



# **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Enfermagem Comunitária**

**Mais Saúde: Menos Sarampo**

**Elsa Marise Ferreira Januário Simões Rosa**

**2012**



## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Enfermagem Comunitária**

**Mais Saúde: Menos Sarampo**

**Elsa Marise Ferreira Januário Simões Rosa**

**Prof. Dr<sup>a</sup> Maria Lourdes Varandas**

**2012**



*“Health promotion in the 21st century brings many challenges due to the rapid, ongoing changes in the population, workforce, technology, and health care environment. However, these challenges bring new opportunities for nurses, who, with other members of an interdisciplinary team, can create innovative plans to improve health”*

(PENDER, MURDAUGHT e PARSONS, 2011, p. 336).

## **Agradecimentos**

À minha orientadora, Professora Doutora Maria de Lourdes Varandas agradeço a competência, a partilha de conhecimentos e a disponibilidade com que sempre acompanhou todo este trabalho.

Ao Enfermeiro Mestre Rogério Dinis o meu bem-haja pela serenidade transmitida e apoio na concretização deste projeto.

À meritíssima Teórica Nola Pender, agradeço a ajuda dispensada para uma melhor compreensão do seu Modelo de Promoção da Saúde.

Partilhar e refletir são bases importantes para o crescimento pessoal e profissional. Este processo pode ser ainda mais enriquecedor se ocorrer num tempo de mudanças significativas e envolver pessoas verdadeiramente empenhadas em fazê-lo. Obrigada Enfermeiras Ana Afonso e Dina Pinto.

Aos colegas de trabalho e curso e ainda aos utentes envolvidos que partilharam emoções, ações e conhecimento o meu sincero agradecimento pelo vosso contributo neste processo de desenvolvimento académico e profissional.

À minha família e restantes amigos agradeço a compreensão e o incentivo.

## **RESUMO:**

As pessoas de qualquer país constituem uma comunidade global e portanto atualmente o que afeta um país afeta de algum modo, todos os outros. Presentemente, o risco de disseminação da doença do sarampo na Europa é elevado. Assim, pretende-se uma proteção máxima dos indivíduos para a doença para não permitir a “*ocorrência de cadeias de transmissão a partir de casos importados*” e contribuir deste modo para a meta de eliminação do vírus na Europa (DGS, 2011, p.1) até 2015. Tal feito apresenta-se exequível pois o homem é o único reservatório da doença (WHO, 2009, p. 5).

O Projeto de Intervenção Comunitária “*Mais Saúde: Menos Sarampo*” teve como finalidade promover o *empowerment* dos utentes inscritos na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Marvila, relativamente à doença do Sarampo.

Neste projeto utilizamos a Metodologia do Planeamento em Saúde sendo que para a priorização dos problemas, foi aplicada a Grelha de Análise.

O Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender foi escolhido como modelo de referência por integrar na perfeição a demanda de Alma Ata e responder às necessidades resultantes das reestruturações que se estão a desenrolar atualmente em Portugal. A Teoria de Aprendizagem Cognitiva e a Teoria do *Empowerment* também apoiaram e ajudaram a consolidar este trabalho.

Como estratégia de Promoção da Saúde desenvolvemos sessões individuais de educação para a saúde (EpS) e elaboramos um folheto que foi traduzido em várias línguas. Aumentamos o nível de conhecimento sobre a doença do sarampo e a vacina anti sarampo e aumentamos a imunidade de grupo ao elevamos a cobertura vacinal numa população constituída por jovens adultos, cumprindo com os objetivos identificados neste projeto e contribuindo para a concretização das metas estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), relativas à doença do sarampo.

**Palavras-chave:** sarampo, vacinas e promoção da saúde

## **ABSTRACT:**

People of any country are a global community and therefore, currently, effects on one country, affects somehow, everyone else. Presently, the risk of dissemination of measles in Europe is high. Thus, the aim is having a maximum protection of individuals for the disease, in order to not allow the "*occurrence of chains of transmission from imported cases*" and thereby, contribute to the goal of eliminating the virus in Europe (DGS, 2011, p.1) until 2015. This fact presents itself feasible for man, as he is the only reservoir of the disease (WHO, 2009, p5).

The Community Intervention Project "*More Health: Less Measles*" aimed to promote the empowerment of users enrolled in the Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Marvila, regarding the disease of measles.

In this project we used the methodology of the Health Planning and on the prioritization of problems, we applied a Grid Analysis.

The Health Promotion Model of Nola Pender was chosen as a reference model because it perfectly integrates the demands of Alma Ata and responds to the needs arising from the restructuration that is currently taking place in Portugal. The Cognitive Theory and Theory of *Empowerment* was also used and helped to consolidate this work.

As a health promotion strategy we developed individual health education (EPS) sessions and prepared a brochure translated in several languages. This way, we increased the level of knowledge on the disease and measles vaccine and increased the immunization coverage in a population consisting of young adults, meeting the objectives identified in this project and contributing to the achievement of targets set by the World Health Organization (WHO) on the disease of measles.

**Keywords:** measles, vaccines and health promotion

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>1.1. A Promoção da Saúde.....</b>	<b>15</b>
<b>1.2. O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender .....</b>	<b>17</b>
<b>2. FOCO DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>20</b>
<b>2.1. A doença do Sarampo.....</b>	<b>20</b>
<b>2.2. Epidemiologia do Sarampo.....</b>	<b>22</b>
<b>2.3. Pertinência do tema.....</b>	<b>25</b>
<b>3.1. Diagnóstico de Situação .....</b>	<b>27</b>
<b>3.1.1. Contextualização do Local da Intervenção.....</b>	<b>28</b>
<b>3.1.2. Caracterização da população alvo .....</b>	<b>29</b>
<b>3.2. Determinação de Prioridades .....</b>	<b>38</b>
<b>3.3. Fixação de Objetivos.....</b>	<b>40</b>
<b>3.4. Seleção de Estratégias.....</b>	<b>42</b>
<b>3.5. Preparação da Execução .....</b>	<b>42</b>
<b>3.6. Avaliação.....</b>	<b>46</b>
<b>4. LIMITAÇÕES E IMPLICAÇÕES .....</b>	<b>48</b>
<b>5. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA .....</b>	<b>50</b>
<b>6. CONCLUSÃO .....</b>	<b>52</b>
<b>7. BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>54</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>62</b>
Anexo I - Health Promotion Model (revised) de Nola Pender .....	63
Anexo II - Distribuição por género dos utentes inscritos na UCSP de Marvila.....	65
Anexo III - Taxa de cobertura vacinal para VAS I ou VASPR I nos utentes inscritos na UCSP de Marvila em 13/6/2011, nascidos entre 1970 e 1993 .....	67

Anexo IV - Avaliação da cobertura vacinal para VAS/VASPR dos indivíduos nascidos em 1988 e 1989, realizada em SINUS a 10-10-2011 .....	69
Anexo V - Declaração de consentimento Informado para o questionário .....	72
Anexo VI - Questionário.....	74
Anexo VII - Guião de entrevista aos utentes.....	79
Anexo VIII - Declaração de consentimento informado para a realização da entrevista aos utentes.....	81
Anexo IX - Planificação da sessão individual de educação para a saúde .....	83
Anexo X - Folheto informativo sobre a doença do sarampo e respetiva vacina em Português, Francês, Crioulo, Mandarim, Romeno, Russo e Gujarati.....	86
Anexo XI - Avaliação das sessões de Educação para a Saúde e das atividades de atualização da situação vacinal .....	100
Anexo XII - Avaliação cobertura vacinal para VAS/VASPR dos indivíduos nascidos em 1988 e 1989 em SINUS a 17-02-2012.....	103



## LISTA DE ABREVIATURAS

<b>ACES</b>	Agrupamento de Centros de Saúde Personalizados
<b>AEFI</b>	Acontecimentos adversos após imunização
<b>DGS</b>	Direção Geral da Saúde
<b>ECDC</b>	<i>European Centre for Disease Prevention and Control</i>
<b>EEE / EFTA</b>	Espaço Económico Europeu / <i>European Free Trade Association</i>
<b>EpS</b>	Educação para a Saúde
<b>EU</b>	União Europeia
<b>ICN</b>	International Council of Nurses
<b>MPS</b>	Modelo de Promoção da Saúde
<b>OE</b>	Ordem dos Enfermeiros
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PALOP</b>	Países Africanos de Língua Portuguesa
<b>PIEC</b>	Projeto de Intervenção de Enfermagem Comunitária
<b>PNS</b>	Plano Nacional de Saúde
<b>RCV</b>	Registo Centralizado de Vacinas
<b>SAPE</b>	Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
<b>SINUS</b>	Sistema informático Nacional de Unidades de Saúde
<b>UAG</b>	Unidade de Apoio à Gestão
<b>UCC</b>	Unidade de Cuidados à Comunidade
<b>UCSP</b>	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
<b>URAP</b>	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
<b>VAS</b>	Vacina Anti Sarampo
<b>VASPR</b>	Vacina Anti Sarampo Papeira e Rubéola
<b>WHO</b>	World Health Organization

## LISTA DE TABELAS

	Pagina
<b>Tabela 1-</b> Distribuição dos sujeitos de acordo com o ano de nascimento e sexo, segundo frequências absolutas e relativas	31
<b>Tabela 2-</b> Distribuição dos sujeitos de acordo com variáveis estado civil, segundo frequências absolutas e relativas	32
<b>Tabela 3 -</b> Distribuição dos sujeitos de acordo com variável habilitações literárias, segundo frequências absolutas e relativas	32
<b>Tabela 4-</b> Distribuição dos sujeitos de acordo com variável profissão, segundo frequências absolutas e relativas	33
<b>Tabela 5 -</b> Distribuição dos sujeitos de acordo com nacionalidade, segundo frequências absolutas e relativas	33
<b>Tabela 6 -</b> Distribuição dos sujeitos relativamente a conhecimentos sobre a doença do sarampo, sinais/ sintomas, meios de transmissão e sobre o risco da doença do sarampo segundo frequências absolutas e relativas	34
<b>Tabela 7-</b> Distribuição dos sujeitos relativamente a conhecimentos sobre a vacina anti sarampo e ao comportamento, segundo frequências absolutas e relativas	35
<b>Tabela 8-</b> Aplicação da Grelha de Análise aos problemas para determinação de prioridades	39

## LISTA DE QUADROS

		<b>Pagina</b>
<b>Quadro 1</b>	<i>Corpus</i> de análise da entrevista efetuada aos utentes	37
<b>Quadro 2</b>	Especificação detalhada da sessão individual de Educação para a Saúde à população alvo	44
<b>Quadro 3</b>	Especificação detalhada da atualização da situação vacinal da população alvo	45

## INTRODUÇÃO

Este documento tem como objetivo refletir o trabalho desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular de Estágio de Intervenção Comunitária integrada no II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa que decorreu no período compreendido entre 3 de Outubro de 2011 e 17 de Fevereiro de 2012. Na sua construção pretendemos espelhar a aquisição de conhecimentos que demonstrem o desenvolvimento de competências fundamentais necessárias a um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e próprias do 2º Ciclo de Bolonha.

A erradicação da varíola em 1980, através de campanhas concertadas de vários setores da saúde unidos num esforço global, constituiu um estímulo para que o homem pudesse intentar o mesmo relativamente a outras doenças infecto-contagiosas, nomeadamente o sarampo, uma vez que o vírus “*só infeta seres humanos o que torna a eliminação da doença viável*” (WHO, 2009, p. 5).

A Organização Mundial da Saúde veio recentemente alertar para o fato do risco de disseminação do sarampo na Europa ser elevado sendo “*significativo o número de casos reportados em 2011*” (WHO, 2011a, p.1) constatando-se que, na generalidade dos países europeus a maioria dos casos de sarampo reportados ocorreu em “*adolescentes e jovens adultos*” (WHO, 2009, p.5). Estas circunstâncias determinam a necessidade de empreender ações que não inviabilizem a meta atualmente estabelecida de “*eliminação do sarampo a nível Europeu para 2015*” (WHO, 2011a, p. 8), tendo como objetivo macro a sua posterior erradicação.

Embora a proteção para a doença do sarampo seja alta na generalidade da população Portuguesa, esta proteção ainda apresenta “*assimetrias regionais e locais, sendo provável a existência de bolsas de susceptíveis, mesmo em áreas geográficas com cobertura vacinal elevada*” (Direção Geral Saúde [DGS], 2011, p. 4), pelo que “*é urgente o desenvolvimento de acções, aos vários níveis, que visem colmatar estas assimetrias*” (DGS, 2011, p. 4).

Surge assim o Projeto de Intervenção Comunitária a que atribuí o nome de “*Mais Saúde: Menos Sarampo*” que tem como objetivo geral promover o *empowerment* sobre a doença do sarampo na população inscrita na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Marvila (UCSP de Marvila), nascida no ano de 1988 e 1989. Apresenta ainda como objetivos específicos: contribuir para a aquisição de conhecimentos sobre a doença do sarampo, contribuir para a aquisição de conhecimentos sobre a vacina anti sarampo e promover a proteção específica para a doença do sarampo na referida população.

O “*empowerment*” refere-se ao processo através do qual os indivíduos e as comunidades “*gain mastery over their lives*” (PENDER, MURDAUGHT e PARSONS, 2011, p. 70) ao participarem num processo de aprendizagem que favoreça mudanças comportamentais e a criação de hábitos de vida saudáveis.

Confirmando-se, então, a necessidade e o enquadramento do tema do sarampo consubstanciado nas diretrizes mais recentes da DGS (2011), que pretendem garantir a situação de não circulação do vírus no país, empreendemos o diagnóstico da situação nos utentes inscritos na UCSP de Marvila. Verificamos a existência de um elevado número de indivíduos potencialmente desprotegidos, constituído especialmente por indivíduos com mais de 18 e menos de 42 anos (abrangidos pela Norma da DGS n.º 011 / 2011 de 07 / 06 / 2011, relativa à Vacinação Complementar contra o Sarampo). Sendo que, na generalidade dos países europeus a maioria dos casos de sarampo reportados ocorreu em adolescentes e jovens adultos (WHO, 2009, p. 5) e atendendo às limitações de tempo e de recursos humanos disponíveis para esta intervenção comunitária, a população-alvo selecionada é constituída pelos utentes nascidos no ano de 1988 e de 1989, inscritos na UCSP de Marvila.

Este projeto sustentou-se nos passos da Metodologia do Planeamento em Saúde de Imperatori e Geraldès (1993), desde o diagnóstico de situação, definição de prioridades e fixação de objetivos, à programação da intervenção e sua avaliação.

Na etapa de diagnóstico de situação, procedeu-se a uma ampla revisão bibliográfica sobre a doença do sarampo e outros diferentes domínios por acesso a

bases de dados científicos, tendo a pesquisa utilizado as seguintes palavras-chave: sarampo, vacinas e promoção da saúde.

Foram priorizados os problemas encontrados, após tratamento dos dados do inquérito e validação dos resultados do mesmo por entrevista, de acordo com a Grelha de Análises.

O Modelo de Promoção da Saúde (MPS) de Nola Pender, surgiu como uma proposta para integrar a enfermagem à ciência do comportamento, identificando os fatores que influenciam comportamentos saudáveis e “*offers a guide to explore the complex biopsychosocial progresses that motivate individuals to engage in behaviors directed toward enhancing health*” (PENDER, MURDAUGHT e PARSONS, 2011, p. 44). Esta compreensão do modo “como os consumidores podem ser motivados para atingir a saúde pessoal” (TOMEY e ALLIGOOD, 2004, p. 707), requisito de extrema importância para a Promoção da Saúde, determinou o uso deste Modelo para sustentar a concretização deste projeto.

Analisando as nossas práticas, segundo o Modelo de Aquisição de Competência de Dreyfus adotado por Benner (2005), profissionalmente classificamo-nos ao nível de “*Proficiente*” pois no nosso desempenho profissional entendemos as situações na sua totalidade e de forma não segmentada e procuramos pautar as nossas “*ações por máximas*” (BENNER, 2005, p. 50) sendo que estas, podem ser definidas como nuances da situação que podem ter significados diferentes, em diferentes momentos.

O presente trabalho apresenta-se estruturado em seis capítulos. Após uma introdução do trabalho, o primeiro capítulo apresenta o Referencial Teórico focando a Promoção da Saúde e o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. O segundo capítulo aborda o foco da Intervenção, a doença do sarampo, a sua epidemiologia e alude à pertinência do tema. O terceiro capítulo reporta ao Planeamento em Saúde nas suas diferentes etapas. O capítulo quarto refere-se às limitações e implicações do Projeto e o quinto capítulo aborda as competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária desenvolvidas no decurso do percurso académico. O último capítulo apresenta as conclusões deste trabalho.

## 1. REFERENCIAL TEORICO

Para sustentar o trabalho de projeto há necessidade de recorrer a teorias e / ou modelos de enfermagem que contribuam para promover e desenvolver os conhecimentos dos utentes / clientes sobre a problemática da saúde, sendo que

*“os modelos e as teorias de enfermagem fornecem uma perspetiva dos principais conceitos da disciplina (...) geram saber sob a forma de orientação teórica para a investigação e a prática e conduzem ao desenvolvimento de novos instrumentos de investigação”*

(TOMEY e ALLIGOOD, 2004, p. 720).

Em Enfermagem, os conceitos *“that identify the phenomena of central interest to a discipline”* (FAWCETT, 2005, p. 4) são: pessoa, saúde, ambiente e enfermagem.

Neste capítulo, após uma breve introdução ao tema Promoção da Saúde, passaremos a uma exposição mais detalhada do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender que foi escolhido como referencial teórico, para sustentar este trabalho.

