

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem
Comunitária

Relatório de Estágio

Prevenção do Vírus do Papiloma Humano (HPV)
nas Adolescentes

Claudina Isabel Salgado Martins

Lisboa

2017

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, featuring a large green swirl at the top right and three thick, horizontal, slightly curved green lines below it, mirroring the style of the ESEL logo.

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem
Comunitária

Relatório de Estágio

Prevenção do Vírus do Papiloma Humano (HPV)
nas Adolescentes

Claudina Isabel Salgado Martins


Orientador: Cláudia Bacatum

Co-Orientador: sem Co-Orientador

Lisboa

2017

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



*“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós.
Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.”*

Antoine de Saint-Exupéry, 1943

AGRADECIMENTOS

À Sr.^a Professora Cláudia Bacatum pela disponibilidade, partilha de conhecimentos e orientação concedida.

Ao Sr. Enfermeiro Rogério Dinis pelo apoio e disponibilidade, que permitiram o desenvolvimento deste projeto.

À equipa da UCSP Olivais, às adolescentes/famílias e todos aqueles que de forma direta ou indireta deram o seu contributo para que este projeto se concretiza-se.

Ao Tomás, pelo carinho, compreensão e apoio incondicional, sem o qual nada disto seria possível, nada disto faria sentido...

Ao meu pequeno, grande Tomás, a quem dedico inteiramente este trabalho, agradeço do fundo do coração por ser o menino que é.

A todos, os meus mais sinceros agradecimentos.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS - Direção Geral da Saúde

EUA – Estados Unidos da América

IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis

HPV - Vírus do Papiloma Humano

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNS - Plano Nacional de Saúde

PNV – Plano Nacional de Vacinação

RCM - Resumo das Características do Medicamento

RCV – Registo Centralizado de Vacinas

RNU – Registo Nacional de Utentes

SINUS - Sistema Informático Nacional dos Utentes de Saúde

SPG – Sociedade Portuguesa de Ginecologia

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UNICEF - United Nations Children's Fund

USF - Unidades de Saúde Familiar

RESUMO

A infeção pelo Vírus do Papiloma Humano é a infeção viral mais comum do trato reprodutor, pelo que é considerado o segundo carcinogéneo mais importante, logo a seguir ao tabaco (DGS, 2008; SPG, 2010; OMS, 2015).

Sendo a prevalência do HPV mais alta nos mais jovens, e constituindo a vacina contra o HPV uma ferramenta importante na prevenção do mesmo, foi desenvolvido e implementado um projeto de intervenção comunitária, com a finalidade de capacitar as adolescentes, que completaram 14 anos de idade no ano civil 2016 inscritas na UCSP Olivais e suas famílias, para a adesão à vacinação como estratégia de prevenção do HPV.

A metodologia utilizada foi a do Planeamento em Saúde e o referencial teórico foi o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender.

A população-alvo foram as 122 adolescentes inscritas na UCSP Olivais nascidas em 2002 e a amostra, 53 adolescentes inscritas na UCSP Olivais nascidas em 2002 que apresentavam a vacina contra o HPV em atraso.

Para a realização do diagnóstico de situação foram colhidos dados através do SINUS vacinação, RCV e RNU.

Identificados os problemas, foi aplicada a Grelha de Análise para a priorização dos mesmos, tendo resultado, traduzidos em diagnósticos de enfermagem (CIPE®): não adesão à vacinação contra o HPV em 43,4% das adolescentes inscritas na UCSP Olivais nascidas em 2002 e potencial para melhorar adesão à vacinação contra o HPV nas adolescentes inscritas na UCSP Olivais nascidas em 2002, enquanto comportamento promotor da saúde.

Como principal estratégia de promoção da saúde, foram desenvolvidas sessões individuais de Educação para a Saúde.

A avaliação da intervenção, de acordo com os indicadores de resultado, sugere alterações ao nível do comportamento de adesão – vacinação contra o HPV, o que é perceptível pelas taxas de adesão à vacina contra o HPV.

Palavras-Chave: Adolescentes, Promoção da Saúde, Prevenção, Papiloma Vírus Humano, Vacinação

ABSTRACT

The Human Papillomavirus is the most common viral infection of the reproductive tract and is considered the second most important carcinogen, following tobacco (DGS, 2008; SPG, 2010; WHO, 2015).

As the prevalence of HPV is higher, in younger ages, the vaccine against HPV is an important tool to prevent it. A community intervention project was developed and implemented in order to enable 14 years of age adolescents, in 2016, and their families, to vaccination adherecen as a strategy to HPV prevention.

The methodology use was Health Planning and as a nursing theoretical framework the Health Promotion Model - Nola Pender.

The target population was 122 adolescents clients of UCSP Olivais born in the year 2002, and the sample was 53 adolescents born in the year 2002 who had no status of HPV vaccine.

For the situation diagnosis data was collected from SINUS Vaccination, RCV and RNU.

The problems prioritization a analysis table was develop and nursing diagnostics under the International Classification for Nursing Practice (CIPE®): (1) non-compliance with vaccination against HPV in 43.4% of the adolescents enrolled in the UCSP Olivais born in the year 2002; (2) potential to improve adhesion to HPV vaccination in adolescents enrolled in the UCSP Olivais born in the year 2002 as health promoting behavior.

Health Education, trough an individual approach, was the main strategy to promote the adolescents health concerning HPV prevention.

The intervention evaluation, according to the outcome, suggests changes in the adherence behavior - vaccination against HPV, which is perceptible by the rates of adhesion to the HPV vaccine and the improvement of the HPV vaccine status.

Keywords: Adolescents, Health Promotion, Prevention, Human Papillomavirus, Vaccination

Índice

| | |
|--|----|
| INTRODUÇÃO | 11 |
| 1.ENQUADRAMENTO TEÓRICO..... | 13 |
| 1.1.Vírus do Papiloma Humano | 13 |
| 1.2. Prevenção do HPV..... | 15 |
| 1.2.1. Prevenção do HPV nas Adolescentes..... | 16 |
| 1.2.2. Vacinação contra Infecção por HPV | 17 |
| 1.3. Modelo de Enfermagem de Promoção da Saúde de Nola Pender..... | 24 |
| 2. METODOLOGIA..... | 26 |
| 2.1. Diagnóstico da Situação..... | 26 |
| 2.1.1. Contexto..... | 27 |
| 2.1.2. População e Amostra | 29 |
| 2.1.3 Colheita de Dados..... | 30 |
| 2.1.4. Análise dos Dados Obtidos | 30 |
| 2.1.5. Identificação dos Problemas | 31 |
| 2.2. Priorização dos Problemas | 32 |
| 2.3. Fixação de Objetivos..... | 33 |
| 2.4. Seleção de Estratégias | 35 |
| 2.5. Preparação da Execução | 39 |
| 2.6. Avaliação..... | 41 |
| 3. QUESTÕES ÉTICAS..... | 45 |
| 4. LIMITAÇÕES DO PROJETO | 47 |
| 5. IMPLICAÇÕES/RECOMENDAÇÕES PARA A PRÁTICA | 49 |
| 6. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS..... | 51 |
| 7. CONCLUSÃO..... | 55 |
| 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 57 |
| ANEXOS | |
| ANEXO I | |
| Programa Nacional de Vacinação, esquema recomendado (Out/2014) | |
| ANEXO II | |
| Esquemas de transição e de recurso para a vacina HPV (Out/2014) | |

ANEXO III

Programa Nacional de Vacinação 2017

ANEXO IV

PNV Recomendado. Cobertura vacinal por coorte, vacina e dose Avaliação 2014, no Continente

ANEXO V

Estratificação etária dos utentes inscritos na UCSP Olivais

ANEXO VI

Folheto: Papiloma Vírus Humano (HPV)

ANEXO VII

Taxa de cobertura vacinal para a vacina contra o HPV, antes da implementação do projeto

ANEXO VIII

Taxa de cobertura vacinal para a vacina contra o HPV, depois da implementação do projeto

APÊNDICES

APÊNDICE I

Diagrama Nola Pender adaptado ao projeto de intervenção

APÊNDICE II

Pedido de autorização para desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária

APÊNDICE III

Caracterização da amostra (adolescentes nascidas em 2002, inscritas na UCSP Olivais com a vacina HPV em atraso)

APÊNDICE IV

Pedido de colaboração na priorização dos problemas

APÊNDICE V

Grelha de Análise para determinação de prioridades

APÊNDICE VI

Diagrama de estratégias de convocação

APÊNDICE VII

Especificação detalhada das Sessões Individuais de Educação para a Saúde

APÊNDICE VIII

Especificação detalhada da atividade: Proteger contra o HPV

APÊNDICE IX

Especificação detalhada atividade: Divulgação de Informação

APÊNDICE X

Pedido de autorização para utilização/divulgação dos dados a nível académico

APÊNDICE XI

Pedido de Parecer à Ordem dos Enfermeiros

APÊNDICE XII

Parecer da Ordem dos Enfermeiros

Índice Tabelas

| | |
|--|----|
| Tabela 1: Grelha de Análise para determinação de prioridades segundo Pineault e Daveluy, 1986 (citado por Tavares, 1990)..... | 32 |
| Tabela 2: Taxas de Impacto | 42 |
| Tabela 3: Taxas de Atividade | 42 |

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio de Intervenção Comunitária, integrada no plano de estudos em vigor do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, de forma a potenciar o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, foi proposta a elaboração de um projeto de intervenção comunitária, que seguisse a metodologia do Planeamento em Saúde.

Com este trabalho, pretendeu-se assim, desenvolver competências na área da Enfermagem Comunitária, indo ao encontro das Competência Específicas descritas no Regulamento da Ordem dos Enfermeiros (OE), na avaliação do estado de saúde de um grupo tendo como base a metodologia de Planeamento em Saúde, de forma a mobilizar saberes específicos durante o planeamento, implementação e avaliação do mesmo, bem como, na promoção da capacitação de um grupo.

De acordo com o Código Deontológico dos Enfermeiros (Artigo 80.º) o enfermeiro, tem o dever de conhecer as necessidades da população e comunidade em que está inserido; participar na orientação e procura de soluções para os problemas de saúde detetados e colaborar com outros profissionais nas respostas às necessidades detetadas (OE), 2005).

Para sustentar o trabalho de projeto houve a necessidade de rever a literatura com base na evidência científica, a legislação em vigor, as políticas de saúde, assim como as orientações da Direção Geral da Saúde (DGS) e da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Foi necessário também, recorrer a modelos de enfermagem que contribuíssem para promover e desenvolver os conhecimentos dos utentes sobre a problemática da saúde. Assim, tendo em conta a finalidade e objetivos deste projeto, considerou-se o modelo da Promoção da Saúde de Nola Pender indicado para a articulação e interpretação de conceitos.

O HPV é um vírus com alta taxa de transmissibilidade, que atinge pele e mucosas, com transmissão preferencialmente por via sexual. A infeção por HPV é a infeção viral mais comum do trato reprodutor e pode ser responsável por cancro do

colo do útero, sendo considerada o segundo carcinogéneo mais importante, logo a seguir ao tabaco (DGS, 2008; SPG, 2010; OMS, 2015).

De acordo com dados da OMS (2014), a prevalência do HPV em todo o mundo entre as mulheres com exames citológicos normais foi estimada em 11,7%, tendo atingido o pico em idades mais jovens (<25 anos), com uma prevalência de 21,8%.

A vacina contra o HPV, constitui assim, uma ferramenta importante na prevenção do HPV, sendo que numa perspetiva de saúde pública, tendo por base uma abordagem comunitária, a relevância da vacinação, nomeadamente das adolescentes que têm a vacina contra o HPV em atraso é inquestionável.

Neste contexto, este projeto de intervenção comunitária, teve como finalidade, capacitar as adolescentes que completaram 14 anos de idade no ano civil 2016, inscritas na UCSP Olivais e suas famílias, para a adesão à vacinação como estratégia de prevenção do HPV. Assim, os objetivos delineados foram:

- Sensibilizar as adolescentes/famílias para as consequências do HPV;
- Consciencializar as adolescentes/famílias para a importância da vacinação contra o HPV;
- Informar as adolescentes/famílias sobre a vacina contra o HPV como estratégia de prevenção do HPV;
- Desmistificar nas adolescentes/famílias crenças e mitos acerca da vacinação contra o HPV;
- Esclarecer dúvidas relativas à vacina e formas de prevenção do HPV;
- Possibilitar a tomada de decisão livre e esclarecida face à vacinação contra o HPV.

A nível estrutural, o relatório é constituído por 7 capítulos distintos, sendo que no primeiro é feito o enquadramento teórico, com enfoque no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, no segundo é descrita a metodologia utilizada, no terceiro são abordadas as questões éticas, no quarto são apresentadas as limitações do projeto, no quinto encontram-se as implicações/recomendações para a prática, no sexto estão presentes as competências desenvolvidas e finalmente no sétimo é apresentada a conclusão.

1.ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1.Vírus do Papiloma Humano

O HPV é um vírus com elevada taxa de transmissibilidade, que atinge a pele e mucosas com transmissão preferencialmente por via sexual.

Existem mais de 200 tipos de HPV, classificados em vírus de “baixo risco” e “alto risco”, em função do seu potencial oncogénico, dos quais cerca de 40 infetam preferencialmente, o trato anogenital: vulva, vagina, colo do útero, pénis e áreas perianais (DGS, 2008).

A infeção pelo HPV é a infeção viral mais comum do trato reprodutor e pode ser responsável por cancro do colo do útero, e outros tipos de cancro, assim como verrugas genitais quer em homens quer mulheres. É mais frequente nas idades mais jovens e nos primeiros anos após início da atividade sexual, sendo a infeção de transmissão sexual mais frequente nestas idades (DGS, 2008; OMS, 2015;).

As lesões provocadas pelo HPV têm uma incidência muito elevada em todo o mundo e podem ser benignas, ou em algumas situações evoluir para neoplasias malignas. Na atualidade, o HPV é considerado o segundo carcinogénico mais importante, logo a seguir ao tabaco, sendo responsável por cerca de 5% dos cancros em geral, 10% na mulher e 15% nas mulheres dos países em vias de desenvolvimento (SPG, 2010).

Embora a maioria das infeções provocadas pelo HPV não causem sintomas ou doença e sejam autolimitadas, existem infeções persistentes com genótipos de HPV de alto risco que podem conduzir a lesões pré-cancerígenas, que se não forem tratadas, podem evoluir para cancro do colo do útero.

Os dois tipos de HPV de alto risco, que mais comumente causam cancro do colo do útero são os tipos 16 e 18, que juntos são responsáveis por aproximadamente 70% dos casos de cancro do colo do útero em todos os países do mundo (OMS, 2014).

Em Portugal, em 2010 a taxa de incidência de cancro do colo do útero foi 13,5% e a taxa de mortalidade em 2014 associada a este cancro foi de 3,8%, correspondendo a 210 óbitos (DGS, 2016).

Com base numa meta-análise, realizada por Bruni L, Diaz M, Castellsagué X, Ferrer E, Bosch FX, e Sanjosé S. (2010), a prevalência do HPV, ajustado em todo o mundo, entre as mulheres com exames citológicos normais foi estimada em 11,7%. Para Smith JS, Lindsay L, Hoots B, et al (2007), a prevalência do HPV atingiu o pico em idades mais jovens (<25 anos), com uma prevalência de 21,8% (OMS, 2014).

Segundo a SPG (2010) a prevalência do HPV a nível mundial, em mulheres com citologia normal, apresenta uma grande variabilidade geográfica, observando-se as taxas mais elevadas na Europa de Leste (29,1%), África (22,1%) e América Central (20,4%) e as taxas mais baixas na Europa do Sul (6,8%), no Oeste da Europa (8,4%) e Ásia (8%).

Em Portugal, a prevalência da infeção pelo HPV foi objeto de um estudo, sendo que, numa amostra de mulheres representativa da população nacional, 19,4% tinham infeção ativa. No grupo etário dos 20-24 anos a prevalência foi de 28,8%, diminuindo em valores à volta dos 10% em mulheres até aos 49 anos e nas mulheres dos 50 aos 65 anos a prevalência foi cerca de 6% (SPG, 2010).

Estes dados, demonstram a facilidade de transmissão do HPV em adolescentes e mulheres adultas jovens, reforçando a importância da prevenção, nomeadamente através da vacinação em adolescentes que ainda não iniciaram a vida sexual.

Das infeções por HPV, de alto e baixo risco, 70% - 90% são assintomáticas e resolvem-se espontaneamente dentro de 1-2 anos. Em alguns casos, com os tipos de alto risco, a infeção persiste e pode progredir para carcinoma invasivo no local da infeção, principalmente do trato genital, se não for detetada e tratada adequadamente. A infeção persistente por HPV é fator causal para o cancro do colo do útero (OMS, 2014).

Cerca de 5%-10% de todas as mulheres adultas infetadas desenvolverão infeções persistentes. Estas infeções podem progredir no sentido de lesões intra-epiteliais escamosas pré-malignas.

Segundo dados da OMS (2014), o cancro do colo do útero é o quarto cancro mais comum nas mulheres e o sétimo no geral, com um número de 528.000 novos casos diagnosticados em todo o mundo em 2012.

A infeção pelo HPV, é também responsável por 20%-90% do carcinoma escamoso do ânus, da orofaringe, da vulva, da vagina e do pénis. Estima-se que 90% de todos os cancros anais sejam causadas pelo HPV 16 e HPV 18 e que 40%

dos cancros vulvares, que ocorrem principalmente em mulheres mais velhas, estejam associados com HPV 16. Infecção pelo HPV com tipos de baixo risco provoca verrugas anogenitais em mulheres e homens, que podem progredir e tornarem-se malignas (tumores Buschke-Lowenstein) (OMS, 2014).

Para além das patologias já mencionadas, o HPV pode também estar associado, embora mais raramente, ao cancro da boca e laringe. A papilomatose respiratória recorrente é outra das patologias que lhe está associada e é uma situação não fatal, mas de grande morbilidade, causada, quase sempre, pelos HPV 6 e 11, que se transmite aquando da passagem do recém-nascido pelo canal de parto. Esta patologia é muito rara, embora a infecção do canal vaginal seja frequente (DGS, 2008).

Pela dimensão que o HPV tem na atualidade, constitui um problema de saúde pública, no qual o enfermeiro pode e deve intervir de forma a minimizar o seu impacto, neste sentido a prevenção do mesmo é fundamental.

1.2. Prevenção do HPV

Sendo a infecção pelo HPV uma infecção de transmissão sexual pode ser prevenida e conseqüentemente controlada. Segundo Sy & Long-Marin (2011, p.919) “o objectivo dos programas de prevenção e controlo é reduzir a prevalência de uma doença para um nível em que esta já não constitua um grande problema de saúde pública”.

Os enfermeiros estão numa posição privilegiada no que refere à prevenção, e um exemplo disso é o papel preponderante que assumem na vacinação para doenças evitáveis e na promoção de comportamentos sexuais responsáveis. Relativamente à infecção pelo HPV, como as de mais Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), pode ser prevenida pela adoção de práticas sexuais seguras. Outra das medidas que reduz dramaticamente os índices de infecção e doença produzidas pelo HPV é a vacinação.

A prevenção primária da infecção pelo HPV passa pela implementação de estratégias para influenciar alterações comportamentais e pela vacinação; a prevenção secundária diz respeito à deteção precoce de lesões pré-malignas através de programas de rastreio; a prevenção terciária refere-se ao seguimento das

mulheres com rastreio positivo, para assegurar o diagnóstico e a adequada gestão da doença, bem como do tratamento das lesões pré-cancerosas e tratamento do cancro invasivo. Para os casos de doença avançada, existem também os cuidados paliativos para tratamento sintomático, apoio psicológico e envolvimento da família e comunidade no acompanhamento destes doentes (DGS, 2008).

