



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem Comunitária

**4º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização
de Enfermagem Comunitária**

**Proteção específica das crianças através da capacitação
dos pais**

Relatório de Estágio

Ana Rita Pedroso Cavaco

2014





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem Comunitária

**4º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização
de Enfermagem Comunitária**

**Proteção específica das crianças através da capacitação
dos pais**

Relatório de Estágio

Ana Rita Pedroso Cavaco

Orientada por: Professora Doutora Maria de Lourdes Varandas

2014



“O impacto da vacinação na saúde da população mundial é inestimável. Com excepção da disponibilidade de água potável, nenhuma outra intervenção, nem mesmo a utilização de antibióticos, teve um efeito tão importante na redução da mortalidade e no crescimento populacional em todo o mundo.”

José Pereira Miguel, 2004

ABREVIATURAS

% – Por cento

p. – Página

SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central de Serviços de Saúde

APIFARMA – Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica

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

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direcção Geral de Saúde

ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control

EFPIA – Federação Europeia da Indústria Farmacêutica

FMI – Fundo Monetário Internacional

GFK – Growth from Knowledge

INSA - Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP

OMS – Organização Mundial de Saúde

PDS – Plataforma de Dados em Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNV – Programa Nacional de Vacinação

RCV – Registo Centralizado de Vacinas

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SINUS – Serviço Informático Nacional para as Unidades de Saúde

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

RESUMO

A vacinação é considerada, de entre todas as medidas de Saúde Pública, a que melhor relação custo-efetividade tem evidenciado. É um dos mais bem-sucedidos programas de saúde de baixo custo nas intervenções de saúde pública. A terceira revolução em saúde está associada à necessidade de redução de custos face às mudanças na etiologia da morbidade e mortalidade. Embora a racionalização dos custos seja inevitável, espera-se que se traduza em medidas de capacitação e co-responsabilização do cidadão de modo a que lhe seja proporcionado o melhor serviço com vista à promoção e proteção da sua saúde.

Este projeto foi implementado numa UCSP do ACES Lisboa Central. A intervenção dirige-se especificamente às crianças nascidas em 2010, 2005 e 1998 com vacinas em atraso. A amostra é de 52 crianças. O objetivo geral é promover a imunização individual e de grupo (famílias e comunidade onde se inserem), segundo o atual PNV. É desejável que a taxa de cobertura vacinal nacional seja, em média, igual ou superior a 95% para cada vacina do PNV. “A não vacinação assume uma variedade de formas que se encontram insuficientemente estudadas e comparadas em diferentes planos, nacional e internacional.” (Cunha & Durand, 2008, p. 372). O projeto tem como referencial teórico de enfermagem, o Modelo da Promoção de Saúde de Nola Pender e segue a metodologia do Processo de Planeamento em Saúde. O instrumento de colheita de dados utilizado foi um questionário dirigido aos pais e como método de priorização utilizou-se a grelha de análise. Foram identificados conhecimentos diminuídos sobre doenças evitáveis através do PNV e imunização deficiente. Os resultados mostram que 53% dos pais procuram informação sobre vacinas na *internet*, 60% dos inquiridos pedem informações sobre doenças ao médico e apenas 7% dos pais recorrem ao enfermeiro. As estratégias selecionadas foram adequadas aos resultados, recorrendo a novas tecnologias de informação.

Palavras-Chave: Vacinação, Imunização, Crianças, Promoção da Saúde, Planeamento em Saúde

ABSTRACT

Vaccination is considered, among all public health measures, that cost-effectiveness has shown. It is one of the most successful low-cost programs in public health interventions. The third revolution in health is associated with the need to reduce costs in the face of changes in the etiology of morbidity and mortality. Although the rationalization of costs is inevitable, it is expected that translates into capacity building measures and co-responsibility of citizens so that you are afforded the best service for the promotion and protection of their health.

This project was implemented in UCSP, the Lisbon Central ACES. The intervention targeted specifically to children born in 2010, 2005 and 1998 with vaccines delayed. The sample of 52 children. The overall goal is to promote immunization individual and group (families and the communities where they operate), according to the current PNV.

The national vaccination coverage rate is on average equal to or greater than 95% for each of the PNV vaccine. "no vaccination takes a variety of forms that are insufficiently studied and compared in different planes, nationally and internationally." (Cunha & Durand, 2008, p. 372). The project's theoretical nursing, the Health Promotion Model of Nola Pender and follows the methodology of Planning Process in Health. The data collection instrument was a questionnaire to parents and as a method of prioritization used the analysis grid. Decreased knowledge about preventable diseases through immunization and deficient PNV were identified. The results show that 53% of parents seeking information about vaccines on the Internet, 60% of respondents asked the doctor about diseases and only 7% of parents resort to nurse. The selected strategies were appropriate to the results, using new information technologies.

Keywords: Vaccination, Immunization, Children, Health Promotion, Health Planning

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1 – A VACINAÇÃO EM PORTUGAL	11
2. REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1 – Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender	18
3 – METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE	20
3.1 – Diagnóstico de Situação em Saúde	21
3.2 – Questões Éticas	21
3.3 – Caracterização do Local de Intervenção	22
3.4 – Caracterização da População Alvo e Amostra	22
3.5 – Instrumento de Colheita de Dados	24
3.6 – Tratamento de Dados e Principais Resultados	25
3.7 – Identificação e Priorização dos Problemas	28
3.8 – Fixação de Objetivos	30
3.9 – Seleção de Estratégias	31
3.10 – Preparação Operacional	33
3.11 – Avaliação	37
4 – IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	41
5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45

ANEXOS

Anexo I - Plano Nacional de Vacinação

Anexo II - Modelo de Promoção Saúde de Nola Pender

Anexo III - Autorização ACES/ Questionário

Anexo IV - Parecer da Comissão de Ética da ARSLVT

Anexo V - Autorização APIFARMA/GFK

Anexo VI - Grelha de Análise

APÊNDICES

Apêndice I - Cronograma

Apêndice II - Consentimento Informado

Apêndice III - Resultados

Apêndice IV - Prioridade dos Problemas

Apêndice V - Plano das Sessões Educativas aos pais

Apêndice VI - Folheto informativo aos pais

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – População abrangida pelo projeto	23
Quadro 2 – Dimensões do questionário	25
Quadro 3 – Estado civil e habilitações literárias	26
Quadro 4 – Diagnósticos de Enfermagem	29
Quadro 5 – Sessão de Educação para a Saúde, individual, aos pais sobre doenças evitáveis pelo PNV e vacinas administradas através do PNV	35
Quadro 6 – Reuniões individuais com Enfermeiros, Administrativos e Médicos para implementação de Sistema de Convocações para Adesão à Vacinação	36
Quadro 7 – Atividade de administração das Vacinas do PNV em atraso	36
Quadro 8 – Avaliação da Sessão Educativa aos pais	37
Quadro 9 – Avaliação PNV 2013	39
Quadro 10 – Avaliação da administração das vacinas do PNV em atraso	39

INTRODUÇÃO

Este projeto foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular Opção II do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Será implementado numa UCSP integrada no ACES Lisboa Central e segue a metodologia do Processo de Planeamento em Saúde.

Surge como uma das etapas na aquisição de competências de um saber especializado em Enfermagem Comunitária. As competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública estão definidas, pela Ordem dos Enfermeiros, no Regulamento n.º 128/2011, publicado no Diário da República, 2.ª série, N.º 35, de 18 de Fevereiro de 2011, e são as seguintes:

- 1 - Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- 2 - Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- 3 - Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
- 4 - Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

De acordo com Le Boterf (2003), para enfrentar os desafios aos quais estão expostas, as empresas precisam de profissionais que atuem com iniciativa, indo além do prescrito, fazendo escolhas e tomando decisões, ao invés de indivíduos limitados ao desempenho de tarefas pré-definidas. Em janeiro de 2012, constatou-se que a UCSP apresentava taxas de vacinação extremamente baixas para as crianças nascidas em 2010, 2005 e 1998. Estes valores variavam entre os 40% e os 70%. O Departamento de Saúde Pública da ARSLVT divulgou, então, o Relatório de Avaliação de Cobertura Vacinal 2011/2012. Neste Relatório foram identificados alguns aspetos críticos que podem ter contribuído para estes resultados: elevada percentagem (%) de população estrangeira flutuante com falsas moradas, um grande número de duplicação de inscrições (utentes com inscrições noutras unidades), ausência de convocatórias regulares ao longo de 2011, baixa taxa de comparências (25%), falta de enfermeiros, inscrições esporádicas em grande

número e pouca articulação entre a equipa clínica (enfermeiros, secretários clínicos e médicos).

Segundo Le Boterf (2003), a necessidade de responder rapidamente às complexidades de um ambiente em constante mutação passa a exigir dos dirigentes organizacionais uma maior aposta na capacidade de adaptação, de iniciativa e de criatividade dos indivíduos. O projeto é pertinente por responder a uma necessidade da UCSP e ao mesmo tempo, responde à necessária aquisição de competências de um saber especializado em enfermagem comunitária. A intervenção dirige-se especificamente às crianças nascidas em 2010, 2005 e 1998 com vacinas em atraso. O objetivo geral é promover a imunização individual e de grupo (famílias e comunidade onde se inserem), segundo o atual PNV. A taxa de cobertura vacinal nacional é, em média, igual ou superior a 95% para cada vacina do PNV. “a não vacinação assume uma variedade de formas que se encontram insuficientemente estudadas e comparadas em diferentes planos, nacional e internacional.” (Cunha & Durand, 2008, p. 4)

De acordo com Imperatori e Giraldes (1993), o planeamento é um instrumento de otimização de recursos, independentemente do país ou do sistema de saúde implementado, e permite uma racionalização na aplicação dos recursos de saúde. A terceira revolução em saúde está associada à necessidade de redução de custos face às mudanças na etiologia da morbilidade e mortalidade. Ramos (1988) refere que esta revolução se caracteriza pela aproximação dos serviços de saúde à comunidade. O aumento do poder do consumidor torna-o mais exigente e com maior capacidade crítica. Embora a racionalização dos custos seja inevitável, espera-se que se traduza em medidas de capacitação e co-responsabilização do cidadão de modo a que lhe seja proporcionado o melhor serviço com vista à promoção e proteção da sua saúde. A vacinação é considerada, de entre todas as medidas de Saúde Pública, a que melhor relação custo-efetividade tem evidenciado.

1 – A VACINAÇÃO EM PORTUGAL

Consideram-se atualmente 5 níveis de prevenção: a prevenção primordial, prevenção primária, secundária, terciária e quaternária. A vacinação inclui-se na prevenção primária, faz parte do conjunto de ações que visam a diminuição da incidência da doença através da proteção específica (Almeida, 2005).

Segundo a OMS, “A vacina é qualquer preparação destinada a produzir imunidade a uma doença, estimulando a produção de anticorpos. Vacinas incluem, por exemplo, as suspensões de micro-organismos mortos ou atenuados, ou produtos ou derivados de microrganismos.” (OMS, 2013).

Os conceitos de vacinação e imunização são frequentemente usados como sinónimos, embora sejam diferentes. Imunizar é o processo de aquisição de imunidade após a administração de uma substância imunobiológica (EFPIA, 2006). As vias para imunização são a doença natural ou a vacinação, que tem como finalidade promover a imunização semelhante à obtida pelo processo de doença natural mas sem os riscos ou complicações dela decorrentes (OMS, 2013). Vacinar implica a administração de vacinas, o ato de introdução de agentes patogénicos no corpo de um indivíduo, por via oral ou injectável, geralmente compostos por vírus ou bactérias que foram inativados, atenuados ou modificados. Este ato induz um processo de imunidade activa, com produção de anticorpos específicos e aquisição de memória imunológica (EFPIA, 2006).

As vacinas permitem salvar mais vidas e prevenir mais casos de doença do que qualquer tratamento médico (DGS, 2012). São essenciais contra doenças evitáveis e contribuem para a redução da mortalidade infantil. Milhares de crianças, em todo o mundo, ainda morrem de doenças que podem ser prevenidas por vacinas. Este simples ato, previne entre 2 a 3 milhões de mortes por ano. É um dos mais bem-sucedidos programas de baixo custo nas intervenções de saúde pública.

Vacinar permite controlar e erradicar doenças infecciosas. Uma campanha de imunização realizada pela OMS, entre 1967 e 1977, resultou na erradicação da doença da varíola (OMS, 2013).

Em Portugal, administram-se vacinas desde o Século XVIII (existem registos de inoculações da vacina da varíola desde 1793) mas foi apenas a partir de 1965, com a criação do PNV, que os ganhos em saúde foram significativos. No final de 1965 iniciou-se a vacinação em massa contra o vírus da poliomielite. Registavam-se, antes da vacinação, 292 casos da doença. No ano seguinte registaram-se apenas 13 casos, uma redução de 96%. Em 1966, vacinaram-se, em massa, as crianças contra a difteria e tosse convulsa. Nesse ano, registaram-se 1010 casos de difteria e 973 casos de tosse convulsa. No ano seguinte, após a vacinação, registaram-se 479 casos de difteria e 493 de tosse convulsa, uma redução de 50% (DGS, 2004).

Desde 1965, em Portugal, foram vacinadas mais de sete milhões de crianças através do PNV (DGS, 2004). A administração de vacinas no nosso país é universal e gratuita. As doenças abrangidas estão erradicadas ou controladas, tendo-se evitado milhares de casos de doença e de mortes, sobretudo em crianças. Portugal foi dos primeiros países do Mundo a implementar o PNV. Somente em 1974 a OMS cria “O Programa Alargado de Vacinação” (PAV) para garantir que todas as crianças em todos os países beneficiavam de vacinas.

Em 2012 a OMS cria “O Plano de Ação Global de Vacinas” (GVAP). O Plano, aprovado pelos 194 Estados Membros da Assembleia Mundial da Saúde, em maio de 2012, tem como objetivo evitar milhões de mortes até 2020, ao garantir o acesso equitativo às vacinas existentes. O GVAP visa reforçar a vacinação de rotina para cumprir as metas de cobertura vacinal; erradicar o vírus da poliomielite como primeiro marco; introduzir vacinas novas e melhoradas, estimular a pesquisa e desenvolvimento para a próxima geração de vacinas.

O PNV Português em vigor inclui 12 vacinas que previnem 12 doenças – tuberculose, difteria, tétano, tosse convulsa, meningite provocada por haemophilus influenza tipo B, meningite meningocócica (grupo C), hepatite B, poliomielite, rubéola, sarampo, parotidite e vírus do papiloma humano (HPV) (Anexo I).

A última revisão do PNV data de 2012 e resulta do “2º Inquérito Serológico Nacional – Portugal Continental 2001/2002” realizado no âmbito da “Avaliação do Programa Nacional de Vacinação (PNV) e melhoria do seu custo-efectividade”. Esta avaliação, feita pela DGS, permitiu uma maior conformidade entre o PNV e o perfil

de suscetibilidade a algumas infeções. Sempre que a Comissão Técnica de Vacinação (criada em 1998) precisava fundamentar determinadas decisões sobre vacinação, o processo era dificultado pela falta de conhecimentos sobre imunidade e perfil serológico da população residente em Portugal.

Quanto mais adequado for o esquema de vacinação à realidade epidemiológica do país, melhor será o resultado. Essa adequação fez-se através de dados clínicos e epidemiológicos disponíveis que permitiram várias revisões do PNV desde 1965. Como resultado, o PNV Português tem elevadas taxas de cobertura vacinal nas 12 vacinas nele incluído. Só taxas acima dos 95% permitem proteger o indivíduo e a comunidade ao interromper a circulação do agente infeccioso. Vacinar não é apenas um ato de proteção individual, mas sobretudo coletivo. As elevadas taxas de cobertura vacinal na generalidade da população portuguesa induzem uma imunidade de grupo para todas as vacinas com exceção da vacina contra o tétano.