### 1.1. A Promoção da Saúde

A Organização Mundial da Saúde (OMS) em colaboração com o United Nations Children’s (Unicef) em 1978, organizou em Alma Ata, a I Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários. O reflexo do trabalho aí produzido teve um alcance inigualável até então, em quase todos os sistemas de saúde e na saúde pública. Os Cuidados de Saúde Primários foram considerados *“essential health care made accessible at a cost a country and community can afford, with methods that are practical, scientifically sound and socially acceptable”* (WHO, 1998, p. 3).

A Saúde foi definida pela OMS (1948) como *“a state of complete physical, social and mental well-being, and not merely the absence of disease or infirmity”* (WHO, 1998, p. 1) Posteriormente, um novo olhar sobre o conceito de saúde ficou expresso no documento INFORME LALONDE (1974) que se referia aos determinantes sociais da doença, como fortemente responsáveis pelas desigualdades em saúde. Intensificou-se

também a ideia de que, para produzir saúde, devemos atuar sobre os determinantes sociais, e não apenas na cura das doenças, realçando assim a necessidade de se cumprir com os pré-requisitos já referidos na Carta de Ottawa<sup>1</sup> “paz, a educação, a habitação, o poder aquisitivo, um eco sistema estável, a conservação dos recursos naturais e a equidade” (WHO, 1998, p. 1).

Afastando-se do modelo biomédico, que se centra no “*corpo portador de uma doença a identificar e, depois erradicar, o corpo cuja mecânica deve ser reparada*” (COLIERE, 1999, p. 123), o paradigma salutogénico (1979), fruto de diversas áreas do saber tais como medicina, sociologia, e psicologia, “*centra-se na promoção da saúde entendida como uma vida dinâmica, criativa e de qualidade e inclui a promoção de bem-estar físico, mental, emocional, funcional, espiritual e social*” (STANHOPE e LANCASTRE, 2011, p. 335).

A saúde passa pois a ser entendida como “*a positive concept emphasizing social and personal resources as well as physical capabilities*” (WHO, 1998, p. 1) e constitui-se assim, num recurso para a vida (HONORÉ, 2002).

Ao conceito de saúde aparece intrinsecamente ligado o conceito de Promoção da Saúde, referido por LALONDE (1974) e definido na Carta de Ottawa (1986) como o “*processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo*” (WHO, 1998, p. 1). Este conceito que assenta em cinco áreas de intervenção: “*build healthy public policy, create oportive environments for health, strengthen community action for health, develop personal skills, and re-orient health services*” (WHO, 1998, p. 2) continuou a ser aprofundado constando da Declaração de Jacarta (1997) - liderando a Promoção de Saúde para o Século XXI; da Carta de Bangucoque (2005) sobre Promoção da saúde num mundo globalizado e em outras que se seguiram.

---

<sup>1</sup> Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Ottawa, 17 a 21 de Novembro de 1986



## 1.2. O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

Sendo uma erudita, Nola Pender detém conhecimentos profundos de desenvolvimento humano de psicologia experimental e de ensino, que lhe conferem o *background* que lhe permitiu desenvolver uma perspectiva holística de enfermagem e criar o seu Modelo de Promoção da Saúde (MPS) em 1982 e revisto em 1996 (Anexo I)

O MPS de Nola Pender surge como uma proposta para integrar a enfermagem à ciência do comportamento, identificando os fatores que influenciam comportamentos saudáveis e “*offers a guide to explore the complex biopsychosocial progresses that motivate individuals to engage in behaviors directed toward enhancing health*” (PENDER, MURDAUGHT e PARSONS, 2011, p. 44).

Ele integra diversos construtos e sustenta-se na teoria de aprendizagem e na psicologia social (TOMEY e ALLIGOOD, 2004). Incorpora “*constructs from expectancy-value theory*” (PENDER, MURDAUGHT e PARSONS, 2011, p. 44) criada por Fishbein, que afirma que os comportamentos são desenvolvidos e alterados com base em avaliações pessoais sobre crenças e valores e na Teoria Cognitiva de Aprendizagem que refere que para alterar comportamentos o indivíduo tem necessidade de abarcar novos conhecimentos que permitam uma reestruturação do pensamento e ainda que o indivíduo também altera comportamentos reagindo à motivação para resolver problemas e encontrar respostas.

Contudo, central no MPS de Nola Pender é a Teoria de Aprendizagem Social ou Teoria Cognitiva Social, de Albert Bandura, que se baseia numa abordagem cognitiva mas também consagra que o comportamento se modifica em função das suas consequências imediatas (princípios da Teoria do Behaviorismo). A Teoria de Aprendizagem Social defende que “as pessoas criam objectivos para si mesmas e prevêm os resultados prováveis de atos prospectivos para guiar e motivar seus esforços antecipadamente” (BANDURA, AZZI e POLYDORO, 2008, p. 15).

Bandura advoga que o comportamento do indivíduo deriva e é frequentemente motivado por instintos, impulsos, necessidades e ações e sustenta igualmente que este comportamento é alterado em função de processos cognitivos que incluem auto-crenças designadamente:” auto-atribuição, auto-avaliação e auto-eficácia” (TOMEY e

ALLIGOOD, 2004, p. 701). A auto-eficácia consiste numa convicção do próprio, nas suas capacidades de realizar uma ação e é uma conceção crucial no MPS de Nola Pender. Ainda de acordo com a Teoria de Aprendizagem Social, o comportamento do indivíduo resulta dos determinantes - fatores pessoais, acontecimentos e comportamentos que, em permanente interação, se influenciam mutuamente e que é adotado em função do que o indivíduo valoriza e concebe como capaz de realizar.

Assim, integrando vários construtos, o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender apresenta três grandes dimensões:

1. Características e Experiências Individuais que integram o comportamento anterior e ainda fatores pessoais biológicos, psicológicos e socioculturais.

2. Sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que integram os benefícios e as barreiras percebidos para a ação; a autoeficácia percebida; os sentimentos relacionados ao comportamento; as influências interpessoais concretamente da família, pares e prestadores de cuidados, assim como normas, apoios e modelos e ainda as influências situacionais (opções, exigências e estética).

3. Resultado do comportamento em que se conjugam as exigências (controle baixo) e preferências (controle alto) de competição e ocorre o Compromisso com um Plano de Ação de modo a que seja adotado um Comportamento de Promoção de Saúde que *“particularly when integrated into a healthy lifestyle, results in improved health, enhanced functional ability, and better quality of life at all stages of development”* (PENDER, MURDAUGHT e PARSONS, 2011, p. 50).

O MPS de Nola Pender *“é uma tentativa de descrever a natureza multifacetada das pessoas que interagem com o ambiente enquanto procuram saúde”* (TOMEY e ALLIGOOD, 2004, p. 706) assente em sete pressupostos que espelham *“a perspectiva da ciência comportamental e enfatizam o papel activo do doente na gestão dos comportamentos de saúde, alterando o contexto ambiental”* (TOMEY e ALLIGOOD, 2004, p. 705). São eles:

1. Os indivíduos procuram criar condições de vida que lhes permitam expressar o seu potencial de saúde.
2. Os indivíduos detêm capacidade de auto-reflexão e consciência que lhes permite auto avaliarem-se.

3. Os indivíduos valorizam o crescimento, procurando soluções entendidas com positivas e em que existe um equilíbrio aceitável entre mudança e a estabilidade.
4. Os indivíduos procuram desempenhar um papel ativo na regulação do seu comportamento.
5. Os indivíduos na sua complexidade biopsicossocial em interação como o meio ambiente, modificam-no e são simultaneamente modificados por ele.
6. Uma parte do ambiente interpessoal que influencia o individuo durante toda a sua vida, inclui os profissionais de saúde.
7. O reajuste dos padrões de interação pessoa-ambiente cabe ao mesmo e é essencial para que ocorra mudança do comportamento.

(PENDER, 2011, p. 5)

Embora o MPS de Pender seja próximo do Modelo das Crenças de Saúde, difere dele pois “*não inclui o medo ou a ameaça como fonte de motivação para o comportamento de saúde*” (SAKRAIDA, 2004, p. 701). O MPS de Pender constrói-se, então, como um modelo positivo que advoga que a saúde está ao alcance de todos, sendo que o modo como cada pessoa define a sua própria saúde é mais significativo que o conceito genérico de saúde.

Neste modelo, “*pessoa*” é um conceito central, que se expressa de forma ímpar em conformidade com as suas representações cognitivas e preceptivas individuais e de acordo com os fatores desencadeantes de mudança, a que é exposto (PENDER, MURDAUGHT e PARSONS, 2011). O indivíduo tem um papel determinante na sua saúde porque segundo Pender (2011) nesta sociedade, o auto cuidado representa o modelo dominante nos cuidados de saúde.

Para Pender (2011) os agentes de saúde devem ter em consideração a complexidade da promoção da saúde que se foca em seis dimensões: “*individuo, família, comunidade, socioeconómica, cultural e ambiental*” (PENDER, MURDAUGHT e PARSONS, 2011, p. 6) sendo fundamental o seu contributo para empoderar o individuo, de modo a orientar para o autocuidado. Este modelo assenta na conceção da promoção da saúde, definida como “*a process that enable individuals, groups, families and communities to exhibit the determinants of their health behaviors and to take action*” (PENDER, MURDAUGHT e PARSONS, 2011, p. 6), sendo apropriado para ser utilizado ao longo do ciclo vital e em diversos contextos.

## 2. FOCO DE INTERVENÇÃO

Este capítulo pretende guiar o leitor no tema que dominou a nosso Projeto de Intervenção Comunitária pelo que abordaremos a doença do sarampo, a sua epidemiologia e concluiremos com a exposição da relevância do tema

### 2.1. A doença do Sarampo

O sarampo é uma doença viral aguda, altamente contagiosa, capaz de provocar epidemias, sendo o homem o único reservatório do vírus. O termo “*doença*” é definido por LAST como “*qualquer coisa que não está bem em qualquer coisa corporal*” (LAST, 1988, p. 71) e referindo-se este ao significado do reservatório, como sendo “*o habitat natural do agente infeccioso*” (Idem, p. 173).

O vírus do sarampo é transmitido de pessoa para pessoa através de gotículas respiratórias após acessos de tosse ou espirros de um doente, podendo permanecer no ar por várias horas, e é sabido que o mesmo sobrevive em superfícies contaminadas até duas horas.

As pessoas infetadas são consideradas contagiosas cerca de cinco dias antes do início do exantema e até quatro dias depois. Após um período de incubação, entendido como “*intervalo de tempo entre a invasão por um agente infeccioso e os primeiros sinais e sintomas da doença*” (STANHOPE e LANCASTER, 2011, p. 915), que pode variar entre 10 a 12 dias, pode surgir hipertermia, conjuntivite, coriza, tosse e bronquiolite. As manchas de Koplik surgem na mucosa bucal, um a dois dias antes do início do exantema. A erupção do sarampo, um exantema máculo-papular eritematoso, desenvolve-se 2 a 4 dias após o início da hipertermia e espalha-se desde a cabeça e ao longo de todo o corpo, e perdura cerca de 4 dias.

O contágio, a partir dos indivíduos infetados é essencialmente motivado pela circunstância das pessoas serem mais contagiosas, antes mesmo de se aperceberem que estão doentes. Tal facto confere à doença do sarampo uma rápida capacidade de disseminação (STANHOPE e LANCASTER, 2011). A natureza de forte contagiosidade

do vírus do sarampo torna-o num verdadeiro problema de saúde pública, o que determinou que esta doença fosse integrada no grupo de doenças de declaração obrigatória. O *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) refere que a doença do sarampo predispõe ao aparecimento de complicações provocando essencialmente infeções bacterianas que podem causar: otite média, pneumonia, diarreia e encefalite, apresentando uma letalidade alta especialmente em menores de cinco anos de idade e entre os indivíduos imuno - comprometidos. Globalmente estima-se que cerca de 160 000 crianças morrem anualmente devido a complicações da doença (ECDC, 2010).

O vírus do sarampo foi isolado apenas em 1954, tendo a vacina sido desenvolvida em 1963. A introdução da vacina do sarampo permitiu a imunização, *“process whereby a person is made immune or resistant to an infectious disease, typically by the administration of a vaccine”* (WHO, 2011c), reduzindo drasticamente a incidência desta doença. Na Europa, antes de existir a vacina, *“substância imunológica usada para imunização activa”* (LAST, 1988, p. 195), esta doença era comum e esperada durante a infância, provocando surtos em intervalos regulares de 2 a 5 anos. Deste modo, verificava-se a aquisição de imunidade de forma natural para o sarampo, naqueles que contactavam e sobreviviam à doença

O *“Adult and Childhood Immunization”* do ICN refere que as vacinas atuam estimulando o sistema imunológico e que:

*“safe immunization practices are those that do not result in injury or harm to the person being vaccinated, the health care worker administering the vaccine and the community. These best practices help create an effective and safe vaccination program”*

(ICN, 2009, p. 26).

A VASPR, *“vacina combinada trivalente contendo vírus vivos atenuados do sarampo, da parotidite epidémica e da rubéola”* (DGS, 2011, p. 31) apresenta como contra indicações à sua administração, reações anafiláticas à neomicina e outros componentes da vacina, gravidez (não engravidar nos 3 meses seguintes à vacinação), tuberculose ativa, trombocitopénia ou púrpura trombocitopénica, imunodepressão e o uso de terapêutica imunossupressora (DGS, 2011). O PNV 2012 prevê a administração de duas doses da vacina, sendo a primeira a partir dos 12 meses até aos 18 anos;

idade a partir da qual só será requerida uma dose principalmente a viajantes e mulheres (devido ao risco de malformações fetais decorrentes da possibilidade de ocorrência da doença durante a gravidez).

O *International Council of Nurses* (ICN) refere que as vacinas, embora muito seguras, podem envolver a ocorrência de diversos acontecimentos adversos após imunização (AEFI). Esses eventos podem ocorrer por reações aos constituintes das vacinas, reações vagais ou outras. Contudo, as reações adversas mais frequentes são ligeiras e a nível do local de inoculação (dor, rubor, edema) ou gerais (erupção cutânea, febre, mal-estar) e, muito raramente, de maior gravidade (reações anafiláticas, convulsões ou trombocitopenia). Em casos extremamente raros, estas reações podem ser potencialmente fatais, “*however, the majority of AEFIs are minor and self-limiting*” (ICN, 2009, p. 22).

## **2.2. Epidemiologia do Sarampo**

Na Europa a doença do sarampo esteve controlada pela vacinação até que recentemente a situação mudou.

Em 2008, foram notificados um total de 9 404 casos de sarampo e apenas a Estónia, Hungria, Eslováquia, Eslovénia e Islândia não relataram qualquer ocorrência. As maiores taxas de notificação foram relatadas pelo Reino Unido (2,4 por 100 000), Itália (2,1 por 100 000) e Áustria (1,9 por 100 000). (ECDC, 2010, p. 145).

O *Measles Surveillance Annual Report 2009*, refere que, foram reportados em 2009 um total de 7,175 casos de sarampo, sendo que a maioria dos casos (n=6.523; 91%) foram provenientes de cinco países: Bulgária, França, Suíça, Reino Unido e Alemanha (EUVAC.NET, 2010, p.1). De acordo com a mesma fonte, foram ainda relatadas 10 casos de mortes relacionadas com a doença do sarampo, tendo ocorrido sete casos de morte na Bulgária, dois casos em França e um caso na Holanda. Dados que correspondem a uma taxa de letalidade global de 1,39 por 1000 casos de sarampo. Esta organização alerta para o fato do sarampo ser uma doença re-emergente na Europa e conseqüentemente em 2010, mais de 30 000 casos de

sarampo terem sido relatados pela União Europeia (UE) e países do Espaço Económico Europeu (EEE) / *European Free Trade Association* (EFTA). Este número representa um aumento de cinco vezes mais casos, comparativamente à média anual dos últimos cinco anos. Esta evolução da situação aconteceu em consequência de um grande surto de doença na Bulgária em 2009-2010, com mais de 24 000 casos notificados e registo de 24 mortes. No entanto, muitos outros países, incluindo França, Alemanha, Itália, Irlanda, Roménia e Espanha, também relataram um aumento considerável de casos de sarampo durante 2010. O *Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2010* refere, a respeito do sarampo, que “o número de casos de sarampo notificados na EU e no EEE / EFTA em 2008 foi maior do que o ano anterior e, como tal, a meta de eliminação do sarampo na UE não será alcançada em 2010” (ECDC, 2010, p. 145).

A ocorrência destes surtos vem comprometer a meta de eliminação do sarampo na Europa que já tinha sido alargada de 2010 para 2015, data que a OMS se viu obrigada a estabelecer face ao reaparecimento de surtos da doença, essencialmente através de casos importados de países asiáticos e africanos, onde esta doença ainda é frequente (ECDC, 2011).

A alta incidência mantém-se em 2011, com surtos significativos em curso em países tais como a França, Espanha e Bélgica (ECDC, 2011) e não mostra sinais de abrandamento (WHO, 2011b, 2011d).

A palavra “*surto*” é frequentemente utilizada em substituição do termo “epidemia” por esta ter um carácter mais sensacionalista e gerar maior ansiedade na população, embora sejam sinónimos (LAST, 1988). A “*epidemia*” refere-se a uma situação em que se regista “a ocorrência da doença numa comunidade ou região para além das expectativas normais”, que poderá causar doença, sendo esta “*um dos resultados possíveis da infeção, e pode indicar uma disfunção fisiológica ou uma reação patológica*” (STANHOPE e LANCASTER, 2011, p. 915).

