



**Instituto Politécnico de Santarém**

---

**Escola Superior de Saúde de Santarém**

## **Educação para a Saúde como Estratégia de Promoção da Vacinação**

**5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

Relatório de Estágio apresentado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária

**Isabel Fernanda Correia Branco Torres  
da Costa**

**Orientadora:  
Professora Doutora Irene Santos**

**Co-orientadora:  
Professora Doutora Ana Spínola**

Santarém  
2016, março

## Agradecimentos

Agradeço a todos os que se disponibilizaram, e que pelo interesse, dedicação e paciência tornaram possível a realização deste percurso.

Um agradecimento especial:

À Professora Doutora Irene Santos e Professora Doutora Ana Spínola pela clareza e rigor na orientação, pelo acompanhamento e disponibilidade;

À Professora Doutora Andreia Silva, pelo estímulo, interesse e preocupação pelo crescimento enquanto pessoa e enfermeira.

À minha família e amigos pelo apoio, paciência e compreensão.

## RESUMO

Este relatório apresenta o percurso de aprendizagem no âmbito da unidade curricular “Estágio e Relatório”, que decorreu na Direção-Geral de Saúde - na Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde, numa perspetiva de análise reflexiva da prática.

As atividades desenvolvidas foram suportadas na evidência científica, através da seguinte questão PI[C]O: “Quais as estratégias que promovem a vacinação nas pessoas que a recusam?”.

O impacto da vacinação na saúde pública é inestimável, sendo considerada, entre todas as medidas, a que melhor relação custo-efetividade tem evidenciado, bem como a que tem exercido maior efeito na redução da mortalidade e no crescimento populacional a nível mundial. É fundamental continuar a apostar num programa de vacinação coerente e sistemático, a nível mundial, contrariando os movimentos anti vacinação que têm surgido nos últimos anos.

A promoção da literacia em saúde, capacitadora de compromisso e responsabilidade pessoal, numa perspetiva de bem comum, foram os objetivos norteadores deste percurso.

Palavras-chave: Enfermeiros; Vacinação; Promoção da saúde; Literacia em saúde.

## ABSTRACT

This report details the learning process under the class “Estágio e Relatório”, that took place at the Directorate General for Health (DGS) - Preventive Services Directorate of Disease and Health Promotion (DSPDPS), under a reflexive practice analysis perspective.

All the activities were supported by a scientific evidence, through the following question PI[C]O: “What strategies do promote vaccination for whom refuses it?”.

The impact of vaccination in public health is invaluable. Under all the measures, it’s the one with the best cost-effectiveness relation and has the biggest contribution to world’s population growth and death mortality reduction. It’s mandatory to maintain the bet on a systematic and consistent vaccination program for all nations, in order to battle all the anti-vaccination movements that lately did arise.

A Health literacy promotion, capable of raising engagements and personal commitments, under the perspective of a common good for all mankind, were the key processes for this route.

Keywords: Nurses; Vaccination; Health Promotion, Health literacy.

## **ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS e SIGLAS**

CTV – Comissão Técnica de Vacinação

DDO – Doenças de Declaração Obrigatória

DSPDPS - Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde

DGS – Direção-Geral de Saúde

ECDC - *European Centre for Disease Prevention and Control*

EEE – Espaço Económico Europeu

EPI – *Expanded Program on Immunization*

*et al* – entre outros.

f. - Folha

Nº /nº - Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática Baseada na Evidência

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNV – Programa Nacional de Vacinação

p. ex. – por exemplo

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

WHO – World Health Organization

EU – União Europeia

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	9
1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO .....	11
1.1 – DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE .....	11
<b>1.1.1 - Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde (DSPDPS)</b> .....	13
2 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA DA TEMÁTICA .....	16
2.1 – BREVE HISTÓRIA DA VACINAÇÃO .....	16
<b>2.1.1 - Programa Nacional de Vacinação em Portugal</b> .....	18
<b>2.1.2 - Movimentos anti vacinação</b> .....	20
2.2 - PROMOÇÃO DA SAÚDE .....	22
<b>2.2.1 – O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender</b> .....	23
<b>2.2.2 - Educação para a Saúde: uma estratégia de Promoção da Saúde</b> .....	26
<b>2.2.3 - Literacia em saúde e Empowerment</b> .....	27
2.3 - PLANEAMENTO EM SAÚDE .....	28
3 - PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA .....	32
3.1 - REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA.....	32
<b>3.1.2 – Análise dos resultados</b> .....	34
4 - METODOLOGIA .....	39
4.1 - DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	39
4.2 - ESTABELECIMENTO DE OBJETIVOS .....	40
4.3 - SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS .....	40
4.4 -- EXECUÇÃO.....	41
4.5 - AVALIAÇÃO.....	42
<b>CONCLUSÃO</b> .....	50
REFERÊNCIAS.....	53
ANEXOS .....	59
ANEXO I – Projeto de intervenção “A vacinação salva vidas” .....	60
Anexo II – Limitadores da pesquisa por bases de dados.....	85
ANEXO III - Resultados da pesquisa com conjugação dos descritores.....	87
Anexo IV - Interventions aimed at communities to inform and/or educate about early childhood vaccination (Review) .....	89

ANEXO V How to Inform: Comparing Written and Video Education Interventions to Increase Human Papillomavirus Knowledge and Vaccination Intentions in Young Adults.....	92
Anexo VI - Face to face interventions for informing or educating parents about early childhood vaccination (Review) .....	95
Anexo VII – Cronograma de atividades .....	98
ANEXO VIII - Certificado de presença no 1º Congresso Internacional de Saúde Familiar e Comunitária .....	100
ANEXO VIII - Certificado da Comunicação oral, intitulada “PROMOÇÃO DA VACINAÇÃO: revisão sistemática” presença no 1º Congresso Internacional de Saúde Familiar e Comunitária .....	102

## ÍNDICE DE QUADROS

	f.
Quadro 1 - Critérios de inclusão e exclusão.....	33

## ÍNDICE DE FIGURAS

	f.
Figura 1 - Eixos Estratégicos do PNV.....	12
Figura 2 - Organograma da DGS.....	13
Figura 3 – Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.....	25
Figura 4 – Análise SWOT.....	31

## INTRODUÇÃO

O relatório que apresentamos enquadra-se no âmbito da Unidade Curricular de Estágio e Relatório do Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Santarém, decorrente do estágio realizado na Direção-Geral de Saúde, especificamente na Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde (DSPDPS), onde se integra o projeto de intervenção comunitária “A vacinação salva vidas”. O período de estágio reportado neste relatório compreende o período de 16 de fevereiro a 3 de julho de 2015, com duração de 18 semanas.

A vacinação é uma temática que consideramos pertinente e atual, que emergiu de um diagnóstico de situação pré-existente elaborado por peritos da Direção-Geral de Saúde (DGS). A priorização do diagnóstico de situação foi realizada de acordo com a preferência pessoal pela temática, e da evidência do ressurgimento de surtos de doenças evitáveis pela vacinação na Europa, constituindo-se como um importante desafio para os políticos e profissionais de saúde.

Atualmente no Programa Nacional de Vacinação, com o sucesso que tem desde 1965, deparamo-nos com algumas assimetrias sociais na sua aplicação, com grupos populacionais com níveis de proteção inferiores ao desejado e risco de desenvolvimento de bolsas de suscetíveis, possibilitando a reemergência de doenças já controladas ou mesmo eliminadas no nosso país, situações que urge prevenir (DGS, 2012). Efetivamente cabe aos profissionais de saúde e, em particular, aos enfermeiros com especialização em enfermagem comunitária e de saúde pública, a motivação e responsabilização pela efetivação do seu papel como promotores da educação para a saúde na comunidade (Stanhope e Lancaster,2011).

A vacinação tem por objetivo fundamental, a redução ou eliminação das doenças evitáveis através de vacinas sendo um benefício para a saúde das populações. Ao longo dos anos, o Programa Nacional de Vacinação (PNV) confirmou-se como um projeto de enorme sucesso, uma vez que possibilitou reduzir a morbidade e a mortalidade das patologias para as quais existem vacinas aumentando assim, a qualidade de vida das populações e diminuindo de forma progressiva a taxa de mortalidade, principalmente a infantil (DGS, 2012).

A Promoção da Saúde constitui o processo que visa criar condições para que as pessoas, individual ou coletivamente, possam agir sobre os fatores determinantes da saúde, de modo a

maximizar ganhos em saúde, contribuir para a redução das desigualdades e construir capital social (WHO Carta de Ottawa, 1986; WHO Declaração de Jakarta, 1997, citado PNS, 2012 ).

Assim, promover a saúde significa, não só a um nível individual, mas comunitário, criar um sistema de saúde que permita a cada pessoa, não apenas a prevenção da doença, mas a possibilidade de promover e proteger a sua saúde.

O referencial teórico que sustentou a tomada de decisão inerente à definição de atividades foi o Modelo de Promoção da Saúde, de Nola Pender e a Metodologia do Planeamento em Saúde. Este modelo defende que cada pessoa tem características e experiências individuais únicas, que vão afetar o seu comportamento de adesão, sendo o grande objetivo deste modelo conceptual a promoção de comportamentos saudáveis. A promoção da adesão à vacinação é o resultado comportamental desejado; devendo resultar numa melhoria da saúde, da capacidade funcional e numa maior qualidade de vida através de todos os estadios de desenvolvimento (Tomey e Alligood, 2004).

Este relatório tem como objetivo analisar o percurso realizado, tendo por base uma reflexão crítica da prática com vista ao desenvolvimento de competências na área da especialidade da enfermagem comunitária. Enquadra e conceptualiza o desenvolvimento curricular neste ciclo formativo, com vista ao desenvolvimento de estratégias de intervenção em enfermagem comunitária, definidas no Projeto de intervenção, que apresentamos em anexo. Sendo que como objetivos deste relatório, propõe-se:

- Fundamentar os conceitos mobilizados na prática durante o estágio na DGS, numa perspetiva de prática baseada na evidência;
- Avaliar estratégias de intervenção de enfermagem comunitária realizadas no decurso do estágio;
- Identificar as competências de enfermagem comunitária desenvolvidas na prática sustentando-as na natureza da Enfermagem Avançada.

O relatório que apresentamos encontra-se estruturado em quatro capítulos: inclui na sua estrutura a introdução, seguir-se-á uma contextualização do local de estágio, o enquadramento conceptual dos conceitos mobilizados.

Seguidamente faremos a descrição do percurso de construção do projeto tendo por referencial teórico o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, e referencial metodológico o Planeamento em Saúde, realizar-se-á uma análise crítica das intervenções desenvolvidas, tendo por base as competências inerentes à especialização em enfermagem comunitária. Para finalizar, na conclusão serão apresentadas as principais reflexões, fazendo uma análise crítica e global do trabalho desenvolvido, realçando os aspetos mais significativos.

## 1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

Para contextualização, apresentamos de seguida a caracterização do local de estágio – Direção-Geral de Saúde, mais especificamente da Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde (DSPDPS).

### 1.1 – DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE

A DGS tem por **missão**, regulamentar, orientar e coordenar as atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, definir as condições técnicas para a adequada prestação de cuidados de saúde, planear e programar a política nacional para a qualidade no sistema de saúde, assegurar a elaboração e execução do PNS e, ainda, a coordenação das relações internacionais do Ministério da Saúde (DGS, 2014).

As suas principais atividades, visam a: a elaboração e coordenação de Planos e Programas de Saúde, comunicação em saúde, gestão de emergências de saúde pública, vigilância epidemiológica, análise e divulgação de informação em saúde, regulação e garantia da qualidade em saúde, coordenação das relações internacionais em saúde, apoio à Autoridade de Saúde Nacional, orientação do cidadão no sistema de saúde, apoio técnico-científico à decisão política. (DGS, 2014)

A DGS é responsável pela elaboração do Plano Nacional de Saúde (PNS), o qual constitui um elemento basilar das políticas de saúde em Portugal, traçando o rumo estratégico para a intervenção no quadro do Sistema de Saúde, atuando ao nível do Planeamento estratégico.

No contexto do Planeamento estratégico poderemos dizer que contribui para a definição da visão, missão e valores, e definem-se as estratégias a longo prazo. É um processo permanente e contínuo, voltado para o futuro, que visa a racionalidade da tomada de decisão e alocação dos recursos da forma mais eficiente possível (Ribeiro e Andrade, 2012).

De acordo com o que anteriormente mencionamos, pode-se dizer que o planeamento estratégico define as prioridades de intervenção em Saúde Pública e permite a avaliação de

planos, estratégias e ações, a vários níveis i) avaliação das necessidades em saúde; ii) identificação dos determinantes-alvo e de ganhos potenciais; iii) identificação das intervenções mais efetivas; iv) definição de prioridades (Ribeiro e Andrade, 2012).

No PNS estão definidos quatro Eixos Estratégicos (Figura 1) que correspondem a perspetivas do âmbito, responsabilidade e competência de cada agente do Sistema de Saúde. A ação, no âmbito destes Eixos, permite obter ganhos em saúde, melhorar o desempenho do Sistema, bem como a capacidade deste se desenvolver como um todo, nomeadamente através do fortalecimento de sistemas de informação para a tomada de decisão; integração de programas e projetos; e intervenções focadas em resultados (PNS, 2012).

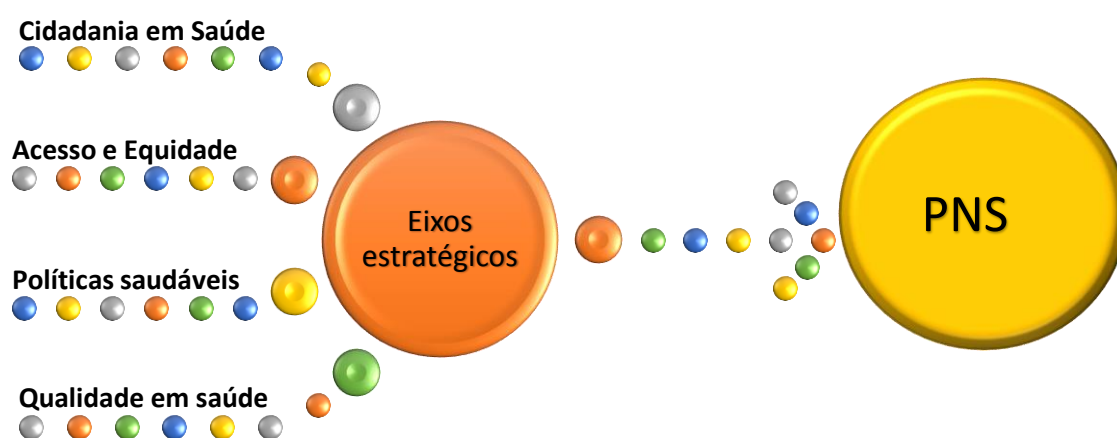


Figura 1 – Eixos Estratégicos do PNS (adaptado de PNS 2012-2016)

O PNS pressupõe que os ganhos em saúde resultarão da melhor adequação entre necessidades de saúde e serviços, e da melhor relação entre recursos e resultados, tendo em vista a melhoria da saúde da população, a sustentabilidade do Sistema de Saúde e o envolvimento e participação das comunidades e das suas organizações (DGS, 2012).

Nesse sentido acresce dizer que a DGS exerce a sua atividade centrada nos interesses dos cidadãos, em articulação e cooperação com outros serviços e organismos, dependentes do Ministério da Saúde ou de outros departamentos governamentais. A sua ação é multissectorial, integrada e transversal, envolvendo ainda as autarquias locais, as associações profissionais, as sociedades científicas, as associações de doentes, as entidades não-governamentais, as universidades, as entidades privadas e, naturalmente, o próprio cidadão (DGS, 2014).

Estrutura-se hierarquicamente em quatro unidades orgânicas nucleares, em nove unidades orgânicas flexíveis e em duas equipas multidisciplinares. Inclui ainda uma estrutura

de Coordenação do Plano Nacional de Saúde e nove Programas de Saúde Prioritários que se articulam com as unidades orgânicas da sua estrutura hierárquica.

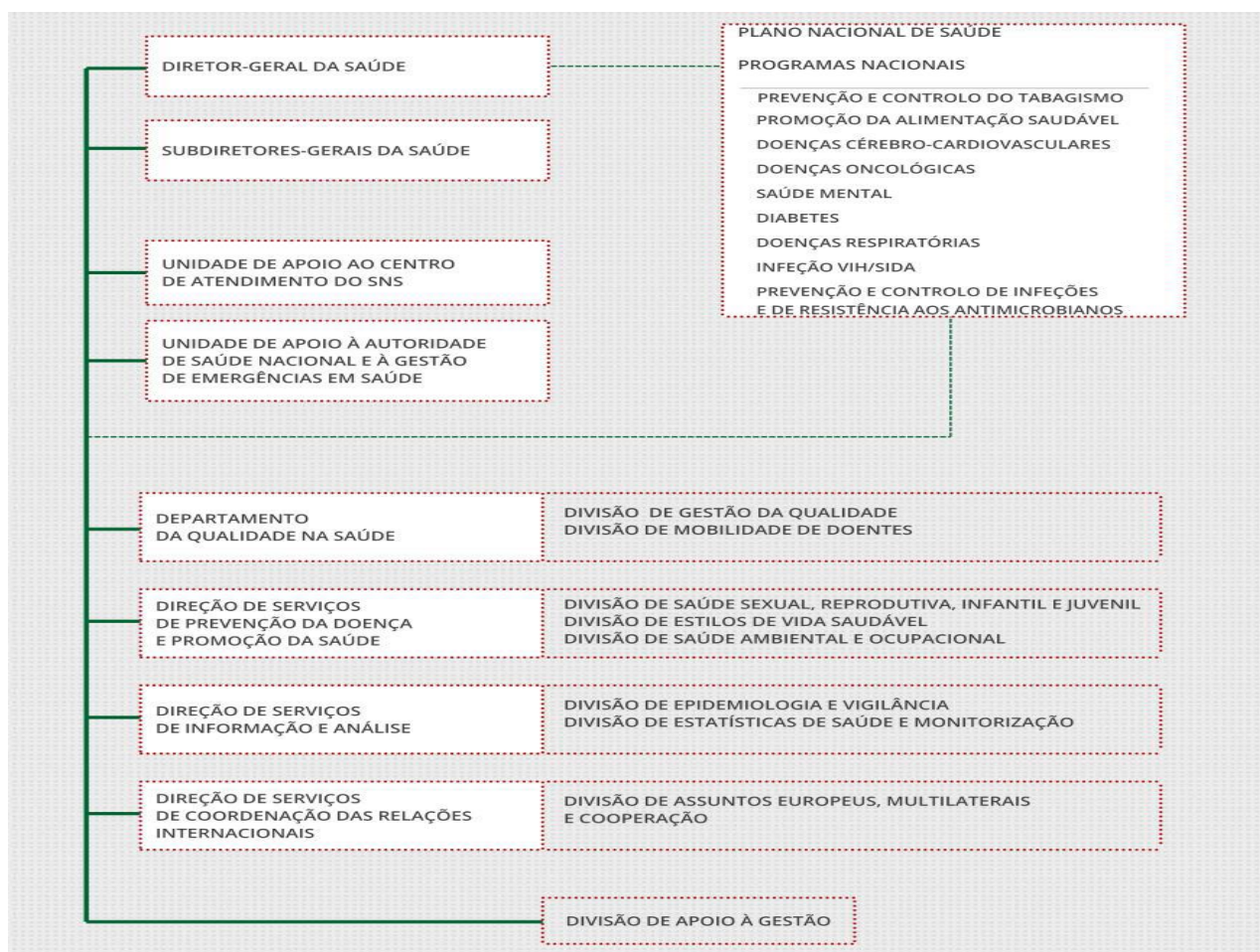


Figura 2 – Organograma da DGS (Fonte: Plano de atividades DGS, 2014)

### 1.1.1 - Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde (DSPDPS)

A Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde encontra-se estruturada em 3 divisões, sendo estas: Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil; Divisão de Estilos de Vida Saudável e a Divisão de Saúde Ambiental e Ocupacional

A DSPDPS tem como atribuições e competências:

- ✓ Assegurar a elaboração e a execução do Plano Nacional de Saúde, desenvolvendo e promovendo a execução de atividades e programas de promoção da saúde e de melhoria da prestação de cuidados em áreas relevantes da saúde, nomeadamente nos cuidados de saúde primários, hospitalares, continuados e paliativos;

- ✓ Apoiar e suportar a definição das políticas, prioridades e objetivos do Ministério da Saúde e promover a procura de ganhos em saúde;
- ✓ Orientar, coordenar e avaliar as atividades de promoção e educação para a saúde em geral e ao longo do ciclo de vida individual e das famílias, bem como em ambientes específicos, tendo em atenção fatores ambientais ou ocupacionais;
- ✓ Divulgar boas práticas em matéria de procriação medicamente assistida e coordenar a rede de interrupção voluntária de gravidez;
- ✓ Promover o acesso à informação em matéria de saúde sexual e reprodutiva;
- ✓ No âmbito da proteção da saúde face a riscos ambientais, coordenar ações nos domínios dos riscos físicos, nomeadamente das radiações ionizantes e não ionizantes, das substâncias químicas e agentes biológicos;
- ✓ Assegurar a colaboração no domínio da promoção e proteção da saúde com entidades governamentais e não-governamentais pertinentes e facilitar o estabelecimento de parcerias;
- ✓ Colaborar, no âmbito do planeamento de emergências de saúde, com o Instituto Nacional de Emergência Médica, I. P., atendendo ao disposto na Lei n.º 81/2009, de 21 de agosto, e ao previsto na Base XX da Lei n.º 48/90, de 24 de agosto. (DGS, 2014);
- ✓ Orientar, coordenar e acompanhar as atividades de prevenção e controlo de doenças transmissíveis, incluindo o Programa Nacional de Vacinação, bem como de doenças não transmissíveis (DGS,2014).

Entre as suas atribuições, diretamente relacionadas com vacinas, vacinação e controle de doenças transmissíveis, destacam-se:

- Emitir orientações e desenvolver programas específicos em matéria de promoção e proteção da saúde e prevenção e controlo da doença;
- Coordenar e assegurar a vigilância epidemiológica a nível nacional e no quadro da organização internacional nesse domínio, bem como dos sistemas de alerta e resposta apropriada (DGS,2014).

