacionadas com o indivíduo e/ou as populações), para a realização de um bom diagnóstico de saúde é importante encontrar os pontos comuns entre todas as necessidades identificadas. (Pineault, 2016).

Esta etapa do planeamento para além de servir para detetar problemas, serve também para sensibilizar e motivar para a importância do trabalho a desenvolver e dos problemas em que se pretende intervir. A população-alvo participará no projeto quanto mais tiver envolvida na preparação (Tavares, 1990).

Tendo por base a avaliação efetuada por parte dos enfermeiros da UCC relativamente à cobertura vacinal das crianças com idades compreendidas entre os 5-10 anos do agrupamento de escolas X onde constataram que 81% das crianças tinham o PNV atualizado, 18% tenha o PNV desatualizado e existia 1% dessas crianças que não se encontravam inscritas no Serviço Nacional de Saúde. Aquando da avaliação, perceberam que as crianças cujo PNV estava desatualizado eram na sua maioria utentes sem equipa de família atribuída conforme representam os gráficos 14 e 15. Esta avaliação demonstrou uma necessidade de intervenção

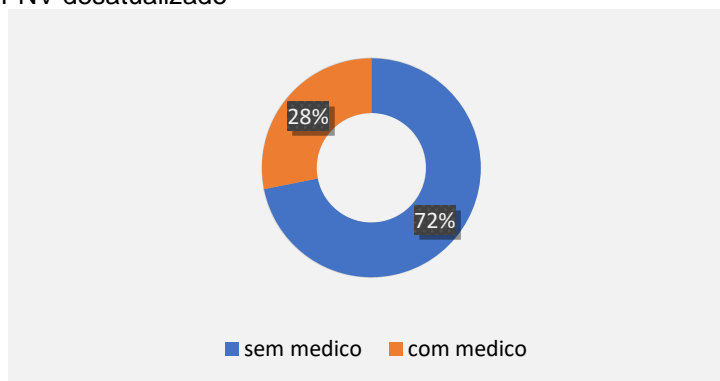
no âmbito da vacinação, na medida em que a cobertura vacinal para o agrupamento de escolas X na faixa etária referida, se encontra a baixo do preconizado pela DGS (meta 95%) assim como o facto da maioria das crianças com o PNV desatualizado serem utentes sem equipa de família atribuída.

Gráfico 14- Cobertura vacinal das crianças 5-10 anos do agrupamento escolas X



Fonte: UCC. Elaboração própria.

Gráfico 15- Crianças com PNV desatualizado



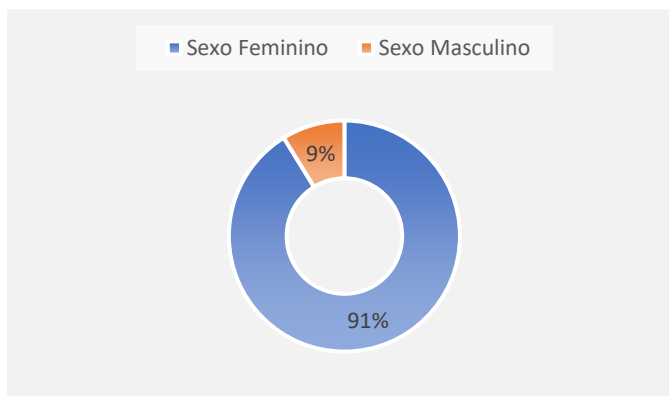
. Fonte: UCC. Elaboração Própria.

Deste modo, após aplicação do instrumento de colheita de dados, responderam ao questionário 216 participantes de um universo de 543 (39,7% da população) passando estes a constituírem a amostra. Desta forma considerando um intervalo de confiança de 95%, a margem de erro situa-se nos 5,2%, consideramos assim que a amostra tem significância.

Trata-se de uma amostra maioritariamente do sexo feminino (91,2%), sendo os restantes 8,8% do sexo masculino (Gráfico 16). Como a população-alvo são pais/encarregados de

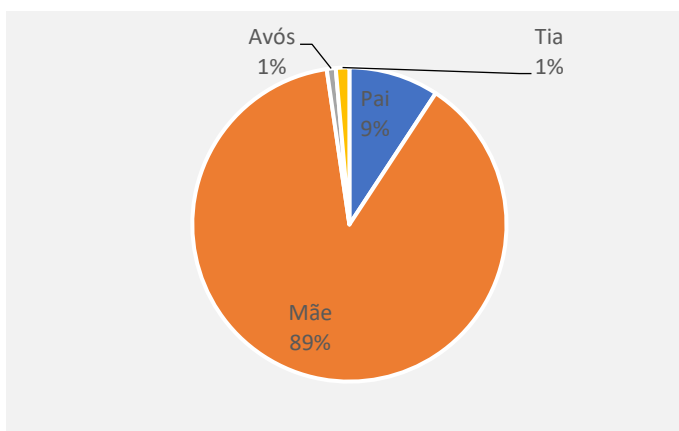
educação, por conseguinte a relação de parentesco que emerge é a de mãe (88,5%), seguida pelo pai (9,3%), surge ainda 2,3% com outro grau de parentesco, a referir 3 tias e 2 avós (Gráfico 17).

Gráfico 16- Caracterização da amostra quanto ao sexo



Fonte: Elaboração própria.

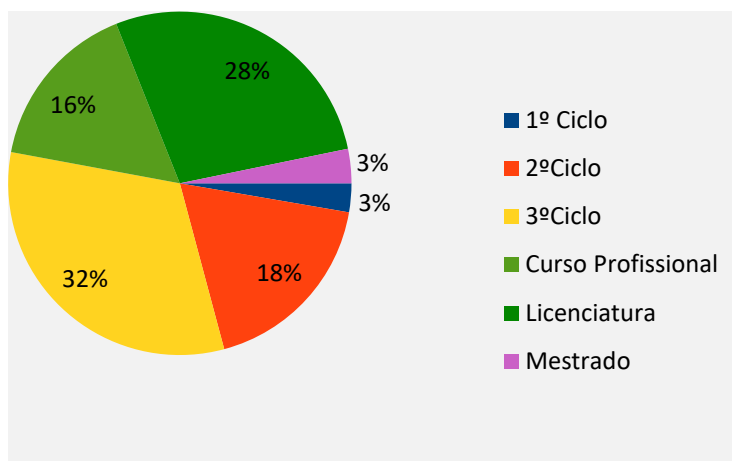
Gráfico 17- Caracterização da amostra em relação ao grau de parentesco



Fonte: Elaboração própria.

Relativamente à média de idades dos pais/encarregados de educação encontra-se nos 38,5 anos variando entre os 21 anos e os 60 anos. Ao analisar o nível de escolaridade constatámos que a maioria da amostra apresenta o 3º ciclo de escolaridade (32%) logo seguida da licenciatura (28%) (gráfico 18).

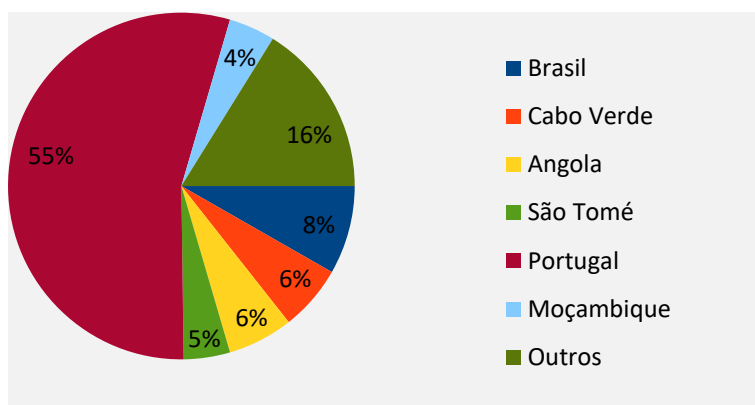
Gráfico 18- Grau de escolaridade da amostra



Fonte: Elaboração própria.

Ao analisar a nacionalidade da amostra, apuramos 19 nacionalidades diferentes, sendo que os países mais prevalentes a seguir a Portugal são o Brasil (8%) seguido de Cabo Verde e Angola com a mesma percentagem (6%) e finalmente São Tomé e Moçambique, também em igualdade percentual (4%), representando estas 5 nacionalidades 28% da amostra (Gráfico 19).

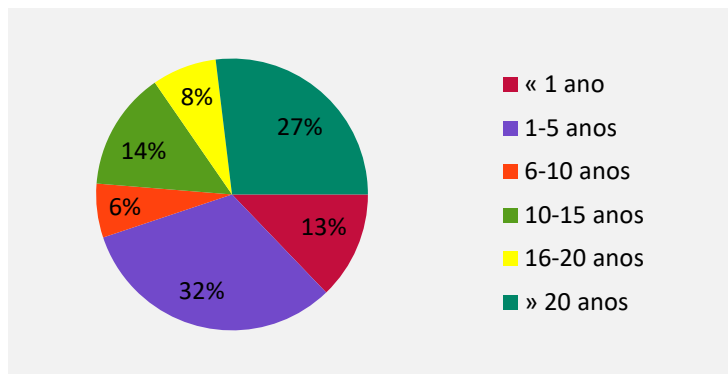
Gráfico 19- Caracterização da amostra em relação à Nacionalidade



Fonte: Elaboração própria.

Em relação ao tempo de residência em Portugal dos pais/encarregados de educação da amostra, que têm nacionalidade diferente da portuguesa (44%), destaca-se o espaço temporal de residência em Portugal no intervalo entre 1-5 anos (32%) seguido dos que residem há mais de 20 anos no nosso país (27%). Salienta-se que, 13% dessa parte da amostra reside em Portugal à menos de 1 ano, assim sendo cerca de metade (45%) da amostra que não têm nacionalidade portuguesa reside em Portugal à menos de 5 anos (Gráfico 20).

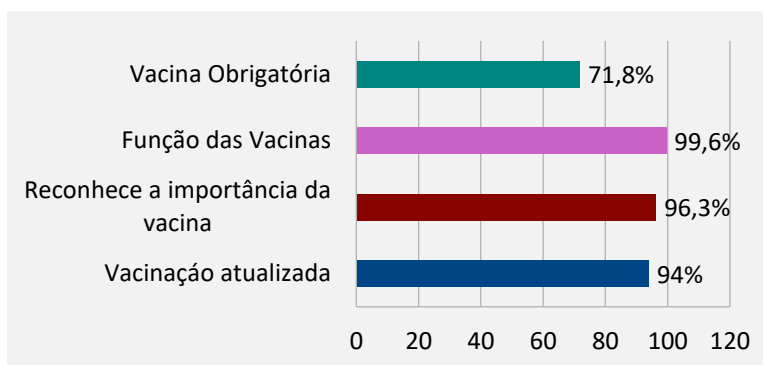
Gráfico 20- Tempo de residência em Portugal



Fonte: Elaboração própria.

Ao analisarmos os conhecimentos e atitudes da amostra face à vacinação, esta demonstra que 99,6% sabe para que servem as vacinas, 96,3% reconhece a sua importância, 94% tem o PNV atualizado e 71,8% expressa que a vacinação devia ser obrigatória (Gráfico 21).

Gráfico 21- Conhecimentos e atitudes face à vacinação por parte da amostra



Fonte: Elaboração própria.

Todavia, apesar de 98,9% reconhecer as reações adversas das vacinas, 43,5% tem receio dessas mesmas reações.

Devendo ser o diagnóstico da situação “suficientemente alargado e aprofundado, sucinto, rápido, claro e corresponder às necessidades do próprio processo de planeamento” (Tavares, 1990, p. 55).

Neste seguimento sobressaíram de acordo com o diagnóstico de situação, da caracterização epidemiológica, face aos dados nacionais e locais analisados e em função da evidência científica, os seguintes problemas:

- A - Défice conhecimento sobre as reações das Vacinas**
- B- Adesão à vacinação**
- C- Défice de conhecimentos relativamente aos serviços de Saúde**

Uma necessidade de saúde está diretamente relacionada com um determinado problema detetado, na medida em que define o que deve ser feito para que o problema se solucione, ou que se aproxime de uma situação mais favorável. Contudo, é inatingível colmatar todas as necessidades desejáveis ou satisfazê-las ao mesmo tempo com a mesma eficácia. Surge a necessidade de priorizar, como forma de responder às necessidades mais prementes, tendo em conta a disponibilidade dos diversos recursos disponíveis (Pineault, 2016).

3.2. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

Nesta etapa do planeamento em saúde, são devidamente priorizados e colocados em primeiro lugar os problemas considerados mais relevantes, mediante metodologias específicas e critérios devidamente estruturados (Imperatori & Giraldes, 1993).

De acordo com Tavares (1990), a determinação de prioridades relaciona uma determinada problemática com os seus fatores de risco, gravidade e pertinência, bem como a sua implementação, os recursos necessários e a aceitação do projeto tanto pela população alvo como pelas instituições.

Perante a existência de vários problemas identificados, torna-se necessário ordenar prioridades para identificar quais os problemas a intervir com maior urgência. Trata-se, frequentemente, de uma escolha difícil que necessita de grande critério e rigor ao ser desenvolvida (Melo, 2020).

Imperatori & Giraldes (1993) e Melo (2020) enumeram alguns critérios na determinação de prioridades, adaptados do proposto pelo Centro Nacional de Estudos do Desenvolvimento e a Organização Pan-América de Saúde (CENDS-OPAS) em 1965 no primeiro trabalho sobre o tema, *Programação de Saúde*. São eles a magnitude, a transcendência e a vulnerabilidade, sendo que:

- **MAGNITUDE** - relacionado com a dimensão do problema na comunidade ou na população em análise. Refere-se, portanto, à importância que tem o problema.
- **TRANSCENDÊNCIA** - remete para a relação entre a intervenção no diagnóstico e a influencia que daí advém na melhoria das condicionantes socioeconómicas do problema.
- **VULNERABILIDADE** - admite a possibilidade de prevenção e melhoria do problema através da nossa intervenção. Incorpora todas as ações de educação, promoção da saúde, prevenção da doença e modificação de comportamentos.

Estes são avaliados numa escala de valor entre 1 e 3, em que o 1 é o pouco prioritário e o 3 o muito prioritário.

Assim, com base nestes critérios foi elaborada a tabela 2 para avaliação e determinação de prioridades. Não esquecendo que a definição de prioridades deve contemplar a otimização dos resultados e eficiência dos recursos.

Tabela 2– Grelha de ponderação de critérios

	Grelha de ponderação			
	Magnitude	Transcendência	Vulnerabilidade	Total
A Défice conhecimentos relativamente as reações adversas das vacinas	1	2	3	6
B Adesão vacinação	2	3	3	8
C Défice conhecimento relativamente aos serviços saúde	2	3	3	8

Fonte: Elaboração Própria

Considerando a grelha de ponderação e após a aplicação dos critérios maior de determinação de prioridades, emergiram como problemas prioritários os seguintes:

B- Adesão à vacinação

C- Défice de conhecimentos relativamente aos serviços de Saúde.

