



Escola Superior de Saúde Atlântica

Licenciatura em Enfermagem

*“Razões que levam os Pais ao
Incumprimento do Esquema Vacinal
Recomendado para os seus filhos”*

Monografia Final de Curso

Elaborado por:

Ana Rita Peixoto N° 200691278

Rute Sofia Torquato N° 200691245

Orientador:

Mestre Rita Kopke

Barcarena

Dezembro de 2009

Universidade Atlântica
Escola Superior de Saúde Atlântica
Licenciatura em Enfermagem

*“Razões que levam os Pais ao
Incumprimento do Esquema Vacinal
Recomendado para os seus filhos”*

Monografia Final de Curso

Este trabalho académico foi realizado com a finalidade de
obter o grau de Licenciatura em Enfermagem

Elaborado por:

Ana Rita Peixoto N° 200691278

Rute Sofia Torquato N° 200691245

Orientador:

Mestre Rita Kopke

Barcarena

Dezembro de 2009

Agradecimentos

Agradecemos à nossa orientadora, Mestre Rita Kopke, por ser o nosso farol neste oceano da investigação!

Agradecemos à Enfermeira Laranjinha pela disponibilidade e atenção dispensada no Centro de Saúde de Queluz.

Para finalizar, o nosso agradecimento àqueles que, mesmo de fora, mas sempre presentes, nos quiseram bem e nos apoiaram nos bons e nos maus momentos.

A nossa vitória é partilhada com todos vós.

O companheirismo que nos uniu revelou-se no sucesso desta obra.

Resumo

A identificação dos factores responsáveis pelo incumprimento do esquema vacinal recomendado pela Direcção Geral de Saúde, é fundamental para o planeamento de estratégias que visem contrariar este problema de saúde pública.

Para compreendermos esta temática, no decurso deste estudo, foi pesquisada a informação que os pais detêm sobre vacinação, foram expostas as razões da não adesão ao esquema vacinal e pesquisou-se a existência de razões desconhecidas à literatura pesquisada.

Foi utilizado o método quantitativo e o estudo foi do tipo descritivo simples. Aplicou-se um questionário na colheita de dados efectuada a 30 pais de menores inscritos no Centro de Saúde de Queluz – extensão Lusíadas.

O tratamento de dados foi realizado empregando a estatística descritiva, com auxílio do software SPSS versão 17.0. Para a questão aberta constante no questionário, recorreu-se à técnica de análise de conteúdo de Bardin.

Os resultados obtidos revelam que 56,7% (17) dos indivíduos conhecem a existência do Programa Nacional de Vacinação. Porém, 86,7% (26) não apresentam um conhecimento muito profundo acerca deste. Sendo essencial o fornecimento de maior informação.

60% (18) da amostra reconhece o papel do Enfermeiro como fonte primária de informação, facto que reforça a autonomia deste profissional junto da população.

86,7% (26) referem que gostariam de ter mais condições na sala de espera da vacinação.

26,7% (8) revelaram-se incomodados com o comportamento do menor durante o acto vacinal.

O esquecimento (36,7%) e a falta de tempo (26,6%) foram referidos pelos pais como as principais razões para a situação de incumprimento vacinal.

Palavras-chave: vacinação/pais/incumprimento/esquema vacinal.

Abstract

The identification of factors responsible for the failure of the immunization schedule recommended by the Directorate General of Health, is essential for planning strategies aimed at countering this public health problem.

To understand this issue, during this study, we investigated the information that parents hold about immunization, we exposed the reasons for noncompliance with the immunization schedule and researched the existence of reasons unknown to literature. We used the quantitative method and the study was a descriptive simple. We applied a questionnaire in data collection made the 30 parents of children enrolled in the Health Center of Queluz - extension Lusíadas.

Data processing was performed using descriptive statistics with SPSS software version 17.0. For open question contained in the questionnaire, we used the technique of content analysis of Bardin.

The results show that 56.7% (17) of individuals aware of the existence of the National Program on Immunization. However, 86.7% (26) do not have a very deep knowledge about this. It's essential to provide more information.

60% (18) of the sample recognized the role of the nurse as a primary source of information, which enhances the autonomy of professional among the population. 86.7% (26) reported that they would like more conditions in the waiting room of vaccination.

26.7% (8) proved to be uncomfortable with the behavior of the child during the act vaccine.

Forgetfulness (36.7%) and lack of time (26.6%) were reported by parents as the main reasons for the failure to meet immunization.

Keywords: vaccination/parents/default/vaccination schedule

Índice

Agradecimentos	v
Resumo	vii
Abstract	ix
Índice	xi
Índice de Gráficos	xv
Índice de Tabelas	xvii
Índice de Quadros	xxi
Introdução	1
1.Enquadramento Teórico	5
1.1.Cuidados de Saúde Primários	5
1.1.1.Níveis de Prevenção.....	7
1.1.2.Modelos de Saúde e de Doença	7
1.1.3.Determinantes de Saúde	8
1.2. Unidade Familiar	14
1.2.1 Papeis e relacionamentos familiares	15
1.2.2.Tamanho e configuração da família.....	15
1.3.História da Vacinação.....	16
1.4.Portugal e o Programa Nacional de Vacinação	17
1.5.Vacinação	18
1.5.1.Benefícios da vacinação.....	19
1.5.2.Contra-indicações das vacinas	19
1.5.3.Falsas contra-indicações	20
1.5.4.Reacções adversas.....	21
1.6. Doenças abrangidas pelo Programa Nacional de Vacinação.....	21
1.6.1. Doença invasiva por <i>Haemophilus influenzae</i> b (Hib)	21
1.6.2.Hepatite B	23
1.6.3.Doença invasiva por <i>Neisseria meningitidis</i> C	23
1.6.4.Poliomielite	24

1.6.5.Tuberculose.....	25
1.6.6.Difteria	25
1.6.7.Tétano.....	26
1.6.8. Tosse Convulsa	27
1.6.9.Sarampo	28
1.6.10. Parotidite	29
1.6.11. Rubéola	29
1.6.12.Neoplasia do colo do útero.....	30
1.7.O Papel da Enfermagem.....	31
1.7.1 Medidas interventivas da Equipa de Saúde.....	33
2.Decisões Metodológicas	35
2.1.Paradigma e Tipo de estudo	36
2.2.Meio.....	36
2.3.População alvo, amostra e processo de selecção.....	37
2.4.Variáveis.....	38
2.5.Instrumento de colheita de dados	40
2.5.1.Pré-Teste	41
2.6. Considerações éticas.....	42
2.7.Tratamento de dados.....	45
3.Análise e Discussão dos Resultados	47
3.1. Caracterização da Amostra.....	47
3.1.1. Relação de parentesco.....	47
3.1.2.Género.....	47
3.1.3.Estado civil.....	48
3.1.4.Idade.....	48
3.1.5. Nacionalidade.....	49
3.1.6.Habilitações/Escolaridade	50
3.1.7.Situação profissional.....	51
3.1.8.Tempo/Meio de Transporte.....	53
3.1.9.Nível sócio-económico (rendimento mensal da família)	54

3.1.10. Religião	55
3.1.11. Etnia	56
3.1.12. Agregado Familiar	57
3.2. Informação que os pais detêm acerca de Vacinação	57
3.2.1 Existência do Programa Nacional de Vacinação	57
3.2.2. Gratuitidade do esquema vacinal recomendado.....	58
3.2.3. Vacinas abrangidas pelo Programa Nacional de Vacinação	59
3.2.4. Doenças abrangidas pelo PNV	61
3.2.5. Fonte de informação.....	62
3.2.6. Definição de vacinação	63
3.2.7. Os pais devem vacinar os seus filhos sem medos e receios.....	63
3.2.8. Actualidade da informação	65
3.2.9. Sessões de esclarecimento	65
3.2.10. Necessidade de Informação acerca de vacinação.....	66
3.2.11. Conhecimentos sobre vacinação	67
3.2.12. Reacções adversas.....	68
3.2.13. Contra-indicações.....	69
3.3. Razões do incumprimento do esquema vacinal recomendado	71
3.3.1. Razões relacionadas com o Centro de Saúde.....	71
3.3.1.1. Localização do Centro de Saúde	71
3.3.1.2. Tempo de Espera na vacinação	72
3.3.1.3. Horário da vacinação.....	72
3.3.1.4. Condições da sala de espera	73
3.3.1.5. Qualidade do atendimento na vacinação	73
3.3.1.6. Falta de vacinas no Centro de Saúde.....	76
3.3.1.7. O Centro de Saúde dá resposta às necessidades.....	77
3.3.1.8. Emigrantes que recorrem ao Centro de Saúde	78
3.3.2 Razões relacionadas com a Enfermeira	78
3.3.2.1. Informação da data da próxima vacina	78
3.3.2.2. Enfermeira (simpática, atenciosa e disponível).....	79
3.3.2.3. Esclarecimento de dúvidas	79

3.3.3. Razões relacionadas com os pais	80
3.3.3.1. Acompanhamento da criança à vacinação	80
3.3.3.2. Doença do filho menor	81
3.3.3.3. Comportamento do filho durante o acto vacinal	81
3.3.3.4. Principal razão do incumprimento vacinal.....	82
3.3.3.5. Famílias numerosas	85
3.3.3.6. Esforço para cumprir o esquema vacinal	87
3.3.3.7. Entidade Patronal dos Pais	88
4. Conclusão.....	89
5. Limitações e Implicações do estudo.....	95
6. Sugestões	97
7. Referências Bibliográficas.....	99
Apêndices	

Índice de Gráficos

Gráfico 1- <i>Distribuição da amostra segundo a nacionalidade dos indivíduos</i>	50
Gráfico 2- <i>Habilitações/Escolaridade dos indivíduos</i>	51
Gráfico 3- <i>Distribuição da amostra segundo a etnia</i>	56
Gráfico 4- <i>Distribuição da amostra segundo o conhecimento da existência do Programa Nacional de Vacinação</i>	58
Gráfico 5 – <i>Distribuição da amostra segundo a gratuidade do esquema vacinal recomendado</i>	59
Gráfico 6- <i>Distribuição da amostra segundo o número de vacinas abrangidas pelo Programa Nacional de Vacinação</i>	60
Gráfico 7- <i>Distribuição da amostra segundo as doenças abrangidas pelo PNV</i>	61
Gráfico 8- <i>Os pais devem vacinar os seus filhos sem qualquer receio, pois as vacinas não representam riscos, só trazem vantagens.</i>	64
Gráfico 9- <i>Existem muitas pessoas que não sabem na realidade para que servem as vacinas, mas gostariam de ter mais informação.</i>	66
Gráfico 10- <i>As pessoas que têm mais conhecimentos sobre vacinação, cumprem mais facilmente o esquema vacinal recomendado para os seus filhos.</i>	67
Gráfico 11- <i>Distribuição da amostra segundo as reacções adversas</i>	69
Gráfico 12- <i>Distribuição da amostra segundo o conhecimento das verdadeiras contra-indicações ao acto vacinal</i>	70
Gráfico 13- <i>O comportamento manifestado pelo seu filho durante a vacinação incomoda-a(o)</i>	82
Gráfico 14- <i>No seu entender qual é a razão principal, para o seu filho ter o esquema vacinal incompleto</i>	83

Índice de Tabelas

Tabela 1- <i>Distribuição da amostra segundo a relação de parentesco com a criança ...</i>	47
Tabela 2- <i>Distribuição da amostra segundo o género dos indivíduos</i>	47
Tabela 3- <i>Distribuição da amostra segundo o estado civil dos indivíduos</i>	48
Tabela 4- <i>Distribuição da amostra segundo a nacionalidade dos indivíduos</i>	49
Tabela 5- <i>Distribuição da amostra segundo as Habilitações/Escolaridade</i>	50
Tabela 6 - <i>Distribuição da amostra segundo a Situação Profissional</i>	52
Tabela 7- <i>Distribuição da amostra segundo o tempo que demoram a chegar ao Centro de Saúde de Queluz.....</i>	53
Tabela 8 - <i>Distribuição da amostra segundo o meio de transporte utilizado</i>	53
Tabela 9- <i>Distribuição da amostra segundo o rendimento mensal da família.....</i>	55
Tabela 10- <i>Distribuição da amostra segundo a religião</i>	55
Tabela 11- <i>Distribuição da amostra segundo a etnia.....</i>	56
Tabela 12- <i>Distribuição da amostra segundo o número de pessoas que habita com a criança</i>	57
Tabela 13- <i>Conhece o Programa Nacional de Vacinação?</i>	58
Tabela 14 - <i>As vacinas que fazem parte do esquema vacinal recomendado pelo Programa Nacional de Vacinação, são gratuitas?</i>	59
Tabela 15- <i>Distribuição da amostra segundo o número de vacinas abrangidas pelo Programa Nacional de Vacinação</i>	60
Tabela 16- <i>Distribuição da amostra segundo as doenças abrangidas pelo PNV</i>	61
Tabela 17- <i>Distribuição da amostra segundo a fonte de informação</i>	62
Tabela 18- <i>Distribuição da amostra segundo a definição de vacinação.....</i>	63
Tabela 19- <i>Os pais devem vacinar os seus filhos sem qualquer receio, pois as vacinas não representam riscos, só trazem vantagens.</i>	64
Tabela 20- <i>Distribuição da amostra segundo a actualidade de informação</i>	65
Tabela 21- <i>Aceitaria participar em sessões de esclarecimento</i>	65
Tabela 22- <i>Existem muitas pessoas que não sabem na realidade para que servem as vacinas, mas gostariam de ter mais informação.</i>	66

Tabela 23 - <i>As pessoas que têm mais conhecimentos sobre vacinação, cumprem mais facilmente o esquema vacinal recomendado para os seus filhos.</i>	67
Tabela 24- <i>Distribuição da amostra segundo as reacções adversas</i>	68
Tabela 25- <i>Distribuição da amostra segundo o conhecimento das verdadeiras contra-indicações ao acto vacinal</i>	70
Tabela 26- <i>Considera que o Centro de Saúde está bem localizado</i>	71
Tabela 27- <i>Considera que espera demasiado tempo até ser atendida na vacinação</i>	72
Tabela 28- <i>Acha que o horário da vacinação praticado neste Centro de Saúde é adequado à sua disponibilidade?</i>	72
Tabela 29- <i>Distribuição da amostra segundo as condições da sala de espera</i>	73
Tabela 30- <i>Distribuição da amostra segundo a qualidade do atendimento</i>	74
Tabela 31- <i>Já alguma vez deixou de vacinar o seu filho por falta de vacinas no centro de saúde?</i>	77
Tabela 32- <i>O Centro de Saúde de Queluz dá resposta às minhas necessidades de saúde</i>	77
Tabela 33- <i>Os emigrantes residentes que recorrem ao Centro de Saúde, são tratados de igual forma em comparação com a restante comunidade portuguesa.</i>	78
Tabela 34- <i>Sou sempre informado(a) pela enfermeira da data da próxima vacina</i>	79
Tabela 35 - <i>Seria vantajoso que a enfermeira que vacina o seu filho se mostrasse mais simpática, disponível e atenciosa</i>	79
Tabela 36- <i>Distribuição da nossa amostra segundo o esclarecimento de dúvidas</i>	80
Tabela 37- <i>Distribuição da amostra segundo a pessoa que acompanha a criança à vacinação</i>	80
Tabela 38- <i>Alguma vez deixou de vacinar o seu filho por este se apresentar doente</i>	81
Tabela 39- <i>Distribuição da amostra segundo o comportamento manifestado pelo menor</i>	81
Tabela 40- <i>Distribuição da amostra segundo a razão principal para o incumprimento do esquema vacinal</i>	83
Tabela 41- <i>As famílias numerosas, regra geral, cumprem o esquema vacinal dos seus filhos</i>	86

Tabela 42- <i>As famílias com muitos elementos, conseguem cumprir todas as necessidades de saúde de todos os elementos do agregado familiar de igual forma.</i>	86
Tabela 43- <i>Deve haver um esforço maior por parte dos pais para cumprirem o esquema vacinal dos seus filhos.</i>	87
Tabela 44- <i>A minha entidade patronal facilita-me o acompanhamento do meu filho ao Centro de Saúde, quando necessário.</i>	88

Índice de quadros

Quadro 1- <i>Variáveis, Dimensões e Indicadores do estudo</i>	39
Quadro 2- <i>Distribuição da amostra segundo a idade</i>	49
Quadro 3- <i>Distribuição da amostra por grupo profissional</i>	52
Quadro 4- <i>Distribuição da amostra segundo o tempo e meio de transporte utilizado</i>	54
Quadro 5- <i>Opiniões relativas à qualidade do atendimento na vacinação</i>	75
Quadro 6- <i>Outras razões que levam ao incumprimento do esquema vacinal recomendado</i>	85

Introdução

No âmbito da disciplina de Investigação do 6º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Atlântica, foi-nos proposto a realização de um trabalho de investigação científica denominado por Monografia.

«A investigação científica é um método de aquisição de conhecimentos que permite encontrar resposta para questões que necessitem de uma investigação, possibilitando descrever e explicar factos, acontecimentos ou fenómenos» (Fortin, 2000, p.56).

Após a elaboração de uma pesquisa inicial e discussão das possíveis matérias de investigação, chegámos à decisão do domínio do nosso trabalho. A área de estudo seleccionada foi a Vacinação.

A escolha do domínio Vacinação, justifica-se pela sua relevância para a saúde pública e por ser um campo de significativa actuação do Enfermeiro, que possibilita desenvolver estratégias importantes para a promoção da saúde e prevenção da doença.

Visto o domínio pretendido abarcar um campo vasto, encetámos um caminho de refinamento até formularmos o problema de investigação. O problema que nos despertou interesse, prende-se com o incumprimento do esquema vacinal recomendado para os menores de idade. Como tal, para melhor compreendermos esta problemática, sentimos a necessidade de conhecer as razões que levam os pais ao incumprimento do esquema de vacinação recomendado para os seus filhos.

Após uma revisão inicial de literatura, relativamente a Portugal e baseando-nos nas metas traçadas pela Direcção Geral de Saúde e que estão presentes no Programa Nacional de Saúde 2004-2010, em que existe a pretensão de se atingir os 95% de cobertura vacinal para o território de Portugal Continental, considerámos o nosso problema de investigação estar de acordo com a actualidade e servir de contributo para a chegada a esta meta nacional.

A questão é transversal a outros países. A Revista de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (1999) divulga o seguinte: *“A identificação da cobertura vacinal e dos factores responsáveis pelo retardo ou pela falta de imunizações é fundamental para a adequada monitorização dos programas de vacinação e para se identificar e atingir as*

crianças que não são vacinadas”(p.147-156).O nosso estudo pode contribuir para clarificar esta questão.

Uma vez que temos noção que esta realidade existe em Portugal, a nossa pesquisa prende-se também com a necessidade de dar a conhecer aos profissionais de saúde as razões que dominam este comportamento de não adesão. Aflorando assim a pertinência de identificar e dar a conhecer os factores que levam ao incumprimento do esquema vacinal recomendado para os menores de idade.

Almejamos que os resultados deste estudo, contribuam para que no campo de acção da enfermagem, se forneça essência ao planeamento e/ou implementação de estratégias administrativas e educativas, que propiciem um desempenho satisfatório e condizente, com as metas traçadas no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, relacionadas com a vacinação.

Fomos confrontadas com a realidade desta problemática quando tivemos conhecimento, através da Enfermeira da Vacinação do Centro de Saúde de Queluz – extensão Lusíadas, que relativamente a esta área de cuidados, esta unidade se debate com a falta de adesão de alguns pais ao cumprimento do esquema de vacinação recomendado para os seus filhos.

A população-alvo, do presente estudo, são os pais que não cumprem o Programa Nacional de Vacinação (PNV) recomendado para os seus filhos, e que estão inscritos no Centro de Saúde de Queluz – extensão Lusíadas, sendo esse o nosso meio. Optámos por esta Unidade de Saúde, devido à localização geográfica ser mais acessível para as investigadoras e pelo facto de ter sido um local de um anterior ensino clínico, onde tivemos o conhecimento factual desta realidade em estudo, a acrescentar salientamos a relevância desta questão para os enfermeiros deste Centro de Saúde em especial.

Na sequência da nossa revisão de literatura, aprimorámos e estruturámos a nossa questão de investigação:

Quais os factores que levam os pais de filhos menores, inscritos no Centro de Saúde de Queluz – extensão Lusíadas, ao incumprimento do esquema vacinal dos seus filhos?

Sobre esta questão traçamos os seguintes objectivos:

- ❖ Descrever a informação que os pais com filhos menores inscritos no centro de saúde de Queluz - ext. Lusíadas, possuem relativamente à vacinação;
- ❖ Expor as razões que levam os pais ao incumprimento do esquema de vacinação dos seus filhos como é recomendado;
- ❖ Enunciar a existência de outras razões para o fenómeno, na amostra populacional estudada, ainda não identificadas na literatura à qual tivemos acesso.

O nosso enquadramento teórico, onde abordaremos a temática em estudo, tem por base a revisão de literatura efectuada para reunir conhecimento sobre o domínio seleccionado, encerrando a fase conceptual do nosso percurso científico.

De seguida entraremos na fase metodológica, onde o tipo de abordagem utilizada para levar a cabo esta investigação é o paradigma quantitativo. Seleccionámos um estudo do tipo descritivo simples, por ainda não existirem estudos no espaço nacional que se debruçassem sobre este assunto.

Definimos as variáveis em estudo e respectivos indicadores de mensuração.

Apresentamos o nosso instrumento de colheita de dados que será um questionário.

Na fase empírica descrevemos, analisamos e discutimos os resultados obtidos.

Na parte final do nosso trabalho, expomos os capítulos da conclusão, das limitações e implicações e sugestões.

Terminamos o trabalho, com as referências bibliográficas.

As formatações deste trabalho académico estão de acordo com o guia para a elaboração de trabalhos escritos realizados para a finalização de licenciatura da Universidade Atlântica.

1. Enquadramento teórico

1.1. Cuidados de Saúde Primários

Segundo o conceito e as características definidas e declaradas na Conferência Internacional dos Cuidados de Saúde Primários de Alma-Acta (1978), os Cuidados de Saúde Primários em Portugal, têm uma história de 30 anos. A missão do Centro de Saúde tem sofrido algumas evoluções, sendo possível, historicamente, identificar 3 gerações.

A primeira geração de Centros de Saúde, remonta ao ano de 1971, integrando múltiplas instituições com preocupações preventivas e de Saúde Pública - incluindo actividades como a Vacinação, Vigilância de Saúde da Mulher, da Grávida e da Criança, Saúde Escolar e Ambiental, entre outras.

“Estes centros de saúde tinham um perfil de actuação prioritariamente ligado à prevenção e acompanhamento a alguns grupos de risco. O tratamento da doença aguda e, de uma forma genérica, os cuidados ditos curativos ocupavam um espaço diminuto no conjunto das suas actividades”

(Revista Portuguesa de Saúde Pública, 2001)

A segunda geração de Centros de Saúde teve início, em 1983, após a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e da nova carreira médica de clínica geral.

No seguimento da história dos Centros de Saúde, podemos falar em terceira geração ou, as bases para a mudança.

“A partir de 1996, foi possível relançar no seio do Ministério da Saúde o debate sobre o futuro dos cuidados de saúde primários e dos centros de saúde no país. Paralelamente a este debate, foram iniciados projectos e iniciativas experimentais e de inovação organizativa, visando explorar caminhos para reorganizar a prestação de cuidados aos cidadãos”

(Revista Portuguesa de Saúde Pública, 2001)

A reforma dos cuidados de saúde primária pressupõe, nos tempos actuais uma maior diversidade de oferta de cuidados e uma crescente opção de escolha por parte dos utentes, onde estes, cada vez mais irão ter um papel fundamental de responsabilização pela sua saúde, ou falta dela.

Desde a promoção da saúde até à emergência médica, passando pelos aspectos relacionados com a prevenção da doença, onde se inclui a vacinação, a saúde é uma responsabilidade partilhada por diversos actores sociais, onde existe um lugar de destaque para o utente e o Enfermeiro.

As acções de promoção de saúde podem situar-se no campo das estratégias passivas ou activas de promoção da saúde. Na esfera das estratégias passivas, os indivíduos usufruem com a intervenção de terceiros, sem eles próprios agirem. Podemos tomar como exemplo, o reforço de flúor da água potável.

Por outro lado, com estratégias activas de promoção da saúde, as pessoas são motivadas a adoptar práticas e comportamentos saudáveis e benéficos para si.

É dever do Enfermeiro frisar a promoção da saúde e mobilizar actividades de prevenção da doença, como formas importantes dos cuidados prestados. A área da Vacinação pode e deve, ser palco destas iniciativas.

“Acções de prevenção da doença, como os programas de vacinação, protegem os utentes de ameaças, reais ou potenciais, à sua saúde.”... “As acções de promoção da saúde motivam as pessoas a actuarem positivamente, para alcançarem níveis de saúde mais estáveis”...“ Cada vez mais os cuidados de saúde têm o seu enfoque na promoção da saúde, no bem-estar e na prevenção da doença. A rápida subida nos custos com os cuidados de saúde tem motivado as pessoas a procurarem maneira de diminuir a incidência, e minimizarem os resultados, da doença ou da incapacidade. Cerca de 70% do peso da doença e custos a ela associados está relacionado com doenças passíveis de prevenção.”

