



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Comunitária

“CAPACITAR OS UTENTES DE UMA UNIDADE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS PARA A IMPORTÂNCIA DA PROTEÇÃO ESPECÍFICA DO TÉTANO”

Natércia Maria de Horta Ramos

2012





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Comunitária

**“CAPACITAR OS UTENTES DE UMA UNIDADE CUIDADOS DE SAÚDE
PERSONALIZADOS PARA A IMPORTÂNCIA DA PROTEÇÃO
ESPECÍFICA DO TÉTANO”**

Natércia Maria de Horta Ramos

Relatório de estágio orientado por:

Prof. Luís Seixo

Lisboa

2012



“Só na medida em que ensinamos as pessoas, elas se podem tornar verdadeiros
parceiros nos cuidados de saúde”.

Judy Kopper

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Professor Luís Seixo, pela sua disponibilidade e pelo exemplo dado como profissional e como docente. Obrigada pela compreensão e orientação.

À enfermeira de referência, Helena Dias, pelo seu bom senso e boa-disposição.

A todos os enfermeiros da Unidade Cuidados de Saúde Personalizados da Av. B., pela forma como colaboraram neste projeto, pela disponibilidade e cooperação manifestadas ao longo deste processo.

À minha colega de curso, Cármen Marmelo, por partilhar comigo esta longa caminhada e pelo alento transmitido nas horas de desânimo.

Aos meus pais, em especial à minha mãe, pela preocupação constante, pela ajuda e força nos momentos mais difíceis.

À Sónia, minha amiga de todas as horas, pela paciência em ouvir as minhas incertezas e dificuldades, pelos sorrisos nos momentos complicado, pela amizade.

Ao Rui companheiro de todos os dias pelo amor e força constante que me deu.

À minha filha Catarina, o meu grande amor, tudo o resto.

Um muito obrigado!

RESUMO

A saúde das populações é um bem precioso e tudo o que fazemos para a preservar é fundamental.

As vacinas representam um papel específico na saúde e segurança das nações, “durante o último século, a integração da imunização à rotina dos serviços de saúde em muitos países proporcionou aos profissionais de saúde certo grau de controlo sobre a morbidade e a mortalidade relacionadas com a doença” (FAUCI et al, 2009, p.767).

O tétano, é uma doença infecciosa de distribuição mundial, sendo a mortalidade ainda relevante. É mais comum no sexo feminino e aumenta o risco na população com mais de 40 anos. A vacinação contra o tétano é a única forma de prevenir esta doença infecciosa. É necessário, que de dez em dez anos, a pessoa adulta faça um reforço da vacina, mantendo-se assim protegida contra este agente infeccioso.

No projeto realizado na, Unidade Cuidados Saúde Personalizados (UCSP) da Av. B., no ACES do A. R., participaram 45 utentes, nascidos no ano de 1946, com a terceira inoculação da vacina antitetânica desatualizada e inscritos nesta Unidade. O objetivo geral do projeto foi, contribuir para a capacitação dos utentes inscritos na UCSP Av. B. nascidos no ano de 1946 para a importância da vacina antitetânica.

A metodologia utilizada foi o Planeamento em Saúde, de acordo com Tavares, Imperatori e Giralde e, como referencial teórico, o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender.

Para efetuar o diagnóstico de situação, aplicou-se um questionário. Os dados foram tratados informaticamente através do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* na sua versão 18. Para o tratamento estatístico dos dados recorreu-se à estatística descritiva. Concluiu-se que a população tinha poucos conhecimentos sobre a doença do tétano e a vacina antitetânica. Desenvolveram-se sessões de educação para a saúde, para informar a população da importância e benefícios da proteção específica contra o tétano. Pretendeu-se com esta informação capacitar a população-alvo para a importância de comportamentos na procura de Saúde.

Os resultados obtidos, baseados na evidência científica, deram resposta ao objetivo proposto.

Palavras-chave: Tétano, vacina antitetânica, Planeamento em Saúde, Sessões de Educação para a Saúde.

ABSTRACT

The health of populations is a precious commodity and everything we do is essential to preserve.

Vaccines represent a specific role in the health and security of nations "during the last century, the integration of the routine immunization of health services in many countries provided to healthcare professionals a degree of control on morbidity and mortality related to disease" (Fauci et al, 2009, p.767).

Tetanus is an infectious disease of worldwide distribution, and mortality remains significant. It is more common in females and increases the risk in the population over 40 years. Vaccination against tetanus is the only way to prevent this infectious disease. It is necessary for every ten years adult make a booster, thereby maintaining protected against the infectious agent.

In the project performed in, Personalized Health Care Unit Av. B., the ACES A. R. 45 users participated, born in 1946, after the third inoculation of tetanus vaccine outdated and enrolled in this Unit. The project's overall objective was to contribute to the empowerment of the users registered UCSP Av. B. born in 1946 on the importance of tetanus vaccine.

The methodology used was the Health Planning, according to Tavares, Imperatori and Giraldes, and, as a theoretical framework, the Health Promotion Model of Nola Pender.

To make the diagnosis of the situation, we applied a questionnaire. The data were processed by computer through the Statistical Package for Social Sciences in its version 18. For the statistical treatment of data we used descriptive statistics. It was concluded that the population had little knowledge about the disease of tetanus and tetanus vaccine. Developed education sessions for health, to inform the public of the importance and benefits of specific protection against tetanus. The intention with this information to enable the target population to the importance of seeking behaviors in health.

The results, based on scientific evidence, have responded to the proposed objective.

Keywords: tetanus, tetanus vaccine, health planning, education activities for health.

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 13 |
| 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO | 15 |
| 2.1. Foco de intervenção..... | 15 |
| 2.2. Justificação do tema..... | 15 |
| 2.3. Promoção da Saúde | 17 |
| 2.3.1. Educação para a Saúde..... | 17 |
| 2.4 Vacinação | 18 |
| 2.4.1. Importância da vacinação para a proteção individual e de grupo..... | 19 |
| 2.4.2. Adesão..... | 20 |
| 2.5. Tétano..... | 20 |
| 3. INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA PROTEÇÃO ESPECÍFICA | 23 |
| 3.1. Modelo de Sistemas de Promoção de Saúde de Nola Pender..... | 23 |
| 4. METODOLOGIA..... | 26 |
| 4.1. Diagnóstico de situação..... | 26 |
| 4.1.1. Contextualização do local de intervenção..... | 27 |
| 4.1.2. População e amostra..... | 28 |
| 4.1.3. Questões éticas..... | 29 |
| 4.1.4. Técnicas e procedimentos de colheita de dados..... | 30 |
| 4.1.5. Variáveis e instrumentos de medida..... | 31 |
| 4.1.6. Tratamento de dados e resultados..... | 31 |
| 4.1.7. Problemas de Saúde..... | 37 |
| 4.1.8. Diagnósticos de enfermagem..... | 37 |
| 4.2. Determinação de prioridades | 38 |
| 4.3. Fixação de objectivos..... | 38 |
| 4.4. Selecção de estratégias | 39 |

| | |
|---|-----------|
| 4.5. Elaboração de programas e projetos..... | 40 |
| 4.6. Preparação da Execução | 41 |
| 4.7. Avaliação..... | 44 |
| 5. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NA ÀREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA..... | 47 |
| 6. CONCLUSÃO..... | 49 |
| 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 51 |
| ANEXOS | 56 |
| APÊNDICES..... | 84 |
| ANEXO I – Avaliação do PNV da UCSP da Av. B. ano 2010 | |
| Anexo II – Programa Nacional de Vacinação (Avaliação semestral 2011) | |
| Anexo III – 2º Inquérito serológico Nacional 2001-2002 | |
| Anexo IV – Programa Nacional de Vacinação esquema recomendado | |
| Anexo V – Casos de tétano no Mundo de 200-2009 | |
| Anexo VI – Casos de tétano neonatal no Mundo de 1990-2009 | |
| Anexo VII – Health Promotion Model (revised) de Nola Pender | |
| Anexo VIII – Etapas do Planeamento em Saúde | |
| Anexo IX – Total de inscritos na UCSP da Av. B. | |
| Anexo X – Autorização para aplicação do questionário | |
| Anexo XI – Questionário | |
| Apêndice I – Declaração de consentimento informado de participação no projeto | |
| Apêndice II – Plano das sessões de educação para a saúde | |
| Apêndice III – Folheto informativo | |
| Apêndice IV – Questionário | |
| Apêndice V – Cronograma de atividades | |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|---|-----------|
| Gráfico 1 - Distribuição da amostra por gênero | 32 |
| Gráfico 2 - Distribuição da amostra por estado civil | 32 |
| Gráfico 3 - Distribuição da amostra por grau de escolaridade..... | 32 |
| Gráfico 4 - Distribuição da amostra por situação de empregabilidade..... | 33 |
| Gráfico 5 - Distribuição da amostra por área de residência..... | 33 |

ÍNDICE DE TABELAS

| | |
|--|-----------|
| Tabela 1 – Distribuição numérica e percentual da amostra que já ouviram falar de tetano..... | 34 |
| Tabela 2 – Distribuição numérica e percentual do conhecimento da amostra sobre a forma de transmissão do tétano..... | 34 |
| Tabela 3 – Distribuição numérica e percentual do conhecimento da amostra sobre se o tetano tem cura..... | 35 |
| Tabela 4 – Distribuição numérica e percentual do conhecimento da amostra sobre a mortalidade do tétano..... | 35 |
| Tabela 5 – Distribuição numérica e percentual do conhecimento da amostra sobre o efeito da vacina antitetânica..... | 35 |
| Tabela 6 – Distribuição numérica e percentual da amostra de acordo com o tempo de administração da vacina antitetânica..... | 36 |
| Tabela 7 – Distribuição numérica e percentual da amostra sobre o motivo de não voltar a vacinar-se..... | 36 |
| Tabela 8 – Distribuição numérica e percentual da amostra sobre a razão de vacinar-se contra o tetano..... | 37 |

ÍNDICE DE QUADROS

| | |
|---|-----------|
| Quadro 1 – Plano intervenção | 42 |
| Quadro 2 – Plano intervenção. | 43 |

LISTA DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

| | |
|--------------|--|
| ACES | Agrupamento de Centros de Saúde |
| CSP | Cuidados de Saúde Primários |
| DGS | Direcção-Geral da Saúde |
| EPS | Educação para a Saúde |
| INE | Instituto Nacional de Estatística |
| OE | Ordem dos Enfermeiros |
| MPS | Modelo de Promoção da Saúde |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PNS | Plano Nacional de Saúde |
| PNV | Plano Nacional de Vacinação |
| RCV | Registo Centralizado Vacinas |
| SAPE | Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem |
| SINUS | Sistema de informação da Saúde |
| USCP | Unidade Cuidados de Saúde Personalizados |

1. INTRODUÇÃO

Integrado no plano de estudos do 2º Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, foi-nos proposto a elaboração do relatório de estágio tendo em conta a temática que seleccionámos para desenvolver o presente projeto de intervenção: “ Capacitar os utentes da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) da Av. B. para a importância da proteção específica do tétano. O estágio decorreu no período de 4 de Outubro de 2011 a 17 de Fevereiro de 2012, na UCSP da Av. B., do Agrupamento dos Centros de Saúde (ACES), do, A. R..

A Direção Geral Saúde (DGS, 2011), preconiza taxas de cobertura vacinal acima dos 95%. Em Portugal, verificam-se baixas taxas de adesão à vacina antitetânica, para a população a partir dos 65 anos, segundo os dados do 2º inquérito serológico (DGS, 2002). As pessoas sem imunização, correm o risco de contrair a doença, uma vez que a única forma de a prevenir é vacinando-se.

O presente, projeto pretende intervir na população da faixa etária (65 anos), inscrita na UCSP da Av. B., de forma capacitá-la para os benefícios da vacina Td (ao longo do trabalho será referida como vacina antitetânica), com o **objetivo de obter ganhos em Saúde**, aumentando a taxa de cobertura vacinal.

Este projeto, vai de encontro à definição de Cuidados de Saúde Primário (CSP), de Biscari (2006), que afirma, são cuidados de saúde essenciais e universalmente acessíveis a todos os indivíduos e a todas as famílias da comunidade, tendo por vocação tratar dos principais problemas de saúde dessa comunidade. Stanhope e Lancaster (2011), referem que os enfermeiros que prestam cuidados na comunidade “centram-se na proteção, promoção, preservação e manutenção da saúde e na prevenção da doença (...) e guiam-se por códigos de ética e estruturas de tomada de decisão ética” (STANHOPE E LANCASTER, 2011, p.132).

A metodologia utilizada para o trabalho de intervenção na comunidade, tem por base Imperatori e Giraldes (1993), e Tavares (1990). Como referencial teórico, utiliza o Modelo de Promoção de Saúde (MPS) de Nola Pender. Este, surge como uma proposta para integrar a enfermagem à ciência do comportamento, identificando os fatores que influenciam comportamentos saudáveis e *“offers a guide to explore the complex*

biopsychosocial progresses that motivate individuals to engage in behaviors directed toward enhancing health” (PENDER, MURDAUGHT e PARSONS, 2011, p. 44). Ele permite “compreender como os consumidores podem ser motivados para atingir a saúde pessoal” (TOMEY e ALLIGOOD, 2004, p. 707). Neste caso, a motivação para atualizarem a vacina antitetânica.

Pretende-se com este relatório, refletir acerca da intervenção comunitária realizada, experiências vivenciadas, assim como contribuir para as competências, que a ordem dos enfermeiros requer para conferir o grau de enfermeiro especialista.

De acordo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, o Enfermeiro Especialista, segundo o Dec. Lei nº 104/98, de 21 de Abril 4º do capítulo II:

“o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”.

O relatório é constituído por seis capítulos. No primeiro é feita a introdução. No segundo faz-se o enquadramento teórico onde se apresenta a justificação do foco de intervenção com revisão bibliográfica sobre a promoção de saúde, educação para a saúde, vacinação, importância da vacinação na proteção individual e da comunidade, adesão e tétano. No terceiro capítulo expõe-se a intervenção da enfermagem comunitária na proteção específica, bem como o modelo teórico utilizado. O quarto capítulo, consiste na metodologia, com referências às questões éticas, descrição da contextualização das intervenções e das etapas do planeamento em saúde. No quinto capítulo encontra-se uma reflexão, sobre as competências desenvolvidas na área da especialização em enfermagem comunitária e, por último, encontram-se as conclusões, que não são mais que uma reflexão de todo este processo.

