



**CATÓLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

**ADESÃO À SEGUNDA DOSE DA VACINAÇÃO COVID-19  
- UM RELATO DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM -**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

Por

Vera Diana da Silva Guedes

Porto – março, 2022





**CATÓLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

**ADESÃO À SEGUNDA DOSE DA VACINAÇÃO COVID-19  
- UM RELATO DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM -**

ADHERENCE TO THE SECOND DOSE OF COVID-19 VACCINATION  
A NURSING INTERVENTION REPORT

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

Por

Vera Diana da Silva Guedes

Sob a orientação do Doutor João Neves Amado

Porto – março, 2022



## RESUMO

O relatório apresentado foi realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (EESCSP), do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa.

Pretende-se descrever, analisar e refletir, por um lado, sobre as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas no âmbito do estágio realizado numa unidade de saúde pública da região norte de Portugal, com foco na atuação sobre a adesão à segunda dose da vacinação contra a COVID-19 e, por outro, sobre o papel da enfermagem na promoção dessa adesão.

Perante um quadro pandémico provocado pela doença COVID-19 e havendo disponível uma nova vacina capaz de minimizar as taxas de morbimortalidade e proteger a sustentabilidade do SNS, revelou-se de extrema importância promover a adesão à vacinação. A vacinação apresenta-se como uma das maiores conquistas da saúde pública, e Portugal apresentou desde sempre uma forte cultura vacinal. Como fator dificultador e com impacto negativo na adesão, encontra-se identificada a pouca informação junto dos utentes sobre uma nova vacina, criada e disponibilizada de uma forma nunca antes verificada.

De acordo com a verificação de registos de saúde, na investigação-ação baseada no planeamento em saúde e através da estatística descritiva, procedeu-se à identificação de 503 utentes que não compareceram à segunda dose de vacinação. Com a intervenção prevista, realizou-se uma análise individual dos casos, percebendo as causas da não comparência e, deste modo, intervir de forma dirigida em cada uma das situações. Dos 428 utentes elegíveis 109 responderam ao questionário realizado via telefone. Desses: 15.6% mencionaram ter dúvidas quanto à importância da vacinação; 29% não aderiu por medo e 29.9% por contraindicação. Dos que não aderiram: 66.7% não aderiu por crenças, referindo não acreditar na doença e 55.6% da população não compareceu por acessibilidade comprometida. A observação dos diagnósticos de enfermagem referentes à adesão à vacinação, foi também realizada nesta população, sendo que dos 428 utentes com a segunda dose da vacina em atraso, 332 tinham o diagnóstico de adesão e 49 o de não adesão.

A perceção de que as dificuldades estariam relacionadas com necessidades de promoção de literacia em saúde, permitiu a construção de uma árvore de apoio à decisão, de forma a orientar o enfermeiro na educação para a saúde de acordo com o foco comprometido. Foi possível criar um instrumento de sistematização de informação, com resultados dinâmicos, que podem nortear a atuação dos enfermeiros nas suas diversas intervenções. Os resultados foram analisados e comparados antes e depois da intervenção, de modo a perceber os ganhos em saúde.

Pelo desgaste e foco na pandemia, a divulgação dos resultados do trabalho realizado durante a investigação foi repensada e melhorada. A partilha de conhecimento passou pela criação de uma newsletter digital, com pequenas formações realizadas em vídeo e difundidas pelas unidades funcionais do ACeS.

No âmbito do desenvolvimento das várias competências dos EESCSP, foram também aprimoradas competências de mestre, procurando trazer novas formas de comunicação, interação e partilha, que possam alavancar a vontade por um melhor Saber.

**Palavras-Chave:** Vacinação, COVID-19, Enfermagem, Adesão, Saúde Pública



## ABSTRACT

The present report was carried out as part of master's Course in Nursing with Specialization in Community Health and Public Health Nursing (EESCSP), of the Institute of Health Sciences of the Universidade Católica Portuguesa.

It is intended to describe, analyze, and reflect, on the one hand, on the activities developed and the competencies acquired in the context of the internship held in a public health unit in the northern region of Portugal, focusing on the action on the participation of the second dose of vaccination against COVID-19 and, on the other, on the role of nursing in promoting this support.

Faced with a pandemic situation caused by COVID-19 and having a new vaccine capable of minimizing morbidity and mortality rates and protecting the sustainability of the health system, it was extremely important to encourage adherence to vaccination. Vaccination presents itself as one of the greatest achievements of Public Health, and Portugal has always presented a strong vaccination culture. As a complicating factor and with a negative impact on vaccination adherence, was identified the scarce level of information about a new vaccine, created and made available in a way never before verified.

According to the verification of health records, in the action research based on health planning and through descriptive statistics, 503 users who did not attend the second vaccination dose were identified. The individual analysis of each of the cases made it possible to understand the causes of the no-show and in this way, it was possible to directly intervene. Of the 428 eligible users, 109 answered the questionnaire over the phone. Of these, 15.6% mentioned having doubts about the importance of vaccination; 29% did not adhere due to fear and 29.9% by contraindication. Of those who did not join: 66.7% did not adhere due to beliefs, stating that they did not believe in the disease and 55.6% of the population did not attend due to compromised accessibility. The observation of nursing diagnoses regarding adherence to vaccination was also carried out in this population, and of the 428 users with the second dose of the vaccine overdue, 332 had the diagnosis of adherence raised and only 49 had the diagnosis of non-adherence.

The perception that the difficulties were mainly related to the low health literacy allowed the construction of a decision support tree, to guide the Nurse in health education according to the committed focus. It was possible to create an instrument for the systematization of information, with dynamic results, which can guide the performance of nurses in their various interventions. The results were analyzed and compared before and after the intervention aiming to understand the health gains.

Due to weariness and focus on the pandemic, the dissemination of the results of the work carried out during the investigation was rethought and improved. The sharing of knowledge was done through the creation of a digital newsletter, training courses in form of online videos and disseminated by the functional units of ACeS.

As part of the development of the various skills of the EESCSP, Master's competences were also improved, seeking to bring new forms of communication, interaction and sharing, which can leverage the desire for a better Knowledge.

**Keywords:** Vaccination, COVID-19, Nursing, Adherence, Health Planning



## PENSAMENTO

*“Sei que, no fim, ganhas tu.  
E na minha rendição encontrarei a vitória que preciso,  
porque essa é a regra do amor.  
Só ganhamos quando nos entregamos.”*

*Santiago, R; Cardoso, M. Ora vê. 2015*



## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço ao Doutor João Amado, por todo o cuidado e profissionalismo nesta minha caminhada, que tantas vezes foi de desorientação, mas esteve sempre presente com sábios conselhos e ensinamentos. Obrigada!

Às minhas Enfermeiras Especialistas Tutoras, por todo o apoio, dedicação, ensino e partilhas pessoais e profissionais ao longo deste percurso. Obrigada!

À minha amiga de caminhada estudantil, pelas lágrimas que me limpou e pelos abraços que me deu. Desculpa ter-te arrastado para esta loucura, mas foste a melhor companheira. Obrigada!

À minha amiga de coração, por nunca me ter deixado desistir, por estar comigo em pensamento e coração, em todas as minhas dificuldades e em todas as vitórias! Obrigada!

A todos os meus colegas (equipa) de trabalho que depositaram em mim a força, confiança e liberdade que eu precisei em muitos momentos. Obrigada!

Ao meu pai e irmãos, em especial à minha terceira irmã, que foi sempre um exemplo de sabedoria, persistência e resiliência. Sem ti, abandonaria muito do bom da minha vida. Obrigada!

À minha mãe, à minha linda mãe, que lá no céu sorri com o meu percurso. Que se fisicamente presente, iria dizer-me, “parabéns minha rica filha”! Mas que nunca me abandonou. Senti-te tantas e tantas vezes ao meu lado. Obrigada, mãe, por tudo o que sou!

Ao meu marido, meu amparo, meu companheiro nesta aventura, neste mar por vezes tempestivo, foste âncora da nossa família e em tantas vezes fomos uma grande dupla! Amo-te!

Aos meus amores, que espero que entendam ao ler este documento, um dia, que foi uma realização pessoal para a mamã, ser mestre e especialista numa profissão com ciência, humanidade, dedicação e amor, e que sempre se culpou pelos minutos que vos roubou. Mas, a tentar ser cada dia melhor, por vocês e para vocês. Foram o melhor presente de Deus!

## LISTA DE SIGLAS e ACRÓNIMOS

ACeS	Agrupamentos de Centros de Saúde
ACSS, I.P.	Administração Central do Sistema de Saúde, Instituto Público
BI-CSP	Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários
CIPE®	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
COVID-19	Coronavirus disease 2019
CVC	Centro de Vacinação Covid
DGS	Direção Geral da Saúde
DRE	Diário da República Eletrónico
EESCSP	Enfermeiro Especialista Saúde Comunitária e Saúde Pública
ERPI	Estrutura Residencial para Idosos
IGRA	Interferon-Gamma Release Assays
INSA	Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
MAIEC	Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial da Saúde
PLS	Perfil Local de Saúde
PNV	Programa Nacional de Vacinação
PNV	Plano Nacional de Vacinação
p.p	Pontos percentuais
RNU	Registo Nacional de Utentes
SAGE	Strategic Advisory Group of Experts on Immunization
SARS-CoV 2	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronovírus 2
SINAVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SNS	Serviço Nacional de Saúde
TB	Tuberculose
UCP	Universidade Católica Portuguesa
UF	Unidade Funcional
USP	Unidade de Saúde Pública
VOC	Variants of Concern



## ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>2. ENQUADRAMENTO DA PROBLEMÁTICA .....</b>	<b>19</b>
2.1. A COVID-19 e a sua Envolvência Mundial e Nacional .....	19
2.2. A Vacinação como Estratégia de Atuação.....	22
<b>3. METODOLOGIA DE PLANEAMENTO EM SAÚDE.....</b>	<b>31</b>
3.1. Diagnóstico de Situação.....	31
3.1.1. Caracterização da População/ Amostra.....	32
3.1.2. Instrumento de Colheita de Dados para o Diagnóstico de Situação .....	34
3.1.3. Apresentação, Análise dos Resultados do Diagnóstico de Situação .....	35
3.2. Resultados do Diagnóstico de Situação .....	39
<b>4. INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA .....</b>	<b>43</b>
4.1. Definição de Prioridades.....	43
4.2. Objetivos Gerais, Específicos e Operacionais .....	44
4.3. Seleção de Estratégias de Intervenção .....	45
4.4. Resultados da Intervenção de Enfermagem.....	49
4.5. Discussão e Avaliação dos Resultados da Intervenção de Enfermagem .....	52
<b>5. EXPERIÊNCIAS ENRIQUECEDORAS NO DECORRER DO ESTÁGIO.....</b>	<b>58</b>
5.1. Divulgação dos Resultados Obtidos no Diagnóstico de Situação sobre “A Violência Contra os Profissionais de Saúde de um ACeS” .....	58
5.2. Organização e Orientação do Programa Nacional de Vacinação .....	59
5.3. Atividade dos EESCSP num Surto de Tuberculose.....	60
5.4. Elaboração de Documentos e Instruções de Trabalho .....	61
<b>6. COMPETÊNCIAS DOS EESCSP E ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS .....</b>	<b>62</b>
<b>7. CONCLUSÃO.....</b>	<b>67</b>

<b>8. BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>69</b>
<b>9. APÊNDICES .....</b>	<b>75</b>
Apêndice I - Inquérito .....	77
Apêndice II - Árvore de Decisão .....	83
Apêndice III – Base de Dados, um instrumento de intervenção .....	95
Apêndice IV – Newsletter –Adesão à Segunda Dose da Vacina COVID-19.....	99
Apêndice V – Instrução de Trabalho .....	107

## ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1 - Relatório de Situação da COVID-19 01.09.2021</i> .....	22
<i>Figura 2 - Número total de pessoas que receberam pelo menos uma dose de vacina, dividido pela população total do país.</i> .....	23
<i>Figura 3 - Plano Nacional de Distribuição e Vacinação, COVID-19</i> .....	24
<i>Figura 4 - Modelo dos "3C"</i> .....	27
<i>Figura 5 - Pirâmide Etária da População do ACeS, janeiro 2022</i> .....	33
<i>Figura 6 - Colheita de IGRA</i> .....	61

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<i>Gráfico 1 - Distribuição de acordo com a Escolaridade (N=109)</i> .....	36
<i>Gráfico 2 - Distribuição dos Infetados com a</i> .....	36
<i>Gráfico 3 - Conhecimento sobre a COVID-19 (N=109)</i> .....	36
<i>Gráfico 4 - Conhecimento sobre a tomada de decisão (N=108)</i> .....	37
<i>Gráfico 5 - Onde procurou informação para apoiar a sua decisão (N=109)</i> .....	37
<i>Gráfico 6 - Motivos da não adesão à segunda dose vacina COVID-19 (N=107)</i> .....	37
<i>Gráfico 7 - Medo, porquê? (N=32)</i> .....	38
<i>Gráfico 8 - Contra-indicação porquê? (N=31)</i> .....	38
<i>Gráfico 9 - Crenças, quais? (N=3)</i> .....	38
<i>Gráfico 10 - Recusa, porquê? (N=7)</i> .....	39
<i>Gráfico 11 - Acessibilidade, porquê? (N=9)</i> .....	39
<i>Gráfico 12 - Observação Inicial da Plataforma Vacinas</i> .....	40
<i>Gráfico 13 - Observação Inicial da Plataforma SClínico</i> .....	40
<i>Gráfico 14 - Observação da plataforma Vacinas Início/Fim</i> .....	49
<i>Gráfico 15 - Observação da Plataforma SClínico Início/ Fim</i> .....	50
<i>Gráfico 16 - Vozes utilizadas nos contatos (N=215)</i> .....	51

## **ÍNDICE DE QUADROS**

<i>Quadro 1 - Objetivos Gerais, Específicos e Operacionais .....</i>	<i>44</i>
<i>Quadro 2 - Indicadores de Processo.....</i>	<i>52</i>
<i>Quadro 3- Indicadores de Resultado.....</i>	<i>53</i>
<i>Quadro 4 – Avaliação dos Indicadores.....</i>	<i>54</i>

## **ÍNDICE DE TABELAS**

<i>Tabela 1 - Observação da Plataforma Vacinas Início/ Fim .....</i>	<i>50</i>
<i>Tabela 2 - Observação da Plataforma SClínico Início/ Fim.....</i>	<i>51</i>
<i>Tabela 3 - Vozes utilizadas nos contactos.....</i>	<i>52</i>

## 1. INTRODUÇÃO

O presente relatório foi desenvolvido no decorrer das atividades inerentes à unidade curricular “Estágio Final e Relatório”, inserido no Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Comunitária e Saúde Pública (EESCSP) do Instituto de Ciências da Saúde do Porto, da Universidade Católica do Portuguesa (UCP).

Decorreu numa Unidade de Saúde Pública (USP) de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) da Administração Regional do Norte, entre os dias 6 de setembro de 2021 e 18 de dezembro de 2021, num total de 400 horas de contacto.

De acordo com o capítulo III, do artigo nº 15, do Decreto-Lei nº74/2006, de 24 de março (1), o grau de mestre confere capacidades de interligar e aplicar conhecimentos, com uma compreensão abrangente de problemas multidisciplinares, no âmbito do ciclo de estudos correspondente. Alicerçado às competências de especialista, permite-nos uma elevada capacidade de análise crítica e reflexiva e, através do planeamento em saúde, a capacitação de grupos e comunidades no sentido da obtenção de ganhos em saúde.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE)

*“... a formação profissional básica, especializada e contínua, privilegie o domínio da qualidade, incorpore nas suas práticas os resultados de estudos e investigações, no sentido do desenvolvimento das competências, aperfeiçoamento das práticas clínicas, intervenção sustentada nas políticas de saúde e na melhoria dos resultados em saúde.” (2).*

Com a elaboração deste relatório, pretende-se contextualizar as atividades desenvolvidas ao longo de 15 semanas, de uma forma sistemática, descritiva e reflexiva sobre os conhecimentos adquiridos e as atividades desenvolvidas, fazendo um paralelismo entre as competências do EESCSP e a atuação efetuada de acordo com o estado da arte.

A escolha do local de estágio foi decidida decorrente de uma proposta pelo responsável do mestrado em Enfermagem do ICS na UCP (Porto), onde foi desenvolvida uma investigação-ação baseada na metodologia de planeamento em saúde. Através de

uma estatística descritiva, foi feito um diagnóstico de situação, e criado um conjunto de ferramentas de apoio à resolução da problemática em causa.

Temos como objetivos para este relatório a descrição, análise e comunicação das atividades desenvolvidas no estágio, compreendendo, refletindo e analisando criticamente os resultados obtidos e as competências adquiridas.

Estruturalmente, o relatório é dividido em seis capítulos. No primeiro fazemos a contextualização da problemática estudada, com fundamentação teórica do tema. No segundo, descrevemos a metodologia de planeamento em saúde, com descrição do diagnóstico de situação. No terceiro, analisamos o método de priorização, os indicadores e avaliação dos resultados. No quarto, a intervenção comunitária no seu núcleo, resultados e discussão. No quinto, são abordadas as diferentes atividades enriquecedoras no percurso formativo e por último (no sexto), uma análise das competências do EESCSP versus as competências adquiridas. As referências bibliográficas foram citadas segundo a norma ISO-690, referência numérica.

## **2. ENQUADRAMENTO DA PROBLEMÁTICA**

Em plena continuidade da pandemia, com o conhecimento já conseguido/desenvolvido e outro tanto por desenvolver, na USP, a adesão à vacinação contra a COVID-19, surge como necessidade emergente na superação da doença, diminuindo a sua capacidade em provocar doença grave. Apesar do tema ser continuamente abordado nos últimos meses, a importância da atuação como enfermeiros precisa de ser documentada e justificada. Assim, iniciamos com uma breve descrição da doença COVID-19 e do benefício da vacinação, expondo de forma crescente o trabalho dos EESCSP na promoção da adesão à vacinação.

### **2.1. A COVID-19 e a sua Envolvência Mundial e Nacional**

A COVID-19, diz respeito à doença provocada pelo SARS-CoV 2, que do inglês se reporta ao Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2, identificado pela primeira vez em 2019. Segundo a classificação internacional de doenças, a Organização Mundial da Saúde (OMS) refere-se à doença em maiúsculas – COVID-19; no entanto, segundo as regras de escrita, deveria ser escrito em minúsculas, pois não se trata de um nome próprio (3).

O primeiro caso de infecção pela doença COVID-19, foi identificado na China, propriamente em Wuhan; e ainda de origem desconhecida, rapidamente disseminou-se aumentando exponencialmente a taxa de incidência. Apesar das rápidas medidas tomadas por alguns países, a globalização em que vivemos tornou a sua propagação célere e pouco “piedosa” (4). Segundo a OMS, citada por Lai et.al., a COVID-19 até fevereiro de 2020, infetou 85.403 pacientes em 57 países diferentes e 2.924 mortes, maioritariamente na China.

A 11 de março, o Diretor Geral da OMS, declara que a COVID-19 atingiu o nível de pandemia, havendo mais de 118 mil casos de infecção em 114 países.

*«níveis alarmantes de propagação e inação». «Os países podem ainda mudar o curso desta pandemia se detetarem, testarem, tratarem, isolarem, rastrearem e mobilizarem as pessoas na resposta.» (5).*

Enquanto pouco se conhecia sobre a doença, as medidas de contenção eram universais, tentando evitar uma das maiores tragédias mundiais da saúde.

Podemos afirmar que tendo por base uma doença, com origem comum, com manifestação mundial semelhante, estávamos perante uma pandemia. A epidemiologia como uma ciência que se dedica ao estudo dos processos saúde-doença, tem um papel de relevo na pandemia covid, descrevendo as condições da saúde da população, investigando os determinantes da atual situação, percebendo e atuando sobre o impacto que a doença tem na sua população, promovendo o seu controlo e propagação e eventualmente a sua erradicação (6).

Em Portugal, e de acordo com o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), responsável pela monitorização e investigação da diversidade genética do SARS-CoV 2, poderá supor-se que os primeiros casos a entrar no país rondaram o dia 20 de fevereiro. Eventualmente pela pouca organização que o país ainda possuía, a disseminação foi massiva e os primeiros casos foram reportados a 2 de março de 2020 (7).

A 18 de março de 2020, o Presidente da República pelo Decreto de Lei nº14-A/2020, declara o estado de emergência nacional.

*“A situação tem evoluído muito rapidamente em todo o mundo em geral, e, em particular, na União Europeia. Em face do que antecede, têm sido adotadas medidas de forte restrição de direitos e liberdades, em especial no que respeita aos direitos de circulação e às liberdades económicas, procurando assim prevenir a transmissão do vírus” (8).*

A OMS, ditava diretrizes, que a DGS acompanhava, tentando sensibilizar a sua população para a prevenção. As pessoas infetadas apresentavam sintomas respiratórios leves a moderados, e os mais vulneráveis podiam desenvolver doença grave. Sendo um vírus respiratório, a transmissão fazia-se por gotículas através da tosse, espirro, respiração e como medidas preventivas estão por base o isolamento, as medidas de distanciamento, a etiqueta respiratória, o uso de máscara e a lavagem das mãos com uma solução à base de álcool ou com sabão, cumprindo os “cinco momentos” da lavagem das mãos (9) (10).