(Potter e Perry, 2006, p.7)

1.1.1.Níveis de Prevenção

De acordo com Edelman e Mandle (1998), citado por Potter e Perry (2006), a prevenção inclui todas as acções que limitam a progressão de uma doença.

A prevenção primária, é a verdadeira prevenção no sentido real da palavra. Precede a doença ou a disfunção e aplica-se a pessoas consideradas saudáveis. O objectivo da prevenção primária é reduzir a vulnerabilidade do indivíduo, ou de uma população, a uma doença ou disfunção, segundo Edelman e Mandle (1998), citado por Potter e Perry, 2006).

Leavell e Clark esquematizaram os vários níveis de prevenção numa tabela, nela fazem referência à vacinação, situando-a ao nível da prevenção primária (Potter e Perry, 2006).

A prevenção secundária focaliza-se nos indivíduos já com problemas de saúde, que se encontram em risco de agravar o seu estado. As acções são direccionadas para o diagnóstico e a intervenção imediata. Os cuidados de enfermagem de ordem preventiva secundária, podem ser prestados em lares, hospitais, ou instituições de enfermagem especializadas.

A área da prevenção terciária ocorre quando uma incapacidade é permanente e irreversível. Envolve a minimização dos efeitos de uma doença ou incapacidade. As acções são direccionadas, maioritariamente, para a reabilitação.

1.1.2.Modelos de Saúde e de Doença

Os modelos fornecem-nos várias abordagens a questões complexas. Permite-nos construir uma base mais sólida para uma prática mais fundamentada.

Utilizam-se como uma mais-valia para melhor se compreenderem as relações entre os conceitos e as atitudes, do utente, perante a saúde e práticas de saúde.

Os modelos de enfermagem permitem-nos compreender e prever, os comportamentos dos utentes, no que respeita à saúde, nomeadamente, a forma como utilizam os cuidados de saúde, participam no regime terapêutico, e cuidam de si próprios.

Entre alguns dos modelos conhecidos, podemos citar o Modelo de Promoção de Saúde, desenvolvido na década de 80 por Nola J. Pender, professora da Escola de Enfermagem da Universidade de Michigan – Estados Unidos, esta define saúde como um estado positivo, dinâmico, e não apenas a ausência de doença. A promoção da saúde é direccionada para a melhoria do nível de bem-estar do utente. O modelo de promoção de saúde descreve a natureza multidimensional das pessoas, enquanto interactivas no seu ambiente, perseguindo o objectivo da saúde (Pender, (1996), citando por Potter e Perry (2006). O modelo também reúne dados num padrão, para explicar a probabilidade de um utente desenvolver comportamentos de promoção da saúde (Pender (1993, 1996), citando por Potter e Perry (2006).

As actividades de promoção da saúde, de algum tempo para cá, passaram a ser amplamente estimuladas, sendo compreendidas como o estímulo à utilização das habilidades e conhecimentos das pessoas, a adopção de estilos de vida saudável, a mudança de comportamentos, o lazer, e a prática de actividade física.

A utilização de modelos e teorias no campo da promoção da saúde pode facilitar na compreensão dos determinantes dos problemas de saúde, orientar nas soluções que respondem às necessidades e interesses das pessoas envolvidas. Além disso podem contribuir para a promoção de conhecimento, reflexão e decisão no acto de cuidar e agir, possibilitando maiores resultados no alcance dos objectivos propostos, tanto para a promoção da saúde, quanto para a prevenção de doenças.

1.1.3.Determinantes de Saúde

São muitos os factores que influenciam ou determinam a saúde dos indivíduos e das comunidades. Essas variáveis designam-se por determinantes de saúde.

O conjunto de crenças da pessoa, acerca da sua saúde, assim como as práticas que esta leva a cabo, vão influenciar o seu estado de saúde.

Crenças de saúde são as noções e atitudes da pessoa, relacionadas com a saúde. As práticas da mesma, são as actividades do indivíduo para cuidar de si. Nestas estão incluídas as actividades de vida diária (AVD), como tomar banho e lavar os dentes, e outras acções, onde se incluem o cumprimento do esquema vacinal recomendado.

Variáveis internas e externas podem influir no modo de pensar e agir, do indivíduo, e na forma de ele lidar com a doença (Potter e Perry, 2006).

Os factores de risco também podem influenciar as crenças e práticas. Se as pessoas souberem que eles existem (os factores), e tomarem consciência da sua influência, compreenderão melhor o seu estado de saúde ou doença.

Em Abril de 1999, a Revista de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, publicou um estudo, acerca da identificação da cobertura vacinal e dos factores responsáveis associados à não vacinação. De entre os factores de risco para o incumprimento do esquema vacinal destacam-se: “Nível sócio-económico baixo, residência em área rural, extremos da idade materna, maior número de filhos, baixa escolaridade materna, elevado agregado familiar, residência há menos de 1 ano na área, falta de conhecimento acerca das doenças preveníveis por imunização, dificuldade de transporte, conflitos trabalhistas motivados pela perda de dias de trabalho para o cuidado dos filhos, ausência de seguro de saúde e presença de doença na criança” (Volume 33, Nº.2, p.149).

Também houve contributo de factores estruturais relacionados com os serviços de saúde, tais como: atraso na marcação de consultas, falta de consultas nocturnas ou no fim-de-semana, filas, tempo de espera, falta de brinquedos e distrações para as crianças durante a espera também dificultam a vacinação. Outra causa ligada aos serviços de saúde são as oportunidades perdidas de vacinar. Estas ocorrem quando a criança não é vacinada na presença de doença leve (falsa contra-indicação) ou quando a criança comparece à consulta na unidade de saúde na época de receber a vacina e não é vacinada. Esta investigação aponta a necessidade de estudos qualitativos para confirmar e fundamentar mais ricamente os achados.

Noutra avaliação da cobertura vacinal em Teresina-Piauí no Rio de Janeiro (Cadernos de Saúde Pública, Jan/Março, 1985, p.46-47), a justificativa major apresentada pelas mães para não terem concluído a vacinação dos seus filhos, prende-se com o facto de a criança estar doente à época prevista para aplicação da vacina. Mas será que a orientação de não vacinar a criança partiu dos serviços de saúde ou de um conceito social próprio da comunidade?

De acordo com o mesmo estudo, salientamos outras razões apresentadas, temos a impossibilidade de levar a criança ao posto, desconhecimento que estava em incumprimento, preguiça dos pais, falta de vacinas no posto, descrédito nas vacinas, medo ou resistência, ignorância total sobre a vacinação, acesso difícil ao Centro de Saúde e mau atendimento neste.

Num outro trabalho de investigação no distrito de Pau de Lima, dirigido por Lúcia Silva e colaboradores, além das mesmas razões apresentadas nos anteriores estudos, acrescenta-se também como motivos alegados para a vacinação incompleta, o esquecimento, falta de enfermeiro para se proceder à aplicação da vacina, o facto da criança ser muito nova, não ser dia de vacina no Centro de Saúde, a criança já teve a doença e o desconhecimento do local onde se deve proceder à vacinação (Rev. Panam Salud Pública, 1997, p.448).

A sociedade da actualidade, debate-se com um complexo arsenal de factores que exigem mudanças na abordagem à população. O incumprimento de alguns programas de saúde que são vitais para o bem-estar comunitário e, numa maior escala, a nível mundial, é preocupante e exige atenção e tentativa de solucionamento. O Programa Nacional de Vacinação (PNV) e o seu cumprimento, é uma das vertentes que merece a nossa especial atenção. Apesar das medidas implementadas no sentido do cumprimento do PNV, este continua a não chegar a todos os cidadãos. Para corrigir essas assimetrias é fundamental conhecer a realidade, de modo a que as estruturas locais de saúde possam agir, motivando os cidadãos.

Segundo um relatório elaborado pelo Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas relativo à Imigração em Portugal:

“ Antes da década de 70, o fluxo emigratório dominava a dinâmica migratória de Portugal. O fim do regime ditatorial no 25 de Abril de 1974, o processo de transformações económica que o acompanharam, o desenvolvimento de actividades sazonais e em part-time (turismo ou construção civil) e a necessidade de uma mão-de-obra não especializada, tornou Portugal, à semelhança de outros países da Europa do Sul, num país de imigração.

Segundo dados dos Recenseamentos Gerais da População, de 1960 para 1981, a população residente em Portugal cresceu 11% e a população estrangeira residente 269%. Assim, embora a vinda de pessoas para Portugal não pertença à história recente do país, é a partir dos meados dos anos 70 que a visibilidade destes fluxos aumenta”.

A profunda alteração na cultura demográfica, a nível mundial, e o resultado da enorme onda de imigração, que desde 1970 se tem registado, levam a necessidades de adaptação urgentes no sistema de cuidados de saúde em geral, e na prática de enfermagem em particular. Portugal está incluído nas modificações atrás referidas.

São inúmeras as barreiras que limitam o acesso das pessoas ao sistema de cuidados de saúde e à sua utilização; sendo o maior obstáculo a pobreza.

Segundo Smith, citado por Phipps, W.J, Sands, J.K e Marek, J.F. (2003, p.39) e baseando-se num estudo qualitativo realizado em 1995 no continente americano, a investigação demonstrou que as pessoas de estrato sócio-económico baixo, envolvem-se em menos actividades promocionais de saúde, do que as pessoas com rendimentos mais elevados, e subutilizam todos os tipos de serviços de cuidados de saúde. Outros problemas intimamente ligados a esta questão recaem no transporte, as barreiras linguísticas, etc.

São vários os factores que podem limitar o acesso de uma família ao sistema de prestação de cuidados de saúde: a disponibilidade e localização das instalações onde os cuidados são prestados e o transporte até esses locais, muitas vezes estão dependentes de outros familiares e amigos que os possam transportar. Em muitos casos, o centro de saúde a que pertencem não se situa no local de residência. Os transportes públicos são dispendiosos e, em alguns locais, inexistentes.

Fenómenos de etnocentrismo, também poderão estar na base da falta de comunicação dentro dos Centros de Saúde. Estes são a convicção de que o grupo cultural, étnico ou profissional a que se pertence, é superior ao dos outros. Cada pessoa julga os outros segundo um padrão pessoal, e muitas vezes é incapaz de ver os aspectos positivos noutros grupos.

De modo a criar um ambiente seguro e solícito para os cuidados de saúde, é importante controlar o xenofobismo, que pode influenciar a prática de enfermagem e mesmo determinar, muitas vezes, o acesso do doente aos recursos de saúde (Phipps, W.J, Sands, J.K e Marek, J.F., 2003, p.31).

Na Revista Latino-Americana de Enfermagem do ano de 2002, está presente um estudo onde se refere que, para além do descaso com a vacinação que caracteriza algumas pessoas, onde se inclui a perda do boletim de vacinas, existem outras razões que podem prender-se com a prática profissional de enfermagem, e que levam a uma falha no boletim de vacinação, por exemplo, a falha e negligência de identificação dos esquemas e vacina e divulgação insuficiente de informações aos pais, como por exemplo a data de retorno para o próximo episódio vacinal, que leva a um questionamento se não tem sido relegada para segundo plano a orientação da população em geral quanto à vacinação como uma actividade preventiva importante. O inquérito domiciliar é uma das estratégias utilizadas pelos serviços brasileiros para que, de forma sistematizada possa-se, avaliar os serviços prestados e a partir dos seus resultados elaborar estratégias para melhorar a organização e utilização dos serviços.

Quando a comunidade procura os serviços de saúde, os profissionais além de adoptarem estratégias para atraí-la, devem também buscar outras formas para estimulá-los a procurarem esses serviços, principalmente por meio de busca activa, promovendo a vacinação e estando atentos a não adoptarem condutas que possam levá-los a afastar-se desses serviços.

Giger, J.N. (1995) fala de fenómenos culturais que afectam os cuidados de enfermagem. Segundo este autor, entre outras causas, o factor comunicação é crucial nesta troca entre o enfermeiro e o utente. Pode acontecer, serem usados modos de comunicação que podem ser mal interpretados, como gritar, centrar-se na tarefa em vez de ser no utente, ou prestar cuidados sem falar com o doente. A linguagem corporal também é importante, estar de pé com os braços cruzados ao tronco, transmite desprezo, falta de abertura e falta de disponibilidade.

A orientação espacial reveste-se de contornos potencialmente motivadores ou desmotivantes, segundo os países de origem as relações tácteis, o toque, o aperto de mão e a presença física, poderão constituir o elemento diferencial.

Outro aspecto que poderá ser condicionante, recai na família, no apoio dos vários membros familiares. Este fenómeno envolve aspectos da unidade familiar e a sua organização, podendo existir a família nuclear, monoparental, multigeracional, combinada, de orientação matriarcal ou patriarcal.

Por último, as crenças sobre a saúde e a doença moldam a resposta de uma pessoa/família/comunidade ao sistema de cuidados de saúde. Conhecer essas crenças é meio caminho andado para compreender, avaliar e analisar as práticas que os utentes possam seguir para manter, proteger e recuperar a saúde física, mental e espiritual.

Sabemos que a saúde constitui um dos valores mais importantes, se não o mais valioso, para as pessoas no geral (Taylor, 1999). Não obstante, os indivíduos, para além de não adoptarem comportamentos benéficos para a sua saúde, como realizar exercício físico, ainda adoptam hábitos nocivos, como fumar (Ogden, 1999).

A Psicologia tem investigado e desvendou como uma das barreiras, o papel dos modelos parentais como a base dos hábitos adquiridos na idade adulta. Por volta dos onze anos, as crianças já adquiriram, por observação dos pais (Bennet & Murphy, 1999) uma base estável de crenças e de comportamentos de saúde, os quais tendem a converter-se em hábitos, ou seja, a automatizar-se no dia-a-dia.

Outro dos factores prende-se com a reduzida motivação para praticar bons hábitos de saúde. E ainda o optimismo irrealista (Weinstein (1983), citando por Grilo e Pedro (2005)) dos indivíduos, quando estimam a probabilidade de vir a adoecer de uma doença grave, oriundo de um conjunto de crenças que lhes dão a noção exagerada da capacidade para controlarem a sua saúde, negligenciando, por isso, a ameaça que os seus comportamentos prejudiciais podem ter sobre a mesma (Taylor, 1999).

O conhecimento destes factores, por parte dos profissionais de saúde, facultados pelos estudos na área da psicologia, ajuda não só a compreender os comportamentos

prejudiciais adoptados pelos utentes, como também, origina sugestões de intervenções úteis no sentido da respectiva alteração (Benner & Murphy, 1999).

Conhecer os pensamentos e atitudes dos utentes, e encarando estas como um predictor do comportamento, ou seja, uma predisposição para ocorrer um determinado tipo de acção (Segundo Lima diz Vala & Monteiro (1993) citado por Grilo e Pedro (2005)), conhece-la poderá dar ao enfermeiro informações importantes para antecipar os comportamentos dos utentes.

Nestas situações, a Psicologia social e cognitiva oferece recomendações específicas, relativamente às adaptações necessárias a fazer entre as diferentes características das seguintes componentes envolvidas na comunicação persuasiva: a mensagem a transmitir, seleccionar a fonte de informação mais adequada e recorrer ao canal de informação mais eficaz.

Para além disso, todos estes factores devem ser seleccionados em função das características do utente, ou seja, da relevância pessoal do tema abordado, assim como da sua capacidade de atenção, compreensão e memorização (Sherif & Hovland (1961) citado por Grilo e Pedro (2005)).

1.2. Unidade Familiar

Para Patterson (1995) citado por Whaley e Wong (1999) “família é um conjunto de pessoas que vivem juntas ou em contacto íntimo, que cuidam uns dos outros e propiciam orientação para os seus membros dependentes”.

Para Serra (1999) citado por Whaley e Wong (1999), a família tem como função primordial a protecção, tendo sobretudo potencialidade para dar apoio emocional, para a resolução de problemas e conflitos, podendo formar uma barreira defensiva contra agressões externas.

Na teoria dos sistemas de família, a família é vista como um sistema que interage continuamente com os seus membros e com o ambiente. Um problema de disfunção não repousa num membro qualquer, mas no tipo das interações utilizadas pela família. Por exemplo, o problema quando surge não se situa unicamente no pai ou na criança, mas

no tipo de relação entre o pai e a criança, bem como a reunião de outros factores que influenciam o seu relacionamento (Whaley e Wong, p.54).

As necessidades mais básicas da criança remetem-se para a figura materna, que a alimenta, protege e ensina, assim como cria um apego individual seguro, contribuindo para um bom desenvolvimento da família e conseqüentemente para um bom desenvolvimento da criança. A família é então, para a criança, um grupo significativo de pessoas, de apoio, como os pais, os pais adoptivos, os tutores, os irmãos, entre outros. Assim, a criança assume um lugar relevante na unidade familiar, onde se sente segura (Serra, 1999 citado por Whaley e Wong).

1.2.1 Papeis e relacionamentos familiares

Cada indivíduo possui uma posição na estrutura familiar e desempenha funções cultural e socialmente definidas, nas interacções dentro do grupo familiar.

O papel socialmente reconhecido de pai e mãe existe com funções socialmente estabelecidas, que orientam o comportamento sexual e as responsabilidades apropriadas na educação dos filhos. O grau em que os pais estão comprometidos nesta funções, e o modo pelo qual eles as desempenham são influenciados pelas suas próprias experiências de socialização (Whaley e Wong, 1999, p. 58 e 59).

1.2.2. Tamanho e configuração da família

O tamanho e a composição da família influenciam directamente o desenvolvimento da criança. Segundo Whaley e Wong (1999), as práticas paternas diferem entre as famílias pequenas e grandes. Nas famílias pequenas, a ênfase é dada ao desenvolvimento individual das crianças. A paternidade é intensiva em vez de extensiva, e há constante pressão para superar as expectativas da família.

As crianças nas famílias grandes são capazes de se ajustar a uma variedade de modificações e crises, há maior ênfase sobre o grupo e menos sobre o indivíduo. A cooperação é essencial e frequente por causa das necessidades económicas. Com frequência, a disciplina é administrada pelos irmãos mais velhos nas famílias numerosas (Whaley e Wong, 1999, p, 59).

1.3.História da Vacinação

De acordo com o Caderno da Direcção-Geral da Saúde, Nº2 de 2002, a palavra vacina surge do latim *vaccina*, de vaca, no sentido estrito, etimológico, designava um doença infecto-contagiosa que aparecia no gado *vacum*, sob a forma de pústulas.

A vacina é uma substância, que contém um microorganismo ou agentes imunizantes em diversas formas como vírus ou bactérias vivas atenuadas, bactérias ou vírus mortos ou inactivados e componentes purificados ou modificados dos antigénios.

Pode ter surgido no Egipto, a primeira vacina, quando ocorreram inúmeras epidemias, os egípcios registam, cerca de 3000 a.C., a relação entre a exposição à doença e o impedimento de contrair a doença no futuro.

No ano de 430 a.C., o general grego Tucídides, verificou o aparecimento de uma imunidade natural nas vítimas da peste, em Atenas (Caderno da Direcção-Geral da Saúde, Nº2, 2002, p.3).

A vacinação surge na China, no ano de 1000, através da prática de uma técnica, que se denomina por variolização, sendo usada como tentativa para imunizar as pessoas contra a varíola. Eram usados três métodos para conceber a imunidade contra esta doença. No primeiro, retiravam pus e líquidos de uma lesão causada pela varíola, com uso de uma agulha, eram injectados na região subcutânea; um segundo método baseava-se na remoção de pele das pústulas e redução destas a pó, o qual era administrado sob a forma inalação; no terceiro, o pó obtido era inserido directamente, por via endovenosa.

Na Turquia, a variolização também era executada. Em 1720, deu-se a introdução desta, pela Mary Wortley Montagu, esposa do embaixador Inglês. Lady Montagu, tendo sido vítima da doença, aprendeu a técnica da variolização, à qual submeteu a sua filha de 3 anos, promovendo assim, o uso da técnica e lança uma campanha para imunizar os ingleses contra a varíola.

Apesar de vários registos anteriormente mencionados, que evidenciam a tentativa de impregnação da vacinação, foi a Edward Jenner que se atribui o mérito da vacinação, dado o rigor científico, com que este médico inglês, apoiou as suas experiências. Em 1796, este médico vacinou uma criança através do primeiro método da variolização.

Após 6 semanas, inoculou contra a varíola e mais tarde não se verificou reacção transmissível da doença. Mais tarde, realizaram-se vinte e três vacinações, o resultado desta experiência foi publicado num livro, em 1798, como um marco importante, tanto para a história da ciência como para a da civilização humana, pois até ao século XVIII as doenças epidémicas mataram e mutilaram milhões de pessoas. Esse trabalho lançou os fundamentos da vacinologia, cuja primeira teoria é baseada na geração espontânea. Assim, a luta da humanidade contra as doenças, com um modo de vacinar contra a temida doença da época - a varíola, iniciou uma nova era da medicina, há mais de 200 anos (Caderno da Direcção-Geral da Saúde, Nº2, 2002, p.3-4).

O termo vacinação continua a ser usado 100 anos depois pelo francês Louis Pasteur, que foi reconhecido pelos estudos sobre fermentação e bactérias – descobriu as leveduras responsáveis pela fermentação da cerveja e do vinho e identificou também o germe da cólera das galinhas. Este célebre cientista, invalida a teoria da geração espontânea e adianta que a infecção é causada por germes.

Pasteur utilizava para vacinar, o próprio germe da doença, que se pretendia prevenir. A esta técnica, ele atribuiu a designação de vacinação, como homenagem a Jenner, apesar nada ter haver, com o método que Jenner acreditava. Louis Pasteur estudou e descodificou diversas vacinas, fundamentou e formalizou o estudo com rigor científico, necessário para que a vacinação se torna-se credível no campo da prevenção de doenças infecciosas (Caderno da Direcção-Geral da Saúde, Nº2, 2002, p.4).

1.4. Portugal e o Programa Nacional de Vacinação

As vacinas foram introduzidas em Portugal, na segunda metade do século XVIII, como método preventivo dos surtos graves de varíola. As inoculações iniciaram-se em Lisboa, no Hospital Real. Em 1799, foi administrada pela primeira vez a vacina, em Lisboa através do método inovador de Jenner, contra a varíola.

No ano de 1965, em Outubro-Novembro, foi iniciado o Programa Nacional de Vacinação (PNV), este foi criado pelo Ministério da Saúde, seguindo as orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS). Este programa refere-se a um conjunto de vacinas, com distribuição e cobertura vacinal na totalidade da população de forma

gratuita, segundo orientações específicas e técnicas de acordo com um esquema/calendário recomendado (Caderno da Direcção-Geral da Saúde, Nº2, 2002, p.5-6).

Foi criado com o objectivo de minimizar ou erradicar as doenças infecciosas existentes na população, tendo sido concretizado de forma notável através da diminuição da morbidade e mortalidade pelas doenças infecciosas alvo de vacinação, com consequentes ganhos de saúde.

A modificação do estado imunitário da população altera a epidemiologia e a apresentação clínica das doenças. O PNV é actualizado em função desta evolução e da disponibilidade de novas vacinas, com o objectivo de melhorar a sua qualidade, tanto quanto possível.

O PNV é um programa universal, gratuito e acessível a todas as pessoas presentes em Portugal. Apresenta-se sob a forma de um esquema de vacinação recomendado que constitui uma “receita universal”. Actualmente abrange 12 doenças infecciosas e que adapta a cronologia das vacinações de acordo com o desenvolvimento do sistema imunitário (PNV, 2006, p.6-8).

1.5.Vacinação

Define-se como um processo que permite que o organismo adquira defesas contra determinadas doenças infecciosas. Esta prática tem como objectivo aumentar a resistência de um indivíduo contra infecções. O sistema imunitário produz defesas que combatem os antigénios que entram no nosso organismo (vírus e bactérias). A vacina é uma preparação de microorganismos ou partes, mortos ou vivos, produzem no organismo anticorpos, que concedem imunidade (Seeley, R.R, Stephens, T.D. e Tate, P 2003, p.G-25).

É administrada por meio de vacina, imunoglobulina ou por soro de anticorpos. As vacinas são usadas para induzir a imunidade activa; a sua administração resulta numa resposta biológica e na produção de anticorpos específicos. Assim, a imunidade é induzida contra futuras infecções pelo mesmo microorganismo. A imunidade activa dura muitos anos; a passiva é induzida pela administração de anticorpos contra uma

infecção particular. Os anticorpos colhidos dos humanos são chamados imunoglobulinas e os dos animais, soros. A imunidade passiva dura apenas algumas semanas (Seeley et al., 2003, p. 816-817).

A imunidade confere protecção a nível individual e leva à erradicação das doenças infecciosas.

Os programas ou campanhas de vacinação bem organizadas e correctamente executadas conseguem, numa primeira fase, o controlo das doenças transmissíveis entre os seres humanos de uma comunidade e, posteriormente, como objectivo final, a sua erradicação. Permitiu evitar e diminuir o número elevado de morbidade e mortalidade, sobretudo em idades muito precoces.

A vacinação foi uma das medidas mais importantes e com maior impacto na saúde pública.