Optou-se por colocar em anexo, todo o material de apoio e de suporte à parte metodológica.

Este trabalho vai ser redigido segundo as normas da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. As citações e bibliografia pela norma NP 405.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Ao longo do enquadramento teórico, será fundamentada a problemática através, revisão da literatura e da clarificação de conceitos necessários que conduzam à compreensão do tema.

2.1. Foco de intervenção

O foco de interesse direciona o agir para a **prevenção primária**.

Segundo Mauser & Kramer (2009), a prevenção primária é a prevenção da doença, através da alteração da suscetibilidade ou da redução da exposição dos indivíduos suscetíveis. A prevenção secundária, é a deteção e tratamento precoces da doença. A prevenção terciária, é a diminuição da incapacidade resultante da doença e, as tentativas para restabelecer uma função eficaz. A prevenção primária, refere-se então a “activities that prevent or decrease the probability of occurrence of an injury, physical or mental illness, or health-threatening situation in an individual or family, or an event or illness in the population” (MURRAY, ZENTNER e YAKIMO, 2009, p.42). Os mesmos autores referem que “(...) examples of primary prevention are wellness or health promotion measures including immunizations, health education and safety programs (...)” (2009, p.42).

Segundo Stanhope e Lancaster (2011), o foco de intervenção dos especialistas em enfermagem comunitária, centra-se na prevenção da doença, na promoção e manutenção da saúde, tendo como finalidade melhorar a saúde, dos indivíduos e das comunidades. Declaram ainda os mesmos autores que, “alguns exemplos deste envolvimento são a administração de vacinas para doenças evitáveis através da vacinação (...) e monitorização do estado de imunização” (STANHOPE e LANCASTER, 2011, p.920).

2.2. Justificação do tema

A escolha do tema, deveu-se ao facto de esta ser uma área em que a Unidade referiu necessitar de intervenção, uma vez que a cobertura da taxa vacinal, para esta faixa etária ser baixa, **cerca de 20,5%** (dados retirados da avaliação do PNV, 2010, anexo I).

Também pelo facto de trabalharmos a vertente da promoção e prevenção da Saúde, uma vez que esta é, uma **área privilegiada da enfermagem Comunitária**.

A DGS, nas suas recomendações para o ano 2011, na avaliação do PNV, propõe, para avaliação da vacina antitetânica, o coorte vacinal dos utentes nascidos no ano de 1946 (Anexo II).

O tétano é uma doença infecciosa de distribuição mundial. É mais comum no sexo feminino e aumenta o risco na população com mais de 40 anos. A vacinação é a única forma de prevenir a doença.

Um estudo elaborado em Portugal (2.º Inquérito Serológico Nacional, 2001- 2002) evidenciou que até aos 40 anos a percentagem de indivíduos com anticorpos protetores é praticamente 100%, enquanto, que a percentagem nos indivíduos com idades superior 40 anos decresce progressivamente, verificando-se que apenas 62% das pessoas com idade igual ou superior 65 anos apresentavam imunidade (Anexo III).

A eficácia da vacina contra o tétano é próxima dos 100%. Não podemos esquecer que, a vacina não produz imunidade de grupo. Basta existir um indivíduo não vacinado, para que possa ocorrer a doença. Assim, quanto maior for a taxa de cobertura vacinal menor será a incidência da doença e conseqüentemente menor o risco de sequelas (DGS, 2006).

Segundo o Programa Nacional de Vacinação (PNV), “as vacinas permitem salvar mais vidas e prevenir mais casos de doença do que qualquer tratamento médico”, sendo este programa “universal, gratuito e acessível a todas as pessoas presentes em Portugal” (DGS, 2005, p.7). A vacinação, tem por objetivo fundamental a redução, ou eliminação, de patologias que possam ser prevenidas através destas. Logo, a vacinação é um benefício para a saúde das populações e simultaneamente, constitui uma diminuição dos custos com os cuidados de saúde (DGS, 2006).

É uma área onde o enfermeiro tem grande autonomia, permitindo mobilizar os conhecimentos e competências das quais é detentor, para delinear estratégias que visem a aplicação e “ (...) divulgar o programa, motivar as famílias e aproveitar todas as oportunidades para vacinar as pessoas suscetíveis, nomeadamente através da identificação e aproximação a grupos de imigrantes ou outros, com menor acesso aos serviços de saúde (....)” (DGS, 2006).

2.3. Promoção de saúde

Na carta de Ottawa (1986, citado por Ribeiro, 1998), foi adotada a definição de promoção da saúde como um processo para capacitar as pessoas para aumentarem o controlo sobre a sua saúde e a melhorarem.

A promoção, envolve a população como um todo, no contexto da sua vida diária. Visa promover o autocuidado dos indivíduos, de forma a assumirem o controlo e responsabilidade pela sua saúde. Saúde e promoção da saúde são conceitos multifacetados que incluem aspetos organizacionais, económicos, ambientais, a par de estratégias que visam a adoção de atitudes e comportamentos conducentes a um estilo de vida saudável. Segundo Nutbeam (1998), comportamentos de saúde é qualquer atividade desenvolvida pelo indivíduo, com o objetivo de promover, proteger ou manter a saúde, independentemente se esse comportamento se traduz eficiente para o fim. Já Ogden (1996), considera que os comportamentos de saúde podem ser classificados em positivos ou negativos. Os comportamentos de saúde positivos, implicam atividades que contribuem para a promoção de saúde, proteção do risco de acidentes e deteção da doença precocemente. Os comportamentos de saúde negativos, são todos aqueles que levam ao aumento de risco de doença ou acidente.

A promoção da saúde, é um processo vasto, através do qual os indivíduos, os grupos e as comunidades aperfeiçoam o seu controlo sobre os determinantes pessoais e ambientais de saúde.

2.3.1. Educação para a saúde

Em 1978, a conferência de Alma-Ata (OMS), considerou os cuidados primários como a chave para atingir as metas de saúde para todos. Através desta nova filosofia de intervenção, “Educação para a Saúde”, dá-se assim prioridade à prevenção da doença e à promoção da saúde, apontando para um retorno à autonomia e admissão do carácter interdisciplinar dos problemas de saúde.

Para Imperatori (1985), a Educação para a Saúde é definida como uma pedagogia de troca entre educador e educando, com o fim de promover conhecimentos, atitudes e práticas que contribuam para melhorar o nível de saúde do indivíduo ou da comunidade.

Em 1985, a OMS define educação para a Saúde, como uma atividade, que visa difundir no seio das populações, o conhecimento dos fatores fundamentais para melhorar, conservar e promover a saúde individual e coletiva através da mudança consciente e duradoura do comportamento em relação aos problemas de saúde.

Para Carvalho e Carvalho (2006), **o centro da atenção da enfermagem, deve estar voltado para a promoção da saúde e prevenção da doença** na pessoa vista, como um todo, inserida na família e comunidade e interagindo com os profissionais de saúde.

2.4. Vacinação

As doenças infecciosas, são uma causa importante de morbidade e mortalidade humana, apresentando ao longo dos últimos anos uma incidência crescente como refere Husear (2005). Diversas estratégias, para a proteção das populações contra as doenças infecciosas, tais como a imunização, têm sido desenvolvidas.

A Vacina, “ é vulgarmente considerado um agente, microrganismo ou substância que introduzido no corpo de um individuo, por via oral ou injetado, provoca a imunidade para determinadas doenças” (FELICIANO, 2002, p.3). Refere o mesmo autor, que a vacina ” é um produto antigénio que leva ao aparecimento de imunidade por mecanismos idênticos aos desencadeados pelas próprias doenças, isto através da formação de anticorpos específicos”.

Segundo Feliciano (2002), os termos vacinação e imunização, são geralmente considerados como sinónimos, mas na realidade têm significados distintos. A vacinação refere-se à aplicação de vacinas, enquanto a imunização significa a aquisição de imunidade, após administração de uma substância imunobiológica.

Segundo a DGS (2004),

“o impacto da vacinação na saúde da população mundial, é inestimável. Com a exceção da água da potável, nenhuma outra intervenção, nem mesmo a utilização de antibióticos teve um efeito tão importante na redução da mortalidade e no crescimento populacional do mundo” (DGS, 2004, p.19).

Em Portugal, entre Outubro e Novembro de 1965, entrou em vigor o Plano Nacional de Vacinação. Segundo Freitas (2004) ” (...) o PNV constitui o mais importante programa de Saúde Pública do país (...) provavelmente o programa com a melhor relação custo-efetividade (...) ” (FREITAS, 2004, p.34).

O Ministério da Saúde, através da Direção Geral da Saúde, bem como todos os serviços que aplicam o plano nacional de vacinação, têm a responsabilidade de garantir à população portuguesa, as vacinas mais importantes para a sua proteção (que estas sejam eficazes, seguras, de qualidade e administradas na idade adequada), permitindo a vacinação precoce do maior número possível de pessoas, a fim de controlar as respetivas doenças.

Em Portugal, o PNV após a revisão de 2011, inclui as vacinas, contra a tuberculose, hepatite B, difteria, tosse convulsa, poliomielite, a doença invasiva por *Haemophilus influenzae* do serotipo B, sarampo, parotidite epidémica, rubéola, doença invasiva por *Neisseria meningitidis* do serogrupo C, contra o papiloma do vírus humano e o tétano (DG S, 2011).

A administração de vacinas deve seguir o esquema cronológico publicado no Diário da República 2º Serie nº243 de 21/Dezembro 2011 (Anexo IV).

A DGS (2011), salienta três metas a atingir particularmente importantes: “ manutenção da eliminação da poliomielite, eliminação do sarampo e rubéola e a **vacinação de adultos contra o tétano e difteria**” (DGS, 2011, p.6).

2.4.1. A importância da vacinação na proteção individual e da comunidade

As vacinas, permitem salvar mais vidas e prevenir mais casos de doença que qualquer outro medicamento. A expressão “é melhor prevenir do que remediar (tratar)” aplica-se na perfeição à vacinação.

Uma elevada taxa de cobertura de vacinação numa população, vai promover a imunidade de grupo, levando à erradicação ou eliminação de doenças como já aconteceu à varíola (declarada erradicada do mundo em 1980), à poliomielite (declarada eliminada da Europa em 2002) e por exemplo à difteria, sem casos em Portugal desde 1993.

A imunidade de grupo, protege as pessoas que não estejam imunizadas numa população. No entanto não serve, como justificação para “a não vacinação”, dado que só com a contribuição de todos é possível conseguir a imunidade de grupo.

Convém ainda recordar, 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 essas doenças ainda existem, pode contraí-las e até re-introduzi-las no país de origem.

2.4.2 Adesão

Segundo a World Health Organization, citado por Ordem dos Enfermeiros (2009, p.31), a adesão pode ser definida, como “a medida em que o comportamento de uma pessoa tomar a medicação, seguir uma dieta e/ou executar alterações ao estilo de vida, corresponde às recomendações acordadas com um prestador de cuidados de saúde”.

Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, a adesão à vacinação é definida como um comportamento de adesão, com as “características específicas: desempenhar atividades para conseguir imunidade para as doenças transmissíveis suscetíveis de prevenção, conforme as recomendações para a idade, doença ou viagem” (ICN- CIPE® 2003, p.58).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2009), os ganhos em saúde para o cliente exigem regimes de tratamentos reais e a adesão a estes regimes. As implicações da não-adesão ao tratamento são significativas, levando ao aumento da morbilidade e mortalidade, redução da qualidade de vida e descontentamento dos utentes. Ainda segundo os mesmos autores, a adesão é influenciada por vários fatores. Estes, incluem o baixo estatuto socioeconómico, o analfabetismo e baixo nível educacional, o desemprego, a distância dos centros de tratamento, o custo elevado do transporte ou da medicação, as características da doença, os fatores relacionados com a terapêutica e as crenças culturais acerca da doença e do tratamento.

2.5. Tétano

O tétano é uma doença aguda, de carácter infeccioso, não contagiosa, causada etiológicamente pela bactéria *Clostridium tetani*. Esta, produz uma toxina que é capaz de atingir o sistema nervoso central, após entrar na corrente sanguínea. A porta de entrada deste bacilo, no nosso organismo, é uma ferida. O microrganismo está presente no meio

ambiente na forma de esporo, podemos encontra-lo no pó, na areia, na terra, nos excrementos, nos objetos enferrujados, espinhos de arbustos (Souza, 2000).

O período de incubação deste microrganismo, pode variar em geral de 7 a 10 dias. Porém, nos casos leves, pode ir até às 4 semanas, enquanto, que nos casos mais graves pode ser de 3 dias ou até menos. Não existem dados laboratoriais que indiquem o diagnóstico, sendo apenas reconhecido pela sintomatologia, que se vai tornando evidente com o decorrer da doença (Souza, 2000).

O tratamento do doente com tétano, passa pela limpeza cuidada da ferida, com antisséptico e remoção de corpos estranhos, assim como tecido necrosado. Mas, antes deste procedimento, deve ser administrado imunoglobulina humana antitetânica. Por vezes, o tratamento passa também pelo tratamento sintomatológico, que consiste na administração de terapêutica medicamentosa, sedativos e relaxantes musculares, para controlar os espasmos (DGS, 2006).

O tétano, é uma doença em que não há transmissibilidade de pessoa a pessoa, sendo apenas transmitida por contato direto com o agente etiológico e, como esta é uma doença infecciosa, mas não contagiosa, não é possível obter efeitos de imunidade de grupo através de estratégias vacinais. A DGS (2011), refere que **apenas uma cobertura de vacinal de 100%, evitaria o aparecimento de novos casos de tétano:**

“ 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, 2004, p.61-62).

A vacina contra o tétano, está inserida no PNV desde a sua criação. Todas as vacinas que conferem proteção contra o tétano, são compostas pelo toxoide tetânico *absorvido*. Este primeiro contacto do organismo com o agente infeccioso. vai estimular o sistema imunitário a efetuar uma resposta. Assim, num segundo contacto com o agente patogénico o organismo já possui anticorpos para combater o agente infeccioso. (Souza, 2008)

No atual calendário vacinal, para além das 5 doses de vacinas combinadas contra a difteria, o tétano, e a tosse convulsa até aos 5 anos, é recomendada a administração da vacina contra o tétano e difteria aos 10 anos, seguida de reforços efetuados de 10 em 10 anos (DGS, 2011).

