



Universidade Nova de Lisboa
Instituto de Higiene e Medicina

**Vacinação: Conhecimentos e atitudes da população dos
bairros carenciados do Concelho do Seixal**

Maria de Fátima Medina Tavares

DISSERTAÇÃO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE TROPICAL

(JANEIRO, 2014)



Universidade Nova de Lisboa
Instituto de Higiene e Medicina Tropical

Vacinação: Conhecimentos e atitudes da população dos bairros
carençados do Concelho do Seixal

Autora: Maria de Fátima Medina Tavares

Orientadora: Prof. Doutora Rosa Teodósio

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários
à obtenção do grau de Mestre em Saúde Tropical

Agradecimentos

Agradeço à Prof. Doutora Rosa Teodósio, minha orientadora.

Agradeço à Câmara Municipal do Seixal, aos profissionais do Centro Comunitário de Santa Marta, do Centro Comunitário do Bairro da Cucena e da Unidade de Cuidados na Comunidade do Seixal.

Agradeço à Enfermeira Júlia Matos coordenadora da Unidade de Cuidados na Comunidade, Agradeço aos profissionais da USF Santo Condestável.

Agradeço aos colaboradores que comigo percorreram os bairros, para a aplicação do questionário.

Siglas

5-HT – 5-hidroxitriptofano

ACIDI – Alta Comissária para a Imigração e Diálogo Intercultural

ARS – Administração Regional de Saúde

CAULF – Certificado de Autorização de Utilização de Lote de Fabrico

CIVES – Centro de Informação em Saúde

CMS – Câmara Municipal do Seixal

CTV – Comissão Técnica de Vacinação

DGS – Direcção-geral de Saúde

DPT/DPaT – Vacina trivalente contra a difteria, o tétano e a tosse convulsa/*pertussis*

ECDC – European Center Controle Disease

EU – União Europeia

INFARMED – Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento

IPSS – Instituto Português de Solidariedade Social

ISTM – International Society of Travel Medicine

JCVI – Comissão sobre Vacinação e Imunização

MHC – Complexo de HistoCompatibilidade

OMS – Organização Mundial de Saúde

PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNV – Plano Nacional de Vacinação

SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

SMSL – Síndrome de Morte Súbita do Latente

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCC – Unidade Cuidados na Comunidade

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

USF – Unidade de Saúde Familiar

VPH – Vírus Papiloma Humano

WHO – World Health Organization

Resumo

INTRODUÇÃO: As vacinas permitem salvar mais vidas e prevenir mais casos de doença do que qualquer outro tratamento médico (PNV, 2012).

O não cumprimento do Programa Nacional de Vacinação pode dever-se a vários fatores, entre eles: à falta de acesso aos cuidados de saúde; à falta de informação acerca da sua importância e periodicidade, principalmente nos grupos vulneráveis, a mitos sobre a segurança das vacinas e mais recentemente ao aparecimento de movimentos anti-vacinação.

OBJETIVOS: Caracterizar as estratégias atuais de promoção de vacinação da equipa da Unidade Móvel de Saúde e dos Centros Comunitários que trabalham nos bairros carenciados do Concelho do Seixal; caracterizar conhecimentos e atitudes da população adulta e dos pais dos bairros carenciados sobre a vacinação; reavaliar as necessidades de aprendizagem após a sessão de educação para a saúde; comparar conhecimentos e atitudes de mães cujos filhos frequentam o infantário de um bairro carenciado com mães não carenciadas com filhos a frequentar um colégio privado; e propor estratégias de intervenção adaptadas à população carenciada em estudo.

MÉTODOS: Para a concretização dos objetivos propostos utilizaram-se dois métodos de estudo: o método de investigação quantitativa do tipo observacional e descritivo, através da aplicação de vários questionários (questionário aos residentes dos bairros; questionário aos participantes da sessão de educação para a saúde e questionário aos profissionais de saúde) e o método de investigação qualitativo através da técnica dos grupos focais.

RESULTADOS: No estudo quantitativo participaram 308 indivíduos, 67% (193) do género feminino; a idade média era de 43,2 anos, 40,5% nascidos em Portugal, e 37% nascidos em Cabo-Verde; 35,7%, com o 2º ciclo de escolaridade e 29,2% desempregados. Um quarto dos participantes diz que as vacinas servem para “proteger das doenças”; Três quartos afirmam que lhes foi explicado para que servia a vacina no ato vacinal, têm medo de ser vacinados e consideram que a vacinação deve ser obrigatória; 87,7% dos indivíduos ouviram falar da vacina contra o tétano, 64% têm essa vacina em dia, mas apenas 23,7% (73) acertaram no esquema; Metade dos participantes já ouviram falar na vacinação para os viajantes, tendo mencionado a vacina contra a “malária”, contra a febre amarela e contra o “dengue”; Dos indivíduos que viajaram para África metade foi aconselhada a ir a uma consulta no âmbito da medicina do viajante; Cerca de metade dos participantes não ouviu falar no Programa Nacional de Vacinação; 78% dos pais ficaram esclarecidos em relação às

vacinas administradas aos filhos, 77% não deixou de vacinar os filhos por estes terem uma doença aguda ligeira.

Realizaram-se dois grupos focais, um com seis residentes de um bairro carenciado e outro com oito mães não carenciadas com filhos num colégio privado. Tinham uma idade média de 35,1 anos, as mães do colégio apresentavam nível de escolaridades superior, as mães do bairro tinham uma média de 2,7 filhos e as do colégio de 1,1. De um modo geral, ambos os grupos apresentam conhecimentos e atitudes semelhantes sobre a vacinação. As diferenças são: todos os filhos de mães do colégio fizeram a vacina contra o *Streptococcus pneumoniae* e/ou vacina contra o rotavírus, ao contrario das outras crianças; e a maioria das mães com filhos no colégio receberam orientações em relação à vacinação através do pediatra, enquanto as mães do bairro receberam orientações por parte da enfermeira do centro saúde.

Na sessão de educação para a saúde participaram 10 moradores do bairro da Cucena, oito do género feminino, a média de idades é de 50,6 anos, cinco moradores com o 2º ciclo de escolaridade, oito cabo-verdianos, três desempregados. Algumas das dúvidas levantadas foram: como atuam as vacinas no nosso corpo? E como se faz a prevenção do paludismo?

As sugestões de estratégias de promoção de vacinação fornecidas pelos seis profissionais de saúde foram: maior divulgação da necessidade da vacina contra o tétano nos meios de comunicação social; promover a vacinação nas escolas; e nas consultas de saúde materna divulgar os benefícios da vacinação.

CONCLUSÕES: Os resultados obtidos permitem contribuir para o desenvolvimento, planeamento e implementação de políticas e estratégias de promoção de vacinação nestas comunidades, refletindo as suas necessidades específicas e, conseqüentemente, permitir efetivos ganhos em saúde. Tiram-se várias conclusões deste trabalho de investigação, que podem ser usadas pelos profissionais de saúde no seu dia-a-dia, nas sessões de educação para a saúde e nos futuros trabalhos de investigação sobre a vacinação, como por exemplo: as necessidades de aprendizagem detetadas ao longo do estudo; o medo da injeção, pelo medo da picada presente na maioria dos indivíduos; a maioria tem a perceção de que estar vacinado protege a comunidade; a vacinação dos filhos está atualizada, o que confirma que a moda de não vacinar tem uma dimensão pequena em Portugal; as doenças ligeiras não foram consideradas contra-indicação para vacinar os filhos; os conhecimentos e atitudes sobre a vacinação são muito semelhantes entre as mães do colégio e as mães do bairro, o baixo poder económico destas pode ser responsável pela não adesão às vacinas extra-Programa Nacional de

Vacinação; e a baixa adesão da população à sessão de educação para a saúde, sugere que esta não é a melhor estratégia para chegar a estas comunidades.

Palavras chaves: “vacinação, conhecimento, pais, grupos vulneráveis, migrantes”.

Abstract

INTRODUCTION: Vaccines allow you to save more lives and prevent more cases of disease than any medical treatment (PNV, 2012). Failure of the National Immunization Program could be due to several factors, including: lack of access to health care; the lack of information about their importance and frequency, especially in vulnerable groups, the myths about the safety of vaccines and more recently the emergence of anti-vaccination movement.

OBJECTIVES: Characterize the current strategies to promote vaccination of Mobile Health Unit staff and Community Centers working in deprived neighborhoods County Seixal; characterize the knowledge and attitudes of adults and parents of deprived neighborhoods on vaccination; reassess learning needs after the session health education; compare knowledge and attitudes of mothers whose children attend the nursery of a under-performing neighborhood with mothers with children attending a private school; and intervention strategies adapted to the needy population under study.

METHODS: To achieve the proposed objectives used two methods studies: the research method quantitative observational and descriptive, by applying various questionnaires (questionnaire to residents of neighborhoods; questionnaire to the participants of the session of health education questionnaire and healthcare professionals) and the method of qualitative research through focus groups technique.

RESULTS: In the quantitative study 308 subjects participated, 67% (193) were female; the average age was 43.2 years, 40.5% born in Portugal, and 37% born in Cape Verde; 35.7%, with the 2nd cycle of schooling and 29.2% unemployed. A quarter of respondents say that vaccines intended to "protect the illness"; three-fourths say they explained what it was for the vaccine in the vaccination act, afraid of being vaccinated and consider that vaccination should be compulsory; 87.7% of individuals have heard of tetanus vaccine, 64% have this vaccine in day, but only 23.7% (73) answered in the scheme; Half of the participants have heard the vaccination for travelers, having mentioned the vaccine against "malaria", against yellow fever and the "dengue"; Of individuals who traveled to Africa half was advised to go to a query within the travel medicine; About half of the participants heard about the National Immunization Program; 78% of parents were informed regarding the vaccines administered to children, 77% did not fail to vaccinate their children for they have an acute mild.

There were two focus groups, one with six residents of an under-performing district and another eight non-deprived mothers with children in a private school. Had a mean age of 35.1 years, mothers of the college had higher level of schooling, mothers in the neighborhood had an average of 2.7 children and 1.1 of the college. Overall, both groups showed similar knowledge and attitudes of vaccination. The differences are all the children of mothers of the college made the vaccine against *Streptococcus pneumoniae* and / or rotavirus vaccine, unlike the other children; and the majority of mothers with children in school receive guidance in relation to vaccination by pediatricians, while the mothers of the neighborhood received guidance from the health center nurse.

At the sitting of health education 10 residents attended the neighborhood of Cucena eight were female, the average age is 50.6 years, five residents with the 2nd cycle of schooling, eight Cape Verdean and three unemployed. Some of the questions raised were: how do vaccines work in our body? And how to make the prevention of malaria? The suggestions of strategies to promote vaccination provided by the six health professionals were: increasing awareness of the need tetanus vaccine in the media; promote vaccination in schools; and consultations maternal promote the benefits of vaccination.

CONCLUSIONS: The results obtained contribute to the development, planning and implementation of policies and strategies to promote vaccination in these communities, reflecting their specific needs and thus enable effective health gains. Take up several conclusions of this research, which can be used by healthcare professionals in their day-to-day, in sessions of health education and future research on vaccination, such as: the need for learning detected throughout the study; fear of injection,; most have the perception that being vaccinated protects the community; vaccination of children is updated, which confirms that the fashion of not vaccinating is small in Portugal; slight diseases were not considered a contraindication to vaccinate their children; knowledge and attitudes about vaccination are very similar among each mothers, the low economic power of mothers living in deprived neighborhoods may be responsible for non-adherence to extra-vaccine National Immunization Program; and low adherence of the population to the session health education, suggests that this is not the best strategy to reach these communities.

Key words: "vaccination, knowledge, attitudes, parents, vulnerable groups, migrants"

Índice

1. Introdução	1
1.1. Vacinas e Vacinação	3
1.1.1. Segurança das vacinas.....	4
1.1.2. Resposta imunitária e vacinação.....	6
1.1.3. Sucesso da vacinação.....	9
1.1.4. Histórias das vacinas.....	10
1.1.5. Programa Nacional de Vacinação.....	12
1.1.6. Aspectos éticos da vacinação e mitos públicos sobre a segurança das vacinas	20
1.1.7. Pais e vacinação	23
1.1.8. Viajantes e vacinação	25
1.2. Imigração e políticas de saúde em Portugal	29
1.2.1. Políticas de saúde em Portugal	31
1.2.2. Políticas de saúde dos grupos vulneráveis	32
1.2.3. Políticas de saúde dos imigrantes	33
1.2.4. Políticas de bairros carenciados.....	36
1.3. Concelho do Seixal: Serviços de saúde e Bairros	37
1.3.1. Bairros carenciados do Concelho do Seixal.....	39
1.3.2. Serviços de saúde no Seixal: a UCC.....	40
1.3.3. Caraterização dos Bairros visitados.....	41
1.4. Objetivos do estudo	43
2. Material, métodos e resultados.....	44
2.1. Tipos de estudo.....	44
2.2. Questionário aos residentes dos bairros	44
2.2.1. Meio	44
2.2.2. População alvo e amostra.....	45
2.2.3. Instrumento de recolha de dados	45
2.2.4. Procedimentos	46

2.2.5. Tratamento e análises de dados	47
2.2.6. Resultados	48
2.3. Grupos focais.....	69
2.3.1. Meio	71
2.3.2. Amostra.....	71
2.3.3. Instrumento de recolha de dados	71
2.3.4. Procedimentos	72
2.3.5. Tratamento e análise de dados.....	73
2.3.6. Resultados	74
2.4. Sessão de educação para a saúde.....	82
2.4.1. Meio	83
2.4.2. Amostra.....	83
2.4.3. Instrumento de recolha de dados	83
2.4.4. Procedimentos	83
2.4.5. Tratamento e análise de dados.....	84
2.4.6. Resultados	84
2.5. Questionário aplicado aos profissionais de saúde da UCC e da USF Santo Condestável.....	86
2.5.1. Amostra.....	86
2.5.2. Instrumento de recolha de dados	87
2.5.3. Procedimentos	87
2.5.4. Tratamento e análise de dados.....	87
2.5.5. Resultados	87
2.6. Estratégias atuais de promoção de vacinação na equipa da Unidade de Saúde Móvel e dos Centros Comunitários que trabalham nos bairros.....	89
3. Discussão e Conclusão	91
4. Bibliografia	100
5. Anexos	105

1. INTRODUÇÃO

A vacinação de massas é uma das mais eficazes medidas preventivas desenvolvidas pela humanidade. A imunização generalizada conseguida pela vacinação de massas constitui de facto um verdadeiro sucesso da medicina, permitindo o desaparecimento da varíola e espera-se em breve da poliomielite. A nível mundial são salvas anualmente mais de 2-3 milhões de vidas pela vacinação (UN, 2013; Carneiro, 2011; WHO, 2008).

Durante os últimos dois séculos, o desenvolvimento e a generalização das vacinas permitiram um avanço absolutamente notável na luta contra doenças que foram durante milhares de anos a principal causa de morte da população mundial. Calcula-se que só na África Sub-Sahariana, morrem cerca de 70000 recém-nascidos em cada ano por tétano neonatal. (WHO, 2008; Lawn, 2006).

Em Portugal existe um Plano Nacional de Vacinação que, nas palavras da Direção-Geral da Saúde, “é um programa universal, gratuito e acessível a todas as pessoas presentes em Portugal”. Este plano visa assegurar a todos os habitantes iguais possibilidades de desenvolverem e preservarem a sua saúde. É necessário, por isso, que se empreguem todos os meios indispensáveis ao provimento destas possibilidades, promovendo a diminuição da diferença entre as classes sociais.

O não cumprimento do Plano Nacional de Vacinação pode dever-se a vários fatores, entre eles: falta de acesso aos cuidados de saúde, falta de informação acerca da sua importância e periodicidade, principalmente pelos grupos vulneráveis, e mais recentemente ao aparecimento de movimentos anti-vacinação. Torna-se, por isso, essencial determinar o grau de conhecimento e atitudes da população e caracterizar a participação dos pais na vacinação dos seus filhos, para orientar as ações dos profissionais de saúde nas várias comunidades, esclarecendo dúvidas e desfazendo mitos.

As desigualdades em saúde afetam sobretudo os grupos vulneráveis, tais como: crianças, idosos, doentes crónicos, pessoas com deficiência, desempregados de longa duração e imigrantes (PNS, 2012-2016). Verifica-se que existe um gradiente social em saúde, visto que quanto mais baixa é a posição dos indivíduos no escalonamento social, menor é a probabilidade de se concretizar em pleno o potencial de saúde (PNS, 2012-2016).

A utilização dos cuidados de saúde é mediada por fatores predisponentes e de capacitação (Furtado e Pereira, 2010; Anderson, 1995).

Os fatores de predisposição incluem, entre outros, o nível educacional e cultural, a ocupação, a etnia e as redes sociais e familiares. Estes, por seu turno, influenciam as convicções em saúde (valores e atitudes perante a saúde e os cuidados de saúde). Ou seja, determinam a capacidade do indivíduo para se responsabilizar pela utilização adequada dos cuidados de saúde disponíveis.

Os fatores de capacitação dizem respeito aos meios necessários para o indivíduo aceder efetivamente aos serviços de saúde e para os utilizar.

Neste contexto, a educação em saúde exerce importante papel enquanto processo de comunicação e diálogo. O processo de promoção-prevenção-cura-reabilitação é também um processo pedagógico, na medida que o profissional de saúde e o utente aprendem e ensinam numa relação mutualista. Esse conceito pode mudar efetivamente a forma e os resultados do trabalho em saúde, transformando os usuários em co-participantes do processo de construção da saúde. Nesse processo pedagógico, é premente considerar o conhecimento dos utentes como o conjunto de saberes e interações que esses indivíduos carregam das suas experiências formais e empíricas acerca de uma determinada experiência e que podem influenciar suas opiniões e atitudes (Oliveira *et al.*, 2010).

O crescente aumento de grupos vulneráveis e a evidência de uma possível sub-representação deste grupo na utilização dos serviços de saúde, sugere que poderão estar reunidos um conjunto de fatores que constituem uma situação potencialmente de risco (Furtado e Pereira, 2010; WHO, 2008).

Apesar de um elevado número de autores recomendar que as intervenções devem ser adequadas às necessidades específicas das populações, assiste-se a uma realidade em que poucas são as intervenções que têm por base um conhecimento aprofundado destes aspetos. Adicionalmente, as necessidades na área da saúde têm vindo a ser perspectivadas do ponto de vista dos profissionais de saúde, sabendo-se pouco acerca da perspectiva da população (Hoppe *et al.*, 2004).

É neste âmbito que surge a pertinência do projecto desenvolvido. Com esta investigação pretendeu-se avaliar os conhecimentos e atitudes sobre a vacinação da população adulta em geral e dos pais em particular nos bairros carenciados, a fim de melhorar ou adaptar as estratégias atuais.

Para a concretização destes objetivos desenvolveram-se estudos quantitativos do tipo observacional, descritivos, com a aplicação de vários questionários (questionário aos residentes do bairros da Cucena e da Quinta da Princesa, questionário aos participantes da

sessão de educação para a saúde e questionário aos profissionais de saúde) e um estudo qualitativo, através da realização de grupos focais com os pais carenciados do bairro de Santa Marta e pais não carenciados com filhos a frequentar o Colégio Atlântico.

Espera-se que os resultados possam contribuir para o desenvolvimento, planeamento e implementação de políticas e estratégias de promoção de vacinação nas comunidades (quer ao nível da intervenção comunitária, quer ao nível dos sistemas de saúde) que reflitam as suas necessidades específicas e, conseqüentemente, permitam efetivos ganhos na saúde destas comunidades.

Este trabalho está organizado em três partes. Na primeira parte do trabalho fez-se uma revisão da literatura e é constituída por 4 capítulos relativos às temáticas em estudo: *Vacinas e vacinação; Imigração e políticas de Saúde em Portugal; Concelho de Seixal: Serviços de Saúde e Bairros; e Objetivos do estudo*. A segunda parte é dedicada à apresentação dos vários estudos, descrevendo-se os objetivos de cada um, os procedimentos metodológicos e os resultados obtidos. Na terceira são apresentadas as conclusões gerais e as principais recomendações para o desenvolvimento de políticas e planeamento de futuras estratégias de promoção de vacinação de grupos específicos da população em Portugal.

1.1. Vacinas e Vacinação

Uma vacina é uma substância derivada, ou quimicamente semelhante, a um agente patogénico causador de doença.

Consideram-se, em geral, dois grandes tipos de vacinas: vacinas vivas atenuadas e vacinas mortas ou inativadas.

As vacinas vivas atenuadas contêm estirpes modificadas de um agente patogénico (bactéria ou vírus), que foram enfraquecidas por meio de passagens por um hospedeiro não natural ou por um meio que lhe seja desfavorável. Estas estirpes mantêm a capacidade de se multiplicar dentro do hospedeiro e continuar a ser suficientemente antigénicas para induzir uma forte resposta imunitária. Exemplos: vacina contra a varicela-zoster, vacina oral contra o vírus da poliomielite-Sabin, vacina contra a febre amarela, vacina contra o sarampo, papeira epidémica rubéola (VASPR) e vacina contra a tuberculose (BCG). Um subgrupo de vacinas vivas atenuadas são as vacinas heterólogas, produzidas a partir de estirpes que são patogénicas em animais, mas não em humanos. O único exemplo até à data é o vírus da varíola das vacas que protege contra o vírus da varíola humana (INFARMED, 2013; Apifarma, 2013).

As vacinas mortas ou inativadas contêm o agente bacteriano ou viral morto ou inativado através de tratamento químico ou por calor, perdendo a capacidade de se multiplicar. Exemplos: vacina inativada contra a poliomielite-Salk, vacina contra a tosse convulsa/pertussis, vacina contra a raiva, vacina contra hepatite A e B, vacina contra a doença invasiva por *Streptococcus pneumoniae*, vacina contra a doença invasiva por *Neisseria meningitidis C* (MenC), vacina contra a doença invasiva por *Haemophilus influenzae*, vacina contra a febre tifóide, vacina contra a cólera, vacina contra a gripe e a vacina contra o tétano (INFARMED, 2013; Apifarma, 2013).

As vacinas têm um processo de produção complexo, combinando métodos de fabrico biológico e farmacológico.

A fase biológica envolve a preparação dos antigénios, através de culturas dos microrganismos (bactérias ou vírus), que são posteriormente purificados e atenuados ou inativados.

A fase farmacológica consiste na adição de outros componentes, utilizados para facilitar o desencadear da resposta imunológica ou para conservar as vacinas em bom estado desde o seu fabrico até à sua administração. Exemplos: líquido de suspensão (água esterilizada, solução fisiológica), utilizado para diluir a vacina e obter a concentração apropriada; os conservantes como a neomicina ou fenol, para evitar a contaminação bacteriana ou fúngica; os estabilizadores (gelatina, albumina, açúcares, sais), para ajudar a manter as propriedades e a potência das vacinas face a condições adversas, como o calor e evitar a aderência do produto biológico às paredes do frasco; e os adjuvantes (sais de alumínio), para aumentar e prolongar o efeito estimulador da resposta imunológica (ARS Algarve, 2012).

1.1.1.Segurança das vacinas

O conceito de segurança deve entrar em linha de conta com a carga e custo da doença, o risco/benefício das alternativas terapêuticas e o risco de base dos doentes.

Neste último caso é fácil compreender que uma substância utilizada como intervenção preventiva numa população, por definição sem doença, deve ter uma taxa de efeitos adversos muitíssimo mais baixa do que a outra utilizada para tratar por exemplo, uma doença maligna, em que o risco de base é muito mais alto e portanto está-se disposto a tolerar muito mais os efeitos adversos, já que o prognóstico da doença não tratada é mau (Carneiro *et al.*, 2011).

As vacinas são submetidas a estudos rigorosos antes de serem administradas e continuam a ser vigiadas mesmo após a sua comercialização (Carneiro et al., 2011). Numa fase inicial são testadas em cobaias não humanos suscetíveis ao agente infeccioso e o seu efeito protetor é estudado, por comparação com um grupo idêntico de cobaias não vacinados, quando os dois grupos são expostos ao agente. Este tipo de estudos permite determinar a dose mínima capaz de induzir proteção e de normalizar a composição da vacina. Numa fase mais avançada, as vacinas são também testadas em voluntários humanos. Investiga-se a resposta imune (anticorpos produzidos e sua titulação) e as variações individuais na resposta à vacina (Epifarma, 2013; Carneiro *et al.*, 2011).

Uma reação adversa será qualquer acontecimento não esperado, distinta do objetivo primário, que ocorre após a administração da vacina.

As reações adversas dividem-se em 3 grandes grupos: locais, sistémicas e anafilática.

As reações adversas locais, como dor, edema, eritema e rubor no local da injeção são as mais frequentes, mas menos graves. Podem ocorrer em até 50% das doses administradas, dependendo do tipo de vacina. São mais comuns após vacinas inativadas, sobretudo, as que contêm adjuvantes como a vacina trivalente contra a difteria, o tétano e a tosse convulsa/*pertussis* (PNV, 2012).

As reações sistémicas são inespecíficas e comuns a outras infeções, o que pode dificultar o diagnóstico diferencial com infeções concomitantes e englobam febre, mal-estar, fadiga, irritabilidade, alterações do sono, dor muscular, cefaleias, tonturas, náuseas e perda de apetite. São mais frequentes após a administração de vacinas vivas atenuadas. Os sintomas são geralmente ligeiros, simulam uma forma ligeira da doença e ocorrem após um período de incubação geralmente entre 7 a 21 dias (PNV, 2012).

A reação anafilática é uma reação alérgica, potencialmente perigosa para a vida do indivíduo devido à possibilidade de rápida evolução para obstrução das vias aéreas, dificuldade respiratória, choque e em casos extremos, paragem cárdio-respiratória. São raras, ocorrendo numa frequência inferior a 1 para cada meio milhão de doses administradas. Pode estar relacionada com qualquer componente da vacina (PNV, 2012).

As contra-indicações são raras e podem ser permanentes ou transitórias. Qualquer adiamento da vacinação devido a uma falsa contra-indicação constitui uma oportunidade perdida de vacinação. Algumas das falsas contra-indicações às vacinas são: reações locais ligeiras a moderadas a uma dose anterior; doença ligeira aguda, com ou sem febre (exemplo: infeção respiratória, diarreia); terapêutica antibiótica concomitante; história pessoal ou

familiar de alergia; doença crónica cardíaca, pulmonar, renal ou hepática; história anterior de sarampo, parotidite epidémica, rubéola ou outra doença alvo de uma vacina (PNV, 2012).

1.1.2. Resposta imunitária e vacinação

O termo Imunidade engloba todos os mecanismos de proteção usados pelo organismo contra agentes ambientais que lhe são estranhos.

Estes agentes podem ser microrganismos ou os seus produtos, alimentos, substâncias químicas, drogas, pólen ou pêlos dos animais.

Uma invasão por um destes agentes provoca reações de dois tipos: reação imediata ou imunidade inata e uma reação tardia ou imunidade adaptativa ou adquirida.

A imunidade inata é conferida por elementos que nascem com os indivíduos e que estão sempre presentes e disponíveis, ao mínimo contato, para o proteger de invasores “estranhos”. Esses elementos são: as barreiras físicas ou anatómicas, como a pele, as membranas mucosas e o reflexo da tosse; as influências químicas, como o pH; os componentes internos, como o interferão, substâncias libertadas por leucócitos (citocinas) e proteínas séricas (β -lisinas, enzimas lisossómicas, poliaminas, tiaminas); e células fagocíticas, como os granulócitos, macrófagos e células da glia do sistema nervoso central, que participam na destruição e eliminação do material estranho que atravessa as barreiras físicas e químicas (Goodyear-Smith *et al.*, 2012).

A imunidade adquirida é mais especializada, complementa a proteção providenciada pela imunidade inata, aparece mais tardiamente em termos de evolução e encontra-se presente apenas nos vertebrados.

O contato inicial com o agente invasor (imunização) desencadeia uma cascata de eventos que conduzem à ativação de linfócitos e à síntese de proteínas, que exibem reatividade específica contra o agente estranho. Com este processo o indivíduo adquire imunidade para resistir a subseqüentes ataques do mesmo agente, tornando-se mais resistente a determinadas doenças do que a doenças provocadas por agentes com que nunca teve contacto prévio.

Atualmente sabe-se que a imunidade pode ser induzida contra milhões de partículas naturais e sintéticas, incluindo muitos químicos de relativo baixo peso molecular, hidratos de carbono e proteínas. O elemento contra o qual a imunidade adquirida responde chama-se antígeno. Este, pode ser reconhecido em várias regiões (epitopos) e desencadear uma

resposta específica para cada uma dessas regiões, sendo no caso das células B, para produzir anticorpos cujo conjunto dá origem ao chamado antisoro específico para aquele antigénio.

A imunização pode ser adquirida por três mecanismos: ativa (administração de antigénios); passiva (por transferência de anticorpos de um indivíduo imunizado para outro não imunizado); e transferência adaptativa (transferência de células imunes).

A resposta imunitária pode ainda ser classificada como sendo específica, adaptativa, com capacidade de discriminação entre “self” e “não self” ou por aquisição de memória.

É específica pela capacidade de responder a apenas a um determinado agente invasor ou parte dele.

É adaptativa por responder apenas a moléculas previamente inexistentes.

A capacidade de discriminação entre “self” e “não self” permite reconhecer e responder ao que é estranho e não às células do próprio.

A memória imunológica está relacionada com o facto de se guardar informação sobre determinado antigénio após o contacto inicial, o que desencadeia resposta rápida e ampla num contacto subsequente.

Existem três tipos de células envolvidas na resposta imunitária e é necessária uma interação complexa entre elas para haver expressão total dessa resposta.

Duas derivam do mesmo precursor linfoide e diferenciam-se em linhagens diferentes. Uma linhagem sofre maturação no timo, e dá origem às células T, a outra que se diferencia na medula óssea, dá origem às células B.

Estas células diferem em várias funções, mas partilham uma das propriedades mais importantes da resposta imune, a especificidade ao antigénio.

As células apresentadoras de antigénios, como os macrófagos, constituem o 3º tipo de células que participa na resposta imunitária adquirida. Apesar destas células não possuírem recetores antigénicos específicos como os linfócitos, a sua importante função é de processar e apresentar o antigénio aos recetores específicos dos linfócitos T.

Estas células têm na sua superfície dois tipos de moléculas especiais com a função de apresentar o antigénio. São denominadas moléculas MHC classe I e MHC classe II e são também responsáveis pela rejeição ou aceitação dos tecidos transplantados.

Estas moléculas são codificadas por um conjunto de genes denominado Complexo Major de Histocompatibilidade (MHC).

Ambas as moléculas apresentam antigénios e ativam subgrupos de células T diferentes.

Para além dos macrófagos, outras células como os neutrófilos e mastócitos participam na resposta imunitária. De facto participam em ambas as respostas, inata e adquirida. Estas células não têm propriedades específicas de reconhecimento do antígeno e são ativadas por várias substâncias coletivamente, designadas citocinas, que são libertadas por várias células, incluindo os linfócitos antígeno-específicos.

Os linfócitos B apresentam na sua superfície anticorpos específicos que quando em contacto com o antígeno induzem a síntese e secreção pela célula de mais anticorpos semelhantes aos da superfície.

Por seu turno os Linfócitos T apresentam um complexo sistema de receptor de superfície antígeno específico que ao serem estimulados, sintetizam e segregam moléculas proteicas diferentes das de superfície (citocinas) que participam na eliminação do antígeno.

As citocinas são mediadores solúveis, que exercem o seu efeito noutras células para crescerem, ativarem e eventualmente eliminarem o antígeno.

A imunidade adquirida é formada pela imunidade humoral e pela imunidade mediada por células.

A imunidade humoral é mediada por anticorpos sintetizados pelas células B.

A imunidade mediada por células é realizada com base na ação de linfócitos T, os quais possuem também capacidade de reconhecer antígenos quando ativados. Estes diferenciam-se em 4 tipos: linfócitos Th (helper) que estimulam outros linfócitos T, linfócitos B e fagócitos; linfócitos Tc (citotóxicos) que libertam substâncias que desencadeiam determinadas reações imunitárias contra células tumorais ou infetadas por vírus; linfócitos Ts (supressoras) que suprimem a resposta imunitária; e linfócitos Tm (memória) contribuem para a memória imunitária (Public Health England, 2013; Goldsby et al., 2003).

O sistema de complemento representa enzimas séricas ativadas pela reação antígeno-anticorpo e promove a lise do antígeno, a fagocitose e a ativação de polimorfonucleares.

Para proteção contra a invasão de microorganismos causadores de doenças é necessário haver, para além de barreiras inatas, uma disponibilidade de anticorpos e linfócitos T específicos. A forma de o conseguir é colocando o organismo em contacto com agentes infecciosos, de modo que os reconheçam, e sem causarem doença, permitam ao hospedeiro guardar memória imunológica.