1.5.1. Benefícios da vacinação

Segundo a Organização Mundial Saúde (OMS) os benefícios da vacinação englobam:

- Controlo de doenças
- Poupanças para os sistemas de saúde e para a sociedade
- Previne o desenvolvimento de resistências a antibióticos
- Oferece protecção aos viajantes e comunidades migrantes
- Oferece protecção contra o bioterrorismo
- Promove o crescimento económico

OMS(2008)

1.5.2. Contra-indicações das vacinas

Uma das razões mais apontadas para as doses vacinais não terem sido inoculadas atempadamente, prende-se com o facto das crianças se apresentarem adoentadas na altura da toma da vacina. Este facto revela algum desconhecimento relativamente às verdadeiras contra-indicações por parte das vacinas:

- Reacção anafiláctica a uma dose anterior

- Reacção anafiláctica a um constituinte da vacina
- Gravidez (vacinas vivas)
- Estados de imunodepressão grave (vacinas vivas)

Programa Nacional de Vacinação (2006, p.40)

1.5.3.Falsas contra-indicações

- Doenças benignas/ligeiras com febre inferior a 38,5°C, tais como diarreia e infecções respiratórias superiores
- Doenças neurológicas não evolutivas, como a paralisia cerebral e a Síndrome de Down ou outra patologia cromossómica
- Doenças crónicas cardiovasculares, pulmonares, renais e hepáticas
- Dermatoses, eczemas ou infecções cutâneas localizadas
- Reacções localizadas, ligeiras ou moderadas, após a inoculação de um antigénio
- Terapêutica com antibióticos concomitante (excepto os tuberculostáticos para a BCG), corticosteróides (até 20 mg por dia) e esteróides tópicos
- Imunoterapia concomitante com extractos de alérgenos
- Antecedentes familiares e pessoais de alergia à penicilina, rinite alérgica, febre dos fenos, asma e outras manifestações atópicas
- História anterior de sarampo, parotidite epidémica, rubéola ou doença alvo de uma vacina
- Exposição recente a uma doença infecciosa
- Convalescença de doença aguda
- História familiar de complicações e reacções graves pós-vacinais
- História familiar de síndrome da morte súbita infantil
- Antecedentes familiares de convulsões
- História familiar de síndrome de reacções adversas graves à mesma vacina ou a outras vacinas
- Períodos de convalescença das doenças
- Períodos de incubação de doenças infecciosas

- Gravidez da mãe ou de outros contactos
- Prematuridade e baixo peso ao nascer (≤ 2000 g) (excepto para a VHB e BCG)
- História de icterícia neonatal
- Aleitamento materno
- Má nutrição

Programa Nacional de Vacinação (2006, p.40)

1.5.4. Reacções adversas

Poderão desenvolver-se algumas manifestações que se forem conhecidas antecipadamente, levarão a que não haja um comportamento exacerbado por parte dos pais contra o acto vacinal. São reacções passageiras, já observadas e documentadas na literatura, e em caso contrário, por exemplo nas reacções anafiláticas, também está pré-estabelecido o correcto procedimento.

Locais: rubor, edema, eritema, formação de nódulo duro e doloroso e dor

Sistémicas: febre alta (com duração de um ou dois dias), irritabilidade (choro), convulsões, perda de consciência, mal-estar, fadiga, mialgias, cefaleias, náuseas, astenia e tonturas, artralgias, anorexia, sonolência ou agitação psicomotora, dor abdominal, eritema, sudorese, vertigens, insónia, arrepios, diarreia, hipotensão, lipotimia, ataques de pânico e convulsões.

Anafiláticas: Surgem pouco tempo após a administração (minutos). Sintomas: prurido, urticária, edema laríngeo, espirros, rouquidão, lacrimejo, congestão nasal e facial, odinofagia, tosse, pieira, rouquidão, estridor, exantema, dispneia, cianose, prostração, pulso rápido e fraco, arritmia, hipotensão, choque.

Programa Nacional de Vacinação (2006, p.41-45)

1.6. Doenças abrangidas pelo Programa Nacional de Vacinação

1.6.1. Doença invasiva por *Haemophilus influenzae b* (Hib)

É um bacilo gram-negativo, imóvel, capsulado, pleomórfico. Possui diferentes sorotipos (a, b, c, d, e, f), sendo o sorotipo b o principal responsável pela doença invasiva, tal

como a meningite bacteriana, em crianças dos 2 meses aos 12 anos, 70% das crianças têm menos de 5 anos.

Após a implementação da imunização, a partir dos dois meses de idade, a incidência de meningite por *Haemophilus influenzae* tipo b caiu abruptamente.

Meningite por *Haemophilus influenzae*

Infecção bacteriana aguda das meninges, comum na primeira infância. Surge com mais frequência em lactentes dos 2 meses aos 2 anos de idade, sendo a sua incidência mais ao 6-9 meses, e 50% dos casos podem ocorrer no primeiro ano de vida.

Os indivíduos não vacinados e aqueles com respostas imunológicas à vacina (criança com infecção por HIV) permanecem sob o risco de contraírem meningite por *Haemophilus Influenzae* tipo b.

A meningite aguda possui dois padrões de manifestações clínicas:

O início é geralmente súbito e rapidamente progressivo, com choque púrpura, coagulação intravascular disseminada (CID), diminuição do nível de consciência e poderá ocorrer a morte no período de 24 horas.

A outra forma de meningite é precedida de vários dias de sintoma como hipotermia ou hipertermia, desconforto respiratório, irritabilidade, letargia, náuseas, vômitos e icterícia. Pode-se observar ainda a presença de outros sinais e sintomas como: agitação e o grito meníngeo.

Estas duas apresentações de meningite podem se acompanhar também de febre, anorexia e recusa alimentar, mialgias, sinais cutâneos como petéquias etc. A irritação meníngea manifesta-se por rigidez da nuca, dor na região dorsal, sinal de Kernig e sinal de Brudzinski.

Transmite-se por contacto directo pessoa a pessoa, doente ou portador, através da via respiratória.

As principais complicações são: perda de audição, distúrbios de linguagem, atraso mental, anormalidade motora e distúrbios visuais.

Como tratamento persiste a antibioterapia (AB).

A vacinação e profilaxia com AB (rifampicina) dos contactos susceptíveis de risco, representam os dois meios de redução da probabilidade de meningite bacteriana.

Nelson, D. e Nelson, W., 2000, p.744-750

1.6.2.Hepatite B

O agente causador é o vírus da hepatite B, responsável por uma das doenças mais frequentes no mundo, estimando-se que existam 350 milhões de portadores crónicos do vírus. Este tem um período de incubação de 50-180 dias.

O vírus pode existir no sangue, saliva, sémen, secreções vaginais e leite materno de doentes ou portadores assintomáticos.

Transmite-se de pessoa a pessoa, por introdução transcutânea de sangue, por contactos directos com saliva, sangue e fluidos corporais contaminados. Sendo capaz de sobreviver no ambiente por pelo menos uma semana.

As manifestações clínicas ocorrem lentamente e variam de leves a severas, febre, anorexia, mal-estar geral, náuseas, vômitos, gosto desagradável na boca, desconforto abdominal e ausência de icterícia de leve à severa, coma e morte. Ocorre leucopénia precoce. Pode aparecer bÍlis na urina e as fezes apresentam coloração de argila. As provas de função hepática são úteis para diagnóstico.

Não há tratamento eficaz para a hepatite B, é unicamente sintomático. A forma mais importante de prevenir é através da administração da vacina.

Thompson, E, et al, 1996, p.274

1.6.3.Doença invasiva por *Neisseria meningitidis* C

A doença meningocócica, potencialmente fatal, é contagiosa. O meningococo tem vários serogrupos e, na Europa, os mais frequentes são o B e o C.

Este meningococo é responsável pela meningite bacteriana em mais de 95% das crianças com mais de 2 meses de idade. A meningite meningocócica ocorre na forma epidémica. É transmitida por infecção por gotículas das secreções nasofaríngeas. Embora possa desenvolver-se em qualquer idade, o risco de infecção meningocócica

aumenta com o número de contactos; portanto, ocorre predominantemente em crianças e adolescentes.

Tendo as mesmas manifestações clínicas que a meningite bacteriana causada por *Haemophilus Influenzae* do tipo b.

Whaley e Wong, D., 1999, p.903

1.6.4.Poliomielite

É uma infecção viral muito contagiosa, por vezes mortal, que pode provocar fraqueza muscular permanente, paralisia e outros sintomas.

O polio vírus transmite-se ao ingerir substâncias como água, contaminadas por fezes contaminadas. A infecção alastra do intestino a todo o corpo, mas o cérebro e a espinhal-medula são os mais afectados.

Nos países industrializados os surtos de poliomielite desapareceram quase por completo, graças aos programas de vacinação.

A poliomielite que afecta as crianças costuma ser ligeira. Os sintomas consistem numa sensação de mal-estar geral, febre ligeira, cefaleias, irritação da garganta e vómitos. A criança recupera normalmente em 24-72 horas.

A poliomielite grave é mais provável nas crianças mais velhas e nos adultos. Tendo como sintomas febre, cefaleias intensas, rigidez do pescoço e das costas e dor muscular profunda. A doença pode estacionar ou até progredir e desenvolver-se ou debilidade ou paralisia em certos músculos. A voz pode até torna-se nasalada.

A complicação mais grave desta doença é a paralisia permanente.

Os seres humanos são os únicos atingidos e os únicos reservatórios, sendo assim a vacinação poderá erradicar esta doença completamente.

A poliomielite não tem tratamento específico. A única medida eficaz é a vacinação.

Merck Sharp & Dohme, 2006, p.91-92

1.6.5.Tuberculose

É uma doença infecciosa causada pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis* ou bacilo tuberculoso.

A tuberculose dissemina-se através de gotículas no ar que são expelidas quando as pessoas com tuberculose infecciosa em estado activo, tosse, espirram, falam ou cantam.

A tuberculose afecta principalmente os pulmões (75% ou mais), sendo chamada de tuberculose pulmonar. Este tipo de tuberculose inclui os seguintes sintomas, tosse prolongada com duração de mais de três semanas, dor no peito e hemoptise. Outros sintomas incluem febre, calafrios, suores nocturnos, perda de apetite e de peso e cansaço fácil.

A prova tuberculínica ou intradermoreacção de Mantoux é um meio auxiliar de diagnóstico utilizado, há longa data, no campo da doença tuberculosa, cuja utilidade, importância e significado têm variado ao longo dos anos, consoante a evolução dos conhecimentos sobre os mecanismos imunológicos e sobre a patologia específica.

Uma inoculação com o bacilo Calmette Guérin (BCG) é suficiente; a revacinação não é útil. Esta vacina concede entre 50% a 80% de resistência à doença.

Phipps, W.J, Sands, J.K e Marek, J.F., 2003, p.1061-1070

1.6.6.Difteria

É uma doença infecto-contagiosa que por vezes é mortal, causada pelo bacilo *Corynebacterium diphtheriae*, que provoca inflamação da mucosa da garganta, do nariz e, às vezes, da traqueia e dos brônquios.

É pouco frequente nos países desenvolvidos devido à vacinação contra a doença. No entanto, as bactérias de difteria ainda existem no mundo e podem provocar surtos epidémicos se não se recorrer a uma ampla vacinação.

O período de incubação é de 3 a 5 dias. A bactéria coloniza inicialmente as amígdalas e a faringe onde se multiplica, no fundo da boca dos indivíduos afectados, provocando

inflamação. Também pode infectar o nariz, e a conjuntiva, assim como raramente, feridas noutras localizações. Este microorganismo aloja-se nas amígdalas formando uma pseudomembrana que pode estreitar ou bloquear as vias respiratórias. Se a bactérias libertarem uma toxina, esta pode disseminar-se pelo fluxo sanguíneo e danificar os tecidos de todo o corpo, sobretudo o coração e os nervos.

A faringite produz sintomas como dor de garganta, febre baixa, tosse, fadiga, disfagia e náuseas. As crianças podem ter febres altas e mucosidade no nariz. Os gânglios linfáticos regionais (no pescoço) ficam muito inchados.

A mortalidade total situa-se entre os 5%-20% em crianças pequenas.

A prevenção através da vacina, evita o surgimento da doença. A vacina da difteria é normalmente combinada com as vacinas do tetano e da tosse convulsa com a denominação de DTP.

Merck Sharp & Dohme, 2006, p.76-77

1.6.7.Tétano

É uma infecção grave não contagiosa causada por uma toxina produzida pela bactéria *Clostridium tetani*. É cada vez menos frequente nos países desenvolvidos, mas ainda existe em países em vias de desenvolvimento, existindo ainda alguns casos. A bactéria é encontrada nas fezes de animais ou humanos que se depositam na areia ou na terra. A infecção dá-se pela entrada das bactérias por qualquer tipo de ferimento na pele contaminado com areia ou terra. Queimaduras e tecidos necrosados também são porta de entrada para a bactéria.

O tétano caracteriza-se pelos espasmos musculares e as suas complicações. Eles são provocados pelos mais pequenos impulsos, como barulhos e luzes, e continuam durante períodos prolongados. O primeiro sinal de tétano é o trismus, ou seja, contracção dos músculos mandibulares, não permitindo a abertura da boca. Isto é seguido pela rigidez do pescoço, costas, *risus sardonicus* (riso causado pelo espasmo dos músculos em volta da boca), dificuldade de deglutição, rigidez muscular do abdómen. O opistótono é um outro sinal, que é uma forma de espasmo tetânico em que

se recurvam para trás a cabeça e os calcanhares, arqueando-se para diante o resto do corpo.

O paciente permanece lúcido e sem febre. A rigidez e espasmos dos músculos estendem-se de cima para baixo no corpo. Sinais típicos de tétano incluem uma elevação da temperatura corporal de entre 2 a 4°C, diaforese, aumento da tensão arterial, taquicardia. Os espasmos duram 3 a 4 semanas, e a recuperação completa pode levar meses. Cerca de 30% dos casos são fatais, por asfixia devido a espasmos contínuos do diafragma.

O tétano tem um índice de mortalidade global de 50%, sendo mais provável a morte nos indivíduos muito jovens ou nos de idade avançada e também os que injectam com droga.

A prevenção é feita principalmente pela vacinação da população, pela rotina e pelos reforços a cada 10 anos.

A população também deve ser esclarecida de que todos os ferimentos sujos, fracturas expostas, mordidas de animais e queimaduras devem ser bem limpos e tratados adequadamente para não proliferar a bactéria pelo organismo.

Merck Sharp & Dohme, 2006, p.49-50

1.6.8. Tosse Convulsa

Pertússis, coqueluche ou tosse convulsa é uma doença altamente contagiosa e perigosa para as crianças, causada pela bactéria *Bordetella pertussis*, prevenível por vacinação, que causa tosse violenta contínua e dolorosa.

A *Bordetella pertussis* é transmitida pela inalação de gotas expulsas pela tosse de um doente.

Após um período de incubação de 7 a 10 dias, surge a fase de expulsão do catarro, com rinorreia, espirros e tosse moderada e olhos chorosos, que dura cerca de duas semanas. A febre é pouco comum. A inflamação dos brônquios, com áreas de necrose, aumenta nesta fase.

Após esta fase estabelece-se um tipo de tosse diferente, convulsiva, contínua e dolorosa que dura em média três semanas e pode ser seguida de vômitos. Aos acessos de tosse segue-se uma inspiração com som característico, tipo silvo.

Os ataques violentos de tosse podem provocar hemorragia nos olhos, nas membranas mucosas, na pele ou no cérebro.

Merck Sharp & Dohme, 2006, p.78-79

Segundo uma notícia publicada em Dezembro de 2008 na Tribuna Médica Press *"Especialistas lembram que os casos de tosse convulsa estão a crescer entre os adultos e que os bebés são vulneráveis à infecção até à primeira imunização, que ocorre aos dois meses."* sugerem até *"...reforçar a vacinação dos adolescentes"*.

1.6.9.Sarampo

É um vírus altamente infeccioso e transmitido por secreções respiratórias como espirros e tosse.

As manifestações iniciais começam entre o 7º-14º dia após a infecção sendo estes: febre alta, tosse rouca e persistente, inflamação da mucosa nasal, conjuntivite e fotofobia. Surgem manchas brancas na mucosa da boca (manchas de Koplik, dois a quatro dias mais tarde, que são diagnósticas). Após isso surgem manchas máculo-papulares avermelhadas na pele, inicialmente no rosto e progredindo em direcção aos pés, durando pelo menos três dias, e desaparecendo na mesma ordem de aparecimento. (Merck Sharp & Dohme, 2006, p.83)

No dia 9/4/2009 foi publicada uma notícia no Jornal Público, onde a Direcção Geral de Saúde refere que o sarampo é uma das três doenças, acompanhada da difteria e poliomielite, que se encontram eliminadas do panorama nacional.

"Porque temos, felizmente, elevadas taxas de vacinação não temos tido casos de sarampo. O mesmo não tem acontecido em muitos países da Europa onde as taxas de vacinação são mais baixas e onde têm surgido casos", referiu a Dr.^a Graça Freitas, Subdirectora - Geral da Saúde.

1.6.10. Parotidite

A parotidite infecciosa, popularmente conhecida como papeira, afecta as glândulas salivares. É uma doença de transmissão respiratória, provocada por um paramixovírus, parente do vírus do sarampo. É uma doença da infância (crianças entre 5-15 anos) geralmente inócua, mas pode causar alguns problemas no adulto.

É altamente infeccioso. Os vírus são transmitidos por gotas de espirros, tosse, respirar em ambientes fechados ou por contacto directo. O vírus pode continuar a ser transmitido 2 meses após a infecção. Os sintomas começam entre o 14º-24º dia depois da infecção. A criança pode ter calafrios, cefaleias, anorexia, sensação de mal-estar geral, febre moderada e as glândulas salivares ficam inflamadas

É caracterizada por um aumento não supurativo de uma ou ambas glândulas salivares, principalmente as parótidas.

A criança com parotidite sofrerá um inchaço doloroso entre a orelha e o ângulo do maxilar.

A vacina contra a parotidite é administrada de forma sistemática na infância.

Merck Sharp & Dohme, 2006, p.88-89

1.6.11. Rubéola

É uma doença (chamada também de sarampo de três dias) causada pelo vírus da rubéola e transmitida por via respiratória. É geralmente benigna, mas pode causar malformações no embrião quando as gestantes forem infectadas.

A transmissão é por contacto directo, secreções ou pelo ar. O vírus multiplica-se na faringe e nos órgãos linfáticos e depois dissemina-se pelo sangue para a pele. O período de incubação é de duas a três semanas; transmissível até 2 meses após a infecção.

Nas crianças, a doença começa com um período de 1-5 dias de mal-estar ligeiro, inflamação dos gânglios do pescoço e da nuca e por vezes artralgias. Também aparece uma erupção ligeira, que começa na cara e no pescoço e estende-se para o tronco, braços e pernas.

A rubéola é grave para as mulheres grávidas. Uma mulher infectada durante as primeiras 16 semanas de gravidez pode abortar, dar à luz um bebé morto ou ter um bebé com deficiências congénitas.

A vacina é composta por vírus vivo atenuado. As gestantes não podem ser vacinadas e as mulheres vacinadas devem evitar a gestação até o mês seguinte à vacinação.

Merck Sharp & Dohme, 2006, p.85-86

1.6.12. Neoplasia do colo do útero

O vírus do papiloma humano (HPV) é um vírus que infecta os queratinócitos da pele ou mucosas, e possui mais de 200 variações diferentes. A maioria dos subtipos está associada a lesões benignas, tais como verrugas, mas certos tipos são frequentemente encontrados em determinadas neoplasias como o cancro do colo do útero, do qual se estima que sejam responsáveis por mais de 90% de todos os casos verificados.

A principal forma de transmissão do HPV é por via sexual, sendo a doença sexualmente transmissível (DST) mais frequente. Estima-se que 25 a 50% da população feminina mundial esteja infectada, e que 75% das mulheres contraíam a infecção durante algum período das suas vidas.

A maioria das situações não apresenta sintomas clínicos, mas algumas desenvolverão alterações que podem evoluir para o cancro.

O rastreio para diagnóstico destas alterações é a citologia cervical ou teste de Papanicolau. A infecção também pode ocorrer no homem, embora as manifestações clínicas sejam menos frequentes do que na mulher.

O cancro é a consequência mais grave da infecção por HPV, e vários tipos de vírus, de entre os quais o 16, 18, 31 e 45, são considerados de risco elevado para o desenvolvimento de cancro. Os tipos de cancro que estão em alguma medida associados com o HPV incluem cancro do colo uterino, do ânus, da vulva, do pénis e da cabeça e pescoço. Destes, o mais importante (no sentido em que foi aquele em que se encontrou uma maior taxa de correlação com a infecção) é o cancro do colo do útero, considerando-se que 95% dos casos, ou até mais, são devidos ao HPV.

Em 2006 completou-se o desenvolvimento de duas vacinas contra alguns subtipos de HVP, que utilizam a proteína L1 da cápside. Estas vacinas, agora disponíveis no mercado, permitirão (segundo as expectativas) diminuir em mais de 70% o número total de cancro do colo do útero no prazo de cerca de 20 anos, caso as novas gerações de mulheres sejam vacinadas (uma vez que ela apenas é activa antes da infecção se instalar).

De futuro, é possível que as vacinas sejam mais abrangentes no espectro de HPV que cobrem, aumentando ainda mais os seus benefícios.

A Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC) em Março de 2009 levou a cabo uma campanha de divulgação de informação junto de diversas universidades do país, onde algumas figuras públicas deram a cara a esta iniciativa de sensibilização para a prevenção.

Porque o cancro do colo do útero pode afectar qualquer mulher, esta campanha pretende promover um movimento de mulheres e alertar a população para a importância de consultar o médico regularmente e de assumir hábitos de prevenção, que podem, efectivamente, salvar vidas, como o rastreio regular e a vacinação.

Segundo o Dr. Vítor Veloso, presidente da LPCC, *«o formato da campanha, pensado especificamente para as universidades, aspira chegar a um público-alvo de jovens mulheres que pertencem a uma faixa etária com alto risco para a infecção por HPV»*.

O maior desafio será diminuir os números alarmantes a que assistimos em Portugal. Actualmente ainda morre uma mulher por dia devido a este cancro e surgem 950 novos casos todos os anos (“Universidades contra o cancro do colo do útero”, disponível em <http://mulher.sapo.pt/actualidade/noticias/universidades-contra-o-cancro-984911.html>).

1.7.O Papel da Enfermagem

Segundo o Programa-tipo de actuação de Saúde Infantil e Juvenil de 2005 (2ªed.), elaborado pela Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes da Direcção Geral de Saúde:

“A saúde não depende exclusivamente da prestação de cuidados. A influência do ambiente – social, biofísico e ecológico – é determinante. No entanto, é indiscutível o impacto das acções de vigilância da saúde infantil e juvenil pertinentes e de qualidade. A manutenção e a promoção da saúde de todas as crianças é, pois, um imperativo para os profissionais e para os serviços.

O apoio às crianças com necessidades especiais, em situação de risco ou especialmente vulneráveis, a redução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde e o reconhecimento dos pais como primeiros prestadores de cuidados são aspectos prioritários. O aumento do nível de conhecimentos e de motivação das famílias, a par da redução do analfabetismo e da melhoria das condições de vida, favorecem o desenvolvimento da função parental e tornam possível que os pais e a família a assumam, como direito e dever, competindo aos profissionais facilitá-la e promovê-la.” (p.5)

O Enfermeiro, a par de toda a equipa multidisciplinar, é um elemento primordial e fundamental da vigilância e da promoção da saúde. Sendo considerado como um interveniente e facilitador da relação que a comunidade detém com os serviços de saúde (Potter e Perry, 2006).

Segundo Stewart e Logan (1997); Wilson e outros (1995), referido por Potter e Perry (2006)

“...Muitos dos aspectos da relação de ajuda enfermeiro-utente estão também presentes nestas relações entre pares, cujo pólo de interesse é a realização do trabalho e dos objectivos do meio onde se prestam cuidados. Neste tipo de relações, a comunicação pode funcionar no sentido de formar a equipa, facilitar o processo de agrupamento, bem como a colaboração, a consulta, a delegação de poderes, a supervisão, a liderança e a gestão. Para levantar a moral, atingir objectivos e reforçar as relações de trabalho, são necessárias interacções de natureza social, informativa e terapêutica entre o enfermeiro e os elementos da equipa de saúde”

A Enfermagem tem uma ligação natural à promoção de estilos de vida saudáveis. Surgiu pela primeira vez, com Florence Nightingale, que utilizou os princípios da

higiene e gestão ambiental nos cuidados aos doentes e feridos durante a Guerra da Crimeia (Potter e Perry, 2006).

Os Enfermeiros actualmente, têm oportunidade de contribuir significativamente para a vida dos indivíduos e, de um modo positivo, influenciar a saúde da sociedade, ajudando as pessoas a fazer escolhas informadas de estilos vida saudáveis.

A classe de Enfermagem tem ao seu alcance diversos instrumentos para abordar a comunidade, e neste caso específico, os pais e menores de 18 anos. A relação terapêutica que se estabelece com estes indivíduos reveste-se de contornos particulares, que o enfermeiro deve dominar para poder usufruir dela em toda a sua plenitude.