Segundo a Unicef (2011), o tétano é responsável por mais de um milhão de mortes anuais. A maioria, ocorre em países em desenvolvimento. A sua incidência, está relacionada com as condições socioculturais e higiênico - sanitárias e com os índices imunitários da população, o que explica a elevada incidência nos países em desenvolvimento, em contraste com os baixos índices nos países industrializados (inferior a 0.07 casos /100.000 habitantes) (Anexo V).

A Unicef (2011), refere ainda que o tétano neonatal, mata ainda em percentagens significativas, sobretudo em filhos de mães com mais de 30 anos e ocorrem quando os serviços de saúde cometem dois erros, cumulativamente a grávida não é vacinada e o recém-nascido, nasce em local sem condições de assepsia (Anexo VI).

3. INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA PROTEÇÃO ESPECÍFICA

A enfermagem comunitária tem uma "posição privilegiada no ambiente natural das Comunidades, na promoção de saúde dos indivíduos, grupos, famílias e comunidades" (O E, 2010; SCHMACHER, [et al.], WILLIAMS & STANHOPE, 2011).

O enfermeiro de Saúde Comunitária, deverá conhecer os indicadores de saúde e através da sua interpretação, encontrar problemas de saúde em determinada comunidade e/ ou grupo, elaborar estratégias e programas para minimizar os mesmos. É de salientar o seu papel, no que diz respeito à vigilância epidemiológica e à intervenção com vista à promoção e proteção da saúde individual e coletiva. Este projeto de intervenção, segue este fio condutor, no sentido da promoção da saúde e prevenção da doença, procurado capacitar as pessoas, para os benefícios da vacina antitetânica, **com o intuito de promover comportamentos saudáveis.**

A Ordem dos Enfermeiros (OE), também revela a importância da capacitação, ao definir que o objetivo do exercício profissional de enfermagem é "ajudar o cliente a ser proativo na consecução do seu projeto de saúde" (OE, 2003, p.145).

3.1. Modelo de promoção de saúde de Nola Pender

A utilização de modelos e teorias, no campo da promoção da saúde, podem facilitar a compreensão dos determinantes dos problemas de saúde e, orientar nas soluções que respondam às necessidades e interesses das pessoas envolvidas. Permitem, também, contribuir para a promoção do conhecimento, reflexão e decisão no ato de cuidar e agir, possibilitando alcançar os objetivos propostos, tanto na promoção da saúde, quanto na prevenção de doenças.

Tendo em conta o foco de intervenção, foi utilizado no presente projeto, o modelo teórico de Promoção de Saúde de Nola Pender, por se considerar que descreve a natureza multifacetada das pessoas em interação com a comunidade em que vivem, enquanto procuram comportamentos saudáveis. É bastante útil para a prática da enfermagem pois aplica-se em diversos contextos e ao longo do todo o ciclo vital, quer de forma individual quer de grupo. O modelo tem uma estrutura simples e clara.

O modelo de Nola Pender, foi desenvolvido na década de 80, por Nola J. Pender, professora emérita da Escola de Enfermagem da Universidade de Michigan - Estados Unidos. Pender, detém conhecimentos profundos de desenvolvimento humano de psicologia experimental e de ensino, que lhe conferem o background que lhe permitiu desenvolver uma visão holística de enfermagem, a teoria de aprendizagem e ainda a psicologia social como suporte para a criação do seu modelo de promoção de saúde (Tomey e Alliood, 2004).

O modelo MPS (Anexo VII), surge como uma proposta para integrar a enfermagem na ciência do comportamento, identificando os fatores que influenciam comportamentos saudáveis, e “offers a guide to explore the complex biopsychosocial progresses that motivate individuals to engage in behavior directed toward enhancing Health”(PENDER, MURDAUGHT e PARSONS, 2011, p.44).

Congrega aspetos de vários modelos e teorias de mudança comportamental, nomeadamente a teoria de Aprendizagem Social de Albert Bandura, na medida que esta defende a importância dos aspetos cognitivos na mudança dos comportamentos. A teoria de ação relacional de Fishbein, que refere que o comportamento depende de atitudes pessoais e de normas sociais.

A construção do modelo, é semelhante ao modelo de crenças de saúde. Contudo, “ 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 que o conceito genérico. O Modelo de Promoção da Saúde é fundamentalmente, um modelo de enfermagem, podendo ser usado para implementar e avaliar ações de promoção da saúde, permitindo avaliar o comportamento que leva à promoção da saúde, definida como “a process that enable individuals, groups, families and communities to exhibit the determinants of their health behaviors and to take action” (PENDER, MURDAUGHT e PARSONS, 2011, p. 6). Sendo apropriado de ser utilizado ao longo do ciclo vital, nos diversos contextos.

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

O indivíduo tem um papel determinante na sua saúde porque, segundo Pender (2011), nesta sociedade, o auto cuidado, representa o modelo dominante nos cuidados de saúde. Para Nola Pender (2011), os agentes de saúde devem ter em consideração a complexidade da promoção da saúde, que se foca em seis dimensões: indivíduo, família, comunidade, socioeconómica, cultural e ambiental.

É um modelo que apresenta como conceitos principais, os fatores cognitivos - percetivos que incluem a importância da saúde, o controlo percebido da saúde, autoeficácia percebida, definição de saúde, o estado de saúde percebido, os benefícios percebidos resultantes da adoção de um determinado comportamento e os obstáculos que a pessoa percebe para a realizar a ação. Os fatores modificadores, como as características demográficas, as características biológicas, as influências interpessoais, fatores situacionais e fatores comportamentais.

Neste modelo, a teórica faz a distinção entre promoção da Saúde e o conceito de prevenção da doença, por vezes também denominada, prevenção da doença, sendo esta essencialmente motivada pelo desejo de evitar uma doença ou atuar precocemente sobre os seus efeitos (Pender, Murdaught e Parsons, 2011).

4. METODOLOGIA

A metodologia de intervenção comunitária que iremos utilizar, será baseada no Planeamento em Saúde e no Modelo Teórico de Nola Pender, com vista a atingir os objetivos pretendidos. O planeamento em saúde procura mudanças no comportamento das populações a nível, por exemplo, dos hábitos de saúde ou utilização dos serviços (Imperatori e Geraldés, 1993). Esta premissa é reforçada por Tavares (1990), quando refere que o planeamento em saúde procura em última análise, um estado de saúde, através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação incluído, mudança de comportamentos das populações.

O planeamento, é a forma de melhorar o futuro segundo os nossos desejos, com base em princípios de justiça e eficiência, princípios, estes que fazem parte dos princípios éticos e deontológicos da profissão de enfermagem.

Segundo Tavares (1990), o Planeamento em Saúde é um processo contínuo que apresenta seis etapas consecutivas (Anexo VIII). Neste capítulo apresenta-se a descrição de cada etapa, conforme decorreu na consecução do projeto.

4.1. Diagnóstico de situação

O diagnóstico de situação, “é o primeiro passo do processo de planeamento, devendo corresponder às necessidades da população beneficiária” (TAVARES, 1990, p.51). Deve ser, “suficientemente alargado; suficientemente aprofundado; sucinto; suficientemente rápido; suficientemente claro corresponder às necessidades do próprio processo do planeamento” (TAVARES, 1990, p.53).

Esta etapa, compreende a, “identificação, por um lado dos problemas de saúde, e por outro, as necessidades da população, que traduzem a diferença entre o estado de saúde atual e o ideal” (IMPERATORI e GERALDES, 1993; TAVARES, 1990).

O enfermeiro especialista, deverá ser capaz de elaborar e operacionalizar o diagnóstico de saúde de uma comunidade, de forma a intervir nas necessidades percecionadas. O enfermeiro especialista, procede à elaboração do diagnóstico de saúde da comunidade (OE, 2011).

4.1.1. Contextualização do local de intervenção

No que concerne ao conhecimento das necessidades de saúde da população, fizemos uma **caraterização do local de estágio**, de modo a compreender o meio em que o grupo está inserido.

O concelho do B. faz parte do distrito de Setúbal e localiza-se na margem sul do estuário do rio Tejo, ocupando uma área geográfica de 33 Km². O concelho comporta oito Freguesias.

Considerando como base os resultados preliminares dos Censos de 2011, o Concelho do B. tem 78964 habitantes (INE, 2011), com ligeira predominância de habitantes do sexo feminino 41409, (INE, 2011) relativamente ao sexo masculino 37355 (INE, 2011). A população inserida na faixa etária com idade superior a 65 anos equivale a 15.8% da população total. Já a população jovem, com idades inferiores a 25 anos, equivale somente a 18,6% do total dos habitantes. Concentrando-se na faixa etária entre os 25 e os 65 anos a maior parte da população.

A missão dos Agrupamentos de Centros de Saúde, é garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de uma determinada área geográfica, procurando manter princípios de equidade e solidariedade, de modo a que todos os grupos populacionais partilhem igualmente dos avanços científicos e tecnológicos, postos ao serviço da saúde e do bem-estar.

O ACES A. R., tem mantido a continuação do trabalho que vem desenvolvendo desde 2009, promovendo e participando na definição de uma estratégia local de saúde, que coloca o utente e a comunidade onde está inserido, no centro da intervenção de proximidade do ACES, facultando-lhe uma maior acessibilidade a cuidados de saúde primários de qualidade.

“para que esta Missão se torne uma realidade serão desenvolvidas atividades de promoção da saúde, prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e articulação/parceria com outros serviços. O cumprimento desta missão será tanto mais conseguido, quanto estiver claramente assumida e interiorizada por todos os colaboradores do ACES a visão que temos para o nosso Agrupamento e que passa por reinventar o modelo de organização da prestação de cuidados de saúde primários através de uma gestão ajustada aos novos desafios e necessidades das populações e que permita a obtenção de ganhos em saúde. Esta visão pressupõe uma participação ativa dos

profissionais na promoção da sua autonomia organizativa e técnica, apostando na inovação e no conhecimento, assim como no envolvimento dos utentes/comunidade no seu processo de “empowerment”, contribuindo desta forma para o aumento do grau de satisfação de ambos os grupos. Trabalharemos como até aqui, em parceria e cooperação com as demais entidades da comunidade do território do ACES que visem os processos de promoção e proteção da saúde das populações e por lhes reconhecermos essa importância determinante, continuaremos a promover iniciativas tendentes à constituição e entrada em funcionamento do Conselho da Comunidade” (Mensagem da Diretora Executiva, 2010).

A UCSP da Av. B. tem como área de influência as duas maiores freguesias do Concelho do B., nomeadamente, o Al. S. que é a freguesia mais populosa do concelho, com 19997 habitantes (INE, 2011), com uma área geográfica de 1,76 km² e a freguesia da V., com uma área geográfica de 1,24 Km² e uma população de 10253 habitantes (INE, 2011).

Na UCSP da Av. B., estão inscritos 28776 utentes, (dados SINUS, 2012). Destes, 441 têm 65 anos (Anexo IX).

4.1.2. População e amostra

A população e a amostra, são uma fase do projeto no contínuo do desenvolvimento do processo de investigação. Segundo Marconi e Lakatos (1990), uma população ou universo “é o conjunto de seres animados ou inanimados que apresentam pelo menos uma característica em comum” (MARCONI E LAKATOS, 1990, p.37).

Na UCSP Av. B. existem 441 utentes nascidos no ano de 1946. Destes, 335 têm a vacina antitetânica desatualizada. Utilizou-se o Sistema de Informação da Saúde (SINUS), o registo Centralizado de Vacinas (RCV) e o Sistema de Apoio à Enfermagem (SAPE) para a recolha do número e identificação dos utentes da população. Tendo em conta a delimitação temporal do ensino clínico, para a implementação e avaliação do projeto optámos por interferir nos utentes com a terceira inoculação da vacina antitetânica desatualizada, num total de 48 utentes.

Ao definirmos a amostra, tivemos que ter em conta determinados critérios de **inclusão/exclusão** de forma a conseguirmos uma amostra por conveniência, intencional, num período de tempo. Segundo Polit e Hungler (1995) “(...)a amostragem intencional ou por seleção racional origina-se a partir da crença de que os conhecimentos de um

pesquisador sobre a população e seus elementos podem ser utilizados para selecionar os casos que serão incluídos na amostra” (POLIT e HUNGLER 1995, p.148).

Definiram-se assim os seguintes critérios:

Critérios de Inclusão

- Participarem no questionário;
- Utentes com a terceira inoculação da vacina antitetânica desatualizada e 65 anos, de idade .

Critérios de Exclusão

- Não residirem em Portugal na data de aplicação do questionário;
- Situação de doença que impeça a realização do questionário;
- Dados no SINUS incorretos.

Após a aplicação destes critérios, **amostra foi constituída por 45 utentes**. Foi sobre ela que a nossa intervenção incidiu.

4.1.3. Questões éticas

Em investigação, os princípios éticos que deverão orientar o investigador correlacionam-se com os direitos dos indivíduos que serão envolvidos no estudo e é sua obrigação e responsabilidade moral, respeitar e salvaguardar esses direitos.

Para Fortin (1999) “a ética, no seu sentido mais amplo, é uma ciência da moral e a arte de dirigir a conduta” (FORTIN, 1999, p.114). Ainda segundo a autora, “qualquer investigação realizada com seres humanos levanta questões éticas” (FORTIN, 1999, p.113). A pesquisa em enfermagem, ao envolver pessoas, deverá orientar-se por princípios éticos como sejam os princípios do respeito pela dignidade humana e da justiça.

Segundo Fortin (1999), os valores básicos do relacionamento humano, como sejam o respeito pela dignidade e autonomia, a proteção contra o desconforto assim como o direito a um tratamento justo e equitativo, antes, durante e após a sua participação no estudo deverão ser assegurados.

A participação no estudo deverá alicerçar-se no consentimento informado, que pressupõe

“ que os sujeitos possuem informação adequada quanto à pesquisa, sem engano ou ocultação, são capazes de compreender essa informação e possuem poder de livre escolha, o que os capacita a consentir, voluntariamente, a participar na pesquisa ou a recusá-la” (POLIT, 1995, p.298).

Em qualquer altura poderá decidir retirar-se do estudo, sem obrigatoriedade de se justificar e sem qualquer penalização”(FORTIN, 1999, p.116).

O desenvolvimento deste projeto de intervenção, **foi baseado em princípios éticos**, nomeadamente o direito à autodeterminação, o direito ao anonimato e o direito à confidencialidade.

A todos os participantes, foi solicitado a sua declaração de consentimento informado, após serem devidamente esclarecidos e informados do trabalho a desenvolver, e dos objetivos do trabalho. Foi garantido o anonimato e procedeu-se à numeração dos questionários.