1.2.1. Prevenção do HPV nas Adolescentes

A definição do conceito de adolescência é muito complexa. Etimologicamente a palavra adolescência vem de duas raízes inter-relacionadas: do latim ad (a, para) e olescer (crescer) e corresponde ao “período de transição entre a infância e a vida adulta, caracterizado pelos impulsos do desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social e pelos esforços do indivíduo em alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais da sociedade em que vive” (Eisenstein, 2005, p.6). A OMS limita-a cronologicamente como o período compreendido entre os 10 e os 19 anos de idade.

Tratando-se a adolescência, de um período de transição, é importante ter presente que “as necessidades de saúde dos adolescentes revestem-se de características particulares, que são reflexo do processo de crescimento e de desenvolvimento que atravessam” (Prazeres, 1998, p.15). Deste modo, as intervenções que visem a promoção da saúde nesta fase, são fundamentais.

Como referido no Plano Nacional De Saúde (PNS) 2010-2016, a adolescência é um período privilegiado para a aquisição de comportamentos saudáveis (DGS, 2012), pelo que são necessárias políticas de saúde consistentes, adaptadas a esta fase do ciclo vital, que se manifestem em ganhos em saúde.

O PNS 2010-2016 faz também referencia aos “adolescentes como grupo de intervenção prioritária em saúde reprodutiva e na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis” (DGS, 2012, p.13) e à vacina contra o HPV (contemplada noutros programas de saúde e atividades). Assim, cabe aos profissionais de saúde, nomeadamente aos enfermeiros, apoiar os adolescentes a assumirem de forma progressiva, o controlo e a tomada de decisões sobre a sua própria vida (Prazeres, 1998), nomeadamente sobre comportamentos promotores de saúde, como a adesão à vacina contra o HPV.

1.2.2. Vacinação contra Infecção por HPV

Em Portugal, o Programa Nacional de Vacinação (PNV) está em vigor desde 1965 e é responsável pela significativa redução da morbilidade e mortalidade causada por doenças infecciosas, traduzindo-se na obtenção de importantes ganhos em saúde.

Embora os termos vacinação e imunização sejam usados quase como sinónimos, o termo vacinação diz respeito à administração das vacinas, enquanto a imunização tem um sentido mais amplo, dizendo respeito ao processo de aquisição de imunidade após a administração de uma substância imunobiológica (Feliciano, 2002, p.3).

Além da proteção individual, a maioria das vacinas tem a capacidade de interromper a circulação dos microrganismos entre indivíduos, originando assim imunidade de grupo que, no entanto, só é conseguida a partir de determinadas taxas de cobertura vacinal (DGS, 2016).

A vacina contra o HPV previne as infeções pelo Vírus do Papiloma Humano provocadas por certos genótipos e foi introduzida em 63 países até o final de 2014 (OMS, 2015). Desde setembro 2016, está incluída em 67 países, dos 194 membros da OMS (destinando-se às adolescentes), sendo a vacina que está incluída em menos países (Loharikar, Dumolard, Chu, Hyde, Goodman & Mantel, 2016).

Segundo a OMS (2015), na maioria dos países estão autorizadas duas vacinas, a bivalente e a tetravalente, que previnem infeções a partir de tipos de HPV de alto risco 16 e 18. Em Portugal, no âmbito do novo PNV, que entrou em vigor a 2 de janeiro de 2017, foi também incluída a vacina nonavalente.

A vacina bivalente confere proteção contra os tipos 16 e 18. A vacina tetravalente confere proteção adicional contra os tipos 6 e 11, responsáveis por 90% das verrugas anogenitais benignas ou condilomas (OMS, 2014). Já a vacina nonavalente demonstrou eficácia de 97,4% na prevenção de lesões genitais de alto grau, e respetivos cancros genitais, associados aos 5 tipos de HPV adicionais (31, 33, 45, 52 e 58) versus a vacina quadrivalente até aqui utilizada (6, 11, 16 e 18).

A nova vacina é a única disponível com proteção direta contra doenças causadas por 9 tipos de HPV e que tem potencial para prevenir mais 20% de casos

de cancro e mais 30% de casos de lesões pré-cancerosas, em relação à vacina quadrivalente previamente incluída no PNV.

Com base em estudos epidemiológicos, estima-se que a vacina (Gardasil9®) proteja contra os tipos de HPV responsáveis por aproximadamente 90% de todos os casos de cancro do colo do útero, 85-90% dos cancros da vulva associados ao HPV, 90-95% dos cancros do ânus associados ao HPV e 80-85% dos cancros da vagina associados ao HPV (Resumo das Características do Medicamento (RCM)).

Qualquer uma das vacinas, referidas anteriormente, tem excelentes registos de segurança e contêm partículas semelhantes a vírus, pelo que não podem causar infeção pelo HPV (OMS, 2014; RCM, 2016).

A vacinação das adolescentes antes do início da atividade sexual é uma medida de prevenção primária importante em programas abrangente de prevenção e controlo do cancro do colo do útero. De referir, que as vacinas não tratam a infeção pelo HPV ou doença associada ao HPV pré-existente, sendo por isso recomendada antes do início da atividade sexual. (OMS, 2014).

A vacinação contra o HPV deve ser introduzida como parte de uma estratégia coordenada e abrangente para prevenir o cancro do colo do útero e outras doenças relacionadas com o HPV (OMS, 2014).

As diretrizes da OMS (2014), recomendam um esquema vacinal de 2 doses da vacina contra o HPV para raparigas com idade entre 9 e 13 anos de idade, porque na maioria dos países, a evidência mostra que nesta faixa etária a maioria das raparigas ainda não iniciou a atividade sexual.

Apesar da vacinação contra o HPV reduzir a possibilidade das adolescentes virem a desenvolver cancro do colo do útero ao longo da sua vida, esta abordagem não elimina a necessidade de rastreio regular na vida adulta. As vacinas não protegem contra todos os tipos de HPV de alto risco. Para além disso, se a cobertura vacinal for baixa, o risco de contração do HPV pelas adolescentes não vacinadas mantém-se. Para combater o cancro do colo do útero de forma eficaz, os programas de rastreio têm um papel vital na prevenção, permitindo a deteção precoce e tratamento (OMS, 2016).

O sucesso da adesão à vacina contra o HPV depende da criação de um elevado nível sensibilização da comunidade, através de informação, educação e comunicação, bem como do aconselhamento dos pais e outras pessoas influentes nas comunidades (OMS, 2014).

Antes do ato de vacinação propriamente dito, a avaliação de conhecimentos, atitudes e crenças sobre vacinas contra o HPV podem ajudar os profissionais de saúde a prepararem-se para enfrentar barreiras e sensibilidades que possam encontrar, como o medo de efeitos adversos e equívocos sobre o efeito da vacinação sobre a fertilidade. Além disso, uma vacina contra uma IST que está incluída nos programas de vacinação apenas para as adolescentes, pode ser confuso para os pais e provocar alguma relutância em vacinar as filhas que ainda não são sexualmente ativas, mesmo que esta seja a idade em que elas são mais propensas ao seu benefício. Envolvimento e construção de alianças com uma ampla gama de intervenientes governamentais e não-governamentais ao longo de uma comunidade pode facilitar o sucesso (OMS, 2014).

Outro dos aspetos a ter em consideração na vacinação contra o HPV, é o facto das raparigas já não serem crianças pequenas, e poderem entrar para o gabinete de vacinação sem a presença dos pais, no entanto, uma vez que ainda são menores, nos termos da lei, o consentimento dos pais é necessário na maioria países (OMS, 2014).

Para além dos pais/responsáveis, as raparigas que são vacinadas contra o HPV também precisam ser informadas sobre os riscos e benefícios, para que possam dar um "parecer favorável" ao ato vacinal. Podem surgir situações em que a rapariga expressa o desejo de ser vacinada, enquanto os seus pais se recusam expressamente a consentir. Nesta situação, uma consideração adicional é de ter em conta para o melhor interesse da criança; princípios éticos internacionalmente aceites exigem que o profissional de saúde avalie se a rapariga é "competente" para tomar esta decisão (demonstra compreensão dos benefícios, riscos e consequências da vacinação contra não ter a vacinação, e é capaz de tomar essa decisão por si mesma). Se a rapariga for considerada competente, o profissional de saúde pode então decidir ir em frente com a vacinação (OMS, 2014).

Nos casos em que os pais ou responsáveis tenham consentido a vacinação, mas a rapariga se recusa a ser vacinada, seus desejos devem ser respeitados e deve ser convidada a voltar noutro momento para discutir a decisão adicional (OMS, 2014).

Em Portugal, a vacina contra o HPV foi introduzida no PNV em 2008 e destinava-se às jovens que faziam 13 anos de idade no respetivo ano civil, iniciando-se com a coorte de nascimento em 1995 (13 anos em 2008). A vacina incluída foi a

vacina tetravalente (Gardasil®) segundo o esquema (0, 2 e 6 meses), como o objetivo de prevenir infeções pelo HPV e a diminuição, a longo prazo, da incidência do cancro do colo do útero (DGS, 2008).

A inclusão da vacina contra o HPV no PNV, a todas as adolescentes com 13 anos de idade, foi um avanço considerável em termos de saúde pública. A introdução desta medida, tornou acessível um meio eficaz de prevenção primária, que pode configurar uma redução significativa do cancro do colo do útero, bem como numa redução significativa do impacto emocional e os custos financeiros inerentes às lesões relacionadas com o HPV (SPG, 2010).

Em outubro de 2014, na sequência da apreciação do resumo das características do medicamento, a comissão técnica de vacinação propôs para o PNV um esquema de duas doses (0, 6 meses) a administrar a adolescentes entre os 10 e os 13 anos de idade inclusive, podendo ser iniciada até aos 18 anos de idade exclusive e completada (2ª ou 3ª dose) até aos 25 anos de idade inclusive, (Anexo I e II), (DGS, 2014).

A 2 de janeiro de 2017, com a entrada em vigor do novo PNV, aprovado a 20 de junho de 2016, foi incluída a vacina de nove valências para o HPV (Gardasil9®), aos 10 anos de idade (em vez de 10-13 anos de idade), maximizando a imunogenicidade (DGS, 2016) (Anexo III).

Em Portugal, a avaliação dos resultados do esquema recomendado para a vacina do HPV referentes a 2014 foi positiva, uma vez que na coorte de jovens que completam 14 anos atingiu uma percentagem de 87% para a terceira dose da vacina, ultrapassando assim, a meta estabelecida para esta vacina (85%). Apesar dos dados terem ultrapassado a média estabelecida pela DGS, as taxas de cobertura vacinal para a terceira dose da vacina HPV continuam abaixo dos restantes resultados por coorte, vacina e dose avaliados. (DGS, 2015). (Anexo IV).

As baixas taxas de cobertura vacinal para a vacina contra HPV, não se verificam apenas em Portugal, por exemplo nos Estados Unidos da América (EUA) em 2008, apenas 37% das mulheres com idades entre 13-17 anos tinham recebido pelo menos uma dose da vacina contra o HPV, e 18% tinham recebido as três doses recomendadas. Em 2013, os números subiram para 57% e 38%, respetivamente. Uma razão apontada para a baixa adesão à vacina contra o HPV prende-se com a preocupação de que com a vacinação, poderia aumentar a atividade sexual, no entanto, essa preocupação não parece ser apoiada pelos dados (Bagcchi, 2015).

Num estudo realizado por Tandy (2014) que avaliou a iniciação e a conclusão da vacina HPV, características demográficas associadas ao início da vacina, visitas clínicas em que a vacina foi dada, e oportunidades perdidas para vacinação, percebeu-se que até ao final de 2012, 36,9% das mulheres com idades entre 11-26 anos tinham recebido pelo menos uma dose da vacina HPV. A cobertura vacinal foi maior entre mulheres com idade entre 17-18 anos (49,3%) e com idade entre 15-16 anos (43,1%) e menor entre mulheres com idades entre 11-12 anos (16,8%). Entre 2007 e 2012, 96,1% das 246.192 mulheres não vacinadas tiveram pelo menos uma oportunidade perdida (uma visita de cuidados de saúde sem vacina contra o HPV administrada). De referir também, que das mulheres que foram seguidas ao longo de 6 anos apenas 36,9% com idades entre 11-26 anos tinham recebido pelo menos uma dose da vacina contra o HPV e 21,9% tinham recebido as três doses. O início e conclusão da série de vacina contra o HPV têm sido um desafio nos EUA, comparativamente com outras vacinas recomendados para adolescentes, pois a iniciação e conclusão é substancialmente mais baixa.

Em 2015, também nos EUA, nas mulheres com idades entre os 13 e os 17 anos, a cobertura vacinal para a primeira dose da vacina contra o HPV foi de 62,8% e para a terceira dose foi de 41,9%. Durante 2015, como nos anos anteriores, a cobertura com uma ou mais doses da vacina contra o HPV foi inferior que a cobertura para outras vacinas recomendadas para a mesma idade. Estes dados, demonstram oportunidades de vacinação contra o HPV perdidas, quando outras vacinas recomendadas foram administradas. Assim, em 2017 será implementada uma revisão da informação e dos dados da eficiência dos cuidados de saúde, para avaliar a administração das diferentes vacinas nestas idades, permitindo que os planos de saúde avaliem o seu desempenho na administração destas vacinas às adolescentes (Reagan-Steiner et al, 2016).

Como é notório em diferentes estudos, as taxas de cobertura de início e conclusão da série de vacinas contra o HPV continuam baixas. Porque os pais são responsáveis por garantir a vacinação de seus filhos, num estudo, os pais/encarregados de educação de raparigas com idades entre os 11 e os 17 anos foram convidados a recordar o número de doses da vacina contra o HPV recebidas pelas suas filhas. Quase 40% dos pais/responsáveis recordaram-se imprecisamente do número de doses da vacina contra o HPV que as suas filhas receberam, o que

pode contribuir para as baixas taxas de iniciação e conclusão da vacina (Apte, Pierre-Joseph, Vercruysse & Perkins, 2015).

De acordo com pesquisas efetuadas nos EUA a vacinação contra o HPV não conduz a um aumento dos comportamentos sexuais de risco em adolescentes e mulheres jovens. Embora muitos pais e médicos considerem a vacina contra o HPV eficaz, exprimem preocupação acerca desta poder aumentar os comportamentos sexuais de risco, porque as adolescentes e mulheres jovens podem acreditar que estão protegidas contra outras IST, contudo estudos anteriores sugerem que é improvável que a vacinação contra o HPV altere o comportamento sexual. Apesar disso, as preocupações persistem e podem dificultar a adesão à vacinação (Tanday, 2014).

Um outro estudo, realizado por Smith, Kaufman, Strumpf & Lévesque (2015), apresenta forte evidência de que a vacinação contra o HPV não tem qualquer efeito significativo sobre indicadores clínicos do comportamento sexual entre raparigas adolescentes, pelo que estas preocupações são injustificadas e não devem impedir a vacinação em idades jovens.

Compreender o que afeta a tomada de decisão relativamente à vacinação é fundamental, pois só assim se consegue intervir tendo em conta os obstáculos existentes.

Numa revisão sistemática qualitativa que teve como objetivo estudar a tomada de decisão relativa a vacinação contra o HPV em mulheres jovens de países de alta renda, os resultados obtidos, indicam que a decisão das mulheres jovens aderirem à vacina contra o HPV é fortemente regida pelas decisões dos políticos, profissionais de saúde e pais, sendo estas decisões moldadas por: considerações financeiras; normas e valores sociais relacionados com a atividade sexual e confiança nos programas de vacinação e de saúde. Relativamente às restrições financeiras, estas podem ser superadas através de sistemas de saúde universais que contemplem a vacina contra o HPV gratuitamente; no que diz respeito ao sistema de saúde, os juízos emitidos pelos profissionais de saúde sobre a recomendação da vacina podem restringir o acesso das jovens mulheres à mesma, independentemente das suas próprias crenças e preferências; finalmente no que diz respeito aos pais, estes podem não permitir que as suas filhas sejam vacinadas com base em perceções culturais ou religiosas da atividade sexual. Pelo que foi dito, os autores concluíram que os entraves à aceitação da vacina contra o HPV têm

implicações futuras para as mulheres e jovens ao nível da saúde sexual, física e reprodutiva; então devem ser realizadas intervenções para abordar obstáculos à vacinação e adotadas estratégias culturalmente apropriadas que aumentem o acesso equitativo à vacina contra o HPV (Ferrer, Trotter, Hickman & Audrey, 2014).

Numa revisão sistemática e meta-análise verificou-se que em países com cobertura vacinal feminina de pelo menos 50%, as infeções provocadas pelo HPV 16 e 18 diminuíram em 68% entre os períodos pré-vacinação e pós-vacinação e as verrugas anogenitais diminuíram em 61% nas raparigas de 13-19 anos de idade. Reduções significativas também foram registadas nos tipos de HPV 31, 33 e 45 neste grupo etário de raparigas, o que sugere proteção cruzada. Além disso, reduções significativas nas verrugas anogenitais também foram relatadas em rapazes menores de 20 anos de idade e em mulheres entre os 20-39 anos de idade, o que sugere efeito rebanho. Em países onde a cobertura vacinal feminina é inferior a 50%, ocorrem reduções significativas de infeções provocadas pelo HPV 16 e 18 e verrugas anogenitais em raparigas menores de 20 anos de idade, no entanto, sem indicação de proteção cruzada ou efeitos rebanho (Drolet, et al, 2015).

Embora o PNV não contemple a vacina do HPV no homem, esta seria uma mais-valia para este grupo, na medida em que estes se encontram em risco de desenvolver verrugas genitais, neoplasias e cancro do pénis, da região perineal, perianal e anal associados ao HPV 6, 11, 16 e 18. Para além disso, os homens são um vetor da infeção e aumentam o risco de lesão para a mulher, pelo que, em termos de saúde pública, existem estudos que apontam que a vacinação em homens seria eficiente na diminuição do cancro do colo do útero (herd immunity) na presença de coberturas vacinais baixas em mulheres, especialmente em países de recursos limitados (SPG, 2010).

Neste contexto, a evidência mostra que devem ser implementadas estratégias de prevenção do HPV, nomeadamente através da vacinação. Os enfermeiros, enquanto profissionais de saúde de proximidade em constante contacto com as famílias e comunidades devem: sensibilizar sobre a disponibilidade da vacina contra o HPV e sua importância para prevenção do cancro do colo do útero; educar as adolescentes/famílias sobre os benefícios da vacina contra o HPV e outras estratégias disponíveis para a prevenção da infeção pelo HPV; combater a desinformação e os boatos que minam a aceitação da vacinação, fornecendo informações precisas (OMS, 21014).

1.3. Modelo de Enfermagem de Promoção da Saúde de Nola Pender

Segundo a OMS, a promoção da saúde é “um processo que visa tornar a pessoa apta a assumir o controlo e a responsabilidade da sua saúde” (Lavrack, 2004, p.12).

Loureiro e Miranda (2010) definem promoção da saúde como o “conjunto de esforços realizados colectiva e individualmente para que se concretize o potencial máximo de saúde a que podemos aspirar”.