Vacina Contra a Tuberculose (BCG)

A BCG é uma vacina viva atenuada, derivada da micobactéria *Mycobacterium bovis*. A vacina não evita a doença da tuberculose pulmonar humana mas reduz a letalidade de formas sistémicas de tuberculose. A eficácia da sua proteção é controversa. O PNV segue as orientações da OMS e recomenda apenas uma dose no recém-nascido com peso igual ou superior a 2 Kg. Se não for possível administrá-la na Maternidade, deve ser aplicada tão precocemente quanto possível.

Vacina Contra a Hepatite B (VHB)

A hepatite B é provocada por um vírus. A vacinação é a maneira mais eficaz de prevenir a doença e tem uma eficácia de cerca de 95%. Em Portugal, esta vacina passou a integrar o PNV para todos os adolescentes em 1995 e desde o ano 2000 passou a ser administrada a todos os recém-nascidos (RN). A vacina é ainda gratuita para todos os grupos de risco. A erradicação do vírus da hepatite B torna-se difícil pela existência de grande número de portadores crónicos. Para além da vacinação universal aos RN, recomendam-se testes de rastreio às grávidas e grupos de risco, bem como informação e esclarecimentos à população.

Vacina Pentavalente (DtpaHibVip)

Esta vacina engloba 5 vacinas administradas aos 2, 4 e 6 meses de vida. Protege contra a difteria, o tétano, a tosse convulsa, a poliomielite e doenças graves provocadas por *Haemophilus influenzae* tipo B.

A difteria é uma doença contagiosa provocada pela bactéria *Corynebacterium diphtheria*. Foi uma das principais causas de morte infantil mas, graças à vacinação, é hoje uma doença rara em países desenvolvidos. No PNV a administração faz-se aos 2, 4, 6 e 18 meses de idade, aos 5-6 anos e 10-13 anos e de 10 em 10 anos durante toda a vida. Graças ao “2º Inquérito Serológico Nacional – Portugal Continental 2001/2002”, a partir dos 10 anos de idade passou a administrar-se esta vacina em dose reduzida, por se ter comprovado níveis séricos muito baixos deste antigénio (DGS, 2004).

O tétano é uma doença aguda provocada pela bactéria *Clostridium tetani* que pode viver no solo durante meses ou anos. Adquire-se através de lesões (picadas, queimaduras, feridas) e não é transmitida por contágio. A vacinação é a medida preventiva mais eficaz contra a doença. A vacina é administrada aos 2, 4, 6 e 18 meses de idade, aos 5-6 anos, 10-13 anos e de 10 em 10 anos durante toda a vida. Esta vacina é a única que apenas protege a comunidade atingindo os 100% de taxa de cobertura vacinal, a proteção específica é exclusivamente individual.

A tosse convulsa é uma doença causada pela bactéria *Bordetella pertussis*. As formas graves encontram-se quase exclusivamente na criança pequena não imunizada. Esta doença obriga ao internamento de todos os bebés menores de 6 meses, bem como das crianças de qualquer idade que apresentem complicações graves. O Departamento de Doenças Infecciosas do INSA, IP confirmou um aumento de casos da doença, com especial relevância em 2012 e uma maior incidência na faixa etária entre o primeiro e o segundo mês de idade e idade superior a 13 anos (INSA, 2013). A vacina está incluída no PNV aos 2, 4, 6 e 18 meses e aos 5-6 anos e discute-se atualmente a necessidade de doses de reforço desta vacina noutras idades.

A poliomielite é uma doença causada por um vírus. Os programas de vacinação reduziram muitíssimo a incidência desta doença e em Portugal foi

declarada a interrupção da sua transmissão. No entanto, no final de 2009, vírus selvagens do tipo 1 e 3 continuavam endémicos na Nigéria, Afeganistão, Índia e Paquistão. Por importação, a transmissão foi restabelecida noutros países. A prevenção é feita pela imunização aos 2, 4 e 6 meses e 5-6 anos.

O *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) é uma bactéria responsável por significativa morbidade e mortalidade em todo o mundo, especialmente em crianças com menos de 5 anos. Existem vários tipos da doença mas a mais grave é causada pelo tipo b (Hib). A administração da vacina contra o Hib conseguiu diminuir significativamente esta doença. A vacina é administrada em Portugal aos 2, 4, 6 e 18 meses.

Vacina Contra a Meningite Tipo C (MenC)

A doença meningocócica é provocada pela bactéria *Neisseria meningitidis* ou meningococo. Existem 13 serogrupos identificados, mas apenas 5 estão geralmente associados à doença: A, B, C, Y e W135. Destes, os serogrupos B e C eram os mais frequentes no nosso país. A doença pode surgir em qualquer idade, com predomínio nas crianças mais jovens. A prevenção da doença meningocócica faz-se através da vacinação. Em 2001 foram licenciadas vacinas conjugadas contra o meningococo C em Portugal. Em janeiro de 2006 estas vacinas foram introduzidas no PNV e desde janeiro de 2012 o esquema de administração passou a ser uma dose única aos 12 meses. Discute-se atualmente a necessidade de uma dose de reforço na adolescência. As autoridades de saúde pública devem ser alertadas quando surgem casos suspeitos de doença meningocócica. Os contactos próximos e os profissionais de saúde expostos devem efetuar profilaxia. A doença meningocócica é de declaração obrigatória.

Vacina Contra Sarampo, Parotidite Epidémica e Rubéola (VASPR)

O sarampo é altamente infeccioso e provocado por um vírus, *Paramixovírus* do género *Morbilivirus*. É uma doença rara em todos os países onde a taxa de vacinação é superior a 95%. Em Portugal, devido à elevada taxa de vacinação, o sarampo é raro e o diagnóstico clínico deve ser sempre confirmado laboratorialmente. A mortalidade é de 0,1% em crianças de boa saúde e nutrição, mas pode subir até 25% em crianças subnutridas. A vacina contra o sarampo é um

vírus vivo atenuado e surge em combinação com a vacina da parotidite (papeira) e da rubéola. Recomenda-se a primeira dose da VASPR aos 12 meses e uma segunda oportunidade vacinal aos 5-6 anos.

A parotidite epidémica ou papeira é uma infeção viral. A vacina está incluída nas recomendações atuais e é administrada aos 12 meses, juntamente com a vacina do sarampo e da rubéola, com reforço entre os 5-6 anos.

Em Portugal, graças à vacinação, a rubéola é atualmente rara. Provocada por um vírus da família *Togavírus*, a doença é moderadamente contagiosa. A infeção durante a gravidez pode levar a alterações no feto que podem ser muito graves, como atraso de crescimento intra-uterino, cataratas, surdez e alterações cardíacas. A vacina é um vírus vivo atenuado e é administrada no PNV, na vacina VASPR, em combinação com a vacina da parotidite (papeira) e do sarampo, no mesmo esquema indicado para estas duas.

Vacina Contra o Papilomavírus Humano (HPV)

O vírus do papiloma humano (HPV) transmite-se facilmente por contacto sexual. É uma infeção muito frequente em ambos os sexos e responsável pelo desenvolvimento de um grande número de doenças, que afetam homens e mulheres, como condilomas genitais, lesões pré-cancerosas e cancerosas do ânus, lesões cancerosas da cavidade oral e orofaringe, lesões pré-cancerosas e cancerosas do colo do útero, vagina e vulva e lesões pré-cancerosas e cancerosas do pénis. Dos muitos tipos de HPV que são conhecidos, cerca de 40, os tipos 6 e 11 são responsáveis por 90% dos casos. Os tipos 16 e 18 são os mais frequentes e são responsáveis por cerca de 75% dos casos. O PNV tem uma vacina disponível que confere proteção específica contra os HPV 6, 11, 16 e 18, apenas para crianças do sexo feminino e deve ser administrada no início ano em que completam 13 anos de idade.

Pretende-se aumentar a proteção específica para estas 12 doenças ao grupo de crianças onde se vai intervir. Para que o PNV continue a ser um êxito é necessário manter taxas de cobertura vacinal acima dos 95% para todas as vacinas do PNV (DGS, 2012). Este objetivo está comprometido na UCSP devido às baixas taxas de cobertura vacinal. Os *coortes* escolhidos para o projeto coincidem com as

chamadas idades-chave para a vacinação, referidas para cada vacina do PNV. Até aos 18 anos existem esquemas de vacinação tardios ou esquemas de recurso que permitem manter a imunidade individual e de grupo. Ao intervir em grupos de crianças, protegem-se também os adultos, ao mesmo tempo que se racionalizam custos, na medida em que se poupam milhares de euros em tratamentos para doenças evitáveis pela vacinação.

A DGS considera fundamental identificar assimetrias geográficas nas coberturas vacinais e a existência de bolsas populacionais com características que podem determinar níveis mais baixos de vacinação. A ação das estruturas locais de saúde com intervenção junto das comunidades é fundamental para a correção dessas assimetrias. Esta intervenção reveste-se de especial importância como forma de prevenir a disseminação, a partir de casos importados, de doenças infecciosas que se encontram eliminadas do nosso país (poliomielite) ou em fase de eliminação (sarampo) (DGS, 2012).

Aos profissionais de saúde, principalmente aos enfermeiros, compete divulgar o programa, motivar as famílias e aproveitar todas as oportunidades para vacinar, nomeadamente através da identificação e aproximação a grupos com menor acessibilidade aos serviços de saúde (DGS, 2012).

2. REFERENCIAL TEÓRICO

O projeto tem como referencial teórico de enfermagem, o Modelo da Promoção de Saúde de Nola Pender. A intervenção dos enfermeiros nos CSP requer a utilização de Modelos que permitam capacitar para a adoção ou alteração de comportamentos. Este Modelo é importantíssimo para a prática diária nos CSP por permitir implementar e avaliar ações de promoção da saúde. O objetivo é capacitar o indivíduo para que este cresça e progrida com vista ao bem-estar geral, através do desenvolvimento de recursos que mantenham ou intensifiquem esse bem-estar (Pender,2011).

2.1 – Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender

O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, publicado pela primeira vez na década de 80, incorpora a psicologia social e uma perspectiva holística de enfermagem (Tillett, 1999). É um modelo de análise que ajuda a entender e explicar o fenómeno da adesão, através de comportamentos relacionados com a promoção de saúde. Tem uma estrutura simples e permite ao enfermeiro o planeamento, a intervenção e avaliação das suas ações. Em 1996, foi revisto e centra-se em dez categorias de determinantes de comportamentos de promoção da saúde. Estas categorias relacionam-se de forma dinâmica e agrupam-se em 3 pontos fundamentais: as características e experiências individuais, os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar (cognição e afetação do comportamento) e o comportamento de promoção de saúde desejado (Pender, 2011).

As características e experiências individuais incluem: o comportamento anterior relacionado e fatores pessoais biológicos, psicológicos e socioculturais. A cognição e afetação do comportamento diz respeito a: benefícios percebidos da ação; barreiras percebidas à mesma; auto-eficácia percebida; atividade relacionada com a apresentação; influências interpessoais (nomeadamente, família, prestadores de cuidados, normas, apoios e modelos); e influências situacionais (tais como, opções, estética e características exigidas). Este segundo ponto é modificável através das intervenções de enfermagem. Por último, o resultado comportamental refere-se

às exigências e preferências de competição e ao compromisso com um plano de ação.

O modelo utiliza como bases teóricas a Teoria da Aprendizagem Social de Albert Bandura e o Modelo da Teoria da Ação Racional de Fishbein, ambos da psicologia. A pessoa é o centro do modelo e pretende alcançar a saúde de uma forma única e de acordo com a sua cognição, percepção e fatores sociais. A saúde é entendida como um estado positivo. (Sakraida, 2004).

Bandura (1986) refere-se a uma motivação para um determinado comportamento que a pessoa se sente capaz de realizar e valoriza. Esse comportamento depende das expectativas de ação e de auto-eficácia. A primeira refere-se à crença pessoal que um determinado comportamento leva a um resultado específico. A segunda refere-se à crença de adoção desse comportamento, somos ou não capazes de o adotar. Na teoria da Ação Racional são analisadas as relações entre as crenças, atitudes, intenções e comportamentos. A intenção da pessoa é influenciada por fatores sociais e pelo que os outros consideram comportamentos adequados (Pender, 2011).

O Modelo é representado por um esquema para melhor compreensão (Anexo II). É um modelo individual, não se aplica a grupos, e pode aplicar-se ao longo de todo o ciclo vital para explicar a mudança de comportamento. A pessoa gere ativamente o seu comportamento de saúde. Os conceitos principais são: fatores cognitivo-perceptivos e fatores modificadores. Os primeiros incluem: a importância da saúde, o controlo percebido da saúde, a autoeficácia percebida, a definição de saúde, o estado de saúde percebido, os benefícios percebidos resultantes da adoção de determinado comportamento e os obstáculos para realizar a ação. Os segundos referem-se a características demográficas, biológicas, influências interpessoais, fatores situacionais e comportamentais (Pender, 2011).

3 – METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE

Para Imperatori e Giraldes (1993) o planeamento define-se como a aplicação da lógica na transformação da realidade, utilizando a racionalidade das decisões e a capacidade de moldar a realidade para ser possível referir-mo-nos ao futuro. Isto só se torna possível tendo por base um modelo pré-definido.

As intervenções de enfermagem na prestação de cuidados - e a forma como as planeamos e optamos por umas em detrimento de outras, tendo por base a evidência científica - dependem financeiramente do Governo, da disponibilização de recursos para implementar ou não uma estratégia de prevenção abrangente. Essa disponibilidade apenas existirá, do ponto de vista económico, se o Governo tiver dados sobre poupança efetiva.

Cabe também aos enfermeiros este papel de traduzir em dinheiro as intervenções, demonstrando por que é preciso implementá-las de uma determinada forma. A recomendação de intervenções baseadas em evidência altera a prestação de cuidados e isso só é possível através do planeamento em saúde. Dele depende a avaliação das políticas implementadas e os seus resultados servem para dar, a cidadãos e políticos, as bases para discutir e avaliar ideias, objetivos e resultados, bem como tomar decisões. Para Imperatori (1986) o planeamento em saúde procura mudanças nos hábitos de saúde da população e na utilização dos serviços, frequentemente insiste-se na participação da população nos programas de saúde.

3.1 – Diagnóstico de Situação em Saúde

Segundo Imperatori e Giraldes (1993), o diagnóstico de situação é o primeiro passo no processo de planeamento e deve corresponder às necessidades da população. Os mesmos autores dizem-nos que o conhecimento das necessidades sentidas e expressas pela população resulta do diagnóstico de situação:

“o diagnóstico de situação deve ter como principais características ser suficientemente alargado aos sectores económicos e sociais por forma a permitir identificar os principais problemas de saúde e respectivos factores condicionantes. Ser suficientemente aprofundado para explicar as causas desses problemas; ser fundamentalmente sucinto para ser facilmente lido e apreendido por todos...ser suficientemente claro para ser entendido por elementos da população, por técnicos e por políticos.”(Imperatori, 1986, p.11)

Este projeto de intervenção comunitária foi desenvolvido numa UCSP, de março de 2013 a março de 2014, conforme o cronograma em anexo (Apêndice I).

