



## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização Enfermagem Comunitária**

### **1º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária**

**Aumento da protecção específica do tétano numa  
população adulta residente em Lisboa**

**José Miguel Vaz Ferreira**

**2011**



**Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização Enfermagem Comunitária**

**1º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de  
Especialização de Enfermagem Comunitária**

**Aumento da protecção específica do tétano numa  
população adulta residente em Lisboa**

**José Miguel Vaz Ferreira**

**Dissertação ou trabalho de projecto ou relatório de estágio**

**Orientado(a) por:  
Professora Maria de Lourdes Varandas**

**Enfermeira Olga Tomás**

**2011**

*"I think one's feelings waste themselves in words; they ought all to be distilled into actions which bring results."*

Florence Nightingale, *The Sorrow of the World*, 1845, p. 99.

## **AGRADECIMENTOS**

Os meus sinceros agradecimentos,

À Professora Orientadora pela disponibilidade e orientação oferecida, nos momentos certos, permitindo o desenvolvimento desejado do trabalho.

À Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Co-Orientadora pela ajuda, disponibilidade e simpatia, sem as quais este trabalho não seria possível.

À Unidade de Cuidados Personalizados dos Olivais, agradeço a oportunidade de ter desenvolvido este projecto num contexto desejado.

À minha família, a quem dedico tudo o que faço.

Aos meus colegas e amigos, Joana Azedo e Idalina Madeira, pelo companheirismo, incentivo e ânimo, sem o qual este trabalho não seria possível.

Às pessoas que aceitaram participar no projecto.

## RESUMO

Em Portugal e mais especificamente nos utentes com 65 anos de idade, da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados dos Olivais, verificam-se baixas taxas de vacinação para a vacina anti-tetânica Td. Segundo estudos, estes dados, são semelhantes nos países ocidentais. Sem imunização estes indivíduos consideram-se em risco de contrair a doença do tétano.

Com o objectivo de intervir na população que pertence à faixa etária referida, para aumentar ganhos em saúde, foi elaborado e executado este projecto, que seguiu a metodologia do Planeamento em Saúde e tem como referencial teórico de Enfermagem, o modelo da Promoção da Saúde de Nola Pender (1996). Com o Diagnóstico de Situação da Saúde, procedeu-se ao levantamento dos problemas nesta população, ficando a conhecer que é uma população com poucos conhecimentos sobre a doença do tétano e da vacina anti-tetânica, referindo não terem a imunização actualizada por desconhecimento e falta de interesse em fazer a vacina.

Desenvolveram-se Acções Individuais de Educação para a Saúde, para informar a população sobre a doença do tétano e vacina anti-tetânica. Pretendeu-se com a informação capacitar a população através de alterações ao nível cognitivo, utilizando estratégias educativas, alterar o comportamento que coloca a em risco de saúde, para um de promoção da sua saúde.

Os resultados obtidos, baseados na evidência científica, deram resposta ao objectivo de alterar o comportamento de risco desta população.

Palavras-Chave: Doença do tétano, Vacina anti-tetânica, Planeamento em saúde, Modelo de promoção da saúde, Acções individuais de educação para a saúde.

## **ABSTRACT**

In Portugal, more specifically people of 65 years old, that are users of the Health Care Custom Unit Olivais, have low rates of vaccination for the tetanus vaccine Td. According to studies, these data are similar in Western countries. Without immunization these individuals are considered to be at risk of contracting the tetanus disease.

In order to intervene in the population, of the referred age, to increase health gains, was prepared and executed this project. We followed the methodology of Health Planning and the theoretical framework of Nursing, was the Nola Pender (1996) Health Promotion model. With the Health Situation Diagnosis, we proceeded to survey the problems in this population, concerning the tetanus disease and the vaccine to prevent it. The results were that the population has little knowledge, concerning the disease and tetanus toxoid vaccine, referring not having updated their immunization on the basis of ignorance and lack of interest in making the vaccine.

There were developed individual actions for health education to inform the population about the disease and tetanus toxoid vaccine. It was intended to empower the population through amendments at the cognitive level, using educational strategies to change the behavior that puts at risk the health, for one that promotes their health.

The results, based on scientific evidence, have responded to the aim of changing risk behavior in this population

**Keywords:** Tetanus disease, Anti-Tetanus Vaccine, Health Planning, Health promotion model, Individual actions for health education.

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>1. BREVE CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO E SUA POPULAÇÃO. ....</b>	<b>13</b>
<b>2. O TÉTANO E A VACINA ANTI-TETÂNICA NA POPULAÇÃO COM 65 ANOS DE IDADE</b>	<b>15</b>
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO – JUSTIFICAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....</b>	<b>20</b>
<b>4. ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS E PROCESSOS DE TRABALHO UTILIZADOS .....</b>	<b>26</b>
<b>4.1 Diagnóstico de situação de saúde .....</b>	<b>26</b>
4.1.1 Questionário .....	27
4.1.2 Entrevista .....	29
<b>4.2 – Problemas Identificados .....</b>	<b>32</b>
<b>4.3 – Periodização dos Problemas .....</b>	<b>32</b>
<b>4.4 – Fixação de objectivos.....</b>	<b>34</b>
<b>4.5 Selecção de estratégias .....</b>	<b>35</b>
<b>4.6 Especificação das actividades .....</b>	<b>35</b>
<b>5. RESULTADOS OBTIDOS .....</b>	<b>39</b>
<b>6. QUESTÕES ÉTICAS .....</b>	<b>42</b>
<b>7. AS LIMITAÇÕES DO TRABALHO .....</b>	<b>43</b>
<b>8. CONCLUSÃO .....</b>	<b>44</b>
<b>9 - BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>46</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>51</b>
<b>Anexo 1 – Questionário.....</b>	<b>52</b>
<b>Anexo 2 – Declaração de consentimento informado do questionário .....</b>	<b>56</b>
<b>Anexo 3 – Guião de entrevista.....</b>	<b>58</b>
<b>Anexo 4 – Declaração de consentimento informado da entrevista .....</b>	<b>60</b>
<b>Anexo 5 – Planificação da acção educativa individual .....</b>	<b>62</b>
<b>Anexo 6 – Folheto informativo sobre a doença do tétano e vacina anti-tetânica .....</b>	<b>64</b>

## **Lista de tabelas**

Tabela 1 – Distribuição dos sujeitos de acordo com o estado civil e habilitações literárias, segundo frequências absolutas e relativas-----	28
Tabela 2 – Distribuição dos sujeitos, po género, segundo os conhecimentos sobre a doença do tétano, a vacina e o seu comportamento, segundo as frequências absolutas e relativas-----	29
Tabela 3 – Grelha de análise de perioridades-----	33

## **Lista de quadros**

Quadro 1 – <i>Corpus</i> de análise-----	31
Quadro 2 – Especificação detalhada da actividade sessão de educação individual para a saúde-----	37
Quadro 3 – Especificação detalhada da actividade administração de vacina Td-----	38

## **Lista de figuras**

Figura 1 – Pirâmide etária dos utentes inscritos na UCSPO por género em 2009-----	14
Figura 2 – Pirâmide etária em Portugal, 1960 - 2000-----	19
Figura 3 – Representação gráfica do modelo de promoção da saúde de Nola Pender	21

## **Siglas e abreviaturas**

UCSPO – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados dos Olivais

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

Td – Vacina bivalente contra o tétano e varíola

PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

SINUS – Sistema Informático Nacional das Unidades de Saúde

DGS – Direcção Geral da Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

WHO –World Health Organization

## INTRODUÇÃO

Este relatório foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular de Estágio de Intervenção Comunitária, do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

O Estágio foi realizado na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados dos Olivais (UCSPO), que está inserida no Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Oriental (ACES Lisboa Oriental).

A UCSPO está dividida em várias áreas: Sala de Tratamentos, Consulta de Diabetes e Doenças Cardiovasculares, Planeamento Familiar, Saúde Materna, Saúde Infantil e Vacinação, cada uma delas com enfermeiros responsáveis. A UCSPO dá assistência à população residente na freguesia de Santa Maria dos Olivais. Segundo dados dos Censos 2001, a população residente na freguesia é de 46610 mil habitantes, destes, 24,12% têm idade  $\geq 65$  anos.

O trabalho realizado, durante este estágio, pretendeu contribuir para o desenvolvimento de competências, que a Ordem dos Enfermeiros requer para conferir o título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

A competência, segundo Le Boterf (2002), “*é saber mobilizar os seus recursos, conhecimentos e capacidades, perante uma situação concreta. Os recursos referidos são os saberes, saber-fazer e as atitudes.*” (LE BOTERF, 2002, p.16). Assim, as actividades realizadas permitiram a aquisição destas competências, através da criação, execução e avaliação de um projecto de intervenção comunitária, segundo a metodologia do Planeamento em Saúde.

O objecto de Estágio foi a intervenção na comunidade atendida na UCSPO, mais especificamente nos utentes nascidos em 1945, com as três doses da vacina bivalente contra o Tétano e a Difteria (Td), em atraso; desta forma pretendeu-se contribuir para a sua capacitação através dos benefícios da vacinação Td, que durante o trabalho passará a ser designada como vacina anti-tetânica. Com o objectivo da promoção da saúde neste grupo da população, que segundo os dados estatísticos está a aumentar e tende a crescer, tornando mais significativa esta intervenção.

A escolha deste tema, prende-se com o interesse em trabalhar numa vertente da promoção da saúde e também, por ser uma área em que a UCSPO referiu necessitar de intervenção. Esta, tem como objectivo aumentar durante o ano de 2011 a taxa de

vacinação para a vacina Td, nos utentes nascidos em 1945, por apresentar um valor de 20%.

A população inscrita na UCSPPO, é de 54209 utentes, destes 415 nasceram em 1945, 83 destes indivíduos têm registo vacinal actualizado, considerando-se como protegidos para a doença do tétano, 332 não possuem registo vacinal actualizado, pelo que se consideram em risco de contrair a doença do tétano, por falta de imunização.

Como refere Lessard-Herbert (1996),

*“um problema não existe só por si. Existe por haver pessoas que vivem um mal-estar, uma insatisfação, uma necessidade ou um revés, tendo em conta as suas expectativas, os seus valores, as suas percepções, as suas concepções...”* (LESSARD-HERBERT, 1996, p.29).

Como ponto de partida tive uma proposta de um tema que era um problema da UCSPPO. Será um problema sentido pela população?

Após entrevista exploratória com os elementos chave da UCSPPO, enfermeira responsável pela vacinação e enfermeira-chefe, tive conhecimento que a maioria desta população não tem informação acerca da patologia do Tétano, apenas algumas ideias sobre o contágio, pouca informação sobre a vacina e desconhecimento do que é a Difteria. Ignoram também que a vacina é bivalente, conferindo imunidade contra a Difteria, para além do Tétano. Devido ao curto espaço de tempo para aplicar a metodologia, tendo em conta a dimensão da população, foi decidido apenas trabalhar a patologia Tétano, ficando a Diftérica para um projecto futuro.

A metodologia utilizada, para o trabalho de intervenção na comunidade, foi a do Planeamento em Saúde, segundo Imperatori (1989) e Tavares (1991). Em cada fase do Planeamento em Saúde, foi mantido o rigor da metodologia científica, para validação e reconhecimento dos dados obtidos.

Quanto ao modelo de enfermagem, o escolhido para esta intervenção, foi o da promoção da Saúde de Nola Pender, por considerar, ser o que melhor reflecte a ideologia e permite a sistematização do pensamento, para que as intervenções possam atingir os resultados esperados, isto é, que através de alterações ao nível cognitivo, utilizando estratégias educativas, se consiga alterar o comportamento que coloca a população em risco de saúde, para um de promoção da sua saúde.