Desta forma, ao mínimo contacto subsequente com o agente infeccioso, desencadeia a cascata de resposta imunitária adaptativa (PublicHealthEngland, 2013; Goldsby et al., 2003).

A este processo chama-se imunização ou vacinação.

As vacinas inativadas, proteicas, induzem a produção de anticorpos séricos de alta afinidade e especificidade. Estimulam, assim, a imunidade humoral com pouca ou nenhuma participação da imunidade celular.

As vacinas virais vivas estimulam os dois tipos de resposta imunitária (humoral e celular)

Atualmente, a Taxa de Cobertura Vacinal Nacional é, em média, igual ou superior a 95% para cada vacina. A partir de determinado nível de cobertura, muitas vacinas apresentam o benefício extra de induzirem imunidade de grupo, protegendo não só os indivíduos vacinados mas também a comunidade, que beneficia com a interrupção da circulação do agente infeccioso. Somente taxas de cobertura vacinal muito elevadas (superior a 95%) permitem obter imunidade de grupo. No caso do tétano, em que a proteção é individual, apenas uma cobertura vacinal de 100% evita o aparecimento de novos casos (PNV, 2012).

1.1.3. Sucesso da vacinação

Nenhuma medida, à exceção do fornecimento de água potável às populações, contribuiu tão decisivamente para a melhoria da saúde pública como as vacinas (Carneiro *et al.*, 2011).

Na década anterior à introdução do Programa Nacional de Vacinação, quatro doenças (tosse convulsa, poliomielite, tétano e difteria) provocaram um total de 40 175 casos declarados e 5 271 mortes. Na década de 2000-2009, devido à vacinação, o número de casos destas doenças diminuiu acentuadamente para 376 e o número de mortes para 27 (Tabela 1) (DGS).

Tabela 1 - Comparação do número de casos e mortes por tosse convulsa, poliomielite, tétano e difteria

Doenças	Década 1956-65		Década 2000-09	
	Casos	Mortes	Casos	Mortes
Tosse convulsa	14429	873	270	0
Poliomielite	2723	316	0	0
Tétano	3923	2625	106	27
Difteria	19100	1457	0	0
Total	40175	5271	376	27

Fonte: Direção-Geral da Saúde

As vacinas permitiram a erradicação da varíola do mundo, e em breve irão permitir a eliminação de outra doença, a poliomielite (Carneiro e al., 2011). A Organização Mundial da Saúde declarou a região europeia livre de poliomielite em 2002. O objetivo é a erradicação desta doença no mundo.

Em Portugal, a maioria das doenças alvo das vacinas do Plano Nacional de Vacinação (PNV), estão em fase de pré-eliminação (difteria, sarampo, rubéola, rubéola congénita, tétano neonatal) ou estão controladas (tétano, doença grave por *Neisseria meningitidis C*, doença grave por *Haemophilus influenzae b*, tosse convulsa, hepatite B e papeira).

Algumas destas doenças tornaram-se, portanto, raras no nosso país. No entanto, até que sejam eliminadas é importante manter a vacinação, caso contrário poderão ressurgir e ocorrer epidemias. Um exemplo desta situação é o que sucedeu nos últimos anos com o sarampo, na região europeia: em 2006 ocorreram um total de 5757 casos de sarampo e em 2011 devido à diminuição da cobertura vacinal com a VASPR o número de casos aumentou para 30567 (ECDC).

1.1.4.Histórias das vacinas

É necessário recordar a história para esclarecer os contextos político-administrativos, a organização e os atores intervenientes nos momentos em que se iniciou a vacinação em massa e que revolucionou o rumo da saúde dos povos.

Mas a história das vacinas é relativamente jovem. Só no século passado é que se desenvolveram os esquemas de vacinação de massas.

A história da vacinação está indelevelmente relacionada com a varíola, um dos flagelos mais devastador de toda a história da humanidade e que causou a morte de milhares de europeus ao longo dos séculos XVIII e XIX, entre as quais se contava a Rainha Maria de Inglaterra e Luís XV, em França.

Apenas no século XVI aparecem as primeiras práticas na Índia de prevenção da varíola, através da escarificação (também chamada *variolização* com produtos da varíola: escamas, pus, etc.). As camponesas das margens do Bósforo e nas cidades do mar Negro, protegiam a população através da escarificação com o produto das pústulas dos infetados em convalescença. Esta prática foi levada para Inglaterra em 1721 por Lady Mary Wortley Montagu esposado cônsul britânico, que a aprendeu em Constantinopla, tendo sido seguida nessa altura pela escarificação sistemática da varíola bovina por Benjamin Jesty, mas apenas num número limitado de pessoas. No outro lado do Atlântico, o General George Washington

variolizou as suas tropas, pressionado pelo falhanço das medidas de quarentena para conter a varíola.

Mas foi Edward Jenner (1749-1823) quem de facto descobriu a vacinação contra a varíola, utilizando produtos da varíola bovina, sendo esta considerada a primeira tentativa sistemática de vacinação de massas. Em 1796 Jenner verificou que as mulheres que retiravam o leite às vacas não apanhavam varíola confirmando a observação de Lady Montagu. Tão convencido estava da eficácia do procedimento que teve a coragem de inocular os seus próprios filhos e persuadiu vários membros da Corte a fazer o mesmo. Ganhou, assim, influentes aliados para a causa da vacinação contra a varíola (DGS, 2002; Vigarello, 2001; Sournia, 1995).

Entretanto Jenner iria confirmar, através de estudos experimentais, a sua hipótese acerca da vacina e, apesar de numerosos colegas se mostrarem céticos, a vacinação foi-se generalizando (DGS, 2002; Vigarello, 2001; Sournia, 1995).

Em Portugal, em 1799, começaram a circular notícias sobre a inoculação anti-variólica e em 1803 a Junta do Proto-Medicato iniciou o processo de inoculação, por sugestão de um médico do Colégio Real dos Cirurgiões de Londres (Crespo, 1990). A crescente divulgação da vacina mendeliana foi o principal aliado da luta contra a varíola. Em 1812, a Academia Real das Ciências de Lisboa deu o passo decisivo ao criar a Instituição Vacínica, apesar das dificuldades e de ter em conta o ceticismo de muitos médicos e a falta de adesão por parte da população, embora estivesse disponível gratuitamente para todos os interessados (Braga, 2001).

As primeiras crianças a serem vacinadas foram os órfãos da Casa Pia, por três principais razões: sendo “filhos do Estado” era compreensível que fossem os destinatários dos primeiros atos de beneficência; era um grupo de crianças que podia deslocar-se à vacina com regularidade e, muito provavelmente, porque não tinham familiares a reclamar caso houvesse algum problema ou efeito indesejável da vacina (Crespo, 1990).

O grande nome que surge a seguir é o de Louis Pasteur (1822-1895), descobridor da vacina da raiva e do antraz e, mais importante, grande defensor da teoria dos microrganismos causadores (DGS, 2002).

O passo seguinte no desenvolvimento da tecnologia das vacinas foi a descoberta das vacinas inativadas (organismos mortos). Este avanço deu-se nos EUA, com os trabalhos de Daniel Elmer Salmon (1850-1914) e Theobald Smith (1859-1934), seguidos do desenvolvimento da vacina da febre tifóide na Alemanha por Richard Pfeiffer (1858-1945) e

Wilhelm Kolle (1868-1935) e na Inglaterra por Almroth Wright (1861-1947). A importância desta área de investigação foi reconhecida com a atribuição em 1908 do prémio Nobel da Medicina a Elie Metchnikoff (1845-1916) e Paul Ehrlich (1854-1915) (Carneiro e al., 2011).

Deste modo, no início do séc. XX estavam disponíveis cinco vacinas: vacina contra a varíola de Jenner (organismos vivos atenuados); vacina contra a raiva de Pasteur (organismos vivos atenuados); vacina contra a febre tifóide (organismos mortos); vacina contra a cólera (organismos mortos); e vacina contra a peste (organismos mortos) (Carneiro e al., 2011).

Foi durante a primeira metade do séc. XX que se sintetizaram as vacinas contra a tuberculose, contra a febre amarela, contra a tosse convulsa, contra a gripe, contra a difteria e contra o tétano. Todas as outras foram descobertas na segunda metade do séc. XX, justamente considerada a idade de ouro do desenvolvimento das vacinas, incluindo as vacinas desenvolvidas com a tecnologia recombinante, a vacina contra a hepatite B e a vacina contra a infeção pelo vírus do papiloma humano (VPH) (Carneiro et al., 2011).

1.1.5. Programa Nacional de Vacinação

O Programa Nacional de Vacinação (PNV) em vigor um pouco por todo o mundo destina-se a proteger as populações contra um determinado número de doenças infecciosas, utilizando esquemas de vacinação bastante semelhantes. Em termos práticos, o PNV destina-se sobretudo a ser uma medida preventiva universal, isto é, aplicável a todos os cidadãos desde a nascença, e com carácter gratuito. São implementados pelos Serviços Nacionais de Saúde, que têm a responsabilidade de conseguir coberturas universais. Estas decisões de vacinação de massas são baseadas nas realidades epidemiológicas das doenças, dos perfis clínicos de benefício-risco das vacinas disponíveis, da biologia da imunização e nas características das populações a vacinar de cada país. Aborda-se em seguida as mais recentes alterações do PNV de Cabo-Verde e Reino Unido e em seguida o PNV em Portugal.

Em Cabo-Verde, com a evolução epidemiológica em transição e instável e em risco de aparecimento de epidemias por doenças que podem ser evitáveis pela vacinação, decidiu-se em 2010, a introdução de novas vacinas contra a doença invasiva por *Haemophilus Influenzae b*, a parotidite endémica e a rubéola.

De realçar que no novo calendário nacional de vacinação em Cabo-Verde (Anexo 1) para as crianças menores de 5 anos constam: vacina contra a tuberculose, vacina contra a hepatite B e a vacina contra as infeções provocadas pelo *Haemophilus influenza tipo b* combinada com vacinas contra a difteria, o tétano, a tosse convulsa e a hepatite B, sob forma

de vacina pentavalente e as vacinas contra a rubéola e a parotidite endémica combinadas com a vacina contra o sarampo, sob forma de vacina trivalente, cobrindo um total de 10 doenças.

A implementação do novo Calendário Nacional de Vacinação em Cabo-Verde teve o apoio técnico da OMS na formulação e implementação do novo calendário, na formação em gestão e logística das novas vacinas de todos os profissionais de saúde nas várias ilhas do arquipélago. Os custos com a vacinação são suportados desde 1998 pelo orçamento do Ministério da Saúde, à exceção da vacina contra hepatite B que tem sido apoiada pela cooperação bilateral entre a United Nations Children's Fund (UNICEF), Itália e Luxemburgo (OMS).

A partir de 2016 está prevista a introdução no Calendário Nacional de Vacinação em Cabo-Verde de mais duas vacinas: contra o rotavírus e contra a *Streptococcus pneumoniae*.

O actual PNV Inglês entrou em vigor em 2013 (Anexo 2), com novas medidas que serão implementadas de forma planeada e gradual de acordo com as recomendações da Comissão sobre Vacinação e Imunização Inglesa (JCVI), para melhorar o nível geral de protecção contra as várias doenças evitáveis. Em síntese, as alterações ao anterior PNV são as seguintes:

- Vacina contra a doença invasiva provocada pela *Neisseria meningitidis C*: a segunda dose de inoculação anteriormente dada aos quatro meses será substituída por uma dose de reforço aos 14 anos de idade;
- Vacina contra a infeção provocada pelo Rota vírus: administrada aos dois e aos três meses de idade;
- Vacina contra a doença provocada pelo Herpes Zoster: administrada a pessoas com mais de 70 anos;
- Vacina contra a gripe: o programa de imunização contra a gripe será estendido ao longo de vários anos para incluir todas as crianças dos dois aos 16 anos de idade.

O PNV em Portugal é o mais antigo «programa vertical» do País e compete à Direcção-Geral da Saúde (DGS) definir o seu esquema vacinal (vacinas que o integram e respetivo calendário de administração) bem como planear a sua aplicação e proceder à sua avaliação, a nível nacional. Segundo a Direcção-Geral da Saúde “...é um programa universal, gratuito e acessível a todas as pessoas presentes em Portugal...”. Desde a sua criação em Outubro-Novembro de 1965, diversos grupos de peritos têm assessorado a Direcção-Geral neste processo, existindo desde 1998 uma Comissão Técnica de Vacinação (CTV). A adequação do PNV implicou sucessivas revisões desde a sua criação e, tanto quanto possível,

essa adequação foi baseada na evidência, de acordo com os dados clínicos e epidemiológicos disponíveis (PNV, 2012).

De facto, quanto mais adequado for o esquema vacinal à realidade epidemiológica nacional (definição de doenças alvo, da melhor idade para início da vacinação, do calendário e número de doses ideais), mais eficiente será o programa. O êxito do PNV depende de vários fatores, o primeiro dos quais é a existência de vacinas de qualidade, eficazes e seguras. A primeira avaliação destes parâmetros é feita antes do licenciamento das vacinas, através de ensaios clínicos. Na fase pós-comercialização mantém-se a sua monitorização através dos diferentes sistemas de farmacovigilância, incluindo o português, da responsabilidade do INFARMED (Freitas, 2007).

Relativamente às vacinas disponíveis, a DGS e a CTV ponderam as suas indicações e limitações, a qualidade, eficácia/efetividade e perfil de segurança, o impacto na ecologia do agente e na evolução da infeção, a relação entre os benefícios e os riscos, a capacidade de induzir imunidade de grupo, a duração da imunidade induzida, a compatibilidade com outras vacinas, o custo/efetividade, o custo de oportunidade e outros parâmetros (PNV, 2012; Freitas, 2007).

Com base na avaliação feita às características da vacina e de acordo com a epidemiologia da respetiva doença no país, aquela é considerada, ou não, elegível para integrar o PNV, tendo sempre em atenção a relação entre riscos, custos e benefícios para a Saúde Pública. Se a vacina cumprir os critérios para inclusão no PNV, é então estudado o melhor esquema vacinal tendo em atenção o número de doses necessárias, a idade de início da vacinação, os intervalos de tempo entre as doses e a compatibilidade com outras vacinas, considerando sempre a acessibilidade, aceitabilidade e adesão ao PNV, de acordo com o objetivo de vacinar/imunizar, o mais precocemente possível, o maior número de pessoas, com um risco mínimo. Com base no esquema vacinal acordado, e após aprovação do mesmo pela tutela, a DGS emite Orientações Técnicas, com carácter normativo, e executa um Plano de Formação para os responsáveis da vacinação a nível das regiões (PNV, 2012; Freitas, 2007).

Mas não basta estarem no mercado vacinas de qualidade, eficazes e seguras, que preencham os critérios de inclusão no PNV e desenhar um bom esquema vacinal. Muitas outras exigências se colocam, de forma contínua, para que o PNV seja de facto efectivo e cuidar de que não se quebre a confiança que os profissionais de saúde e os cidadãos têm-no programa (Freitas, 2007).

Definido o esquema vacinal, é necessário assegurar a disponibilidade permanente de vacinas de qualidade nos serviços de vacinação. Em Portugal estão estabelecidos os mecanismos para que tal ocorra, realizando-se concursos nacionais para aquisição de vacinas, em que a comissão de escolha integra peritos responsáveis por verificar se todas as exigências técnicas referentes às vacinas estão cumpridas (Freitas, 2007).

Ultrapassada a fase de escolha das vacinas em concurso, é ainda exigido que cada lote da vacina que vier a ser utilizado em Portugal, no âmbito do PNV, apresente um Certificado de Autorização de Utilização de Lote de Fabrico (CAULF), emitido pelo INFARMED, que atesta a qualidade daquele lote em particular (Freitas, 2007).

A logística necessária para aplicar o programa é complexa e requer que os procedimentos previstos sejam executados em tempo útil.

O programa é executado sobretudo por serviços do Serviço Nacional de Saúde (SNS) – centros de saúde (responsáveis pela grande maioria das inoculações) e hospitais, mas também por algumas outras entidades públicas ou privadas, mediante celebração de protocolos com as competentes entidades do SNS. A avaliação do PNV e da epidemiologia das doenças que protege é também da responsabilidade da DGS e é feita a nível local (centro de saúde/freguesia/concelho), distrital, regional e nacional (Freitas, 2007).

O concurso para aquisição de vacinas é nacional, mas o seu pagamento e armazenamento é da responsabilidade das Regiões de Saúde, que dispõem de rede de frio e de mecanismos de controlo de *stocks* e de distribuição das vacinas pelos centros de saúde, hospitais e outras instituições (Freitas, 2007).

Após a aquisição e distribuição das vacinas pelos serviços de vacinação do país, é preciso armazená-las, a nível local, em condições que permitam a sua estabilidade, mantendo as suas características originais, para produzirem o efeito previsto (relação entre eficácia e efetividade). O correto armazenamento das vacinas, desde a sua produção até à sua administração, é portanto crucial, sendo fundamental assegurar uma rede de frio robusta e práticas adequadas (Freitas, 2007).

Estando as vacinas devidamente armazenadas nos serviços de vacinação é necessário assegurar a acessibilidade por parte dos cidadãos nas idades recomendadas, e que a sua administração seja feita de acordo com as Orientações Técnicas disponíveis e com as boas práticas profissionais. Têm de ser consideradas as indicações e as contra-indicações das vacinas e as técnicas de administração, não esquecendo que cada vacina se destina a um indivíduo que é único e complexo e que é dessa interação entre o indivíduo e um produto

biológico, mais ou menos modificado, que resulta, ou não, proteção contra uma doença (Freitas, 2007).

A formação profissional de médicos e enfermeiros é, portanto, também um requisito essencial para o êxito do PNV (Freitas, 2007).

Contudo, apesar de toda a capacidade tecnológica, conhecimentos e cuidados existentes, não é possível evitar completamente o aparecimento de algumas reações adversas, bem como de falências vacinais.

Estes dois últimos aspetos são determinantes para a aceitabilidade e para a adesão dos profissionais de saúde e dos cidadãos ao PNV, realçando-se a importância da farmacovigilância como garante da qualidade, eficácia e segurança das vacinas e do processo de vacinação, pelo que a notificação de reações adversas é um ato de boas práticas (Freitas, 2007).

Além da proteção individual o PNV constitui uma mais-valia para a saúde comunitária, induzindo, quando aplicável, imunidade de grupo, originando o controlo, a eliminação ou mesmo a erradicação das doenças e, nesse sentido, é necessário assegurar elevadas taxas de cobertura vacinal na generalidade da população e evitar a existência de bolsas de susceptíveis (PNV 2012).

Os serviços de vacinação e respetivas instituições dispõem de mecanismos de monitorização que permitem avaliar com rigor os dados de cobertura vacinal, produzidos a nível local. Esses dados, «cruzados» com a eficácia das vacinas (estabelecida em ensaios clínicos e sempre que possível comprovada na fase pós-comercialização) e como informação disponível sobre a incidência das doenças, permitem concluir sobre a adequação e resultados das estratégias vacinais adotadas, identificando, eventualmente, taxas de cobertura insuficientes ou bolsas de suscetíveis (PNV, 2012; Freitas, 2007).

Quanto melhor for a qualidade da informação disponível, com metas bem definidas, critérios explícitos de avaliação, indicadores pré definidos e harmonização na colheita de dados e tratamento da informação, melhor será a capacidade dos serviços de saúde criarem e adotarem um PNV adequado às necessidades da população e efetivo (Freitas, 2007).

De um modo geral, na prática diária dos serviços, «não se perdem oportunidades de vacinação» e é sempre possível adaptar esquemas vacinais, vacinando pessoas que contactam os serviços tardiamente ou por outros motivos que não a vacinação o que permite que, em qualquer momento, qualquer cidadão atualize o seu esquema vacinal (PNV, 2012; Freitas, 2007).

Atualmente as Administrações Regionais de Saúde (ARS) têm um papel muito importante, em todo o sistema: são as entidades responsáveis pelo armazenamento das vacinas da região; pela garantia da sua qualidade; pela adequada gestão de *stocks*; pela distribuição das vacinas pelos serviços de vacinação; pela avaliação de coberturas vacinais; pelo envio de previsões anuais de necessidades para a DGS; e pela formação profissional (Freitas, 2007).

A primeira vacina do PNV em Portugal foi a vacina contra a poliomielite. A esta seriam acrescentadas em 1966, as vacinas contra a tosse convulsa, a difteria, o tétano e a varíola. Note-se que muitas destas vacinas eram já administradas à população portuguesa antes do PNV, embora com percentagens de cobertura da população muito inferiores às visadas pelo PNV. Em 1974 e 1987, o sarampo, a rubéola e a parotidite endémica foram acrescentadas ao PNV. O PNV tem sido objeto de várias revisões pela CTV tendo em 2000 sido acrescentadas duas novas vacinas: uma contra a Hepatite B e outra contra a *Haemophilus influenzae tipo b*. Em 2006 foi a vez da vacina contra o *meningococo C* e em 2008 a introdução da vacina contra infeções por VPH (serotipos 6,11,16 e 18).

O atual PNV encontra-se na Tabela 2 (PNV, 2012).

Tabela 2- Vacinação nacional. Esquema recomendado

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

(a) À data de entrada em vigor do PNV 2012, apenas se recomenda 1 dose de MenC aos 12 meses. No período de transição, as crianças que já tenham 1 dose de MenC no 1º ano de vida, necessitam apenas da dose aos 12 meses. Independentemente do número de doses (uma ou duas) efectuadas no primeiro ano de vida, é necessária a dose dos 12 meses (respeitando sempre o intervalo mínimo entre doses).

(b) Aplicável apenas a raparigas.

As principais alterações em relação ao PNV de 2006 são:

- Alteração do esquema vacinal da vacina conjugada contra a doença invasiva por *Neisseria meningitidis* do serogrupo C, substituindo 3 doses (vacinação aos 3, aos 5 e aos 15 meses) por uma única dose aos 12 meses de idade. A elevada cobertura vacinal que se atingiu rapidamente, através da vacinação de rotina e da campanha, e que se tem mantido ao longo dos anos, condicionou uma diminuição significativa da morbilidade e da mortalidade por doença meningocócica C e permitiu imunidade de grupo com proteção adicional de indivíduos não vacinados.
- Antecipação da primeira dose da VASPR dos 15 para os 12 meses de idade. Esta alteração visa obter imunidade o mais precocemente possível.
- Atualização da estratégia de vacinação contra a hepatite B. O grupo que tem atualmente 10-13 anos foi vacinado à nascença e, portanto deixa de ser necessária a vacinação de rotina nesta idade, pois a sua maioria já está imunizada.
- Cessaçãõ da campanha de vacinação com a vacina contra a infeçãõ contra o VPH à coorte de raparigas de 17 anos de idade. Mantém-se apenas a vacinação de rotina aos 13 anos de idade.

Este esquema de vacinação recomendado tem como objectivo obter a melhor protecção, na idade mais adequada e o mais precocemente possível, evitando as doenças mais graves que ocorrem na 1ª e na 2ª infância, como por exemplo, a tosse convulsa (72% hospitalizações e 84% de mortalidade em crianças com menos de 6 meses de idade) e a doença invasiva por *Haemophilus influenzae b* (60% em crianças com menos de 12 meses de idade) pois as crianças com menos de cinco anos são muito suscetíveis a contrair doenças visto o seu sistema imunológico ainda não estar suficientemente desenvolvido para se defender contra estas infeções (PNV, 2012).

No entanto, com este esquema (Tabela 2), aos 6 e aos 12 meses de idade completa-se a primovacinação respetivamente para sete e para onze infeções/doenças das doze abrangidas pelo PNV.

Ao vacinar as crianças e os adolescentes na altura certa, de acordo com a idade recomendada pelo esquema de vacinação, estaremos ao mesmo tempo a protegê-los e a impedir que contagiem outras crianças e adolescentes nas creches, jardins de infância e escolas.

Para garantir uma proteção mais efetiva e duradoura, são aconselhadas, para algumas vacinas, doses de reforço ou doses adicionais.

As vacinas não sobrecarregam o sistema imunitário. Todos os dias, o sistema imunitário de crianças saudáveis contacta e luta com sucesso contra milhões de microrganismos. Apenas algumas horas após o nascimento, os tratos gastrointestinal e respiratório dos recém-nascidos são invadidos e colonizados por uma variedade de microrganismos. Mesmo que as crianças recebam várias vacinas num só dia, estas vacinas representam apenas uma pequena fração dos antigénios com que contactam diariamente no seu ambiente (ARS Algarve).

Mas para além das vacinas do PNV existe naturalmente a necessidade de vacinar fora daquelas os adultos e as crianças em risco de adquirirem uma doença prevenível pela vacinação, quer porque essa doença é endémica no local de habitação, quer porque a pessoa tenha intenção de viajar para locais de risco.

A vacinação contra a gripe, por exemplo, é a melhor prevenção sobretudo em relação às complicações graves da gripe. Uma vez que os vírus da gripe estão em constante mutação, as pessoas com indicação devem ser vacinadas anualmente com uma vacina que é diferente da anterior. A vacinação contra a gripe é fortemente recomendada a: pessoas com idade igual ou superior a 65 anos; doentes crónicos e imunodeprimidos (a partir dos 6 meses de idade); grávidas com tempo de gestação superior a 12 semanas; e profissionais de saúde e outros prestadores de cuidados (lares de idosos, designadamente). A vacina recomenda-se, ainda, às pessoas com idade entre os 60 e os 64 anos.

Desde 2012/2013, a vacina contra a gripe é gratuita para todas as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos e está disponível nos centros de saúde. Não necessita de receita médica, de guia de tratamento para ser administrada e nem de pagamento de taxa moderadora. Para se vacinar basta que se apresente nos serviços de vacinação, à semelhança do que sucede com as vacinas do PNV.

Os resultados da cobertura vacinal contra a gripe de forma gratuita na última época foram superiores aos de anos anteriores, uma vez que mais de 55% dos idosos receberam a vacina sazonal. Para esta época 2013/2014 a DGS recomenda que a cobertura vacinal nos idosos seja da ordem dos 60%.

Os programas de vacinação são, das medidas de saúde pública, as que melhor relação custo-efetividade têm evidenciado, contribuindo para a franca redução da incidência e da mortalidade por doenças infecciosas. Mais de 7 milhões de crianças e vários milhões de

adultos foram vacinados no âmbito do PNV, programa mais antigo e universal, com maior custo-efetividade e mais bem sucedido dos programas de saúde nacionais (DGS).

É de importância fundamental o envolvimento e alinhamento dos profissionais de saúde com as recomendações que vão sendo emanadas, de modo a garantir os princípios e objetivos do PNV. Deste modo, consolidam-se e aumentam-se, progressivamente, os ganhos em saúde já obtidos nos 48 anos de existência do PNV. Estes ganhos dependem, essencialmente, das taxas de cobertura vacinal e do controlo de bolsas de população suscetível.

Os resultados dos 48 anos de existência do PNV são segundo a DGS:

- Elevadas coberturas vacinais mantidas ao longo dos anos. Nos últimos anos, os valores rondam os 97-98% para as vacinas administradas no primeiro ano de vida, 95-97% para as administradas durante o segundo ano de vida e aos 5-6 anos de idade;
- O último inquérito Serológico Nacional que decorreu em 2001-2002 demonstrou que a maioria da população portuguesa está imunizada para várias doenças abrangidas pelo PNV (tétano, poliomielite, sarampo, rubéola);
- Verifica-se, através do sistema de declaração obrigatória de doenças transmissíveis, que a maioria das doenças integradas no PNV está erradicada (varíola), eliminadas/pré-eliminadas (poliomielite, difteria, sarampo, rubéola, rubéola congénita, tétano neonatal) ou controladas (tétano, doença grave por *Neisseria meningitidis* C, doença grave por *Haemophilus influenzae* b, tosse convulsa, hepatite b e papeira).

1.1.6. Aspetos éticos da vacinação e mitos públicos sobre a segurança das vacinas

Os ganhos em saúde obtidos com a vacinação não são, porém, um dado adquirido, exceto se a doença tiver sido erradicada. Anos sucessivos com baixas coberturas vacinais ou descontinuidades na vacinação, por motivos relacionados com a organização e a capacidade dos serviços de saúde ou com os movimentos anti-vacinação, podem ter consequências graves, mesmo em países desenvolvidos.

A vacinação de massas tem gerado controvérsia ética e filosófica à volta da legitimidade do Estado e governos aplicarem, universalmente a todos os cidadãos, uma medida preventiva não isenta de riscos clínicos. Além de que o decréscimo de doenças

infeciosas mortais no passado irrompeu um fenómeno paradoxal, em que pacientes e familiares pensam que a vacinação é agora inútil e não se vacinam, com as consequências daí decorrentes (pode mesmo dizer-se que a vacinação é vítima do seu próprio sucesso) (Carneiro *et al.*, 2011).

Os opositores à vacinação argumentam que o potencial benefício da vacinação é inferior ao potencial risco individual e que esta intromissão na esfera privada do indivíduo, que perde a sua autonomia é, sob todos os pontos de vista, totalitária – e como tal, imoral. Estes movimentos anti-vacinação, longe de serem raros, encontram-se relativamente bem estruturados em países como a Inglaterra, Suécia, Holanda, Canadá e um pouco por toda a Europa, começando Portugal a dar os seus primeiros passos.

Um outro argumento frequentemente utilizado é o da segurança das vacinas, afirmando estas pessoas que existem relações entre a administração das vacinas (quer pelo componente antigénico em si, quer pelos seus adjuvantes) e um conjunto de doenças, das quais se destacam a esclerose múltipla, a diabetes mellitus e, principalmente, o autismo (Carneiro *et al.*, 2011).

Pela sua importância, tem sido o autismo a principal preocupação dos familiares das crianças vacinadas, acima de tudo com a vacina trivalente contra o sarampo, a parotidite e a rubéola. O autismo é uma doença do comportamento com várias apresentações clínicas, ocorre na maioria dos casos, logo nos primeiros anos de vida e, na sua forma mais grave, a criança apresenta uma diminuição marcada da capacidade de interagir socialmente e de comunicar com outras pessoas, juntamente com alterações marcadas do comportamento.

Nos últimos anos tem vindo a verificar-se, um pouco por todo o mundo, um aumento do diagnóstico de autismo. Como simultaneamente têm vindo a intensificar-se os programas de vacinação infantil, alguns familiares e profissionais de saúde têm sugerido uma associação entre os dois fenómenos. Estes receios foram pela primeira vez levantados numes tudo publicado em 1998 por Wakefield AJ *et al.*, tendo os autores sugerido que estas alterações seriam provocadas pela administração de vacina trivalente Estes resultados desencadearam uma cobertura massiva nos media, com sugestões que a vacinação poderia causar autismo, tendo como consequência uma recusa de muitos pais em vacinar os seus filhos (15% de diminuição global de vacinação no Reino Unido), com conseqüente aumento dos casos de sarampo mortal e de todas as complicações associadas a uma incidência aumentada de papeira rubéola nas crianças não vacinadas (Carneiro *et al.*, 2011).

A maneira mais correta de estabelecer um eventual elo de ligação entre vacina/autismo seria através de estudos epidemiológicos de boa qualidade, comparando a incidência de autismo em crianças vacinadas versus não vacinadas. A título de exemplo, um dos estudos mais importante envolveu 537303 crianças dinamarquesas, avaliadas retrospectivamente entre 1991 e 1998, das quais 838 (0.16%) vieram a ser diagnosticadas com autismo (82% delas tinham sido vacinadas). Após ajustamentos para fatores de confundimento, o risco relativo para autismo nas crianças vacinadas foi de 0.92 (IC 95% 0.68-1.24), ou seja, até parece que a vacina protegeria do risco do autismo, e sem qualquer ligação com o *timing* e idade da vacinação (Destefano *et al.*, 2004).

O *Institute of Medicine* dos EUA confirmou resultados de recentes revisões sistemáticas da literatura sobre a relação entre a vacinação e o autismo que não detectaram qualquer aumento do risco.

Também tem sido levantada uma série de questões sobre a segurança dos componentes vacinais não biológicos, dentre estes, o tiomersal. Um composto orgânico que tem sido utilizado como adjuvante em várias vacinas (difteria, tétano e tosse convulsa/pertussis, hepatite B, *Haemophilus influenzae* tipo b). Com as baixas doses de tiomersal utilizadas não existe qualquer evidência de problemas de segurança, para além de algumas alergias leves ocasionais. No entanto, e porque o tiomersal contém mercúrio, um composto potencialmente tóxico, foi retirado da composição das vacinas a conselho da *American Academy of Pediatrics* e do *US Public Health Service* desde o ano 2000. Esta medida, no entanto, não impediu uma baixa da vacinação, mesmo com estas novas formulações (Carneiro *et al.*, 2011).