3.3. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

Numa lógica hierarquizada, Tavares (1990) objetiva no planeamento em saúde a inter-relação entre um plano, um programa e um projeto. O primeiro está orientado para finalidades a longo prazo, o segundo para médio prazo que inclui objetivos gerais e o terceiro, direcionado para a obtenção de objetivos específicos e metas, que remete para o curto prazo como está previsto neste projeto. Após uma correta definição das prioridades, segue-se para a definição

dos objetivos. Os objetivos devem ser precisos, mensuráveis e pertinentes, fornecendo a possibilidade de uma correta avaliação *à posteriori* (Tavares, 1990).

É após a verificação do estado da nossa população que são estabelecidos os objetivos. Sendo orientado para o curto prazo, o projeto desenvolve-se em objetivos específicos e metas. Objetivos bem delineados permitem-nos estruturar um caminho para estabelecer estratégias de intervenção. Quanto mais claros forem os objetivos, mais claras as estratégias de intervenção que nos levam de um estado atual da nossa população para determinado estado pretendido. A determinação das metas a atingir e, em que prazo, é considerado o nível mais minucioso da definição de objetivos. Esta etapa permite determinar os recursos e as intervenções da forma mais efetiva e eficaz (Melo, 2020).

Face aos indicadores apresentados, procedeu-se à definição de objetivos, tendo sido definidos um objetivo geral e dois objetivos específicos para este projeto, seguindo as linhas orientadoras de Tavares (1990).

Desta forma o objetivo geral definido para a realização deste projeto foi:

Objetivo Geral: Contribuir para o aumento da taxa de vacinação das crianças entre os 5-10 anos.

Os objetivos específicos definidos encontram-se na tabela 3 associados às metas definidas para o projeto de intervenção por forma a conseguir o resultado desejável (Imperatori & Giraldes, 1993).

Tabela 3- Objetivos e Metas do Projeto de Intervenção

Objetivos específicos	Metas
Aumentar a taxa de vacinação em 50% das crianças entre os 5-10 anos, que estavam com o PNV desatualizado, do agrupamento de escolas X;	Pelo menos 50% das crianças com esquema vacinal em atraso atualizam o seu estado vacinal até ao final de janeiro 2023.

<p>Aumentar o nível de conhecimentos dos pais/EE em relação ao acesso à vacinação.</p>	<p>Pelo menos 75% dos participantes na sessão de educação para a saúde: <i>Acesso à vacinação Gratuita para Todos</i>: a) Consigam identificar o circuito de acesso à vacinação no caso de terem atribuída Equipa de Saúde Familiar.</p> <p>Pelo menos 75% dos participantes na sessão de educação para a saúde: <i>Acesso à vacinação Gratuita para Todos</i>: b) Consigam identificar o circuito de acesso à vacinação no caso de não terem atribuída Equipa de Saúde Familiar.</p> <p>Pelo menos 75% dos participantes na sessão de educação para a saúde: <i>Acesso à vacinação Gratuita para Todos</i>: c) Consigam identificar o circuito de acesso à vacinação no caso de não terem inscrição nos cuidados de saúde primários.</p>
--	---

Fonte: Elaboração própria.

Os indicadores nos projetos de intervenção comunitária constituem uma ferramenta importante para aferir o cumprimento das metas, e validar não só o sucesso do projeto, como o impacto das intervenções nos prazos delimitados (Melo, 2020). Para uma melhor visualização foi elaborada a tabela abaixo referente às Metas e Indicadores (Tabela 4).

Tabela 4– Metas e indicadores.

Metas	Indicadores
<p>Pelo menos 50% das crianças com esquema vacinal em atraso atualizam o seu estado vacinal até ao final de janeiro 2023;</p>	<p>n.º de crianças que atualizaram a vacina / n.º total de crianças com PNV desatualizado x 100</p>
<p>Pelo menos 75% dos participantes nas sessões de educação para a saúde: <i>Acesso à vacinação Gratuita para Todos</i>:</p> <p>a) Consigam identificar o circuito de acesso à vacinação no caso de ter atribuída Equipa de Saúde Familiar.</p> <p>b) Consigam identificar o circuito de acesso à vacinação no caso de não terem atribuída Equipa de Saúde Familiar.</p>	<p>n.º de participantes que responderam acertadamente às questões relacionadas com condição a) / n.º total de participantes na sessão x 100</p> <p>n.º de participantes que responderam acertadamente às questões relacionadas com condição b) / n.º total de participantes na sessão x 100</p>

c) Consigam identificar o circuito de acesso à vacinação no caso de não terem inscrição nos cuidados de saúde primários.	n.º de participantes que responderam acertadamente às questões relacionadas com condição c) / n.º total de participantes na sessão x 100
---	--

Fonte: Elaboração própria.

A fixação destes objetivos e metas, visa contribuir para mudanças nos comportamentos de procura de saúde e para a obtenção de ganhos em saúde. Depois desta etapa, importa encontrar as estratégias mais adequadas para a consecução dos objetivos definidos.

3.4. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

A seleção das estratégias caracteriza-se por ser a etapa do Planeamento em Saúde onde se procede à elaboração de um conjunto de medidas específicas, pertinentes e devidamente organizadas, com o objetivo de alcançar os objetivos estipulados na etapa anterior. Nesta etapa, devem-se ter em consideração, os custos, os recursos, as vantagens e desvantagens de cada hipótese (Imperatori & Giraldes, 1993). Por outro lado, se necessário, devem ser consideradas estratégias alternativas que visem o alcance de um objetivo. É sempre possível agregar diferentes combinações de abordagens de um determinado problema, sendo que, as análises de custo oportunidade, custo-benefício ou custo efetividade assumem um papel preponderante na sua escolha (Tavares, 1990). Quanto maior a exigência e rigor na construção das estratégias de intervenção maior será a hipótese de concretizar com sucesso as metas e indicadores previamente determinados (Melo, 2020).

Tendo em conta que as estratégias a utilizar podem ser inteiramente novas ou outras já existentes, delimitamos as seguintes estratégias para este projeto de intervenção comunitária:

- Educação e Promoção para a Saúde;
- Envolvimento da comunidade educativa;
- Articulação entre UCC e a Unidade de Atendimento a Utentes sem Equipa de Família.

A educação para a saúde é descrita por Nola Pender, como fundamental no processo de promoção de saúde, assim como assume um papel determinante na comunidade. Na sociedade atual, e numa perspetiva de prevenção, as ações efetuadas pelos promotores da saúde revelam-

se cada vez mais pertinentes, tendo em vista os ganhos efetivos em saúde (Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005). Tal como descrito na Declaração de Alma-Ata de 1978, onde emergiu o conceito de cidadania em saúde como o direito e dever das populações em participar individual e coletivamente no planeamento e prestação dos cuidados de saúde (Declaração de Alma-Ata, 1978). Neste sentido, cada cidadão assume um papel indiscutível de educador de saúde, pelo que a educação para a saúde se deve centrar nas capacidades individuais e de grupo das comunidades.

Nesta perspetiva, a comunidade educativa, torna-se pelas suas características de abrangência, ao nível do seu «grupo populacional» (desde o pessoal docente, pessoal não docente, alunos e pais/encarregados de educação), uma comunidade que oferece oportunidades para a implementação de estratégias por forma a derrubar barreiras entre setores intervenientes no desenvolvimento social e da saúde, esta parceria entre a saúde e a educação é essencial para fomentar a participação dos indivíduos na promoção da saúde (OE, 2015a).

Na mesma linha de pensamento de parcerias e articulações, surge a estratégia de articulação entre unidades, estratégia mencionada nos diferentes Planos Nacionais de Saúde, como uma medida de gestão de recursos, considerando a comunicação entre diferentes profissionais de saúde imprescindível, para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos utentes por forma a que estes sejam os mais adequados permitindo a obtenção de ganhos em saúde (Sousa et al., 2021).

Com base no supracitado a tabela 5 esquematiza a pertinência, as vantagens e as desvantagens das estratégias utilizadas.

Tabela 5- Estratégias do Projeto de Intervenção Comunitária

Estratégias	Pertinência	Vantagens	Desvantagens
Articulação entre UCC e a Unidade de Atendimento a Utentes sem Equipa de Família	Divulgação do projeto	Obtenção de parcerias;	Carece de preparação burocrática prévia; Possível indisponibilidade
Educação e Promoção para a Saúde	Transmissão de informação/conhecimento.	Recurso acessível, eficaz; Traduz-se em	Está dependente da recetividade e das autorizações da escola e encarregados de educação; Dificuldade em

		ganhos em saúde e aumento da literacia sobre o tema.	estabelecer comunicação eficaz com os pais/encarregados de educação.
Envolvimento da comunidade educativa	Participação e envolvimento são mais valias para o sucesso do projeto.	Apoio transversal ao desenvolvimento de todo o projeto;	Exige preparação burocrática prévia; Exige disponibilidade para integrar os envolvidos no projeto; Carece de trabalho contínuo ao nível da motivação.

Fonte: Elaboração própria

Tendo em consideração a avaliação apresentada na tabela anterior e uma reunião onde estiveram presentes a mestrande e as duas Enfermeiras Mestres em Enfermagem Comunitária que acompanharam a execução do projeto, ficaram definidas como realizáveis as três estratégias iniciais, após decisão consensual. Apesar das suas limitações/constrangimentos foram consideradas pertinentes para o desenvolvimento do projeto de intervenção, tendo em conta o contexto da aplicação e a população alvo a que se destina e desta forma contribuirão para alcançar os objetivos fixados, tendo por base os autores supracitados.

3.5. PREPARAÇÃO OPERACIONAL

A preparação operacional corresponde à execução das estratégias definidas na etapa anterior e contempla as atividades necessárias para a realização das mesmas. Inclui-se o cronograma das atividades e os recursos necessários para a sua execução (Imperatori & Giraldes, 1993).

Esta operacionalização é constituída por programas e projetos, sendo o primeiro considerado um conjunto das atividades a desenvolver para a realização das estratégias definidas e o segundo, o conjunto de atividades que permitem a execução de um ou mais programas (Tavares, 1990).

É fulcral a concretização de intervenções e atividades que viabilizem a obtenção de respostas aos diagnósticos. A concretização das intervenções e atividades são orientadas no

sentido de melhorar, promover e potenciar as competências das comunidades, para que possam participar ativamente na gestão dos seus próprios problemas (Melo, 2020).

3.5.1. intervenções/atividades

Este subcapítulo compreende as atividades e intervenções que foram desenvolvidas, de forma a atingir os objetivos previamente delimitados. De acordo com Tavares (1990), as atividades propostas devem cumprir parâmetros como o que deve ser realizado; quem o realiza; quando se realiza; local onde vão ser realizadas as atividades; como serão realizadas; a avaliação da atividade; determinar o objetivo que se pretende atingir e, por último, mas não menos importante os recursos e o custo das atividades. Por conseguinte, é possível organizar cada uma das atividades a serem desenvolvidas no projeto (Tabela 6).

Tabela 6- Atividades desenvolvidas.

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Finalidade da ação
Reunião com a equipa de enfermagem da UCC	Enfermeira mestranda; Enfermeira orientadora de estágio	21.09.2022	UCC	Apresentação do projeto; Pedido de colaboração para desenvolver o projeto.	Envolvimento da equipa; Acesso aos registos vacinais das crianças.
Reunir com o conselho diretivo do agrupamento de escolas X	Enfermeira mestranda; Enfermeira orientadora de estágio; Professor/a do conselho executivo	26.09.22	Sede de agrupamento	Apresentação do mestrando como responsável pelo projeto; Apresentação do projeto e possíveis ganhos em saúde; Pedido de colaboração para desenvolver o projeto.	Dar a conhecer o projeto; Reunir contributos para o projeto.
1ª Reunião com os professores coordenadores das escolas	Enfermeira mestranda; Enfermeira orientadora de estágio; Coordenadores de escola.	29.09.22	Nas 3 escolas básicas do agrupamento	Apresentação do mestrando como responsável pelo projeto; Apresentação do projeto e possíveis ganhos em saúde; Pedido de colaboração para desenvolver o projeto.	Dar a conhecer o projeto; Reunir contributos para o projeto.

“Promoção da Adesão à Vacinação: uma intervenção no âmbito da Saúde Escolar”

Aplicar questionário para aprofundar diagnóstico de situação junto da população-alvo	Enfermeira mestranda; Enfermeira orientadora de estágio.	07.11.2022	Pais/encarregados de educação das crianças entre os 5-10 anos	Entrega em papel dos questionários aos professores titulares das turmas para fazerem chegar aos pais/encarregados de educação.	Elaborar posteriormente um diagnóstico de situação.
2ª Reunião com os professores coordenadores das escolas	Enfermeira mestranda;	05.12.2022	Nas 3 escolas básicas do agrupamento	Apresentação dos resultados do diagnóstico de situação; Reunir contributos.	Promover parcerias; Definir estratégias para a implementação do projeto.
Divulgação junto da comunidade educativa do projeto	Enfermeira mestranda;	04.01.2023	Nas 3 escolas básicas do agrupamento e sede de agrupamento	Cartazes divulgativos do projeto (Apêndice 3); Divulgação através de canais digitais junto dos pais/EE.	Dar a conhecer o projeto junto da comunidade educativa.
Sessões de educação para a saúde para os pais/Encarregados de Educação onde se incluem as temáticas a), b) e c). (Apêndice 5)	Enfermeira mestranda; Enfermeira orientadora de estágio	09 e 12.01.2023	Sede de agrupamento	Elaboração do plano da sessão (Apêndice 4); Realização da formação; Entrega de flyer em formato de papel e digital através de Qrcod (Apêndice 6) com informação sobre os acessos aos cuidados de saúde. Agendamento de vacinação das crianças cujo PNV estava desatualizado.	Capacitar os pais para um melhor acesso aos cuidados de saúde; Promover a adesão à vacinação

Divulgação do projeto junto das outras unidade funcionais	Enfermeira mestranda; Enfermeira orientadora de estágio.	13.01.2023	Unidade de atendimento a utentes sem equipa de família.	Apresentação das taxas de vacinação; Definição de estratégias de forma a combater a diminuição da cobertura vacinal.	Colaboração no desenvolvimento do projeto.
Vacinação e agendamento das crianças com PNV desatualizado.	Enfermeira mestranda.	16 e 17.01.2023	Unidade de atendimento a utentes sem equipa de família.	Flexibilizando horários; Abrir período específico para este projeto na Unidade de Atendimento a utentes sem equipa de família.	Aumentar a cobertura vacinal e prevenir as doenças evitáveis pela vacinação, através da promoção da saúde.
1ª Reavaliação do estado vacinal das crianças entre os 5-10 anos do agrupamento de escolas X	Enfermeira mestranda;	18.01.2023	Unidade de atendimento a utentes sem equipa de família; UCC.	Apresentação das taxas vacinais à data; Definição de novas estratégias para melhorar a cobertura vacinal destas crianças.	Melhorar a cobertura vacinal.
Convocação por agendamento das crianças que mantinham o PNV em atraso	Enfermeira mestranda;	19.01.2023	Unidade de atendimento a utentes sem equipa de família; UCC.	Elaboração de cartas convocatórias para vacinação.	Aumentar a adesão à vacinação.
3ª Reunião com os professores	Enfermeira mestranda; Professores	20.01.2023	Nas 3 escolas básicas do agrupamento.	Entrega de cartas convocatórias para as	Melhorar as taxas de cobertura vacinal destas crianças.