Os sintomas mais frequentes eram tosse, febre, astenia, disgeusia e anosmia, seguindo-se os menos comuns como odinofagia, cefaleias, mialgias, diarreia, podendo

evoluir para situações de maior gravidade que carecem de observação urgente, como dificuldade respiratória, torcalgia, desorientação. O tempo de incubação rondava os 14 dias, em que a média eram os 5 dias; daí que as pessoas suspeitas ou infetadas tinham de cumprir isolamento de 14 dias (9).

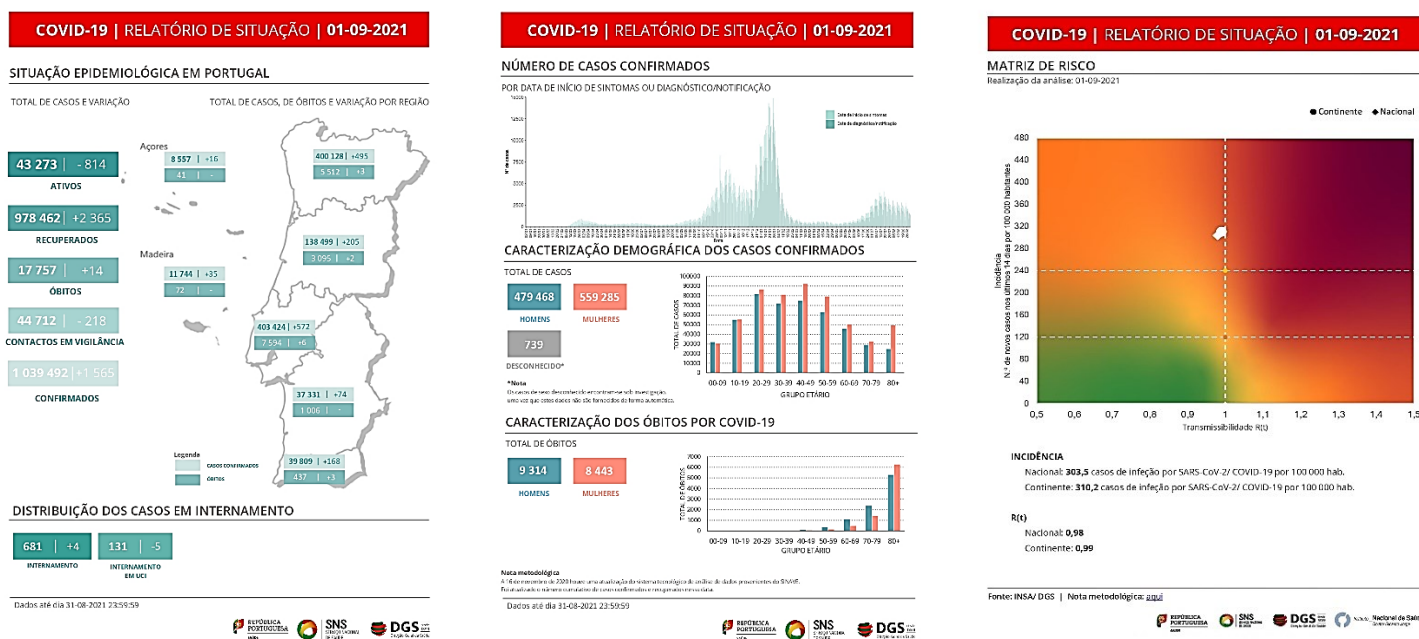
Ao longo do tempo e com a evolução dos conhecimentos mundiais sobre a doença, as normas da DGS sofreram frequentes alterações, o que requeria por parte dos profissionais de saúde uma constante atualização, para que a informação passada fosse a mais credível possível. A forte preocupação com a literacia em saúde sobre a COVID, era emergente para que pudessemos atuar em conformidade, formando um escudo protetor.

Atentos às características dos vírus, as comunidades científicas preocupavam-se com as mutações, que podiam alterar o rumo da investigação do processo vacinal anticovid. No decorrer de quase dois anos de pandemia, os grupos de trabalho, dividem as variantes em variantes de preocupação (VOC – Variants of Concern) e em variantes de interesse (VOI - Variants of Interest), focando-se nas VOC pelas suas características potenciadoras da transmissibilidade, da virulência e da diminuição da eficácia das medidas terapêuticas. Assim, a atenção recaiu sobre as variantes alfa, beta, gama, delta e ómicron, que é a mais atual à data da realização desta intervenção (11).

A 1 de setembro de 2021, em Portugal, estavam confirmados 1.039.492 casos, dos quais 43.273 casos ativos e 17.757 óbitos. O total de casos eram de maior predominância nas mulheres, mas o número de óbitos era superior nos homens. Apresentávamos uma incidência nacional de 303.5 casos de infeção por 100.000 habitantes (12) (Figura 1). Nesta fase já estávamos com uma taxa de 74% de vacinação total (13), de acordo com as normas vigentes da DGS, norma 001/2021, 008/2021 e 021/2020 (14).

Desde o início da pandemia, o mundo fechou-se, mas na realidade nunca parou. O SNS, deparou-se com um dos maiores desafios da história, com a sobrecarga da taxa de internamento, com a exaustão e escassez dos recursos humanos e físicos. Era urgente uma arma terapêutica e muitos foram os estudos, investigações e experiências para a produção de um químico de combate à doença. Vários laboratórios se debruçaram sobre novas formas de produção de vacinas, que se tornaram uma verdadeira arma de combate à doença grave. Falaremos de seguida do percurso vacinal, como uma estratégia de atuação.

Figura 1 - Relatório de Situação da COVID-19 01.09.2021



Fonte: DGS, 2021. (12)

## 2.2. A Vacinação como Estratégia de Atuação

A vacinação, eleva-se como uma grande vitória e conquista da saúde pública, onde a sua atuação tem como um dos focos principais, a monitorização da adesão ao programa nacional de vacinação (PNV), dando continuidade aos resultados de excelência que contribuem para o controlo da taxa de mortalidade e morbilidade por doenças infecciosas (15).

*“A não adesão às vacinas é tão antiga como a própria vacinação e os profissionais envolvidos devem encarar cada acontecimento como uma oportunidade de fazer educação para a saúde, com o objetivo de aumentar a capacitação da população, contribuindo para a melhoria do seu nível de saúde”* (15).

Na avaliação do PNV, no primeiro semestre de 2020 verificou-se que as coberturas vacinais variavam entre os 82% e os 99% de acordo com as diferentes vacinas, o que demonstra o elevado rigor na prestação de cuidados face à adesão à vacinação (16). No entanto, segundo a OMS, pelo grupo SAGE, as doenças infecciosas ainda se

apresentam como um importante foco de doença, algumas das quais evitáveis com a vacinação (17).

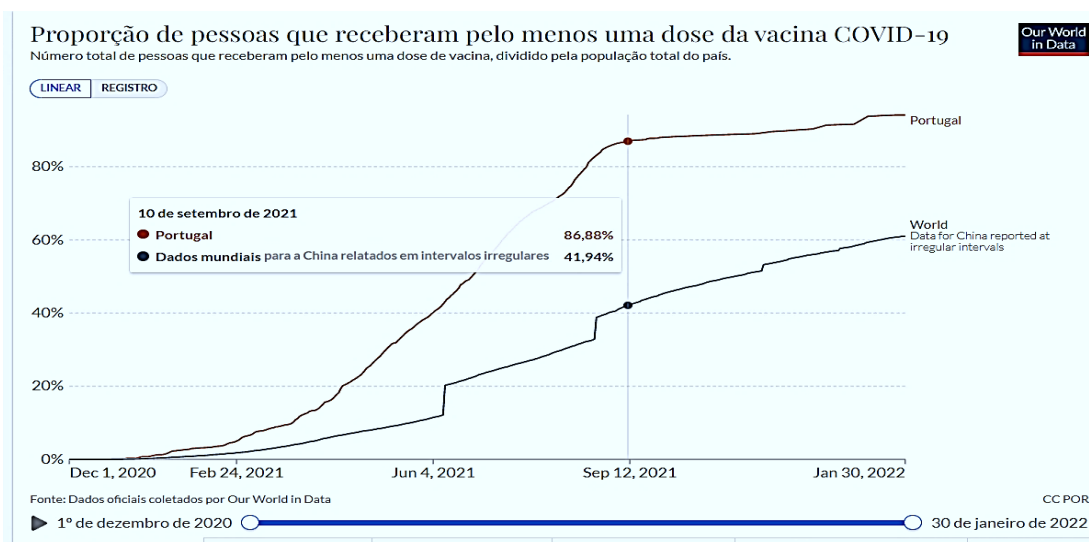
Em contexto pandémico e após muita investigação, a vacinação contra a COVID-19, surgiu como uma importante estratégia de combate, que de acordo com a Orientação 003/2021 da Direção Geral da Saúde (DGS) (18),

*“O Plano de Vacinação contra a COVID-19 assente em valores de universalidade, gratuidade, aceitabilidade e exequibilidade, tem como objetivos de Saúde Pública:*

- a) reduzir a letalidade e os internamentos por COVID-19,*
- b) reduzir os surtos, sobretudo nas populações mais vulneráveis, e a incidência da doença/infeção por SARS-CoV-2 em Portugal e*
- c) minimizar o impacto da COVID-19 no sistema de saúde e na sociedade.”*

Em Portugal, perante um cenário planeado ao minuto, detalhado dia a dia, a vacinação da COVID-19, segundo a *Our World in Data*, a 10 de setembro de 2021, (Figura 2) apresentava 86.88% de pessoas com pelo menos uma dose da vacina, comparativamente com o mundo em geral que apresentava 42.5% de vacinados (13).

**Figura 2 - Número total de pessoas que receberam pelo menos uma dose de vacina, dividido pela população total do país.**



Fonte: Our World in data, 2022 (13)

Ao tempo, perante o cenário pandémico e a elevada taxa de mortalidade mundial pela COVID-19, a resposta mundial através de uma vacina, é a luz que a maioria anseia. Muitos foram os laboratórios a trabalhar para a obtenção da mesma e em janeiro de 2022, a OMS avaliou entre outras, as seguintes vacinas (19):

- *Astrazeneca/ Oxford;*
- *Moderna;*
- *Pfizer/ BioNTech;*
- *Johnson & Johnson;*
- *Sinovac.*

O *Strategic Advisory Group of Experts on Immunization (SAGE)*, após várias análises, triaram a segurança das vacinas de acordo com idades, patologias e doses de reforço. A OMS, usando meios informáticos dirigidos, promoveu informação sobre a produção, a aprovação, o funcionamento das vacinas, a sua segurança e controlo, a eficácia, os efeitos secundários e doses, de acordo com os diferentes tipos de vacinas contra a COVID-19 (19).

A obtenção da vacina por parte dos países, decorreu de acordo com o Plano Nacional de Distribuição e Vacinação, operacionalizado através do instrumento financeiro *Facility Advance Market Commitment*, que permite um apoio financeiro para garantir a vacina aos países mais vulneráveis, de forma o mais justa e equitativa possível (20). Este plano de implementação, descreve os princípios a que cada país deve atender como mostra a figura 3:

*Figura 3 - Plano Nacional de Distribuição e Vacinação, COVID-19*



Fonte: WHO, 2021 (20)

Assim, após financiamento, deverão estar estudados todos os requisitos legais para importação de vacinas, estruturada uma governação e gestão com um grupo de trabalho desde o coordenador nacional até aos grupos consultivos técnicos de imunização, que devem supervisionar a implementação e monitoramento das vacinas COVID-19. Deverá estar estabelecida a estratégia de vacinação de acordo com a população alvo e de acordo com prioridades. A gestão de resíduos, da rede de frio, a logística de distribuição deverá estar assegurada, bem como, os recursos humanos devidamente formados de acordo com a evidência científica, alinhados na segurança da vacina e segurança na sua preparação e administração. Estratégias de comunicação com a população, deverão ser repensadas para que, de forma compreensível, promovam a adesão à vacinação. Por fim, um plano de monitorização de todos os dados referentes à imunização, aos efeitos, e as estratégias de implementação, deverá estar devidamente estruturado (20). Em Portugal, para a elaboração do plano de vacinação contra a COVID-19, foi criado um grupo de trabalho, a *task force*, a 26 de novembro de 2020, segundo o despacho nº11737/2020 do Diário da República (21), com alteração da composição dos elementos a 19 de abril de 2021 pelo Despacho 3906/2021 (22) (23). A estratégia de vacinação contra a COVID-19, foi e é realizada em modo de campanha, ou seja, as vacinas são administradas faseadamente, de acordo com grupos etários estabelecidos como prioritários, em locais definidos como Centros de Vacinação (CVC), de acordo com a norma 002/2021 e 003/2021 (14).

As estratégias para a COVID-19, seguiram os critérios estabelecidos pela DGS e pela OMS, mas a operacionalização seguindo as bases definidas, ajustou-se de forma a planear a sua intervenção o mais eficaz e eficiente, possível. Tendo em mãos um país culturalmente predisposto à vacinação, a aceitação da vacina contra a COVID-19, mesmo com alguns desvios, superou as adversidades e a taxa de cobertura vacinal, conforme demonstrado nos dados da figura 2.

As primeiras vacinas a chegar a Portugal datam do dia 26 de dezembro, do laboratório *Pfizer*, as quais, segundo os critérios de priorização, foram administradas aos profissionais de saúde definidos, em 4 centros hospitalares (23). Posteriormente, entraram em esquema nacional, a vacina *AstraZeneca*, *Janssen* e a *Moderna*. Surgia assim, a tão aguardada esperança para os momentos que estávamos a viver, pelas mortes sofridas, pela insustentabilidade do SNS, pelas dificuldades económicas que tantos atravessaram e por toda a incógnita a que a COVID-19 nos proporcionava (23).

O sucesso do PNV, muito se deveu à história vacinal por parte dos enfermeiros, na sua aplicabilidade e na sua envolvência, para garantir nomeadamente, na pandemia de

COVID-19 a adesão à vacinação. Neste seguimento, documentos relacionados com os grupos responsáveis pela vacinação COVID-19 em Portugal, reforçam a importância que

*“a vacinação tem representado nas nossas vidas e reforçar a importância que continua a representar para o futuro da sociedade mundial. A pandemia fez-nos valorizar a vacinação como um meio de retomar as relações de proximidade entre as pessoas e o retomar da vida em sociedade, o que contribuiu para o reforço da tomada de consciência da real importância da vacinação no âmbito do PNV” (16).*

Tal como associadas a outras vacinas, a vacina contra a COVID-19 pela sua novidade, e incerteza pela rápida disponibilização, torna vulnerável a tomada de decisão por parte do cidadão. A hesitação vacinal, tem sido alvo de estudo recorrente, tendo a OMS, já em 2012, criado o grupo SAGE, cuja missão é:

*“The Strategic Advisory Group of Experts on Immunization (SAGE) is charged with advising WHO on overall global policies and strategies, ranging from vaccines and technology, research and development, to delivery of immunization and its linkages with other health interventions.” (24)*

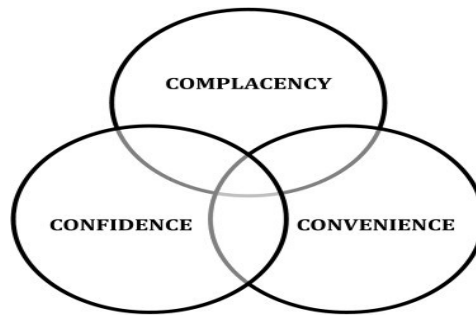
O trabalho desenvolvido pela SAGE prende-se com a totalidade das doenças evitáveis pela vacinação e em qualquer grupo etário, não fazendo particularização da sua atuação (17). Portanto, combater a hesitação vacinal promovendo a adesão às vacinas, é um dos grandes focos de atuação dos enfermeiros. Segundo o SAGE, (17):

*“Vaccine hesitancy refers to delay in acceptance or refusal of vaccines despite availability of vaccination services. Vaccine hesitancy is complex and context specific, varying across time, place and vaccines. It is influenced by factors such as complacency, convenience and confidence.”*

Larson, et al (25), referem ainda que a hesitação vacinal é influenciada por vários fatores que podem levar ao atraso, aceitação ou até mesmo recusa da vacinação. Fatores estes que devem ser observados e atendidos, para deste modo, minimizar a hesitação vacinal.

Sabendo que a decisão da vacinação parte de uma decisão individual, o SAGE descreve um modelo que determina três fatores importantes que estão na base da hesitação vacinal, os “3C”. Referem-se à complacência, conveniência e confiança e que podem variar ao longo do tempo, do lugar e de acordo com o tipo de vacina (26) (Figura 4).

*Figura 4 -Modelo dos "3C"*



Autor: Adaptado de MacDonald, 2015 (26)

A **complacência**, diz respeito à percepção da necessidade da vacina, à pouca percepção da pessoa sobre o risco que corre ao entrar em contato com a doença. A **confiança** refere-se à confiança depositada na eficácia da vacina e no sistema de saúde que as fornece e na competência dos serviços e profissionais de saúde. A **conveniência** está em causa, quando se refere a fatores como a dificuldade de acesso aos serviços de vacinação, à disponibilidade económica e geográfica (26).

Segundo a OMS (27) também citada pela DGS, 2021 (28):

*“Decisões sobre a vacinação são influenciadas por vários fatores, como o conhecimento, atitudes e crenças, redes sociais, mensagens sobre a segurança de vacinas, comunicação, influências ambientais, culturais e religiosas, organização dos serviços de saúde e expectativas.”*

A promoção da literacia em saúde como estratégia de capacitação e promoção da adesão à vacinação, está descrita na literatura como uma forma adequada de atuação, traçando estratégias de comunicação dirigidas e eletivas para a população alvo. O SAGE, refere também que a comunicação não é um determinante, mas sim uma ferramenta, que aliada à confiança, complacência e à conveniência, podem influenciar positivamente a adesão à vacinação. (26)

Em 2018, por Fonseca et al (29), foi estudado os motivos de recusa da vacinação numa área urbana do norte de Portugal, em que os quatro principais motivos se prendiam com a segurança, prioridade, fontes de informação e receios dos efeitos secundários. Percebendo a necessidade de imunização como combate à doença COVID-19, importa perceber e intervir na não adesão, também como forma de não perpetuar a desvalorização da importância vacinal.

A **Adesão** pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) (30), refere-se a um status positivo:

*” ação auto iniciada para promoção do bem-estar; recuperação e reabilitação; seguindo as orientações sem desvios; empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento; toma os medicamentos como prescrito; muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento. (Frequentemente associado ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença, motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente).”*

Por sua vez, o artigo 3.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, citado pela Entidade Reguladora da Saúde (31), sob a epígrafe “consentimento ou **recusa**”, menciona que “*O consentimento ou a recusa da prestação dos cuidados de saúde devem ser declarados de forma livre e esclarecida, salvo disposição especial da lei*” (cfr. n.º 1) e que “*O utente dos serviços de saúde pode, em qualquer momento da prestação dos cuidados de saúde, revogar o consentimento.*”

O enfermeiro, tendo por base o Código Deontológico (32) pelo qual se rege, na alínea b e c, do artigo 80º, tem o “*dever para com a comunidade, de participar na orientação da comunidade e na busca de soluções para os problemas de saúde detetados, colaborando com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade*”. No mesmo documento, mas no artigo 81º, salienta-se que o enfermeiro tem o dever de cuidar sem distinção, com respeito pelas decisões, convicções e opiniões dos utentes. Complementarmente no artigo 84º, o enfermeiro tem o dever de informar o utente de acordo com os princípios de autonomia, dignidade e da liberdade da pessoa. Ainda com alusão ao artigo 88º, salienta-se que, como profissionais, devemos zelar pela excelência do exercício, com a preocupação constante de uma melhoria contínua dos cuidados prestados (32).

A literacia em saúde, surge com especial enfoque na vivência da pandemia, para dar resposta à adesão à vacinação. As estratégias de comunicação, adequadas à população alvo, com conteúdos com linguagem adaptada, mas evidenciando ciência, são um meio de controlo da evolução da doença, potenciando a adesão à vacinação. Neste seguimento, a DGS, desenvolveu um manual de apoio dirigido essencialmente aos profissionais de saúde -- “*Literacia em Saúde e Comunicação na Promoção da Adesão à Vacinação Contra a COVID-19*” (28)-- com estratégias de apoio e promoção da literacia em saúde relacionada com o tema central. Perante uma doença nova, torna-se emergente uma

contínua comunicação, ao longo de todo o processo de conhecimento da pandemia, de acordo com a melhor evidência científica. Para tal, é necessário o envolvimento de todos os intervenientes no plano de vacinação para que o resultado da adesão seja o mais elevado possível. Assim, e de acordo com o manual, a comunicação deverá ser bidirecional, participativa, de estilo consultivo, tendo por base o perfil do utente. Portanto, a oportunidade, as capacidades de tomada de decisão e a motivação, devem ser determinantes a que o profissional deve estar atento (28). O enfermeiro, como o profissional mais próximo do utente, torna-se produção de informação, que se espera atual, clara e correta.

Perante isto e em particular com esta vacina, mas que deve e pode ser aplicada a qualquer outro tipo de vacina, o enfermeiro deverá ter um papel de recomendação do que no momento se demonstra como o melhor para o utente, salientando o risco-benefício, esclarecendo todas as dúvidas, destacando o dever e a necessidade de manter comportamentos de prevenção do contágio e disseminação. Igualmente, sensibilizar para a procura de fontes credíveis e tornar o processo de ensino e de vacinação o mais oportuno possível (28).