Preocupações têm sido levantadas sobre a associação entre a esclerose múltipla (doença inflamatória auto-imune que se caracteriza por desmielinização e neurodegeneração no sistema nervoso central) e outras doenças auto-imunes e a vacina contra a Hepatite B. Estudos realizados mostraram uma ligação potencial. No entanto a publicação mais recente do ECDC sobre o tema cita estudos distintos mostrando que não há ligação entre a esclerose múltipla e a vacina contra a Hepatite B (Mikaeloff, 2007; Ascherio *et al.*, 2001).

Houve suspeitas de que a vacina trivalente contra a difteria, tétano e tosse convulsa/pertussis poderia causar a Síndrome da Morte Súbita do Lactente (SMSL). Entretanto, os estudos não têm mostrado a conexão entre SMSL e as vacinas DPT/DPaT. A origem da SMSL continua a ser controversa. No entanto, a via final da SMSL parece envolver, por um lado, a imaturidade do controlo autonómico cardio-respiratório por

disfunção no sistema nervoso autónomo mediado pela 5-HTe, por outro, uma falha na capacidade de despertar em resposta a estímulos como a hipóxia e/ou a hipercápnia

Estudos epidemiológicos desenvolvidos na década de 1990 nos EUA e na Europa indicaram como importante fator de risco dormir em decúbito ventral. Neste contexto, vários países, incluindo a Inglaterra, Holanda, Nova Zelândia, Austrália e os EUA, implementaram campanhas de saúde pública recomendando que os lactentes dormissem em decúbito dorsal, após as quais se verificou uma redução significativa da taxa de SMSL nestes países. Entre 1992e 1998, a proporção de crianças colocadas para dormirem decúbito ventral diminuiu de cerca de70 %para cerca de17 %, e conseqüentemente entre 1992e 1998, a taxa de SIDL diminuiu cerca de40 %, de 1,2por 1.000 nascidos vivospara0,72por 1.000 nascidos vivos (ECDC). Além de dormir em decúbito ventral ou lateral, são fatores de risco independentes para a SMSL dormir em superfícies moles, sobreaquecimento, tabagismo materno durante a gravidez, cuidados pré-natais tardios ou inexistentes, mães jovens e parto pré termo e/ou baixo peso ao nascer (Fernandes *et al*, 2012; Sociedade Portuguesa de Pediatria).

1.1.7.Pais e vacinação

Estudos anteriores sobre conhecimentos, atitudes e práticas dos pais sobre a vacinação (Kennedy e Schwartz, 2011; Oliveira *et al.*, 2010;Peixoto, 2009;Gust 2008;Benin, 2006) identificaram argumentos a favor e contra a vacinação. Argumentos a favor, incluíam o desejo de prevenir a doença, a crença em seguir normas da sociedade para ajudar a comunidade e o desejo de fazer o que a maioria das pessoas faz. Argumentos contra, incluíam medo de prejudicar o filho, sentimento de que o seu filho não vacinado não está em risco para a doença, porque a maioria das outras crianças estão vacinadas, a crença de que é melhor para desenvolver imunidade a doença do que a própria vacina, a percepção de um risco baixo para a doença, a crença em métodos alternativos no combate à doença, o medo de que muitas imunizações podem ser perigosas, dúvidas sobre a confiabilidade de informações sobre as vacinas e a segurança destas. Além desses argumentos, na prática do dia-a-dia continua a ser frequente a adoção de falsas contra-indicações à vacinação, apoiadas em conceitos desatualizados, com perda de oportunidade de vacinação durante os contactos da criança ou da família com os cuidados de saúde e o conseqüente prejuízo da cobertura vacinal (PNV, 2012).

Nos Estados Unidos a cobertura vacinal entre as crianças está nos níveis mais elevados de sempre. No entanto nestas ultimas duas décadas a preocupação acerca da segurança das

vacinas tem aumentado, em parte, devido à diminuição na prevalência de doenças infecciosas e da exigência da população de padrões de segurança das vacinas cada vez mais elevados; contribui também o facto de as vacinas serem administradas a indivíduos saudáveis, e na maioria das vezes a crianças.

Existem cada vez mais estados nos Estados Unidos da América a permitir isenções por motivos filosóficos e pessoais para imunizações, podendo esta atitude traduzir-se em recusa dos pais em vacinarem os seus filhos.

O estudo “Parents With Doubts About Vaccines: Which Vaccines and Reasons Why” publicado no *Pediatrics* em 2008 mostra que num total de 3924 pais que responderam ao questionário, 71,7% dos pais não tinham dúvidas em relação às vacinas, ao contrário dos 28,2% que manifestavam algumas dúvidas. Destes, 8,9% vacinavam os filhos, mas inseguros acerca da melhor atitude (“inseguros”), 13,4% apresentavam atraso na vacinação (“atrasada”) e 6,0% recusavam a vacinação dos filhos (“recusada”). Entrevistados com a idade inferior a 30 anos, nível de escolaridade médio ou baixo e rendimento anual entre 0 e 30000 dólares, têm maior probabilidade de pertencerem à categoria “atrasada” e dos que “não têm dúvidas”. A probabilidade de pais estarem na categoria “recusada” é menor para os pais negros, hispânicos e os latino-americanos do que para os pais brancos. Uma das razões para recusarem a vacinação dos filhos pode dever-se a uma maior proporção de pais brancos com filhos a estudarem em casa, em comparação com os pais negros ou latinos, não sendo necessário cumprir o requisito de apresentarem o calendário de vacinação atualizado para a entrada na escola. Finalmente, a probabilidade de estar na categoria “atrasada” é maior para as mães solteiras e pais com mais de um filho. O que está de acordo com estudos que indicam que o atraso na imunização tem sido associada, entre outros fatores, a famílias numerosas. Ter vários filhos aumenta o risco de vários episódios de doença em casa, e pode ser difícil para as mulheres solteiras manterem as consultas médicas devido ao pouco apoio familiar e social.

No estudo intitulado “Mães e o processo de vacinação de crianças em unidade básica de saúde” realizado numa unidade básica de saúde do município de Juazeiro do Norte, no estado de Ceará, no Brasil, em 2012, com cerca de 28 mães, com idades entre os 18 e os 25 anos, com filhos com idade entre 0 e 5 anos e que compareceram à unidade para efetuar a vacinação da criança: a maioria das mães (n = 25) refere que a vacinação tem como finalidade a prevenção de doenças, mesmo sem saber quais são as doenças; 11 delas afirmaram não terem recebido orientações em relação aos cuidados à criança na pós-vacinação; e apenas 3 das entrevistadas soube informar qual foi a vacina administrada ao filho.

O estudo “Qualitative Analysis of Mothers’ Decision Making About Vaccines for Infants: The Importance of Trust” realizado a 33 mães, com uma média de idades de 32 anos, em duas fases, a 1ª na maternidade entre o 1º e o 3º dia pós-parto e a 2ª fase 3 a 6 meses depois, constatou duas categorias, baseando-se na ações das mães e nas atitudes expressas durante as entrevistas: “vacinadoras” (n = 25) e “não vacinadoras” (n = 8). As vacinadoras foram subdivididas em “aceitadoras” (n = 20), mães que concordavam ou não questionavam a vacinação ou “vacinadoras hesitantes” (n = 2), mães que aceitavam com certa insegurança a vacinação dos filhos. As não vacinadoras fora subdivididas em “vacinadoras tardias”, mães que atrasavam de propósito a vacinação ou que escolheram apenas algumas vacinas e as “rejeitadoras” mães que rejeitavam por completo vacinar os seus filhos. Para as mães vacinadoras e as da subdivisão vacinadoras tardias a fonte de informação preferencial era o pediatra e a para as não vacinadoras, as fontes confiáveis de informação foram o homeopata ou naturopata, a Internet, os livros e as revistas para pais. Confiança ou falta de confiança na relação com o seu médico (pediatra/médico de família) foi o principal determinante para a tomada de posição por parte destas mães.

Com estes estudos conclui-se que a educação em saúde exerce importante papel enquanto processo de comunicação e diálogo, uma vez que, o processo de promoção-prevenção é também um processo pedagógico, na medida em que o profissional de saúde e o utente aprendem e ensinam nessa relação mutualista. Esse conceito pode mudar efetivamente a forma e os resultados do trabalho em saúde, transformando os usuários em co-participantes do processo de construção da saúde. Nesse processo pedagógico, é premente considerar o conhecimento dos utentes como o conjunto de saberes e interações que esses indivíduos carregam das suas experiências formais e empíricas acerca de uma determinada experiência e que podem exercer influências sobre suas opiniões e atitudes (Oliveira *et al.*, 2010).

1.1.8. Viajantes e vacinação

Em cada época da história houve uma necessidade diferente do homem se deslocar sobre a terra. Seja pela sobrevivência, desejo de expansão, a conquista de territórios, imigração, até outros motivos de viagem como o de trabalho e o de lazer.

Segundo Krippendorf (2000), “As pessoas sentem necessidade urgente de se desfazer temporariamente da rotina massificante do dia-a-dia do trabalho, da moradia e do lazer, a fim de estar em condições de retomá-la ao regressarem (...) sentem o empobrecimento das relações humanas, a repressão dos sentimentos, a degradação da natureza e a perda da

naturalidade. (...) o ser humano viaja para perceber que as coisas não são assim tão más, e que talvez sejam até melhor do que em qualquer outro lugar. (...) Ele viaja para voltar.”

Viajar implica deslocar-se do seu local habitual de vida, sair do ambiente onde se reside, acostumado à rotina do dia-a-dia e expor-se a alguns riscos relacionados com a saúde, a violência, os acidentes, a transmissão de doenças infecciosas e as condições do meio ambiente do destino visitado. Muitos riscos poderiam ser minimizados com precauções adequadas tomadas antes, durante e depois da viagem como medidas para prevenir ou reduzir diversas consequências para a saúde do viajante.

Para avaliar esses riscos deve-se conhecer tanto as condições prévias de saúde do viajante, incluindo doenças anteriores, doenças atuais, tratamentos em curso, gestação, alergias alimentares, alergias medicamentosas, vacinas já recebidas e eventos adversos a vacinas, como os detalhes do percurso que será realizado, incluindo o itinerário mais exato possível com a permanência prevista em cada lugar, o tipo de viagem (urbana ou rural, negócios ou aventura), o nível das acomodações (hotel, albergue, casa, camping) e as atividades (exposição ao mar, rios, lagos, contacto com animais ou atividades sexuais) e a disponibilidade de assistência médica. A partir dessas informações Rayan&Kain (2000) dizem que se torna mais fácil identificar o maior ou menor risco de problemas de saúde durante a viagem e é possível programar a atualização e recomendação de vacinas para prevenir ou minimizar as doenças infecciosas no viajante.

Spira (2003) em seu artigo "*Preparing the Traveller*" apresenta alguns dados sobre riscos em viagens internacionais tanto durante ou após a viagem dizendo que a cada 100 mil viajantes que se dirigem a países em desenvolvimento, 50 mil apresentam algum tipo de problema de saúde, 8 mil procuram por um médico, 5 mil necessitam de repouso, 1100 viajantes ficam incapacitados para o trabalho, 300 são hospitalizados e um morre.

Existem também riscos diversos associados a viajantes que visitam os amigos e parentes, que segundo Angell e Behrens (2005) devem ser considerados um grupo com potencial de alto risco de adoecerem, pois, esses viajantes frequentemente viajam para países em desenvolvimento, permanecem por longo período, geralmente ficam alojados em destinos não desenvolvidos para o turismo, com infra-estrutura de saúde precária e submetidos a alta transmissão de endemias locais.

A International Society of Travel Medicine (ISTM) foi criada em 1990 com o intuito de promover e proteger a saúde dos viajantes fortalecendo a ideia de que a busca de informações sobre o local a ser visitado também é fundamental, sendo importante manter-se

com saúde para que a viagem possa correr bem. Uma de suas ações foi o desenvolvimento de guias com práticas da medicina do viajante, para educar os profissionais de saúde pública, os médicos de família e a indústria do turismo.

Em Lisboa, a última Conferência da ISTM ocorreu no mês de maio de 2005, onde foram discutidos temas atuais sobre a saúde do viajante, como: os impactos do *Tsunami*, os riscos da febre amarela, a criança viajante, a imunização e as vacinas, o retorno dos viajantes.

Depois da ISTM, foi criada a Sociedade Francesa de Medicina do Viajante e no Reino Unido a medicina de viagem foi adotada pelo *Department of Health* como nova estratégia de combate às doenças infecciosas (Rocha e Martins, 2005).

No Brasil a Medicina do Viajante surgiu em 1997 por iniciativa de professores do departamento de doenças infetoparasitárias da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), tendo sido criado o Centro de Informações em Saúde para Viajantes (CIVES).

Em Portugal existe aconselhamento especializado a viajantes, na consulta do viajante, em vários hospitais e serviços de saúde pública (sanidade internacional).

O objetivo principal da medicina do viajante é reduzir a morbidade (número de casos de doença em grupo populacional) e a mortalidade (número de óbitos) associadas à viagem criando uma consciencialização dos viajantes e promovendo o uso de medidas preventivas (Rocha e Martins, 2005).

O atendimento da medicina do viajante visa oferecer: prevenção de doenças que podem ser adquiridas em viagens; informações sobre surtos e epidemias nos vários países; prevenção sobre cuidados contra doenças infecciosas; e tratamento a viajantes que retornaram com doença infecciosa.

Na consulta de medicina do viajante as vacinas entrarão na lista das decisões, mas não devem ser a única preocupação do profissional de saúde envolvido no aconselhamento ao viajante.

A avaliação pré-viagem é o momento ideal para análise do esquema vacinal de adultos e crianças que, em muitas situações, não se encontra perfeitamente atualizado.

O conhecimento seguro de indicações e eventos adversos de vacinas deve guiar a avaliação risco-benefício na orientação. A prevenção de doenças através de vacinas depende basicamente do tempo disponível para aplicá-las, número de doses feitas antes da viagem e da eficácia de cada uma delas.

As vacinas para viajantes podem ser divididas em categorias: aquelas usadas na prevenção de rotina e que devem ser feitas independente de haver ou não viagem, as que são feitas para prevenir doenças que possam ser adquiridas no local de destino e não pertencem ao PNV do país de origem, e aquelas exigidas para a entrada em alguns países e previstas no código sanitário internacional. Atualmente, o melhor exemplo é a vacina contra a febre amarela, necessária para a entrada em vários países, como Angola; recentemente, o governo da Arábia Saudita também determinou a necessidade da comprovação da vacina contra a poliomielite a indivíduos provenientes de países onde o vírus é endémico e a comprovação da vacina contra a doença meningocócica para peregrinos a Meca.

Classificamos como vacinas recomendadas, aquelas orientadas mediante a análise do roteiro e dos riscos.

Nenhum profissional de saúde deve recomendar todas as vacinas disponíveis, apenas por estarem disponíveis, mas deve fazer essa orientação baseado na gravidade de cada doença, sua frequência entre os viajantes que se dirigem para locais específicos e também estimar o risco de cada exposição.

Os profissionais de saúde devem estar aptos a discutirem questões relativas a risco de aquisição de doenças, risco de efeitos adversos bem como o impacto económico que as vacinas e as doenças por elas prevenidas poderão ter durante ou após a viagem.

A vacinação de viajantes deve ser personalizada, de acordo com a idade, a história/situação clínica e vacinal do indivíduo, os países de destino, o tipo de viagem, a duração da viagem/estadia, estadia/visitas em áreas urbanas ou rurais, os requisitos legais de cada país em termos de vacinação e o período de tempo disponível antes da partida (OMS, 2009).

Idealmente, o viajante deverá programar uma consulta médica (no âmbito da medicina das viagens) dois ou três meses antes do início da viagem, de modo a que haja tempo suficiente para poder completar os esquemas de vacinação eventualmente necessários/recomendados (OMS, 2009).

As consultas do viajante constituem uma oportunidade para avaliar a situação vacinal. As vacinas contra a poliomielite, sarampo, rubéola, papeira endémica e tétano são administradas aos viajantes no âmbito do PNV, independentemente da idade. As vacinas fora do âmbito do PNV que podem ser administradas aos viajantes são as seguintes: vacina contra a febre amarela; vacina contra a raiva; vacina contra a cólera; vacina contra a febre tifóide,

vacina contra a hepatite A e/ou B; vacina contra a encefalite japonesa; vacina contra a encefalite por carraça; e a vacina contra a doença meningocócica (OMS, 2009).

Um estudo intitulado “Travel health knowledge, attitudes and practices among United States travelers”, realizado em 2004 no aeroporto internacional John F. Kennedy em 2004, com aplicação a 201 turistas de um questionário sobre doenças preveníveis pela vacinação, apenas uma minoria dos indivíduos da amostra foram vacinados: 11% contra o tétano, 14% contra a hepatite A, 13% contra a hepatite B e 5% contra a febre amarela, embora a maioria dos viajantes acreditasse na eficácia da vacinação na prevenção das doenças. No mesmo estudo, apenas 36% dos viajantes procuraram consultado viajante, apesar de mais de metade dos indivíduos da amostra terem preparado a viagem com pelo menos um mês de antecedência.

Outro estudo intitulado “Travelers' knowledge, attitudes and practices on the prevention of infectious diseases: results from a study at Johannesburg International Airport”, realizado em 2003, com aplicação de um questionário sobre doenças preveníveis pela vacinação a 200 turistas, revelou que as diretrizes de imunização fornecidas pela OMS não foram seguidas: apenas 37% e 27%, respetivamente, dos viajantes podiam provar a realização da vacina contra a hepatite A e B. Dos turistas para países endémicos de febre amarela, 76% tinham o certificado de vacinação válido. Do total da amostra deste estudo (n=419), 86% procuraram consultado viajante.

1.2. Imigração e políticas de saúde em Portugal

Segundo o Eurostat (Março 2013) em 2011, cerca de 1,7 milhões de pessoas fora da EU imigraram para Estados-Membro da União Europeia (EU), enquanto 1,3 milhões de emigrantes terão abandonado Estados-Membro da UE.

A Espanha comunicou o maior número de imigrantes (507 742) em 2011, seguido do Reino Unido (350 703), Alemanha (249 045) e França (213 367) (Eurostat, Março 2013).

Analisando o panorama da migração em Portugal, constata-se que até à década de 70, os movimentos migratórios foram dominados pela emigração. Contudo, após a mudança de regime sucederam-se um conjunto de processos, nomeadamente a descolonização, a abertura de mercados e o conseqüente desenvolvimento económico que tornaram Portugal num país de imigração, tal como outros países da região europeia. Em 1960, a população estrangeira com residência legal representava apenas 0,3% da população residente em território nacional, valor que em 1980 correspondia a 0,5% e, em 2004, a 4,3% (SEF, 2012). Dados mais recentes

divulgados pelo Relatório de Atividades do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras estimam que a 31 de Dezembro de 2012, a população estrangeira residente no país era constituída por 417042 imigrantes (SEF, 2012), valor que representa um decréscimo de 4,53% face ao ano transato. Deste universo, cerca de metade é oriundo de Países de Língua Oficial Portuguesa (48%), destacando-se o Brasil (25,3%), Cabo Verde (10,3%), Angola (4,9%) e Guiné-Bissau (4,3%). Das demais nacionalidades as mais relevantes são a Ucrânia (10,6%) e a Roménia (8,4%).

No contexto atual das migrações, Portugal assume-se como um país de “regime misto” ao ser recetor e emissor de migrantes. O crescimento sustentado da primeira década do século XXI apresenta uma inflexão explicada pela concorrência de três fatores, designadamente, o acesso à nacionalidade portuguesa (ao abrigo da atual Lei da Nacionalidade), a alteração de processos migratórios em alguns países de origem (Brasil e Angola) e o impacto da atual crise económica e financeira (redução do investimento e do emprego).

No que diz respeito ao tempo de residência em Portugal, os imigrantes naturais de Cabo Verde, Angola e Guiné-Bissau constituem as populações imigrantes a residir há mais tempo no país (SEF, 2012).

Nos países de destino, o impacto da migração pode verificar-se a nível demográfico, socioeconómico, laboral, legislativo e cultural. Em muitos países de acolhimento, o envelhecimento da população, a reduzida taxa de natalidade e a desproporção entre população ativa e inativa são fenómenos que têm vindo a intensificar-se. Neste contexto, a imigração de população em idade ativa tem representado uma solução para o desafio da transição demográfica que se assiste nestes países (Dias e Gonçalves, 2007; IOM, 2003; IOM, 2005). Por outro lado, a imigração pode constituir um fator preponderante para o desenvolvimento económico dos países de acolhimento, na medida em que representa um aumento considerável de mão-de-obra disponível para diversas atividades e sectores profissionais (IOM, 2003). Contudo, num contexto de competitividade, o aumento do número de trabalhadores, muitas vezes pouco qualificados e/ou disponíveis para diversos tipos de trabalho, tem implicações para o mercado de trabalho, para além de poder produzir efeitos perversos como o incentivo ao trabalho ilegal, em condições precárias ou de exploração. Tais consequências são potenciadas pelo desconhecimento, por parte das populações imigrantes, dos seus direitos e pela incapacidade de os fazer respeitar.

Adicionalmente, o impacto do fenómeno migratório depende das condições de acolhimento e da capacidade de resposta dos países de destino. O choque cultural que as

populações imigrantes podem sentir pela potencial diferença entre culturas, hábitos, normas e língua, pode constituir uma barreira à sua integração nas sociedades de acolhimento. O desenvolvimento de diferentes processos durante a migração que envolvem as populações imigrantes e a sociedade de acolhimento, como a adaptação, integração, assimilação, separação ou marginalização, acabam por determinar o tipo de relação entre as populações imigrantes e nacionais (Bourhis *et al.*, 1997).

1.2.1. Políticas de saúde em Portugal

A Organização Mundial de Saúde (OMS), define a Saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade (WHO, 1948). Considerando a saúde como um direito humano fundamental (UN, 1948), a OMS aponta como condições e recursos fundamentais a alimentação, habitação, educação, meios económicos adequados, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (OMS, 1986).

O estado de saúde é resultado de redes complexas de múltiplos determinantes que refletem a relação entre o indivíduo/população e o seu meio. Segundo a OMS, atuar nos determinantes sociais de saúde representa a forma mais eficaz de melhorar a saúde das populações e de reduzir as iniquidades sociais (CSDH, 2007). Os determinantes sociais de saúde incluem fatores estruturais de nível social, como as instituições políticas e a estrutura económica, que se refletem na estratificação social, nos mecanismos de redistribuição de recursos, na educação, nas condições básicas de vida e trabalho, na existência de redes de suporte social e na disponibilização e acessibilidade aos serviços de saúde (Janssens, 2005). Os determinantes sociais de saúde abrangem ainda fatores macrossociais, como as normas sociais, padrões culturais e questões de género que orientam o comportamento e atitudes face à saúde/doença e às práticas de saúde (CSDH, 2005). Simultaneamente, a predisposição genética e biológica, bem como os comportamentos individuais e estilos de vida, determinam o estado de saúde dos indivíduos (CSDH, 2005; WHO, 2003a).

Segundo a Lei de Bases da Saúde (Diário da Republica, Lei nº48/90), a proteção de Saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efetiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados, nos termos da constituição e da lei. O Estado promove e garante o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de Saúde, nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis, seja qual for a sua condição económica e onde quer que

vivam. Uma das políticas de Saúde é promover a participação dos indivíduos e da comunidade organizada na definição da política de saúde e planeamento e no controlo do funcionamento dos serviços e ainda incentivar a educação das populações para a saúde, estimulando nos indivíduos e nos grupos sociais a modificação dos comportamentos nocivos para à saúde pública e individual.

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) caracteriza-se por ser universal quanto à população abrangida, prestar ou garantir a prestação de cuidados globais, ser tendencialmente gratuito para os utentes, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos e garantir a equidade no acesso dos utentes, com o objetivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados. São beneficiários de SNS todos os cidadãos portugueses, os cidadãos nacionais de Estados membros da Comunidade Europeia, nos termos das normas comunitárias aplicáveis, cidadãos estrangeiros residentes em Portugal, em condições de reciprocidade e cidadãos apátridas residentes em Portugal.

1.2.2. Políticas de saúde dos grupos vulneráveis

De acordo com a Constituição da República Portuguesa, “ninguém pode ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão de ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual” (artigo 13.º, n.º 2). Ainda de acordo com a Constituição, “todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover” (artigo 64.º, n.º 1).

A equidade e acesso universal aos cuidados de saúde são garantidos em Portugal pelo SNS e pela Lei de Bases da Saúde (Lei 56/79; Lei 48/90).

Entende-se equidade em saúde como a ausência de diferenças evitáveis, injustas e passíveis de modificação do estado de saúde de grupos populacionais de contextos sociais, geográficos ou demográficos diversos (WHO, 2010b; Marmot M *et al.*, 2008; Marmot M, 2007). Expressa-se como a igual oportunidade de cada cidadão atingir o seu potencial de saúde.

O acesso aos cuidados de saúde é uma dimensão da equidade e define-se como a obtenção de cuidados de qualidade necessários e oportunos, no local apropriado e no momento adequado (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

As desigualdades em saúde dizem respeito à existência de diferenças no estado de saúde e nos respetivos determinantes entre diferentes grupos da população (WHO, 2010a; Marmot, 2007): nível socioeconómico e educacional, estilos de vida e acesso aos cuidados de saúde.

De acordo com o PNS 2012-2016, verifica-se existir um gradiente social em saúde, em que quanto mais baixa for a posição dos indivíduos no escalonamento social, menor é a probabilidade de concretizarem em pleno o potencial individual de saúde. Embora algumas desigualdades sejam inevitáveis, não sendo possível alterar as condições que as determinam, outras, porém, afiguram-se desnecessárias e evitáveis, configurando injustiças relativas, socialmente geradas e mantidas, que traduzem verdadeiras iniquidades em saúde.

As desigualdades sociais afetam particularmente os grupos vulneráveis: por situação socioeconómica (por exemplo, pobres, sem-abrigo, desempregados de longa duração, imigrantes), condicionantes individuais (por exemplo, deficiência ou doença rara) ou grupo etário (por exemplo, crianças e idosos).

1.2.3. Políticas de saúde dos imigrantes

Os determinantes socioeconómicos têm sido reconhecidos como importantes factores associados à vulnerabilidade em saúde das populações imigrantes. Alguns grupos de imigrantes apresentam piores condições de vida do que as populações dos países de acolhimento, residindo em bairros periféricos e zonas degradadas, em habitações com reduzidas infra-estruturas básicas (sobrelotação e sem saneamento básico) e escassos serviços sociais e de saúde (IOM, 2005; Scheppers *et al.*, 2006). A vulnerabilidade em saúde das populações imigrantes é ainda aumentada pela precariedade laboral, pobreza e exclusão social, determinando diferentes graus de exposição a factores de risco e de protecção (Braveman e Gruskin, 2003; Dias e Gonçalves, 2007). A dificuldade que, muitas vezes, estas populações enfrentam em obter protecção social, para além dos reduzidos recursos económicos, pode impedir a procura de ajuda médica pelos custos associados (WHO, 2003a).

De acordo com algumas investigações, a associação positiva entre imigração e vulnerabilidade em saúde parece estar relacionada com um reduzido acesso e utilização dos serviços de saúde (Dias e Gonçalves, 2007; Stronks *et al.*, 2001). Alguns estudos indicam que, na maior parte dos países desenvolvidos recetores de imigrantes, as populações imigrantes não são sistematicamente abrangidas pelos sistemas de informação, prevenção ou tratamento e muitas vezes, não beneficiam de todos os serviços disponíveis (IOM, 2011). A

instabilidade e precariedade da situação laboral dos imigrantes, a dificuldade em obter proteção social e o custo associado aos cuidados de saúde podem constituir barreiras à utilização dos serviços de saúde por parte destas populações (Dias e Gonçalves, 2007).

Também as condições estruturais dos próprios serviços de saúde, nomeadamente as infraestruturas e funcionamento (localização, horário e tempo de espera para atendimento), podem condicionar o acesso e utilização por parte das populações imigrantes (Gonçalves *et al.*, 2003; Scheppers *et al.*, 2006).

Por outro lado, no acesso aos cuidados de saúde, muitas vezes são impostas restrições aos imigrantes devido à sua situação irregular. Os profissionais dos serviços de saúde apresentam, frequentemente, um limitado conhecimento do quadro legal do acesso aos cuidados de saúde ou da sua aplicabilidade, o que pode resultar na exclusão das comunidades imigrantes do sistema de saúde (Dias e Gonçalves, 2007). Adicionalmente, verifica-se, muitas vezes, o receio de imigrantes ilegais serem denunciada a sua situação de irregularidade pelos profissionais e serviços de saúde às autoridades para a imigração (Carta *et al.*, 2005; CCHS, 1997; Hansen e Krasnik, 2007; Kullgren, 2003; Gonçalves *et al.*, 2003; IOM, 2005). Estas situações podem levar a que as populações imigrantes evitem utilizar os serviços de saúde, recorrendo à automedicação, à medicina alternativa/tradicional e a farmácias (CCHS, 1997; Dias e Gonçalves, 2007). A utilização deste tipo de serviços em detrimento dos serviços de saúde compromete a prevenção e leva a que os imigrantes apenas recorram a serviços de saúde em caso de emergência ou numa fase avançada da doença, o que se traduz num elevado custo do tratamento associado a uma intervenção tardia (Gonçalves *et al.*, 2003; WHO, 2003a).

Os costumes, as tradições, a religião, as questões de género, as crenças e representações sobre saúde e doença influenciam as práticas de saúde, os comportamentos de risco e a perceção dos imigrantes sobre a necessidade da utilização dos serviços de saúde (Dias, Matos e Gonçalves, 2002; Fongwa, 2001; Stronks, Ravelli e Rejineyveld, 2001; Gonçalves *et al.*, 2003; IOM, 2011; Scheppers *et al.*, 2006).

Por outro lado, a relação entre utilizadores e prestadores de cuidados pode ser condicionada pelas diferenças culturais e linguísticas, a par da falta de preparação dos profissionais de saúde para lidarem com a diversidade cultural (Chu, 2005; Maggi e Cattacin, 2003; Scheppers *et al.*, 2006). Também a discriminação e estigmatização socialmente produzidas e associadas à situação de imigrante (sobretudo a de irregular), podem ser importantes obstáculos (IOM, 2011; Dias e Gonçalves, 2007; Scheppers *et al.*, 2006; Maggi e Cattacin, 2003; Wolfers, Verghis e Marin, 2003).

No seu conjunto, estas barreiras contribuem para um sentimento de insatisfação por parte do utilizador dos serviços de saúde, resultando numa reduzida utilização destes serviços. Neste contexto, as oportunidades de intervenção nas áreas da promoção da saúde e da prevenção e tratamento da doença tornam-se limitadas, com impacto nos resultados em saúde (Eshiett e Parry, 2003; Fenton, 2001).

A reduzida utilização dos serviços de saúde pode ainda dever-se ao desconhecimento das próprias populações imigrantes sobre os direitos instituídos nos países de acolhimento, no que respeita ao acesso aos cuidados de saúde. A perceção da necessidade de aceder aos serviços de saúde é maior por parte dos imigrantes que estão há mais tempo no país de acolhimento e que têm maior grau de alfabetização (Abbott *et al.*, 2000; Dias, Severo e Barros, 2008; Gonçalves *et al.*, 2003). Os imigrantes que residem há menos tempo no país, para além de se encontrarem numa situação de maior vulnerabilidade (e com maior dificuldade de compreensão e expressão verbal), muitas vezes desconhecem os serviços existentes e os direitos que lhes assistem, o que pode determinar uma subutilização dos serviços de saúde (Dorr e Faist, 1997; Fowler, 1998; Neale *et al.*, 2007; Martin e Pécoud, 2013; Scheppers *et al.*, 2006; Sonis, 1998; Stampino, 2007; Stronks, Ravelli e Rejineyveld, 2001).

Uma melhor compreensão dos determinantes do acesso e utilização dos serviços de saúde na população imigrante poderá ser de grande utilidade para o desenvolvimento de políticas e programas de saúde mais adequados (que contribuam de forma efetiva para minimizar os seus problemas de saúde). Será fundamental reconhecer, quer ao nível dos prestadores, quer dos responsáveis políticos, que não basta que o sistema prestador esteja disponível, mas é necessário que seja acessível. De forma a contribuir para que os imigrantes tenham pleno acesso ao que em cada país está instituído, é também importante que estes sejam informados sobre os seus direitos (Dias e Rocha, 2009).