A Comissão Técnica de Vacinação (CTV) é uma comissão independente, formada presentemente por 14 especialistas de diferentes disciplinas (medicina pediátrica, saúde pública, epidemiologia, infeciologia, biologia, enfermagem, ginecologia/obstetrícia).

O reconhecimento de que a vacinação é a medida de saúde pública com melhor relação custo-benefício e de que a sua implementação envolve uma elevada complexidade técnica e científica, está na base da criação oficial da CTV em 1998, por despacho ministerial.

## 2 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA DA TEMÁTICA

A compreensão da temática a investigar, implica necessariamente um olhar sobre a investigação já desenvolvida nesta área, razão pela qual centramos o enquadramento teórico em dois subcapítulos que consideramos estruturantes para o nosso estudo: - a) a história da vacinação, a realidade em Portugal e a problemática dos movimentos anti vacinação; -b) a Educação para a saúde como estratégia para a Promoção da saúde.

Partindo do pressuposto, que a modificação de comportamentos e a adoção de estilos de vida saudáveis, por parte do cidadão é fundamental na promoção de uma comunidade saudável, e que o planeamento e implementação das intervenções deverão ser adaptados às necessidades e características de cada um, procuramos o subsídio da Teoria da Promoção da Saúde de Nola Pender e da metodologia do Planeamento em Saúde, uma vez que consideramos que estes nos possibilitam uma compreensão mais integrada da problemática em estudo.

### 2.1 – BREVE HISTÓRIA DA VACINAÇÃO

O impacto da vacinação na saúde pública é inestimável, sendo considerada, entre todas as medidas, a que melhor relação custo-efetividade tem evidenciado. Com exceção da distribuição de água potável, nenhuma outra intervenção, nem mesmo o uso de antibióticos, teve ao longo dos anos um efeito tão importante na redução da mortalidade e no crescimento populacional a nível mundial (DGS, 2004; Plotkin *et al*, 2008; Alves *et al*, 2007).

Os programas de vacinação contribuem, em todo o mundo para a redução da incidência e mortalidade pelas respetivas doenças. Pode ser dado como exemplos da consequência direta da vacinação a erradicação da varíola em 1980, a poliomielite encontra-se em vias de ser erradicada, o sarampo pode ser extinto e o controlo das outras doenças (DGS, 2004).

Na China, é conhecida, pelo ano 1000, a prática de uma técnica denominada variolização, usada como tentativa de imunização contra a doença conhecida atualmente

como varíola. Três métodos eram utilizados: no primeiro, retiravam pús e líquido de uma lesão variólica que, com o uso de uma agulha, eram colocados na região subcutânea; um segundo método consistia na remoção de pele das pústulas e redução desta a pó, o qual era fornecido aos pacientes para inalação; o pó obtido era inserido diretamente numa das veias do indivíduo, com a ajuda de uma agulha. A introdução na Europa ocorre em 1720, por Lady Mary Wortley Montagu, esposa do embaixador Inglês na Turquia, que tendo já sido vítima da varíola, aprendeu a técnica da variolização, à qual submeteu a sua filha de 3 anos. Promove o princípio desta técnica e lança uma campanha para inocular os Ingleses contra a varíola (DGS, 2002)

No entanto, é a Edward Jenner que se atribui o mérito da vacinação, dado o rigor científico com que este médico inglês apoiou as suas experiências. Em 1796 vacinou uma criança com o pus da mão variólica duma mulher, passadas 6 semanas, inoculou o rapaz com a varíola e não verificou qualquer reação transmissível da doença. Um ano mais tarde, realizou nova inoculação e esta contraprova revelou-se inofensiva. Vinte e três vacinações são realizadas e o resultado destas experiências foi publicado num livro que marca a história da ciência, em 1798 (DGS, 2002).

O trabalho de Edward Jenner, com a vacinação por varíola bovina, é a primeira tentativa científica para controlar uma doença infecciosa através de uma inoculação deliberada e sistemática (DGS, 2002).

Um século mais tarde, Louis Pasteur, não apenas identificou a relação de causalidade entre as doenças infecciosas e certos microrganismos, mas também demonstrou que era possível prevenir as mesmas através da inoculação de microrganismos atenuados, conseguindo-se assim uma imunidade duradoura. Em homenagem a Jenner deu-se então o nome de vacina a qualquer preparação de um agente patogénico atenuado que fosse posteriormente usado na imunização de uma doença infecciosa.

Mais tarde, Robert Koch confirmou que cada doença era devida a um germe determinado, que existia especificidade e identificou o bacilo da tuberculose, ao qual foi dado o seu nome – bacilo de Koch. Promove a ciência da imunidade com o seu trabalho acerca da tuberculose, contribuindo para o estabelecimento da teoria da hipersensibilidade retardada.

Em 1888, foi fundado o Instituto Pasteur, centro de investigação biológica, principalmente na luta contra as doenças infecciosas. Graças às escolas francesa e alemã, registaram-se progressos notáveis com a obtenção de vacinas contra a Difteria, Tosse Convulsa, Tuberculose, Febre Tifoide, Cólera, Tétano e Febre-Amarela. Estas vacinas, anteriores à 2ª Guerra Mundial, foram suficientemente eficazes para reduzir a morbidade e

mortalidade causadas por várias doenças dando credibilidade aos programas de prevenção contra doenças infecciosas (DGS, 2002).

A explosão científica após a 2ª Guerra Mundial deu origem a novas vacinas, algumas das quais ainda em uso, como é o caso da Poliomielite, Sarampo, Parotidite e Rubéola e, mais tarde, a Hepatite B.

A implementação planetária da vacina contra a varíola foi iniciada em 1956, através dos esforços conjugados de todos os países, sob a orientação da Organização Mundial da Saúde (OMS), e visava erradicar a doença. Foram conseguidas elevadas percentagens de cobertura vacinal e, em finais da década de 60, iniciou-se também uma estratégia de identificação-isolamento de casos com vacinação dos possíveis contactados pelo infetado. A doença foi erradicada nos países industrializados, em 1960, e mais tarde em todo o mundo. O último caso desta doença ocorreu em 1977, na Somália. Considera-se o único caso de erradicação global de uma doença infecciosa humana e deve-se a várias condições favoráveis: uma estratégia bem delineada, existência de uma vacina estável, muito eficaz e barata e o facto de o ser humano ser hospedeiro único do vírus (DGS, 2002; Carneiro *et al*, 2011).

A erradicação mundial da varíola veio trazer a esperança da erradicação de outras doenças evitáveis pela vacinação. Assim, em 1974 a OMS criou o Programa Alargado de Vacinação, geralmente conhecido como “*Expanded Programme of Immunization*” (EPI), que incluiu vacinas para seis doenças: Tuberculose, Difteria, Tétano, Tosse Convulsa, Poliomielite e Sarampo. Mais tarde foi adicionada a vacina contra a Febre-Amarela e a Hepatite B.

Segundo a DGS, em 1974 aquando do lançamento do *Expanded Program on Immunization* (EPI) pela OMS, a nível mundial estavam vacinadas contra as 6 doenças da infância (para as quais existia uma vacina eficaz) menos de 5% das crianças no seu primeiro ano de vida. Em 1980, das cerca de 130 milhões de crianças nascidas anualmente aproximadamente 80 % estavam vacinadas com as doses recomendadas para o seu primeiro ano de vida (DGS, 2004).

### **2.1.1 - Programa Nacional de Vacinação em Portugal**

Em Portugal, o Programa Nacional de Vacinação (PNV) iniciou-se em 1965 e, mais recentemente, em junho de 2015 foi atualizado. Desde a sua introdução, mais de 7 milhões de crianças e vários milhões de adultos foram vacinados em Portugal e as doenças abrangidas pelo programa estão eliminadas ou controladas, prova da sua efetividade e sucesso.

Ao longo dos 50 anos de história do PNV verificaram-se alguns surtos que não tiraram o mérito ao programa, antes vieram realçar a importância de manter elevadas coberturas vacinais em todo o país. No entanto, não basta vacinar em quantidade suficiente, é necessário garantir que a maioria dependendo da eficácia da vacina está de fato imunizada, e, portanto, protegida. Assim é necessário vacinar “muito e bem”, com um risco mínimo, e a um custo aceitável para a sociedade, para concretizar a finalidade do PNV que é proteger o indivíduo e a comunidade controlando, eliminando e contribuindo para a erradicação de doenças infecciosas (DGS, 2004).

O PNV é um programa universal e gratuito, sendo uma das suas características a acessibilidade sem qualquer tipo de barreira. Apresenta esquemas de vacinação recomendados, constituindo cada um deles uma “receita universal”. Nos anos seguintes à entrada em vigor do PNV, em 1965, verificou-se uma notável redução da morbidade e da mortalidade pelas doenças infecciosas alvo de vacinação, com os consequentes ganhos de saúde.

O 2.º Inquérito Serológico Nacional (2001-2002) demonstrou que a maioria da população se encontrava imunizada contra as doenças evitáveis pela vacinação, no entanto apesar do inquestionável êxito do PNV poderão persistir assimetrias sociais na sua aplicação, com grupos populacionais com níveis de proteção inferiores ao desejado e risco de desenvolvimento de bolsas de suscetíveis, possibilitando a reemergência de doenças já controladas ou mesmo eliminadas no nosso país, podendo deixar de haver imunidade de grupo, situações que urge diagnosticar e prevenir (DGS, 2004; Vasconcellos-Silva *et al.*, 2015).

A imunidade de grupo, segundo Plotkin *et al* (2008) verifica-se quando a vacinação de uma elevada percentagem da população tem efeitos protetores não só nos indivíduos vacinados, como nos não vacinados. Nesse sentido, Freitas (2007) acrescenta que é necessário assegurar elevadas taxas de cobertura vacinal na generalidade da população para evitar a existência de bolsas de suscetíveis, que promovam o ressurgimento de doenças evitáveis pela vacinação.

Acresce dizer que, através da vigilância das doenças transmissíveis de declaração obrigatória (Sistema DDO) verifica-se que a maioria das doenças integradas no PNV está: erradicada (varíola); eliminada/pré-eliminada (poliomielite, difteria, sarampo, rubéola, rubéola congénita, tétano neonatal); ou controlada (tétano, doença grave por *Neisseria meningitidis* C, doença grave por *Haemophilus influenzae* b, tosse convulsa, hepatite b e papeira).

O tétano, a poliomielite, o sarampo e recentemente a doença meningocócica C foram controlados através da vacinação pelo PNV, sendo que a poliomielite está eliminada na Europa desde 2002 (DGS, 2010).

O PNV apresenta esquemas de vacinação recomendados, constituindo uma “receita universal”, no entanto as vacinas que o compõem podem ser alteradas de um ano para o outro, em função da adaptação do programa às necessidades da população, nomeadamente pela integração de novas vacinas.

### 2.1.2 - Movimentos anti vacinação

Na literatura consultada constatamos que tem havido oposição à vacinação desde a introdução da primeira vacina. No século XIX, apesar da clara evidência de benefício, a inoculação com varíola bovina para proteger as pessoas contra a varíola foi prejudicada pelo florescimento de um movimento anti vacinação. (Poland e Jacobson, 2011).

Na pesquisa efetuada por Blume (2006) observamos que os movimentos anti vacinação são organizações bem estruturadas, com capacidade para disseminarem a sua mensagem e apoiarem juridicamente os “objetores” à vacinação, sendo exemplos:

- Nos Estados Unidos:
  - ✓ Em 1879, fundada a Sociedade Anti Vacinação da América.
- Em França:
  - ✓ O "*Ligue Nationale pour la Liberte' des Vaccinations* ", criado em 1954, foi opositor à vacinação obrigatória, por considerarem uma violação da moral e da liberdade.
- No Reino Unido:
  - ✓ Em 1992, *Informed Parent*, criado para promover o conhecimento e a compreensão sobre as vacinas a com objetivo de preservar a liberdade escolha; para oferecer apoio; para informar sobre as alternativas à vacinação aos seus assinantes e partes interessadas.
  - ✓ Em 1994, *Justice, Awareness and Basic Support' (JABS)*, fundado por John e Jackie Fletcher, após conhecerem pais que partilhavam a convicção de que a saúde de seu próprio filho tinha sido danificada pela vacina MMR (sarampo, papeira e rubéola);
  - ✓ Vaccine Awareness Network, fundado em 1997, por dois pais insatisfeitos com a qualidade e disponibilidade da informação sobre vacinas, segundo informação disponível no *site* “para ajudar os pais a decidir se querem ou não vacinar as crianças”
- Na Holanda:

- ✓ Nederlandse Vereniging Kritisch Prikken (NVKP), criado em 1994 por um grupo de pessoas que tiveram a experiência de consequências negativas da vacinação.
- ✓ Stichting Vaccinatieschade (Vaccination Damage Foundation) fundado em 2003, para apoio e representação das pessoas com problemas de saúde após vacinação e redução dos efeitos negativos desses problemas. (Blume, 2006)

O mesmo estudo refere que o “pensamento anti-vacinação” entre a década de 40 e o início da década de 80 diminuiu devido a três tendências: um *boom* na ciência das vacinas (descoberta e produção); sensibilização do público sobre surtos de doenças infecciosas (sarampo, sarampo, rubéola, coqueluche, poliomielite, entre outros) e o desejo de proteger as crianças dessas doenças altamente prevalentes; e um *baby boom*, acompanhado pelo aumento dos níveis de educação e riqueza. Estes acontecimentos levaram o público à aceitação e utilização de vacinas, o que resultou numa significativa diminuição dos surtos de doenças, e consequentemente da morbidade e mortalidade. No entanto, esta “era dourada” da vacinação teve uma duração relativamente curta (Poland e Jacobson, 2011).

Na década de 70 vários fatores contribuíram para o despertar dos movimentos anti vacinação: a diminuição dos surtos doença infecciosa; o *boom* no desenvolvimento de vacinas e a integração destas no calendário vacinal; e, os meios de comunicação, permitindo a difusão generalizada de informação sem validade científica sobre os danos das vacinas (Blume, 2006; Poland e Jacobson, 2011; Kata, 2011).

Segundo os mesmos autores, não se registaram alterações desde a década de 70, embora atualmente os movimentos anti-vacinação escolham os meios de comunicação social, tais como a televisão e a Internet, para influenciar a opinião pública e difundir a sua mensagem. (Blume, 2006; Poland e Jacobson, 2011; Kata, 2011).

Nos últimos anos, os meios de comunicação têm noticiado o surgimento de surtos de sarampo na Europa e EUA, decorrentes da baixa cobertura vacinal, o que propicia a circulação dos agentes infecciosos (bactérias ou vírus) que provocam as doenças, pondo em questão a imunidade de grupo. A vacinação do indivíduo, além de constituir um ato para proteção da sua vida e da sua qualidade de vida futura, constitui também um ato de proteção da comunidade.

Neste contexto, a DGS (2010) salienta que um indivíduo que não esteja vacinado está protegido pela imunidade de grupo nos países onde as doenças estão controladas, mas se viajar para zonas onde estas ainda existam pode contraí-las e até reintroduzi-las no país de origem, por se recusar a ser vacinado.

## 2.2 - PROMOÇÃO DA SAÚDE

Atualmente a Promoção da Saúde ocupa um lugar preponderante em vários setores, particularmente nos da Saúde e Educação.

O conceito Promoção da Saúde tem vindo a ser discutido ao longo dos anos, tendo começado a ser equacionado com a Declaração de Alma-Ata (1978), ao conceber a saúde como uma produção social, apontando para a cooperação entre os vários setores da comunidade e para o estímulo à participação social (Stanhope e Lancaster, 2011).

A Promoção da Saúde é definida como “o processo que visa criar condições para que as pessoas, individual ou coletivamente, possam agir sobre os fatores determinantes da saúde, de modo a maximizar ganhos em saúde, contribuir para a redução das desigualdades e construir capital social” (WHO Carta DE Ottawa, 1986; WHO Declaração de Jakarta, 1997; citado por PNS, 2012, p. 5).

A Carta de Bangkok para a promoção da saúde (2005), num mundo globalizado, volta a reforçar a ideia de que “promoção da saúde é o processo de capacitar as pessoas para aumentar o controlo sobre sua saúde e seus determinantes, e, assim, melhorar a sua saúde”, enumerando algumas estratégias a serem implementadas, assim como ações necessárias, entre as quais destaca-se a “*build capacity*” para o desenvolvimento da prática da promoção da saúde, transferência de conhecimento e de pesquisa, e literacia em saúde.

Na promoção da saúde, a capacitação “significa atuar em parceria com indivíduos ou grupos para obter o seu empoderamento para a saúde através de mobilização de recursos humanos e materiais, facultando o acesso às informações de saúde, facilitando o desenvolvimento de competência pessoais (...) a fim de promover e proteger a sua saúde.” (OE, 2011).

A promoção da saúde e prevenção da doença, de acordo com Deloitte (2011), devem estar na base do planeamento estratégico em saúde. A educação para a autogestão da saúde visa, essencialmente, a formação de cidadãos saudáveis, com impacto na redução dos investimentos necessários para o tratamento da doença. A organização do atual sistema encontra-se direcionada para os cuidados de saúde curativos, onde as políticas dirigidas à prevenção têm menos efeitos visíveis. Primeiramente, porque os seus efeitos apenas são notórios a longo prazo, mas também porque em parte dependem mais dos comportamentos dos indivíduos. Este fenómeno realça a importância da enfermagem, na modificação de comportamentos de risco e adoção de estilos de vida saudáveis

O foco dos enfermeiros com especialização em enfermagem comunitária e de saúde pública é a promoção e manutenção da saúde e prevenção da doença, tendo como finalidade

a melhoria da saúde dos indivíduos e da comunidade com a colaboração dos outros membros da equipa de saúde (Stanhope e Lancaster, 2011). De acordo com as mesmas autoras, melhorar a saúde da comunidade é o principal objetivo da intervenção de enfermagem na medida em que, a saúde individual está relacionada com a saúde da população como um todo.

Neste contexto, importa acrescentar que o reforço do poder e da responsabilidade do indivíduo em contribuir para a melhoria da saúde individual e da comunidade, reforça-se através da promoção de uma dinâmica contínua de desenvolvimento que integre a produção e partilha de informação/conhecimento (literacia em saúde), numa cultura de pro-atividade, compromisso e autocontrolo (capacitação/participação ativa), para a máxima responsabilidade e autonomia individual e coletiva (*empowerment*) (PNS,2012).

### 2.2.1 – O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

A promoção da saúde tem vindo a ser discutida ao longo dos anos pela OMS. Constatamos que muitos problemas de saúde se encontram diretamente relacionados com comportamentos de risco e que são possíveis de corrigir. Os enfermeiros têm um papel importante na promoção da saúde, através da identificação de situações que levam a comportamentos de risco. Existem diversos estudos baseados em modelos que visam favorecer a melhoria da qualidade dos cuidados, o que contribui para a promoção da saúde. Um desses modelos é o Modelo de Promoção da Saúde proposto por Nola Pender em 1982.

O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender é um importante instrumento de trabalho para os enfermeiros que apostam que a promoção da saúde não deve ser secundária, comparativamente aos cuidados à doença, podendo ser aplicado em diversos contextos e ao longo de todo ciclo vital, enfatizando o papel ativo da pessoa na gestão dos seus comportamentos de saúde.

Para Nola Pender, o conceito **Enfermagem** surge intimamente relacionado às intervenções e estratégias que a enfermeira deve dispor para o comportamento de promoção da saúde. A **Saúde** é analisada sob os aspetos individual, familiar e comunitário, com ênfase na melhoria do bem-estar, no desenvolvimento de capacidades e não como ausência de doenças, devendo ser estudado durante todo o processo de desenvolvimento do ser humano, levando em consideração idade, raça e cultura, numa perspetiva holística. Quanto ao **Ambiente**, este deve ser compreendido como resultado da interação entre indivíduo e a acessibilidade a recursos de saúde, sociais e económicos, relatando que esta relação proporciona um ambiente saudável. O conceito de **Pessoa** é definido como aquele capaz de tomar decisões, resolver

problemas; focando o potencial que cada um tem de mudar comportamentos de saúde (Tomey e Alligood, 2004).

O Modelo de Promoção da Saúde defende que cada pessoa tem características e experiências individuais únicas, que vão afetar o seu comportamento. A promoção de comportamentos saudáveis é o resultado comportamental desejado, sendo o grande objetivo deste modelo conceptual; devendo resultar numa melhoria da saúde, da capacidade funcional e numa maior qualidade de vida através de todos os estadios de desenvolvimento (Tomey e Alligood, 2004).

É um modelo que tem vindo a ser utilizado frequentemente por vários investigadores, para estudar comportamentos que levam à promoção da saúde. Este modelo fornece-nos uma estrutura simples e clara, em que o enfermeiro pode realizar um cuidado de forma individual, ou reunindo as pessoas em grupo, permitindo planear as intervenções e avaliar as suas ações (Victor *et al*, 2005).

Este modelo de promoção da saúde, considera que cada pessoa tem características pessoais e experiências únicas que afetam as suas ações subseqüentes, conseqüentemente a adesão à vacinação. O conjunto de variáveis que afetam determinado comportamento específico têm um importante significado motivacional. Essas variáveis podem ser alteradas por meio de ações de enfermagem. A adesão à vacinação é o comportamento de saúde desejado e é o objetivo do modelo de promoção de saúde (Tomey e Alligood, 2004).

O modelo de Nola Pender defende que existem fatores pessoais que influenciam as características individuais e as experiências de cada um. Estes fatores pessoais dividem-se em 3 categorias: biológicos (a idade e o sexo), psicológicos (a autoestima, auto motivação e o estado de saúde percebida) e socioculturais (a raça, o nível educacional e o *status* socioeconómico) (Pender, Murdaugh e Parsons, 2006 citado em Halcomb, 2010).

Nele podemos observar que são muitos os fatores que interferem nos comportamentos de saúde, pelo que os enfermeiros precisam frequentemente de estabelecer estratégias de intervenção dirigidas não só para os indivíduos que recusam a vacinação, mas também para todo o ambiente e outras pessoas envolventes, para direcionar a pessoa no sentido do comportamento desejado, sendo este a adesão à vacinação. A figura 3 esquematiza o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.