3.2 – Questões Éticas

A ética baseia-se em questões de ordem moral e de justiça. Nestas questões estabelece-se um confronto entre direitos e deveres que se autorregulam. Os padrões éticos profissionais assentam num conceito moral básico que é a preocupação com o bem-estar de outros seres humanos. Não basta a qualidade técnica e científica, mas também a humana que tem subjacente a observância pelos valores universais, com vista à salvaguarda da liberdade e dignidade da pessoa e do enfermeiro. A observância dos valores universais na relação profissional e no contexto do exercício determina a existência de princípios orientadores da prática, que configuram os princípios éticos nos cuidados de saúde. Estes princípios estão plasmados no código deontológico dos enfermeiros. São eles o princípio da beneficência e da não maleficência (Ordem dos Enfermeiros, 2009). Princípio da beneficência: “...relaciona-se com o dever de fazer o bem, de ajudar o outro a obter o que é para seu benefício.” Princípio da não maleficência implica o dever: “...de não fazer mal, ...de não causar dano... a sua aplicação está relacionada com os valores e interesses das pessoas implicadas e da ponderação das consequências individuais e sociais.”

Para aplicar o questionário aos pais foram observados estes princípios éticos. Foi obtido o consentimento informado (Apêndice II), garantido o anonimato e respeitando o princípio da confidencialidade. Foi também obtida autorização da diretora executiva do ACES para a aplicação dos questionários (Anexo III) após parecer da comissão de ética da ARSLVT (Anexo IV), que dispensou a autorização por não se tratar de um projeto de investigação.

3.3 – Caracterização do Local de Intervenção

A UCSP é uma unidade de prestação de cuidados de saúde primários, inserida no ACES Lisboa Central. Localiza-se em pleno centro da freguesia histórica da Graça. Disponibiliza cuidados de saúde à população das freguesias da Graça, S. Vicente, Sto. Estevão, Castelo e Socorro.

O total de residentes nestas freguesias (Censos, 2011) é de 13.849 mas o número de inscritos nesta UCSP ultrapassa os 19 mil utentes (19.456). Também o número de crianças, dos 0 aos 14 anos, inscritas (1.819) é superior às residentes (1.473). Este fato prende-se com o direito de escolha dos utentes, que mesmo mudando de residência podem continuar inscritos no centro de saúde de origem.

Verifica-se, na população inscrita, que 15% é de nacionalidade estrangeira e oriunda de vários países da Europa: Roménia, Itália, França e Espanha principalmente, mas também de outros como Bangladesh, Índia, China e Cabo Verde.

3.4 – Caracterização da População Alvo e Amostra

A população é constituída por todas as crianças inscritas na UCSP, nascidas em 2010, 2005 e 1998, num total de 397 crianças. A amostra são as crianças destes *coortes* vacinais com vacinas em atraso (52 crianças) e a população alvo são os pais destas crianças, na medida em que são eles os responsáveis por comparecer ou não à vacinação. Recorreu-se à pesquisa informática em todas as bases de dados utilizadas pela UCSP e reconhecidas pela ACSS para obtenção de dados relativos ao estado vacinal, ou outros, das crianças nestes *coortes*: SINUS, SAPE, Plataforma RCV, PDS e ficheiro de convocatórias escritas efetuadas pela UCSP.

Quadro 1 – População abrangida pelo projeto

Coorte	PNV	Total de fichas de vacinação	Total de pessoas vacinadas	PNV cumprido (sobre o total)	Total de crianças com recusa de vacinação*	Total de crianças com contra-indicação formal à vacinação**	PNV cumprido (sem as recusas/contra-indicações)
Nascidos de 01/01 a 31/12 de ...	Vacinas	(nº)	(nº)	%	(nº)	(nº)	%
2010	BCG	140	122	87,1	1	0	87,8
	DTPa						
	VHB						
	VASPR						
	VIP						
	Hib						
	MenC						
2005	BCG	134	113	84,3	0	0	84,3
	DTPa						
	VHB						
	VASPR						
	VIP						
	Hib						
	MenC						
1998	Td	123	110	89,4	0	0	89,4
	VHB						
	VASPR						
	VIP						
	MenC						

* Nº de casos de recusa da vacinação **com documento assinado** pelos responsáveis pela criança

** Nº de crianças com contra-indicação formal a 1 ou mais vacinas (com declaração médica)

Fonte: SINUS UCSP

Como fatores de exclusão foram definidos: crianças nascidas fora destes *coortes*, crianças não inscritas na UCSP, crianças dentro destes *coortes* com vacinas em dia, falta de registos de vacinas, crianças que tenham regressado aos Países de origem ou emigrado e crianças sem telefone que não residam nestas moradas. Como fator de inclusão foi definido: crianças nascidas nestes *coortes* com vacinas em atraso e sem contra-indicações para administração de vacinas.

Foram contactados os pais das 52 crianças com vacinas em atraso. Nos casos em que não se conseguiu contacto telefónico, foi efetuada visita domiciliária. Das 52 crianças, 10 tinham vacinas em dia faltando apenas o registo, 10 regressaram ao país de origem com os pais e 2 emigraram com os pais. “após ter circunscrito o seu campo de análise, deparam-se três possibilidades ao investigador:

ou recolhe dados e faz incidir as suas análises sobre a totalidade da população coberta por esse campo; ou a limita a uma amostra representativa desta população” (Quivy, 1998, p.161). A amostra ficou composta por 30 crianças. Para a concretização do projeto optou-se pelo método de amostragem não probabilística, intencional, onde não há probabilidade igual de qualquer elemento da população ser escolhido para constituir a amostra (Fortin, 2009). Estas crianças têm uma característica específica, vacinas em atraso, as crianças com vacinas em dia não têm a mesma possibilidade de ser escolhidas para a amostra. A escolha da amostra é intencional porque representa os casos a partir dos quais se poderá retirar informação necessária para a elaboração do projeto. É uma parte da população sobre a qual se faz o estudo, que deve ser representativa e com certas características conhecidas da população (Fortin, 2009).

3.5 – Instrumento de Colheita de Dados

Encontrada a amostra e a população alvo torna-se necessário identificar os problemas, necessidades e potencialidades, para atingir o objetivo geral delineado. Só depois de perceber o que sabem estes pais sobre vacinação é que poderemos partir para a definição dos problemas, o planeamento das intervenções e a definição de objetivos específicos. A necessidade de planear torna-se evidente perante recursos escassos. Sabemos que as intervenções isoladas têm custos elevados e por vezes irrecuperáveis (Imperatori e Giraldes,1986).

Foi necessário definir o instrumento de colheita de dados, encontrando um validado que fornecesse a informação pretendida. Contactou-se a APIFARMA e a GFK no sentido de obter autorização para a utilização do questionário aplicado aos pais. Foi concedida autorização (Anexo V) por parte das duas entidades.

O questionário a aplicar está de acordo com o referencial teórico. As perguntas dividem-se em caracterização, através de indicadores demográficos, sociais, financeiros e estado vacinal; em conhecimento sobre doenças evitáveis pelas vacinas do PNV e sobre as próprias vacinas; bem como em questões comportamentais.

Quadro 2 – Dimensões do questionário

Dimensões	N.º de Questões
Caraterização da Amostra	P.1 – de D.1 a T6
Conhecimento Sobre Vacinas	P.2 a P.20
Conhecimento Sobre Doenças Evitáveis pelo PNV	P.3; P.21
Comportamento	P.8 a P.9 – P.13; P.15 a P.16;P.19

O instrumento foi aplicado aos pais das crianças entre 1 e 23 de junho de 2013 conforme descrito no cronograma. Os questionários realizaram-se presencialmente na UCSP e no domicílio dos utentes, individualmente e auto-preenchido. Em ambas as situações foi explicado detalhadamente o objetivo do projeto. O instrumento está validado e reconhecido pela DGS.

3.6 – Tratamento de Dados e Principais Resultados

Os dados recolhidos referem-se aos pais das crianças e foram analisados com recurso ao programa informático da Microsoft, Excel 2010. Para Fortin (2009), o questionário é um instrumento de medida que traduz os objetivos através de variáveis mensuráveis. Os dados são apresentados em frequências absolutas e relativas, para melhor compreensão estão representadas no Apêndice III e divididas em variáveis com base no Modelo de Nola de Pender. A caracterização incide sobre os pais das crianças por serem os responsáveis pela vacinação dos filhos e qualquer intervenção se dirige aos mesmos pelas razões já enunciadas.

Análise Sociodemográfica dos Pais

No Quadro 3 encontram-se caracterizadas as variáveis sociodemográficas - estado civil e habilitações literárias dos pais:

Quadro 3 – Estado civil e habilitações literárias

Estado Civil	N	%
Solteiro	3	10
Casado/União de Fato	21	70
Viúvo	1	3
Divorciado	5	17
Habilitações Literárias	N	%
1º Ciclo	0	0
2º e 3º Ciclo Secundário	9	30
Superior	21	70

Foram inquiridos 30 pais, 18 (60%) são mulheres. A maioria, 21 pais (70%), são casados ou vivem em união de facto. Dos participantes, 21 pais (70%) têm formação superior, 8 (27%) estão desempregados e 10 (30%) trabalham por conta de outrem. Quanto à idade, 16 pais (53%) situam-se entre os 36 e os 45 anos, a média de idades é de 34 anos (Apêndice III).

Análise do Conhecimento Sobre Doenças e Vacinas

Na variável do conhecimento sobre vacinas: 12 pais (40%) consideram que a vacinação não é tão importante porque há doenças que estão a desaparecer e 4 pais (13%) acreditam que as vacinas podem trazer mais riscos do que benefícios, embora 8 dos inquiridos (27%) considerem que as vacinas são a melhor forma de prevenir doenças e 6 pais (20%) descrevam-nas como responsáveis pela erradicação de doenças a nível mundial. Dos inquiridos, 24 (80%) admitem desconhecer o PNV. Sobre a sua gratuitidade, 21 pais (70%) acham que é apenas gratuito para crianças e 6 (20%) referem-nas como não gratuitas. Sobre as vacinas administradas, 27 pais (90%) desconhecem qual a última vacina que foi administrada ao seu filho (a) e 29 pais (97%) admitem não saber qual a próxima administração. Dos participantes, 16 (53%) adquirem conhecimentos sobre vacinas pela *internet* e apenas 8 pais (27%) o fazem através do enfermeiro; segue-se o médico de família como fonte de informação (4, 13%) e a farmácia (2, 7%).

Sobre o conhecimento de doenças evitáveis pelas vacinas do PNV: 26 pais (87%) não as conhecem. Dos participantes, 18 (60%) pedem informações sobre

essas doenças ao médico de família, 10 pais (33%) procuram na *internet* e apenas 2 pais (7%) recorrem ao enfermeiro.

Na variável do comportamento: dos inquiridos, 12 (40%) admitem que os filhos (as) não têm as vacinas em dia, 10 pais (33%) acham que talvez tenham e 6 (20%) admitem que não sabem. Os motivos variam entre, 10 pais (33%) referem que já fizeram suficientes, 8 participantes (27%) esperavam um aviso do centro de saúde, 6 pais (20%) esqueceram-se ou não tiveram tempo. No cumprimento do PNV desde o nascimento dos filhos (as), 12 pais (40%) admitem que muitas vacinas foram administradas com atraso e 11 (37%) referem-se a uma ou outra administrada com atraso. Dos participantes, 15 pais (50%) admitem que com o crescimento dos filhos (as) tornaram-se menos rigorosos e 10 (33%) admitem nunca ter sido muito rigorosos. Sobre as convocatórias, 16 pais (53%) referem ter recebido uma carta do centro de saúde a avisar sobre vacinas em atraso, 5 (17%) foram contactados pelo telefone e 9 (30%) informados pelo enfermeiro do centro de saúde.

Destaca-se a *internet* como principal fonte de informação sobre vacinas e o médico de família sobre doenças, em detrimento do enfermeiro. A larga maioria não tem conhecimentos sobre vacinas e doenças evitáveis pelo PNV. Também não sabem se os filhos (as) têm vacinas em atraso, apesar de alertados, a maioria por carta. É uma surpresa a crença destes pais de que algumas doenças estão a desaparecer e por isso a vacinação deixou de ser tão importante. Esta crença coincide com uma das justificações principais para as vacinas em atraso, “já fizeram vacinas suficientes”.

Num estudo de Sousa & Frias (2002) a principal fonte de conhecimento sobre vacinas é o médico. O estudo da APIFARMA (2012) revela alguma tendência para desvalorizar as vacinas atuais “porque há doenças que estão a desaparecer”. Este estudo também detetou falta de conhecimento relativamente às vacinas e identificou o médico de família como principal fonte de informação.

3.7 – Identificação e Priorização dos Problemas

A definição de prioridades é a segunda etapa do planeamento em saúde. Imperatori (1986) refere que se definem prioridades porque não é possível resolver simultaneamente todos os problemas de saúde. Esta fase engloba três passos: a determinação de prioridades, a definição de critérios e ponderação e a técnica escolhida para determinar as prioridades. A determinação de prioridades permite-nos saber qual o problema a que respondemos primeiro, isso ajuda-nos na utilização eficiente dos recursos disponíveis e melhores resultados (Tavares, 1990).

Após a análise dos dados foram identificados os seguintes problemas:

- 1 - Conhecimentos diminuídos sobre vacinas e PNV
- 2 - Conhecimentos diminuídos sobre doenças evitáveis pelo PNV
- 3 - Imunização deficiente devido a conhecimentos diminuídos

Segundo Pineault e Daveluy (1987), os principais critérios para estabelecer prioridades de saúde são a importância do problema, a capacidade de solucioná-lo e a exequibilidade da solução. Para determinar as prioridades foi escolhida a técnica da grelha de análise. Esta técnica é de fácil aplicação, para cada problema identificado estabelece a sua importância, a sua relação com fatores de risco, a capacidade de o resolver e sua exequibilidade. A grelha de análise parece a mais adequada ao referencial teórico de enfermagem escolhido, o Modelo da Promoção de Saúde de Nola Pender. Pineault e Daveluy (1987) afirmam que existe uma relação de causalidade entre a ação proposta e os resultados que se pretendem alcançar. Cada critério da grelha de análise, tendo por base o Modelo de Promoção de Saúde já referido, adequa-se a questões relacionadas com o comportamento anterior e o comportamento de saúde desejado. Ora, de acordo com o Modelo, ao intervir ao nível cognitivo de forma eficaz, asseguramos compromissos de ação que se mantêm ao longo do tempo. Na aplicação da grelha de análise utiliza-se uma classificação de mais (+) ou de menos (-) para o problema, segundo os critérios já referidos. A prioridade obtém-se seguindo a grelha (Anexo VI). Os resultados são apresentados no Apêndice IV. Os problemas selecionados com maior prioridade para intervir na comunidade são o 2 e o 3, conhecimentos diminuídos sobre doenças evitáveis pelo PNV e, conseqüentemente, imunização deficiente. Neste caso, os dois

apresentam a mesma posição na grelha de análise. Uma desvantagem desta técnica é o facto de o primeiro critério ser muito discriminativo, pelo que, no caso de se atribuir uma classificação diferente, nesse critério, a dois problemas, condiciona, logo à partida, a sua ordenação final (Tavares, 1990). A valoração de positivo e negativo para os 3 problemas identificados foi muito ponderada. Tendo por base os resultados obtidos no diagnóstico de situação e o Modelo escolhido, decidiu-se que é mais importante o conhecimento sobre doenças evitáveis pelo PNV do que o conhecimento sobre o PNV em si, na medida em que este pode englobar-se no primeiro. No caso do problema 3, é referido ao longo do projeto que a imunização deficiente pode levar ao reaparecimento de determinadas doenças já eliminadas em Portugal e noutros Países, com o conseqüente aumento da morbilidade e mortalidade (DGS, INSA, 2012, 2013). Assim, valorámo-lo com mais face ao problema 1. A avaliação da grelha de análise foi submetida à apreciação de 2 peritos e por mim própria.