Ao longo do tempo, diversas organizações públicas e privadas têm desenvolvido esforços para elaborar e implementar políticas de imigração que permitam a integração destas populações (ACIDI, 2007; Nações Unidas, 2003). No estado atual do conhecimento é globalmente aceite que as políticas e estratégias devem ser sensíveis à diversidade cultural e adaptadas aos diversos contextos que surgem com o fenómeno migratório, a fim de serem dadas respostas eficazes às necessidades das populações e indivíduos.

Para a sustentabilidade destes programas deve-se pensar num modelo de intervenção que inclua as comunidades imigrantes, com um enfoque no aproveitamento das suas

potencialidades. Neste contexto, deve-se incentivar o envolvimento destas comunidades para que adotem um papel ativo na melhoria da sua saúde. A um nível mais abrangente é importante a promoção de parcerias comunitárias que facilitem a identificação dos principais problemas e das soluções mais adequadas (Dias e Rocha, 2009).

A carta de Ottawa expressa que para existir saúde é necessário assegurar condições e recursos fundamentais de vida e trabalho (WHO, 1986). Na sociedade global deverá ainda prevalecer o objetivo ético de prevenir a discriminação e a exclusão que pode ocorrer em vários contextos da vida social, da educação e da saúde, bem como assegurar a promoção e proteção dos direitos humanos a todos os cidadãos (European Union, 2012).

1.2.4. Políticas de bairros carenciados

A gênese de ocupação de forma ilegal de solo para habitação e de habitações ilegais remonta ao início dos anos 60 com a migração em massa dos campos para a região de Lisboa e à sedentarização dos portugueses de etnia cigana, essencialmente fruto da necessidade de obter habitação própria, numa era em que a oferta imobiliária não era suficiente, nem cobria as exigências de todas as camadas sociais. Esta situação foi agravada pela grande vaga de imigração africana dos anos 80 e 90 do século XX, com o aumento impressionante de inúmeros bairros de barracas, principalmente nos concelhos da Almada, Seixal, Amadora e Loures (CMS, 2012).

Foi com a publicação e entrada em vigor da lei das AUGI (DL Lei nº 91/95 de 2 de Setembro) que surgiu, finalmente, um regime jurídico excecional para a reconversão urbanística do solo e a legalização das construções integradas em Áreas Urbanas de Gênese Ilegal.

O direito à habitação, referido nas constituições nacionais de vários países, força os Estados a uma intervenção em nome dos cidadãos menos favorecidos em termos habitacionais, tentando deste modo reduzir a sua exclusão social. Nas sociedades democráticas a ação do Estado não é simplesmente uma forma de providência, mas deverá contemplar igualmente um exercício de cidadania e um meio de inserção dos grupos mais desprivilegiados, sem que tal implique numa acentuação, quer objetiva, quer subjetiva, da experiência de exclusão vivida pelos atores, devendo reforçar o conjunto de laços sociais que caracterizam e definem essa mesma inserção (CMS, 2012).

À semelhança de outros países europeus, os diversos governos e as câmaras municipais, desenvolveram amplos programas de construção em massa de bairros para

indivíduos carenciados, amontoando em edifícios milhares de pessoas sem qualquer enquadramento social. Sem a preocupação com o ambiente urbano ou com a criação de equipamentos sociais integradores (creches, escolas, jardins, parques desportivos, etc), situação que só esta a ser colmatada recentemente (CMS, 2012).

Uma parte significativa dos habitantes destes bairros carenciados é constituída por portugueses de etnia cigana ou de origem africana que mantêm os seus hábitos tradicionais (CMS, 2012).

1.3. Concelho do Seixal: Serviços de saúde e Bairros

O Município do Seixal foi criado em 6 Novembro de 1836 por D. Maria II, aquando da reforma administrativa do liberalismo, ficando constituído por quatro freguesias: Amora, Arrentela, Aldeia de Paio Pires e Seixal. A Instauração do concelho foi efectuada a 22 de Fevereiro de 1937, até então, freguesia de Almada (Anexo 3).

O Concelho do Seixal conta hoje com 158269 habitantes e aproximadamente 10,4% da população tem origem nos PALOPs. Importa, ainda, sublinhar que este é um dos municípios com a população mais jovem, 48% de mulheres em idade fértil na população residente feminina, com uma taxa de natalidade de 10,8%, 62 312 famílias e dimensão média da família de 2,5 indivíduos (Censos, 2011).

Segundo os dados do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras a população residente no município do Seixal é proveniente de diversos locais do mundo, ou seja verifica-se uma heterogeneidade da população imigrante. No entanto, regista-se um maior número de imigrantes provenientes do Continente Africano (123093 em Portugal e 21626 em Setúbal).

O processo de integração desses cidadãos está repleto de obstáculos e dificuldades. Para fazer face aos problemas e dificuldades que se levantam, os cidadãos imigrantes desenvolvem um conjunto de iniciativas que visam a sua integração no país de destino, de que se destacam a constituição de associações. Daí que a diversidade populacional existente no município do Seixal tenha dado origem a um vasto leque de associações de imigrantes (*Associação Casa Grande do Brasil; Associação Brasileira de Portugal; Associação Para a Defesa e Inserção dos imigrantes e Minorias Étnicas (ADIME); Associação Moçambique Sempre; Associação Brasileira de Portugal; Kamba – Associação de Angolanos do Concelho do Seixal; Associação para o Desenvolvimento das Mulheres e Crianças Ciganas Portuguesas (AMUCIP); Associação Kahpaz; Guinéaspora – Fórum de Guineenses da Diáspora; e Associação para o Desenvolvimento, Solidariedade e Cooperação com S. Tomé e*

Principie) que têm como principal objetivo a integração dos imigrantes e a promoção do diálogo intercultural no país de destino. O movimento associativo de imigrantes tem diversas características tais como: a duplicidade de objetivos (ação cultural e ação social), a mutabilidade das suas áreas de intervenção, a função de contra-poder, a função de apoio à regularização de imigrantes e a intervenção geográfica (nacional, regional, local, e de bairro) (ACIDI, 2011; Tomás, 2005).

Para além das associações de imigrantes, existe também um vasto leque de IPSS's (*Centro Paroquial de Bem-Estar Social de Arrentela; Centro Paroquial de Bem-Estar Social de Amora; Centro Paroquial de Bem-Estar Social de Fernão Ferro; Centro Paroquial de Bem-Estar Social de Corroios e Vale de Milhaços; Centro Paroquial Social da Sagrada Família de Miratejo; CRIAR'T; Cooperativa pelo Sonho É que Vamos; Santa Casa da Misericórdia Do Seixal; e CEFEM – Centro Europeu de Formação e Estudos de Migrações*) a desenvolver ações de intervenção junto dos cidadãos estrangeiros. Estas atividades têm como finalidade a promoção da integração dos cidadãos imigrantes no país de destino. Por essa razão, estas entidades intervêm em diversos domínios tais como: educação, ação social, saúde, entre outros (ACIDI, 2011; Tomás, 2005).

De salientar que tanto as associações de imigrantes como as IPSS's desenvolvem um trabalho integrado que visa a integração dos imigrantes. No entanto, estas entidades enfrentam sérios problemas de cariz financeiro e decisório, pois estão muito dependentes de participações financeiras provenientes de organismos da administração central (ACIDI, 2011; Tomás, 2005).

O movimento Associativo tem como principal parceiro a administração local (Juntas de Freguesia e Câmara Municipal do Seixal) que através de diversos serviços apoia estas entidades. A Autarquia realiza diversas atividades como: o Fórum Cidadania, as Comemorações do Dia das Comunidades Lusófonas, a Festa da Tabanka, entre outras, que envolvem o movimento associativo. Por conseguinte, estas iniciativas possibilitam a integração dos cidadãos que estas organizações representam (ACIDI, 2011; Tomás, 2005).

Para além da conceção e organização de eventos que envolvem o movimento associativo imigrante e do apoio prestado às iniciativas destas entidades, a autarquia do Seixal, auxilia as associações de imigrantes nos seus processos de constituição através do Espaço Cidadania e do Gabinete de Apoio ao Movimento e na atribuição de espaço para as sedes a algumas associações de imigrantes (ACIDI, 2011; Tomás, 2005).

De salientar que o poder local e o movimento associativo trabalham em parceria há muitos anos. Portanto, este município além Tejo tem uma larga experiência de trabalho em rede, pois há muito anos que as organizações do concelho trabalham em conjunto para resolver os problemas no âmbito da integração dos seus cidadãos (ACIDI, 2011; Tomás, 2005).

1.3.1. Bairros carenciados do Concelho do Seixal

Com a construção da Ponte 25 de Abril, a autoestrada do sul (A2) e a instalação das indústrias de base na Península de Setúbal, o Seixal passou a dispor de melhor acesso aos mercados de trabalho, tornando-se assim mais atrativo para a fixação de população (CMS, 2012).

O fenómeno de construção clandestina tem no concelho do Seixal uma dimensão significativa. Em todas as freguesias desde município, exceto a sede do concelho, é possível identificar loteamento de origem ilegal com maior ou menor dimensão, perfazendo um total de 60 áreas de reconversão de génese ilegal que ocupam 18 722 436 m², 19% da área total do concelho (CMS, 2012).

O PER (Programa Especial de Realojamento) criado pelo decreto-lei nº 163/93 de 7 de Maio, permite às câmaras municipais nos concelhos das áreas metropolitanas de Lisboa e Porto, procederem à erradicação das barracas e ao realojamento das famílias residentes.

As Câmaras podem promover a construção nova, a aquisição de fogos ou a reabilitação, com a comparticipação financeira de 50% a fundo perdido, através do IHRU (Instituto de Habitação e Reabilitação Urbana), parceiro deste programa, sendo os restantes 50% da responsabilidade da autarquia (CMS, 2012).

Em 2009 o nº de alojamentos de habitação social no concelho era de 853 (218 são propriedade da Câmara Municipal e 635 do IHRU), concentrados em quatro freguesias (Amora, 42%; Arrentela, 36%; Aldeia de Paio Pires, 19% e Corroios, 3%), constituindo seis Bairros (Fogueteiro, Cucena, Vale de Milhaços, Quinta da Princesa, CAR de Amora e Quinta do Cabral).

No total, aguardam resolução da sua situação habitacional cerca de 308 famílias: 120 famílias residentes em Santa Marta (freguesia de Corroios), 152 em Vale de Chicharos (freguesia de Amora) e 36 isolados dispersos pelo concelho.

1.3.2. Serviços de saúde no Seixal: a UCC

A Unidade de Cuidados na Comunidade do Seixal (UCC) integra-se no Agrupamento de Centros de Saúde de Almada-Seixal e abrange as freguesias de Arrentela, Aldeia de Paio Pires, Fernão Ferro e Seixal – área geográfica do Centro Saúde do Seixal. Tem como alvo de intervenção a população inscrita neste Centro de Saúde, que é de 68405 utentes. A UCC tem a missão de contribuir para o melhoramento do estado de saúde da população da sua área de abrangência. Tem como principais funções a prestação de cuidados de saúde e apoio psicológico e social a nível domiciliário e comunitário, especialmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis. Desenvolve atividades no âmbito da educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de saúde. Composta pela equipa de intervenção na comunidade que atua fundamentalmente a nível de famílias e grupos vulneráveis e de risco na comunidade e que assegura os desenvolvimentos de projetos e programas que integram o plano de ação, nomeadamente:

1. *Projetos de intervenção comunitária com recurso a unidade móvel de saúde* que falarei mais adiante, onde está inserido este estudo de investigação;
2. *Preparação para a parentalidade*, dirigida a mulheres grávidas após a 28ª semana de gestação e seus companheiros, que visa o desenvolvimento de competências para a evolução normal da gravidez, parto e puerpério;
3. *Recuperação pós-parto* visa a promoção de saúde física e mental da mulher (ainda não implementada por falta de recurso);
4. *Espaço para a esperança* visa o acompanhamento integrado e multidisciplinar da população vítima de violência;
5. *Construir saúde* visa intervir nos determinantes de saúde, de modo a promover o empowerment da população;
6. *Formar para cuidar*, formação dirigida aos prestadores de cuidados formais e informais;
7. *Saúde escolar/Saúde oral* tem como objetivo promover o estilo de vida saudável na população em idade escolar, desenvolvido em estreita articulação com a Unidade de Saúde Pública, com a criação de espaços individualizados de atendimento a adolescentes em meio escolar;
8. *Projetos dirigidos a crianças com necessidades especiais*;

9. *Rede Social*, implementação de medidas para minimizar e/ou erradicar a exclusão social;
10. *Rendimento social de inserção*;
11. *Voluntariado*;
12. *Programa de desenvolvimento profissional e formação contínua*.

O Projeto de intervenção comunitária com recurso a unidade móvel de saúde percorre com regularidade os bairros carenciados do Concelho do Seixal: Quinta do Cabral/Bairro da Boa Hora, Bairro de Vale de Chicharos, Bairro 1.º de Maio, Bairro da Cucena e Quinta da Princesa. Em 2013 a equipa de intervenção na comunidade iniciou em simultâneo com este estudo, o diagnóstico de saúde da população do bairro de Santa Marta em Corroios, para melhor intervir nos cuidados de saúde desta comunidade tendo também em conta as estratégias de intervenção definidas no PNS.

A equipa tem como objetivos a monitorização e a atualização do Plano Nacional de Vacinação e a realização de sessões de educação para a saúde para a promoção de estilos de vida saudáveis na população alvo (UCC Seixal, 2012).

1.3.3. Caraterização dos Bairros visitados

Em complemento com o estudo realizado (aplicação de questionário; formação de grupos focais e realização de sessão de educação para a saúde) foram efetuadas, entre abril e Julho de 2013, visitas aos vários bairros onde decorreram o estudo com a finalidade de caracterizar as estratégias atuais de promoção de vacinação da equipa da unidade de Saúde Móvel e dos Centros Comunitários e observar localmente as reais condições de habitabilidade da população.

Ao longo destas visitas decorreram contactos e reuniões com enfermeiros da UCC do Seixal, técnicos da Câmara Municipal do Seixal, técnicos do centro comunitário do bairro da Cucena, Quinta da Princesa e bairro de Santa Marta e com a direção do colégio Atlântico.

A Quinta da Princesa apresenta-se como o bairro menos degradado dos 3 visitados. Servido por escolas de vários ciclos, equipamentos desportivos, equipamentos sociais e recreativos de apoio à infância, à juventude e 3ª idade, centro de formação profissional e uma Unidade de Cuidados Continuados. Nos lotes particulares, os condomínios têm efetuado, com regularidade, obras de conservação, ao contrário do que acontece nos sete lotes de habitação

social. É visível a necessidade de requalificação dos espaços verdes adjacentes ao bairro (Anexo 3).

No bairro da Cucena, com uma população mista (ciganos e africanos), a degradação era visível logo na entrada dos prédios, com a presença de portas de entrada sem vidros, caixas de correio destruídos e paredes e escadas sujas. O interior das habitações, de uma forma geral, caracterizava-se por asseio, arrumação, móveis com alguma qualidade e com condições mínimas de conforto. Por se tratar de alojamentos mistos, são frequentes episódios de alguma conflitualidade decorrentes, em alguns casos, da utilização dos espaços comuns exteriores, com queixas de música alta a horas tardias, por ocasião de festas e de casos de furtos, nomeadamente da tubulação externa de gás que coincidiu com a minha visita. Possui um centro comunitário gerido pela Santa Casa da Misericórdia do Seixal, que inclui um infantário e um espaço de atividades para os jovens (Anexo 3).

No bairro de Santa Marta as casas, atualmente maioritariamente de tijolo, com envolvimento de arruamentos estreitos em terra batida, lama, fugas de água, esgotos a céu aberto e lixo, de onde sobressaía um elevado grau de desconforto social e de pobreza. Dado à precariedade das instalações de rede elétrica e a fragilidade da rede de abastecimento de água, existem falhas sistemáticas, o que obriga ao uso de velas e candeeiros de petróleo e ainda, ao armazenamento de água em recipientes. A qualidade de vida, conforto e o bem estar dos residentes continuam a estar em risco de salubridade e segurança. O bairro possui um centro comunitário gerido pela Santa Casa da Misericórdia do Seixal, que inclui um infantário (Anexo 3).

Nas visitas, principalmente ao bairro da Cucena, foi perceptível o sentimento de se colocarem à margem da sociedade, ilustrado em frases como: “Não queremos participar, não vale a pena!” A situação de dependência social e económica está expressa em frases como: “Precisamos de ajuda, de dinheiro!” ou “Façam alguma coisa por nós!”.

1.4. Objetivos do estudo

São objetivos deste estudo:

- Caracterizar as estratégias atuais de promoção de vacinação da equipa da Unidade Móvel de Saúde e dos Centros Comunitários que trabalham nos bairros.
- Caracterizar conhecimentos e atitudes da população adulta de bairros carenciados do Concelho do Seixal sobre a vacinação.
- Caracterizar conhecimentos e atitudes dos pais de bairros carenciados do Concelho do Seixal sobre a vacinação dos filhos.
- Reavaliar as necessidades de aprendizagem sobre vacinação após a sessão de educação para a saúde.
- Comparar conhecimentos e atitudes sobre vacinação de pais de filhos a frequentar um infantário de um bairro carenciado com pais não carenciados com filhos a frequentar um colégio privado.
- Propor estratégias de intervenção adaptadas à população carenciada em estudo.

2. MATERIAL, MÉTODOS E RESULTADOS

2.1. Tipos de estudo

Neste trabalho utilizaram-se dois tipos de estudos:

- Método de investigação quantitativa do tipo observacional e descritivo, através da aplicação de vários questionários (questionário aos residentes dos bairros; questionário aos participantes da sessão de educação para a saúde; e questionário aos profissionais de saúde).
- Método de investigação qualitativa através da técnica dos grupos focais (*focus groups*).

2.2. Questionário aos residentes dos bairros

O tipo de estudo aplicado neste trabalho é descritivo e transversal.

Segundo Fortin (2009), “O estudo descritivo simples consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população de maneira a estabelecer as características da população. (...) A descrição completa de um fenómeno específico é importante para o desenvolvimento da teoria e como trampolim para a formação de hipóteses.”

Trata-se de um estudo transversal porque “mede a frequência de aparição de um acontecimento ou de um problema numa população num dado momento” (Fortin, 2009).

2.2.1. Meio

Este estudo realizou-se em meio natural, no Bairro da Cucena e no Bairro da Quinta da Princesa. Optou-se por estes bairros por existir uma maior experiência, no terreno, da equipa de intervenção comunitária que, com a conquista gradual da confiança da população, tem uma melhor articulação com os parceiros na elaboração de ações de educação para a saúde e por serem os mais populosos.

O Bairro da Cucena apresenta 18 edifícios de 3 e de 4 andares. A população residente é constituída por 579 indivíduos (Censos, 2011) de diferentes culturas, sobretudo indivíduos de origem africana e de etnia cigana. No 1º semestre de 2012, segundo o Relatório de Atividades da UCC, o PNV estava atualizado em 92% das crianças e em 75% dos adultos identificados.

O Bairro da Quinta da Princesa apresenta 21 edifícios distribuídos por: cinco lotes de 11 pisos, três lotes de seis pisos e 13 de cinco pisos. Apenas sete destes lotes são de habitação social. A população é constituída por 1330 indivíduos residentes (Censos, 2011), sendo cerca de 40% imigrantes dos PALOP, na sua maioria cabo-verdianos. No 1º semestre de 2012, segundo o Relatório de Atividades da UCC, o PNV estava atualizado em 95% das crianças e somente em 64% dos adultos identificados.

2.2.2. População alvo e amostra

Na realização de um estudo científico é fundamental identificar os elementos constituintes da população e da amostra onde se obtêm as respostas às questões de investigação inicialmente colocadas (Fortin, 2009).

Segundo Fortin (2009), “A descrição da população e da amostra fornece uma boa ideia sobre a eventual generalização dos resultados. As características das populações definem o grupo de sujeitos que serão incluídos no estudo e precisam de critérios de seleção”.

Os critérios de inclusão deste estudo são:

- Moradores nos bairros da Cucena ou Quinta da Princesa;
- Idade igual ou superior a 18 anos;
- Participação após consentimento informado;
- Disponibilidade e vontade de participarem no estudo.

Para este estudo foi necessário efetuar uma amostragem ou processo de seleção de uma porção da população.

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

A amostra estudada resultou da escolha aleatória de 50% das frações de cada prédio, seguido de escolha também de forma aleatória de 50% dos residentes de cada fração.

2.2.3. Instrumento de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados que melhor se adequa a este estudo é o questionário. Fortin escreve que (2009) “O questionário é um instrumento de medida que traduz os objetivos 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 organizada.”

O questionário aplicado encontra-se dividido em três partes: a primeira, para ser aplicado a todos os participantes do estudo, é constituída por questões sobre vacinação para a população adulta; a segunda, apenas para os pais com filhos até aos 13 anos de idade, com questões sobre o tema em estudo; e a terceira é constituída por questões referentes à caracterização sociodemográfica da amostra dos que responderam (Anexo 4). Esta divisão tem em conta os objetivos deste estudo.

Optou-se por frases curtas e de fácil compreensão, evitando os termos técnicos, as palavras de duplo sentido, assim como as expressões negativas e as questões tendenciosas. Decidiu-se, na sua maioria, por questões fechadas, que fornecem ao residente uma possibilidade de escolha entre muitas respostas e ainda questões dicotómicas. Colocaram-se algumas questões abertas com o intuito de aprofundar o conhecimento sobre o tema em causa.

Após a primeira redação do instrumento de colheita de dados, foi realizada uma revisão do seu esboço. As alterações efetuadas foram feitas no sentido de clarificar melhor as questões. Em seguida procedeu-se ao pré-teste do questionário, numa população de características semelhantes ao do estudo com o objetivo de testar o nosso instrumento de colheita.

No sentido geral da palavra, pré-teste 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. Consiste na aplicação do questionário numa amostra da população. Deste modo, verificou-se a clareza das questões colocadas e se eram facilmente compreendidas. O pré-teste permite resolver problemas imprevistos, corrigir ou modificar o questionário, de modo a proporcionar colheita fidedigna dos dados (Fortin, 2009).

O pré-teste foi aplicado a 15 pessoas com características idênticas às da população em estudo no dia 17 e 18 de Abril de 2013.

No seguimento do pré-teste algumas questões foram submetidas a pequenos ajustes na linguagem de forma a torná-las mais simples e perceptíveis à população em estudo e foram eliminadas duas questões abertas por levarem a respostas contraditórias.

2.2.4. Procedimentos

Após a aprovação pela Câmara Municipal do Seixal, o estudo foi apresentado à UCC, que colocou a investigadora em contacto com as equipas de intervenção comunitária da Quinta da Princesa e do Bairro da Cucena e com a direção do Centro comunitário deste último

bairro. Finalizadas as várias reuniões de apresentação do estudo de investigação e a aceitação por parte das entidades a investigadora deu início ao seu trabalho no terreno.

Inicialmente foram realizadas visitas aos dois bairros para reconhecimento do terreno (edifícios e arruamentos) e contacto com a população. No bairro da Cucena foram afixados cartazes nas portas de entrada dos edifícios a informar da realização dos questionários porta a porta nos dias seguintes.

O questionário foi aplicado por entrevista, aos residentes selecionados, como previamente determinado, por se tratar de uma população com baixo nível de escolaridade e que poderia apresentar alguma dificuldade no preenchimento, como foi transmitido pela equipa de intervenção comunitária.

O questionário foi aplicado pela investigadora e por quatro colaboradores. Os entrevistadores foram treinados para a sua aplicação. Cada questão foi lida e trabalhada pormenorizadamente de forma a diminuir as variações inter-entrevistadores aquando da sua aplicação.

Assim tentaram-se recolher respostas o mais sinceras possível para os dados serem os mais fidedignos e tradutores da realidade, com o sentido de não enviesar os resultados finais.

O consentimento informado foi fornecido no início do contacto com os participantes e englobava os seguintes aspetos: objetivos, riscos, benefícios, participação voluntária, modo de participação, procedimentos, confidencialidade, direito de desistência e contacto da investigadora. (Anexo 5).

2.2.5. Tratamento e análises de dados

Após a recolha dos dados procedeu-se ao seu tratamento estatístico.

O estudo estatístico foi realizado através do Microsoft Office Excel 2007 para ambiente Windows.

A análise de dados foi feita através de estatística descritiva e a apresentação dos mesmos através de gráficos e tabelas com a sua respetiva descrição narrativa.

2.2.6. Resultados

Características sociodemográficas

Participaram neste estudo 308 indivíduos, 84 indivíduos do bairro da Cucena e 224 indivíduos da Quinta da Princesa.

Pela análise do Gráfico 1 verifica-se que a amostra total é constituída por 63% (193) de indivíduos do género feminino e 37% (115) do género masculino. No bairro da Cucena 67,9% (57) são do género feminino e 32,1% (27) do género masculino. No bairro da Quinta da Princesa 60,7% (136) são do género feminino e 39,3% (88) do género masculino.

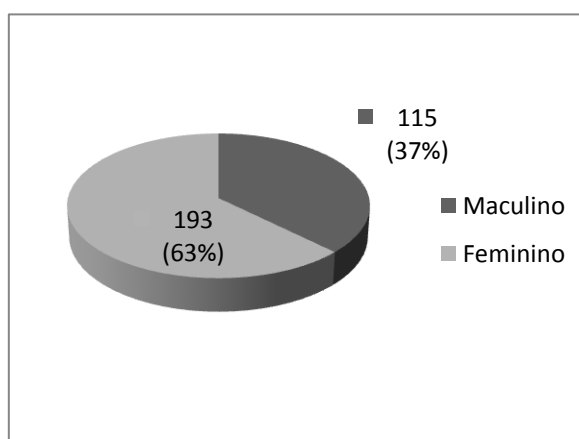


Gráfico 1 – Distribuição da amostra total de acordo com o género

As idades dos participantes encontram-se compreendidas entre os 18 e os 90 anos. A média de idades da amostra total é de 43,2 anos (d.p.=18,3 anos), a mediana de 40,5 anos e a moda corresponde aos 20 anos que representava 4,6% (14 indivíduos) da amostra. Relativamente à distribuição da amostra total por grupo etário, constata-se que a maior percentagem dos participantes encontrava-se entre os 21 e os 30anos (Tabela 3). A média de idades dos participantes do Bairro da Cucena é de 43,4anos (d.p.= 19,4anos) e no bairro da Quinta da Princesa de 43,2 anos (d.p.=18,6 anos).

Tabela 3 – Distribuição da amostra total segundo o grupo etário

Grupo etário	N	%
≤ 20	26	8,4
21-30	76	24,7
31-40	55	17,9
41-50	44	14,3
51-60	48	15,6
61-70	29	9,4
71-80	27	8,8
81-90	3	0,9
Total	308	100

Pode observar-se na Tabela 4, que relativamente ao estado civil do total dos indivíduos da amostra, 33,1% (102) são solteiros, 32,8 % (101) são casados, 22,4% (69) estão sob união de facto, 6,5% (20) são viúvos e 5,2% (16) são divorciadas.

Tabela 4 – Distribuição da amostra segundo o estado civil

Estado civil	N	%	B.Cucena	%	Q.Princesa	%
Casado	101	32,8	16	19,0	85	37,9
Divorciado	16	5,2	3	3,6	13	5,8
Solteiro	102	33,1	32	38,1	70	31,3
União de Facto	69	22,4	24	28,6	45	20,1
Viúvo	20	6,5	9	10,7	11	4,7
Total	308	100	84	100	224	100

A observação da Tabela 5 permite-nos verificar que 40,5% (125) de indivíduos da amostra são naturais de Portugal, 37,0% (114) de Cabo-Verde, 7,8% (24) de Angola, 6,8% (21) de São Tomé, 6,2% (19) da Guiné Bissau e 1,7% (5) dos restantes três países (Moçambique, Espanha e Gâmbia). Dos 125 nascidos em Portugal, 14% (43) são ciganos, sendo que 72,1% (31) destes residem no bairro da Cucena.

Tabela 5 – Distribuição da amostra total segundo a naturalidade

Naturalidade	N	%	B. Cucena	%	Q.Princesa	%
Angola	24	7,8	5	6,0	19	8,5
Cabo-Verde	114	37,0	24	28,6	90	40,2
Espanha	2	0,6	2	2,3	0	0
Gâmbia	1	0,5	0	0	1	0,4
Guiné Bissau	19	6,2	0	0	19	8,5
Moçambique	2	0,6	0	0	2	0,9
Portugal	125	40,5	48	57,1	77	34,4
São Tomé	21	6,8	5	6,0	16	7,1
Total	308	100	84	100	224	100

Considerando os 59,4% (183) de imigrantes da amostra total, constata-se que o tempo de permanência em Portugal varia entre 1 e 50 anos e que apenas 18% (33) residem em Portugal há cinco anos ou menos. A maioria dos participantes vive em Portugal há mais de cinco anos (82%,150) (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição da população emigrante da amostra pelo tempo de permanência em Portugal

Tempo de permanência	N	%
≤5 anos	33	18,0
06-10 anos	26	14,2
11-15 anos	27	14,8
16-20 anos	23	12,6
21-25 anos	16	8,7
26-30 anos	12	6,6
31-35 anos	15	8,2
36-40 anos	25	13,7
41-45 anos	3	1,6
45-50 anos	3	1,6
Total	183	100

Pode-se verificar na Tabela 7 que 35,7% (110) do total da amostra têm o 2º ciclo de escolaridade, 26,9% (83) o 1º ciclo, 12,0 % (37) o 3º ciclo, 7,5% (23) o curso profissional e 1,0% (3) encontram-se no ensino superior; 16,9% (52) nunca estudaram.

Tabela 7 – Distribuição da amostra segundo a escolaridade

Escolaridade	N	%	B.Cucena	%	Q. Princesa	%
Curso superior	3	1,0	1	1,3	2	0,9
Curso profissional	23	7,5	2	2,4	21	9,4
3º ciclo	37	12,0	6	7,1	31	13,8
2º ciclo	110	35,7	29	34,5	81	36,2
1º ciclo	83	26,9	25	29,8	58	25,9
Não estudou	52	16,9	21	25,0	31	13,8
Total	308	100	84	100	224	100

Através da Tabela 8 pode-se observar que 39,0% (120) dos indivíduos do total da amostra encontram-se empregados, 29,2% (90) desempregados, 14,3% (22) reformados, 8,8% (27) são estudantes e 0,6% (2) são trabalhadores-estudantes.

Tabela 8 – Distribuição da amostra segundo a situação profissional

Situação profissional	N	%	B. Cucena	%	Q.Princesa	%
Empregado	120	39,0	22	26,2	98	43,8
Desempregado	90	29,2	32	38,1	58	25,9
Nunca trabalhou	25	8,1	14	16,7	11	4,9
Reformado	44	14,3	12	14,3	32	14,3
Estudante	27	8,8	4	4,7	23	10,3
Trabalhador-estudante	2	0,6	0	0	2	0,8
Total	308	100	84	100	224	100

Com a análise da Tabela 9 verificamos que a maior percentagem dos indivíduos da amostra total, 17,2% (21), são empregados de limpeza, 12,3% (15) empregados de balcão e 11,5% (14) empregadas domésticas.

Tabela 9 – Distribuição da amostra segundo as 10 profissões mais frequentes

Profissão	N	%
Empregada de limpeza	21	17,2
Empregada de balcão	15	12,3
Empregada doméstica	14	11,5
Auxiliar de geriatria	11	9,0
Vendedor	11	9,0
Operadora de caixa	7	5,7
Pedreiro	7	5,7
Servente	5	4,1
Lojista	5	4,1
Cozinheiro	4	3,3
Total	100	81,9

Conhecimentos e atitudes da população acerca da vacinação

Pela análise da Gráfico 2 pode-se verificar que 70,8% (218) dos indivíduos da nossa amostra já ouviu falar na carrinha de saúde sobre rodas, 27,3% (84) não ouviu falar e os restantes 1,9% (6) não sabe ou não lembra de ter ouvido falar.

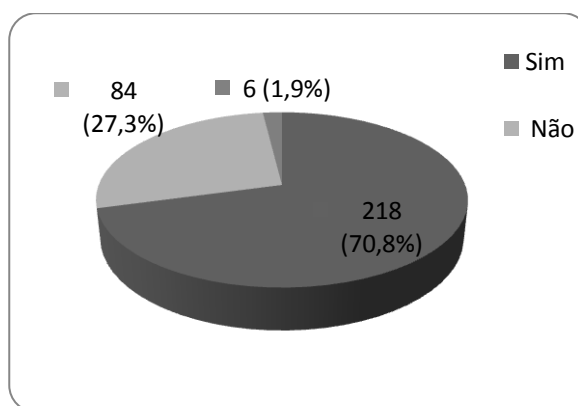


Gráfico 2 – Percentagem de indivíduos que ouviram falar da Carrinha de Saúde sobre Rodas

Pelo Gráfico 3 verifica-se que somente 1,9% (6) dos indivíduos da amostra têm resolvido os problemas de saúde no hospital, 78,6% (242) nos centros de saúde, 9,7% (30) na carrinha de saúde sobre rodas, 7,1% (22) no centro saúde e na carrinha de saúde sobre rodas, 1,9% (6) na carrinha de saúde sobre rodas e no hospital e 0,8% (2) têm resolvido os problemas de saúde num dos três locais.