O documento *Protecting the Nation`s Health in an Era of Globalization: CDC`s Global Infectious Disease Strategy*, relativamente aos casos de sarampo ocorridos em

2000 nos Estados Unidos, refere que “*fifty-six of the 87 cases of measles identified (...) were traced to importations of the virus from outside our borders*” (CDC, 2002, p. 13).

Um estudo realizado por Ehresmann et al (2004) revelou que, apesar de também nos Estados Unidos, entre 1989 e 1991 a incidência do sarampo ter diminuído significativamente nos jovens adultos, a situação atual modificou-se. Desde o ano de 2000, a incidência desta doença registou um recorde com o ressurgimento de um caso por cada milhão da população. Este facto dever-se-á sobretudo a bolsas de população não imunizada, à importação de casos decorrente de movimentos de populações e à incapacidade de reagir atempadamente para detetar e conter casos que representam ameaças potenciais para o sucesso da eliminação do sarampo. Nesta situação em particular, o estudo supracitado concluiu que o surto de sarampo que ocorreu em jovens adultos, ficou a dever-se ao facto do grupo religioso ao qual pertenciam, ter recusado a vacinação 25 anos antes. O referido estudo, chama a atenção para o facto de, mesmo com altos níveis de imunização das comunidades, existir sempre a possibilidade de ocorrerem surtos entre bolsas de pessoas suscetíveis (neste caso, por exemplo, devido a questões religiosas terem interferido com a adesão à vacinação). Desta forma, o estudo vem abordar a temática da recusa vacinal que, nos Estados Unidos, se deve tendencialmente a considerações religiosas.

Na Europa, a recusa vacinal encontra-se mais ligada a adeptos de correntes de pensamento naturalistas e associada à publicação de um artigo do Dr.º Andrew Wakefield, publicado na revista médica “*The Lancet*”, em 1998, que sugeria a ligação da vacina VASPR com casos de autismo. Contudo estas conclusões foram refutadas em estudos realizados posteriormente que veem negar tal associação (Taylot et al, 1999) tendo o referido medico sido proibido de exercer medicina por “*fraude*” mas a confiança da opinião pública ficou desde então, seriamente abalada.

Refere Moulin que a vacinação representa uma “*aventura*” globalmente aceite e bem-sucedida, mas que apresenta zonas sombrias com alguns mistérios, sustentando que a “*vacinação é basicamente um fenómeno de ciência e de crença, tanto para os vacinadores quanto para os vacinados*” (MOULIN, 2003, p. 503), em que diversos fatores concorrem no aspeto da adesão (a difusão de informação relativa a elas pelos



*mass media*, as características das vacinas, sua embalagem e apresentação, formas de administração, entre outras) (MOULIN, 2003).

### **2.3. Pertinência do tema**

Atualmente em construção, o PNS 2011-2016 (em fase de discussão) integra o objetivo de reforçar a participação de Portugal na Saúde Global onde se refere que “os sistemas de saúde devem ser sistemas abertos, interdependentes, de desenvolvimento rápido e capazes de respostas rápidas a novas ameaças”. Refere que o fenómeno da globalização, passa pela liberalização dos fluxos internacionais de comércio, capitais, tecnologias e informação e que resultou em interdependência social, política e económica como assaz importante na saúde global – “conceito abrangente que engloba o estado de saúde, os determinantes e intervenções na população mundial e que se sobrepõe aos interesses e perspetivas individuais dos países”. Esta abordagem da saúde pretende melhorar a resposta a ameaças globais à saúde, e entre outras medidas a “capacitação dos países a nível da vigilância epidemiológica, deteção, diagnóstico e contenção de doenças infecciosas” [DGS- (versão em discussão de 1-6-2011), 2011,p 5].

As pessoas de qualquer país constituem uma comunidade global e portanto atualmente o que afeta um país afeta de algum modo, todos os outros. O “*Sistema de Saúde Português deve partilhar a inovação, articular-se internacionalmente, contribuir para o reforço e o desenvolvimento solidário de outros sistemas e incorporar os avanços internacionais*” (DGS, 2011, p. 11), pelo que é neste âmbito que se enquadra o nosso projeto de intervenção comunitária “*Mais Saúde: Menos Sarampo*” desenvolvido na UCSP de Marvila.

Sendo a doença do sarampo re - emergente na Europa, a ECDE (2011) reitera a necessidade de atuação em conformidade com a situação relembrando os países da UE e os países EEE / EFTA, que se comprometeram a eliminar o sarampo até 2015.

Embora em Portugal o ultimo caso autóctone tenha sido declarado em 2002 e o nosso País apresente “*globalmente boas taxas de cobertura vacinal para o Sarampo*”

(DGS, 2011), a provável existência de assimetrias determina que *“é urgente o desenvolvimento de ações, aos vários níveis, que visem colmatar estas assimetrias”* (DGS, 2011, p. 4), tal situação já proporcionou nos últimos anos o aparecimento de casos secundários relacionados com alguns casos importados. (DGS, 2011, p. 3)

A Norma da DGS n.º 011/2011 de 07/06/2011, relativa à Vacinação Complementar contra o Sarampo, vem alertar para o risco de disseminação desta doença na Europa ser elevado, registando-se, neste momento, a ocorrência de surtos em várias regiões na Europa, nomeadamente na França, Bélgica e Alemanha. e fora da Europa noutros países tais como Angola. Esta norma recomenda ainda o aumento da cobertura vacinal a *“todos os indivíduos nascidos depois de 1969, sem história credível de sarampo”*, especialmente para *“redução do número de indivíduos susceptíveis”* com a intenção de *“evitar a ocorrência de cadeias de transmissão a partir de casos importados”* (DGS, 2011, p. 1).

Também a ECDC *“reitera a necessidade de manter elevadas taxas de cobertura na Europa”* (DGS, 2011, p. 3) devido ao elevado risco de disseminação da doença ou seja, *“taxas de cobertura para sarampo acima de 95%”* (PNV 2006, p. 8), para não permitir a *“ocorrência de cadeias de transmissão a partir de casos importados”* e contribuir assim para a eliminação do vírus na Europa (DGS, 2011, p. 1).

### **3. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE**

O Planeamento em Saúde é um processo empreendido em conjunto pelos agentes de saúde e pelas populações em determinadas áreas e tempos predefinidos, utilizado com vista ao delineamento das intervenções com o melhor custo/efetividade e fazendo uso dos melhores recursos disponíveis para atingir “*os melhores níveis de saúde das populações em causa*” (DURÁN, 1989, p. 19).

As intervenções na comunidade têm múltiplas vantagens. Para além da capacidade de promoverem alterações na população, focando-se em grupos de alto risco e em grandes comunidades, representam ainda importantes fontes de informação para o desenvolvimento de novas políticas de saúde (PENDER, MURDAUGHT e PARSONS, 2011).

O Planeamento em Saúde consubstancia-se em intervenções comunitárias estruturadas, que envolvem um projeto, entendido como proposta com a finalidade de produzir “*bens ou serviços, na perspectiva de obter um determinado resultado, melhorando a capacidade operativa do sistema e contribuindo, desse modo, para atingir os objectivos de saúde do plano*” (DURÁN, 1989, p. 107), e “*conducentes à transformação da realidade*” (IMPERATORI e GIRALDES, 1986, p. 3).

Passamos de seguida a apresentar as diferentes fases do trabalho empreendido referentes ao planeamento em saúde que neste Projeto de Intervenção de Enfermagem Comunitária foi sustentado na metodologia do Planeamento em Saúde de Imperatori e Geraldés (1986) muito embora tenham sido consultados outros autores de referência como Tavares (1990) e Durán (1989).

#### **3.1. Diagnóstico de Situação**

O diagnóstico de situação constituiu o primeiro passo no processo de Planeamento em Saúde estando intimamente ligado à escolha de prioridades e à avaliação (IMPERATORI e GERALDES, 1986).

### 3.1.1. Contextualização do Local da Intervenção

Os Cuidados de Saúde Primários desde 2005, tem vindo a ser alvo privilegiado de reformas e desenvolvimento organizacional que conduziram à reorganização dos centros de saúde em Agrupamentos de Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde (ACES). Cada ACES apresenta autonomia administrativa e integra uma ou mais Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Saúde Familiar (USF), Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP) e Unidade de Apoio à Gestão (UAG).

O ACES II - Lisboa Oriental com 209 078 utentes inscritos (SINUS - Dezembro 2009) agrupa a UCSP de Marvila e a UCSP de São de João ambas com uma USF e ainda a UCSP dos Olivais, a UCSP da Penha de França e a UCSP da Graça e integra vinte freguesias: St<sup>a</sup> Maria dos Olivais, Marvila, Beato, S. João, St<sup>a</sup>. Engrácia, Penha de França, Anjos, Pena, Graça, S. Vicente de Fora, Socorro, St<sup>o</sup>. Estêvão, S. Miguel, Santiago, Castelo, S. Cristóvão – S. Lourenço, Sé, Madalena, S. Nicolau e S. Paulo.

Na UCSP de Marvila, encontram-se inscritos 32 502 utentes, dos quais 15 715 são do sexo masculino e 16 787 representam o sexo feminino encontrando-se distribuídos por género e faixa etária de acordo com o gráfico do Anexo II (SINUS®, 6/6/2011).

A UCSP de Marvila, abrange a Freguesia de Marvila, situada na zona oriental de Lisboa, que ocupa 84 km<sup>2</sup> e é a segunda maior freguesia entre as cinquenta e três que são parte integrante da Capital. Esta freguesia integra o Parque da Bela Vista e o Parque de Vale do Fundão e é constituída por nove bairros: Bairro das Salgadas e Alfinetes, Bairro do Condado, Bairro dos Lóios, Bairro das Amendoeiras, Bairro da Flamenga, Bairro do Armador, Bairro Marquês de Abrantes, Bairro da Prodac ou Vale Fundão e Poço do Bispo.

O Instituto Nacional de Estatística (INE, 2003) refere que em Marvila residem 38766 habitantes, o que constitui 6,97% da população de Lisboa (556797 habitantes). A família tipo nesta freguesia constitui-se em média por quatro indivíduos. A mesma fonte aponta ainda para o fato de os indivíduos com mais de 65 anos representarem

apenas 14% da população aí residente e que, 17% do total da população se encontram entre os 15 e os 24 anos.

A freguesia de Marvila constitui-se de indivíduos multiculturais (etnia cigana, raças negra, caucasiana e também asiáticos). Esta diversidade manifesta-se também na religião, sendo a Católica e a Muçulmana as que lideram.

### **3.1.2. Caracterização da população alvo**

Sabendo que na Europa, contrariamente aos países em desenvolvimento, a maioria dos casos de sarampo ocorreram em adolescentes ou adultos (WHO, 2009, p. 5)., procedeu-se ao levantamento da cobertura vacinal para a doença do sarampo de todos os utentes inscritos na UCSP de Marvila, nascidos até ao ano de 1970 na base de dados SINUS. Nos utentes nascidos entre os anos de 1993 e 1970 constatamos que as taxas de cobertura vacinal para VASPR/VAS se apresentavam inferiores ao preconizado, pelo que se justificava a nossa intervenção (Anexo III).

A taxa de cobertura para sarampo nos indivíduos nascidos no ano de 1988 era de 85%, o que correspondia a 58 indivíduos dos quais 33 são do sexo masculino e 25 são do sexo feminino e, nos nascidos no ano de 1989 era de 86%, o que correspondia a 49 indivíduos desprotegidos dos quais 17 são do sexo masculino e 32 são do sexo feminino (Anexo IV).

Esta informação relevante conjuntamente com os fatores abaixo referidos, determinaram a escolha, dos indivíduos nascidos em 1988 e 1989 e inscritos na UCSP de Marvila, como grupo alvo deste Projeto de Intervenção Comunitária:

1. Indivíduos mais velhos têm, à partida, maior probabilidade de já terem contactado com o vírus na comunidade e assim terem desenvolvido imunidade para a doença do sarampo;
2. Atendendo à idade, estes indivíduos têm maiores probabilidades de se deslocarem frequentemente para outros países, quer em virtude de situações de lazer quer por questões relacionadas com ofertas de trabalho comparativamente a indivíduos mais velhos; e participam mais regularmente em eventos musicais,

- de futebol e outros, o que os expõe frequentemente a contatos com indivíduos de outras nacionalidades (potenciais transmissores da doença);
3. Sendo jovens adultos, ainda numa fase inicial do ciclo vital, isso reforça a importância de garantir a sua proteção quanto antes;
  4. Condicionismos decorrentes do tempo disponível para a intervenção e impossibilidade de incluir todos aqueles que se encontram *à priori* desprotegidos face à doença do sarampo.

### **Técnicas e procedimentos de colheita de dados**

Para trabalhar a temática da doença do sarampo abordada por este projeto de intervenção foi recolhida a informação sobre indicadores demográficos e o estado vacinal dos utentes, na base de dados SINUS e posteriormente na base de dados do Registo Centralizado de Vacinas (RCV).

Procedemos de seguida à construção de um questionário, com base no MPS de Nola Pender, uma vez que não encontramos, qualquer questionário validado para Portugal que pudesse ser útil nesta avaliação que pretendíamos efetuar. Este questionário foi precedido por um pré teste aplicado a 10 utentes com características análogas às da população alvo e inscritas na UCSP dos Olivais a quem foi previamente explicada a natureza do projeto e solicitado o consentimento informado (Anexo V) para a utilização dos dados recolhidos. Decorrente da sua aplicação procedeu-se a ligeiras alterações percebidas como necessárias ao melhoramento do instrumento, no sentido de o tornar mais perceptível aos utentes.

O questionário (Anexo VI) foi entregue pessoalmente e auto preenchido pelos indivíduos, após breve nota introdutória ao mesmo. A população alvo constituiu-se dos 80 utentes inscritos na UCSP de Marvila, nascidos no ano de 1988 e 1989, sem registo vacinal de VAS ou VASPR tendo sido contactados inicialmente, através de convocação por telefone e/ou carta.

Efetuaram-se visitas domiciliárias aos indivíduos que se mantinham incontactáveis. Quando os indivíduos se encontravam ausentes foi deixada informação no sentido de solicitar o seu contacto com a referida UCSP.

Foi também solicitada a colaboração dos enfermeiros da Unidade de Cuidados na Comunidade Oriente para estabelecer este contato e convidar alguns destes indivíduos a dirigirem-se à UCSP de Marvila. Aos administrativos e médicos de família da UCSP de Marvila foi solicitada cooperação no encaminhamento dos indivíduos identificados quando estes se dirigiam aos serviços de saúde por outros motivos.

Responderam ao questionário 36 utentes da população alvo, no período de 5-12-2011 a 10-12-2011. Os dados recolhidos através do questionário foram tratados estatisticamente fazendo uso do programa informático Microsoft em EXCEL 2010.

Este trabalho teve como alicerçagem aquilo que Fortin (1999) menciona como necessidades éticas na recolha e tratamento de dados, ou seja: o direito à autodeterminação; à intimidade; ao anonimato e à confidencialidade; à proteção contra o desconforto e o prejuízo e ainda a um tratamento justo e equitativo.

Apresentam-se e analisam-se de seguida os dados resultantes da aplicação do questionário à população alvo identificada e que constituem o nosso universo de respostas. Esse processo será feito de acordo com as quatro grandes categorias de análise identificadas no questionário: caracterização da população alvo, conhecimentos sobre sarampo, conhecimentos sobre vacina do sarampo e comportamentos. No final de cada grupo procedemos a uma pequena discussão dos resultados.

Tabela 1- Distribuição dos sujeitos de acordo com o ano de nascimento e sexo, segundo frequências absolutas e relativas

<b>Variável</b>	<b>Frequência Absoluta N=36</b>	<b>Frequência Relativa %</b>
<b>Ano de nascimento</b>		
1989	19	53%
1988	17	47%
<b>Género</b>		
Feminino	27	75%
Masculino	9	25%

Os dados apresentados na tabela nº1 mostram-nos um razoável equilíbrio entre os nascidos em 1988 e 1989 (47% e 53% respetivamente), sendo mais representativo o género feminino (75%).

Tabela 2- Distribuição dos sujeitos de acordo com variável estado civil, segundo frequências absolutas e relativas

<b>Variável</b>	<b>Frequência Absoluta N=36</b>	<b>Frequência Relativa %</b>
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	27	75%
Casado	6	17%
Viúvo	0	0%
Divorciado	0	0%
Outro	3	8%

Pela análise da tabela podemos verificar que 75 % da população em estudo é solteira e apenas 6 indivíduos são casados.

Tabela 3 - Distribuição dos sujeitos de acordo com variável habilitações literárias, segundo frequências absolutas e relativas

<b>Variável</b>	<b>Frequência Absoluta N=36</b>	<b>Frequência Relativa %</b>
<b>Habilitações literárias</b>		
Licenciatura	4	11%
6º Ano	2	5%
8º Ano	3	8%
9º Ano	11	31%
10º Ano	4	11%
11º Ano	2	6%
12º Ano	8	22%
Sem resposta	2	6%

A população na generalidade possui como habilitações literárias o 9º ou o 12º ano representando estas 31% e 22% respetivamente.