Segundo Imogene King (1971), citado por Potter e Perry (2006), a relação enfermeiro-utente consiste em *“experiência de aprendizagem em que duas pessoas interagem para enfrentarem um problema de saúde urgente, compartilharem a sua resolução, se possível, e descobrirem formas de adaptação à situação”*.(p.138)

O Enfermeiro deve deter capacidades comunicacionais, proporcionar conforto e ajudar o utente a ir ao encontro das suas necessidades. Profissionalismo, cortesia, confidencialidade, confiança, disponibilidade, empatia, solidariedade, escuta activa, respeito, silêncio, sociabilidade, assertividade e autonomia, humor, toque e sensibilidade cultural são algumas particularidades da relação terapêutica. Estes atributos devem sofrer alguma adaptação, de acordo com as características individuais do utente (Potter e Perry, 2006)

1.7.1 Medidas interventivas da Equipa de Saúde

O incumprimento do Programa Nacional de Vacinação leva a que sejam tomadas medidas interventivas de Enfermagem, no sentido de combater as causas originais de tal facto.

O Programa-tipo de actuação da Saúde Infantil e Juvenil recomenda algumas acções úteis:

- Sessões de esclarecimento, acções de formação com visualização de vídeos, fotos, campanhas de sensibilização, slides, construção e distribuição de cartazes,

folhetos e literatura diversa, uso da comunicação social, visitas domiciliárias e essencialmente disponibilidade por parte da equipa de enfermagem, em aclarar qualquer situação de interrogação, proveniente da comunidade.

- Harmonização das idas ao Centro de Saúde por causas diversas e o cumprimento do esquema cronológico de vacinação é uma medida eficaz e que reduz o número de deslocações.

- Valorização dos cuidados antecipatórios como factor de promoção de saúde e de prevenção da doença, facultando aos pais os conhecimentos necessários ao melhor desempenho da sua função parental. Os temas necessários poderão ser abordados individualmente ou em grupo, em diferentes contextos, nomeadamente em actividades a desenvolver, por exemplo, na sala de espera – distribuição de material informativo (folhetos, vídeos) – e em sessões de informação/educação para a saúde dirigidas aos pais ou outros prestadores de cuidados. Algumas destas actividades poderão ser dinamizadas pela Saúde Escolar, envolvendo activamente os pais e até as próprias crianças.

- Detecção precoce e encaminhamento de situações passíveis de correcção e que possam afectar negativamente a saúde da criança.

- Apoio à responsabilização progressiva e auto-determinação em questões de saúde das crianças e jovens.

- A avaliação da dinâmica familiar e do sustentáculo sócio-familiar deve fazer parte das preocupações de toda a equipa de saúde, sempre que se contacta com a criança/família.

O fundamental é que todas as actividades que foram retiradas do programa tipo de vigilância em saúde infantil e juvenil, sejam realizadas por profissionais disponíveis, motivados e competentes (Programa-tipo de Saúde Infantil e Juvenil, p.10-11)

2. Decisões metodológicas

A palavra método, deriva do latim *methodus*, que significa caminho para chegar a um determinado objectivo ou resultado.

Para Fortin, a metodologia é a reunião dos métodos e das técnicas que orientam a elaboração do processo de investigação (1999).

A construção do desenho de investigação comporta vários elementos, nomeadamente: o tipo de estudo; delineamento do propósito e método, dimensão temporal, descrição da população alvo; amostra e método de amostragem; métodos e técnicas de colheita de dados e tratamento/análise de dados.

De acordo com o autor, nesta fase é desenvolvido o desenho da investigação, onde o investigador planeia e adopta estratégias para desenvolver informações precisas e interpretáveis (Polit, 2004, p.165).

Esta fase envolve decisões metodológicas, que são importantes para “...assegurar a fiabilidade e a qualidade dos resultados de investigação.” (Fortin, 1999, p.41)

As decisões metodológicas assentaram na seguinte questão de investigação e nos respectivos objectivos do estudo:

Quais os factores que levam os pais de filhos menores, inscritos no Centro de Saúde de Queluz – extensão Lusíadas, ao incumprimento do esquema vacinal dos seus filhos?

- Descrever a informação que os pais com filhos menores inscritos no centro de saúde de Queluz - ext. Lusíadas, possuem relativamente à vacinação
- Expor as razões que levam os pais ao incumprimento do esquema de vacinação dos seus filhos como é recomendado
- Enunciar a existência de outras razões para o fenómeno, na amostra populacional estudada, ainda não identificadas na literatura à qual tivemos acesso

2.1.Paradigma e Tipo de estudo

Existe uma realidade que necessita ser estudada e conhecida, esta realidade prende-se com o facto de alguns pais de crianças menores inscritas no Centro de Saúde de Queluz - ext. Lusíadas manterem o esquema vacinal dos seus filhos incompleto. Sendo necessário conhecermos as razões que levam a esta situação.

Um paradigma é um esquema fundamental que norteia a óptica que o investigador dá ao seu estudo. Decidimos que a filosofia positivista com a sua tradução no método quantitativo, servia os nossos interesses. Esta linha de investigação remete-nos para alcançar resultados, com um sentido de obter dados fiéis. Os dados que obtivemos não foram suficientes para generalizar para a população a nível nacional.

A nossa escolha recaiu sobre o método de investigação quantitativo.

Um estudo de paradigma quantitativo consiste: “ (...) *num processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objectivos, de acontecimentos e fenómenos que existem independentemente do investigador*” (Fortin, 1999, p.22).

De acordo com a revisão bibliográfica realizada e pelo facto de não existirem outros ensaios na realidade portuguesa acerca do que pretendemos estudar, optámos pelo tipo de estudo descritivo simples, pois permite “*observar, descrever e documentar os aspectos da situação*”(Polit, 2004, p.177).

2.2.Meio

Este estudo foi ser desenvolvido no Centro de Saúde de Queluz – Extensão Lusíadas, por ser o meio natural da nossa população alvo.

Para facilitar a colheita de dados, optámos por esta Unidade de Saúde, devido à sua localização geográfica ser a mais acessível para as investigadoras e pelo facto de ter sido um local de um anterior ensino clínico, onde foi possível identificar o problema que nos reportou para o nosso estudo de investigação.

2.3. População alvo, amostra e processo de selecção

Citamos Carmo e Ferreira (1998, p. 191) que designam a população como “...o conjunto de elementos abrangidos por uma mesma definição. Esses elementos têm, obviamente, uma ou mais características comum a todos eles, características que as diferenciam de outros conjuntos de elementos”.

A população-alvo do nosso estudo foram todos os pais com filhos menores, que não cumprem o esquema vacinal recomendado pelo Programa Nacional de Vacinação.

Para representar esta população foi necessário efectuar uma amostragem ou processo de selecção de uma porção da população.

A amostra pode ser definida como “o subconjunto da população seleccionada para participar na pesquisa” (Polit & Hungler; 1995, p.358).

A nossa amostra foi composta por 30 pais, que não cumprem o esquema vacinal recomendado pelo Programa Nacional de Vacinação, para os seus filhos menores, inscritos no Centro de Saúde de Queluz – extensão dos Lusíadas.

De acordo com o que pretendíamos obter em termos de dados, a amostra do nosso estudo foi não probabilística de conveniência, tipo acidental “...amostra do tipo não probabilístico em que os elementos que compõem um subgrupo são escolhidos em razão da sua presença num local, num dado momento” (Fortin, 1999, p.363), sendo os elementos seleccionados de forma não aleatória. Como se verifica para Fortin (1999, p.363) “processo pelo qual todos os elementos da população não têm uma probabilidade igual de serem escolhidos para fazerem parte da amostra”, sendo escolhidos pelo investigador que detém conhecimento sobre as características da população.

Para a inclusão dos sujeitos no nosso estudo, estabelecemos alguns critérios:

Critérios de elegibilidade da amostra

- Estar inscrito no Centro de Saúde de Queluz – ext. Lusíadas
- Serem pais ou outro elemento significativo que acompanhe o menor com esquema vacinal em atraso
- Saber ler e escrever

-Aceitar participar no estudo

Assim, todos os pais ou elementos significativos que apareceram no Centro de Saúde de Queluz nos meses de Julho e Agosto, e preencheram os requisitos definidos nos critérios de inclusão, foram abordados para avaliar a disponibilidade de participarem no nosso trabalho de investigação.

2.4. Variáveis

Uma variável é algo que varia como o próprio nome indica, podendo ser operacionalizada.

Segundo Fortin, as variáveis são “ *qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação*” (1999, p.36)

As variáveis presentes no nosso estudo são as de investigação e as de atributo.

As variáveis de atributo “ *são características pré-existentes dos participantes em estudo*” (Fortin, 2009, p.172).

As nossas variáveis de atributo caracterizam a amostra do estudo, através dos seguintes parâmetros:

- Grau de Parentesco
- Sexo
- Estado civil
- Idade
- Tempo que demora de casa ao Centro de Saúde e meio de transporte utilizado
- Etnia
- Nacionalidade
- Escolaridade/habilitações
- Situação profissional/Profissão
- Nível sócio-económico
- Religião
- N° pessoas do agregado familiar

As variáveis de investigação “*são qualidades, propriedades ou características que são observadas ou medidas*” (Fortin, 2009, p.171).

A informação que os pais detêm acerca de vacinação e as razões que levam ao incumprimento do esquema vacinal recomendado, são as nossas variáveis de investigação.

Construímos o Quadro 1 onde aparecem esquematizadas as nossas variáveis, respectivas dimensões e indicadores das mesmas e as questões correspondentes.

Quadro 1-Variáveis, Dimensões e Indicadores do estudo

Variáveis	Dimensões	Indicadores	Questões
Informação	Conhecimentos	Doenças abrangidas Programa Nacional de Vacinação Vacinas/Vacinação Contra-indicações Reacções adversas Falsas contra-indicações	13, 14, 15, 16, 18, 21, 22
	Fonte de orientação/ informação	Enfermeiro/ Médico do Centro de Saúde/ Família /Amigos	17
	Actualidade da informação	Revistas, Jornais e Folhetos	19
	Necessidade da informação	Interesse em participar	20
Razões do incumprimento	Centro de saúde	Horário da vacinação Acessibilidade Qualidade do atendimento Falta de vacinas Condições da sala de espera Filas e Tempo de espera	8, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 33
	Pais	Unidade Familiar Descaso dos pais Esquecimento Entidade Patronal Crenças de saúde Grau de satisfação com os serviços Motivação	35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 45
	Criança	Doença Acompanhamento da criança Comportamento durante o acto vacinal (Medo)	43, 42, 44
	Enfermeiro	Disponibilidade/Atenção/Simpatia Comunicação facilitada	30, 31, 32

2.5. Instrumento de colheita de dados

A colheita de dados realiza-se segundo um plano pré-estabelecido, recolhe-se informações junto dos participantes com o auxílio do instrumento de medida seleccionado.

Um questionário é um conjunto de enunciados ou de questões que permitem avaliar as atitudes, as opiniões e colher qualquer outra informação junto dos sujeitos. (Fortin, 1999, p.37).

A escolha do questionário como o nosso instrumento de recolha de dados deveu-se ao nível da questão de investigação inicial. Como existem poucos conhecimentos do fenómeno em estudo, principalmente em Portugal, o nosso intuito é acumular a maior quantidade de informações possíveis. Na ausência de um instrumento que servisse os nossos interesses em toda a sua plenitude de estudo das nossas variáveis, construímos um questionário próprio.

O questionário que elaborámos, foi preenchido por cada indivíduo num contexto face a face. Optámos por esta medida, baseada na pesquisa literária que levámos a cabo, visto prevermos que a nossa população-alvo poderia ser constituída por pessoas com baixo nível de escolaridade e que poderiam revelar algumas dúvidas no seu preenchimento. Assim recolhemos respostas o mais sinceras possíveis para os nossos dados serem mais fidedignos e tradutores da realidade, com o sentido de não enviesar os resultados finais.

Como refere Polit (1999), o questionário "*...é um instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa.*"

Inicialmente, definimos a finalidade do questionário, precisando o conteúdo a abarcar. As nossas variáveis deram espaço a dimensões a estudar, que por sua vez eram traduzidas por indicadores, estes dando lugar aos nossos enunciados das questões inclusas no nosso instrumento de recolha de dados.

Tivemos presente a regra de colher somente os dados necessários, nada mais.

Optámos por frases curtas de fácil compreensão. Evitámos os termos técnicos, as palavras de duplo sentido, assim como as expressões negativas e as questões tendenciosas. Tentámos contornar a inclinação para colocar respostas socialmente desejáveis, pois estamos a abordar um tema que pode gerar algum sentimento de culpabilidade por parte dos pais em relação aos filhos e queremos as respostas o mais sinceras possíveis para não enviesarmos os resultados finais.

Decidimos incluir, na sua maioria questões fechadas, que fornecem ao sujeito uma série de respostas entre as quais ele faz a sua escolha, nesta categoria estão as questões dicotómicas, as de escolha múltipla e as de gradação. Sentimos necessidade de colocar um questão aberta com o intuito de aprofundar uma das questões.

Para avaliar as atitudes dos pais, contámos com uma escala de Likert onde através de vários enunciados com uma relação lógica, os indivíduos avaliam o fenómeno em estudo.

O questionário é composto por 45 perguntas ordenadas, das quais 44 são de resposta fechada (resposta múltipla e Likert) e 1 de resposta aberta, com a finalidade de validar uma das questões fechadas. Divide-se em 2 partes: a primeira parte é constituída por questões referentes à caracterização da amostra e a segunda para é composta por questões de acordo com as dimensões das variáveis de investigação (Apêndice I).

- **1º Parte:** Questões com numeração ordinal de 1 a 12.
- **2º Parte:** Questões com numeração ordinal de 13 a 45.

Após a primeira redacção do nosso instrumento de colheita de dados, foi realizada uma revisão do seu esboço e este foi submetido à apreciação da Professora Orientadora e de uma Enfermeira a quem pedimos colaboração. As alterações efectuadas foram no sentido de clarificar melhor as questões. Em seguida procedemos ao pré-teste, com o objectivo de testar o nosso instrumento de colheita.

2.5.1. Pré-Teste

No sentido geral da palavra, é designado como o ensaio de um instrumento de medida ou de um equipamento antes da sua utilização em maior escala.

Neste caso específico, serviu-nos para validar o instrumento de colheita de dados seleccionado. Consiste do preenchimento questionário por uma amostra da população, de modo a verificar se as questões foram claramente colocadas e se são facilmente compreendidas. Permite resolver problemas imprevistos, corrigir ou modificar o questionário, de modo a que se adeque à colheita fidedigna dos dados (Fortin, 1999).

O pré-teste foi aplicado a 5 pessoas com características idênticas às da população em estudo no dia 14, 15, 16 e 17 de Julho de 2009.

No seguimento do pré-teste podemos concluir que o questionário encontrava-se perceptível, uma vez que os indivíduos que responderam ao questionário não demonstraram dificuldades durante o seu preenchimento, pelo que não foi necessário efectuar qualquer tipo alteração.

2.6. Considerações éticas

A preocupação ética deve estar explícita em qualquer trabalho de investigação que envolva seres humanos. Tal como referem Streubert e Carpenter *"comprometer-se com um estudo de investigação implica a responsabilidade pessoal e profissional de assegurar que o desenho dos estudos quantitativo ou qualitativo sejam sólidos do ponto de vista ético e moral"* (2002, p.37).

Os três principais princípios éticos a salvaguardar são, tal como referem Polit, Beck e Hungler ao salientarem o Relatório Belmont: beneficência, respeito pela dignidade humana e o princípio da justiça (2004, p.84).

Princípio da Beneficência

Este princípio defende a integridade ou isenção de dano físico, psicológico, económico, social entre outros.

As pesquisadoras comprometem-se a interromper a pesquisa se houver suspeita que a continuação dos trabalhos resulte em dano para os participantes. Este dano entende-se como físico ou psicológico.

Inerente a este princípio está o direito à isenção de exploração. Citando Polit, Beck e Hungler, 2004, *"O envolvimento em um estudo não deve colocar os participantes em*

desvantagem ou expô-los a situações para as quais não tenham sido explicitamente preparados”(p.85). Garantimos aos questionados que a informação recolhida não será utilizada contra eles de modo algum.

É ainda este princípio que salvaguarda o direito à relação risco/benefício. O grau de risco assumido pelos participantes não excede os benefícios para a sociedade e para a profissão de enfermagem. O intuito do trabalho tem como fim último um melhor atendimento, em completo benefício para o utente. Tentaremos minimizar qualquer desconforto físico ou mesmo perda de tempo ou privacidade.

Princípio do Respeito pela Dignidade Humana

Este princípio inclui o direito à autodeterminação e o direito à revelação completa.

O direito à autodeterminação prende-se com o facto dos sujeitos terem o direito de decidir de forma voluntária se querem ou não participar no estudo, e em qualquer momento da pesquisa retirarem-se ou negarem-se a dar informação. Podem fazer qualquer pedido de esclarecimento que considerem pertinente. Por parte das investigadoras não será utilizada qualquer forma de coerção para incitar a participação dos indivíduos.

Este princípio salvaguarda também o direito à revelação completa ou seja, informamos a natureza do estudo, do seu direito de recusar participar ou desistir, dos riscos e benefícios prováveis e das responsabilidades do pesquisador.

Aqui assenta a base do consentimento informado, que vamos fornecer no início do contacto com os sujeitos, onde se descreve toda a informação necessária relativa à pesquisa e mais explicações se necessário, e assim podem, livremente, optar por participar ou não no nosso trabalho de investigação. (Apêndice II).

Para além do consentimento informado efectuámos também:

- Pedido de autorização dirigido à Directora do Centro de Saúde de Queluz, para levarmos a cabo o estudo, o local onde estão inscritos os participantes situa-se na extensão Lusíadas. (Apêndice III)

- Pedido de autorização dirigido às Enfermeiras-Chefe responsáveis pela área de enfermagem do Centro de Saúde de Queluz - ext. Lusíadas, manifestando as nossas intenções e objectivos a que nos propomos.

Princípio da Justiça

Deste princípio decorre o direito ao tratamento justo e o direito à privacidade.

O tratamento justo fez-nos ter em conta alguns aspectos:

- Seleccionar os indivíduos de uma forma justa e não discriminatória (salvaguardando os critérios de elegibilidade da amostra), todos os riscos e benefícios são partilhados igualmente.
- Tratamento não preconceituoso para com as pessoas que recusarem participar ou desistirem após o início dos trabalhos.
- Honrar todos os acordos entre as investigadoras e os participantes.
- Fornecer meios de contacto das pesquisadoras para, em qualquer momento do estudo, os sujeitos verem as suas dúvidas satisfeitas.
- Sensibilidade e respeito pela diversidade cultural dos indivíduos participantes.
- Diplomacia e delicadeza em todos os momentos.

O direito à privacidade implica a confidencialidade e o anonimato. Streubert e Carpenter referem que o compromisso de confidencialidade *"é uma garantia de que qualquer informação que o informante forneça não será publicamente divulgada ou acessível a fontes que não as envolvidas na investigação"* (2002, p.43).

O anonimato ocorre quando nem o próprio investigador consegue relacionar os dados colhidos com o participante, essa é a forma que pretendemos adequar ao nosso instrumento de colheita de dados, para agirmos de acordo com o respeito por esse princípio.

Julgamos ter garantido todas as considerações éticas necessárias para este trabalho.

2.7.Tratamento de dados

Na transcrição e processamento dos dados colhidos foram utilizados os programas de software SPSS versão 17.0, Microsoft Office Excel 2007 e Microsoft Office Word 2007.

A qualidade dos dados foi garantida através de dois sistemas de monitorização:

- ao nível do preenchimento das bases de dados, utilizou-se o método de introdução dupla e comparação automática, que permite detectar determinados erros na transcrição de dados para o suporte informático;
- no final da transcrição de dados de cada dez questionários individuais, foi feita uma análise comparativa entre o conteúdo da base de dados e o conteúdo de dois instrumentos de colheita de dados, seleccionados de forma aleatória.

No tratamento estatístico foram utilizadas frequências absolutas e relativas e medidas de tendência central (média, mediana, moda e amplitude do intervalo de variação).

No questionário foi incluída uma pergunta aberta, que foi tratada com a técnica de análise de conteúdo de Bardin. É um método que permite tornar acessível e manejável os dados descritivos recolhidos, para o que é necessário transformá-los em representações condensadas e explicativas.

3. Análise e discussão dos resultados

3.1. Caracterização da Amostra

3.1.1. Relação de parentesco

Segundo o Direito da Família, parentesco é a relação vinculatória existente não só entre pessoas que descendem umas das outras ou de um mesmo tronco comum, mas também entre o cônjuge e os seus parentes.

Como é visualizável na Tabela 1, na nossa amostra a relação de parentesco (com a criança) dominante dos indivíduos que responderam ao questionário foi a de mãe com 73,3% (22) e com a mesma percentagem 13,3% (4) são a de pai ou outro familiar.

Tabela 1- *Distribuição da amostra segundo a relação de parentesco com a criança*

	f(a)	f(r)%
Mãe	22	73,3%
Pai	4	13,3%
Outro	4	13,3%
Total	30	100%

3.1.2. Género

Entende-se que o termo género abrange o masculino e feminino, dentro do contexto da sociedade. Caracteriza-se na prática, pela diferença biológica entre homens e mulheres.

Pela análise da Tabela 2 verifica-se que a amostra é constituída por 86,7% (26) do género feminino e 13,3% (4) do género masculino.

Tabela 2- *Distribuição da amostra segundo o género dos indivíduos*

	f(a)	f(r)%
Feminino	26	86,7%
Masculino	4	13,3%
Total	30	100%

3.1.3.Estado civil

O estado civil ou conjugal é uma característica sócio-demográfica básica das pessoas, que abrange aspectos biológicos, sociais, económicos, legais e, em muitos casos, religiosos.

A composição da população segundo esta variável é o resultado de três eventos vitais: união legal pelo matrimónio ou união marital por união de facto, dissolução da união por divórcio e óbito por um dos cônjuges (Instituto Nacional de Estatística).

Pode observar-se na Tabela 3 que, relativamente ao estado civil, 50 % (15) da nossa amostra são pessoas casadas, seguido de 20% (6) que são divorciados, em seguida 16,7% (5) são solteiras, 10% (3) estão sob união de facto e 3,3% (1) é viúvo.

Tabela 3-Distribuição da amostra segundo o estado civil dos indivíduos

	f(a)	f(r)%
Solteiro/a	5	16,7%
Casado/a	15	50%
Divorciado/a	6	20%
Viúvo/a	1	3,3%
União de facto	3	10%
Total	30	100%

3.1.4.Idade

Através da análise do Quadro 2 podemos concluir que a amostra foi constituída por indivíduos com idades compreendidas entre os 19 e os 63 anos, o que corresponde a uma amplitude de intervalo de variação (AIV) de 44 anos.

A média de idades corresponde ao 39,06, a mediana é de 40,5 e a moda corresponde aos 40 com 13,3% (4).

Quadro 2- *Distribuição da amostra segundo a idade*

Classe etárias	f(a)	f(r)%	f(ac)	f(rc)%
≤30	4	13,3%	4	13,3%
31-40	13	43,3%	17	56,7%
41-50	12	40,0%	29	96,5%
>50	1	3,3%	30	100%
Total	30	100%		

Nº	Máximo	Mínimo	Média	Mediana	Moda
30	63	19	39,06	40,5	40

A idade é um factor de caracterização da amostra importante, pois como refere a Revista de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (v.33, nº2, 1999) acerca da identificação dos factores responsáveis associados à não vacinação, inclui-se como factor de risco os extremos da idade materna, entre outros.

Este facto não se verifica na nossa amostra, pois não responderam ao questionário mulheres com idade inferior a 19 anos e os filhos menores das mulheres que se situam nas classes etárias dos 31-40 anos e 41-50 anos, encontram-se na adolescência.

3.1.5. Nacionalidade

O conceito de nacionalidade reporta-se a uma nação ou um grupo étnico (indivíduos com as mesmas características: língua, religião, hábitos, etc).

Tabela 4- *Distribuição da amostra segundo a nacionalidade dos indivíduos*

	f(a)	f(r)%
Portuguesa	23	76,7%
Angolana	4	13,3%
Guiniense	1	3,3%
Brasileira	2	6,7%
Total	30	100%

A observação do Gráfico 1 permite-nos verificar que 76,7%(23) de indivíduos da nossa amostra são de nacionalidade Portuguesa, 13,3%(4) são Angolanos, 6,7%(2) são Brasileiros e 3,3%(1) é de nacionalidade Guineense.

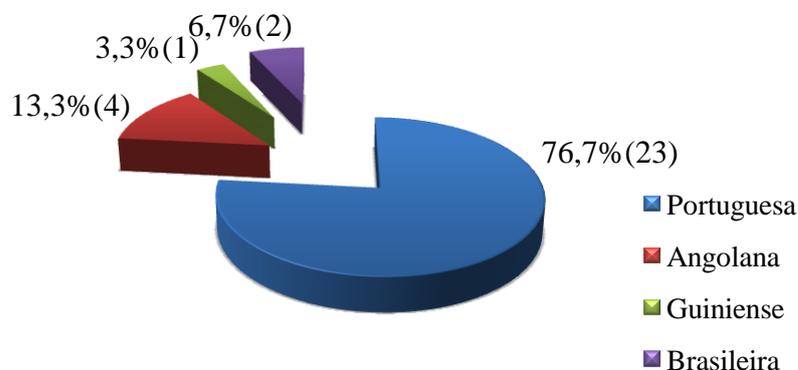


Gráfico 1- *Distribuição da amostra segundo a nacionalidade dos indivíduos*

3.1.6. Habilitações/Escolaridade

O grau de escolaridade constituiu uma variável que corresponde ao ano de escolaridade que o indivíduo completou até ao momento do preenchimento do questionário.