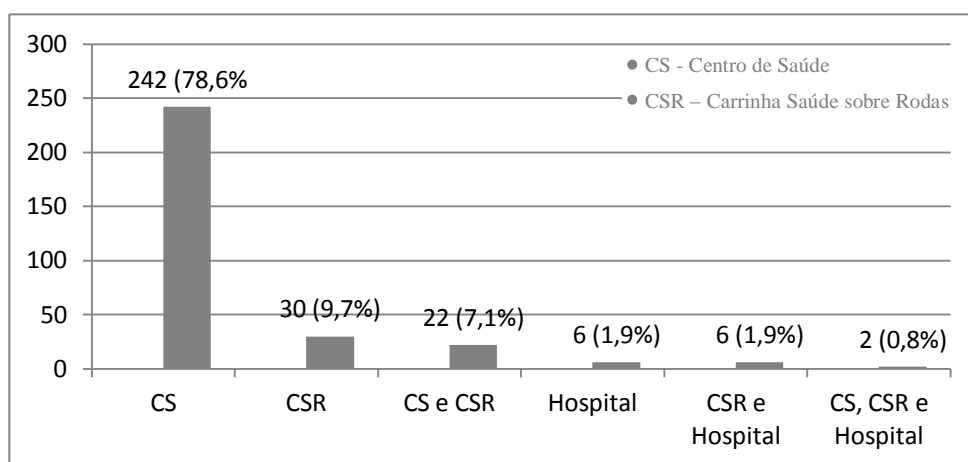


Gráfico 3 - Local de resolução dos problemas de saúde

No total da amostra em estudo 76% (234) dos indivíduos têm sido vacinados no centro saúde, 16,2% (50) na carrinha de saúde sobre rodas e 7,8% (24) não estão vacinados (Gráfico 4).

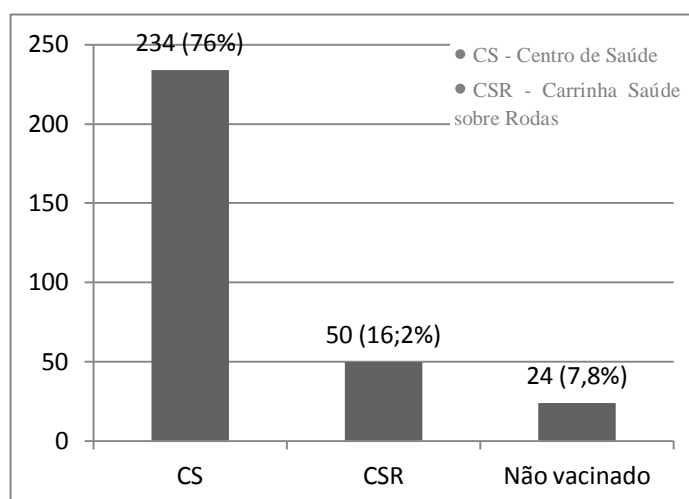


Gráfico 4 - Local onde costumam ser vacinados

Segundo a análise da Tabela 10 conclui-se que a maior percentagem dos indivíduos da amostra, 24,6% (79) dizem que as vacinas servem para “proteger das doenças”, seguido

de 18,2% (56) que referem que é para “evitar doenças” e 14,3% (44) que referem que as vacinas servem para “prevenir doenças”. De uma forma lata a maioria refere prevenção de doenças quando fala na utilidade das vacinas.

Tabela 10 – Termos mais usados para definir a utilidade das vacinas

Vacinas	N	%
Proteger	79	24,6
Evitar	56	18,2
Prevenir	44	14,3
Não sei	30	9,7
Contra	26	8,4
Para as doenças	22	7,1
Ter saúde	6	1,9
Várias coisas	6	1,9
Não apanhar doenças	4	1,3
Outros termos	35	11,6
Total	308	100

Segundo a análise do Gráfico 5, 64,3% (198) dos indivíduos da amostra afirmam que os enfermeiros e médicos se preocupam em explicar porque se devem fazer as vacinas, 22,7% (70) afirmaram que não e 13% (40) desconhecem.

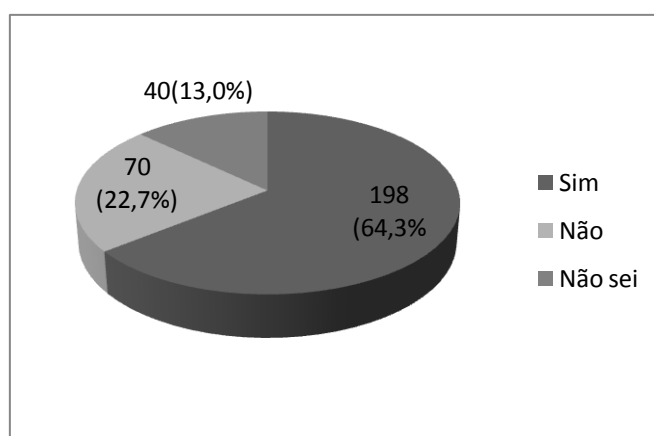


Gráfico 5 – Perceção sobre a preocupação dos enfermeiros e dos médicos em explicar porque se devem fazer as vacinas

Pelo Gráfico 6 verifica-se que 75,3% (232) dos indivíduos afirmam que lhes foi explicado para que servia a vacina antes da sua administração, enquanto 22,1% (68) referem que não lhes foi explicado e 2,6% (8) não sabem.

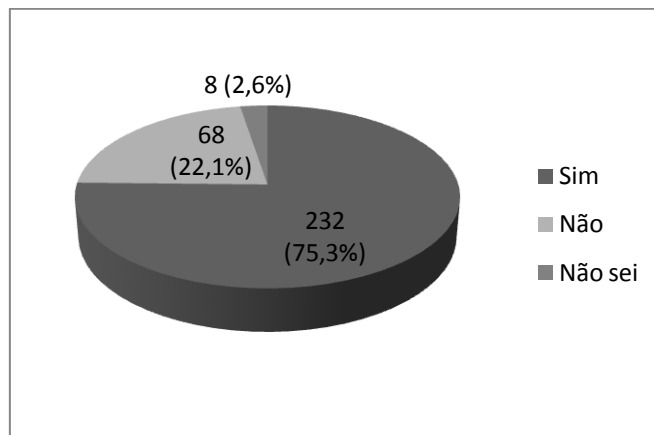


Gráfico 6 – Distribuição da amostra segundo a resposta à questão: “Antes de levar a vacina foi-lhe explicado para que servia?”

Pela análise do Gráfico 7 verifica-se que, 77,9% (240) têm medo de ser vacinados, 16,9% (52) não têm e 5,2% (16) não sabe. Todos os indivíduos da amostra com medo de serem vacinados justificam o sentimento com a dor da picada.

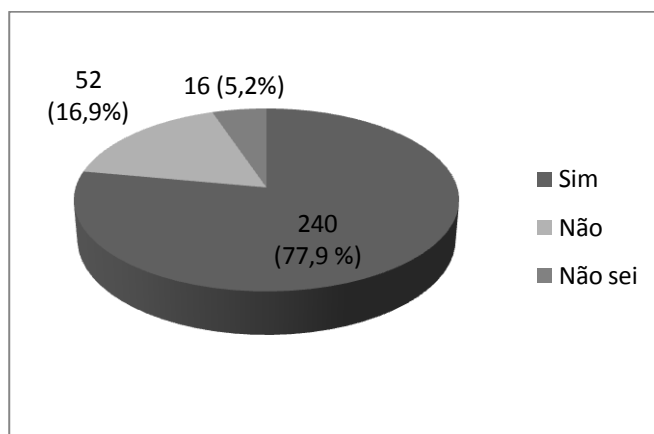


Gráfico 7 – Distribuição da amostra segundo as respostas à questão: “Tem medo de ser vacinado?”

Verifica-se pelo Gráfico 8 que 74,7% (230) da nossa amostra considera que a vacinação deve ser obrigatória, 13% (40) não e 12,3% (38) não sabe.

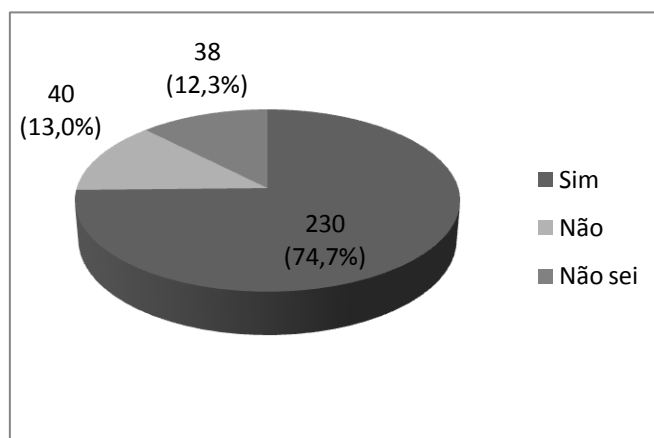


Gráfico 8 – Distribuição da amostra segundo a resposta à questão: “Acha que deve ser obrigatório fazer vacinas?”

Segundo a análise da Tabela 11 conclui-se que 33,4% (103) consideram que a obrigatoriedade da vacinação se justifica com o facto de proteger, prevenir ou evitar doenças, 4,6% (14) que a vacinação deve ser uma decisão pessoal e 62,0% (191) não sabe justificar a opinião.

Tabela 11 – Distribuição da amostra segundo a justificação da opinião acerca da obrigatoriedade da vacinação

Justificação acerca da obrigatoriedade	N	%
Não sabe justificar	191	62,0
Protege ou Previne ou Evita [doenças]	103	33,4
Decisão pessoal	14	4,6
Total	308	100

De acordo com a análise da Gráfico 9 verifica-se que 62,2% (192) da amostra diz que uma pessoa por estar vacinada protege quem está à sua volta, 20,8% (64) não acham que uma pessoa por estar vacinada protege quem está à sua e 17,0% não sabem.

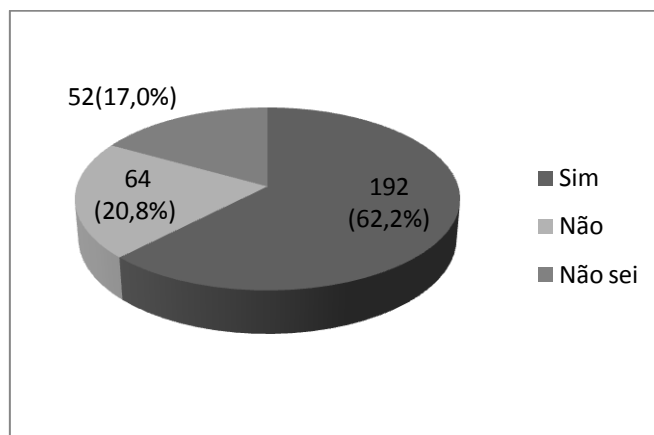


Gráfico 9 – Distribuição da amostra segundo a resposta à questão: “Acha que uma pessoa por estar vacinada protege quem está à sua volta?”

De acordo com a análise do Tabela 12 conclui-se que 30,1% (77) dos indivíduos da amostra consideram que a proteção a quem está à sua volta se deve ao facto de as vacinas protegerem, prevenirem ou evitarem doenças, 9,4% (24) acham que não protegem quem está à volta porque a proteção é individual e 60,5% (155) desconhece.

Tabela 12 – Justificação para a proteção ou não de quem está à volta

Proteção	N	%
Desconhece	155	60,5
Protege ou Previne ou Evita [doenças]	77	30,1
Individual [proteção]	24	9,4
Total	256	100

Ao analisar o Gráfico 10 verifica-se que 87,7% (270) dos indivíduos da amostra já ouviram falar na vacina contra o tétano, 11,7% (36) não ouviram e 0,6% (2) não se lembram.

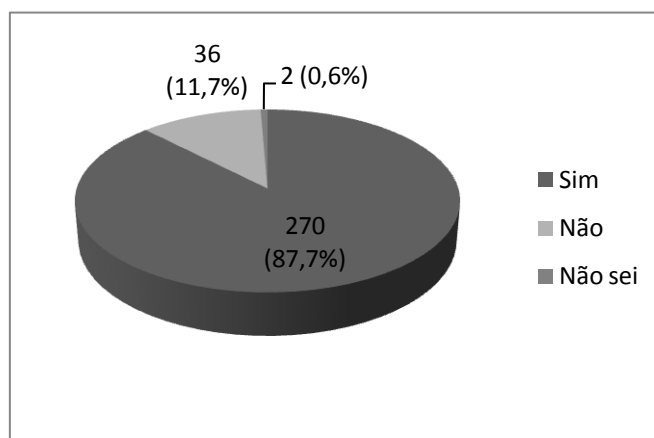


Gráfico 10 – Distribuição da amostra segundo a resposta à questão: “Já ouviu falar na vacina do tétano?”

Pelo Gráfico 11 verifica-se que a maioria, 64% (196) da amostra, tem a vacina contra o tétano em dia, 22% (68) não tem a vacina em dia e 14% (44) desconhece.

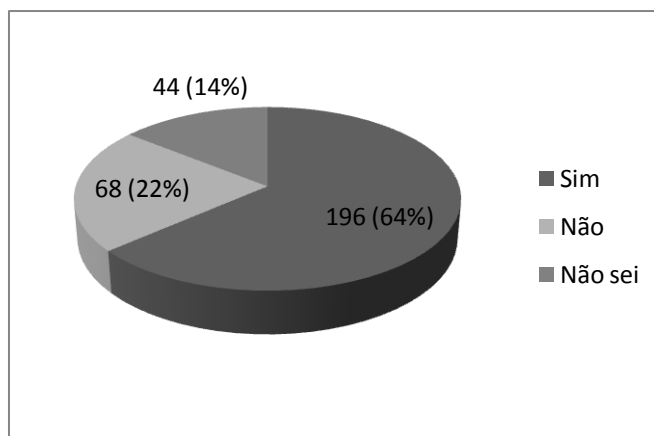


Gráfico 11 – Distribuição da amostra segundo a resposta à questão: “Tem a vacina do tétano em dia?”

Na Tabela 13, 57,4% (39) usam argumentos como “preguiça”; “estupidez”; “não falei com o médico”, “não fui ao centro saúde”, “não preciso”, “não tenho feridas” ou “viajei” para não terem a vacina do tétano em dia.

Tabela 13 – Distribuição da amostra segundo a resposta à questão: “Porque é que ainda não foi vacinado?”

Tétano	N	%
Não sei	29	42,6
“Preguiça”; “Estupidez”; Não falei com o médico; Não fui ao Centro saúde”; Não Preciso; Não tenho feridas” ou “Viajei”	39	57,4
Total	68	100

Como é visível pela análise da Tabela 14, 23; 7% (73) dos indivíduos da nossa amostra acertaram na resposta, 27,6% (85) não acertaram e 48,7% (150) afirmam que não sabem de quanto em quanto tempo é administrada a vacina do tétano nos adultos.

Tabela 14 – Distribuição da amostra segundo a resposta à questão: “Os adultos fazem a vacinação tétano de quanto em quanto tempo?”

Esquema vacinal do tétano	N	%
Resposta correta	73	23,7
Resposta errada	85	27,6
Não sei	150	48,7
Total	308	100

Ao analisar o Gráfico 12 verifica-se que 61% (31) dos indivíduos da amostra tomou a vacina contra a gripe, 33% (17) não e 6% (3) desconhecem.

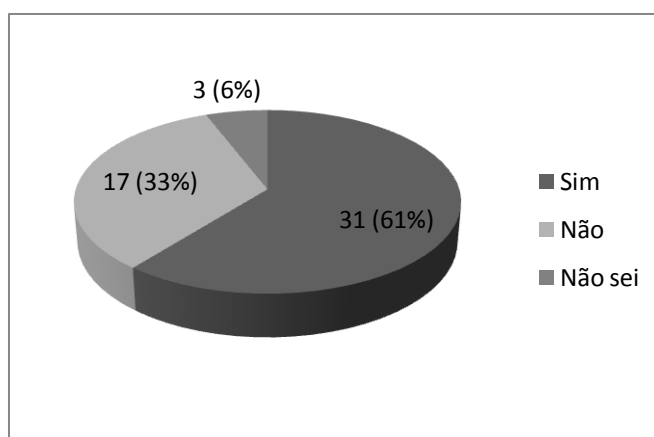


Gráfico 12 – Distribuição da amostra segundo a resposta à questão: “Tomou a vacina da gripe esta época (≥ 65 anos)?”

A Tabela 15 mostra que 35,3% (6) dos indivíduos da amostra que não fizeram esta vacina referem não precisar de ser vacinados contra a gripe, 23,5% (4) referem que não apanham a gripe, 11,8% (2) não foram vacinados porque da última vez não se sentiram bem e 29,4% (5) não sabem justificar.

Tabela 15 – Distribuição da amostra segundo a resposta à questão: “Porque não se vacinaram contra a gripe?”

Justificação	N	%
Não sei	5	29,4
Não preciso	6	35,3
Não apanho gripe	4	23,5
Da última vez não me fez bem	2	11,8
Total	17	100

Como é visível pela análise do Gráfico 13, 90% (28) dos indivíduos do total da amostra referem vontade de serem revacinados contra a gripe na próxima época e 10% (3) estão indecisos.

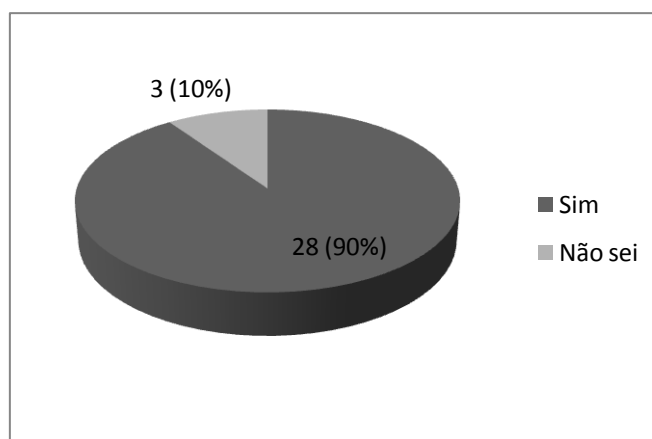


Gráfico 13 – Distribuição da amostra segundo a resposta à questão: “Quer voltar a ser vacinado contra a gripe na próxima época?”

No total da amostra 50% (154) dos indivíduos não ouviu falar na vacinação para os viajantes, 47% (144) já ouviu falar e 3% (10) não sabe se ouviu falar (Gráfico 14).

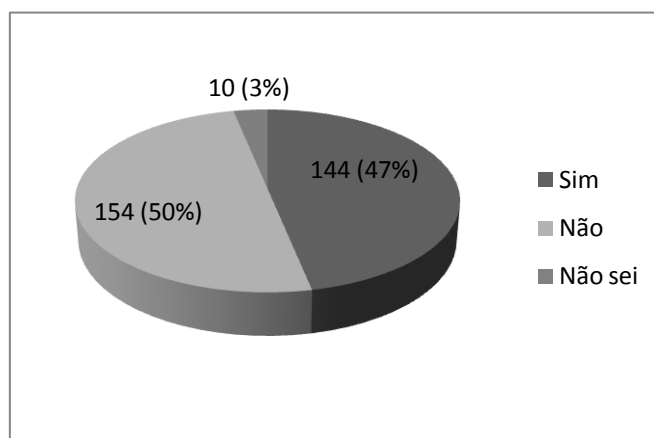


Gráfico 14 – Distribuição da amostra segundo a resposta à questão: “Já ouviu falar na vacinação para os viajantes?”

As vacinas mencionadas por 29,9% (43) dos indivíduos da amostra que ouviram falar da vacina dos viajantes foram por ordem decrescente: contra a malária (34,5%; 20), contra a febre amarela (20,7%; 12), contra o dengue (13,8%; 8), contra a diarreia (10,3%; 6), contra a cólera (6,9%; 4), contra o tétano (6,9%; 4), contra a gripe (3,5%; 2) e contra a hepatite (3,5%; 2).

Pela análise do Gráfico 15 pode-se concluir que, 54% (76) dos que viajaram para África (n=140), foram aconselhados pelo médico ou enfermeiro a ir a uma consultado viajante, 43% (60) não foram aconselhados e 3% (4) não sabem.

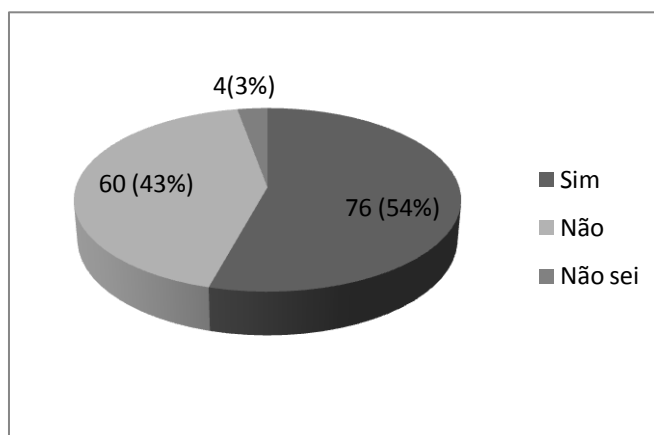


Gráfico 15 – Distribuição da amostra segundo a resposta à questão: “Foi aconselhado a ir a uma consulta com o médico de família ou consulta do viajante antes de viajar para África?”

Segundo o Gráfico 16 pode-se concluir que dos indivíduos aconselhados pelo médico ou enfermeiro (n=76) a ir a uma consulta, 56 foram vacinados antes de viajar e 20 não foram vacinados.

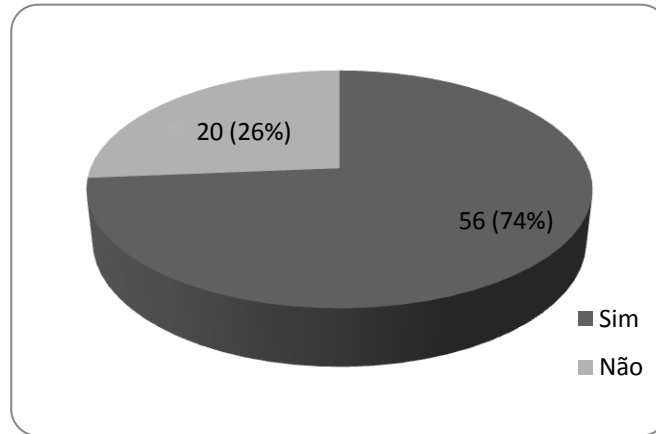


Gráfico 16 – Distribuição da amostra segundo a resposta à questão: “Foi aconselhado pelo médico ou enfermeiro a levar uma vacina antes de viajar para África?”

As vacinas mencionadas por ordem decrescente foram: contra a febre amarela (37,5%; 12), contra o tétano (31,3%; 10) e em 6,2% vacinas contra a cólera, varíola, gripe, tuberculose e malária.

Segundo a análise do Gráfico 17, 51% (158) dos indivíduos referem nunca ter ouvido falar do PNV, 42% (128) ouviram falar e 7% (22) não se lembram (não sabem).

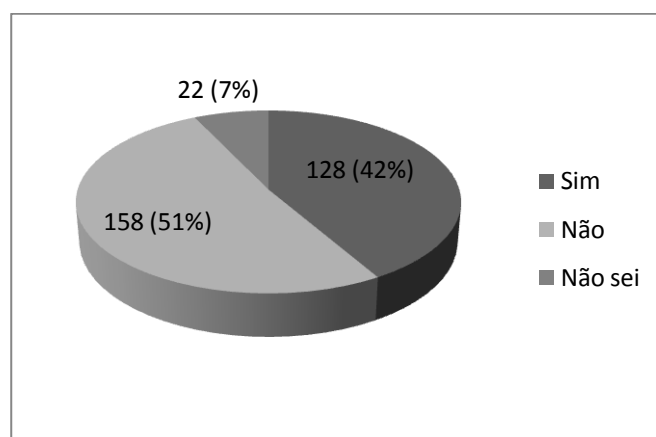


Gráfico 17 – Distribuição da amostra segundo a resposta à questão: “Já ouviu falar no Plano Nacional de Vacinação?”

Pela análise da Tabela 16 constatou-se que 35,4% (135) referem que o médico é a fonte de informação acerca da vacinação, 29,7% (113) dizem ser o enfermeiro, 16,8% (64) receberam informação na escola, 7,9% (30) através dos amigos/familiares e 10,2% (39) citam outras fontes de informação, sendo os órgãos de comunicação social referidos por 27 indivíduos.

Tabela 16 – Distribuição da amostra segundo a fonte de informação

Fonte de informação	N	%
Médico	135	35,4
Enfermeira	113	29,7
Amigos/Familiares	30	7,9
Escola	64	16,8
Outros	39	10,2
Total	138	100

A análise do Gráfico 18 revela que 76% (234) aceitariam participar em sessões de esclarecimento sobre vacinas, 21% (64) não mostrou interesse e 3% (10) não sabiam.

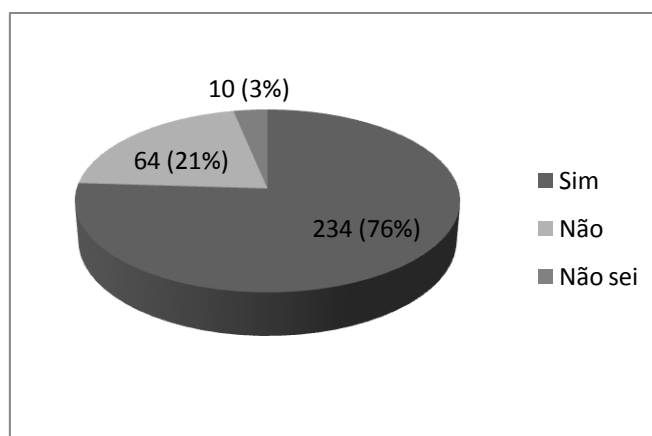


Gráfico 18 – Distribuição da amostra segundo a resposta à questão: “Participaria em sessões de esclarecimento sobre vacinas?”

Pela análise da Tabela 17 mostra-se que 84,4% (268) referem não ter dúvidas em relação à vacinação, 12,3% (38) referem ter dúvidas e duas pessoas não sabem se têm dúvidas. As dúvidas referidas são sobre as vacinas em geral, vacinas para os viajantes e, especificamente, sobre as vacinas da gripe e do tétano.

Tabela 17– Dúvidas sobre vacinação

Dúvidas	N	%
Não	268	84,4
Não sei	2	3,3
Sim	38	12,3
Total	308	100

Informação e atitudes dos pais perante a vacinação dos filhos

Em relação ao grau de parentesco dos 137 pais/cuidadores, o Gráfico 19 revelou que 69% (94) são mães, 28% (39) pais e 3% (4) avós.

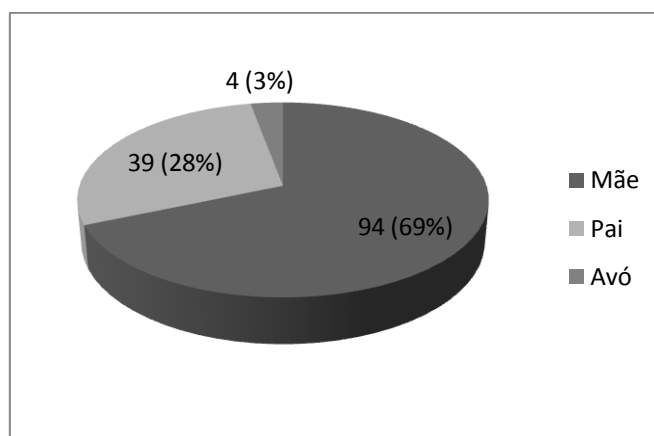


Gráfico 19 – Relação de parentesco

O número de filhos varia entre um a quatro (Tabela 18). A média de idades das crianças com idade igual ou inferior a 13 anos filhos dos participantes no estudo, é de 6,2 anos (d.p.=4,0).

Tabela 18 – N° de filhos dos indivíduos do total da amostra

N° filhos	Pais
1	72
2	50
3	10
4	5
Total	137

Segundo a análise do Gráfico 20, podemos verificar que 82,5% (113) dos indivíduos da nossa amostra vacinam os filhos no centro saúde, 11,7% (16) na carrinha de saúde sobre rodas e 5,8% (8) em ambos os sítios. Nesta amostra, 136 pais referem ter a vacinação dos filhos em dia, exceto um pai que não sabe.

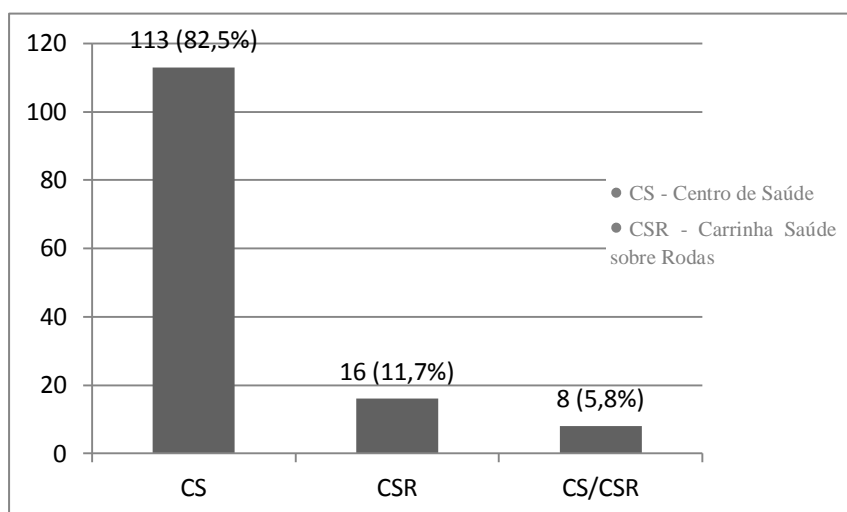


Gráfico 20 - Local de vacinação dos filhos

Cerca de 47,9% (67) dos pais levaram o filho à vacinação há menos de um ano, 27,3% (36) há mais de um ano, 13,9% (15) há uns dias e 9,9% (15) não se lembram.

Segundo o Gráfico 21, 78% (107) dos pais ficaram esclarecidos em relação às vacinas que foram administradas aos filhos na última ida à vacinação, 9% (12) não ficaram esclarecidos e 13% (18) não se lembram.

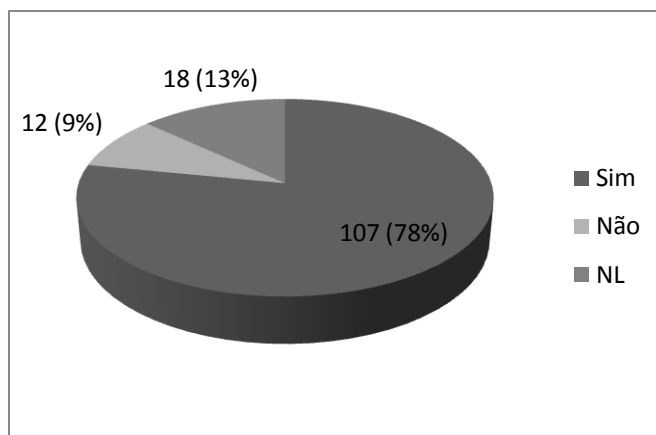


Gráfico 21 – Distribuição da amostra segundo a resposta à questão: “Na altura ficou esclarecido em relação às vacinas administradas ao seu filho?”

Segundo a Tabela 19, 6 dos pais que não se lembram de terem sido esclarecidos, levaram os filhos à vacinação há menos de um ano.

Tabela 19 – Pais que não se lembram de terem sido esclarecidos em relação à vacinação dos filhos

Vacinação	Pais
< 1 ano	6
> 1 ano	3
Há poucos dias	2
Não me lembro	7
Total	18

Em relação à data da vacina seguinte, 82% (113) dos pais da amostra estão informados, 3% (4) não e 14% (20) não se lembram (Gráfico 22).

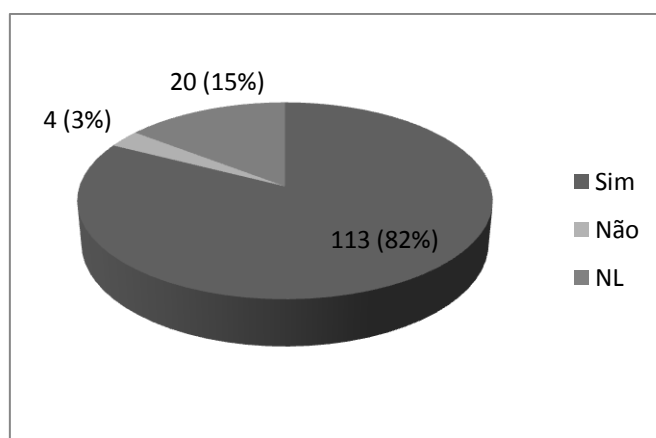


Gráfico 22 – Distribuição da amostra segundo a resposta à questão: “É sempre informado pela enfermeira da data da próxima vacina?”