Tabela 4 - Distribuição dos sujeitos de acordo com variável profissão, segundo frequências absolutas e relativas

<b>Variável</b>	<b>Frequência Absoluta N=36</b>	<b>Frequência Relativa %</b>
<b>Profissão</b>		
Estudante	7	19%
Desempregado	6	17%
Servente Construção Civil	1	3%
Doméstica	3	8%
Operadora Caixa	3	8%
Empregada Restauração	3	8%
Segurança Privado	1	3%
Limpeza	3	8%
Bancária	1	3%
Assistente Educativa	1	3%
Eletricista	1	3%
Informática	1	3%
Isolador	1	3%
Designer Gráfico	1	3%
Vendedor de Retalho	1	3%
Cabeleireira	1	3%
Sem resposta	1	3%

A população constitui-se maioritariamente por estudantes (19%) ou desempregados (17%), sendo que, 32% da população se distribui de forma igual por profissões como doméstica, operadora de caixa ou empregado/a na restauração e nas limpezas.

Tabela 5- Distribuição dos sujeitos de acordo com nacionalidade, segundo frequências absolutas e relativas

<b>Variável</b>	<b>Frequência Absoluta N=36</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>
<b>Nacionalidade</b>		
Portugal	24	67%
PALOP	5	14%
Brasil	4	11%
China	1	3%
Europa Leste	2	5%

Relativamente à nacionalidade da população podemos verificar que esta é multicultural, sendo 67% dos indivíduos de nacionalidade Portuguesa, 14% proveniente dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) e 11% do Brasil entre outras nacionalidades representadas em menor número. Um aspeto interessante a sublinhar no que respeita à caracterização do universo de inquiridos é que 33% (o que corresponde a 12 indivíduos) são estrangeiros.

A tabela que se apresenta de seguida mostra os resultados obtidos do inquérito, distribuídos por frequências relativas e absolutas, relativamente a conhecimentos sobre a doença do sarampo, à vacina anti sarampo e ao comportamento dos inquiridos.

Tabela 6 - Distribuição dos sujeitos relativamente a conhecimentos sobre a doença do sarampo, sinais/ sintomas, meios de transmissão e sobre o risco da doença do sarampo segundo frequências absolutas e relativas

VARIÁVEL	Total	
	Frequência Absoluta N=36	Frequência Relativa (%)
<b>Conhecimentos sobre a doença</b>		
Sabe o que é a doença do sarampo	14	39
Não sabe o que é a doença do sarampo.	22	61
<b>Sinais/sintomas da doença</b>		
Assinala corretamente dois sinais/ sintomas	7	19
Assinala corretamente um sinal	10	28
Não responde	19	53
<b>Meios de transmissão da doença</b>		
Assinala corretamente dois meios de transmissão	1	3
Assinala corretamente um meio de transmissão	3	8
Não responde	32	89
<b>Se a doença pode envolver risco de morte</b>		
Sim	9	25
Não	3	8
Não sabe	24	67

Uma primeira leitura dos dados aponta para 39% dos inquiridos como conhecedores da doença do sarampo embora esse conhecimento seja muito vago pois quando são questionados sobre sintomas, meios de transmissão ou complicações da doença, os dados mostram um substancial *deficit* de conhecimento ou mesmo desconhecimento da população quanto à doença do sarampo em diferentes dimensões: Apenas 19% da população consegue identificar 2 sinais corretos da doença; apenas 17% da população diz conhecer os meios de transmissão e só 3% consegue reconhecer os dois meios corretos; a maioria da população não sabe (67%) ou responde quando questionada se a doença do sarampo envolve risco de morte (8%).

Tabela 7 - Distribuição dos sujeitos relativamente a conhecimentos sobre a vacina anti sarampo e ao comportamento, segundo frequências absolutas e relativas

VARIÁVEL	Total	
	Frequência Absoluta N=36	Frequência Relativa (%)
<b>Conhecimentos sobre a vacina</b>		
Considera a vacina para prevenir a doença do sarampo eficaz	18	50,00
Não considera a vacina para prevenir a doença do sarampo eficaz	0	0,00
Não sabe se considera a vacina para prevenir a doença do sarampo eficaz	18	50,00
<b>Comportamento</b>		
Sabe que fez a vacina anti sarampo	6	16,67
Não fez a vacina anti sarampo	5	13,89
Não sabe se fez a vacina anti sarampo	25	69,44

Da análise da tabela acima apresentada podemos concluir que um número significativo dos indivíduos inquiridos (50%) não tem opinião sobre a eficácia ou não da vacina, para prevenir a doença do sarampo e que 25 indivíduos (69,4%) desconhecem se se encontram protegidos para a doença do sarampo por vacinação.

Após a aplicação do questionário e análise dos dados, foi realizada uma entrevista (Anexo VII). com o prévio consentimento informado (Anexo VIII) dos participantes. A entrevista, tendo por base no MPS de Nola Pender, foi realizada com o propósito de validar a informação recolhida nos questionários sobre os conhecimentos e comportamentos dos indivíduos, relativamente à doença do sarampo e respetiva vacina. Também aqui não foram esquecidas as questões éticas a que estamos obrigados quando se realizam trabalhos desta natureza, sendo que estas entrevistas foram registadas em suporte áudio para assegurar a qualidade e fiabilidade na sua transcrição dos dados. Até se conseguir a saturação de dados foram realizadas 10 entrevistas aos utentes nascidos no ano de 1988 ou 1989, não protegidos para a doença do sarampo. Estas entrevistas foram sujeitas a análise de conteúdo. Entende-se análise de conteúdo (o terreno, o funcionamento e o objetivo) como

*“um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos as condições de produção / receção (variáveis inferidas) destas mensagens”*

(BARDIN, 2008, p. 44).

Este processo organizou-se em três etapas: *“a) a pré análise; b) a exploração do material recolhido; e c) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação”* (BARDIN, 2008, p. 121). Refere ainda Vala que: *“A finalidade da análise de conteúdos será pois efetuar inferências, com base numa lógica explicitada, sobre as mensagens cujas características foram inventariadas e sistematizadas”* (VALA, 2007, p.104).

A análise categorial efetuada, *“desmembrando o texto em pequenas unidades”* (BARDIN, 2008, p.199) foi usada por estar referenciada como um modo simples, eficaz e adequado para aplicação a discursos diretos. Procedeu-se a construção de um quadro de categorização, que permitiu a construção de subcategorias e indicadores a partir das unidades de registo que se apresentam de seguida.

Quadro 1 - *Corpus* de análise da entrevista efetuada aos utentes

<b>Categorias</b>	<b>Sub- Categorias</b>	<b>Indicadores</b>
Cognição	Doença do Sarampo	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Conhecimentos presentes</li> <li>➤ Conhecimentos vagos ou insuficientes</li> <li>➤ Conhecimentos ausentes</li> </ul>
	Vacina anti- Sarampo	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Conhecimentos presentes</li> <li>➤ Conhecimentos vagos ou insuficientes</li> <li>➤ Conhecimentos ausentes</li> </ul>
Comportamento	Justificação para a situação de não imunizado/a	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Desconhecimento</li> <li>➤ Desinteresse ou despreocupação</li> <li>➤ Crenças</li> </ul>

A análise constituiu-se em duas categorias principais: cognição e comportamento. Relativamente ao conhecimento sobre a doença do sarampo a seguinte unidade de registo: “*Sim conheço. Sintomas não sei ... conheço, ouvi falar (...) mas donde é que vêm, do que é que surge..., não sei. (E02:01)*” sintetiza bem a generalidade das opiniões. Verificamos também que muitos indivíduos confundiam varicela e sarampo “*(...) conheço coisas básicas não é!... dá comichão e borbulhas...não sei.... se calhar estou a confundir com outra doenças!?!.. .varicela? (E01:01)*”, “*(...) Não é aquela que aparece borbulhinhas vermelhas que começam a alastrar, no corpo!? ou é a varicela? (...) (E05:01)*”.

No que se refere à vacina anti sarampo de um modo geral os entrevistados ou não tem conhecimento ou tem um conhecimento vago ou insuficiente o que faz com que se expressem de forma pouco segura: “*Pode ser por vacinas, não é? (...)*”

(E01:02)”, “Talvez através da vacinação... (E02:02)”, ou ainda “Penso que é por vacina, não é? (E09:02)”.

Os comportamentos de não proteção para a doença do sarampo são justificados pelos entrevistados por desconhecem que existe tal vacina “(...) nunca me falaram (E01:04)”, desinteresse / despreocupação em procurarem conhecer o seu estado vacinal “(...) preocupei-me em saber há uns anos atrás e agora não.(...) (E02: 04 ”, “Deve ter sido falta de interesse (...) (E04:05 ”, “(...) não ligo a isso. (E05: 05)”, “(...) Não calhou (...) ( E09:05)”, “Pois, não sei (...) (E01:05)” ou ainda por crenças de que as vacinas não são para os adultos “(...) então não fiz todas quando andava na escola? (...) (E04:04)” e “(...) Adulto também faz? (E06:05)”.

Pelo que ficou exposto, confirmaram-se então os dados obtidos pela aplicação do questionário. Resumidamente, os entrevistados apresentam um conhecimento elementar do que é a doença do sarampo ou mais frequentemente desconhecimento do que é esta doença. Muitos manifestam confusão entre sarampo e varicela. A vacina anti – sarampo é conhecida apenas por alguns entrevistados, sendo apontada como justificação da não proteção: o desconhecimento da existência de meios de proteção nomeadamente vacinação, um desinteresse ou despreocupação em relação à doença do sarampo e pela existência de crenças erróneas.

A análise dos dados recolhidos pelo inquérito e das entrevistas efetuadas permite-nos então concluir da existência dos seguintes problemas:

- Conhecimentos escassos sobre a doença do sarampo
- Conhecimentos escassos sobre a vacina anti – sarampo
- Comportamentos escassos de procura de saúde (proteção para a doença do sarampo).

### **3.2. Determinação de Prioridades**

O processo de tomada de decisão nesta etapa de determinação de prioridades em que se pretende eleger os problemas que se devem solucionar primeiro, passa pelo uso de critérios Tavares (1990). Neste trabalho os critérios considerados na Grelha de Análise são: “a importância do problema, a relação entre o problema e os fatores de

*risco, a capacidade técnica de resolver o problema e a exequibilidade do projeto ou da intervenção” (TAVARES, 1990, p. 88).*

Os problemas abaixo mencionados foram submetidos a esta Grelha de Análise sendo o valor da soma total de positivos (+) e negativos (-) atribuídos ao problema em cada critério, o fator decisivo para a determinação da prioridade na intervenção.

Tabela 8 - Aplicação da grelha de análise aos problemas encontrados para determinação de prioridades

Problemas	Critérios				Recomendações
	Importância do Problema	Relação Problema/Factor (s) de Risco	Capacidade Técnica de Intervir	Exequibilidade da intervenção	
Conhecimentos escassos sobre a doença do sarampo	+	+	-	+	3
Conhecimentos escassos sobre a vacina anti-sarampo	+	+	-	+	3
Comportamentos escassos de procura de saúde (proteção para a doença do sarampo)	+	+	-	-	4

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

A análise dos resultados obtidos pela aplicação da Grelha de Análise, apontam como prioritária uma intervenção que vise a resolução dos Problemas: *Conhecimentos escassos sobre a doença do sarampo e Conhecimentos escassos sobre a vacina anti-sarampo concomitantemente.*

### 3.3. Fixação de Objetivos

Nesta etapa do planeamento em saúde pretende-se enunciar um objetivo ou seja “um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural do problema.” (IMPERATORI e GIRALDES, 1993, p. 79).

Na disciplina de Enfermagem, para proferir a prática de Enfermagem num novo mundo caracterizado pela forte presença de tecnologias da informação e comunicação, considera-se “*crucial uma terminologia que utilize a tecnologia científica mais moderna para a sua manutenção e desenvolvimento e que envolva a participação a nível mundial na investigação e na aplicação clínica*” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011, p. 13). A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), recomendada pela Ordem dos Enfermeiros Portugueses contribui para esse objetivo de forma significativa criando uma terminologia padronizada capaz de originar dados credíveis e significativos acerca do trabalho de enfermagem pelo que foi usada neste PIC.

Assim, formula-se o seguinte diagnóstico de enfermagem atendendo aos problemas identificados e priorizados neste projeto: Potencial de risco (juízo) decorrente de ausência de Comportamentos de procura de saúde (foco) nos indivíduos identificados (cliente), motivado pela falta de conhecimentos sobre a doença do sarampo e a vacina VAS/VASPR.

Este projeto tem como objetivo geral promover o *empowerment* dos indivíduos identificados de modo a adquirirem conhecimentos sobre a doença do sarampo que se reflitam em mudanças de comportamento que traduzam ganhos em saúde.

O *empowerment* é o conceito chave provindo da Carta de Ottawa, que sem menosprezo por outras abordagens permite na promoção da saúde, alcançar maiores e mais perduráveis ganhos em saúde e que, “*when individuals are empowered, they have self efficacy, knowledge, and competence to take proactive actions to reach their health promotions goal*” (PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2011, p. 275).



Na teoria do *empowerment* inerentemente ligada ao próprio conceito “*está a ideia de que é possível e desejável que as pessoas adquiram controlo sobre as suas próprias vidas e sejam capacitadas a colaborar nos processos de mudança*” (RODRIGUES, PEREIRA E BARROSO, 2005, p. 86); sendo este processo “associado à libertação, à parceria e à colaboração” Idem p.88. Segundo Pender “*in the nurse – client relationship, empowerment is a process of communication and education in which knowledge, values, and power are shared*” (PENDER, MURDAUGHT E PARSONS, 2011, p. 275).

Para Laverak “o empoderamento está no coração da nova promoção da saúde e o poder está na alma do empoderamento” (LAVERAK, 2008, p. 43) e chama a atenção para a importância desta teoria que implica capacitar o outro por meio de transmissão de informação rigorosa e fundamentada de modo a facultar recursos e competências facilitadoras da tomada de decisão e que promovam a mudança de comportamentos.

Assim, traçamos objetivos específicos e metas - “*enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível*” (TAVARES, 1990, p. 133) - que nos propomos alcançar neste projeto de intervenção comunitária, atendendo à dimensão tempo e aos recursos disponíveis para esta intervenção.

Os objetivos específicos deste PIEC são:

- Contribuir para a aquisição de conhecimentos sobre a doença do sarampo
- Contribuir para a aquisição de conhecimentos sobre a vacina anti sarampo
- Promover a proteção específica para a doença do sarampo.

As Metas que pretendemos alcançar são:

- Aumentar o conhecimento sobre o agente e reservatório da doença do sarampo em 95 % da amostra
  - Aumentar o conhecimento sobre sinais/ sintomas, meios de transmissão e complicações do sarampo em 90% da amostra
  - Aumentar o conhecimento sobre a proteção específica disponível para a doença do sarampo em 95% da amostra
  - Aumentar a proteção para a doença do sarampo através de ações de vacinação em 95% da população alvo.

### **3.4. Seleção de Estratégias**

Para alcançar os objetivos fixados e modificar positivamente a tendência de desenvolvimento natural do problema resultante da não proteção para a doença do sarampo foram ponderados custos, obstáculos, pertinência e ainda vantagens e desvantagens de cada estratégia a implementar tal como recomendado por Tavares (1990).

O processo de aprendizagem envolve um modo de mudança e mesmo indivíduos que “estejam motivados, frequentemente não tem conhecimentos suficientes de saúde para alcançarem a meta sozinhos” (REDMAN, 2003, p. 21).

Nola Pender suporta parte do seu modelo na Teoria Cognitiva Social de Bandura que por seu lado assenta na Teoria Behaviorista que advoga “que o comportamento muda de acordo com as suas consequências imediatas” e na Teoria Cognitiva da Aprendizagem que alude que “é o desenvolvimento de padrões que fornecem um guia potencial para o comportamento” (REDMAN, 2003, p. 21).

Assim, neste projeto de intervenção comunitária, propusemos estratégias que se enquadram no domínio cognitivo, afetivo e psicomotor, através do recurso a métodos ativos, expositivos e interrogativos.

### **3.5. Preparação da Execução**

Esta etapa prevê que de forma clara sejam especificadas as ações que tem como desígnio atingir as metas anteriormente confinadas.

A educação para a saúde integrada nos “*cuidados de promoção da saúde incluem similarmente, o encorajamento dos indivíduos para adotarem estilos de vida saudáveis, ajudando-os a tomar consciência do seu próprio poder para o conseguirem*” (STANHOPE E LANCASTER, 2011, p. 350).

A OMS descreve Educação para a Saúde como a criação de ocasiões conscientemente edificadas para a aprendizagem envolvendo de alguma forma a comunicação e destinadas a melhorar a literacia em saúde, incluindo o aumento de

conhecimentos e ainda o desenvolvimento de habilidades para a vida que favoreçam a saúde do indivíduo e da comunidade (OMS, 1998).

De acordo com Pender “Health education focuses on learning activities (...)” (PENDER, MURDAUGHT e PARSONS, 2011, p. 28) assim, escolhemos realizar uma sessão de educação individual de saúde como estratégia de promoção da saúde, proporcionando deste modo aos indivíduos a aquisição de competências, atitudes e valores que os ajudem a tomar decisões bem fundamentadas relativas à sua saúde e ao seu bem-estar físico, mental e social (Anexo IX). Em todo este processo procuramos desenvolver sempre atender ao nível de literacia, sendo esta a “capacidade de compreensão de um texto escrito” (REDMAN, 2003, p. 53), presente em de cada situação, proporcionando uma transmissão de conhecimentos adequada.

Foi também construído um folheto informativo sobre a doença do sarampo e a vacina anti sarampo em várias línguas para facilitar a aquisição de conhecimentos a portugueses e aos indivíduos oriundos de outros países.