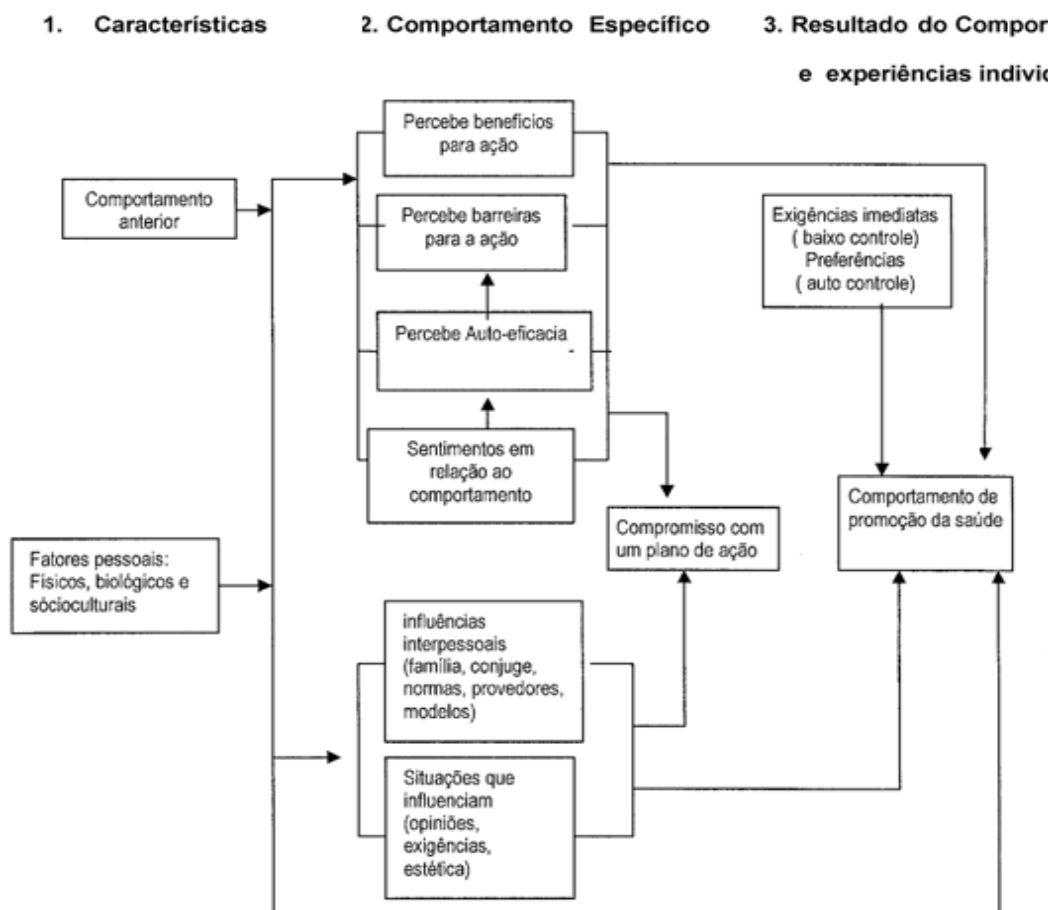


Figura 3 – Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde (adaptado de Victor *et al*, 2005)

Há aspetos que se consideramos fundamentais, quando nos centramos na intenção da não adesão à vacinação, tendo por base este modelo. Neste sentido, consideramos que a colheita de dados, ou avaliação inicial deve ser orientada de modo a obtermos o maior conhecimento possível sobre a pessoa, e o contexto familiar e social onde ela se insere. Importa conhecer o seu conceito de saúde e de doença, as suas crenças de saúde, a importância que atribui à doença, o seu passado de adesão, as suas crenças de autoeficácia relativamente ao regime terapêutico, as barreiras percebidas à adoção do comportamento de adesão à vacinação, avaliar o seu conhecimento e a capacidade de gestão da informação sobre as doenças evitáveis pela vacinação.

Só com a realização de uma colheita de dados/ avaliação inicial completa e detalhada será possível identificar corretamente os problemas e planear as intervenções de enfermagem mais adequadas a cada pessoa promovendo a adesão à vacinação.

O planeamento e implementação das intervenções, será adaptado às necessidades e características específicas de cada pessoa, aos objetivos que se pretendem atingir e com os quais a pessoa se deverá também comprometer, de modo a aumentar os benefícios

percebidos (resultantes da adesão), diminuir as barreiras percebidas ou dificuldades antecipadas pela pessoa para aderir, melhorar a autoeficácia percebida e otimizar as influências interpessoais e situacionais criando condições favoráveis à adesão da vacinação.

Reportando-nos ao modelo de promoção da saúde de Nola Pender, a educação para a saúde será a estratégia pela qual os enfermeiros poderão exercer influências interpessoais favoráveis à adesão à vacinação. Assim deverão definir-se estratégias de educação para a saúde intencionais e orientadas para a melhoria da adesão, integrando os conhecimentos e competências adquiridas pela via da formação pessoal e profissional nomeadamente: a formação inicial, a formação ao longo da vida e os conhecimentos e competências adquiridos através da investigação.

### **2.2.2 - Educação para a Saúde: uma estratégia de Promoção da Saúde**

As atuais definições de saúde, valorizam o Homem, não como um elemento isolado, mas como um ser social que vive em sociedade, influenciando-a e fazendo parte dela ao mesmo tempo que dela recebe as suas influências e a ela se adapta. Atualmente a saúde é entendida como uma situação de equilíbrio entre o nível físico, psíquico e sócio ambiental. Mais do que prevenir a doença, importa hoje promover a saúde (Loureiro e Miranda, 2010).

A educação para a saúde é pois, uma comprovada estratégia de atuação, um instrumento por excelência para alcançar os objetivos da promoção da saúde. As políticas de promoção da saúde envolvem por isso a implementação estratégica de programas de educação para a saúde.

As estratégias de educação para a saúde, segundo Dias *et al* (2004) “podem desenvolver-se de acordo com distintos níveis de atuação individual, grupal ou comunitário e incluem, desde campanhas nos meios de comunicação social, até intervenções diretas e pessoais”. (Dias *et al*, 2004, p. 466)

A educação para a saúde, de acordo com Tones e Tilford (1994) citado por Loureiro e Miranda (2010), é uma das componentes de Promoção da saúde e não pode ser dissociada de políticas adequadas sinérgicas. E salientam, que as políticas públicas não podem ser compreendidas e aceites sem uma componente de educação focalizada na saúde.

A Educação para a saúde, é um conceito que tem evoluído ao longo dos tempos. Para Tones e Tilford (1994) citado por Carvalho e Carvalho (2006), a educação para a saúde é definida como “... toda a atividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com a saúde e doença...”, originando mudanças no conhecimento, compreensão e forma de pensar.

Segundo os mesmos autores, a Educação para a saúde pode influenciar ou clarificar valores, facilitar mudanças de convicções e atitudes, facultar a aquisição de saberes, conduzir a mudanças de comportamentos e estilos de vida (Carvalho e Carvalho, 2006).

A educação tem como finalidade aumentar as capacidades do indivíduo, consideramos que por a aprendizagem estar centrada na capacidade do ser humano para se adaptar, a educação não pode ser entendida simplesmente como fornecer informação, pois através da informação veiculam-se apenas conceitos, não tendo em conta os valores individuais, a autoestima e o *empowerment*. Para Stanhope e Lancaster (2011), a aprendizagem “...inclui uma mudança mensurável no comportamento, que persiste ao longo do tempo” (Stanhope e Lancaster, 2011, p.266).

A educação para a saúde tem um papel fundamental na enfermagem. A promoção, manutenção e restabelecimento da saúde exigem que os clientes recebam informação compreensível relacionada com a saúde, permitindo-lhes desta forma tomar decisões, no âmbito da saúde, de forma fundamentada e promotoras da adesão à vacinação (Stanhope e Lancaster, 2011).

### **2.2.3 - Literacia em saúde e *Empowerment***

Literacia em saúde está ligada à educação e envolve o conhecimento, a motivação e competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informações de saúde, no dia-a-dia, para a tomada de decisão fundamentada em matéria de cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde para manter ou melhorar a qualidade de vida durante todo o ciclo vital (WHO, 2013).

Sendo um direito dos cidadãos a literacia em saúde tem também um forte impacto económico. É um importante determinante da saúde e da qualidade de vida e reflete as desigualdades sociais. Incorpora fatores psicológicos (como a motivação e a perceção de autoeficácia), sociais e ambientais que influenciam as escolhas e os comportamentos relacionados com a saúde. É um dos resultados de ações de promoção da saúde que abrangem políticas de redução das desigualdades e de criação de ambientes favorecedores de escolhas saudáveis, de educação para a saúde, de mobilização social e de estratégias de *empowerment* (Loureiro, 2015).

A literacia em saúde requer o envolvimento de todos os setores na co-construção da saúde, melhorando: as competências dos cidadãos para lidarem com a sua saúde e com o sistema de saúde; as condições para um bom desempenho escolar e profissional; a qualidade

de vida e contribuindo para a transformação da sociedade, nomeadamente atenuando as desigualdades (Loureiro, 2015).

A capacitação promovida pelo *empowerment* e literacia para a saúde permite que as pessoas assumam o controlo sobre as decisões e ações que afetam o seu contínuo de saúde/doença (Laverack, 2008; Campos e Graveto, 2009).

Partindo do pressuposto que o *empowerment* constitui um eixo central da promoção da saúde (Carvalho, 2004), as suas principais vantagens são: os clientes adquirem conhecimentos e capacidades discursivas, cognitivas e procedimentais, que lhes proporcionam poder de intervenção, tendo em vista a mudança social e uma distribuição dos bens e serviços de saúde mais igualitária. Este processo de participação é também, um processo de aprendizagem, permitindo aos que nele participam, conhecimentos que favorecem a mudança de estilos de vida e a criação de hábitos de vida mais saudáveis (Rodrigues *et al*, 2005).

A literatura consultada refere-nos que a capacitação terá reflexos em outras áreas do sistema de saúde atual, na medida em que um cidadão mais informado está mais atento a uma correta utilização dos serviços de saúde, evitando o desperdício, refletindo-se na redução dos custos. Consequentemente tem maior autonomia para a prática de autocuidado, reduzindo a dependência dos serviços de saúde e exige mais qualidade dos prestadores de cuidados, forçando a melhoria dos serviços prestados (Deloitte, 2011).

Estudos recentes sobre os determinantes da literacia em saúde, entre adultos, referem que a participação na aprendizagem ao longo da vida, tanto formal como informal, é um forte preditor de literacia em saúde entre essa população/grupo. Intervenções encorajando as pessoas a serem aprendizes vitalícios são, por conseguinte, consideradas suscetíveis de facilitar o desenvolvimento e a manutenção de literacia em saúde (WHO, 2013).

A meta global da enfermagem comunitária é a promoção da saúde do indivíduo e da comunidade, através de uma prática de colaboração com outros membros da equipa de saúde (Stanhope e Lancaster, 2011). O alcance desta meta implica que o enfermeiro atue em todos os níveis de prevenção, com ênfase na prevenção primária.

### 2.3 - PLANEAMENTO EM SAÚDE

Atualmente a preocupação com a promoção da saúde e a prevenção da doença é cada vez mais evidente. Desta forma, as organizações de saúde veem-se confrontados com desafios e exigências no sentido de congregar esforços para uma utilização eficiente dos recursos e para o aumento dos ganhos em saúde, sendo, para tal, necessário adotar novos conceitos de

gestão que permitam às organizações maior flexibilidade, eficiência e rigor e, conseqüentemente, que os seus profissionais sejam empenhados e competentes ao ponto de garantirem a excelência em termos da qualidade dos cuidados.

A OMS define o planejamento em saúde como um processo de identificação e priorização dos problemas em saúde, estabelecimento de metas e objetivos realistas, de racionalização na utilização dos recursos escassos com vista à adequação, eficácia e eficiência dos serviços de saúde, tendo sempre em consideração os fatores ambientais, sociais e individuais que afetam a saúde do indivíduo e comunidade (Varghese *et al*, 2007).

Segundo Imperatori e Giraldes (1993), o desenho do planejamento em saúde deve conter três fases importantes, nomeadamente a **Elaboração do plano** (que é composta pelo diagnóstico, a definição de prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a elaboração de programas e projetos tendo em conta a limitação de recursos, e a preparação da execução); a **Execução** (operacionalização do projeto delineado anteriormente) e a **Avaliação** (validação das estratégias e objetivos, verificação de indicadores, objetivação de ganhos em saúde, e redefinição do diagnóstico realizado anteriormente).

No atual contexto socioeconómico, torna-se urgente otimizar os recursos existentes assim como potenciar as intervenções de enfermagem realizadas com vista à obtenção de ganhos em saúde.

O Planejamento em Saúde é fundamental devido:

- À escassez dos recursos, como tal é necessário começar a utilizá-los eficaz e eficientemente; à necessidade de intervir nas causas dos problemas de saúde necessidade de definir prioridades, visto não ser viável a resolução de todos os problemas de saúde no mesmo período de tempo;
- À evicção de intervenções isoladas, pois as mesmas comportam custos elevados e, por vezes, irreparáveis, sendo importante implementar abordagens integradas que utilizem e potenciem as sinergias existentes;
- À necessidade de se utilizarem eficientemente as infraestruturas já existentes, uma vez que implicam custos elevados e devem ser otimizadas;
- À necessidade de existirem equipamentos que podem ter utilizações polivalentes; à competitividade do mercado da saúde, como tal há que competir com outras prioridades nacionais através da elaboração de planos;
- À rapidez dos progressos da medicina e da tecnologia, o que requer uma adaptação constante às modificações;
- À necessidade de uma melhor utilização das aptidões e competências dos

profissionais de saúde, num meio em que existe uma complexidade cada vez maior quer das técnicas, quer em termos da especialização profissional, quer também do trabalho em equipas multidisciplinares (Imperatori e Giraldes, 1993).

Está descrito na literatura que o planeamento é parte integrante de uma organização, apresentando características diferentes dependendo do nível organizacional, podendo ser: planeamento estratégico (aborda a organização como um todo, orientado para o futuro, direcionado a longo prazo – 3 a 5 anos), planeamento tático (envolve determinada parte da organização, direcionado a médio prazo – 1 ano) e o planeamento operacional (direcionado para curto prazo, focaliza o imediato/presente e envolve cada tarefa ou atividade) (Chiavenato, 1999).

O planeamento estratégico é um processo de gestão projetado para fornecer resultados que promovem a otimização do funcionamento da organização, permitindo aos gestores entender o posicionamento da sua organização e promover as mudanças necessárias (Mintzberg, 2011).

O mesmo autor considera que num mundo em que as mudanças são constantes, as organizações são chamadas a transformações e adaptações subsequentes à evolução para que possam subsistir, verificando-se a introdução de critérios científicos para a tomada de decisões (Mintzberg, 2011).

Para Martins (2006), a análise SWOT é uma das práticas mais comuns nas organizações voltadas para o pensamento estratégico e marketing, é algo relativamente trabalhoso de produzir, contudo a prática constante pode trazer ao profissional uma melhor visão, afinal de contas, os cenários onde a organização atua estão sempre em constante mudança.

É consensual que o planeamento estratégico englobe um conjunto de ferramentas as quais por si só são insuficientes, mas quando é seguido de planeamentos tático e operacional, consiste numa robusta ferramenta para implementar o pensamento estratégico da organização.

Esse modelo de análise permite, portanto, posicionar as oportunidades e ameaças do ambiente externo de acordo com as forças e fraquezas internas à organização, identificando a capacidade ofensiva e defensiva da mesma, bem como suas vulnerabilidades, permitindo estruturar o pensamento para criar novas visões e objetivos estratégicos alinhados às possibilidades da organização, como demonstra a figura 4 (Martins, 2006; Santos, 2011).

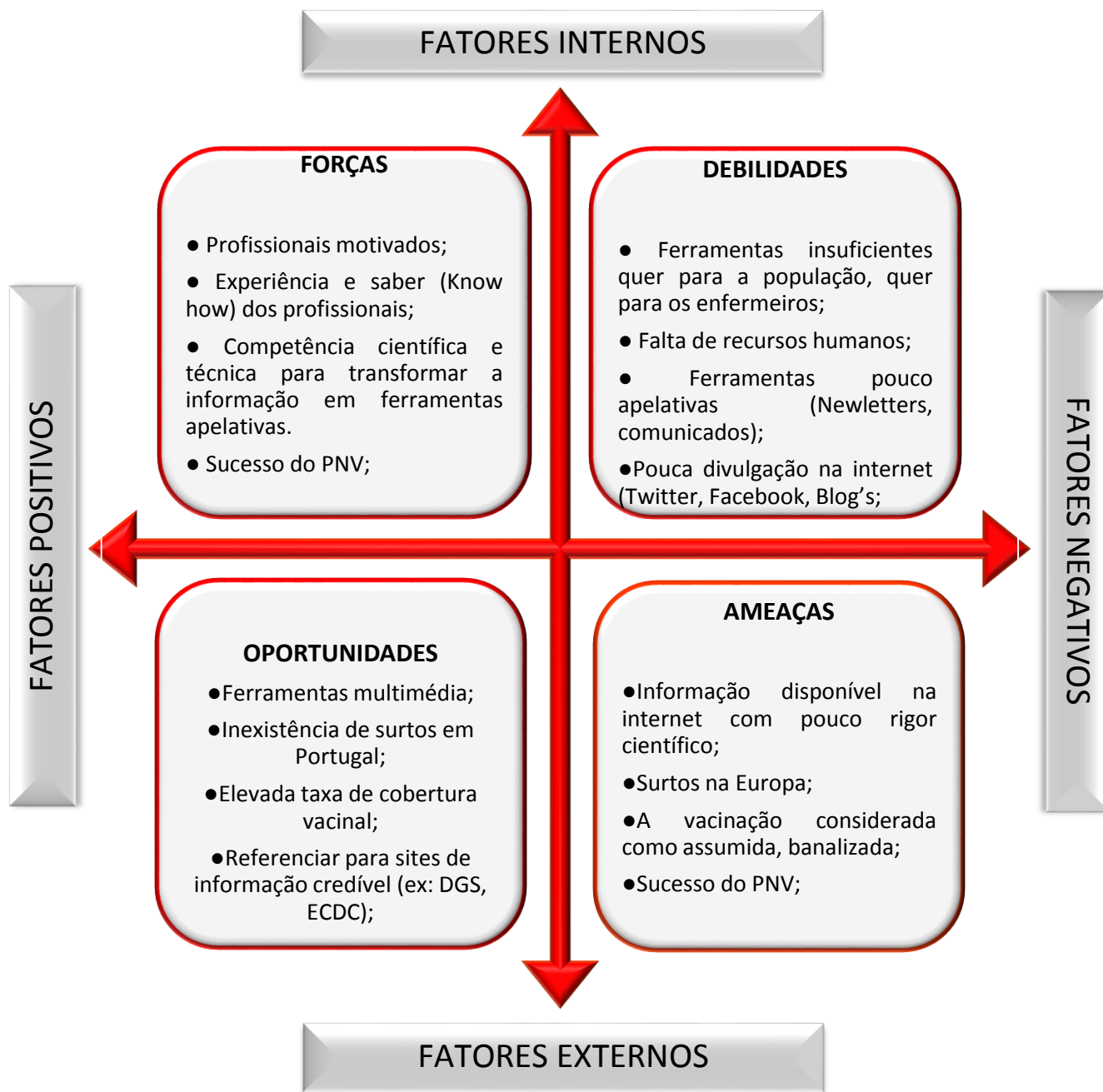


Figura 4 - Análise SWOT

Neste contexto, importa salientar a importância da intervenção do enfermeiro especialista em saúde comunitária e de saúde pública sustentada pela metodologia do planeamento em saúde enquanto processo que engloba o diagnóstico do estado de saúde de grupos e comunidades; o desenvolvimento de programas e projetos de intervenção e a elaboração de indicadores que possibilitem avaliar de forma sistemática os níveis de qualidade das suas intervenções e os ganhos em saúde daí decorrentes (OE, 2011).

### 3 - PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA

A Prática Baseada na Evidência (PBE) segundo o CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2012, p. 10), consiste num “método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do utente no contexto do cuidar”. Esta definição vai ao encontro do que nos refere Sackett (2003) quando refere que a PBE incorpora a habilidade clínica, isto é, capacidade para utilizar conhecimentos clínicos e experiências prévias na identificação do estado de saúde e diagnóstico, bem como os riscos individuais e os benefícios possíveis das intervenções propostas. Inclui ainda a preferência do utente, ou seja, a integração dos seus valores, expectativas e preocupações no cuidado e nas decisões clínicas.

A PBE vai ao encontro da obrigação social da enfermagem enquanto profissão e ciência, sendo que alicerça a sua credibilidade entre as áreas de conhecimento no contexto da saúde e sustenta eventuais mudanças a nível político no âmbito da saúde (Pereira *et al*, 2012).

No contexto da PBE, os enfermeiros têm que compreender qual o seu papel no *continuum* da evidência à ação, sendo fundamental que se sintam informados o suficiente para colocar questões pertinentes, desenvolver competências e assegurar que a evidência é utilizada da melhor forma. Esta compreensão é vital para a inovação dos serviços e desenvolvimento de novas formas de trabalhar. Acresce ainda dizer, que tal só acontecerá se houver um compromisso para o desenvolvimento de um ambiente conducente à tomada de decisão e práticas baseadas na evidência (ICN, 2012).

#### 3.1 - REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

Fundamentando a pertinência da temática escolhida, foi realizada uma revisão sistemática da literatura. As Revisões Sistemáticas de Literatura são “...instrumentos valiosos para o clínico permitindo uma abordagem crítica integrada do conhecimento científico orientada para a resposta a uma questão clínica relevante baseada na melhor evidência científica disponível” (Marques e Marques, 2008, p.171).

Esta revisão sistemática da literatura teve como objetivo identificar estudos científicos orientadores para a identificação de estratégias que promovam a vacinação nos “objetores” à vacinação. Nesse âmbito, partindo da concetualização definimos a seguinte questão de pesquisa: **“Quais as estratégias que promovem a vacinação nas pessoas que a recusam?”**

Neste sentido, efetuamos uma pesquisa de acordo com os princípios metodológicos inerentes a uma Revisão Sistemática de Literatura, no sentido de sistematizar o estado da arte.