De modo ético, responsável, compreensivo e interventivo, os enfermeiros são um grupo profissional com grande capacidade de empoderamento da população devendo apelar à responsabilidade individual e coletiva, como um todo, para a promoção da saúde e prevenção da doença numa sociedade. Dirigido aos enfermeiros, o Vice-Almirante Gouveia de Melo, relata (*segundo interpretação do autor durante reunião presencial*) que a comunicação deverá ser transparente, direta e suficiente, e a liderança é dada pelo exemplo, pelo esforço, pela proximidade, prontidão, pela humanidade, que alinhado com estratégias, faz com que haja unidade, objetividade e resultados.



### 3. METODOLOGIA DE PLANEAMENTO EM SAÚDE

No decorrer do estágio foram desenvolvidas várias atividades, onde a organização dos processos inerentes à vacinação contra a COVID-19 surgia como o principal foco da USP.

Planear de acordo com as necessidades da população, após uma avaliação do estado de saúde das comunidades, tendo por base a metodologia de planeamento, faz parte do quadro de competências definidas pelo regulamento de competências pela OE (2):

*“O planeamento em saúde é entendido como a racionalização na utilização dos recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários e implicando a coordenação de esforços de vários sectores socioeconómicos” (33).*

O planeamento em saúde, mesmo que não operacionalizado em palavras, esteve sempre presente no trabalho dos enfermeiros, e citando Melo, 2020,

*“Mas antes de considerar o planeamento em saúde enquanto processo, podemos e devemos considerar o planeamento na saúde, nomeadamente na Enfermagem, como uma etapa de tomada de decisão” (34).*

A tomada de decisão empodera os enfermeiros para a capacitação dos seus utentes, nas diversas respostas perante acontecimentos de doença e promoção da saúde.

#### 3.1. Diagnóstico de Situação

O diagnóstico de situação deverá ser a primeira etapa do longo processo de planeamento em saúde, com o propósito de dar resposta às necessidades da população em estudo. O Perfil Local de Saúde (PLS) (35) identifica outros problemas como relevantes para estudo, mas após uma reunião de peritos do ACeS, e de acordo com a priorização pré-delineada pela equipa, para o trabalho do aluno, a investigação focava-se em três possibilidades:

1. Avaliar o comportamento de adesão à segunda dose da vacinação da COVID-19 da população do ACeS;
2. Dar continuidade com uma intervenção dirigida, ao diagnóstico de situação levantado no primeiro estágio, relacionado com a Prevenção da Violência no Setor da Saúde, de acordo com o vigente Plano de Ação da DGS (36);
3. Retomar a ação sobre o Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem, desenvolvido no Projeto do Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC), inserido no Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde – UCP.

Destes problemas elencados e de acordo com o painel de peritos, emergiu unanimemente, a proposta de avaliação da adesão à segunda dose a vacinação COVID-19, tendo em conta o estado pandémico atual. O segundo problema, ficaria para um outro momento de intervenção, pois o Observatório Nacional da Violência Contra Profissionais de Saúde no Local de Trabalho, planeado pela DGS (37), se teria em reunião decidido que, por défice de recursos humanos, seria uma atividade a ser desenvolvida a longo prazo. O desenvolvimento do MAIEC, não foi continuado com o mesmo tema e formato que tinha vindo a ser realizado, mas a temática de adesão à vacinação COVID-19, também se articulou com a vigilância epidemiológica prevista no Observatório dos Diagnósticos de Saúde, implementado no âmbito do projeto MAIEC.

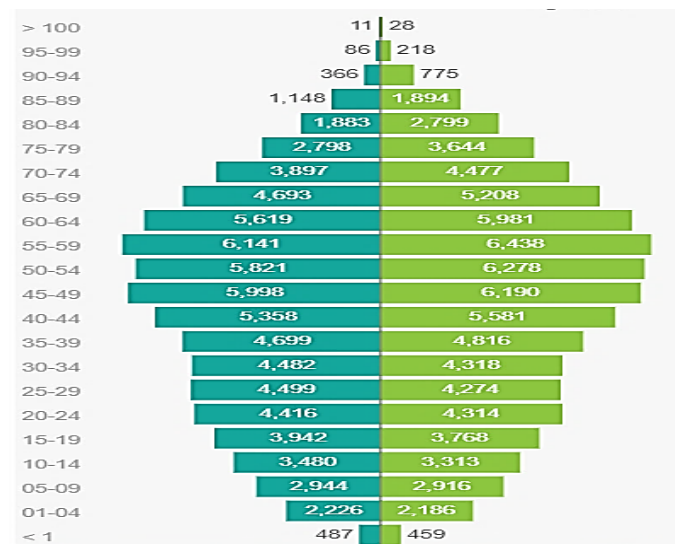
Perante o contexto do estágio e a pertinência do desenvolvimento de competências na área, a avaliação da adesão à vacinação relacionada com o processo de tomada de decisão e avaliação dos diagnósticos de enfermagem da adesão à vacinação, surgem como uma oportunidade de investigação. Assim, como estudante, perspectivava-se como objetivos pessoais a monitorização da evolução dos diagnósticos de enfermagem da adesão à vacinação, a identificação dos motivos e barreiras da não adesão à segunda dose da vacina contra a COVID-19 e a promoção da adesão dos utentes identificados com não adesão.

### **3.1.1. Caracterização da População/ Amostra**

A USP inserida num ACeS do Norte dá resposta a duas populações, distantes geograficamente. Segundo o PLS, o ACeS abrange uma população de 159.652 habitantes,

distribuídos por 17 unidades funcionais (UF): 21.123 utentes entre os 0-14 anos, 109.178 entre os 15-64 anos e 29.351 com 65 anos ou mais. (38)

*Figura 5 - Pirâmide Etária da População do ACeS, janeiro 2022*



(Fonte: BI-CSP, 2022) (39)

Através do empoderamento, capacitação e aumento da literacia em saúde dos seus utentes, a USP, segundo o Decreto-Lei n.º 81/2009 (40) tem como missão a promoção da saúde da sua população abrangente. Com autonomia organizativa, é a autoridade de saúde local, com atividades como a promoção, a monitorização e observatório do estado de saúde da população, avaliação do impacto das intervenções realizadas, promoção da vigilância epidemiológica de doenças, gestão de programas e projetos sobre vacinação, saúde escolar, saúde oral, saúde ambiental e ocupacional, e ainda promoção da formação contínua e investigação (39).

A população alvo foram todos utentes pertencentes ao ACeS, entre os 16-95 anos, elegíveis para vacinação contra a COVID-19 com a segunda dose em falta, desde o início da vacinação em Portugal até setembro 2021; portanto, uma amostra não probabilística, intencional. Desta população, identificamos 503 utentes com a segunda dose de vacinação contra a COVID-19 em falta, 75 dos quais foram excluídos por não pertencerem aos ACeS, resultando numa amostra de 428 utentes. Os critérios de inclusão e exclusão norteadores, face à população alvo da investigação foram:

Inclusão:

- Idade igual ou superior a 16 anos (- o PNV prevê que o utente possa decidir acerca da vacinação a partir dos 16 anos);

- Atraso da administração da segunda dose da vacina contra a COVID-19;
- Ter contacto telefónico válido;
- Utentes inscritos no ACeS.

Exclusão:

- Três tentativa de contacto, em três dias diferentes e em horários diferentes: primeira tentativa entre as 9-11h; segunda tentativa entre as 12-14h; terceira tentativa entre 16-18h.

### **3.1.2. Instrumento de Colheita de Dados para o Diagnóstico de Situação**

A colheita de dados para a realização do diagnóstico de situação foi realizada através de um inquérito, aplicado via telefónica e preenchido pelo investigador. Para a realização do instrumento de trabalho, procedeu-se a uma revisão da literatura, de modo a perceber o que existia de documentado sobre a variável em estudo: adesão à vacinação.

Como descrevemos anteriormente, a DGS relata que a adesão à vacinação pode ser influenciada por fatores como o conhecimento, atitudes e crenças e as diversas formas de comunicação, tendo em conta o conteúdo e o meio de reprodução. O ambiente cultural, religioso e a própria organização dos serviços de saúde influenciam positiva ou negativamente o processo de adesão à vacinação (28). Vários autores, descrevem que a não adesão à vacinação está, muitas vezes, relacionada com a hesitação vacinal, influenciada por fatores como o conhecimento, atitudes e crenças, a informação difundida pelos meios de comunicação social, as expectativas do utente, a organização dos serviços de saúde, a segurança das vacinas e outras influências ambientais, culturais e religiosas (15) (29).

A comunicação, a proximidade e o desenvolvimento de confiança torna-se imperativo para melhorar o processo de adesão (28). Deste modo, depois de identificado o número de utentes que não compareceram à segunda dose sem que estivesse esclarecido o motivo, foi estabelecido contactar os utentes via telefone. Se a participação fosse consentida pela próprio utente, depois de explicado o pretendido, respondiam a um breve inquérito elaborado e registado pelo investigador, seguindo os princípios código deontológico dos enfermeiros, salvaguardado nomeadamente o artigo 85.º - do dever de sigilo (32).

O inquérito foi dividido em dados demográficos, dados clínicos, conhecimentos relativamente à doença COVID-19 e dados sobre os determinantes da não adesão à vacinação contra a COVID-19 (Apêndice I). O pré teste foi verificado pelas orientadoras do estágio.

Antes do início dos contactos e de acordo com o estabelecido com a USP no Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem inserido no MAIEC, foi realizada a observação dos diagnósticos de enfermagem da nossa amostra, relativamente ao foco adesão à vacinação. Embora, não possamos dizer que existiu aplicabilidade do MAIEC na sua essência, a nossa intervenção insere-se num dos pressupostos

*“os cuidados de Enfermagem à comunidade focalizam-se tanto na Saúde Comunitária como um todo, como nos ganhos em saúde específicos do projeto de intervenção comunitária em curso, tendencialmente associados a ganhos em Saúde Pública na população em que a comunidade se integra” (34).*

Verificamos inicialmente na plataforma *Vacinas*, a ausência ou presença da vacina contra a COVID-19 e posteriormente, qual o diagnóstico presente no *SClínico*. A recolha de dados e o seu tratamento, foi realizado em simultâneo à medida que os dados eram obtidos. Todos os contactos foram realizados em ambiente de estágio, com número anónimo, com recurso ao telemóvel da USP. Os dados recolhidos foram sempre registados anonimamente, com identificação numérica de cada utente, preservando assim a sua identidade.

### **3.1.3. Apresentação, Análise dos Resultados do Diagnóstico de Situação**

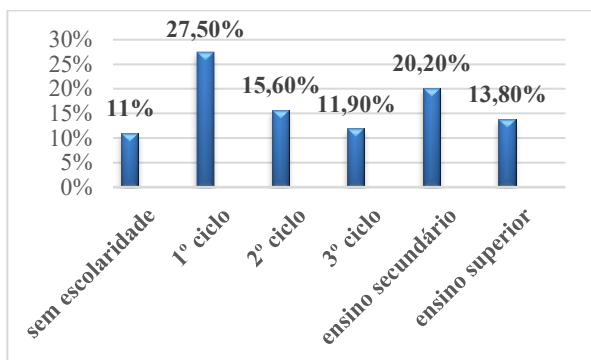
Seguindo uma análise descritiva dos resultados obtidos, iniciamos a explicação e dos dados mais relevantes obtidos no inquérito.

Da totalidade dos contactados realizados (428) aos 317 utentes elegíveis, 109 responderam ao inquérito. Alguns recusavam falar, pelo que o contacto era com os familiares; outros não respondiam à totalidade das questões pelo que inviabilizava os resultados; outros no decorrer da conversa não correspondiam a uma não adesão, mas sim a uma falha de registo da administração da vacina e outros não davam resposta à análise pretendida pelo estudo.

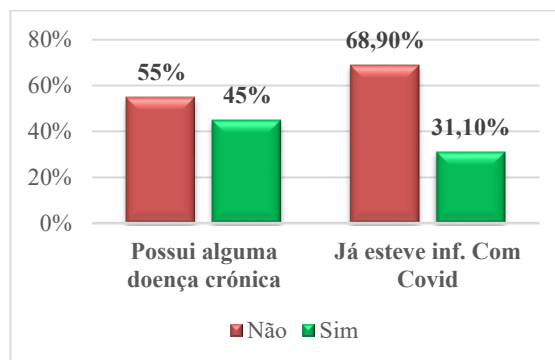
Assim, em relação à escolaridade (N=109) percebemos que 27.5% dos utentes têm o primeiro ciclo de escolaridade, enquanto 34% têm formação de ensino igual ou superior

ao secundário (Gráfico 1). Dos inquiridos (N=106), 68.9% nunca estiveram infetados com COVID-19 (Gráfico 2).

**Gráfico 1 - Distribuição de acordo com a Escolaridade (N=109)**

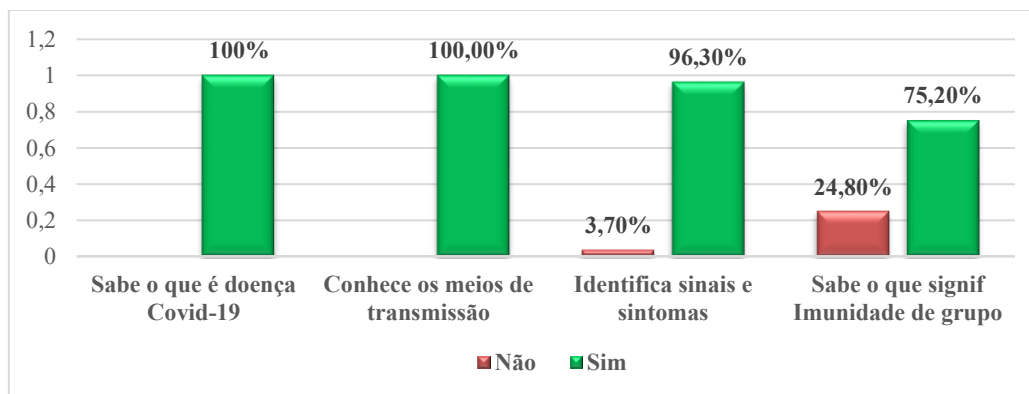


**Gráfico 2 - Distribuição dos Infetados com a COVID-19 (N=106)**



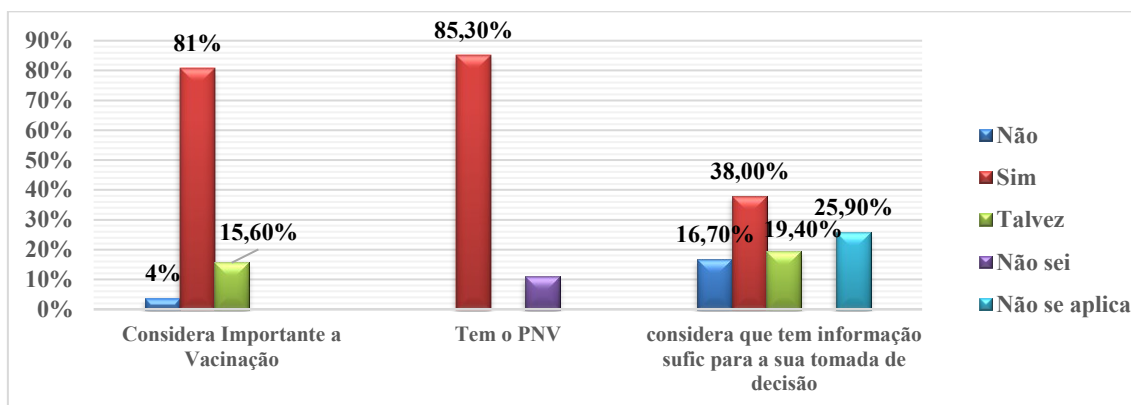
Quanto ao conhecimento sobre a doença (N=109), 100% dos utentes sabiam o que é a doença COVID-19 e os seus meios de transmissão. 96.3% identificava sinais e sintomas da COVID-19 e 75.2% sabia o significado da imunidade de grupo (Gráfico 3).

**Gráfico 3 - Conhecimento sobre a COVID-19 (N=109)**



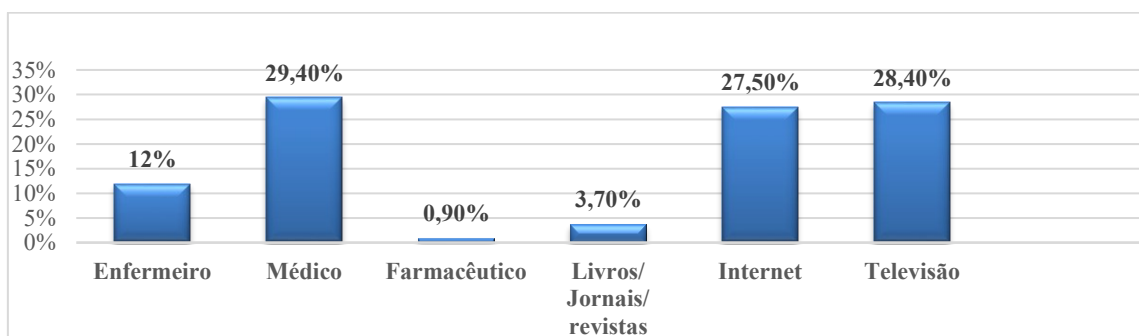
Apesar de 81% considerar a vacinação importante e 85,3% apresentar o PNV atualizado (N=109), no que se refere à decisão de não adesão à segunda dose de vacinação, apenas 38%, de 108 respostas, consideravam ter conhecimentos suficientes para a sua tomada de decisão. Os 25.9% referidos como “não se aplica”, são utentes que no decorrer da conversa não foram identificados como não adesão, como por exemplo as grávidas, ou os que já tinham a vacinação administrada, mas sem registo. (Gráfico 4)

**Gráfico 4 - Conhecimento sobre a tomada de decisão (N=108)**

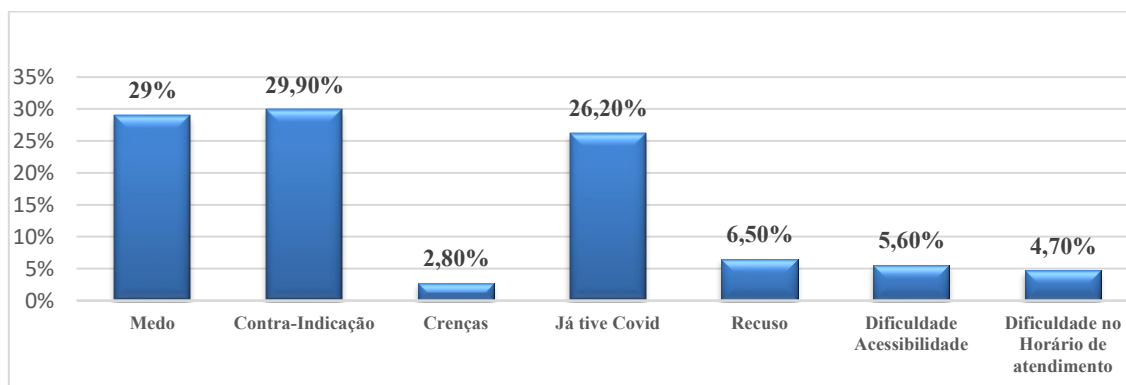


Quanto à procura de informação para apoiar a sua tomada de decisão (N=109), 42.4 % dos inquiridos referiam que procuraram informação junto de um profissional de saúde, mas 55.9% tomou a sua decisão baseada nos média, como televisão e internet (Gráfico 5). Questionados sobre o motivo para a não adesão, a maioria referia que não completaram o esquema vacinal por medo ou por contraindicação (Gráfico 6).

**Gráfico 5 - Onde procurou informação para apoiar a sua decisão (N=109)**



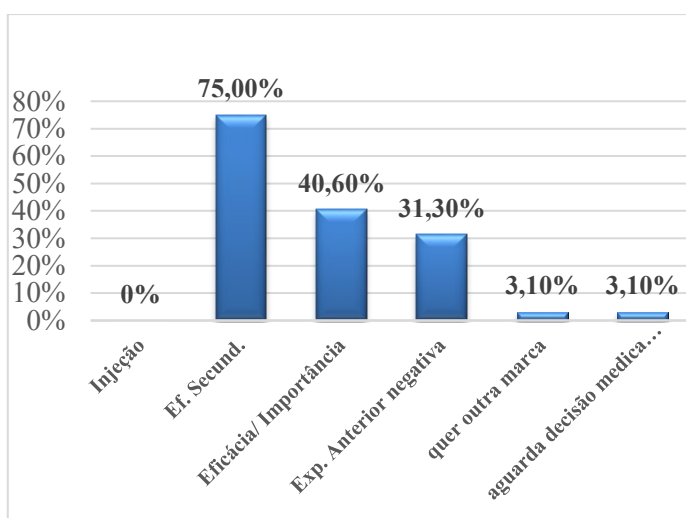
**Gráfico 6 - Motivos da não adesão à segunda dose vacina COVID-19 (N=107)**



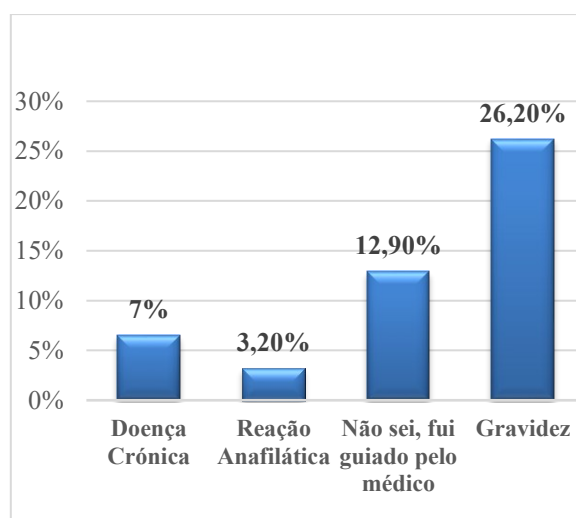
Dependendo do motivo inicial para a não adesão, tentamos especificar a razão, de modo a perceber onde poderíamos intervir. Assim, 75% dos utentes referiam medo dos efeitos secundários (N=32) e 40.6% apresentavam conhecimento não demonstrado em relação à eficácia/ importância da vacina em causa (Gráfico 7).