O Modelo da Promoção da Saúde é um modelo muito relevante para a enfermagem, porque se aplica ao longo do ciclo de vida e é útil em diversos contextos (Tomey e Alligod, 2004). Assim, pode ser aplicado em atividades que proporcionam o desenvolvimento de recursos que mantenham ou intensifiquem o bem-estar da pessoa, identificando fatores que influenciam comportamentos saudáveis e servir de guia para explorar o complexo processo biopsicossocial que motiva indivíduos a adotarem comportamentos produtores de saúde (Victor et al, 2005).

Tendo em conta a finalidade da intervenção comunitária a desenvolver, que visa a prevenção do HPV nas adolescentes através da vacinação, o referencial de enfermagem de suporte é o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender. Este fornece uma estrutura simples e clara, através do qual o enfermeiro pode prestar cuidados de forma individual ou em grupo, permitindo planear, intervir e avaliar as suas ações (Victor et al, 2005).

Neste modelo estão presentes os conceitos de saúde, ambiente, pessoa e enfermagem, sendo que a saúde pode ser individual, familiar ou da comunidade e é vista como melhoria do bem-estar, no desenvolvimento de capacidades e não como ausência de doença (Pender, 2012).

Neste projeto, o conceito de **saúde** diz respeito quer à saúde individual, quer à saúde coletiva, na medida em que a vacinação para além de conferir imunidade individual, confere também imunidade de grupo.

O **ambiente** é o resultado das relações entre o indivíduo e o seu acesso aos recursos da saúde, sociais e económicos; no caso concreto diz respeito ao acesso que os indivíduos têm quer à vacinação, quer às outras medidas de prevenção da infeção por HPV.

No que refere à **pessoa**, é aquele que é capaz de tomar decisões, resolver problemas e alterar comportamentos de saúde, ou seja, as adolescentes/famílias, uma vez que são estes que podem tomar decisões face à sua saúde.

Por sua vez, o conceito de **enfermagem** relaciona-se com as intervenções e estratégias de enfermagem que visam o comportamento de promoção da saúde, sendo no caso específico, as intervenções e estratégias de enfermagem para prevenir o HPV.

O Modelo de Promoção da Saúde é constituído por três componentes: características e experiências pessoais, sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar e os resultados do comportamento. Estas componentes subdividem-se em variáveis (Pender, 2012),

As características e experiências individuais compreendem o comportamento anterior, que pode ser mudado (adesão à vacinação contra o HPV) e os fatores pessoais que se dividem em biológicos (sexo feminino e 14 anos de idade em 2016), psicológicos (motivação para adoção de comportamentos de prevenção do HPV – vacina contra HPV) e socioculturais (educação, nível socioeconómico).

Os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar é formado pelas variáveis: percebe benefícios do comportamento de promoção da saúde (perceção dos benefícios da prevenção do HPV através da vacinação), percebe as barreiras ao comportamento de promoção da saúde (medo de reações adversas; receio de dor; receio de início precoce atividade sexual), percebe autoeficácia (crenças das adolescentes/famílias acerca da capacidade que têm na prevenção do HPV através da vacinação), sentimentos em relação ao comportamento (crenças das adolescentes/famílias acerca da adesão à vacinação contra o HPV ser da sua responsabilidade), influências interpessoais (influência da família, grupo de pares e profissionais de saúde no comportamento de adesão à vacinação contra o HPV) e influências situacionais (contexto familiar e social como modelo de comportamento)

O resultado do comportamento abrange o compromisso com o plano de ação (adesão ao esquema recomendado para a vacina contra o HPV), exigências imediatas (ter que aderir à vacinação), preferências (querer aderir à vacinação) e comportamento de promoção da saúde (comportamento de adesão à vacina contra o HPV das adolescentes/famílias, capacitados para a prevenção do HPV através da vacinação) (Pender,2012) (Apêndice I).

2. METODOLOGIA

O Planeamento em Saúde foi a metodologia utilizada no projeto de intervenção comunitária. Segundo Imperatori e Giraldes (1993, p. 23) esta metodologia consiste na “racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários”, sendo entendido como um processo contínuo e dinâmico, no qual as decisões são programadas e previstas. Assim, “o planeamento não é só uma «forma de diminuir a angústia do futuro», mas de melhorar o futuro segundo os nossos desejos, em moldes de justiça e eficiência” (Imperatori e Giraldes, 1993, p. 21).

Imperatori e Giraldes (1993) defendem também, que o Planeamento em Saúde não se pode dissociar dos fatores que o condicionam, ou seja, dos fatores biológicos, meio ambiente, estilos de vida e do sistema de cuidados. Se estes fatores não forem tidos em conta, pode haver insucesso dos planos a serem instituídos.

No processo de Planeamento em Saúde, de acordo com Tavares (1990) e Imperatori e Giraldes (1993), o primeiro passo, consiste na elaboração do diagnóstico de situação. Este deve ser:

(...) suficientemente alargado aos sectores económicos e sociais, por forma a permitir identificar os principais problemas de saúde e respetivos factores condicionantes, suficientemente aprofundado para explicar as causas desses problemas e, fundamentalmente, sucinto e claro para ser facilmente lido e aprendido por todos e para que não se gastem demasiadas energias nesta fase, prejudicando as seguintes (Imperatori e Giraldes, 1993, p. 28).

2.1. Diagnóstico da Situação

Segundo Tavares (1990) no diagnóstico de situação identificam-se os problemas (estado de saúde julgado deficiente) e determinam-se as necessidades (diferença entre o estado atual e aquele que se pretende atingir). Deve ter como requisitos a descrição quantitativa da situação, o conhecimento dos fatores determinantes, a explicação da situação e a análise e avaliação da sua evolução. No

fim desta fase deverão ser definidos os principais problemas de saúde (Imperatori e Giraldes, 1993).

Só conhecendo as necessidades de saúde da população, que resulta duma conjugação das necessidades reais, expressas e sentidas, é possível definir os problemas de saúde onde é necessário intervir em função da oferta/procura dos serviços (Imperatori e Giraldes, 1993).

É necessário dispor de informações seguras, adequadas e recentes, sendo a qualidade e quantidade da informação um fator determinante.

2.1.1. Contexto

O projeto de intervenção comunitária foi realizado na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) Olivais. Esta é uma unidade de prestação de Cuidados de Saúde Primários que pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Lisboa Central. Este agrupamento, é constituído por 8 UCSP, 9 Unidades de Saúde Familiar (USF) Modelo A, 1 USF Modelo B, 1 Unidade de Cuidados na Comunidade, a Unidade de Saúde Pública e a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados.

O ACES Lisboa Central tem por missão garantir a prestação de Cuidados de Saúde Primários à população da sua área geográfica e as principais linhas estratégicas que conduzem a sua atividade são:

- Impulsionar estilos de vida saudáveis e prevenir a doença;
- Minimizar as iniquidades em saúde;
- Promover a cobertura universal e a continuidade dos cuidados de saúde;
- Melhorar a qualidade assistencial e promover a governação clínica;
- Apostar na qualificação e motivação dos profissionais;
- Fortalecer o nível organizacional e garantir a sustentabilidade do sistema.

A UCSP Olivais dá resposta à população das freguesias dos Olivais e do Parque das Nações, que surgiram da reorganização administrativa de Lisboa de 2013 e correspondem à antiga freguesia Santa Maria dos Olivais e parte da freguesia de Moscavide (concelho de Loures).

A freguesia dos Olivais tem uma área de 8,09 Km², 33.788 residentes e uma densidade populacional residente/Km² de 4.176,5; a freguesia do Parque das

Nações tem uma área de 5,44 Km², 21.025 residentes e uma densidade populacional/Km² de 3.864,9. Estas freguesias confinam a norte e a nordeste com o concelho de Loures, a sul com as freguesias de Alvalade e de Marvila, a oeste com a freguesia de Lumiar e a noroeste com a freguesia de Santa Clara (ACES Lisboa Central, 2015).

Embora as duas freguesias estejam unidas geograficamente, apresentam características distintas. A freguesia do Parque das Nações corresponde na sua maioria à área onde decorreu a Expo 98, sendo por isso uma área de intervenção recente (69% do edificado construído após 1991). Apresenta um índice de envelhecimento baixo (49%), o mais baixo da Cidade (183%). Tem 20% de população até aos 14 anos (Lisboa tem 13%), 18% de famílias com pessoas de 65 ou mais anos (Lisboa tem 39%), o maior número de pessoas com o mais alto grau de ensino (39% ensino superior) mas também o dobro (10%) do desemprego da Cidade (5%) (Câmara Municipal de Lisboa, 2016).

A freguesia dos Olivais, apesar de ter perdido cerca de um terço do seu território com a reestruturação, ainda representa 9% da área da cidade de Lisboa, 6% das famílias e indivíduos e 5% dos edifícios e alojamentos. Esta freguesia, tem uma ocupação maioritariamente residencial (92%), sendo que a maioria dos edifícios é do período 1946 a 1970 (62%). O rácio entre a população idosa e as crianças (0 a 14 anos) revela um maior peso da primeira (índice de envelhecimento de 247,5%), valor superior ao de Lisboa que como já referido anteriormente é de 183%. Metade das famílias têm pessoas de 65 ou mais anos, enquanto 19%, têm crianças com menos 15 anos. O ensino básico é a formação de cerca de um quarto da população, sendo o nível superior o segundo mais atingido (18%).

Em dezembro de 2015 estavam inscritos na UCSP Olivais 26.508 utentes, encontrando-se 9.495 como não frequentadores e 17.013 como frequentadores. Dos frequentadores, encontravam-se: 7.198 com médico de família, 9.756 sem médico de família e 59 sem médico de família por opção (Fonte: Gabinete de trabalho e gestão ACES, 2016).

Tal como para a população residente, verifica-se que a população inscrita na UCSP Olivais se caracteriza por elevados índices de envelhecimento e de dependência total, com uma faixa muito significativa da população acima dos 64 anos (ACES Lisboa Central, 2015) (Anexo V).

Os recursos humanos desta unidade são: 9 enfermeiros, 5 médicos, 5 assistentes técnicos e 1 assistente operacional. Para dar resposta à procura de cuidados associados aos utentes sem médico de família atribuído, o ACES Lisboa Central tem em regime de prestação de serviços médicos de empresas de trabalho temporário.

2.1.2. População e Amostra

Da análise dos dados da avaliação anual do PNV referente a 2015, verificou-se, que nas adolescentes, a vacina contra o HPV foi a que apresentou menor taxa de cobertura vacinal, revelando fraca adesão deste grupo à proteção específica, o que justifica a pertinência do projeto.

Apesar de se terem verificado taxas de cobertura vacinal para a vacina contra o HPV, abaixo do recomendado pela DGS em todos as coortes, optou-se por intervir nas adolescentes nascidas em 2002, ou seja as que completaram no ano civil de 2016 os 14 anos de idade, pois são estas, que caso não sejam vacinadas, acabam por não cumprir o esquema proposta pela DGS em setembro de 2014, aprovada pelo Despacho nº 11961/2014 (2ª série) do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde.

A escolha desta coorte, permitiu assim, vacinar as adolescentes aos 13 anos de idade, de acordo com o intervalo dos 10-13 anos, recomendado pela DGS, permitindo também, vacinar o mais precocemente possível as adolescentes que já tinham completado os 14 anos de idade e que não cumpriam a idade recomendada para a vacinação contra o HPV.

Após análise da listagem das adolescentes nascidas em 2002, inscritas na UCSP Olivais que não apresentavam registo vacinal em dia, recorreu-se ao Registo Centralizado de Vacinas (RCV) e Registo Nacional de Utentes (RNU) para verificar a existência de registos vacinais noutras unidades de saúde, tendo-se verificado:

- 19 inscrições inválidas (que foram ativadas), das quais 3 ficaram atualizadas pelo RCV;
- 7 inscrições posteriores a 2013 com registo vacinal em atraso, das quais 2 não foi possível obter qualquer registo vacinal através do RCV, 4 foram

atualizados os registo, mas mantêm vacinas em atraso e 1 ficou com registo vacinal completo.

Pelos dados obtidos, a **população alvo** foram as **122** adolescentes inscritas na UCSP Olivais nascidas em 2002 e a **amostra, 53** adolescentes inscritas na UCSP Olivais nascidas em 2002 que apresentavam a vacina contra o HPV em atraso.

2.1.3 Colheita de Dados

Numa primeira fase, para justificar a pertinência da temática, colheram-se dados recorrendo à avaliação anual do PNV referente a 2015, bem como ao SINUS, RCV e RNU. Posteriormente, com vista a caracterizar a população/amostra foram colhidos dados do processo clínico e das listagens da saúde escolar. Para a colheita destes dados, foi pedida autorização ao Sr. Presidente do Conselho Clínico do ACES (Apêndice II).

2.1.4. Análise dos Dados Obtidos

Das 53 adolescentes que apresentavam a vacina contra o HPV em atraso, 36 apresentavam as duas doses em falta e 17 apresentavam apenas a segunda dose, o que significa que já tinham iniciado o esquema vacinal.

Relativamente à caracterização da amostra, pelos dados obtidos através do processo clínico e listagens da saúde escolar, percebeu-se que a maioria das adolescentes não tem médico de família, não frequentam as escolas da área de abrangência da UCSP Olivais, têm morada pertencente à freguesia dos Olivais, seguindo-se a freguesia do Parque das Nações e, na sua maioria são de nacionalidade portuguesa. Percebeu-se também, que existe um grande número de adolescentes que embora estejam inscritas na unidade, nunca tiveram uma única consulta médica e que só 4 tiveram consulta no ano civil 2016 (Apêndice III).

2.1.5. Identificação dos Problemas

Da análise dos dados obtidos foram identificados os seguintes problemas:

- 43,4 % das adolescentes inscritas na UCSP Olivais nascidas em 2002 apresentam a vacina contra o HPV em atraso, das quais:
 - 29,5% apresentam as duas doses da vacina contra o HPV em atraso;
 - 13,9% apresentam apenas a segunda dose da vacina contra o HPV em atraso.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011, p.13) “para a articulação da prática de Enfermagem, é crucial uma terminologia que utilize a tecnologia científica mais moderna para a sua manutenção e desenvolvimento e que envolva a participação a nível mundial na investigação e na aplicação clínica”. Nesse sentido, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), é uma mais-valia, pois permite uma maior uniformização e visibilidade aos cuidados de Enfermagem. “(...) clarificam-se conceitos e diagnósticos, harmonizam-se intervenções e resultados. (...) surgindo como um importante suporte à definição de necessidades e das políticas de saúde” (OE, 2011, p.3).

Tendo em conta o mencionado anteriormente, a terminologia utilizada para a formulação dos diagnósticos foi a CIPE. De acordo com esta terminologia, os problemas identificados, foram convertidos nos seguintes diagnósticos de enfermagem:

- Não adesão à vacinação contra o HPV em 43,4% das adolescentes inscritas na UCSP Olivais nascidas em 2002;
- Potencial para melhorar adesão à vacinação contra o HPV nas adolescentes inscritas na UCSP Olivais nascidas em 2002, enquanto comportamento promotor da saúde.

2.2. Priorização dos Problemas

Esta etapa do planeamento, diz respeito ao processo de tomada de decisão, que visa uma utilização dos recursos de forma eficiente, pois para saber que problema se deve tentar solucionar em primeiro lugar, é necessário selecionar prioridades, facilitando assim a otimização dos resultados a atingir.

Decorrente da análise dos dados obtidos pelo SINUS, RCV e RNU foram identificados dois problemas, um que se prendem com a não adesão das adolescentes às duas doses da vacina contra o HPV e outro, que se relaciona com a não adesão apenas à segunda dose da vacina contra o HPV.

Tendo em conta a natureza dos problemas, foi possível intervir nos dois, no entanto, para uma melhor gestão dos recursos, nomeadamente das doses de vacinas disponíveis, foi necessário priorizar os problemas, para atuar numa primeira fase no mais prioritário.

Como referido por Imperatori e Giraldes (1993, p.65) “o principal óbice desta etapa é a subjetividade de que está carregada”, assim, para diminuir este facto, e a priorização não estar dependente apenas de um ponto de vista, foi pedida colaboração ao perito de vacinação do agrupamento e orientador de estágio, na determinação de prioridades (Apêndice IV).

A Grelha de Análise foi a técnica utilizada para determinar as prioridades. Esta tem como critérios a importância do problema, relação entre o problema e os fatores de risco, capacidade técnica de resolver o problema e a exequibilidade do projeto, como é perceptível na tabela que se segue.

Tabela 1: Grelha de Análise para determinação de prioridades segundo Pineault e Daveluy, 1986 (citado por Tavares, 1990).

| Problemas | Crítérios | Recomendações |
|--|---|---------------|
| 1 - 29,5% das adolescentes apresentam as duas doses da vacina contra o HPV em atraso | - Importância do problema.....(+) - Relação problema/fatores de risco(+) - Capacidade técnica de intervir.....(+) - Exequibilidade.....(+) | 1 |
| 2 – 13,9% das adolescentes apresentam apenas a segunda dose da vacina contra o HPV em atraso | - Importância do problema.....(-) - Relação problema/fatores de risco(+) - Capacidade técnica para intervir...(+) - Exequibilidade.....(+) | 9 |

Através da tabela, podemos perceber a decisão para cada critério da Grelha de Análise. Assim, como é perceptível, o principal critério diferenciador entre os dois problemas prende-se com a importância do problema, tendo-se considerado mais importante o facto de 29,5% das adolescentes apresentarem as duas doses da vacina contra o HPV em atraso, comparativamente com 13,9% das adolescentes apresentarem apenas a segunda dose da vacina em atraso, não só por ser mais representativo em termos numéricos, mas também porque nestas adolescentes não se verificou qualquer comportamento de adesão face à vacina contra o HPV.

A forma como se chegou às recomendações está representada esquematicamente no Apêndice V.

2.3. Fixação de Objetivos

A fixação de objetivos, é segundo Imperatori e Giraldes (1993, p. 79) “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto”. Os objetivos expressam os resultados que se pretendem alcançar para a população-alvo, através do desenvolvimento e da implementação de intervenções que procuram ter impacto ao nível dos comportamentos de procura de saúde dos indivíduos, não interessando por isso, objetivos vagos, muito abrangentes e inexecutáveis (Tavares, 1990).

Tendo por base os problemas identificados, definiu-se como finalidade:

Promover a adesão à vacina contra o HPV nas adolescentes com esquema vacinal em atraso, nascidas em 2002 inscritas na UCSP Olivais, como estratégia de prevenção das infeções por HPV, no período de novembro de 2016 a fevereiro 2017.

Segundo Imperatori e Giraldes (1993, p. 80) os objetivos operacionais são o “enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades dos serviços de saúde, traduzido em termos de indicadores de atividade”.

Assim, como objetivos operacionais definiram-se:

- Divulgar informação sobre a vacina contra o HPV como estratégia de prevenção das infeções por HPV a 80% das adolescentes nascidas em 2002, inscritas na UCSP Olivais e com esquema vacinal em atraso;

- Aumentar em 55% o status imunológico das adolescentes nascidas em 2002, inscritas na UCSP Olivais e com o esquema vacinal para a vacina contra o HPV em atraso;
- Atingir uma taxa de cobertura vacinal para a vacina contra o HPV de pelo menos 80%, nas adolescentes nascidas em 2002, inscritas na UCSP Olivais.

Os indicadores, representam “uma relação entre uma determinada situação e a população em risco dessa situação” (Tavares, 1990, p. 120). Segundo Tavares (1990), os indicadores de resultado ou de impacto medem as alterações verificadas num problema, já os indicadores de atividade ou execução medem as atividades desenvolvidas pelos serviços. “Pretende-se assim, com os indicadores de resultado, quantificar problemas, em ordem à consecução de objectivos, ao passo que os indicadores de execução quantificam actividades, em ordem à consecução de metas, contribuindo estas para que os objectivos sejam atingidos” (Tavares, 1990, p. 121).