De acordo com a análise do Gráfico 23 podemos constatar que 77% (105) da população da amostra refere nunca ter deixado de vacinar o filho por ele se encontrar doente, 3% (4) afirmam que já o fizeram e 20% (28) não se lembram.

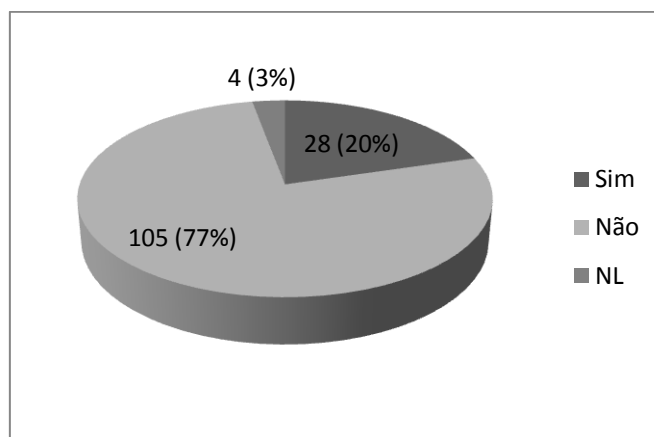


Gráfico 23 – Distribuição da amostra segundo a resposta à questão: “Alguma vez não vacinou o seu filho porque ele estava doente?”

Na análise do Gráfico 24 observa-se que 42% (57) dos indivíduos da nossa amostra não se sentem incomodados pelo comportamento do filho durante o ato vacinal, 44% (60) sentem-se incomodados e 14% (20) são indiferentes.

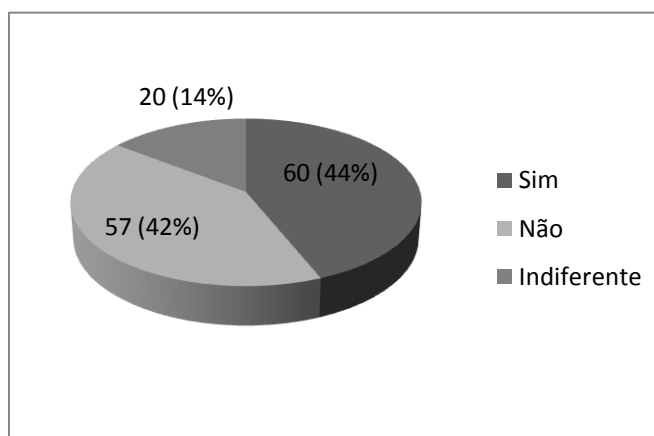


Gráfico 24 – Distribuição da amostra segundo a resposta à questão: “Sente-se incomodado com o comportamento do filho?”

Os resultados observados no Gráfico 25 revelam que 82% (112) dos pais consideram que as vacinas não provocam doença, ao contrário de 14% (20) dos pais que pensam que sim e 4% (5) que desconhecem.

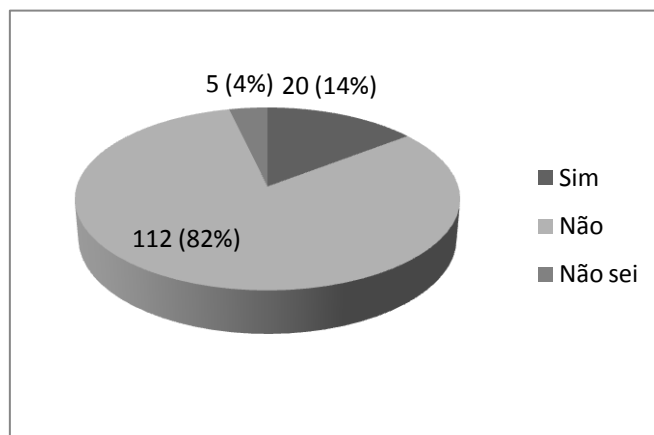


Gráfico 25- Distribuição da amostra segundo a resposta à questão: “A vacina pode provocar alguma doença ao seu filho?”

Na amostra 55,5% (76) dos pais negam a existência de qualquer episódio de reação adversa à vacina e 3,6% (5) referem não se lembrar. Mas 40,9% (56) dos pais referem por ordem decrescente as seguintes reações adversas: febre, edema local, diarreia, prostração, vômito, choro e dor.

Tabela 20- Reação adversa à vacina

Reação adversa	N	%
Sim	56	40,9
Febre	30	
Edema no local da picada	15	
Diarreia	4	
Prostração	3	
Vômito	1	
Choro	1	
Dor	1	
Não	76	55,5
Não me lembro	5	3,6
Total	137	100

2.3. Grupos focais

Para a recolha dos dados foi também utilizada a técnica dos grupos focais (*focus groups*) ou grupos de discussão centrados num tema.

Grupo focal é uma técnica de investigação que permite a obtenção de informações de natureza qualitativa, a partir da realização de sessões de discussão com grupos de participantes que possuam características comuns. A técnica de grupo focal permite a identificação e o levantamento de opiniões que refletem o grupo, num período de tempo relativamente curto (as reuniões duram cerca de uma hora e meia) (Fern, 2001; Morgan, 2001; Krueger e Casey, 2000).

O grupo focal envolve um reduzido número de pessoas, com características específicas (de 4 a 12 pessoas, embora este critério não seja rígido), que discute sobre um determinado tema que lhes é proposto pelo moderador (Fern, 2001; Morgan, 2001; Krueger e Casey, 2000). O principal objetivo do grupo focal é explorar experiências pessoais, crenças, atitudes e sentimentos subjacentes a um determinado comportamento. Esta técnica é considerada bastante útil para compreender conceitos, padrões de vocabulário e pensamento de uma determinada população inserida num contexto social (Barbour e Kitzinger, 1999; Goldman e Schmalz, 2001; Hollander, 2004; Rich e Ginsburg, 1999). Por outro lado, permite também aceder aos modelos cognitivos, emocionais e sociais dos participantes, mas também aos processos de produção desses significados, perceções, atitudes e ações que os envolvem (Hydeet *al.*, 2005; Morgan, 2001). Estudos anteriores têm demonstrado que esta técnica permite obter informação não apenas sobre o comportamento individual, mas também sobre os fatores sociais, culturais e políticos que o influenciam (Dias *et al.*, 2002; Goldman e Schmalz, 2001; Hollander, 2004; Krueger e Casey, 2000).

Uma das vantagens desta técnica resulta da interação que se estabelece entre os participantes (Kidd e Parshall, 2000; Warr, 2005). A dinâmica do grupo pode ativar respostas e proporcionar tomadas de consciência relativamente às experiências e crenças com elas relacionadas, permitindo que questões que não foram antecipadas pelos investigadores sejam colocadas, o que não aconteceria se a discussão fosse guiada apenas pelas hipóteses e interpretações do investigador (Rich e Ginsburg, 1999).

Os grupos focais têm sido utilizados no contexto das ciências sociais e da saúde. No campo da promoção da saúde e prevenção da doença, esta técnica pode ser um meio eficaz para se chegar às significações, aos sistemas de crenças ou perspetivas que estão subjacentes à adoção ou não de determinado comportamento, sendo particularmente eficaz na identificação

de obstáculos que impedem ou desencorajam os indivíduos a aderir a comportamentos saudáveis (Green e Thorogood, 2004; Linhorst, 2002).

A utilização deste método de recolha de dados está relacionada com a intenção de melhor compreender as múltiplas variáveis que contribuem para os complexos, e muitas vezes contraditórios, significados de crenças, atitudes, estilos de vida perante a prática da vacinação individual e em relação aos filhos, construídos num contexto de elementos sociais, económicos e culturais que caracterizam a realidade específica em queos indivíduos estão inseridos.

Os aspetos do planeamento e condução dos grupos focais são relevantes para salvaguardar e maximizar a qualidade dos dados recolhidos (Goldman e Schmalz, 2001; Hyde *et al.*, 2005; Krueger e Casey, 2000; Morgan, 2001; Patton, 2002). Neste sentido, é importante assinalar que a condução dos grupos focais, realizados nesta investigação, levou em conta os seguintes critérios:

1. O número de participantes dos grupos focais é variável (geralmente, entre 4 a 12), dependendo do objetivo com que o grupo é constituído (Morgan, 2001). Foram constituídos dois grupos focais, com uma sessão para cada.
2. O papel da moderação é essencial para suscitar, de forma neutra, o debate e encorajar os participantes a expressarem livremente as suas opiniões a respeito dos temas apresentados. O moderador deverá criar condições de empatia e saber despertar a confiança dos participantes, quer em si próprio, quer no processo e na utilização correta dos resultados. O papel do moderador é essencialmente o de ser facilitador do processo, mantendo a discussão dentro do previsto, focalizando o grupo no tema, quando preciso, e obtendo a maior quantidade e qualidade possível de informação (Morgan, 2001). A moderação neste estudo foi realizada pela investigadora, após a obtenção do consentimento informado.
3. A escolha de um ambiente acolhedor, confortável e convidativo à participação ativa é fundamental para o sucesso da técnica. Os grupos focais decorreram em locais de familiaridade das participantes (sala de convívio no centro comunitário do bairro de Santa Marta e sala de aula no colégio atlântico), com condições acústicas adequadas e com a possibilidade das participantes e a moderadora se sentassem em círculo, de forma a favorecer a dinâmica de grupo.

2.3.1. Meio

O Bairro de Santa Marta apresenta 132 alojamentos com poucas condições de saneamento básico e a população é constituída por 260 indivíduos (Censos, 2011), sobretudo cabo-verdianos e santomenses (CMS, 2012). Não foram fornecidos dados sobre a cobertura vacinal. O colégio Atlântico, situado em Pinhal de Frades (Seixal) com valências desde o berçário ao terceiro ciclo é frequentado por crianças de um estrato social médio ou médio-alto, residentes em zonas não carenciadas.

2.3.2. Amostra

No estudo qualitativo foi utilizada uma amostra de conveniência, constituída, no total, por 14mães. A informação foi recolhida através da realização de dois grupos focais, pais de bairros não carenciados (n=8) e pais do bairro carenciado de Santa Marta (n=6).

A escolha das participantes nos grupos focais tomou em consideração os critérios de inclusão da amostra:

- Pais de crianças até aos 13 anos de idade (idade da ultima administração de vacina na infância);
- Disponibilidade e vontade em participar na investigação.

O processo de seleção das participantes procurou seguir a regra de maximizar a diversidade da amostra, de forma a proporcionar a heterogeneidade de opiniões. Face à natureza do tema em estudo, a opção metodológica relativa ao número de participantes teve em conta a necessidade de que todas as participantes pudessem emitir as suas opiniões a respeito da temática tratada.

2.3.3. Instrumento de recolha de dados

Para a recolha de dados foram utilizados o guião para a condução dos grupos focais (Anexo 6) e o questionário individual (Anexo 7).

1) Guião para a condução dos grupos focais

A realização dos grupos focais foi precedida de uma fase de preparação dos tópicos a analisar e das questões a serem exploradas na discussão. Na sua condução foi utilizado um guião semi-estruturado que tinha como propósito contemplar a diversidade de aspetos que se

pretendia focar, dar um quadro referencial ao desenvolvimento da discussão e organizar a recolha de informação, não impondo nenhuma estrutura rígida.

2) *Questionário individual*

Utilizado para a caracterização da amostra inclui questões sociodemográficas (idade, naturalidade, escolaridade, situação profissional), questões relativas à saúde reprodutiva (número de filhos e idades) e ao cumprimento do PNV (sim ou não).

2.3.4. Procedimentos

O estudo foi apresentado à direção do Centro comunitário de Santa Marta e à direção do colégio Atlântico. A estas entidades foi solicitada colaboração na sinalização de potenciais participantes no estudo, tendo em conta os critérios de inclusão da amostra. No bairro de Santa Marta a investigadora e a equipa do centro comunitário andaram de porta em porta, contataram os possíveis candidatos (mães, por estarem em casa na altura) e a investigadora apresentou de forma sumária o estudo, ficando com o contato telefónico No colégio Atlântico os potenciais candidatos foram abordados pela direção (a maioria mães), que forneceu o contato telefónico dos interessados.

Em seguida, contactou-se telefonicamente os 20 pais interessados e, após confirmação dos critérios de inclusão, foram informados sobre as questões logísticas subjacentes à realização dos grupos (local, horário, etc.). Apenas 14 participantes, todas do género feminino foram incluídas no estudo.

Os grupos focais realizaram-se em Abril e Julho de 2013.

Cada sessão durou em média uma hora e foram registadas em áudio, após consentimento das participantes, de forma a maximizar a recolha de dados e permitir a transcrição integral das discussões realizadas, para posterior análise.

No início das sessões, todas as participantes foram devidamente informadas sobre os objetivos gerais da investigação, a forma como iria ser conduzida a reunião e o procedimento para recolha de dados. As participantes tinham liberdade para desistir a qualquer momento (Anexo 8). Após a sessão, as participantes preencheram o questionário de caracterização sociodemográfico.

2.3.5. Tratamento e análise de dados

No final de cada sessão foram registadas dúvidas e observações consideradas relevantes acerca da dinâmica e das interações dos participantes. Posteriormente procedeu-se à transcrição integral das discussões dos grupos, garantindo a uniformização das transcrições.

A análise dos resultados obtidos seguiu o procedimento comum da análise de conteúdo utilizada na metodologia qualitativa (Bardin, 2009).

Bardin (2009) define a análise de conteúdo como um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam a discursos, num constante esforço de desocultação e interpretação do discurso.

Segundo o mesmo autor, “A análise de conteúdo é uma técnica de investigação que tem por finalidade a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação.” A análise de conteúdo é uma construção que tem como ponto de partida a realidade concreta dos sujeitos, assim como a sua história. Para a sua realização, decorrem três fases diferentes: a pré-análise (em que se organiza o material empírico, afim de sistematizar as ideias iniciais e criar as categorias de análise), a exploração do material (em que, após a definição das categorias de análise, são realizadas as operações de busca e separação do material empírico) e, por fim, a fase de tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação (em que os «materiais brutos» são tratados de maneira a serem significativos e válidos aos interesses da investigação realizada). Assim, as questões teóricas previamente definidas foram analisadas em conjunto com os tópicos gerais explícitos nas conversas, de forma a elaborar os primeiros itens para análise. Selecionaram-se depois as questões de maior significado, definiram-se categorias que foram ajustadas à medida que se prosseguia a análise dos dados e, em seguida, procedeu-se à sua codificação. Analisaram-se as opiniões sobre os vários temas, tendo em conta os consensos gerados nos grupos e as contribuições individuais. As diferentes respostas foram agrupadas em categorias discursivas, de acordo com a regularidade com que determinados elementos apareceram e se repetiram nas discussões. Foram comparadas as discussões dentro de cada grupo e, posteriormente, as discussões no conjunto total, tendo em conta as diferenças dos grupos.

2.3.6. Resultados

Caraterísticas sociodemográficas

Participaram neste estudo 14 mães, oito mães não carenciadas (com filhos no colégio Atlântico) e seis mães carenciadas (residentes no bairro de Santa Marta), doravante designadas por participantes do colégio e participantes do bairro respetivamente.

As participantes têm idades compreendidas entre os 29 e os 47 anos. Sendo as médias de idades de 35,1 anos (d.p.=4,45) para as primeiras e de 36,8 anos (d.p.=6,08) para as segundas. Relativamente à distribuição da amostra por grupo etário, pode-se constatar que a maioria das participantes de ambos os grupos se encontra entre os 29 e os 39 anos (Tabela 21).

Tabela 21 – Distribuição por grupo etário das participantes

Grupo etário	Colégio	Bairro	Total
29-39	7	5	12
40-49	1	1	2
Total	8	6	14

Relativamente ao nível de escolaridade, todas as participantes do colégio referiram possuir um nível de escolaridade igual ou superior ao 3º ciclo, enquanto, excetuando uma, as participantes do bairro têm nível de escolaridade inferior ou igual ao 3º ciclo (Tabela 22).

Tabela 22 – Distribuição por nível de escolaridade das participantes

Escolaridade	Colégio	Bairro	Total
1º ciclo	-	1	1
2º ciclo	-	3	3
3º ciclo	1	1	2
Secundário	3	1	4
Licenciatura	4	-	4
Total	8	6	14

Em relação à naturalidade, constata-se que as participantes do colégio nasceram em Portugal, excepto uma que é natural de Angola, enquanto as participantes do bairro são

naturais de vários países: Cabo-Verde (n=2); Portugal (n=2); São Tomé (n=1); e Guiné-Bissau (n=1).

Em relação à situação profissional, duas moradoras do bairro são domésticas, uma estudante e as outras têm profissões como: ajudante de cozinha; auxiliar de educação e empregada de balcão. As participantes do colégio têm várias profissões que são: administrativa; auxiliar de educação; educadora de infância; gestora de vendas; padeira e professora (Tabela 23).

Tabela 23 – Distribuição das participantes por atividade profissional

Atividade profissional	Colégio	Bairro	Total
Administrativa	1	-	1
Ajudante de cozinha	-	1	1
Auxiliar de educação	1	-	1
Doméstica	-	2	2
Educadora	2	-	2
Empregada de balcão	-	1	1
Estudante	-	1	1
Gestora de vendas	1	-	1
Militar	1	-	1
Padeira	1	-	1
Professora	1	-	1
Total	8	6	14

O número de filhos por mãe varia entre um a quatro, tendo as mães do colégio em média 1,1 filhos (d.p.=0) e as do bairro 2,7 filhos (d.p.=1,03). Cinco das participantes do bairro têm dois ou mais filhos, enquanto sete das mães no colégio têm um filho e apenas uma tem dois filhos. No colégio todos os filhos têm idade \leq a 13 anos e no bairro 4 dos filhos têm \geq 16 anos. A média de idades dos filhos com idade \leq a 13 anos no colégio é de 5,9 anos (d.p.=4,13) e no bairro é de 6,8 anos (d.p.=4,57) (Tabela 24).

Tabela 24 – Nº de filhos das participantes

Nº filhos	Colégio	Bairro	Total
1	7	1	8
2	1	1	2
> 2	-	4	4
Total	8	6	14

Em ambos os grupos todas as participantes cumprem o PNV dos filhos e todas tinham a vacina contra o tétano em dia, exceto uma em cada grupo.

Análise da discussão entre as participantes do grupo focal

Após a realização das sessões nos dias 30 de Abril de 2013 (no Colégio Atlântico) e 30 de Julho de 2013 (no bairro de Santa Marta) foram passadas a escrito e procedeu-se à leitura das mesmas, procurando assinalar e extrair unidades de registo correspondentes às temáticas em estudo. O discurso das participantes foi estruturado em três dimensões:

1. Temática de vacinação;
2. Dúvidas em relação à vacinação;
3. Estratégia para aumentar/manter a adesão à vacinação.

Apenas a 1ª dimensão, temática sobre a vacinação, foi dividida em quatro categorias.

Descreve-se em seguida as dimensões ou categorias conforme o caso (Tabela 25) e em cada uma destas são apresentados extratos dos discursos, de forma a ilustrar os significados atribuídos pelas participantes. São ainda destacadas as convergências e divergências existentes nos discursos dos dois grupos de participantes (mães no colégio Atlântico e mães no Bairro de Santa Marta).

Tabela 25 - Temáticas de vacinação

Dimensão	Categorias
Vacinação	Conhecimento sobre Plano Nacional de Vacinação
	Conhecimentos e atitudes sobre a vacinação
	Adesão e não adesão à vacinação
	Conhecimento sobre vacinas para os viajantes

Nesta dimensão são analisados os discursos dos participantes relacionados com o conhecimento sobre plano nacional de vacinação, conhecimentos e atitudes sobre a vacinação, adesão e não adesão à vacinação e ainda vacinas para viajantes.

Conhecimento sobre Plano Nacional de Vacinação

De um modo geral, todas as participadas têm ouvido falar da existência do PNV, embora sem grande especificação sobre o tema e surge principalmente associado à prevenção de doenças:

- “Eu tinha conhecimento do plano, mas não sei quantas doenças é que engloba, nunca contei”. (Participante do colégio)
- “Para mim [PNV] eu acho que é essencial, para prevenir certas doenças”. (Participante do bairro)

Constata-se em ambos os grupos o conhecimento sobre a existência de vacinas, fora do PNV, embora não saibam especificar quais:

- “(...) em relação às vacinas que não estão no PNV, o pediatra ou o MF também alertam e naturalmente a pessoa toma a sua opção”. (Participante do colégio)
- “(...) existem outras vacinas que não estão no PNV, que deviam ser dadas e não são (...)”. (Participante do bairro)

No entanto, enquanto as mães do colégio deram pelo menos uma das vacinas extra-PNV aos seus filhos, nenhuma das mães do bairro o fizeram, embora todas concordem que essas vacinas são caras:

- “A minha pediatra aconselhou a dar 3 doses [Prevenar®], porque podia ser um bocadinho guerra de laboratório”. (Participante no colégio)
- “Os meus filhos só levaram as do centro saúde”. (Participante no bairro)
- “(...) além de que é muito cara...eu lembro-me de quando o meu filho nasceu, tinha acabado de sair (Prevenar ®)(...)”. (Participante no colégio)
- “(...) existem outras vacinas que não estão no PNV, que deviam ser dadas e não são, porque não há dinheiro, são caras”. (Participante no bairro)

Conhecimentos e atitudes sobre a vacinação

As mães especificaram a ação das vacinas da seguinte forma:

- “As pessoas acham que a vacina é a doença... a vacina é um vírus... é um vírus bom que vai lutar contra o mau”. (Participante do bairro)
- “A vacina impede que a doença ataque o nosso organismo”. (Participante do bairro)
- “A vacina é um produto que aumenta as defesas do nosso corpo”. (Participante do colégio)

Consideram ainda que a vacinação é essencial e que têm responsabilidade neste processo:

- “(...) para a prevenção das infeções, tudo o que podemos fazer para ajudar(...)”.(Participante do colégio)
- “É da nossa responsabilidade ter a vacinação em dia”. (Participante no colégio)
- “Nós procuramos cumprir (...) mas nas consultas de rotina também alertam”. (Participante do colégio)
- “(...) a vacina (...) é essencial, para prevenir certas doenças (...)”. (Participante do bairro)

Em relação às mães do colégio, a maioria refere receber orientações por parte do pediatra. A maioria das mães do bairro recebe orientação da enfermeira no centro saúde, salientando o facto de estas informações serem não só sobre as vacinas em si administradas, mas também sobre os cuidados a ter, as possíveis reações adversas e a data da toma seguinte:

- “Em relação às vacinas (...) o pediatra ou o MF também alertam e naturalmente a pessoa toma a sua opção”. (Participante do colégio)
- “A única que eu não dei na altura foi a da gripe, porque o pediatra também tinha duvidas (...)”. (Participante do colégio)
- “A minha pediatra aconselhou a vacina (...)”. (Participante do colégio)
- “Graças a Deus não tenho problemas nos Centros de Saúde (...) não tenho razões de queixa, elas têm sempre o cuidado de explicar, isto é para isto. Têm sempre paciência de explicar. Tenho de dar uma delas [vacinas] à minha filha de 13 anos e elas explicaram”. (Participante do bairro)

Os participantes de ambos os grupos não têm dúvidas sobre a necessidade de cumprirem o PNV da própria ou dos seus filhos:

- “Somos bem mandadas [vacinas propostas] (...)”. (Participante do colégio)
- “Tomei vacinas na gravidez (...) mas não lembro de quais...as que a enfermeira mandou”. (Participante do bairro)

A generalidade das mães de ambos os grupos refere não se lembrar do nome da última vacina administrada aos filhos:

- “A minha filha fez agora há pouco tempo e não sei quais foram as vacinas”. (Participante do colégio)
- “A enfermeira explicou (...) mas já não lembro”. (Participante do bairro)

Nenhuma das participantes fez referência a ocorrência de reações adversas após vacinarem os filhos. No entanto, a maioria refere ter medo da ocorrência destas reações. Apenas duas mães do colégio reportaram reação adversa ligeira [edema local] após receberem a vacina contra o tétano:

- “Não, não houve [em relação ao filho] ”. (Participante do colégio)
- “Correu tudo bem [em relação ao filho] ”. (Participante do bairro)
- “Eu fui contactada pelo CS, porque tive um caso na família [Gripe A] (...) tive medo, mas vi o meu familiar tão mal (...) receio dos efeitos secundários...mas ela [em relação à filha] não teve nenhuns”. (Participante do colégio)
- “A minha [em relação à filha] já levou a 2ª dose [Gardasil®] há mais de 6 meses (...) falaram nas consequências (...) e tive medo de lhe dar a 3ª dose”. (Participante do bairro)
- “Doeu durante uma semana [vacina tétano] ”. (Participante do colégio)
- “Parecia que estava mesmo duro no sítio da picada [vacina tétano] ”. (Participante do colégio)

Adesão e não adesão à vacinação

Todas as mães aderem ao PNV dos filhos, embora com algum atraso por parte de algumas mães do bairro de Santa Marta:

- “Tenho a vacinação dos meus filhos atualizada”. (Participante do colégio)
- “Comigo posso não ser tão cuidadosa, mas com as crianças basicamente está sempre certo (...) tenho todas em dia (...) comigo posso falhar (...) vou fazer sempre no centro saúde, à data certa (...), uma vez ou outra já falhei, por desleixo, com a minha filha mais velha, falhei 2 vacinas e depois teve que levar quatro sofreu tanto, obviamente a enfermeira ficou muito chateada, porque teve que levar tantas e era muito pequena e desde aí tento ser mais cuidadosa (...) e tenho esse cuidado”. (Participante do bairro)
- “Uma vez ou outra já me esqueci de vacinar a minha filha (...) tenho o trabalho, os filhos, a lida da casa (...)”.(Participante do bairro)

A maioria das participantes de ambos os grupos desconhecia a não obrigatoriedade do cumprimento do PNV:

- “Não sabia que não era obrigatório, mas tem a ver com a responsabilidade civil”. (Participante do colégio)
- “Vi uma entrevista de uma atriz que nunca deu vacinas ao filho agora com 11 anos (...) achei estranho”. (Participante do colégio)
- “Não?! Mas devia ser, para prevenir doenças”. (Participante no bairro)

Quando confrontadas com a não adesão à vacinação de alguns pais por medo das reações adversas, foi unânime o desacordo das mães participantes em ambos os grupos e algumas argumentaram da seguinte forma:

- “Também tem a ver com a médica que nos orienta”. (Participante no colégio)
- “Faleceu uma criança após levar uma vacina e depois na autópsia viram que nada tinha a ver com a vacina”. (Participante do colégio)
- “São egoístas”.(Participante do bairro)
- “Mas se fosse assim ninguém fazia”.(Participante do bairro)

Conhecimento sobre vacinas para os viajantes

Em relação ao conhecimento sobre vacinas para os viajantes, algumas mães falaram sobre vacinas que ainda não existem e apenas uma falou numa das vacinas, a vacina contra a cólera. No entanto, quando foram nomeadas as vacinas mais preconizadas para os viajantes, a maioria revelava já ter ouvido falar:

- “São as vacinas que levamos quando vamos para o estrangeiro”. (Participante do colégio)
- “Alguns países exigem vacinas específicas, como Angola”. (Participante do colégio)
- “Há países que exigem vacina específica, como Angola”. (Participante do colégio)
- “O meu marido acha que levou a vacina do dengue”. (Participante do colégio)
- “Sei que existe a vacina contra a cólera”. (Participante do colégio)
- “Já viajei, levei vacinas, mas não me lembro”. (Participante do bairro)
- “Já ouvi falar na vacina do paludismo”. (Participante do bairro)

Dúvidas em relação à temática da vacinação

Dúvidas apresentadas:

- “Qual a idade de administração e o nº de doses em relação ao Gardasil®?” (Participante no colégio)
- “Após os 45 anos [Gardasil®], é só para quem nunca teve filhos?” (Participante no colégio)
- “O Gardasil® não se devia dar mais cedo, já que o início da vida sexual dá-se cada vez mais cedo?” (Participante no bairro)
- “Quais as consequências da vacina contra o cancro do colo do útero?” (Participante no bairro)
- “Qual a eficácia da vacina da varicela?” (Participante no colégio)
- “Quais as doses da Prevenar ®?” (Participante no colégio)
- “A vacina da meningite pertence ao PNV?” (Participante no colégio)
- “Quem nunca teve gripe, deve tomar a vacina?” (Participante no colégio)
- “Antigamente não havia uma vacina oral?” (Participante no colégio)
- “O Ben-U-Ron® deve-se dar antes ou depois da vacina?” (Participante no colégio)

- “Como é que as vacinas previnem as doenças?” (Participante no bairro)

Estratégias para aumentar/manter a adesão à vacinação

Apesar de ambos os grupos terem revelado alguma dificuldade em responder à solicitação de estratégias para aumentar/manter a adesão à vacinação, as sugestões aqui apresentadas apontam aspetos importantes:

- Mais iniciativas deste tipo para informar a população. (Participante do colégio)
- Manter os alertas dados pelos médicos de família ou pediatras. (Participante do colégio)
- Falar mais sobre isto na televisão. (Participante do bairro)
- Explicarem, para as pessoas não terem medo de tomar a vacina. (Participante do bairro)
- Não ter hora para a vacinação. (Participante do bairro)

2.4. Sessão de educação para a saúde

O conceito de Promoção de Saúde vem evoluindo ao longo das últimas décadas e tem sido objeto de diversas conferências internacionais. A promoção da saúde tem sido descrita como novo e promissor paradigma na saúde. Defende a participação comunitária como peça fundamental do planeamento e avaliação dos serviços. (Ayres, 2004). É“(…) o processo que permite às pessoas aumentar o controle sobre sua saúde e seus determinantes, mobilizando-se (individual e coletivamente) para melhorar a sua saúde. É uma função central da saúde pública e contribui para o trabalho de enfrentar as doenças transmissíveis e não transmissíveis, além de outras ameaças à saúde.” (Sexta Conferência Global de Promoção da Saúde em Bangkok, 2005). Após as conferências internacionais de Ottawa, Adelaide, Sundsvall, Bogotá e Jacarta, as sessões de educação para a saúde passaram a ser amplamente estimuladas, sendo entendidas como o incentivo à utilização das capacidades e conhecimentos das pessoas, à adoção de estilos de vida saudáveis e à mudança de comportamento (Fonseca, 2000).

2.4.1. Meio

A sessão de educação para a saúde foi realizada no bairro da Cucena. Por questões de logística alheias à investigadora não foi possível a realização da sessão de educação para a saúde no bairro da Quinta da Princesa.

2.4.2. Amostra

Para a Sessão de Educação para a Saúde, a amostra foi de conveniência, ou seja, o critério de inclusão foi para toda a população adulta do bairro da Cucena, disponível e com vontade de participar. Teve a participação de 10 moradores.

O Processo de divulgação da sessão procurou reunir indivíduos de várias naturalidades, de forma a proporcionar um ambiente multicultural tendo como objetivo não só a promoção da saúde e a capacitação dos indivíduos na temática da vacinação, mas também de compreender - através de relatos pessoais - a forma como os indivíduos entendem a prevenção de doenças infecciosas e ainda analisar os seus comportamentos em termos das suas práticas em relação à vacinação.

2.4.3. Instrumento de recolha de dados

A Sessão de Educação para a Saúde foi precedida de uma fase de preparação dos temas a apresentar, resumidos de forma simples, didática e atrativa em Powerpoint. Os temas apresentados foram: *PNV* e o *Tétano* (Anexo 9).

No fim da sessão foi aplicado um *Questionário individual* (Anexo 10) para caracterização da amostra que inclui questões para caracterização sociodemográficas (idade, naturalidade, escolaridade, situação profissional), questões relativas ao cumprimento da vacina contra o tétano (sim ou não), dúvidas sobre a vacinação e sugestões para futuras iniciativas.

2.4.4. Procedimentos

Aquando da realização dos questionários nos bairros da Cucena e no bairro da Quinta da Princesa foi questionada a pertinência e o interesse da população na realização de uma sessão de educação para a saúde.

O estudo foi apresentado à UCC e ao Centro Comunitário do bairro da Cucena. A estas entidades foi solicitada colaboração na divulgação da sessão. A divulgação foi feita através de panfletos distribuídos à população no Centro Comunitário, colocação de cartazes nas portas de entrada dos edifícios pela investigadora e oralmente à população que no dia da sessão se encontrava na rua.