Nas contra-indicações (N=31), 26.2% referiam que aguardam as vinte e uma semanas de gravidez, mas que pretendem ser vacinadas. 12.9% referiam não saber o motivo, mas que o médico o considerava com uma contra-indicação para a vacinação (Gráfico 8).

**Gráfico 7 - Medo, porquê? (N=32)**

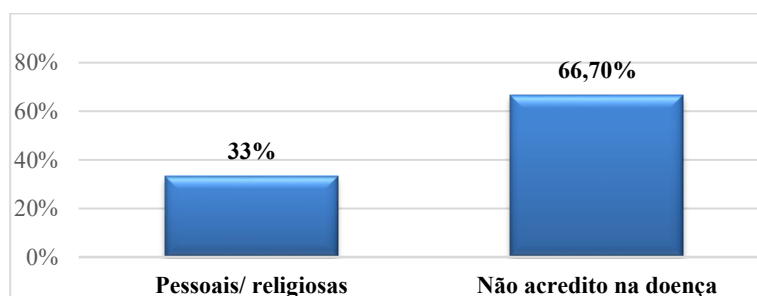


**Gráfico 8 - Contra-indicação porquê? (N=31)**



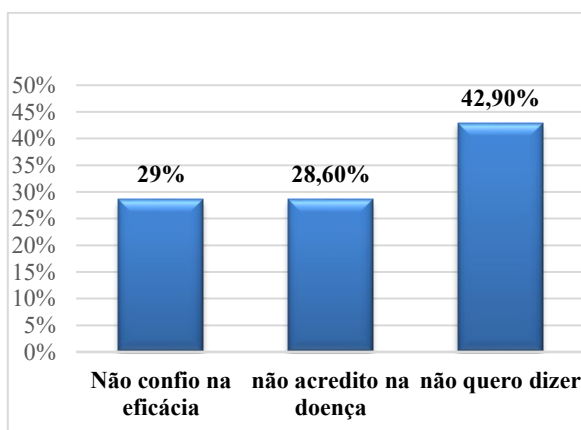
Quando especificam o motivo de não adesão por crenças (N=3), 66.7% da amostra, referem não acreditar na doença e que fez a primeira dose sem reflexão sobre o ato (Gráfico 9).

**Gráfico 9 - Crenças, quais? (N=3)**

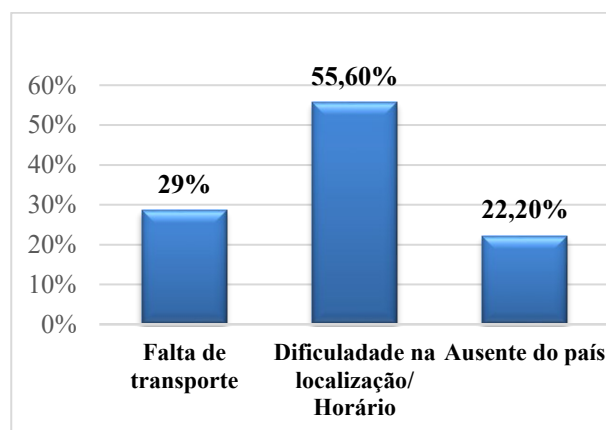


Quanto às recusas (N=7): 28.6% referem que não confiam na eficácia pelo que recusam; outros vão divergindo nas repostas (Gráfico 10). Na acessibilidade (N=9): 55.6% dos inquiridos apresentavam acessibilidade comprometida pela dificuldade na localização ou nos horários dos CVC (Gráfico 11).

**Gráfico 10 - Recusa, porquê? (N=7)**



**Gráfico 11 -Acessibilidade, porquê? (N=9)**



### 3.2. Resultados do Diagnóstico de Situação

O processo iniciou-se com a observação da plataforma *Vacinas*, de modo a confirmar a ausência de registo da administração da segunda dose e a observação do *SClínico*, relativamente ao diagnóstico adesão à vacinação. Os contactos iniciaram-se a 2 de novembro e terminaram a 30 de novembro. Depois desta data, procedeu-se à avaliação dos resultados obtidos, novamente com a observação das duas plataformas de registo, *Vacinas* e *SClínico*.

Na observação inicial, da plataforma *Vacinas*, percebemos que do total da amostra, 303 utentes tinham a segunda dose da vacina em atraso, 110 apresentavam o esquema vacinal completo, 2 com contraindicações e 12 recusas, um utente tinha falecido (Gráfico 12).

Gráfico 12 - Observação Inicial da Plataforma Vacinas

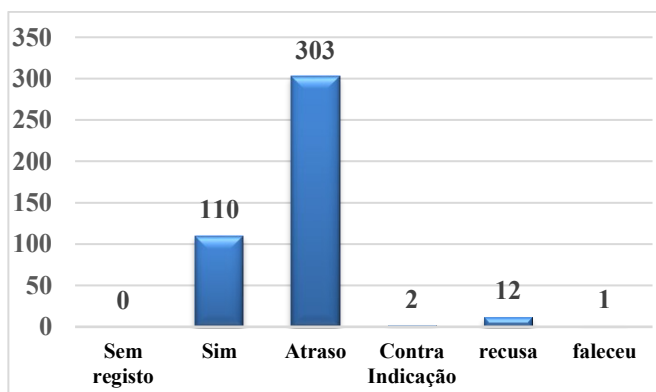


Gráfico 13 - Observação Inicial da Plataforma SClinico



Observando a plataforma *SClinico*, referente ao diagnóstico de adesão à vacinação, percebemos que do total da amostra, 332 utentes tinham o diagnóstico de adesão levantado, 49 não adesão, e 47 não têm registo (Gráfico 13).

Resumidamente e tendo por base os resultados obtidos de acordo com o número de respostas, emergem alguns problemas que devem ser tomados em consideração, futuramente:

1. 15.6% da amostra tem dúvidas sobre a importância da vacinação;
2. 38% considera ter informação suficiente para a não adesão à segunda dose de vacinação contra a COVID-19;
3. Dessa informação, 55.9% foi recolhida junto de meios de comunicação social;
4. 58.9% da amostra não aderiu à segunda dose por medo e por contraindicação;
5. 75% referem medo dos efeitos secundários;
6. 26.2% pensam que a gravidez é uma contraindicação e 12.9% foram orientados pelo médico sem saber a real causa da contraindicação;
7. 66.7% dos que não aderiram por crenças, referiam não acreditar na doença;
8. 55.6% da população não compareceu, por acessibilidade comprometida;
9. 303 utentes têm a segunda dose da vacina em atraso, e 332 utentes têm o diagnóstico de adesão;
10. 66% dos utentes, tinham a segunda dose da vacina administrada, mas sem registo na plataforma *Vacinas*.

Depois da análise dos resultados obtidos no diagnóstico de situação verificou-se ainda que, em relação à escolaridade, não obtivemos um grande diferencial estatístico: 15.3% de não adesão nos utentes com maior escolaridade 18% nos de menor escolaridade

(N=109). O défice de conhecimento relacionado com a eficácia, os efeitos secundários e contraindicações da vacina, são também motivos de não adesão (N=107). Em larga percentagem (28%) (N=109), a procura de informação foi realizada através de meios de comunicação social, onde nem sempre conseguimos triar o que é informação científica, da que é de senso comum. Por outro lado, verificamos também que a acessibilidade comprometida (N=9), referida por 55.6% dos inquiridos, é um fator de não adesão à vacinação.

Percebemos que os diagnósticos de adesão não estavam a ser atualizados em tempo útil, podendo perder-se oportunidades de ensino e incentivo à vacinação em momento de consulta. Apesar de não ter sido alvo de estudo, apercebemo-nos de diagnósticos de adesão sem atualização desde 2017, por exemplo, mesmo tendo o utente estado em consulta de enfermagem posteriormente. Identificamos, também, a existência de falhas no registo no *Vacinas* (66%), que foram igualmente alvo de intervenção, relatada posteriormente.

Alguns constrangimentos foram surgindo ao longo do trabalho, que aumentaram o número de horas despendidas afetas, por exemplo, à tentativa de atualização dos contactos pois eram diferentes no *Registo Nacional de Utentes* (RNU) e no *SCLínico*, o que exigiu em vários casos, que o número de contactos triplicasse. Foi também identificada uma outra limitação que não conseguimos contornar com os recursos disponíveis no momento: as chamadas eram realizadas através de um número privado, o que poderá ter originado dificuldade na identificação da origem das chamadas e na consequente retribuição da chamada por parte do utente, para a unidade.

Outra conclusão retirada desta análise é que, a falta de proximidade, o desconhecimento por parte do utente relativamente ao enfermeiro que estava do outro lado da linha, por vezes limitava a capacidade de o utente expressar as suas dúvidas durante o contacto, pelo que a comunicação teve de ser aprimorada, no sentido da compreensão e empatia, de modo a conseguir extrair e perceber o porquê da não adesão.



## **4. INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA**

O processo da intervenção comunitária, inicia-se após a definição de prioridades que advêm da análise do diagnóstico de situação. Seguem-se a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, com a conseqüente elaboração de programas e/ ou projetos e por último a execução dos mesmos e avaliação (34).

### **4.1. Definição de Prioridades**

O projeto objetivava incidir sobre a adesão à vacinação, nomeadamente na vacinação contra a COVID-19, percebendo quais os motivos da não adesão e assim promover uma educação para a saúde, dirigida à problemática individual.

A priorização foi realizada através do consenso de peritos, nomeadamente as orientadoras do estágio, a equipa responsável pela vacinação e o tutor da UCP. Não obstante à ausência de score, as necessidades encontradas salientaram-se todas como pertinentes e interligadas e foi consensual a decisão por parte dos peritos. De acordo com o proposto pelo Centro Nacional de Estudos do Desenvolvimento e Organização Pan-Americana de Saúde, citado por Melo, a elaboração da intervenção foi estruturada de acordo com os critérios de magnitude, transcendência e vulnerabilidade (34).

Pelo decorrer de alguns contratempos, como o elevado número de doentes para inquéritos epidemiológicos, pela ausência urgente de uma das tutoras e pela vontade do estudante em deixar uma pegada de trabalho pertinente e útil, as estratégias pensadas e seleccionadas, foram alvo de sucessivas reorganizações. A realização da intervenção, exigiu uma aquisição de conhecimentos profundos e baseados em evidência científica sobre a temática COVID-19, sobre vacinação e sobre meios informáticos para aplicar o que tínhamos previamente delineado.

Perante as necessidades e priorizações, optou-se por uma intervenção individual e dirigida, uma vez que tínhamos planeado a realização de uma investigação-ação.

A investigação - ação é uma metodologia que parte de um ciclo com várias fases, que se desenvolvem continua e ciclicamente, podendo ser reformuladas sempre que critica e reflexivamente, se justifique. Assim, esta metodologia deverá ser iniciada pela planificação, posteriormente a ação, seguida da observação, reflexão, avaliação e se necessário a reformulação (41).

## 4.2. Objetivos Gerais, Específicos e Operacionais

Os objetivos propostos para uma determinada intervenção, pretendem ser condutores para a obtenção de resultados. Assim, apresentamos os objetivos que nos propomos atingir, tendo em conta a priorização realizada.

*Quadro 1 - Objetivos Gerais, Específicos e Operacionais*

<b>Objetivos Gerais</b>
1. Promover a adesão à segunda dose da vacinação contra a COVID-19.
<b>Objetivos Específicos</b>
1. Aumentar a literacia em saúde sobre a vacinação contra a COVID-19;
2. Aumentar a adesão à vacinação da segunda dose contra a COVID-19;
3. Capacitar os enfermeiros para a promoção de conhecimento e adesão à vacinação nos utentes.
<b>Objetivos operacionais</b>
<u>1. Observar a utilização das <i>vozes</i> na possibilidade de aumentar a literacia em saúde sobre a vacinação contra a COVID-19.</u>
- Que 25% dos utentes com status Não adesão, intervencionados com as <i>vozes</i> associadas a conhecimento, mudem status para SIM.
<u>2. Observar a plataforma <i>Vacinas</i>, relativamente ao registo da vacina contra a COVID-19.</u>
- Aumentar 10 pontos percentuais (p.p) (para 36%), no número de utentes com adesão à segunda dose de vacinação COVID-19 no <i>Vacinas</i> .

3. Observar os diagnósticos de enfermagem no observatório de diagnósticos da USP, relativamente ao foco, adesão à vacinação no *SClínico*.

- Aumentar 25 p.p (para 48%) na adesão à segunda dose da vacinação COVID-19 de utentes com Adesão demonstrada no *SClínico*.

4. Tomada de conhecimento do recurso utilizado pelas UF.

- Que 80% das UF tomem conhecimento dos recursos utilizados na investigação.

5. Difundir o projeto junto da comunidade de enfermeiros do ACeS.

- Que 60% dos enfermeiros que compõem o ACeS visualizem o modelo de atuação utilizado na investigação, à data de fim da intervenção.

6. Observar a realização de chamadas no primeiro contacto.

- Que 50% dos utentes atendam à primeira chamada.

7. Observar a utilização das vozes relacionadas com literacia (voz 1-5+7+9), no primeiro contacto realizado.

- Que 50% das chamadas realizadas acionem as vozes relacionadas com literacia (voz 1-5+7+9) no primeiro contacto.

A seleção de indicadores é algo sensível e prevê-se face ao contexto, que não sejam atingidos a curto prazo; no entanto, com eles, pretendemos medir as alterações verificadas num determinado problema (indicadores de resultado) e medir as atividades desenvolvidas pelas unidades (indicadores de processo); e, a determinação de indicadores para monitorizar o estado de saúde da população, reforçam a sua importância para a identificação da capacidade que o desempenho do exercício profissional dos enfermeiros, contribui para os ganhos em saúde da população. (42) A avaliação de indicadores, é o impulso que precisamos para traçar um caminho de demonstração da nossa atividade como ganhos efetivos em saúde.

### **4.3. Seleção de Estratégias de Intervenção**

Os dados obtidos no diagnóstico de situação, vão de encontro à literatura existente; portanto, o instrumento de trabalho planeado surge como uma ferramenta

estruturante, importante para a otimização do trabalho dos enfermeiros, tanto na UCP, como nas UF.

No contacto telefónico realizado, onde aplicámos o inquérito de apoio ao diagnóstico de situação e perante a investigação-ação que nos propusemos, atuámos de acordo com o foco comprometido perante as respostas dos utentes. Promovemos deste modo, uma educação para a saúde baseada na literacia vacinal, capacitando e empoderando o utente, para uma tomada de decisão livre e esclarecida. Para tal, foi elaborado uma árvore de decisão em forma de fluxograma, cujo objetivo era orientar e apoiar a tomada de decisão clínica dos enfermeiros, de acordo com os focos que poderiam estar comprometidos, como a volição, as crenças, o conhecimento, a acessibilidade e a recusa intencional (Apêndice II).

O *Guia da Literacia em Saúde e Comunicação na Promoção da Adesão à Vacinação contra a COVID-19* (28), descreve que para o sucesso da adesão, devemos proporcionar uma comunicação consultiva, bidirecional, participativa, contribuindo para o desenvolvimento de uma relação de confiança, ouvindo o utente, otimizando conhecimentos, dúvidas e fomentando os benefícios do cumprimento do esquema vacinal contra a COVID-19 (28).

Após cada contacto efetivado, a intervenção era realizada de acordo com o foco comprometido e o discurso utilizado seguia a árvore de decisão. Por sua vez, a árvore de decisão, foi realizada segundo a linguagem CIPE®, e de acordo com o comprometimento obtido, seguíamos a *voz* correspondente para direcionar a nossa intervenção. A árvore de decisão ramifica-se em *vozes*, que representam a ação realizada no contacto estabelecido

Em todas as *vozes*, iniciámos o processo com o assistir a pessoa a identificar as razões da não adesão à vacinação. Através de uma comunicação bidirecional, baseada na compreensão, no apoio, sem persuasão, ensinamos sobre complicações da não adesão, reforçando os benefícios da adesão. Envolver a pessoa no processo da tomada de decisão é de extrema importância, promovendo a motivação como um agente de mudança individual e coletivo, reforçando o papel do cidadão como agente de saúde pública. E sempre, orientando para fontes de informação credíveis.

Identificando as razões da não adesão à vacinação, na *voz 1*, volição comprometida, promovemos os benefícios da adesão, estimulando a motivação para aderir às recomendações, baseadas na evidência científica. Na *voz 2*, crenças comprometidas, após assistir a pessoa a identificar as razões da não adesão, encorajamos à expressão de crenças para que as possamos trabalhar ou desmistificar. Nesta

intervenção, identificámos que o período de contacto diminuto e que a ausência de contato presencial, salientam ainda mais a importância da assertividade das ações, onde o marketing em saúde é uma das possibilidades (34). Mas podemos deixar a semente da informação no utente para que, quem sabe, posteriormente possa ser um agente de mudança. A *“Perceção da Suscetibilidade a determinada doença; Perceção da gravidade da doença; Perceção dos benefícios de determinadas ações e Perceção das barreiras a essas ações”* são algumas das causas apontadas por Conner e Norman, citado por Jesus Couto (43), como entraves à não adesão, por crenças.

A voz 3, ensinar sobre os efeitos secundários, foi empregue bastantes vezes (33 vezes). Os utentes referiam medo dos efeitos secundários da primeira toma, pelo que uma intervenção dirigida, explicativa, sobre as resposta e reações da vacina era essencial. A voz 4, incidia sobre a importância da eficácia da vacina contra a COVID-19. A voz 5, reforça a intervenção perante os casos de não adesão por contraindicação. Muitas vezes a contraindicação não era real, pelo que o papel do Enfermeiro na educação para a saúde neste sentido, poderia fazer a diferença. Referente à acessibilidade comprometida, seguia-se a voz 6. Durante o processo de análise das razões associadas à não adesão, identificaram-se alguns utentes, onde a não adesão, não correspondia a motivos de volição, ou de conhecimento não demonstrado, mas sim, por impossibilidade de se deslocarem ao CVC. De uma forma mais pormenorizada, identificaram-se como barreiras a mobilidade comprometida por ausência de transporte, ou mesmo pelo horário de atendimento dos CVC. Deste modo, apoiando a tomada de decisão, pudemos orientar para o CVC, para a USP e posteriormente para o enfermeiro de família para agilizar o processo, por exemplo com uma vacinação ao domicílio.

Na recusa, correspondente à voz 7, percebemos a dificuldade em trabalhá-la à distância e sem uma relação de confiança, ou de proximidade. Aqui, reforçámos a importância da promoção de fontes de informação credíveis, para que os utentes pudessem obter informações baseadas na evidência científica. A voz 8, surgiu posteriormente, no decorrer da entrevista, quando nos apercebemos que vários utentes tinham a vacinação completa, mas os registos não estavam de acordo com a informação fornecida pelo utente. A nossa intervenção passava por encaminhar o utente ao enfermeiro de família, para transcrição do registo para o sistema informático. A voz 9, surgiu pelas várias solicitações de esclarecimentos quanto à dose de reforço da vacinação contra a COVID-19, percebendo-se a importância do enfermeiro na realização da educação para a saúde, com capacitação e empoderamento da população.

Os instrumentos de trabalho, foram otimizados ao longo do tempo, de acordo com a reflexão e avaliação do processo, de modo a obtermos ganhos em saúde. A árvore de decisão foi melhorada ao longo dos contactos, pois algumas das situações não tinham sido calculadas previamente, como a voz 8, que dava resposta aos utentes que tinham a vacinação completa, mas o registo na plataforma *Vacinas*, estava por realizar. Os utentes referiam terem a vacinação completa, com registo em papel da administração, no entanto na plataforma *Vacinas*, não se encontrava o registo realizado. A nossa intervenção passava por orientar o utente para o seu enfermeiro de referência, para transcrição do registo. Deste modo, a monitorização da plataforma *Vacinas* relativamente ao registo da vacina contra a COVID-19, surge como uma estratégia e atividade para dar resposta aos nossos objetivos. A monitorização da plataforma *SClínico* quanto à adesão à vacinação surgiu igualmente como estratégia para dar resposta ao Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem, permitindo uma reflexão (analisada posteriormente) sobre quais as vacinas que deveram ser tidas em conta, para classificarmos como adesão ou a não adesão, e para verificarmos se os utentes com diagnóstico de adesão no processo de enfermagem, correspondia a uma efetiva vacinação no *Vacinas*, relativamente à vacina contra a COVID-19.