Neste sentido, os indicadores de resultado para a avaliação do impacto da intervenção foram:

$$\frac{\text{Nº de adolescentes com a vacina contra o HPV em atraso a quem foi divulgada informação}}{\text{Nº de adolescentes com a vacina contra o HPV em atraso}} \times 100$$

$$\frac{\text{Nº de adolescentes com a vacina contra o HPV em atraso que aderiu à vacinação}}{\text{Nº de adolescentes com a vacina contra o HPV em atraso}} \times 100$$

$$\frac{\text{Nº total de adolescentes que aderiu à vacinação contra o HPV}}{\text{Nº total de adolescentes da "coorte"}} \times 100$$

E os indicadores de atividade para a avaliação da execução foram:

$$\frac{\text{Nº de adolescentes convocadas por telefone}}{\text{Nº total de adolescentes com vacina contra o HPV em atraso}} \times 100$$

$$\frac{\text{Nº de adolescentes convocadas por carta}}{\text{Nº total de adolescentes com a vacina contra o HPV em atraso}} \times 100$$

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de visitas domiciliárias}}{\text{N}^\circ \text{ total de adolescentes com a vacina contra o HPV em atraso}} \times 100$$

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de sessões individuais de Educação para a Saúde}}{\text{N}^\circ \text{ de adolescentes que confirmou presença para a sessão de Educação para a Saúde}} \times 100$$

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de folhetos enviados por correio eletrónico}}{\text{N}^\circ \text{ de sessões individuais de Educação para a Saúde realizadas}} \times 100$$

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de respostas ao correio eletrónico}}{\text{N}^\circ \text{ de correio eletrónico enviado}} \times 100$$

2.4. Seleção de Estratégias

Para Imperatori e Giraldes (1993) a seleção de estratégias é uma etapa essencial no processo de planeamento, permitindo conceber qual o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde prioritários, através de novas formas de atuação que permitam alcançar os objetivos fixados. Assim, as estratégias de saúde são “o conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo assim, um ou mais problemas de saúde” (Imperatori e Giraldes, 1993, p.87).

Tendo presente a finalidade da intervenção, foi necessário promover o capacitação das adolescentes que apresentavam a vacina contra o HPV em atraso, e suas famílias, para a adesão à vacinação como estratégia de prevenção do HPV, de modo a que adquiram conhecimentos sobre o HPV e suas formas de prevenção, que se reflitam em mudanças de comportamento, que traduzam ganhos em saúde.

Segundo Carvalho e Carvalho, (2006, p. 21) “para que haja mudança de comportamento é necessário que haja aprendizagem”, ou seja, que se utilize o conhecimento em diferentes situações e contextos, sendo que a aprendizagem corresponde a um trabalho que cada sujeito realiza sobre si próprio e implica motivação, compreensão da situação e mudança de comportamento. Assim, tendo em conta o modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, pretendeu-se intervir a

nível cognitivo para poder alterar o comportamento de forma eficaz e estabelecer-se um compromisso com o plano de ação que se mantenha ao longo do tempo.

Neste sentido, os cuidados de promoção de saúde que incluem “similarmente, o encorajamento dos indivíduos para adotarem estilos de vida saudáveis, ajudando-os a tomar consciência do seu próprio poder para o conseguirem” (Stanhope e Lancaster, 2011, p. 350), apresentam como interface a Educação para a Saúde, que segundo Carvalho e Carvalho visa facilitar a aquisição de comportamentos saudáveis, ajudando “as pessoas a tomar decisões racionais saudáveis, que lhe forneçam “empowerment” (Carvalho e Carvalho, 2006, p.19).

Para a OMS, a Educação para a Saúde é fundamental enquanto ferramenta da promoção da saúde, na melhoria da saúde das populações e na promoção do capital da saúde, tratando-se de qualquer combinação de experiências de aprendizagem que tenham por objetivo ajudar os indivíduos e as comunidades a melhorar a sua saúde, através do aumento dos conhecimentos ou influenciando as suas atitudes (OMS,2012; OMS,1998).

Assim, pretendeu-se que as adolescentes/famílias, através de estratégias de Educação para a Saúde, percebessem os benefícios para ação e se comprometessem com um plano de ação que visasse comportamentos promotores de saúde.

Como sugerido pelos resultados de um estudo desenvolvido por Nagpal et al (2016), que explorou a associação de conhecimento sobre o HPV e o tempo até a conclusão da série de vacinas quadrivalentes, os conhecimentos mais elevados sobre o HPV estão associado a um menor tempo de conclusão do esquema vacinal, pelo que, campanhas educacionais no momento da vacinação podem ser importantes para melhorar a adesão à vacina.

A Educação para a Saúde, revelou-se também fundamental sobre as influências interpessoais, nomeadamente nas famílias das adolescentes, no sentido de fomentarem nas adolescentes os benefícios para ação. Para além disso, no caso concreto da vacinação das adolescentes, o papel da família tem ainda mais relevância, pois se esta, não perceber os benefícios para ação, pode não consentir o ato vacinal em si, comprometendo de forma efetiva o comportamento que se pretende alcançar.

Neste sentido, uma das estratégias utilizadas, foi a Educação para a Saúde, desenvolvendo sessões individuais de Educação para a Saúde, sobre o HPV e formas de prevenção.

De acordo com o Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde da Direção-Geral da Educação, as abordagens multifacetadas são mais eficazes na obtenção de resultados de saúde e de educação, comparativamente com abordagens individuais de intervenção, no entanto, tendo em conta as características da população alvo, nomeadamente a sua heterogeneidade em termos de escola de frequência, foram colocadas de parte estratégias de Educação para a Saúde em grupo, nomeadamente através da Saúde Escolar. Por outro lado, as sessões de Educação para a Saúde individuais, permitem uma maior individualização, indo ao encontro das necessidades e expectativas das adolescentes e suas famílias, permitindo também, uma maior flexibilidade de horário para a realização das mesmas. Como referido por Stanhope e Lancaster (2011, p. 306) “para que a educação para a saúde seja eficaz, os enfermeiros devem avaliar as aptidões cognitivas dos que aprendem para que as expectativas e planos de formação sejam dirigidos ao nível adequado”, o que também é potenciado pelas sessões individuais.

Apesar da Educação para a Saúde, ter sido a abordagem escolhida, devemos ter sempre presente, que “a abordagem relacionada com o estilo de vida não encara necessariamente o comportamento como uma acção isolada sob o controlo autónomo do indivíduo, mas reconhece que ele é influenciado e condicionado por uma interação complexa de fatores sociais, políticos e culturais” (Lavrack, 2004).

Sendo a literacia para a saúde “o conhecimento das pessoas, a motivação e as competências para aceder, compreender, avaliar e aplicar informações sobre saúde, a fim de fazer julgamentos e tomar decisões na vida quotidiana em matéria de cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde, para manter ou melhorar a qualidade de vida durante o curso da vida” (European Health Literacy Project, 2012, p.7), ou seja “a capacidade individual de obter, processar e interpretar informações sobre saúde e serviços de saúde, com o objectivo de tomar decisões informadas” (Cavaco e Várzea, 2010, p.179) considerou-se necessário completar a Educação para a Saúde com outras estratégias. Desta forma, recorreu-se à divulgação de informação através de um folheto, pois este “confere autonomia aos seus utilizadores, em função das competências individuais de literacia” (Cavaco e

Várzea, 2010, p.179). Para além da autonomia que conferem aos utilizadores, os folhetos, constituem também, uma fonte de informação eficiente, fiável e económica que pode servir para complementar a informação fornecida pelos profissionais de saúde (Cavaco e Várzea, 2010).

O folheto utilizado, foi o folheto da DGS, intitulado “Papiloma Vírus Humano - (HPV)” (Anexo VI). Optou-se pela utilização deste folheto, em vez da elaboração de um para o efeito, pois provém duma fonte credível, onde o conteúdo está exposto de forma simples e clara e adequado à população alvo.

De referir ainda, que a forma de disponibilização desse folheto não foi a tradicional distribuição em papel e em mão.

Sendo a internet um universo que faz parte do quotidiano da maioria dos adolescentes e que entre outras coisas, constituiu um espaço de interação e aprendizagem (UNICEF, 2013), optou-se pelo envio do folheto por correio eletrónico, pois os adolescentes, de uma forma geral estão muito recetivos às novas tecnologias, daí julgarmos ser uma forma de transmissão de informação adequada à idade. Para além disso, a informação é transmitida com menores custos, podendo ser transportada mais facilmente a mais adolescentes e estar sujeita a um efeito bola de neve, na medida em que com facilidade as adolescentes a podem partilhar com o seu grupo de pares e nas redes sociais.

Relativamente às estratégias direcionadas às convocatórias, numa primeira fase convocou-se telefonicamente as adolescentes/famílias para a realização das sessões individuais de Educação para a Saúde. Numa segunda fase, foi feita convocatória recorrendo ao envio de carta e finalmente, quando as estratégias anteriores não resultaram, foi feita visita domiciliária.

No que diz respeito aos custos decorrentes das estratégias acima mencionadas, prenderam-se essencialmente com os custos decorrentes dos telefonemas efetuados, bem como para o envio das cartas e realização das visitas domiciliárias. Estiveram também relacionados com o aumento do consumo das vacinas contra o HPV, para administrar às adolescentes que se mostraram interessadas em ser vacinadas, após as sessões individuais de Educação para a Saúde. No que refere aos recursos humanos, não houve gastos acrescidos, uma vez que as estratégias foram desenvolvidas pela mestranda, com a colaboração dos restantes elementos da equipa, sem recurso a horas extra.

2.5. Preparação da Execução

Tendo em conta a metodologia do Planeamento em Saúde, a preparação da execução é a etapa que tem mais pontos em comum com a fase que lhe antecede e procede e é onde se estabelece uma lista detalhada das atividades a desenvolver (Imperatori e Giraldes, 1993). Para Tavares, no início desta etapa devem ser especificadas as atividades do projeto, sendo que estas “devem ser definidas em função dos objetivos operacionais estabelecidos, não devendo ser criadas actividades que não satisfaçam os objectivos previamente estabelecidos” (Tavares, 1990, p.169).

As atividades desenvolvidas, com vista à obtenção dos objetivos foram as que se seguem:

ATIVIDADE 1 - CONVOCATÓRIA PARA SESSÕES INDIVIDUAIS DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Nem sempre é fácil entrarmos em contacto com a população, seja por falta de disponibilidade da mesma, ou por falta ou imprecisão de contactos. Assim, conscientes deste facto, numa primeira fase as convocatórias foram feitas por contacto telefónico, tendo-se efetuado pelo menos três tentativas, em períodos do dia diferentes (período da manhã, hora de almoço e final da tarde), de modo a alargar a possibilidade das chamadas serem atendidas. Posteriormente optou-se pelo envio de carta e por fim, quando não se obteve resposta com as estratégias anteriores, optou-se pela visita domiciliária (Apêndice VI).

ATIVIDADE 2 - PROMOÇÃO DE ADESÃO À VACINAÇÃO

Sendo a Educação para a Saúde descrita pela OMS (2012) como a criação de oportunidades para a aprendizagem destinadas a melhorar a literacia em saúde, aumentar os conhecimentos, e desenvolver habilidades que favoreçam quer a saúde individual quer a saúde comunitária e estando segundo Stanhope e Lancaster (2011) integrada nos cuidados de promoção da saúde cujo objetivo é o *empowerment* dos indivíduos para a adoção de estilos de vida saudáveis, esta foi a estratégia

privilegiada para capacitar as adolescentes e suas famílias para adesão à vacina como forma de prevenção das infeções por HPV.

De modo a atingir os objetivos estabelecidos e de acordo com as características da população, foi prevista a realização de sessões de Educação para a Saúde individuais, como estratégia de prevenção das infeções por HPV nas adolescentes nascidas em 2002, inscritas na UCSP Olivais com esquema vacinal em atraso, através da divulgação de informação sobre a vacina contra o HPV (Apêndice VII). A duração prevista para a realização de cada sessão foi de 15 minutos, tendo sido abordados aspetos como: o que é o HPV, incidência, sintomas, medidas preventivas e vacinação. Em todas as sessões foi deixado espaço e dada abertura para esclarecimento de dúvidas, quer por parte das adolescentes, quer por parte dos seus familiares.

ATIVIDADE 3 - PROTEGER CONTRA O HPV

Após realização das sessões de Educação para a Saúde, foi facilitado o acesso à vacinação (Apêndice VIII). Assim, sempre que desprotegidas para a infeção por HPV, as adolescentes, com a devida autorização dos seus familiares, foram convidadas a ser imunizadas com a vacina contra o HPV, desde que reunidas as condições necessárias. Após a realização do ato vacinal propriamente dito, foram efetivados os respetivos registos no Boletim Individual de Saúde, na base de dados SINUS e no SCLINIC.

ATIVIDADE 4 – DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÃO

Relativamente à estratégia utilizada para divulgação de informação através de um folheto (Apêndice IX), convém referir, que embora a forma de divulgação escolhida tenha sido o correio eletrónico, nos casos em que as adolescentes/famílias não tinham este recurso, o respetivo folheto foi entregue de forma tradicional, em suporte de papel.

Com vista a avaliar a efetividade do envio do folheto por correio eletrónico, foi solicitado às adolescentes/famílias, que acusassem a receção do mesmo.

2.6. Avaliação

A avaliação representa a última fase da metodologia do Planeamento em Saúde e segundo Imperatori e Giraldes (1993) liga-se circularmente com a fase do diagnóstico da situação e implica comparar algo com um padrão ou modelo e envolve uma finalidade operativa que é corrigir ou melhorar. Ainda para os autores, “a maior parte dos elementos utilizados na avaliação são-no sob a forma de indicadores”, através dos quais é possível conhecer a realidade e registar os avanços alcançados com as intervenções realizadas.

Sendo a avaliação o completar de um ciclo e não sendo as etapas estanques, durante a fase de implementação, percebeu-se que a amostra era efetivamente mais pequena do que a determinada no diagnóstico da situação. Assim, à medida que foram implementadas as estratégias de convocação para as sessões de Educação para a Saúde, deparamo-nos com situações de adolescentes que foram contabilizadas como tendo a vacina contra o HPV em atraso, quando efetivamente estão a residir noutra país, daí não recorrerem aos serviços do sistema nacional de saúde e não se ter efetuado a atualização do registo vacinal através do RCV/RNU na fase do diagnóstico da situação.

Sempre que se confirmaram estas situações, procedeu-se à exclusão das respetivas adolescentes no SINUS vacinação, para permitir que as taxas de cobertura vacinal da população sejam o mais realistas possível. Assim, foram excluídas 12 adolescentes, tendo a população ficado 110 e a amostra 41.

Houve ainda, situações de adolescentes que não se conseguiram contactar telefonicamente, por carta ou através de visita domiciliária, ficando a dúvida se estão a residir na área ou não. Nestes casos e esgotadas as possibilidades de contacto, estas adolescentes constam como tendo a vacina em atraso, mas efetivamente, sem a certeza de tal facto.

Sendo os indicadores, como referido anteriormente, a maior parte dos elementos usados na avaliação, tornou-se fundamental elaborar indicadores que permitissem avaliar os resultados do projeto. Assim, com o intuito de avaliar da melhor forma possível, foram aplicadas as fórmulas de cálculo dos indicadores, apresentadas na fase de fixação de objetivos. Os dados obtidos estão apresentados na tabela que se segue.

Tabela 2: Taxas de Impacto

| Taxa de impacto | Resultado | Objetivo |
|--|------------------|-----------------|
| Taxa de adolescentes com a vacina contra o HPV em atraso a quem foi divulgada informação | 78% | 80% |
| Taxa de adolescentes com a vacina contra o HPV em atraso que aderiu à vacinação | 78% | 55% |
| Taxa total de adolescentes que aderiu à vacina contra o HPV | 88% | 80% |

Tabela 3: Taxas de Atividade

| Atividade | Taxa de atividade |
|--|--------------------------|
| Convocações por telefone | 100% |
| Convocações por carta | 36,6% |
| Visitas domiciliárias | 26,8% |
| Sessões individuais de Educação para a Saúde | 91,4% |
| Folhetos enviados por correio eletrónico | 96,8 |
| Respostas ao correio eletrónico | 80,6% |

Como é perceptível pela análise da tabela 2, as taxas de impacto obtidas, superaram os objetivos operacionais inicialmente delineados, com exceção da taxa de adolescentes com a vacina contra o HPV em atraso a quem foi divulgada informação. Este resultado, é facilmente explicado pelo facto de não se ter conseguido contactar (e por isso convocar para as sessões de Educação para a Saúde) 8 adolescentes/famílias, correspondentes a 19,5% da amostra. Destas adolescentes, 7 eram desconhecidas na morada e uma (1) conhecida pela vizinha, que ficou de informar da nossa visita.

A taxa de adolescentes com a vacina contra o HPV em atraso, que aderiu à vacinação, superou largamente o objetivo, o que se reflete também na taxa de cobertura vacinal para a vacina contra o HPV na coorte. Esta taxa, não só supera a meta de 85% estabelecida pela DGS, como também os resultados obtidos a nível nacional, na avaliação referente a 2015, para a coorte.

De referir também, que as sessões realizadas foram avaliadas tendo em conta o número total de adolescentes, que após as mesmas, aderiu à vacinação

como estratégia de prevenção do HPV, sendo que a taxa de adesão à vacina contra o HPV após as sessões de Educação para a Saúde foi de 100%.

No que refere às taxas de atividade, as convocações por telefone, por carta e visita domiciliárias, foram calculadas tendo em conta o número de telefonemas, cartas e visitas domiciliárias realizados, independentemente de estes terem sido bem-sucedidos ou não. Já a adesão e participação às sessões de Educação para a Saúde, foi calculada considerando o número de adolescentes convocadas que confirmaram a sua presença na mesma.

Pelos dados obtidos, percebeu-se que a escolha da estratégia de Educação para a Saúde foi a correta, pois todas as adolescentes aderiram a vacinação contra o HPV como estratégia de prevenção do HPV, após as sessões.

No que refere às estratégias de divulgação de informação, consideramos que o envio do folheto por correio eletrónico, foi uma boa escolha, pois 96,8% das adolescentes/famílias disponham deste recurso, tendo 80,6% das adolescentes/famílias acusado a receção do mesmo.

Quanto às estratégias de convocação, verificou-se que, na amostra em questão, o envio de cartas não foi uma estratégia eficaz, uma vez que não houve resposta de nenhuma adolescente/familiar ao envio destas. O mesmo se verificou com as visitas domiciliárias, tendo apenas se conseguido contactar uma adolescente/família através desta estratégia.

As intervenções desenvolvidas com as adolescentes/famílias, tiveram como último foco a obtenção de ganhos em saúde, esperando-se que as adolescentes/famílias, adotassem comportamentos compatíveis com o conhecimento adquirido durante a intervenção, ou seja, adesão à vacinação como forma de prevenção do HPV.

No PNS 2012-2016, os ganhos em saúde são entendidos como resultados positivos em indicadores da saúde que incluem a respetiva evolução

e traduzem-se por ganhos em anos de vida, pela redução de episódios de doença ou encurtamento da sua duração, pela diminuição das situações de incapacidade temporária ou permanente, pelo aumento da funcionalidade física e psicossocial e, ainda, pela redução do sofrimento evitável e melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde (DGS, 2012, p.2).