O presente relatório tem por objectivo dar a conhecer o desenvolvimento do estágio em Enfermagem Comunitária, retratando e analisando a fundamentação e

pertinência do estágio, objectivos, metodologia, referencial teórico seguido, actividades desenvolvidas e competências adquiridas durante o percurso de aprendizagem efectuado. Assim, este relatório, tem a seguinte estrutura:

- Introdução: síntese do trabalho realizado no estágio, com os objectivos propostos.

- Capítulo 1 - Breve caracterização do local de estágio e sua população. Neste capítulo, realizou-se uma breve caracterização da UCSPO e população da freguesia a que presta cuidados.

- Capítulo 2 - O tétano e a vacina anti-tetânica na população com 65 anos de idade). Este capítulo teve por objecto o enquadramento contextual e descritivo da problemática que serve de base ao diagnóstico de situação.

- Capítulo 3 - Referencial teórico – justificação da intervenção. Descreve-se e contextualizam-se as teorias e modelos utilizados no projecto de intervenção comunitária.

- Capítulo 4 - Actividades desenvolvidas e processos de trabalho utilizados. Este capítulo, descreve o trabalho realizado, segundo o modelo de planeamento em saúde, nas suas fases desde o diagnóstico de situação de saúde até às actividades planeadas executadas.

- Capítulo 5 - Resultados obtidos. São apresentados os resultados obtidos com as intervenções do projecto.

- Capítulo 6 - Questões éticas. Neste capítulo são feitas referencias às questões éticas envolvidas no projecto e como foram tratadas.

- Capítulo 7 - Limitações do trabalho. Este capítulo retrata as dificuldades encontradas ao longo do processo de trabalho de que forma foram limitadoras no seu processo ou na obtenção dos resultados pretendidos.

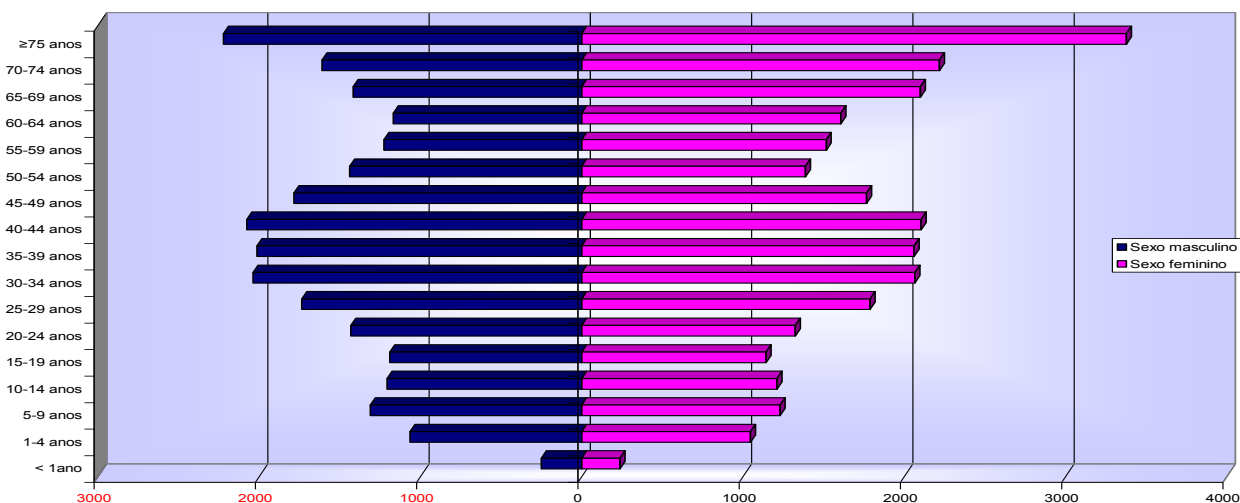
- Capítulo 8 - Conclusão. Compreende uma sùmula, focando os principais aspectos que ressaltam da análise efectuada e algumas perspectivas futuras.

## **1. BREVE CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO E SUA POPULAÇÃO.**

A freguesia dos Olivais tem uma área de 10.662 Km<sup>2</sup> e uma população de cerca de 46.000 habitantes. Esta freguesia confina com a freguesia de Marvila, Moscavide e Portela. Os seus limites são: a Este – Aeroporto da Portela/Avenida Cidade do Porto; a Oeste – Parque das Nações/ linha férrea; a Norte – Concelho de Loures/Estrada da Circunvalação e Rua João Pinto Ribeiro; a Sul – Freguesia de Marvila/Av. Marechal Gomes da Costa.

A população dos Olivais apresenta um elevado índice de envelhecimento, sendo que 23% possui idade superior a 60 anos e 53% dos chefes de família são reformados. Estes apresentam um nível de instrução superior ao ensino primário que é quase coincidente com a média do país (17%), cerca de 16,37%. É ainda significativa a percentagem dos chefes de família com a 4<sup>a</sup> classe (30%) (CENSOS, 2001). Na Freguesia de Santa Maria dos Olivais verifica-se que a maioria da população residente é proveniente de outros concelhos do país, embora actualmente uma percentagem significativa dos seus residentes já tenha nascido em Lisboa. Verifica-se também, uma minoria de indivíduos oriundos dos PALOP, assim como de outros países, observando-se actualmente um crescimento da população oriunda dos países do Leste da Europa. No entanto, não é possível precisar as percentagens destas minorias, uma vez que não existem estudos relativos à naturalidade e nacionalidade da população por freguesia. Segundo dados dos Censos de 2001 do Instituto Nacional de Estatística, a população residente nesta Freguesia era de 46410 pessoas, das quais 52% tem idades compreendidas entre os 25 e os 64 anos. No entanto, na UCSPO encontram-se inscritas 54209 pessoas, analisando este número verifica-se que é superior à totalidade de pessoas residentes na freguesia. Este facto poderá dever-se à possibilidade de inscrição, na UCSPO, de indivíduos que residam noutras freguesias mas que trabalhem na Freguesia de Santa Maria dos Olivais. Outra razão poderá ser a possibilidade de inscrição de crianças cujos pais/cuidadores residam na periferia de Lisboa, mas que durante o dia fiquem entregues aos avós ou outros cuidadores residentes nesta freguesia. Apresento a pirâmide etária dos utentes inscritos na UCSPO em 2009.

Figura 1: Pirâmide Etária dos utentes inscritos na UCSPPO por género em 2009



Fonte: SINUS 2009

Uma breve análise, permite verificar o estreitamento da base da pirâmide, ao mesmo tempo que o seu topo se alarga, ou seja, a diminuição da população mais jovem e o aumento da população idosa, nomeadamente o escalão etário a partir dos 65 anos de idade.

A UCSPPO é uma unidade de prestação de cuidados de saúde primários do Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Oriental (ACES Lisboa Oriental), que inclui os antigos Centros de Saúde de Graça, Marvila, Olivais, Penha de França e São João, com um total de utentes inscritos de 213,727.

## 2. O TÉTANO E A VACINA ANTI-TETÂNICA NA POPULAÇÃO COM 65 ANOS DE IDADE

No início deste estágio, na primeira reunião com a co-orientadora, enfermeira chefe da UCSPO, foi-me sugerido trabalhar na área da vacinação de adultos, mais concretamente no programa nacional de vacinação ao longo de toda a vida, a vacina bivalente anti-tetânica e diftérica. Este interesse da UCSPO é o resultado da constatação de taxas de cobertura vacinal na população adulta baixas, comparativamente às taxas de cobertura vacinal na população infantil e jovem. Foi-me pedido para trabalhar com a população nascida em 1945 inscrita na UCSPO e que não tinha a cobertura vacinal adequada ao programa nacional de vacinação.

Após análise do registo vacinal desta população no programa informático SINUS, verifiquei que 20% da população tinha registo actualizado da vacina, considerando-se imunizada e protegida contra a doença do tétano, os restantes 80%, não tinham a sua situação vacinal actualizada, pelo que se consideram em risco de contrair a doença do tétano.

O tétano é uma doença infecciosa, não contagiosa, causada pelo bacilo *Clostridium tetani*, que produz uma exotoxina denominada tetanospasmina, capaz de atingir o Sistema Nervoso Central após entrar na corrente sanguínea. O *Clostridium tetani* está presente e livre no meio ambiente, juntamente com a poeira, areia, excrementos, objectos enferrujados, instrumentos cirúrgicos não esterilizados e outros.

A palavra tétano vem do verbo grego *teínein* e quer dizer distender, esticar, estirar. No latim *tetanus* é traduzido como rigidez de um membro, contracção espasmódica dos músculos do corpo. O período de incubação do bacilo do tétano varia entre 3 e 20 dias, a infecção tende a ser mais grave quando os sintomas surgem poucos dias após a exposição, quando a porta de entrada se situa próxima do sistema nervoso central, quando não há história vacinal anterior ( BENENSON, 1997). O tétano caracteriza-se, na verdade, mais como uma doença relacionada a riscos ambientais e comportamentais do que como uma doença transmissível (VIERTEL et al, 2005).

A doença do tétano não tem um diagnóstico laboratorial, sendo este reconhecido apenas pelos sintomas que aparecem com o decorrer da doença, dos quais as contracturas e a sua gravidade já eram conhecidos desde a Antiguidade havendo referências atribuídas a Hipócrates. Na literatura encontramos explicações para estes acontecimentos, porque quando a tetanospasmina é libertada para a corrente

sanguínea, adere às terminações periféricas, principalmente dos neurónios motores, dirigindo-se então ao longo dos nervos até aos corpos celulares de origem situados no SNC, porém sem afectar a sua função. Apenas quando penetra nas terminações pré-sinápticas dos interneurónios medulares inibitórios é que irão aparecer os sinais de tétano. Há um aumento do tónus muscular, dando origem às contracções espásticas características da doença (CONTRAN, ROBBINS, 2000).

O primeiro sinal clássico do tétano é o trismo, que é a contractura dos músculos masséteres, sendo descrita pelos pacientes como uma dificuldade em abrir a boca. Posteriormente observam-se outros sinais como dificuldade de deglutição e modificação da voz. Este sintoma característico deu à doença o nome comum de *mandíbula trincada*. Os espasmos dos músculos faciais produzem um riso deformado (*riso sardónico*) que é característico da doença e persiste mesmo durante a convalescença (SMELTZER, 2002).

Com a generalização da doença, podemos observar rigidez abdominal acompanhada de saliência e contração dos músculos torácicos e diminuição da amplitude dos movimentos respiratórios. São observados ainda contracturas nos membros, e conseqüente opistótono (posição em que o paciente fica apoiado somente sobre a cabeça e os calcanhares), o que vem fechar o quadro clínico que possibilita o diagnóstico do tétano. As complicações e a letalidade da doença devem-se principalmente à falência do sistema respiratório.

O tratamento do doente com tétano, inicia-se com a limpeza cuidada da ferida, com anti-séptico, remoção de corpos estranhos e tecido necrosado. A administração da imunoglobulina anti-tetânica e o tratamento sintomatológico, que consiste na administração de terapêutica medicamentosa, sedativos e relaxantes musculares, para o controlo dos espasmos (DGS, 2006). Os custos com as terapêuticas medicamentosas e hospitalares para o tratamento do tétano incluem unidades de cuidados intensivos, antibioterapia (GERN, 2005), depressores do sistema nervoso central (DUCKWORTH; GULIG, 2002) e a reabilitação com fisioterapia (CASALIS, 1990; UMPHRED, 1994); tratamentos bastante onerosos para os serviços de saúde e fonte de preocupação constante para os seus gestores. A imunização é uma forma de economia social, pois o custo de tratamento de um único doente com tétano é suficiente para vacinar dez mil pessoas (ACOSTA e RODRIGUEZ, 2006).