Os dados foram introduzidos e codificados numa base de dados, realizado na plataforma *Microsoft Office Excel*, para posterior tratamento estatístico descritivo, comparativamente ao que encontrámos no início da investigação, com o que encontrámos no fim da nossa intervenção (Apêndice III). A base de dados surge como um instrumento de apoio informático, com cálculo automático de resultados da intervenção de enfermagem relacionada com a temática em estudo, permitindo ser usada como recurso em qualquer unidade funcional. Isto, tanto para monitorização das intervenções de enfermagem face à adesão da vacinação, com qualquer vacina, como na monitorização dos diagnósticos na USP, de acordo com o estabelecido para o Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem. Surge, portanto, como um instrumento passível de sistematizar a informação, traduzindo-a em resultados dinâmicos, que podem nortear a atuação dos enfermeiros nas suas diversas intervenções.

A mesma análise das plataformas *Vacinas* e *SClínico*, foi realizada no fim da intervenção, para perceber a existência ou não de mudança de comportamentos e consequentemente ganhos em saúde. Para isso, a base de dados foi estruturada, para colheita e tratamento estatístico dos resultados antes e após a intervenção, com os seguintes itens de registo:

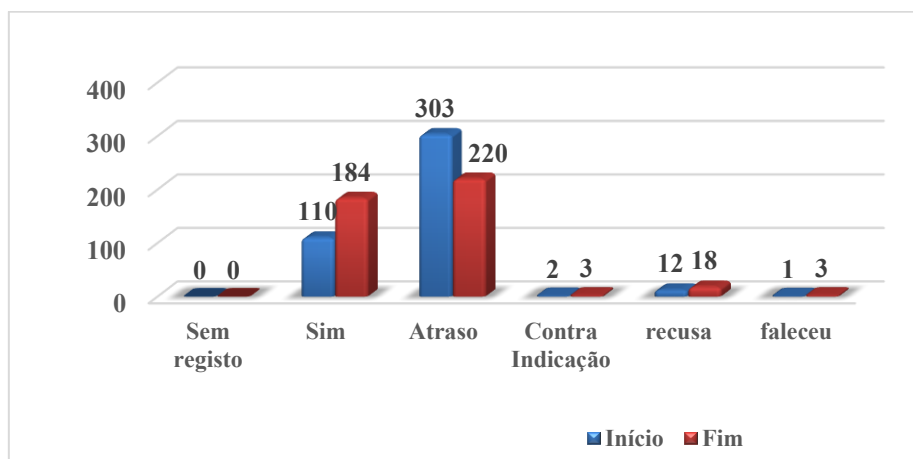
- Identificação do utente, codificada;
- Observação inicial do *Vacinas*;
- Observação inicial do *SClínico*;
- Data e hora dos contactos realizados;
- A ação realizada em cada contacto de acordo com a voz utilizada;
- Um campo de observações para registo do que fosse relevante;
- A avaliação final do registo no *Vacinas* e no *SClínico*.

Este instrumento de trabalho, é de fácil e rápido preenchimento, com fornecimento de resultados imediatos e automáticos, permitindo uma monitorização constante da evidência do trabalho dos enfermeiros, de acordo com os registos realizados e como guia na toma de decisão face ao tema em estudo.

#### 4.4. Resultados da Intervenção de Enfermagem

Relativamente aos resultados obtidos na base de dados, do total da amostra, 428 utentes, foram alvo de intervenção. No gráfico 14 e na tabela 1, estão representados os dados obtidos. Assim, no início tínhamos 303 utentes com vacinação em atraso e no fim 220, portanto uma variação negativa de 19 pontos percentuais (p.p). De 110 utentes já vacinados, passamos para 184, um aumento da adesão em 17 p.p, que corresponde a 65% de aumento de vacinados. No seguimento da análise percebemos que 78 utentes, não tinham registo no *Vacinas*, mas efetivamente tinham a segunda dose administrada, pelo representam uma não adesão por si só, mas sim uma falha de errado (Tabela 3).

*Gráfico 14 - Observação da plataforma Vacinas Início/Fim*



*Tabela 1 - Observação da Plataforma Vacinas Início/ Fim*

Vacinas	Início	Fim		Início	Fim
Sem registo	0	0		0%	0%
Sim	110	184		26%	43%
Atraso	303	220		71%	51%
Contraindicação	2	3		0%	1%
Recusa	12	18		3%	4%
Faleceu	1	3		0%	1%

Quanto à alteração do status no *SClinico*. (Gráfico 15 e Tabela 2), passamos de 47 utentes sem registo, para 39 utentes (descida de dois p.p); identificamos um aumento de 4 p.p em relação à alteração do registo para adesão à vacinação (5.12%) e observamos uma descida de 3 pontos percentuais no registo de não adesão. Na análise dos dados, conseguimos perceber que os utentes com adesão demonstrada no *SClinico*, não aderiram à vacinação na medida do que expectávamos, ou seja, esta meta não foi alcançada. Daqui podemos levantar algumas questões e a possibilidade de reflexão futura, pois seria provável que os utentes com maior adesão à vacinação, também a tivessem, relativamente à vacinação contra a COVID-19, pois esperava-se que fossem utentes que acreditavam na vacinação. No entanto, isto também revela que o diagnóstico de adesão à vacinação surge de forma ambígua, sem objetivação de quais as vacinas que precisam de estar inoculadas para obtermos diagnóstico de adesão à vacinação.

*Gráfico 15 - Observação da Plataforma SClinico Início/ Fim*

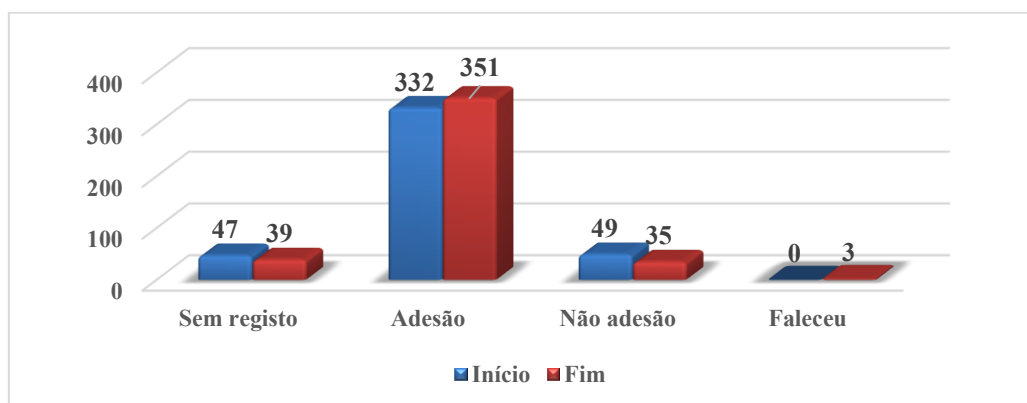
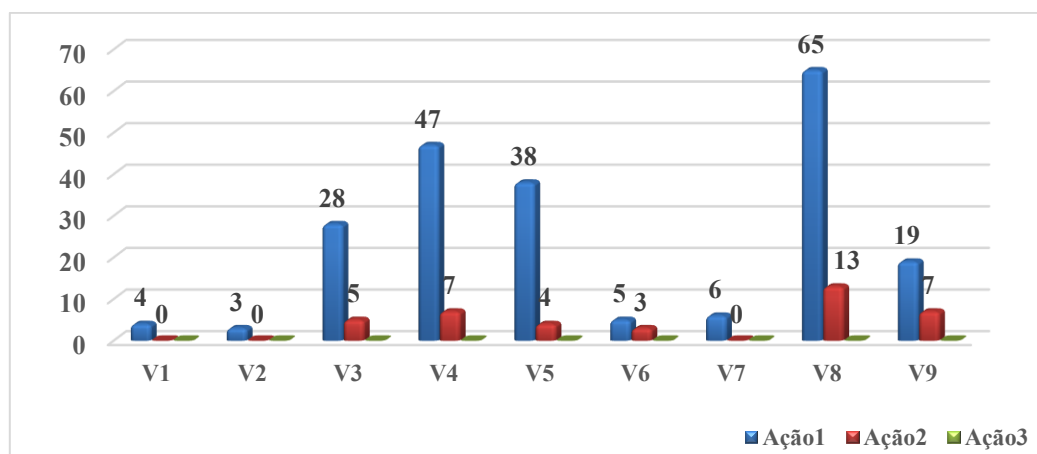


Tabela 2 - Observação da Plataforma SClínico Início/ Fim

<i>SClínico</i>	Início	Fim		Início	Fim
Sem registo	47	39		11%	9%
Adesão	332	351		78%	82%
Não adesão	49	35		11%	8%
Faleceu	0	3		0%	1%

Nas vozes utilizadas (total de 215), 129 vezes corresponderam ao conhecimento não demonstrado (Gráfico 16 e Tabela 3). Observando a utilização das vozes, relativas à possibilidade de aumentar a literacia em saúde sobre a vacinação contra a COVID-19, voz 1,2,3,4,5,7 e 9, verificamos que obtivemos um aumento relativo à adesão, em 30%. Nos utentes com acessibilidade comprometida (voz 6), foi empregue 8 vezes, com um impacto na adesão de 5%. A voz 8, utilizada 78 vezes, correspondente a um registo errado na plataforma *Vacinas*, pois efetivamente o utente já tinha realizado a administração da vacina. Esta voz alertou-nos para o facto destas falhas se traduzirem em ausência de convocação para a dose de reforço.

Gráfico 16 - Vozes utilizadas nos contatos (N=215)



*Tabela 3 - Vozes utilizadas nos contactos (N=215)*

<b>Vozes</b>	<b>Momentos de Contato</b>					
	<b>Ação1</b>	<b>%</b>	<b>Ação2</b>	<b>%</b>	<b>Ação3</b>	<b>%</b>
V1	4	2%	0	0%	0	0%
V2	3	1%	0	0%	0	0%
V3	28	13%	5	13%	0	0%
V4	47	22%	7	18%	0	0%
V5	38	18%	4	10%	0	0%
V6	5	2%	3	8%	0	0%
V7	6	3%	0	0%	0	0%
V8	65	30%	13	33%	0	0%
V9	19	9%	7	18%	0	0%

#### **4.5. Discussão e Avaliação dos Resultados da Intervenção de Enfermagem**

É com intervenções dirigidas à problemática, com recurso à evidência científica, que se demonstra as competências dos EESCSP e de mestre, apresentando projetos de utilidade pública, com estratégias de capacitação de grupos ou comunidades (2).

Assim, olhando para os indicadores de processos e de resultados (Quadro 2 e 3) delineados previamente e para os resultados obtidos (Quadro 4), podemos analisar a obtenção de ganhos em saúde.

*Quadro 2 - Indicadores de Processo*

<b>Indicadores de Processo</b>	
<b>1.</b>	
	<b>% das UF que tomaram conhecimento dos recursos utilizados na investigação.</b>
	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Unidades que validaram visualização do email de divulgação}}{\text{N}^\circ \text{ total de UF}} \times 100$
<b>2.</b>	
	<b>% de visualizações do modelo de atuação utilizado na investigação, à data de fim da intervenção</b>

$\frac{\text{N}^\circ \text{ de visualizações da newsletter}}{\text{N}^\circ \text{ de profissionais}}$	X100
<b>3.</b>	
<b>% de atendimento no primeiro contacto</b>	
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de atendimento na primeira ação}}{\text{N}^\circ \text{ total de chamadas efetuadas}}$	X100
<b>4.</b>	
<b>% de atendimento que acionou as vozes relacionadas com literacia (voz 1-5+7+9) no primeiro contacto</b>	
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de atendimentos relacionados com as vozes 1 a 5, 7 e 9}}{\text{N}^\circ \text{ total de chamadas efetuadas}}$	X100

*Quadro 3- Indicadores de Resultado*

<b>Indicadores de Resultado</b>	
<b>1.</b>	
<b>% dos utentes com status Não adesão, intervencionados com as vozes associadas a conhecimento, mudem status para SIM.</b>	
$\frac{\text{N}^\circ \text{ utentes com status não adesão, acionados com a voz 1-5, 7 e 9, que passaram para adesão}}{\text{N}^\circ \text{ total de utentes com status de não adesão no início}}$	X100
<b>2.</b>	
<b>Aumentar 10 p.p (para 36%), no número de utentes com adesão à segunda dose de vacinação COVID-19 no Vacinas.</b>	
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de utentes vacinados no fim} - \text{N}^\circ \text{ de utentes vacinados início}}{\text{N}^\circ \text{ total de doentes}}$	X100
<b>3. Aumentar 25 p.p (para 48%) na adesão à segunda dose da vacinação COVID-19 de utentes com Adesão demonstrada no SClínico</b>	
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de utentes com adesão no fim} - \text{N}^\circ \text{ de utentes com adesão início}}{\text{N}^\circ \text{ de diagnósticos com adesão à vacinação}}$	X100

*Quadro 4 – Avaliação dos Indicadores*

<b>Indicadores de Processo</b>		
	<b>Meta</b>	<b>Resultado</b>
1. % das UF que tomaram conhecimento dos recursos utilizados na investigação.	<b>80%</b>	<b>100%</b>
2. % de visualizações do modelo de atuação utilizado na investigação, à data de fim da intervenção.	<b>60%</b>	<b>80%</b>
3. % de atendimento no primeiro contacto.	<b>50%</b>	<b>71 %</b>
4. % de atendimento que acionou as vozes relacionadas com literacia (voz 1-5+7+9) no primeiro contacto.	<b>50%</b>	<b>48%</b>
<b>Indicadores de Resultado</b>		
1. % dos utentes com status Não adesão, intervencionados com as vozes associadas a conhecimento, que mudem status para SIM.	<b>25%</b>	<b>30%</b>
2. Aumentar 10 p.p (36%) no número de utentes com adesão à segunda dose de vacinação.	<b>10 p.p (26%)</b>	<b>17 p.p (65%)</b>
3. Aumentar 25 p.p (48%) na adesão à segunda dose da vacinação COVID-19 de utentes com adesão demonstrada no <i>SClinico</i> .	<b>25p.p (48%)</b>	<b>18.7 p.p (41.9%)</b>

Analisando os resultados obtidos e tendo em conta o contexto pandémico, o desgaste dos profissionais, as limitações do tempo de estágio, consideramos que os resultados foram positivos, com obtenção de ganhos em saúde. Aumentámos a adesão à vacinação, promovemos educação para a saúde e literacia em saúde, observámos os diagnósticos de enfermagem, bem como, operacionalizámos uma ferramenta automatizada com utilidade, para cálculo de indicadores sobre o fenómeno intervencionado.

Nas situações onde foram aplicadas estratégias de educação para a saúde, obteve-se uma adesão significativa à segunda dose da vacinação, o que demonstra que a adesão dever ser um alvo contínuo de intervenção, onde a atuação em proximidade melhora o processo de confiança. O trabalho dos enfermeiros na capacitação e empoderamento dos utentes é emergente, focando a sua intervenção na literacia para a saúde, neste caso referente a vacinação contra a COVID-19, para que o processo de tomada de decisão seja o mais ponderado e fundamentado possível. A uniformização da linguagem e da mensagem é de extrema importância para obtermos uma clarificação e compreensão da temática (28).

Concomitantemente podemos refletir que só com demonstração de indicadores é que podemos melhorar os recursos existentes, e que os registos são cruciais para podermos intervir e para podermos exigir, pois a evidência da intervenção é medida pelos registos no *SClinico*. O número horas, rácios profissional-utente têm um custo (não foram alvo de estudo nesta intervenção), mas podemos afirmar que urge a análise dos recursos existentes para que possamos fazer mais e melhor, onde o rigor nos registos nos permite uma otimização da nossa atuação. Olhando para os resultados obtidos, o *modus operandi* utilizado para a campanha da vacinação COVID-19 carecia de uma especial atenção e reformulação, pois foi observada uma ausência de registos no *Vacinas*, 78 vezes. Para o utente esta ausência de registo remete para eventuais prejuízos como a ausência de convocação para terceira dose, ou emissão de certificados de vacinação irreais. Aqui, é demonstrada mais uma vez, uma das competências dos EESCSP na prevenção de complicações, identificando precocemente problemas potenciais nos grupos-alvo e agilizando a referenciação para outros enfermeiros (2).

Como sugestões para o aumento da adesão à vacinação, perante a nossa intervenção, poderíamos elencar algumas propostas como:

- a possibilidade de descentralização dos CVC, promovendo a proximidade com as populações;

- a possibilidade de os contactos à população serem idealmente realizados pelos enfermeiros de família, não só pelas suas competências, mas pelo conhecimento profundo dos seus utentes e pela relação de confiança estabelecida;
- agilização de um processo administrativo para atualização dos contactos dos utentes, por carta, email ou até mesmo aproveitando um momento de consulta;
- a observação dos diagnósticos de adesão à vacinação ser realizada pelos enfermeiros de família, para que em momento oportuno, pudessem trabalhar com o utente os motivos da não adesão. Compreendendo a logística da vacinação em massa, percebe-se que a realização de registos no *SClínico*, nos CVCs, é de difícil operacionalização.

A visualização da newsletter foi realizada progressivamente, dando possibilidade ao profissional de gerir a sua visualização sem timing definido. Fomos observando e monitorizando o número de visualizações, que à data do fim do estágio eram 120, mas no fim da redação do estágio, já estavam em 215 visualizações. Apesar de não ser possível atribuir a este indicador uma total especificidade, o mesmo pôde ajudar a deduzir que, no decorrer do tempo, surgiu uma das seguintes situações: ou outros profissionais assistiram à formação, ou recorreram novamente à visualização para outros assuntos. Qualquer que seja a situação, podemos constatar que ele demonstra a utilidade de uma ferramenta deste género, nomeadamente perante o condicionamento pela COVID-19.

A criação de uma ferramenta online para divulgação dos recursos foi algo inovador, que pode abrir caminho a outras formas de comunicação. Ao longo dos dias, fomos recebendo pareceres dos enfermeiros das UF, referindo que esta estratégia de formação surge como um método esclarecedor, de fácil consulta, atrativo e que o conteúdo é de utilidade em outras intervenções no âmbito do processo de tomada de decisão perante os seus utentes.

Como trabalho futuro, deixamos um repto para a necessidade de reflexão sobre a clarificação de que vacinas devem estar administradas para a obtenção de uma adesão à vacinação. Diagnosticar futuramente com maior orientação do que engloba este diagnóstico, e que recursos seriam necessários para essa análise, uma vez que iria provocar uma alteração dos indicadores das UF.

Consideramos que o objetivo da intervenção ao longo deste estágio foi conseguido, pois mais do que resultados, fica a pegada de que a intervenção de enfermagem autónoma e interdependente numa USP, poderá ser uma mais-valia.

Agendado verbalmente, ficou decidido uma formação presencial a toda a equipa da USP, demonstrando as vantagens dos EESCSP como reforço essencial numa USP.

## **5. EXPERIÊNCIAS ENRIQUECEDORAS NO DECORRER DO ESTÁGIO**

Ao longo do estágio e essencialmente na fase inicial, foram sendo vivenciadas experiências que fizeram consolidar os conhecimentos acerca das diversas abordagens do EESCSP, que passamos a descrever nos subcapítulos seguintes.

### **5.1. Divulgação dos Resultados Obtidos no Diagnóstico de Situação sobre “A Violência Contra os Profissionais de Saúde de um ACeS”**

Dando continuidade a um projeto desenvolvido no primeiro estágio e descrito no portefólio anterior, intitulado “Avaliação da Violência contra Profissionais de Saúde no ACeS...”, juntamente com a Enfermeira tutora e uma aluna de EESCSP de uma outra escola, foram apresentados os dados referentes ao diagnóstico de situação, no Congresso XII Bienal de Enfermagem. Inserido no tema central, como coautora, foi realizada uma apresentação oral intitulada “Prevenção da Violência no Setor da Saúde: da Perceção à Gestão do Risco.”

A violência no setor da saúde constitui-se, atualmente como uma problemática alvo da intervenção prioritária, pois é um fenómeno em crescendo, potenciado pela pandemia Covid-19. Num estudo transversal e quantitativo, foi realizado um diagnóstico de situação num ACeS do Norte de Portugal. Considera-se que este projeto de investigação se enquadra nas problemáticas atuais, com grande potencial de intervenção e desenvolvimento, constituindo-se como o mote para a implementação de projetos de prevenção de episódios de violência e mitigação das suas consequências para o indivíduo e para a comunidade. Atuar precocemente, demonstra ser o primeiro passo para a melhoria da saúde das populações e cabe aos profissionais de saúde definir estratégias que vão de encontro ao proposto pelos planos de ação propostos pela DGS (36).

Para tal, percebe-se que incidir sobre a literacia em saúde e dotar os profissionais de saúde de conhecimento para preservarem o seu bem-estar e a sua saúde física e mental, considera-se de extrema importância (36).

Pelos dados obtidos no diagnóstico de situação, foi observado que a maioria dos profissionais de saúde desconhecia medidas de prevenção contra a violência pelo que a possibilidade de realização de avaliação e monitorização dos fatores de risco, com criação de estratégias que minimizem ou evitem o comprometimento da saúde, surge como uma oportunidade de formação e desenvolvimento de competências e investigação sobre o tema.

## 5.2. Organização e Orientação do Programa Nacional de Vacinação

De acordo com a norma 018/2020 (44), onde se insere a descrição do PNV, a vacinação é um direito e dever de qualquer cidadão, como defensor da sua saúde e da dos outros. Assenta em princípios como, a universalidade, gratuidade e acessibilidade, equidade e oportunidade (16).