Os resultados atingidos, permitem afirmar que, decorrente das intervenções realizadas, se verificaram alterações de comportamento, nomeadamente adesão à

vacinação como estratégia de prevenção de infeções por HPV, que se traduz em ganhos em saúde. Estes ganhos não são só para o indivíduo, mas também para a comunidade, uma vez que atingidas determinadas taxas de cobertura vacinal se pode falar em imunidade de grupo.

Numa sociedade e num tempo, em que a parte económica assume cada vez maior destaque, pode falar-se também em ganhos para a economia, uma vez que se poupam recursos e gastos com a saúde evitando a doença.

3. QUESTÕES ÉTICAS

A ética, no seu sentido mais amplo, é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta (...). Para os especialistas, a ética significa a avaliação crítica e a reconstituição dos conjuntos de preceitos e de leis que regem os julgamentos, as acções e as atitudes no contexto de uma teoria no âmbito da moralidade (Fortin, 2003,p.114).

No sentido de proteger os direitos e liberdade das pessoas que participam em processos de investigação, cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos foram determinados pelos códigos de ética, são eles: o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e o direito a um tratamento justo e leal (Fortin, 2003).

A Enfermagem, enquanto ciência do cuidar, implica a dimensão ética, tanto a nível da prática de cuidados, como ao nível da investigação. Assim, consciente da necessidade de respeitar os princípios éticos, ao longo da elaboração e implementação deste projeto, foram feitos esforços para que o mesmo decorresse de acordo com os pressupostos éticos, morais e deontológicos que orientam a profissão de Enfermagem. Nesse sentido, foi pedida e obtida autorização por parte da direcção, para o desenvolvimento do projeto, bem como para a utilização de dados (Apêndice II e X).

Outro dos aspetos tidos em conta, foi a relação entre os riscos e os benefícios, e apresentando a vacina contra o HPV, tal como todas as vacinas autorizadas no mercado europeu “um elevado grau de segurança, eficácia e qualidade” (DGS, 2017, p.58), avançou-se com a implementação do projeto.

De referir também, que a participação das adolescentes e seus familiares foi voluntária, tendo-lhes sido dada informação sobre o objetivo geral do projeto e assegurada a confidencialidade das informações cedidas e a não violação da privacidade e do anonimato. Estas informações foram fornecidas oralmente, através de uma explicação prévia.

O princípio da autonomia das adolescentes e dos seus familiares foi respeitado, e para que tal ocorresse esforços foram feitos para a capacitação para a prevenção do HPV. Esta capacitação, entre outras coisas, foi concretizada através

da realização de sessões de Educação para a Saúde individuais, bem como esclarecimento de dúvidas e questões através de conversas informais.

Outra das questões para a qual houve preparação e que pode levantar questões éticas prende-se com o facto de potenciais situações de recusa vacinal. Como já foi mencionado, as adolescentes já não são crianças pequenas, no entanto, nos termos da lei, o consentimento dos pais é necessário para o ato vacinal.

Para além dos pais, as adolescentes que são vacinadas também precisam ser informadas sobre os riscos e benefícios, para que possam aceitar a vacinação. Antecipando possíveis situações em que a adolescente expressa o desejo de ser vacinada, enquanto os seus pais se recusam expressamente a consentir, foi pedido parecer à OE face a estes casos (Apêndice XI e XII).

Apesar de ao longo da implementação deste projeto, não se terem verificado situações de recusa vacinal por parte dos pais, quando as adolescentes manifestam o desejo de ser vacinadas, o pedido de esclarecimento à OE foi uma mais-valia para a continuidade deste projeto e também para a prática profissional diária, pois este tipo de casos, são sempre passíveis de ocorrer.

De referir também, que esta questão já se encontra contemplada no novo PNV. Assim,

entende-se que as pessoas com mais de 16 anos que se apresentam para vacinação e são devidamente informadas, dão o seu consentimento. Em pessoas < 16 anos de idade, as vacinas podem ser administradas, desde que:

- Esteja presente quem tenha a guarda do menor

ou

- Exista consentimento, por escrito, acompanhado do documento de identificação de quem tenha a guarda do menor (DGS, 2017, p.19).

4. LIMITAÇÕES DO PROJETO

Todo o processo de implementação deste projeto, constituiu um grande desafio, e sem dúvida, que a motivação pessoal e profissional foi determinante para o sucesso do mesmo. Apesar disso, foram sentidas algumas dificuldades e inevitáveis limitações.

Apesar da boa adesão das adolescentes/famílias às sessões individuais de Educação para a Saúde, à medida que estas iam sendo convocadas para as mesmas, deparámo-nos com adolescentes que já não residem em Portugal e que foram contabilizadas como tendo a vacina contra o HPV em atraso, quando na realidade estão fora do país.

Houve também situações, em que não foi possível convocar as adolescentes, pelas estratégias adotadas (telefone, carta e visita domiciliária), ficando a dúvida se estão realmente em território nacional e se efetivamente terão a vacina em atraso. Tendo em conta este facto, foi solicitado aos responsáveis da vacinação do agrupamento, diretrizes de atuação, a seguir neste tipo de situações.

Pelo exposto e tendo em conta as adolescentes que foram excluídas do SINUS vacinação, por já não residirem em Portugal, a amostra e a população diminuiram ao longo da implementação do projeto, o que nos pode levantar a questão se o diagnóstico da situação foi bem realizado. No entanto e tendo em conta a natureza do projeto, se fossem usadas as estratégias utilizadas para a convocação para as sessões de Educação para a Saúde, unicamente para colheita de dados, poderíamos estar a ignorar e conseqüentemente perder oportunidades de vacinação o que iria contra o preconizado pela DGS. Para além disso, convém não esquecer que o Planeamento em Saúde é um “(...) processo contínuo e dinâmico. Não se poderá nunca considerar uma etapa do processo de planeamento como inteiramente concluída, porque na fase seguinte será sempre possível voltar atrás e recolher mais informações que levem a refazê-la” (Imperatori e Giraldes, 1993, p.28).

Ao longo da implementação deste projeto, houve também alguma dificuldade inerente à obtenção do efetivo registo vacinal das adolescentes, pois não estando os registo centralizados implementados a nível nacional, é muito difícil obtermos os dados reais do registo vacinal, o que obviamente acarreta mais tempo e recursos

para se obterem resultados que nem sempre são os reais. Tal facto, em fim de linha, pode levar também à elaboração de medidas e estratégias integradas no PNS desadequadas.

Outros dos fatores limitadores do projeto foi o tempo, pois para avaliar o impacto efetivo das intervenções e os respetivos ganhos em saúde seria necessário continuar a acompanhar a amostra ao longo do tempo e perceber se as adolescentes que apresentavam as duas doses da vacina contra o HPV em atraso, apresentaram comportamento de adesão relativamente às restantes doses da vacina que lhes permitam concluir o esquema vacinal.

Finalmente, considera-se que teria sido uma mais-valia a implicação mais ativa dos restantes membros da equipa multidisciplinar, nomeadamente médicos e administrativos, através de sessões de sensibilização para a problemática, de forma a estes ficarem mais motivados para a função de agentes motivadores e de mudança no que refere à prevenção do HPV nas adolescentes através da vacinação.

Sentida a necessidade de alargar o campo de intervenção deste projeto aos profissionais de saúde, espera-se que esta etapa do trabalho tenha continuidade num futuro próximo, através da realização de ações de sensibilização para a problemática, para que assim se atue tendo em conta as normas da DGS.

5. IMPLICAÇÕES/RECOMENDAÇÕES PARA A PRÁTICA

A realização deste projeto, através do diagnóstico da situação, permitiu conhecer determinadas características da população que determinaram o curso das intervenções que lhe seguiram.

Como já foi referido, a população alvo da intervenção, caracteriza-se por uma grande heterogeneidade, onde se verificam baixas taxas de contactos com a UCSP. Assim, e tendo em conta esta característica, foi convocada reunião com os coordenadores de enfermagem, médico e administrativo da unidade, para em conjunto avaliarmos o que motiva este facto e delinear-mos estratégias para não se perderem oportunidades de capacitação das adolescentes com a vacina contra o HPV em atraso, relativamente à importância da mesma na prevenção desta infeção.

A referida reunião, teve também como intuito perceber o funcionamento e a qualidade dos serviços prestados, nomeadamente o que poderia ser melhorado no processo de adesão das adolescentes/famílias à proteção específica.

Entre equipa multidisciplinar, ficou então definido, que sempre que se inscreva um novo utente, o setor administrativo deve enviar para o enfermeiro; se tal não for possível, deve agendar o mesmo para que se proceda à atualização do registo vacinal ou atualização o estado vacinal, de modo, a reduzir o número de utentes com inscrições recentes, sem qualquer registo vacinal.

Ficou também determinado com o coordenador médico e administrativo que, sempre que se deparem com utentes que apresentem as vacinas em atraso, devem fazer encaminhamento para a equipa de enfermagem, sendo que este encaminhamento pode ser direto para não se perderem oportunidades de vacinação, ou se tal não for possível, deve deixar-se agendamento feito.

Foi igualmente discutida a possibilidade de aumentar a acessibilidade dos adolescentes até aos 18 anos às consultas médicas e de enfermagem, no entanto devido à falta de recursos humanos, tal não foi possível.

As estratégias definidas, não se destinaram apenas à amostra deste projeto, pois é esperado que se dê continuidade ao mesmo, aplicando todas as estratégias a outras coortes.

Decorrente da implementação e trabalho desenvolvido no âmbito deste projeto, as estratégias determinadas, serão alargadas a toda a população da unidade, sendo que a mestranda ficou responsável pela vacinação da UCSP.

De salientar ainda, que este tipo de implementação, permitiu a vacinação oportunista das adolescentes para as restantes vacinas do PNV, o que se refletiu num aumento da taxa de cobertura vacinal global para a coorte de 52% para 84%.

Finalmente, tendo-se verificado a necessidade de existir maior rigor nos registos das vacinas administradas, nomeadamente por parte de entidades privadas, foi contactado o enfermeiro responsável pela vacinação do ACES, para que possam ser tomadas diligencias para colmatar este facto.

6. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Enquanto futura enfermeira especialista, é expectável que tenha desenvolvido uma série de competências. Mas afinal o que são as competências?

Para Fleury e Fleury (2001, p. 188), competência é “um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem valor económico à organização e valor social ao indivíduo”.

Com a realização deste projeto, pretendeu-se desenvolver competências na área da Enfermagem Comunitária, indo ao encontro das Competência Específicas descritas no Regulamento da Ordem dos Enfermeiros, na avaliação do estado de saúde de um grupo tendo como base a metodologia de Planeamento em Saúde.

De forma a apoiar o trabalho de projeto, numa primeira fase, houve a necessidade de rever a literatura com base na evidência científica, a legislação em vigor, as políticas de saúde, bem como as orientações da DGS e da OMS. Houve também necessidade de validação junto do serviço onde foi desenvolvido o projeto, sobre a pertinência do mesmo.

Pela pesquisa efetuada, percebeu-se que o HPV é um vírus com alta taxa de transmissibilidade, sendo a vacina contra o HPV uma ferramenta importante na sua prevenção. Assim, numa perspetiva de saúde pública, tendo por base uma abordagem comunitária, a vacinação das adolescentes contra o HPV é fundamental.

Com vista a promover e desenvolver os conhecimentos das adolescentes/famílias sobre a problemática de saúde, recorreu-se ainda, ao Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, para a articulação e interpretação de conceitos.

Procedeu-se também, à caracterização do local de estágio, bem como da sua população. Embora, exerça a atividade profissional no local onde o projeto foi desenvolvido, esta caracterização foi fundamental para a aquisição de competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária, pois sendo este responsável por identificar as necessidades dos indivíduos/famílias e grupos de determinada área geográfica (OE, 2010), é fundamental que tenha uma visão geral

das características da população à qual presta cuidados, visão esta, que foi fundamental para o diagnóstico da situação.

Assim, as atividades realizadas para caracterizar a amostra, ajudaram a adquirir competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária, na medida em que auxiliaram a proceder à elaboração de diagnósticos de saúde de um grupo da comunidade, utilizando a metodologia do Planeamento em Saúde, tal como definido pela OE, que refere como sendo da competência específica do Enfermeiro Especialista de Saúde Comunitária e Saúde Pública: “estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade” (OE, 2010, P.2).

Todas as atividades desenvolvidas ao longo da implementação deste projeto, tiveram como finalidade contribuir para o processo de capacitação e *empowerment* das adolescentes/famílias para adesão à vacina contra o HPV como forma de prevenção do HPV. Assim, através de todas as estratégias, com um destaque especial, para as sessões de Educação para a Saúde individuais, conseguiu-se adquirir a competência referente à capacitação de grupos e comunidades, o que pode ser materializado através das taxas de cobertura vacinal para a vacina contra o HPV, nas adolescentes, antes e após a implementação do projeto (Anexo VII e VIII).

Para além das atividades que visaram a aquisição de competências específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Comunitária e Saúde Pública, foram também desenvolvidas atividades com vista à aquisição de competências gerais comuns ao enfermeiro especialista, nomeadamente competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. Assim, no que refere às competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, foram pedidas as devidas autorizações ao serviço para desenvolvimento do mesmo e utilização dos dados, bem como consentimento informado dos utentes.

Para além disso, o princípio da autonomia das adolescentes e dos seus familiares foi respeitado e para que tal fosse possível, houve a capacitação para a prevenção do HPV.

Antecipando eventuais situações de recusa vacinal por parte das adolescentes/familiares, que poderiam levantar questões éticas e legais, foi pedido parecer à OE face a esta questão.

Relativamente às competências do domínio da melhoria contínua da qualidade, ao utilizar as etapas da metodologia do Planeamento em Saúde

contribuiu-se para a qualidade dos cuidados prestados, uma vez que a elaboração do projeto teve como base as reais necessidades diagnosticadas ou seja, baixo status imunológico nas adolescentes para a vacina contra o HPV.

Para a aquisição de competências no domínio da gestão dos cuidados, antes do ato vacinal propriamente dito, a avaliação de conhecimentos, atitudes e crenças sobre vacinas contra o HPV foi fundamental, pois ajudou a enfrentar barreiras como o medo de efeitos adversos e equívocos sobre o efeito da vacinação sobre a fertilidade. O envolvimento e construção de alianças com outros profissionais de saúde foi também importante, uma vez que estes constituem um veículo para nos fazerem chegar estas adolescentes/famílias.

No que se refere às competências do domínio das aprendizagens profissionais, houve uma preparação para a intervenção comunitária na minha praxis, tendo adquirido competências que me permitiram desenvolver uma prática baseada na evidência, promovendo a qualidade dos cuidados prestados, traduzindo-se certamente em ganhos de saúde para a comunidade. Para além disso, os momentos de reflexão permitiram-me conhecer os meus limites, aumentar a minha autoconsciência e dar sentido à ação e assim desenvolver-me profissionalmente enquanto enfermeira e futura enfermeira especialista.

Finalmente, e tendo em conta os descritores de Dublin, houve também desenvolvimento de competências referentes ao 2º ciclo do ensino superior.

Assim, as competências transversais, inerentes ao 2º ciclo adquiridas, foram ao nível da aquisição, integração e aplicação de conhecimentos; capacidade de comunicação e capacidade de aprendizagem.

Especificamente na área de Enfermagem, e no que diz respeito à aquisição e aplicação de conhecimentos, a pesquisa da melhor evidência permitiu aprofundar conhecimentos e problematizar a temática, enquadrando-a no quadro geral da saúde em Portugal e no mundo; aumentar a consciência crítica das questões relativas aos conhecimentos da área em estudo; refletir sobre a prática e seguir com a implementação deste projeto.

Permitiu também, o trabalho autónomo, a adaptação a novas situações e a resolução de problemas, nomeadamente através do desenvolvimento de planos de Educação para a Saúde, tendo sempre presente as responsabilidades sociais e éticas.

Para além disso, facilitou a análise crítica das práticas e perspetivação/gestão de mudança ao nível da prestação de cuidados na área em estudo.

Quanto às competências de comunicação, entre outras coisas, verificou-se a afirmação do profissional de enfermagem no seio da equipa multidisciplinar, permitindo a emissão de opiniões fundamentadas sobre assuntos relacionados com a problemática, bem como a análise das condições em que exerce a atividade profissional, identificando recursos e insuficiências, tendo em vista a implementação de mudanças necessárias. Ou seja, houve o assumir de responsabilidades de forma a contribuir para os conhecimentos e as práticas profissionais e rever o desempenho estratégico da equipa multidisciplinar.

Por último, no que se refere às aprendizagens, todo este percurso concedeu a oportunidade de aprendizagem mais autónoma e autodirigida. Favoreceu ainda, como anteriormente referido, ampliar a autoconsciência, reconhecendo as crenças e valores e o modo como podem influenciar o exercício profissional, bem como, conhecer-se na sua relação com o outro, tendo consciência do impacto que provoca a sua intervenção.

7. CONCLUSÃO

Constituindo a infeção por HPV a infeção viral mais comuns do trato reprodutor, estimando-se que cerca de 75% dos homens e mulheres sexualmente ativos venham a ter pelo menos uma infeção por HPV ao longo da sua vida, estratégias de promoção da saúde são fundamentais, nomeadamente nas classes mais jovens, onde a incidência do HPV é maior.

Através da metodologia de Planeamento em Saúde e norteado pelo referencial teórico da Promoção da Saúde de Nola Pender, o presente projeto permitiu realizar o diagnóstico de situação da população, sendo que os problemas identificados, foram convertidos nos diagnósticos de enfermagem: não adesão à vacinação contra o HPV em 43,4% das adolescentes inscritas na UCSP Olivais nascidas em 2002 e potencial para melhorar adesão à vacinação contra o HPV nas adolescentes inscritas na UCSP Olivais nascidas em 2002, enquanto comportamento promotor da saúde.

Sendo o enfermeiro responsável por promover um clima positivo, servindo como um catalisador para a mudança, de forma a aumentar a capacidade do indivíduo para manter essa mudança (Pender, Murdaugh e Parsons, 2014), ao longo da implementação deste projeto, foram desenvolvidas atividades que tiveram como finalidade capacitar as adolescentes/famílias, para a adesão à vacinação como estratégia de prevenção do HPV.

Decorrente das intervenções realizadas, que tiveram como intuito intervir ao nível da prevenção primária, ocorreram alterações significativas ao nível do comportamento promotor da saúde – adesão à vacinação contra o HPV, pois passou-se de um comportamento potencialmente de risco de infeção pelo HPV, para um de promoção de saúde, pela imunização. Tal aspeto, é perceptível pelo facto de 78% das adolescentes que apresentavam a vacina contra o HPV em atraso, terem aderido à vacinação, como forma de prevenir infeções pelo HPV, o que se refletiu na taxa de cobertura vacinal para a vacina contra o HPV na população nascida em 2002, ter passado de 54% para 88%, ultrapassando desta forma os objetivos propostos inicialmente.

De referir também, que os resultados obtidos deveram-se não só à capacitação das adolescentes, mas também das suas famílias, pois estas, em termos legais, tiveram que consentir o ato vacinal propriamente dito.

Por tudo o que foi dito, o desenvolvimento deste projeto de intervenção comunitária permitiu não só a aquisição de novos conhecimentos e competências, como também, através da promoção da saúde, intervindo na comunidade a obtenção de ganhos em saúde.

Este trabalho, representou assim a alavancagem quer para a aquisição de novos conhecimentos e competências, como também para a realização de diversas atividades em função dos objetivos delineados, tendo em conta a sua finalidade.