A doença do tétano tem registado uma diminuição da incidência nos últimos anos, sendo mais comum no adulto, no sexo feminino e aumenta o risco após os 65 anos (DGS, 2010). Alguns estudos demonstram que no período compreendido entre 1985-1988, a média de idades de pessoas internadas com esta doença era de 60,6 anos (LECOUR, 1988), entre 2002 e 2008 ocorreram 51 casos de tétano, tendo 82,35% destes casos ocorrido em pessoas com idade superior ou igual a 65 anos. Destes, 21,5% dos casos ocorreu em homens e 78,5% em mulheres. Na região de Lisboa não houve registo da doença na última década (DGS, 2008). Podemos verificar que a situação em Portugal, no que se refere à incidência da doença e faixa etária, é semelhante aos estudos realizados noutros países ocidentais, nomeadamente em Espanha, cuja incidência, em 2003, foi de 0,06 casos por 100.000 habitantes (Centro de Estudos Epidemiológicos Espanhóis, 2004), cerca de 28 casos, dos quais 57% em adultos com mais de 60 anos de idade. Segundo a OMS, há publicações francesas que reforçam as ideias referidas demonstrando que as mulheres são três vezes mais afectadas do que os homens e que em 87% dos casos se trata de pessoas com mais de 60 anos (OMS, 1988).

Sendo o tétano uma patologia que pode ser prevenida pela vacinação antitetânica, deve verificar-se o estado vacinal do utente e sendo o último registo da vacina há menos de 10 anos, considera-se que está imunizado para a doença. Esta situação é válida se a ferida for de pequena dimensão e não estiver conspurcada. Para qualquer outro tipo de ferida, o utente só é considerado como estando imunizado para a doença, se tiver registo de 3 doses da vacina, sendo a última há menos de 5 anos. Caso não tenha o registo da vacina, ou a sua situação não corresponder á descrição efectuada, deve proceder-se à imunização, aquando do tratamento da ferida (DGS, 2006).

A pessoa adulta que não possua qualquer registo vacinal referente a esta doença, é assumido pelo profissional de saúde como nunca tendo feito vacinação anti-tetânica, pelo que tem de iniciar o esquema vacinal.

Segundo o Inquérito Serológico Nacional efectuada entre 1969-1980, 41% dos indivíduos com idades compreendidas entre os 45-64 anos e 56% dos indivíduos com idades superiores, não estavam imunes contra o tétano (LECOUR, 1988). Segundo a avaliação do PNV, 2º inquérito serológico nacional de Portugal continental 2001-2002, mais de 85% das pessoas estudadas, possuíam anticorpos protectores contra o tétano.

Nos grupos etários até aos 40 anos a percentagem é de praticamente 100%, decrescendo nos grupos etários após os 40 anos, sendo de apenas 62% no grupo dos  $\geq 65$  anos (DGS, 2004). Diversos estudos evidenciam a importância de proceder à imunização das pessoas a partir dos 60 anos, em França a percentagem de não vacinados é de 87% e na Dinamarca taxa é de 51% de indivíduos não imunizados, entre os 60-69 anos, com especial predominância no sexo feminino (BEYOT; KIELDESEN, 1988). Bleck, o investigador inglês, vai mais longe afirmando que, sendo os idosos um grupo de risco, se os médicos de família não estabelecerem como prioridade a prevenção do tétano deste grupo etário, num futuro próximo será observada maior incidência desta patologia (BLECK, 1991). De acordo com a DGS (2004) “a detecção de grupos populacionais de risco, com concentrações não protectoras de anticorpos, pode alterar para a necessidade de alterações na estratégia de vacinação” (DGS,2004, p.61-62).

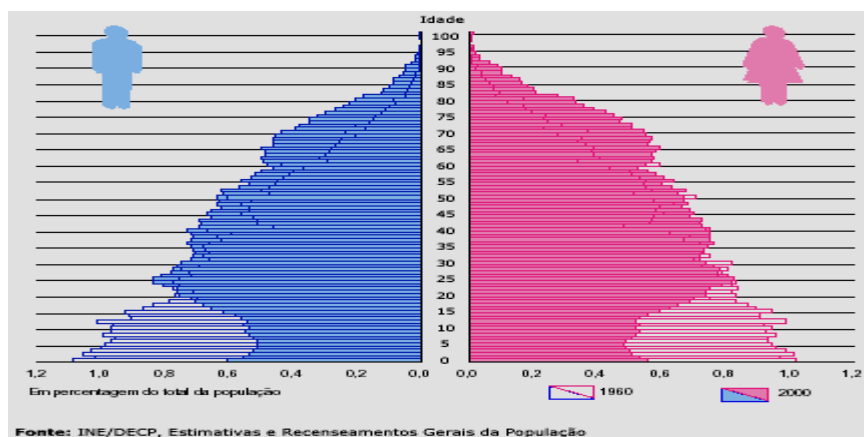
Segundo a DGS (2006), “para o controlo do tétano é importante o cumprimento de quatro vertentes: vacinação da população, profilaxia das consequências das feridas potencialmente tetanogénicas, vigilância epidemiológica da doença e monitorização da imunidade.” (DGS, 2006, p.61-62).

Torna-se pois, importante uma análise demográfica da população Portuguesa, para identificar e caracterizar o grupo sobre o qual vai ser realizada a intervenção e fazer a comparação da realidade da freguesia de Santa Maria dos Olivais com o País.

Entende-se por envelhecimento demográfico o aumento da proporção de pessoas idosas em relação ao total de habitantes (FERNANDES, 1997), sendo estabelecido pela OMS os 65 anos de idade.

Estudos realizados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), relativos ao envelhecimento demográfico, afirmaram que entre 1960 e 2001 houve um decréscimo de cerca de 36% na população jovem (0-14 anos) e um aumento de 140% da população idosa (65 e mais anos), prevendo-se que Portugal perca entre 2000 e 2050, mais de um quarto da sua actual população. De acordo com a mesma fonte, em qualquer cenário proposto, com um carácter mais ou menos optimista, Portugal assistirá a uma redução da população jovem e a um incremento no índice de envelhecimento podendo situar a relação de 398 idosos por cada 100 jovens.

**Figura 2 – Pirâmide de idades em Portugal, 1960 – 2000.**



O peso demográfico crescente do grupo etário dos idosos acarreta várias implicações (económicas, sociais, sanitárias e éticas), cujas soluções vão constituir grandes dificuldades no próximo século. Segundo dados da O.M.S. em Portugal a esperança de vida à nascença para homens é de 76 anos e de 83 anos para as mulheres WHO (2008), sendo que a esperança de anos de vida saudáveis é de 69 anos para os homens e 73 anos para as mulheres WHO (2007).

### **3. REFERENCIAL TEÓRICO – JUSTIFICAÇÃO DA INTERVENÇÃO**

A metodologia utilizada, foi a do Processo de Planeamento em Saúde, baseado em Tavares(1991), Imperatori e Giraldes (1989), seguindo as fases preconizadas pelo modelo.

Como profissionais temos necessidade de utilizar modelos e teorias conceptuais de enfermagem que nos ajudem a compreender os problemas pela abordagem da ciência da Enfermagem. Com estes modelos, conseguimos ter uma melhor percepção do problema e da forma como adequar a nossa intervenção, tornando os enfermeiros melhor documentados para dar resposta a essas questões.

Foi utilizado o modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (1982, revisto em 1996), por considerar que descreve a natureza multifacetada das pessoas em interação com o meio onde se inserem enquanto procuram a saúde, sendo muito relevante para a prática de enfermagem porque se aplica em diversos contextos e ao longo do ciclo vital.

#### **O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender**

O modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (1987), integra a psicologia social e uma perspectiva holística de enfermagem (Tillett, 1999). Este modelo congrega aspectos de várias teorias e modelos de mudança comportamental, nomeadamente a teoria da aprendizagem social de Albert Bandura, na medida em que defende a importância dos processos cognitivos na mudança de comportamento, salientando as crenças de auto-eficácia; e a teoria da acção racional de Fishbein, de acordo com a qual o comportamento depende de atitudes pessoais e normas sociais. É um modelo de construção semelhante ao modelo de crenças de saúde, mas “não inclui o medo ou a ameaça como fonte de motivação para o comportamento de saúde” (Sakraida, 2004, p. 701). Parte do pressuposto que a saúde é um estado positivo e por isso todas as pessoas pretendem alcançá-la, sendo o modo como cada pessoa define a sua própria saúde, mais importante do que o conceito genérico.

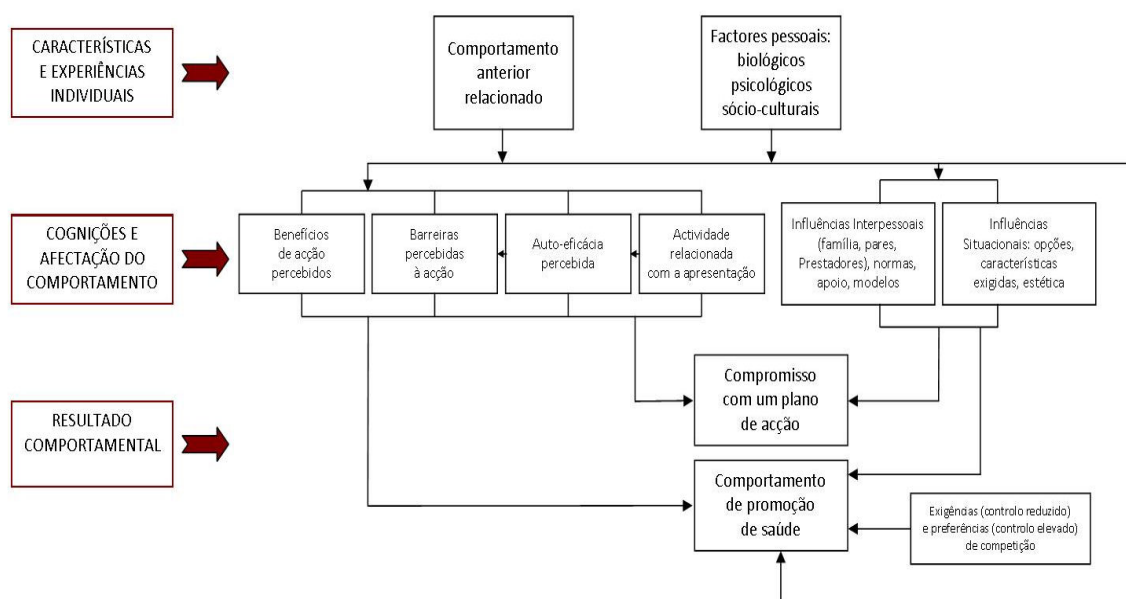
A pessoa é o centro deste modelo e expressa-se de forma única e pessoal de acordo com os seus esquemas cognitivos e perceptivos individuais e de acordo com os factores modificantes a que é exposta.

É um modelo, que pode potencialmente aplicar-se ao longo de todo o ciclo vital, para explicar a mudança de comportamento e que tem como conceitos principais: factores cognitivo-perceptivos que incluem a importância da saúde, o controlo percebido da saúde, a auto-eficácia percebida, a definição de saúde, o estado de saúde percebido, os benefícios percebidos resultantes da adopção de determinado comportamento e os obstáculos que a pessoa percebe para realizar a acção; factores modificadores como as características demográficas, as características biológicas, as influências interpessoais, factores situacionais e factores comportamentais.