Segundo a missão descrita no BI-CSP, a vacinação pretende “*contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e garantir, de forma célere e efetiva, a proteção da saúde da mesma, sempre que esta esteja em causa.*” (39), e de acordo com o Decreto-Lei nº 81/2009, (40) uma das funções inerentes à USP, passa pela gestão e execução de programas, defendendo, protegendo e promovendo a saúde da população. Assim, a monitorização das coberturas vacinais, a definição, elaboração e revisão de procedimentos no âmbito da vacinação, monitorização e previsão das vacinas necessárias anualmente, bem como a vigilância e auditoria da rede de frio, e a formação e gestão de ocorrências, estão previstas nas funções da USP (45). Neste programa, a gestão da enfermagem apresenta-se como uma mais-valia, com uma grande proximidade das equipas das várias UF do ACeS com a equipa da USP.

A gestão da vacina da gripe sazonal também a cargo da USP, permitiu-nos perceber a dinâmica organizativa. Pela primeira vez, foi administrada nos CVC e não nas UF. A vacinação em ERPIs foi outro desafio, pela constante mudança de planos e pela necessidade de articulação rápida, cumprindo o estabelecido pela *task force*. A gestão dos transportes dos profissionais e das vacinas, a contabilização da entrada e saída das vacinas

ficou também sob a alçada da equipa de enfermagem responsável pela vacinação, o que promoveu uma sobrecarga com tarefas administrativas, ficando em suspenso as devidas funções dos EESCSP. Apesar da organização da vacinação contra a COVID-19 devesse estar a cargo das equipas responsáveis do CVC, esta função também recaiu sobre os enfermeiros do grupo da vacinação da USP, tornando toda a organização difícil, desgastante e limitante.

Tivemos a oportunidade de elaborar uma instrução de trabalho e base dados de apoio à logística, bem como integrar a equipa na vacinação dos utentes nas ERPIs, na vacinação contra a gripe sazonal. Com esta experiência, foi possível perceber, no que diz respeito à organização dos cuidados de enfermagem preconizados no regulamento dos padrões dos cuidados dos EESCSP, que seria importante a monitorização dos resultados da satisfação dos EESCSP, utilizando para isso instrumentos validados, que pudessem traduzir os resultados em oportunidades de estratégias promotoras da satisfação dos profissionais. Tal como seria de extrema pertinência, fundamentar as práticas em modelos de intervenção baseados em rácios apropriados à equipa, de forma a otimizar os cuidados às comunidades (2).

### **5.3. Atividade dos EESCSP num Surto de Tuberculose**

De presença histórica na população, a tuberculose (TB) designa uma doença infecciosa causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*, que pode atingir qualquer órgão vital sendo, no entanto, a pulmonar é a mais comum. Segundo a OMS, consegue ser ainda, no mundo, a principal causa de morte de origem infecciosa; não obstante ao facto de se apresentar como uma doença com potencial de cura e prevenível (46) se refere que *“Todos os anos, 10 milhões de pessoas adoecem com tuberculose (TB)”* (46).

Portugal apresenta uma incidência em decrescente, tendo em 2018 uma taxa de notificação de 16.6 casos por 100 mil habitantes (47). Contudo, pelo enorme impacto da TB na qualidade de vida das pessoas, surge a necessidade emergente da vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis de preocupação para a saúde pública, do registo obrigatório na plataforma Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE) (48).

A USP, é responsável pela triagem dos contactos de risco, pelo que inserido no contexto de estágio, tivemos oportunidade de incorporar a equipa no rastreio dos utentes para colheita de sangue para Interferon-Gamma Release Assays (IGRA), numa ERPI

pertencente ao ACeS. O centro de diagnóstico de tuberculose do ACeS, é responsável pelo rastreio, diagnóstico e tratamento dos utentes, e o EESCSP, assume os processos de mediação, com vista à defesa da saúde dos grupos e comunidades que lhes pertence, e contribuem para potenciar a eficácia organizativa dos cuidados de enfermagem (2).

Foi uma experiência enriquecedora nomeadamente pela perceção da dinâmica organizativa. Pela escassez de recursos, a colaboração do estudante tornou-se uma mais-valia para a manutenção de dotações seguras no procedimento.

*Figura 6 - Colheita de IGRA*



(Autor: o aluno, 2021)

#### **5.4. Elaboração de Documentos e Instruções de Trabalho**

Percebemos que no decorrer do trabalho diário, rotineiro, nem sempre é possível parar, refletir, reformular e reestruturar novas formas de trabalho, mais simplificadas e intuitivas. Já no decorrer da construção do instrumento de trabalho formulado para a investigação proposta, a equipa da USP demonstrou grande curiosidade e interesse em perceber e executar procedimentos de atuação/instruções de trabalho, baseados na estrutura de um fluxograma de atuação. Assim, foi elaborado uma instrução de trabalho pelo estudante, juntamente com dois elementos da USP, com o objetivo de planear o procedimento da co-vacinação (COVID-19 + gripe), dos utentes com dependência em contexto domiciliário (Apêndice V).

Esta instrução de trabalho 001/2021, era dirigida aos enfermeiros das UF, que seriam responsáveis pela administração e registo da vacinação em causa.

## **6. COMPETÊNCIAS DOS EESCSP E ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS**

O Enfermeiro Especialista agrega na sua formação, as competências comuns e específicas da sua área de estudo. São domínios das competências comuns do enfermeiro especialista, a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. (49). Aliado às competências específicas do EESCSP, que identifica e intervém sobre os determinantes dos problemas de saúde de grupos e comunidades, ele não só assegura a promoção da saúde, a prevenção de complicações, a satisfação e o bem-estar dos clientes, através do planeamento de projetos de intervenção, da organização dos cuidados de enfermagem e da vigilância epidemiológica, como também possui ainda uma intervenção qualificada e sustentada nas políticas de saúde e na melhoria contínua dos indicadores de saúde (2).

Com a atualização do regulamento de estudos da OE, onde se acrescenta à formação específica a possibilidade da aquisição do grau de Mestre, o EESCSP emerge num conhecimento e numa capacidade de aplicação alargada dos seus saberes, aplicando-os em situações novas, com soluções, juízos e reflexões nas suas práticas. Gere e aplica de forma apropriada a mobilização dos conhecimentos baseados na evidência científica, comunicando-os de forma esclarecedora e enriquecedora (50). Assim, refletindo sobre o percurso realizado ao longo das 15 semanas de estágio, percebemos que várias competências foram adquiridas e demonstradas na tríada enfermeiro generalista, futuro especialista e futuro mestre.

No decorrer do estágio e da intervenção planeada, a metodologia de planeamento em saúde foi praticada e estruturada para obtenção do diagnóstico de situação de uma problemática interna, atual e com implicações para a saúde pública. Apesar do desenrolar da atividade estar inserida no desconhecido mundo da saúde pública, a possibilidade de interagir com uma equipa de especialistas focados na resolução vacinal contra a COVID-19, por um lado proporcionou um aprofundamento do tema, que abriu um caminho de

investigação atual, com aquisição de saberes a vários níveis fundamentados no estado da arte e, por outro, limitou a absorção de outras atividades de uma USP.

Muito se fala da vacinação, e sabendo que a educação para a saúde dos utentes, baseada não só na capacitação, mas também no empoderamento, potencia a tomada de decisão, surgiu a necessidade de criar um instrumento de apoio à decisão, de cálculo de indicadores e de novas formas de formação e comunicação de resultados, em que a capacidade de comunicação teve de ser aprimorada e estruturada, pela distância a que a pandemia nos obrigava no contacto com os utentes e com os profissionais. Desenvolveu-se uma newsletter digital que, para além de comunicar os resultados encontrados, poderá servir como uma nova oportunidade de comunicação entre unidades e, quem sabe, de educação para a saúde dos utentes. Foram desenvolvidas competências de enfermagem assim como noutras áreas, tais como: na área informática, relacional, comunicacional e de marketing. Concomitantemente, foram ainda desenvolvidas competências no âmbito da organização dos cuidados de enfermagem, onde é emergente uma política que fomente a formação contínua, pertinente e motivadora dos EESCSP, de modo a promover a prestação de cuidados especializados de qualidade. A oportunidade de comunicação com os utentes, com estratégias e intervenções delineadas, permitiu trabalhar competências diferenciadas na área da satisfação do cliente, onde, por um lado, visámos o respeito pelas suas capacidades, crenças, volição perante o problema identificado como, por outro, foram otimizados recursos e redes de suporte para o melhoramento dos níveis de satisfação da população (2).

Complementarmente, a identificação da situação de saúde da amostra, por meio do diagnóstico de situação, permitiu o desenvolvimento de competências na área da promoção da saúde, liderando um projeto cujo objetivo primordial se prendia com a defesa da saúde individual e coletiva face a um estado pandémico presente, promovendo com a nossa intervenção uma consciencialização do que é responsabilidade social. Isto, leva-nos à prevenção de complicações, pela identificação de um problema potencial, concretizando intervenções de enfermagem dirigidas à problemática. A promoção do bem-estar e o autocuidado foram também alvo de intervenção, nomeadamente ao contribuir para a capacitação da comunidade em estudo, liderando e avaliando um projeto de saúde, com supervisão posterior das intervenções aplicadas.

Tendo a nossa intervenção a necessidade de realização de entrevistas, a preservação do dever de sigilo teve por base a conduta do Código Deontológico dos Enfermeiros, que salvaguarda no artigo 85.º, o anonimato, a proteção, e a dignidade dos

intervenientes, de acordo com os princípios éticos da justiça, autonomia, beneficência e da não maleficência. Referindo assim, que o

*“O enfermeiro, obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, assume o dever de:*

*a) Considerar confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte;*

*b) Partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos;*

*c) Divulgar informação confidencial acerca do indivíduo e família só nas situações previstas na lei, devendo, para tal efeito, recorrer a aconselhamento deontológico e jurídico;*

*d) Manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados” (32).*

Outra das competências dos EESCSP refere-se à vigilância epidemiológica, e aqui foram observados os diagnósticos de enfermagem, utilizando como já demonstrado uma base de dados formulada no *Microsoft Office Excel*, que poderá servir como instrumento de acompanhamento do observatório dos diagnósticos pela USP, bem como para monitorização no que diz respeito à adesão a qualquer vacina, por parte dos enfermeiros de família nas UF. Com isto, aprimoramos a utilização da metodologia de planeamento em saúde e todos os passos envolventes. De igual modo, a observação dos diagnósticos na plataforma *SClínico*, permitiu-nos perceber que os registos realizados na USP têm limitações na parametrização, o que diminui a possibilidade da extração dos indicadores, podendo esta ferramenta, no futuro, tornar-se acrescento para a produção de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem. Com isto, conseguimos também perceber que poderá ser feito um maior esforço na adequação da linguagem classificada (nomeadamente a CIPE®), para fazer face à gestão das necessidades da enfermagem numa USP e poder-se-á refletir, sobre quais as vacinas a considerar para nortear a decisão de diagnóstico perante adesão ou não adesão à vacinação.

Pelo consumo de esforços a que a pandemia obrigou, e pelas limitações impostas por esta organização dos cuidados de enfermagem relativamente à dotação dos EESCSP, apercebemo-nos que os recursos, principalmente humanos, são diminutos face às necessidades da população, e que a intervenção de enfermagem terá de ser mais evidenciada por indicadores, de modo que a política estruturante valorize os enfermeiros como um porto-seguro na USP. Para isso, o trabalho de tomada de decisão clínica em

enfermagem, envolto num pensamento crítico, reflexivo, permitiu-nos compreender que documentar o que foi realizado e o que não foi realizado, é de extrema importância para a demonstração das lacunas existentes, tanto a nível de recursos humanos, estruturais, como a nível de crescimento pessoal e profissional.

Torna-se emergente a análise e gestão de recursos humanos de enfermeiros, que com reconhecimento e valorização das nossas competências, capacidades, possam superiormente perceber, que a prestação de cuidados diferenciados de forma eficaz e eficiente, proporciona a obtenção de grandes ganhos em saúde. Isto foi observado na avaliação da adesão à vacinação realizada, onde conseguimos compreender que a adesão deverá ser um contínuo foco de atenção, pela pegada vincada dos enfermeiros na história vacinal de Portugal. Portanto, uma educação para a saúde dirigida, com o envolvimento dos enfermeiros munidos da evidência científica e com uma relação profissional de proximidade e de confiança com a população, consegue atuar na promoção da saúde e na prevenção da doença e assim obter resultados que visam a diminuição da não adesão à vacinação.

Foram ainda consolidadas competências de investigação, nomeadamente na procura de informação de acordo com a evidência científica, na sistematização da informação colhida, bem como na construção de conhecimento de acordo com os dados existentes e na divulgação de forma inovadora dos resultados. Contamos que não sejam conhecimentos de uso único, uma vez que permanece a vontade de colocá-los em prática noutros contextos ou momentos de atuação em prol das comunidades. Assim, o sentido da atuação passará por proporcionar ao utente e à equipa de trabalho, conhecimento baseado em evidência científica, tornando os cuidados que prestamos no decorrer da nossa atividade profissional, bem diferenciados, promovendo ganhos efetivos em saúde.

Temos, portanto, que a investigação deverá sempre ser fomentada e alicerçada aos cuidados de enfermagem, pois promove e fomenta o contributo da enfermagem, nomeadamente dos EESCSP tanto como disciplina, como profissão, elevando os enfermeiros quanto ao reconhecimento das suas competências perante a sua intervenção nas diferentes comunidades (34).

Sem ser objeto de estudo, mas no envolvimento pessoal e profissional do aluno no contexto de estágio, ficou saliente que uma das oportunidades de melhoria ou de futura investigação, seria um projeto com o objetivo de proporcionar e criar ambientes favoráveis de suporte ao desenvolvimento do conhecimento e da autonomia individual e profissional. No que respeita a este assunto, sabe-se que os ambientes de trabalho

favorável, são tão relevantes como a prestação de cuidados, pois só neles é que o profissional desenvolve na exponencial satisfação global, melhorando a qualidade e segurança dos cuidados prestados (51).

Neste percurso percebemos que começar é o princípio para a obtenção de ganhos em saúde. Inicialmente podem parecer pequenos, mas com persistência, competência e com base no estado da arte, teremos grandes mudanças. Para tal, a certeza que a multidisciplinaridade deve permanecer na convergência do saber, pois o *modus operandi* deve ser centrado na pessoa, evidenciando para além de conhecimento, responsabilidades éticas, sociais e pessoais, num percurso que esperamos ser de crescimento ao longo da vida.

O tempo de estágio “voou”, foi sentido que muito ficou por explorar, por perceber outros campos de atuação da USP. A avaliação dos processos de intervenção, seriam melhores, maior fosse o tempo de atuação. No entanto, e na medida do que nos foi possível, pensamos ter conseguido de forma positiva a análise do diagnóstico de situação, tal como a gestão do projeto ao longo da sua aplicabilidade.

## 7. CONCLUSÃO

A realização deste relatório, permitiu-nos descrever e refletir sobre uma prática profunda das competências do EESCSP, aliadas às competências de mestre. O percurso do planeamento em saúde tornou-se um grande auxílio e incentivo, na mobilização dos conhecimentos baseados na evidência científica, dando resposta aos objetivos do estágio, que pensamos ter cumprido. E foi nesta perspetiva que a estatística descritiva, com as várias ferramentas elaboradas, tornou-se um grande auxílio para a identificação e interpretação dos resultados obtidos.

Tendo em conta que a área desenvolvida no mestrado com especialização em saúde comunitária e saúde pública estava fora do âmbito da prática de enfermagem do estudante, o desenrolar do processo de investigação-ação permitiu ao estudante, o desenvolvimento de competências articuladas com o saber baseado na evidência científica e a respetiva transposição para o local de intervenção.

De forma mais consciente e reflexiva, foi desenvolvido um projeto de intervenção com execução de atividades inovadoras que auxiliaram a nossa atuação, tanto para a capacitação dos utentes, como para os enfermeiros. No âmbito da prestação de cuidados, os enfermeiros podem empregar o material produzido, para otimização dos seus resultados tanto na USP, como nas outras UF.

A inovação na forma de divulgação de resultados e formação, trouxe vantagens para o estudante no modo de gerir o tempo limitado de estágio e de gerir o cansaço das equipas. A opção de formação presencial foi pensada, mas traria mais desgaste para os elementos das equipas que já se encontravam com sobrecarga de trabalho. Deste modo, a newsletter foi uma novidade tanto para os profissionais como para o estudante, permitindo para o último o desenvolvimento de capacidades comunicacionais de modo a promover a adesão e o interesse por este método de formação.

Numa perspetiva de prestação de cuidados diferenciados e avançados, pudemos refletir sobre a tomada de decisão como alavanca para a capacitação e o empoderamento das comunidades. Percebeu-se que os enfermeiros atuando de acordo com o melhor saber

e de forma dirigida à problemática, são promotores de ganhos em saúde. Embora a área de atuação do estudante esteja dirigida a uma prática de cuidados diretos, neste estágio enriqueceu a sua bagagem com conhecimentos que pretende transpor para o seu dia-a-dia de modo a promover mudanças nos cuidados prestados, bem como promover momentos de reflexão crítica com os colegas de trabalho. O objetivo visa a obtenção de mudanças de comportamentos de modo a obter ganhos em saúde, com demonstração da pertinência dos enfermeiros com conhecimentos avançados, na prestação direta de cuidados.

Foi difícil perceber o caminho a desenvolver, foi difícil encontrar o sentido da presença neste estágio, mas depois do norte encontrado, o estudante conseguiu desenvolver intervenções dirigidas às necessidades de uma população, que foram de encontro aos objetivos propostos.

O percurso foi árduo, sobretudo na gestão de tempo entre formação, trabalho e família, mas igualmente recompensador, permitindo a visão dos cuidados de enfermagem de uma forma mais consciente, reflexiva e ponderada. A elaboração do relatório foi também desafiante, pela dificuldade em descrever em linguagem simples, mas científica, argumentando todo conhecimento e os resultados obtidos.

Fica a lição, com bases estruturais, pessoais e profissionais, para um futuro desafiador, mas mais robusto.

## 8. BIBLIOGRAFIA

1. **Diário da República n.º 60/2006, Série I-A de 2006-03-24.** Decreto-Lei 74/2006. Lisboa, Lisboa, Portugal : s.n., 24 de março de 2006.
2. **Ordem dos Enfermeiros.** Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. [Online] 16 de julho de 2011. [Citação: 09 de Janeiro de 2022.] <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEEComunitSaudePublica.pdf>.
3. **Academia das Ciências de Lisboa.** portico da lingua portuguesa. [Online] [Citação: 6 de janeiro de 2022.] <https://www.volp-acl.pt/index.php/item/covid-19>.
4. **Lai, Chih-Cheng, et al.** Global epidemiology of coronavirus disease 2019 (COVID-19): disease incidence, daily cumulative index, mortality, and their association with country healthcare resources and economic status. [ed.] Jean-Marc Rolain. 4, 12 de março de 2020, Vol. 55, 105946.
5. **Serviço Nacional de Saúde.** Covid-19 | Pandemia. SNS. [Online] 11 de março de 2020. [Citação: 10 de janeiro de 2022.] <https://www.sns.gov.pt/noticias/2020/03/11/covid-19-pandemia/>.
6. **Gomes, Elaine Christine.** Conceitos e ferramentas da epidemiologia. s.l. : Recife: ED Universitária da UFPE, 2015, pp. 6-11.
7. **Serviço Nacional de Saúde.** Covid-19 | Disseminação em Portugal. SNS. [Online] 28 de setembro de 2020. [Citação: 26 de janeiro de 2022.] <https://www.sns.gov.pt/noticias/2020/09/28/covid-19-disseminacao-em-portugal/>.

- 8. Eletrónico, Diário da República.** Decreto do Presidente da República n.º 14-A/2020 . [Online] 18 de março de 2020. <https://data.dre.pt/eli/decpresrep/14-a/2020/03/18/p/dre/pt/html>.
- 9. World Health Organization.** Coronavirus disease (COVID-19). [Online] [Citação: 30 de janeiro de 2022.] <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>.
- 10. Direção Geral da Saúde.** Lavagem das Mãos. [Online] <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/lavagem-das-maos.aspx>.
- 11. World Health Organization.** Tracking SARS-CoV -2 Variants. [Online] 21 de maio de 2021. [Citação: 15 de janeiro de 2022.] <https://www.who.int/en/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants/>.
- 12. Direção Geral da Saúde.** COVID-19 | RELATÓRIO DE SITUAÇÃO. SNS. [Online] 01 de setembro de 2021.
- 13. Our World in Data.** Coronavirus (COVID-19) Vaccinations. *Our World in Data* . [Online] [Citação: 26 de janeiro de 2022.] <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=PRT>.
- 14. Direção Geral da Saúde.** Normas e Circulares Normativas. DGS. [Online] [Citação: 11 de janeiro de 2022.] <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas.aspx?cachecontrol=1643457769165>.
- 15. Santos, Paulo e Hespanhol, Alberto.** Recusa Vacinal - o ponto de vista ético. *Rev Port Med Geral Fam* 2013;29:328-33, 12 de outubro de 2013, pp. 1-6.
- 16. Direção Geral da Saúde.** *Programa Nacional de Vacinação*. Lisboa : DGS, 2020.
- 17. SAGE.** REPORT OF THE AGE WORKING GROUP ON VACCINE HESITANCY. *WHO*. [Online] 12 de novembro de 2014. [https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/SAGE\\_working\\_group\\_revised\\_report\\_vaccine\\_hesitancy.pdf](https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/SAGE_working_group_revised_report_vaccine_hesitancy.pdf).
- 18. Direção Geral da Saúde.** Orientação n.º 003/2021. [Online] 2 de março de 2021. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0032021-de-02032021-pdf.aspx>.