Após a priorização foram formulados os diagnósticos de enfermagem com base na CIPE® versão 2 (2011). Na UCSP o programa de registos clínicos de enfermagem é o SAPE que utiliza a linguagem CIPE®. Os fenómenos de enfermagem são: Adesão à Vacinação e Comportamento de Procura de Saúde. Os focos de atenção são: adesão à vacinação e comportamento de procura de saúde. Os diagnósticos identificados são: “adesão à vacinação”, “conhecimentos dos pais sobre vacinação” e “comportamento de procura de saúde”; todos eles não demonstrados.

Quadro 4 – Diagnósticos de Enfermagem

Prioridades	Diagnósticos de Enfermagem
2 – Conhecimentos diminuídos sobre doenças evitáveis pelo PNV	1 - Comportamento de procura de saúde e adesão à vacinação não demonstrados.
3 – Imunização deficiente devido a conhecimentos diminuídos	2 – Conhecimentos dos pais sobre vacinação não demonstrados.

O problema 3, no nosso entender, é dependente do 2, na medida em que se os pais adquirirem conhecimentos sobre doenças evitáveis pelo PNV e compreenderem a justificação do ato de vacinar, com muito mais facilidade aderem à vacinação.

3.8 – Fixação de Objetivos

Para Imperatori e Giraldes (1993), a fixação de objetivos é a elaboração do enunciado do resultado desejável em relação aos problemas definidos como prioritários, alterando a tendência da sua evolução. No caso destes pais, os objetivos devem direcionar-se para os comportamentos e estados de saúde desejáveis para a amostra. Assim, estes objetivos deverão ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis. Fixar objetivos não é mais do que definir para onde se vai (Tavares, 1990).

Tendo por base os diagnósticos de enfermagem identificados para a população alvo, definiu-se como objetivo geral da intervenção:

- ✚ Capacitar os pais para adesão à vacinação, para as 12 doenças evitáveis pelo PNV.

Assim, determinaram-se os seguintes objetivos específicos: i) transmitir conhecimentos aos pais sobre doenças evitáveis através do PNV; ii) transmitir conhecimentos aos pais sobre o PNV e divulgá-lo.

Estabelecemos como metas para os objetivos específicos, a alcançar no final da intervenção:

- ✚ Que seja possível aumentar, em 75% dos pais, conhecimentos sobre doenças evitáveis pelo PNV e vacinas administradas através do PNV para protecção específica das crianças, até Fevereiro de 2014;
- ✚ Que seja possível realizar 30 sessões de formação individuais, aos pais, sobre doenças evitáveis pelo PNV e vacinas administradas através do PNV até 15 de Janeiro de 2014;
- ✚ Vacinar 95% das crianças até 31 de Janeiro de 2014;

- ✚ Aumentar em 75% o comportamento de procura de saúde dos pais, até Fevereiro de 2014;
- ✚ Que seja possível implementar um sistema de convocações para adesão à vacinação que envolva toda a equipa clínica da UCSP, até Fevereiro de 2014.

3.9 – Seleção de Estratégias

Para Imperatori e Giraldes (1993), a seleção de estratégias é a escolha de um conjunto de técnicas específicas para alcançar os objetivos fixados. Selecionam-se as mais adequadas, tendo em conta custos, obstáculos, pertinência, vantagens e inconvenientes de cada uma. De acordo com o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, a educação para a saúde é ao mesmo tempo a arte e a ciência de ajudar as pessoas a fazer mudanças de estilos de vida, uma combinação de apoios educacionais para as ações e condições de vida que conduzem ao estado de saúde desejado através da mudança de comportamentos (Pender, 2011). O Modelo escolhido para o projeto permite capacitar para a adoção ou alteração de comportamentos do indivíduo para que este cresça e progrida com vista ao bem-estar geral. Estas modificações de comportamento processam-se através da alteração dos conhecimentos (cognição) para que a pessoa gira ativamente o seu comportamento de saúde.

Promoção da saúde e educação para a saúde são muitas vezes usados como sinónimos. Os termos estão intimamente ligados, mas são conceitos diferentes. A educação para a saúde concentra-se em atividades e experiências de indivíduos e grupos de aprendizagem. É uma componente da promoção da saúde que combina estratégias necessárias para intervir ao nível da cognição (Pender, 2011).

Foi decidido, como principal estratégia, a educação para a saúde dirigida aos pais, através de sessões individuais sobre o PNV e doenças evitáveis pelo mesmo. Um programa de mudança positivo é baseado no indivíduo, sendo este ajudado pelo enfermeiro a identificar significativas inconsistências no seu comportamento. Os pais devem selecionar, entre as opções disponíveis, os comportamentos que eles estão dispostos a adotar. As prioridades deles para a mudança de comportamento refletirão valores pessoais, preferências de atividades, habilidades cognitivas e psicomotoras, respostas afetivas para as várias opções de comportamento,

expectativas de sucesso, e a facilidade com que os comportamentos selecionados podem ser integrados num estilo de vida diária (Pender, 2011). As mudanças de comportamento requerem também um aumento da probabilidade do indivíduo o manter. O desafio consiste em aproveitar da melhor forma o enorme potencial que cada um tem, profissionais e famílias, para mudar comportamentos. Os enfermeiros têm um envolvimento fundamental, pois, nos pressupostos deste modelo, é referido que os profissionais de saúde constituem parte do ambiente interpessoal que exerce influência sobre as pessoas ao longo do seu ciclo vital. As famílias e os prestadores de cuidados de saúde são importantes fontes de influência interpessoal que podem aumentar ou diminuir o compromisso e a adoção de comportamentos de promoção de saúde.

Para Pender (2011), a infância é um período crítico para a adopção de comportamentos e estilos de vida saudáveis. Os pais exercem influência sobre os seus filhos no que respeita a comportamentos de promoção de saúde. Servem como um modelo, embora seja difícil envolver os pais devido a compromissos profissionais e outros, o sucesso destes programas individuais justifica o esforço. Trabalhar os conhecimentos dos pais sobre vacinação é também investir em comportamentos promotores de saúde nas crianças. Ajudar os pais na compreensão da vacinação e na sua escolha para proteger os seus filhos, é um dos aspectos mais importantes do trabalho dos profissionais de cuidados de saúde primários (ECDC, 2013).

Nos resultados obtidos, dos 30 inquiridos, 16 pais (53%) procuram informações sobre vacinas na *internet* e 10 (33%) usa o mesmo meio para obter informações sobre doenças evitáveis pelo PNV. O ECDC (2013) refere que muitos pais querem trabalhar em parceria com os enfermeiros e outros prestadores de cuidados de saúde. Quando nos trazem uma longa lista de dúvidas ou informações a partir da *Internet* ou de outras fontes, não devemos interpretar isso como uma falta de respeito pelo enfermeiro. Em vez disso, devemos reconhecer que o tempo gasto a pesquisar vacinas significa que este é um tema importante para os pais. Se parecermos ofendidos por perguntas ou desvalorizarmos as questões dos pais, pode deixar de haver diálogo e confiança. Também Pender (2011) refere que o crescimento e melhoria na tecnologia *internet* tornou-se uma parte essencial da vida quotidiana. A informação é extensa e está acessível em praticamente qualquer

tópico, podendo ser acedida a qualquer momento, em qualquer localização geográfica. No entanto, a qualidade das informações de saúde disponíveis é altamente variável, indicando que os indivíduos precisam aprender a avaliar a informação. Os enfermeiros devem partilhar o seu conhecimento de programas eficazes e *sites da internet* fidedignos, o que irá reforçar o papel do indivíduo no seu autocuidado.

Para intervir junto da equipa da UCSP decidimos pela mesma abordagem individual, explicando as razões da necessidade de uma estratégia comum para implementar um sistema de comunicação entre enfermeiros, médicos, administrativos e pais no que respeita à vacinação.

Já referimos ao longo do projeto que as nossas intervenções e a forma como as planeamos e decidimos sobre as mais adequadas, tendo por base um qualquer Modelo, dependem financeiramente do Governo e da disponibilização de recursos para implementar ou não uma estratégia de prevenção abrangente. Essa disponibilidade apenas existirá, do ponto de vista económico, se o Governo tiver dados sobre poupança efectiva. Cabe também aos enfermeiros este papel, demonstrando por que é preciso implementá-las desta forma e não de outra. As estratégias seleccionadas não comportam custos acrescidos para o serviço. As ações individuais decorrerão no domicílio dos pais, com recurso ao computador dos mesmos e a folhetos informativos em suporte digital.

3.10 – Preparação Operacional

Esta etapa corresponde às atividades necessárias à execução das estratégias seleccionadas. É definido o cronograma, a responsabilidade da execução e os recursos necessários (Imperatori e Giraldes, 1993). Como já referido na etapa anterior, optou-se pelas sessões individuais de educação para a saúde aos pais, o plano destas sessões encontra-se em anexo (Apêndice V).

Identificámos a *internet* como um recurso importante de aprendizagem. Nas diversas conversas mantidas com os pais participantes no projeto, soubemos que todos dispõem de computador com ligação à *internet* e utilizam o motor de busca *google*. Todos referem ser mais fácil aceder a conteúdos informáticos para folhetos do que em suporte de papel. Assim, relativamente à informação sobre doenças

evitáveis pelo PNV e vacinas administradas através do PNV, decidiu-se criar um folheto informativo, em suporte digital, para guardar no ambiente de trabalho do computador dos pais. Para evitar a perda de informação sobre o calendário do PNV, recorreremos ao Boletim de Saúde Infantil de cada criança que contém na primeira página o calendário de administração de vacinas de acordo com o PNV. Desta forma, diminuámos o risco de os pais perderem folhetos em papel e, conseqüentemente, perderem informação. Seguindo o mesmo princípio, recorreremos aos *sites de internet*, Portal de Saúde Pública e da DGS para divulgar conhecimentos sobre cada uma das doenças evitáveis pelo PNV e respetivas vacinas nele integrado. Será criado um acesso rápido a estes *sites de internet* no computador dos pais.

Os conteúdos do folheto informativo em suporte informático foram retirados do *site da internet* do European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Foi com base nos conteúdos do ECDC que a DGS divulgou informação sobre vacinas e doenças evitáveis pelo PNV durante a 8ª Semana Europeia da Vacinação, em abril deste ano. A iniciativa foi promovida pela OMS e apoiada pela DGS. Os conteúdos do folheto informativo têm um nível de leitura acessível aos pais e estão estruturados numa base de pergunta/resposta, o que facilita a compreensão por parte dos pais (Apêndice VI). Todos os pais que responderam ao questionário aceitaram participar nas sessões individuais, que serão realizadas em casa dos mesmos, em horário a combinar.

Relativamente à implementação de um sistema de convocações para adesão à vacinação que envolva toda a equipa clínica da UCSP, discutiu-se individualmente com todos os enfermeiros, administrativos e médicos para encontrar um sistema comum de comunicação e atuação. Os resultados desta e das outras atividades são apresentados em quadros para melhor compreensão.

Quadro 5 – Sessão de Educação para a Saúde, individual, aos pais sobre doenças evitáveis pelo PNV e vacinas administradas através do PNV

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Objetivo a Atingir	Avaliação
Sessão de educação para a saúde, individual, dirigida aos pais participantes no projeto	Um enfermeiro	Sessões realizadas entre 13 de Dezembro de 2012 e 15 de Janeiro de 2014	Em casa dos participantes	Recorrendo ao computador, 20 minutos para apresentação dos sites da internet, do folheto e do boletim de saúde infantil das crianças. Criação dos acessos rápidos e esclarecimento de dúvidas.	Realizar 100% das sessões individuais. Aumentar, em 75% dos pais, conhecimentos sobre doenças evitáveis pelo PNV e vacinas administradas através do PNV para protecção específica das crianças. Aumentar, em 75%, o comportamento de procura de saúde dos pais	Realização efetiva das 30 sessões individuais aos pais. Que 75% dos pais responda correctamente às perguntas feitas no final da sessão sobre os temas abordados

Uma das metas do projeto é vacinar 95% das crianças da amostra. Na etapa de determinação de prioridades, verificámos que o problema da vacinação deficiente da amostra está dependente dos conhecimentos diminuídos, dos pais, sobre doenças evitáveis pelo PNV. Só depois de os pais adquirirem conhecimentos sobre doenças evitáveis pelo PNV e vacinas administradas, e compreenderem as razões do ato de vacinar, é que, com muito mais facilidade, aderem à vacinação. Assim, a atividade de administração de vacinas do PNV às crianças da amostra, é realizada após a atividade descrita no Quadro 5. Para melhor compreensão das atividades realizadas, apresentam-se esquematizadas em quadros.

Quadro 6 – Reuniões individuais com Enfermeiros, Administrativos e Médicos para implementação de Sistema de Convocações para Adesão à Vacinação

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Objetivo a Atingir	Avaliação
Reuniões Individuais com enfermeiros, administrativos e médicos da UCSP	Um enfermeiro	Realizadas entre 1 de Dezembro de 2012 e 15 de Janeiro de 2014	UCSP	Recorrendo ao computador, 10 minutos para apresentação dos indicadores de vacinação da UCSP para a amostra escolhida e diagnóstico de situação encontrado. Discussão de propostas para implementação de sistema comum de convocações para adesão à vacinação na UCSP	Reunir com todas as pessoas dos 3 grupos profissionais. Implementar um sistema de convocações para adesão à vacinação que envolva toda a equipa clínica da UCSP	Realização efetiva de todas as reuniões. Que a equipa clínica da UCSP adira ao sistema de convocações para adesão à vacinação.

Quadro 7 – Atividade de administração das Vacinas do PNV em atraso

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Objetivo a Atingir	Avaliação
Administração das vacinas do PNV em atraso, à amostra do Projeto	Um enfermeiro	Entre 15 e 31 de Janeiro de 2013	UCSP	Administração das vacinas do PNV, em dia à escolha dos pais, entre as 9h e as 17h e registo no SINUS e SAPE	Vacinar 95% da amostra, aumentando a proteção específica das crianças	Que, no final da atividade, o número de vacinados corresponda a 95%, ou mais, da amostra

3.11 – Avaliação

A avaliação atualiza o diagnóstico já que o planeamento em saúde é um processo contínuo e dinâmico (Imperatori e Giraldes, 1993). Esta última etapa determina o sucesso de um objetivo e a adequação das estratégias. Como só é possível avaliar o que se pode medir, para cada actividade serão comparados os objectivos e metas propostos com os resultados atingidos.

Quadro 8 – Avaliação da Sessão Educativa aos pais

Metas	Proposto	Atingido	Avaliação
1 – Realizar 30 sessões de formação individual aos pais	1 – 100%	1 – 100%	No final das sessões colocaram-se as seguintes questões: ✓ Quais as doenças evitáveis pelo PNV? ✓ Quais as vacinas administradas através do PNV e quando? ✓ Sabe onde obter informação correcta sobre estes temas?
2 – Aumentar conhecimentos dos pais sobre doenças evitáveis pelo PNV	2 – 75%	2 – 90% (27 pais)	
3 – Aumentar conhecimentos dos pais sobre vacinas administradas através do PNV e idade chave	3 – 75%	3 – 83% (25 pais)	

Os problemas identificados indicaram conhecimentos diminuídos sobre vacinas e doenças evitáveis pelo PNV, bem como imunização deficiente por estas razões. Todos os pais participaram nas sessões educativas e mostraram preferência por sessões individuais, utilização de *internet* e suporte digital. Foram atingidos os objetivos propostos e as metas, que ultrapassaram mesmo o definido. Para Imperatori:

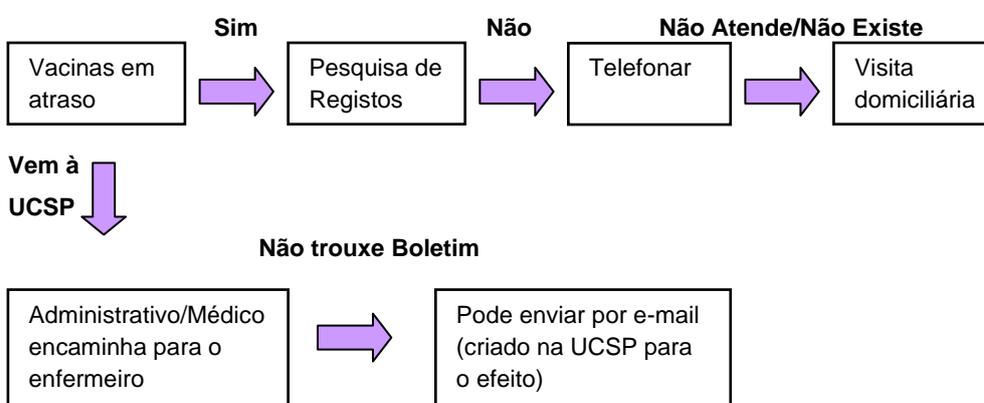
“qualidade é o que o cliente quer e como ele julga. É um conceito sistemático de busca de excelência. A qualidade de um mesmo produto/serviço pode ser diferente para diferentes clientes e pode ser diferente para o mesmo cliente em diferentes tempos ou condições” (Imperatori, 1999, p.291).