Para a utilização do instrumento de colheita de dados, foram cumpridos todos os princípios éticos e deontológicos, nomeadamente o pedido da autorização ao autor do questionário (Anexo X). Foi também solicitado, autorização ao Diretor Executivo do ACES do A. R., através de requerimento próprio para aplicação do instrumento de colheita de dados, tendo o mesmo sido aprovado.

3.1.4. Técnicas e procedimentos de colheita de dados

O instrumento de colheita de dados utilizado, foi um questionário (Anexo XI) constituído por vinte e duas perguntas. Este, encontra-se dividido em dois grupos. O primeiro grupo permite fazer a caracterização socio demográfica da amostra. No segundo grupo, permitiu-nos aferir os conhecimentos que os utentes têm sobre o tétano, sobre a vacina antitetânica e, a avaliação, que a população faz do papel do enfermeiro na prevenção do tétano.

Para a aplicação do instrumento de colheita de dados, os utentes foram previamente convocadas por carta e telefone. Apesar da, aplicação ter ocorrido na UCSP, foi necessário efetuar oito visitas domiciliárias, para abranger a população alvo definida.

A aplicação ocorreu durante o mês de Outubro, com uma duração média de 20 minutos por cada questionário. Antes da aplicação do instrumento de colheita de dados, foram

explicados os objetivos do projeto e os direitos dos inquiridos, como a confidencialidade e procedeu-se, à leitura e assinatura do consentimento informado, elaborado de acordo com a Declaração de Helsínquia como já foi referido nas questões éticas (Apêndice I).

4.1.5. Variáveis e instrumentos de medida

Na metodologia de investigação de um projeto, é essencial a seleção das variáveis. As variáveis são caracterizadas como, "(...) qualidades, propriedades ou características de objetos, pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação. (...) tem uma propriedade inerente de variação e atribuição de valores (...)" (FORTIN, 2009, p.36).

Neste projeto de intervenção, utilizaram-se variáveis de atributo pois caracterizam o tipo de sujeito, estando associadas as características socio demográficas que permitem traçar o perfil dos sujeitos da amostra. (Fortin, 2009). As variáveis de atributo são: género, estado civil, habilitações literárias, situação de empregabilidade e freguesia de residência.

4.1.6. Tratamento de dados e resultados

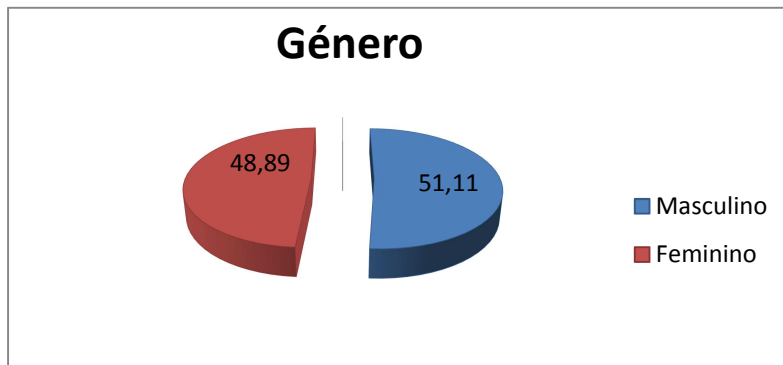
Como preconizado pela metodologia do Planeamento de Saúde, utilizou-se estatística descritiva para tratamento dos dados obtidos, com o auxílio programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* na sua versão 18. A apresentação dos mesmos, é feita através de gráficos e tabelas.

Os resultados estão organizados em duas partes. Relativamente à primeira apresentam-se os resultados, em termos de caracterização sócio demográfica (idade, género, estado civil, grau de escolaridade, situação profissional, freguesia de residência). Nesta parte da análise os resultados vão ser apresentados em gráficos.

Na segunda parte, analisam-se os dados referentes aos conhecimentos, sobre a doença do tétano e vacina antitetânica, e a avaliação, que a população - alvo faz. Os dados são apresentados em tabelas onde, se evidencia a maior frequência absoluta e relativa.

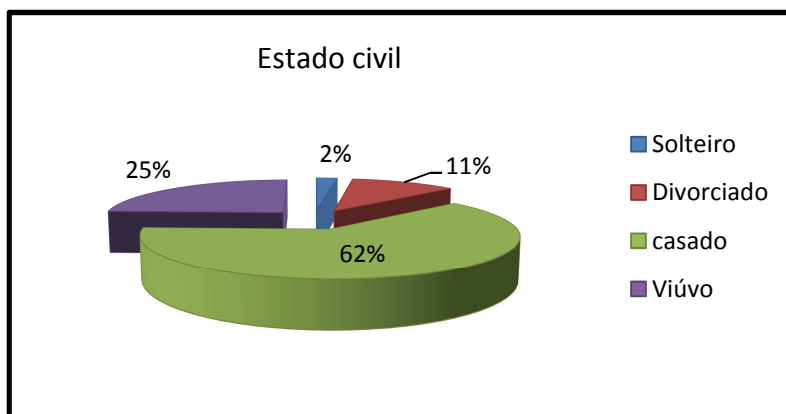
De seguida apresentamos os resultados relativamente, à caracterização socio demográfica da amostra, como já referimos anteriormente constituída por 45 utentes.

Gráfico 1 - Distribuição da amostra por Género



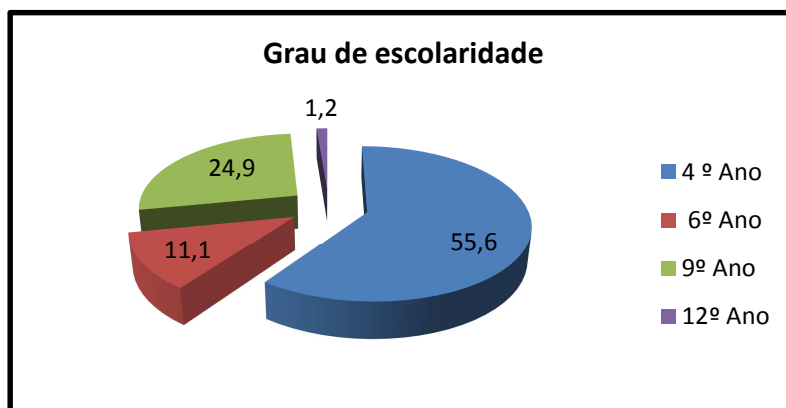
Da análise do gráfico 1, constatamos que a amostra se distribui de forma bastante homogênea, correspondendo 51,1% ao género masculino e 48,9% ao género feminino.

Gráfico 2 - Distribuição da amostra por estado civil



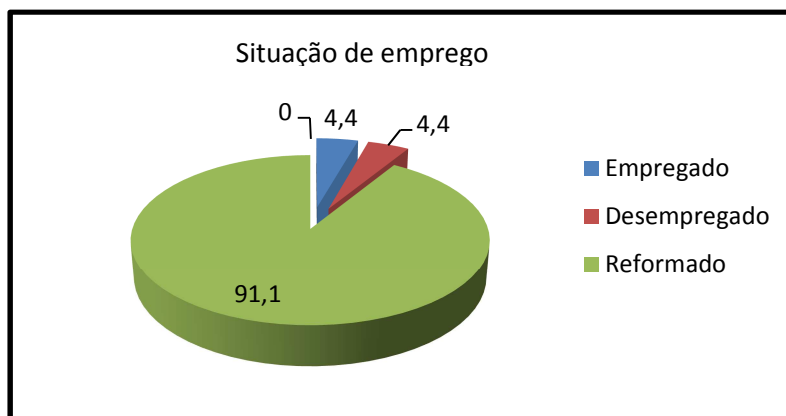
Ao analisarmos o gráfico 2, relativamente ao estado civil, constatamos que a maioria dos inquiridos (62,2%), é casada, e uma parte considerável (24,4%), é viúva.

Gráfico 3 – Distribuição da amostra por grau escolaridade



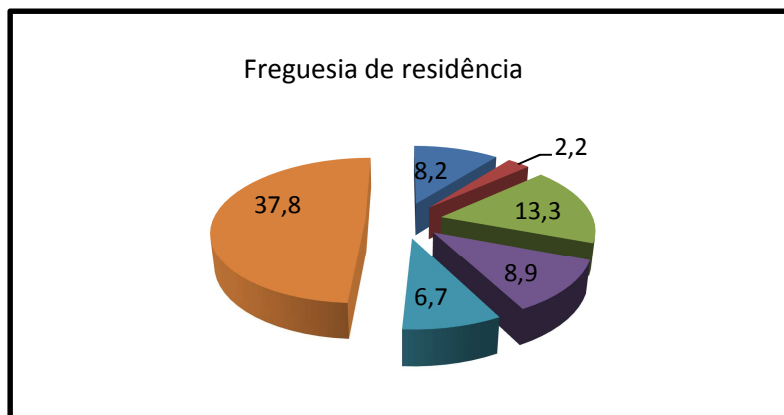
No que se refere ao gráfico 3, o grau de escolaridade da maioria dos inquiridos (55,6%), têm a quarta classe.

Gráfico 4 - Distribuição da amostra por situação do emprego



Da análise do gráfico 4, constatamos que a maioria (91,1%), está em situação de reforma.

Gráfico 5 - Distribuição da amostra por área residência



Quanto à freguesia de residência, os inquiridos distribuem-se pelas diversas freguesias do Barreiro, mas, maioritariamente residem nas freguesias do Al. S. e V.

Todos os inquiridos tinham 65 anos de idade.

No que concerne ao conhecimento sobre o tétano e a vacina antitetânica será avaliado de seguida.

Tabela 1- Distribuição numérica e percentual da amostra que já ouviram falar de tétano

| Respostas | Frequência | Percentagem |
|-----------|------------|-------------|
| Sim | 42 | 93,3 |
| Não | 3 | 6,7 |
| Total | 45 | 100,0% |

Após análise dos dados da tabela 1, verificou-se que 6, 7% dos inquiridos nunca ouviram falar do tétano.

Tabela 2 – Distribuição numérica e percentual do conhecimento da amostra sobre a forma de transmissão do tétano

| Respostas | Frequência | Percentagem |
|----------------------------------|------------|-------------|
| Contacto com o doente com tétano | 1 | 2,2 |
| Contaminação de ferida | 20 | 44,4 |
| Não sei | 24 | 53,4 |
| Total | 45 | 100,0% |

Quando se pergunta aos utentes, se conhecem as formas de transmissão do tétano, 53,4% desconhece as formas de contágio, 44,4% dos inquiridos afirma que é por contaminação de ferida e 2,2% diz que a transmissão é possível por contato com um doente com tétano.

Tabela 3 – Distribuição numérica e percentual do conhecimento da amostra sobre o se tétano tem cura

| Respostas | Frequência | Percentagem |
|-----------|------------|-------------|
| Sim | 16 | 35,6 |
| Não | 2 | 4,4 |
| Não sei | 27 | 60,0 |
| Total | 45 | 100,0 |

Constatamos que 60% dos inquiridos não sabe se o tétano tem cura.

Tabela 4 – Distribuição numérica e percentual do conhecimento da amostra sobre a mortalidade do tétano

| Respostas | Frequência | Percentagem |
|-----------|------------|-------------|
| Sim | 25 | 55,6 |
| Não sei | 20 | 44,4 |
| Total | 45 | 100,0 |

A maioria dos utentes inquiridos (44,4%) respondeu que não sabe se o tétano mata.

Tabela 5 – Distribuição numérica e percentual do conhecimento da amostra sobre o efeito da vacina

| Respostas | Frequência | Percentagem |
|------------|------------|-------------|
| Curativo | 7 | 15,5 |
| Preventivo | 17 | 37,8 |
| Não sabe | 21 | 46,7 |
| Total | 45 | 100,0 |

De salientar nesta análise que 46,7% dos inquiridos afirma desconhecer o efeito da vacina.

Tabela 6 – Distribuição numérica e percentual da amostra de acordo com o tempo de administração da vacina Antitetânica

| Respostas | Frequência | Percentagem |
|------------------|------------|-------------|
| Mais de 10 anos | 29 | 64,4 |
| Menos de 10 anos | 14 | 31,1 |
| Não responde | 2 | 4,5 |
| Total | 45 | 100% |

Em relação à questão relacionada com o tempo em que efetuou a vacina antitetânica, de entre os inquiridos que responderam, 64,4 % refere ter sido vacinado há mais de 10 anos.

Tabela 7 – Distribuição numérica e percentual da amostra sobre o motivo de não voltar a vacinar-se

| Respostas | Frequência | Percentagem |
|---------------------|------------|-------------|
| Descuido | 18 | 40,0 |
| Falta de informação | 11 | 24,4 |
| Não responde | 2 | 4,4 |
| Não se aplica | 14 | 31,2 |
| Total | 45 | 100% |

De entre os inquiridos que responderam ter sido vacinados há mais de 10 anos, 24,4% afirmaram ter sido por falta de informação.

Tabela 8 – Distribuição numérica e percentual da amostra sobre a razão de vacinar-se contra o tétano

| Respostas | Frequência | Percentagem |
|----------------------|------------|-------------|
| Imposição | 19 | 42,3 |
| Acidente traumatismo | 20 | 44,4 |
| Vontade própria | 4 | 8,9 |
| Não responde | 2 | 4,4 |
| Total | 45 | 100% |

Após análise da tabela 8, referente à razão dos inquiridos terem sido vacinados., constatamos que a maioria, 44,4% efetuaram vacina, por traumatismo. Apenas 8,9% foram vacinados por vontade própria.

4.1.7. Problemas de saúde

Após a aplicação e análise dos questionários foram identificados os seguintes problemas de saúde:

- Défice de conhecimentos sobre a doença do tétano;
- Défice de conhecimentos sobre a vacina antitetânica;
- Comportamentos escassos de procura de saúde na proteção específica para a doença do tétano.

4.1.8. Diagnóstico de enfermagem

Segundo Imperatori e Geraldês (1983) “ (...) a qualidade e perfeição atingidas na elaboração do diagnóstico determinam em grande parte a escolha das prioridades” (IMPERATORI E GERALDES,1983, p14).

Os diagnósticos de enfermagem foram, definidos com base na **linguagem CIPE na versão dois.**

Foram definidos dois principais diagnósticos de enfermagem para o nosso estudo:

- Comportamentos de adesão à terceira inoculação da vacina antitetânica não demonstrados nos utentes nascidos no ano 1946, inscritos na UCSP da Av. B. ;
- Défice de conhecimentos sobre a doença do tétano e a vacina antitetânica.