A pertinência da inclusão desta variável, prende-se com o facto da baixa escolaridade materna ser apontada como um factor de risco para o incumprimento do esquema vacinal dos filhos menores.

Facto que não se verifica nos indivíduos da nossa amostra, pois apenas três pessoas detêm o 1ºciclo como nível de escolaridade (10%).

Tabela 5- *Distribuição da amostra segundo as Habilitações/Escolaridade*

	f(a)	f(r)%
Curso Superior	7	23,3%
Curso Profissional/ Tecnológico	1	3,3%
3ºCiclo	10	33,3%
2ºCiclo	9	30%
1ºCiclo	3	10%
Total	30	100%

Pode-se verificar no Gráfico 2 que 33,3% (10) da amostra tem o 3º ciclo de escolaridade (10º-12º ano), 30% (9) têm o 2º ciclo (5º -9º ano), 23,3%(7) têm curso superior, 10 %(3) têm o 1º ciclo(4ª classe) e 3,3%(1) tem um curso profissional/tecnológico.

A percentagem de 23,3%(7) de indivíduos que se enquadraram no curso superior poderá ser um indicador de mudança ao nível da alfabetização.

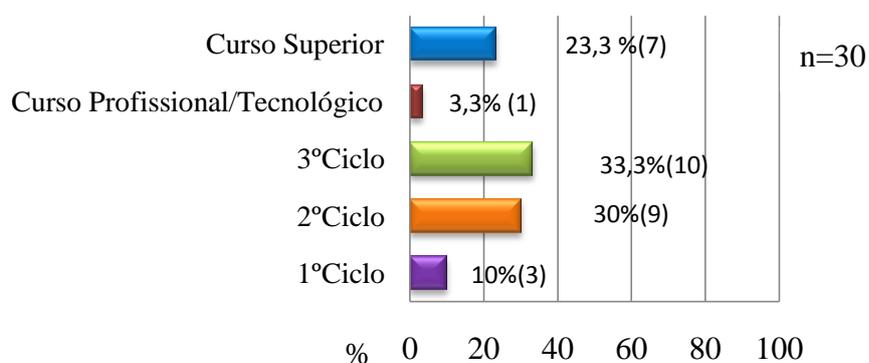


Gráfico 2- *Habilitações/Escolaridade dos indivíduos*

Segundo dados do recenseamento da população realizado pelo Instituto Nacional de Estatística em 2001 (Marktest, 24/07/2002), 35% da população portuguesa detém o 1º ciclo do ensino básico. Na nossa amostra, é visível que 23,3% de pessoas têm curso superior, o que nos leva a pensar se este facto não sofreu alteração ao longo dos anos e que só será verificável no próximo recenseamento.

3.1.7.Situação profissional

Profissão “é entendida como uma prática reiterada e lucrativa, da qual extrai o homem os meios para a sua subsistência, para a sua qualificação e para o seu aperfeiçoamento moral, técnico e intelectual, e da qual decorre pelo simples facto do seu exercício, um benefício social” (Dicionário inFormal online).

Através da Tabela 6 pode-se concluir que 83,3% (25) da amostra encontrava-se empregada no momento da realização do estudo, os restantes indivíduos (16,7%) encontravam-se desempregados.

Tabela 6 - Distribuição da amostra segundo a Situação Profissional

	f(a)	f(r)%
Desempregado	5	16,7%
Empregado	25	83,3%
Total	30	100%

Com a análise do Quadro 3 concluímos que 13,3%(4) são domésticas, a profissão bancária, empresária e auxiliar de educação têm 10%(3), a profissão de cozinheira e balconista 6,7% (2) e profissões como empregada de limpeza, especialista de produto, funcionária pública, técnica de relações humanas, cabeleireira, operadora de caixa, consultor imobiliário, promotora de vendas, professora, astrólogo, estudante, electricista e escriturária, constituem respectivamente 3,3%(1) da amostra.

Quadro 3 – Distribuição da amostra por grupo profissional

Grupo profissional	Profissão	f(a)	f(r)%
Educação	Auxiliar de educação	3	10%
	Estudante	1	3,3%
	Professora	1	3,3%
Comércio	Especialista de Produto	1	3,3%
	Operadora de caixa	1	3,3%
	Balconista	2	6,7%
	Promotora de vendas	1	3,3%
	Empresária	3	10%
Serviços	Empregada de Limpeza	1	3,3%
	Funcionária pública	1	3,3%
	Técnica de relações humanas	1	3,3%
	Bancária	3	10%
	Cabeleireira	1	3,3%
	Cozinheira	2	6,7%
	Consultor imobiliário	1	3,3%
	Astrólogo	1	3,3%
	Electricista	1	3,3%
	Escriturária	1	3,3%
Trabalho não qualificado	Doméstica	4	13,3%
Total		30	100%

3.1.8. Tempo/Meio de Transporte

Segundo a Tabela 7, 36,7% (11) demoram 15 minutos a chegar ao Centro de Saúde, 23,3% (7) demoram 10 minutos, 20 % (6) demoram 5 minutos, 10% (3) demoram 20 minutos e os restantes (3) demoram respectivamente 2, 30 e 45 minutos.

Tabela 7- *Distribuição da amostra segundo o tempo que demoram a chegar ao Centro de Saúde de Queluz.*

Minutos	f(a)	f(r)%	f(ac)	f(rc)%
2	1	3,3%	1	3,3%
5	6	20%	7	23,3%
10	7	23,3%	14	46,6%
15	11	36,7%	25	83,3%
20	3	10%	28	93,3%
30	1	3,3%	29	96,6%
45	1	3,3%	30	100%
Total	30	100%		

Média = 13,4
Mediana = 15
Moda = 15

Através da análise dos resultados obtidos na Tabela 8 pudemos verificar que 50% (15) vão a pé até ao centro de saúde, são seguidos de 46,7% (14) que se deslocam de carro e 3,3% (1) desloca-se de transportes públicos.

Tabela 8 - *Distribuição da amostra segundo o meio de transporte utilizado*

	f(a)	f(r)%
Carro	14	46,7%
A pé	15	50%
Transportes públicos	1	3,3%
Total	30	100%

Através do Quadro 4 pode-se concluir que a percentagem de indivíduos da nossa amostra que se desloca de carro e a pé é muito equiparada, 46,7% e 50% respectivamente. Isto leva-nos a pensar que um debruchar sobre a questão do estacionamento poderia ser vantajoso, visto poder ser este um factor desmotivante de deslocação ao Centro de Saúde de Queluz, tal como está previsto num estudo publicado nos Cadernos de Saúde Pública Jan/Março do Brasil, acerca do acesso difícil ao Centro de Saúde e que se pode adequar ao nosso país e à população em questão.

Quadro 4-Distribuição da amostra segundo o tempo e meio de transporte utilizado

Transporte Minutos	Pé	Carro	Transportes
2	1	-	-
5	5	1	-
10	5	2	-
15	3	8	-
20	1	1	1
30	-	1	-
45	-	1	-
Total	15	14	1

3.1.9.Nível sócio-económico (rendimento mensal da família)

Pela Tabela 9 pode-se concluir que, 40% (12) têm rendimento situado entre os 500-1000 euros/mensais, 33,3% (10) superior a 1500 euros/mensais e no patamar de inferior a 500 euros e entre os 1000-1500 euros/mensais situam-se 4 pessoas (13,3%) respectivamente.

A percentagem da nossa amostra com 13,3% com rendimento mensal inferior a 500 euros, não é significativa para se poder afirmar que estamos perante indivíduos de estrato sócio-económico baixo e que este poderia ser um factor preponderante de incumprimento do esquema vacinal dos menores.

Tabela 9-Distribuição da amostra segundo o rendimento mensal da família

	f(a)	f(r)%
Inferior a 500 euros	4	13,3%
Entre os 500 euros e 1000 euros	12	40%
Entre os 1000 euros e 1500 euros	4	13,3%
Superior a 1500 euros	10	33,3%
Total	30	100%

3.1.10. Religião

Pela análise da Tabela 10 pode-se concluir que 66,7% (20) dos indivíduos da nossa amostra são católicos, 13,3%(4) são evangélicos, 10% (3) não têm religião e as restantes 3 pessoas (3,3%) têm respectivamente a religião muçulmana e testemunha do Jeová.

Tabela 10-Distribuição da amostra segundo a religião

	f(a)	f(r)%
Católica	20	66,7%
Evangélica	4	13,3%
Muçulmana	1	3,3%
Testemunha do Jeová	1	3,3%
Protestante	1	3,3%
Sem religião	3	10%
Total	30	100%

Na nossa amostra regista-se uma predominância da religião católica com 66,7%, no entanto o facto de existirem posicionamentos em outras religiões, alerta-nos para a presença de multiculturalidade na população da nossa amostra. Este facto apresenta-se como um desafio para os profissionais, que devem contornar fenómenos de etnocentrismo e xenofobismo que aparecem descritos na literatura.

3.1.11. Etnia

Segundo a análise da Tabela 11 podemos verificar que 63,3% da nossa amostra são de raça caucasiana, 20% (6) são de raça negra, 13,3% (4) são mestiças e uma pessoa (3,3%) é de etnia cigana.

Apesar da maioria dos indivíduos, com 63,3% (19) da nossa amostra, localizar-se na raça caucasiana, o peso da percentagem das outras raças tem expressão, sendo relevante a ligação do número de indivíduos com a imigração.

Tabela 11-Distribuição da amostra segundo a etnia

	f(a)	f(r)%
Caucasiana	19	63,3%
Negra	6	20%
Mestiça	4	13,3%
Cigana	1	3,3%
Total	30	100%

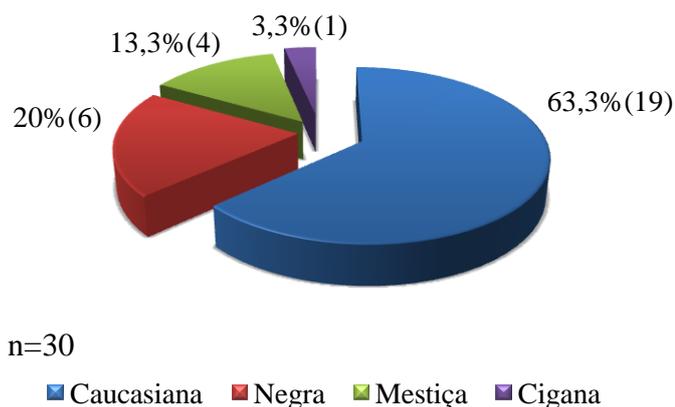


Gráfico 3-Distribuição da amostra segundo a etnia

3.1.12. Agregado Familiar

Com a análise da Tabela 12 constatámos que 33,3% (10) têm na composição do seu agregado familiar 3 pessoas e a criança, 26,7% (8) habita só uma pessoa com o menor, 23,3% (7) têm duas pessoas no agregado mais a criança, 13,3% (4) habitam 4 pessoas e a criança e uma pessoa (3,3%) é que respondeu que o seu agregado apresenta mais de 4 pessoas.

Tabela 12-*Distribuição da amostra segundo o número de pessoas que habita com a criança*

	f(a)	f(r)%	f(ac)	f(rc)%
1 pessoa	8	26,7%	8	26,7%
2 pessoas	7	23,3%	15	50%
3 pessoas	10	33,3%	25	83,3%
4 pessoas	4	13,3%	29	96,6%
Mais de 4 pessoas	1	3,3%	30	100%
Total	30	100%		

A apreciação desta questão sugere-nos uma maior prevalência de indivíduos em famílias constituídas por 1, 2 e 3 pessoas em situação de coabitação com a criança (26,7%, 23,3% e 33,3% respectivamente). Este facto envolve aspectos da constituição familiar e sugere-nos predominância de famílias nucleares e monoparentais.

3.2. Informação que os pais detêm acerca de Vacinação

3.2.1 Existência do Programa Nacional de Vacinação

Segundo a análise da Tabela 13, 56,7% (17) dos indivíduos afirmaram que conhecem o Programa Nacional de Vacinação (PNV), seguidas de 43,3% (13) que o desconhecem.

Tabela 13- *Conhece o Programa Nacional de Vacinação*

	f(a)	f(r)%
Sim	17	56,7%
Não	13	43,3%
Total	30	100%

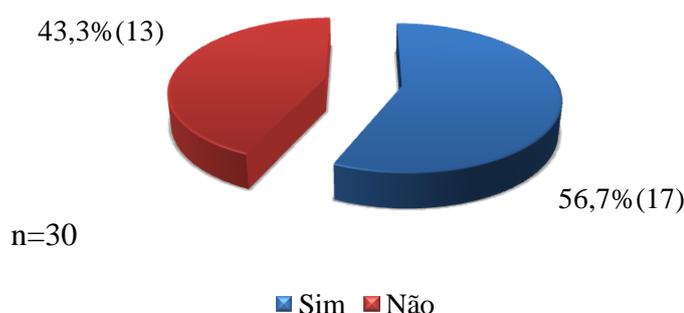


Gráfico 4- *Distribuição da amostra segundo o conhecimento da existência do Programa Nacional de Vacinação*

O PNV foi criado em 1965 pelo Ministério da Saúde, seguindo as orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS). É um programa universal, gratuito e acessível a todas as pessoas presentes em Portugal, no entanto, pouco mais de metade da nossa amostra (56,7%) conhece a sua existência.

Apesar do número de indivíduos que conhece o PNV ser de 56,6% (17), a percentagem de elementos da nossa amostra que o desconhece ainda é bastante significativa (43,3%) na amostra estudada. Facto que pode indicar um factor de não adesão, pois desconhecem os benefícios deste programa para a saúde pública.

3.2.2. Gratuitidade do esquema vacinal recomendado

Segundo a análise da Tabela 14, 96,7% (29) afirmam que as vacinas do PNV são gratuitas e uma pessoa (3,3%) diz não saber.

Tabela 14 - *As vacinas que fazem parte do esquema vacinal recomendado pelo Programa Nacional de Vacinação, são gratuitas?*

	f(a)	f(r)%
Sim	29	96,7%
Não	0	0%
Não sei	1	3,3%
Total	30	100%

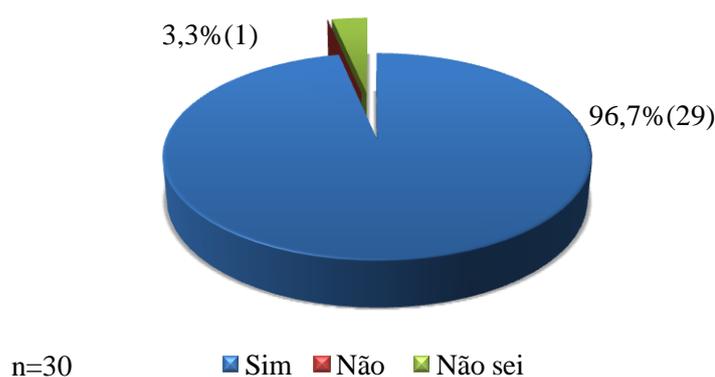


Gráfico 5 – *Distribuição da amostra segundo a gratuitidade do esquema vacinal recomendado*

A realidade do PNV ser um programa gratuito, é do conhecimento de 96,7% dos indivíduos que compõem a nossa amostra.

Esta situação pode ser justificada pelo facto dos utentes não pagarem quando são vacinados.

3.2.3. Vacinas abrangidas pelo Programa Nacional de Vacinação

Segundo a análise da Tabela 15, 86,7% (26) não sabe quantas doenças são abrangidas pelo PNV, 6,7% (2) diz que são 18 e uma pessoa diz que 12 doenças e outra pessoa refere serem 5 as doenças abrangidas.

Tabela 15- *Distribuição da amostra segundo o número de vacinas abrangidas pelo Programa Nacional de Vacinação*

	f(a)	f(r)%
Não sei	26	86,7%
18	2	6,7%
12	1	3,3%
5	1	3,3%
Total	30	100%

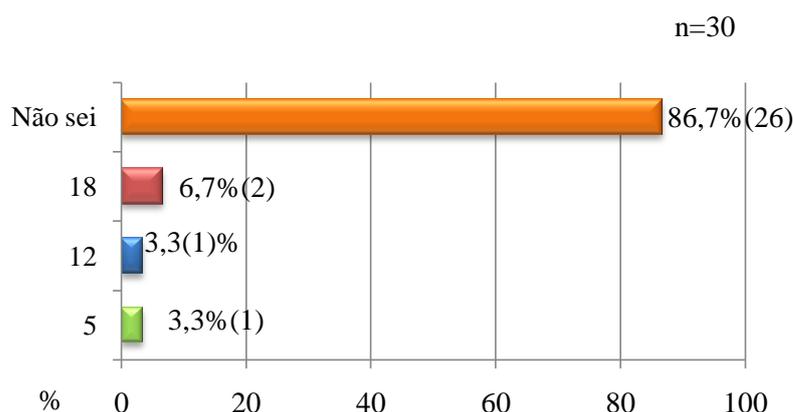


Gráfico 6- *Distribuição da amostra segundo o número de vacinas abrangidas pelo Programa Nacional de Vacinação*

O PNV abrange 12 doenças infecciosas, seleccionadas em função das modificações do estado imunitário da população, o que altera a sua epidemiologia e a apresentação clínica das doenças.

86,7% da nossa amostra desconhece o número de patologias abrangidas por este programa.

Ao articularmos este resultado com os resultados das questões anteriores, podemos concluir que a nossa amostra conhece o PNV de uma forma pouco profunda. Sendo essencial fornecer mais informação através de sessões de educação para a saúde, tal como está protocolado no Programa-tipo de actuação de Saúde Infantil e Juvenil de 2002, elaborado pela Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes da Direcção Geral de Saúde. (p.10-11).

Seria pertinente colocar-se a seguinte questão: “Será que o aumento do conhecimento dos pais acerca dos benefícios da vacinação, levaria a uma maior adesão ao cumprimento do plano vacinal dos seus filhos?”

3.2.4. Doenças abrangidas pelo PNV

Pela análise da Tabela 16 conclui-se que, 86,7% das pessoas referem que o sarampo e rubéola fazem parte do PNV, 73,3% (22) afirmam que a hepatite B faz parte do PNV, 20 pessoas (66,7%) citam a varicela, 53,3% (16) referem a hepatite A, 40% (12) falam na gripe e 30% (9) referem a papeira.

Tabela 16- Distribuição da amostra segundo as doenças abrangidas pelo PNV

	f(a)	f(r)%
Gripe	12	40%
Sarampo	26	86,7%
Rubéola	26	86,7%
Papeira	9	30%
Varicela	20	66,7%
Hepatite A	16	53,3%
Hepatite B	22	73,3%

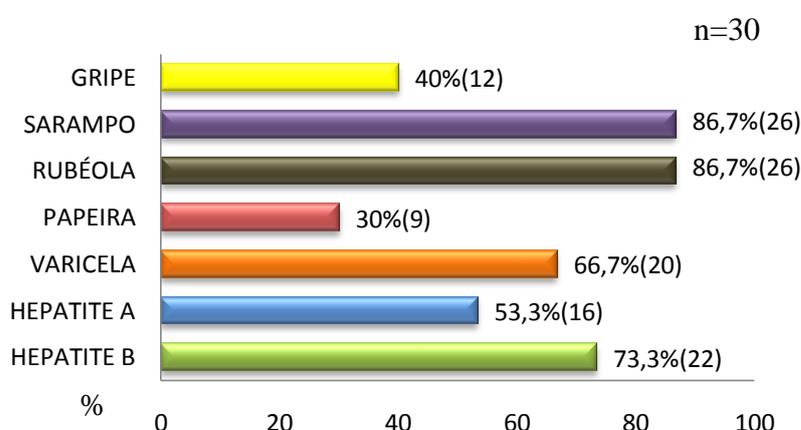


Gráfico 7- Distribuição da amostra segundo as doenças abrangidas pelo PNV

Os indivíduos da nossa amostra reconhecem o sarampo, a rubéola e a hepatite B como fazendo parte do PNV. Facto que é verdadeiro.

A percentagem de pessoas que cita a varicela 66,7% (20), pode ser explicada pela elevada frequência da manifestação desta patologia na população infantil.

A hepatite A e a gripe surgem como opção em percentagem inferior, mas revelam um desconhecimento acerca das doenças realmente abrangidas pelo PNV, tal como foi abordado na questão anterior.

As sessões de esclarecimento acerca das patologias infecciosas, é uma vertente que deve constar nos conteúdos das funções desempenhadas pelo Enfermeiro, no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença.

3.2.5. Fonte de informação

Pela análise da Tabela 17 conclui-se que, 60% (18) referem que o Enfermeiro é a fonte de informação acerca da vacinação, 50% (15) dizem ser o Médico, 20% (6) recebem informação dos amigos/ família, 13,3% (4) colhem informação das revistas, 6,7% (2) em livro e igualmente na escola e uma pessoa (3,3%) cita os meios de comunicação como fonte de informação.

Tabela 17- *Distribuição da amostra segundo a fonte de informação*

	f(a)	f(r)%
Médico	15	50%
Enfermeiro	18	60%
Revistas	4	13,3%
Livros	2	6,7%
Amigos/família	6	20%
Escola	2	6,7%
Meios de comunicação	1	3,3%

A percentagem da população (60%) que refere que o Enfermeiro é a fonte primária de informação, reforça que este é um elemento primordial e fundamental da vigilância e da promoção da saúde.

Sendo considerado como um interveniente e facilitador da relação que a comunidade detém com os serviços de saúde e o principal vector no processo de vacinação, podemos sugerir um melhor aproveitamento desta relação para expor os benefícios da vacinação aos pais com filhos menores.

3.2.6. Definição de vacinação

Segundo a análise da Tabela 18 conclui-se que, 76,7% (23) dizem que a vacinação é uma forma de prevenir algumas doenças, 20% (6) refere que é uma forma de prevenir todas as doenças e uma pessoa (3,3%) diz que a vacinação é obrigatória, por isso as crianças têm de levar as vacinas.

Tabela 18-*Distribuição da amostra segundo a definição de vacinação*

	f(a)	f(r)%
É uma forma de prevenir todas as doenças	6	20%
É obrigatória, por isso as crianças têm de levar as vacinas	1	3,3%
É uma forma de prevenir algumas doenças	23	76,7%
Total	30	100%

A vacinação é um processo que permite que o organismo adquira defesas contra determinadas doenças infecciosas (Seeley et al, 2003, p. G-25). Facto que é do conhecimento da maioria (76,6 %) dos indivíduos da nossa amostra. A percentagem de 20% que afirma que a vacinação é uma forma de prevenir todas a doenças, revela a necessidade de fornecer maior informação a esta população sobre a etiologia das mesmas.

3.2.7. Os pais devem vacinar os seus filhos sem medos e receios

Segundo a análise da Tabela 19 podemos concluir que, 73,3% (22) concordam totalmente que os pais devem vacinar os seus filhos sem qualquer receio, 23,3%(7) concordam simplesmente e uma pessoa apresentou-se indecisa.

Tabela 19- *Os pais devem vacinar os seus filhos sem qualquer receio, pois as vacinas não representam riscos, só trazem vantagens.*

	f(a)	f(r)%
Não concordo Definitivamente	0	0%
Não concordo	0	0%
Indeciso/a	1	3,3%
Concordo	7	23,3%
Concordo Totalmente	22	73,3%
Total	30	100%

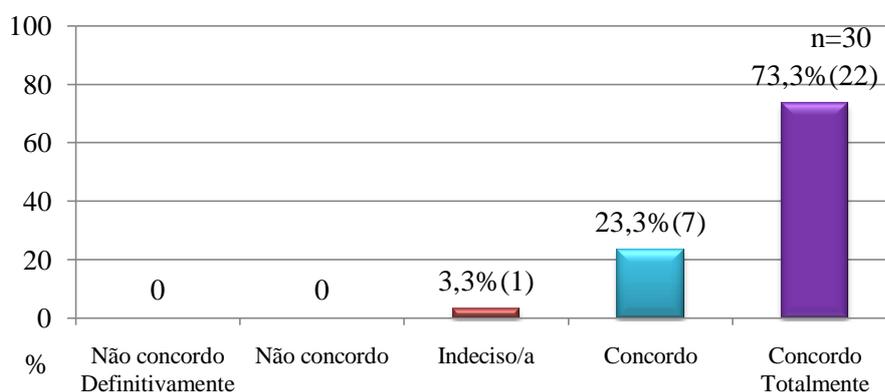


Gráfico 8- *Os pais devem vacinar os seus filhos sem qualquer receio, pois as vacinas não representam riscos, só trazem vantagens.*

A análise desta questão revela-nos na sua maioria (73,3%) a atitude de total confiança por parte dos pais nas vacinas administradas.

Dos restantes, um indivíduo encontra-se indeciso relativamente a este facto adoptando uma postura crítica.

É de salientar que actualmente existe uma grande discussão em torno da vacinação contra o vírus H1N1 (Gripe A), em termos de eficácia e riscos desta vacina, deixando as pessoas mais receosas quanto à administração da mesma.

Esta actual problemática é posterior ao período temporal correspondente à colheita de dados para o nosso estudo.

3.2.8. Actualidade da informação

Pela análise da Tabela 20 conclui-se que 66,7% (20) referem que ouviram falar de vacinação recentemente, 13,3% (4) citam há menos de 1 mês, 4 pessoas não se lembram e 2 pessoas (6,7%) ouviram falar de vacinação há mais de 3 meses.