Os factores cognitivo-perceptivos são mecanismos primários de motivação e “os principais determinantes dos comportamentos de promoção da saúde” (Sakraida, 2004, p. 704). Outros factores pessoais, tais como a idade, o género ou a educação podem também influenciar de forma indirecta o comportamento adoptado.

Posteriormente, em 1996, após revisão, o modelo aperfeiçoado, centra-se em dez categorias de determinantes de comportamentos de promoção da saúde, agrupadas em três grandes grupos: as características e experiências individuais, as cognições e afectação do comportamento e o resultado comportamental, como pode ser observado na representação esquemática do modelo :

Figura 3 – Representação gráfica do modelo de promoção da saúde de Nola Pender



Fonte - Pender, N. J. (1996). Modelo de Promoção de Saúde Revisto, Health promotion in nursing practice (3 ed.). Stamford: Pearson Education.

As características e experiências individuais incluem as categorias: comportamento anterior relacionado e factores pessoais biológicos, psicológicos e socioculturais. Constituem cognições e afectação do comportamento, modificáveis através das intervenções de enfermagem: os benefícios percebidos da acção; as barreiras percebidas à mesma; a autoeficácia percebida; a actividade relacionada com a apresentação; as influências interpessoais nomeadamente da família, pares e prestadores de cuidados, bem como as normas, apoios e modelos; as influências situacionais como as opções, a estética e as características exigidas.

O resultado comportamental refere-se às exigências e preferências de competição e ao compromisso com um plano de acção.

As dez categorias referidas, a definir sucintamente, relacionam-se entre si de forma dinâmica e conduzem ao comportamento de promoção de saúde desejado. São as seguintes:

- Comportamento anterior relacionado refere-se a comportamentos semelhantes do passado, que podem condicionar o comportamento actual;
- Factores pessoais biológicos, referem-se à idade, sexo, índice de massa corporal e força, entre outros; psicológicos como a auto-estima, a auto-motivação o estado de saúde percebido e a definição pessoal de saúde; socioculturais, que incluem variáveis como a raça, etnia, aculturação, educação e estatuto socioeconómico;
- Benefícios da acção percebidos são resultados positivos antecipados pela pessoa em consequência do comportamento de saúde;
- Barreiras percebidas à acção são dificuldades antecipadas pela pessoa, que podem ser reais ou imaginadas e custos pessoais da realização do comportamento;
- Auto-eficácia percebida é a avaliação pessoal da capacidade de realizar determinado comportamento de promoção de saúde e influencia as barreiras percebidas à acção, sendo que quanto maior a auto-eficácia percebida, menores as barreiras à adopção do comportamento de promoção de saúde desejado;
- Actividade relacionada com a apresentação refere-se aos sentimentos subjectivos positivos ou negativos associados pela pessoa ao comportamento, antes, durante ou após o mesmo. Há uma associação positiva entre a actividade relacionada com a apresentação e a auto-eficácia percebida;
- Influências interpessoais ou conhecimentos relativos aos comportamentos, crenças ou atitudes de outros. Incluem as normas, o apoio social e a modelagem ou

aprendizagem vicariada. A família, o grupo de pares e os profissionais de saúde são fontes primárias de influências interpessoais;

- Influências situacionais são as percepções ou conhecimentos da pessoa, sobre determinada situação ou contexto e que podem facilitar ou dificultar o comportamento, directa ou indirectamente. É o caso da percepção pessoal sobre as opções disponíveis, o nível de exigência do comportamento de saúde desejado e aspectos estéticos do ambiente onde ele se realiza;
- Compromisso com um plano de acção refere-se à intenção e compromisso da pessoa com uma estratégia planeada que conduz à adopção do comportamento de saúde esperado;
- Exigências e preferências de competição imediatas em que as exigências se referem a comportamentos alternativos sobre os quais a pessoa tem pouco controlo, devido a contingências como o trabalho e as responsabilidades familiares. As preferências de competição são os comportamentos alternativos sobre os quais a pessoa tem maior controlo, como a escolha dos alimentos para uma refeição ou lanche;
- Comportamento de Promoção da saúde é o resultado final de toda a intervenção, ou seja o comportamento que conduz a resultados de saúde positivos. São comportamentos de promoção de saúde seguir uma dieta saudável ou seja uma dieta adequada à sua condição de saúde, exercício físico regular, vigilância de saúde, sono e repouso adequados, fazer as vacinas recomendadas no PNV, entre outros.

Os principais pressupostos do Modelo de Promoção da Saúde, realçam o papel activo da pessoa na gestão do seu comportamento de saúde, reflectindo a perspectiva das ciências comportamentais:

1. As pessoas procuram criar condições de vida que lhes permitam exprimir o seu potencial de saúde humano, único.
2. As pessoas têm consciência reflexiva e de apreciação das próprias competências.
3. As pessoas valorizam o crescimento que entendem positivo e procuram um equilíbrio pessoalmente aceitável entre a mudança e a estabilidade.
4. As pessoas procuram auto-regular o seu comportamento.
5. As pessoas interagem com o ambiente, transformando-o e sendo transformadas por ele.
6. Os profissionais de saúde integram o ambiente interpessoal com influência sobre as pessoas ao longo do seu ciclo vital.

7. A reconfiguração dos padrões de interacção pessoa-ambiente, deve ser auto-iniciada e é essencial à mudança de comportamento.

Do modelo de promoção da saúde, de Nola Pender (2002) emergem alguns princípios com relevância para o exercício profissional dos enfermeiros, no que se refere à promoção da saúde:

- O comportamento anterior e as características, herdadas ou adquiridas, influenciam as crenças das pessoas e o seu envolvimento no comportamento de saúde ou no comportamento de adesão, desejado;
- As pessoas comprometem-se mais facilmente com comportamentos dos quais prevêem benefícios;
- As barreiras ou obstáculos percebidos dificultam todo o processo que conduz ao comportamento desejado;
- A auto-eficácia percebida aumenta a probabilidade de compromisso com um plano de acção e com a adopção do comportamento;
- Quanto maior a auto-eficácia menos barreiras percebidas e maior probabilidade de adoptar o comportamento desejado;
- Emoções positivas associadas a determinado comportamento, aumentam a autoeficácia, que por sua vez vai aumentar ainda mais a apresentação positiva, a probabilidade de compromisso com um comportamento de promoção da saúde e de implementação do mesmo;
- As pessoas comprometem-se e adoptam comportamentos de promoção da saúde, mais facilmente se observam esse comportamento nas pessoas que lhe são significativas e se estas o esperam de si e lhe prestam a ajuda e apoio necessários;
- A família, o grupo de pares, os prestadores de cuidados de saúde e o contexto podem influenciar positiva ou negativamente a adopção de comportamentos de promoção de saúde;
- Quanto maior o compromisso da pessoa com determinado comportamento maior a probabilidade de o manter ao longo do tempo;
- Quando as exigências de competição, sobre as quais a pessoa tem pouco controlo, exigem atenção imediata, é menos provável que o compromisso com um plano de acção resulte no comportamento desejado, o mesmo se passando quando outras acções são mais atraentes e portanto preferidas à adopção do comportamento desejado;

- As pessoas podem alterar, o conhecimento, a apresentação e o contexto (ambiente físico e interpessoal) para criar incentivos à adoção de comportamentos de promoção da saúde.

## 4. ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS E PROCESSOS DE TRABALHO UTILIZADOS

### 4.1 Diagnóstico de situação de saúde

A população para este diagnóstico de situação de saúde é composta pelos indivíduos inscritos na UCSPPO, nascidos em 1945, com as três doses da vacina bivalente anti-tetânica em atraso em Setembro de 2010. Segundo dados do SINUS, são 332 indivíduos, 147 do sexo masculino e 185 do sexo feminino.

Tendo em conta a duração do estágio para implementar e avaliar o projecto, decidiu-se trabalhar com uma amostra da população, que corresponde a 25% da população dos indivíduos com 65 anos de idade com as 3 doses da vacina Td em atraso, o que corresponde a oitenta e três indivíduos. A amostra, foi seleccionada por método de amostragem não probabilística, por conveniência, dando representatividade ao género, segundo a incidência do tétano, que é três vezes maior nas mulheres, o que corresponde a vinte e um homens (21) e sessenta e duas mulheres (62).

Segundo Tavares, esta etapa do processo do planeamento em saúde é o primeiro passo, devendo responder às necessidades da população “beneficiária”. A pertinência do projecto, na perspectiva do autor supracitado, é determinada pela concordância entre o diagnóstico e as necessidades (TAVARES, 1990). Assim, nesta fase, procede-se à identificação dos problemas e determinação das necessidades, da população em estudo. O conceito de necessidade, torna-se mais lato, já que envolve as noções de causalidade e evolução prognóstica, permitindo assim identificar melhor os precursores dos problemas e as suas consequências (IMPERATORI e GIRALDES, 1982). O diagnóstico deve ser suficientemente alargado e aprofundado, no entanto, sucinto, rápido e claro, correspondendo às necessidades do próprio processo de planeamento em saúde.

O objectivo geral para esta fase foi *“realizar o diagnóstico de situação de saúde da população, relativamente aos conhecimentos e comportamentos sobre a doença do tétano e da vacina anti-tetânica”*. Proceceu-se ao conhecimento dos dados sociodemográficos (género, estado civil) e habilitações literárias, da amostra; identificar os conhecimentos da população previamente adquiridos sobre a doença do tétano e da vacina anti-tetânica; conhecer as causas que contribuíram para não terem o esquema vacinal actualizado; conhecer o nível de importância que a população atribui à vacina.

### 4.1.1 Questionário

Para obter os indicadores demográficos e o estado vacinal, houve necessidade de proceder à pesquisa informática na base de dados SINUS. Relativamente à restante informação procurou-se um questionário validado, que fornecesse a informação necessária. Tal não foi conseguido pelo que se procedeu à construção de um instrumento (Anexo 1) para recolha da informação. Para este procedimento, foram respeitados os princípios éticos, nomeadamente o consentimento informado (Anexo 2). O questionário foi entregue pessoalmente, a cada sujeito, tendo sido explicada a nota introdutória a cada um. O questionário foi submetido a pré-teste, aplicado a 15 indivíduos, de uma população com as mesmas características, mas utentes do centro de saúde da Graça em Lisboa.

As perguntas do questionário foram construídas tendo por base a informação que se queria colher, mantendo a referência do modelo de promoção da saúde, estando dividido em quatro grupos de questões. O primeiro grupo de questões é referente às variáveis relativas à caracterização da amostra, o segundo é relativo às variáveis de conhecimento sobre a doença, o terceiro sobre as variáveis relativas ao conhecimento sobre a vacina, o quarto grupo são as variáveis relativas ao comportamento.

Após a análise destes questionários, houve necessidade de aferir a linguagem, de forma a tornar-se mais perceptível. O questionário foi aplicado à totalidade da amostra, no período compreendido entre 15 e 31 de Outubro de 2010. A validação do instrumento de recolha de dados foi submetido a análise estatística através do programa informático Microsoft Excel versão 2007, pelo que apresentamos os resultados em frequências absolutas e relativas. Apresentamos a distribuição dos sujeitos de acordo com o género, estado civil e habilitações literárias, segundo frequências absolutas e relativas na tabela 1.

Tabela nº1 – Distribuição dos sujeitos de acordo com o estado civil e habilitações literárias, segundo frequências absolutas e relativas.