A sessão realizou-se no dia 22 de Julho 2013, contou com a presença de 10 participantes e teve uma duração de 30 minutos (Anexo 11).

Essa sessão foi registada em vídeo, após consentimento prévio dos participantes, para posterior análise das questões colocadas (Anexo 12).

Após a sessão foi aplicado um questionário por entrevista que tinha como objetivo a caracterização da amostra.

2.4.5. Tratamento e análise de dados

Posteriormente procedeu-se à transcrição das questões levantadas durante a sessão e a análise do conteúdo dos questionários.

2.4.6. Resultados

Caraterização sociodemográfica

Participaram na Sessão de Educação para a Saúde 10 moradores. Oito moradores do género feminino e 2 moradores do género masculino. As idades dos participantes encontram-se compreendidas entre os 35 e os 79 anos. A média de idades dos participantes é de 50,6 anos (d.p.=17,72). Relativamente à distribuição da amostra por grupo etário, pode-se constatar que a maioria das participantes de ambos os grupos se encontra entre os 30 e os 39 anos (Tabela 26).

Tabela 26 – Distribuição por género e grupo etário dos participantes

Grupo etário	Homens	Mulheres	Total
30-39	-	4	4
40-49	1	1	2
50-59	-	1	1
60-69	1	-	1
70-79	-	2	2
Total	2	8	10

Relativamente ao nível de escolaridade, cinco dos participantes referem possuir o 2º ciclo de escolaridade (Tabela 27).

Tabela 27 – Distribuição por nível de escolaridade dos participantes

Escolaridade	Homens	Mulheres	Total
1º ciclo	-	1	1
2º ciclo	2	3	5
3º ciclo	-	2	2
Não sabe ler nem escrever	-	2	2
Total	2	8	10

Em relação à naturalidade, oito dos participantes nasceram em Cabo-Verde, um em Angola e uma em Portugal (Tabela 28).

Tabela 28 – Naturalidades dos participantes

Naturalidade	Homens	Mulheres	Total
Portuguesa	-	1	1
Cabo-verdiana	-	8	8
Angolana	1	-	1
Total	1	9	10

Em relação à situação profissional, três encontram-se desempregados e quatro com empregos precários (Tabela 29).

Tabela 29 – Distribuição dos participantes por atividade profissional

Atividade profissional	Homens	Mulheres	Total
Empregada Doméstica	-	2	2
Empregada de Limpeza	-	2	2
Nunca trabalhou		2	2
Desempregado	1	2	3
Aposentado	1	-	1
Total	2	8	10

Análise das dúvidas e sugestões para futuras iniciativas dos participantes da Sessão de Educação para a Saúde

Durante a sessão foram colocadas algumas questões e/ou afirmações na sequência da apresentação, expostas em seguida:

1. Como atuam as vacinas no nosso corpo?
2. Desde que vacinei contra o tétano [há mais de 10 anos] fiquei com borbulhas pelo corpo.
3. Como sabem quantas doses da vacina do tétano a pessoa deve fazer, quando a pessoa não tem a vacina em dia?
4. Como se faz a prevenção do paludismo?
5. Quais as vacinas que as grávidas podem tomar?

Com a aplicação dos questionários por entrevista nenhum dos participantes levantou dúvidas ou deu sugestões para iniciativas futuras.

2.5. Questionário aplicado aos profissionais de saúde da UCC e da USF Santo Condestável

Aos profissionais de saúde compete divulgar o PNV e motivar as famílias a cumprir o plano.

A formação e permanente atualização de todos os que trabalham na área da vacinação são fundamentais e deve ser uma preocupação constante dos serviços de saúde adoptarem estratégias para vacinar os grupos vulneráveis, nomeadamente através da identificação e aproximação a grupos com menor acessibilidade aos serviços de saúde.

A ação das estruturas locais de saúde com intervenção a nível dos bairros carenciados é fundamental para elevar as taxas de cobertura vacinal dessas comunidades.

É assim fundamental pensar em estratégias de promoção da vacinação e adaptá-las a cada comunidade. Esta função também compete aos profissionais de saúde que trabalham na área da vacinação.

2.5.1. Amostra

Profissionais da equipa de intervenção comunitária da UCC e da Unidade de Saúde Familiar (USF) Santo Condestável, local de trabalho da investigadora. Num total de seis profissionais de saúde, duas enfermeiras e quatro médicas.

2.5.2. Instrumento de recolha de dados

Para a recolha da informação foi utilizado um Questionário aplicado por via eletrónica. (Anexo 13)

O questionário incluiu uma questão sobre sugestões para estratégias de promoção de vacinação nos bairros carentes e entre os pais.

2.5.3. Procedimentos

O questionário foi enviado por correio eletrónico a 10 enfermeiros (três da UCC e 7 da USF Santo Condestável), a oito médicos da USF, a uma psicóloga do Centro Comunitária de Santa Marta, ao animador cultural e à técnica administrativa do Centro Comunitário do Bairro da Cucena e ao coordenador de ação social da Santa Casa da Misericórdia.

2.5.4. Tratamento e análise de dados

Posteriormente procedeu-se à listagem das sugestões dadas.

2.5.5. Resultados

Obtiveram-se seis respostas.

Enfermeira Coordenadora da UCC:

1. A não existência de oportunidades perdidas ao nível da vacinação;
2. Promover a literacia em saúde sobre a vacinação (indivíduos, famílias e grupos);
3. Monitorização do PNV e assegurar a informação sobre o estado vacinal;
4. Assegurar que as famílias identificadas nos bairros têm a vacinação atualizada, capacitando-as para a responsabilização no processo da adesão à vacinação;
5. Visitação domiciliária a situações de risco.

Enfermeira da USF:

1. Maior divulgação da necessidade da vacina contra o tétano ao longo da vida através de informação nos meios de comunicação social (tal como se faz com a gripe);

2. Permitir um maior acesso à vacinação (neste momento as USF só podem vacinar os inscritos e assim perdem-se oportunidades de vacinação, principalmente de adultos);
6. Melhoria das redes de informação (muitas vacinas pela medicina do trabalho, não temos acesso aos dados, com subvalorização da taxa de vacinação).

Médica 1:

1. Pais: divulgação no Boletim Individual de Saúde da importância da vacinação e em spot televisivo/rádio, falar por exemplo na reincidência do sarampo em parte por falta de cobertura vacinal;
2. População em geral e pais: convocatória pelos centros de saúde, divulgação/promoção da importância de manter o PNV em dia, por exemplo nas juntas de freguesia;
3. Saúde escolar em articulação com a saúde pública assinalar aos pais e aos centros de saúde respetivos quais as crianças com o PNV em atraso.

Médica 2:

1. Falar na gravidade da não adesão e no impacto na população e no ressurgimento do sarampo com as modernices da não vacinação;
2. Promover a vacinação nos locais de grandes ajuntamentos, tipo unidades móveis como as para doar sangue, jardins e centros de dia;
3. Promover a vacinação na escola.

Médica 3:

1. Incluir Boletim de vacinas nos papéis necessários às matrículas escolares;
2. Ensinar diversas disciplinas a partir do tema (português e línguas estrangeiras a partir de textos que promovam a vacinação e nas idades mais precoces, desenho sobre vacinação, antecedido de conversa sobre os riscos da não vacinação e dos benefícios desta).

Médica 4:

1. Durante o seguimento da gravidez divulgar os benefícios da vacinação não só para a grávida como para o recém-nascido (a nova vaga de não vacinar as crianças está a aumentar);
2. Promover a vacinação contra o tétano nos clubes desportivos (federados ou amadores), na medicina do trabalho, nas IPSS's com responsabilidade na vigilância da saúde de pessoas, nas Juntas de Freguesia, centros de dia, lares de idosos e instituições de acolhimento de crianças e adultos.

2.6. Estratégias atuais de promoção de vacinação na equipa da Unidade de Saúde Móvel e dos Centros Comunitários que trabalham nos bairros

Os resultados foram obtidos, após varias reuniões com a equipa de intervenção da UCC, com os técnicos dos Centros Comunitários e com visitas ao terreno, acompanhando o trabalho da equipa.

A UCC do Seixal tem a missão de contribuir para o melhoramento do estado de saúde da população da sua área de abrangência. Desenvolve atividades no âmbito da educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de saúde. É composta pela equipa de intervenção na comunitária que atua fundamentalmente a nível de famílias e grupos vulneráveis e de risco na comunidade e que assegura o desenvolvimento de projetos e programas que integram o plano de ação, nomeadamente o *“Projeto de intervenção comunitária com recurso a Unidade Saúde Móvel de Saúde”* iniciado em 2004. A equipa deste projeto percorre com regularidade os bairros carenciados do Concelho do Seixal. Esta unidade de saúde móvel atua à segunda-feira de manhã na Quinta do Cabral/Bairro da Boa Hora, terça-feira à tarde no Bairro de Vale de Chicharos, à quarta-feira de manhã no Bairro 1.º de Maio, quinta-feira de manhã no Bairro da Cucena, quinta-feira à tarde no bairro da Quinta da Princesa e futuramente no Bairro de Santa Marta em Corroios. A carrinha foi disponibilizada pela Direção-Geral de Saúde ao Hospital Garcia de Orta, no âmbito do programa Saúde XXI e no quadro da parceria com a Câmara Municipal do Seixal.

A equipa tem também como objetivos a promoção e a atualização do PNV e a realização de sessões de educação para a saúde nesse âmbito.

O Centro Comunitário do Bairro da Cucena foi inaugurado a 4 de Junho de 2005, com a gestão a cargo da Santa Casa de Misericórdia. Têm com objetivo trabalhar em parceria com todas as instituições locais e com os vários projetos, nomeadamente com a Unidade de Saúde Móvel, apoiando na divulgação de iniciativas de promoção e nas sessões de educação para a saúde, nomeadamente na área da vacinação.

O coordenador da Ação Social da Santa Casa da Misericórdia do Seixal explicou que o Centro Comunitário da Cucena é composto por: "... uma área de carácter mais polivalente onde vão funcionar ações de sensibilização dirigidas à comunidade em geral e, uma terceira área dedicada à infância onde vai haver um espaço de ATL para crianças dos 3 aos 6 anos e outro dos 6 aos 10 anos...".

No espaço de ATL também são realizadas ações de sensibilização aos pais, na promoção da saúde, nomeadamente na área da vacinação.

No Bairro de Santa Marta do Pinhal, Freguesia de Corroios, a Santa Casa de Misericórdia desenvolve um projeto comunitário de apoio a um núcleo de famílias de imigrantes dos PALOP, que residem no bairro em situação de grande precariedade.

A equipa da Unidade de Saúde Móvel iniciou em simultâneo a este estudo, o diagnóstico de saúde da população do bairro no bairro de Santa Marta.

O Centro Comunitário do bairro de Santa Marta, com gestão da Santa Casa da Misericórdia, tem um espaço de ATL para crianças dos 3 aos 6 anos e uma área para ações de sensibilização dirigidas à comunidade em geral.

3. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Terminada a fase de exposição dos resultados obtidos, dá-se início à fase de reflexão e de análise crítica dos mesmos. Assim, neste capítulo pretende-se relacionar os resultados obtidos com a revisão da literatura para chegar às respostas das questões de investigação, atingindo assim os objetivos definidos.

O enquadramento teórico desenvolvido para a abordagem do tema reveste-se de extrema importância e permite a fundamentação teórica necessária à contextualização dos resultados obtidos no final da investigação.

Respondendo ao objetivo: *“Caracterizar as estratégias atuais de promoção de vacinação na equipa da Unidade de Saúde Móvel e dos Centros Comunitários que trabalham nos bairros”*, salientam-se as seguintes conclusões:

A divisão de desenvolvimento em saúde da Câmara Municipal do Seixal na sua avaliação do projeto considerou que: “Numa avaliação de impacto qualitativa, verificou-se que este projeto gerou importantes ganhos, designadamente ao nível da saúde das pessoas (observável através da melhoria dos indicadores de saúde); nas dinâmicas sociais (através da criação de novas redes e da consolidação das já existentes); e na vertente interpessoal (através do desenvolvimento de competências pessoais e sociais determinantes em qualquer processo de promoção da saúde). Em termos quantitativos, no ano de 2011, foram atendidos na unidade móvel de saúde 3392 indivíduos, com especial incidência das camadas mais jovens da população.”

Os Centros Comunitários têm com objetivo trabalhar em parceria com todas as instituições locais e com os vários projetos, nomeadamente com a Unidade de Saúde Móvel, apoiando na divulgação de iniciativas de promoção e nas sessões de educação para a saúde, como a vacinação.

Respondendo ao objetivo - *“Caracterizar conhecimentos e atitudes da população adulta de bairros carenciados do Concelho do Seixal sobre a vacinação”*, salientam-se as seguintes conclusões:

Embora 70,8% (218) dos indivíduos da amostra já tenham ouvido falar da Unidade de Saúde Móvel, a maior percentagem costuma resolver os problemas de saúde (78,6%; 242), nomeadamente a questão da vacinação (76%; 234) no centro de saúde. A equipa de intervenção da Unidade de Saúde Móvel tem, também, como objetivos encaminhar e incentivar a população a dirigir-se ao centro de saúde. O horário de trabalho da Unidade de

Saúde Móvel coincide com o horário laboral, dificultando geralmente o contacto com a população.

Para responder à questão sobre as necessidades das vacinas os indivíduos da amostra utilizam vários sinónimos. O termo mais utilizado foi “proteger das doenças” (24,6%; 79), seguido de “evitar doenças” (18,2%; 56) e “prevenir doenças” (14,3%; 44). Estes termos não estão longe da definição dada pelo Portal da Saúde à população acerca da vacinação: “As vacinas são o meio mais eficaz e seguro de proteção contra certas doenças”. De salientar, no entanto, que estes indivíduos usam sempre o termo “doenças” e não “certas doenças” e em nenhuma das vezes falaram em doenças infecciosas. O que pode revelar alguma falta de informação acerca da etiologia das doenças englobadas no PNV.

Cerca de 64,3% (198) dos indivíduos da amostra afirmam que os enfermeiros e os médicos se preocupam em explicar o papel da vacinação. Os profissionais de saúde são considerados como intervenientes e facilitadores da relação que a comunidade detém com os serviços de saúde, nomeadamente com os cuidados primários e são ainda os principais vetores no processo de vacinação. Em relação á explicação dada pelo profissional de saúde antes da vacinação, 24,7% (76) dos indivíduos afirmam que não lhes foi explicado, o que pode sugerir necessidade de um melhor aproveitamento desta relação de proximidade para expor os benefícios da vacinação aos utentes. De acordo com o PNV (2012) “aos profissionais de saúde compete divulgar o programa, motivar as famílias (...)”.

Aproximadamente 77,9% (240) dos indivíduos têm medo da injeção, pelo medo da picada. De acordo com a UK Anxiety Disorders Charity, o medo de injeção é frequente, podendo-se transformar em fobia (medo persistente, intenso e irracional) em 3,5% a 10% dos indivíduos. Embora este estudo não tenha aprofundado a intensidade do medo e as implicações no ato de vacinação, este problema pode sugerir a necessidade deste tema ser abordado pelos profissionais de saúde no seu dia-a-dia, nas sessões de educação para a saúde e num próximo trabalho de investigação.

Cerca de 74,7% (230) do total da amostra concordam com a obrigatoriedade da vacinação (38,1%;103), justificam com os ganhos em saúde, utilizando os termos “proteger”, “prevenir” ou “evitar” doenças. Cerca de 5,2% (14) consideram que deve ser uma decisão pessoal. Segundo o Decreto-Lei nº 44198 de 20-02-1962, que ainda não foi revogado, é obrigatória a vacinação contra o tétano e a difteria de todos os indivíduos domiciliados no país e nenhum indivíduo poderá frequentar ou fazer exame em qualquer estabelecimento de ensino ou ser admitido em qualquer cargo de função pública sem que por certificado médico

ou atestado da respetiva unidade de saúde prove que se encontra devidamente vacinado contra o tétano.

Grande parte (62,2%, 192) dos indivíduos do total da amostra considera que uma pessoa vacinada protege quem está à sua volta, enquanto os restantes indivíduos consideram que a proteção é individual. A imunidade de grupo, só é possível com cobertura vacinal muito elevada, e é variável consoante a doença. No caso do tétano, em que a proteção é individual, apenas uma cobertura vacinal de 100% evitaria o aparecimento de casos (PNV, 2012). Estes aspetos devem ser salientados nas sessões de promoção de vacinação de modo a motivar a população a co-participar na divulgação do PNV.

Embora 87,7% (270) dos indivíduos diga que já ouviu falar na vacina contra o tétano, 76,3% (235) não sabem o esquema vacinal no adulto. Conclui-se que as estratégias de divulgação do PNV devem ser continuadas no tempo e através de iniciativas variadas, não sendo suficiente a promoção da vacinação num ambiente fechado, como o centro de saúde, mas também junto das comunidades. Os indivíduos com a vacina contra o tétano em dia representam 64% (196) da amostra, valores não muito diferentes dos disponíveis pela UCC (adultos com PNV atualizado no bairro da Cucena são 75% e no bairro da Quinta da Princesa são 64%) no 1º semestre de 2012. Dos indivíduos que não têm a vacina contra o tétano atualizado, 42,6% (29) não sabem justificar e os outros 57,4% referem preguiça e a não ida ao centro de saúde. Segundo o PNV (2012), “aos profissionais de saúde compete (...) aproveitar todas as oportunidades para vacinar as pessoas suscetíveis, nomeadamente através da identificação e aproximação a grupos com menor acessibilidade aos serviços de saúde”. Deve-se ainda incentivar cada membro da família a trazer os outros elementos ao centro de saúde.

Dos 33% (17) de indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos que não têm a vacina contra gripe em dia, 58,8% (10) apresentaram como argumentos o não precisarem ou o não apanharem a doença, além da preguiça e em anos anteriores terem tido mal estar após a vacinação, o que está de acordo com o estudo ECOS (Em Casa Observamos Saúde - INSA, 2013) e com a prática clínica da investigadora. No entanto, a DGS com o intuito de aumentar a taxa de vacinação para, pelo menos, 60%, desde 2012 colocou disponível nos centros de saúde a vacina contra a gripe gratuita para pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, não necessitando de receita médica ou guia de tratamento. É preciso saber explicar com argumentos válidos e baseados na evidência científica que embora, as vacinas não estejam 100% livres de risco, estes são menores que as complicações das doenças que podem prevenir.

Apenas 29,9% (43) dos indivíduos do total da amostra mencionam uma ou mais vacinas do viajante, em 34,5% (20) das vezes referem a vacina contra a malária e em 13,8% (8) a vacina contra o dengue. Este aspeto revela uma lacuna de conhecimento neste tema específico e está de acordo com os estudos referidos no capítulo “Viajantes e vacinação”. Estes resultados reforçam a necessidade de sessões de educação para a saúde, nesta população, tendo em conta os 59,4% (183) de imigrantes africanos com viagens frequentes para os países de origem.

Cerca de 43% (60) dos 140 indivíduos da amostra que viajaram para África não foram aconselhados pelo médico ou enfermeiro a ir a uma consulta do viajante. Dos 76 indivíduos aconselhados 56 foram vacinados e 20 não foram vacinados antes de viajar. A ter concretizado a realização das consultas no âmbito da saúde do viajante nos 54% (76) dos indivíduos da amostra e em comparação com os estudos mencionados acima no capítulo “Viajantes e vacinação”, o valor encontrado está acima do estudo conhecimentos, atitudes e praticas realizado no aeroporto Jonh Kennedy (36% procuraram aconselhamento de saúde do viajante) e abaixo do realizado no aeroporto de Johannesburg, com 86% a procurarem aconselhamento de saúde pré-viagem.

A percentagem de vacinação pré-viagem na amostra estudada encontra-se acima da expectativa da investigadora. As vacinas administradas mais frequentemente mencionadas são: contra a febre amarela (37,5%; 12) e contra o tétano (31,5%; 10). Dados que estão de acordo com as diretrizes da OMS e do PNV. A referência a vacinas contra a malária, varíola e tuberculose, sugere falta de informação acerca deste tema por parte da população da amostra.

No total 51% (158) não ouviram falar do PNV, o que mais uma vez revela necessidade de aprendizagem sobre o tema.

O facto de 65,1% (150) dos indivíduos da amostra referirem os profissionais de saúde (médico de família e enfermeiros) como a principal fonte de informação sobre o tema de vacinação reforça o papel desses profissionais na divulgação do PNV.

Cerca de 76% (234) dos indivíduos da amostra aceitariam participar em sessões de esclarecimento e apenas 12,3% (38) referiram ter dúvidas, tais como: vacinas em geral e vacinas dos viajantes.

Respondendo ao objetivo – “*Caracterizar conhecimentos e atitudes dos pais de bairros carenciados do Concelho do Seixal face a problemática da vacinação*”, salientam-se as seguintes conclusões:

Em relação ao local de vacinação tal com os pais a maior percentagem dos filhos, 82,5% (113) é habitualmente vacinado no centro saúde. Nesta amostra todos os pais referem ter a vacinação dos filhos em dia, independentemente do número de filhos, à exceção de um pai que não vive com a filha. Este aspeto está de acordo com a subdiretora-geral da Saúde que refere que “este fenómeno de moda de não vacinar, em Portugal tem uma dimensão pequena...” E ao contrário do que vem no estudo “Parents With Doubts About Vaccines: Which Vaccines and Reasons Why” apresentado no capítulo “Pais e vacinação” neste estudo as famílias numerosas têm a vacinação em dia.

Cerca de 78% (107) dos pais ficaram esclarecidos em relação às vacinas que foram administradas aos filhos na última vacinação, 9% (12) não ficaram esclarecidos e 13% (18) não se lembram. Destes últimos, seis levaram os filhos à vacinação menos de um ano antes do início do nosso estudo e dois apenas uns dias antes. Ao contrário do estudo realizado numa unidade básica de saúde do município de Juazeiro do Norte, no estado de Ceará, no Brasil, citado acima no capítulo “*Pais e vacinação*”, a maioria dos pais desta amostra, 78% (107), referem ter sido esclarecidos acerca das vacinas administradas aos filhos. Também em relação à data da próxima vacina, 82% (113) dos pais da amostra foram informados, o que revela uma boa prática clínica dos profissionais de saúde em causa. Estes resultados reforçam que os profissionais de saúde dos cuidados primários são fundamentais na vigilância e na promoção da saúde. Devem ser considerados intervenientes e facilitadores da relação que a comunidade detém com os serviços de saúde e o principal vetor para expor os benefícios da vacinação aos pais com filhos menores.

Apenas 3% (4) dos pais da amostra afirmaram que já deixaram de vacinar os filhos por se encontrarem doentes, o que vai de encontro com as orientações da PNV, revisto nos capítulos acima, intitulados “*Segurança das vacinas*” e “*Plano Nacional de Vacinação*” que conclui que na prática diária dos serviços, não se devem perder oportunidades de vacinação, nomeadamente aquando de doença ligeira aguda, com ou sem febre (exemplo: infeção respiratória, diarreia).

Não existe diferença significativa entre pais que ficam (44%; 60) ou não (42%; 57) incomodados com o comportamento do filho durante o ato vacinal. De acordo com a prática clínica da investigadora, a envolvência dos pais e o uso de brinquedo terapêutico no ato vacinal poder contornar este incómodo dos progenitores.

Cerca de 14% (20) dos pais consideram que as vacinas provocam algum tipo de doença aos filhos. As vacinas não estão 100% isentas de risco, mas os riscos da vacinação são

menores que as complicações das doenças que devem ser prevenidas. Embora para alguns pais possa ser preocupante, o sistema imunitário do recém-nascido tem capacidade para responder à invasão por antigénios veiculados pela vacina (PNV, 2012).

Na amostra, 40,9% (56) dos pais referiram por ordem decrescente as seguintes reações adversas: febre, edema, diarreia, prostração, vômito, choro e dor. O que está de acordo com o previsto no PNV.

Respondendo ao objetivo – *“Comparar conhecimentos e atitudes de pais de filhos a frequentar um infantário de um bairro carenciado com pais não carenciados com filhos a frequentar um colégio privado”*, salientam-se as seguintes conclusões:

De um modo geral, o grupo de mães que não vivem em bairro carenciado (mães com os filhos no colégio Atlântico) e de mães que vivem em bairro carenciado (bairro de Santa Marta), apresentam conhecimentos e atitudes sobre a vacinação muito semelhantes. As diferenças entre os dois grupos são as seguintes: todos os filhos do grupo de mães do colégio fizeram a vacina contra o *Streptococcus pneumoniae* e/ou vacina contra o rotavírus, enquanto as outras crianças não o fizeram; grupo de mães com filhos no colégio usaram mais vezes o termo prevenção de infeções e as mães do bairro usaram mais vezes o termo prevenção de doenças; a maioria das mães com filhos no colégio receberam orientações em relação à vacinação através do pediatra, enquanto as mães do bairro receberam orientações por parte da enfermeira do centro saúde.

Os resultados podem indicar que o baixo poder económico das mães do bairro limitam a adesão às vacinas extra-plano e a consulta com o pediatra.

Deve-se ter em conta o desconhecimento em relação à etiologia das doenças abordadas pelo PNV por parte das mães, para futuras iniciativas de promoção da vacinação.

Respondendo ao objetivo – *“Reavaliar as necessidades de aprendizagem após a sessão de educação para a saúde”*, salientam-se as seguintes conclusões:

De acordo com as questões e/ou afirmações levantadas durante a sessão de educação para a saúde, a investigadora propõe para futuras sessões e nas orientações dadas pelos profissionais de saúde, ter em conta estes aspetos: mecanismo de ação das vacinas; reações adversas das vacinas, nomeadamente da vacina contra o tétano; esquema vacinal da vacina contra o tétano; vacinas que as grávidas podem fazer; e as medidas preventivas contra a malária.

Respondendo ao objetivo – “*Propor estratégias de intervenção adaptadas à população carenciada em estudo*”, salientam-se as seguintes conclusões:

De acordo com os resultados do estudo desta população, e principalmente pela baixa adesão à sessão de educação para a saúde, pode-se concluir que esta não é a única estratégia para se chegar a estas comunidades. Iniciativas na rua, como por exemplo o contacto direto com as pessoas, distribuição de folhetos educativos, aproveitar as comemorações locais para pequenas intervenções informativas ou realizar peças de teatro com crianças, podem ser também indicadas, devendo ser validados em futuros trabalhos de investigação.

A manutenção das estratégias adotadas pela equipa da Unidade de Saúde Móvel é outra medida benéfica.

Para a vacinação, as fontes de informação em que a população mais confia são os médicos de família, os enfermeiros e os pediatras (INSA, 2013; DGS, 2012).

É importante o envolvimento dos profissionais de saúde no reforço das taxas de cobertura vacinal, especificamente junto de agregados populacionais mais vulneráveis (com baixas coberturas vacinais ou com reduzido acesso aos serviços de saúde).

Os profissionais de saúde são a verdadeira linha da frente para a promoção do PNV, com acesso direto a pais/educadores.

É importante garantir formação e permanente atualização de todos os que trabalham na área da vacinação, por parte dos serviços de saúde.

As intervenções devem ser adequadas às necessidades específicas das populações, através da realização do diagnóstico da comunidade em termos dos seus indicadores de saúde. Em seguida menciona-se várias outras estratégias de divulgação do PNV.

Maior concertação entre os diferentes sectores, público e privado, incluído as IPSS e a sociedade civil, incluindo as associações de imigrantes e de grupos vulneráveis, disponibilizando e facilitando o acesso aos serviços de saúde, com vista à promoção das medidas de promoção da vacinação e aumento de adesão.

É necessária uma maior diversidade de utilização de meios audiovisuais para a transmissão de informação.

Convidar artistas/músicos para a promoção da vacinação, de forma a chegar a camadas mais jovens.

Organizar atividades de lazer que incluam temas sobre a vacinação.

Utilizar uma diversidade maior de locais (centros comunitários, escolas, instituições de acolhimentos, locais de trabalho, centros comerciais, jardins, associações de moradores e

prisões) para a transmissão de informação, por pessoas treinadas para o efeito ou por profissionais de saúde.

Alcançar maior diversidade de grupos populacionais (crianças, adolescentes, grávidas, pais; idosos) para a divulgação de informação de promoção da vacinação.

Dinamizar o Programa Nacional de Saúde Escolar, reforçando os benefícios da atualização do calendário vacinal entre os estudantes.

Sendo a prevenção uma estratégia de longo prazo, a promoção da vacinação não se esgota nas ideias mencionadas acima. Elas vão surgindo e adaptando-se às comunidades de cada Unidade de Saúde.

Outro importante aspeto é a necessidade de atuar ao nível dos determinantes sociais para reduzir os riscos e melhorar a saúde das populações, como por exemplo: pobreza, desemprego, educação, padrões culturais, questões de género, falta de coesão social e de redes de apoio e o reduzido acesso aos serviços de saúde.

A literatura científica sugere que é necessário combinar intervenções multisectoriais que incluam o aumento das redes de suporte destas comunidades, e que permitam uma maior sustentabilidade, de forma a obter ganhos reais em saúde.

Com base nos resultados obtidos torna-se evidente a necessidade de adoptar um modelo social de saúde positiva, centrado nas necessidades dos indivíduos e da população, e adaptado às suas especificidades. Isto implica uma abertura à comunidade, permitindo o seu envolvimento no que respeita ao processo de saúde-doença.

Auscultar a opinião das comunidades imigrantes e das minorias étnicas sobre o planeamento das atividades e programas desenvolvidos na área de vacinação, utilizar os seus recursos específicos e investir em programas de prevenção, informação e desenvolvimento de competências são estratégias que poderão permitir a estas comunidades tornarem-se participantes ativos na melhoria da saúde.

A melhoria do acesso, da utilização dos serviços de saúde e a formação dos profissionais de saúde para que estejam sensibilizados e capacitados para lidarem com a diversidade cultural, que cada vez mais caracteriza os utentes dos serviços de saúde, é fundamental para reduzir a desigualdade entre culturas e classes sociais e pode contribuir para a redução de assimetrias socioculturais, estereótipos e atitudes discriminatórias, traduzindo-se numa maior eficácia dos serviços com efetivos ganhos em saúde para os imigrantes e população em geral.

A preocupação ética deve estar explícita em qualquer estudo de investigação que envolva seres humanos. Tal como referem Streubert e Carpenter (2002) "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".

As conclusões deste trabalho devem ser interpretadas tendo em conta as limitações subjacentes ao estudo.

Na metodologia quantitativa as principais limitações prende-se com a complexidade e abrangência do tema, sendo por isso impossível esgota-las nas dimensões deste estudo, com a realização do questionário em apenas dois bairros carenciados do Concelho do Seixal, com a participação de grupos populacionais distintos (ciganos e africanos) e com o facto de não se ter realizado um estudo analítico.

Na metodologia qualitativa as principais limitações prendem-se com a dinâmica de grupo subjacente aos grupos focais poder inibir a revelação individual de opiniões e experiências. Outra das limitações está relacionada com o facto de se ter utilizado uma amostra intencional e da mostra ser composta apenas por mães.

Na sessão de educação para a saúde as principais limitações foram o número reduzido de participantes e a inexistência de participantes de etnia cigana, grupo que tem elevada representação no bairro da Cucena.

No questionário aplicado aos profissionais de saúde as principais limitações foram a aplicação do questionário a profissionais fora do contexto dos bairros carenciados do Concelho do Seixal, embora a área de abrangência da USF Santo Condestável englobe a população da Avenida de Ceuta e da rua Maria Pia, moradores do antigo Casal Ventoso. Este facto deveu-se a problemas logísticos de obtenção de respostas dos profissionais da UCC do Seixal em tempo útil.