- 19. World Health Organization.** Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. *WHO*. [Online] 2022. [Citação: 31 de janeiro de 2022.] <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>.
- 20. World Health Organization.** Country readiness for COVID-19 vaccines. [Online] 19 de fevereiro de 2021. [Citação: 31 de janeiro de 2022.] <https://www.who.int/pt/news-room/feature-stories/detail/country-readiness-for-covid-19-vaccines>.
- 21. Diário da República, Despacho n.º 11737/2020.** DEFESA NACIONAL, ADMINISTRAÇÃO INTERNA E SAÚDE. [Online] 26 de novembro de 2020. [Citação: 31 de janeiro de 2022.] <https://dre.pt/dre/LinkFicheiroAntigo?ficheiroId=149595850>.
- 22. Serviço Nacional de Saúde.** Vacinação COVID-19 - TASK FORCE. *SNS*. [Online] [Citação: 31 de janeiro de 2022.] <https://www.sns.gov.pt/vacinacaocovid19/task-force/>.
- 23. Serviço Nacional de Saúde.** Primeiro lote de vacinas em Portugal. *SNS*. [Online] 26 de dezembro de 2020. [Citação: 31 de janeiro de 2022.] <https://www.sns.gov.pt/noticias/2020/12/26/primeiro-lote-de-vacinas-chegou-a-portugal/>.
- 24. World Health Organization.** Grupo Consultivo Estratégico de Peritos em Imunização (SAGE). *WHO*. [Online] [Citação: 24 de janeiro de 2022.] <https://www.who.int/groups/strategic-advisory-group-of-experts-on-immunization>.
- 25. Larson, Heidi J., et al.** *Compreendendo a hesitação vacinal em torno de vacinas e vacinação de uma perspectiva global: uma revisão sistemática da literatura publicada*. 19, 17 de abril de 2014, Vol. 32.
- 26. Macdonald, Noni E.** Hesitação da vacina: definição, escopo e determinantes. 34, 2015, Vol. 33.
- 27. World Health Organization.** *Behavioural considerations for acceptance and uptake of COVID-19 vaccines: WHO Technical Advisory Group on Behavioural*. s.l. : WHO, 15 de outubro de 2020. ISBN 978-92-4-001692-7.
- 28. Direção Geral da Saúde.** Literacia em Saúde e Comunicação na promoção da Adesão contra a COVID-19. *DGS*. [Online] março de 2021. [Citação: 1 de outubro de 2021.] <https://static1.squarespace.com/static/5b50a712d274cbcc82a62c08/t/607323deb2b8d46>

088988c6b/1618158563954/Literacia+em+Sa%C3%BAde+e+Comunica%C3%A7%C3%A3o+na+promo%C3%A7%C3%A3o+da+ades%C3%A3o+%C3%A0+vacina%C3%A7%C3%A3o+contra+a+Covid-19.pdf. ISBN: 978-972-675-316-2.

**29. Fonseca, Margarida, et al.** Recusa da Vacinação em área urbana do norte de Portugal. ID32152, 21 de 12 de 2018, Vol. 28, 4, pp. 1-8.

**30. International Council of Nurses.** Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE®. *Ordem dos Enfermeiros*. [Online] 2019. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>.

**31. Entidade Reguladora da Saúde.** Direitos e Deveres dos Utentes nos Serviços De Saúde. [Online] 2021. [Citação: 01 de fevereiro de 2022.] [https://www.ers.pt/media/sfbd4x2h/publica%C3%A7%C3%A3o-ers\\_direitos-e-deveres.pdf](https://www.ers.pt/media/sfbd4x2h/publica%C3%A7%C3%A3o-ers_direitos-e-deveres.pdf).

**32. Ordem dos Enfermeiros.** *Código Deontológico do Enfermeiro: Dos comentários à Análise de Casos*. Lisboa : Letrário, 2005.

**33. Imperatori, Emilio e Giraldes, Maria do Rosário.** *Metodologia do planeamento em saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa : Edições de Saúde, 1986. p. p.6.

**34. Melo, Pedro.** *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa : Lidel, 2020. pp. 3-6.

**35. Administração Regional do Norte.** Perfis de Saúde. *Perfil Local de saúde 2018*. [Online] 2018. [Citação: 13 de janeiro de 2022.] [http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2019/12/PeLS2018\\_A18\\_FeiraArouca.pdf](http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2019/12/PeLS2018_A18_FeiraArouca.pdf).

**36. Direção Geral da Saúde.** Serviço Nacional de Saúde. *Programa Nacional na Prevenção da Violência no Ciclo de Vida*. [Online] fevereiro de 2020. [Citação: 19 de janeiro de 2022.] [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/02/DGS\\_Plano\\_AP\\_Violencia\\_S\\_Saude\\_2020-02-29-FINAL.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/02/DGS_Plano_AP_Violencia_S_Saude_2020-02-29-FINAL.pdf).

**38. Administração Regional do Norte.** Perfil Local de saúde. [Online] 2018. [Citação: 12 de janeiro de 2022.] [http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2019/12/PeLS2018\\_A18\\_FeiraArouca.pdf](http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2019/12/PeLS2018_A18_FeiraArouca.pdf).

- 39. Serviço Nacional de Saúde.** BI-CSP. *Bilhete de Identidade dos cuidados de saúde Primários*. [Online] [Citação: 12 de janeiro de 2022.] <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10002/1000020/Pages/default.aspx>.
- 40. Ministério da Saúde.** Diário da República n.º 65/2009. Decreto-Lei n.º 81/2009. Lisboa : s.n., 2 de abril de 2009.
- 41. Fonseca, Karla Haydê.** Investigação-Ação. *Investigação-Ação: Uma Metodologia para a prática e reflexão docente*. Revista Onis Ciência, 2012, Vol. I, 2.
- 42. Ordem dos Enfermeiros.** Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem. [Online] Outubro de 2007. [Citação: 15 de janeiro de 2022.] [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMDE\\_Indicadores-VFOut2007.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf).
- 43. Couto, António de Jesus.** O Modelo de Crenças na Saúde e a Teoria do Comportamento Planeado na Educação para a Saúde. Referência, 1998, 1.
- 44. Serviço Nacional de Saúde.** Norma n.º 018/2020. [Online] 27 de setembro de 2020. [Citação: 21 de janeiro de 2022.] <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182020-de-27092020-pdf.aspx>.
- 45. Administração Central do Sistema de Saúde.** Referenciais de Competências e de Formação para o domínio da Vacinação - formação contínua. [Online] julho de 2012. [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Vacinacao\\_2012.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Vacinacao_2012.pdf). 978-989-96226-8-5 (PDF).
- 46. World Health Organization.** Tuberculosis. [Online] [Citação: 16 de janeiro de 2022.] [https://www.who.int/health-topics/tuberculosis#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/tuberculosis#tab=tab_1).
- 47. Direção Geral da Saúde.** Tuberculose em Portugal (2018). *Programa Nacional para a Tuberculose*. 2018.
- 48. Direção Geral da Saúde..** Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. [Online] [Citação: 15 de janeiro de 2022.] <https://www.dgs.pt/servicos-on-line1/sinave-sistema-nacional-de-vigilancia-epidemiologica.aspx>.

**49. Ordem dos Enfermeiros.** Regulamento n.º 140/2019. [Online] 6 de fevereiro de 2019. [Citação: 18 de janeiro de 2022.] <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>.

**50. Direção Geral do Ensino Superior.** DGES - Mestrado. [Online] <https://www.dges.gov.pt/pt/pagina/mestrado>.

**51. Roque, Sofia.** Impacto do Ambiente de Prática de Enfermagem na Qualidade e Segurança dos Cuidados. Lisboa : s.n., 2016. [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24197/1/Tese%20entrega%2028\\_03\\_2017.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24197/1/Tese%20entrega%2028_03_2017.pdf).

## **9. APÊNDICES**



## **Apêndice I - Inquérito**



Dados Demográficos	
1	<b>Escolaridade:</b> Sem escolaridade <input type="radio"/> 3º Ciclo <input type="radio"/> 1º Ciclo <input type="radio"/> Ensino. secundário <input type="radio"/>
2	<b>Estado civil:</b> Solteiro <input type="radio"/> Casado/ União de facto <input type="radio"/> Divorciado/ Separado <input type="radio"/> Viúvo <input type="radio"/>
3	<b>Emprego:</b> Empregado <input type="radio"/> Desempregado <input type="radio"/>
4	<b>Com quem reside:</b> Sozinho <input type="radio"/> Com familiares <input type="radio"/> Com outros <input type="radio"/>
<b>Dados Clínicos - Antecedentes</b>	
5	<b>Possui alguma Doença Crónica?</b> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Talvez <input type="radio"/>
6	<b>Já esteve infetado com COVID-19?</b> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
7	<b>Se sim, quando esteve infetado?</b> _____
8	<b>Já teve familiares/ conviventes próximos com COVID-19?</b> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>

### Conhecimentos sobre a doença COVID-19

9	<b>Sabe o que é a doença COVID-19?</b> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
10	<b>Conhece os meios de transmissão da doença COVID-19?</b> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
11	<b>Identifica os sinais e sintomas da doença COVID-19?</b> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
12	<b>Sabe o que significa Imunidade de Grupo?</b> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Talvez <input type="radio"/>
13	<b>Considera a Vacinação importante?</b> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Talvez <input type="radio"/>
14	<b>Tem o PNV actualizado?</b> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sei <input type="radio"/>
14	<b>Considera que tem informação suficiente para a sua tomada de decisão?</b> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Talvez <input type="radio"/> Não se Aplica <input type="radio"/>
15	<b>Se não, o que lhe falta saber?</b> _____
16	<b>Onde procurou informação acerca desta vacina, para apoiar a sua tomada de decisão?</b> Enfermeiro <input type="radio"/> Farmacêutico <input type="radio"/> Internet <input type="radio"/> Televisão <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Livros/ revistas/ Jornais <input type="radio"/> Não se Aplica <input type="radio"/>

Motivos da Não Adesão à 2ª dose de Vacinação		
17	Medo <input type="radio"/> Crenças <input type="radio"/> Dificuldade na Acessibilidade <input type="radio"/>	Contra-Indicação <input type="radio"/> Recuso <input type="radio"/> Dificuldade no horário de atendimento <input type="radio"/>
	Já tive Covid <input type="radio"/> Outros: _____	
Medo		
18	Injeção <input type="radio"/> Efeitos Secundários <input type="radio"/> Eficácia/ Importância <input type="radio"/>	Experiência Anterior Negativa <input type="radio"/> Outros: _____
Contra-Indicação		
19	Doença Crónica <input type="radio"/> Reação Anafilática <input type="radio"/> Eficácia/ Importância <input type="radio"/>	Não sei, fui guiado por informação do profissional de saúde <input type="radio"/> Gravidez <input type="radio"/> Outros: _____
Crenças		
20	Crenças pessoais /religiosas <input type="radio"/> Não acredito na doença <input type="radio"/>	Há outros métodos naturais de tratamento <input type="radio"/> Outros: _____
Recusa		
21	Sou anti-vacinas <input type="radio"/> Quero escolher a marca <input type="radio"/> O meu familiar/ amigo não se vacinou <input type="radio"/> Já temos muitas população vacinada - não faz falta a minha segunda dose <input type="radio"/>	Outros <input type="radio"/>
Dificuldade na Acessibilidade		
21	Falta de transporte <input type="radio"/> Dificuldade na localização/ horario dos centro de vacinação <input type="radio"/> Outros <input type="radio"/>	
Outros Motivos: _____		



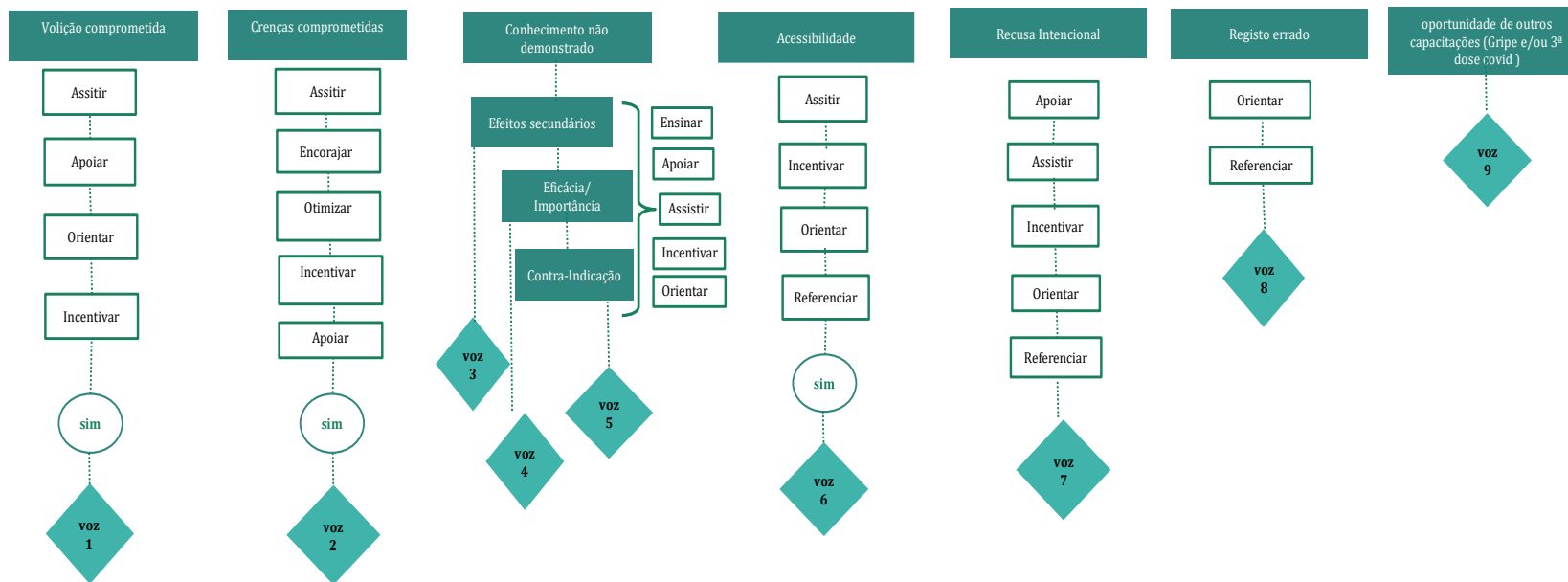
## Apêndice II - Árvore de Decisão



# Adesão à Vacinação Covid-19 (área de intervenção)

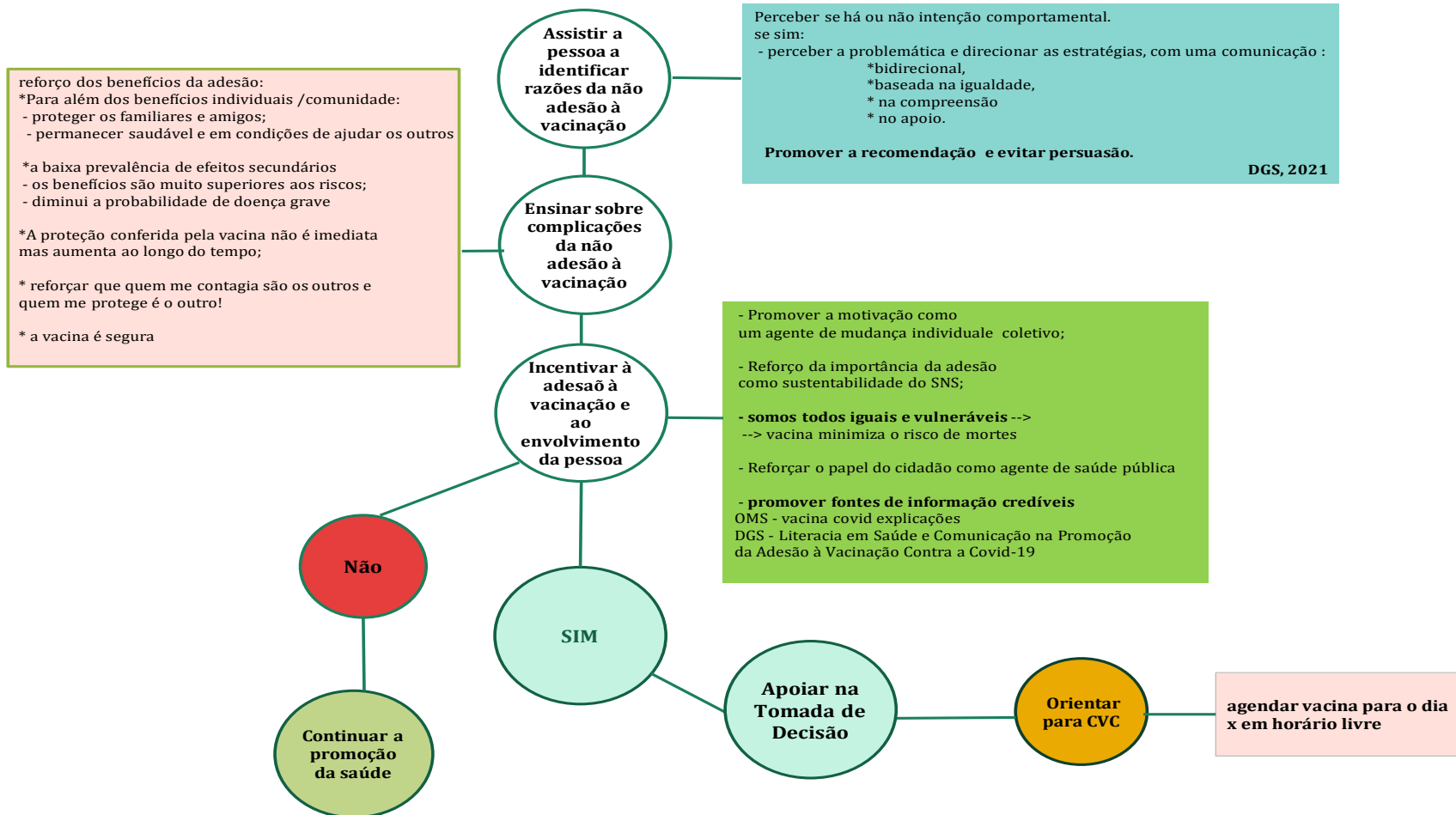
Avaliar adesão à vacinação Covid (atividade de diagnóstico)