Encontrando-nos na presença de uma comunidade multicultural que deve ser tratada com equidade no acesso aos cuidados de saúde, as mensagens de saúde na língua materna são fundamentais para conseguir elevar o conhecimento nos mesmos e assegurar que façam escolhas proactivas (ICN, 2011) sendo estas estratégias baseadas no respeito pela diversidade cultural e cultura dos indivíduos (STANHOPE e LANCASTER, 2011). A tradução do folheto contou com a participação da comunidade Hindu em Portugal e de alguns indivíduos da comunidade pois os programas de Promoção da Saúde “*are more successful when are delivered in the same language of the participants.*” e “*persons who represent the target culture and speak the same language should be involved (...)*” (PENDER, MURDAUGHT e PARSONS, 2011, p. 295).

Os quadros que se seguem apresentam detalhadamente os dados referentes à Sessão Individual de Educação para a Saúde e de atualização do registo vacinal.

Quadro 2 - Especificação detalhada da sessão individual de Educação para a Saúde

<b>Atividade</b>	Sessão individual de educação para a saúde (EpS)
<b>Quem</b>	Enfermeiro
<b>Quando</b>	Janeiro e Fevereiro de 2012
<b>Onde</b>	UCSP de Marvila
<b>Como</b>	Apresentação e desenvolvimento do tema Disponibilizar o folheto Esclarecimento de dúvidas
<b>Objetivos (que pretendemos atingir com a Sessão individual de EpS)</b>	-Aumentar o conhecimento sobre a doença do sarampo em 95% -Aumentar o conhecimento sobre a vacina VASPR em 95% -Promover comportamentos de adesão à vacina VASPR em 95%
<b>Avaliação de atividade e resultado do conjunto das Sessões individuais de EpS</b>	Nº sessões efetuadas / Nº sessões previstas.  Nº participantes que sabe identificarem o agente e o reservatório da doença do sarampo após a sessão de EpS / Nº total de participantes em sessões de EpS.*  Nº participantes que identifique pelo menos dois sinais-sintomas da doença do sarampo / Nº total de participantes em sessões de EpS.*  Nº participantes que identificam 1 meio de transmissão da doença do sarampo após a sessão de EpS / Nº total de participantes em sessões de EpS.*  Nº participantes que identifique pelo 1 complicação da doença do sarampo após a sessão de EpS / Nº total de participantes em sessões de EpS*  Nº participantes que refira a vacinação como meio de proteção para a doença do sarampo/ Nº total de participantes em sessões de EpS.*

\*Dados obtidos por via oral após a sessão de EpS.

Quadro 3 - Especificação detalhada da atualização da situação vacinal

<b>Atividade</b>	Vacinação
<b>Quem</b>	Enfermeiro
<b>Quando</b>	Janeiro e Fevereiro de 2012
<b>Onde</b>	UCSP de Marvila
<b>Como</b>	Atualização do registo vacinal (SINUS, RCV, articulação com outras Unidades de saúde, Boletim individual de saúde). Conhecimento da história clínica do utente. Administração da vacina VASPR sempre que reunidas as condições necessárias para tal.
<b>Objetivo que se pretende atingir</b>	Aumentar a proteção individual e de grupo para a doença do sarampo vacinando 95% dos indivíduos não protegidos para o sarampo.
<b>Avaliação</b>	Taxa de cobertura vacinal para VASPR (SINUS)

Sempre que desprotegido para a doença do sarampo o indivíduo foi convidado a ser imunizado com a vacina VASPR, desde que estivessem reunirem as condições necessárias - as mulheres não estarem grávidas e não estarmos em presença de indivíduos em situação de imunodepressão grave induzida ou adquirida entre outras (PNV, 2012). Efetivamos seguidamente os respetivos registos vacinais no Boletim Individual de Saúde e na base de dados SINUS.

Neste processo de vacinação e de acordo com o ICN:

*“nurses have possibly the most important role to play of any health care professional (...) As the largest professional group that has presence in all health settings, nurses are most likely to advise and inform parents on vaccination, as well as actually administer vaccines. Nurses are also well placed to act as role models to achieve national goals and targets for immunization coverage”*

(ICN, 2009, p. 7).

### 3.6. Avaliação

Enquanto análise do processo de transformação e atribuição de um valor à sua interpretação, “a avaliação é um processo que corre paralela e complementarmente ao processo de planeamento desde que se analisa a situação inicial que vai planear-se” (DURÁN, 1989, p. 212).

Na área geográfica abrangida pelo UCSP de Marvila, existem parceiros comunitários a trabalhar a nível da saúde, pertencentes à Santa Casa da Misericórdia de Lisboa que importa envolver pois a “colaboração com uma variedade de outros profissionais, organizações e entidades é a forma mais eficaz de promover e defender a saúde das pessoas” (STANHOPE e LANCASTER, 2011, p. 1127). Nesse sentido, contactamos a Unidade de Saúde do Bairro do Armador e a Unidade de Saúde Domingos Barreiros e aí demos a conhecer o projeto por nós desenvolvido, solicitando o encaminhamento dos indivíduos abrangidos e apresentamos o folheto sobre a doença do sarampo em Português e traduzido para Francês, Mandarim, Crioulo, Russo, Romeno e Gujarati (Anexo X) que, deixamos disponível para utilização pelos referidos serviços.

Através do diagnóstico de situação verificamos que 102 indivíduos nascidos no ano de 1988 e 1989 e inscritos na UCSP de Marvila se encontravam desprotegidos para a doença do sarampo. Após recolha de informação através do RCV e em suporte de papel, identificamos 20 indivíduos em que simplesmente a informação era omissa mas estavam protegidos, tendo sido atualizados os respetivos registos vacinais em SINUS. Após convocação por telefone, carta e/ou visita domiciliária e solicitação de colaboração dos administrativos, enfermeiros e médicos de família conseguimos aplicar o nosso questionário a 36 indivíduos, no tempo estabelecido para o efeito.

No período de 3 de Janeiro de 2011 a 17 de Fevereiro de 2012 foram agendadas e realizadas Sessões Individuais de Educação para a saúde com data e hora marcada na UCSP de Marvila a todos os contactados que aceitaram participar (36 indivíduos). Alguns indivíduos foram contactados por visita domiciliária tendo aí decorrido de comum acordo a sessão individual de educação para a saúde, sido disponibilizado o folheto e feita vacinação. Salientamos que o indicador de adesão às

sessões foi de 100%, tendo sido agendadas e realizadas 36 sessões individuais de EpS no período previsto para o efeito. Os indicadores de participação revelaram que após a realização da sessão individual de educação para a saúde sobre a doença do sarampo: 100% dos participantes souberam identificar o agente e o reservatório da doença do sarampo; 97,2% souberam identificar dois sinais ou sintomas da doença, e 100% souberam identificar um meio de transmissão da doença, uma complicação e referir a vacinação como meio de proteção. No final da sessão ao proceder à avaliação dos Boletins Individuais de Saúde dos 36 participantes nas sessões EpS verificamos que destes, 24 indivíduos estavam protegidos por VAS ou VASPR mas existia uma falha nos respetivos registos nos serviços de saúde que foi entretanto corrigida. Foram então vacinados 12 indivíduos com VASPR, tantos quanto os não vacinados sem história credível da doença ou contra-indicações o que corresponde a uma taxa de cobertura vacinal de 100% dos não protegidos que beneficiaram das sessões individuais de EpS (Anexo XI).

Alguns dos indivíduos vacinados são Portugueses pertencentes a minorias étnicas habitualmente relutantes em relação à vacinação mas a maioria são estrangeiros, o que se reveste este projeto “ (...) *de particular importância, nomeadamente, como forma de prevenir a disseminação, a partir de casos importados, de doenças infecciosas que se encontram (...) em fase de eliminação (ex: sarampo).*” (PNV, 2012, p. 6).

O nosso projeto também permitiu um trabalho com os pares e deste modo abranger indivíduos inicialmente incontactáveis. Este trabalho possibilitou que procurassem os serviços onde tinham feito vacinação e/ou os nossos serviços para registar informação ou fazer vacinação o que permitiu atingir a taxa de cobertura vacinal para VAS/VASPR I de 96% na população nascida em 1988 e 1989 (Anexo XII) e ultrapassar a meta estabelecida.

Por tudo o que fica exposto podemos concluir que a avaliação deste projeto acresceu ganhos em saúde para todos os envolvidos embora seja difícil de mensurar, em algumas situações, a mudança de comportamentos.

#### 4. LIMITAÇÕES E IMPLICAÇÕES

O trabalho de construção, implementação e avaliação do projeto de intervenção comunitária: *“Mais Saúde: Menos Sarampo”* constitui-o um grande desafio.

O nosso agir ético atentou que o Código Deontológico do Enfermeiro refere, entre outros, que *“Consciente de que a sua acção se repercute em toda a profissão”* Artigo 90.º-deveres para com a profissão, *“o enfermeiro procura, em todo o acto profissional, a excelência do exercício”* Artigo 88.º- excelência do exercício, *“sendo responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem”* Artigo 80.º- dever para com a comunidade.

Sensíveis a estes princípios todas as ações desenvolvidas no âmbito do nosso projeto, decorreram neles alicerçados e foram empreendidas no sentido de consolidar e adquirir conhecimentos por forma a conquistar competências próprias do enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária proporcionando o

*“empowerment das comunidades na consecução de projectos de saúde colectiva e ao exercício da cidadania”(…) assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados, nomeadamente a grupos sociais com necessidades específicas, decorrentes de contextos marcados por condições economicamente desfavoráveis ou por diferenças étnicas, linguística e culturais”*

REGULAMENTO N.º 128/2011, D.R. 2ª série nº 35 de 18 de Fevereiro de 2011.

O fator tempo gerou alguns constrangimentos condicionando o número de indivíduos da população alvo que conseguimos contactar especialmente a quando da aplicação do questionário. A inexperiência na área do planeamento em saúde e a inexistência de instrumentos validados foram os elementos identificados como geradores de algumas dificuldades.

Sentimos a necessidade de alargar o campo de intervenção deste projeto aos profissionais de saúde, a trabalhar neste contexto para melhor perceber o funcionamento e a qualidade dos serviços aí prestados, ou seja, o que falhou no processo de adesão dos utentes, à proteção específica. No entanto, decorrente das limitações impostas pelo tempo atribuído a este projeto, esta etapa do trabalho irá ter



continuidade num futuro próximo pois do que foi exposto e que por certo merecerá a atenção por parte dos responsáveis pela Formação em Serviço da UCSP de Marvila, será necessário empreender ações de Formação em Serviço para alcançar um desempenho dos profissionais em sintonia com o que está estabelecido pela Direção do ACES Lisboa Oriental, pelas normas da DGS e pelas diretrizes da OMS. Porém pensamos, que abordar a temática do Sarampo junto dos profissionais, só por si, já constituiu um ganho pois “*obrigou*” a um repensar das práticas e inerentemente à auto avaliação.

Também a Junta de Freguesia de Marvila, enquanto parceiro da comunidade, foi contactada. Deu-se a conhecer o projeto “*Mais Saúde: Menos Sarampo*” e disponibilizamos o folheto sobre a doença do Sarampo para ser submetido a apreciação com vista á sua publicação parcial ou integral no Jornal da Junta de Freguesia de Marvila. Contactamos igualmente o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras pela sua posição privilegiada no contato com indivíduos imigrantes apresentando o nosso projeto e disponibilizando os folhetos.

Muitos indivíduos da comunidade, sabendo da existência deste projeto procuraram junto dos profissionais conhecer a doença, a vacina anti sarampo e atualizar o seu estado vacinal. Registou-se um maior afluxo ao serviço de vacinação de indivíduos, especialmente estrangeiros e pertencentes aos agregados familiares dos participantes no nosso projeto a solicitaram da sua proteção nomeadamente para sarampo o que tem permitido aumentar taxas de cobertura vacinal noutras faixas etárias.

Confirmamos a necessidade de existir maior rigor nos registos das vacinas administradas pois caso contrário poderemos incorrer na elaboração de medidas e estratégias integradas no PNS desadequadas e que contribuirão deste modo para o desperdício em saúde.

## 5. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Referem Stanhope e Lancaster (2011) que os enfermeiros nas últimas décadas tem procurado acompanhar as mudanças no sistema de saúde e adequar a sua intervenção às novas exigências e necessidades das comunidades em que intervêm. As autoras afirmam que para tal,

*“a formação educativa do especialista em enfermagem clínica de saúde pública e de saúde comunitária inclui um mestrado e baseia-se na síntese dos conhecimentos atuais e de investigação em enfermagem, saúde pública e outras disciplinas científicas”*

(STANHOPE e LANCASTER, 2011, p. 972).

Nos últimos anos, Portugal tem acompanhando o crescimento internacional do conhecimento na ciência de Enfermagem e, vê recentemente regulamentadas as competências gerais e específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública e a integração no 2º ciclo de Bolonha, o que obrigou a um esforço de adaptação do sistema de ensino de modo a promover no aprendizado para além do desenvolvimento de competências específicas, outras competências mais abrangentes como aprender a pensar, desenvolvendo o espírito crítico e de análise de problemas e estimulando a capacidade de liderança e de adaptação à mudança. Assim, a especialidade em Saúde Comunitária pressupõe que o enfermeiro deve ser detentor das seguintes competências:

*“a) Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades; c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde; d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico”*

Regulamento n.º 128/2011, D.R. 2ª série nº 35 de 18 de Fevereiro de 2011.

O nosso currículo profissional inclui cerca de 10 anos de trabalho na Enfermagem, na Unidade de Cuidados Intermédios e na Unidade de Cuidados Intensivos num Serviço de Cirurgia Cardio Torácica, seguido de um ano de trabalho, no serviço “Saúde 24” e de outros 12 anos de exercício profissional em Cuidados Primários.

O Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros refere no Artigo 88.º - Da excelência do exercício - que os enfermeiros devem procurar em todo o seu Cuidar, a excelência do exercício, assumindo o dever de, entre outros, aumentar os seus conhecimentos através da formação contínua, princípio fundamental a todos aqueles que abraçaram esta profissão tão especial.

Benner (2005) defende ainda, existir a necessidade dos enfermeiros investirem continuamente na sua aprendizagem para atingirem altos níveis de aptidão

Trilhamos assim este percurso académico que muito nos enriqueceu por sentimos a necessidade de consolidar competências científicas e técnicas e ainda incorporar conhecimentos de Enfermagem Especializada em Saúde Comunitária e Saúde Pública, próprias de um aluno num 2º ciclo de Bolonha que, inerentemente sustenta vários domínios. Crescemos com a aprendizagem proporcionada por este percurso que possibilitou um desenvolvimento de competências no âmbito científico ao permitir trabalhar com motores de busca e desenvolver o conhecimento ao estudar uma problemática complexa como a doença do sarampo; estabelecer um projeto de intervenção comunitária segundo a Metodologia do Planeamento em Saúde atendendo às suas etapas nessa construção e ao contribuir para a capacitação de grupos. Este Projeto de Intervenção Comunitária também nos permitiu aprofundar o conhecimento do modo como o sistema de Saúde Português se articula com organismos internacionais, nomeadamente a OMS, procurando oferecer aos seus cidadãos e profissionais diretrizes fundamentadas na melhor evidência científica que possibilitem mais e melhor saúde para todos; constituindo este conhecimento um suporte basilar para o pleno exercício profissional.

Segundo o Modelo de Aquisição de Competência de Dreyfus adotado por Benner (2005), profissionalmente classificamo-nos ao nível de “Proficiente” pois no nosso desempenho profissional entendemos as situações na sua totalidade e não de forma segmentada e procuramos pautar “as acções por máximas” (BENNER, 2005, p. 50) sendo que estas, podem ser definidas como nuances da situação que podem ter significados diferentes, em diferentes momentos.

## 6. CONCLUSÃO

A OMS pretende até 2015 eliminar o sarampo da Europa, *“it is now accepted that individual health cannot be separated from the health of society and that individuals, are interdependent with the totality of the world”* (PENDER, MURDAUGHT e PARSONS, 2011, p. 16) sendo a mesma ideia defendida no PNS 2011-2016 atualmente em construção.

Na Europa, a transmissão do sarampo já estava razoavelmente controlada, tendo para tal concorrido as recomendações da OMS e o empenho de todos os países na sua aplicação. A Circular Normativa n.º 10/DSCS/ DPCD de 05/06/08 vem mencionar no entanto que, “nos últimos anos, com maior intensidade nos últimos meses, têm vindo a ocorrer surtos de sarampo na Europa, sendo que a doença ainda é endémica em vários países asiáticos e africanos.” (DGS, 2008, p. 3)

O presente projeto de enfermagem de intervenção comunitária “Mais Saúde: Menos Sarampo”, enquadrado nas orientações da OMS e no PNS 2011-2016, teve como finalidade, promover o empowerment dos utentes inscritos na UCSP de Marvila, nascidos no ano de 1988 e 1989, relativamente à doença do sarampo.

Norteadado pelo referencial teórico do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, na Teoria da Aprendizagem Social de Bandura e na Teoria do *Empowerment* e desenvolvido com base na metodologia do Planeamento em Saúde este PEIC representou um desafio importante quer pelo facto de ser o primeiro desta natureza por nós realizado, quer por ter envolvido um manancial de informação e conhecimento científico muito significativo e ter sido desenvolvido num curto espaço de tempo

Intervindo ao nível da prevenção primária ou seja no que se refere a *“intervenções com o objectivo de prevenir a ocorrência de doença, lesão ou incapacidade (...) destinam-se a indivíduos e grupos susceptíveis à doença, mas que não têm patologia detectável”* (STANHOPE e LANCASTER, 2011, p. 268), promovemos o *empowerment* nos indivíduos através do aumento de conhecimento sobre a doença do sarampo e a vacina anti sarampo e alcançamos a taxa de cobertura de 96% para VAS/VASPR na população nascida em 1988 e 1989, ultrapassando os objetivos a que nos propusemos inicialmente, obtendo assim, ganhos em saúde.