4.2. Determinação de prioridades

Após o levantamento dos diagnósticos de enfermagem, é necessário estabelecer prioridades e hierarquiza-los tendo em prespetiva uma eficiente intervenção.

A determinação de prioridades, é um processo de tomada de decisão, em que se pretende otimizar os recursos e os resultados, selecionando prioridades, procurando saber que problemas se devem solucionar em primeiro lugar (Tavares, 1990). Segundo Imperatori e Geraldes (1993) “ (...) a qualidade e perfeição atingidas na elaboração do diagnóstico determinaram em grande parte a escolha das prioridades” (IMPERATORI E GERALDES,1993, p.14).

O método utilizado para a determinação de prioridades foi a pesquisa de consenso.

Segundo Tavares (1990), um consenso obtido, entre um grupo de pessoas conhecedoras do problema e da população em estudo é altamente fiável.

Realizou-se uma reunião, com os responsáveis pela vacinação da UCSP da Av. B. no dia 2/11/2011 e chegou - se à conclusão, que **todos os diagnósticos seriam alvo da nossa intervenção**. No entanto, o primeiro passo, seria aumentar o nível de conhecimentos sobre o tétano e a vacina antitetânica. Esta escolha de intervenção, foi de encontro ao objetivo deste projeto, ou seja a capacitação dos utentes para os benefícios da mudança de comportamentos de procura da saúde.

4.3. Fixação de objetivos

De acordo com Tavares (1990), os objetivos devem ter em linha de conta a natureza da situação desejada, os critérios de sucesso ou fracasso, a população alvo, a área de aplicação, a delimitação do tempo, bem como os elementos necessários à tomada de decisão no decurso do processo de planeamento e gestão do projeto.

O objetivo geral que delineámos foi:

- Promover a capacitação dos utentes nascidos no ano 1946, para a importância da vacina antitetânica.

Como objetivos específicos delineámos os seguintes:

- Contribuir para a aquisição de conhecimentos sobre a doença do tétano;
- Contribuir para aquisição de conhecimentos sobre a vacina antitetânica;
- Promover a adesão à vacina antitetânica.

Como pressuposto na Metodologia do Planeamento em Saúde, cada um destes objetivos foi convertido em metas, que são enunciados dos resultados desejáveis convertidos em indicadores de processo e de resultado. Seguindo a mesma ordem dos objetivos específicos, definiram-se as seguintes metas:

- O número de participantes nas sessões de educação para a saúde seja de 60%;
- Aumentar o conhecimento sobre a proteção específica existente para o tétano em 90% da população alvo;
- Aumentar o conhecimento sobre o agente causador do tétano em 85% da população alvo;
- Aumentar o conhecimento sobre as formas de transmissão da doença em 90% da população alvo;
- Aumentar para 95% a taxa de adesão à vacina antitetânica.

4.4. Seleção de estratégias

As estratégias constituem, “o processo mais adequado para reduzir os problemas prioritários (...) em termos inovadores e criativos “ de forma a “alcançar os objetivos fixados” (IMPERATORI E GIRALDES,1993, p.87).

Para delinear as estratégias, teve-se em conta que esta intervenção assenta na, prevenção primária, dado assim prioridade à promoção da saúde e à prevenção da doença.

Avaliou-se também nesta etapa, a necessidade e disponibilidade de recursos humanos e matérias para a concretização das estratégias.

Neste projeto, tendo por base o modelo da saúde de Nola Pender pretendeu-se interferir para mudar comportamentos. Segundo este modelo, deve-se dar prioridade à cognição como forma privilegiada de intervir, usando como meta, a consciencialização, promoção da auto eficácia, e a capacitação dos utentes para os benefícios da mudança.

O Modelo de Promoção da Saúde, identifica a cognição e a perceção, como os principais determinantes do comportamento promotor de saúde, surgindo a educação para a saúde como estratégia preferencial. Ressalva ainda que o grupo de pares, os prestadores de cuidados de saúde e o contexto podem influenciar positiva ou negativamente a adoção de comportamentos de promoção de saúde (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011).

Neste sentido delinearão-se as seguintes estratégias:

- Convocar os utentes nascidos no ano de 1946 com a terceira inoculação da Td desatualizada;
- Desenvolver Sessões de Educação para a Saúde em grupo;
- Desenvolver Sessões de educação, para a saúde individuais;
- Informar os utentes sobre a doença do tétano;
- Sensibilizar os utentes para a vacina antitetânica e o esquema vacinal;
- Capacitar os utentes para os benefícios da mudança;
- Promover da autoeficácia do utente;
- Aproveitar todas as oportunidades para vacinar.

4.5. Elaboração de programas e projetos

Segundo Imperatori (1986), um programa é um conjunto de atividades necessárias à execução das estratégias, recorrendo a recursos humanos, materiais e financeiros.

Depois da fixação das estratégias e, com o fim de atingir os objetivos, surge o plano de intervenção, que denominamos, “**Vacinar para prevenir**”.

As atividades foram programadas, tendo em conta os resultados encontrados no diagnóstico de situação, após validação com o orientador de estágio. As mesmas foram agendadas de acordo, com a disponibilidade dos intervenientes.

Nas sessões de educação para a saúde em grupo, optámos pela sua realização num contexto exterior UCSP, por forma a ir ao encontro da população. Como refere Williams e Stanhope (2011), a enfermagem comunitária encontra-se orientada para a comunidade.

Optámos por realizar as sessões nas juntas de Freguesia do Al. S. e V., tendo presente que a maior parte da amostra residia nestas duas freguesias.

No final das sessões, optámos por vacinar os utentes que aceitaram, tendo presente que DGS (2006), afirma **“deve-se aproveitar todas as oportunidades de vacinação”**.

4.6. Preparação da execução

Nesta etapa do planeamento em saúde, especificam-se as atividades que fazem parte do projeto de intervenção, definem-se os resultados a obter e a forma como se vão executar as atividades.

Tendo em conta os diagnósticos de enfermagem, formulados de acordo com a CIPE e, tendo como fio condutor, o modelo de promoção de saúde de Nola Pender, intervimos ao nível da prevenção primária. Para Mausner & Kramer (2009) a prevenção primária divide-se em duas grandes categorias, a promoção geral da saúde e as medidas protetoras específicas. Nestas, está incluída a imunização.

Nesta etapa, teve-se em conta as especificidades da população alvo, nomeadamente o grau de escolaridade e a idade, na adequação das atividades desenvolvidas. Optámos assim por uma linguagem acessível e de fácil compreensão.

Nas páginas seguintes apresentamos nos quadros 1 e 2, o plano de intervenção.

Quadro 1 – Plano de Intervenção Comunitária” Vacinar para prevenir”

| <u>Objetivos Específicos</u> | <u>Estratégias</u> | <u>Atividades</u> | <u>Avaliação Indicadores processo</u> |
|--|--|--|--|
| Contribuir para o aumento dos conhecimentos sobre o tétano e vacina antitetânica | Sessões de educação, para a saúde acerca da doença do tétano, vacina antitetânica, e benefícios para a saúde | <ul style="list-style-type: none"> ☉ Sessões de educação a realizar 2: - Junta de Freguesia da V. (1ª) - Junta de Freguesia Al. S. (2ª) ☉ Autorização para utilização do espaço físico (sala de reuniões das Juntas de Freguesia) e meios audiovisuais necessários, ☉ Convocar os utentes por telefone; ☉ Planeamento das sessões (Apêndice II); ☉ Pedido da colaboração dos enfermeiros da UCSP da Av. B.; ☉ Elaboração do folheto (Apêndice III); ☉ Elaboração de questionário para avaliação da sessão (Apêndice IV) | <p>Nº de EPS desenvolvidas X 100 Nº de sessões planeadas</p> <p><u>Nº utentes presentes 1ª EPS</u> X100 Nº Uteses previstos 1ªEPS</p> <p><u>Nº utentes presentes 2ªEPS</u> X100 Nº utentes previstos 2ªEPS</p> <p><u>Nº de folhetos distribuídos na 1ª EPS</u> x100 Nº utentes presentes na 1º EPS</p> <p><u>Nº de folhetos distribuídos</u> x100 Nº utentes presentes na 2º EPS</p> <p>Questionário de avaliação da 1º sessão</p> <p>Questionário de avaliação da 2ª sessão</p> |

Quadro 2 – Plano de Intervenção Comunitária” Vacinar para prevenir”

| <u>Objetivos específicos</u> | <u>Estratégias</u> | <u>Atividades</u> | <u>Avaliação indicadores de resultado</u> |
|--------------------------------------|--|--|--|
| Promover a adesão à vacinação | <p>Convocar os utentes nascidos em 1946 inscritos UCSP Av. B. com a terceira inoculação da vacina Td desatualizada;</p> <p>Informar sobre a doença do tétano;</p> <p>Sensibilizar sobre a importância da vacina antitetânica;</p> <p>Informar sobre o esquema vacina;</p> <p>Capacitar o utente para os benefícios da mudança.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ☉ Identificação dos utentes através do SINUS; ☉ Convocar por carta ou telefone; ☉ Agendamento do dia a vacinar; ☉ Preparação do material necessário para a administração da vacina; ☉ Visitação domiciliária; ☉ Sessão de educação para a saúde individual; ☉ Inoculação das vacinas; ☉ Registo de enfermagem em SINUS, SAPE e boletim individual de saúde. | <p><u>Nº utentes vacinados</u> x100</p> <p>Nº utentes convocados</p> |

4.7. Avaliação

A avaliação, como última etapa do Planeamento em Saúde, é determinante na eficácia de todo o percurso realizado. Imperatori e Giraldes (1993) referem que “ (...) a finalidade da avaliação é melhorar os programas e orientar a distribuição dos recursos a partir das informações dadas pela experiência (...) ” (IMPRATORI E GERALDES, 1993, p.1927-128). Já Stanhope (2011) refere que a etapa da avaliação “ (...) julga o valor do que foi aprendido”(SANHOPE E LANCASTER, 2011, p.3006). A fase de avaliação do projeto compreende, por um lado, a avaliação das atividades e objetivos específicos, e por outro, a avaliação dos indicadores de processo definidos.

Para a quantificação das atividades realizadas, os indicadores constituem uma fase essencial na etapa de avaliação sendo que os de processo ou atividade traduzem a quantificação das atividades realizadas, e os indicadores de resultado ou impacto, demonstra-nos os ganhos em Saúde (Tavares, 1990).

Foram realizadas duas sessões de educação para a saúde. Estas, foram avaliadas com indicadores de processo.

Os resultados obtidos foram:

- $(n^{\circ} \text{ de sessões de educação para a saúde realizadas} / n^{\circ} \text{ sessões de educação para a saúde previstas}) \times 100$;

O indicador foi atingido em 100%, pois foram realizadas as duas, sessões de educação para a saúde previstas.

- $(n^{\circ} \text{ de participantes presentes na sessão de educação para a saúde} / n^{\circ} \text{ total de participantes convocados para a sessão de educação para a saúde}) \times 100$;

Na sessão realizada na Junta de Freguesia do Al. S. foram convocados 14 utentes e compareceram 12. Assistiram 85,7% dos convocados. Os dois utentes não compareceram devido a: uma consulta marcada e, por morte de um familiar.

O número de participantes presentes na sessão, realizada na Junta de Freguesia da V., fez um total de 94,1%. Foram convocados 17 utentes e compareceram 16. Aqui não se pode apurar o motivo da falta comparência.

Podemos concluir que tivemos uma elevada percentagem de participantes em ambas as sessões.

- (nº de folhetos distribuídos nas sessões de educação para a saúde / nº de utentes presentes nas sessões de educação para a saúde x100;

Este indicador foi atingido em ambas as sessões na totalidade 100%.

Relativamente ao folheto informativo, sobre o tétano e a vacina antitetânica, os participantes consideraram de grande importância a informação contida. As Juntas de Freguesia ficaram com, folhetos para distribuir pela população.

- (nº de utentes que responderam a mais de 3 perguntas do questionário/ nº utentes responderam questionário x 100;

Nas duas sessões, aplicamos um questionário com quatro questões de V/F (Apêndice III) acerca dos conteúdos abordados. Os resultados obtidos confirmaram para a sessão realizada na Junta de Freguesia do Al. S., um total de respostas corretas (100%). Também na sessão realizada na Junta de Freguesia da V. a maioria dos inquiridos (92,8%) respondeu corretamente.

Na avaliação global das duas sessões realizadas, podemos concluir que conseguimos atingir as metas traçadas no planeamento.

É de salientar que após estas sessões, a maioria dos participantes (98%) aceitou atualizar a vacina antitetânica.

Temos plena convicção, que a nossa deslocação às Juntas de Freguesia, possibilitou a presença de mais utentes. Foi uma estratégia bastante positiva e, contribuiu para o sucesso projeto “ **Vacinar para prevenir**”.

As Juntas de Freguesia, mostraram todo o interesse na realização destas sessões. Sem esta prestimosa colaboração, também não tinha sido possível esta aproximação ao meio, onde estava inserida a maioria da nossa população alvo. Ficou acordado com as Juntas de Freguesia a realização de mais sessões de educação para saúde, alargadas à população, após a conclusão do estágio.

Com o indicador de resultado traçado no projeto obtivemos:

- (nº utentes vacinados com 3ª dose de Td / nº utentes convocados x100)

As intervenções efetuadas permitiram que atualizassem o estado vacinal 95,5% da nossa amostra.

Como reflexão final, em termos de avaliação, podemos concluir que conseguimos com este projeto a mudança de comportamentos da nossa amostra, tendo em conta que conseguimos atualizar a vacina para valores de 95,5 %. Nola Pender defende que a procura de comportamentos de saúde trará ganhos em saúde há população (Nola Pender, 2011). Neste caso, **os ganhos serão também para o estado e para a sociedade, uma vez que reduzindo a incidência da doença, diminuem os gastos em cuidados de saúde.**

5. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NA ÀREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

A saúde é um campo, que tem sofrido nos últimos anos profundas alterações. É pois natural que os enfermeiros se questionem, enquanto atores de um mundo em permanente transformação, marcado pela incerteza. Recriar na nossa profissão, é um desafio presente no contexto da nossa prática clínica, exigindo novas estratégias e competências. A formação, procura acompanhar estas mudanças e, a nossa prática, deve ser desenvolvida, para responder à maioria das situações do dia- a- dia. Para isto acontecer, é necessário refletirmos sobre a realidade dos nossos contextos de trabalho, para esboçarmos práticas formativas à luz das novas necessidades.