Quanto ao futuro, e tendo em conta as restrições económicas que o setor da saúde tem sido alvo nos últimos tempos, parece essencial a criação e manutenção de projetos assentes na promoção da saúde, para a melhoria dos cuidados prestados à comunidade, sendo que os Enfermeiros Especialistas em Saúde Comunitária e Saúde Pública têm um papel fundamental, pois é da sua responsabilidade a implementação e coordenação deste tipo de projetos.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Central (2015). *Plano de Desempenho 2015*. Lisboa: Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa.
- Apte, G., Pierre-Joseph, N., Vercruysse, J. L., & Perkins, R. B. (2015). Could Poor Parental Recall of HPV Vaccination Contribute to Low Vaccination Rates? *Clinical Pediatrics*, 54(10), 987-991 5p. DOI:10.1177/0009922815590115.
- Bagcchi, S. (2015). HPV vaccination unlikely to promote risky sexual behaviours. *Lancet Oncology*, 16(3), e111-e111 1p. DOI:10.1016/S1470 2045(15)70068-9.
- Carvalho, A. & Carvalho, G. (2006). *Educação para a Saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência.
- Cavaco, F. & Várze, D. (2010). Contribuição para o estudo da leitura de folhetos informativos nas farmácias Portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28, 179-186.
- Circular Normativa Nº: 22/DSCS/DPCD de 17 de Outubro de 2008. Programa Nacional de Vacinação (PNV) Introdução da vacina contra infeções por Vírus do Papiloma Humano. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Educação. *Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Educação.
- Direção-Geral da Saúde (2002). *A Vacinação e a Sua História*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2015). *Boletim Vacinação Nº9 – PNV – Avaliação 2014*. Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2016). *Doenças Oncológicas em Números – 2015: Programa Nacional para as Doenças Oncológicas*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2014). Norma I Nº 016/2014 de 29 de Setembro de 2014 atualizada a 1 de Outubro de 2014. Programa Nacional de Vacinação - Alteração do esquema da vacina contra infeções por vírus do Papiloma humano (HPV). Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

- Direção-Geral da Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016: 4.1. Objetivo para o Sistema de Saúde - Obter Ganhos em Saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016: 4.2. Promover Contextos Favoráveis à Saúde ao Longo da Vida*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2012). *Programa Nacional de Vacinação 2012*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2017). *Programa Nacional de Vacinação 2017*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2008). *Vacinação contra infecções por Vírus do Papiloma Humano (HPV)*. Direção-Geral da Saúde.
- Drolet, M., Bénard, É., Boily, M., Ali, H., Baandrup, L., Bauer, H., & ... Markowitz, L. (2015). Population-level impact and herd effects following human papillomavirus vaccination programmes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infectious Diseases*, 15(5), 565-580 16p. **DOI:**10.1016/S1473-3099(14)71073-4.
- Eisenstein, E. (2005). Adolescência: definições, conceitos e critérios. *Adolescência & Saúde* (2), 6-7. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=167
- Feliciano, J. (2002) – A Vacinação e a sua História. *Cadernos da Direcção-Geral da Saúde*, 2, 3-7.
- Ferrer, H. B., Trotter, C., Hickman, M., & Audrey, S. (2014). Barriers and facilitators to HPV vaccination of young women in high-income countries: a qualitative systematic review and evidence synthesis. *BMC Public Health*, 14(1), 700-700 1p. **DOI:**10.1186/1471-2458-14-700
- Fleury, M.T.L.& Fleury, A. (2001). Construindo o conceito de competência. RAC, Edição Especial. p. (183-196).
- Fortin, M.F. (2003). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. (N. Salgueiro, Trad.). (3ª ed.). Loures: Lusociência. (Tradução do original *Le processus de la recherché: de la conception à la realization*, 1996, Décarie Éditeur).

- HLS-EU Consortium (2012). Comparative report of health literacy in eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU. Disponível em: http://ec.europa.eu/chafea/documents/news/Comparative_report_on_health_literacy_in_eight_EU_member_states.pdf
- Imperatori, E. & Giraldes, M.R. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Laverack, G. (2004). *Promoção de Saúde: Poder e Empoderamento*. Loures: Lusodidata.
- Loharikar, A., Dumolard, L., Chu, S., Hyde, T., Goodman, T., & Mantel, C. (2016). Status of New Vaccine Introduction - Worldwide, September 2016. *MMWR: Morbidity & Mortality Weekly Report*, 65(41), 1136-1140. DOI:10.15585/mmwr.mm6541a3.
- Loureiro, I. & Miranda, N. (2010). *Promover a Saúde: dos fundamentos à acção*. Coimbra: Almedina.
- Nagpal, J., Linares, L. O., Weiss, J., Schlecht, N. F., Shankar, V., Braun-Courville, D., Nucci-Sack, A., Strickler, H. D., Burk, R. D. & Diaz, A. (2016). Knowledge about Human Papillomavirus and Time to Complete Vaccination among Vulnerable Female Youth. *The Journal of pediatrics*, (171), 122-127. DOI: 10.1016/j.jpeds.2015.12.070
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *CIPE Versão 2 – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM* (H. Castro, Trad.). Santa Maria da Feira: Ordem dos Enfermeiros. (Tradução do Original ICNP Version 2 – INTERNACIONAL CLASSIFICATION FOR NURSING PRACTICE.
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise dos Casos*. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CodigoDeontologicoEnfermeiro_edicao2005.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública*. Ordem dos Enfermeiros.

- Pender, N.J. (2012). The Health Promotion Model – manual. Disponível em: <http://nursing.umich.edu/faculty-staff/nola-j-pender>
- Pender, N. J., Murdaugh, C.L. & Parsons, M.A. (2014) - *Health Promotion in Nursing Practice* (6th ed.). Pearson Education Limited.
- Prazeres, V. (1998). *Saúde dos adolescentes: Princípios Orientadores*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Reagan-Steiner, S., Yankey, D., Jeyarajah, J., Elam-Evans, L. D., Curtis, C. R., MacNeil, J., & ... Singleton, J. A. (2016). National, Regional, State, and Selected Local Area Vaccination Coverage Among Adolescents Aged 13-17 Years - United States, 2015. *MMWR: Morbidity & Mortality Weekly Report*, 65(33), 850-858. DOI:10.15585/mmwr.mm6533a4
- Smith, L. M., Kaufman, J. S., Strumpf, E. C., & Lévesque, L. E. (2015). Effect of human papillomavirus (HPV) vaccination on clinical indicators of sexual behaviour among adolescent girls: the Ontario Grade 8 HPV Vaccine Cohort Study. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 187(2), E74-81 1p. DOI:10.1503/cmaj.140900.
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia (SPG) (2010). *Vacinas contra o HPV - Reunião de Consenso Nacional*. Cascais: Sociedade Portuguesa de Ginecologia.
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem Comunitária – Promoção da Saúde de Grupos Famílias e Indivíduos*. (7ª ed. Inglesa). Lusociência.
- Sy, F.S. & Long-Marin, S.C. Prevenção e Controlo de Doenças Infecciosas. In M.A.P.R.P. Negrão (Cordenação Editorial). *Enfermagem de Saúde Pública* (pp.909 – 942). Loures: Lusodidata.
- Tanday, S. (2014). HPV vaccinations do not encourage risky sexual behaviour. *Lancet Oncology*, 15(3), e109-e109 1p.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Tomey, A.M. & Alligood, M.R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- UNICEF (3013). *O uso da Internet por Adolescentes*. Brasília: UNICEF.
- Victor, J.F., Lopes, M.V.O. & Ximenes, L.B. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paul Enferm*.

- World Health Organization (2014). *Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice* (2nd ed.). Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2014). Weekly epidemiological record. 24 OCTOBER 2014, 89th YEAR / 24 OCTOBRE 2014, 89e ANNÉE No. 43, 2014, 89, 465–492. Disponível em: <http://www.who.int/wer>

[http://www.cm-lisboa.pt/fileadmin/MUNICIPIO/Reforma_Administrativa/Juntas de Freguesia/JF_Olivais.pdf](http://www.cm-lisboa.pt/fileadmin/MUNICIPIO/Reforma_Administrativa/Juntas_de_Freguesia/JF_Olivais.pdf) – Acedido a 03-04-2016

[http://www.cm-lisboa.pt/fileadmin/MUNICIPIO/Reforma_Administrativa/Juntas de Freguesia/JF_Parque_Nacoes.pdf](http://www.cm-lisboa.pt/fileadmin/MUNICIPIO/Reforma_Administrativa/Juntas_de_Freguesia/JF_Parque_Nacoes.pdf) – Acedido a 03-04-2016

<http://www.scielo.br/img/revistas/reeusp/v43n4/a06fig01.gif> - Acedido a 03-04-2016

<http://www.dgs.pt/pagina.aspx?f=1&lws=1&mcna=0&Inc=&mid=5005&codigoms=0&codigono=683368348211AAAAAAAAAAAA> – Acedido a 05-03-2016

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs378/en/> - Acedido a 06-03-2016

http://www.who.int/topics/health_education/en/ - Acedido a 02-11-2016

http://applications.emro.who.int/dsaf/EMRPUB_2012_EN_1362.pdf - Acedido a 02-11-2016

ANEXOS

ANEXO I

Programa Nacional de Vacinação, esquema recomendado (Out/2014)

Quadro I - Programa Nacional de Vacinação, esquema recomendado (Outubro de 2014)

| Vacinas contra | Idades | | | | | | | | | | |
|--|----------------|---------|---------|---------|---------|---------|----------|----------|----------|-------------|------------------------|
| | 0, Nasci-mento | 2 meses | 3 meses | 4 meses | 5 meses | 6 meses | 12 meses | 18 meses | 5-6 anos | 10-13 anos | Toda a vida 10/10 anos |
| Tuberculose | BCG | | | | | | | | | | |
| Poliomielite | | VIP 1 | | VIP 2 | | VIP 3 | | | VIP 4 | | |
| Difteria-Tétano-Pertussis | | DTPa 1 | | DTPa 2 | | DTPa 3 | | DTPa 4 | DTPa 5 | Td | Td |
| Infeções por <i>Haemophilus influenzae b</i> | | Hib 1 | | Hib 2 | | Hib 3 | | Hib 4 | | | |
| Hepatite B | VHB 1 | VHB 2 | | | | VHB 3 | | | | | |
| Sarampo Parotidite Rubéola | | | | | | | VASPR 1 | | VASPR 2 | | |
| Doença Meningocócica C | | | | | | | MenC | | | | |
| Infeções por Vírus do Papiloma Humano | | | | | | | | | | HPV 1,2 (a) | |

(a) HPV: 2 doses (0, 6 meses), aplicável a partir de 1 de outubro de 2014.

ANEXO II

Esquemas de transição e de recurso para a vacina HPV (Out/2014)

Quadro II – Esquemas de transição e de recurso para a vacina HPV (Outubro de 2014)

| Idade de início da vacinação | Estado vacinal | N.º de doses recomendadas | Esquema recomendado | Intervalo mínimo entre as doses | |
|--|--------------------------------|--|--------------------------------------|---------------------------------|---------|
| | | | | 1ª e 2ª | 2ª e 3ª |
| 10-13 anos ^(a,b,c) (idade recomendada) | 0 ou 1 dose | Fazer ou completar o esquema de 2 doses ^(c) | 0, 6 meses | 6 meses | — |
| | 2 doses com intervalo ≥6 meses | 0 doses | | | |
| | 2 doses com intervalo <6 meses | 1 dose | 0, 2, 6 meses | 1 mês | 3 meses |
| ≥14 e <18 anos ^(d) | Qualquer | Fazer ou completar o esquema de 3 doses | 0, 2, 6 meses ou 0, 1, 4 meses | | |

(a) Se a vacinação tiver sido iniciada antes dos 9 anos de idade, deve ser completado o esquema de 3 doses.

(b) Se a vacinação tiver sido iniciada aos 9 anos de idade, deve ser completado o esquema de 2 doses.

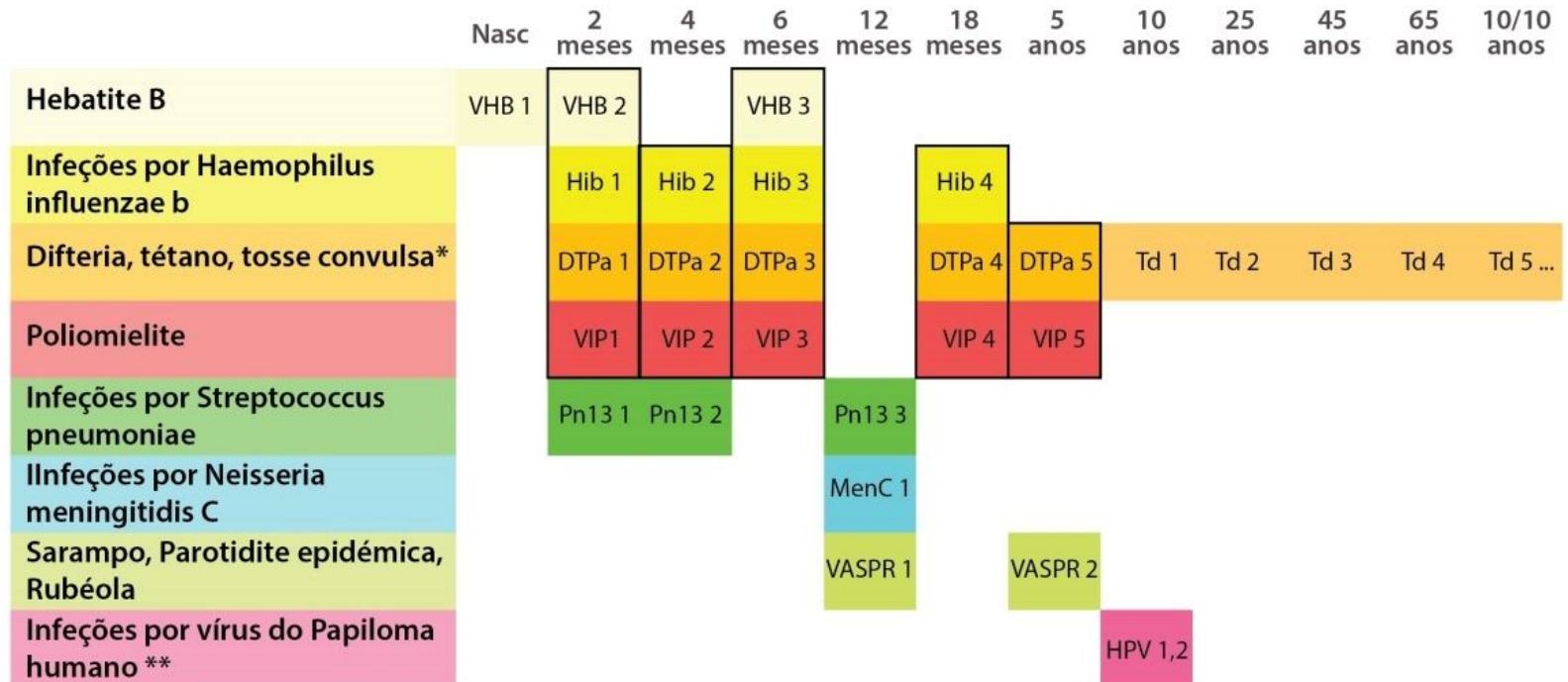
(c) Se a vacinação não foi completada até aos 13 anos de idade, deve ser completado o esquema de 2 doses até aos 25 anos de idade inclusive.

(d) Se a vacinação não foi completada até aos 18 anos de idade, deve ser completado o esquema de 3 doses até aos 25 anos de idade inclusive.

ANEXO III

Programa Nacional de Vacinação 2017

PNV 2017 – ESQUEMA RECOMENDADO



* As grávidas serão vacinadas contra a tosse convulsa, o tétano e a difteria (Tdpa) em cada gravidez

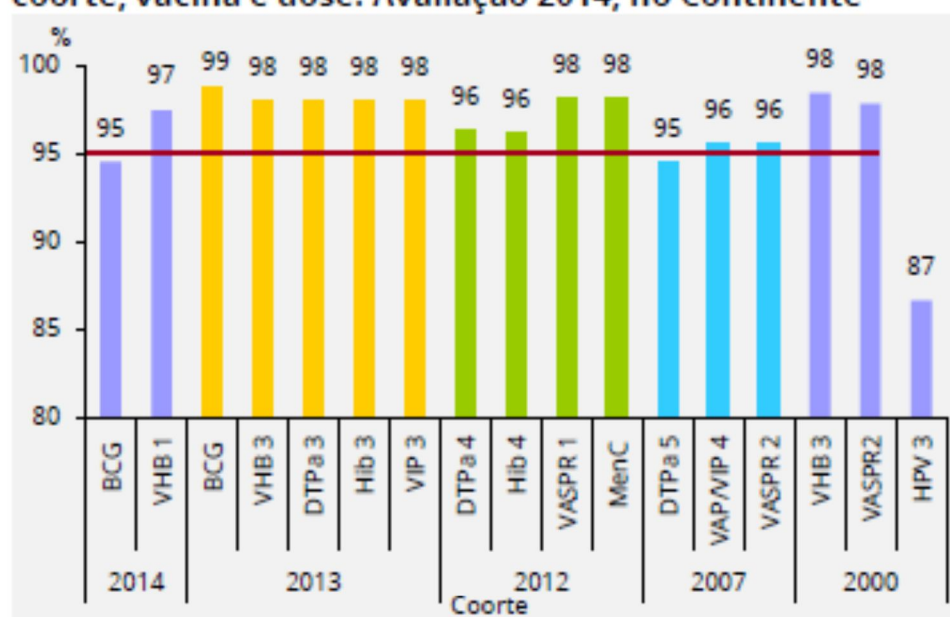
** Aplicável apenas a raparigas, com o esquema 0, 6 meses

ANEXO IV

PNV Recomendado. Cobertura vacinal por coorte, vacina e dose.