Tabela 20-*Distribuição da amostra segundo a actualidade de informação*

	f(a)	f(r)%
Recentemente	20	66,7%
Há menos de 1 mês	4	13,3%
Há mais de 3 meses	2	6,7%
Não se lembra	4	13,3%
Total	30	100%

Os dados indicam-nos que há informação recente a ser divulgada sobre este assunto.

3.2.9. Sessões de esclarecimento

Segundo a análise da Tabela 21 conclui-se que 83,3% (25) aceitariam participar em sessões de esclarecimento e 16,7% (5) não se mostraram interessadas.

	f(a)	f(r)%
Sim	25	83,3%
Não	5	16,7%
Total	30	100%

Tabela 21-*Aceitaria participar em sessões de esclarecimento*

A aceitação de 83,3% da nossa amostra em participar em sessões de esclarecimento, revela-nos haver predisposição, na maioria desta população, à aquisição de conhecimentos acerca de Vacinação.

As sessões de esclarecimento à população fazem parte das competências do Enfermeiro,

após fazer o diagnóstico de situação e identificar a vacinação como uma área com necessidades a satisfazer.

3.2.10. Necessidade de Informação acerca de vacinação

De acordo com a análise da Tabela 22 podemos concluir que 50% (15) da nossa amostra concorda totalmente que existem muitas pessoas que não sabem na realidade para que servem as vacinas, mas gostariam de ter mais informação, 43,3% (13) concordam e 6,7% (2) não concorda com esta afirmação.

Esta questão veio-nos validar a necessidade de informação acerca de vacinação por parte da população da nossa amostra. É notória a relação directa que se pode estabelecer entre desconhecimento e falta de informação.

Tabela 22- *Existem muitas pessoas que não sabem na realidade para que servem as vacinas, mas gostariam de ter mais informação.*

	f(a)	f(r)%
Não Concordo Definitivamente	0	0%
Não Concordo	2	6,7%
Indeciso/a	0	0%
Concordo	13	43,3%
Concordo Totalmente	15	50%
Total	30	100%

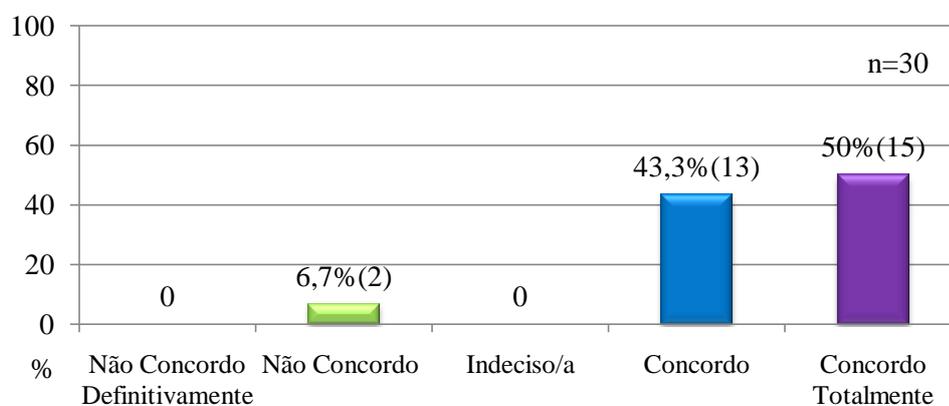


Gráfico 9- *Existem muitas pessoas que não sabem na realidade para que servem as vacinas, mas gostariam de ter mais informação.*

3.2.11. Conhecimentos sobre vacinação

Da análise da Tabela 23 concluímos que 66,7% (20) concorda totalmente que as pessoas que têm mais conhecimentos sobre vacinação, cumprem mais facilmente o esquema vacinal recomendado para os seus filhos, 30% (9) concordam simplesmente e uma pessoa apresentou-se indecisa.

Uma grande percentagem de indivíduos reconhece a relação directa que se pode estabelecer entre o cumprimento do esquema vacinal e a informação que detêm acerca do tema.

Tabela 23 -As pessoas que têm mais conhecimentos sobre vacinação, cumprem mais facilmente o esquema vacinal recomendado para os seus filhos.

	f(a)	f(r)%
Não concordo Definitivamente	0	0%
Não concordo	0	0%
Indeciso/a	1	3,3%
Concordo	9	30%
Concordo Totalmente	20	66,7%
Total	30	100%

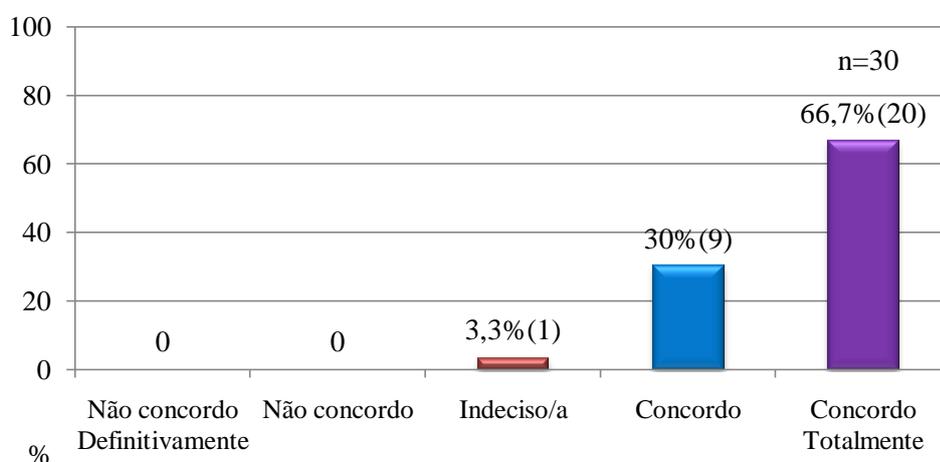


Gráfico 10- As pessoas que têm mais conhecimentos sobre vacinação, cumprem mais facilmente o esquema vacinal recomendado para os seus filhos.

A maioria da nossa amostra concorda de uma maneira geral, que o conhecimento induz uma facilidade do cumprimento do esquema vacinal recomendado.

Fazendo a ponte entre esta e as três questões anteriores, pode-se afirmar que a disponibilidade de aprendizagem, o esforço parental e um maior grau de informação e conhecimento acerca de vacinação, são factores reconhecidos pelos indivíduos da nossa amostra e que devem ser tidos em consideração quando se adoptarem estratégias para contrariar esta situação de incumprimento.

A estratégia a adoptar poderá incidir nos benefícios da vacinação, levando assim os pais ao cumprimento do esquema vacinal.

3.2.12. Reacções adversas

Segundo a análise da Tabela 24 conclui-se que 93,3% (28) dos indivíduos questionadas referem a dor como uma verdadeira reacção passageira às vacinas, a febre alta teve uma escolha de 83,3% (25), a irritabilidade com 53,3% (16), o sono com 23,3%(7), a diarreia com 16,7%(5), duas pessoas seleccionaram a hipertensão e outras duas pessoas o desmaio e uma pessoa seleccionou as convulsões.

Tabela 24-*Distribuição da amostra segundo as reacções adversas*

	f(a)	f(r)%
Obstipação	0	0%
Hipertensão	2	6,7%
Desmaio	2	6,7%
Diarreia	5	16,7%
Sono	7	23,3%
Convulsões	1	3,3%
Irritabilidade	16	53,3%
Febre alta	25	83,3%
Aumento do apetite	0	0%
Perda de sangue pela urina	0	0%
Dor	28	93,3%

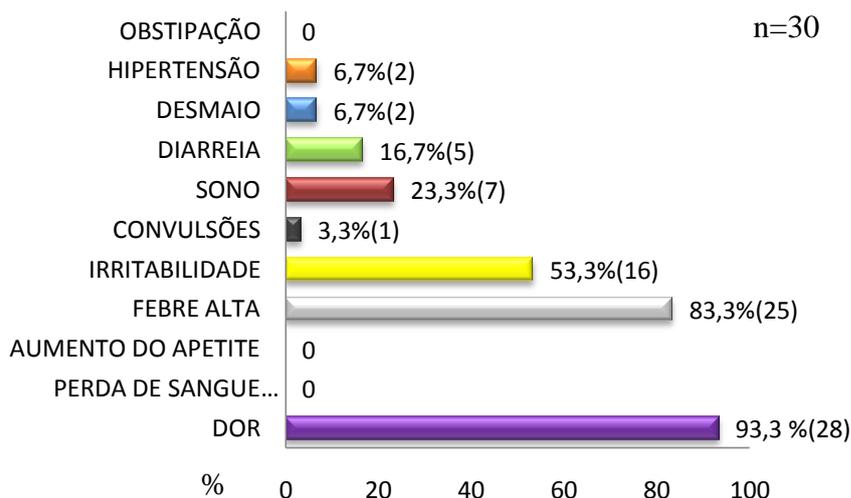


Gráfico 11-*Distribuição da amostra segundo as reacções adversas*

As reacções passageiras às vacinas, aparecem descritas e documentadas na literatura, como manifestações que se forem conhecidas antecipadamente, levarão a que não haja um comportamento exacerbado por parte dos pais contra o acto vacinal (PNV, p.41-44) Os resultados apurados revelam que as opções mais assinaladas são as correctas, o que indica haver um conhecimento consistente por parte dos pais da nossa amostra, acerca das verdadeiras reacções adversas.

Este facto é indicador de que as sessões de esclarecimento para esta população, deverão incidir principalmente na doença e sua etiologia, relacionando com os benefícios da imunidade adquirida através da vacinação, pois esta área é a que necessita de maior intervenção por parte dos profissionais, tal como foi salientado nas questões anteriores.

3.2.13. Contra-indicações

Segundo a Tabela 25 pode concluir-se que 43,3% (13) acham que a febre ligeira é uma situação para não vacinar a criança, 36,7% (11) optaram pela reacção alérgica a uma dose anterior e 20% (6) consideram que a criança não deve ser vacinada quando está a tomar antibióticos.

Tabela 25-Distribuição da amostra segundo o conhecimento das verdadeiras contra-indicações ao acto vacinal

	f(a)	f(r)%
Criança com asma, rinite alérgica	0	0%
Quando a criança está a tomar antibióticos	6	20%
Reacção alérgica a uma dose anterior da vacina	11	36,7%
Febre ligeira (inferior a 38,5)	13	43,3%
Total	30	100%

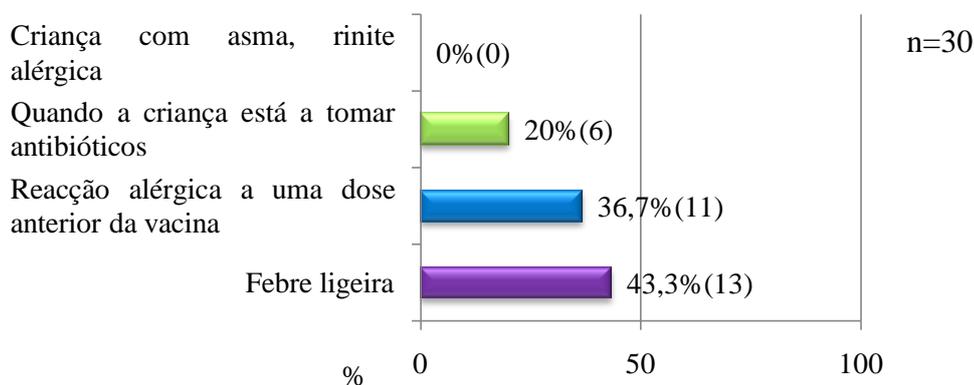


Gráfico 12-Distribuição da amostra segundo o conhecimento das verdadeiras contra-indicações ao acto vacinal

Os resultados apurados revelam algum desconhecimento relativamente às verdadeiras contra-indicações por parte das vacinas, tal como são descritas no Programa Nacional de Vacinação:

- ❖ Reacção anafilática a uma dose anterior
- ❖ Reacção anafilática a um constituinte da vacina
- ❖ Gravidez (vacinas vivas)
- ❖ Estados de imunodepressão grave (vacinas vivas)

(PNV, 2006, p.40)

O conjunto destes resultados acerca da informação que os pais com filhos menores, inscritos no Centro de Saúde de Queluz – ext. Lusíadas, detêm relativamente à Vacinação, reforçou-nos a importância da implementação de estratégias activas de promoção de saúde que combatam esta falta de conhecimento.

Segundo Potter e Perry (2006), nas estratégias activas de promoção de saúde, as pessoas são motivadas a adoptar práticas e comportamentos saudáveis e benéficos para si.

Saber os conhecimentos, os pensamentos e as atitudes dos utentes, e encarando estas como um predictor do comportamento, ou seja, uma predisposição para ocorrer um determinado tipo de acção (Lima, cit. Vala & Monteiro, 1993), conhecê-la poderá dar ao Enfermeiro informações importantes para antecipar os comportamentos dos utentes.

A passagem de informação deve ser seleccionada em função das características dos utentes, ou seja, da relevância do tema abordado, assim como da sua capacidade de atenção, compreensão e memorização (Sherif & Hovland, 1961).

3.3. Razões do incumprimento do esquema vacinal recomendado

3.3.1. Razões relacionadas com o Centro de Saúde

3.3.1.1. Localização do Centro de Saúde

Pela análise da Tabela 26, 70% (21) da amostra considera que o Centro de Saúde de Queluz está bem localizado, 30% (9) dão resposta negativa.

Tabela 26- *Considera que o Centro de Saúde está bem localizado*

	f(a)	f(r)%
Sim	21	70%
Não	9	30%
Total	30	100%

Tal como foi visto anteriormente, todos os indivíduos da nossa amostra demoram 15 minutos ou menos a chegar ao Centro de Saúde de Queluz. Tal facto leva-nos a concluir, que a proximidade das residências e a facilidade do meio de transporte utilizado é uma realidade.

Ficando confirmada pela percentagem de 70% da nossa amostra que considera a boa localização do Centro de Saúde de Queluz. É importante realçar a localização central desta Unidade de Saúde, visto encontrar-se situada no centro da freguesia de Queluz.

A nossa amostra revelou que, a localização do Centro de Saúde de Queluz não pode ser considerada a principal razão para o incumprimento do esquema vacinal.

3.3.1.2. Tempo de Espera na vacinação

Segundo a análise da Tabela 27 pode concluir-se que, 80% (24) da nossa população não espera demasiado tempo para ser atendida na vacinação, 20% (6) dizem o contrário.

Tabela 27-*Considera que espera demasiado tempo até ser atendida na vacinação*

	f(a)	f(r)%
Sim	6	20%
Não	24	80%
Total	30	100%

O tempo de espera para ser atendido na vacinação não é considerado excessivo, pela maioria de 80% da população da nossa amostra. Levando-nos a concluir que esta não será a razão principal para o incumprimento do esquema vacinal.

3.3.1.3. Horário da vacinação

Segundo a análise da Tabela 28 podemos concluir que, 63,3% (19) concorda com o horário da vacinação praticado, seguido de 36,7% (11) que discordam.

Tabela 28-*Acha que o horário da vacinação praticado neste Centro de Saúde é adequado à sua disponibilidade?*

	f(a)	f(r)%
Sim	19	63,3%
Não	11	36,7%
Total	30	100%

Apesar de 63,3 % da nossa amostra considerar o horário da vacinação adequado à sua disponibilidade, a percentagem que revela a opinião contrária ainda é significativa, tal facto poderá estar relacionado com a alteração recente do horário da vacinação, que deixou de ser diário para passar a ser realizado em dias alternados.

3.3.1.4. Condições da sala de espera

Segundo a análise da Tabela 29 podemos concluir que, 86,7% (26) referem que seria mais agradável esperar se houvesse mais condições e 13,3% (4) não se incomodam com as condições existentes.

Tabela 29-Distribuição da amostra segundo as condições da sala de espera

	f(a)	f(r)%
Sim, seria mais agradável esperar	26	86,7%
Não, as condições actuais não me incomodam	4	13,3%
Total	30	100%

A percentagem da nossa amostra (86,7 %) que refere que gostaria de ter mais condições na sala de espera da vacinação, revela que um investimento nesta área seria benéfico, na opinião destas pessoas.

Apesar de não se conseguir estabelecer uma relação directa entre o incumprimento do esquema vacinal e a melhoria das condições da sala de espera, ficou patente que este seria um aspecto a ter em consideração no propósito de proporcionar um ambiente agradável em situação de espera do acto vacinal.

3.3.1.5. Qualidade do atendimento na vacinação

Pela análise da Tabela 30 podemos concluir que, 56,7% (17) considera que a qualidade do atendimento na vacinação é Muito Boa, seguem-se 43,3% (13) que a consideram Boa.

Tabela 30-Distribuição da amostra segundo a qualidade do atendimento

	f(a)	f(r)%	f(ac)	f(rc)%
Muito Bom	17	56,7%	17	56,7%
Bom	13	43,3%	30	100%
Satisfatória	0	0%		
Mau	0	0%		
Total	30	100%		

A qualidade do atendimento na vacinação esta contada entre o Bom e o Muito Bom, resultados que denotam uma boa relação comunicacional entre o Enfermeiro e os utentes da nossa amostra.

Segundo Giger, N.(1995) há fenómenos culturais que afectam os cuidados de Enfermagem, o factor comunicação é crucial nesta troca entre Enfermeiro e utente.

Apesar das respostas positivas, sentimos a necessidade de saber o que poderia ser feito, na opinião dos utentes da nossa amostra, para melhorar a qualidade do atendimento na vacinação.

Para melhor compreender e validar esta questão, colocámos uma pergunta de resposta aberta aos indivíduos da nossa amostra: *No seu entender, o que poderia ser feito para melhorar a qualidade do atendimento na vacinação?*

Posto isto, através da análise do Quadro 5, emergiram cinco unidades de contexto: “Condições da sala de espera adequadas às crianças”, “Qualidade das infra-estruturas”, “Recursos humanos”, “Recursos temporais” e “Recursos materiais”.

Em relação à unidade de contexto “Condições da sala de espera adequadas às crianças” que apresenta cinco unidades de enumeração, onde dois dos indivíduos da amostra expressam a necessidade de existir uma sala de espera exclusiva para crianças, outros dois indivíduos referem a falta de conforto e de entretenimentos, e por fim um indivíduo sugere a existência de uma sala específica para vacinação.

Relativamente à unidade de contexto “Qualidade das infra-estruturas”, é de referir que três indivíduos da nossa amostra recomendam uma renovação nas instalações e

equipamentos e um indivíduo sugere a passagem da sala de vacinas para o r/c para facilitar a acessibilidade.

Na unidade de contexto “Recursos humanos” aparecem cinco unidades de enumeração, um indivíduo referiu a vantagem da existência de mais técnicos e outros quatro indivíduos realçaram a importância de haver mais enfermeiros naquele serviço.

Quanto à unidade de contexto “Recursos temporais” existem cinco unidades de enumeração. É de referir que um indivíduo referiu-se ao tempo de espera como desagradável e quatro referiram a necessidade de alargamento do horário de atendimento na vacinação.

Em relação à unidade de contexto “Recurso materiais”, um indivíduo afirmou que todas as vacinas deviam ser gratuitas, uma vez que nem todas as famílias têm condições para comprar as vacinas fora do plano de vacinação.

Deste modo, da análise do Quadro 5, pode constatar-se que é importante questionar as pessoas que levam os menores à vacinação, pois são estas que nos poderão fornecer um feedback real das situações que deverão ser revistas e melhoradas, a fim de contribuírem para o aumento da adesão comunidade ao cumprimento do esquema vacinal.

Todas as sugestões apresentadas pelos indivíduos da amostra recaíram sobre aspectos a melhorar relacionados com o Centro de Saúde no geral. Resultados estes que poderão ser utilizados pela entidade que gere esta Unidade de Saúde, com o objectivo de combater o incumprimento do esquema vacinal dos menores.

Apesar dos indivíduos da amostra se referirem à qualidade do atendimento como Bom e Muito Bom, apresentaram sugestões para melhorar cada vez mais os vários aspectos que funcionam como indicadores do nível de satisfação dos utentes relativamente à qualidade do atendimento.

Quadro 5 – Opiniões relativas à qualidade do atendimento na vacinação

Unidade de Contexto	Unidade de Registo	Unidade de Enumeração
Condições da sala de espera adequadas às crianças	“Existir uma sala de espera própria e apenas para crianças...”	2
	“...se a sala de espera tivesse mais entretenimento a espera não seria tão incomodativa”	2
	“...salas de espera específicas para vacinação”	1
Sub-Total		5
Qualidade das Infra-estruturas	“Renovar as instalações e equipamentos”	3
	“...sala de vacinas no r/c para facilitar...”	1
Sub-Total		4
Recursos humanos	“...mais técnicos...”	1
	“...mais enfermeiros”	4
Sub-Total		5
Recursos temporais	“...tempo de espera é desagradável”	1
	“O horário de atendimento poderia ser a horas mais alargadas”	4
Sub-Total		5
Recursos Materiais	“...todas as vacinas fora do plano de vacinação deviam ser gratuitas. Pois nem todas as famílias têm situação financeira para conseguirem dar todas as vacinas”	1
Sub-Total		1
Total		20

3.3.1.6. Falta de vacinas no Centro de Saúde

Através da análise da Tabela 31 podemos concluir que, 20% (6) revelaram que já deixaram de vacinar o seu filho por falta de vacinas no Centro de Saúde, 80% (24) dizem que não.

Tabela 31-*Já alguma vez deixou de vacinar o seu filho por falta de vacinas no centro de saúde?*

	f(a)	f(r)%
Sim	6	20%
Não	24	80%
Total	30	100%

A percentagem de 20% da nossa amostra que revelou deixar de vacinar o seu filho por falta de vacinas no Centro de Saúde de Queluz, não traduz a maioria. Esta situação apesar de não ser frequente levou ao atraso do esquema vacinal de 6 menores.

3.3.1.7. O Centro de Saúde dá resposta às necessidades

De acordo com a análise da Tabela 32 podemos concluir que, 40% (12) dos Indivíduos concordam que o centro de saúde dá resposta às necessidades de saúde, 20% (6) não concordam, 20% (6) estão indecisos, 10% (3) não concordam definitivamente e outros 10% (3) concordam totalmente.

Tabela 32-*O Centro de Saúde de Queluz dá resposta às minhas necessidades de saúde*

	f(a)	f(r)%
Não Concordo Definitivamente	3	10%
Não Concordo	6	20%
Indeciso/a	6	20%
Concordo	12	40%
Concordo Totalmente	3	10%
Total	30	100%

Como é visível 50% da nossa amostra consideram prontamente que o Centro de Saúde de Queluz dá resposta às suas necessidades de saúde. A restante amostra ao responder de forma indecisa ou negativa, revela-nos alguma insatisfação e indecisão decorrente da oferta de serviços desta unidade de saúde.

3.3.1.8. Emigrantes que recorrem ao Centro de Saúde

Segundo a Tabela 33 podemos concluir que, 36,7% (11) da nossa amostra apresenta-se indecisa, 33,3% (10) concorda que os emigrantes que recorrem ao centro de saúde, são tratados de igual forma em comparação com a restante comunidade portuguesa, 16,7% (5) concorda totalmente e 13,3% (4) não concorda.

Tabela 33-*Os emigrantes residentes que recorrem ao Centro de Saúde, são tratados de igual forma em comparação com a restante comunidade portuguesa.*

	f(a)	f(r)%
Não Concordo Definitivamente	0	0%
Não Concordo	4	13,3%
Indeciso/a	11	36,7%
Concordo	10	33,3%
Concordo Totalmente	5	16,7%
Total	30	100%

As respostas positivas ou indecisas relativamente ao tratamento recebido pelos emigrantes residentes em Queluz, poderão ser justificadas pelo facto da nacionalidade predominante dos indivíduos da nossa amostra ser a Portuguesa, não sendo esta comunidade, habitualmente, objecto de comportamentos menos correctos ligados a atitudes xenófobas.

3.3.2 Razões relacionadas com a Enfermeira

3.3.2.1. Informação da data da próxima vacina

De acordo com a análise da Tabela 34 podemos concluir que, a maioria da amostra, ou seja 96,7% (29) respondeu que é sempre informado pela Enfermeira da data da próxima vacina, 3,3% (1) disse não.

Tabela 34-*Sou sempre informado(a) pela enfermeira da data da próxima vacina*

	f(a)	f(r)%
Sim	29	96,7%
Não	1	3,3%
Total	30	100%

A maioria (96,7%) dos indivíduos da nossa amostra, revela-nos que a Enfermeira responsável pela vacinação, informa os pais da data de retorno para o próximo episódio vacinal. Conduta esta que está de acordo com as boas práticas de enfermagem.

3.3.2.2. Enfermeira (simpática, atenciosa e disponível)

Segundo a análise da Tabela 35 podemos concluir que, 80% (24) da amostra refere que a enfermeira já é simpática, disponível e atenciosa o suficiente, 20% (6) responde que ajudaria bastante.

Tabela 35 -*Seria vantajoso que a enfermeira que vacina o seu filho se mostrasse mais simpática, disponível e atenciosa*

	f(a)	f(r)%
Sim, ajudaria bastante	6	20%
Não, já é o suficiente	24	80%
Total	30	100%

Apesar da maioria da nossa amostra (80%) considerar que a enfermeira que procede à vacinação dos seus filhos já ser suficientemente simpática, disponível e atenciosa, seis indivíduos referem a necessidade de um reforço destas características.