Esta teve por base o método PI[C]OD: Participantes, Intervenções, Comparação, Resultados (Outcomes) e Tipo de Estudo (Desenho) (Melnik & Fineout-Overholt, 2011), na elaboração da questão de pesquisa, e na definição dos critérios de inclusão e exclusão.

Para adequar a pesquisa de literatura aos objetivos propostos, foram utilizados os descritores MeSH : “Health education”, “Interventions” e “Vaccination”.

A pesquisa foi realizada com recurso à plataforma EBSCOhost a 22 de março de 2015, pelas 15 horas, nas bases de dados: CINAHL Plus with Full Text; MEDLINE with Full Text; Cochrane Database of Systematic Reviews, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive e MedicLatina.

Como limitadores, foram tidos em conta: booleano and, Full Text em PDF, friso cronológico de 5 anos (de março de 2010 a março de 2015). A opção pela utilização de um friso cronológico de cinco anos teve por base a procura de artigos com evidência científica recentes que dessem resposta à questão formulada anteriormente. Foram ainda definidos limitadores específicos, de acordo com as várias bases de dados, como se pode verificar no ANEXO II.

Os critérios de inclusão e exclusão para os estudos da revisão sistemática de literatura encontram-se descritos no Quadro 1.

Quadro 1 - Critérios para inclusão e exclusão

	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão	Descritores MeSH Browser
P	Pessoas que demonstrem intenção de não adesão à vacinação (para si e/ou descendentes)	Pessoas com idade inferior a 18 anos ou com défice de autonomia	Health education Interventions Vaccination
I	Estratégias de Educação para a Saúde		
C	-----	-----	
O	Promover a vacinação, para as doenças evitáveis previstas no PNV		

D	Estudos qualitativos ou quantitativos	Estudos sem evidência científica	
---	---------------------------------------	----------------------------------	--

Os resultados obtidos por descritores e por combinação das palavras-chave em conjunto de duas e de três encontram-se descritos no ANEXO III.

Do total da conjugação das três palavras-chave obtivemos 41 artigos. Destes, 15 foram eliminados após a leitura do título, 10 por não apresentarem artigo em PDF disponível, 7 após leitura do resumo, 1 por se encontrar em chinês, 5 eliminados após leitura integral dos artigos por não atenderem aos objetivos do estudo, por conseguinte, apenas 3 integraram os critérios de inclusão.

Após a seleção dos artigos, procedeu-se à sua análise. Para melhor compreensão da metodologia utilizada na análise dos artigos, sistematizamos, sob a forma de quadro, as dimensões consideradas mais relevantes, assim como os níveis de evidência, segundo Guyatt e Rennie (2002) (Anexos IV, V e VI).

### 3.1.2 – Análise dos resultados

A vacinação tem como objetivo fundamental a redução ou eliminação de patologias que possam ser evitáveis através de vacinas sendo uma mais-valia para a saúde das populações.

Nos últimos anos, as preocupações sobre a segurança das vacinas dificultaram os esforços que visam o aumento das taxas de imunização entre indivíduos e grupos importantes da população. A literatura demonstra que a controvérsia e o alarme causado por grupos anti-vacinação têm um efeito negativo observável nas taxas de cobertura vacinal da população causando o aumento do sofrimento humano, dos custos dos cuidados de saúde, consumo de recursos úteis para uma produtiva economia, e, em suma, agrava o problema colocando outros indivíduos e grupos em risco (Poland e Jacobson, 2011).

Nos países desenvolvidos, as doenças evitáveis pela vacinação têm sido reduzidas ou até mesmo eliminadas, devido aos programas de vacinação. Apesar deste sucesso, muitos pais questionam, e alguns deles ainda recusam a vacinação aos seus filhos. A vacinação é uma medida de saúde preventiva, deve ser realizada quando uma criança é saudável, sem sintomas de doença. Isto significa que as crenças dos pais, atitudes e ambiente podem desempenhar um papel importante na vacinação. Para a vacinação de sucesso, os pais devem: estar cientes

como, onde e quando ter acesso, entender por que as vacinas são necessárias e estar motivados (Kaufman *et al*, 2012).

A mesma revisão sistemática da literatura veio ainda demonstrar que os “objetoires” à vacinação são mais comuns nos países desenvolvidos e tendem a estar agrupados em regiões específicas, como tal, têm capacidade para alterar significativamente a cobertura vacinal da região, e conseqüentemente a diminuição da imunidade de grupo, o que aumenta a possibilidade de um surto provocado por um organismo evitável pela vacinação começar a circular sem barreiras (Kaufman *et al*, 2012).

A literatura sugere que a oposição à vacinação infantil em massa é um fenómeno mundial, especialmente nos países industrializados. Alegações infundadas sobre vacinação são perpetuadas por grupos de pressão dos pais e porta-vozes individuais, alguns dos quais com formação médica ou científica, o que os torna credíveis para a comunidade (Leask e McIntyre, 2003).

A este respeito acresce dizer, que os “objetoires” à vacinação utilizam como argumento que o potencial benefício da vacinação é inferior ao potencial risco individual e que esta intromissão é, sob todos os pontos de vista considerada como imoral. Nesse sentido, os autores consideram o argumento como falacioso pois a vacinação deve ser encarada como tendo um significado conjunto (individual, mas também social), ao contrário do indivíduo isolado, que possui apenas um valor individual. Por outro lado, o argumento sobre a autonomia deverá ser questionado através do conceito do *bem comum*, em que o indivíduo se deve sujeitar às regras que beneficiam todos os que pertencem à sua comunidade (Carneiro *et al*, 2011).

Nesse sentido, Varela e António (2007) referem que o *bem comum* é entendido como o bem supremo da comunidade, o qual é indissociável do bem supremo de cada pessoa, sendo todos os grupos humanos chamados a contribuir para o bem da comunidade.

Na Lei de Bases da Saúde (1990) e na Constituição Portuguesa está definido que os cidadãos são os primeiros responsáveis pela sua saúde individual e coletiva, tendo o dever de a defender e promover; e, que estes têm o direito de decidir aceitar ou recusar a prestação de cuidados que lhes é proposta, porém devem respeitar os direitos dos outros utentes (Lei 47/90).

Os movimentos anti vacinação, encontram-se relativamente bem estruturados em países como aos EUA, Inglaterra, Suécia, Holanda, Canadá, com capacidade para apoiar juridicamente os “objetoires” à vacinação, e utilizam a internet para aumentar a sua presença no debate, mas também para exagerar, divulgar e dramatizar casos de reações adversas às vacinas para os meios de comunicação e público. Os estudos realizados concluem que são

facilitados por uma "base de conhecimento científico" inadequada dentro dos meios de comunicação, e uma tendência irresponsável para com o sensacional (Blume, 2006; Jacobson *et al*, 2007; Carneiro *et al*, 2011).

No seu estudo, Jacobson *et al* (2007) identificam e quantificam os equívocos mais utilizados pelos movimentos anti vacinação, sendo estes: a) nas doenças evitáveis pela vacinação a sua incidência já estava a decrescer antes da vacinação e iriam desaparecer independentemente de ser vacinado ou não; b) as vacinas apresentam riscos para os quais devem proteger-se. Os mesmos autores referem ainda que estes equívocos podem ser encarados como resultantes do sucesso da vacinação, uma vez que ao vacinar há redução do risco de doença e a incidência vai diminuir drasticamente; o que a longo prazo e com as novas gerações de pais, estes irão vacinar os filhos para doenças que não tiveram experiência direta ou até mesmo consciência.

Neste contexto, os autores salientam que os profissionais de saúde terão de responder frequentemente às preocupações da comunidade sobre a vacinação, devido a fatores tais como: a ascensão dos movimentos anti vacinação, o aumento do consumismo, o interesse das pessoas cada vez maior nas terapias alternativas em detrimento da vacinação (Leask e Mcintyre, 2003).

Por outro lado, para que a Educação para a Saúde seja efetiva é necessária uma pessoa que acredite que necessita de informações, e, em seguida, estar disposto a ouvir, e a confiar nos profissionais de saúde (Bean, 2011).

No contexto da vacinação os resultados indicaram que **a intervenção escrita e intervenção de vídeo** são intervenções promotoras da intenção de vacinação, uma vez que nestes grupos de intervenção escrita e vídeo na avaliação pós-intervenção a intenção de vacinação era significativamente maior, em comparação com o grupo controlo (Krawczyk *et al*, 2012).

Os autores consideraram que tanto a intervenção escrita como o vídeo facilitaram a entrega consistente de informação e foram bem-sucedidos no aumento do conhecimento e da intenção de vacinação. Os formatos de vídeo e escrita foram igualmente eficazes no presente estudo, sugerindo que para algumas populações um panfleto pode ser eficaz e com menor custos. Sugerem ainda que, em estudos futuros tanto a intervenção escrita como a intervenção de vídeo possam ser adaptadas ao género, cultura, idade, e experiência sexual do público-alvo (Krawczyk *et al*, 2012).

Por outro lado, Bean (2011), Ruiz e Bell (2014) salientam que, embora os profissionais de saúde sejam a principal fonte para aconselhamento em saúde, nomeadamente na vacinação; e, tradicionalmente, a informação seja veiculada em suporte de papel, rádio e

televisão, o público cada vez mais usa outras fontes, por ex. a Internet. Como fonte de informação, a Internet é considerada dúbia, em que tudo pode ser publicado por qualquer pessoa, sem que a informação seja validada.

O mesmo estudo sugere que as mensagens anti vacinação são mais comuns na Internet do que em suporte de papel ou de radiodifusão, e que na Internet há maior probabilidade de a informação não ter sido verificada por peritos (Bean, 2011).

Na pesquisa efetuada verificou-se que a **intervenção face a face** (para informar ou educar os pais sobre a vacinação infantil) tem pouco impacto sobre o estado de vacinação, conhecimento ou compreensão da vacinação, mas em algumas populações ou situações estas podem ser bem-sucedidas (Kaufman *et al*, 2012). A este respeito, acresce dizer que uma breve e orientada intervenção face a face sobre vacinação pode resultar na melhoria das taxas de vacinação entre certas populações de baixo rendimento e baixo nível de alfabetização (Kaufman *et al*, 2012); e que algumas intervenções, tais como **reuniões comunitárias** ou o uso dos **meios de comunicação**, podem ser um recurso intensivo quando seja necessário intervir em grande escala, mas devem ser utilizados com precaução, pois uma mensagem/campanha mal elaborada pode ter o efeito contrário ao desejado (Saeterdal *et al*, 2014).

Os autores dos estudos analisados, referem que dada a ampla intervenção nas comunidades para informar e educar sobre a vacinação infantil, é surpreendente que tão poucas avaliações tenham sido realizadas (Saeterdal *et al*, 2014). Afirmam também que as intervenções de informação e educação sobre a vacinação na infância são complexas devido ao envolvimento de vários grupos participantes na intervenção. A intervenção tem como alvo um grupo (os pais) para promover a vacinação, que é administrada a um outro grupo (crianças). E, o planeamento e implementação da intervenção ou do próprio programa de vacinação são dirigidos por um terceiro grupo (organizadores do programa) (Kaufman *et al*, 2012).

Esta perspetiva é corroborada por Pereira e Veiga (2014) ao afirmarem que vários fatores podem dificultar a síntese de informação nesta área. Os sujeitos da investigação são as populações ou as comunidades e não o indivíduo; as dificuldades em delimitar e caracterizar as intervenções que habitualmente são complexas, e multi-componentes; a análise e a medição dos *outcomes*; o efeito provocado pelo envolvimento dos membros da comunidade ou potenciais participantes no desenho e avaliação dos programas; a disponibilidade de publicações originais que abranjam toda a complexidade e *outcomes* utilizados nas intervenções em saúde pública, normalmente de longo termo; a integridade da intervenção, com realce para os fatores que mais influenciam a efetividade da intervenção como a

participação, a exposição ao programa ou intervenção, recursos, e qualidade da implementação.

A literatura sugere que têm sido observados avanços significativos na promoção da saúde, associados a uma maior disponibilidade de evidência baseada em revisões sistemáticas sobre a efetividade das intervenções e dos programas (Pereira e Veiga, 2014).

A educação para a saúde é considerada como uma componente importante das atividades de promoção da saúde e um contributo valioso para a melhoria da saúde do indivíduo e das comunidades (WHO, 2012).

No estudo realizado por Saeterdal *et al* (2014), salientam a importância de considerar que as intervenções destinadas às comunidades podem ser rentáveis em algumas situações, mesmo que estas intervenções resultam em pequenos aumentos da cobertura vacinal, o ganho em saúde da comunidade é elevado, pois os custos da não-vacinação são suscetíveis de ser muito elevados.

O ponto fulcral de qualquer estratégia de educação para a saúde é aumentar a sensibilização pública sobre os principais fatores que condicionam a saúde e a forma como a comunidade pode influenciar esses aspetos. As iniciativas neste domínio devem ser um processo aberto e participativo, baseado nas capacidades e necessidades da comunidade local. Para além disso, a atenção deve ser dirigida às estratégias e técnicas com menor custo e maior efetividade. Apesar das muitas incertezas nesta área, já existe evidência suficiente sobre a magnitude dos potenciais ganhos em saúde nas populações, quando determinadas ações de prevenção são implementadas (WHO, 2012).

## 4 - METODOLOGIA

O enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública no desenvolvimento das suas competências avalia o estado de saúde de uma comunidade com base na metodologia do planeamento em saúde (OE, 2011), assim a metodologia utilizada e presente neste relatório é constituída pelas etapas: diagnóstico da situação, fixação de objetivos, seleção de estratégias, operacionalização do projeto e avaliação, enquanto processo contínuo e dinâmico (Imperatori e Giraldes, 1993).

### 4.1 - DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O diagnóstico da situação na comunidade como parte deste processo, identifica e caracteriza uma situação específica. Diagnosticar é analisar uma dada realidade com vista a desenhar um quadro de necessidades e soluções. Para os autores esta é uma etapa dinâmica, ou seja, o correto diagnóstico, resulta num delinear de intervenções adequadas, sendo que a etapa de avaliação se irá ligar a um diagnóstico futuro, conduzindo a um conhecimento cada vez melhor da situação. O diagnóstico é por assim dizer o ponto de partida para se medir a melhoria obtida (Imperatori & Giraldes, 1993).

O projeto do estágio surgiu da preocupação por parte das autoridades de saúde, especificamente da Direção-Geral de Saúde, com a problemática da não adesão à vacinação, devido ao ressurgimento de surtos, alguns dos quais ainda não controlados, de doenças evitáveis pela vacinação que se pensavam controladas, quer na Europa quer fora desta.

Embora em Portugal a adesão à vacinação seja elevada, há exceções. Para além dos raros casos de contra-indicação médica (por ex. doentes oncológicos, imunodeprimidos ou transplantados), há quem não vacine os filhos pelas mais variadas razões. No caso de recusa, os centros de saúde pedem aos pais que assinem um termo de responsabilidade e esta informação é registada na ficha da criança.

Com a informação recolhida constatamos que em Portugal as taxas de cobertura vacinal variam entre os 94 e os 99%, sendo considerado um exemplo a nível europeu. De acordo com os autores, a elevada cobertura vacinal é importante porque a vacinação não só confere imunidade

individual a quem a recebe, como contribuem para a chamada “imunidade de grupo”, e assim uma doença não pode invadir uma população, se houver uma elevada percentagem de indivíduos vacinados. No entanto, a existência de bolsas suscetíveis (locais onde em que a cobertura vacinal é inferior à necessária para haver imunidade de grupo) comprometem a imunidade de grupo e consequentemente podem ocorrer surtos, à semelhança de outros países da Europa (DGS, 2010).

#### 4.2 - ESTABELECIMENTO DE OBJETIVOS

Após a elaboração do diagnóstico da situação e identificado o problema sobre o qual é necessário intervir, definimos objetivos a alcançar, num determinado intervalo de tempo.

Reconhecemos um objetivo como o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacte. Uma meta é o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades dos serviços de saúde, traduzidos em termos de indicadores de atividade (Imperatori e Giraldes, 1993).

No âmbito da intervenção comunitária “A Vacinação salva vidas” definimos como objetivo geral:

- Promover a intenção de adesão à vacinação nas pessoas que a recusam, através da mediação efetiva pelos enfermeiros.

Definiram-se ainda como objetivos específicos:

- Identificar as estratégias que promovam a adesão à vacinação;
- Capacitar o grupo para a procura ativa de informação;
- Capacitar o grupo para a aquisição de informação com recurso a fontes de informação fidedignas nacionais e internacionais;
- Reforçar o espírito de partilha de informação relevante na área da vacinação.

#### 4.3 - SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

A quarta etapa passa pela seleção de estratégias. Nesta etapa é possível escolher um conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com vista a alcançar determinado objetivo. É imprescindível a realização de uma estimativa dos recursos a utilizar, e caso se considere que

estes são insuficientes, torna-se necessário retroceder à fase anterior para proceder a uma revisão dos objetivos. Consideramos a ativação das seguintes estratégias com vista ao cumprimento dos objetivos estabelecidos:

- Envolver peritos nacionais de reconhecido mérito, na construção de ferramenta multimédia;
- Proporcionar momentos de interação informal;
- Congregar os diferentes temas da vacinação, numa ferramenta multimédia, com recurso às fontes de informação fidedignas em saúde pública nacionais e internacionais;
- Construir uma ferramenta multimédia que seja facilitadora da mediação, para capacitar o grupo para aquisição de informação sobre a vacinação com recurso às fontes de informação fidedignas em saúde pública nacionais e internacionais;
- Partilhar o estado da arte com os pares, na perspetiva de corresponder às necessidades e identificar propostas de melhoria a incorporar na ferramenta multimédia.

#### 4.4 -- EXECUÇÃO

Na etapa de preparação operacional, especifica-se a responsabilidade da mesma, e a apresentação do calendário e cronograma (ANEXO VIII) que compõem o projeto.

Na elaboração de programas e projetos há o estudo detalhado das atividades necessárias à execução de determinada estratégia, com vista à obtenção de um ou mais objetivos. (Imperatori e Giraldes, 1993).

Segundo os mesmos autores, os indicadores podem ser de execução ou de impacto. Um indicador de impacto “pretende medir a alteração verificada num problema de saúde” enquanto um indicador de execução “pretende medir a atividade desenvolvida (...) com vista a atingir um ou mais indicadores de impacto” (Imperatori e Giraldes, 1993). Poderá ser feita uma avaliação a curto prazo dos indicadores de execução, no entanto a avaliação dos indicadores de impacto só poderá ser realizada a longo prazo. Dada a natureza do campo de estágio – DGS, ao nível do

planeamento estratégico, e à duração do estágio não nos foi possível avaliar indicadores de impacto.

As atividades realizadas com vista ao cumprimento dos objetivos estabelecidos foram as seguintes:

- ✓ Realização de pesquisa no âmbito da vacinação com recurso a fontes de informação fidedignas nacionais e internacionais;
- ✓ Seleção da informação pertinente para a elaboração da ferramenta multimédia;
- ✓ Articulação com os peritos na preparação da ferramenta multimédia;
- ✓ Articulação com os peritos na preparação de documentação referente à Comissão Técnica de vacinação;
- ✓ Apresentação da proposta da ferramenta multimédia aos peritos;
- ✓ Revisão da ferramenta multimédia
- ✓ Realização de uma comunicação oral no 1º Congresso Internacional de Saúde Familiar e Comunitária – VII Encontro do dia Internacional da Família.

#### 4.5 - AVALIAÇÃO

A avaliação é a última etapa do planeamento, deve ser precisa e determinar o grau de consecução de determinado objetivo. Desta forma deve entender-se como finalidade da avaliação o melhorar e orientar para o futuro a partir das informações colhidas através da avaliação e não apenas o simples justificar das atividades já realizadas, mantendo assim o seu cariz de continuidade e dinamismo (Imperatori e Giraldes, 1993).

A enfermagem baseada na evidência propõe a (re) construção de competências, que conduzem a uma avaliação crítica sistemática das informações disponíveis, para a tomada de decisão. Este é um processo que ao exigir novas habilidades, abre espaço para definir critérios com a eficácia, a efetividade e a eficiência para avaliar a qualidade e incorporar nos contextos de trabalho as conclusões válidas e consolidadas da pesquisa. A utilização prudente da experiência clínica individual em parceria com a evidência clínica externa deve, portanto, ser encarada como um recurso que possibilita propor a intervenção mais adequada e segura para responder às necessidades individuais da pessoa (Pereira e Bachion, 2006).

As competências não se adquirem ou desenvolvem por acumulação de conhecimentos ou técnicas, mas sim através da reflexão crítica sobre as práticas e da reconstrução permanente de uma identidade pessoal. Neste capítulo, consideramos importante incluir a reflexão acerca das

competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, desenvolvidas no decorrer do percurso formativo da mestranda.

Assim, neste âmbito, a Enfermagem Comunitária assume um papel de vital importância, uma vez que os enfermeiros desta área são, por excelência, detentores de um conhecimento aprofundado das competências de enfermeiro de cuidados gerais bem como da sua área de especialização, neste caso de enfermagem comunitária e de saúde pública, o que lhes permite responder de forma adequada às necessidades das pessoas/grupos/comunidades, partindo da avaliação multicausal dos principais problemas de saúde pública e, desenvolvendo programas/projetos de intervenção, com vista ao *empowerment* das comunidades e ao exercício da cidadania, ao longo do ciclo de vida (OE, 2011).

O desenvolvimento de uma competência surge "...do aperfeiçoamento da perícia do desempenho, alicerçando este aperfeiçoamento na experiência situacional e na formação, providenciando simultaneamente uma base para o desenvolvimento do corpo teórico da profissão e progressão" (Morais,2004:23). Nesta linha de pensamento, o conceito de competência surge num sentido mais abrangente do que a mera aptidão ou faculdade, mas é assumido também como o poder e a capacidade que uma pessoa possui para resolver um assunto/problema/situação num determinado contexto.

Podemos afirmar que o desenvolvimento de uma competência será, no fundo, validar uma capacidade através da profissionalização, que implica um processo de formação, de procura e de ação ao longo da vida. "A formação deve ser encarada como um fenómeno social, que necessita de uma vontade pessoal para se realizar, na qual, um dos objetivos básicos é o desenvolvimento de competências, quer pessoais, técnicas ou relacionais" (Morais, 2004:24).