Confirmamos a importância e a necessidade de existir rigor e qualidade nos registos de enfermagem, nomeadamente nos registos vacinais, tendo sido alertados os pares para tal. Fizemos o levantamento das necessidades de formação em serviço para uniformização e atualização das práticas profissionais em conformidade com a melhor evidência científica relativas à doença do sarampo e respetiva vacina. Confirmamos que são os estrangeiros e os indivíduos pertencentes a pequenas comunidades, aqueles que se apresentam mais expostos à doença e como tal atestamos a necessidade de reforçar o trabalho comunitário a eles dirigido e de articulamos com os parceiros comunitários para conjugar esforços. tal como foi feito.

Na atualidade fatores como o aumento da esperança de vida, o envelhecimento demográfico e as restrições económicas antevêm acrescidas dificuldades especialmente no setor da saúde. Como enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e de saúde pública, detentores de competências e conhecimentos próprios somos chamados a contribuir de forma integral neste processo de mudança, envolvendo o nosso foco de cuidado nos grupos e comunidade mas também, sabendo exercer o nosso dever social de cidadania e de envolvimento político, seguindo o exemplar percurso de Florence Nightingale.

Desenvolver e operacionalizar um Projeto de Enfermagem Comunitária emerge como um fio condutor que proporcionou a aquisição de conhecimentos e competências. Após a sua realização compreendemos o quanto ele era necessário e representou para nós. e isso, permite-nos afirmar que estamos preparados para iniciar uma nova etapa do nosso percurso profissional.

## 7. BIBLIOGRAFIA

ANDREWS, N. [et al.] (2008) - Towards elimination: measles susceptibility in Australia and 17 European countries. **Bulletin of the World Health Organization**. [em linha], Vol. 86, nº 3 (Março, 2008) 197-204. Acedido em : 13/07/2011, de EBSCO Host. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v86n3/a12v86n3.pdf>.

BANDURA, A.; AZZI, R.; POLYDORO, S. (2008) - **Teoria Social Cognitiva: CONCEITOS BÁSICOS**. Porto Alegre: Artmed. ISBN 978-85-363-1117-3.

BARDIN, L. (2008) - **ANALISE DE CONTEUDO**. 5ª ed. Lisboa: Edições 70. ISBN 978-972-44-1506-2.

BENNER, P (2005) - **De Iniciado a Perito**. 2ª ed. Lisboa: Quarteto. ISBN 989-558-052-5.

CARVALHO, A. ; CARVALHO, G. (2006) - **EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: CONCEITOS, PRÁTICAS E NECESSIDADES DE FORMAÇÃO** Loures: Lusociência. ISBN: 972-8930-22-4.

COLLIÉRE, M. (2003) – **Cuidar: a primeira arte da vida**. 2ª ed. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-53-3.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS (2003) - **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/ICNP**. Lisboa Associação Portuguesa de Enfermeiros. ISBN: 972-98149-5-3.

CORREIA, C. [et al] (2001) - Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Lisboa. ISSN 0970-9025 Vol.2, (Julho-Dezembro 2001). p. 75-82.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2002) - **A Vacinação e a sua História**. Cadernos da Direcção Geral de Saúde. Nº2. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. ISBN 1645-4146.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2005) - **Programa Nacional de Vacinação 2006**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Doenças Transmissíveis. ISBN 972-675-136-5.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2011) - **Programa Nacional de Vacinação 2012**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Doenças Transmissíveis. ISBN 972-675-136-5.

DUHAMEL, F. (1995) - **La santé et la famille, une approche systémique en soins infirmiers**. Montréal: Gaetan Morin. ISBN 2-89105-559-4.

DURÁN, H. (1989) - **Planeamento da Saúde Aspectos conceptuais e operativos**. Lisboa: Ministério da Saúde ISBN 972 -675-000-8.

European Center for Disease Prevention and Control (2009) - **Measles Surveillance Annual Report 2009** Acedido em: 3/12/2011 Disponível em: [http://ecdc.europa.eu/en/activities/sciadvic/Lists/ECDC%20Reviews/ECDC\\_DisForm.aspx?List=512ff74f%2D77d4%2D4ad8%2Db6d6%2Dbf0f23083f30&ID=977&RootFolder=%2Fen%2Factivities%2Fsciadvic%2FLists%2FECDC%20Reviews](http://ecdc.europa.eu/en/activities/sciadvic/Lists/ECDC%20Reviews/ECDC_DisForm.aspx?List=512ff74f%2D77d4%2D4ad8%2Db6d6%2Dbf0f23083f30&ID=977&RootFolder=%2Fen%2Factivities%2Fsciadvic%2FLists%2FECDC%20Reviews)

European Center for Disease Prevention and Control (2010) - **Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe 2010**. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control. ISBN 978-92-9193-222-1.

EUVAC.NET (2010) - **Mesasles Surveillance Anual Report 2009**. Statens Serum Institut Acedido em: 10/10/2011 Disponível em: [http://www.euvac.net/graphics/euvac/pdf/annual\\_2009.pdf](http://www.euvac.net/graphics/euvac/pdf/annual_2009.pdf)

CDC (2002) - **Protecting The Nation's Health In An Era Of Globalization CDC's Global Infectious Disease Strategy**. Atlanta. Acedido em:14/7/2011. Disponível em : [http://www.cdc.gov/globalidplan/global\\_id\\_plan.pdf](http://www.cdc.gov/globalidplan/global_id_plan.pdf).

ESPINHEY, L. (2004) - **Implementação do Processo de Bolonha a nível nacional: Grupos por Área de Conhecimento- Enfermagem**. Escola Superior de Enfermagem de Calouste Gulbenkian de Lisboa: Lisboa.

EHRESMANN, K. [et al] (2004) - An outbreak of measles among unvaccinated young adults and measles seroprevalence study: implications for measles outbreak control in adult populations. **Journal of Infectious Diseases** [em linha], Suplemento 1. (Maio, 2004) 104-107. ISSN: 0022-1899. Acedido em: 13/07/2011, de EBSCO. Host. Disponível em:  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2005064566&lang=pt-br&site=ehost-live>.

FAWCETT, J. (2005) - **CONTEMPORARY NURSING KNOWLEDGE. Analysis and Evolution of Nursing Models and Theories**. 2ª ed. Philadelphia: F. A. Davis Company. ISBN 0-8036-1194-3.

FERREIRA, F. (1990) - **Moderna Saúde Pública**. 6ªed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. ISBN 972-31-0514-4.

FORTIN, M. (2003) - **O PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO da concepção à realização**. 3ª ed. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-10-X.

GEORGE; [et al] (2000) - **TEORIAS DE ENFERMAGEM Os fundamentos à Prática Profissional**. 4ªed.Porto Alegre: ARTMED ISBN 85-7307-587-2.

HANSON, S. M. H. (2005) - **Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família. Teoria, Prática e Investigação**. 2ª ed. Lisboa: Lusociência. ISBN 972-8383-83-5.

HONORÉ, B. (2002) - **A SAÚDE EM PROJECTO**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-31-2.

ICN (2006) - **Code of ethics for nurses**. Geneva: Impimerie Fornara. ISBN 92-95040-41-4.

ICN (2008) - **Nursing Perspectives and Contribution to Primary Health Care**. Switzerland: International Council of Nurses. ISBN: 978-92-95065-44-4.

ICN (2009) - **Adult and Childhood Immunisation**. Switzerland: International Council of Nurses. ISBN: 978-92-95065-71-0.



ICN (2011) - **Closing the gap: Increasing Access and Equity**. Genève Suisse. ISBN: 978-92-95094-50-5.

IMPERATORI, E.; GIRALDES, M. (1986) - **METODOLOGIAS DE PLANEAMENTO EM SAÚDE Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais**. 2ª ed. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2003) - **Censos 2001**. Lisboa: INE. ISBN 972-673-602-1.

LAST, J. (1995) - **UM DICCIONARIO DE EPIDEMIOLOGIA**. 2ª ed. Lisboa: Ministério da Saúde ISBN972-675-038-5.

LAVERACK, G. (2008) - **PROMOÇÃO DE SAÚDE. Poder e Empoderamento**. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-09-3.

MOULIN, A. M. (2003) - A hipótese vacinal: por uma abordagem crítica e antropológica de um fenómeno histórico. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro: Fiocruz. ISSN 0104-5970. Vol. 10 Suplemento 2 p. 499-517.

MURRAY, R.; ZENTENER, J.; YAKIMO, R. (2009) - **HEALTH PROMOTION STRATEGIES THROUGH THE LIFE SPAN**. 8ª ed. New Jersey: Prentice Hall. ISBN 978-0-13-513866-3.

NUNES, L.; AMARAL, M.; GONÇALVES, R. (2005) - **Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 972-99646-0-2.

ORESTEIN, W.; [et al.] (2000) - Measles Eradication: Is It in Our Future? **American Journal of Public Health**. [em linha], Vol. 90, nº 10 (Outubro, 2000), 1521- 1525. Acedido em: 13/07/2011, de EBSCO Host. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2001072061&lang=pt-br&site=ehost-live>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL de SAÚDE (2002) - **Saúde 21. Uma introdução ao enquadramento político da saúde para todos na Região Europeia da OMS.** Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-35-5.

PENDER, N. (2011) - [**Correio electrónico**] 20-06-2011. The Health Promotion Model Manual.

PENDER, N.; MURDAUGH, C.; PARSONS, M. (2011) - **Health Promotion in Nursing Practice.** 6ªed. Boston: Pearson Education. ISBN 978-0-13-509721-2.

PERRY, R.; HALSEY, A. (2004) - The Clinical Significance of Measles: A Review. **Journal of Infectious Diseases** [em linha]. Vol.189, Suplemento1, (2004), 4-16. Acedido em: 15/07/2011 de EBSCO Host. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2005064500&lang=pt-br&site=ehost-live>.

PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde (2004) - **Avaliação do Programa Nacional de Vacinação e Melhoria do Seu Custo – Efectividade: 2º Inquérito Serológico Nacional, Portugal Continental 2001-2002.** Lisboa: DGS. ISBN: 972-675-101-2.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde (2004) - **Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos.** Vol. I – Prioridades. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. ISBN 972-675-109-8.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde (2004) - **Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos.** Vol. II - Orientações estratégicas. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. ISBN 972-675-109-8.

PORTUGAL. DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE. Direcção de Serviços de Prevenção e controlo da doença (2005) - **Vacinação Complementar Contra o Sarampo.** Lisboa: DGS.

PORTUGAL. DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE. Direcção de Serviços de Prevenção e controlo da doença (2008) - **Vacinação Complementar Contra o Sarampo.** Lisboa: DGS.

PORTUGAL. DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE. Direcção de Serviços de Prevenção e controlo da doença / Divisão das doenças transmissíveis (2011) - **Vacinação Complementar Contra o Sarampo**. Lisboa: DGS.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde (2011) - **Plano Nacional de Saúde 2011-2016**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido em: 16/7/2011. Disponível em:[http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2011/03/OSS4\\_01-06-2011.pdf](http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2011/03/OSS4_01-06-2011.pdf).

POTTER, P.; PERRY, A. (2006) - **Fundamentos de Enfermagem. Conceitos e Procedimentos**. Loures: Lusodidacta. ISBN 972-8930-24-0.

QUITÉRIO, F. (2011) - Norma Interna do ACES Lisboa Oriental. 24/6/2011. **PREVENÇÃO DO SARAMPO**. Acessível no ACES Lisboa Oriental, Lisboa, Portugal.

REDMAN, B. (2003) – **A Prática da Educação para a Saúde. 9ª Ed. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-39-8**.

REGULAMENTO N.º 128/2011. **D.R. 2ª Série**. 35 (18-02-2011) 8667-8669.

RODRIGUES, M.; PEREIRA, A; BARROSO, T. (2005) - **EDUCACÃO PARA A SAÚDE: FORMACAO PEDAGÓGICA DE EDUCADORES DE SAÚDE** Coimbra: Formasau ISBN: 972-8485-52-2.

RUSSELL J; GODEK B (2003) - Adult immunizations: underused in primary care. **Patient Care for the Nurse Practitioner**. [em linha], (Julho, 2003) 12p. ISSN: 1526-4769. Acedido em: 13/07/2011, de EBSCO Host. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2004055804&lang=pt-br&site=ehost-live>.

SILVA, A. P. (2007) - **Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina**. Servir. Lisboa. ISSN 0871-2379. Vol. 55 nº 1-2. (Janeiro - Abril 2007). p. 11 - 20.

STANHOPE, M.; LANCASTER, J. (2011) - **Enfermagem de Saúde Pública - Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População**. 7ª ed. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-29-1.

TAYLOR, B.; [et al] (1999) - **Autism and measles, mumps, and rubella vaccine: no epidemiological evidence for a causal association**. THE LANCET [em linha] Vol.353, (june,12) 2026-2029. Acedido em: 20/7/2011 Disponível em: [http://www.morrisonlucas.com/GL/vaccines/Lancet\\_353\\_2026\\_autism\\_and\\_measles\\_no\\_evidence.pdf](http://www.morrisonlucas.com/GL/vaccines/Lancet_353_2026_autism_and_measles_no_evidence.pdf).

TAVARES, A. (1990) - **MÉTODOS E TÉCNICAS DE PLANEAMENTO EM SAÚDE**. Lisboa: MINISTÉRIO DA SAÚDE.

TOMEY, A.; ALLIGOOD, M. (2004) - **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. 5ªed. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-74-6.

VALA, J. (2007) - ANALISE DE CONTEUDO, In Santos Silva, A; Madureira Pinto, J.- **METODOLOGIA DAS CIENCIAS SOCIAIS**. 14ª Ed. Porto: Edições Afrontamento. ISBN: 978-972-36-0503-7.

WHALL, A.; FAWCETT, J. (1991) - **Family Theory Development in nursing: State of a Science and Art**. Philadelphia: F. A. Davis Company. ISBN 0-8036-9252-8.

WHO (1998) - **Health Promotion Glossary**. Geneva:WHO.

WHO (2008) - **Cuidados de Saúde Primários: AGORA MAIS DO QUE NUNCA**. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde. ISBN 978-989-95146-9-0.

WHO (2009) - **Surveillance Guidelines for Measles, Rubella and Congenital Rubella Syndrome in the WHO European Region**. Copenhagen: WHO.

WHO (2011a) - **11 th meeting of the European Technical Advisory Group of Experts on Immunization (ETAGE)**. Copenhagen: WHO.

WHO (2011b) - **Measles outbreaks continue across Europe: WHO says, get vaccinated** Acedido em: 20/12/2011 Disponível em:

<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/news/news/2011/03/measles-outbreaks-continue-across-europe-who-says,-get-vaccinated>

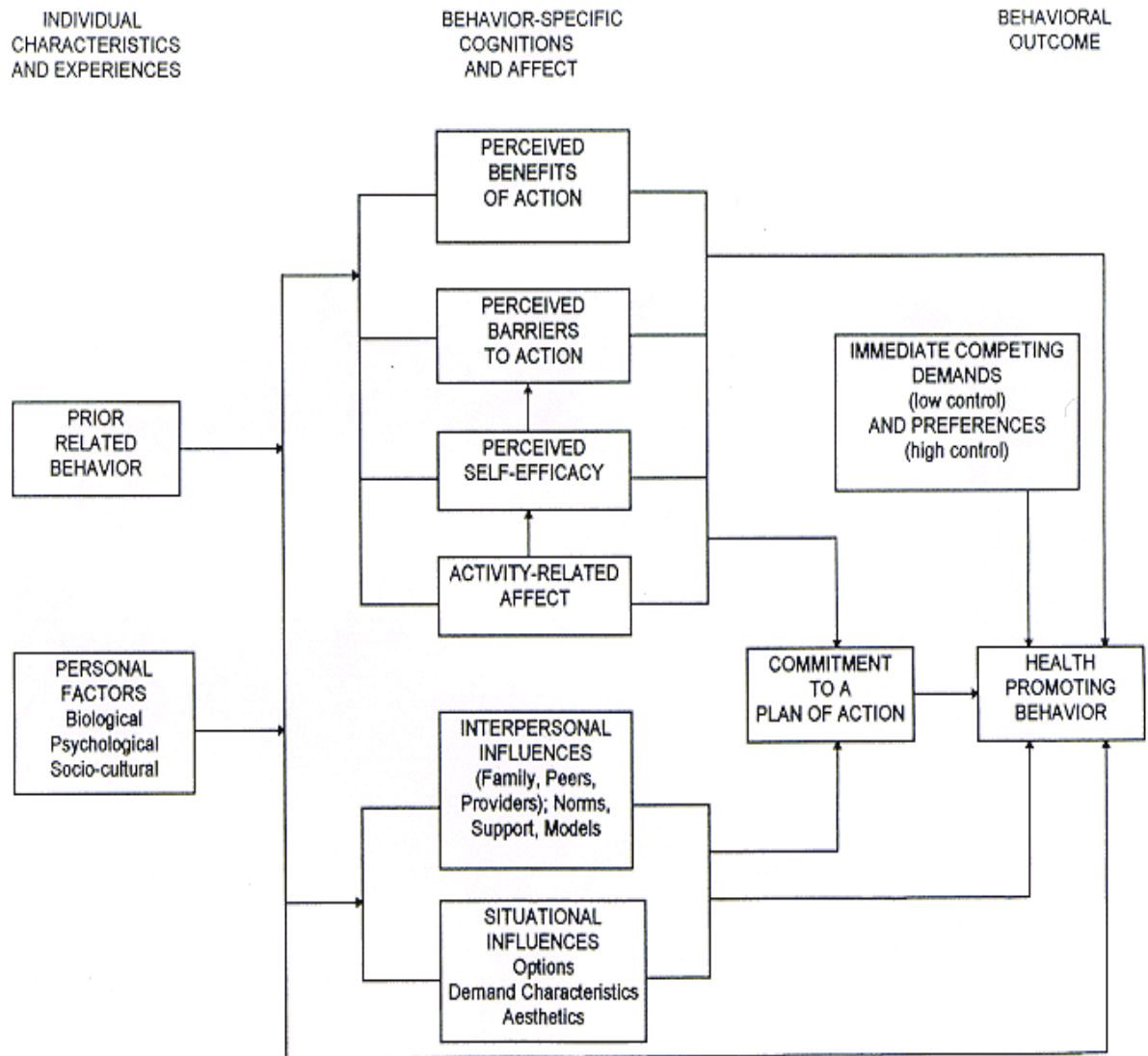
WHO (2011c) - **European Immunization Week 2011** Acedido em: 10/1/2012  
Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/european-immunization-week/european-immunization-week-2011>.