3.3.2.3. Esclarecimento de dúvidas

De acordo com a análise da Tabela 36 chegamos à conclusão que, 93,3% dos indivíduos da nossa amostra consegue falar com a Enfermeira e ficar esclarecido quando tem alguma dúvida sobre vacinação.

Tabela 36-Distribuição da nossa amostra segundo o esclarecimento de dúvidas

	f(a)	f(r)%
Sim	28	93,3%
Não	1	3,3%
Nunca tive dúvidas	1	3,3%
Total	30	100%

A maioria da nossa amostra 93,3%, refere ficar com as suas dúvidas esclarecidas pela enfermeira da vacinação, traduz a grande disponibilidade da mesma, em solucionar as questões que surjam aos pais relacionadas com o tema.

3.3.3. Razões relacionadas com os pais

3.3.3.1. Acompanhamento da criança à vacinação

De acordo com a análise da Tabela 37 podemos concluir que (73,3%) referem que quem acompanha a criança à vacinação é a mãe, 20% (6) diz que quem acompanha o menor à vacinação são o pai e a mãe, uma pessoa afirma que quem acompanha o filho até à vacinação é o pai e outro 3,3% (1) a avó.

Tabela 37-Distribuição da amostra segundo a pessoa que acompanha a criança à vacinação

	f(a)	f(r)%
Pai	1	3,3%
Mãe	22	73,3%
Pai e Mãe	6	20%
Outros	1	3,3%
Total	30	100%

Estes resultados apontam para a confirmação de que a figura materna, é o elemento parental mais presente na satisfação das necessidades de saúde dos filhos menores, nomeadamente no campo da vacinação.

3.3.3.2. Doença do filho menor

De acordo com a análise da Tabela 38 podemos concluir que, 83,3% (25) da amostra diz que nunca deixou de vacinar o seu filho por este se apresentar doente e 16,7% (5) afirmaram que já deixaram de vacinar o seu filho por este se apresentar doente.

Tabela 38- *Alguma vez deixou de vacinar o seu filho por este se apresentar doente*

	f(a)	f(r)%
Sim	5	16,7%
Não	25	83,3%
Total	30	100%

O facto do menor se apresentar doente à data da vacinação, não revelou ser uma situação frequente e justificativa major do incumprimento do esquema vacinal dos filhos menores da população da nossa amostra.

3.3.3.3. Comportamento do filho durante o acto vacinal

Segundo a análise da Tabela 39 podemos concluir que, 73,3% (22) dos indivíduos da nossa amostra não se sentem incomodados pelo comportamento do filho durante o acto vacinal e 26,7% (8) sentem-se incomodados.

Tabela 39- *Distribuição da amostra segundo o comportamento manifestado pelo menor*

	f(a)	f(r)%
Sim	8	26,7%
Não	22	73,3%
Total	30	100%

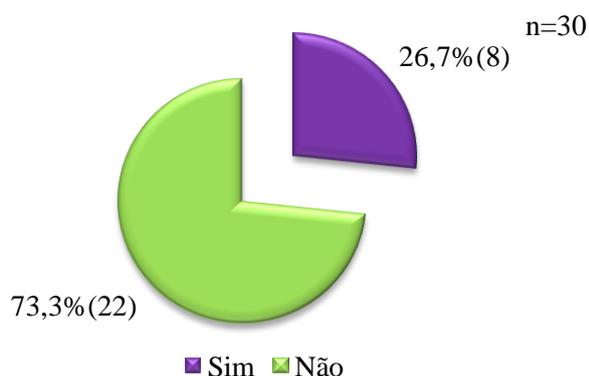


Gráfico 13-*O comportamento manifestado pelo seu filho durante a vacinação incomoda-a(o)*

A percentagem de 26,7% de indivíduos da nossa amostra que se revelaram incomodadas com o comportamento do seu filho, traduz a necessidade de sensibilização dos profissionais de enfermagem para esta situação. O uso do brinquedo terapêutico no acto vacinal poderia contornar o facto de os pais se sentirem incomodados com o comportamento dos seus filhos durante a vacinação.

3.3.3.4. Principal razão do incumprimento vacinal

Na nossa amostra 36,7% (11) apresentam como principal razão o esquecimento, seguindo-se a falta de tempo com 26,7% (8) e outras razões com 26,7% (8), 6,7% (2) referem que o desconhecimento foi a principal razão e por fim 3,3% (1) diz que a principal razão para o filho apresentar o esquema vacinal incompleto foi a doença ligeira do seu filho.

Tabela 40- *Distribuição da amostra segundo a razão principal para o incumprimento do esquema vacinal*

	f(a)	f(r)%
Outra	8	26,6%
Desconhecimento	2	6,7%
Esquecimento	11	36,7%
Medo/dor manifestados pelo seu filho	0	0%
Doença ligeira do seu filho	1	3,3%
Filas de espera	0	0%
Falta de tempo	8	26,6%
Não acredita que a vacinação seja vantajosa	0	0%
Total	30	100%

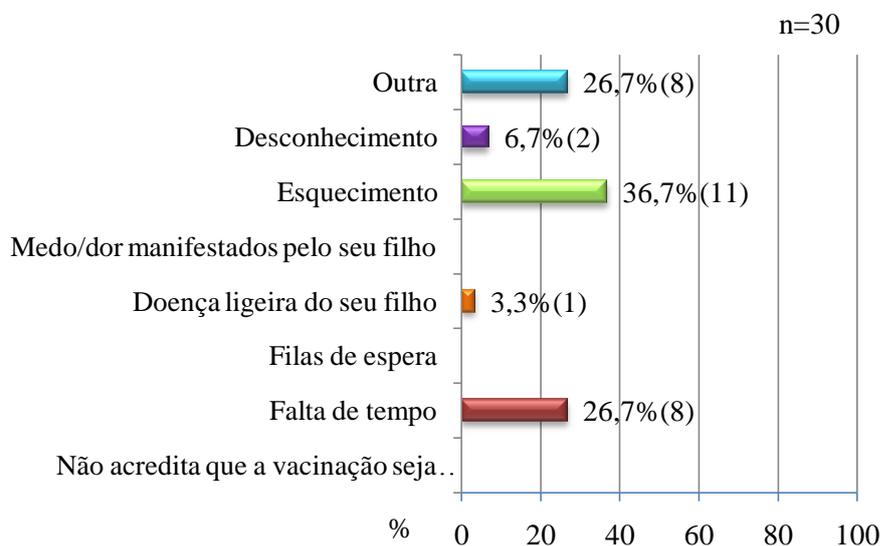


Gráfico 14- *No seu entender qual é a razão principal, para o seu filho ter o esquema vacinal incompleto*

Os resultados obtidos revelam um reconhecimento por parte dos pais na responsabilidade do atraso do esquema vacinal dos seus filhos.

O esquecimento e a falta de tempo são factores que potencializam a reduzida motivação para praticar bons hábitos de saúde.

Este quadro negativo é revestido positivamente, pelo facto de ter ficado patente em questões anteriores, que existe necessidade de haver sessões de educação para a saúde e a adesão a estes esclarecimentos ser de 83,3%, como referiram os indivíduos da nossa amostra.

A compreensão por parte do Enfermeiro, sem elaborar juízos de valor, das razões do incumprimento apresentadas pela população da nossa amostra, revela a necessidade do Enfermeiro conhecer os pensamentos e atitudes dos utentes, encarando estas como um predictor do comportamento, ou seja, uma predisposição para ocorrer um determinado tipo de acção (Lima, citado Vala & Monteiro, 1993). Desta forma poderá criar estratégias de comunicação persuasiva, com o objectivo de contrariar o comportamento de não adesão atempada do esquema vacinal.

Como ficou explícito numa questão anterior, o facto de menos de metade (40%) da nossa amostra concordar que o Centro de Saúde dá resposta às suas necessidades e os restantes posicionarem-se na indecisão ou em desacordo, revela que haverá trabalho a fazer por parte da Unidade de Saúde para suprir as necessidades destes utentes.

A envolvência dos pais dos menores, através do contacto periódico com estes por diversas formas de comunicação, como por exemplo por correio electrónico, mensagem (sms) ou telefonicamente, pode ser uma estratégia a adoptar de combate ao esquecimento que estes indivíduos apontam como facilitador do incumprimento do esquema vacinal dos seus filhos.

A falta de tempo referida por 26,7% (8) dos indivíduos da amostra, pode passar pela reformulação das crenças em saúde que dominam estas pessoas. Conhecer os conceitos de saúde, doença e prevenção é importante, pois permite encetar um trabalho direccionado a cada pessoa, fomentando as práticas preventivas como uma mais-valia ao alcance de todos nós.

Sabendo que a saúde constitui um dos valores mais importantes, se não o mais valioso, para as pessoas em geral (Taylor, 1999). A manutenção desta perspectiva é um dos objectivos e das obrigações dos cuidados de saúde primários.

Este tipo de intervenção leva a práticas salutaras, que interferem positivamente na aprendizagem realizada pelos menores, decorrente da observação dos modelos parentais.

A Psicologia desvendou o papel dos modelos parentais como a base dos hábitos adquiridos na idade adulta. Por volta dos onze anos, as crianças já adquiriram, por observação dos pais (Bennet & Murphy, 1999) uma base estável de crenças e de comportamentos de saúde, os quais tendem a converter-se em hábitos, ou seja, a automatizar-se no dia-a-dia.

Esta base de crenças e de comportamentos de saúde é um dos focos de intervenção da saúde pública na sua globalidade.

Apresentamos de seguida a discriminação da opção “outras razões”, que foi escolhida por 26,7% (8) da amostra. É explícito que as alterações de morada e as deslocações geográficas, figuram aqui como outros factores a realçar, predisponentes à situação de incumprimento.

Quadro 6- *Outras razões que levam ao incumprimento do esquema vacinal recomendado*

Outras razões	f(a)
Indisponibilidade do emprego	1
Mudança de morada	3
Esteve fora	2
Doença da mãe	1
Falta de enfermeiros	1

3.3.3.5. Famílias numerosas

Como é visível pela análise da Tabela 41, 53,3% dos indivíduos da nossa amostra estão indecisas em relação a esta afirmação, 23,3% (7) concordam que as famílias numerosas, regra geral, cumprem o esquema vacinal dos seus filhos, 13,3% (4) não concordam com esta afirmação e 10% (3) concordam totalmente.

Tabela 41- *As famílias numerosas, regra geral, cumprem o esquema vacinal dos seus filhos.*

	f(a)	f(r)%
Não Concordo Definitivamente	0	0%
Não Concordo	4	13,3%
Indeciso/a	16	53,3%
Concordo	7	23,3%
Concordo Totalmente	3	10%
Total	30	100%

Na nossa amostra 53,3% dos indivíduos, apresentou-se indecisa nesta questão, opinião que se pode articular pelo facto das pessoas que responderam ao nosso questionário se situarem na composição do seu agregado familiar com 3 ou menos elementos. Situação pela qual não lhes é do conhecimento pessoal questões relacionadas com o cumprimento do esquema vacinal das famílias numerosas.

De acordo com a Tabela 42, 40% (12) dos indivíduos apresentavam-se indecisos em relação a esta afirmação, 33,3% não concordam definitivamente, 23,3% (7) concordam que as famílias com muitos elementos, conseguem cumprir todas as necessidades de saúde de todos os elementos do agregado familiar de igual forma e uma pessoa não concorda.

Tabela 42- *As famílias com muitos elementos, conseguem cumprir todas as necessidades de saúde de todos os elementos do agregado familiar de igual forma.*

	f(a)	f(r)%
Não Concordo Definitivamente	10	33,3%
Não Concordo	1	3,3%
Indeciso/a	12	40%
Concordo	7	23,3%
Concordo Totalmente	0	0%
Total	30	100%

No seguimento da questão anterior, o posicionamento de indecisão pode-se traduzir pelo facto da maioria da população da nossa amostra não possuir muitos elementos na composição do seu agregado familiar.

No entanto, é reconhecida a impossibilidade de responder às necessidades de saúde de todos os elementos do seio familiar, quando as famílias são numerosas.

Nesta questão as opiniões dividem-se, aparecendo 23,3% a concordar que as famílias com muitos elementos, conseguem cumprir todas as necessidades de saúde de todos os elementos do agregado familiar de igual forma.

Segundo Whaley e Wong (1999), as práticas paternas diferem entre as famílias pequenas e grandes. Há diferenças decorrentes do número de elementos familiares.

3.3.3.6. Esforço para cumprir o esquema vacinal

De acordo com a análise da Tabela 43, 66,7% da nossa amostra concordam totalmente que deve haver um maior esforço por parte dos pais para cumprirem o esquema vacinal dos seus filhos, enquanto 33,3% (10) concorda simplesmente.

Tabela 43- *Deve haver um esforço maior por parte dos pais para cumprirem o esquema vacinal dos seus filhos.*

	f(a)	f(r)%
Não Concordo Definitivamente	0	0%
Não Concordo	0	0%
Indeciso/a	0	0%
Concordo	10	33,3%
Concordo Totalmente	20	66,7%
Total	30	100%

Na totalidade da nossa amostra, é comum a opinião afirmativa de que os pais devem esforçar-se para cumprir o esquema vacinal dos seus filhos. A diferença de posicionamento de indivíduos entre o Concordo e o Concordo Totalmente, pode ser justificada pelas crenças de saúde que dominam cada pessoa.

Segundo Potter e Perry (2006), crenças de saúde são as noções e atitudes da pessoa, relacionadas com a saúde. As práticas da mesma, são as actividades do indivíduo para cuidar de si. A prioridade que cada indivíduo atribui à importância do acto vacinal, pode fazer a diferença nos posicionamentos anteriormente citados, conforme dá maior ou menor importância à vacinação.

3.3.3.7. Entidade Patronal dos Pais

Segundo a análise da Tabela 44 podemos concluir que, 43,3% (13) concorda que a entidade patronal facilita o acompanhamento da criança ao Centro de Saúde, 30% (9) concorda totalmente, 16,7% (5) manifestaram-se indecisos, 6,7% (2) não concordam e uma pessoa não concorda definitivamente.

Tabela 44- *A minha entidade patronal facilita-me o acompanhamento do meu filho ao Centro de Saúde, quando necessário.*

	f(a)	f(r)%
Não Concordo Definitivamente	1	3,3%
Não Concordo	2	6,7%
Indeciso/a	5	16,7%
Concordo	13	43,3%
Concordo Totalmente	9	30%
Total	30	100%

Na maioria dos indivíduos da nossa amostra verifica-se uma facilitação dos pais, por parte da entidade patronal, no acompanhamento dos seus filhos ao Centro de Saúde. Este facto, revela uma sensibilização desta entidade a questões relacionadas com cuidados de saúde.

O posicionamento de cinco indivíduos na indecisão, pode ser justificado pelo facto de se encontrarem desempregados no momento do preenchimento do nosso instrumento de colheita de dados.

4. Conclusão

Após a realização deste trabalho de investigação, surgiram alguns aspectos que queremos realçar provenientes dos resultados obtidos.

Dentro do domínio sobre o qual foi inspirada a nossa pesquisa científica, a Vacinação, fez-nos sentido conhecer as causas que estão na origem do incumprimento do esquema vacinal recomendado pela Direcção Geral de Saúde aos menores de idade. Esta temática reveste-se de actual importância, sendo transversal a todas as épocas a pertinência de estudo de todas as áreas relacionadas com a saúde pública. Por outro lado, envolve-se de interesse para a Enfermagem, visto ser o enfermeiro um dos motores principais para a promoção da saúde e prevenção da doença. O conhecimento dos factores que poderão estar na origem do incumprimento do esquema vacinal, traz uma visão das reais necessidades de intervenção, para que este profissional possa direccionar a sua prática de uma forma eficaz e eficiente.

Nesta sequência, começou por se colocar a seguinte questão de investigação: **Quais os factores que levam os pais de filhos menores, inscritos no Centro de Saúde de Queluz – extensão Lusíadas, ao incumprimento do esquema vacinal dos seus filhos?**

Questão esta, que definiu os diversos objectivos do nosso trabalho, que foram alcançados com sucesso no decorrer do mesmo.

De acordo com os objectivos traçados, elaborou-se um estudo de paradigma quantitativo, do tipo descritivo simples, no qual se optou por utilizar um questionário como instrumento de colheita de dados.

O enquadramento teórico desenvolvido para a abordagem do tema revestiu-se de extrema importância, pois além de facilitar a compreensão e aprofundamento das diversas matérias abordadas, permitiu a definição de indicadores de mensuração das variáveis em estudo. Por outro lado, permitiu-nos também a fundamentação teórica necessária à contextualização dos resultados obtidos no final da investigação.

Após o tratamento e respectiva análise de dados, pode afirmar-se que relativamente à caracterização da amostra:

- 73,3% (22) dos indivíduos que responderam ao questionário eram mães da criança, sendo os restantes o pai ou outro familiar;
- 86,7% (26) pertenciam ao género feminino;
- A amostra foi constituída por indivíduos com idades compreendidas entre os 19 e os 63 anos, o que corresponde a uma amplitude de intervalo de variação de 44 anos. A média das idades situou-se nos 39,06, a mediana recaiu nos 40,5 e a moda correspondeu aos 40 anos, que representa 13,3% (4) da amostra;
- 76,7% (23) da amostra era de nacionalidade portuguesa;
- 33,3% (10) da amostra têm o 3º ciclo de escolaridade (10º-12º ano), 30% (9) têm o 2º ciclo (5º-9º ano) e 23,3% (7) têm um curso superior;
- 83,3% (25) da amostra encontrava-se empregada no momento da realização do estudo e as profissões com maior incidência foram: doméstica com 13,3% (4) e bancária, empresária e auxiliar de educação com 10% (3) cada;
- 36,7% (11) dos indivíduos demoram 15 minutos a chegar ao Centro de Saúde de Queluz, 8 destes deslocando-se de carro. 23,3% (7) demoram 10 minutos, 5 destes indo a pé nesta deslocação. Dos 20% (6) de indivíduos que levam 5 minutos a chegar ao Centro de Saúde, 5 deles vão a pé também;
- 63,3% (19) da amostra era de raça caucasiana e 20% (6) de raça negra;
- 33,3% (10) da amostra tem na composição do seu agregado familiar três pessoas e a criança, 26,7% (8) vivem só com a criança e 23,3% (7) têm duas pessoas no agregado a viver conjuntamente com a criança.

Respondendo ao objectivo - “*Descrever a informação que os pais com filhos menores inscritos no Centro de Saúde de Queluz – extensão Lusíadas, possuem relativamente à vacinação*”, os resultados obtidos encaminharam-nos, às seguintes conclusões:

Os indivíduos da amostra reconhecem a existência do Programa Nacional de Vacinação (PNV) e a gratuitidade das suas vacinas. Porém não apresentam um conhecimento muito profundo acerca deste. Revelando-se essencial o fornecimento de mais informação, através de sessões de educação para a saúde, tal como esta protocolado.

A percentagem da amostra (60%) que refere que o Enfermeiro é a fonte primária de informação, reforça que este é um elemento primordial e fundamental da vigilância e da

promoção da saúde. Sendo considerado como um interveniente e facilitador da relação que a comunidade detém com os serviços de saúde e o principal vector no processo de vacinação, podemos sugerir um melhor aproveitamento desta relação para expor os benefícios da vacinação aos pais com filhos menores.

A aceitação de 83,3% da nossa amostra em participar em sessões de esclarecimento, revela-nos haver predisposição, na maioria desta população, à aquisição de conhecimentos acerca de Vacinação.

Pode-se afirmar que a disponibilidade de aprendizagem, o esforço parental e um maior grau de informação e conhecimento acerca de vacinação, são factores reconhecidos pelos indivíduos da nossa amostra e que devem ser tidos em consideração quando se adoptarem estratégias para contrariar esta situação de incumprimento. A estratégia a adoptar poderá incidir nos benefícios da vacinação, levando assim os pais ao cumprimento do esquema vacinal recomendado.

- 86,7% (26) da amostra desconhece o número de patologias abrangidas por este programa;
- Ao pesquisarmos a opinião dos indivíduos da amostra sobre a permanência no PNV de algumas doenças, verificámos que 86,7% (26) da amostra refere que o Sarampo e a Rubéola fazem parte deste programa. 73,3% (22) afirmam que a Hepatite B também compõe as patologias constantes no PNV. 66,7% (20) citam a Varicela, 53,3% (16) referem a Hepatite A, 40% (12) falam na gripe e 30% (9) referem a Papeira;
- 60% (18) da amostra refere que o Enfermeiro é a fonte de informação quando se fala de vacinação e 50% (15) diz ser o Médico;
- A maioria da amostra 73,3% (22) referiu **Concordar Totalmente** com a afirmação de que os pais devem vacinar os seus filhos sem medos e receios, pois as vacinas não representam riscos, só trazem vantagens, reforçado por 23,3% (7) que dizem **Concordar**;
- 50% (15) indivíduos da amostra **Concordam Totalmente** quando se afirma que existem muitas pessoas que não sabem na realidade para que servem as vacinas, mas gostariam de ter mais informação, reforçado por 43,3% (13) que

Concordam também;

- 66,7% (20) da amostra **Concordam Totalmente** que as pessoas que têm mais conhecimentos sobre vacinação, cumprem mais facilmente o esquema vacinal recomendado para os seus filhos, reforçado por 30% (9) que **Concordam**;
- A febre ligeira (inferior a 38,5°C), é encarada por 43,3% (13) da amostra como razão para não levar o seu filho ao acto vacinal.

Respondendo ao objectivo - “*Expor as razões que levam os pais ao incumprimento do esquema de vacinação dos seus filhos como é recomendado*”, salientamos as seguintes conclusões:

86,7% (26) da amostra refere que gostaria de ter mais condições na sala de espera da vacinação. Um investimento nesta área seria benéfico, na opinião destes indivíduos. Apesar de não se conseguir estabelecer uma relação directa entre o incumprimento do esquema vacinal e a melhoria das condições da sala de espera, ficou patente que este seria um aspecto a ter em consideração no propósito de proporcionar um ambiente agradável em situação de espera do acto vacinal.

Relativamente à qualidade do atendimento, pode constatar-se que é importante questionar as pessoas que levam os menores à vacinação, pois são estas que nos poderão fornecer um feedback real das situações que deverão ser revistas e melhoradas, afim de contribuírem para o aumento da adesão da comunidade ao cumprimento do esquema vacinal. Resultados estes que poderão ser utilizados pela entidade que gere esta Unidade de Saúde.

50% da nossa amostra considera que o Centro de Saúde de Queluz dá resposta às suas necessidades de saúde.

A restante amostra ao responder de forma indecisa ou negativa, revela-nos alguma insatisfação e indecisão decorrente da oferta de serviços desta unidade de saúde.

Razões relacionadas directamente com o Enfermeiro da vacinação não tiveram grande expressão, pois 93,3% dos indivíduos da nossa amostra consegue falar com o profissional de enfermagem e ficar esclarecido quando tem alguma dúvida sobre vacinação.

A responsabilidade do incumprimento pode recair em factores directamente relacionados com os pais. A percentagem de 26,7% de indivíduos da nossa amostra que se revelaram incomodados com o comportamento do seu filho, traduz a necessidade de sensibilização dos profissionais de enfermagem para esta situação. O uso do brinquedo terapêutico no acto vacinal poderia contornar o facto de os pais se sentirem incomodados com o comportamento dos seus filhos durante a vacinação.

Os resultados obtidos revelam um reconhecimento por parte dos pais na responsabilidade do atraso do esquema vacinal dos seus filhos. O esquecimento e a falta de tempo são factores que potencializam a reduzida motivação para praticar bons hábitos de saúde.

A envolvência dos pais dos menores, através do contacto periódico com estes por diversas formas de comunicação, como por exemplo por correio electrónico, mensagem (sms) ou telefonicamente, pode ser uma estratégia a adoptar de combate ao esquecimento que estes indivíduos apontam como facilitador do incumprimento do esquema vacinal dos seus filhos.

A falta de tempo referida por 26,6% (8) dos indivíduos da amostra, pode passar pela reformulação das crenças em saúde que dominam estas pessoas. Conhecer os conceitos de saúde, doença e prevenção é importante, pois permite encetar um trabalho direccionado a cada pessoa, fomentando as práticas preventivas como uma mais-valia ao alcance de todos nós.

Na totalidade da nossa amostra, é comum a opinião afirmativa de que os pais devem esforçar-se para cumprir o esquema vacinal dos seus filhos, facto que revela uma predisposição psicológica ao cumprimento do plano, base que será benéfica de trabalhar quando se implementarem medidas de motivação aos responsáveis por menores.

- 50% dos indivíduos da nossa amostra têm uma opinião positiva sobre a resposta às suas necessidades de saúde que esta unidade oferece, seleccionando o **Concordo** e o **Concordo Totalmente** com 40% (12) e 10% (3) respectivamente. Os restantes 50% dividem-se entre o **Indeciso** (20%), o **Não Concordo** (20%) e o **Não Concordo Definitivamente** (10%);

- A principal razão apontada pelos indivíduos da amostra como causa do incumprimento vacinal, recaiu sobre o esquecimento com 36,7% (11), 26,7% (8) referem a falta de tempo e outras razões e 3,3% (1) diz que a principal razão foi a doença ligeira do menor.