Referem Stanhope e Lancaster (2011), que os enfermeiros, nas últimas décadas têm procurado acompanhar as mudanças no sistema de saúde e, adequar as suas intervenções às novas exigências e necessidades das comunidades em que intervêm. As mesmas autoras, afirmam que para tal, “a formação educativa do especialista em enfermagem clínica de saúde pública e de saúde comunitária inclui um mestrado e baseia-se na síntese dos conhecimentos atuais e de investigação em enfermagem, (...)” (STANHOPE E LANCASTER, 2011, p. 972).

O Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros refere no Artigo 88.º - Da excelência do exercício - que os enfermeiros devem procurar em todo o seu Cuidar, a excelência do exercício, assumindo o dever de, entre outros, aumentar os seus conhecimentos através da formação continua. Esta é a premissa fundamental para todos aqueles que abraçaram esta profissão, com a dedicação que ela necessita.

Nos últimos anos, Portugal tem procurado acompanhar as mudanças, que a profissão tem vindo a sofrer e, recentemente regulamentou as competências gerais e específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e a integração no 2º ciclo de Bolonha.

O projeto de intervenção, permitiu-nos aprofundar e consolidar conhecimentos, relativos ao do planeamento em saúde. Possibilitou refletir, acerca do desenvolvimento de competências e estratégias de intervenção, no âmbito do processo de cuidar, tendo em vista uma adequada intervenção como enfermeiros especialistas, permitindo a articulação com o Modelo conceptual de Nola Pender.

As competências desenvolvidas, prenderam-se com a avaliação do estado de saúde de um grupo, inserido numa família e numa comunidade, através do diagnóstico de situação e, seguindo orientações estratégicas definidas no Plano Nacional de Saúde.

O projeto possibilitou também, o desenvolvimento, de competências na área da Investigação, através da colheita e tratamento de dados, assim como da interpretação dos resultados.

6. CONCLUSÃO

No final deste relatório, pretende-se efetuar uma reflexão, tendo em conta o processo vivenciado ao longo da aplicação do mesmo.

A saúde como direito fundamental do ser humano, é um fator indispensável para o seu crescimento, e nas dimensões que lhe são intrínsecas. Com base nesta premissa, a promoção da saúde deve ser encarada como um meio para obter ganhos em saúde, ou seja, os indivíduos devem ser capacitados de saberes, de forma a poderem controlar e melhorar a sua saúde.

A criação de ambientes favoráveis à saúde, o reforço da ação comunitária e o desenvolvimento de competências pessoais, melhoram a capacidade de agir dos indivíduos, dos grupos, e das comunidades, de forma a influenciarem as determinantes da saúde. A capacitação das comunidades visando a promoção da saúde requer educação, formação para a liderança e acesso aos recursos disponíveis na comunidade. A capacitação dos indivíduos, exige o acesso real e consistente ao processo de decisão, assim como exige a aquisição de competências e de conhecimentos essenciais.

O enfermeiro especialista tem aqui um papel primordial na construção de uma comunidade mais saudável, sempre na busca incessante da Saúde para todos.

Este projeto, assumiu-se como uma oportunidade ímpar no desenvolvimento de competências na área da prevenção primária, contribuindo para uma maior visibilidade da importância da enfermagem na prevenção e promoção da Saúde das Comunidades.

A imagem que os enfermeiros projetam na sociedade e o estatuto da Enfermagem como profissão, depende da credibilidade que todos os enfermeiros conseguem dar às suas ações específicas, nos locais e áreas em que se movem. Para tal, a atuação dos enfermeiros deve ser baseada no uso do método científico, com a utilização de modelos de enfermagem que o privilegiam e promovam.

Assim, pensamos ter atingido o objetivo a que nos propusemos: Promover a capacitação dos utentes nascidos no ano 1946 para a importância da vacina antitetânica. Através de mudanças de comportamentos no que diz respeito à adesão à vacina antitetânica, objetivo que pensamos ser de extrema importância tendo em conta que se trata de uma doença quase sempre mortal, sendo a vacinação o seu único meio de prevenção.

O impacto que este projeto de intervenção, teve no grupo de enfermeiros desta Unidade e a sua mudança de atitude, não desperdiçando nenhuma oportunidade de vacinação, foi um dos aspetos mais satisfatórios, consistindo em aproveitar todas as oportunidades de vacinação, tal como é referido no PNV (2011) “não desperdiçar oportunidades de vacinação”, por forma a atingir o objetivo da OMS, erradicar o tétano, como já aconteceu com outras doenças evitáveis pela vacinação.

A metodologia do Planeamento em Saúde demonstrou ser um instrumento profícuo na gestão de recursos e implementação do projeto, sendo em cada etapa mantido o rigor da mesma. O Modelo de promoção de saúde de Nola Pender, foi útil e adequado à intervenção comunitária.

Podemos salientar como constrangimentos o fato de ter sido difícil convocar toda a nossa amostra, pois muitos destes utentes passam longos períodos na sua terra Natal. A existência de reduzidos stocks de vacina antitetânica, devido a um processo de transição relativamente a laboratórios fornecedores, foi também um fator constrangedor. No final, foi com satisfação que verificámos que todos estes obstáculos foram ultrapassados e contribuíram para o processo de aprendizagem.

É de realçar, que nem todas as questões do instrumento de colheita de dados foram utilizadas neste projeto, por não se revelarem determinantes para o tema a tratar. Embora a sua pertinência seja óbvia, para um possível estudo sobre o papel dos enfermeiros na vacinação, para que se possam determinar as causas de tão baixas percentagens de vacinação antitetânica para esta faixa etária.

O cronograma previsto no projeto foi cumprido exceto a data de entrega do relatório (Apêndice V).

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BENNER,P (2005) – **De Iniciado a Perito**. 2ª ed. Lisboa: Quarteto. ISBN 989-558-052-5.
- BISCAIA, A. R. [et al] (2006) – **Cuidados de Saúde Primários em Portugal. Reformar para novos sucessos**. Lisboa: Padrões Culturais Editora. ISBN 972-8721-64-1.
- CARTA DE OTTAWA (1986) – **Primeira conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. Ottawa : [s.n.].
- CARVALHO, A.; CARVALHO, G. (2006) – **Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8930-22-4.
- CENTRO EUROPEU DE PREVENÇÃO E CONTROLO DAS DOENÇAS (2009) – **Resumo das principais publicações 2008**. Estocolmo: Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças. Acedido a 1/7/2011. Disponível em: http://www.ecdc.europa.eu/pt/publications/Publications/0906_COR_Summary_of_Key_Publications_2008.pdf.
- CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (1978) - **Declaração de Alma-Ata**. URSS, 6-12 de Setembro. Acedido em 2/22012 às 16.30). Disponível em : www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS (2003) – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. – Versão beta 2**. 2.ºed. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros. ISBN 972-98149-5-3.
- COELHO, L. (2010) – **Envelhecer com saúde: O conhecimento da população sobre a Importância da vacinação do tétano**. Porto. Universidade Fernando Pessoa.
- DECRETO – LEI nº243. **D.R. Série II** (21- 12- 2001)
- DECRETO - LEI nº 104/98.**D.R. Série IV** (21-04-2011).Capítulo II
- DURÁN, H. (1989) – **Planeamento da Saúde. Aspetos Conceptuais e Operativos**. Lisboa: Ministério da Saúde. ISBN 972-675-000-8.
- FAUCI [et al] (2009) – **Harrison. Medicina Interna**. 17ªed. Vol I. Rio de Janeiro: McGraw-Hill. ISBN 978-85-7726-050-8.

FAWCETT, J. (2005) – **Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories**. 2ªed. Philadelphia: F.A. Davis Company. ISBN 0-8036-1194-3.

FAWCETT, J.; RUSSELL, G. (2001) – A Conceptual Model for Nursing and Health Policy. **Policy, Politics & Nursing Practice**. ISBN: 1527-1544 Vol. 2 N.º 2.

FELICIANO, J. (2002) – **A Vacinação e a sua História. Cadernos da Direcção-Geral da Saúde**. Lisboa. ISSN 1645-4146. N.º2 (Outubro 2002) p.3-7.

FORTIN, Marie-Fabienne (2009) – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-18-5.

GEORGE; [et al] (2000) – **Teorias de Enfermagem.Os fundamentos à Prática Profissional**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmes. ISBN 85-7307-587-2.

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

HAUSER SL. (2005) – **Introduction to Infectious Diseases**. In: **Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, editors. Harrison's principles of internal medicine**. 16ªed. Columbus: McGraw-Hill.

HONORÉ, B. (2002) – **A Saúde em projeto**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-31-2.

IMPERATORI, E. (1985) – **Avaliação de centros de saúde: aspetos conceptuais**. Lisboa: Direcção- Geral de Cuidados de Saúde Primários.

IMPERATORI, E.; GIRALDES, M. (1986) - **Metodologia do Planeamento da Saúde – Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais**. 2ª ed. Lisboa: Edições Saúde.

IMPERATORI, E.; GIRALDES, M. R. (1993) – **Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais**. 3ªed. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA (2011) – **Censos 2011 – Resultados Preliminares**. Lisboa: INE. ISBN 978-989-25-0135-2.

LAKATOS, E.M. ; MARCONI, M.A (1992) – **Metodologia do trabalho científico**.4ª ed. São Paulo: Editora [s.l].

MARQUES, M. – **Mensagem da Diretora Executiva**. ACES do A. R.

MURRAY, R. B.; ZENTNER, J. P.; YAKIMO, R. (2009) – **Health promotion. Strategies through the life span**. 8.^aed. New Jersey: Prentice Hall. ISBN 0-13-513866-3.

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

NUTBEAM. D.H. (1998) – **Promotion Glossary, Health promotion International**.

OGDEN.J. (1996) – **Psicologia da Saúde**. Lisboa: Climepsi editores. ISBN 972-31-0757-0

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003) – **Código deontológico do Enfermeiro: Anotações e comentários**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) – **Código Deontológico do Enfermeiro**. Acedido 20.2.2012.Desponivel em:

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

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) – **Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Cipe ®)**. (Obra original publicada em 2008). ISBN: 978-989-96021-1-3. Acedido em 2.3.2012: Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Texto_CatalogoCIPE_publicacoes.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) – **Código Deontológico do Enfermeiro**. Acedido 20.2.2012.Desponivel em:

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1985) – **As Metas de saúde para todos. Metas da estratégia Regional de Saúde para todos**. Lisboa: Bureau Regional da Europa da OMS.

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

POLIT,D.,F.; HUNGLER,B.,P. (1995) – **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3ªed. Porto Alegre: Artes Médica. ISBN1807-25-26.

PORTUGAL. Direção geral da Saúde. (2004) – **Avaliação do programa Nacional de Vacinação 2º inquérito serológico Portugal Continental 2001-2002**.Lisboa: Direção-geral da Saúde.

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

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

PORTUGAL. Direção geral da Saúde. (2006) – **Programa Nacional de Vacinação**. Lisboa: Direção -geral da Saúde.

PORTUGAL. Direção geral da Saúde. (2011) – **Programa Nacional de Vacinação**. Lisboa: Direção

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde (2011) – **Plano Nacional de Saúde 2011-2016**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido em: 16/2/2012. Disponível em:http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2011/03/OSS4_01-06-2011.pdf.

RIBEIRO, J.L.P (1998) – **Psicologia da Saúde**. Lisboa: ISPA.ISBN 972- 8400-07-01

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

SOUSA, M. (2000) – **Assistência de enfermagem em infeciologia**. São Paulo: Editora ETHENEU. ISBN 857-379-277-9.

TAVARES, A. (1990) – **Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde**. Lisboa: MINISTÉRIO DA SAÚDE.

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

WHO (2008) – **Cuidados de Saúde Primários: Agora mais do que nunca**. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde. ISBN 978-989-95146-9-0.

WHO/UNICEF – **Global and regional summary of the tetanus**. Acedido em 20.6.2011. Disponível:

[em http://www.anvisa.gov.br/paf/viajantes/mapa_tetano.gif](http://www.anvisa.gov.br/paf/viajantes/mapa_tetano.gif)

WHO/UNICEF – **Tetanus, mapas, casas**. Acedido 25.6.2011. Disponível em:

http://www.who.int/immunization_monitoring/diseases/Tetanus_map_cases.jpg

ANEXOS

ANEXO I – Avaliação do PNV da Av. B. ano 2010

PNV - Cumprido*

D: Lisboa e Vale do Tejo

S: _____

de vacinaç: _____

AVALIAÇÃO 2010

Dados referentes a 31 de Dezembro de 2010

VACINAS DO PNV*

| Coorte | Vacina | Total de fichas de vacinação | Total de pessoas vacinadas | % |
|--------|--------|------------------------------|----------------------------|-------|
| 2009 | VHB | 199 | 198 | 99,5 |
| | DTPa | | 197 | 99,0 |
| | Hib | | 198 | 99,5 |
| | VIP | | 197 | 99,0 |
| | MenC | | 192 | 96,5 |
| 2008 | BCG | 194 | 194 | 100,0 |
| | VHB | | 194 | 100,0 |
| | DTPa | | 191 | 98,5 |
| | Hib | | 190 | 97,9 |
| | MenC | | 194 | 100,0 |
| 2003 | BCG | 237 | 237 | 100,0 |
| | VHB | | 237 | 100,0 |
| | DTPa | | 235 | 99,2 |
| | VIP | | 235 | 99,2 |
| | VASPR | | 235 | 99,2 |
| | MenC | | 221 | 93,2 |
| 1996 | BCG | 215 | 214 | 99,5 |
| | VHB | | 214 | 99,5 |
| | VASPR | | 212 | 98,6 |
| | VIP | | 213 | 99,1 |
| | MenC | | 215 | 100,0 |
| | Td | | 215 | 100,0 |
| 1945 | Td | 438 | 90 | 20,5 |

* Considerar o "esquema recomendado e os de recurso", segundo o "PNV CUMPRIDO SOBRE VACINAS À ESCOLHA" no SINUS

Comentários:

Responsável pela recolha dos dados:

Isabel Malato, Natercia Ramos

Anexo II – Programa Nacional de vacinação (Avaliação semestral 2011)



MINISTÉRIO DA SAÚDE

PROGRAMA NACIONAL DE VACINAÇÃO

PLANO DE AVALIAÇÃO

1º Semestre 2011

SUPORTES DE RECOLHA DE DADOS

2011.06.16

1. Introdução

O Programa Nacional de Vacinação é alvo de avaliação por dois métodos distintos:

- contagem das inoculações de vacinas administradas em cada grupo etário por dose de cada vacina, com periodicidade anual;

- cobertura vacinal por coorte, por vacina e por dose através da determinação da proporção de crianças vacinadas por pesquisa em ficheiro, com periodicidade semestral.