WHO (2011d) - **Measles outbreaks across Europe show no sign of slowing**  
Acedido em: 2/1/2012 Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/news/news/2011/04/measles-outbreaks-across-europe-show-no-sign-of-slowng>.

## **ANEXOS**

**Anexo I** - Health Promotion Model (revised) de Nola Pender

## Health Promotion Model (revised) de Nola Pender



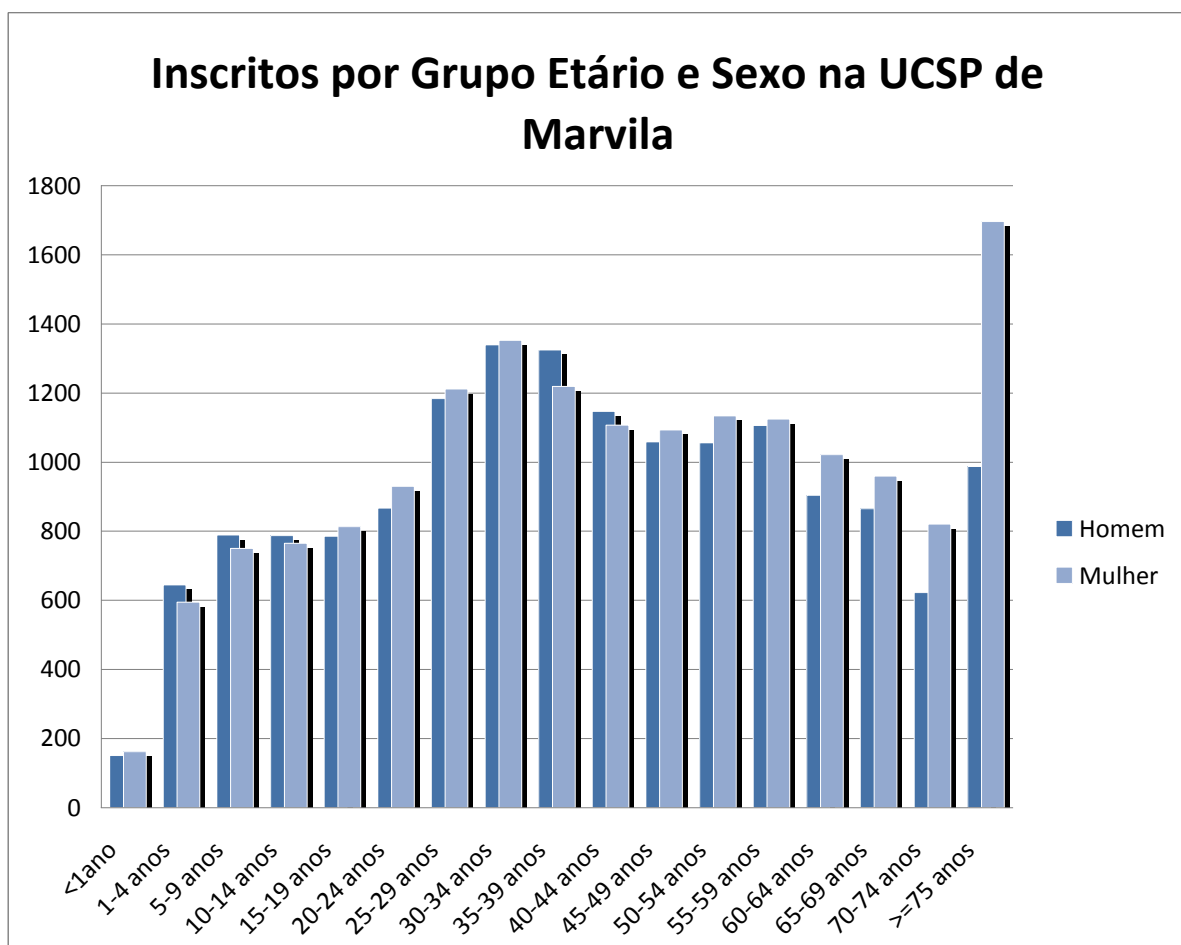
Revised Health Promotion Model

Fonte: PENDER, MURDAUGHT E PARSONS (2011, p.45).



## **Anexo II** - Distribuição por género dos utentes inscritos na UCSP de Marvila

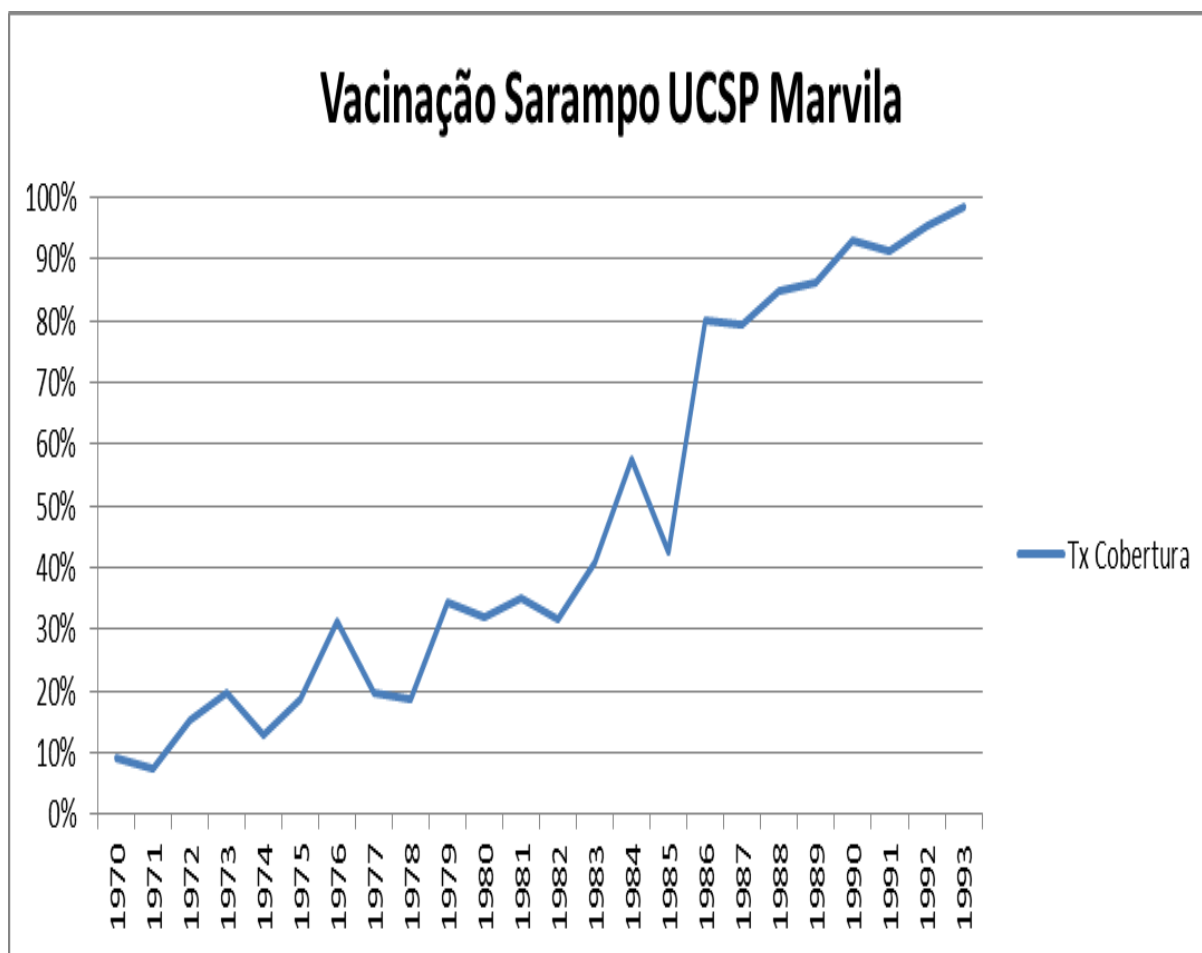
Gráfico 1 - Distribuição por género dos utentes inscritos na UCSP de Marvila



Fonte: SINUS, 6/6/ 2011

**Anexo III** - Taxa de cobertura vacinal para VAS I ou VASPR I nos utentes inscritos na UCSP de Marvila em 13/6/2011, nascidos entre 1970 e 1993

Gráfico 2 - Taxa de cobertura vacinal por VAS I ou VASPR I nos utentes Inscritos na UCSP de Marvila em 13/6/2011, nascidos entre 1970 e 1993.



Fonte: SINUS, 13/6/2011

**Anexo IV** - Avaliação da cobertura vacinal para VAS/VASPR dos indivíduos nascidos em 1988 e 1989, realizada em SINUS a 10-10-2011



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
 REGIÃO DE SAÚDE LISBOA E VALE DO TEJO  
 SUB-REGIÃO LISBOA

CENTRO DE SAÚDE MARVILA SEDE

PERCENTAGEM DE UTENTES 3112400-MARVILA

COM AS VAC. , VAS VASPR I

UTENTES ENTRE 01-01-1988 E 31-12-1988

RESULTADO	TOTAL	MAS	FEM
Número de utentes vacinados	321	156	165
..... =	..... = 85 %	..... = 83 %	..... = 87 %
De 01-01-1988 a 31-12-1988	377	187	190

**Anexo V** - Declaração de consentimento Informado para o questionário



## CONSENTIMENTO INFORMADO PARA O QUESTIONÁRIO

### ***“MAIS SAÚDE, MENOS SARAMPO”***

Elsa Januário Rosa, enfermeira, pretende no decurso da sua formação do Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Saúde Comunitária, lecionado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, realizar um Projeto de Intervenção Comunitária com a finalidade de promover o empoderamento relativamente à doença do sarampo, dos utentes nascidos no ano de 1988 e 1989, inscritos na UCSP de Marvila.

Venho assim, solicitar a sua colaboração no preenchimento de um questionário que aborda a temática da doença do sarampo.

O seu anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos serão assegurados, assim como, o cumprimento de outras questões éticas e legais a que todos os investigadores são obrigados.

Se após a leitura deste documento não estiver completamente esclarecido, estarei ao seu dispor para responder às suas questões.

Caso se considere suficientemente esclarecido e aceite participar neste questionário, por favor assine este documento.

Lisboa, Outubro de 2011

Assinatura \_\_\_\_\_

## **Anexo VI - Questionário**

# QUESTIONÁRIO



O presente questionário, anónimo e confidencial, pretende recolher informações relativamente ao conhecimento sobre a doença do sarampo e sua prevenção.

Solicito que responda às perguntas abaixo formuladas assinalando com uma cruz ou facultando uma resposta por extenso consoante o caso.

Agradeço desde já a sua colaboração.

## I – Caracterização

1. Ano de Nascimento

1988	1989

2. Sexo

Masculino	Feminino

3. Estado Civil

Solteiro(a)	Casado(a)	Viúvo(a)	Divorciado(a)	Outro

4. Habilitações Literárias? \_\_\_\_\_

5. Profissão? \_\_\_\_\_

6. Naturalidade? \_\_\_\_\_

7. Nacionalidade? \_\_\_\_\_

8. Se é estrangeiro refira, há quantos anos reside em Portugal. \_\_\_\_\_ anos.

## II – Conhecimentos sobre a doença do sarampo

9. Sabe o que é a doença do sarampo?

Sim	Não

10. Conhece os sinais/sintomas da doença do sarampo?

Sim	Não

11. Se respondeu "Sim", assinale dois desses sinais/sintomas

Náuseas	Olhos Vermelhos	Dores de estômago	Febre	Tonturas

12. Conhece os meios de transmissão da doença?

Sim	Não

13. Se respondeu "Sim", refira dois desses meios de transmissão.

Espirros	Vermes	Comida	Tosse	Mosquitos

14. Sabe quais as complicações da doença?

Sim	Não

15. Se respondeu "Sim", refira duas dessas complicações.

Cegueira	Pneumonia	Reumatismo	Dores de estômago	Incontinência

16. Já teve a doença do sarampo?

Sim	Não	Não sei

17. Conhece alguém que tenha tido a doença do sarampo?

Sim	Não

18. Considera o sarampo uma doença grave?

Sim	Não	Não sei

19. A doença do Sarampo pode envolver risco de morte?

Sim	Não	Não sei

### III - Conhecimento sobre vacinas

20. Já ouviu falar da vacina VAS (vacina anti sarampo)?

Sim	Não

21. Já ouviu falar da vacina VASPR (vacina anti sarampo, papeira e rubéola)?

Sim	Não

22. Sabe se a vacina VAS/VASPR pode ser administrada tanto a crianças como a adultos?

Sim	Não	Não sei

23. Foi contactada/o por algum serviço de saúde para o informar sobre a vacina anti sarampo nos últimos 3 anos?

Sim	Não

24. Se respondeu "Sim", por quem?

Administrativo	Enfermeiro	Médico	Outro

25. Se foi informado por um médico ou enfermeiro, de que modo foi transmitida a informação sobre o sarampo e a vacina?

Ensino de individual	Ensino de grupo	Folhetos	Cartazes	Outro

26. Se foi informado, como classifica os meios usados para lhe transmitir a Informação sobre a vacina e a doença do sarampo

Muito úteis	Úteis	Pouco úteis	Nada úteis	Inúteis

27. Se foi informado, o que acha sobre a forma como lhe foi transmitida a Informação?

Muito adequada	Adequada	Pouco adequada	Nada adequada	Inadequada

28. Considera a inoculação de vacinas um método eficaz?

Sim	Não	Não sei

29. Considera a inoculação de vacinas, um método seguro?

Sim	Não	Não sei

30. Considera a vacina para prevenir a doença do sarampo eficaz?

Sim	Não	Não sei

#### IV- Comportamento

31. Alguma vez tomou precauções para evitar a doença do Sarampo?

Sim	Não	Não sei

32. Sabe se fez a vacina anti sarampo?

Sim	Não	Não sei

33. Caso não esteja protegido para o sarampo, pretende ser vacinado?

Sim	Não

34. Recomendaria a vacinação a outras pessoas não vacinadas das suas relações?

Sim	Não

35. Porquê? \_\_\_\_\_

Agradeço a sua colaboração e estou ao dispor para o esclarecimento que entender necessário.

## **Anexo VII** - Guião de entrevista aos utentes

## Guião de Entrevista a Utentes

Questões:

---

1. Conhece a doença do sarampo? Pode dizer-me o que sabe sobre ela?
2. De que forma pensa que se pode proteger desta doença?
3. Alguma vez foi alertado por um profissional de saúde para fazer a vacina do sarampo?  
E outras vacinas?
4. Procura conhecer o seu estado vacinal quando se dirige aos serviços de saúde?
5. Não fez a vacina anti sarampo. Por que razão?

---

Obrigada.



**Anexo VIII** - Declaração de consentimento informado para a realização da entrevista aos utentes

## ***“Mais Saúde, Menos Sarampo”***

### CONSENTIMENTO INFORMADO PARA A ENTREVISTA

Elsa Januário Rosa, enfermeira, pretende no decurso da sua formação do Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Saúde Comunitária, lecionado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, realizar um Projeto de Intervenção Comunitária com a finalidade de promover o empoderamento relativamente à doença do sarampo, dos utentes nascidos no ano de 1988 e 1989, inscritos na UCSP de Marvila.

Venho assim, solicitar o seu consentimento para participar numa entrevista onde lhe serão colocadas questões sobre a temática da doença do sarampo.

O seu anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos serão assegurados, assim como, o cumprimento de outras questões éticas e legais a que todos os investigadores são obrigados.

Se após a leitura deste documento não estiver completamente esclarecido, estarei ao seu dispor para responder às suas questões.

Caso se considere suficientemente esclarecido e aceite participar, por favor assine este documento.

Lisboa, Outubro de 2011

Assinatura \_\_\_\_\_

## **Anexo IX** - Planificação da sessão individual de educação para a saúde

“MAIS SAÚDE: MENOS SARAMPO”

## PLANO DE SESSÃO INDIVIDUAL DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

---

**Autor:** Elsa Rosa

**Tema:** A doença do sarampo e a vacina VASPR

**População-alvo:** Utentes inscritos na UCSP de Marvila sem registo vacinal de VAS ou VASPR nascidos no ano de 1988 e 1989.