<b>VARIÁVEL</b>	<b>Fi</b>	<b>Fr</b>
<b>Género</b>		
Masculino	21	25
Feminino	62	75
Total	83	100
<b>Estado civil</b>		
Casado	50	60,2
Solteiro	6	7,2
Viúvo	10	12,1
Divorciado	17	20,5
<b>Habilitações literárias</b>		
4º ano	36	43,4
Ensino secundário	30	36,2
Ensino superior	17	20,4

Após a análise da tabela 1, podemos verificar, que 60,2% da população é casada, o que corresponde à maior parte da população, com habilitações literárias ao nível do 4º ano. Contudo, constatamos que o número de indivíduos com habilitações correspondentes ao ensino secundário e ensino superior é mais elevado do que os indivíduos com o 1º ciclo de escolaridade, os quais correspondem a 56,6% da amostra. Relativamente à profissão, todos os indivíduos estão reformados.

Na tabela 2 apresentamos a distribuição dos sujeitos, por género, segundo os conhecimentos sobre a doença do tétano, a vacina e o seu comportamento, segundo as frequências absolutas e relativas.

Tabela 2 – Distribuição dos sujeitos, por género, segundo os conhecimentos sobre a doença do tétano, a vacina e o seu comportamento, segundo as frequências absolutas e relativas.

VARIÁVEL	Masculino		Feminino		Total	
	Fi	Fr	Fi	Fr	Fi	Fr
<b>Conhecimentos sobre a doença do tétano.</b>						
Sabe o que é a doença do tétano.	2	9,5	3	4,8	5	6,1
Não sabe o que é a doença do tétano.	19	90,5	59	95,2	78	93,9
<b>Conhecimentos sobre a vacina.</b>						
Sabe que deve vacinar-se.	10	47,6	29	46,8	39	46,9
Não sabe que deve vacinar-se.	11	52,4	33	53,2	44	53,1
<b>Comportamento.</b>						
Não fez a vacina por falta de interesse	13	61,9	41	66,1	54	65,1
Não fez a vacina por desconhecimento	8	38,1	21	33,9	29	34,9
Considera a vacina importante.	19	90,5	55	88,7	74	89,1
Não considera a vacina importante.	2	9,5	7	11,3	9	10,9

Relativamente à tabela 2, concluímos que 93,9% dos sujeitos não sabe o que é a doença do tétano, isto é, como se transmite, os sintomas provocados, a gravidade e prognóstico da doença. Referem ainda não saberem ser necessário vacinarem-se durante a idade adulta. Não procederam à vacinação por falta de interesse, no entanto 89,1% dos sujeitos consideram que a vacina é importante na prevenção da doença.

#### 4.1.2 Entrevista

Uma vez que este formulário foi construído para este projecto não estando, portanto, validado, foi elaborado um guião de entrevista semi-estruturada, com base nos resultados do questionário (Anexo 3). As entrevistas foram realizadas à população que preencheu os questionários, tendo-se efectuado 10 entrevistas, gravadas em suporte áudio, as quais permitiram a saturação dos dados. Foi pedido o consentimento informado antes da realização da entrevista (Anexo 4). Procedeu-se à transcrição das entrevistas e utilizou-se a análise do conteúdo. Através da análise de conteúdo das

respostas pretende-se validar os resultados do questionário. A informação foi submetida a análise de conteúdo, que de acordo com Jorge Vala (1989)

*“ a análise de conteúdo é uma técnica de investigação que permite criar inferências, com base numa lógica sistemática e explícita acerca dos dados.*

*Neste contexto, os dados sujeitos a análise, que poderão ser os discursos, são demonstrados reconstituindo-se um novo discurso através de um processo individual dedutivo” (VALA, 1989, p. 52).*

Para este autor, existem três fases para a realização de uma análise de conteúdo:

- Leitura flutuante dos documentos para uma apreensão inicial das suas características e avaliação das possibilidades de análise;
- Determinação dos objectivos da análise de acordo com a questão de partida e enquadramento teórico;
- Construção do sistema de categorização.

Assim, de acordo com o autor supracitado, procedemos a uma leitura flutuante das entrevistas realizadas, retirando as ideias globais. De seguida e após uma leitura mais pormenorizada das entrevistas, retiramos do discurso as frases mais significativas (unidades de registo) tendo em conta os objectivos. Após estas duas etapas construímos uma grelha de análise partindo dos conteúdos que surgiram dos discursos dos participantes (sistema de categorização). Foi a partir da divisão dos discursos que surgiram as categorias, que foram reformuladas à medida que apareciam novos elementos. Resumindo, após a identificação das unidades de registo criamos categorias, que por sua vez se dividiram em subcategorias, que estão apresentadas no quadro 1.

Quadro 1 – *Corpus* de análise

<b>CATEGORIAS</b>	<b>SUB - CATEGORIAS</b>	<b>INDICADORES</b>
Cognitivo	Doença do tétano	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecimentos adequados</li> <li>• Conhecimentos inadequados</li> <li>• Ausência de conhecimentos</li> </ul>
	Vacina anti-tetânica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecimentos adequados</li> <li>• Conhecimentos inadequados</li> <li>• Ausência de conhecimentos</li> </ul>
Comportamento	Razões para não estar vacinado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de interesse</li> <li>• Desconhecimento</li> </ul>
	Crenças sobre a vacina	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protecção eficaz</li> <li>• Protecção ineficaz</li> </ul>

Pela análise do quadro 1, salienta-se que, os participantes relativamente aos aspectos cognitivos sobre a doença do tétano têm conhecimentos inadequados, ou até ausência deles, referindo apenas algumas noções sobre o contágio; “ (...) Não sei o que é.” (E 01: 01). “(...) Já ouvi falar do tétano, mas não sei o que faz (...)” (E 03: 01), “(...) tem a ver com paus e pregos ferrugentos (...)” (E 06: 01).

Relativamente à vacina anti-tetânica, os participantes possuem conhecimentos inadequados e até mesmo ausência destes, referem saber da existência da vacina, no entanto, desconhecem a necessidade de se vacinarem toda a vida, tendo a crença que as vacinas são apenas para as crianças. “As vacinas são só para as crianças (...)” (E 04: 02), “Sei que há uma vacina contra o tétano, mas faz-se em criança e depois já não é preciso” (E 03: 02).

Em relação ao comportamento para a doença e vacina, dois entrevistados referiram falta de interesse para o facto de não estarem vacinados, os restantes oito referiram desconhecimento. “(...) não fiz a vacina porque não sabia que tinha de fazer.” (E 05: 03), “ desconhecia que com esta idade tinha que fazer a vacina do tétano” (E 06: 03).

Quanto às crenças sobre a vacina, todos os entrevistados, referiram que a vacina é eficaz para proteger da doença do tétano“ (...) a vacina não deixa adoecer” (E 02: 04), “quem fizer a vacina não fica doente” (E 04: 04), “ a vacina protege as pessoas contra a doença(...)” (E 08: 04).

Pela análise da informação obtida através das entrevistas, verificamos a confiança dos resultados do questionário, mantém-se o desconhecimento dos sintomas, gravidade e prognóstico da doença do tétano, desconhecimento da necessidade da vacinação na idade adulta, o desconhecimento e falta de interesse em serem vacinados. Porém, os participantes reconhecem que a vacina é muito importante para prevenir a doença.

## **4.2 – Problemas Identificados**

Estes resultados, permitiram formular como problemas, nesta população:

1. *Falta de conhecimentos sobre a doença do tétano*
2. *Desconhecimento da vacina anti-tetânica e sua administração*
3. *Imunização deficiente por falta de vontade em vacinar-se.*

## **4.3 – Periodização dos Problemas**

Esta é a segunda etapa do processo de planeamento em saúde. Segundo Tavares, trata-se de um processo de tomada de decisão. Para saber que problema se deve tentar solucionar em primeiro lugar é necessário seleccionar prioridades, procurando utilizar eficientemente os recursos disponíveis e a optimização dos resultados a atingir. Este processo corresponde a três etapas: determinação de prioridades, definição de critérios e sua ponderação e escolha da técnica para determinação de prioridades (TAVARES, 1990).

Nesta fase a técnica escolhida para a determinação de prioridades foi a grelha de análise, que permite determinar as prioridades, com base nos seguintes critérios: importância do problema, relação entre o problema e os factores de risco, capacidade técnica de resolver o problema e a exequibilidade do projecto. Apresenta-se em seguida uma tabela com os resultados desta fase e sua explicação.

Tabela 3 - Grelha de análise para determinação de prioridades ( segundo Pineault e Daveluy, 1986).

<b>Problemas</b>	<b>Crítérios</b>	<b>Recomendações</b>
1 – Falta de conhecimentos sobre a doença do tétano.	- Importância do problema.....(+) - Relação problema/factores de risco.....(+) - capacidade técnica de intervir.....(-) - Exequibilidade.....(+)	<b>3</b>
2 – Desconhecimento da vacina anti-tetânica e sua administração.	- Importância do problema.....(+) - Relação problema/factores de risco.....(+) - capacidade técnica de intervir.....(-) - Exequibilidade.....(+)	<b>3</b>
3 – Imunização deficiente por falta de vontade em vacinar-se.	- Importância do problema.....(+) - Relação problema/factores de risco.....(+) - capacidade técnica de intervir.....(-) - Exequibilidade.....(-)	<b>4</b>

A tabela 3, permite analisar a tomada de decisão, em cada critério da grelha, tendo por base o modelo de promoção da saúde de Nola Pender, salientando os seguintes aspectos: o comportamento anterior e as características herdadas ou adquiridas, influenciam as crenças e o envolvimento no comportamento de saúde desejado; as pessoas comprometem-se mais facilmente com comportamentos dos quais preveem benefícios; as barreiras ou obstáculos percebidos dificultam a obtenção do comportamento desejado; a auto-eficácia percebida aumenta a probabilidade da adopção do comportamento desejado e a associação de emoções positivas a esse comportamento aumenta a auto-eficácia.

Assim temos como principal função segundo o modelo, intervir a nível cognitivo, para poder alterar o comportamento de forma eficaz e para que o compromisso com o plano de acção se mantenha ao longo do tempo.

O problema seleccionado foi o 1 e o 2 por obterem o mesmo resultado, no que evidencia falta de conhecimentos relativamente à doença do tétano e à vacina anti-tetânica, pelo que decidiu-se juntá-los num único problema, que foi o seleccionado como prioritário para intervenção na comunidade: Falta de conhecimentos da população sobre a doença do tétano e da vacina anti-tetânica.

#### 4.4 – Fixação de objectivos

Neste projecto decidiu-se utilizar a taxonomia NANDA (2008), para uniformização e compreensão da linguagem, para os diagnósticos e consequente classificação das intervenções de enfermagem (NIC, 2010) e classificação dos resultados de enfermagem (NOC, 2010).

O diagnóstico de enfermagem para este projecto, tendo por base o problema periodizado para a intervenção é: “ *Deficit de conhecimentos sobre a doença do tétano e vacina anti-tetânica, referido pela população, por falta de informação prévia, relacionado com deficiente cobertura vacinal para a vacina Td.*”

Segundo Tavares (1990), não interessam objectivos vagos, de âmbito alargado, impossíveis de alcançar na prática. Os objectivos, devem fornecer normas e critérios às actividades posteriores, devendo também explicar aos participantes do projecto, os tipos de comportamentos apropriados e pertinentes. No seu enunciado, devem conter os critérios para apreciar o grau de sucesso do projecto, os elementos para tomada de decisão no decurso do processo de planeamento e também serem geradores de mensagens sobre comportamentos e estados desejáveis para a população alvo (TAVARES, 1990).