O indicador utilizado foi o número total de participantes nas sessões (30 pais, 100%) /número de participantes que obtiveram conhecimentos sobre doenças evitáveis (90%, 27 pais) e/ou vacinas administradas através do PNV nas respectivas

idade chave (83%, 25 pais). O diagnóstico de enfermagem, formulado com base na CIPE®, “conhecimentos dos pais sobre vacinação” passou de não demonstrado a demonstrado.

As estratégias, considerando as metas e os objectivos atingidos e superados, revelaram-se adequadas e foram descritas pelos pais como esclarecedoras, próximas e de grande ajuda. Aliás, as estratégias escolhidas antecipam as mais recentes propostas do Ministério da Saúde e da Direcção Geral da Saúde para o novo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), já em vigor desde junho de 2013. O Boletim de Saúde Infantil e Juvenil terá uma versão digital, o *eBoletim*, que permitirá aos pais optarem por esta alternativa em vez do modelo em suporte de papel. O *eBoletim* é de fácil utilização, está disponível através de *Internet* e terá um sistema automático de alerta, aos utentes e aos profissionais de saúde, que avisa os pais por *e-mail* sempre que existam vacinas em atraso. Prevê-se para este ano de 2014 a entrada em vigor destas funcionalidades.

🚦 Algoritmo de Sistema de Convocações para Adesão à Vacinação



Foi definido como meta a implementação de um sistema único de convocações para adesão à vacinação, envolvendo toda a equipa clínica da UCSP. Fizeram-se reuniões com médicos, enfermeiros e secretários clínicos. Foi implementado o algoritmo de actuação descrito na figura. Este sistema está a funcionar desde setembro de 2013 e prevê-se a sua avaliação plena em janeiro de 2015, altura em que serão calculadas as taxas de adesão à vacinação para os *coortes* escolhidos para a análise de 2014 (nascidos em 2012, 2007 e 2000). Ainda

assim, apesar de implementado há apenas 4 meses, esta estratégia refletiu-se nas taxas de adesão dos *coortes* em estudo para 2013 (2011, 2006 e 1999), como descrito no quadro seguinte:

Quadro 9 – Avaliação PNV 2013

PNV Cumprido	
2011	100%
2006	100%
1999	95,8%

Fonte: SINUS UCSP a 31/12/2013.

A vantagem deste sistema único de convocações é permitir detetar qualquer vacina em atraso para qualquer ano de nascimento. No acto de inscrição na UCSP, junto dos secretários clínicos, o sistema SINUS avisa que aquele utente tem uma vacina em atraso, podendo de imediato ser vacinado em qualquer programa de saúde até às 20h. Por outro lado, para os casos em que os pais ou utentes não tenham consigo o boletim de vacinas, foi criado um *e-mail* (*monicas.vac@csgracamin.saude.pt*) no serviço que permite o envio posterior de registos em falta evitando outra deslocação do utente à UCSP. Este *e-mail* serve também para enviar, aos utentes, o folheto digital utilizado nas sessões educativas aos pais. Foi abandonado o sistema de convocação por carta.

Quadro 10 – Avaliação da administração das vacinas do PNV em atraso

Metas	Proposto	Atingido
1 – Aumentar o comportamento de procura de saúde dos pais	1 – 75%	1 – 100%
2 – Vacinar as crianças da amostra	2 – 95%	2 – 100%

No final das sessões individuais com os pais, foi proposto vacinar os filhos na UCSP durante o horário de atendimento para vacinação (das 9h às 17h), em qualquer um dos dias da semana. Todos compareceram, até ao final de janeiro. Foram superados os objetivos e as metas, o indicador utilizado foi o número total de

participantes nas sessões/número de pais que compareceram para vacinar os filhos (100% dos pais) e/ou vacinados efetivamente (100% das crianças). Os diagnósticos de enfermagem, formulados com base na CIPE®, “adesão à vacinação” e “comportamento de procura de saúde” passaram de não demonstrados a demonstrados. As estratégias definidas revelaram-se eficazes.

A DGS recomenda taxas de cobertura vacinal acima dos 95%. No final desta atividade esse objetivo estava superado. Parece muito adequada a escolha do Modelo de Promoção de Saúde para este projeto. A intervenção cognitiva revelou-se bastante eficaz através das sessões educativas. O facto de as sessões educativas serem individualizadas e realizadas no ambiente dos pais, potenciou as ações que levaram à mudança de comportamentos. Com mais facilidade, através das estratégias escolhidas, foi possível aos pais perceber as barreiras e os benefícios da vacinação a curto prazo. No entanto, a avaliação plena do projeto deveria continuar através da monitorização do estado vacinal destas crianças nos próximos anos. Só assim se avaliaria de uma forma segura se os resultados se mantêm ao longo do tempo e se perduram as mudanças de comportamento desejadas.

4 – IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Para Leger e Nutbean (2000), 1 euro gasto na promoção da saúde representa um ganho de 14 euros em serviços de saúde. Biscaia (2008) refere que os sistemas de saúde assentes em cuidados de saúde primários estruturados (CSP) são mais efetivos e custam menos, alcançam maiores índices de equidade e acessibilidade, bem como aumentam os níveis de saúde e satisfação das pessoas. Também Atun (2004) considera que os cuidados de proximidade conseguem melhor desempenho, melhores resultados, mais equidade e acessibilidade, melhor relação custo-benefício e maior satisfação do cidadão.

Este projeto, com os resultados alcançados, poderá ser o início de um processo com ganhos de saúde para todos os utentes do ACES, na medida em que pode ser aplicado a qualquer utente, em qualquer idade ou *coorte* de avaliação. As estratégias selecionadas podem ser utilizadas, genericamente, em qualquer unidade de saúde dos CSP. Os custos são praticamente nulos porque recorreremos aos recursos já existentes e disponíveis em qualquer unidade de saúde. Por outro lado, as mudanças de comportamento relativas à vacinação diminuem o risco de contrair qualquer uma das 12 doenças evitáveis através do PNV, poupando recursos ao Estado.

Portugal atravessa uma grande crise económica, fator com influência no sucesso ou insucesso das nossas intervenções. Vários autores referem os contextos de crise económica como desafios para a profissão (Doran, 1998; Fawcett 2001), por serem uma janela de oportunidade para demonstrar ao poder político como a intervenção dos enfermeiros dos CSP racionaliza custos, sem prejuízo para os utentes, para a sua individualidade e para a excelência dos cuidados. O Modelo de Fawcett (2001) demonstra que existe uma influência directa dos resultados da prática de enfermagem na política de saúde, especialmente no contributo de práticas inovadoras para o desenvolvimento de novas políticas de saúde.

5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho permitiu o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, já referidas na introdução. Com base na metodologia do Planeamento em Saúde, adquiriu-se competências técnico-científicas que permitiram a implementação de um projeto de intervenção em saúde numa comunidade. Contribui-se para a capacitação e promoção de saúde de um grupo de utentes, trabalhando em conjunto com a equipa clínica da UCSP para trazer ganhos em saúde à população. A coordenação do projeto permitiu também consolidar e adquirir conhecimentos de gestão e coordenação de equipas.

Este projeto deparou-se com algumas dificuldades, a inexperiência e o desconhecimento face à metodologia seguida. Todas as etapas do Planeamento em Saúde requerem tempo e a duração do estágio apenas possibilitou analisar uma pequena amostra dos *coortes* à disposição. Essa limitação impede-nos de generalizar os resultados aos restantes *coortes*, mas abre caminho para implementar as estratégias noutras unidades de saúde.

O Modelo de Competências de Benner (2001) define 5 níveis de competência para os enfermeiros: principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito. À luz das competências comuns e específicas definidas pela Ordem dos Enfermeiros, já mencionadas ao longo do projeto e segundo a autora supracitada, os conhecimentos adquiridos e desenvolvidos durante o estágio estão ao nível do conhecimento proficiente e perito. Benner (2001) define um enfermeiro proficiente como alguém que percebe as situações globalmente, sem ser em função de aspetos e guia o seu desempenho por máximas. Este nível não significa que não seja preciso aprofundar constantemente conhecimentos já adquiridos - pelo contrário, adquirir, ou aprofundar, conhecimentos permitirá melhorar competências adquiridas ou adquirir outras que venham a ser úteis no desempenho de outras funções. Para a referida autora (2001), a enfermeira perita analisa cada situação intuitivamente e chega ao problema sem se perder em demasiadas soluções e diagnósticos estéreis. Também Benner (2001) veio demonstrar que o desenvolvimento profissional, apesar de um processo lógico, não é igual para todos os enfermeiros. Alguns decidem de

forma mais rápida e por intuição, saltando alguns níveis descritos. É também essencial uma postura crítica e reflexiva da prática para atingir o nível de perito e essa foi também uma preocupação ao longo do projeto.

O estágio foi importantíssimo para solidificar e aplicar conhecimentos teóricos adquiridos. A experiência profissional em cuidados de saúde primários foi enriquecida com a elaboração do projeto e a sua aplicação durante o estágio. A metodologia do Planeamento em Saúde e a escolha de um referencial teórico contribuiu para uma prática profissional mais sólida, com aumento da qualidade dos cuidados prestados aos utentes da UCSP por toda a equipa clínica.

Ter iniciativa e inovar são para Le Boterf (2003) competências importantes na prática profissional atual. Para Michael Porter (2012), considerado mundialmente um dos gurus da gestão, o sistema está mal organizado, centrado nos especialistas e em questões administrativas, em vez de estar organizado por doenças, e centrado na procura, quando deveria estar na oferta. Disse-o num seminário sobre sistemas de saúde em tempo de crise. Disse ainda que todos, neste país, têm de mudar a forma de pensar e que cortar salários a médicos e enfermeiros não resolve os problemas da saúde em Portugal.

Em 2016, o Plano Nacional de Saúde (PNS) prevê que existam indicadores de acessibilidade para todos os CSP e hospitais. As instituições poderão competir, formar redes e parcerias e serão avaliadas pela capacidade de resposta, incluindo os indicadores de acesso. Os cuidados serão acessíveis, capazes de compreender as necessidades reais e expressas de saúde de cada indivíduo, e de dar uma resposta adequada, capacitadora e sustentável. Ora, as estratégias de proximidade, individualizadas e inovadoras utilizadas neste projecto vão ao encontro desta visão de futuro.

O FMI estima que nos próximos 20 anos a despesa pública em Saúde em Portugal seja a quarta a crescer mais no mundo. A projecção do FMI, publicada no livro “The Economics of Public Health Care Reform in Advanced and Emerging Economies”, coloca o país só atrás dos EUA, Luxemburgo e Suíça no crescimento da percentagem do PIB gasto em saúde. Esta projecção reflete um cenário em que se mantenham as tendências históricas das últimas quatro décadas.

Sabendo que o gasto em saúde *per capita* em Portugal é dos mais baixos da Europa, o problema só pode estar na organização dos serviços. Aliás, todas as organizações nacionais e internacionais que se debruçaram sobre o SNS chegaram a essa conclusão. O papel dos enfermeiros é especialmente destacado no memorando de entendimento da *Troika*, que menciona também a necessidade do seu reforço.

Nos próximos anos, e para justificar a aposta em cuidados de proximidade nos CSP, o grande desafio dos enfermeiros será desenvolver projetos que quantifiquem, em dinheiro poupado, as apostas na intervenção comunitária. Só desta forma será possível justificar a crescente necessidade de enfermeiros para os CSP e a redistribuição de recursos financeiros por parte do Governo.

Este não é um caminho fácil, mas ao desenvolver estes projetos os enfermeiros estarão também a aumentar a sua visibilidade perante os cidadãos e o poder político, sendo progressivamente mais capazes de influenciar directamente a definição de políticas de saúde através do recurso à investigação e da gestão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, M. (2005). Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23 (1), 91-6.
- APIFARMA & GFK (2012). *A percepção do «valor» das vacinas*. Acedido em: 25/04/2013. Disponível em: <http://www.apifarma.pt/estudos/siteestudos/Documents/An%C3%A1lise%20Valor%20das%20Vacinas.pdf>
- Atun, R. (2004). *What are the advantages and disadvantages of restructuring a healthcare system to be more focused on primary care services?* Health Evidence Network Report. London: WHO/Europe.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs. NJ: Prentice-Hall.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Biscaia, A., Martins J., Carreira M., Gonçalves I., Antunes R. & Ferrinho P. (2008). *Cuidados de Saúde Primários em Portugal, reformar para novos sucessos* (2ª ed.). Lisboa: Padrões Culturais Editora.
- Clements, B., Coady, D. & Gupta, S. (2012). *The Economics of Public Health Care Reform in Advanced and Emerging Economies*. Washington: IMF.
- Cunha, M. & Durand, J.Y. (2008). *Nas fronteiras do corpo, do saber e do Estado: vacinação e sociedade*. Acedido em: 17/07/2013. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/7650>
- Direcção Geral de Saúde (2004). *Avaliação do programa nacional de vacinação e melhoria do seu custo-efectividade: 2º inquérito serológico nacional. Portugal Continental 2001-2002*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Direcção Geral da Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Acedido em: 17/07/2013. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/>

Direcção Geral de Saúde (2012). *Programa Nacional de Vacinação*. Acedido em :28/05/2013.

Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i016935.pdf>

Doran, I., Sidani, S. & Hall, M. (1998). Linking Outcomes to Nurses Roles in Health Care. *Nursing Economics*, 16 (2), 58-64, 87.

European Centre for Disease Prevention and Control (2013). *Let's talk about protection*. Acedido em: 28/05/2013. Disponível em:

<http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/immunisation/comms-aid/Pages/protection.aspx>

EFPIA, Federação Europeia da Indústria Farmacêutica (2006). *Vacinação: Uma realidade de sucesso*. Lisboa: APIFARMA.

Fawcett, J. & Russel, G. (2001). A Conceptual Model of Nursing and Health Policy. *Politics & Nursing Practice*, 2 (2), 108-116.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Imperatori, E. & Giraldes, M. (1986). *Metodologia do Planeamento da Saúde, Manual para uso em Serviços Centrais, Regionais e Locais* (2ª ed.). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Imperatori, E. (1989). Garantia da qualidade: uma estratégia nos cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 7 (2).

Imperatori, E. & Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3ª ed.). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Imperatori, E. (1999). *Mais de 1001 conceitos para melhorar a qualidade dos serviços de saúde*. Lisboa: Edinova.

Instituto Nacional de Estatística (2010). *Pirâmide Etária*. Acedido em: 15/10/2013.

Disponível em:

http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_p_etarias&menuBOUI=13707095&contexto=pe&selTab=tab4

Instituto Nacional de Estatística (2011). *Censos 2011*. Acedido em: 17/05/2013.