Esta metodologia é uniforme a nível nacional.

2. Objectivo

- Determinar as taxas de cobertura vacinal em idades-chave.

3. Metodologia

a. Responsável(is) pela recolha de dados

Coordenadores ou outros responsáveis/interlocutores do Programa Nacional de Vacinação dos ACES e ULS (Unidades de Saúde Pública) e em cada serviço de vacinação.

b. Coortes a avaliar em 30 de Junho de 2011

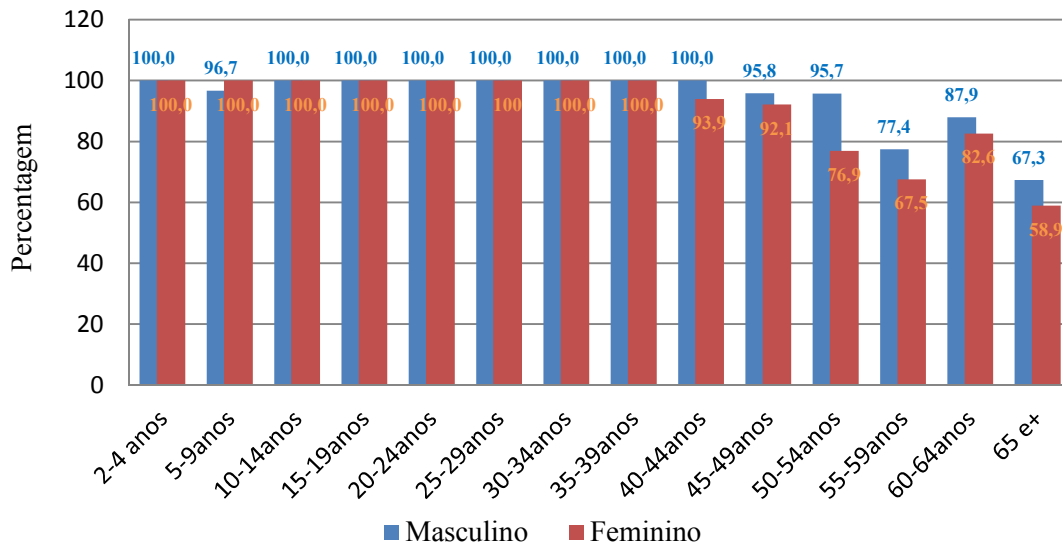
- Nascidos em:
 - 2011 (nascidas no ano da avaliação);
 - 2010 (completam 1 ano de idade);
 - 2009 (completam 2 anos de idade);
 - 2008 (completam 3 anos de idade);
 - 2007 (completam 4 anos de idade);
 - 2004 (completam 7 anos de idade);
 - 1997 (completam 14 anos de idade);
 - 1946 (completam 65 anos de idade);
- Raparigas nascidas em:
 - 1998 (completam 13 anos de idade);
 - 1997 (completam 14 anos de idade);
 - 1996 (completam 15 anos de idade);
 - 1995 (completam 16 anos de idade);
 - 1994 (completam 17 anos de idade)¹;
 - 1993 (completam 18 anos de idade)¹;
 - 1992 (completam 19 anos de idade)¹.

A recolha dos dados referentes à situação vacinal das crianças, jovens e adultos vacinados nos serviços/locais de vacinação inclui quer os residentes na área de influência do Centro de Saúde quer os não residentes ou residentes sem inscrição definitiva que, por razões individuais ou comunitárias, são vacinados nesse serviço (Código 20 – Esporádico por motivo de vacinação).

¹ A vacinação de rotina com a vacina contra infecções por Vírus do Papiloma Humano (HPV), é acompanhada por uma campanha de vacinação que decorre em 2009, 2010 e 2011, dirigida às jovens que completam 17 anos de idade naqueles anos civis (respectivamente as nascidas em 1992, 1993 e 1994) e que é avaliada em simultâneo com o PNV.

Anexo III – 2º Inquérito serológico Nacional 2001-2002

2º Inquérito Serológico Nacional Portugal Continental 2001-2002



Fonte: DGS, 2.º Inquérito Serológico Nacional Portugal Continental 2001 – 2002.

Anexo IV – Programa Nacional de Vacinação esquema recomendado

Programa Nacional de Vacinação esquema recomendado

Quadro II - Vacinação universal. Esquema Recomendado

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

Fonte: DGS 2011

Anexo V – Casos de Tétano no Mundo 2000-2009

Casos de Tétano no Mundo, por país, 2000 – 2009

| País | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|-----------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|
| Portugal | 15 | 15 | 11 | 6 | 9 | 8 | 7 | 9 | 1 | 6 |
| Philipines | 648 | 1439 | 1165 | 1151 | 1293 | 922 | 1232 | 1261 | 813 | 1022 |
| Índia | 8997 | 5764 | 12197 | 3201 | 3743 | 3543 | 2587 | 7005 | 3714 | N.D. |
| Pakistão | 1465 | 1184 | 1016 | 890 | 649 | 697 | 610 | 743 | 984 | 816 |
| Nigéria | 1643 | 3587 | 3483 | N.D. | N.D. | N.D. | 1667 | 1630 | 721 | N.D. |
| Uganda | N.D. | N.D. | N.D. | N.D. | N.D. | 1070 | 1166 | 1007 | 1646 | 1304 |
| Indonésia | 8997 | 5764 | 12197 | 3201 | 3743 | 3543 | 2587 | 7005 | 3714 | N.D. |
| China | N.D. | N.D. | N.D. | N.D. | N.D. | 2761 | N.D. | 2112 | 1786 | N.D. |
| Brasil | 346 | 129 | 268 | 513 | 463 | 420 | 431 | 281 | 333 | 278 |
| Bangladesh | 1155 | 1221 | 1036 | 715 | 1897 | 1388 | 1224 | 1034 | 943 | 791 |
| D.R.Congo | 770 | 1369 | 4763 | 574 | 1515 | 1524 | 802 | 1153 | 1252 | 1368 |
| Total do World | 23702 | 20777 | 31133 | 13413 | 13836 | 16115 | 15156 | 19875 | 16646 | 9764 |

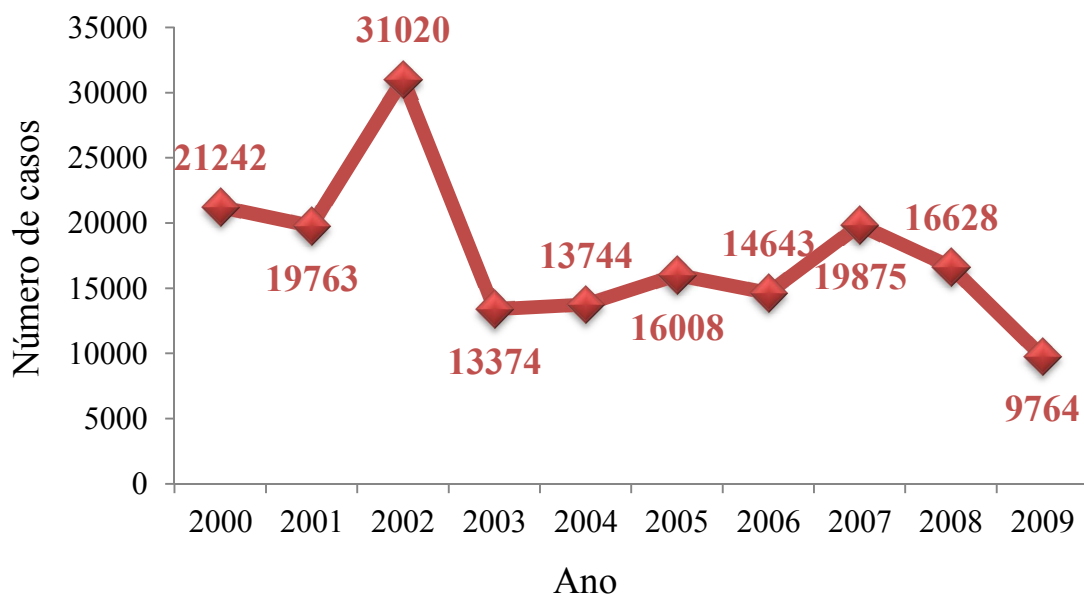
Fonte: WHO/UNICEF, Julho de 2011

Casos de Tétano no Mundo, por região 1980, 1990, 1999 – 2008

| Região | 1980 | 1990 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|-----------------------|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| África | 17241 | 11858 | 2350 | 4806 | 6482 | 10761 | 1986 | 2417 | 2754 | 5325 | 5157 | 5428 |
| América | 7055 | 2965 | 1969 | 737 | 515 | 685 | 902 | 854 | 972 | 904 | 723 | 639 |
| Mediterrâneo Oriental | 17721 | 9815 | 3063 | 2134 | 2038 | 2900 | 1618 | 766 | 914 | 1023 | 1220 | 1627 |
| Europa | 1715 | 879 | 229 | 412 | 270 | 346 | 359 | 255 | 192 | 195 | 205 | 129 |
| Sudeste Asiático | 62176 | 35451 | 6444 | 11259 | 7722 | 13936 | 6305 | 6857 | 7210 | 4866 | 8780 | 5477 |
| Pacífico Ocidental | 8340 | 3410 | 2669 | 1894 | 2736 | 2392 | 2204 | 2595 | 3966 | 2330 | 3790 | 3328 |
| Total | 114248 | 64378 | 15824 | 21242 | 19763 | 31020 | 13374 | 13744 | 16008 | 14643 | 19875 | 16628 |
| N.º Países | 154 | 149 | 135 | 149 | 147 | 156 | 149 | 154 | 166 | 162 | 176 | 176 |