Para este diagnóstico de enfermagem como objectivo geral foi definido:

- Reduzir em 50% o risco de infecção por tétano, na população do estudo, no período compreendido entre Dezembro de 2010 e Fevereiro de 2011.

Como objectivos específicos foram definidos:

- Aumentar na população, a imunidade adquirida para o tétano em 50%;
- Demonstração de conhecimentos por 50% da população, dos meios de exposição aos patógenos do tétano;
- Demonstração de conhecimentos sobre o que é a doença do tétano e periodicidade da administração da vacina anti-tetânica por 50% da população;
- Realizar sessões de formação individuais sobre a doença do tétano e vacina anti-tetânica a 50% da população até Dezembro 2010;
- Vacinar 25% da população até 31 Dezembro 2010;
- Vacinar 50% da população até 12 de Fevereiro de 2011.

## **4.5 Selecção de estratégias**

A elaboração de estratégias para implementar e alcançar os objectivos traçados é o passo seguinte. Segundo Imperatori, nesta etapa pretende-se propor novas formas de actuação, através de um conjunto de técnicas organizadas para atingir os objectivos fixados (IMPERATORI e GIRALDES, 1982). Segundo o mesmo autor, existem três fases pelas quais um processo de definição de estratégias deve passar:

- 1 - Estabelecer os critérios de concepção da estratégia
- 2 – Enumerar as modificações necessárias
- 3 – Esboçar estratégias potenciais

Nesta etapa, pede-se que haja criatividade, quanto à abordagem dos problemas, prever potenciais obstáculos e atenção para a resistência à mudança, quer da população, quer das instituições e seus funcionários.

No caso deste projecto, tendo por base o modelo de promoção da saúde de Nola Pender, pretende-se intervir para mudar comportamentos. Segundo este modelo, deve ser dada prioridade à cognição como forma privilegiada de intervir, usando estratégias como a consciencialização do problema, promoção da auto-eficácia e capacitação para os benefícios da mudança. A estratégia decidida foi a educação para a saúde, criando mecanismos de informação à população, desenvolvendo sessões de educação para a saúde sobre a doença do tétano e vacina anti-tetânica.

Quanto aos custos, decorrentes directamente desta estratégia, estes prendem-se com o aumento da previsão de vacinas anti-tetânica, para administrar à população que se mostre interessada em ser vacinada, após as acções educativas individuais.

## **4.6 Especificação das actividades**

Tavares diz-nos que, no início desta etapa devem ser especificadas as actividades do projecto, definidas em função dos objectivos, criando apenas as que lhes dêem resposta, pois todas as outras que não contribuam directamente para este resultado, são desperdício de recursos (TAVARES, 1990).

As actividades realizadas são apresentadas decorrentes do diagnóstico de enfermagem e como já referido estas são segundo a classificação das intervenções em enfermagem (NIC). Segundo a classificação a intervenção educação para a saúde, tem como definição:

*“desenvolvimento e fornecimento de instrução e experiências de aprendizagem para facilitar a adaptação voluntária de comportamento que promova a saúde de indivíduos, famílias, grupos ou comunidades”* (McCLOSKEY et al, 2010, p.641).

Assim, após determinação dos conhecimentos de saúde da população, identificação das características da população alvo durante a fase de diagnóstico de situação de saúde, decidiu-se realizar sessões de educação para a saúde individuais, pois o grupo não demonstrou interesse ou disponibilidade para participar em sessões de grupo. O plano das acções educativas para a saúde, individuais é apresentado em anexo (Anexo 5). Optou-se por dar relevância no planeamento da sessão à enfatização dos benefícios para a saúde imediatos ou a curto prazo a serem obtidos por comportamentos positivos, incorporar estratégias que elevem a auto-estima da população, desenvolver materiais educativos, escritos com um nível de leitura adequado, mantendo a apresentação focalizada, curta, iniciando e terminando pelo tema principal. Criou-se um folheto com informação com a dupla funcionalidade de servir de auxiliar para validar a informação transmitida e servir de veiculo para levar informação a mais indivíduos na comunidade (Anexo 6). Pela impossibilidade de afixação de cartazes neste período na UCSPO, optou-se por convocar os indivíduos para as sessões de educação para a saúde por telefone.

Vamos apresentar as actividades planeadas e realizadas neste projecto em quadros, para facilitar a consulta e compreensão das mesmas.

Quadro 2 – Especificação detalhada da actividade sessão de educação individual para a saúde .

Actividade	Quem	Quando	Onde	Como	Objectivo que pretende atingir	Avaliação
Sessão de educação para a saúde, individual, dirigida à população definida para este projecto.	Um enfermeiro	Sessões realizadas entre dezembro 2010 e Fevereiro 2011.	Sala da UCSPPO.	10 minutos de exposição, entrega de folheto com informação da sessão e revisão do folheto , com esclarecimento de dúvidas.	Capacitar a população para os benefícios da vacina Td, de forma a promover comportamentos saudáveis, diminuindo o risco de tétano em 50%.	1.Realização efectiva de sessões a 70% da população. 2. Que 50% dos participantes responda correctamente às perguntas feitas no final da sessão, demonstrando conhecimentos sobre a doença e vacina.

Após realização das acções educativas, foi seleccionada uma actividade para dar resposta aos objectivos, de acordo com a classificação das intervenções de enfermagem (NIC), o controle de imunização/vacinação, que está definido como: *“monitorização do estado de imunização, facilitação do acesso às imunizações e provisão de imunizações para prevenir doenças transmissíveis”* (McCLOSKEY et all, 2010, p. 457). Relativamente a esta actividade, decidiu-se notificar os indivíduos que não tinham as imunizações actualizadas. Sendo estes indivíduos os mesmos a quem foram realizadas as sessões de educação para a saúde, esta notificação foi feita por questão directa aos indivíduos no final da sessão. Informar a protecção que a imunização confere, disponibilizando horários flexíveis e alargados para a realização da imunização. Todas as imunizações são registadas no SINUS.

Quadro 3 – Especificação detalhada da actividade administração de vacina Td

<b>Actividade</b>	<b>Quem</b>	<b>Quando</b>	<b>Onde</b>	<b>Como</b>	<b>Objectivo que pretende atingir</b>	<b>Avaliação</b>
Administração da vacina Td, à população do projecto.	1 enfermeiro	Entre Dezembro de 2010 e Fevereiro de 2011.	Sala da UCSP0.	Administração da vacina e registo no sinus.	Vacinar 50% da população do projecto, diminuindo o risco de infecção pelo tétano.	1. N° de vacinados no final do projecto $\geq$ 50% da população.

## 5. RESULTADOS OBTIDOS

As actividades deste projecto, como anteriormente descritas, foram implementadas no período compreendido entre 02 de Dezembro de 2010 e 29 de Janeiro de 2011. Como referido, os indivíduos foram contactados por telefone e convidados para se deslocarem à UCSPO, para a sessão de educação para a saúde, com marcação da hora. Foram contactados os oitenta e três (83) indivíduos da população em estudo. Todos concordaram em participar nas sessões de educação para a saúde.

Foram realizadas sessões individuais de educação para a saúde a todos os indivíduos contactados, ou seja, a toda a população do estudo. Segundo a classificação dos resultados de enfermagem (NOC), foram avaliados os seguintes resultados: “conhecimento: controle de infecção”, que tem como definição – *“extensão da compreensão transmitida sobre prevenção e controle de infecções”* (MOORHEAD, et al, 2010, p.221). Pretendeu-se que os indivíduos no final da sessão procedessem à descrição de sinais e sintomas da doença do tétano, modo de transmissão da doença, práticas que reduzem a transmissão e actividades para prevenir a doença. Os resultados foram a nível moderado, segundo a grelha de avaliação. Em números, 62% dos participantes conseguiu responder correctamente às questões.

Relativamente à actividade administração de vacina Td, foi avaliada segundo a classificação dos resultados de enfermagem (NOC), “saúde comunitária: imunidade”, que tem como definição – *“resistência de um grupo à invasão e disseminação de um agente infeccioso”* (MOORHEAD, et al, 2010, p.458). Foi por nós pretendido que após a intervenção as taxas de imunização fossem iguais ou superiores aos actuais padrões nacionais, isto é , para este grupo etário dos 65 anos de idade: 60% de vacinados. Foram vacinados setenta e um (71) indivíduos o que corresponde a 85,5% da população do projecto, sendo este resultado bastante satisfatório em relação ao objectivo inicial que era de 50%. Pela avaliação da grelha do resultado NOC o resultado é excelente.

Quanto à avaliação destes resultados, pareceu-nos adequada a escolha do modelo de promoção da saúde para este projecto, alcançando resultados significativos, com a intervenção cognitiva, através das sessões de educação para a saúde, numa perspectiva positiva, enfatizando os benefícios das acções que levam à mudança de

comportamento em saúde, através da percepção da auto-eficácia, barreiras percebidas e benefícios a curto prazo.

A gestão de *projectos de intervenção em saúde* segue os princípios e métodos gerais comuns à gestão de outros projectos. Um dos princípios-chave a observar é o de que só é possível gerir e avaliar aquilo que se puder medir. A gestão e a avaliação de projectos necessitam, portanto, de indicadores adequados. O método de recolha de informação, baseado em indicadores, permite medir realidades e mudanças ou resultados decorrentes das intervenções e os seus impactos. Tendo estas informações por base, construiu-se o indicador:

Número de utentes submetido a sessão de educação para a saúde / Número de utentes que iniciou programa de vacinação.

Número de utentes submetido a sessão de educação para a saúde: 83

Número de utentes que iniciou o esquema de vacinação:71

Resultado: Podemos dizer que, 85,5% dos indivíduos submetidos a sessão de educação para a saúde sobre a doença do tétano e vacina anti-tetânica, iniciaram o esquema de vacinação.

O conceito de ganhos em saúde é abrangente e de uma ambiguidade estratégica sendo internacionalmente adoptado como enunciado positivo de um desejo de melhorar todos os indicadores de saúde em especial aqueles dos quais uma população se distancia relativamente a outras com melhores resultados (Ministério da Saúde, 2002). Esta expressão pode traduzir abordagens distintas, nomeadamente:

*“...ganhos em anos de vida que deixam de ser perdidos; diminuição de situações de incapacidade temporária ou permanente devido a doenças, traumatismos ou suas sequelas e aumento da funcionalidade física e psicossocial; redução do sofrimento evitável e melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde.”*  
(Ministério da Saúde 1999, p. 31).

Existem outros indicadores de saúde mensuráveis que apontam para uma observação da redução da incidência de problemas de saúde em termos de doenças transmissíveis, reduções nas taxas de mortalidade, nas doenças crónico-degenerativas e também em situações como a dor, a violência doméstica, entre outros, que traduzem esta melhoria da qualidade de vida da população (Ministério da Saúde, 2002).

Quanto a este projecto, com os resultados alcançados, podemos dizer que se iniciou o processo que trará ganhos em saúde a esta população, pela mudança de comportamento, neste caso, fazendo a vacina anti-tetânica diminuindo o risco de

contrair a doença do tétano. Estes ganhos são também para o estado e sociedade, na medida em que se poupam recursos e gastos com a saúde evitando a doença.

A avaliação feita foi a possível, na duração deste estágio. Para uma avaliação mais significativa deste projecto seria importante, avaliar o número de indivíduos, que completaram o esquema vacinal, ou seja as três doses da vacina Td no período de um ano e aplicar o questionário inicial da fase do diagnóstico de situação de saúde, para validar se os resultados obtidos inicialmente, com esta avaliação se mantêm ao longo do tempo e provocaram as mudanças de comportamento pretendidas com este projecto.