Disponível em:

http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentacao

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP (2013). *Boletim*

Epidemiológico. Acedido em: 25/10/2013. Disponível em:

<http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/PublicacoesRepositorio/Documents/observa%C3%A7%C3%B5es%20N%C2%BA%20Especial%201%202013.pdf>

International Council of Nurses & Ordem dos Enfermeiros (2011). *CIPE 2:*

Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Versão 2. Lisboa: Lusodidacta.

Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a Competência dos Profissionais*. Porto Alegre: Bookman-Artmed.

Leger, St. L. & Nutbeam, D. (2000). The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in a new Europe. Part two: evidence book. The Context for Health Promotion in Schools. *Report by the International Union for health Promotion and Education*, 10.

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Código Deontológico do Enfermeiro*. Acedido em: 30/06/2013. Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Acedido em: 28/06/2013. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20128_2011_CompetenciasEspecifEnfComunitaria_SaudPublica.pdf

- Organização Mundial de Saúde (2013). *Vacinas*. Acedido em: 30/04/2013.
Disponível em: <http://www.who.int/topics/vaccines/en/>.
- Pender, N. J., Murdaugh, C.L. & Parsons, M.A. (2011). *Health promotion in nursing practice* (6ª ed.). Englewood Cliffs: Prentice Hall
- Pender, N. J., Murdaugh, C.L. & Parsons, M.A. (2002). *Health promotion in nursing practice* (4ª ed.). Englewood Cliffs: Prentice Hall
- Pineault, R. & Daveluy, C. (1987). *La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias*. Barcelona: SG Masson.
- Portal de Saúde Pública (2013). *Doenças transmissíveis*. Acedido em: 30/04/2013.
Disponível em: <http://www.saudepublica.web.pt/>.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (2ª ed.). Lisboa: Gradiva
- Ramos, V. (1988). Prever a medicina das próximas décadas: Que implicações para o planeamento da educação médica? *Acta Médica Portuguesa*, 2, 171-179
- Sakraida, T. J. (2004). Modelo de Promoção da Saúde. In A. Tomey, & M. Alligood (Eds). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra* (pp. 699-715). Loures: Lusociência.
- Sousa, P. & Frias, L. (2002). As atitudes dos utentes no que respeita à educação para a saúde no âmbito da vacinação antitetânica. *Revista Investigação em Enfermagem*, 5. 48-61.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Ministério da Saúde (2ª ed.). Lisboa: Departamento de Recursos Humanos da Saúde. Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.
- Tillett, L. A. (1999). Nola J. Pender: Modelo de promoción de la salud. In A. Tomey, & M. Alligood (Eds). *Modelos y teorías en enfermería* (4ª ed., pp. 529-537). Madrid: Harcourt Brace.

Porter, M. (2012). *Sistemas de saúde em tempos de crise*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.

XVIII Governo Constitucional (2011). *Memorando de Entendimento sobre as condicionalidades de Política Económica*. Lisboa.

ANEXOS

Anexo I – Plano Nacional de Vacinação

PNV Esquema Recomendado

Vacinação universal. Esquema Recomendado									
Vacina contra:	Idades								
	0 Nascimento	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses	5-6 anos	10-13 anos	Toda a vida 10/10 anos
Tuberculose	BCG								
Hepatite B	VHB 1	VHB 2		VHB 3					
Haemophilus influenzae b		Hib 1	Hib 2	Hib 3		Hib 4			
Difteria -Tétano - Tosse Convulsa		DTP _a 1	DTP _a 2	DTP _a 3		DTP _a 4	DTP _a 5	Td	Td
Poliomielite		VIP 1	VIP 2	VIP 3			VIP 4		
Meningococo C (a)					MenC 1				
Sarampo - Parotidite epidémica - Rubéola					VASPR 1		VASPR 2		
Infecções por vírus do Papiloma humano (b)								HPV 1; 2; 3 13 anos	

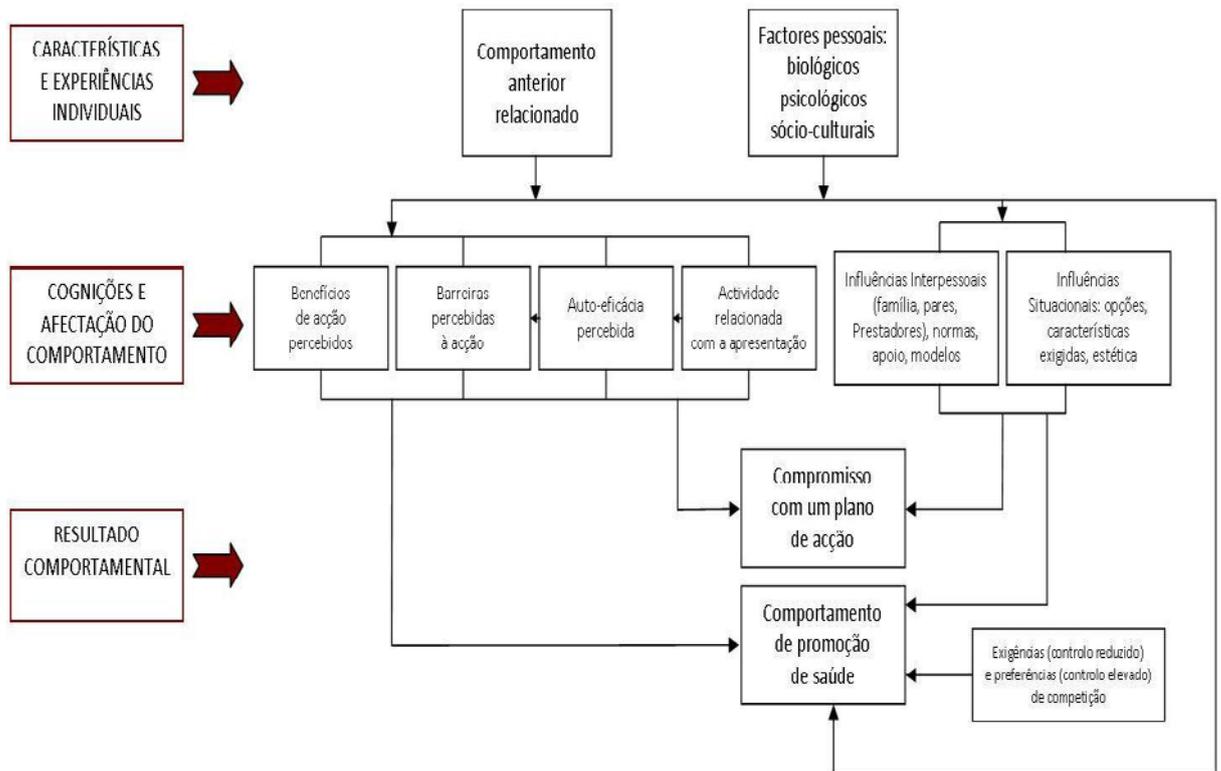
(a) À data de entrada em vigor do PNV 2012, apenas se recomenda 1 dose de MenC aos 12 meses. No período de transição, as crianças que já tenham 1 dose de MenC no 1º ano de vida, necessitam apenas da dose aos 12 meses. Independentemente do número de doses (uma ou duas) efectuadas no primeiro ano de vida, é necessária a dose dos 12 meses (respeitando sempre o intervalo mínimo entre doses).

(b) Aplicável apenas a raparigas.

Fonte: Direcção Geral de Saúde (2012). Programa Nacional de Vacinação. Portugal. Acedido em 28/05/2013. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i016935.pdf>

**Anexo II – Modelo de Promoção Saúde
de Nola Pender**

Diagrama do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender



Fonte: Pender, N. J.; Murdaugh, C.L.; Parsons, M.A. (2011). *Health promotion in nursing practice*. 6th edition, Englewood Cliffs: Prentice Hall.

Anexo III – Autorização ACES/ Questionário

Autoriza-se a sua
realização ficando condicionada
ao parecer da Comissão de
Ética da ARSLVT, não havendo
objeções à aplicação dos
questionários

Exma. Sra. Diretora do ACES Lisboa Central, Dra. Rosário Fonseca

Lisboa, 13 de Maio de 2013

22/5/2013

Ana Rita Cavaco, enfermeira na UCSP Mónicas, encontrando-se a frequentar o IV Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, está a desenvolver um Projeto de Intervenção Comunitária no âmbito da Vacinação, que pretende contribuir para aumentar a proteção específica das crianças nascidas em 2010, 2005 e 1998.

Para o desenho do Projeto, realizado de acordo com o Processo de Planeamento em Saúde, solicito a V.^a Ex.^a a autorização para aplicar um questionário, "o valor das vacinas", utilizado pela APIFARMA em parceria com a GFK e dirigido aos pais das crianças dos respetivos coortes e com vacinas em atraso.

Com os melhores cumprimentos

Subscrevo-me com a mais elevada estima e consideração

Ana Rita Cavaco

(Ana Rita Cavaco)

22/5/2013

Ex.^a Sra. Diretora Executiva,
O estudo é pertinente para a UCSP em
questão. Existe disponibilidade e condições
logísticas para a sua realização em
condições éticas adequadas.

Vos é enviada cópia para o Senhor. Já foi
enviado pedido de parecer da Comissão de Ética da
ARSLVT por causa da aplicação dos questionários. Votou da seguinte
maneira: 2/5/2013

TEMA X: VACINAS (18 e + anos)

P.1.A – Quantos filhos tem?

‘ ___ ’ ‘ ___ ’ nº de filhos

P.1.B – Que idades têm os seus filhos? (**NOTA: PERGUNTAR PARA TODOS OS FILHOS REFERIDOS NA P.1.A**)

Filho 1 ‘ ___ ’ ‘ ___ ’ ANOS

Filho 2 ‘ ___ ’ ‘ ___ ’ ANOS

Filho 3 ‘ ___ ’ ‘ ___ ’ ANOS

Filho 4 ‘ ___ ’ ‘ ___ ’ ANOS

Filho 5 ‘ ___ ’ ‘ ___ ’ ANOS

Filho 6 ‘ ___ ’ ‘ ___ ’ ANOS

Filho 7 ‘ ___ ’ ‘ ___ ’ ANOS

Filho 8 ‘ ___ ’ ‘ ___ ’ ANOS

Filho 9 ‘ ___ ’ ‘ ___ ’ ANOS

Filho 10 ‘ ___ ’ ‘ ___ ’ ANOS

P.2 - Vamos falar sobre vacinas. Com base numa escala de 1 a 10, em que 1 significa que “ não concorda nada” e 10 significa que “concorda totalmente”, gostaria que me dissesse qual o seu grau de concordância com as seguintes frases: (**LER UMA FRASE DE CADA VEZ E MOSTRAR LISTA 1 DA ESCALA**)

(ROTACIONAR FRASES)

- 1) As vacinas são uma área da saúde a que dou muita importância ‘ ___ ’ ‘ ___ ’
- 2) As vacinas são todas igualmente eficazes na prevenção da doença..... ‘ ___ ’ ‘ ___ ’
- 3) Hoje em dia já não é tão importante a vacinação porque há doenças que já estão a desaparecer ‘ ___ ’ ‘ ___ ’
- 4) As vacinas são todas igualmente importantes ‘ ___ ’ ‘ ___ ’
- 5) Há cada vez mais doenças que podem ser prevenidas com o uso de vacinas ‘ ___ ’ ‘ ___ ’
- 6) As vacinas têm contribuído para a erradicação de doenças a nível mundial..... ‘ ___ ’ ‘ ___ ’
- 7) As vacinas deveriam ser gratuitas para crianças e grupos de maior risco, como idosos ou portadores de doenças crónicas..... ‘ ___ ’ ‘ ___ ’
- 8) Mesmo quando a protecção conferida pela vacina não é total, quem está vacinado tem maior resistência à doença do que quem não está vacinado..... ‘ ___ ’ ‘ ___ ’
- 9) Há vacinas que podem trazer mais riscos que benefícios ‘ ___ ’ ‘ ___ ’
- 10) As vacinas são a melhor forma de prevenir doenças ‘ ___ ’ ‘ ___ ’
- 11) A investigação em novas vacinas é muito importante para a saúde pública..... ‘ ___ ’ ‘ ___ ’

P.3 – Quais as vacinas que conhece ou já ouviu falar? Mais alguma? (NÃO SUGERIR. REGISTRAR A 1ª REFERÊNCIA SEPARADA DAS RESTANTES REFERÊNCIAS)

1ª Ref. Restantes Refª

Vacina contra:

Tétano	1	1
Difteria	2	2
Papilomavírus Humano/Cancro do Colo do Útero	3	3
Hepatite B	4	4
Rubéola	5	5
Varicela	6	6
Febre Amarela	7	7
Meningite	8	8
Tuberculose	9	9
Poliomielite	10	10
Sarampo	11	11
Pneumonias	12	12
Tosse Convulsa	13	13
Gripe	14	14
Rotavírus (gastroenterite pediátrica)	15	15
Hepatite A	16	16
Papeira	17	17
Outras: _____	18	18
Outras: _____	19	19
NS/ NR	99	99

P.4 – Vamos agora falar sobre o Programa Nacional de Vacinação (PNV). Para si, em que é que consiste o PNV – Programa Nacional de Vacinação? (REGISTRAR TUDO O QUE O INQUIRIDO DISSER)

P.5 – Sabe-me dizer se o Programa Nacional de Vacinação (PNV) é gratuito?

Sim	1
Não	2
NS/ NR	99

P.6 – A quem se destina o Programa Nacional de Vacinação (PNV)? (UMA SÓ RESPOSTA)

A todas as crianças Portuguesas	1
A todos os adultos Portugueses	2
A todas as crianças e adultos portugueses	3
A todas as crianças e adultos residentes em Portugal	4
Apenas a grupos seleccionados da população	5
NS/ NR	99

P.7 – Tanto quanto sabe, qual ou quais das seguintes vacinas estão incluídas no Programa Nacional de Vacinação (PNV) (**NÃO SUGERIR. REGISTRAR A 1ª REFERÊNCIA SEPARADA DAS RESTANTES REFERÊNCIAS**)

1ª Ref. Restantes Refª

Vacina contra:

Tétano	1	1
Difteria	2	2
Papilomavírus Humano/Cancro do Colo do Útero	3	3
Hepatite B	4	4
Rubéola	5	5
Varicela	6	6
Febre Amarela	7	7
Meningite	8	8
Tuberculose	9	9
Poliomielite	10	10
Sarampo	11	11
Pneumonias	12	12
Tosse Convulsa	13	13
Gripe	14	14
Rotavírus (gastroenterite pediátrica)	15	15
Hepatite A	16	16
Papeira	17	17
Outras: _____	18	18
Outras: _____	19	19
NS/ NR	99	99

P.8 – Vamos agora falar no caso concreto da sua família. Começemos por si. No seu caso, e referente às vacinas do PNV, diria que (**UMA SÓ RESPOSTA**)

- Tenho todas as vacinas em dia 1 → P.9
- Talvez tenha todas as vacinas em dia..... 2 → P.9
- Não sei se tenho todas as vacinas em dia 3 → P.8.1
- Não tenho todas as vacinas em dia 4 → P.8.1

P.8.1 – (**SE NÃO TEM CERTEZA OU NÃO TEM AS VACINAS EM DIA**) – Porque motivos não tem ou acha que não tem as vacinas em dia?

P.9 – Estaria disponível para comprar vacinas não incluídas no PNV se lhe fossem recomendadas pelo médico?