No decorrer do curso de mestrado em enfermagem comunitária, particularmente durante os estágios, consideramos que os conhecimentos são aprofundados, e são adquiridos outros, o que leva à aquisição de competências especializadas de enfermagem comunitária e de saúde pública.

Após o desenvolver destas competências a intervenção na comunidade toma outra dimensão, que pretendemos levar para o nosso contexto de trabalho.

O conjunto de competências clínicas especializadas decorrem do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretizam-se em competências comuns e específicas. Pela certificação destas competências clínicas especializadas assegura-se que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica e que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, a todos os níveis de prevenção.

Neste sentido, importa dizer que o enfermeiro especialista, de acordo com OE (2011) é o enfermeiro com “...um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão” (OE,2011).

O Regulamento 128/2011 define quais as competências específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública:

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

Assim sendo, importa-nos estabelecer uma ponte entre as competências específicas do enfermeiro especialista desenvolvidas ao longo desta unidade curricular e as intervenções de enfermagem realizadas.

Numa fase inicial, a intervenção de enfermagem foi baseada num diagnóstico de saúde pré-existente, pelo que nos foi possível ter acesso a alguns dados sobre a população alvo, permitindo-nos planear e operacionalizar o projeto de intervenção comunitária “A vacinação salva vidas”

No que se refere à competência *Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade* optamos pela Metodologia do Planeamento em Saúde fundamentando com o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, o que viabilizou a aquisição e desenvolvimento de competências e conhecimentos, no planeamento e operacionalização do projeto de intervenção comunitária “A Vacinação salva vidas” com vista à resolução das necessidades identificadas e na prossecução dos objetivos estabelecidos e resultados pretendidos.

Consideramos fundamental envolver a comunidade e estabelecer parcerias para a prestação de cuidados especializados de enfermagem, na área do conhecimento em enfermagem comunitária e de saúde pública, no sentido em que as intervenções do especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública devem ser focadas na comunidade, para a comunidade e com a comunidade.

No que respeita à competência *Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos estratégicos do Plano Nacional de Saúde* consideramos que o projeto desenvolvido vai ao encontro dos objetivos e dos princípios subjacentes ao Plano Nacional de Saúde, na medida em que o Programa Nacional de Vacinação desempenha um papel preponderante num dos pressupostos do Plano.

O Plano Nacional de Saúde tem como finalidade obtenção de ganhos em saúde, este objetivo terá maior concretização quanto maior a eficiência do Sistema de Saúde tornando-se relevante projetar os ganhos em saúde desejáveis, estratégias custo-eficazes de modo a responder às necessidades em saúde, assim a *“utilização de tecnologias de informação e comunicação no campo da saúde constitui-se como um elemento essencial para a promoção de modos de relacionamento mais seguros, acessíveis e eficientes com os cuidados de saúde”* (PNS, 2012:47)

Na apreciação dos estudos em análise que emergiram da RSL, concluímos que sustentam teórica e empiricamente a questão que motivou esta revisão. Os autores identificam e classificam as estratégias promotoras da intenção de vacinação; e demonstram a importância e valor da estratégia de Educação para a Saúde no âmbito da Promoção da Saúde relativamente à vacinação.

Neste contexto, acresce dizer que a pesquisa e a ação complementam-se, numa lógica contínua de autoaprendizagem que deve ser alvo de partilha, no sentido de minimizar a adoção de condutas e intervenções que rapidamente se desatualizam e perdem o seu valor terapêutico.

No sentido da disseminação e partilha de saberes realizamos uma comunicação oral intitulada – Promoção da vacinação: Revisão Sistemática, a 14 de maio, no 1º Congresso Internacional de Saúde Familiar e Comunitária – VII Encontro do dia Internacional da Família, (Anexo IX) para divulgação e disseminação da Evidência científica. Esta permitiu-nos sensibilizar a comunidade de enfermeiros para a importância do acesso à mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, dotando-os de mais e melhor informação sobre o seu desempenho e assim contribuirmos para o aumento da sua posição negocial e de influência, tornando-os mais autónomos.

Salientamos que, de acordo com a OE (2011), uma das competências comuns do enfermeiro especialista, consiste em responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, atuando como formador, promovendo a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros.

Consideramos que temática que nos propusemos trabalhar, apesar de poder ser considerada complexa, enquadra a intervenção do enfermeiro com especialização em enfermagem comunitária e de saúde pública numa dimensão dos cuidados onde a mediação é

fundamental para a promoção da intenção de adesão à vacinação. A intervenção de enfermagem, altamente diferenciada, de aconselhamento ou referenciação do cidadão no sistema de saúde permitindo por um lado estruturar respostas aos principais problemas de saúde emergentes bem como garantir aos profissionais de saúde o adequado suporte de boas práticas.

Nas últimas décadas, na área da saúde, diversos autores têm destacado a importância e o papel da informação para as atividades de planeamento, execução, controle e avaliação da política de saúde. Apesar disso, e embora o setor produza um volume considerável de dados e informações, a utilização das mesmas para os processos de tomada de decisão ainda é considerado insuficiente (Carvalho, 2004, Loureiro e Miranda, 2010).

Corroborando o anteriormente mencionado verificamos na literatura que a informação no âmbito da gestão da saúde pode ser categorizada como um instrumento de apoio ao processo de tomada de decisão, possibilitando o conhecimento da realidade da comunidade em estudo contribuindo desta forma para o desenvolvimento das políticas públicas em saúde (Carvalho, 2004).

A literatura consultada refere-nos que tem havido evolução pois têm sido observados avanços significativos na promoção da saúde, associados a uma maior disponibilidade de evidência baseada em revisões sistemáticas sobre a efetividade das intervenções e dos programas (Pereira e Veiga, 2014).

Assim, a aplicação, na prática clínica, do conhecimento mais atualizado e adequado permitir-nos-á, enquanto enfermeiros com especialização responder à prática dos cuidados que somos chamados a desenvolver com as pessoas/grupos e comunidades.

Hoje, vive-se numa época em que a Internet é muitas vezes utilizada como meio de comunicação social de massas apelativo. Para além de permitir a difusão de “um para muitos” a Internet permite também a comunicação de “muitos para muitos”. Cada vez mais as ferramentas e soluções interativas de comunicação permitem tornar o indivíduo o centro do processo de construção do conhecimento (Tapscott, 2008).

A utilização das ferramentas multimédia tem vindo a revolucionar o universo da aprendizagem /conhecimento e literacia na área da saúde

As ferramentas multimédia permitem novas formas de comunicar através de uma maior maleabilidade e interação. A utilização do som, do texto e da imagem tem um impacto tanto na aprendizagem individual como coletiva ao fornecer ferramentas e apoios à criação e à disseminação do conhecimento. (Markkula e Carneiro, 2009).

O projeto de educação para a saúde desenvolvido, visou contribuir para o *empowerment* dos indivíduos do grupo alvo, no sentido em que estes ao possuírem mais informação possam assumir o controlo do seu próprio projeto de saúde, ajudando a promover o *empowerment* da

comunidade onde estas pessoas estão inseridas. “O empoderamento comunitário começa no individuo, passa pelo grupo e termina na comunidade em geral” (Laverack, 2008).

Relativamente aos objetivos da educação para a saúde eles passam por fazer compreender que a saúde é uma responsabilidade partilhada, ou seja aberta à participação coletiva na procura de soluções; dar a conhecer a influência dos estilos de vida na saúde; proporcionar conhecimentos e potenciar atitudes que capacitem para a promoção e manutenção da saúde, bem como promover uma mentalidade crítica a fim de identificar e eliminar os riscos para a saúde, da não adesão à vacinação, quer individualmente quer coletivamente.

Na pesquisa efetuada com recurso à Revisão Sistemática da Literatura, foram identificadas como estratégias promotoras da intenção de vacinação a intervenção escrita e vídeo, neste sentido foi realizada uma apresentação em formato *PowerPoint*, com a finalidade de se constituir uma ferramenta multimédia para os enfermeiros, em contexto de cuidados de saúde primários promoverem uma mediação efetiva no cumprimento do PNV.

No que se refere à competência *Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades* consideramos o objetivo do estágio cumprido, pois este passava pela elaboração de uma ferramenta multimédia que permitisse aos enfermeiros no seu contexto de trabalho intervir em grupos com necessidades específicas, mais propriamente que recusam a vacinação, e promover uma mediação efetiva no cumprimento do PNV. A ferramenta multimédia desenvolvida é um instrumento inovador, apelativo e de acordo com a evidência científica é adequada à disseminação da informação tendo sido avaliada a sua eficácia na intenção da vacinação nos estudos realizados (Kaufman *et al*, 2012).

A ferramenta multimédia irá ser revisada por peritos na vacinação, da DGS, e posteriormente será transformada numa ferramenta multimédia. Atendendo ao nível de planeamento em que nos situámos – Planeamento estratégico, consideramos não ser possível obter o impacto deste projeto de intervenção a curto prazo. Em saúde comunitária, muitas das intervenções de enfermagem produzem efeito a longo prazo. Este é um projeto de educação para a saúde, que visa a adoção de comportamentos promotores de saúde, ora a validação da efetiva mudança de comportamentos (adesão à vacinação) requer um horizonte temporal alargado, motivo pelo qual não nos foi possível avaliar o impacto durante o período de estágio. No entanto, atendendo ao pedido de colaboração futura por parte da DGS, ser-nos-á possível acompanhar a operacionalização da ferramenta e posteriormente avaliar a sua eficácia.

A vigilância epidemiológica é definida como a atividade sistemática e continuada de recolha, tratamento e transmissão de informação sobre as mais diversas situações relacionadas com a saúde. É considerada um instrumento fundamental de planeamento e gestão dos recursos da saúde, proporcionando os elementos para uma atuação pronta e eficaz sobre fatores de risco

indutores de situações indesejáveis e contribuindo, assim, para a melhoria dos níveis de saúde das populações. (DGS, 2016)

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

Tanto a nível da União Europeia como da Organização Mundial de Saúde é hoje ponto assente que uma vigilância epidemiológica bem estruturada, flexível e ágil é indispensável para proteger e promover eficazmente a saúde dos cidadãos, das famílias e das populações.

Consciente da importância da vigilância epidemiológica, como instrumento para a análise, compreensão e explicação dos fenómenos saúde-doença, no que se refere à competência *Realiza e coopera na vigilância epidemiológica no âmbito geodemográfico*, consideramos ter desenvolvido esta competência ao cooperarmos na elaboração do instrumentos de colheita de dados (Estudo retrospectivo dos casos de infeção do sistema nervoso central e infeção disseminada por micobactérias em crianças com 5 anos de idades -2010 a 2014) permitindo o levantamento de dados de morbilidade e mortalidade de uma doença, importantes para o seu controle eficaz.

Devido à duração do estágio, não nos foi possível participar na análise, tratamento e apresentação dos dados a todas as pessoas que colaboraram na sua obtenção, e a toda a comunidade, para que tenham conhecimento dos resultados das atividades da vigilância, para fins de prevenção e controle de doenças relevantes à Saúde Pública.

Portugal integra o Comité de Decisão da Comissão da União Europeia, tendo sido criada a Rede de Vigilância Epidemiológica e Controlo de Doenças Transmissíveis, participa também em outros sistemas e redes internacionais, pelo que para cumprir as obrigações daí decorrentes, necessita de possuir os meios adequados.

Salientamos ainda a enorme importância da colaboração de todas as entidades individuais ou coletivas, públicas ou privadas, nas tarefas que venham a ser definidas para cada sistema de vigilância, condição indispensável para garantir o sucesso desta função do sistema de saúde pública.

Consideramos que para além do cumprimento dos objetivos propostos quer para a realização do estágio quer para a elaboração do relatório, e tendo por base o percurso realizado, este relatório demonstra o desenvolvimento de competências que nos permitem participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde

pública, no desenvolvimento de projetos de intervenção com vista à capacitação e *empowerment* das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania.

## CONCLUSÃO

O enfermeiro com especialização em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública deve possuir conhecimentos científicos e técnicos adequados e atualizados para prestar cuidados de saúde ao nível do planeamento em saúde.

Perante uma sociedade cada vez mais exigente no que respeita à qualidade dos cuidados prestados, os enfermeiros que desenvolvem a sua prática centrada na comunidade devem responder adequadamente às carências e necessidades detetadas proporcionando ganhos em saúde.

Os ganhos em saúde obtidos com a vacinação não são um dado adquirido. Anos sucessivos com baixas coberturas vacinais ou descontinuidades na vacinação, por motivos relacionados com a organização e a capacidade dos serviços de saúde, com os movimentos anti vacinação, podem ter consequências graves.

A aplicação do Programa Nacional de Vacinação implica uma gestão rigorosa, desde o planeamento estratégico até ao planeamento operacional, e há características únicas do Programa que é necessário preservar, sendo estas: a universalidade e a acessibilidade; a aceitabilidade pelos profissionais e pela população; a exequibilidade e a efetividade, com impacto na imunidade individual e na imunidade de grupo. Garantir estes requisitos pressupõe capacidade de planeamento, organização e logística adequada e avaliação dos resultados

Sendo que a enfermagem comunitária e de saúde pública desenvolve uma prática global centrada na comunidade, é imprescindível a intervenção e o empenho do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública na implementação dos programas promotores de saúde com vista à capacitação e “*empowerment*” das comunidades. É fundamental que orientem a sua ação para a dimensão saudável dos indivíduos/comunidade, alertando para a importância da vigilância de saúde que conduza à adesão da vacinação. As intervenções para a promoção da saúde incluem o encorajamento dos indivíduos para adotarem estilos de vida saudáveis, ajudando-os a tomar consciência do seu próprio poder para o conseguirem. Os enfermeiros com especialização em enfermagem comunitária e de saúde pública, pelo seu conhecimento profundo e contacto

permanente com a comunidade, têm uma oportunidade única de obter a liderança na promoção da saúde dos indivíduos, famílias e comunidades (OE, 2010).

A elaboração deste relatório constituiu, uma retrospectiva com um caráter reflexivo e crítico das atividades desenvolvidas e seu contributo no desenvolvimento de competências na área específica do conhecimento em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Salientamos que numa fase inicial, constituiu um turbilhão de medos e emoções, devido ao cariz de inovação e responsabilidade que lhe está subjacente. No entanto, veio a revelar-se aliciante a forma como se desenvolveu, tanto o estágio, como a realização deste relatório.

O nosso percurso profissional desenvolve-se em cuidados de saúde diferenciados, onde o alvo dos cuidados é o indivíduo. A frequência deste curso de mestrado e especialização manifestou-se um verdadeiro desafio, na medida em que a prática é orientada para a comunidade como cliente. Consideramos que contribuiu para perceber a importância que a intervenção global e contínua do enfermeiro com especialização em Enfermagem Comunitária tem no seio da comunidade. Acresce dizer, que contribuiu para uma visão mais ampla do indivíduo a quem são prestados, no contexto de prática de cuidados.

Consideramos que para além do cumprimento dos objetivos propostos quer para a realização do estágio quer para a elaboração do relatório, este relatório demonstra ainda a aquisição de competências que concorrem para o desenvolvimento da profissão respeitando integralmente o previsto no n.º 80 do código deontológico do enfermeiro, sobre o “dever para com a comunidade”.

No que concerne às competências mobilizadas ao longo do percurso desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular Estágio e Relatório como a realização do projeto de intervenção comunitária, permitiu-nos ativar os conhecimentos adquiridos na componente teórica e teórica prática, que integram o Mestrado em Enfermagem Comunitária.

Consideramos que o exercício da prática profissional em contexto profissional real contribuiu para o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária na medida em que é referido que esta deve desenvolver a sua prática centrada na comunidade, tendo um papel fulcral na resolução dos problemas colocados pelos cidadãos com vista a formar uma sociedade forte e dinâmica. Assumindo um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes

(pessoas, grupos ou comunidade), podemos proporcionar efetivos ganhos em saúde e em simultâneo capacitar a comunidade onde se desenvolvem programas e projetos de intervenção.

## REFERÊNCIAS

- Alves, R., Gaspar, A. e Ferreira, M. (2007). Reacções alérgicas a vacinas. *Revista Portuguesa Imunoalergologia*; 15 (6): 465 - 48
- Bean, S. (2011). *Emerging and continuing trends in vaccine opposition website content*. *Vaccine* 29 (2011) 1874–1880
- Blume, S. (2006) *Anti-vaccination movements and their interpretations*. *Social Science & Medicine* 62, 628 – 642.
- Campos, D. e Graveto, J. (2009). Papel do enfermeiro e envolvimento do cliente no processo de tomada de decisão clínica. *Rev Latino-am Enfermagem*, 17 (6), 1-7.
- Carneiro, A.; Belo, A.; Gouveia, M.; Costa, J. e Borges, M. (2011) Efectividade clínica e análise económica da vacinação preventiva. *Acta Med Port*, 24: 565-586
- Carvalho, S. (2004). Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de promoção à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 1088- 1095.
- Chiavenato, I. (1999). *Gestão de pessoal: o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. 13ª Ed. Rio de Janeiro: Campus.
- Carvalho, A. e Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde. Conceitos, práticas e necessidades de formação*. Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda. Loures
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2012). – *Combater a Desigualdade: Da evidência à ação* [em linha]. Ordem dos Enfermeiros, [Consult. 10 junho 2015]. Disponível em WWW:URL:[http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/IND%20Kit%202012%20FINAL%20Portugu%C3%AAs\\_VFinal\\_correto.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/IND%20Kit%202012%20FINAL%20Portugu%C3%AAs_VFinal_correto.pdf). ISBN 978-989-8444-09- 7.
- Deloitte (2011). *Saúde em análise: uma visão para o futuro*. Lisboa: Deloitte.
- Dias, M.; Duque, A.; Silva, M. e Durá, E. (2004). Promoção da Saúde: O renascimento de uma ideologia? *Análise Psicológica*. Nº 3 (XII), p.463-473.
- Direção-Geral de Saúde (2002). *"A Vacinação e a sua História"*. Cadernos da DGS nº2.

- Direção-Geral de Saúde (2004). *Avaliação do Programa Nacional de Vacinação e melhoria do seu custo-efetividade. 2º Inquérito Serológico Nacional. Portugal Continental 2001-2002*. Lisboa:DGS;2004
- Direção-Geral de Saúde (2010). *Semana Europeia da vacinação (24 de abril a 1 de maio) Press Kit 23/04/2010*
- Direção-Geral de Saúde (2011) - Programa Nacional de Vacinação 2012. Circular Normativa nº 040/2011 de 21.12.11, DGS, Lisboa
- Direção-Geral de Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Acedido a 26 de fevereiro de 2015 em [http://pns.dgs.pt/siles/2012/02/Obter\\_\\_Ganhos\\_em\\_Saúde22.pdf](http://pns.dgs.pt/siles/2012/02/Obter__Ganhos_em_Saúde22.pdf).
- Direção-Geral de Saúde (2014). *Plano de Atividades 2014*. Acedido a 18 de abril de 2015 Disponível em [www.dgs.pt/a-direccao-geral-da-saude/instrumentos-de-gestao/planos-e-relatorios-de-atividade-anuais.aspx](http://www.dgs.pt/a-direccao-geral-da-saude/instrumentos-de-gestao/planos-e-relatorios-de-atividade-anuais.aspx)
- Freitas, M. (2007). Programa Nacional de Vacinação e reforma dos cuidados de saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 23, 409 -15. Acedida em 15 de junho de 2015. Disponível em: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10385/10121>
- Guyatt, G. e Rennie, D. (2002). *Users' guides to the medical literature: A manual for evidence-based practice*. Chicago: American Medical Association
- Halcomb, K. (2010). *Health promotion and health education: nursing students' perspectives* Tese de doutoramento. *Doctor of Education in the College of Education at the University of Kentucky*. Acedida em 20 junho 2015 Disponível em [http://uknowledge.uky.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1012&context=gradschool\\_diss](http://uknowledge.uky.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1012&context=gradschool_diss)
- Imperatori, E. e Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. (3ª edição) Lisboa: Obras Avulsas.
- Jacobson, R.; Targonski, P.e Poland, G. (2007). *A taxonomy of reasoning flaws in the anti-vaccine movement* *Vaccine* 25 (2007) 3146 –3152

- Kata, A. (2011). Anti-vaccine activists, Web 2.0, and the postmodern paradigm – An overview of tactics and tropes used online by the anti-vaccination movement. *Vaccine* 30 (2012) 3778 – 3789
- Kaufman, J. et al (2012). *Face to face interventions for informing or educating parents about early childhood vaccination (Review)* Copyright © 2013 The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.
- Krawczyk, A. et al. (2012). How to Inform: Comparing Written and Video Education Interventions to Increase Human Papillomavirus Knowledge and Vaccination Intentions in Young Adults. *Journal OF American College Health*, VOL. 60, NO. 4
- Laverack, G. (2008). *Promoção de saúde: poder e empoderamento*. Loures: Lusodidacta.
- Leask, J.e McIntyre, P. (2003). Public opponents of vaccination: a case study. *Vaccine* 21 p.4700 – 4703
- Lei 48/1990. *Diário da República* Nº 195 Série I. Lei de Bases da Saúde. Ministério da saúde. Lisboa.
- Loureiro, I. (2015) A literacia em saúde, as políticas e a participação do cidadão. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*; 33(1):1 Acedido em 20 de junho de 2015. Disponível em :[http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=90432422&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=323&ty=98&accion=L&origen=elsevierpt%20&web=www.elsevier.pt&lan=pt&fichero=323v33n01a90432422pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90432422&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=323&ty=98&accion=L&origen=elsevierpt%20&web=www.elsevier.pt&lan=pt&fichero=323v33n01a90432422pdf001.pdf).
- Loureiro, I. e Miranda, N. (2010). *Promover a saúde: dos fundamentos à ação*. Edições Almedina, SA. Coimbra. ISBN 978-972-40-4399-9.
- Markkula, M. e Carneiro, R., (2009) Editorial: Inovação e criatividade, Consultado em 20 de janeiro 2016. Disponível em : <http://www.elearningpapers.eu/index.php?page=volume>
- Marques J. e Marques D. (2008). Revisões Sistemáticas: O que são e para que servem? *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial* 171-178, Vol. 49, nº 3.
- Martins, M. (2006) – *Avaliação de empresas: Foco na análise de desempenho para o usuário interno*. Ed. Altas – 2006.ISBN 85-224-4227-4.