Avaliação 2014, no Continente

Gráfico 1. PNV Recomendado. Cobertura vacinal por coorte, vacina e dose. Avaliação 2014, no Continente



Legenda:

BCG – vacina contra a tuberculose

VHB – vacina contra a hepatite B

DTPa – vacina contra a difteria, o tétano e a tosse convulsa

Hib – vacina contra a doença invasiva por *Haemophilus Influenzae* do serotipo b

MenC – vacina contra a doença invasiva por *Neisseria meningitidis* do serogrupo C

VIP – vacina contra a poliomielite

VASPR – vacina contra o sarampo, a parotidite epidémica e a rubéola

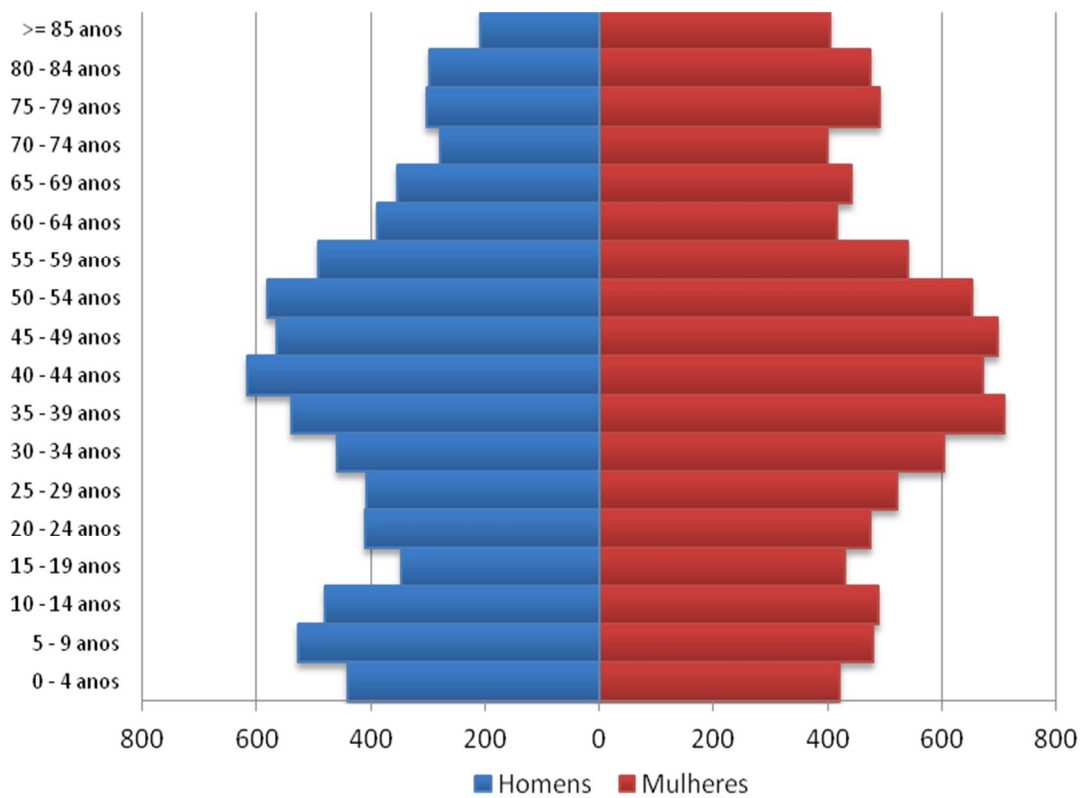
HPV – vacina contra infeções por vírus do Papiloma humano

Fonte: DGS/DSPDPS

ANEXO V

Estratificação etária dos utentes inscritos na UCSP Olivais

Estratificação etária dos utentes inscritos na UCSP Olivais



FONTE: Sistema de Informação Administração Regional de Saúde (SIARS)

ANEXO VI

Folheto: Papiloma Vírus Humano (HPV)

Medidas para minimizar o risco de contrair o HPV

Comportamentos

Conhecer medidas preventivas e utilizá-las de forma consistente.

Reconhecer sinais e sintomas de infecções de transmissão sexual (ITS), consequências e métodos de transmissão.

A mulher deve realizar regularmente um exame ginecológico e fazer a colpocitologia e/ou o teste de HPV-DNA, se recomendado e disponível, mesmo que tenha feito a vacina.

Na vigilância ginecológica deve debater com o médico o rastreio de situações a que possa ter estado exposta.

Preservativos

O uso de preservativos de látex e de poliuretano está indicado na prevenção de todas as infecções de transmissão sexual.

É de lembrar que as áreas de pele não cobertas pelo preservativo não estão protegidas.

Infecções

Falar com o parceiro(a) sobre as infecções de transmissão sexual e sua prevenção.

Ter em conta que os comportamentos prévios também são um factor de risco, principalmente se existiram múltiplos parceiros anteriores.

Vacinas

Vacina a mulher, de acordo com o Programa Nacional de Vacinação, ou consoante recomendação médica.

Vacinação

Actualmente existem 2 vacinas.

Ambas oferecem protecção para os tipos 16 e 18, causadores por cerca de 70% de casos de cancro do colo do útero.

Uma delas protege também para os tipos 6 e 11 que dão origem a cerca de 90% das verrugas.

A vacinação não requer a realização de qualquer teste analítico prévio.



Papiloma Vírus

Humano

(HPV)



PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE REPRODUTIVA

O que é o HPV?

O HPV é um vírus frequente nos humanos, responsável pela formação de lesões chamadas papilomas.

Existem diferentes tipos de HPV, alguns podem infectar a região anogenital, enquanto outros infectam zonas como os pés ou as mãos.

O HPV é detectado em praticamente todos os casos de cancro cervical e pode estar também associado a outros casos de cancro.

A infecção (sexual) por HPV é frequente?

Estima-se que cerca de 75% dos homens e mulheres sexualmente activos venham a ter pelo menos uma infecção por HPV.

Quais os sintomas?

O HPV provoca frequentemente uma infecção silenciosa em que muitos dos infectados não têm sintomas, nem sinais óbvios.

Por vezes as verrugas estão presentes mas não visíveis por se encontrarem numa parte interna do corpo, ou por serem muito pequenas.

As verrugas anogenitais, também chamadas condilomas, podem apresentar-se como pequenas lesões elevadas, tipo couve-flor, ou podem ser planas.

Durante a gravidez, o número e tamanho das verrugas pode aumentar, mas normalmente diminuem depois do parto.

Como tratar?

Deve ser tratado de acordo com orientação médica, aplicando medicação tópica nas lesões.

Por vezes, as verrugas podem reaparecer depois do tratamento, sendo necessário repeti-lo.

Por vezes, as células irregulares lentamente progridem para cancro sendo a realização regular do teste de Papanicolau uma enorme ajuda para identificar alterações precoces das células do colo, permitindo o seu tratamento ou rigorosa vigilância.



ANEXO VII

Taxa de cobertura vacinal para a vacina contra o HPV, na coorte de 2002, antes da
implementação do projeto

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

CENTRO DE SAÚDE OLIVAIS

SEDE

Utentes nascidos entre 01-01-2002 e 31-12-2002
Pertencentes à extensão 3112700 - UCSP OLIVAIS
Inscritos no C.S. e esporádicos para vacinação
Sobre as vacinas HPV Gardasi

| | | | Masculino | Feminino |
|---------------------|-----|-----|-----------|----------|
| Utentes vacinados | 207 | | 141 | 66 |
| | = | 79% | = 100% | = 54% |
| Nº total de Utentes | 263 | | 141 | 122 |

ANEXO VIII

Taxa de cobertura vacinal para a vacina contra o HPV, na coorte de 2002, depois da
implementação do projeto

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

CENTRO DE SAÚDE OLIVAIS

SEDE

Utentes nascidos entre 01-01-2002 e 31-12-2002
Pertencentes à extensão 3112700 - UCSP OLIVAIS
Inscritos no C.S. e esporádicos para vacinação
Sobre as vacinas HPV Gardasi

| | | | Masculino | Feminino | |
|---------------------|-----|-------|-----------|----------|--|
| Utentes vacinados | 235 | | 137 | 98 | |
| | | = 94% | = 100% | = 88% | |
| Nº total de Utentes | 249 | | 137 | 112 | |

APÊNDICES

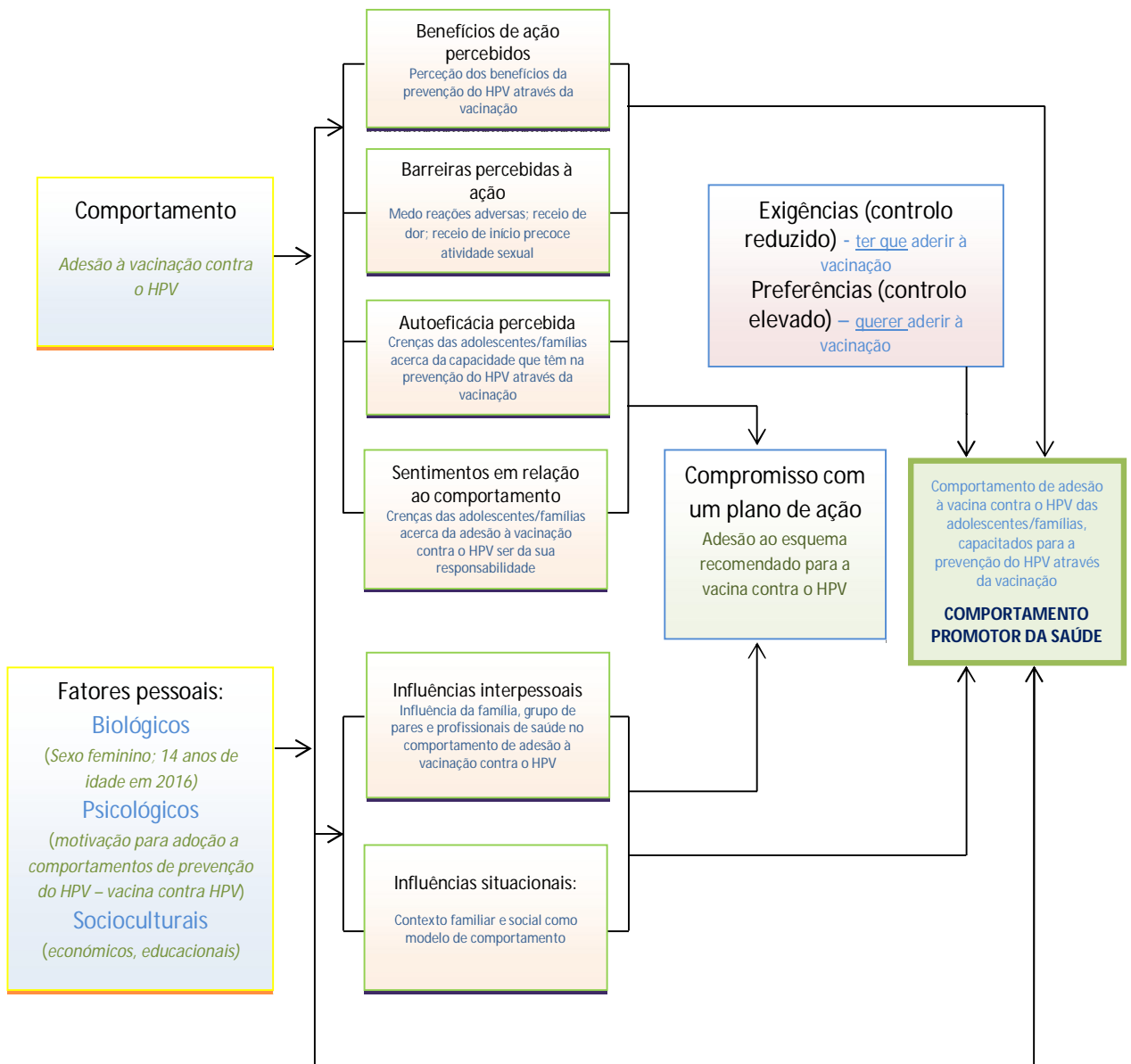
APÊNDICE I

Diagrama Nola Pender adaptado ao projeto de intervenção

Características e experiências individuais

Sentimentos/Cognições e alteração do comportamento

Resultado comportamental



APÊNDICE II

Pedido de autorização para desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária

Exmo. Presidente do Conselho Clínico do ACES Lisboa Central
Dr. Guilherme Augusto Bento Frazão Ferreira

Claudina Isabel Salgado Martins, estudante do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), vêm por este meio solicitar a V. Ex. autorização para desenvolver na UCSP Olivais um projeto de intervenção comunitária intitulado: Prevenção do HPV nas Adolescentes, tendo como orientadora da ESEL a Professora Cláudia Bacatum e supervisor clínico o Sr. Enfermeiro Rogério Dinis.

Para a realização do projeto prevê-se a utilização da metodologia de planeamento em saúde, sendo que o diagnóstico da situação tem como objetivo conhecer o status imunológicos das adolescentes nascidas em 2002 para a vacina contra o HPV.

Desta forma, pretende-se que a colheita de dados seja realizada através do SINUS, RCV e dados do processo das referidas utentes.

Desde já garante-se o anonimato e a confidencialidade da informação.

Peço deferimento,

Lisboa, 16 Maio 2016

Claudina Martins

APÊNDICE III

Caracterização da amostra
(adolescentes nascidas em 2002,
Inscritas na UCSP Olivais com a vacina HPV em atraso)

Caracterização da amostra

(adolescentes nascidas em 2002, inscritas na UCSP Olivais com a vacina HPV em atraso)

| | Fa (n) | Fr (%) |
|----------------------------|--------|--------|
| Com médico | 11 | 21% |
| Sem médico | 42 | 79% |
| Escola | | |
| Piscinas | 5 | 9% |
| Olivais | 2 | 4% |
| Fernando Pessoa | 3 | 6% |
| António Damásio | 2 | 4% |
| Vasco da Gama | 1 | 2% |
| Outras | 40 | 75% |
| Freguesia | | |
| Olivais | 37 | 70% |
| Parque das Nações | 13 | 25% |
| Unhos | 1 | 2% |
| Marvila | 1 | 2% |
| Moscavide | 1 | 2% |
| Nacionalidade | | |
| Portuguesa | 45 | 85% |
| Angolana | 3 | 6% |
| Brasileira | 2 | 4% |
| Chinesa | 1 | 2% |
| Espanhola | 1 | 2% |
| Reino Unido | 1 | 2% |
| Ano última consulta | | |
| 2002 | 1 | 2% |
| 2004 | 1 | 2% |
| 2007 | 1 | 2% |
| 2008 | 3 | 6% |
| 2009 | 3 | 6% |
| 2010 | 1 | 2% |
| 2011 | 4 | 8% |
| 2013 | 7 | 13% |
| 2014 | 1 | 2% |
| 2015 | 7 | 13% |
| 2016 | 4 | 8% |
| Sem Consultas | 18 | 34% |

APÊNDICE IV

Pedido de colaboração na priorização dos problemas

Exmo. Sr. Enfermeiro Rogério Dinis

Claudina Isabel Salgado Martins, estudante do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), a desenvolver um projeto de intervenção comunitária intitulado: Prevenção do HPV nas Adolescentes vêm por este meio solicitar a V. Ex., colaboração na priorização dos problemas identificados, sendo que os mesmos são:

- 43,4 % das adolescentes inscritas na UCSP Olivais nascidas em 2002 apresentam a vacina contra o HPV em atraso, das quais:
 - 29,5% apresentam as duas doses da vacina contra o HPV em atraso;
 - 13,9% apresentam apenas a segunda dose da vacina contra o HPV em atraso.

Desde já agradeço a disponibilidade

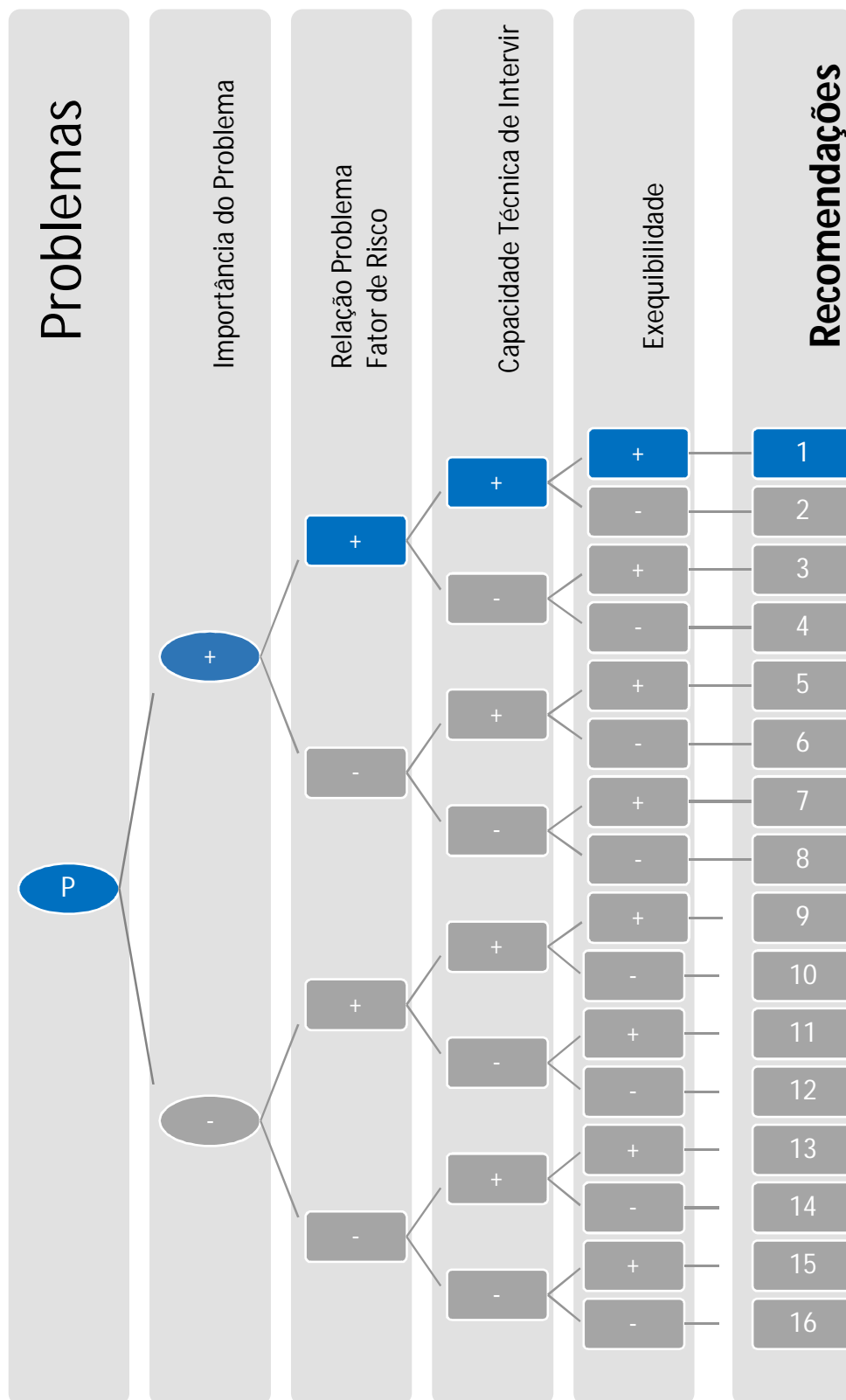
Com os melhores cumprimentos

Lisboa, 11 Outubro 2016

Claudina Martins

APÊNDICE V

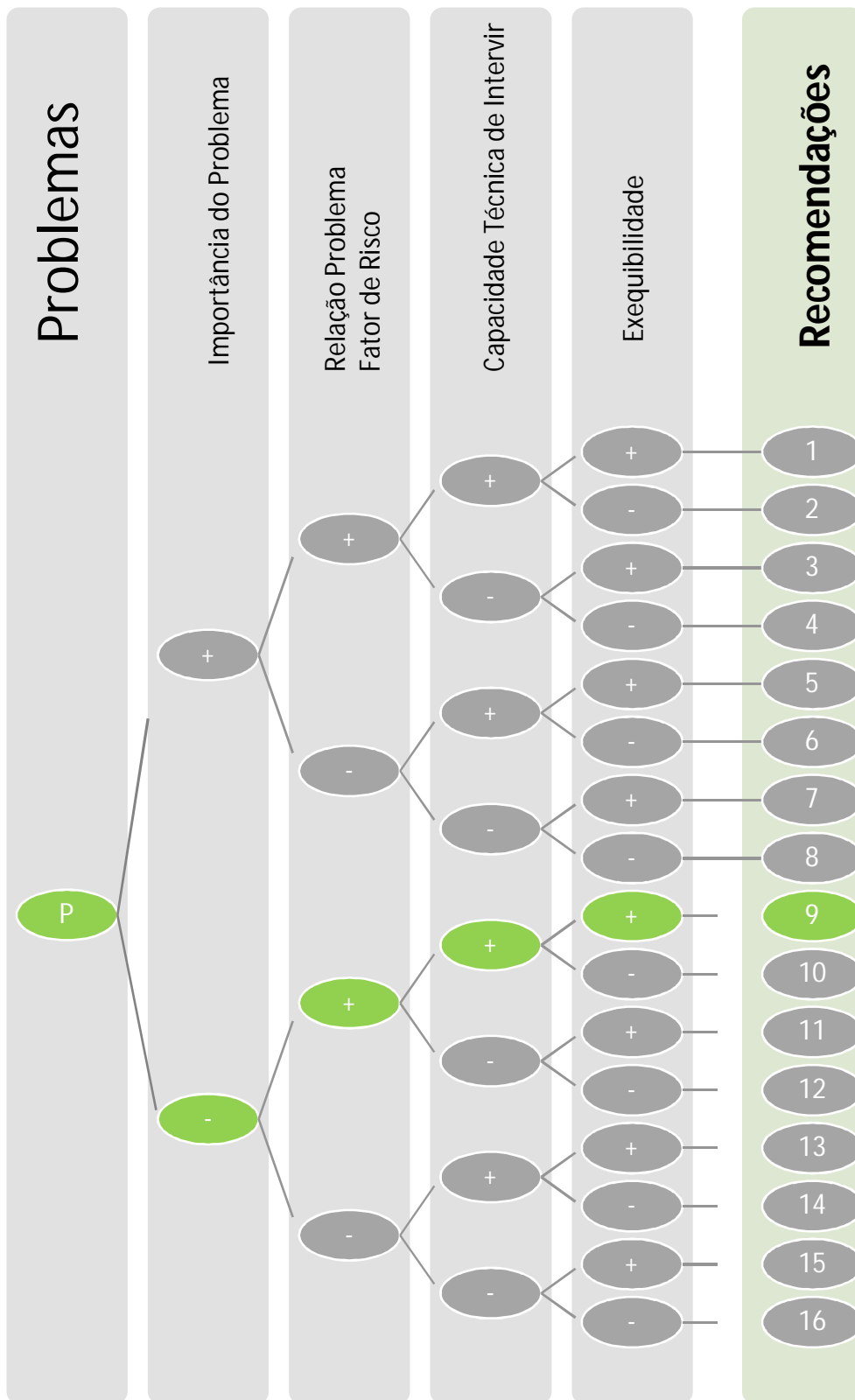
Grelha de Análise para determinação de prioridades