## 6. QUESTÕES ÉTICAS

Qualquer investigação realizada ao ser humano levanta questões morais e éticas. A ética coloca determinados problemas aos investigadores devido a exigências morais que por vezes poderão entrar em conflito com o rigor do método científico da investigação. Segundo Polit e Hungler (1995), os pesquisadores “têm obrigação de aperfeiçoar o conhecimento, utilizando os procedimentos científicos com o maior rigor possível, embora devam também obedecer aos ditamos das regras éticas elaboradas para proteger os direitos dos sujeitos”.(POLIT, HUNGLER, 1995, p.294).

Também Fortin (1999) refere que “..., *é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdade das pessoas que participam nas investigações*” (FORTIN, 1999, p. 116), pelo que foram criados os códigos de ética, para proteger os direitos dos indivíduos submetidos à investigação.

Assim, deve-se ter em conta os cinco princípios determinados pelos códigos de ética para que sejam protegidos os direitos das pessoas. Para a autora supracitada (1999) estes princípios são:

- O direito à autodeterminação;
- O direito à intimidade;
- O direito ao anonimato e à confidencialidade;
- O direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo;
- O direito a um tratamento justo e equitativo.

De acordo com as exigências éticas que devem ser respeitadas num trabalho de investigação, tivemos em consideração os seguintes aspectos:

- Fornecer informação ao sujeito sobre o tema de estágio e quais os objectivos do projecto;
- Garantir o anonimato e confidencialidade do sujeito e das informações obtidas;
- Garantir que os resultados não serão associados ao sujeito;
- Dar a conhecer os resultados do trabalho aos sujeitos;
- Programar a realização das entrevistas, de forma criteriosa no que diz respeito à hora, local e dia, com a concordância prévia dos entrevistados. (FORTIN, 1999, p116-120).

## 7. AS LIMITAÇÕES DO TRABALHO

Na elaboração deste projecto, surgiram alguns obstáculos, internos e externos, que causaram constrangimentos e inevitáveis limitações ao mesmo.

A inexperiência e o desconhecimento favoreceram situações de impasse e dúvida durante a elaboração do mesmo.

Como refere Carmo e Ferreira (1998), *“um dos recursos mais escassos que o investigador tem ao seu dispor (...)o tempo”* (CARMO, FERREIRA, 1998, p.41), este foi sem dúvida o factor que consideramos como o que mais limitou este projecto. A metodologia do Planeamento em Saúde envolve diversas etapas com graus de complexidade diferentes. A fase do diagnóstico de situação de saúde da comunidade, é em si um estudo completo que implica tempo, para que as próximas etapas possam ser executadas com rigor . Os quatro meses e meio de duração deste estágio, foram sem duvida limitadores para conseguir realizar este projecto a toda a população, pelo que se optou por trabalhar uma amostra. Não sendo possível generalizar os resultados à profissão, pelo tamanho da amostra e especificidades da população.

## 8. CONCLUSÃO

Este estágio permite uma reflexão sobre o desenvolvimento de competências, como enfermeiro especialista, tendo por referência a definição do perfil de competências dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e de saúde pública da Ordem dos Enfermeiros, publicado no regulamento nº 128/2011 do Diário da República nº 35, série II de 18/02/2011.

Com o trabalho desenvolvido durante o estágio, conseguimos adquirir competências técnico-científicas com base na metodologia do planeamento em saúde, que permitiram a operacionalização de um projecto de intervenção em saúde numa comunidade e contribuir para a capacitação e promoção da saúde, de um grupo de utentes, tendo como objectivo proporcionar ganhos em saúde a esta população. Desenvolveu-se, implementou-se e coordenou-se o projecto na UCSP, trabalhando com a equipa multidisciplinar, adquirindo e consolidando aspectos da gestão e coordenação de equipas.

Os conhecimentos, adquiridos e desenvolvidos, estão segundo Benner, ao nível do conhecimento competente e perito. "*O conhecimento perito, e desde logo também o conhecimento competente, é uma forma de conhecimento em si mesmo, e não apenas uma aplicação do conhecimento*" (BENNER et al, 1996, p. 24). Esta assunção que Benner et al (1996) procuram demonstrar é muito importante para que se perceba que nem todo o conhecimento que os enfermeiros precisam de desenvolver na profissão, é obtido dentro das salas de aula. As oportunidades de aprendizagem aproveitadas no decorrer deste estágio, foram da maior importância, para solidificar e mobilizar os conhecimentos adquiridos, aplicados na prática, aliando estes conhecimentos à experiência profissional, desenvolvida em contexto de Cuidados de Saúde Primários ao longo dos últimos sete anos. Considerando estes factores como facilitadores para, segundo a autora supracitada, poder afirmar que possuo conhecimentos ao nível competente, no final deste estágio.

Considera-se que se demonstrou consciência crítica face aos problemas da prática profissional, com os utentes e equipa multidisciplinar. Reconhecendo os problemas, reflectindo sobre os mesmos e procurando solucioná-los.

Com base nos resultados da investigação feita com este projecto e na evidência científica consultada, foi possível incorporar os frutos desse trabalho na sua prática profissional e dos seus pares. A incorporação destes resultados na prática permitiu

ainda, zelar pela qualidade dos cuidados prestados pelos pares, através da execução de supervisão do exercício profissional.

A metodologia do Planeamento em Saúde, aliada ao referencial teórico escolhido, o modelo de promoção da Saúde de Nola Pender, parece-nos uma escolha pertinente, que permitiu resultados satisfatórios para os objectivos delineados. Este projecto promoveu uma alteração do comportamento da população, passando de um comportamento de risco de doença do tétano, para um de promoção de saúde, pela imunização prevenindo a doença.

Como já referido, reforça-se a ideia da necessidade de uma avaliação prospectiva deste projecto, pois o esquema de vacinação Td só fica completo com as três doses da vacina, o que demora um ano. Neste momento, avaliou-se o início da mudança no comportamento, no final das três doses, avaliar-se-ia o compromisso estabelecido com o plano de acção, demonstrando permanência do comportamento de promoção da saúde.

Quanto ao futuro, a criação e manutenção de projectos assentes na promoção da saúde, parece-nos essencial para a melhoria dos cuidados prestados à comunidade. Sendo responsabilidade dos enfermeiros especialistas nesta área a sua implementação e coordenação.

## 9 - BIBLIOGRAFIA

ACOSTA, Ramirez N., RODRIGUEZ, Garcia J. (2006) - Inequity in infant vaccination coverage in Colombia 2000 and 2003. **Rev Salud Publica**, Bogota. 62-74. **ISSN 0124-0064**.

BENNESEN, Abram S. (1997) – **Manual para el control de las enfermedades transmisibles**. 16ª ed. Washington: Organizacion Panamericana de la Salud. ISBN: 9775315647.

BENNER, Patricia (2001) – **De Iniciado a Perito – Excelência e poder na prática clínica de enfermagem**. Edição Comemorativa. Coimbra: Editora Quarteto. 2001. ISBN: 972-8535-97-X.

BENNER, Patricia; TANNER, Christine A.; CHELSEA, Catherine A.(1996) - **Expertise in Nursing practise, Caring, Clinical Judgement and Ethics**. New York: Springer Publishing Company. ISBN: 0-8261-8700-5.

BEYOUT D; NGUYEN, TT; LAVERAN, H. (1988) - Controle de l'état d'immunité antitétanique dans la population du Puy-de-Dôme. **Med Mal Infect**. Paris. 8-18.

BLECK, T. P. (1991) – **Tetanus: Pathophysiology, management and prophylaxis**. London: Dis-Mon. N° 37. 545-603.

BULECHEK, Gloria M.; BUTCHER, Howard K.; DOCHTERMAN, Joanne M. (2010) - **NIC classificação das intervenções de enfermagem**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier. ISBN: 978-85-352-3442-8

CARMO, Hermano; FERREIRA, Manuela Malheiro (1998) – **Metodologia da investigação**. Lisboa: Universidade aberta. ISBN 972-674-231-5.

CASALIS, M. E. P. (1990) - **Reabilitação - Espasticidade**. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu.

CONTRAN, R.S.; ROBBINS, S.L. (2000) – **Patologia estrutural e funcional**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. ISBN 85-277-0636-9.

DUCKWORTH, D. H., GULIG, P. (2002) - Bacteriophages: potential treatment for bacterial infections. **BioDrugs**. Gainsville. Volume 16, Nº 1, 57-62.

ESPAÑA. Centro de Epidemiologia, Instituto de Salud Carlos III (2004) – **Estudio seroepidemiologico: situacion de las enfermedades vacunables en España**. Madrid.

FERNANDES, A. (1999) - Velhice e Sociedade: alterações nos calendários demográficos e políticas sociais. In **V cursos internacionais de verão de Cascais**. A Família, 4.o vol. Cascais: s/ed. 51-59

FORTIN, Marie Fabienne (1999) – **O processo de investigação: Da concepção à realização**. Loures: Lusociência: Edições Técnicas e Científicas Lda. ISBN 972-8383-10-X .

GERN, JE. (2005) - Mechanisms of virus-induced asthma. **Pediatric journal**. Madison WI. Vol. 116 (August 2005). 13-4.

IMPERATORI, Emílio, GIRALDES, Maria do Rosário (1993) – **Metodologia do planeamento em Saúde – Manual Para Uso em Serviços Centrais, Regionais e Locais**. Lisboa.

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

KJEJDSSEN, K; SIMONSEN, O; HERON I.(1988) - Immunity against diphtheria and tetanus in the age group 30-70 years. **Scand J Infect Dis**. Stocolm p. 85 -177.

LE BOTERF, G. (2003) - **Desenvolvendo a competência dos profissionais**. Porto Alegre: Artmed. ISBN: 9788536301279.

LECOUR, H. (1988) - **As doenças infecciosas em Portugal na década de 80.** Arquivos do Instituto Nacional de Saúde. Lisboa: INE.

LESSAR-HERBERT, Michelle (1996) – **Pesquisa em educação.** Lisboa: Instituto Piaget. ISBN: 9789728245764.

MOORHEAD, Sue; [et a] (2010) - **NOC Classificação dos resultados de enfermagem.** 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier. ISBN: 978-85-352-3443-5.

NANDA (2007) – **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação (2007-2008).** Porto Alegre: Artmed. ISBN: 9788536311241

OMS. (1988) - Tetanos, France. **Relevé Epidémiol Hebd.** N° 8. 63-197.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) – **Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem, Perfil de Competências. Conselho de Enfermagem,** Lisboa.

PENDER, Nola J.; MURDAUGH, Carolyn; PARSONS, MaryAnn (2006) - **Health Promotion in nursing practice.** 5th ed. New Jersey: Pearson. ISBN: 0-13-119436-4

POLIT, Dense F.; HUNGLER, Bernadette P. (1995) – **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** Portalegre. Brasil. Editora: Artes médicas Sul Lda. 3ªedição. ISBN 85-7307-101-X.

PORTUGAL, Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Epidemiologia e Estatísticas da Saúde. Divisão de Estatísticas da Saúde (2008) - **Portugal Saúde: Indicadores Básicos 2005.** Lisboa: DGS. **ISSN 0872-345**

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Doenças Transmissíveis (2005) - **Programa Nacional de Vacinação 2006 /** Direcção-Geral da Saúde. Nova ed. revista. Lisboa: DGS. ISBN 972-675-136-5 ISSN 0871-2786

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. (1999) - **Saúde: um compromisso. A estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002)**, Lisboa: Ministério da Saúde.