“Promoção da Adesão à Vacinação: uma intervenção no âmbito da Saúde Escolar”

coordenadores de escola	coordenadores de escola			crianças que mantem o PNV desatualizado.	
2ª Reavaliação do estado vacinal das crianças entre os 5-10 anos do agrupamento de escolas X	Enfermeira mestranda;	26.01.2023	Unidade de atendimento a utentes sem equipa de família; UCC.	Apresentação das taxas de cobertura vacinal à data das crianças entre os 5-10 nos.	Avaliação das taxas vacinais das crianças entre os 5-10 nos.
Sessão de divulgação dos resultados e definição de estratégias de continuidade/ follow-up do projeto aos enfermeiros da UCC	Enfermeira mestranda;	27.01.2023	UCC	Apresentação dos resultados do projeto (Apêndice 7).	Possibilitar a continuação do desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária.

Fonte: Elaboração própria.

3.5.2. recursos necessários

No planeamento em saúde e na implementação de projetos é desejável que as estratégias se equilibrem na melhor relação custo-benefício possível. Os recursos devem alocar-se às estratégias com maior retorno por custo, que promovam o máximo de impacto nos ganhos em saúde. A colaboração de entidades de saúde, públicas e da sociedade civil, assume particular relevância no que respeita à distribuição de recursos, quer económicos, quer humanos (Andrade, Nunes & Portugal, 2016).

Deste forma, os recursos humanos que participaram no projeto foram: Enfermeira mestranda, Professora orientadora do Estágio e projeto, Enfermeira da UCC e supervisora do projeto/ensino clínico, Agrupamento de escolas, na pessoa da Subdiretora, Professores titulares das turmas.

Em relação ao recursos materiais e físicos utilizados, foram: o auditório do agrupamento de escolas para realização da sessão de educação para a saúde, computador para realização dessa mesma sessão, *WiFi* da escola ou internet móvel, material de suporte à sessão (guia do utente e flyer com informação sobre as unidades), material de suporte à preparação da sessão (papel, impressora, tinteiro, eletricidade) e ainda viatura automóvel e combustível para as deslocações às Escolas e à Unidade de Atendimento a utentes sem médio de família.

Projeto de intervenção sem financiamento externo, contudo com custos associados suportados pela mestranda, parceiros e stakeholders. Deste modo, foi efetivada uma estimativa de custos para a elaboração do projeto, conforme tabela 7.

Tabela 7- Recursos financeiros

		valor unitário	quantidade	custo total	stakeholders/ sponsors
Recursos humanos	Enfermeiros	8€/hora	150 horas	1200€	ACES/UCC
Material de apoio	Impressão de cartazes	10€	3	30€	
	Impressão dos folhetos, e questionários, requerimentos e consentimentos.	0,05€	4500	225€	
	computador	600€	1	600€	
	impressora	60€	1	60€	
	toner	50€	1	50€	
	videoprojetor	600€	1	600€	Agrupamento de Escolas X
Encargos gerais	Eletricidade	1€	3	3€	Agrupamento de Escolas X
	Auditório	40€	2	80€	
Deslocações	Combustível	0,33€/Km	300Km	99€	
Custo total estimado:				2947€	

Fonte: Elaboração Própria

3.5.3 cronograma das atividades

Segundo Imperatori & Giraldes (1993), os cronogramas “são gráficos de duas dimensões onde se representa nas abcissas o tempo e nas ordenadas as atividades que formam o projeto” (p.118).

O cronograma auxilia na verificação do progresso do trabalho, sendo uma ferramenta essencial, que nos permite organizar o projeto e otimizar tempo no seu investimento (Melo, 2020).

Assim, foi elaborado um cronograma geral a cumprir ao longo do projeto, conforme apêndice 8, por forma a visualizar e controlar as atividades realizadas.

3.6 AVALIAÇÃO

A última etapa do planeamento é a avaliação que engloba o final do processo integrando cada uma das suas etapas (Tavares, 1990).

Segundo Pineault (2016), na avaliação é efetuada uma revisão dos elementos do planeamento e das diferentes etapas do processo. A avaliação deve ser precisa, confrontando os objetivos e as estratégias verificando o grau de sucesso do projeto (Tavares, 1990). A avaliação correta permite comparar os estados inicial e final do processo de planeamento, relacionar as estratégias selecionadas com a pertinência dos objetivos estabelecidos e as necessidades identificadas. A avaliação deverá ser preparada antes de ser realizada, uma vez que se baseia essencialmente na fixação de objetivos e na preparação operacional. É nesta etapa que se avaliam, a curto prazo, os indicadores de saúde, e a médio prazo os resultados obtidos nos principais problemas de saúde (Imperatori e Giraldes, 1993).

É na fase de avaliação que o diagnóstico é atualizado, e se completa o ciclo. Pretende-se que os resultados respondam aos mesmos critérios de diagnóstico e apurar se as metas foram atingidas, superadas ou, por outro lado, se não foram atingidas (Imperatori & Giraldes, 1993; Melo, 2020).

A implementação/execução do projeto acompanhou o prazo de estágio, que teve início a 19 de setembro de 2022 e terminou a 31 de janeiro de 2023.

Foram ao longo do tempo de estágio delineadas e implementadas estratégias para dar resposta ao objetivo principal do projeto – *Aumentar a cobertura da taxa vacinal das crianças entre os 5-10 anos*. Assim como foi sendo monitorizada a taxa de adesão dessa população e o índice de cobertura vacinal, no sentido de identificar se as estratégias tinham funcionado ou se era necessário incluir novas medidas.

Imperatori & Giraldes (1983) definem a avaliação como um processo dinâmico e cíclico quando chegamos ao final estamos de volta ao princípio (diagnóstico da situação) no intuito de melhorar os programas de intervenção e a distribuição dos recursos e não só avaliar as atividades realizadas ou não realizadas (Melo,2020).

Consciente que só através do trabalho em equipa e da dinamização de parcerias poderemos alcançar o sucesso das nossas intervenções e com isso alcançar ganhos em saúde, este projeto baseou-se inteiramente nessa premissa.

Pineault (2016, p. 107) afirma que “(...) quando se introduz uma mudança, é interessante saber se ela produziu os efeitos esperados”.

Neste sentido e face ao referido anteriormente foram definidos indicadores de processo, para monitorizar as atividades desenvolvidas ao longo do projeto e avaliar os resultados (Tabela 8).

Nesse seguimento, a avaliação dos objetivos específicos e das metas do projeto, serão submetidos a avaliação de indicadores de resultado, apresentando na tabela 9 dos resultados, de forma sistematizada.

Tabela 8- Indicadores de processo

Atividades	Meta	Indicador	Avaliação/Resultado
Reunir com o conselho diretivo do agrupamento de escolas X e com os professores coordenadores de escola.	Apresentar o projeto e dados de diagnóstico a 100% dos professores coordenadores e ao conselho diretivo do agrupamento de escolas X.	Nº reuniões realizadas/Nº reuniões previstas (4/4x100)	Meta atingida (realizaram-se todas as reuniões previstas)
Aplicar questionário para aprofundar diagnóstico de situação junto da população-alvo	Questionário seja entregue a 100% dos pais/encarregados de educação das crianças entre os 5-10 anos.	Nº de questionários entregues/ Nº total de pais/EE (543/543x100)	Meta atingida (foram entregues os questionários a todos os pais/EE)
Sessões de educação para a saúde para os pais/encarregados de educação	Apresentar 100% das sessões de educação para a saúde aos pais/encarregados de educação.	Nº de sessões realizadas/ Nº total de sessões previstas (1/2x100)	Meta não atingida

Fonte: Elaboração própria

Tabela 9- Indicadores de resultado:

Metas	Indicadores	Resultados
Pelo menos 50% das crianças com esquema vacinal em atraso atualizam o seu estado vacinal;	n.º de crianças que atualizaram a vacina/ n.º total de total de crianças com PNV desatualizado x 100	(56/92) x100%=60,87% Atingido
Pelo menos 75% dos participantes na sessão de educação para a saúde: Acesso à vacinação Gratuita para Todos: a) Consigam identificar o circuito de acesso à vacinação no caso de ter atribuída Equipa de Saúde Familiar.	n.º de participantes que responderam acertadamente às questões relacionadas com condição a) / n.º total de participantes na sessão x 100	(13/13) x100%=100% Atingido
Pelo menos 75% dos participantes na sessão de educação para a saúde: Acesso à vacinação Gratuita para Todos: b) Consigam identificar o circuito de acesso à vacinação no caso de não terem atribuída Equipa de Saúde Familiar.	n.º de participantes que responderam acertadamente às questões relacionadas com condição b) / n.º total de participantes na sessão x 100	(12/13) x100%=92,3% Atingido

“Promoção da Adesão à Vacinação: uma intervenção no âmbito da Saúde Escolar”

Pelo menos 75% dos participantes na sessão de educação para a saúde: Acesso à vacinação Gratuita para Todos: c) Consigam identificar o circuito de acesso à vacinação no caso de não terem inscrição nos cuidados de saúde primários.	n.º de participantes que responderam acertadamente às questões relacionadas com condição c) / n.º total de participantes na sessão x 100	(12/13) x100%=92,3% Atingido
--	--	-------------------------------------

Fonte: Elaboração própria

De acordo com os dados apresentados nas tabelas anteriores, é possível verificar que todas as metas definidas foram cumpridas ou mesmo ultrapassadas, à exceção da meta relacionada com o número de sessões de educação para a saúde. Apesar da existência de duas datas para a realização das sessões de educação para a saúde, a adesão por parte dos pais/encarregados de educação não foi a melhor, visto num dos dias não ter havido participantes na sessão. Este facto pode estar relacionado com a local das sessões, estas foram realizadas na sede de agrupamento, visto ser o local com condições físicas e materiais para o efeito. A escola sede do agrupamento encontra-se geograficamente, no extremo oposto à localização das restantes escolas do agrupamento, podendo este fator ter sido um constrangimento na participação dos pais/encarregados de educação.

No que concerne ao aumento da taxa de cobertura vacinal, esta meta foi amplamente atingida e até superada, não só pelo aumento da cobertura vacinal das crianças com idades compreendidas entre os 5-10 anos, mas também paralelamente, pela *vacinação oportunista*, realizada aos familiares dessas mesmas crianças (pais, irmãos e avós), tal como está preconizado pela DGS (2020). Acrescento a este facto, o encaminhamento para marcação de consulta, das crianças sem a vigilância de Saúde Infantil realizada (conforme preconiza o Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, Norma nº 010/2013 de 31/05/2013), que foram atualizar o PNV.

Todavia, saliento a disponibilidade em flexibilizar horários existentes e abrir horários específicos para o desenvolvimento do projeto por parte do agrupamento de escolas X e em particular da Unidade de Atendimento a Utentes sem Equipa de família.

No que se refere ao nível de conhecimentos dos pais/encarregados de educação, relativamente às diferentes condições de acesso aos cuidados de saúde no âmbito da vacinação em função das diferentes condições, estes demonstraram a aquisição desse conhecimento, superando a meta proposta. Indo de encontro às prioridades e objetivos definidos pelo Plano de Ação de Literacia em Saúde 2019-2021, onde se incluem a capacitação dos indivíduos para a utilização adequada do Sistema de Saúde, bem como a adoção de estilos de vida saudável, que contempla a vacinação como área prioritária. Os autores reforçam que:

“Este Plano é ambicioso, sendo que a sua concretização será realizada em estreita articulação com os parceiros e com os cidadãos, através do cumprimento de um conjunto alargado de medidas e metas que visam o aumento sustentado dos níveis de Literacia em Saúde, promovendo, de forma direta, a autogestão informada dos processos de saúde e a melhoria dos níveis de saúde da população portuguesa.” (Arriaga et al., 2019, p.9)

Com as metas e os indicadores de resultado amplamente atingidos, conforme tabela... permite afirmar que o objetivo geral predefinido foi atingido, tendo um impacto direto e indiscutível nas taxas de cobertura vacinais desta comunidade, todavia mantem-se a necessidade de continuidade do projeto no âmbito da Saúde Escolar neste agrupamento e eventualmente noutros, visto que a sua temática é transversal a todas as áreas da Saúde e *“as escolas são focos importantes de intervenção no âmbito de saúde pública e, em especial, de vacinação. São, também, campos férteis de disseminação de doenças que podem ser prevenidas por vacinação e o lugar de eleição para levar a cabo uma avaliação sistemática do estado de imunização nacional”* (Sousa,2020).

3.7. DIVULGAÇÃO/ FOLLOW UP DO PROJETO

Atendendo a todo o processo cíclico, adaptável e contínuo que deve de ser o planeamento em saúde, não esquecendo aos requisitos éticos previamente explanados (Melo,2020), os resultados foram divulgados às 2 equipas de enfermagem que colaboraram mais ativamente no projeto, nomeadamente da UCC e a Unidade de atendimento a utentes sem equipa de família, através de reuniões de equipa. Por forma a manterem estratégias de articulação entre unidades e parceiros da comunidade. Relativamente ao parceiro Comunidade Educativa também foram sendo realizadas reuniões de acompanhamento ao longo do desenvolvimento do projeto, através das quais foram sendo dados os feedbacks e ajustado estratégias para a melhor implementação, execução e continuidade do projeto.

Desta forma, propomos que o seguimento/*follow up* do projeto seja realizado pela UCC no âmbito da saúde escolar, voltando eventualmente a convocar as crianças que mantenham o PNV desatualizado em parceria com as unidades funcionais, mantendo a estreita colaboração com as escolas, sendo estas uma mais-valia preciosa na comunidade nesta área específica de intervenção.

Segundo a autora, Nunes (2020) a divulgação do projeto assenta desde logo no relatório, mas a divulgação em artigos publicados em revistas científicas, assim como comunicações em eventos científicos fazem parte dessa divulgação.

Desta forma, preconiza-se a elaboração de um artigo do diagnóstico de situação que se prevê ser partilhado em congressos, por forma, a refletir esta temática, que por força dos investimentos políticos e de saúde tem atingido bons resultados, mas com as constantes mudanças nacionais e internacionais tem sofrido algumas alterações no sentido menos positivo.

Tal como temos vindo a referir, a Metodologia do Planeamento em Saúde é um processo dinâmico e contínuo no qual, terminada a avaliação, será necessário regressar à primeira etapa integrando as novas informações disponíveis (Imperatori & Giraldes, 1993).

4. OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Para além do projeto de intervenção comunitária desenvolvido, foi possível participar noutros projetos que fazem parte da carteira de serviços da UCC. Saliento que apesar da mestranda já ter uma vasta experiência em cuidados de saúde primários, nunca tinha exercido funções numa UCC, cujas características de atuação são completamente diferentes das outras unidades funcionais de um ACES, apesar de terem pontos em que se cruzam. Deste modo, e apesar de alguns constrangimentos de cariz pessoal e alguns da própria UCC, por falta de recursos humanos, a mestrande conseguiu desenvolver atividades nos seguintes projetos:

- ✓ Preparação para o nascimento/parentalidade, onde acompanhou/participou em algumas sessões do curso contribuindo para o desenvolvimento saudável da gravidez, do parto e do pós-parto. Desde 2010 este curso assenta numa parceria entre várias entidades, a referir o ACES (através da UCC), o Hospital da área geográfica de influência, a Câmara Municipal e a Polícia de Segurança Pública (PSP). O curso é constituído por aulas teórico-práticas, que se realizam duas vezes por semana, com cerca de duas horas de duração cada; está estruturado de acordo com a evolução da gravidez (gravidez, parto, amamentação, cuidados ao recém-nascido), esta temática é ministrada pelos Enfermeiros Especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Outras temáticas, como nutrição, psicologia, higiene oral, sistemas de retenção de transporte de bebés e ainda a legislação em vigor, são abordadas pelos restantes parceiros do projeto já referidos;
- ✓ Projeto “COSMIC- consulta de enfermagem de saúde mental comunitária”. Neste contexto participou/accompanhou a enfermeira especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (responsável pelo projeto) na realização de consultas a utentes com patologia mental que são seguidos na comunidade, numa perspetiva de integração, sinalização e orientação desses utentes nas mais diversas perspetivas (biopsicossocial);
- ✓ Participou na integração, na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), através da avaliação, monitorização e registo da evolução dos utentes acompanhados, trata-se de um processo bastante minucioso de preenchimento numa plataforma para o efeito, de todos os dados inerentes a um utente, na vertente social e da saúde (enfermeiro e médico) que comporta uma avaliação inicial seguida de avaliações periódicas mensais.

A RNCCI emergiu de um modelo organizativo de duas estruturas com responsabilidades institucionais e políticas para com o cidadão, a referir o Sistema Nacional de Saúde (SNS) e o Sistema de Segurança Social, desta forma da RNCCI fazem parte um conjunto de unidades de internamento e de ambulatório, bem como a equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). As referências efetuadas foram na vertente do descanso de cuidador informal e na vertente da reabilitação. Relativamente à Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), trata-se de uma equipa multidisciplinar que trabalha em rede, com todas as mais valias que advêm para o utente e família, que avalia “(...) a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma” (MS, 2006: 3862), com o objetivo: de promover a saúde desses utentes em situação de dependência ou perda de autonomia, bem como dos utentes a necessitar de cuidados paliativos, mantendo-os no seu ambiente familiar. Em suma, a população alvo abrangida por estes cuidados, são todos os utentes, independentemente da idade, com algum tipo de perda de autonomia e com qualquer nível de dependência, que necessitem de cuidados articulados entre a saúde e o apoio social por forma a terem um cuidador. Tendo participado/integrado esta equipa prestando cuidados de saúde domiciliário de natureza preventiva, curativa, de reabilitação e paliativa, estas duas últimas vertentes, áreas nas quais a mestrandia não tinha tanta experiência profissional o que possibilitou a melhoria das competências nessas áreas.

✓ Participou na Vacinação Covid/gripe, nos lares e nas instituições particulares de solidariedade social com idosos a seu cargo. Neste âmbito vacinámos os utentes elegíveis para fase em questão segundo os critérios da Norma 008/2022 da DGS (2022), colaborou em todo o processo de gestão e organização para a operacionalização da vacinação (registos manuais e informáticos; preparação das vacinas). Neste período pós-pandémico, tendo em conta a experiência acumulada e a situação epidemiológica do país, estas estratégias têm como objetivo a diminuição da doença grave e consequente hospitalização bem como a possibilidade de morte por Covid 19, em particular nestes grupos mais vulneráveis.

Consciente que, poderiam ter ocorrido mais hipóteses de vivenciar outras atividades, não fossem os constrangimentos já referidos que condicionaram e muito todo o percurso neste estágio.

5. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDA

Ao longo do capítulo deste relatório, iremos refletir sobre as diferentes competências adquiridas ao longo deste percurso académico, com vista à obtenção do grau de mestre em enfermagem, na área de especialidade de ECSP.

Neste sentido, e tendo por base a grelha proposta para o desenvolvimento de competências no ensino clínico, espero ter adquirido as competências expectáveis.

5.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Ao refletirmos sobre as competências específicas do enfermeiro especialista, emergem quatro domínios, a referir, o da responsabilidade profissional, ética e legal, o da melhoria contínua da qualidade, o da gestão de cuidados e o do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019) (Tabela 10).

Tabela 10- Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

<p>Competências Comuns do Enfermeiro Especialista de acordo com a grelha de avaliação</p>	<p>A1 — Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção; A2 — Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; B1 — Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; B2 — Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade; B3 — Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro; C1 — Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.; D1 — Desenvolve o auto -conhecimento e a assertividade; D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</p>
--	---

Fonte: OE,2019. Elaboração Própria

Em relação ao primeiro domínio, responsabilidade profissional, ética e legal, considero que durante todo o processo de estágio, foram respeitados os princípios éticos e deontológicos da profissão de Enfermagem, assim como durante a elaboração do projeto de intervenção comunitária. O projeto de intervenção foi avaliado pelo núcleo de formação e investigação dos ACES e teve parecer positivo, parecer que refere não justificar a necessidade de pedido para a Comissão de Ética da ARS para ser desenvolvido, não obstante o sigilo e privacidade dos participantes no estudo foram preservados de forma a garantir os pressupostos éticos que devem estar presentes num trabalho de investigação.

No domínio da melhoria contínua da qualidade, considero que durante as intervenções efetuadas ao longo do ensino clínico, foi respeitado e assegurado a individualização das ações, adequando-as ao ambiente psicossocial, cultural e físico de cada utente/família, utilizando todos os recursos apropriados. Desde a fase de conceção até à fase de termino deste projeto, a vertente da melhoria contínua da qualidade, esteve sempre presente, em particular quando promovemos a literacia em saúde da população, nomeadamente através das sessões de educação para a saúde de forma a garantir um melhor acesso aos cuidados de saúde, estamos a promover uma melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados.

No que se refere ao domínio da gestão dos cuidados, a otimização de respostas e a articulação com a equipa da UCC e das restantes unidades do ACES, bem como com os recursos da comunidade foi sempre um objetivo presente em todas as etapas do projeto. Foi notória a preocupação em envolver os vários intervenientes no projeto através de reuniões formais e informais, aplicação do questionário, compreendendo as necessidades, os papéis distintos e as funções de todos os elementos, fomentando um ambiente positivo e favorável à prática. Por outro lado, todo o processo de gestão de cuidados, ao nível dos projetos desenvolvidos pela UCC nos quais participei, estão centrados nos utentes, tendo por base a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados.

Relativamente ao último domínio, desenvolvimento das aprendizagens profissionais, neste domínio tomei consciência dos sentimentos perante as situações, aprendendo a lidar com os mesmos, por forma a que estes não constituam um obstáculo à relação com o outro, seja ele utente ou profissional, desenvolvendo assim o autoconhecimento. Por outro lado, perceber a assertividade na gestão das equipas e as técnicas de resolução de conflitos revelou-se uma medida facilitadora e pertinente no processo de aprendizagem, sempre baseado em padrões de conhecimento válidos e atuais. Procurou-se assim demonstrar conhecimentos, aplicando-os na realização das diferentes intervenções.

Para alcançar com êxito o desenvolvimento do projeto, foi sendo realizada pesquisa bibliográfica ao longo de todo o percurso, assim como todas as ações efetivadas tiveram suporte na evidência científica, através da pesquisa sistemática de publicações recentes em bases de dados fidedignas, normas e pareceres oficiais, para sustentar de forma teórica todo o projeto. Neste sentido, no final do estágio foi realizado um artigo científico original baseado na informação recolhida durante o desenvolvimento do projeto (Apêndice 9). Posteriormente o resumo do artigo foi submetido a Comunicação Livre em formato de poster, no IV Encontro Nacional da AUCC, o qual foi selecionado para ser apresentado durante o Encontro (Apêndice 10).

5.2. COMPETÊNCIAS ESPECIFICAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Com base no Regulamento nº 428/2018, inserido no Diário da República de 16 de junho de 2018, a Ordem dos Enfermeiros definiu quatro competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública (Tabela 11).

Tabela 11- Competências Especificas do Enfermeiro Especialista ECSP.

<p>Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária — Na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública</p>	<p>G1- Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;</p> <p>G2- Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;</p> <p>G3- Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.</p> <p>G4- Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico</p>
---	---

Fonte: OE,2018. Elaboração Própria

Relativamente à primeira competência, todo o desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária teve por base a metodologia do planeamento em saúde de Imperatori & Giraldes, assim procedeu-se à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade, estabeleceram-se as prioridades em saúde, formularam-se objetivos e estratégias face à priorização das necessidades definidas, implementou-se um projeto de intervenção com o intuito de obter ganhos em saúde realizando por fim a avaliação das atividades desenvolvidas, conforme descrito ao longo deste relatório. Este projeto foi suportado pelo modelo de saúde de Nola Pender.

No que se refere à segunda competência, esta foi desenvolvida através das intervenções realizadas que contribuíram para a capacitação da comunidade. Foram integrados e mobilizados conhecimentos, baseados na evidência científica, com o intuito de capacitar os pais/encarregados de educação para um melhor conhecimento dos serviços de saúde, em particular no âmbito da vacinação, fomentando a promoção da saúde e assegurando o acesso aos cuidados de saúde de forma eficaz e contínua.

Por forma a desenvolver a terceira competência, o planeamento das atividades, foi efetuado de acordo com o diagnóstico de situação, mas também com os objetivos estratégicos do PNS 2021-2030, bem como o PLS 2017-2020 do ACES onde está inserida a comunidade. Neste seguimento, o trabalho desenvolvido contribuiu para o aumento do conhecimento dos indivíduos no sentido da melhoria da equidade dos cuidados de saúde, o que permite também enquadrá-lo nos objetivos do PLS da área prioritária da *Equidade e Acesso*, assim como no prognóstico do PNS relativamente aos problemas de baixa magnitude, mas de elevado risco. Para além do referido, o projeto de intervenção foi também de encontro aos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (OE, 2015a), nomeadamente, na promoção da saúde e no acesso aos cuidados de saúde, por forma a alcançar o máximo potencial em saúde.

Estes programas, constituem um complemento às ações desenvolvidas por outros programas nacionais de saúde em vigor.

A quarta competência foi adquirida e desenvolvida essencialmente na realização do diagnóstico da situação, parte integrante do projeto de intervenção. Nesta etapa foram analisados indicadores demográficos, utilizado um instrumento de recolha de dados para a caracterização da amostra, tendo sido utilizadas técnicas específicas de cálculo e interpretação de medidas epidemiológicas.

Considero que toda a intervenção durante o estágio foi no sentido de corresponder ao que é esperado do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, na medida em que o alvo de intervenção é a comunidade, desenvolvendo projetos de saúde, com vista à promoção da saúde e prevenção da doença em todos as etapas de vida. Desta forma, com este projeto procurei sempre responder às necessidades identificadas, com preocupação pelo seu contexto familiar e comunitário, tendo presente a importância do envolvimento de profissionais de outras instituições da comunidade.

5.3. COMPETÊNCIAS DE GRAU DE MESTRE

Relativamente ao grau de mestre, este é conferido a quem demonstre:

“a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação; b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo; c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades; e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.” (Decreto-Lei nº63/2016: 3174)

Neste contexto, e durante o desenvolvimento do estágio, penso ter adquirido conhecimentos e capacidades de resolução de situações e constrangimentos que foram surgindo, por forma a desenvolver um projeto de intervenção comunitária baseado na metodologia de Planeamento em Saúde.

Neste seguimento, foi elaborado um artigo científico original, que permitiu integrar e aplicar o conhecimento adquirido neste 2º ciclo de estudos. Este artigo baseou-se nos dados apresentados no diagnóstico de situação, tratando-se de um estudo descritivo, transversal, de natureza exploratória. A elaboração e a comunicação livre em formato de poster efetuada em contexto de congresso, foram sem dúvida, um dos principais ganhos, incentivando a produção científica baseada na evidência e sua divulgação.

Por outro lado, os resultados apurados no projeto foram apresentados a todos os intervenientes de forma clara e objetiva, de maneira que o trabalho desenvolvido se perpetue, permitindo uma continuidade no tempo e assim obter ganhos em saúde. Saliento o desenvolvimento de competências no âmbito da pesquisa em base de dados científicas e em outras fontes de cariz técnico-científico, assim como na interpretação, análise e discussão de dados.

Também a elaboração deste relatório, irá permitir a comunicação das conclusões obtidas, partilhando o conhecimento e o raciocínio efetuados ao longo de todo este percurso.

Considera que, todo o esforço e dedicação envolvidos e após refletir sobre todos os aspetos enunciados, conseguiu adquirir as competências inerentes à aquisição do grau de mestre em enfermagem e especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Mestrado em Enfermagem na área de especialidade de ECSP tem-me guiado num processo de desenvolvimento de competências pessoais e profissionais. Enquanto enfermeira, a elaboração deste trabalho possibilitou-me apreender e consolidar conhecimentos científicos em diferentes áreas desde a epidemiologia, ao planeamento em saúde e às metodologias de intervenção comunitária. A caracterização epidemiológica de uma população permitiu identificar e explorar as suas necessidades de saúde que potenciou o desenvolvimento de estratégias de planeamento em saúde e viabilizou a aplicação de estratégias e instrumentos para uma intervenção mais adequada às necessidades da comunidade. Considero que, numa visão global, os objetivos delineados para este relatório foram atingidos.

A escola é o local com maior relevo no que concerne à comunicação e socialização das crianças e jovens, desta forma torna-se um local de excelência para a promoção da saúde e um excelente parceiro para o desenvolvimento de intervenções promotoras da saúde, na medida em que permite uma proximidade com as famílias, que noutros contextos nem sempre é possível.

A vacinação continua a ser o melhor meio de prevenção e controlo de doenças que apresentam maior potencial de ameaça para a saúde individual e coletiva. A multiculturalidade da amostra pode indicar algumas limitações ou barreiras na comunicação, nomeadamente no acesso aos cuidados de saúde primários e à vacinação. Os dados obtidos no diagnóstico da situação apresentam algumas limitações, nomeadamente pela fragilidade da avaliação qualitativa das perceções e atitudes dos participantes no estudo, sugerindo a necessidade de um maior investimento neste tipo de estudos, para se perceber a evolução dos conhecimentos, perceções e comportamentos dos pais e encarregados de educação sobre a temática da vacinação em Portugal, pois só assim se poderá contribuir para a oferta de respostas eficazes e ajustadas às necessidades de cada população.

O percurso efetuado foi bastante enriquecedor, na medida em que proporcionou a aquisição e consolidação de conhecimentos, contribuindo desta forma para o crescimento pessoal e profissional. O fato de ter tido a oportunidade de estagiar numa UCC de excelência, com um vasto leque de projetos, efetivando ganhos constantes em saúde, foi sem dúvida alguma muito gratificante e estimulante, uma vez que pude ter uma noção clara do que é o trabalho numa UCC.