- Melnyk, B., Fineout-Overholt, E. (2011). *Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Morais, C. (2004). Perspectivas das competências. *Nursing*, nº 188, p.23-24.
- Ordem Enfermeiros (2010). Caderno temático: Modelo de desenvolvimento profissional. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento de Padrões da Qualidade dos Cuidados especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceecomunitasaudepublica.pdf>
- Pereira, A. e Bachion, M. (2006) Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre (RS) dez;27(4):491-8.
- Pereira, R ;Cardoso, M.e Martins, M. (2012). - Atitudes e barreiras á prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referências*. Coimbra. ISSN 0874-0283 Série III, n.7 p. 55-62
- Pereira, C. e Veiga, N. (2014). Educação Para a Saúde Baseada em Evidências. *Millenium*, 46 (janeiro/junho). Pp. 107-136.
- Plotkin, *et al* (2008) *Vaccines*.5ª Edição. Elsevier. ISBN – 978-1-4160-3611-1.
- Poland, G.; Jacobson, R. (2001) *Understanding those who do not understand: a brief review of the anti-vaccine movement*. *Vaccine* 19 (2001) 2440–2445.
- Poland, G. e Jacobson, R. (2011). The Age-Old Struggle against the Antivaccinationists. *The New England Journal of Medicine* 364;2 january 13, 2011
- Portugal. Constituição da República Portuguesa. Art.º 63º e 64º. VII Revisão Constitucional, 2005
- Regulamento n.º 128/2011. *Diário da República* nº 35, IIª série, Ministério da Saúde.
- Ribeiro, H. e Andrade, M. (2012). A importância do planejamento estratégico nas organizações atuais. *Revista Brasileira de Gestão de Engenharia*. Número V. janeiro/junho 2012. p.15-31

- Rodrigues, M.; Pereira, A. E Barroso, T. (2005). *Educação para a saúde: Formação pedagógica de educadores para a saúde*. Coimbra, Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- Ruiz, J. e Bell, R. (2014). Understanding vaccination resistance: vaccine search term selection bias and the valence of retrieved information. *Vaccine*. 2014 Oct 7;32(44):5776-80.
- Sackett, D. (2003) *Medicina baseada em evidências: prática e ensino*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Saeterdal I, et al (2014) *Interventions aimed at communities to inform and/or educate about early childhood vaccination (Review)* Copyright © 2014 The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.
- Santos, M. (2011) Texto de apoio sobre planeamento estratégico aplicado às organizações sem fins lucrativos. Acedido em 15 janeiro de 2016. Disponível em [http://home.uevora.pt/~mosantos/download/PlaneamEstrategONGS\\_28Jul11.pdf](http://home.uevora.pt/~mosantos/download/PlaneamEstrategONGS_28Jul11.pdf)
- Stanhope, M.e Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública*. 7ª ed. Loures: Lusodidacta
- Tapscott, D. (2008) Grown up digital. McGraw-Hill Acedido em 15 de janeiro de 2016. Disponível em <http://www.grownupdigital.com/downloads/chapter.pdf>:
- Varela, J. e António, N. (2007) O bem comum e a teoria dos stakeholders. ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa BRU-IUL (Unide-IUL). Acedido em 20 de junho de 2015. Disponível em <http://bru-unide.iscte.pt/RePEc/pdfs/12-07.pdf>
- Varghese, J., Varatharajan, D.e Thankappan, K. (2007). Local factors influencing resource allocation to health under the decentralized planning process in Kerala, India *Journal of Health and Development*; 3 (1 & 2) Disponível em [http://www.who.int/health\\_financing/documents/cov-decentralised-allocation/en/](http://www.who.int/health_financing/documents/cov-decentralised-allocation/en/)
- Vasconcellos-Silva, P.; Castiel, P. e Griep, R. (2015). A sociedade de risco mediatizada, o movimento anti vacinação e o risco do autismo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20 (2):607-616, 2015
- Victor, J., Lopes, M. e Ximenes, L. (2005). Análise do Diagrama do modelo de Promoção da Saúde de Nola J.Pender. *Acta Paulista de Enfermagem*. São Paulo. ISSN 0103-2100. Vol.18, n.3, p. 235-240

World Health Organization (2012). *Health Education Theoretical Concepts, Effective Strategies and Core Competencies*.

World Health Organization (2013). Health Literacy: the solid facts. Copenhagen: Acedido a 15 junho 2015. Disponível WHO  
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/190655/e96854.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf)

Tomey, A. e Alligood, M. (2004). Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). 5ª Edição. Loures: Lusociência.

## **ANEXOS**

## **ANEXO I – Projeto de intervenção “A vacinação salva vidas”**



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM  
5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA



**PROJETO DE ESTÁGIO:**

**Autora:**  
Isabel Branco  
Nº Aluno 130431004

Santarém, Março, 2015



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM  
5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA  
UC – ESTÁGIO II



**PROJETO DE ESTÁGIO:**

**A VACINAÇÃO SALVA VIDAS**

**Autora:**

Isabel Branco  
Nº Aluno 130431004

**Orientadores:**

Professora Isabel Barroso  
Professora Irene Santos  
Professora Andreia Silva

Santarém, Março, 2015

## **ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS e SIGLAS**

ECDC - European Centre for Disease Prevention and Control

EEE – Espaço Económico Europeu

EPI – Expanded Program on Immunization

*Et al* – entre outros.

f. - Folha

Nº /nº - Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNV – Programa Nacional de Vacinação

WHO – World Health Organization

UC – Unidade Curricular

EU – União Europeia

## INDICE

	f.
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>5</b>
<b>1. PROJETO DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>2. PLANO DE ATIVIDADES.....</b>	<b>13</b>
<b>3. CONCLUSÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>19</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>21</b>
ANEXOS I – Cronograma.....	22

## INDICE DE QUADROS

	f.
Quadro 1 – Projeto.....	12
Quadro 2 – Plano de atividades.....	13

## INTRODUÇÃO

O projeto de estágio enquadra-se no 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Santarém, na Unidade Curricular (UC): Estágio e Relatório. O Estágio decorre no período de 16 de Fevereiro a 3 de Julho de 2015, na Direção Geral de Saúde.

Este projeto do estágio surge após a auscultação da opinião de peritos da DGS que informaram do ressurgimento de surtos de doenças evitáveis pela vacinação, que se pensavam controladas. Indo ao encontro do proposto nesta Unidade Curricular: Estágio e Relatório, este projeto tem como **objetivos:**

- Aprofundar a análise de situações de saúde/doença no contexto da enfermagem comunitária;
- Desenvolver estratégias de intervenção em enfermagem comunitária e de saúde familiar, em contexto transdisciplinar;
- Criticar os resultados das intervenções de enfermagem no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde familiar.

Definiu-se ainda, como **objetivos:**

- Demonstrar capacidade de utilizar a metodologia de planeamento em saúde na programação das atividades e de intervenção na comunidade, segundo uma perspetiva profissional avançada;
- Desenvolver competências específicas na prestação de cuidados de enfermagem comunitária;
- Demonstrar capacidade de utilizar uma abordagem epidemiológica dos problemas de saúde, na comunidade, para a gestão de programas e serviços de saúde;
- Definir critérios objetivos para a determinação das prioridades de intervenção na vacinação.

Definiu-se como objetivos **específicos:**

- Identificar as estratégias que promovam a adesão à vacinação
- Aumentar os conhecimentos do grupo sobre vacinação;
- Sensibilizar os alunos do 2º ciclo sobre a importância da vacinação;

- Promover a adesão dos pais à vacinação.

Aquando da elaboração sentiu-se a necessidade de situar este projeto nos modelos e teorias de enfermagem, e para tal, mobilizou-se o Modelo Sistémico de Betty Neuman.

Com a consciência das mudanças decorrentes no âmbito social, económico, demográfico, ocorrem cada vez mais situações de desafio para os profissionais na área da saúde. O que leva a uma necessidade constante de atualização e desenvolvimento de competências para uma intervenção especializada com vista á melhoria do estado de saúde das populações. Outro fator cada vez mais evidente é a tomada de consciência da população das responsabilidades face ao seu estado de saúde, tornando-se uma vantagem para o processo de mudança, pois a participação consciente e informada é aliado do sucesso de uma intervenção na comunidade.

A vacinação tem como objetivo fundamental a redução ou eliminação de patologias que possam ser evitáveis através de vacinas sendo uma mais-valia para a saúde das populações.

O Programa Nacional de Vacinação (PNV) é da responsabilidade do Ministério da Saúde, fornece orientações técnicas sobre a vacinação segundo um calendário cronológico recomendado, e é gratuito, acessível e universal existindo em Portugal desde 1965.

Ao longo dos anos o PNV confirmou-se um projeto de enorme sucesso uma vez que possibilitou a redução da morbidade e da mortalidade das patologias para as quais existem vacinas aumentando assim a qualidade de vida das populações. É no entanto, muito importante que a cobertura vacinal no país seja preferencialmente de 100%. Assim, é necessário que a população portuguesa seja mais alertada para os benefícios da vacinação promovendo-se mais campanhas de informação e de vacinação.

A promoção de saúde, bem como a educação para a saúde, têm como objetivo, alterar estilos de vida, e são temáticas complexas, assim, torna-se importante que o enfermeiro potencialize o estabelecimento de estratégias voltadas para a adesão à vacinação.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, desenvolve uma prática centrada na comunidade, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes, proporcionando efetivos ganhos em saúde (OE, 2010).

Compete-lhe prestar cuidados de enfermagem, que requerem um nível profundo de conhecimentos e habilidades, e atuar assim, junto do utente em situações de crise ou risco, bem como definir e utilizar indicadores que lhe permitam, avaliar, de forma sistemática, as mudanças

verificadas na situação de saúde do utente, para assim introduzir as medidas correctivas julgadas necessárias (OE, 2010).

Nesta perspetiva, iniciou-se este projeto com a questão: **“Quais as estratégias efetivas que promovem a vacinação nas pessoas que recusam vacinação?”**

Desta forma, neste projeto de estágio será realizada a contextualização do Estágio, em que serão explicitadas as áreas específicas a desenvolver, abordando a área de intervenção específica proposta, a priorização das necessidades e o planeamento das intervenções, inseridas nas competências que se pretende adquirir e consolidar, de acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

## 1 – A VACINAÇÃO SALVA VIDAS

Os programas de vacinação contribuem, em todo o mundo para a redução da incidência e mortalidade pelas respetivas doenças. Pode ser dado como exemplo da consequência direta da vacinação a irradicação da varíola em 1980, a poliomielite está em vias de ser erradicada, o sarampo pode ser extinto e o controlo das outras doenças (DGS, 2004).

Segundo a DGS, em 1974 aquando do lançamento do *Expanded Program on Immunization* (EPI) pela OMS, a nível mundial estavam vacinadas contra as 6 doenças da infância (para as quais existia uma vacina eficaz) menos de 5% das crianças no seu primeiro ano de vida. Em 1980, das cerca de 130 milhões de crianças nascidas anualmente aproximadamente 80 % estavam vacinadas com as doses recomendadas para o seu primeiro ano de vida (DGS, 2004).

Em Portugal, desde o Séc. XVIII que há referência à “vacinação”. Em 1965, o PNV teve início com uma campanha de vacinação contra a poliomielite que praticamente a eliminou no ano inicial da campanha. A DGS é a entidade responsável pela definição do esquema do PNV (vacinas que o integram e respetivo calendário de administração) bem como pelo planeamento da sua aplicação e sobretudo providenciar, a nível nacional, a sua avaliação.

O Programa tem como objetivo não apenas a cobertura individual mas também assegurar o controlo, e se possível a erradicação de doenças infecciosas para as quais existem vacinas eficazes e seguras e cuja incidência, sequelas e letalidade são elevadas. Neste contexto, é necessário assegurar elevadas coberturas vacinais, induzindo imunidade de grupo sempre que se aplique e evitar a existência de bolsas susceptíveis (DGS, 2004).

Nos últimos anos, as preocupações sobre a segurança das vacinas dificultaram os esforços que visam o aumento das taxas de imunização entre indivíduos e grupos importantes da população. A controvérsia e o alarme causado por grupos anti- vacinação têm um efeito negativo demonstrável nas taxas de cobertura vacinal da população. Verificando-se, o aumento do sofrimento humano, aumento com os custos dos cuidados de saúde, consumo de recursos de outro modo úteis para uma produtiva

economia, e, em suma, agrava o problema colocando outros indivíduos e dos grupos de risco.(Poland & Jacobson, 2001).

Dados recentes fornecidos pelo ECDC (2015) demonstram que no período compreendido entre Janeiro e Dezembro de 2014, nos 30 países da UE / EEE que realizam vigilância do sarampo foram relatados 3 616 casos. Em que a Alemanha e Itália foram responsáveis por 58,6% dos casos notificados.

- Em nove dos 30 países, a taxa de notificação de sarampo foi menos de um caso por milhão de habitantes, incluindo seis países que forneceram dados 0 casos durante o período de 12 meses, nos quais estava incluído Portugal.

- Do total de casos, 89,6% tinham um estado vacinal conhecido e, destes, 83,0% eram não vacinados.

- Ocorrência de um surto de sarampo na Eslovénia, em Novembro de 2014, foi ligada à exposição num evento internacional no país.

- Existência de um surto de sarampo em Berlim, com 412 casos notificados em 4 de Fevereiro de 2015. O surto, em curso desde Outubro de 2014, inicialmente afetados requerentes de asilo provenientes da Bósnia e Herzegovina e Sérvia, tendo-se espalhado para a população em geral.

- Há também surtos de sarampo em curso em vários outros países da Europa: Bósnia e Herzegovina, Sérvia e Quirguistão.

- Fora da Europa, os surtos de sarampo são relatados nos EUA, Canadá, China, Sudão e Papua Nova Guiné.

A emergência de um paradigma pós moderno dos cuidados de saúde, em que o poder foi transferido dos profissionais de saúde para os utentes, a legitimidade da ciência é questionada e a perícia redefinida, tem sido um ambiente favorável para a disseminação da mensagem dos movimentos anti vacinação (Kata, 2011).

Hoje em dia, com o avanço tecnológico observado a informação encontra-se disponível ao segundo, podendo ser acedida a qualquer hora e em qualquer local do mundo, sendo apenas necessário um requisito – Internet.

Kata (2011), refere que 80 % dos utilizadores da Internet, procura informações *on-line* sobre saúde. Os adultos são mais propensos a fazê-lo, providenciando cuidados não remunerados aos seus entes queridos, tais como crianças. As estatísticas mais recentes demonstram que 16 % dos utilizadores procuram informação sobre vacinação; e destes, 70% referem que a informação encontrada influenciou a sua escolha.

Jacobson et al (2007) no seu estudo identificam e quantificam como dois, os equívocos mais utilizados pelos movimentos anti vacinação, sendo estes: a) nas doenças evitáveis pela vacinação a sua incidência já estava a decrescer antes da vacinação e iriam desaparecer independentemente de ser vacinado ou não; b) as vacinas apresentam riscos para os quais devem proteger-se. Os mesmos autores, referem que estes equívocos podem ser encarados como resultantes do sucesso da vacinação, uma vez que ao vacinar há redução do risco de doença e a incidência vai diminuir drasticamente; o que a longo prazo e com as novas gerações de pais, estes irão vacinar os filhos para doenças cujas quais não tiveram experiência direta ou até mesmo consciência.

Leask & McIntyre (2003), referem que a oposição à vacinação infantil em massa é um fenómeno mundial, especialmente nos países industrializados. Alegações infundadas sobre vacinação são perpetuadas por grupos de pressão dos pais e porta-vozes individuais, alguns dos quais com formação médica ou científica, o que os torna credíveis para a comunidade.

Os mesmos autores, referem que os profissionais de saúde terão de responder com mais frequência às preocupações da comunidade sobre a vacinação, devido a fatores tais como: a ascensão dos movimentos anti vacinação, o aumento do consumismo, o interesse das pessoas cada vez maior nas terapias alternativas em detrimento da vacinação. (Leask & McIntyre, 2003)

No entanto, existe uma necessidade de desenvolver e testar intervenções que permitam capacitar as pessoas a tomarem decisões informadas e equilibradas a vacinação.

A abordagem conceptual irá centralizar-se na comunidade como cliente baseada no Modelo de Sistemas de cuidados de saúde de Betty Neuman. Este modelo proporciona a «estruturação, organização e orientação para as intervenções de enfermagem e é suficientemente flexível para lidar de forma adequada com a complexidade do global» (NEUMAN, 1995).

Torna-se pertinente neste ponto abordar outro conceito essencial, que é a **promoção da saúde**. A Promoção da Saúde, é definida como “ o processo que visa criar condições para que as pessoas, individual ou coletivamente, possam agir sobre os fatores determinantes da saúde, de modo a maximizar ganhos em saúde, contribuir para a redução das desigualdades e construir capital social” (WHO Carta de Ottawa, 1986; WHO Declaração de Jakarta, 1997 citado no Plano Nacional de Saúde: 5).

Na promoção da saúde, a “capacitação significa atuar em parceria com indivíduos ou grupos para obter o seu empoderamento para a saúde através de mobilização de recursos humanos e materiais, facultando o acesso às informações de saúde, facilitando o desenvolvimento de competência pessoais (...) a fim de promover e proteger a sua saúde.” (OE, 2011).

Ferreira (2010) refere que na Promoção da Saúde a efetividade consiste em produzir o efeito desejado, isto é, obter uma determinada mudança na proporção de indivíduos expostos a determinados fatores de risco ou gerar ganhos em saúde.

O projeto de intervenção na comunidade que se pretende desenvolver denomina-se por “A Vacinação salva vidas”, e encontra-se inserido nas atividades desenvolvidas no âmbito da Semana Europeia da Vacinação, que decorre em Abril.

Assim, temos como objetivos específicos deste projeto:

- Identificar as estratégias que promovam a adesão à vacinação
- Aumentar os conhecimentos do grupo sobre vacinação;
- Sensibilizar os alunos do 2º ciclo sobre a importância da vacinação;
- Promover a adesão dos pais à vacinação.

Neste sentido, e para que os objetivos propostos sejam aplicáveis, o projeto “A Vacinação salva vidas” contempla os itens explanados no Quadro 1.

**Quadro nº1 – Projeto “A Vacinação salva vidas”**

<b>Objetivo específico</b>	<b>Atividades</b>	<b>Estratégias</b>	<b>Indicador de avaliação</b>
Identificar as estratégias que promovam a adesão à vacinação	Realização uma Revisão Sistemática de Literatura	RSL	✓ N° de artigos que incidem sobre a temática
Promover a adesão à vacinação de uma forma participada	- Realização de um Concurso público dirigido aos alunos do 2º ciclo, a nível nacional	- Mobilizar a comunidade e grupo para a importância deste projeto.  - Promover o pensamento criativo e a expressão sobre o PNV.	✓ N° de escolas que participaram com projetos versus N° total de escolas; ✓ N° de escolas públicas que participaram com projetos versus N° total de escolas públicas; ✓ N° de escolas privadas que participaram com projetos versus N° total de escolas privadas; ✓ N° de alunos que participaram com projetos versus N° total de alunos;
Sensibilizar os enfermeiros para uma mediação mais efetiva no cumprimento do PNV	- Realização de um Dossier/ apresentação no sentido de motivar o grupo alvo a aderir ao PNV	- Esclarecimento dos utentes do Centro de Saúde;	✓ Dossier disponível para consulta



	da DGS	<p>organização e funcionamento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Apresentação aos profissionais;</li> </ul>	<p>Fevereiro</p> <p>No estágio do 2º Semestre</p>	
<b>G1.1. Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade</b>	Clarificar Diagnóstico de situação já elaborado	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Consulta de documentos na área da saúde de órgãos institucionais (OMS, DGS, OE, PNS, ICN), de importância internacionais e nacionais no sentido de fundamentar a pertinência da temática do estudo.</li> <li>➤ Conhecimento em relação aos projectos e programas em desenvolvimento no Departamento</li> </ul>	Ao longo do estágio	DGS - Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde

		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Elaboração do projeto de estágio;</li>   <li>➤ Discussão do projeto com as enfermeiras Cooperantes e Professora Orientadora.</li> </ul>	<p>Ao longo do estágio</p> <p>De 23 de Fevereiro a 13 de Março</p> <p>De 16 a 20 de Março e</p>	
<b>G1.4. Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas</b>	Definir o projeto de intervenção em cuidados especializados em Enfermagem Comunitária	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Definição das estratégias e área de intervenção de acordo com os dados obtidos no levantamento das necessidades efetuadas e os recursos disponíveis;</li> </ul>	Março de 2015	DGS - Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde

<p><b>identificados.</b></p> <p><b>G1.5. Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.</b></p>	<p>e de Saúde Familiar.</p>		<p>Março de 2015</p>	
<p><b>G2.1 Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e execução da cidadania.</b></p>	<p>Intervir no grupo, de acordo com as suas necessidades, assegurando cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados.</p>	<p>➤ Fornecer informação por intermédio da estratégia de educação para a saúde;</p>	<p>Maio de 2015</p>	<p>DGS - Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde</p>

<p><b>G2.2. Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação e, ciências humanas e sociais.</b></p> <p><b>G2.3. Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade.</b></p>	<p>Proporcionar a partilha de informação na e para com a comunidade</p>	<p>➤ Elaboração do trabalho e disponibilização do mesmo na DGS - Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde</p>	<p>Julho de 2015</p>	
--	---	---	----------------------	--

### 3 - CONCLUSÃO

Em Enfermagem o *empowerment* é a estratégia a desenvolver, a primeira corresponde a uma profissão com um método científico que permite cuidar da pessoa em qualquer etapa da sua vida e sua família e comunidade, o segundo é uma ferramenta que ainda tem muito para se aprender a usar e a monitorizar.

*Empowerment* tem múltiplos sentidos na promoção da saúde, Carvalho (2004) explica que existe cada vez mais evidência da importância do *empowerment* comunitário e individual através de uma abordagem *bottom-up*, isto é, a comunidade é vista como capaz de melhorar a sua saúde, pela coesão social, redes de apoio e por sua vez o indivíduo (pela auto-estima e auto-eficácia), ao invés da abordagem *top-down*, na perspectiva institucional, no qual o *empowerment* é visto como um instrumento ligado à prevenção das doenças e mudanças de comportamento.