Respondendo ao objectivo - “*Enunciar a existência de outras razões para o fenómeno, na amostra populacional estudada, ainda não identificadas na literatura à qual tivemos acesso*”, salientamos os seguintes resultados:

- Das outras razões citadas pelos pais para o não cumprimento do acto vacinal, que tiveram expressão em 26,7% (8) da amostra, a mudança de residência (3), a ausência do país (2), a indisponibilidade por parte da entidade empregadora (1), a doença da mãe (1) e a falta de enfermeiros (1), foram as razões a acrescentar.

Ao completar este percurso de investigação inicialmente proposto, estamos cada vez mais consciente que, de forma alguma está concluído o trabalho na área da problemática do incumprimento do esquema vacinal recomendado. É talvez deveras interessante realçar, que no final da investigação muitas foram ainda as dúvidas e questões levantadas ao redor desta temática. Contudo, em situação de análise, só foram aqui deixadas as conclusões que directamente envolvem o presente estudo, remetendo tudo o mais para os capítulos das implicações e sugestões.

5.Limitações e Implicações do estudo

De entre as várias limitações encontradas para a realização do presente estudo, referenciam-se as que se relacionam com o facto das autoras serem inexperientes na utilização de uma metodologia de investigação.

Para além da falta de experiência na citada metodologia, a recente aprendizagem da utilização do programa estatístico de tratamento de dados (SPSS), foi outra barreira a contornar na realização deste trabalho académico.

As exigências temporais da calendarização foram limitativas, dada a dimensão do estudo. O acumular da realização desta pesquisa com os ensinamentos clínicos e restante percurso académico, obrigou a uma meticulosa planificação dos tempos prestados a cada área, sem desprimor de nenhuma.

Relativamente às limitações decorrentes na selecção da amostra, podemos citar a época em que decorreu esta selecção levantar algum atraso, pois o período de férias de Verão revestiu-se de alguma ausência da população na afluência ao Centro de Saúde de Queluz – extensão Lusíadas. Por outro lado, o facto de alguns menores deslocarem-se sozinhos a fim de serem vacinados, impossibilitou-nos a inclusão destes na nossa amostra, pois eram menores de idade e levantavam-nos questões éticas que não pretendíamos transgredir.

Toda a investigação estabelece, mesmo que não explicitamente, algumas implicações que merecem uma análise cuidadosa. Implicações estas que podem e devem ser tomadas em conta como guiões de reflexão futura.

Os resultados obtidos seguem no sentido de que, os profissionais de enfermagem são reconhecidos pela população como o grupo profissional que estabelece maior relação de proximidade, esclarecimento de dúvidas e papel central na manutenção e promoção de comportamentos saudáveis e promotores de saúde. Este estatuto permite à classe de enfermagem dominar as acções de educação para a saúde, com o objectivo de contrariar os dados relativos ao incumprimento do esquema vacinal.

Ao alcance da Enfermagem está uma ferramenta de potenciação do nível óptimo da saúde pública, que tem a sua tradução na melhoria da qualidade de vida da comunidade.

O número pouco significativo de investigações desenvolvidas nesta área em Portugal, leva a considerar a necessidade de posteriores trabalhos de investigação.

A sensibilização dos investigadores em Enfermagem, deve recair sobre a importância de documentar a prática aportada em dados decorrentes da análise científica. Facto que dá mérito à profissão e fornece importante contribuição para a investigação científica em geral e no campo da saúde em particular, traduzindo-se na prática por ganhos em saúde.

6.Sugestões

A partir dos marcos traçados por esta investigação é de todo pertinente mencionar algumas sugestões para futuras abordagens.

O incumprimento do Programa Nacional de Vacinação leva a que devam ser tomadas medidas interventivas, no sentido de combater as causas originais de tal situação. É importante elaborarem-se estudos em que sejam levantadas as correctas necessidades de cada comunidade, pois só levando em conta a individualidade de cada pessoa e os recursos de cada unidade de saúde é possível planear medidas exequíveis eficazes.

Realizar o mesmo percurso de investigação com diferentes faixas etárias seria pertinente e abrangente das reais necessidades da população.

As pesquisas de raiz qualitativa também poderiam ser benéficas, para a exploração das razões que levam ao incumprimento do esquema vacinal recomendado. A análise destas fontes de informação poderiam enriquecer e aprofundar os conhecimentos obtidos com a investigação quantitativa.

Como sugestão para a utilização dos resultados na prática, definimos que os resultados obtidos neste trabalho académico, serão cedidos ao Centro de Saúde de Queluz, para que com estes, possam delinear estratégias personalizadas que incidam sobre os factores identificados como promotores do incumprimento vacinal.

7.Referências Bibliográficas

- **Livros**

- Azevedo, M. (2006) “Teses, Relatórios e Trabalhos escolares: sugestões para a estruturação da escrita” (5ª ed.) Lisboa, Universidade Católica Editora
- Bardin, L, (2004) “*Análise de conteúdo*” (3ªed) Edições 70
- Bennett, P e Murphy, S.(1999) “*Psicologia e promoção da saúde*” Lisboa, Climepsi.
- Carmo, H e Ferreira, M. (1998) “*Metodologia da Investigação: Guia para auto-aprendizagem*” Lisboa, Universidade Aberta
- Collière, M.F.(1989)“*Promover a vida*” Lisboa, Sindicato dos enfermeiros portugueses.
- Nelson, D, Nelson, W.(2000), “*Tratado de Pediatria*”(4ªed)-McGraw-Hillinteramericana
- Fortin, M.F. (1999). “*O processo de investigação: da Concepção à Realização*”. (1ªed.). Loures: Lusociência”
- Fortin, M.F. (2000). “*O processo de investigação: da Concepção à Realização*” (2ªed.). Loures: Lusociência
- Fortin, M.F. (2009). “*Fundamentos e etapas no processo de investigação*” Loures: Lusociência
- Giger. J.N.e Davidhizar R.E. (1995). “*Transcultural nursing assesment and intervention*” (2ª ed.) St. Louis, Mosby
- Haber, J. e Wood, G.L. (1998).“*Pesquisa em enfermagem*”(4ª ed.) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan
- Merck Sharp & Dohme (2006), “*Enciclopédia Médica - Problemas de saúde na infância*”, volume 4, Espanha: Editorial Oceano
- Merck Sharp & Dohme (2006), “*Enciclopédia Médica – Infecções*”, volume 11, Espanha: Editorial Oceano
- Ogden, J. (1999) “*Psicologia da saúde*” Lisboa: Climepsi

- Pender, N et al (1987)"*Health promotion in nursing practice*" (2ª ed.) Norwalk: Appleton & Lange
- Phipps,W.J., Sands, J.K. e Marek, J.F.(2003) "*Enfermagem Médico-cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*" Volume I, (6ª ed.) Loures: Lusociência
- Polit, D.F., Beck C.T. e Hungler B.P. (2004). "*Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização*" (5ª ed.) São Paulo: Artmed Editora
- Potter, P.A. e Perry A.G. (2006)."*Fundamentos de Enfermagem: Conceitos e Procedimentos*" (5ª ed.) Loures: Lusociência
- Queiroz, A.A., Meireles, A, M, e Cunha R.S. (2007) "*Investigar para compreender*".Loures: Lusociência
- Seeley, R.R, Stephens, T.D. e Tate, P (2003)"*Anatomia e Fisiologia*"(6ª ed.)Loures:Lusociência
- Streubert, H. J. e Carpenter, D. R.(2002)"*Investigação Qualitativa em enfermagem:Avançado o Imperativo Humanista*"(2ª ed.) Loures: Lusociência
- Taylor, S.(1999) "*Health psychology*" McGraw-Hill International editions
- Wong, L. Donna (1999), "*Whaley e Wong-Enfermagem Pediátrica – Elementos Essenciais à Intervenção Efectiva*" (5ª ed) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan

- **Artigo**

- Branco, A.G. e Ramos, V. (2001) " Cuidados de saúde primários em Portugal" *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, pp. 5-12
- Costa, T., Figueiredo, D., Pires, S. e Ribeiro, C. "Cumprimento dos programas de saúde obrigatórios por famílias de elevada vulnerabilidade social: Um estudo no concelho de Aveiro" *Acto dos ateliers do Vº Congresso Português de sociologia- Atelier: Saúde*, pp.133-139, Disponível online: www.aps.pt/cms/docs_prv, Último acesso: 26/03/2009
- Lima T.C., Veras D.D.C. e Gryshek A. L. F.P.L. (2008) "Estado Vacinal dos Profissionais de uma escola de especialistas de Aeronautica". *Revista Nursing*, , pp. 472-477

-Malta R.F., Mishima S.M., Almeida M.C.P e Pereira M.J.B. (2002) "A utilização do inquerito Domiciliar como instrumento de acompanhamento de acções de saúde em microáreas - Analisando a situação vacinal de menores de um ano". *Revista Latino-am Enfermagem*, pp.28-33.Disponível online - [www. eerp.usp.br/rlaenf](http://www.eerp.usp.br/rlaenf)- Último acesso: 9/04/2009

-Mota, E."Inquéritos domiciliar de cobertura vacinal: a perspectiva do estudo das desigualdades sociais no acesso à imunização básica infantil".2008, *Revista Brasileira Epidemiologica*, pp.125-128

-Pedro, H e Grilo, A.M. (2005) "Contributos da psicologia para as profissões da saúde".*Psicologia, Saúde & Doença*, pp.69-89

-Ricou, M et al (2004)" A comunicação e alteração de comportamentos". *Psicologia, Saúde & Doenças*, pp. 131-144

-Silva, L.M.V., Formigli, V. L., Cerqueira, M.P. e Kruchevsky, L (1997)."Coberturas vacinais superestimadas? Novas evidências a partir do inquérito de Pau da Lima" *Revista Panam Salud*, pp.444-450

-Silva, A.A.M., Gomes, U.A., Tonal, S.R. e Silva, R.A (1999)" Cobertura vacinal e factores de risco associados à não-vacinação em localidade urbana do Nordeste brasileiro". *Revista de Saúde Pública*, pp.147-156

-Valente, J.G. e Szwarcwald, C.L. (1983)" Avaliação da Cobertura de vacinação em Teresina-Piauí", *Caderno de Saúde Pública*, pp. 41-49

Internet

-Boletim da OMS (2008),“Vaccination greatly reduces disease, disability and inequity worldwide”, Volume 86 N°2 81-160.

- Botega, C, *Direito da Família*. Disponível online: www.clarissabotega.com

-Dicionário informal online. Disponível online:www.dicionarioinformal.com.br

-Disponível online: www.ine.pt

-“Cinco mil crianças falham vacinação todos os anos” *Diário de Notícias*, Disponível online: www.tribunamedicapress.pt/nacional-1/7629-cinco-mil-falham-vacina, Último acesso: 21/03/2009

-Direcção Geral da Saúde, Caderno nº 2" *A Vacinação e a sua História*" (2002), Lisboa

-Direcção Geral da Saúde (2005), *Orientações Técnicas Nº 10 – Programa Nacional de Vacinação 2006*, Circular Normativa Nº 08/DT

-Direcção Geral da Saúde,(2005), *Orientações Técnicas Nº12 –Saúde Infantil e Juvenil Programa-tipo de actuação(2ªed)*, Circular Normativa Nº 09/DSI

-European Vaccine Manufacturers: Contributo da indústria farmacêutica na saúde e bem-estar, Brochura “*O valor das vacinas*”, Bélgica

-“História da Vacinação”, Disponível online: www.bicodocorvo.com.br/saude/vacinaçao, Último acesso: 2/4/2009

-“Imigrantes ilegais “fogem” a vacinar as crianças” (2003), *Correio da manhã*. Disponível online: <http://www.acidi.gov.pt/modules.php?name=News&files=Article&sid=257>, Último acesso: 31/03/2009

-Medicina Alternativa, “Vacinação Obrigatória”- Disponível online: <http://vnatura.wordpress.com/2009/02/10/vacinaçao-obrigatoria>, Último acesso: 31/03/2009

-Ministério da Saúde (2004). Plano Nacional de Saúde - Orientação estratégicas para 2004-2010, Doc. Trabalho 11 de Fevereiro de 2004

-Teixeira, S. e Lopes, M (2009) ”Vacinar-se: uma responsabilidade individual e colectivo...” Disponível online: <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=72&view=news>, Último acesso: 02/04/2009

-“Universidades contra o cancro do colo do útero”, disponível em <http://mulher.sapo.pt/actualidade/noticias/universidades-contra-o-cancro-984911.html>

-“Vacinar-Porquê?”, Disponível online:www.alert-online/index.cfm?event=medicalGuideDetail, Último acesso: 31/03/2009

-“Vacinação e Doenças” Disponível online: http://www.abcdobebe.com/index2.php?option=com_content&task=view&id=1443, Último acesso: 31/03/2009

Apêndices



Apêndice I - Instrumento de colheita de dados

Questionário

Leia estas indicações antes de responder às questões.

Este questionário é uma das vertentes de um trabalho de Monografia realizado no Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Atlântica.

A realização deste questionário tem como objectivo saber quais as razões que levam os pais de crianças menores, inscritas no Centro de Saúde de Queluz, a terem o esquema vacinal dos seus filhos incompleto.

A colaboração dos pais, através do preenchimento deste questionário é fundamental para encontrarmos as respostas pretendidas. Respostas essas que possibilitam a concretização do nosso estudo, e poderão servir de base para encontrar estratégias com o objectivo de contornar a situação apresentada.

Todos os dados obtidos através deste questionário, serão tratados de forma confidencial.

É muito importante certificar-se de que respondeu a todas as questões.

Desde já agradecemos a sua disponibilidade.

Ana Rita Peixoto

Rute Sofia Torquato

1. Qual a relação de parentesco que existe entre si e a criança? Assinale a opção verdadeira.

Mãe

Pai

Outro. Qual? _____

2. Sexo

Feminino

Masculino

3. Estado civil

Solteiro/a

Divorciado/a

União de facto

Casado/a

Viúvo/a

4. Idade _____

5. Nacionalidade _____

6. Escolaridade/Habilitações

Sem instrução

3º Ciclo (10º ao 12º)

1º Ciclo (4ª Classe)

Curso Profissional/Tecnológico

2º Ciclo (5º ao 9º ano)

Curso Superior

7. Situação profissional

Desempregado

Empregado

Qual a sua profissão? _____

Aposentado/Reformado

8. Quanto tempo demora de casa ao Centro de Saúde? Meio de transporte?

9. Nível sócio-económico (rendimento mensal da família)

- Inferior a 500 euros Entre os 1000 euros e 1500 euros
 Entre os 500 euros e os 1000 euros Superior a 1500 euros

10. Religião _____

11. Raça _____

12. Quem habita em casa com a criança?

13. Conhece o Programa Nacional de Vacinação?

- Sim Não

14. As vacinas que fazem parte do esquema vacinal recomendado pelo Programa Nacional de Vacinação, são gratuitas?

- Sim Não Não sei

15. Sabe quantas doenças são abrangidas pelo Programa Nacional de Vacinação?

- 5 12 18 Não sei

16. Assinale as doenças que considera que fazem parte do Programa nacional de Vacinação?

- Hepatite B Papeira Gripe
 Hepatite A Rubéola
 Varicela Sarampo

17. De onde vem a informação que tem acerca de vacinação? Seleccione uma ou várias opções.

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Médico | <input type="checkbox"/> Livros que compra |
| <input type="checkbox"/> Enfermeiro | <input type="checkbox"/> Amigos/família |
| <input type="checkbox"/> Revistas | <input type="checkbox"/> Outra |
| | Qual?_____ |

18. Escolha a frase que lhe parecer mais correcta para explicar o que é, para si, a vacinação?

- É uma forma de prevenir todas as doenças
- É obrigatória por isso as crianças têm que levar as vacinas
- É uma forma de prevenir algumas doenças

19. Quando foi a ultima vez que ouviu falar de vacinação?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Recentemente | <input type="checkbox"/> Há mais de 3 meses |
| <input type="checkbox"/> Há menos de 1 mês | <input type="checkbox"/> Não se lembra |

20. Aceitaria participar em sessões de esclarecimento acerca de doenças cobertas pelo Programa Nacional de Vacinação e respectivas vacinas?

- Sim Não

21. Da lista que se segue, consegue enumerar algumas das verdadeiras reacções passageiras às vacinas?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dor | <input type="checkbox"/> Sono |
| <input type="checkbox"/> Perda de sangue pela urina | <input type="checkbox"/> Diarreia |
| <input type="checkbox"/> Aumento do apetite | <input type="checkbox"/> Desmaio |
| <input type="checkbox"/> Febre alta | <input type="checkbox"/> Hipertensão (Tensão alta) |
| <input type="checkbox"/> Irritabilidade (choro) | <input type="checkbox"/> Obstipação (prisão de ventre) |
| <input type="checkbox"/> Convulsões | |

22. Das situações apresentadas em baixo, indique em qual delas é que não deve levar o seu filho à vacinação. Assinale só uma opção.

- Febre ligeira
- Reacção alérgica a uma dose anterior da vacina
- Quando a criança está a tomar antibióticos
- Criança com asma, rinite alérgica

23. Na sua opinião, o seu Centro de Saúde está bem localizado?

- Sim
- Não

24. Considera que espera demasiado tempo até ser atendida na vacinação?

- Sim
- Não

25. Acha que o horário da vacinação praticado neste Centro de Saúde é adequado à sua disponibilidade?

- Sim
- Não

26. Se a sala de espera do Centro de Saúde tivesse mais condições (TV, máquina de café ou brinquedos) não se importaria tanto de esperar?

- Sim, seria mais agradável esperar
- Não, as condições actuais não me incomodam

27. A qualidade do atendimento na vacinação é:

- Muito Bom
- Satisfatório
- Bom
- Mau

28. No seu entender, o que poderia ser feito para melhorar a qualidade do atendimento na vacinação?

29. Já alguma vez deixou de vacinar o seu filho por falta de vacinas no Centro de Saúde?

Sim Não

30. Sou sempre informado pela enfermeira da data da próxima vacina?

Sim Não

31. Seria vantajoso que a enfermeira que vacina o seu filho se mostrasse mais simpática, disponível e atenciosa?

Sim, ajudaria bastante Não, já é o suficiente Seria indiferente

32. Sempre que tem alguma dúvida sobre vacinação, consegue falar com a enfermeira e ficar esclarecida(o)?

Sim Não Nunca tive dúvidas

Depois de ler cada afirmação da coluna da esquerda, assinale com uma cruz (X) nas colunas da direita, a sua opinião.

Segue-se uma legenda para melhor compreensão.

CT-Concordo Totalmente

C-Concordo

I-Indeciso(a)

NC-Não Concordo

NCT-Não Concordo Definitivamente

	CT	C	I	NC	NCD
33.O Centro de Saúde de Queluz dá resposta às minhas necessidades de saúde.					
34.Os emigrantes residentes que recorrem ao Centro de Saúde, são tratados de igual forma em comparação com a restante comunidade portuguesa.					
35.As famílias numerosas, regra geral, cumprem o esquema vacinal dos seus filhos.					
36.As famílias com muitos elementos, conseguem cumprir todas as necessidades de saúde de todos os elementos do agregado familiar de igual forma.					
37.Deve haver um esforço maior por parte dos pais para cumprirem o esquema vacinal dos seus filhos.					
38.Existem muitas pessoas que não sabem na realidade para que servem as vacinas, mas gostariam de ter mais informação.					
39.As pessoas que têm mais conhecimentos sobre vacinação, cumprem mais facilmente o esquema vacinal recomendado para os seus filhos.					
40.Os pais devem vacinar os seus filhos sem qualquer receio, pois as vacinas não representam riscos, só trazem vantagens.					
41.A minha entidade patronal facilita-me o acompanhamento do meu filho ao Centro de Saúde, quando necessário.					

42. Quem é que acompanha o seu filho à vacinação?

Pai

Irmãos

Mãe

Amigos

Avós

Outros

Quem? _____

43. Alguma vez deixou de vacinar o seu filho por este se apresentar doente?

Sim

Não

44. O comportamento manifestado pelo seu filho durante a vacinação incomoda-a(o) (choro, medo, gritos, fuga, agitação e etc)?

Sim

Não

45. No seu entender qual é a razão principal, para o seu filho ter o esquema vacinal incompleto? Assinale só uma opção.

Não acredita que a vacinação seja vantajosa

Medo/ dor manifestados pelo seu filho

Falta de tempo

Esquecimento

Filas de espera

Desconhecimento

Doença ligeira do seu filho

Outra

Qual? _____

Fim

Muito Obrigado

Apêndice II – Consentimento Informado

Termo de Consentimento Informado

Título da pesquisa:

“Razões que levam os pais ao incumprimento do esquema vacinal recomendado para os seus filhos”

Objectivos:

- ❖ Descrever a informação que os pais com filhos menores inscritos no centro de saúde de Queluz - ext. Lusíadas, possuem relativamente à vacinação;
- ❖ Expor as razões que levam os pais ao incumprimento do esquema de vacinação dos seus filhos como é recomendado;
- ❖ Enunciar a existência de outras razões para o fenómeno, na amostra populacional estudada, ainda não identificadas na literatura à qual tivemos acesso.

Metodologia:

A colheita de dados será efectuada mediante a aplicação de um questionário dirigido aos pais.

Participação:

A sua decisão de participar neste estudo é voluntária, como tal não será pago pela sua participação. Se optar por não participar não será punido nem perderá qualquer benefício ao qual tenha direito. A sua participação não lhe trará qualquer custo ou despesa. Poderá retirar-se do estudo quando desejar. Só fornecerá a informação que desejar.

Esta pesquisa é anónima e confidencial, qualquer dúvida em relação ao estudo poderá ser esclarecida pelas investigadoras que o contactaram. Os resultados finais serão postos à disposição.

Pesquisadoras:

Ana Rita Peixoto 912908492

Rute Torquato 914421012

Morada Universidade Atlântica - Barcarena

Apêndice III – Pedido de Autorização



Entidade Instituidora
EIA - Ensino, Investigação
e Administração, S.A.

Parece-nos que
estádo perante
e adequado a
pop. alvo.

Universidade

Atlântica

TERESA CRISTINA MATOS
ENF.ª CHEFE

MARIA PAIS
09.06.04
ACES - X

AUTORIZO POR CONSIDERAR
A PROPOSTA DE INTERESSE
TRIBUTÁRIO PARA O SERVIÇO.
SUGIRO QUE OS RESULTADOS
SEJAM APRESENTADOS AO
CONSELHO CÍVICO, PARA FORTALECER
A DIVERSÃO
Direcção do Centro de Saúde de Queluz

A/C da Exma Srª Directora Clara Pais
Directora Executiva
Maria Clara Pais

Assunto: Pedido de autorização para a realização de colheita de dados para Monografia de final de curso.

Ana Rita Garcia Peixoto e Rute Sofia Torquato, alunas do 3º ano do 6º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Atlântica, que se encontram a realizar um trabalho de Monografia de final de curso, vêm por este meio solicitar autorização para realizar no Centro de Saúde de Queluz – ext. Lusíadas, uma colheita de dados, através de um questionário (anexo II) aos pais cujos filhos apresentem o esquema vacinal incompleto.

A pesquisa que estamos a realizar tem o seguinte título:

“Razões que levam os pais ao incumprimento do esquema vacinal recomendado para os seus filhos”

E com ela pretendemos, **“conhecer as razões que levam os pais ao incumprimento do esquema de vacinação dos seus filhos, tal como é recomendado pelo Programa Nacional de Vacinação”**.

Os objectivos são:

- ❖ Descrever a informação que os pais com filhos menores inscritos no Centro de Saúde de Queluz - ext. Lusíadas, possuem relativamente à vacinação;
- ❖ Expor as razões que levam os pais ao incumprimento do esquema vacinal dos seus filhos como é recomendado;
- ❖ Identificar outras razões para o fenómeno em estudo, na amostra populacional estudada, ainda não identificadas na literatura à qual tivemos acesso.

Trata-se de um estudo do tipo descritivo simples de paradigma quantitativo.

Durante a realização do processo de recolha de dados, comprometemo-nos a respeitar todos os princípios éticos exigidos para a elaboração deste tipo de trabalho, e entregaremos o consentimento informado (anexo I) aos pais que queiram participar neste projecto. Na apresentação dos resultados, será salvaguardado o anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados.

Informamos, que a conclusão deste trabalho de investigação está prevista para o final de Dezembro. Os resultados deste estudo serão disponibilizados à Instituição.

Sem mais assunto.

Pedem deferimento

Barcarena, 25 de Maio de 2009

Ana Rita Peixoto

Ana Rita Garcia Peixoto (Aluna)
Contacto: 912908492
Email: aritinhap@gmail.com

Rute Sofia Torquato

Rute Sofia Torquato (Aluna)
Contacto: 914421012
Email: rutetorquato@hotmail.com

Mestre Rita Kopke

Prof. Orientador: Mestre Rita Kopke
Contacto: 918727283
Email: ritak@sapo.pt

Apêndice IV- Cronograma

Cronograma

Meses	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Fase Conceptual	X									
Fase Metodológica		X Entrega do Projecto								
Fase Empírica			X Entrega do pedido de autorização no Centro de Saúde de Queluz	X Autorização concedida	X Pré-teste Início da colheita de dados Construção da base de dados	X Fim da colheita de dados Tratamento de dados	X Envio dos dados estatísticos	X Análise de resultados	X Discussão dos resultados	X Conclusão Limitações Implicações Sugestões Entrega da Monografia

Fin