P - 29,5% das adolescentes inscritas na UCSP Olivais apresentam as duas doses da vacina contra o HPV em atraso

Grelha de Análise para determinação de prioridades

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



- **P** 13,9% das adolescentes inscritas na UCSP Olivais apresentam apenas a segunda dose da vacina contra o HPV em atraso

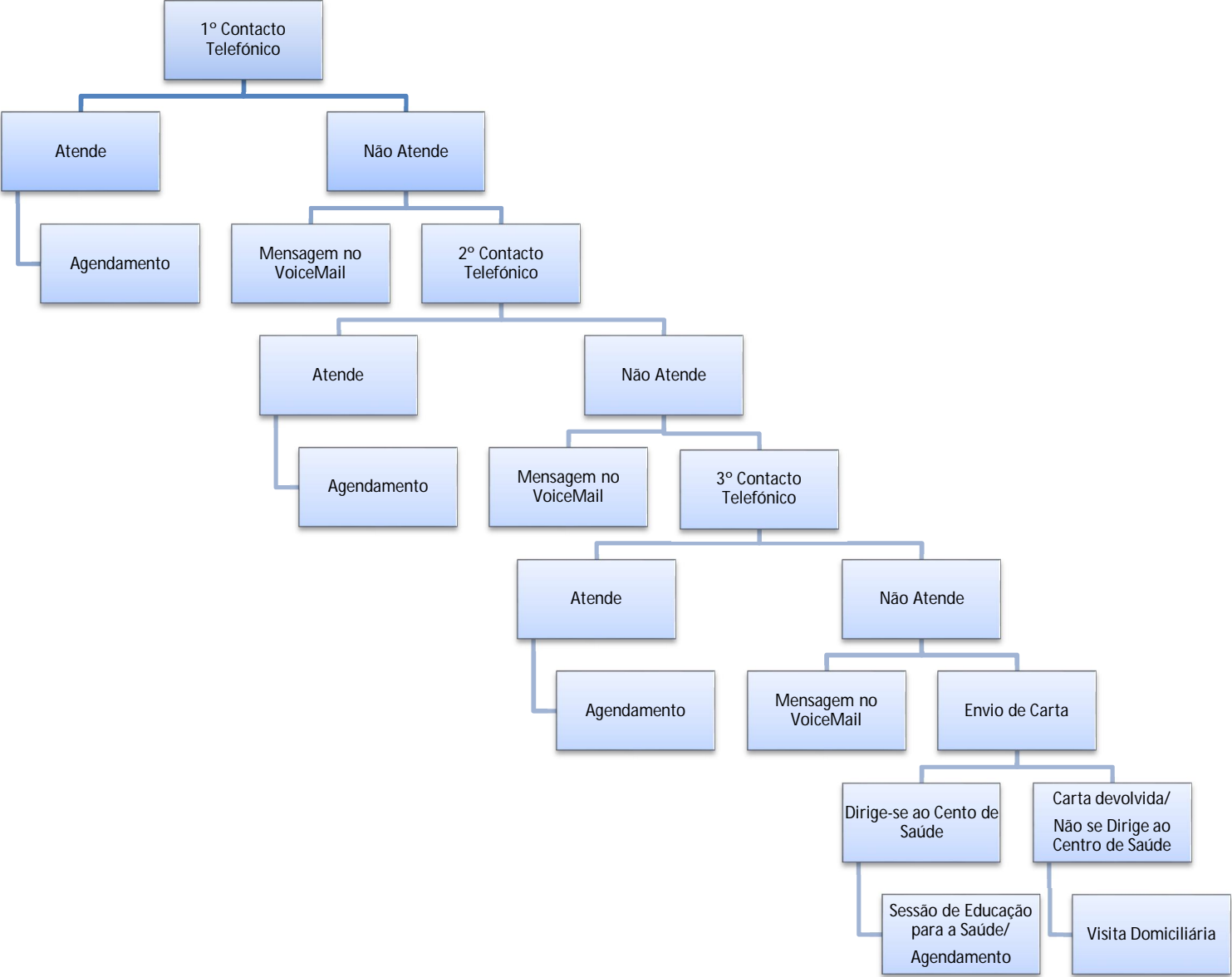
Grelha de Análise para determinação de prioridades

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

APÊNDICE VI

Diagrama de estratégias de convocação

Diagrama de estratégias de convocação



APÊNDICE VII

Especificação detalhada das Sessões Individuais de Educação para a Saúde

Especificação detalhada das Sessões Individuais de Educação para a Saúde

| | | |
|--------------------------------------|---|---|
| Atividade | Sessão individual de Educação para a Saúde | Fonte: Adaptado de Tavares (1990) |
| Quem | Enfermeiro | |
| Quando | Entre novembro 2016 e fevereiro de 2017 | |
| Onde | Gabinete de vacinação da UCSP Olivais | |
| Como | Apresentação e desenvolvimento do tema Esclarecimentos de Dúvidas Disponibilização do folheto por via eletrónica | |
| Objetivo que pretende atingir | Promover a adesão à vacina contra o HPV nas adolescentes com esquema vacinal em atraso, nascidas em 2002 inscritas na UCSP Olivais, como estratégia de prevenção das infeções por HPV | |
| Avaliação | Realização efetiva de sessões Nº de adolescentes que aderiu à vacina contra o HPV, como estratégia de prevenção das infeções por HPV | |

APÊNDICE VIII

Especificação detalhada da atividade: Proteger contra o HPV

Especificação detalhada da atividade: Proteger contra o HPV

| | |
|--------------------------------------|--|
| Atividade | Administração da vacina contra o HPV |
| Quem | Enfermeiro |
| Quando | Entre novembro 2016 e fevereiro de 2017 (após a realização das sessões de Educação para a Saúde) |
| Onde | Gabinete de vacinação da UCSP Olivais |
| Como | Conhecimento da história clínica relevante, para a administração da vacina contra o HPV Administração da vacina contra o HPV sempre que reunidas as condições necessárias para tal Realização do registo vacinal no Boletim Individual de Saúde, SINUS e SCLINIC |
| Objetivo que pretende atingir | Aumentar a proteção individual e de grupo para as infeções por HPV, aumentando em 55% o status imunológico das adolescentes nascidas em 2002 com o esquema vacinal em atraso e atingindo uma taxa de cobertura vacinal de pelo menos 80%, para todas as adolescentes nascidas em 2002, inscritas na UCSP Olivais |
| Avaliação | Nº de adolescentes com a vacina contra o HPV em atraso que aderiu à vacina contra o HPV Taxa de cobertura vacinal para a vacina contra o HPV na coorte |

APÊNDICE IX

Especificação detalhada atividade: Divulgação de Informação

Especificação detalhada atividade: Divulgação de Informação

| | |
|--------------------------------------|--|
| Atividade | Divulgação de informação através de um folheto informativo |
| Quem | Enfermeiro |
| Quando | Entre novembro 2016 e fevereiro de 2017 (após a realização das sessões de Educação para a Saúde) |
| Onde | Gabinete de vacinação da UCSP Olivais |
| Como | Envio do respetivo folheto para as adolescentes/famílias por correio eletrónico Entrega do respetivo folheto em suporte de papel, quando as adolescentes/famílias não tenham correio eletrónico |
| Objetivo que pretende atingir | Divulgar informação acerca da infeção por HPV e modos de prevenção, nomeadamente da vacina contra o HPV de forma simples, rápida e a baixo custo |
| Avaliação | Nº de adolescentes a quem foi divulgada informação através do folheto Nº de adolescentes a quem foi enviado o folheto por correio eletrónico e que enviou a confirmação da receção do mesmo |

APÊNDICE X

Pedido de autorização para utilização/divulgação dos dados a nível académico

Exma. Sr.^a Diretora do ACES Lisboa Central

Dr.^a Vera Almeida

Claudina Isabel Salgado Martins, estudante do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), a desenvolver na UCSP Olivais um projeto de intervenção comunitária intitulado: Prevenção do Vírus do Papiloma Humano (HPV) nas Adolescentes, tendo como orientadora da ESEL a Professora Cláudia Bacatum e supervisor clínico o Sr. Enfermeiro Rogério Dinis vêm por este meio solicitar a V. Ex. autorização para utilização/divulgação dos dados a nível académico.

A metodologia utilizada para a realização do projeto é metodologia de planeamento em saúde, sendo que o diagnóstico da situação teve como objetivo conhecer o status imunológicos das adolescentes nascidas em 2002 para a vacina contra o HPV.

Desta forma, a colheita de dados foi realizada através do SINUS, RCV e dados do processo das referidas utentes.

Peço deferimento,

Lisboa, 13 Janeiro 2017

Claudina Martins

APÊNDICE XI

Pedido de Parecer à Ordem dos Enfermeiros

Exma. Sra. Bastonária da Ordem dos Enfermeiros
Enfermeira Ana Rita Cavaco

Eu, Claudina Isabel Salgado Martins, membro nº 58314, a frequentar o 7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e nesse âmbito a desenvolver um projeto de intervenção comunitária intitulado: Prevenção do HPV nas Adolescentes.

Segundo a OMS (2014) um dos aspetos a ter em consideração na vacinação contra o HPV, é o facto das raparigas já não serem crianças pequenas, e poderem entrar para o gabinete de vacinação sem a presença dos pais, no entanto, e uma vez que as raparigas são ainda menores, nos termos da lei, a realização do processo consentimento dos pais ainda será necessária na maioria países.

Para além de pais / responsáveis, as raparigas que são vacinadas contra o HPV também precisam ser informadas sobre os riscos e benefícios, para que possam dar um "parecer favorável" ao ato vacinal. Podem surgir situações em que as raparigas expressam o desejo de serem vacinadas, enquanto os seus pais se recusam expressamente a consentir. Nesta situação, uma consideração adicional é de ter em conta para o melhor interesse da criança; princípios éticos internacionalmente aceites exigem que o profissional de saúde avalie se a rapariga é "competente" para tomar esta decisão (demonstra compreensão dos benefícios, riscos e consequências da vacinação contra não ter a vacinação, e é capaz de tomar essa decisão por si mesma). Se a rapariga for considerada competente, o profissional de saúde pode então decidir ir em frente com a vacinação (OMS, 2014).

Nos casos em que o pai ou responsável tenha consentido a vacinação, mas a rapariga se recusa a ser vacinada, seus desejos devem ser respeitados e deve ser convidado a voltar noutro momento para discutir a decisão adicional (OMS, 2014).

Venho por este meio solicitar parecer da Ordem dos Enfermeiros face a situações em que as adolescentes manifestam vontade em ser vacinadas e não têm consentimento do seu representante legal, bem como da situação oposta.

Grata pela atenção,

Lisboa, 6 Maio 2016

Claudina Isabel Salgado Martins

APÊNDICE XII

Parecer da Ordem dos Enfermeiros



PARECER CJ 48/2016

Sobre: VACINAÇÃO HPV - CONSENTIMENTO

Solicitado por: Digníssima Bastonária, na sequência de pedido do membro nº 58314, através da distribuição EDOC/2016/12439, de 06 de Junho de 2016

I - A questão colocada

O membro acima mencionado expõe à Ordem a sua preocupação face à situação em que adolescentes que são vacinadas contra o HPV, ao serem informadas sobre os riscos e benefícios, possam surgir situações em que as raparigas expressam o desejo de serem vacinadas, enquanto os seus pais se recusam expressamente a consentir, ou vice-versa.

"(...) Venho por este meio solicitar o parecer da Ordem dos Enfermeiros face a situações em que as adolescentes manifestam vontade em ser vacinadas e não têm consentimento do seu representante legal, bem como da situação oposta (...).

II – Fundamentação

A presente fundamentação ético-deontológica conta com os contributos técnicos do Conselho de Enfermagem (parecer n.º 241/2014) e legal da assessoria jurídica do Conselho Jurisdicional.

1. O Plano Nacional de Vacinação (PNV) foi implementado em Portugal em 1965 e tem sido financiado na sua totalidade pelo Ministério da Saúde. Trata-se de um Programa universal, gratuito e acessível, sem barreiras, para todas as pessoas presentes em Portugal. Engloba as vacinas consideradas de primeira linha, isto é, aquelas de cuja aplicação se obtêm os maiores ganhos de saúde. Os esquemas de vacinação nele incluídos não são obrigatórios, as pessoas abrangidas são livres de se decidir pela vacinação.
2. O PNV integra desde Outubro de 2008 uma vacina contra infecções por Vírus do Papiloma Humano (HPV) sendo que actualmente, e até ao fim de 2016, tem-se como referência a Norma 16/2014, actualizada em 10/10/14, em que, esta vacina recomenda-se às raparigas entre os 10 e 13 anos inclusive, administrada em 2 doses (0,6 meses), excepto entre os 14 anos e os 18 anos, em que terão que fazer um esquema de 3 doses. Mantêm-se as recomendações técnicas da Norma 40/2011, actualizada em 26/1/2012, para esta vacina, devendo ser respeitadas por todos os enfermeiros no exercício da sua prática clínica seja ela pública ou privada.
3. No novo PNV, que entra em vigor em Janeiro de 2017, introduz-se algumas alterações, nomeadamente uma nova e mais abrangente vacina contra o vírus do papiloma humano (HPV), com uma eficácia superior a 90% contra o cancro do colo do útero, que vai ser administrada às raparigas aos 10 anos.
4. A administração de vacinas integrantes do PNV, como o caso da vacina contra infecções por Vírus do Papiloma Humano (HPV), constitui uma intervenção de enfermagem interdependente. O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), define como intervenções de enfermagem interdependentes, as acções realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas.



5. O mesmo regulamento (REPE) prevê, no n.º 4 do artigo 9.º que, para efeitos dos números anteriores, define as intervenções de enfermagem, e em conformidade com o diagnóstico de enfermagem, "os enfermeiros de acordo com as suas qualificações profissionais: (...) e) Procedem à administração da terapêutica prescrita, detectando os seus efeitos e actuando em conformidade (...)"
6. A vacinação incluída no PNV, constitui uma actividade para cuja execução, os enfermeiros possuem as qualificações profissionais exigidas, para atingir um objectivo comum, ou seja, neste caso específico permitir a diminuição a longo prazo, da incidência do cancro do colo do útero, com base no princípio da protecção da saúde pública através da utilização de vacinas eficazes e seguras com impacto na dinâmica das doenças.
7. Tendo em conta a natureza não obrigatória do PNV, que se assume como o plano recomendado e embora constitua um programa previamente fixado, implica que a realização da intervenção de enfermagem de administração das vacinas, cumpra com as regras aplicáveis no tocante ao consentimento.
8. Assim também o enfermeiro no exercício da profissão, entre outros deveres, assume, o respeito pelo direito à autodeterminação da pessoa cuidada, o dever de respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado.
9. O exercício do direito ao consentimento informado como o presente, da administração de vacinas, mesmo as integrantes do PNV, a pessoas menores de 16 anos constitui uma das situações especiais do respectivo regime, havendo lugar à aplicação da regra constante do artigo 6.º da Convenção dos Direitos do Homem e a Biomedicina. Estipula o n.º 2 do referido artigo que sempre que, nos termos da lei, um menor careça de capacidade para consentir numa intervenção, esta não poderá ser efectuada sem a autorização do seu representante, de uma autoridade ou de uma pessoa ou instância designada pela lei.
10. Tendo o menor menos de 16 anos, é considerado incapaz para a prestação do consentimento informado por si só. O suprimento da sua incapacidade para o exercício desse direito à prestação do seu consentimento, para a realização de uma qualquer intervenção em saúde apenas tem lugar mediante a autorização concedida pelo seu representante legal ou por autoridade ou pessoa ou instância designada nos termos legais para esse efeito.

III – Conclusão

1. Deve sempre o enfermeiro, em exercício dos seus deveres deontológicos, perante uma situação de administração de uma vacina a utente menor de 16 anos não acompanhado por pessoa maior com poderes de representação legal, adoptar as diligências adequadas para promover a obtenção do consentimento informado para a realização do acto, sem o qual, excepção feita às situações em que a lei o permita realizar sem o prévio consentimento, não deverá proceder à realização da intervenção de enfermagem de administração da vacina, sob pena de praticar um ilícito penal e disciplinar.
2. A administração de uma vacina a utente com idade dos 16 anos aos 17 anos e 364 dias com o discernimento necessário, o enfermeiro deverá proceder como sujeito com o direito de consentir com autonomia. O envolvimento dos pais/ responsáveis é sempre um objectivo a ter em conta e por isso deve-se aconselhar o jovem a que os mesmos tenham conhecimento e em caso de discordância tentar chegar a um acordo.
3. O enfermeiro deve relacionar-se com os jovens exercendo um papel de defensor, pois o respeito pela sua capacidade de decisão é a base do processo pedagógico para o desenvolvimento da sua capacidade de autonomia, ajudando a doutrinar um sujeito numa cultura de uma cidadania interventiva e democrática. Os princípios gerais em que o Código Deontológico assenta, estatuidos



CONSELHO JURISDICIONAL 2016 / 2019

no seu artigo 99.º, são as linhas orientadoras que ajudam a julgar em conformidade com o restante regime jurídico no melhor julgamento ético das questões.

Foi relator Pedro Roberto Furtado Soares

Aprovado no plenário a 07 de Outubro de 2016.

pel' Conselho Jurisdicional

Enf. Serafim Rebelo
(Presidente)