O PNS 2012-2016, possui eixos de promoção da saúde que têm como base a carta de Ottawa de 1986, através da definição de estratégias de políticas saudáveis ao nível governamental e social, capacitação de pessoas e comunidades para agir sobre determinantes da saúde, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária e intersectorial e reorientação dos serviços de saúde com mais eficiência, equitativos e próximos da população. São propostas e incentivadas ações de promoção da saúde sistemáticas e oportunas, com base no conhecimento e evidência sólida para incrementar determinantes de saúde através do *empowerment* do cidadão.

Também é reforçada a ideia de aumentar as estratégias concertadas de comunicação e marketing que promovam a literacia e o *empowerment* das pessoas. Salienta-se que as políticas de saúde, conduzem a ganhos em saúde através de processos de promoção da saúde, atribuição de prioridades a intervenções com uma relação custo-efetividade favorável e uma gestão eficiente dos recursos em saúde.

Nesta perspectiva, os enfermeiros, devem ver encarados como parceiros no processo de tomada de decisão, numa relação em que não é esperado que estes resolvam os problemas pelo cliente, mas sim que os resolvam em colaboração com ele.

Em suma, esta mudança do paradigma no contexto dos cuidados de Saúde consiste assim, na devolução do poder à pessoa e numa valorização do seu papel no processo de colaboração, cooperação e reciprocidade através do desenvolvimento de estratégias de capacitação conscientes do poder de cidadania e da decisão responsável para benefício da saúde coletiva.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CARVALHO, S. R. (2004) *Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde* Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro. Brasil. 20(4): 1088-1095, jul-ago. Acedido em 16 de Fevereiro 2015, <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n4/24.pdf>  
Consultado em 16-5-2014
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2004) *Avaliação do Programa Nacional de Vacinação e melhoria do seu custo-efectividade. 2º Inquérito Serológico Nacional. Portugal Continental 2001-2002*. Lisboa: DGS; 2004.
- DIRECÇÃO GERAL DE SAUDE (2012) Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Acedido a 26 de Fevereiro de 2015 em  
[http://pns.dgs.Pt/siles/2012/02/Obter\\_Ganhos\\_em\\_Saúde22.pdf](http://pns.dgs.Pt/siles/2012/02/Obter_Ganhos_em_Saúde22.pdf).
- EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL (2015) *Measles and rubella monitoring surveillance report*, Stockholm.
- FERREIRA, S. (2010) *RSL - A adaptação do Cuidador Informal como foco de prática de enfermagem*. Disponível em <http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/585/1/Revis%C3%A3o%20Sistem%C3%A1tica%20da%20Literatura.pdf>.
- FIGUEIREDO, M. C. S. (2012) *PROMOÇÃO DA SAÚDE E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE Empowerment e enfermagem: Que repercussões?* Acedido em 2 Março 2015 em <http://www.esenf.pt/event/abstracts/exportAbstractPDF.php?id>.
- JACOBSON, R.M.; TARGONSKI, P.V.& POLAND, G.A.(2007) *A taxonomy of reasoning flaws in the anti-vaccine movement* Vaccine 25 (2007) 3146–3152

- KATA, A. *Anti-vaccine activists, Web 2.0, and the postmodern paradigm – An overview of tactics and tropes used online by the anti-vaccination movement*. *Vaccine* 30 (2012) 3778– 3789
- LEASK, J.; MCINTYRE, P. (2003) *Public opponents of vaccination: a case study*. *Vaccine* 21 p.4700 – 4703
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011). *Regulamento de Padrões da Qualidade dos Cuidados especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceecomunitsaudepublica.pdf>
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS/WHO). (1986). *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde; Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. Otava, Canadá.
- PEREIRA, C. *et al* (2011). Empowerment: modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados. N.º 267. Acedido 28 de Fevereiro, 2015 em <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/3603-empowerment-modelo-de-capacitacao-para-uma-nova-filosofia-de-cuidados#.U3PUTIFdV0I>
- POLAND, G. A. ; JACOBSON, R.M.(2001)*Understanding those who do not understand: a brief review of the anti-vaccine movement* *Vaccine* 19 (2001) 2440–2445.
- STANHOPE, M.; LANCASTER, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública*. 7ª ed. Loures: Lusodidacta
- WATSON, J. (2002) ENFERMAGEM. Ciência Humana do Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

## ANEXOS

## ANEXO I - Cronograma

ATIVIDADES	ANO 2015					
	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho
Elaboração do Projeto de Estágio.						
Reflexão crítica com recurso à Revisão Sistemática da Literatura						
Realização de um Concurso público inserido nas Comemorações dos 50 anos do Programa Nacional de Vacinação						
Elaboração de um Dossier relativo ao impacto das doenças evitáveis pela vacinação						
Seminário (Escola de Enfermagem de Santarém)			24		11	
Elaboração do Relatório						

## **Anexo II – Limitadores da pesquisa por bases de dados**

CINAHL Plus with Full Text	Resumo disponível; humano; prática baseada na evidência;Adultos + 19 anos; texto completo em PDF e publicação: de Março de 2010 a Março de 2015
MEDLINE with Full Text	Resumo disponível; humano;
Cochrane Database of Systematic Reviews	Ano de publicação 2010 a 2015; texto completo
Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	Texto completo em PDF e publicação: Março de 2010 a Março de 2015.
MedicLatina with Full Text	Texto completo em PDF
Library, Information Science &Technology Abstracts	Texto completoem PDF
Database of Abstracts of Reviews of effects	Texto complete em PDF

**ANEXO III - Resultados da pesquisa com conjugação dos  
descritores-**

CINAHL Plus  
MEDLINE  
Cochrane Database of Systematic Reviews  
Nursing & Allied Health Collection  
MedicLatina  
Library, Information Science & Technology Abstracts  
Database of Abstracts of Reviews of effects

Health education Interventions	305	4169	0	3240	221	250	0	8185
Vaccination	140	6688	0	1808	237	0	62	8935
Health education and Interventions	110	740	0	559	0	50	77	1536
Health education and Vaccination Interventions	4	105	3	78	5	0	0	195
Interventions and Vaccination	22	337	7	114	9	0	0	489
Health education and Interventions and Vaccination	0	20	2	17	1	1	0	41

**Anexo IV - Interventions aimed at communities to inform and/or educate about early childhood vaccination (Review)**

Artigo número 8 do resultado na base de dados	
Autores/Ano/Título	Autores: Ingvil Saeterdal, Simon Lewin, Astrid Austvoll-Dahlgren, Claire Glenton, Susan Munabi-Babigumira Ano: 2014; Título: Interventions aimed at communities to inform and/or educate about early childhood vaccination (Review)
Objetivo	Avaliar os efeitos das intervenções destinadas a comunidades, para informar e / ou educar as pessoas sobre a vacinação em crianças com idade inferior ou igual a seis anos
Tipo de estudo	Revisão Sistemática
Nível de Evidência	1
Participantes	Foram incluídos estudos que visavam intervenções em grupos de pessoas (o público em geral), incluindo, por exemplo, os pais e outros familiares de crianças, líderes comunitários, professores, pessoal de saúde (como parte de uma intervenção comunidade em geral) e outros membros influentes da comunidade.
Resultados	Os autores reconhecem que esta revisão fornece evidência limitada sobre a informação relativa à implementação de intervenções destinadas às comunidades, relacionadas com informar e educar sobre a vacinação infantil. Algumas intervenções, tais como reuniões comunitárias ou o uso dos meios de comunicação, podem ser recurso intensivo quando seja necessário intervir em grande escala, no entanto é necessário agir com cautela. Tais intervenções, podem ser direccionadas para as áreas ou grupos com baixa cobertura vacinal, e com potencial de beneficiar mais. No entanto, é também importante considerar que as intervenções destinadas às comunidades podem ser rentáveis em algumas situações, mesmo que estas intervenções resultam em pequenos aumentos da cobertura vacinal, o ganho em saúde da comunidade é elevado, pois os custos da não-vacinação são susceptíveis de ser muito elevados. Referem ainda que dada a ampla intervenção nas comunidades para informar e educar sobre a vacinação infantil, é surpreendente que tão

	<p>poucas avaliações tenham sido realizadas. Sendo necessária avaliação rigorosa, dos seguintes procedimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervenções destinadas a comunidades e entregues por diferentes grupos de pessoas, como profissionais de saúde, os leigos, instituições governamentais, organizações da sociedade civil e outras organizações não-governamentais;</li> <li>• Intervenções destinadas a comunidades, usando diversos meios, incluindo: materiais impressos, tais como brochuras, panfletos, cartazes ou fichas técnicas; meio electrónico tais como vídeos, apresentações de slides, programas baseados na web, comunidades virtuais <i>online</i> ou gravações de áudio; como <i>outdoors</i>, jornais, televisão e rádio; e comunicação face-a-face com grupos de pessoas.</li> </ul> <p>Os responsáveis políticos e outros decisores necessitam de avaliações rigorosas sobre os efeitos das intervenções face a face de informação e educação para os pais.</p> <p>Os autores consideram que os efeitos de intervenções individuais são importantes para o desenvolvimento uma estratégia multi-componente eficaz, seria também benéfico para revisão autores compararem sistematicamente os efeitos de combinações comuns de intervenções.</p>
Limitações do estudo	<p>Esta revisão fornece evidência limitada de que as intervenções informar/educar sobre vacinação infantil voltadas para as comunidades podem melhorar as atitudes em relação a vacinação e, provavelmente, aumentar a captação de vacinação, sob algumas circunstâncias. No entanto, essas intervenções podem ser recurso intensivo quando implementada em larga escala, e acompanhadas de avaliações mais rigorosas. Estas intervenções podem alcançar maior benefício quando direccionadas para áreas ou grupos que têm baixas taxas de vacinação infantil.</p>

**ANEXO V How to Inform: Comparing Written and Video Education Interventions to Increase Human Papillomavirus Knowledge and Vaccination Intentions in Young Adults**

Artigo número 1 do resultado na base de dados	
<b>Autores/Ano/Título</b>	<p><b>Autores:</b> Andrea Krawczyk; Elsa Lau; Samara Perez;Vanessa Delisle; Rhonda Amsel; Zeev Rosberger</p> <p><b>Ano:</b>2012;</p> <p><b>Título:</b> How to Inform: Comparing Written and Video Education Interventions to Increase Human Papillomavirus Knowledge and Vaccination Intentions in Young Adults</p>
<b>Objetivo</b>	Comparar a eficácia de 2 intervenções educativas na promoção do conhecimento sobre HPV e na intenção de vacinação em estudantes universitários
<b>Tipo de estudo</b>	Randomised control study comparing RCT
<b>Nível de Evidência</b>	2
<b>Participantes</b>	Estudantes universitários (200 participantes, com média de idades de 20,4 anos), de uma Universidade em Montreal, Quebec, Canadá,
<b>Resultados</b>	<p>Os participantes foram aleatoriamente designados a 1 de 3 condições: escrita, vídeo ou condição de controlo, e preencheram um questionário <i>online</i> pré-intervenção e pós-intervenção.</p> <p>O grupo de <b>intervenção escrita</b> tinha para ler informação educacional sobre HPV e panfleto sobre vacina; o grupo de <b>intervenção vídeo</b> assistia a um vídeo educativo sobre HPV e sobre vacina; e, o grupo de controlo leria um folheto educativo sobre as estratégias de prevenção das neoplasias em geral.</p> <p>Para toda a amostra, scores de conhecimento pré-intervenção foram modestos (M = 10,58 de 22, DP = 4,55) e as intenções para receber a vacina contra o HPV foram baixos (M = 3,37, SD = 1.89 de 7). A maioria dos indivíduos já tinha ouvido falar anteriormente sobre HPV, bem como da vacina contra o HPV (89% e 80%, respetivamente). No entanto, apenas 36,5% dos participantes indicaram elevadas intenções para serem vacinados.</p> <p>Os resultados indicaram que tanto nos grupos de intervenção escrita e</p>

	<p>vídeo na avaliação pós-intervenção a intenção de vacinação era significativamente maior, em comparação com o controlo. Não encontraram nenhuma diferença significativa nas intenções de vacinação entre os grupos escrita e vídeo. Uma explicação possível para a ausência de diferença é o vídeo apresentado não incluir elementos como música e imagens, bem como fatores que podem desencadear reações emocionais intensas.</p> <p>A intervenção escrita como a de vídeo facilita a entrega consistente de informação e foram bem-sucedidos no aumento do conhecimento e da intenção de vacinação. Os formatos de vídeo e escrita foram igualmente eficazes no presente estudo, sugerindo que para algumas populações um panfleto eficaz em termos de custos pode ser suficiente.</p> <p>Sugerem ainda que, em estudos futuros tanto a intervenção escrita como a intervenção de vídeo possam ser adaptadas ao género, cultura, idade, e experiência sexual do público-alvo.</p>
<p><b>Limitações do estudo</b></p>	<p>Não devem generalizar os resultados, devido: ao estatuto socioeconómico elevado dos participantes; os participantes eram auto-selecionados (podia ser representativo do interesse em saúde e saúde sexual); e a aplicação do questionário ter sido aplicada imediatamente após a intervenção (limitando as conclusões sobre os efeitos a longo prazo da intervenção no conhecimento e intenções).</p>

**Anexo VI - Face to face interventions for informing or educating parents about early childhood vaccination (Review)**

<b>Artigo número 3 do resultado na base de dados</b>	
<b>Autores/Ano/Título</b>	<p><b>Autores:</b> Jessica Kaufman, Anneliese Synnot, Rebecca Ryan, Sophie Hill, Dell Horey, Natalie Willis, Vivian Lin, Priscilla Robinson.</p> <p><b>Ano:</b>2012;</p> <p><b>Título:</b> Face to face interventions for informing or educating parents about early childhood vaccination (Review)</p>
<b>Objetivo</b>	Avaliar o efeito das intervenções face a face cara de informar e educar os pais sobre a vacinação infantil.
<b>Tipo de estudo</b>	Revisão Sistemática de Literatura
<b>Nível de Evidência</b>	1
<b>Participantes</b>	Estudo que avaliam o efeito das intervenções face a face entregues a pais ou grupos de pais para informar ou educar sobre vacinação infantil, em comparação com o controlo ou com outra intervenção face a face
<b>Resultados</b>	<p>Intervenções de comunicação sobre a vacinação na infância são complexas devido ao envolvimento de vários grupos participantes na intervenção. A intervenção é entregue a um grupo (os pais) para promover a vacinação, que é administrado a um outro grupo (crianças). E, o planeamento e implementação da intervenção ou do próprio programa de imunização são dirigidos por um terceiro grupo (organizadores do programa).</p> <p>As intervenções face a face dirigidas aos pais para informar ou educar sobre as vacinas infantis de rotina, têm como finalidade descrever ou transmitir informações sobre a vacinação infantil de modo a alterar o conhecimento, crenças, atitudes, comportamentos ou auto-eficácia, dos mesmos.</p> <p>A vacinação é uma medida de saúde preventiva e deve ser empregue quando uma criança é saudável, sem sintomas de doença ou outros gatilhos para estimular os pais a tomar medidas.</p> <p>Isto significa que as crenças dos pais, atitudes e ambiente (ou seja, as normas sociais, acessibilidade dos serviços) podem desempenhar um papel mais importante na vacinação do que para outra tomada de decisão em</p>

	<p>saúde. Para a vacinação de sucesso, os pais devem: estar cientes da vacinação, incluindo como, onde e quando ter acesso; entender por que as vacinas são necessárias ou desejáveis; estejam motivados e sejam capazes de levar seu filho para fazê-las.</p> <p>Uma das causas da variação da cobertura vacinal regional nos países desenvolvidos, é a recusa de uma ou todas as vacinas pelos pais. Os objetores de vacinação são mais comuns nos países desenvolvidos e tendem a ser agrupados em regiões específicas, por isso, têm capacidade para alterar significativamente a cobertura vacinal da região, e conseqüentemente a diminuição da imunidade de grupo, o que leva à possibilidade de um surto provocado por um organismo evitável pela vacina começar a circular naquela comunidade sem barreiras.</p> <p>Os autores referem que esta revisão sistemática encontrou evidência limitada, o que sugere que as intervenções face a face para informar ou educar os pais sobre a vacinação infantil têm pouco impacto sobre o estado de imunização, conhecimento ou compreensão da vacinação.</p> <p>Não há evidência suficiente para informar as decisões sobre a mudança prática atual relativa às intervenções face a face de informar ou educar os pais sobre a vacinação infantil. No entanto, dado o efeito aparentemente limitado de tais intervenções, pode ser viável e adequado para incorporar a comunicação sobre vacinação num encontro de cuidados de saúde, em vez de conduzi-lo como uma atividade separada.</p> <p>Pode haver algumas populações ou situações em que as intervenções face a face podem ser bem-sucedidas. Dois estudos indicaram que uma breve, orientada intervenção face a face sobre vacinação pode resultar na melhoria das taxas de vacinação entre certas populações de baixo rendimento e baixo nível de alfabetização, mas esses resultados não são refletidos nos outros estudos.</p>
<p><b>Limitações do estudo</b></p>	

## **Anexo VII – Cronograma de atividades**

ATIVIDADES	ANO 2015					
	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho
Elaboração do Projeto de Estágio.						
Reflexão crítica com recurso à Revisão Sistemática da Literatura						
Realização de um Concurso público inserido nas Comemorações dos 50 anos do Programa Nacional de Vacinação						
Elaboração de um Dossier relativo ao impacto das doenças evitáveis pela vacinação						
Seminário (Escola de Enfermagem de Santarém)			24		11	
Elaboração do Relatório						

**ANEXO VIII - Certificado de presença no 1º Congresso Internacional de  
Saúde Familiar e Comunitária**



**ANEXO VIII - Certificado da Comunicação oral, intitulada “PROMOÇÃO  
DA VACINAÇÃO: revisão sistemática” presença no 1º Congresso  
Internacional de Saúde Familiar e Comunitária**



## **ANEXO IX- Ferramenta multimedia**

# ATENÇÃO

Se disser não à vacinação...



Fonte: Center for Disease Control and Prevention

# SARAMPO

**Agente causal** – Paramyxovirus genus Morbilivirus

## Principais sinais e sintomas

**Manifestações iniciais:** febre alta, tosse rouca e persistente, congestão nasal, conjuntivite e fotofobia.

**Após ~ 48 horas:** Sinal de Koplik na mucosa oral, patognomónico; Lesões habitualmente pequenas (1-2mm): manchas brancas, comparáveis a grãos de sal circundados por halo avermelhado e desaparecem em 24 - 48h.

**Exantema:** 12 a 24h após o sinal de Koplik, e inicia-se na face, estendendo-se progressivamente (1 a 2 dias) a todo o corpo, desaparece progressivamente em 4 a 5 dias

**Período de incubação** - período entre exposição e início do sintomas; 8 a 12 dias.

# SARAMPO

**Período de contágio** - um dia antes dos sintomas (cerca de 4 dias antes do início do exantema), até quatro dias após o aparecimento do exantema.

## Complicações

**Otite média aguda** - É uma complicação frequente. Habitualmente 2ª semana de doença, mas pode coincidir com o exantema

**Pneumonia** - pode ser grave e até mortal, principalmente se má-nutrição e nos extremos da vida.

Precoce - habitualmente é causada pelo próprio vírus.

Tardia - pneumonia bacteriana, exantema a regredir, recrudescimento da febre

**Encefalite** - A encefalite é uma complicação rara (1 caso por 1000), mas associada a elevada morbidade e mortalidade

**Panencefalite esclerosante subaguda** - encefalite lenta (1 caso por milhão), meses ou anos após o sarampo. Primeiro surgem alterações do comportamento e intelectuais e depois alterações motoras, convulsões, coma e morte

Em 2014:

- Áustria – 83
- Alemanha - 339
- Bélgica- 46
- Espanha – 146
- França – 135
- Itália – 960
- República Checa 220
- Reino Unido – 132
- Holanda - 108

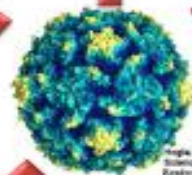
# SARAMPO

Em Portugal:  
0 casos

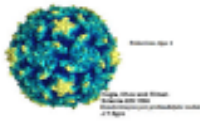
**NÃO DEIXE QUE O SEU FILHO SEJA O PRIMEIRO**



# POLIOMIELITE



Fonte: Center for Disease Control and Prevention ; OMS

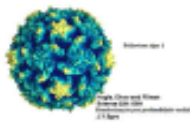


# POLIOMIELITE

**Agente causal : Poliovírus tipos 1, 2 and 3 (enterovírus)**

**Principais sinais e sintomas:** Maioria das infeções: assintomática. 10% sintomas ligeiros: febre, náusea, vómitos

**Período de incubação:** É geralmente de 7 a 12 dias, podendo variar de 2 a 30 dias. Após exposição e período de incubação de 1/2 semanas o vírus pode atingir o SNC: meningite e/ou lesão neurológica com paralisia (menos de 1% dos casos).



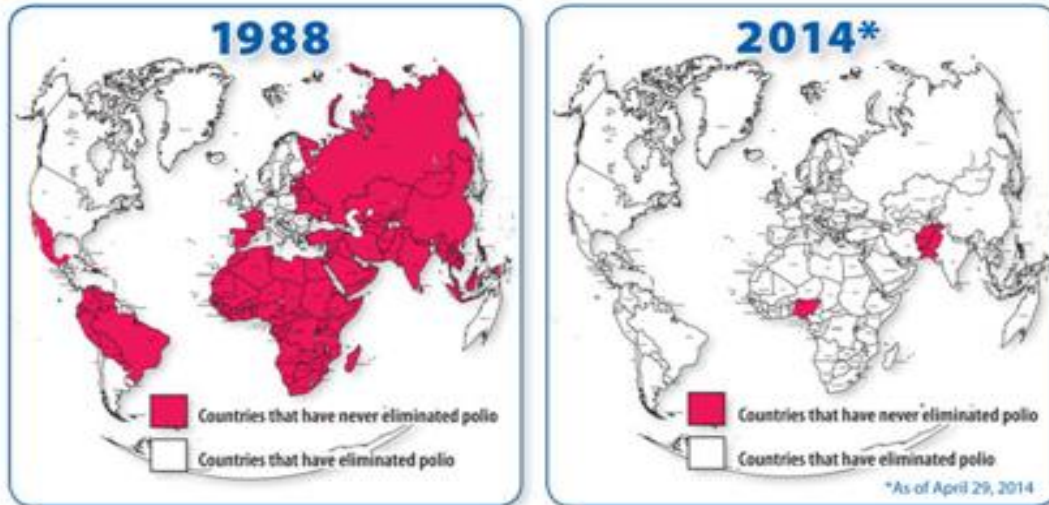
# POLIOMIELITE

**Período de contágio:** Homem – único reservatório da infeção (poliovírus no intestino e orofaringe das pessoas infetadas).  
Transmissão fecal-oral.