Fonte: WHO/UNICEF, Julho de 2011

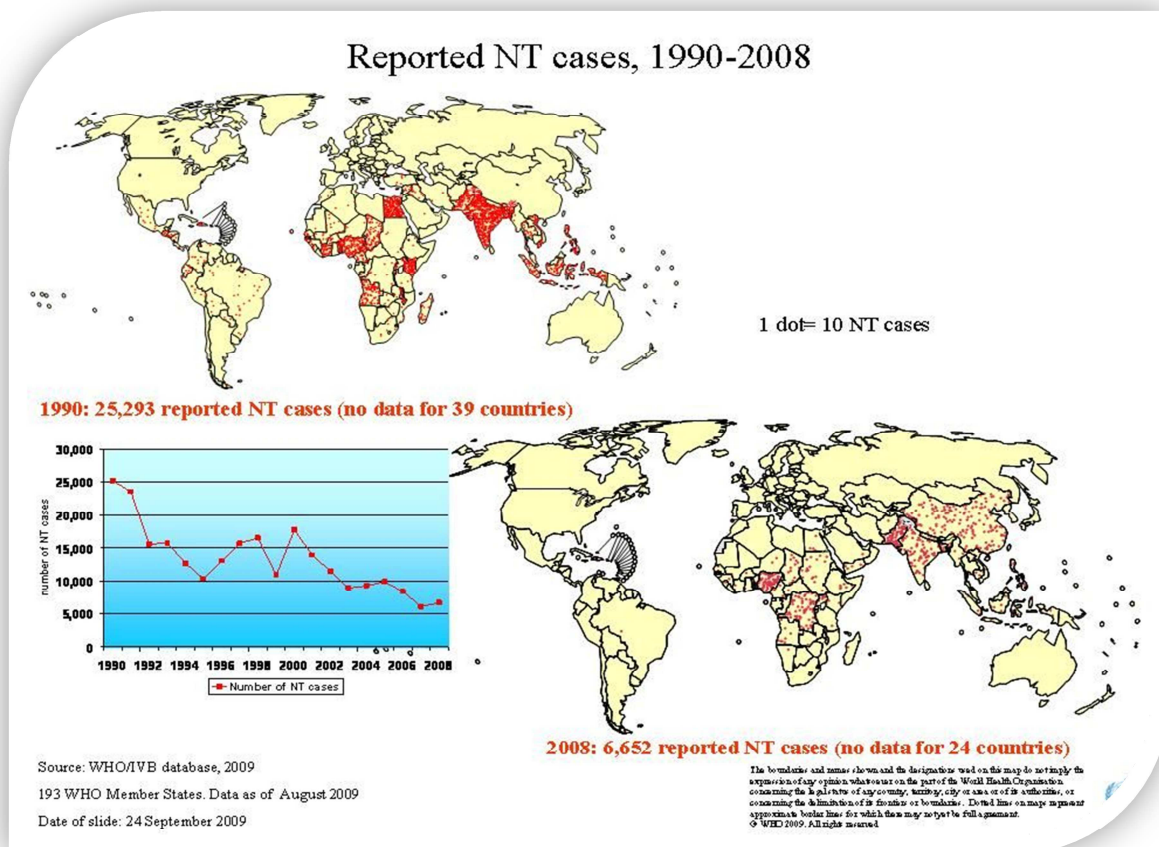
Casos de tétano no Mundo 2000 - 2009



Fonte: WHO/UNICEF, Julho de 2011

Anexo VI – Casos de Tétano Neonatal no Mundo 1990-2009

Casos de Tétano Neonatal no Mundo, 1990 – 2008



Casos de Tétano Neonatal no Mundo, 1990 – 2008

Fonte: WHO/UNICEF Junho 2011

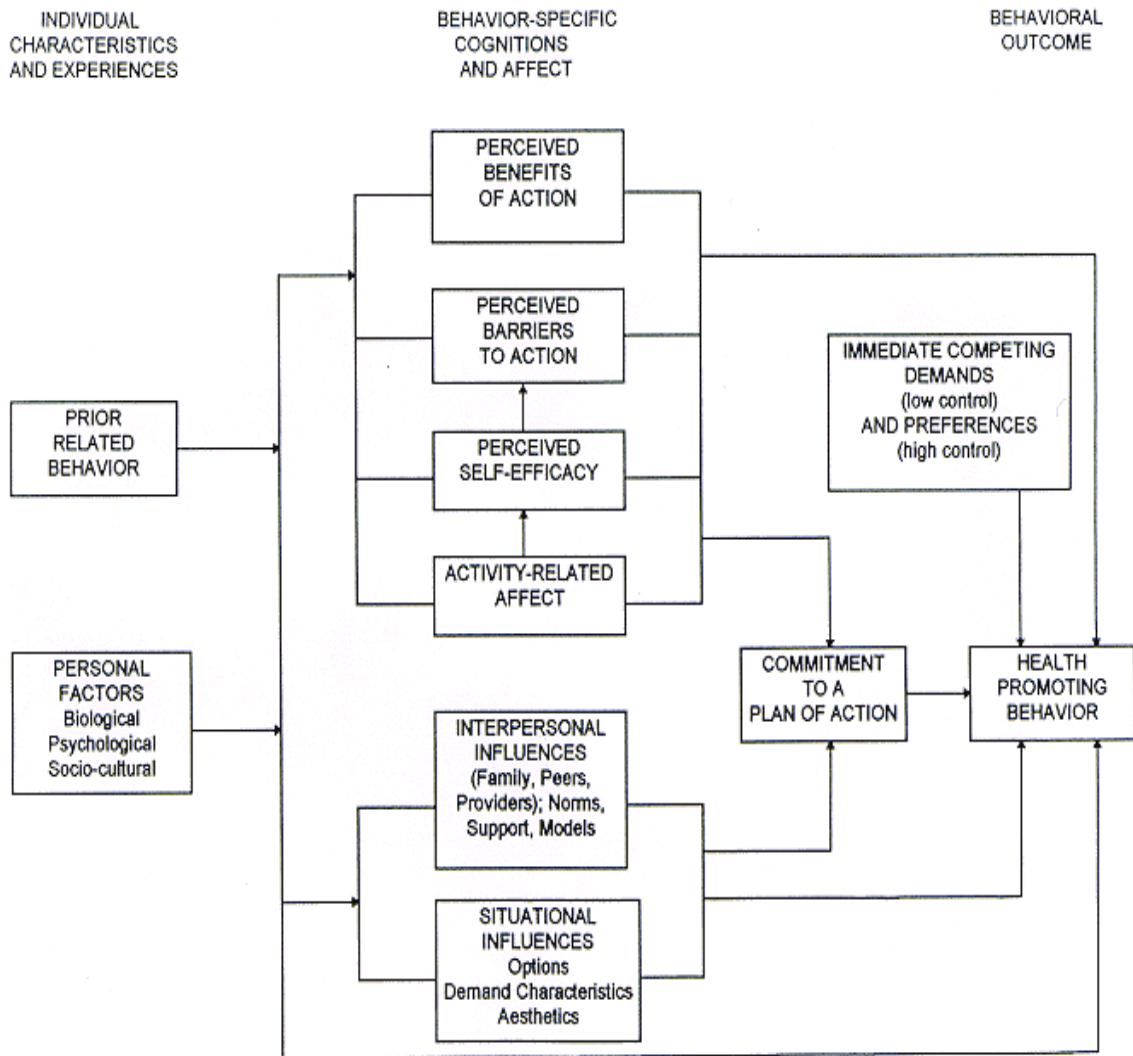
Casos de Tétano Neonatal no Mundo, por região, 1980,1990, 1999 – 2008

| Região | 1980 | 1990 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|-----------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| África | 2265 | 7029 | 2696 | 5175 | 5160 | 4693 | 2364 | 2693 | 4415 | 3468 | 1346 | 2182 |
| América | 803 | 1176 | 188 | 1144 | 1170 | 111 | 65 | 93 | 114 | 93 | 63 | 35 |
| Mediterrâneo Oriental | 5190 | 4666 | 2321 | 3140 | 1815 | 1986 | 1299 | 910 | 802 | 886 | 951 | 1199 |
| Europa | 26 | 69 | 43 | 27 | 33 | 32 | 41 | 15 | 32 | 18 | 5 | 7 |
| Sudeste Asiático | 3149 | 11725 | 1311 | 4322 | 2577 | 2146 | 2393 | 2133 | 1444 | 1073 | 1373 | 1231 |
| Pacífico Ocidental | 1572 | 628 | 4426 | 4127 | 3261 | 2656 | 2881 | 3474 | 3111 | 2854 | 2348 | 2004 |
| Total | 13005 | 25293 | 10985 | 17935 | 14016 | 11624 | 9043 | 9318 | 9918 | 8392 | 6086 | 6658 |
| N.º Países | 93 | 152 | 144 | 161 | 169 | 165 | 167 | 166 | 172 | 174 | 178 | 172 |

Fonte: WHO/UNICEF, Junho de 2011

Anexo VI I – Health Promotion Model (revised) de Nola Pender

Modelo de Promoção de Saúde de Nola PENDER



Revised Health Promotion Model

Fonte: Pender, Murdaught e Parsons (2011, P.45)

Anexo IX – Total de inscritos na UCSP da Av. B.

005L2U0p16.7h12v0s0b4099T

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

Inscritos por Grupo Etário e Sexo na US.....
no período de 01-01-1900 a 23-01-2012

Data de Geração: 23-01-2012

| Grupo Etário | Sexo Masc. | Sexo Fem. | Total | % |
|---------------|------------|-----------|-------|-------|
| < 1 ano. | 95 | 108 | 203 | 0.71 |
| 1 - 4 anos. | 445 | 461 | 906 | 3.15 |
| 5 - 9 anos. | 617 | 655 | 1272 | 4.42 |
| 10 - 14 anos. | 633 | 604 | 1237 | 4.30 |
| 15 - 19 anos. | 643 | 595 | 1238 | 4.30 |
| 20 - 24 anos. | 687 | 680 | 1367 | 4.75 |
| 25 - 29 anos. | 803 | 793 | 1596 | 5.55 |
| 30 - 34 anos. | 1081 | 1071 | 2152 | 7.48 |
| 35 - 39 anos. | 1316 | 1238 | 2554 | 8.88 |
| 40 - 44 anos. | 1001 | 989 | 1990 | 6.92 |
| 45 - 49 anos. | 869 | 918 | 1787 | 6.21 |
| 50 - 54 anos. | 860 | 942 | 1802 | 6.26 |
| 55 - 59 anos. | 840 | 984 | 1824 | 6.34 |
| 60 - 64 anos. | 961 | 1185 | 2146 | 7.46 |
| 65 - 69 anos. | 963 | 1110 | 2073 | 7.20 |
| 70 - 74 anos. | 793 | 874 | 1667 | 5.79 |
| >= 75 anos. | 1146 | 1816 | 2962 | 10.29 |
| Total | 13753 | 15023 | 28776 | |

Anexo X – Autorização para aplicação do Questionário

Declaração de autorização

Eu, Luísa Alexandra Almeida Coelho, autorizo Natércia Maria Horta Ramos a utilizar na sua Tese de Mestrado o formulário por mim elaborado, testado e utilizado como instrumento de colheita de dados no projeto de graduação intitulado “Envelhecer com saúde: o conhecimento da população sobre a importância da vacina do tétano” que consta em ATA nº 600.

Sem mais a declarar, subscrevo

Atentamente

Luísa Alexandra Almeida Coelho

QUESTIONÁRIO

1-Idade-----

2 – sexo

Masculino

Feminino

3- Estado civil:

Solteiro

Divorciado

Casado

Viúvo

4 – Grau de escolaridade

4ºano

9ºano

Bacharelato

Mestrado

6ºano

12ºano

Licenciatura

Doutoramento

5 – Qual a sua situação de emprego?

Empregado

Desempregado

Reformado

6– Qual a sua profissão?-----

7- Freguesia de residência?-----

8– Centro de Saúde?-----

II

1-Já ouviu falar de tétano?

Sim

Não

2 – Quais as formas de transmissão de tétano?

Água contaminada

Contacto com o doente com tétano

Contaminação de ferida

Não sei

3 – O tétano tem cura?

Sim

Não

Não sei

4 – O tétano mata?

Sim

Não

Não sei

5 – Conhece a existência de uma vacina contra o tétano?

Sim

Não

6 – Qual o efeito da vacina?

Curativo

Preventivo

Não sabe

7 – Alguma vez foi vacinado?

Sim

Não (se não passa para pergunta doze)

Não sei

8 – Qual o motivo de se ter vacinado?

Imposição legal (emprego)

Acidente trauma

Vontade própria

9- Há quanto tempo efetuou a vacina do tétano?

Mais de 10 anos

Menos de 10 anos

10- Se respondeu “ há mais de 10 anos” porque motivo não voltou a se vacinar?

Descuido

Falta de informação

11- Quem o sensibilizou para a importância da vacinação contra o tétano?

Médico de família

Enfermeiro

Familiar

Amigo

Outros

12- Se não foi vacinado ou não tem a vacina atualizada, considera relevante/importante ser vacinado?

Sim

Não

13- Porquê?-----

III

14 – Vai com regularidade ao centro de Saúde?

Sim

Não (passe para a pergunta 16)

15 – Se respondeu “sim” o seu enfermeiro de família já lhe falou da importância da vacinação contra o tétano?

Sim

Não

16 – Já alguma esteve internado?

Sim Não (passe para a pergunta 19)

17- O enfermeiro do serviço hospitalar onde esteve falou da importância da vacina do tétano?

Sim Não

18 – Por algum motivo já foi ao serviço de urgência como utente?

Sim Não (passe para a pergunta 20)

19 – O enfermeiro do serviço de urgência falou-lhe da importância da vacina contra o tétano?

Sim Não

20 – N sua opinião qual é a importância do papel do enfermeiro na prevenção do tétano? (assinale com um XA resposta adequada)

| | | | |
|---|------------------|------------|------------------|
| Nada importante (Passe para pergunta 22) | Pouco importante | Importante | Muito importante |
|---|------------------|------------|------------------|

21 – O papel do enfermeiro é importante em que especto?

Administração de vacinação Veículo informativo

Planeamento de programa de prevenção de doença

22 –Como avalia prestação dos enfermeiros na prevenção do tétano?

| | | | | | |
|----|--------------|------------|-----|-----------|-----------|
| Má | Insuficiente | Suficiente | Boa | Muito boa | Excelente |
| | | | | | |

APÊNDICES

Apêndice I – Declaração de Consentimento Informado no Projeto

Designação do estudo: “CAPACITAR OS UTENTES DA UNIDADE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS AV. B. PARA IMPORTÂNCIA DA PROTEÇÃO ESPECÍFICA DO TÉTANO”

Investigadora: Enfermeira: Natércia Maria de Horta Ramos

Eu, _____, abaixo assinado, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo em que estou a participar, tendo-me sido dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias.

Tomei também conhecimento que, de acordo com as recomendações da declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos e o eventual desconforto.

Por isso, consinto a participação no estudo, respondendo a todas as questões propostas. Permito que estas informações sejam utilizadas em futuros estudos, podendo desistir de participar a qualquer momento, sem que daí resulte qualquer prejuízo.

Barreiro, _____ de _____ de 2011 Assinatura

Assinatura:

Apêndice II – Plano das sessões de educação para a saúde

PLANO DA SESSÃO

“ Vacinar para Prevenir”

Datas - 5.1.2012 – Junta de Freguesia do Al. S.

Data - 12.1.12. Junta de Freguesia V.

Foram realizadas ambas às 17 horas

Duração: 40 minutos

Local: Juntas de Freguesias Al. S. e da V. População alvo: Utentes com a terceira inoculação do tétano desatualizada inscritos UCSP AV. B.

| | Atividades | Métodos | Tempo | Avaliação |
|-----------------|--|---|-------------|--|
| Introdução | Apresentação dos objetivos e partes constituintes da sessão | Expositivo | 5 Minutos | |
| Desenvolvimento | .Abordagem tema Vacinação Antitetânica -Doença do tétano -Transmissão; Sintomas; Sobrevivências, Como prevenir; Vacinação. | Expositivo Interrogativo Observação | 15 Minutos. | Participação ativa dos utentes+ Questionário |
| Conclusão | Resumo da sessão, elaboração de questionário para avaliação da sessão Agradecimentos | Expositivo | 10 Minutos | |

Folheto Informativo

VACINAR É UM ACTO DE RESPONSABILIDADE!

VACINA-SE

SE QUIERES ESCLARECER DÚVIDAS
LIGA PARA O 212170821 E
FALA DIRETAMENTE COM AS ENFERMEIRAS DA VACINAÇÃO.

Elaborado por:
Enf.ª Natércia Ramos

VACINE - SE CONTRA O TETANO

Informe-se

O QUE É O TETANO

O tétano é uma doença infecciosa grave causada pelo bacilo *Clostridium Tetani* que frequentemente pode levar à morte.



COMO SE TRANSMITE ?

O tétano não é transmissível de pessoa a pessoa.

A bactéria é encontrada no solo, em fezes de animais ou humanas que se depositam na areia, ou na terra sob uma forma resistente (esporos). A infecção se dá pela entrada de esporos por qualquer tipo de ferimento.

A DOENÇA SÓ É EVITADA PELA VACINAÇÃO

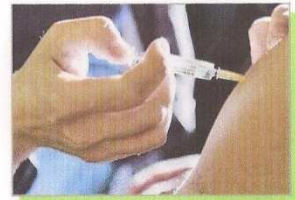
COMO PREVENIR O TETANO

VACINAÇÃO

A vacina é administrada em 3 doses a quem não tem nenhuma dose ou desconhece o seu estado vacinal.

- 1ª dose - mês 0
- 2ª dose - 2 meses após 1ª dose
- 3ª dose - 8 a 12 meses após 1ª dose

Depois ao fim de 10 anos.



Apêndice V – Questionário para avaliação das sessões

2º Mestrado de Especialização em Enfermagem Comunitária

Avaliação das sessões de educação para a saúde.

“ Vacinar para prevenir”

Qual o agente que causa o tétano ?

Vírus Bactéria

Como se apanha?

Através de outras pessoas Através de feridas

Como se evita?

Tomado medicamento Vacinando-se

Quando se deve fazer a vacina?

Nunca Sempre que estiver desatualizada

Obrigado

Apêndice VI – Cronograma de Atividades

Cronograma de atividades

| Atividades | Outubro | Novembro | Dezembro | Janeiro | Fevereiro |
|---------------------------|---------|----------|----------|---------|-----------|
| Diagnóstico de situação | | | | | |
| Definição de prioridades | | ----- | | | |
| Elaboração de estratégias | | | ----- | | |
| Intervenção | | | | | |
| Avaliação/Relatório | | | | | |