Neste seguimento, desenvolver um projeto de intervenção comunitária, numa área tão abrangente como a vacinação e o acesso aos cuidados de saúde, acabou por ser um desafio, que considero ter sido superado, na medida em que os objetivos propostos foram alcançados.

Todavia, um dos grandes constrangimentos relaciona-se, com a obtenção de todos os pareceres subjacentes aos princípios éticos, dentro do tempo preconizado. Sendo necessário uma despesa de tempo e recursos considerável, levando a algum desgaste acrescido, demonstrando assim a necessidade de tempo, para a preparação, validação e implementação do projeto, o que pode condicionar a continuidade do projeto, pela escassez de recurso humanos com que a UCC se depara.

Por outro lado, o desenvolvimento deste projeto permitiu desenvolver uma reflexão crítica e aprender através do fazer e da partilha de conhecimentos entre a equipa de enfermagem da UCC, em particular a enfermeira orientadora e a enfermeira coordenadora da UCC e os parceiros do projeto.

Compreendendo que o Planeamento em Saúde é um processo contínuo e cíclico, este projeto possibilitou a partilha de conhecimento e estratégias para o melhor desenvolvimento do projeto, contribuindo para aquisição de instrumentos que permitam uma ação futura mais capacitada e competente.

A contribuição e cooperação da Enfermeira e da Professora Orientadora foi fundamental para a realização do estágio e elaboração do relatório. Senti que não sendo o estagio ideal, pois vivi e aprendi num contexto em que a falta de recursos humanos era evidente, assim como era notório o cansaço pós-pandemia dos profissionais, acrescentando ao facto de terem ocorrido alguns constrangimentos do foro pessoal, de noto que, de alguma forma todas estas circunstancias me moldaram enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, pois fui mobilizando e pondo em prática saberes e competências da especialidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo [ARSLVT] (2018). *Plano Regional de Saúde 2018-2020*. Lisboa, Portugal. Disponível em https://www.arslvt.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/5/2022/06/PRSLVT_-_Plano_Regional_Sa_de_LVT.pdf
- Aladova, L. (2019). *Acesso à Saúde Pública: Principais Dificuldades na Perspetiva dos Imigrantes em Portugal* [ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa]. Disponível em <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/19096>
- Almeida, C. V. (2020). *Literacia em saúde: Um Desafio Emergente. Contributos para a mudança de Comportamentos. Em Literacia em Saúde (1ª,10–18)*. Gabinete de Comunicação, Informação e Relações-Públicas do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Disponível em https://www.chuc.min-saude.pt/media/Literacia_Saude/Literacia_em_Saude__Coletanea_de_Coleticacoes.pdf
- American Psychological Association (2019). *Publication Manual of the American Psychological Association: The Official Guide To APA Style, 7th Edition*. Estados Unidos da América: Washington DC.
- Andrade, A., Augusto, B., Fernandes, C., Santos, C., Rodrigues, C., Almeida, C.V., Brito, D.V., (...) Almeida, Z. (2020). *Literacia em Saúde, um desafio emergente: Contributos para a mudança de comportamento*. Coletânea de Comunicações (1ª edição). Coimbra, Portugal. Disponível em https://www.chuc.min-saude.pt/media/Literacia_Saude/Literacia_em_Saude__Coletanea_de_Coleticacoes.pdf
- Andrade, C., Nunes, A. & Portugal, R. (2016). *Manual Orientador dos Planos Locais de Saúde. Direção Geral da Saúde- Plano Nacional de Saúde*. Doi: <http://hdl.handle.net/10400.26/18009>
- Andrade, D. R. S., Lorenzini, E. & Silva, E. F. (2014). *Conhecimento de Mães sobre o Calendário de Vacinação e Fatores que levam ao Atraso Vacinal Infantil. Cogitare Enfermagem, 19(1)*. Disponível em <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/35964>
- Arco, A., Arco, H., Lucindo, I. & Martins, M. (2018). *Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos (2ª Versão)*. Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde: Portalegre. Disponível em https://www.essp.pt/media/filer_public/2a/e9/2ae9fe53-2bc0-41df-83b1-bbda19ab3f94/normas_de_elaboracao_de_trabalhos_escritos_v2.pdf

- Arriaga, M.T., Santos, B., Mata, A.S.F., Chaves, N. & Freitas, G., (2019). *Plano de Ação para a Literacia em Saúde, 2019-2021*. Lisboa. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>
- Assunção, M. L. B., Silva, C. T. S., Alves, C. A. M. & Espíndola, M. M. M. (2020). *Educação em saúde: A atuação da enfermagem no ambiente escolar*. *Rev enferm UFPE on line*, 14. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.243745>
- Barata, L. (2020, novembro). *A descoberta das vacinas e a vacinação*, 106 in *News@fmul*. Disponível em <https://www.medicina.ulisboa.pt/newsfmul-artigo/106/descoberta-das-vacinas-e-vacinacao>
- Bessaria, V. S. C., Bessaria, C. N., Ibiapina, G. R., Araújo, D. K. L., Nobrega, A. C. & Ibiapia, W. V. (2016). *Análise da relação entre escolaridade e a saúde da população brasileira*. 37(2). Disponível em <https://www.revistaespacios.com/a16v37n02/16370210.html>
- Biscaia, A. R. (2006). A reforma dos cuidados de saúde primários e a reforma do pensamento. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 22(1), 67–79. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v22i1.10211>
- Cabral, C., Pita, J.R. (2015, dezembro). *Cinquenta anos do Programa Nacional de Vacinação em Portugal (1965-2015)*. Ciclo de Exposições: Temas de Saúde, Farmácia e Sociedade. Coimbra, Portugal. Disponível em https://www.uc.pt/ffuc/patrimonio_historico_farmaceutico/publicacoes/catalogosdeexposicoes/catalogo_3exp.pdf
- Câmara Municipal (2017). *Ambiente no Concelho à Lupa - Diagnóstico Social* (pp 1-17). https://www.cms.pt/sites/default/files/documents/capitulo5_ambienteconcelho.pdf
- Carta de Ottawa (1986). 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx>
- Carvalho J. (2020). *Literacia em Saúde nos Cuidados de Saúde Primários*. in *Ordem dos Médicos*. Disponível em <https://ordemdosmedicos.pt/literacia-em-saude-nos-cuidados-de-saude-primarios/>
- Centro de Informação Europeia Jacques Delors. (2021). *Imigração e Emigração em Portugal*. Disponível em <https://eurocid.mne.gov.pt/artigos/imigracao-e-emigracao-em-portugal>
- Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Decreto-Lei n.º 63/2016. Capítulo III Mestrado. Artigo 15.º Grau de mestre. *Diário da República*, 1.ª série — N.º 176 — 13 de setembro de 2016. p.3159-3191 <https://files.dre.pt/1s/2016/09/17600/0315903191.pdf>
- Conselho Nacional de Saúde [CNS] (2018). *Gerações Mais Saudáveis: Políticas públicas de promoção da saúde das crianças e jovens em Portugal*. Lisboa, Portugal.
- Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos, [UNICEF] (2019). <https://www.unicef.pt/actualidade/publicacoes/0-a-convencao-sobre-os-direitos-da->

criança/

Declaração Astana (2018). *Global Conference on Primary Health Care*. Disponível em <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>

Declaração de Alma-Ata (1978). *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*. Recuperado a 18 de janeiro de 2023 em <file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Declara%C3%A7%C3%A3o%20de%20Alma-Ata.pdf>

Direção Geral da Saúde [DGS] (2013). Norma nº 010/2013. *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>

Direção Geral da Saúde [DGS] (2020). Norma nº 018/2020 de 27/09/2020. *Programa Nacional de Vacinação 2020*. Disponível em <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182020-de-27092020-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde [DGS] (2022). Norma 008/2022. Atualizada a 10/11/2022. *Campanha de Vacinação Sazonal contra a COVID-19: Outono Inverno 2022-2023*.

Direção Geral de Educação [DGE] (2014). Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde. Disponível em https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esauade/papes_doc.pdf

Direção Geral de Saúde [DGS] (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar 2015 (PNES)*. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n0152015-de-12082015-pdf.aspx>

Direção Geral de Saúde [DGS] (2017). Atualização do Programa Nacional de Vacinação: PNV 2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-839383-pdf>

Direção Geral de Saúde [DGS] (2020). *Programa Nacional de Vacinação 2020*. Disponível em <https://normas.dgs.min-saude.pt/2020/09/27/programa-nacional-de-vacinacao-2020/>

Direção Geral de Saúde [DGS] (2021a). Programa Nacional de Vacinação 2020: Vacinação contra gastroenterite por rotavírus de crianças pertencentes a grupos de risco. Disponível em <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072021-de-15102021-pdf.aspx>

Direção Geral de Saúde [DGS] (2021b). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030* [Saúde Sustentável de Tod@s para Tod@s.]. Disponível em <https://pns.dgs.pt/plano-nacional-de-saude/>

Direção Geral de Saúde [DGS] (2022a). *Programa Nacional de Vacinação*. Disponível em <https://www.sns24.gov.pt/tema/vacinas/programa-nacional-de-vacinacao/#sec-0>

Direção Geral de Saúde [DGS] (2022b). *Semana Europeia da Vacinação 2022*. Disponível em <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-vacinacao/semana-europeia-da-vacinacao/2022.aspx>

- Direção Geral de Saúde [DGS] (2022c). *Boletim- Programa Nacional de Vacinação*. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/boletim-n-5-do-programa-nacional-de-vacinacao-abril-2022-pdf.aspx>
- European Union [EU]. (2019). *Atitudes dos Europeus em relação à Vacinação*. Disponível em <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2223>
- Figueiredo, A., Eagan, R.L., Hendrickx, G., Karafillakis, E., Damme, P., & Larson, H.J. (2022). *State of Vaccine Confidence in the European Union*. Disponível em https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-11/2022_confidence_rep_en.pdf
- Fortin, M.F. (1999). *O processo de investigação- da concepção à realização*. Loures, Portugal: Lusociência.
<https://ordemdosmedicos.pt/literacia-em-saude-nos-cuidados-de-saude-primarios/>
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. (3ª ed). Lisboa, Portugal: Obras Avulsas.
- Instituto Nacional de Estatística (2021). *Censos 2021. Resultados Definitivos*. Disponível em https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21_dados_finais&xpid=CENSOS21&xlang=pt
- Internacional Union for Health Promotion and Education [IUHPE] (2010). *Promoting Health in Schools: From Evidence to Action*. Disponível em https://www.iuhpe.org/images/PUBLICATIONS/THEMATIC/HPS/Evidence-Action_ENG.pdf
- Leça, A., Freitas, G. (2017, julho). *Vacinas e Programa Nacional de Vacinação (PNV)- Ganhos em saúde e questões atuais*. *Jornal Médico de Família*, 8, 6-8.
- Lima, N. T., Buss, P. M., & Paes-Sousa, R. (2020). *A pandemia de COVID-19: Uma crise sanitária e humanitária*. *Cad. Saúde Pública*, 36(7). Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00177020>
- Martins, J., San-Bento, A., Leite, P., Alves R., & Machado, R. (2017). *Plano Local de Saúde 2017-2020. Agrupamento de Centros de Saúde*.
- Mascarenhas, N.B., Melo, C.M.M., Fagundes, N.C. (2012, novembro-dezembro). *Produção do conhecimento sobre promoção da saúde e prática da enfermeira na Atenção Primária*. *Rev. Bras. Enferm*, Brasília, 65(6): 991-9. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000600016>
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: Lidel- Edição Técnica
- Mesquita, N. S., Lago, P. N., Padovan, F. F., Antônia, E., Santos, R., Bastos, L. C., Almeida, K. M., Araújo, K. L., Paiva, P. T., Fernande, A. S., Duarte, M. E. L., Santos, C. R., Santos, M. I., Junior, R. A. A., Costa, L. O., Sousa, V. C., Martins, P. O., Ferreira, D. C., Andrade, M. I., ... Ventura, L. M. A. (2021). *Desafios e Perspetivas da Enfermagem Escolar*.

International Journal of Development Research, 11(11), 52009–52013.

Ministério da Educação (2008). Decreto-Lei n.º 75/2008- *Aprova o regime de autonomia, administração e gestão dos estabelecimentos públicos da educação pré-escolar e dos ensinos básico e secundário*. Diário da República n.º 79/2008, Série I de 2008-04-22, 2341 – 2356. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/75-2008-249866>

Ministério da Saúde (2006). Decreto-Lei n.º 101/2006 - *Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Diário da República n.º 109/2006, Série I-A de 06-junho, 3856 – 3865.

Ministério da Saúde (2008). Decreto-Lei nº 28/2008: *Regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde*. Diário da República, 1ª série, nº 38, 22 de fevereiro de 2008.

Ministério da Saúde (2009). Despacho n.º 10143/2009 - *Aprovação do Regulamento da Organização e Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade*. Diário da República n.º 74/2009, Série II de 2009-04-16. Disponível em <https://files.dre.pt/2s/2009/04/074000000/1543815440.pdf>

Ministério da Saúde (2016). Despacho n.º 10441/2016- *Aprova o novo esquema de vacinação do Programa Nacional de Vacinação (PNV)*. Diário da República n.º 159/2016, Série II de 2016-08-19, 26093-26094. Disponível em <https://files.dre.pt/2s/2016/08/159000000/2609326093.pdf>

Ministério da Saúde (2016). Despacho n.º 8264/2016- *Estratégia de vacinação contra a tuberculose com a vacina BCG*. Diário da República n.º 120/2016, Série II de 2016-06-24, 19624. Disponível em <https://files.dre.pt/2s/2016/06/120000000/1969419694.pdf>

Ministério da Saúde (2019). Despacho n.º 12434/2019- *Aprova o novo esquema vacinal do Programa Nacional de Vacinação (PNV)*. Diário da República n.º 250/2019, Série II de 2019-12-30, 30 – 31. Disponível em <https://files.dre.pt/2s/2019/12/250000000/0003000031.pdf>

Miranda S. P. (2018). Hesitação Vacinal. Artigo de Revisão Bibliográfica para Mestrado Integrado em Medicina. Universidade do Porto.

Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na investigação em enfermagem*. IPS, ESS, Departamento de Enfermagem. Setúbal, Portugal.

Oliveira, C. R. (2021). *Observatório das Migrações- Imigração em Números* [Indicadores de Integração de Imigrantes: Relatório Estatístico]. Disponível em file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/Indicadores%20de%20Integração%20de%20Imigrantes_%20Relatório%20Estatístico%20Anual%202021%20_%20Alto%20Comissariado

Oliveira, C. R. (coord.) e Gomes, N. (2018), *Migrações e Saúde em números: o caso português*, Caderno Estatístico Temático 2, Coleção *Imigração em Números* do Observatório das

Migrações, Lisboa: ACM.

Ordem dos Enfermeiros (2015a). Regulamento nº 348/2015: Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário da República*, 2ª série, nº 118, 19 de junho de 2015.