- Sim 1 → P.10
- Não 2 → P.9.1

P.9.1 – (**SE NÃO**) Importa-se de me dizer porque não está disponível para comprar vacinas não incluídas no PNV? (**REGISTRAR TUDO O QUE O INQUIRIDO DISSER**)

P.10 – Importa-se de me dizer qual foi a última vacina que lhe foi administrada? (NÃO SUGERIR. UMA SÓ RESPOSTA)

Vacina contra:

Tétano	1
Difteria	X
Papilomavírus Humano/Cancro do Colo do Útero	2
Hepatite B	3
Rubéola	4
Varicela	5
Febre Amarela	6
Meningite	7
Tuberculose	8
Poliomielite	9
Sarampo	10
Pneumonias	11
Tosse Convulsa	12
Gripe	13
Rotavírus (gastroenterite pediátrica)	14
Hepatite A	15
Papeira	16
Outras: _____	14
Outras: _____	14
NS/ NR	99

P.11 – E há quanto tempo foi vacinado?

` ___ ' ___ ' nº de anos ou ` ___ ' ___ ' nº de meses

P.12 – E essa vacina foi gratuita ou comprada por si? (UMA SÓ RESPOSTA)

Comprei 1
Foi gratuita 2

P.13 – Falemos agora dos seus filhos com menos de 13 anos. Qual das frases melhor traduz a situação dos seus filhos? (UMA SÓ RESPOSTA)

De certeza que os meus filhos têm todas as vacinas em dia 1 → P.14
Talvez os meus filhos tenham todas as vacinas em dia 2 → P.14
Não sei se os meus filhos têm todas as vacinas em dia 3 → P.13.1
Os meus filhos não têm todas as vacinas em dia 4 → P.13.1
Os meus filhos nunca foram vacinados 5 → P.13.1

P.13.1 – (SE NÃO TEM CERTEZA OU NÃO TEM TODAS AS VACINAS DOS FILHOS EM DIA) – Porque motivos não tem ou acha que o(s) seu(seus) filho(s) não têm as vacinas em dia? (REGISTAR TUDO O QUE O INQUIRIDO DISSER)

P.14 – Conhece o Calendário do Programa Nacional de Vacinação?

Sim 1 → P.14.1
Não..... 2 → P.15
NS / NR..... 99 → P.15

P.14.1 – Relativamente ao(aos) seu(seus) filho(s), sabe qual ou quais as próximas vacinas a tomar?

Sim 1 → P.14.1
Não..... 2 → P.15

P.14.2 – Como teve conhecimento da(as) vacinas incluídas no Programa Nacional de Vacinação que o seu filho irá fazer? (NÃO SUGERIR. ADMITE MAIS QUE UMA RESPOSTA)

Através do(a) Médico(a) de Família 1
Através do(a) Enfermeiro(a)..... 2
Através do Centro de Saúde 3
Através do Pediatra do meu filho 4
Através da Farmácia 5
Através da Internet 6
Através da Televisão..... 7
Outro: _____ 8
NS/NR..... 99

P.15 – Relativamente ao cumprimento do calendário das vacinas, qual das frases seguintes melhor traduz a situação dos seus filhos? (UMA SÓ RESPOSTA)

Todas as vacinas foram administradas de acordo com o calendário 1 → P.16
Houve uma ou outra vacina que foi administrada com algum atraso 2 → P.16
Muitas vacinas foram administradas mais tarde que o previsto no calendário..... 3 → P.15.1
Quase todas as vacinas foram administradas mais tarde que o previsto no calendário 4 → P.15.1

P.15.1 – (SE MUITAS OU QUASE TODAS AS VACINAS FORAM ADMINISTRADAS MAIS TARDE QUE O PREVISTO) Porque motivos essas vacinas foram administradas fora do prazo estipulado no calendário? Foi contactado (a) por alguém a informar que existiam vacinas em atraso? Quem? Como o contactaram, por telefone, carta ou outro meio? (REGISTAR TUDO O QUE O INQUIRIDO DISSER)

P.16 – Gostaria agora que me dissesse qual a frase que melhor traduz o histórico de vacinação dos seus filhos? (UMA SÓ RESPOSTA)

Desde que nasceram e até hoje fui sempre rigoroso..... 1
À medida que foram crescendo fui ficando menos rigoroso 2
Nunca fui muito rigoroso..... 3
NS/ NR..... 99

P.17 – Relativamente às vacinas do(s) seu(seus) filho(s), até à data: (UMA SÓ RESPOSTA)

Apenas foram vacinados com vacinas do Programa Nacional de Vacinação 1 → P.18
Foram vacinados com vacinas do Programa Nacional de Vacinação e outras extra PNV..... 2 → P.17.1
Só foram vacinados com vacinas extra Programa Nacional de Vacinação 3 → P.17.1
NS/ NR..... 99 → P.18

P.17.1 – (SE VACINAS EXTRA PROGRAMA NACIONAL DE VACINAÇÃO) Porque motivos o(s) seu(seus) filho(s) foram vacinados com vacinas extra Programa Nacional de Vacinação? **(REGISTAR TUDO O QUE O INQUIRIDO DISSER)**

P.17.2 – (SE VACINAS EXTRA PROGRAMA NACIONAL DE VACINAÇÃO) Com que vacinas extra Programa Nacional de Vacinação o(s) seu(seus) filho(s) foram vacinados? **(NÃO SUGERIR. ADMITE MAIS QUE UMA RESPOSTA)**

Vacina contra:

Tétano	1
Difteria	X
Papilomavírus Humano/Cancro do Colo do Útero	2
Hepatite B	3
Rubéola	4
Varicela	5
Febre Amarela	6
Meningite	7
Tuberculose	8
Poliomielite	9
Sarampo	10
Pneumonias	11
Tosse Convulsa	12
Gripe	13
Rotavírus (gastroenterite pediátrica)	14
Hepatite A	15
Papeira	16
Outras: _____	17
Outras: _____	18
NS/ NR	99

P.17.3 – (SE VACINAS EXTRA PROGRAMA NACIONAL DE VACINAÇÃO) Onde foram administradas as vacinas extra Programa Nacional de Vacinação, aos seus filhos? **(NÃO SUGERIR. ADMITE MAIS QUE UMA RESPOSTA)**

No Centro de Saúde	1
Num consultório/Médico Privado (Hospital privado)	2
Na Farmácia	3
Outro: _____	4
NS/NR	99

P.17.4 – (SE VACINAS EXTRA PROGRAMA NACIONAL DE VACINAÇÃO) Quem recomendou as vacinas extra Programa Nacional de Vacinação ao(s) seu(seus) filho(s)? **(NÃO SUGERIR. ADMITE MAIS QUE UMA RESPOSTA)**

Médico(a) de Família	1
Enfermeiro(a)	2
Pediatra	3
Farmacêutico	4
Outro: _____	5
NS/NR	99

P.18 – Na sua opinião, todas as vacinas com indicação para administração em crianças devem estar integradas no Programa Nacional de Vacinação, isto é, todas as vacinas deveriam ser gratuitas?

Sim	1
Não	2
NS/NR	99

P.19 – (SE APENAS VACINAS DO PROGRAMA NACIONAL DE VACINAÇÃO) Estaria disposto a comprar vacinas para o(s) seu(seus) filho(s), se fossem recomendadas pelo médico?

Sim 1 → P.20
 Não..... 2 → P.19.1
 NS/NR..... 99 → P.20

P.19.1 – (SE APENAS VACINAS DO PROGRAMA NACIONAL DE VACINAÇÃO) Porque motivo(s) não estaria disposto a comprar vacinas para o(s) seu(seus) filho(s), mesmo sendo recomendado pelo médico? **(REGISTAR TUDO O QUE O INQUIRIDO DISSER)**

P.20 – Gostaria que me dissesse qual foi a última vacina que o seu filho fez? **(PERGUNTAR PARA CADA FILHO. REGISTAR O FILHO – VER P.1.B E A IDADE. A ÚLTIMA VACINA POR FILHO)**

Vacinas contra:	Filho '___' / '___' ANOS				
Tétano	1	1	1	01	01
Papilomavírus Humano/Cancro do Colo do Útero	2	2	2	02	02
Hepatite B	3	3	3	03	03
Rubéola	4	4	4	04	04
Varicela	5	5	5	05	05
Febre Amarela	6	6	6	06	06
Meningite	7	7	7	07	07
Tuberculose	8	8	8	08	08
Poliomielite	9	9	9	09	09
Sarampo	10	10	10	10	10
Pneumonias	11	11	11	11	11
Tosse Convulsa	12	12	12	12	12
Gripe	13	13	13	13	13
Rotavírus (gastroenterite pediátrica)	14	14	14	14	14
Hepatite A	15	15	15	15	15
Papeira	16	16	16	16	16
Outras: _____	17	17	17	17	17
NS/ NR	99	99	99	99	99

P.21 – Para terminar, quando necessita obter informação adicional sobre vacinas e doenças evitáveis por vacinação, recorre a: (NÃO SUGERIR. ADMITE MAIS QUE UMA RESPOSTA)

Médico(a) de Família	1
Enfermeiro(a)	2
Pediatra	4
Farmacêutico	5
Internet.....	6
Folhetos informativos	7
Livros/Jornais/revistas	8
Outros: _____	9
NS/NR.....	99

**Anexo IV – Parecer da Comissão de Ética
da ARSLVT**

Subject: Comissão de **Ética** para a Saúde da ARSLVT
Date: Wed, 29 May 2013 10:31:55 +0100
From: paula.monteiro@arslvt.min-saude.pt
To: arpc@netcabo.pt

Exma. Sr.^a

Dr.^a Ana Rita Cavaco

Encarrega-me o Sr. Presidente da Comissão de **Ética**, enviar-lhe o documento em anexo, relativo ao Proc.107/CES/INV/2013 com a designação "Aumento da protecção específica através da vacinação em crianças nascidas em 2010, 2005 e 1998."

Entende esta Comissão que não precisa de se pronunciar para implementar este Projecto. Assim fica ultrapassada a questão da autorização para aplicar o questionário

Com os melhores Cumprimentos

Paula Monteiro
Comissão de **Ética** para a Saúde da ARSLVT

Email: paula.monteiro@arslvt.min-saude.pt (Secretariado)

Email geral: etica@arslvt.min-saude.pt

Telefone: [+351 218425203](tel:+351218425203) - Ext.: 5343 - Fax: +351 8499723

Administração Regional de Saúde de
Lisboa e Vale do Tejo, I.P.
Av. Estados Unidos da América, 75-77
1749-096 Lisboa | Portugal

Anexo V – Autorização APIFARMA/GFK



DECLARAÇÃO

A Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica (APIFARMA), proprietária do estudo Percepção do “Valor” das Vacinas, elaborado pela GfK Metris para a Comissão Especializada de Vacinas da APIFARMA em 2012, autoriza que os resultados e/ou dados obtidos no âmbito do referido estudo sejam utilizados exclusivamente para os fins científicos solicitados pela Ana Rita Pedroso Cavaco, nomeadamente de suporte ao Projecto de mestrado sobre o tema Aumento da Protecção Específica, através da Imunização, em crianças nascidas em 2010, 2005 e 1998.

Para os devidos efeitos, informa-se que a APIFARMA é titular dos direitos do estudo que lhe assistem ao abrigo da lei.

P’la APIFARMA

Ana Cristina Filipe Lopes
(Directora de Assuntos Técnicos)

Lisboa, 13 de maio de 2013



DECLARAÇÃO

METRIS – MÉTODOS DE RECOLHA E DE INVESTIGAÇÃO SOCIAL, S.A. [METRIS], com sede na Rua Carlos Testa, nº 1 – 1º andar B, freguesia de São Sebastião da Pedreira, concelho de Lisboa, com o número único de pessoa colectiva e de matrícula na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa 503113484, com o capital social integralmente realizado de € 149.641,00 (cento e quarenta e nove mil seiscientos e quarenta e um cêntimos), declara que autoriza a Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica [APIFARMA], a facultar o questionário de investigação de mercado produzido no âmbito do estudo denominado “Percepção do “Valor” das Vacinas” a fim de ser reproduzido, total ou parcialmente, num trabalho de natureza académica por uma estudante de mestrado.

Lisboa, 13 de Maio de 2013

FRANCISCA ZECUDO

TERESA ADRIANA FERREIRA DA SILVA

Metris – Métodos de Recolha e
Investigação Social, S.A.
Rua Carlos Testa, nº 1 – 1º B
1050-046 Lisboa

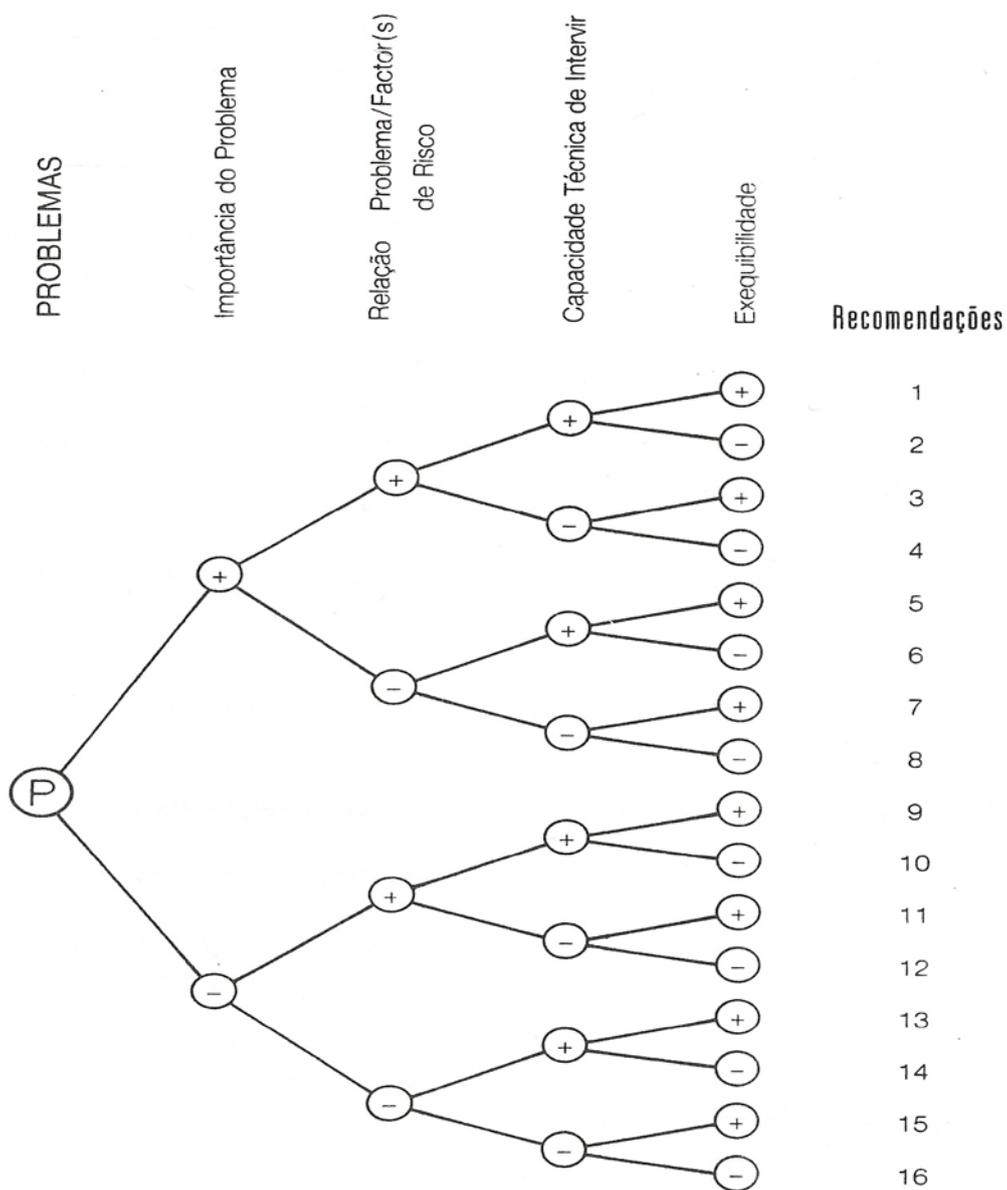
Tel. +351 21 0000200
Fax +351 21 0000290
www.gfk.pt
www.gfk.com
financial.pt@gfk.com

Managing Director:
António Gomes

Sociedade Anónima
Capital Social 149.641,00 €
NIPC PT 503 113 484
Registada C. R. C. Lisboa
N.º único matrícula 503113484

Anexo VI – Grelha de Análise

Grelha de Análise



Fonte: Pineault, R. & Daveluy, C. (1987). *La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias*. Barcelona: SG Masson

APÊNDICES

Apêndice I – Cronograma

Apêndice II – Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSETIMENTO INFORMADO

Exmo. (a) Sr. (a)

Ana Rita Pedroso Cavaco, enfermeira, a frequentar o 4º Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, pretende estudar a vacinação em crianças nascidas em 2000, 2005 e 1998, utentes da UCSP Mónicas.