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde – **Ganhos de Saúde em Portugal: ponto da situação**: relatório do director-geral e alto-comissário da saúde. 2.a Edição, Lisboa: DGS.

PORTUGAL, D.G.S. Direcção de Serviços de Epidemiologia e Estatísticas de Saúde, Divisão de Estatísticas de Saúde, Divisão de Epidemiologia (2010) – **Doenças de Declaração Obrigatória – 2004-2008**. Lisboa: DGS.

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

PORTUGAL, Direcção-Geral da Saúde (2008) - Direcção de Serviços de Epidemiologia e Estatísticas de Saúde, Divisão de Estatísticas de Saúde - **Elementos estatísticos 2007**. Lisboa: DGS.

SAKRAIDA, T. J. (2004). Modelo de Promoção da Saúde. *In* A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), - **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra** (pp. 699-715). Loures: Lusociência.

SMELTZER, Suzane C; BARE, Brenda G. (2002) – **Brunner & Suddarth Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgico**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. ISBN: 85-277-0721-7.

TAVARES, António (1990) - **Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde**. 2ª ed. Lisboa: Ministério da Saúde, DHR.

TILLET, L. A. (1999) - Nola J. Pender: Modelo de promoción de la salud. *In* A. M. Tomey & M. Alligood, R. - **Modelos y Teorías en Enfermería**. 4 ed. Madrid: Harcourt Brace. 529-537.

UMPHRED, D. A. (1994) - **Fisioterapia Neurológica**. 2a ed. Rio de Janeiro: Malone. ISBN 85-204-0048-5.

VALA, J. (1986). Análise de Conteúdo. *In* Madureira Pinto, J., Santos Silva, A. – **Metodologia das Ciências Sociais**. 7ª Edição. Porto: Edições Afrontamento, 1996. P.101-128. Sem ISBN

VIERTEL, IL, AMORIM L, PIAZZA U. (2005) - Tétano acidental no Estado de Santa Catarina, Brasil: aspectos epidemiológicos. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** São Paulo. Nº 14. 33-40.

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data (2008) - **The world health report 2007 : a safer future : global public health security in the 21st century**. Geneve: WHO. ISBN 978 92 4 156344 4

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data (2009) - **The world health report 2008 : primary health care now more than ever**. Geneve: WHO. ISBN 978 92 4 156373 4

## **ANEXOS**

## **Anexo 1 – Questionário**

Este questionário é anónimo, sendo todos os seus dados confidenciais. Tem como finalidade saber o nível de conhecimentos da população sobre o tétano e a vacina para a sua prevenção.

Agradeço desde já a sua participação.

\*\*\*

## QUESTIONÁRIO

### 1 -Variáveis relativas à caracterização da amostra

Idade : \_\_\_ anos

Sexo : M  F

Habilitações Literárias :

---

Estado Civil : Solteiro/a

Casado/a

Viúvo/a

Divorciado/a

Profissão :

---

---

### 2 -Variáveis relativas ao conhecimento da doença

2.1 Sabe o que é o tétano ? Sim

Não

2.2 Se sim, como obteve esse conhecimento ?

Enfermeiro

Médico

Familiar

Vizinhos

Outros

---

2.3 Na sua opinião corre o risco de contrair tétano :

- com pessoas? Sim  Não

- por inalação de gotículas? Sim  Não

- por feridas contaminadas? Sim  Não

- por picadas com paus, pregos/ latas enferrujadas? Sim  Não

2.4 Conhece alguém que tenha sofrido de tétano ? Sim  Não

2.5 Essa pessoa sobreviveu ? Sim  Não

### 3 – Variáveis relativas ao conhecimento sobre a vacina

3.1 Sabe que deve vacinar-se contra o tétano ? Sim  Não

3.2 Se sim, como obteve essa informação ?

Enfermeiro

Médico

Familiar

Vizinhos

Outros

---

3.3 Sabe de quanto em quanto tempo deve vacinar-se contra o tétano ? Sim  Não

3.4 Alguma vez foi informado no seu centro de saúde que deve vacinar-se regularmente contra o tétano ? Sim  Não

3.5 Se sim, como ? Ensino individual

Ensino de grupo

Folhetos ou cartazes

3.6 E por quem ?

---

3.7 No final do ensino, foram-lhe feitas perguntas sobre a informação transmitida ?

Sim  Não

### 4- variáveis relativas ao comportamento

4.1 Porque não tem a vacina contra o tétano actualizada ?

---

4.2 Tem intenção de fazer de fazer a vacina ? Sim  Não

4.3 Vai incentivar alguém a vacinar-se ? Sim  Não

4.4 Se sim, quem ?

---

---

4.5 Para prevenir o tétano, considera a vacina:

Muito eficaz

Eficaz

Pouco eficaz

Nada eficaz

Não sabe

Muito obrigado/a.

## **Anexo 2 – Declaração de consentimento informado do questionário**



## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Exmo/a Sr./a

José Miguel Vaz Ferreira, enfermeiro e aluno do Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em saúde comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, pretende estudar os motivos pelos quais a população com 65 anos de idade, utente da Unidade de Saúde de Cuidados Personalizados dos Olivais, não tem a vacina bivalente anti-tetânica e diftérica de acordo com o esquema do Plano Nacional de Vacinação.

Gostaria de contar com a sua participação, sendo necessário o preenchimento de um questionário em papel e o acesso aos dados constantes do seu processo clínico.

É garantido o respeito por todas as imposições éticas e legais, nomeadamente anonimato, confidencialidade dos dados e destruição de papel com dados, depois de cumprida a sua finalidade.

Caso estes requisitos de participação não sejam satisfeitos, ou caso seja sua vontade, poderá anular a sua colaboração.

Se após a leitura deste texto ainda tiver dúvidas, estarei ao dispor para as esclarecer. Se se considera bem informado e aceita participar, por favor assine este documento.

Lisboa, Outubro de 2010.

O Participante \_\_\_\_\_



## **Anexo 3 – Guião de entrevista**

Perguntas:

1. Sabe o que é o tétano e como pode contrair a doença ?
2. Sabe se há uma vacina contra o tétano? Se sim, qual a periodicidade com que deve ser vacinado(a) ?
3. Porque não tem a vacina actualizada ?
4. Considera importante esta vacina? Porquê ?

## **Anexo 4 – Declaração de consentimento informado da entrevista**

## **DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

Exmo./a Sr./a

José Miguel Vaz Ferreira, enfermeiro e aluno do Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, pretende estudar os motivos pelos quais a população com 65 anos de idade, utente da Unidade de Saúde de Cuidados Personalizados dos Olivais, não tem a vacina bivalente anti-tetânica e diftérica de acordo com o esquema do Plano Nacional de Vacinação.

Gostaria de contar com a sua participação, sendo necessária a realização de uma entrevista para a qual solicita o uso de gravador e o acesso aos dados constantes do seu processo clínico.

É garantido o respeito por todas as imposições éticas e legais, nomeadamente anonimato, confidencialidade dos dados e destruição dos registos gravados depois de cumpridas a sua finalidade. A entrevista será realizada em local e data a combinar. Ser-lhe-á facultada a transcrição na íntegra da sua entrevista, para que confirme se o transcrito foi realmente o que disse ou o que pretendeu dizer.

Caso estes requisitos de participação não sejam satisfeitos, ou caso seja sua vontade, poderá anular a sua colaboração.

Se após a leitura deste texto ainda tiver dúvidas, estarei ao dispor para as esclarecer. Se se considera bem informado e aceita participar, por favor assine este documento.

Lisboa, Outubro de 2010

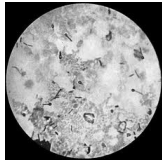
O Participante \_\_\_\_\_

## **Anexo 5 – Planificação da acção educativa individual**

## Planificação da acção educativa individual sobre a doença do tétano e vacina anti-tetânica.

<b>COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS</b>
Capacitação da população para os benefícios da vacina anti-tetânica.
<b>CONTEÚDOS</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Definição da doença do tétano, modo de transmissão e sintomas.</li><li>- Periodicidade da vacinação anti-tetânica.</li><li>- Importância da prevenção da doença.</li><li>- Eficácia da vacina.</li></ul>
<b>METODOLOGIAS / ESTRATÉGIAS</b>
Conversa informal, no gabinete de vacinação na UCSPO, individual, na qual serão expostos os conteúdos, enfatizando os conhecimentos correctos previamente adquiridos pelos utentes. Transmitir a informação de forma positiva.
<b>RECURSOS</b>
Folheto informativo dado a cada participante, no final da exposição, para esclarecimento de dúvidas.
<b>AVALIAÇÃO</b>
Cada participante responde correctamente às seguintes questões no final da exposição: 1 – Sabe o que é o tétano? 2 – Como se transmite a doença do tétano? 3 – Quando deve fazer a vacina?

**Anexo 6 – Folheto informativo sobre a doença do tétano e vacina anti-tetânica**



CLOSTRIDIUM TETANI—  
BACTÉRIA CAUSADORA DO  
TÉTANO.

Sabe se tem a sua vacina em dia ?  
Contacte o seu Médico ou Enfermeiro  
de Família, para mais informações .

O melhor tratamento  
é a **PREVENÇÃO**  
pela **VACINAÇÃO**.



**TÉTANO**

#### O Que é o Tétano ?

O Tétano é uma doença grave, causada por uma toxina produzida por uma bactéria, que afecta o sistema nervoso central.

#### Onde Vive a Bactéria do Tétano ?

A bactéria do Tétano, vive na terra, no pó e no estrume, principalmente. Também pode estar em animais. Encontra-se em todo o mundo.

#### Como é que se Contrain a Doença ?

A doença é contraída através de um corte, picada ou ferida na pele, que em contacto com a bactéria, vai ficar contaminado podendo desenvolver-se a doença.

### ACES LISBOA 2 ORIENTAL

#### UNIDADE CUIDADOS SAÚDE PERSONALIZADOS OLIVAIS

Autor: Enfermeiro José Ferreira  
Integrado no Estágio do Curso de Especialização em  
Enfermagem Comunitária da E.S.E.L.

## Sabe o que é o Tétano ?



#### UNIDADE CUIDADOS SAÚDE PERSONALIZADOS OLIVAIS

Telefone : 218507000  
Email : vacinacao@uolivais.mis-saude.pt

#### Quais são os Sintomas ?

Os primeiros sintomas são rigidez muscular no maxilar, seguido por rigidez do pescoço, dificuldade em deglutir, rigidez dos músculos abdominais, espasmos generalizados, com sudorese intensa e febre.

#### Prevenção

A vacinação é a única forma de se prevenir contra o Tétano.

Deve vacinar-se de 10 em 10 anos, para se manter protegido.

Se nunca foi vacinado, tem de fazer um esquema inicial de três doses.

#### Mais Informações

O Tétano não é transmitido de pessoa a pessoa.

Quem já teve Tétano e se curou, não fica imunizado. Tem que fazer a vacina, para estar protegido.

Os casos de Tétano ocorridos nos últimos anos, são maioritariamente em pessoas com mais de 65 anos de idade e que não têm a vacina em dia.

As pessoas com Tétano, ficam internadas no cuidados intensivos, a doença provoca dores intensas e necessidade de ventilação artificial.

O Tétano é uma doença grave, que mesmo com tratamento hospitalar, pode levar à morte.



**VACINE-SE**

### ACES Lisboa 2 Oriental

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados  
Olivais