Ordem dos Enfermeiros (2015b). Lei nº 156/2015: Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei nº 2/2013, de 10 de janeiro. *Diário da República*, 1ª série, nº 181, 16 de setembro de 2015.

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento nº 428/2018: Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária – Na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. *Diário da República*, 2ª série, nº 135, 16 de julho de 2018.

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 140/2019: Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2ª série, nº 26, 6 de fevereiro de 2019.

Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS] & World Health Organization [WHO]. (2020). *Como se Comunicar sobre a Segurança das Vacinas*. Doi: <https://doi.org/10.37774/9789275722824>

Pender, N., Murdaugh, C. & Parsons, M. (2015). *Health Promotion in Nursing Practice*. (7ª ed). Harlow: Pearson Education Limited

Pineault, R. (2016). *Compreendendo o sistema de saúde para uma melhor gestão*. Brasília, Brasil: Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde – LEIASS.

Pordata (2021a). *Conheça o seu Município*. Disponível em <https://www.pordata.pt/Municipios>

Pordata (2021d). *Pessoal ao serviço por atividade económica*. Disponível em <https://www.pordata.pt/municipios/pessoal+ao+servico+nas+empresas+nao+financeiras+total+e+por+setor+de+atividade+economica-353>

Pordata. (2021b). *População residente de nacionalidade estrangeira segundo os Censos: Total e por país de nacionalidade*. Disponível em <https://www.pordata.pt/portugal/populacao+residente+por+migracoes+segundo+os+censos-3752>

Pordata. (2021c). *População residente de nacionalidade estrangeira segundo os Censos: Total e por país de nacionalidade*. Onde há mais e menos pessoas nascidas no estrangeiro, por país de nascimento. Disponível em <https://www.pordata.pt/municipios/populacao+residente+de+naturalidade+estrangeira+segundo+os+censos+total+e+por+pais+de+naturalidade-1062-8044>

Pordata. (2021e). *População ativa: Total e por nível de escolaridade completo*. Disponível em <https://www.pordata.pt/portugal/populacao+ativa+total+e+por+nivel+de+escolaridade+completo-1008-8023>

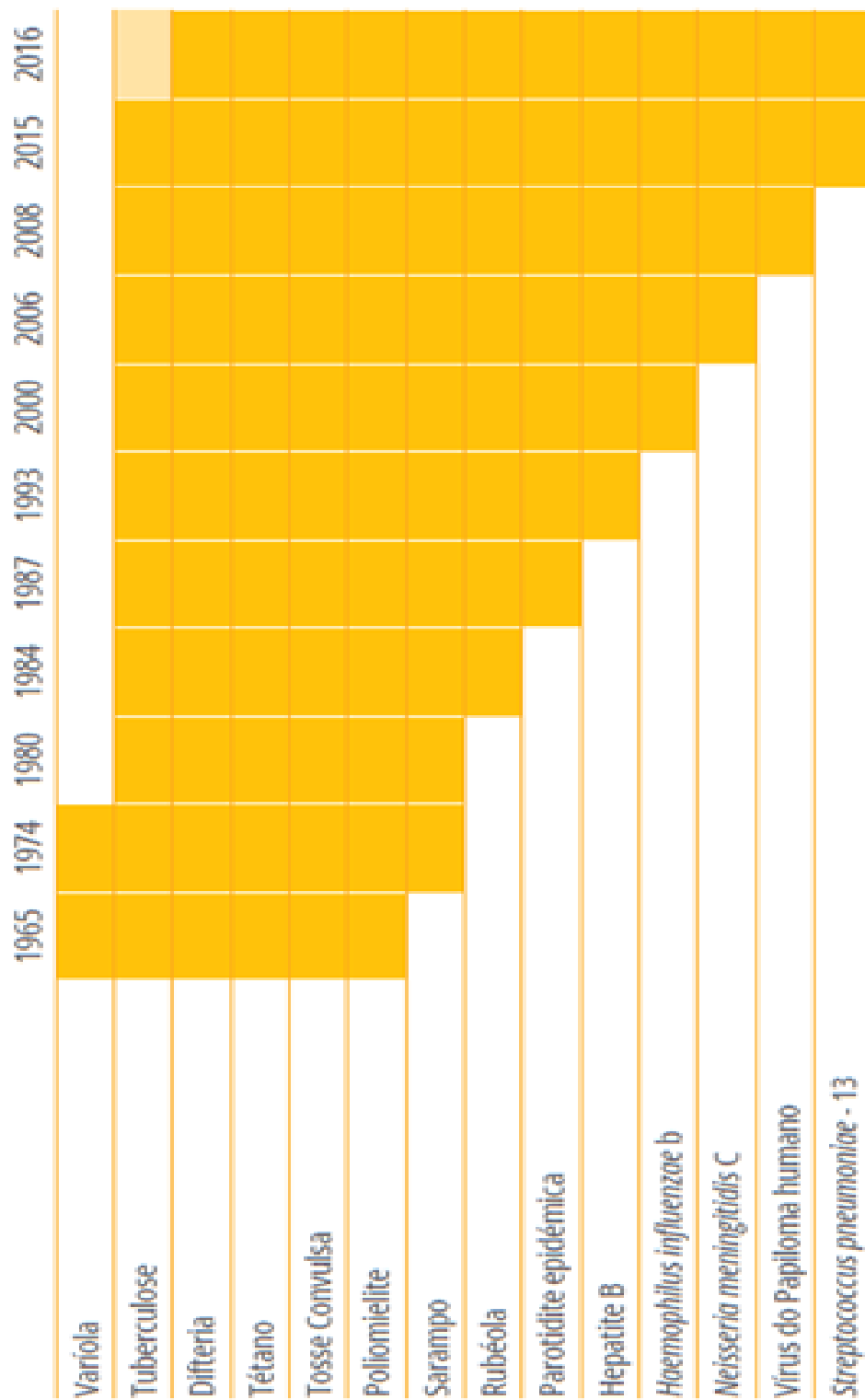
Reuben R., Aitken D., Freedman J.L., Einstein G. (2020). Desconfiança da profissão médica e

- maior sensibilidade à repulsa preveem a hesitação parental da vacina. PLoS ONE 15(9): e0237755. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237755>.
- Ribeiro, F. (2015). *Relatório de estágio de intervenção comunitária*. Escola Superior de Saúde de Portalegre. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/14859/1/ESSTFC574.pdf>
- Rocha, Amarílis; Capela, Anabela; Grilo, Célia; Almeida, Cristina; Valente, Gonçalo & Coimbra, Joana (2013). Evolução da Saúde Escolar em Portugal: Revisão da Legislação no Âmbito da Saúde. *Millenium*, 45 (junho/dezembro), 193-210. Disponível em <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2284/1/11.pdf>
- Rodrigues, M., Pereira, A. & Barroso, T. (2005). *Educação para a Saúde: Formação Pedagógica de Educadores de Saúde*. Coimbra, Portugal: Formasau – Formação e Saúde, Lda
- Sakraida, T.J. (2014). *Modelo de promoção da saúde. Teóricas de enfermagem e seu trabalho*, 7, 434-453.
- Serviço Nacional de Saúde [SNS] (2023). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários [BI-CSP]. Disponível em <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/Paginas/default.aspx>
- Silva, S., (2022). *Literacia em Saúde*. In Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde [SPLS]. Disponível em <https://www.splsportugal.pt/post/s%C3%ADlvia-silva>
- Slendak, M. S., Camargo, M. E. B. & Burg, M. R. (2021). *A importância da vacinação: A opinião dos pais de crianças de 0 a 5 anos*. *Brazilian Journal of Health Review, Curitiba*, 4(4), 18420–18432. Doi: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n4-311>
- Sousa J., Barreto M., Cabral L., Mendes F., Balazeiro A. (2021). *Articulação entre os cuidados de saúde primários e secundários: grau de satisfação dos médicos especialistas e internos de medicina geral e familiar*. DOI: 10.32385/rpmgf.v37i5.13087. *Rev Port Med Geral Fam* 2021; 37:408-17
- Sousa, M. V. V. R. (2020). *Vacinação: Uma Abordagem de Direito- Da autonomia pessoal aos deveres de protecção do Estado* [Universidade Nova de Lisboa]. Disponível em <http://hdl.handle.net/10362/132161>
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Cadernos de Formação 2. Lisboa: Ministério da saúde.
- Tavares, M. F. M. (2014). *Vacinação: Conhecimentos e atitudes da população dos bairros carenciados do Concelho do Seixal* [Universidade Nova de Lisboa- Instituto de Higiene e Medicina]. Disponível em <https://run.unl.pt/bitstream/10362/19385/1/tese%20final.pdf>
- Unidade de Cuidados na Comunidade [UCC] (2018). *Relatório de Atividades 2018*. Lisboa: Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo – ACES
- United Nations International Children's Emergency Fund [UNICEF] (2019). *Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos*. Comité português para a UNICEF.

- Disponível em https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf
- United Nations International Children's Emergency Fund. [UNICEF]. (2022). Pandemia faz recuar vacinação infantil. Disponível em <https://www.unicef.pt/actualidade/noticias/pandemia-faz-recuar-vacinacao-infantil>
- Valadar M. (2019). Impacto de um programa de educação sexual em adolescentes em meio escolar. (Dissertação de Mestrado). Disponível em https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31237/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o_Marta%20Valadar.pdf
- Vilaça, T., Darlington, E., Velasco, M.J.M, Martinis, O., & Masson, J. (2019). SHE School Manual 2.0. A Methodological Guidebook to become a health promoting school. Haderslev, Denmark: Schools for Health in Europe Network Foundation (SHE). Doi: <https://hdl.handle.net/1822/71403>
- World Health Organization [WHO] (2021a). *Escolas promotoras de saúde*. Disponível em <https://www.who.int/health-topics/health-promoting-schools>
- World Health Organization [WHO] (2022). *Cobertura de imunização*. Disponível em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage>
- World Health Organization [WHO] (2022). *Well-being and health promotion- Seventy-Fifth World Health Assembly [WHA75.19]*. Disponível em https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75_R19-en.pdf
- World Health Organization [WHO]. (2020a). *Como funcionam as vacinas*. Disponível em <https://www.who.int/pt/news-room/feature-stories/detail/how-do-vaccines-work>
- World Health Organization [WHO]. (2020b). *Immunization Agenda 2030: A Global Strategy to Leave No One Behind (IA2030)*. Disponível em https://cdn.who.int/media/docs/default-source/immunization/strategy/ia2030/ia2030_frameworkforactionv04.pdf?sfvrsn=e5374082_1&download=true
- World Health Organization [WHO]. (2021). *Cuidados de saúde primários*. Disponível em <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>
- World Health Organization [WHO]. (2022). *Agenda de Imunização 2030*. Disponível em <https://www.immunizationagenda2030.org/>

ANEXOS

ANEXO 1- Evolução da Vacinação Universal no PNV 1965-2016



ANEXO 2- PNV em vigor

Programa Nacional de Vacinação

Esquema Vacinal Recomendado

Vacinas/ Doenças	Idades											
	Nasce- mento	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses	5 anos	10 anos	25 anos	45 anos	65 anos	10/10 anos
Hepatite B	VHB 1	VHB 2		VHB 3								
Haemophilus influenzae b		Hib 1	Hib 2	Hib 3		Hib 4						
Difteria, teta- no, tosse con- vulsa		DTPa 1	DTPa 2	DTPa 3		DTPa 4	DTPa 5					
Poliomielite		VIP 1	VIP 2	VIP 3		VIP 4	VIP 5					
Streptococcus pneumoniae		Pn13 1	Pn13 2		Pn13 3							
Neisseria me- ningitidis B (a)		MenB	MenB		MenB							
Neisseria me- ningitidis C					MenC							
Sarampo, Parotidite epi- démica, Rubéola					VASPR 1		VASPR 2					
Vírus do Papi- loma humano (b)								HPV 1,2				
Tétano, difte- ria e tosse convulsa (c)								Tdpa - grávidas				
Tétano e difte- ria (d)								Td 6	Td 7	Td 8	Td 9	Td 10...

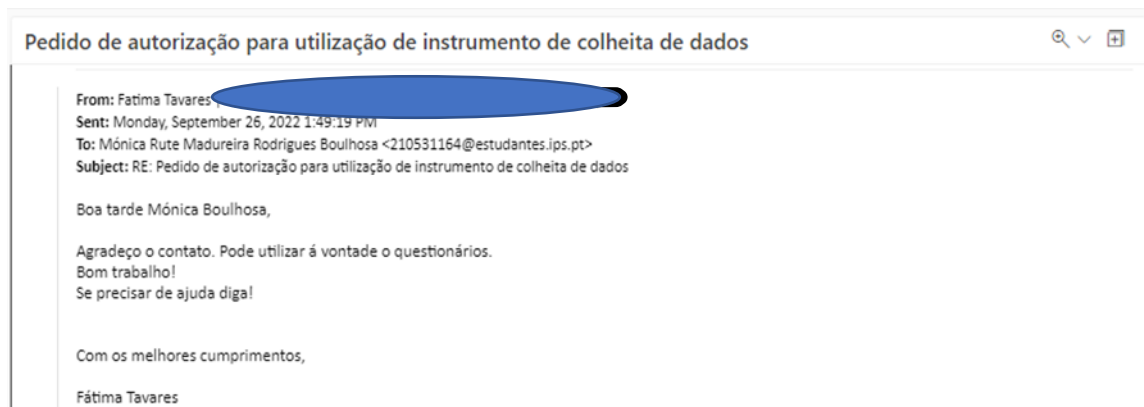
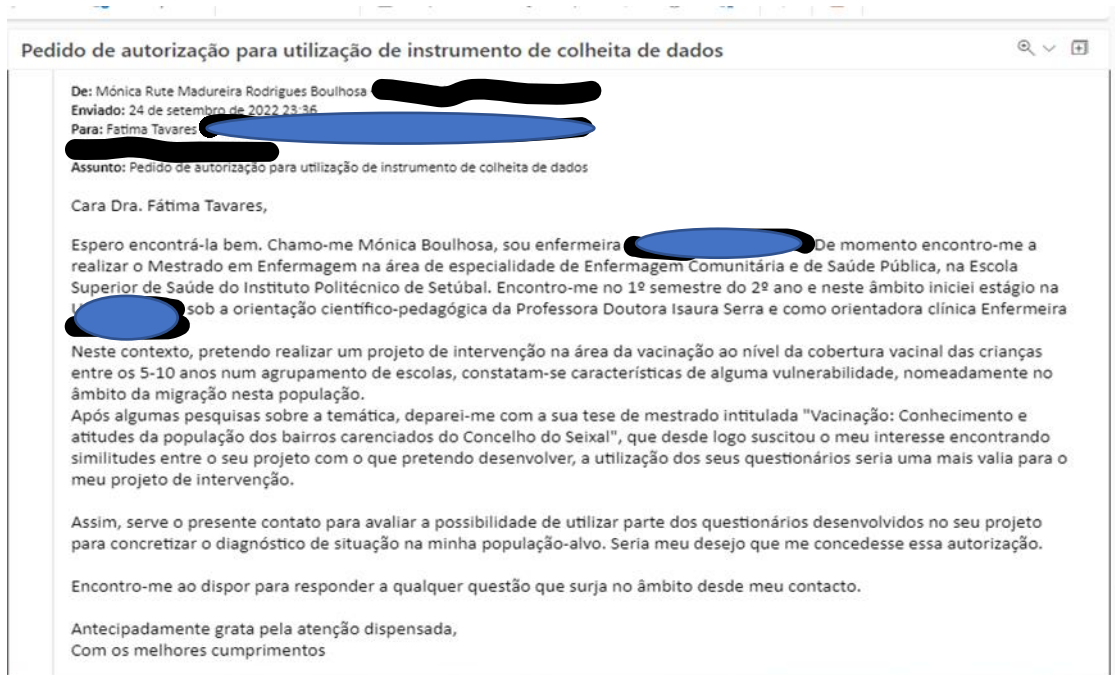
(a) MenB: aplicável aos nascidos ≥2019

(b) HPV: aplicável também ao sexo masculino, aos nascidos ≥2009. Esquema 0, 6 meses

(c) Tdpa: aplicável apenas a mulheres grávidas. Uma dose em cada gravidez

(d) Td: de acordo com a idade, devem ser aplicados os intervalos recomendados entre doses, tendo como referência a data de administração da dose anterior. A partir dos 65 anos de idade, recomenda-se a vacinação se a última dose de Td tiver ocorrido há ≥10 anos; as doses seguintes são administradas de 10 em 10 anos.