Gostaria de contar com a sua colaboração para o preenchimento de um questionário escrito que aborda a questão em estudo, bem como o acesso aos dados do seu processo clínico.

Está garantido o anonimato e o respeito por todas as normas éticas e legais, bem como a confidencialidade dos dados e a destruição dos documentos em papel, após a conclusão do estudo. A qualquer momento poderá anular a sua colaboração. Se restarem dúvidas, estou ao dispor para qualquer esclarecimento. Se considera que ao ler este documento ficou bem informado e aceita participar de livre e espontânea vontade, por favor assine este documento.

Lisboa, Junho de 2013

O Participante _____

Apêndice III – Resultados

Análise de Resultados

Variável	N	%
Caraterização da Amostra		
Género		
Masculino	12	40
Feminino	18	60
Total	30	100
Estado Civil		
Solteiro	3	10
Casado/União de Fato	21	70
Viúvo	1	3
Divorciado	5	17
Habilitações Literárias		
1º Ciclo	0	0
2º e 3º Ciclo Secundário	9	30
Superior	21	70
Profissão		
Conta Própria	6	20
Conta de Outrém	10	33
Desempregado	8	27
Reformado	0	0
Doméstica/o	2	7
Estudante	4	13
Idade (Anos)		
15-25	6	20
26-35	8	27
36-45	16	53
46-55	0	0
Conhecimento Sobre Vacinas		
Hoje em dia já não é tão importante a vacinação porque há doenças que já estão a desaparecer	12	40
Há vacinas que podem trazer mais riscos que benefícios	4	13
As vacinas são a melhor forma de prevenir doenças	8	27
As vacinas têm contribuído para a erradicação de doenças a nível mundial	6	20

Conhece o PNV	6	20
Não conhece o PNV	24	80
O PNV só é gratuito para crianças	21	70
O PNV não é gratuito	6	20
O PNV é gratuito para todos	3	10
Sabe qual a última vacina que o filho/a tomou	3	10
Não sabe a última vacina que o filho/a tomou	27	90
Sabe qual a próxima vacina que o filho/a tem de tomar	1	3
Não sabe qual a próxima vacina que o filho/filha tem de tomar	29	97
Sabe das vacinas através:		
Do enfermeiro	8	27
Do médico de família	4	13
Do centro de saúde	0	0
Do pediatra	0	0
Da farmácia	2	7
Da internet	16	53
Da televisão	0	0
Conhecimento Sobre Doenças Evitáveis Pelo PNV		
Conhece as doenças que as vacinas do PNV evitam	4	13
Não conhece as doenças que as vacinas do PNV evitam	26	87
Quando precisa de informação sobre doenças evitáveis por vacinação recorre a:		
Médico(a) de família	18	60
Enfermeiro(a)	2	7
Pediatra	0	0
Farmacêutico	0	0
Internet	10	33
Folhetos informativos	0	0
Livros/jornais/revistas	0	0
Comportamento		
Estado Vacinal dos Filhos (as):		
De certeza que os meus filhos têm todas as vacinas em dia	2	7
Talvez os meus filhos tenham todas as vacinas em dia	10	33
Não sei se os meus filhos têm todas as vacinas em dia	6	20
Os meus filhos não têm todas as vacinas em dia	12	40
Os meus filhos nunca foram vacinados	0	0

Os Filhos (as) não têm as vacinas em dia porque:		
Esquecimento	6	20
Já fizeram suficientes	10	33
Falta de tempo	6	20
Pensei que me contatavam do centro de saúde	8	27
Relativamente ao Cumprimento do PNV:		
Todas as vacinas foram administradas de acordo com o calendário	4	13
Houve uma ou outra vacina que foi administrada com algum atraso	11	37
Muitas vacinas foram administradas mais tarde que o previsto no calendário	12	40
Quase todas as vacinas foram administradas mais tarde que o previsto no calendário	3	10
Foi contactado por alguém a alertar para vacinas em atraso:		
Carta	16	53
Telefone	5	17
Visita Domiciliária	0	0
Médico (a) de Família	0	0
Enfermeiro (a) do centro de saúde	9	30
Outro	0	0
Histórico de Vacinação dos Filhos (as):		
Desde que nasceram e até hoje fui sempre rigoroso	5	17
À medida que foram crescendo fui ficando menos rigoroso	15	50
Nunca fui muito rigoroso	10	33
NS/ NR	0	0

Pirâmide Etária do instituto Nacional de Estatística (INE) para distribuir a amostra: 0 - 4 anos, 5 crianças; dos 5 – 9 anos, 9 crianças; dos 10 – 14 anos, 13 crianças, dos 15 – 18 anos – 3 crianças.

Apêndice IV – Prioridade dos Problemas

Grelha de Análise para Determinação de Prioridades (Tavares, 1990)

Problemas	Critérios	Prioridade
1 - Conhecimentos diminuídos sobre vacinas e PNV	<ul style="list-style-type: none">- Importância do Problema (-)- Problema/Factores de Risco (+)- Capacidade Técnica de Intervir (-)- Exequibilidade (-)	12
2 - Conhecimentos diminuídos sobre doenças evitáveis pelo PNV	<ul style="list-style-type: none">- Importância do Problema (+)- Problema/Factores de Risco (+)- Capacidade Técnica de Intervir (-)- Exequibilidade (+)	3
3 - Imunização deficiente devido a conhecimentos diminuídos	<ul style="list-style-type: none">- Importância do Problema (+)- Problema/Factores de Risco (+)- Capacidade Técnica de Intervir (-)- Exequibilidade (+)	3

**Apêndice V – Plano das Sessões Educativas
aos pais**

Planificação da Sessão Educativa, Individual, aos Pais sobre Doenças Evitáveis pelo PNV e Vacinas Administradas através do PNV

Objetivos da Formação

Que os pais enunciem as 12 doenças evitáveis através do PNV

Que os pais descrevam as idade chave do calendário do PNV

Que os pais identifiquem as vacinas que integram o PNV

Conteúdos

Definição das doenças evitáveis pelo PNV

Identificação das vacinas do PNV e calendário de administração

Estratégias

Sessões informais em casa dos pais. Utilização dos *sites da Internet*, Portal de Saúde Pública e DGS, para exposição dos conteúdos sobre vacinas e PNV, bem como doenças evitáveis pelo PNV. Utilização do Boletim de Saúde Infantil da Criança como guia para o calendário de administração de vacinas d PNV

Recursos

Computador dos pais

Folheto informativo em suporte digital

Avaliação

No final da sessão, os pais respondem corretamente às seguintes questões:

Quais as doenças evitáveis pelo PNV?

Quais as vacinas administradas através do PNV e quando?

Sabe onde obter informação correta sobre estes temas?

Apêndice VI – Folheto informativo aos pais



PORQUÊ Vacinar os meus Filhos?

O que precisa saber sobre as VACINAS

POR QUE DEVO VACINAR OS MEUS FILHOS?

Para ficarem protegidos de doenças que podem causar complicações graves, ou até a morte.

PORQUE É QUE AS VACINAS COMEÇAM A SER ADMINISTRADAS TÃO CEDO?

Para proteger as crianças. As vacinas são administradas na idade mais adequada e o mais cedo possível.

As maiorias das doenças são mais frequentes e têm efeitos mais graves em bebês e em crianças. Por exemplo, é previsível que 72% das crianças com menos de 6 meses de idade, se não forem vacinadas, adoeçam com tosse convulsa e sejam hospitalizadas. Esta doença pode provocar a morte nesta idade.

As crianças com menos de 5 anos adoecem mais vezes adoecer porque o seu sistema imunitário ainda não está suficientemente desenvolvido.

Ao vacinar na altura certa, de acordo com a idade recomendada, está a proteger as suas crianças e a impedir que elas contaiem outras crianças e adolescentes da família ou em creches, jardins-de-infância e escolas.

AS VACINAS PODEM SOBRECARRREGAR O SISTEMA IMUNITÁRIO?

Não. Todos os dias, o sistema imunitário de bebês e crianças saudáveis enfrenta e combate com sucesso milhões de microrganismos. Mesmo que recebam várias vacinas num só dia, estas vacinas representam apenas uma porção minúscula do exército de microrganismos com que os seus filhos enfrentam todos os dias em casa, na rua, na creche ou na escola. As vacinas são a melhor arma de defesa que podemos dar ao organismo dos bebês e crianças para lutar contra doenças graves.

POR QUE SÃO NECESSÁRIAS VÁRIAS DOSES DE CADA VACINA?

Para garantir a melhor proteção possível do seu filho. Dependendo da vacina, pode ser necessária mais do que uma dose para se conseguir a proteção suficiente para prevenir as doenças. Noutros casos, a proteção conferida pela vacina pode enfraquecer ao longo do tempo. **No caso de falhar alguma vacina, fale com o seu enfermeiro e/ou médico, o mais provável é poder e dever fazer essa dose da vacina imediatamente ou logo que possa.** Se tiver falhado alguma dose não será necessário recomeçar o esquema, as doses anteriores são válidas mesmo que já tenha passado muito tempo em relação ao aconselhado.

AS VACINAS SÃO SEGURAS?

Sim. São submetidas a estudos rigorosos antes de serem administradas e continuam a ser vigiadas mesmo após a sua comercialização. Milhões de bebés e crianças são

vacinados todos os anos. As reações mais comuns são muito ligeiras: dor, inchaço e vermelhidão no local onde é administrada a vacina ou febre. Estas reações duram poucos dias.

QUANDO É QUE A ADMINISTRAÇÃO DE UMA VACINA ESTÁ CONTRAINDICADA?

Quase nunca. Ter qualquer uma das doenças é muito mais perigoso do que receber a vacina. Há muito poucas razões para atrasar a vacinação. Bebés e crianças com tosse e constipadas, ou a fazer antibiótico, podem ser vacinadas com segurança e eficácia. Se está preocupado se o seu filho está apto a ser vacinado, fale sobre isso com o enfermeiro e/ou médico, antes de adiar a vacinação.

E SE MEU FILHO É PREMATURO, TEM BAIXO PESO AO NASCER OU ESTÁ AMARELO?

Em geral, os bebês prematuros devem ser vacinados. Eles são mais vulneráveis a certos tipos de doenças. **Se ele nasceu com muito baixo peso, deve discutir a vacinação com o enfermeiro e/ou médico. Os bebês que estiveram amarelos depois de nascer devem ser vacinados.**

E SE O MEU FILHO TEM ASMA, ALERGIAS DE PELE OU OUTRAS?

As crianças com asma, alergias de pele ou outras devem ser vacinadas, mesmo que tenham uma alergia grave a ovos (por exemplo, urticária, inchaço da boca ou garganta ou dificuldade em respirar). Crianças que tomam corticóides por inalador ou em creme de baixa dosagem devem ser vacinadas. Se tem alguma dúvida, fale com o enfermeiro e/ou médico.

O MEU FILHO PODE FAZER A VACINA VASPR E OUTRAS, SE FOR ALÉRGICO A OVOS?

Pode. A vacina VASPR e outras, à exceção da vacina da gripe, podem ser dadas a crianças com alergia ao ovo. Se tem alguma dúvida, fale com o enfermeiro e/ou médico.

E SE O MEU FILHO TEM EPILEPSIA OU TIVER TIDO CONVULSÕES (ATAQUES)?

Devem ser vacinados se estiverem estáveis. As crianças com um histórico familiar de convulsões (ataques) ou epilepsia devem ser vacinadas.

E SE MEU FILHO JÁ TEVE UMA DAS DOENÇAS EVITÁVEIS POR VACINAÇÃO?

Deve vaciná-lo na mesma, mesmo que já tenha tido essas doenças. As crianças com menos de 2 anos não recebem

imunidade natural suficiente por terem tido essas doenças, por exemplo a doença da meningite.

Não caia no erro de acreditar que pelo facto de o seu filho já ter sobrevivido a uma determinada doença ficou protegido para sempre.

AS CRIANÇAS TAMBÉM PRECISAM DE OUTRAS VACINAS PARA ALÉM DAS OBRIGATÓRIAS?

Sim. As crianças são mais vulneráveis a algumas doenças. Pergunte ao enfermeiro e/ou médico se eles precisam ser vacinados com outras vacinas que não estejam abrangidas pelo Plano Nacional de Vacinação (PNV). Se viajar para outro país, lembre-se de perguntar se o seu filho precisa de quaisquer vacinas que não estão abrangidas pelo PNV.

AS VACINAS PODEM CAUSAR AUTISMO?

Claro que não. A associação entre autismo e vacinas está desacreditada. Estudo após estudo demonstrou-se que não

existe ligação entre as vacinas e o autismo. Infelizmente, esta ideia foi alimentada pelos *media e internet*, mas é falsa. É um perigo acreditar nela.

COMO SABER SE AS VACINAS CAUSAM QUAISQUER EFEITOS A LONGO PRAZO?

Temos décadas de experiência com vacinas e **não há realmente nenhuma evidência de que as vacinas causem danos a longo prazo.** Entendemos a sua preocupação, mas o risco das doenças é muito, muito maior do que qualquer risco decorrente das vacinas.

AS VACINAS CONTÊM ADITIVOS?

Sim, mas não representam qualquer risco. Muitas vacinas contêm pequenas quantidades de antibióticos ou estabilizantes. Os antibióticos são utilizados durante o fabrico das vacinas para prevenir a contaminação com bactérias ou fungos, mas são quantidades mínimas. A gelatina é utilizada

para estabilizar as vacinas virais vivas e também existe em muitos produtos alimentares. O mercúrio apenas existe na vacina contra a gripe, em frascos multi-dose, é usado como um conservante. O mercúrio é um elemento natural encontrado no ar, solo e água, todos estamos expostos a ele. Crianças amamentadas ingerem 15 vezes mais mercúrio no leite materno do que o que existe na vacina contra a gripe.

O alumínio é utilizado nas vacinas como ajudante para aumentar a proteção. Permite, em alguns casos, menos doses de vacinas. O alumínio existe no ar que respiramos, na água que bebemos e nos alimentos que comemos todos os dias. A quantidade de alumínio nas vacinas é pequena. Nos primeiros 6 meses de vida, os bebês recebem mais alumínio através do leite materno do que nas vacinas. O formaldeído é utilizado durante o fabrico de algumas vacinas para inactivar vírus, existe na corrente sanguínea numa proporção dez vezes maior do que a encontrada em qualquer vacina.

As células fetais são usadas para fazer quatro vacinas: rubéola, varicela, hepatite A e raiva. Os vírus, ao contrário das bactérias, precisam de células para crescer e as células

humanas são melhores do que as animais para apoiar o crescimento de vírus humanos.

Se tem dúvidas fale com o enfermeiro do seu Centro de Saúde

**Não ponha o
seu filho em
risco**

VACINE-O!