**Local de Apresentação:** UCSP de Marvila

**Data:** Janeiro e Fevereiro de 2012

**Duração:** Aproximadamente 15 minutos

**Objetivos Gerais:**

- Promover o *empowerment* dos participantes sobre a doença do sarampo

**Objetivo específico:**

- Aumentar os conhecimentos sobre a doença do sarampo
- Aumentar os conhecimentos sobre a vacina VASPR,
- Aumentar os conhecimentos sobre proteção específica
- Promover a adesão à vacinação com VASPR

	<b>Objetivos</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Recursos</b>	<b>Formador</b>	<b>Tempo</b>
<b>Introdução</b>	Apresentar o formador; Apresentar o tema e sessão.	Identificação; Apresentação da temática; Apresentação dos objetivos da sessão	Expositiva	Folheto sobre sarampo e vacina VASPR em várias línguas	Elsa Rosa	2 minutos
<b>Desenvolvimento</b>	Desenvolvimento dos conteúdos sobre a doença do sarampo, vacinação e vacina VASPR.	De acordo com questionário e entrevista.				6 minutos
<b>Conclusão</b>	Síntese dos aspetos fulcrais mencionados no decorrer da sessão.	Tópicos da sessão				2 minutos
<b>Avaliação da sessão</b>	Avaliar da transmissão de conhecimentos	Ser capaz de referir: o agente e reservatório da doença do sarampo/dois sinais ou sintomas/ um meio de transmissão/ uma complicação/meios de proteção para a doença.  Ser capaz de identificar a vacina como meio de proteção para a doença	Interrogativa			5 minutos

**Anexo X** - Folheto informativo sobre a doença do sarampo e respetiva vacina em Português, Francês, Crioulo, Mandarim, Romeno, Russo e Gujarati

## Possíveis reacções após a Vacinação

- Febre.
- Vermelhidão.
- Dor.
- Inchaço.

### Quem pode ser vacinado?

Crianças a partir dos 12 meses, jovens e adultos.

Vamos eliminar o sarampo na Europa até 2015! (WHO, 2011)

Para mais informações consulte a Norma da Direcção – Geral da Saúde nº 011/2011 de 7/6/2011



ENFERMEIRA ELSA ROSA  
ESEL 2012  
II MESTRADO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA  
ORIENTADORA: PROF. DR.ª M.L. YARANDAS  
ORIENTAÇÃO DE ESTÁGIO: ENF. ROGÉRIO DINIS

**UCSP de Marvila**  
**Rua Dr. Estêvão Vasconcelos N.º 56**  
**1900—Lisboa.**

**Tel: 218620750**  
**Fax: 218620751**

# Sarampo

**Mais Saúde: Menos Sarampo**



**UCSP—Marvila**

## Descrição da doença do Sarampo.

**Doença infecciosa de origem viral, grave, transmissível e extremamente contagiosa.**

### Modo de transmissão

**Directamente de pessoa a pessoa:**

**Através de secreções nasofaríngeas, expelidas ao tossir, espirrar, falar ou respirar.**

### Período de transmissão

4 a 6 dias antes do aparecimento das manifestações na pele e até 4 dias após.

### Manifestações Clínicas

- Febre alta.
- Pequenos pontos brancos no interior da boca.
- Manifestações generalizadas, maclo-papulares na pele.
- Tosse.
- Corrimento nasal.
- Conjuntivite.

Por comprometer a resistência do hospedeiro o sarampo facilita a ocorrência de super infecção viral ou bacteriana.

Principalmente em crianças até aos dois anos de idade e **adultos jovens**.

### Complicações

- Infecções Respiratórias;
- Otites;
- Diarreia;
- Doenças Neurológicas.

### Como prevenir?

#### Vacinação!



**Com vacina anti Sarampo, Papeira e Rubéola (V.A.S.P.R.)**



## Réactions possibles après la Vaccination

- Fièvre
- Rouges.
- Douleur.
- Enflure.

### Qui peut se Faire vacciner?

Cianci à partir de 12  
mois, les jeunes et les adultes.

Voyons d'éliminer la  
rougeole en Europe  
d'ici 2015! (WHO, 2011)

Pour plus d'informations voir : Norma da Di-  
recção – Geral da Saúde n° 011/2011 de  
7/6/2011



ENFERMEIRA ELSA ROSA  
ESEL 2012  
II MESTRADO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA  
DIENTADORA: PROF. DR. M.L. VARANDAS  
ORIENTAÇÃO DE ESTÁGIO: ENF. ROGÉRIO DINIS

**UCSP de Marvila**  
**Rua Dr. Estêvão Vasconcelos N.º 56**  
**1900—Lisboa.**

**Tel: 218620750**  
**Fax: 218620751**

# Rougeole

**Plus de Santé :  
Moins la Rougeole**



**UCSP—Marvila**

## Description de la maladie de la rougeole.

**Maladie infectieuse d'origine virale, grave, très contagieuse et transmissible.**

### Mode de Transmission

**Directement de personne à personne :**

**À travers les sécrétions nasopharyngées expulsées par la toux, des éternuements, de parler ou à respirer.**

### Période de transmission

4 à 6 jours avant la disparition des manifestations cutanées et jusqu'à 4 jours après.

### Manifestations Cliniques

- Une forte fièvre.
- Petites taches blanches dans la bouche.
- Changements de peau.
- Toux
- Cécoulement nasal.
- Conjonctivite.

En compromettant la rougeole résistance de l'hôte facilite l'apparition de superinfection virale ou bactérienne.

Principalement chez les enfants jusqu'à 2 ans et les

**jeunes adultes.**

### Complications

- Infections Respiratoires;
- Otite;
- Diarrhée;
- Maladies Neurologiques.

### Comment prévenir?

#### Vaccination!



**Avec le vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole**

## Dipos di vacina, ê normal ki nu xinti:

- Febri.
- Peli burmedju
- Dor.
- Intchado

## Kenhi ki podi ser vacinado?

Crianças ku má di 12

Mês di idadi, e tudo alguém ki  
ê adolescenti e adulto.

Nu tem kí elimina sa-  
rampo di nôs terra antís  
di 2015! (WHO, 2011)

Más informason na dokumento di Direson-  
Geral di Saúdi: Norma da Direcção – Geral da  
Saúde nº 011/2011 de 7/6/2011



ENFERMEIRA ELSA ROSA  
ESEL 2012  
II MESTRADO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA  
ORIENTADORA: PROF. DR. M.L. VARANDAS  
ORIENTAÇÃO DE ESTÁGIO: ENF. ROGÉRIO DINIS

**UCSP de Marvila**  
**Rua Dr. Estêvão Vasconcelos N.º 56**

**Tel: 218620750**  
**Fax: 218620751**

# Sarampo

**Más Saúdi : Menos  
Sarampo**



**UCSP—Marvila**

## 疫苗注射後可引起的反應

- 發燒
- 紅
- 痛楚
- 腫

### 誰可接受疫苗？

小孩、青年、及成人

讓我們在二零一五年前在歐洲

滅絕麻疹（世界衛生組織，

2011)

詳細資料請參閱衛生總局二零一一年  
no.011/2011指引

# 麻疹

增強健康：減少麻疹



ENFERMEIRA ELSA ROSA  
ESEL 2011  
II MESTRADO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA  
ORIENTADORA: PROF. DRA. M. L. VARANDAS  
ORIENTAÇÃO DE ESTÁGIO: ENF. ROGÉRIO DINIS

**UCSP de Marvila**  
**Rua Dr.º Estêvão Vasconcelos N.º 56**  
**1900—Lisboa.**

**Tel: 218620750**  
**Fax: 218620751**



**UCSP—Marvila**

## 麻疹疾病介紹

病毒引起的傳染性疾病，嚴重和高度傳染性。

### 傳染途徑

直接人傳染人：  
通過咳嗽、噴嚏、說話或呼吸發出的口鼻腔黏液

### 傳染期

- 皮膚症狀出現前四至六天至出現後的第四天

### 臨床症狀

- 高燒。
- 口腔出現細小白點。
- 全身性皮膚出現大塊疹子。
- 咳嗽。
- 鼻涕。
- 眼睛發炎。

減低感染麻疹患者的免疫力而引發超級細菌或病毒感染。

主要為至兩歲的小孩及青年成人。

### 並發症

- 呼吸道感染；
- 中耳炎；
- 肚瀉；
- 神經系統疾病。

### 如何避免？

#### 疫苗注射



使用麻疹、腮腺炎、德國麻疹混合疫苗(V.A.S.P.R.)

## Posibile reactii dupa Vaccinare

- Febra.
- Roseala.
- Durere.
- Inflamatie.

### Cine poate fi vac- cinat?

Copii incepand cu varsta de  
12 luni, tineri si adulti.

Impreuna sa scapam de  
rujeola în Europa pana  
în 2015! (OMS, 2011)

Pentru mai multe informatii: Norma da Di-  
recção – Geral da Saúde nº 011/2011 de  
7/6/2011



ENFERMEIRA ELSA ROSA  
ESEL 2012  
II MESTRADO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA  
DIRETADORA: PROF. DR.ª M. L. VARANDAS  
ORIENTAÇÃO DE ESTÁGIO: ENF. ROGÉRIO DINIS

**UCSP de Marvila**  
**Rua Dr. Estêvão Vasconcelos N.º 56**  
**1900—Lisboa.**

**Telefon: 218620750**  
**Fax: 218620751**

# Rujeola

**Mai multa sanatate:  
Mai putina Rujeola**



UCSP Marvila

## Descrierea (maladiei) Rujeola (pojarului)

**Boala infectioasa de natura virala, consecinte grave, usor de transmis si foarte contagioasa.**

### Mod de transmitere

**In mod direct de la o persoana la alta:**

**Prin secretiile nazala si faringiene transmise prin tuse, stranut, respiratie sau in timpul discutiilor.**

### Perioada de transmisie:

4-6 zile inainte de aparitia eruptiei cutanate si pana la 4 zile dupa debutul acesteia.

### Manifestări clinice

- Febra mare.
- Puncte albe inaustrul cavitatii bucale.
- Iritatie generalizata a pielii.
- Tuse.
- Cough.
- Curgerea nasului.

Prin compromiterea (slabirea) sistemului imunitar al persoanei afectate, pojarul faciliteaza aparitia infectiilor supravirale sau bacteriene.

In mod special la copii sub 2

ani si

**tineri adulti.**

### Complicații suplimentare

- Infectii respiratorii;
- Otite;
- Diarrhea;
- Boli Neurologice.

Cum se poate preveni?

### Vaccinarea-



**Cu tri-vaccinul ROR  
(anti Rujeola, Oreion si  
Rubeola)**

## Возможные побочные эффекты при вакцинации

- Температура.
- покраснение.
- боль.
- припухлость.

### Кому можно ставить прививки?

Детям старше 12 месяцев, подросткам и взрослым.

Избавимся от кори в Европе к 2015 году!

(WHO, 2011)

Более подробную информацию в Norma da Direcção – Geral da Saúde nº 011/2011 de 7/6/2011



ENFERMEIRA ELSA ROSA  
ESEL 2012  
II MESTRADO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA  
ORIENTADORA: PROF. DR.ª M.L. VARANDAS  
ORIENTAÇÃO DE ESTÁGIO: ENF. ROGÉRIO DINIS

**UCSP de Marvila**  
**Rua Dr. Estêvão Vasconcelos N.º 56**  
**1900—Lisboa.**

**Tel: 218620750**  
**Fax: 218620751**

# Корь

Больше здоровья: меньше кори



**UCSP—Marvila**



## Корь: описание заболевания

**Острое инфекционное вирусное заболевание с высокой контагиозностью.**

### Способ передачи

**От человека к человеку: воздушно-капельным путем в процессе разговора, кашля, дыхания и чихания.**

### Период передачи заболевания

4-6 дней до появления высыпаний на коже (сыпи) и 4 дня после их появления.

### Клинические проявления

- Высокая температура.
- Маленькие белые пятна в ротовой полости.
- Большие высыпания на коже.
- Кашель.
- Насморк.
- Конъюнктивит.

Уменьшая сопротивляемость организма, корь увеличивает шанс возникновения вирусной или бактериальной инфекции.

Особенно у детей младше 2 лет и **МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ**

### Осложнения

- Респираторные инфекции;
- Отит;
- Диарея;
- Неврологические заболевания.

### Как предотвратить?

С помощью вакцинации!



**С помощью прививки от кори, краснухи и свинки**

## રસીકરણ બાદની પ્રતિક્રિયા

- તાવ આવવો
- લાલાશ
- પીડા /દુઃખાવો
- સોજો

### રસીકરણ કોણ કરી શકે છે?

૧૨ મહિનાનાં બાળકોથી યુવાન  
તેમજ પુષ્ક વયની વ્યક્તિઓ.

૨૦૧૫ સૂઘી યુરોપમાં અછબળા  
નો સંપૂર્ણ વિનાશ.

(WHO, 2011, p.8)

વધુ માહિતી:

Norma da Direcção – Geral da Saúde n°  
011/2011 de 7/8/2011



ENFERMEIRA ELSA ROSA  
ESEL 2012  
II MESTRADO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA  
ORIENTADORA: PROF. DR.ª M.L. VARANDAS  
ORIENTAÇÃO DE ESTÁGIO: ENF. ROGÉRIO DINIS

**UCSP de Marvila**  
**Rua Dr. Estêvão Vasconcelos N.º 56**  
**1900—Lisboa.**

**Tel: 218620750**  
**Fax: 218620751**

## અછબળા

વધુ આરોગ્ય ઓછા રોગો  
અછબળા નો સંપૂર્ણ વિનાશ



**UCSP-MARVILA**

## ઓરી વિષે વધુ માહિતી

મૂળ શરૂઆત

વાયરલ, ગંભીર, ખૂબ સંચારી

અને ચેપી રોગ.

ચેપ કેવી રીતે લાગે?

એક વ્યક્તિ દ્વારા બીજી વ્યક્તિ પર  
અસર:

દર્દીના ગળા નાં રોગો, ઉધરસ, છીંક,  
વાત કે શ્વાસ દ્વારા થઈ શકે છે

### બ્રોકાસ્ટ સમય

ત્વચા લાક્ષણિકતાઓ ૪ થી ૬ દિવસ  
થટના પહેલાં તેમજ ૪ દિવસ પછી

## ક્લિનિકલ લાક્ષણિકતાઓ

વધુ પડતો તાવ

મોં અંદર નાની સફેદ ફોલ્લીઓ./ચાંદા  
ત્વચા માં સામાન્ય લાક્ષણિકતાઓ..

ઉધરસ

વહેતું નાક/ શરદી

આંખોમાં લાલાશ

હડીલા સૂક્ષ્મજંતુ ઓ વાયરલ અથવા બેક્ટેરીયા  
દ્વારા થતા ચેપી રોગ ની થટના:

ખાસ કરીને ૨ વર્ષની વયનાં બાળકો,  
યુવાની તેમજ પુખ્ત વય નાં વ્યક્તિ ઓ ને  
લાગુ પડે છે.

## જટિલતાઓ

રેસ્પીરેટોરી ટ્રેક્ટ ચેપનો: શ્વાસનીતક્લીફ/ ઇન્ફેક્શન  
કનની તક્લીફ  
અતિસાર, ડાયેરીયા  
ન્યુરોલોજીકલ રોગ.

કેવી રીતે ચેતવું?

રસીકરણ!



ઉન્ટી મીઝલ્સ, મમ્પસ અને રુબેલાના

રસીકરણ કરવાથી.

**(V.A.S.P.R.)**

**Anexo XI** - Avaliação das sessões de Educação para a Saúde e das atividades de atualização da situação vacinal

Especificação detalhada da avaliação das sessões individuais de Educação para a Saúde

Atividade	Sesões individuais de educação para a saúde (EpS)
<p><b>Avaliação/Indicadores (atividade e participação)</b></p>	<p>Nº sessões efetuadas / Nº sessões previstas. 36/36x100=100%</p> <p>Nº participantes que sabe identificar o agente e o reservatório da doença do sarampo após a sessão de EpS / Nº total de participantes em sessões de EpS.* 36/36x100=100%</p> <p>Nº participantes que identifique pelo menos dois sinais-sintomas da doença do sarampo / Nº total de participantes em sessões de EpS.* 35/36X100= 97,2%</p> <p>Nº participantes que identificam 1 meio de transmissão da doença do sarampo após a sessão de EpS / Nº total de participantes em sessões de EpS.* 36/36x100=100%</p> <p>Nº participantes que identifique pelo 1 complicação da doença do sarampo após a sessão de EpS / Nº total de participantes em sessões de EpS* 36/36x100=100%</p> <p>Nº participantes que refira a vacinação como meio de proteção para a doença do sarampo/ Nº total de participantes em sessões de EpS.* 36/36x100=100%</p>

\*Dados obtidos por via oral após a sessão de EpS.

Especificação detalhada da atualização da situação vacinal

<b>Atividade</b>	Vacinação
<b>Avaliação</b>	Taxa de cobertura vacinal para VASPR $12/12 \times 100 = 100\%$

**Anexo XII** - Avaliação cobertura vacinal para VAS/VASPR dos indivíduos nascidos em 1988 e 1989 em SINUS a 17-02-2012

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
REGIÃO DE SAÚDE LISBOA E VALE DO TEJO  
SUB-REGIÃO LISBOA

CENTRO DE SAÚDE MARVILA

SEDE

PERCENTAGEM DE UTENTES 3112400-MARVILA

COM AS VAC. , VASPR VAR VAS I

UTENTES ENTRE 01-01-1988 E 31-12-1989

RESULTADO	TOTAL	MAS	FEM
Número de utentes vacinados	543	233	310
..... =	..... = 96 %	..... = 97 %	..... = 95 %
De 01-01-1988 a 31-12-1989	568	241	327