ANEXO 3- Autorização de utilização do Instrumento de Colheita de Dados



ANEXO 4- Autorização da Direção do Agrupamento de Escolas X



Direção

para mim ▾

21/09/2022, 17:53



Ex.ma Sr.a Enfermeira,

Em resposta à mensagem anterior, confirmamos a nossa disponibilidade para apoiar o desenvolvimento do projeto de intervenção proposto e aproveitamos o ensejo para indicar a Sr.a a Prof.a [redacted] como interlocutor privilegiado.

Agradecendo a preferência, subscrevemo-nos com os melhores cumprimentos,

[redacted]



--

[redacted]

ANEXO 5- Parecer do Núcleo de Formação e Investigação do ACES

RE: Pedido de autorização- Mónica Boulhosa

Enfª Mónica Bulhosa, boa tarde.

Em resposta ao pedido de apreciação do Projeto de Intervenção Comunitário - **Promoção da Adesão da Vacinação: uma intervenção no âmbito da Saúde Escolar**”, integrado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, na Unidade Curricular Estágio de

Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, a decorrer na UCC [redacted]:

1. Após análise do Projeto de Intervenção Comunitário, a realizar no âmbito das atividades da Saúde Escolar da UCC [redacted] destaca-se a pergunta de investigação:

- Quais os comportamentos e atitudes sobre vacinação dos Encarregados de Educação das crianças com idades compreendidas entre os 5 e os 10 anos do Agrupamento de [redacted]

2. Colheita de Dados - Os dados colhidos são tratados de modo a manter o anonimato e a confidencialidade dos participantes através da codificação do Questionário, solicitado e que se encontra em anexo.

Não se verifica o acesso a dados de saúde, pelo que após reunião com a Enfª Orientadora no local do Ensino Clínico e a Enfª Coordenadora da UCC [redacted] considerou-se não ser necessária a submissão do Projeto de Intervenção Comunitário à CES- ARSLVTJJ.

3. Desta apreciação conjunta será dado conhecimento ao Diretor Executivo e Enfª Vogal do ACeS [redacted]

Melhores Cumprimentos,

[redacted]

Coordenadora do
Núcleo de Formação e Investigação
ACES A [redacted]

APÊNDICES

APÊNDICE 1- Instrumento de recolha de dados

Código questionário:

. Questionário - Conhecimentos e atitudes sobre vacinação dos EE

Parte I

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

1. Sexo

- Feminino
- Masculino

2. Idade.....

3. Estado civil

- Solteiro/a
- Casado/a
- Divorciado/a
- Viúvo/a
- União de facto (vive com o companheiro)

4. País onde nasceu.....

5. Se não nasceu em Portugal, está cá há quanto tempo?.....

6. Escolaridade:

- Sem escolaridade
- 1º Ciclo (4ª Classe)
- 2º Ciclo (5º ao 9º ano)
- 3º Ciclo (10º ao 12º)
- Curso Profissional/Tecnológico

Qual?.....

- Curso Superior:
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento
- Em que área?.....

7. Situação profissional

- Nunca Trabalhou
- Desempregado
- Empregado/ Qual a Profissão?.....
- Aposentado/Reformado

Parte II

Conhecimentos e atitudes

8. Qual a relação de parentesco que existe entre si e a criança?

- Mãe
- Pai
- Outro, qual?.....

. 9. Qual a idade do seu(s) filho(a)?.....

. 10. O seu filho tem a vacinação em dia?

- Sim
- Não
- Não sei

10.1. Se respondeu “não”, porquê?.....

. 11. Onde costuma levar o seu filho para a vacinação? (escolha todas as opções que considerar)

- Centro Saúde
- Hospitais/Clínicas privadas
- Farmácias
- Outro

. 12. Quando foi a última vez que levou o seu filho à vacinação?

- Há uns dias (até há 1 mês)
- Há menos de 1ano
- Há mais de 1 ano
- Não se lembra

. 13. Na altura fiquei esclarecido em relação às vacinas que foram dadas ao meu filho.

- Sim
- Não
- Não me lembro

. 14. Sou sempre informado pela enfermeira da data da próxima vacina?

- Sim
- Não
- Não me lembro

. 15. Alguma vez não vacinou o seu filho porque ele estava doente?

- Sim
- Não
- Não me lembro

. 16. Fica preocupado com a reação do filho à vacina (choro ou gritos)?

- Sim
- Não
- Indiferente

. 17. Tem medo que o seu filho fique doente com uma vacina?

- Sim
- Não
- Não me lembro

17.1. Porquê?.....

. 18. O seu filho já teve alguma reação à vacina?

- Sim
- Não
- Não me lembro

. 18.1. Se respondeu “sim”, que reação? (escolha todas as opções que considerar)

- Febre
- Dor
- Reação Local
- Irritabilidade
- Sonolência
- Outro. Qual?.....

. 19. Onde costuma resolver os seus problemas de saúde? (escolha todas as opções que considerar)

- Centro Saúde
- Clínicas/ Hospitais privados
- Hospital
- Outro. Qual?.....

. 20. Para que servem as vacinas? (escolha todas as opções que considerar)

- Prevenir doenças
- Salvar vidas
- Reduzir despesas de saúde ao país
- Não têm utilidade
- Outro. Qual?.....

. 21. Acha importante ter as vacinas em dia?

- Sim
- Não
- Não sei/Não responde

. 22. Acha que os enfermeiros e os médicos se preocupam em explicar porque se devem fazer vacinas?

- Sim
- Não
- Não sei

22.1. Porquê?

. 23. Tem medo de ser vacinado.

- Sim
- Não
- Não sei

23.1. Porquê?.....

. 24. Acha que deve ser obrigatório fazer vacinas?

- Sim
- Não
- Não sei

. 24.1. Porquê?.....

. 25. Acha que uma pessoa por estar vacinada protege quem está à sua volta?

- Sim
- Não
- Não sei

. 25.1.

Porquê?.....

. 26. Quem é que o informou sobre vacinas?

- Médico
- Enfermeiro
- Amigos/família
- Escola

Outra. Qual?.....

27. Já ouvir falar no Programa Nacional de Vacinação?

- Sim
- Não
- Não sei

. 28. Aceitaria participar em sessões de esclarecimento sobre as vacinas e as doenças que elas protegem?

- Sim
- Não

. 29. Tem alguma dúvida acerca da vacinação que queira ver desenvolvida numa sessão de esclarecimento?

Qual?.....

.....
.....

Muito Obrigado!

APÊNDICE 2- Consentimento Informado, livre e esclarecido

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está

claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira

assinar este documento.

Título do estudo: “Promoção da Adesão à Vacinação: uma intervenção no âmbito da Saúde Escolar”

Enquadramento: O presente estudo insere-se no âmbito da Unidade Curricular Estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública II, integrada no 1º semestre do 2º ano do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem, realizado em associação com as Escolas Superiores de Saúde dos Institutos Politécnicos de Beja, Castelo Branco, Portalegre, Setúbal e Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus da Universidade de Évora, a decorrer no presente ano letivo na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, a decorrer na Unidade de Cuidados na Comunidade...

ACES..., sob orientação científico-pedagógica da Professora Isaura Serra e da Enfermeira Especialista

Explicação do estudo: Encontro-me a desenvolver um estudo no Agrupamento de Escolas X sobre o tema conhecimentos e atitudes face à vacinação aos encarregados de educação (EE) das crianças com idades compreendidas entre os 5 e os 10 anos. Neste contexto, estamos a convidá-lo (a) a participar neste estudo através da resposta a um questionário, de autopreenchimento que em caso de dúvida ou de dificuldade o investigador poderá deslocar-se à escola respetiva, em hora e dia a combinar, para apoiar o preenchimento. Este questionário, em formato de papel, é composto por duas partes: Caracterização Sociodemográfica e Conhecimentos/Atitudes em relação à vacinação, demora aproximadamente 10 minutos a ser preenchido.

Não existem respostas certas ou erradas, o que pretendo é conhecer melhor a sua posição face à vacinação, assim como as suas dúvidas sobre o tema e a disponibilidade de participar em sessões de esclarecimento.

1 http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

2 <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

Condições e financiamento: A participação no estudo de carácter voluntário e gratuito, não havendo pagamento de deslocações ou contrapartidas. Os participantes podem, a qualquer momento, recusar participar ou abandonar o estudo, não existindo consequências associadas.

Confidencialidade e anonimato: No presente estudo serão garantidas as condições de confidencialidade relativas à recolha de informação necessária à sua implementação, assim como o anonimato dos participantes. Os dados obtidos poderão ser utilizados para publicação de carácter científico, mantendo sempre o anonimato e confidencialidade.

Agradeço antecipadamente a participação e, em caso de dúvida, poderá contactar: Enfermeira Mónica Boulhosa

Telemóvel 93.....; E-mail: 21.....@estudantes.ips.pt

Assinatura do investigador:

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

Nome:

Assinatura:

Data: / /

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE
(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)

NOME:

BI/CD N°: DATA OU VALIDADE / /

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:

ASSINATURA

.....

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE DUAS PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O INVESTIGADOR, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE.**

APÊNDICE 3- Cartaz de divulgação da sessão de educação para a saúde

CONVITE AOS PAIS ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO

NÃO TEM MÉDICO
DE FAMÍLIA E
PRECISA DE
FAZER UMA
VACINA OU
CONSULTA?



NÃO ESTÁ
INSCRITO NO
CENTRO DE
SAÚDE E NÃO
SABE COMO
FAZER?

9 e 12 de
Janeiro às
18h30

Apareça no Auditório da Sede
de Agrupamento-Escola

Vacinação é
Gratuita

Traga o
Boletim de
Vacinas

ACESSO AOS
CUIDADOS DE
SAÚDE É PARA
TODOS

PELA SUA
SAÚDE E DO
SEU
EDUCANDO...
PARTICIPE
NESTA
SESSÃO!!!!

MAIS
INFORMAÇÕES
VEJA O SEU
E-MAIL

ENFª MÓNICA BOULHOSA
ALUNA MESTRADO ECSP



APÊNDICE 4- Plano da Sessão

Sessão de Educação para Saúde	Acesso aos cuidados de saúde no âmbito da vacinação	Nº de sessões	1
		Duração	1 hora
Formador	Enfermeira Mónica Boulhosa Enfermeira [REDACTED]	Local e data	Auditório da Escola Sede de Agrupamento 12/01/23
Pertinência do tema	A componente educativa desta sessão visa apresentar a importância da vacinação atualizada, e fornecer estratégias/informações de com proceder para aceder aos serviços de saúde, no sentido de poder efetuar a atualização vacinal.		
Temas a serem abordados na sessão	<ul style="list-style-type: none"> - Contextualizar o Plano Nacional de Vacinação - Como aceder aos cuidados de saúde primários 		
Objetivos da sessão	Objetivo Geral:		
	- Dotar os pais/encarregados de educação de conhecimentos sobre a como aceder aos cuidados de saúde primários para atualização vacinal		
	Objetivos Específicos:		
	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar o que é o Plano Nacional de Vacinação e a sua importância - Esclarecer qual o circuito para aceder aos cuidados de saúde primários - Efetuar agendamento das crianças com vacinas em atraso. 		

Conteúdos a abordar	Estratégias/Atividades	Metodologia	Recursos técnico-pedagógicos	Avaliação	Tempo (minutos)
<ul style="list-style-type: none"> · Apresentação da formadora · Apresentação dos objetivos da sessão · Breve apresentação da vacinação no seu todo (O que é; para que serve) 	<ul style="list-style-type: none"> - Colocação de questões abertas - Exposição do conteúdo programático 	<ul style="list-style-type: none"> - Ativa - Expositiva - Interrogativa 	<ul style="list-style-type: none"> - Projeção de diapositivos em formato <i>canva</i> - Computador - Videoprojector 		10 minutos
<ul style="list-style-type: none"> · Apresentação do PNV 2020 · Conceitos, definições e princípios básicos do PNV · Acesso os cuidados de saúde primários no âmbito da vacinação 	<ul style="list-style-type: none"> - Exposição do conteúdo programático - Partilha de experiências 	<ul style="list-style-type: none"> - Ativa - Expositiva 	<ul style="list-style-type: none"> - Projeção de diapositivos em formato <i>canva</i> - Projeção de vídeo - Computador - Videoprojector 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação formativa no decorrer da sessão através de 3 questões direcionadas ao tema 	30 minutos
<ul style="list-style-type: none"> · Síntese e aspetos relevantes do conteúdo abordado · Esclarecimento de dúvidas e/ou outras questões, de forma a aferir os conhecimentos dos formandos 	<ul style="list-style-type: none"> - É pedido aos formandos que coloquem eventuais dúvidas - Colocação de questões abertas 	<ul style="list-style-type: none"> - Ativa - Expositiva - Interrogativa 	<ul style="list-style-type: none"> - Projeção de diapositivos em formato <i>canva</i> - Computador - Videoprojector 		20 minutos

APÊNDICE 5 Sessão de Educação para a Saúde aos pais/EE



1



2



3



4



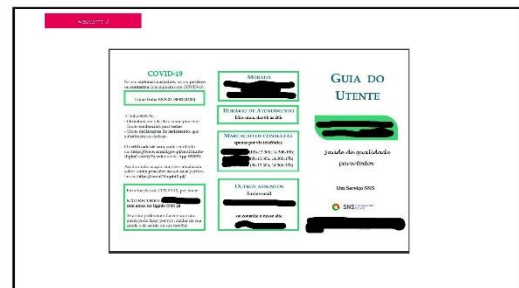
5



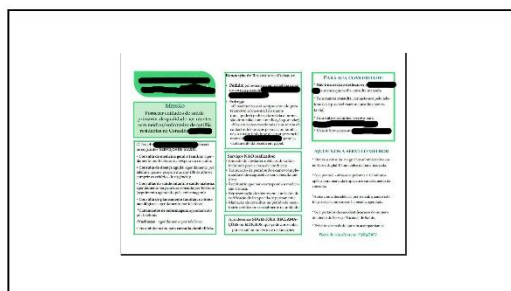
6



13



14



15



16



17



18



19



20



21

APÊNDICE 6- Folheto Informativo- Guia do utente

COVID-19

Se tem sintomas suspeitos, testou positivo ou contactou com alguém com COVID-19:

Ligue linha SNS 24 (808242424)

A linha SNS 24:

- Orienta-o em relação a como proceder
- Emite credenciais para testes
- Emite declarações de isolamento, que substituem as «baixas»

O certificado de cura pode ser obtido em <https://www.sns24.gov.pt/certificado-digital-covid/#aceder> ou na App SNS24

Aceda a informação simples e atualizada sobre como proceder no seu caso particular em <https://covid19.uphill.pt/>

Em situações de COVID-19, por favor

NÃO RECORRA [REDACTED]
sem antes ter ligado SNS 24

Só assim poderemos fazer o que ninguém pode fazer por nós: cuidar da sua saúde e da saúde da sua família!