4. BIBLIOGRAFIA

Artigos e livros

1. ABBOTT, M., WONG, S., WILLIAMS, M., AU, M. e YOUNG, W. (2000), «Recent Chinese migrants' health, adjustment to life in New Zealand and primary health care utilisation», in *Disability and Rehabilitation*, 22: 43-56.
2. ACIDI – Alto Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural (2007), Plano para a Integração dos Imigrantes – Resolução do Conselho de Ministros n.º 63-A/2007.
3. ALLISON K., MICHELLE B. e KRISTINE S. (2011) “Vaccine Attitudes, Concerns, and Information Sources Reported by Parents of Young Children”, *Health Styles Survey Pediatrics*.
4. ANDREA L., BENIN M E DARYL J. (2006) “Qualitative Analysis of Mothers' Decision-Making About Vaccines for Infants: The Importance of Trust”, *Pediatrics*.
5. ANGELL S; BEHRENS R. (2005), “Risk assessment and disease prevention in travelers visiting friends and relatives”, *Infectious Disease Clinics of North America*. Elsevier Inc.am 19, p. 49-65.
6. AYRES, J. (2004) “Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. *Ciênc. Saúde coletiva*”, vol.9, n.3.
7. BARDIN, L. (2009) “Análise de conteúdo”, Lisboa: Edições 70 Lda.
8. BRAGA I. (2001), “Assistência, Saúde Pública e Prática Médica em Portugal (séculos XV-XIX)”, Lisboa, Universitária Editora.
9. BRAVEMAN, P. e GRUSKIN, S. (2003), «Poverty, equity, human rights and health», in *Bulletin of the World Health Organization*, 81 (7): 539-545.
10. CARMO H., FERREIRA M. (1998) "Metodologia da Investigação: Guia para auto-aprendizagem", Lisboa, Universidade Aberta.
11. CARNEIRO A., BELO, A., GOUVEIA M., COSTA J, BORGES M. (2011), “Efetividade clínica e análise económica da vacinação preventiva”, *Acta MedPort*; 24: 565-586.
12. CARTA, M., BERNAL, M., HARDOY, M. e HARO-ABAD, J. (2005), «Report on the Mental Health in Europe working group. Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix 1)», in *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1:13.
13. CCHS – Committee on Community Health Services (1997), «Health care for children of immigrant families», in *Pediatrics*, 100 (1): 153-156.
14. DEBORAH A., NATALIE D., ALLISON K. e BEN S. (2008) “Parents With Doubts About Vaccines: Which Vaccines and Reasons Why”, *Pediatrics*.
15. DESTEFANO F., BHASIN T., THOMPSON W., YEARGINALLSOPP B (2004) “Age at first measles-mumps-rubella vaccination in children with autism and school-matched control subjects: a population based study in metropolitan Atlanta”, *Pediatrics*, 113:259-266.
16. DIAS, S., GONÇALVES, A., LUCK, M. e FERNANDES, M. (2004), «Risco de Infecção por VIH/SIDA: Utilização-acesso aos Serviços de Saúde numa comunidade migrante», in *Acta Médica Portuguesa*, II Série, 17 (3): 211-218.
17. DIAS, S., MATOS, M. e GONÇALVES, A. (2002), «Conhecimentos, atitudes e comportamentos face ao VIH numa comunidade migrante – implicações para a intervenção», in *Psicologia, Saúde e Doença*, 3(1): 89-102.
18. DIAS, S., SEVERO, M. e BARROS, H. (2008), «Determinants of health care utilization by immigrants in Portugal», in *BMC Health Services Research*, 8: 207.
19. DORR, S. e FAIST, T. (1997), «Institutional conditions for the integration of immigrants in Welfare states: A comparison of the literature on Germany, France, Great Britain, and Netherlands», in *European Journal of Political Research*, 31 (4): 401-426.

20. ESHIETT, M. e PARRY, H. (2003), «Migrants and health: a cultural dilemma», in *Clinical Medicine*, 3(3): 229-231.
21. FENNELLY, K. (2004), *Listening to the Experts: Provider Recommendations on the Health Needs of Immigrants and Refugees*, Malmo: Malmo University.
22. FERNANDES A., FERNANDES C. A., AMADOR A. E GUIMARÃES F. (2012), “Síndrome da morte súbita do lactente: o que sabem os pais?”, *Acta Pediatr Port* 2012;43(2):59-62.
23. FONGWA, M. (2001), «Exploring quality of care for African Americans», in *Journal of Nursing Care Quality*, 15 (2): 27-49.
24. FORTIN M. (2009) “Fundamentos e etapas no processo de investigação”, Loures, Lusociência.
25. FOWLER, N. (1998), «Providing primary health care to immigrants and refugees: the North Hamilton experience», in *Canadian Medical Association Journal*, 159 (4): 388-391.
26. GOLDSBY R., KINDT T. , OSBORNE B. e KUBY J. (2003) “Immunology” (5th ed.), W. H. Freeman and Company, New York, USA.
27. GONÇALVES, A., DIAS, S., LUCK, M., FERNANDES, J., e CABRAL, J. (2003), «Acesso aos Cuidados de Saúde de Comunidades Migrantes», in *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21 (1): 55-64.
28. GOODYEAR-SMITH F., GRANT C., POOLE T., PETOUSIS-HARRIS H., TURNER N., PERERA R. e HARNDEN A. (2012) “Early connections: effectiveness of a pre-call intervention to improve immunisation coverage and timeliness”, *J Prim Health Care*.
29. HAMER D. e CONNOR B. (2004), “Travel health knowledge, attitudes and practices among United States travelers”, *J Travel Med.*, 11(1):23-6.
30. HANSEN, A. e KRASNIK, A. (2007), «Access to health care for undocumented immigrants: rights and practice», in *Danish Medical Bulletin*, 54: 50-51.
31. JOY LAWN E KATE KERBER (2006) “Oportunidades para os Recém-Nascidos em Africa: dados práticos, políticas e apoio programático aos cuidados de saúde a prestar aos recém-nascidos africanos”, editores. PMNCH,
32. KRIPPENDORF, Jost. *Sociologia do turismo: para uma nova compreensão do lazer e das viagens*. São Paulo: Aleph, 2000.
33. KRUEGER, R. e CASEY, M. (2000), *Focus groups: A practical guide for applied Research* (3rd ed.), Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
34. MAGGI, J. e CATTACIN, S. (2003), “Needed Basic Research in Migration and Health: 2002-2006”, Neuchâtel: SFM.
35. MARTIN G. e, PÉCOUDA. (2013), “Migration, Development and the ‘Migration and Development Nexus’ 19 (4): 369–374.
36. MORGAN, D. (2002), “Focus group interviewing”, Dans J. F. Gubrium & J. A. Holstein (Eds.), *Handbook of interview research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
37. NEALE, A., NGEOW, J., SKULL, S. e BIGGS, B. (2007), «Health services utilization and barriers for settlers from the Horn of Africa», in *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 31 (4): 333-335.
38. OLIVEIRA V., PEDROSA K., MONTEIRO A., BATISTA DOS SANTOS A. (2010), “Vacinação: O fazer da enfermagem e o saber das mães e/ou cuidadores”, *Rev Rene*; vol. 11, Número Especial
39. PEIXOTO A. e TORQUATO R. (2009) “Razões que levam os Pais ao Incumprimento do Esquema Vacinal”, Universidade Atlântica.
40. ROCHA J. e MARTINS, L. (2005), “Medicina do viajante: uma nova área de atuação para o especialista em infectologia”, *Prática Hospitalar*. São Paulo, a. 7, n. 38, p. 121-124.
41. SCHEPPERS, E., DONGEN, E., DEKKER, J., GEERTZEN, J. e DEKKER, J. (2006), «Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review», in *Family Practice*, 23 (3): 325-348.
42. SILVA, M., CALISTO, L., CONRADO, D., SOUZA, J. (2012) “Mães e o processo de vacinação de crianças em unidade básica de saúde”, 1º Simpósio de Saúde da Criança do Cariri.

43. SOURNIA, J. (1995) “História da Medicina”, Lisboa, Instituto Piaget.
44. SUBTIL C. e VIEIRA M (2011) “Os primórdios da organização do Programa Nacional de Vacinação em Portugal”, Rev. Enf. Ref. Ser III n.4 Coimbra.
45. TOOVEY S, JAMIESON A e HOLLOWAY M. (2004) “Travelers' knowledge, attitudes and practices on the prevention of infectious diseases: results from a study at Johannesburg International”, *Airport. J Travel Med.*, 11(1):16-22.
46. VIGARELLO G. (2001) “História das práticas de saúde: A saúde e a doença desde a Idade Média”, Lisboa, Editorial Notícias.

Internet

1. ARSALGARVE. Porque devemos ser vacinados? [acedido em 14-12-2013] Disponível em: http://www.arsalgarve.minsaude.pt/portal/sites/default/files//images/centrodocs/vacinacao/Perguntas_respostas_vacinacao_vf1.pdf.
2. ANXIETY UK. Injection and Needlephobia [acedido em 14-12-2013] Disponível em: <http://www.anxietyuk.org.uk/wp-content/uploads/2010/07/Needle-Phobia-Booklet1.pdf>
3. CÂMARA MUNICIPAL DO SEIXAL [acedido em 19-01-2013] Disponível em: <http://www.cm-seixal.pt/cmseixal.site>.
4. CENTERS OF DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Vaccine safety: FAQs about Hepatitis B Vaccine (Hep B) and Multiple Sclerosis [acedido em 14-07-2013] Disponível em: http://www.cdc.gov/vaccinesafety/Vaccines/multiplesclerosis_and_hep_b.html.
5. CENTERS OF DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Vaccine safety: Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) and Vaccines [acedido em 14-07-2013] Disponível em: <http://www.cdc.gov/vaccinesafety/Concerns/sids.html>.
6. CENTERS OF DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Vaccines and immunizations topics, Basics and common questions, [acedido em 14-12-2013] Disponível em: <http://www.cdc.gov/vaccines/default.htm>.
7. CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS. Declaração de Alma-Ata saúde para todos no ano 2000, Cazaquistão de 12 de Setembro de 1978. [acedido em 05-12-2013] Disponível em: <http://www.cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/.../Declaração-Alma-Ata>.
8. CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE. Declaração de Bogotá, Cazaquistão de 9 a 12 de Novembro de 1992 [acedido em 05-12-2013] Disponível em: http://www.saudeemovimento.com.br/conteudos/conteudo_frame.asp?cod_noticia=201.
9. DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Divisão de Doenças Transmissíveis. Programa Nacional de vacinação 2012. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2012 [acedido em 05-02-2013] Disponível em: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0402011-de-21122011-atualizada-a-26012012-jpg.aspx>
10. DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Programa Nacional de Vacinação (PNV): Introdução da vacina contra infecções por Vírus do Papiloma Humano. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2008 [acedido em 05-02-2013] Disponível em: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/-circular-normativa-n-22dscsdpcd-de-17102008.aspx>.
11. DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Programa Nacional de Vacinação (PNV): Campanha de vacinação contra infecções por Vírus do Papiloma Humano (HPV). Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2008 [acedido em 05-02-2013] Disponível em: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-25dscsdpcd-de-22122008.aspx>.

12. DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Programa Nacional de Vacinação (PNV): Vacina contra a infeção pelo Vírus do Papiloma Humano. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2007 [acedido em 05-02-2013] Disponível em: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circularinformativas/circular-informativa-n-10dir-de-26042007.aspx>
13. DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Introdução da vacina contra infeções por Vírus do Papiloma Humano. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2008 [acedido em 05-02-2013] Disponível em: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/-circular-normativa-n-22dscsdpcd-de-17102008.aspx>.
14. DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Vacinação contra a gripe 2013-2014. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2013 [acedido em 05-02-2013] Disponível em: <http://www.dgs.pt/a-direccao-geral-da-saude/comunicados-e-despachos-do-director-geral/vacinacao-contr-a-gripe-2013-2014.aspx>.
15. DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Época de gripe 2013/2014. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2013 [acedido em 05-02-2013] Disponível em: <http://www.dgs.pt/a-direccao-geral-da-saude/comunicados-e-despachos-do-director-geral/epoca-de-gripe-20132014.aspx>.
16. DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Vou viajar? O que devo fazer? Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2013 [acedido em 07-03-2013] Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i007829.pdf>.
17. DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Programa Nacional de Vacinação (PNV): Semana Europeia da Vacinação. Boletim Vacinação nº 2, abril de 2012 [acedido em 03-03-2013] Disponível em: <http://www.dgs.pt/documentos.../boletim-vacinacao-n-2-abril-de-2012-jpg.asp...>
18. EUROPEAN UNION. *Annual Report on human rights in the world 2012* [acedido em 24-11-2013] Disponível em: http://eeas.europa.eu/top_stories/2013/250613_eu_hr_report_2012_en.htm.
19. FURTADO, C., PEREIRA, J., Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde 2010. Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/08/EA1.pdf>
20. INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. [acedido em 03-03-2013] Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_unid_territorial&menuBOUI=13707095&contexto=ut&selTab=tab3.
21. INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE. Estudo na amostra ECOS: Vacina antigripal da população portuguesa na época 2012-2013, 2013 [acedido em 14-12-2013] Disponível em: http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/1795/1/Relatorio%20VAGS-2012_2013.pdf.
22. IOM – INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION (2011), *Migration Health Report* [acedido em 19-10-2013] Disponível em: <http://www.iom.int/cms/migration-health/report-2011>,
23. IOM – INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION (2011), *WorldMigration 2011* [acedido em 19-10-2013] Disponível em: <http://www.iom.int/cms/en/sites/iom/home/about-migration/world-migration.html>.
24. PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE. Carta de Ottawa de Novembro de 1986. [acedido em 05-12-2013] Disponível em: <http://www.saude>
25. PUBLIC HEALTH ENGLAND. Immunisation against infectious disease: Immunity and how vaccines work: the green book [acedido em 14-12-2013] Disponível em: <https://www.gov.uk/government/publications/immunity-and-how-vaccines-work-the-green-book-chapter-1>.
26. QUARTA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE. Declaração de Jacarta, Indonésia de 21 a 25 de Julho de 1997. Disponível em: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_portuguese.pdf.

27. QUINTA CONFERÊNCIA SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE. Declaração do México de 5 a 9 de Junho de 2000 [acedido em 05-12-2013] Disponível em: http://www.who.in/healthpromotion/conferencesprecious/jakarta/en/hprkar_a_declaration_portuguese.pdf
28. REDE PORTUGUESA CIDADES SAUDÁVEIS [acedido em 14-12-2013] Disponível em: http://redecidadessaudaveis.com/index.php/pt/projetos/seixal/saude_sobre_rodas.
29. SEGUNDA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE. Declaração de Adelaide, Austrália de 5 a 9 de Abril de 1988. Disponível em: <http://www.molar.crb.ucp.pt/cursos/.../2º%20Ano/.../Declarações/3-Adelaide.pdf>.
30. SERVIÇO DE ESTRANGEIROS E FRONTEIRAS. *Relatório de Actividades 2012– Imigração, Fronteiras e Asilo*, Lisboa: Departamento de Planeamento e Formação do SEF. [acedido em 14-12-2013] Disponível em: <http://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa%202012.pdf>.
31. SEXTA CONFERÊNCIA GLOBAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE. Carta de Bangkok para a promoção da saúde em um mundo globalizado de 11 de Agosto de 2005. Disponível em <http://www.bvsde.paho.org/bvsdeps/fulltext/cartabangkokpor.pdf>
32. SPIRA, A. Preparing the traveller. *TheLancet*. vol. 361;1368-81, abril 19,2003. [acedido em 14-10-2013] Disponível em: www.thelancet.com.
33. TERCEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DE SAÚDE. Declaração de Sundsvall, Suécia de 9 a 15 de Junho de 1991. Disponível em <http://>
34. UNIDADE CUIDADOS NA COMUNIDADE. [acedido em 19-01-2013] Disponível em: http://uccseixal.no.comunidades.net/index.php?pagina=1836144056_01.
35. UNITED NATION. [acedido em 03-03-2013] Disponível em: <http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=44692&Cr=vaccin&Cr1=#.UkNLVn9gHBo>.
36. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Bulletin of the World Health Organization*, 2008 [acedido em 14-07-2013] Disponível em: http://www.who.int/pmnch/media/.../oportunidades_port_chap3_9.pdf.
37. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Immunization, Health topics [acedido em 14-12-2013] Disponível em: <http://www.who.int/topics/immunization/en/>.
38. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Programas de vacinação acedido em 14-07-2013] Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/2/07-040089/en/>.

5. ANEXOS

Anexo 1

CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO

VACINAS

À NASCENÇA, vacinar contra:

A Tuberculose – BCG (1 injeção no braço esquerdo)
 A Paralisia infantil ou Póliomielite -VPO (2 gotas na boca)
 A HEPATITE B (1 injeção na coxa direita)

AOS 2 MESES DE IDADE, vacinar contra:

A Difteria, o Tétano, a Tosse Convulsa, a Hepatite B e as infeções por Haemophilus Influenza tipo b – PENTAVALENTE (1 injeção na coxa esquerda)
 A Paralisia infantil ou Póliomielite - VPO (2 gotas na boca)

AOS 4 MESES DE IDADE, vacinar contra:

A Difteria, o Tétano, a Tosse Convulsa, a Hepatite B e as infeções por Haemophilus Influenza tipo b – PENTAVALENTE (1 injeção na coxa esquerda)
 Paralisia infantil ou Póliomielite - VPO (2 gotas na boca)

AOS 6 MESES DE IDADE, vacinar contra:

A Difteria, o Tétano, a Tosse Convulsa, a Hepatite B e as infeções por Haemophilus Influenza tipo b – PENTAVALENTE (1 injeção na coxa esquerda)
 Paralisia infantil ou póliomielite - VPO (2 gotas na boca)

AOS 9 MESES DE IDADE, vacinar contra:

O SARAMPO (1 injeção no braço direito)

AOS 15 MESES DE IDADE, vacinar contra:

A Parotidite (Papeira /Carapaton / Topete), a Rubéola e o Sarampo – TRIPLICE VIRAL (1 injeção no braço direito)

AOS 18 MESES DE IDADE, vacinar contra:

A Difteria, o Tétano, a Tosse Convulsa, a Hepatite B e as infeções por Haemophilus Influenza tipo b – PENTAVALENTE (1 injeção na coxa esquerda)
 A Paralisia infantil ou Póliomielite - VPO (2 gotas na boca)

A vacinação nunca deve ser interrompida; mas se acontecer, não será necessário reiniciar o esquema de vacinação, apenas completá-lo, respeitando o intervalo mínimo entre as doses (8 semanas).

Anexo 2



The complete routine immunisation schedule 2013/14

When to immunise	Diseases protected against	Vaccine given	Immunisation site ¹
Two months old	Diphtheria, tetanus, pertussis (whooping cough), polio and Haemophilus influenzae type b (Hib)	DTaP/IPV/Hib (Pediacel)	Thigh
	Pneumococcal disease	PCV (Prevenar 13)	Thigh
	Rotavirus	Rotavirus (Rotarix)	By mouth
Three months old	Diphtheria, tetanus, pertussis, polio and Hib	DTaP/IPV/Hib (Pediacel)	Thigh
	Meningococcal group C disease (MenC)	Men C (NetsVac-C or Menjugate) ²	Thigh
	Rotavirus	Rotavirus (Rotarix)	By mouth
Four months old	Diphtheria, tetanus, pertussis, polio and Hib	DTaP/IPV/Hib (Pediacel)	Thigh
	Pneumococcal disease	PCV (Prevenar 13)	Thigh
Between 12 and 13 months old – within a month of the first birthday	Hib/MenC	Hib/MenC (Menitorix)	Upper arm/thigh
	Pneumococcal disease	PCV (Prevenar 13)	Upper arm/thigh
	Measles, mumps and rubella (Gorman measles)	MMR (Priorix or MMR VaxPRO) ²	Upper arm/thigh
Two and three years old ³	Influenza ⁴ (from September)	Flu nasal spray (Fluenz) (annual) (if Fluenz unsuitable, use inactivated flu vaccine)	Nostrils Upper arm
Three years four months old or soon after	Diphtheria, tetanus, pertussis and polio	dTaP/IPV (Repevax) or DTaP/IPV (Infanrix-IPV) ²	Upper arm
	Measles, mumps and rubella	MMR (Priorix or MMR VaxPRO) (check first dose has been given) ²	Upper arm
Girls aged 12 to 13 years old	Cervical cancer caused by human papillomavirus types 16 and 18 (and genital warts caused by types 6 and 11)	HPV (Gardasil)	Upper arm
Around 14 years old	Tetanus, diphtheria and polio	Td/IPV (Repevax), and check MMR status	Upper arm
	MenC ⁵	MenC (Meningitec, Menjugate or NetsVac-C) ² ⁶	Upper arm
65 years old	Pneumococcal disease	PPV Pneumococcal polysaccharide vaccine (Pneumovax II)	Upper arm
65 years of age and older	Influenza ⁴	Flu Injection (annual)	Upper arm
70 years old	Shingles (from September)	Shingles (Zostavax)	Upper arm (subcutaneous)

Immunisations for those at risk⁷

At birth, 1 month old, 2 months old and 12 months old	Hepatitis B	Hep B	Thigh
At birth	Tuberculosis	BCG	Upper arm (intra-dermal)
Six months up to two years	Influenza ⁴	Inactivated flu vaccine (annual)	Upper arm/thigh
Two years up to under 65 years	Pneumococcal disease	PPV Pneumococcal polysaccharide vaccine (Pneumovax II)	Upper arm
Over two up to less than 18 years	Influenza ⁴ (from September)	Flu nasal spray (Fluenz) (annual) (if Fluenz unsuitable, use inactivated flu vaccine)	Nostrils Upper arm
18 up to under 65 years	Influenza ⁴	Inactivated flu vaccine (annual)	Upper arm
From 28 weeks of pregnancy ⁸	Pertussis	dTaP/IPV (Repevax)	Upper arm

¹ Where two or more injections are required at once, these should ideally be given in different limbs. Where this is not possible, injections in the same limb should be given 2.5cm apart. For more details see Chapters 4 and 11 in the Green Book. All vaccines are given intramuscularly unless stated otherwise.

² NB Where a vaccine is manufactured by more than one supplier, it may, on occasion be necessary to substitute an alternative brand.

³ This is defined as children aged two or three years (but not four years) on 1 September 2013.

⁴ The vaccine is given prior to the flu season – usually in September and October.

⁵ This vaccination will be introduced during the 2013/14 academic year.

⁶ The vaccine supplied will depend on the brands available at the time of ordering.

⁷ See individual chapters of the Green Book for clinical risk groups.

⁸ See CMD letter of October 2012.

© Crown Copyright 2013. Published by the Department of Health, London, UK.

i mmunisation
The safest way to protect children and adults

immisation Information

Anexo 3



Quinta da Princesa



Mapa do Seixal



Bairro da Cucena



Bairro de Santa Marta

Anexo 4

Questionário

Este questionário está inserido na tese do III Mestrado em Saúde Tropical e tem a colaboração da Unidade de Cuidados na Comunidade de Seixal.

A realização deste questionário tem como objetivo caracterizar conhecimentos, atitudes e práticas sobre a vacinação de grupos carenciados e não carenciados do Concelho do Seixal.

A colaboração dos participantes no preenchimento deste questionário é fundamental para se encontrar estratégias eficazes na manutenção e promoção de comportamentos saudáveis e promotores de saúde.

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

Desde já agradeço a sua disponibilidade.

I

1. Onde costuma resolver os seus problemas de saúde?

- Centro Saúde Carrinha Saúde sobre Rodas Hospital

2. Onde costuma ser vacinado?

- Centro Saúde Carrinha Saúde sobre Rodas Não vacinado

3. O que é para si uma vacina?.....

4. Para que servem as vacinas?.....

5. Acha importante ter as vacinas em dia?

- Sim Não Não sei

6. Acha que os enfermeiros e os médicos se preocupam em explicar porque se devem fazer vacinas?

- Sim Não Não sei

7. Porquê?

8. As vacinas protegem as doenças. Antes de levar a vacina foi-lhe explicado para que servia?.

- Sim Não Não sei

9. Tem medo de ser vacinado.

- Sim Não Não sei

10. Porquê?.....

11. Acha que deve ser obrigatório fazer vacinas?

- Sim Não Não sei

12. Porquê?.....

13. Acha que uma pessoa por estar vacinada protege quem está à sua volta?

- Sim Não Não sei

14. Porquê?.....

15. Já ouviu falar na vacina do tétano?

- Sim Não Não sei

16. Se respondeu sim, tem a vacina do tétano em dia?

- Sim (passe para a pergunta 20) Não Não sei (passe para a pergunta 20)

17. Se respondeu “não”, porquê ainda não foi vacinado?

.....

18. Os adultos fazem a vacina do tétano de quanto em quanto tempo?

19. Fez a vacina da gripe esta época?

Sim Não Não sei

20. Porquê?.....

21. Se respondeu “sim”, quer voltar a ser vacinado contra a gripe na próxima época?

Sim Não Não sei

22. Porquê?.....

23. Já esteve em algum país de África?

Sim Não

24. Já ouviu falar na vacinação para os viajantes?

Sim Não(passe para a pergunta 28) Não sei (passe para a pergunta 28)

25. Se respondeu “sim”, Qual das vacinas ouviu falar?.....

26. Foi a uma consulta com o médico de família ou consulta do viajante antes de viajar?

Sim Não(passe para a pergunta 30) Não sei(passe para a pergunta 30)

27. Se respondeu “sim”. Foi aconselhado pelo médico ou enfermeiro a levar uma vacina porque ia viajar para África?

Sim Não(passe para a pergunta 31) Não sei(passe para a pergunta 31)

28. Se respondeu “sim”, qual (ais) vacina (s)?

29. Quem é que o informou sobre vacinas?

Médico

Enfermeiro

Amigos/família

Escola

Outra. Qual?.....

30. Já ouvir falar no Programa Nacional de Vacinação?

Sim Não Não sei

31. Aceitaria participar em sessões de esclarecimento sobre as vacinas e as doenças que elas protegem?

Sim Não

32. Tem alguma dúvida acerca da vacinação que queira ver desenvolvida numa sessão de esclarecimento?.....

PARA QUEM TEM FILHO(S) OU É CUIDADOR(A) DE CRIANÇA(S) COM IDADE INFERIOR OU IGUAL A 13 ANOS AVANÇAR NAS PERGUNTAS.

33. Qual a relação de parentesco que existe entre si e a criança?

Mãe Pai Outro.....

34. Qual a idade do seu(s) filho(a)?.....

35. O seu filho tem a vacinação em dia?

Sim Não Não sei

36. Se respondeu “não”, porquê?.....

37. Onde costuma levar o seu filho para a vacinação ?

Centro Saúde Carrinha Saúde sobre Rodas Outro

38. Quando foi a ultima vez que levou o seu filho à vacinação?

Há uns dias (até há 1 mês)

Há menos de 1ano

Há mais de 1 ano

Não se lembra

39. Na altura fiquei esclarecido em relação às vacinas que foram dadas ao meu filho.

Sim Não Não me lembro

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

Sim Não Não me lembro

41. Alguma vez não vacinou o seu filho porque ele estava doente?

Sim Não Não me lembro

42. Fica preocupado com a reação do filho à vacina (choro ou gritos)?

Sim Não Indiferente

43. Tem medo que o seu filho fique doente com uma vacina?

Sim Não Não me lembro

44. Porque?.....

45. O seu filho já teve alguma reação à vacina?

Sim (passa para a pergunta 46) Não Não me lembro

46. Se respondeu “sim”, que reação?.....

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

47. Sexo

- Feminino Masculino

48. Idade.....

49. Estado civil

- Solteiro/a
 Casado/a
 Divorciado/a
 Viúvo/a
 União de facto (vive com o companheiro)

50. País onde nasceu.....

51. Está há quanto tempo em Portugal?.....

52. Pertence a que comunidade: Africana Portuguesa Cigana

53. Escolaridade

- Sem instrução
 1º Ciclo (4ª Classe)
 2º Ciclo (5º ao 9º ano)
 3º Ciclo (10º ao 12º)
 Curso Profissional/Tecnológico
 Curso Superior

54. Situação profissional

- Desempregado
 Empregado Profissão.....
 Aposentado/Reformado
 Nunca Trabalhou

Muito Obrigado

Anexo 5

Termo de Consentimento Informado (Questionário)

Título:

“Conhecimentos e atitudes perante a vacinação em grupos carenciados e não carenciados do Concelho de Seixal”

Objetivo de estudo:

O objetivo geral deste estudo consiste na caracterização dos conhecimentos, atitudes e práticas sobre a vacinação da população adulta em geral dos bairros carenciados e dos pais em particular do Concelho do Seixal, a fim de melhorar ou adaptar as estratégias atuais.

Procedimentos:

Vai ser feita uma entrevista a todos os participantes.

Participação:

A sua participação neste estudo é voluntária, poderá desistir em qualquer altura no decorrer do estudo. 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. Não existem riscos por participar no estudo. O Investigador está à disposição para esclarecer qualquer dúvida que surja. A participação no estudo não envolve qualquer tipo de compensação monetária. As suas informações são confidenciais e não precisamos de identificação. Os dados serão tratados estatisticamente. Os resultados deste estudo ajudaram a promover a vacinação no Concelho do seixal. Não sabendo a pessoa ler e escrever, o consentimento será lido e obtido a impressão digital.

Investigadora: Fátima Tavares (967684964)

Investigadora:

Participante:



(Impressão digital)

Anexo 6

Guião para a condução dos grupos focais

Introdução

- Breve introdução ao estudo
- Objetivos da discussão de grupo
- Apresentação dos participantes
- Introdução ao tema com a definição geral do conceito de prevenção de doenças infecciosas e vacinação
- Atividade de «quebra-gelo»

Temáticas de Vacinação

- Conhecimentos sobre o Plano Nacional de Vacinação
- Conhecimentos, atitudes e práticas em relação à vacinação
- Adesão e não adesão à vacinação
- Conhecimento sobre vacinas para os viajantes

Dúvidas em relação à vacinação

Estratégias para aumentar/manter a adesão à vacinação

Anexo 7

Questionário Individual (Grupos Focais)

1. Idade:
2. Naturalidade:
3. Escolaridade:
4. Profissão:
5. Idade do(s) filho(s):
6. Filhos com o plano nacional de vacinação atualizado?
 Sim Não Não sei
7. Tem a vacina do tétano atualizada?
 Sim Não Não sei

Anexo 8

Termo de Consentimento Informado (Grupo Focal)

Título:

“Conhecimentos e atitudes perante a vacinação em grupos carenciados e não carenciados do Concelho de Seixal”.

Objetivo de estudo:

O objetivo geral deste estudo consiste na caracterização dos conhecimentos, atitudes e práticas sobre a vacinação da população adulta em geral dos bairros carenciados e dos pais em particular do concelho do Seixal, a fim de melhorar ou adaptar as estratégias atuais.

Procedimentos:

Vai ser feita uma discussão centrada no tema entre todos os participantes.

Participação:

A sua participação neste estudo é voluntária, poderá desistir em qualquer altura no decorrer do estudo. 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. Não existem riscos por participar no estudo. O Investigador está à disposição para esclarecer qualquer dúvida que surja. A participação no estudo não envolve qualquer tipo de compensação monetária. As suas informações são confidenciais e não precisamos de identificação. Os dados serão tratados estatisticamente. Os resultados deste estudo ajudaram a promover a vacinação no Concelho do seixal. Não sabendo a pessoa ler e escrever, o consentimento será lido e obtido a impressão digital.

Investigadora: Fátima Tavares (967684964)

Investigadora:

Participante:



(Impressão digital)

Anexo 9



VACINAÇÃO

Investigadora: Dra. Fátima Tavares
Orientadora científica: Prof. Dra. Rosa Teodósio

Promotores: Unidade Clínica Tropical/IHMT/UNL
Projecto Saúde sobre Rodas

Anexo 10

Questionário Individual Sessão de Educação para a Saúde

1. Idade:
2. Naturalidade:
3. Escolaridade:
4. Profissão:
5. Tem a vacina do tétano atualizada?

Sim Não

6. Dúvidas sobre a vacinação:

-
-
-

7. Sugestões para futuras iniciativas:

-
-
-

Anexo 11



Anexo 12

Termo de Consentimento Informado (Sessão)

Título:

“Conhecimentos e atitudes perante a vacinação em grupos carenciados e não carenciados do Concelho de Seixal”.

Objetivo de estudo:

O objetivo geral deste estudo consiste na caracterização dos conhecimentos, atitudes e praticas sobre a vacinação da população adulta em geral dos bairros carenciados e dos pais em particular do concelho do Seixal, a fim de melhorar ou adaptar as estratégias atuais.

Procedimentos:

Vai ser feita uma discussão centrada no tema entre todos os participantes.

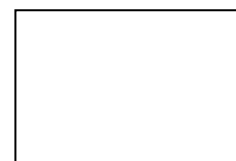
Participação:

A sua participação neste estudo é voluntária, poderá desistir em qualquer altura no decorrer do estudo. 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. Não existem riscos por participar no estudo. O Investigador está à disposição para esclarecer qualquer dúvida que surja. A participação no estudo não envolve qualquer tipo de compensação monetária. As suas informações são confidenciais e não precisamos de identificação. Os dados serão tratados estatisticamente. Os resultados deste estudo ajudaram a promover a vacinação no Concelho do seixal. Não sabendo a pessoa ler e escrever, o consentimento será lido e obtido a impressão digital.

Investigadora: Fátima Tavares (967684964)

Investigadora:

Participante:



(Impressão digital)

Anexo 13

Guião para entrevista semi-estruturada com os Profissionais

Introdução

- Breve introdução ao estudo
- Objetivos da entrevista

Estratégias de promoção de vacinação

-
-
-