## **Complicações :**

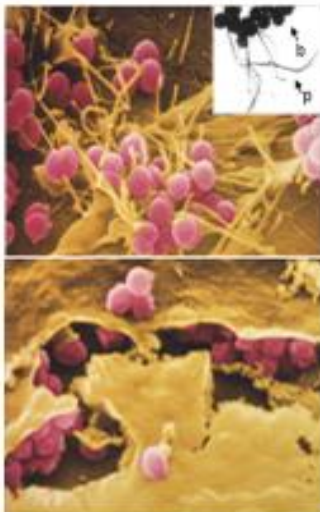
- Meningite
- Paralisia total em poucas horas, uma vez que a infeção pode afetar a medula espinal e/ou o cérebro
- A paralisia pode ser para toda a vida
- A paralisia pode afetar os músculos respiratórios e daí resultar a morte

# Poliomielite no mundo



Fonte: CDC

## MENINGITE

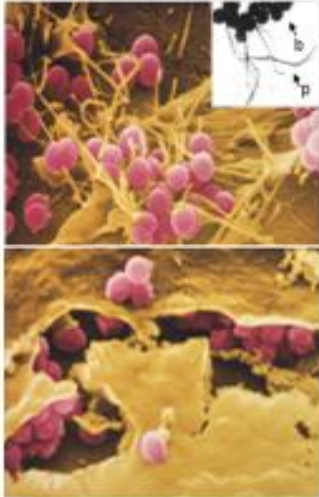


Fonte: <http://www.bristol.ac.uk/cellmolmed/research/infect-immune/bacterial-pathogenesis/>

**Agente causal – Neisseria Meningitidis**

**Principais sinais e sintomas:** o início da doença geralmente é súbito, com febre, cefaleia intensa, náuseas, vômitos, letargia e rigidez de nuca, acompanhada, em alguns casos, por exantema petequial.

# MENINGITE



Fonte: <http://www.bristol.ac.uk/cellmolmed/research/infect-immune/bacterial-pathogenesis/>

**Contágio** : a transmissão é de pessoa a pessoa, através das vias respiratórias, por inalação de gotículas de secreções nasofaríngeas infectadas e por contato directo ou indirecto

**Complicações** : Lesões do SNC ( cerebrites ou abscesso cerebral, edema cerebral, hidrocefalia, morte ( fulminante)

## Haemophilus influenzae b ( Hib)



Fonte: [http://www.nhs.uk/Conditions/hib/publishingimages/B220877-Haemophilus\\_influenzae\\_bacteria\\_342x138.jpg](http://www.nhs.uk/Conditions/hib/publishingimages/B220877-Haemophilus_influenzae_bacteria_342x138.jpg)

**Agente causal** – Haemophilus influenzae b

**Principais sinais e sintomas**: O agente penetra pelo trato respiratório, e produz uma nasofaringite, frequentemente acompanhada de febre. Em geral, observa-se vários dias de doença ligeira (ex.: infeção do trato respiratório superior) e, ocasionalmente, observa-se então agravamento do quadro devido à invasão de outros órgãos pelo agente, provocando: meningites, otites médias, sinusites, epiglottites, pneumonias, artrites, bacteriemia, celulite e empiema.

# Haemophilus influenzae b (Hib)



Fonte: [http://www.nhs.uk/Conditions/hib/PublishingImages/B220877-Haemophilus\\_influenzae\\_bacteria\\_342x198.jpg](http://www.nhs.uk/Conditions/hib/PublishingImages/B220877-Haemophilus_influenzae_bacteria_342x198.jpg)

**Contágio** : A transmissão ocorre pelo contato direto, pessoa a pessoa, por via respiratória, através de gotículas e secreções nasofaríngeas.

**Complicações**: As principais complicações associadas com Hib resultam da meningite causada por este agente, e incluem:

- Perda da audição.
- Distúrbio de linguagem.
- Retardo mental.
- Anormalidade motora.
- Distúrbios visuais.

## Parotidite ou Papeira



Fonte: Center for Disease Control and Prevention

# Parotidite ou Papeira

**Agente causal** – Paramixovirus. Transmite-se ao respirar microgotas que pairam no ar, procedente dos espirros e da tosse, ou então pelo contacto direto com objetos contaminados por saliva infectada.

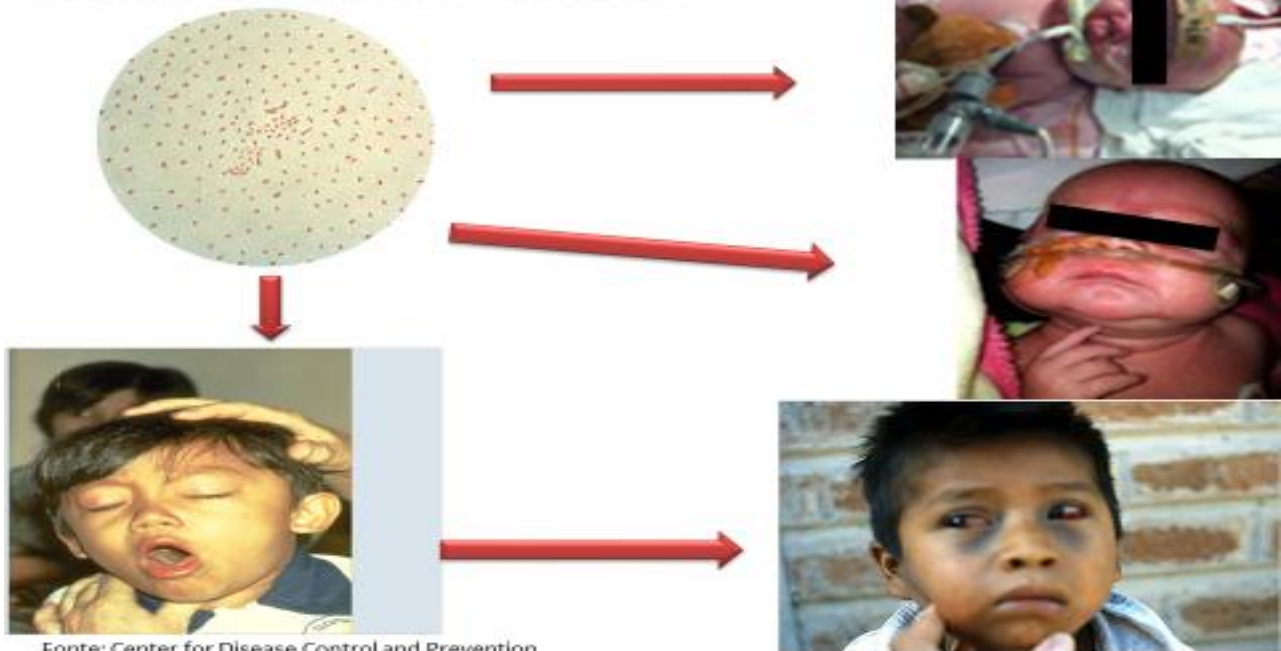
**Principais sinais e sintomas:** febre, mal-estar, mialgia, anorexia, edema proeminente. Frequentemente com otalgia, dificuldade em comer, engolir ou falar.

**Período de incubação** : 14 a 18 dias, com extremos de 7 a 23 dias.

**Complicações :**

- Meningite asséptica.
- Encefalite( raro).
- Miocardite, mastite, tiroidite, nefrite, artrite ( mais raramente)

# Tosse convulsa



# Tosse convulsa

**Agente causal - Bordetella pertussis**

**Sinais e sintomas:** Após um período de incubação de 1 a 2 semanas, tosse convulsa começa com:

- A fase catarral, dura de 1 a 2 semanas, e é geralmente caracterizada por febre baixa, rinorreia, tosse progressiva; **o doente é altamente infeccioso.**
- A fase paroxística, com duração de 2 a 4 semanas, é caracterizada por episódios de tosse espasmódica e graves.
- A fase de convalescença, com duração de 1 a 3 semanas, é caracterizada por um declínio contínuo da tosse antes de o paciente voltar ao normal.

**Período de incubação – 7 a 10 dias**

# Tosse convulsa

**Período de incubação – 7 a 10 dias**

**Complicações:**

- **As complicações neurológicas,** como convulsões e encefalopatia (uma doença difusa do cérebro) pode ocorrer como um resultado de hipóxia (redução do suprimento de oxigênio). As complicações neurológicas da tosse convulsa são mais comuns entre as crianças.
- **Outras complicações menos graves,** incluem otite média, anorexia, e desidratação. As complicações resultantes dos efeitos da pressão de paroxismos severos incluem pneumotórax, epistáxis, hematoma subdural, hérnias, e prolapso retal.

# Difteria

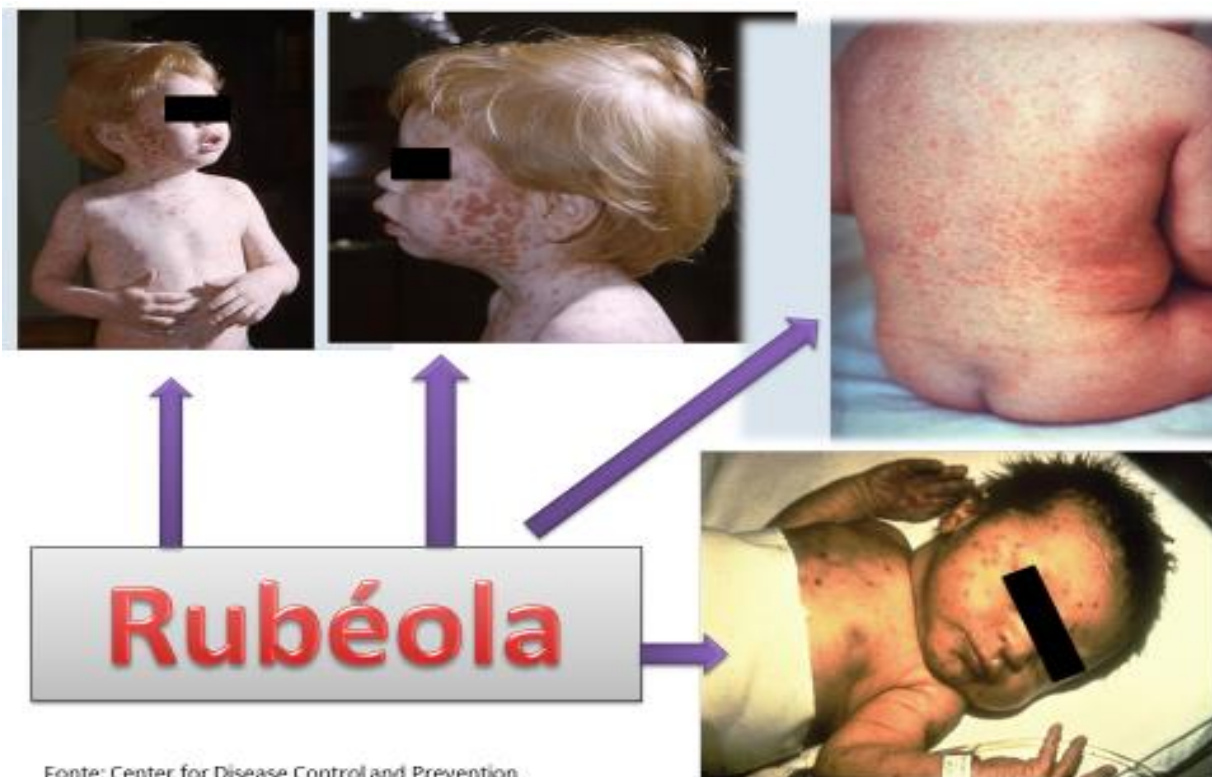
**Agente causal** - Bacilo *Corynebacterium diphtheriae*

**Principais sinais e sintomas** - inflamação da mucosa da garganta, do nariz e, às vezes, da traqueia e dos brônquios.

**Período de incubação** - 2 a 5 dias

**Complicações :**

- **Miocardite** ( 10 a 15 % dos casos);
- **Polineurite** ( 10 % dos casos gravidade média, e até 75% dos casos graves);
- **Pneumonia** - em mais de 50 % dos casos fatais.



Fonte: Center for Disease Control and Prevention

## Rubéola

**Agente causal** - transmitida por um vírus, pertencente ao gênero Rubivirus, família Togaviridae.

**Principais sinais e sintomas:** exantema máculo papular e puntiforme difuso, iniciando-se na face, couro cabeludo e pescoço, espalhando-se posteriormente para o tronco e membros.

**Período de incubação:** De 12 a 23 dias, durando em média 18 dias.

**Complicações :**

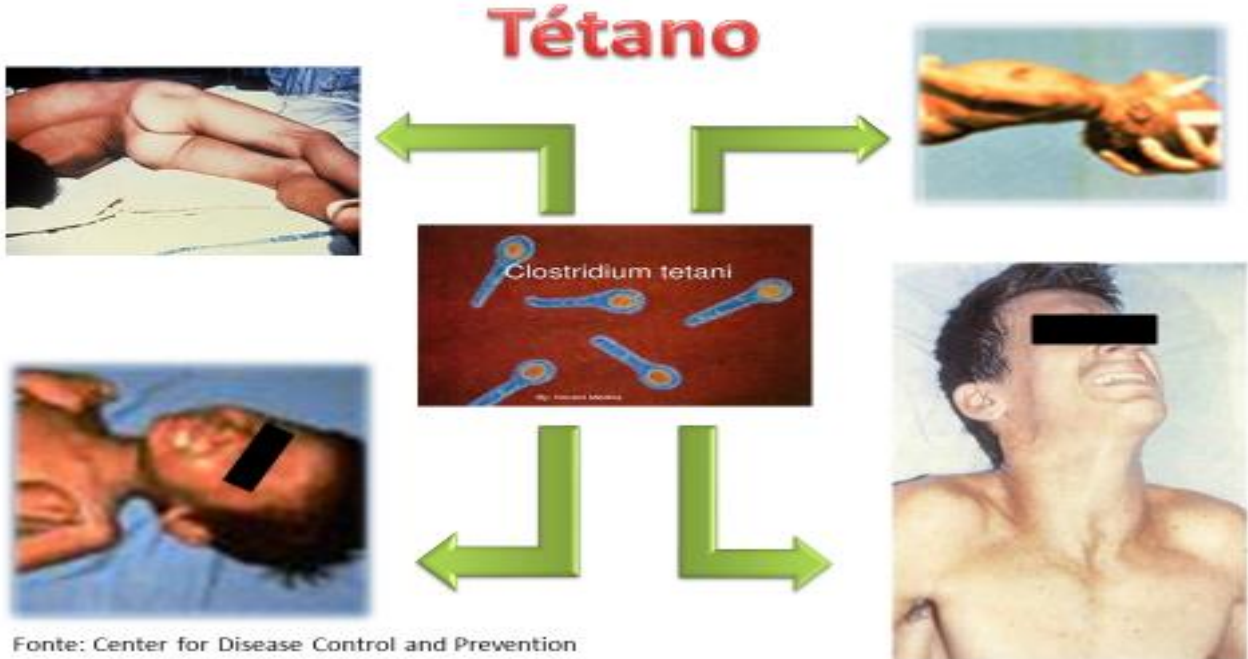
- ✓ Hemorragia devido a trombocitopenia e lesão vascular( 1:3000)
- ✓ Encefalite.

Em 2014:

- Áustria - 9
- Alemanha - 26
- Polónia - 34
- Roménia - 15
- Eslovénia - 3
- Holanda, Noruega - 2
- Irlanda, Lituânia, Suécia, República Checa, Reino Unido - 1



**NÃO DEIXE QUE O SEU FILHO, FAÇA PARTE DAS ESTATÍSTICAS**



# Tétano

**Agente causal :Clostridium tetani: Tetanolisina, tetanoespasmina**

**Contaminação de feridas com esporos** - desenvolvimento e multiplicação local de bacilos e libertação de toxinas, responsáveis pela doença

**Principais sinais e sintomas:** **Espasmos musculares** (3 a 4 semanas) : **trismus** (contração dos músculos mandibulares, não permite a abertura da boca). **Riso sardónico** (espasmo dos músculos em volta da boca). **Espasmos generalizados**.

O doente permanece lúcido. Mais de 30% dos casos são fatais.

**Três formas** : local (muito raro), cefálico (raro), e generalizado (mais comum).

**Período de incubação** - 3 a 21 dias (8 dias). Quanto mais afastada do sistema nervoso estiver a ferida, mais longo é o período de incubação. O período de incubação e a probabilidade de morte são inversamente proporcionais.

## Tétano

Década  
1956 -65

- Casos - 3923
- Óbitos - 2625

Década  
2002-11

- Casos - 55
- Óbitos - 10

**Não  
arrisque a  
sua vida!  
Vacine-se  
contra o  
tétano,  
não custa  
nada!**

# Hepatite B

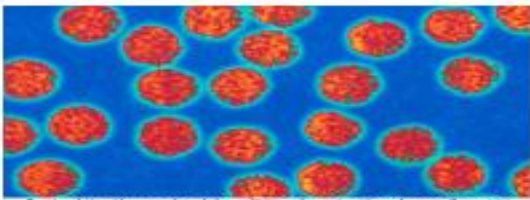
**Agente causal - Hepadnovírus**

**Principais sinais e sintomas** : ocorrem lentamente e variam de leves a severas, febre, anorexia, mal-estar geral, náuseas, vômitos, fadiga, artralgias, cefaleias, icterícia persistente ou intermitente, coma e morte.

**Período de incubação** – de 30 a 180 dias ( 4 a 12 semanas)

**Contágio** - pode existir no sangue, saliva, sémen, secreções vaginais e leite materno de doentes ou portadores assintomáticos

**Complicações**: Hepatite fulminante, cirrose hepática, neoplasia hepática, encefalopatia , coma ( taxa mortalidade > 80%).



Fonte: <http://www.nhs.uk/conditions/vaccinations/pages/hepatitis-b-vaccine.aspx>

## Hepatite B

Cerca de 300 milhões da população mundial são portadores crónicos

Em Portugal, calcula-se que existam cerca de 100.000 portadores.

**NÃO FAÇA PARTE DESTES NÚMEROS.  
VACINE-SE**

# Tuberculose

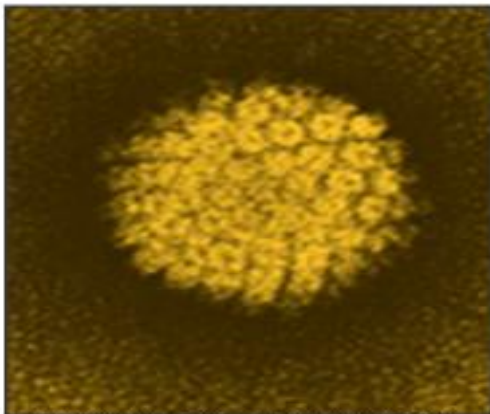
**Agente causal:** *Mycobacterium tuberculosis*, também conhecido como bacilo de Koch (BK)

**Sinais e sintomas** - tosse prolongada com duração de mais de três semanas, dor no peito e hemoptise. Outros sintomas incluem febre, calafrios, suores noturnos, perda de apetite e de peso e cansaço fácil.

**Contágio** - dissemina-se através de gotículas no ar que são expelidas quando as pessoas com tuberculose infecciosa em estado ativo, tosem, espirram, falam.

**Complicações:** dependendo da extensão das lesões pulmonares, várias sequelas podem permanecer, apesar da cura bacteriológica, resultantes da destruição do parênquima pulmonar e da arquitetura brônquica. As mais importantes, clinicamente, são: distúrbio ventilatório obstrutivo e/ou restritivo; infecções respiratórias de repetição; formação de bronquiectasias; hemoptise; atelectasias; e empiemas.

## Vírus papiloma humano ( HPV)



Electron micrograph of human papillomavirus (HPV).  
Courtesy of NCI, 1986.



Fonte . Center for Disease Control and Prevention

# Vírus papiloma humano ( HPV)

**Agente causal:** Vírus Papiloma Humano, existem mais de 200 tipos de HPV identificados dos quais cerca de 40 infectam, preferencialmente, o trato anogenital: vulva, vagina, colo do útero, pénis e áreas perianais.

**Principais sinais e sintomas:** responsável por um elevado número de infecções, que na maioria das vezes são assintomáticas e de regressão espontânea. Pode, no entanto, originar lesões benignas, como as verrugas anogenitais/condilomas acuminados e as lesões benignas da orofaringe, e, em situações relativamente raras, pode evoluir para cancro, com destaque especial para o cancro do colo do útero.

**Contágio:** As infecções genitais por HPV são, geralmente, transmitidas por via sexual, através do contacto epitelial directo (pele ou mucosa) e, mais raramente, por via vertical, durante o parto.

**Complicações:** Cancro colo útero.

## Referências

- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2004) Avaliação do Programa Nacional de Vacinação e melhoria do seu custo-efectividade. 2º Inquérito Serológico Nacional. Portugal Continental 2001-2002. Lisboa: DGS; 2004.
- Direcção-Geral da Saúde.(2008) Vacinação contra infecções por Vírus do Papiloma Humano (HPV). Comissão Técnica de Vacinação.
- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE. Boletim Vacinação nº5. Julho 2012.
- EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL (2015) *Measles and rubella monitoring surveillance report*, Stockholm.
- <http://www.spg.pt/?p=2652> ( Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia)
- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/fr/>
- HARRISON, T.R. *et al* ( 1998) *Medicina interna*. Editora McGraw-Hill Interamericana do Brasil Ltda. 14ª Edição. ISBN – 85-86804-03-07