MORADA

[REDACTED]

HORÁRIO DE ATENDIMENTO

Dias úteis, das 8h às 20h

MARCAÇÃO DE CONSULTAS

apenas por via telefónica

[REDACTED] (10h-13.30h; 14.30h-18h)

[REDACTED] (9h-13.30h; 14.30h-17h)

[REDACTED] (9h-13.30h; 14.30h-17h)

OUTROS ASSUNTOS

Envie e-mail

[REDACTED]

ou consulte o nosso site

[REDACTED]

GUIA DO UTENTE

[REDACTED]

*Saúde de qualidade
para todos*

Um Serviço SNS

 SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

[REDACTED]

MISSÃO

Fornecer cuidados de saúde primários de qualidade aos utentes sem médico/enfermeiro de família residentes no Concelho [REDACTED]

O Projeto [REDACTED] oferece os seguintes SERVIÇOS DE SAÚDE:

- Consulta de medicina geral e familiar: agendamento por telefone, na véspera da consulta;
- Consulta de doença aguda: agendamento por telefone, para o próprio dia, das 18h às 20h (se cumprir os critérios de urgência);
- Consultas de saúde infantil e saúde materna: agendamento da primeira consulta por telefone (seguimento agendado pela enfermagem);
- Consulta de planeamento familiar, rastreios oncológicos: agendamento por telefone;
- Tratamentos de enfermagem: agendamento por telefone;
- Vacinação: agendamento por telefone;
- Encaminhamento para consulta domiciliária.

Renovação de RECEITUÁRIO CRÓNICO:

- Pedido: por e-mail ou em papel (na caixa de correio presente [REDACTED])
- Entrega:
 - O receituário será sempre enviado para telemóvel e/ou e-mail do utente (que poderá pedir na farmácia a impressão dum talão com a medicação por aviar).
 - Nas situações excecionais de ausência de contactos telefónicos pessoais ou familiares, o utente terá de se deslocar presencialmente à [REDACTED] para levantamento da receita em papel.

Serviços NÃO realizados:

- Emissão de atestados médicos de saúde, incluindo para a carta de condução;
- Transcrição de pedidos de exames complementares de diagnóstico sem consulta médica;
- Receituário que não corresponda à medicação crónica;
- Representação de utentes em comissões de verificação de incapacidade permanente;
- Marcação de consultas ou pedido de receituário crónico presencialmente na unidade.

Agradecemos SUGESTÕES, RECLAMAÇÕES ou ELOGIOS, que pode apresentar por e-mail ou no livro de reclamações

PARA SUA COMODIDADE:

- * Não é necessário deslocar-se à [REDACTED] a menos que tenha consulta marcada
- * Para marcar consulta, contacte-nos pelo telefone (só é possível marcar consultas por esta via)
- * Para outros assuntos, escreva para [REDACTED]
- * Mais informações em [REDACTED]

AJUDE-NOS A SERVI-LO MELHOR:

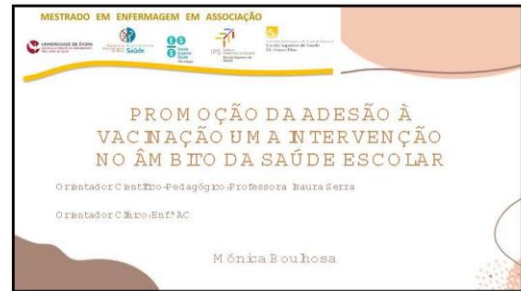
- * Efetive a consulta no guichet administrativo ou no Kiosk digital 10 min antes da hora marcada;
- * Seja pontual - atrasos superiores a 10 minutos após a hora marcada implicam o cancelamento da consulta;
- * Avise com antecedência, por e-mail, quando não for possível comparecer à consulta agendada;
- * Seja portador da sua identificação e do número de utente do Serviço Nacional de Saúde;
- * Evite trazer mais do que um acompanhante;

Data de atualização 19/04/2022

APÊNDICE 7 Apresentação dos resultados do projeto à equipa de Enfermagem da UCC



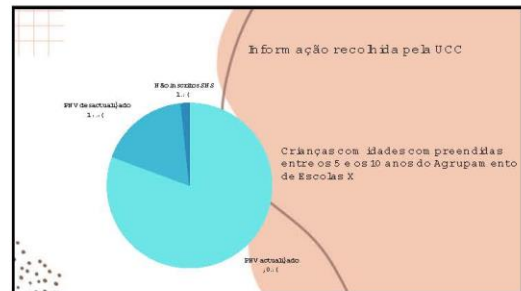
1



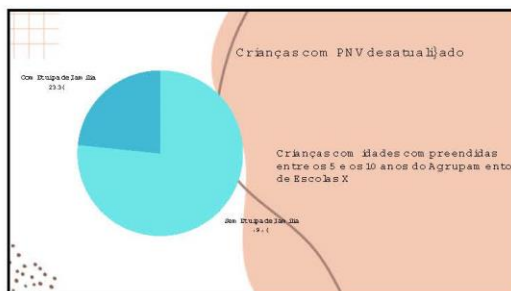
2



3



4



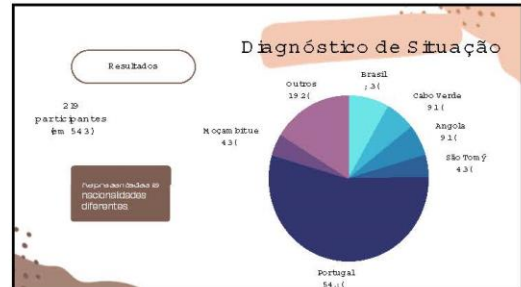
5



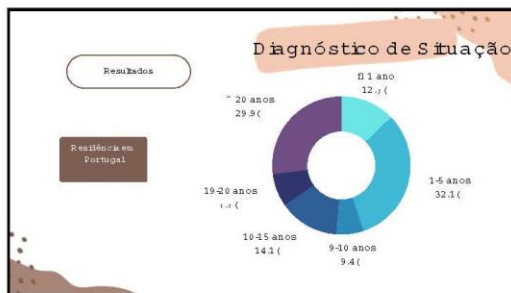
6



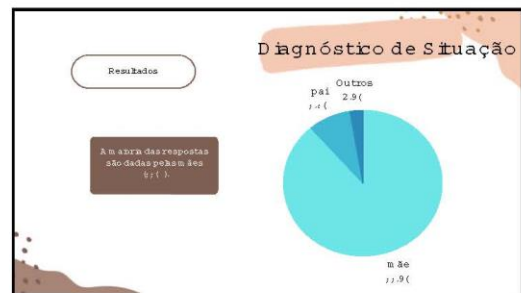
7



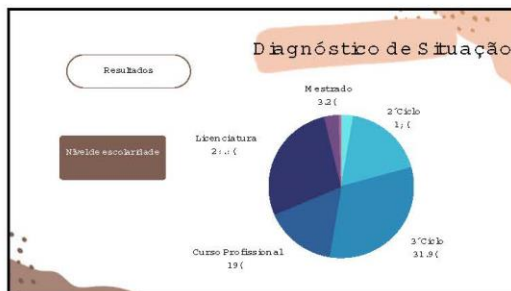
8



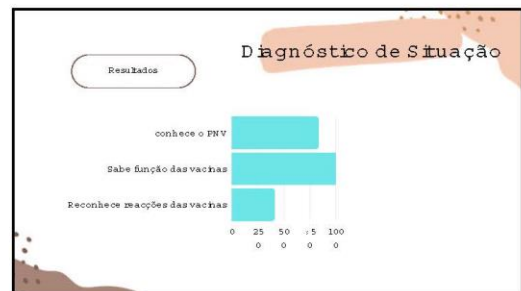
9



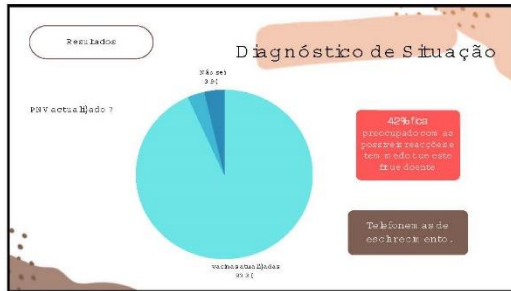
10



11



12



13



14

Definição de Problemas

diagnóstico de situação

	Grêta de ponderação			Total
	Magnitude	Frequência	Vulnerabilidade	
A - Deficiência de conhecimentos relativamente as necessidades das crianças	1	2	3	6
B - Adesão à vacinação	2	3	3	8
C - Deficiência de conhecimentos relativamente aos serviços de saúde	2	3	3	8

Nota 1: Escala prioritária
Nota 2: Medicamento Prioritário
Nota 3: Medida prioritária

15

Definição de objetivos

Objetivo geral:

- Contribuir para o aumento da taxa de vacinação das crianças onde decorre o estudo (5-10 anos);

Objetivos Específicos:

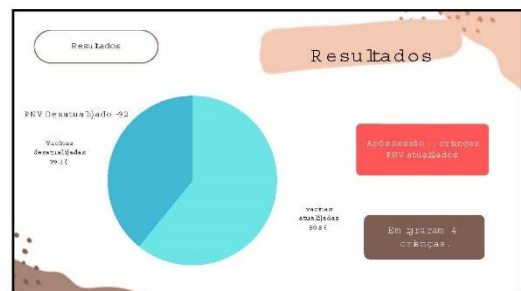
- Aumentar a taxa de vacinação em 50% das crianças entre os 5-10 anos, que estavam com o PVV desatualizado, do agrupamento de escolas X;
- Aumentar o nível de conhecimentos dos pais/BS em relação ao acesso à vacinação.

16

Seleção de Estratégias

- Envolver com umidade educativa
- Envolver as unidades funcionais do ACES, nomeadamente a unidade de atendimento a utentes em estu pa de fam lia atribuída.
- Educação e Promoção para a Saúde

17



18



19



20

APÊNDICE 8 Cronograma de Atividades

“Promoção da Adesão à Vacinação: uma intervenção no âmbito da Saúde Escolar”

Atividades	Meses							
	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril
Reunião com equipa multidisciplinar para identificação da área problemática a intervir	21-23							
Pedido de parecer ao Núcleo Formação e Investigação do Aces			2-4					
Contacto com direção do agrupamento de escolas X	26-30							
Diagnóstico de situação								
Apresentação do diagnóstico de situação aos professores				5-9				
Reuniões com as escolas para a operacionalização do projeto								
Divulgação da sessão junto dos pais/EE						3-6		
Sessão de educação para a saúde aos pais/EE						9 e 12		
Vacinação e encaminhamento das crianças com PNV desatualizado								
Reunião final com a equipa de enfermagem da UCC para apresentação dos resultados								
Avaliação do projeto								
Redação final do relatório								

APÊNDICE 9 Resumo do Artigo

RESUMO

INTRODUÇÃO: Atualmente a vacinação em Portugal é um problema de baixa magnitude, mas elevado potencial de risco. Houve investimento ao longo dos anos, mas algum descuido ou desinvestimento pode conduzir a um aumento da sua magnitude. Os determinantes sociais específicos, nomeadamente os comportamentais, têm uma influência preponderante no controlo desta magnitude dos problemas.

OBJETIVO: Avaliar os conhecimentos e atitudes dos pais e/ou encarregados de educação das crianças, com idades compreendidas entre os 5-10 anos, em relação à vacinação, num agrupamento de escolas da Área Metropolitana de Lisboa.

METODOLOGIA: Estudo quantitativo do tipo observacional e descritivo. Foi selecionada uma amostra por conveniência constituída por 216 pais e/ou encarregados de educação das crianças com idades compreendidas entre os 5-10 anos de um agrupamento de escolas da Área Metropolitana de Lisboa e Vale do Tejo. Foi aplicado questionário anónimo aos pais e/ou encarregado de educação, após assinatura da declaração de consentimento informado, livre e esclarecido elaborado para o efeito.

RESULTADOS: Dos 216 pais que responderam, 197 (91,2%) são do sexo feminino e 19 (8,8%) do sexo masculino, por conseguinte a relação de parentesco que emerge é a de mãe, apesar de 3 tias e 2 avós se apresentarem como encarregadas de educação. Emergem 19 nacionalidades diferentes, indo de encontro com os perfis migratórios da área geográfica onde foi realizado o estudo, a par com o tempo de residência em Portugal dos inquiridos de nacionalidade estrangeira. A maioria dos pais e/ou encarregados de educação refere que as suas crianças têm a vacinação atualizada (94%), que reconhecem a importância das vacinas (96,3%) e a sua função (99,6%) e ainda referem em 71,8% que a vacinação devia ser obrigatória. Por outro lado, existe um receio considerável relativamente às reações adversas das vacinas (43,5%), mas um reconhecimento bastante significativo dessas mesmas reações (98,9%).

CONCLUSÕES: Esta amostra demonstra ter conhecimentos face à vacinação, talvez por isso a maioria tem a vacinação atualizada. Todavia, persistem ainda alguns medos face às reações adversas das vacinas. Seria pertinente a realização de mais estudos na área com uma amostra mais significativa, para se perceber se efetivamente as respostas não foram enviesadas pela não-resposta.

PALAVRAS-CHAVE: Vacinação, saúde escolar, conhecimentos, pais/encarregados de educação

APÊNDICE 10- Comunicação Livre em formato de Poster no IV Congresso da AUCC



DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, declara-se que **Mónica Boulhosa** foi autora do **Poster “Crianças em idade escolar (5-10 anos): Conhecimentos e atitudes dos Pais face à Vacinação”** apresentado no IV Congresso Nacional das Unidades de Cuidados na Comunidade, promovido pela AUCC, nos dias 30 e 31 de março de 2023, na Figueira da Foz, no Centro de Artes e Espetáculos, com a duração de 14h.

Figueira da Foz, 31 de março de 2023

Presidente da AUCC

José Barbosa Lima