Adesão à vacinação covid comprometida

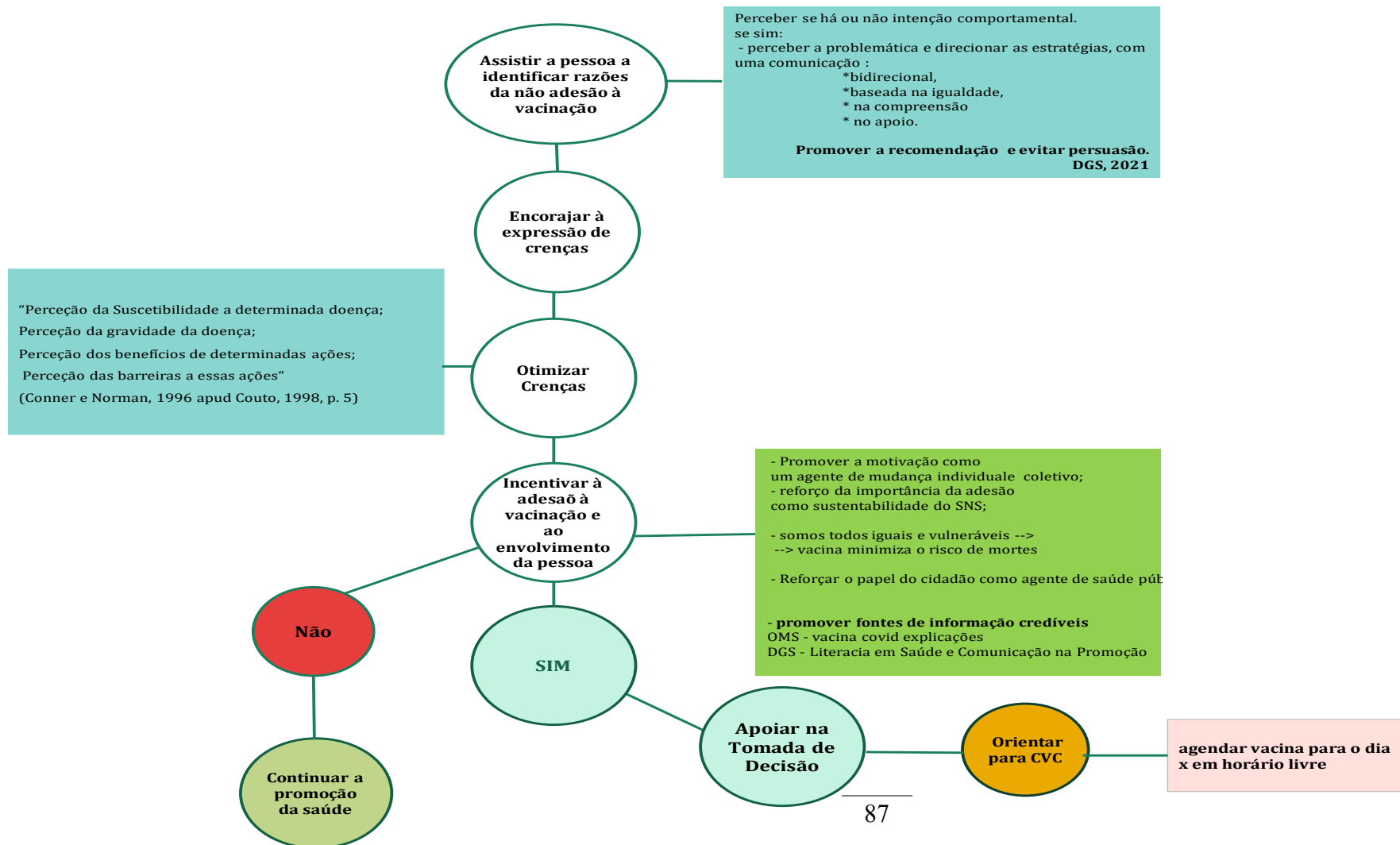


Seguir a voz que se encontra activa decorrente da entrevista telefónica

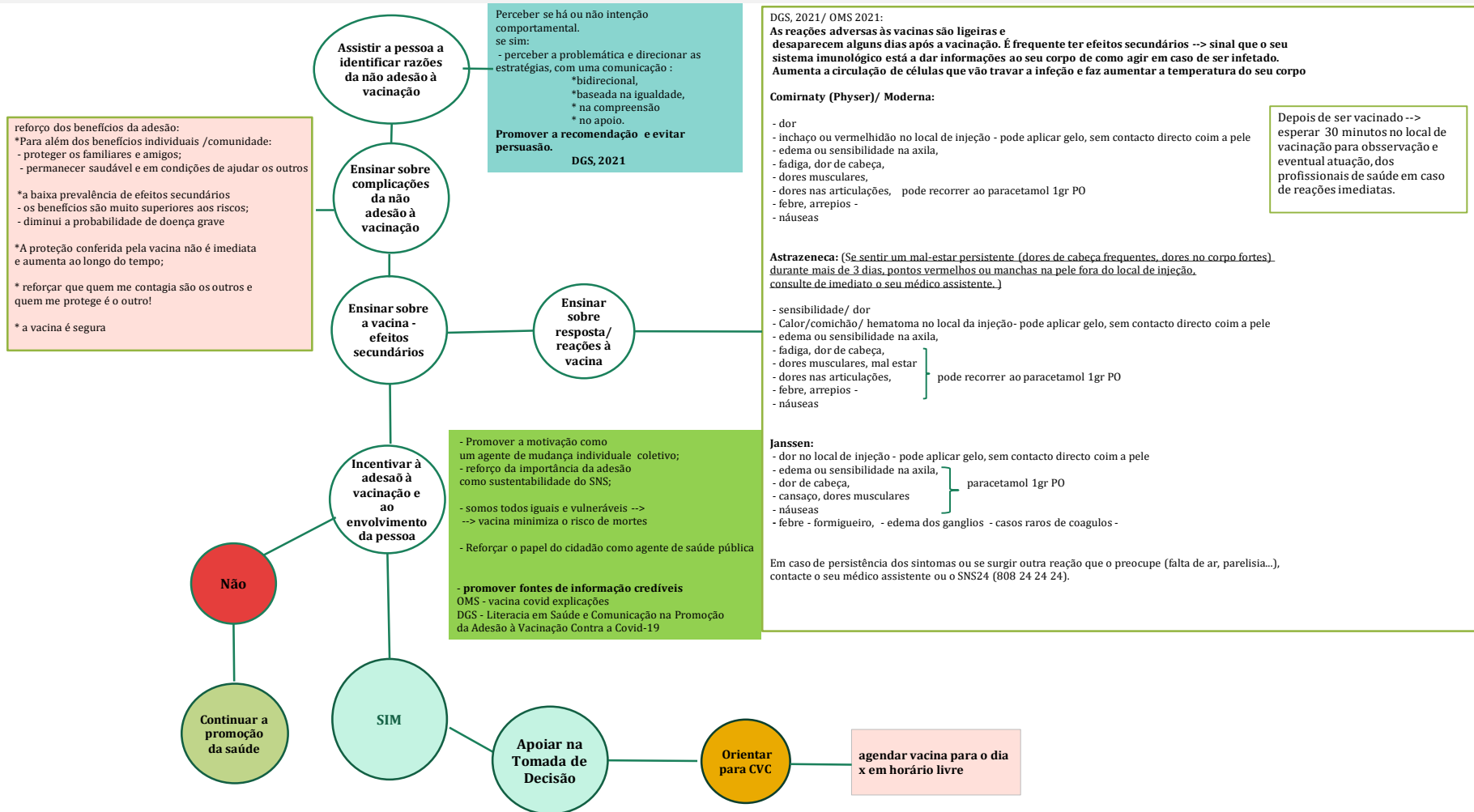
# Voz 1 - Volição Comprometida



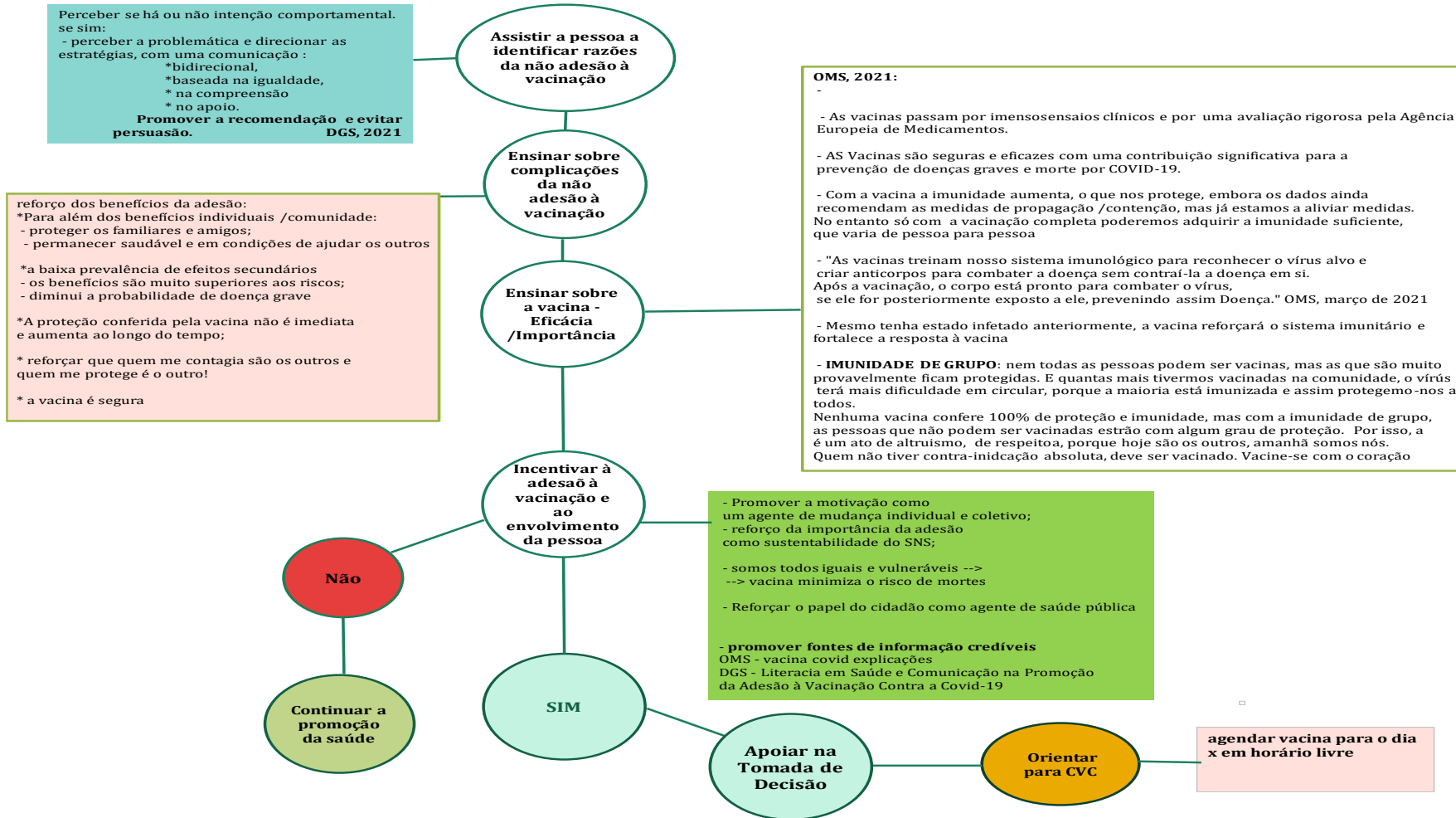
## Voz 2 - Crenças Comprometidas



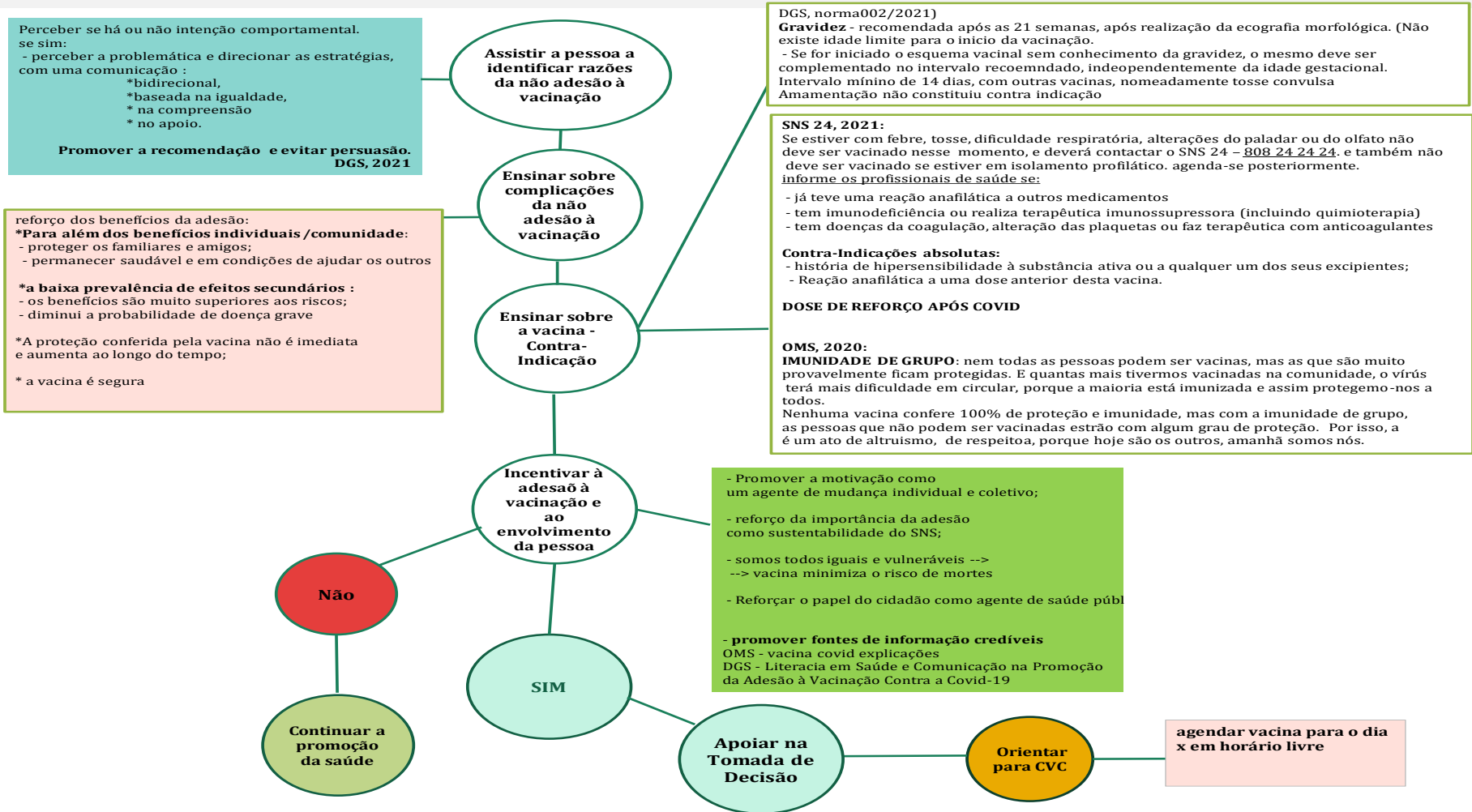
# Voz 3 - Ensinar sobre Vacina-Efeitos secundários



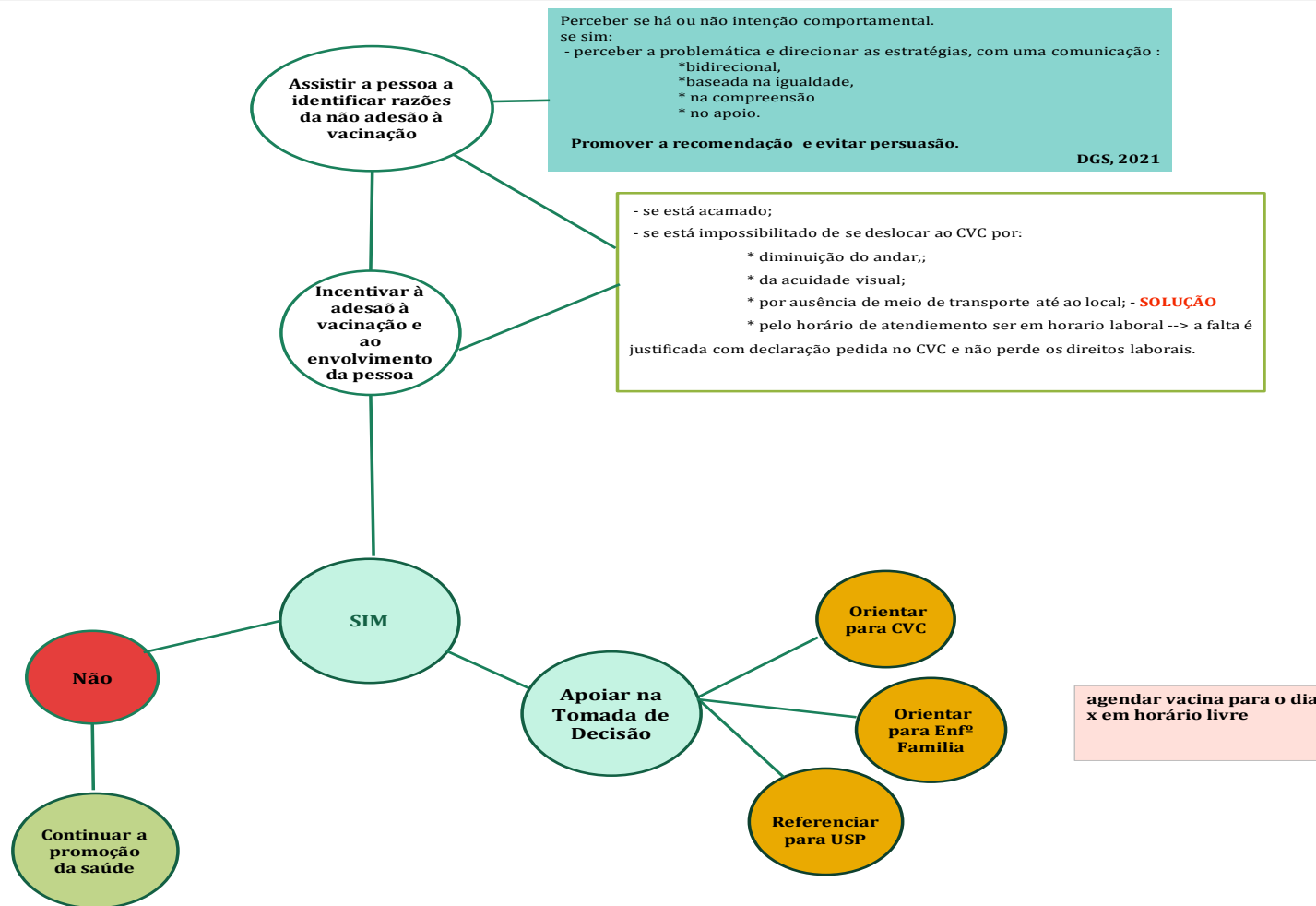
# Voz 4 - Ensinar sobre Vacina-Eficácia/ Importância



# Voz 5 - Ensinar sobre Vacina-Contra-Indicação



## Voz 6 - Acessibilidade



# Voz 7 - Recusa

Perceber se há ou não intenção comportamental, se sim:  
- perceber a problemática e direcionar as estratégias, com uma comunicação :  
\*bidirecional,  
\*baseada na igualdade,  
\* na compreensão  
\* no apoio.

**Promover a recomendação e evitar persuasão.**  
DGS, 2021

**Assistir a pessoa a identificar razões da não adesão à vacinação**

Depois de percebida a razão, direcionar a educação para a saúde e a capacitação, de acordo com o foco comprometido ( conhecimento, volição, crenças....)

**Incentivar à adesão à vacinação e ao envolvimento da pessoa**

- Promover a motivação como um agente de mudança individual e coletivo;  
- reforço da importância da adesão como sustentabilidade do SNS;  
- somos todos iguais e vulneráveis -->  
--> vacina minimiza o risco de mortes  
- Reforçar o papel do cidadão como agente de saúde pública

- **promover fontes de informação credíveis**  
OMS - vacina covid explicações  
DGS - Literacia em Saúde e Comunicação na Promoção da Adesão à Vacinação Contra a Covid-19

**SIM**

**Não**

**Continuar a promoção da saúde**

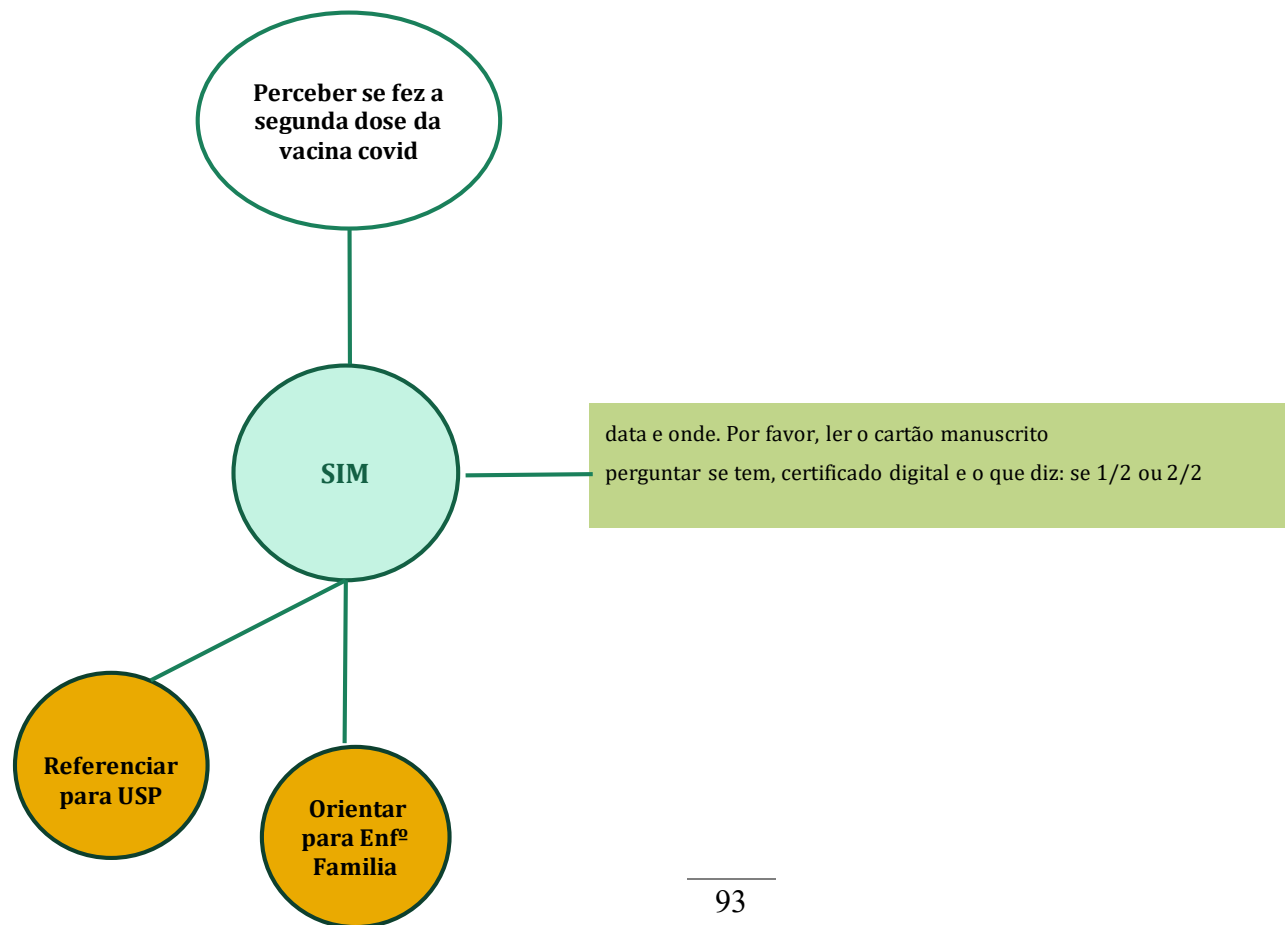
**Apoiar na Tomada de Decisão**

**Orientar para CVC**

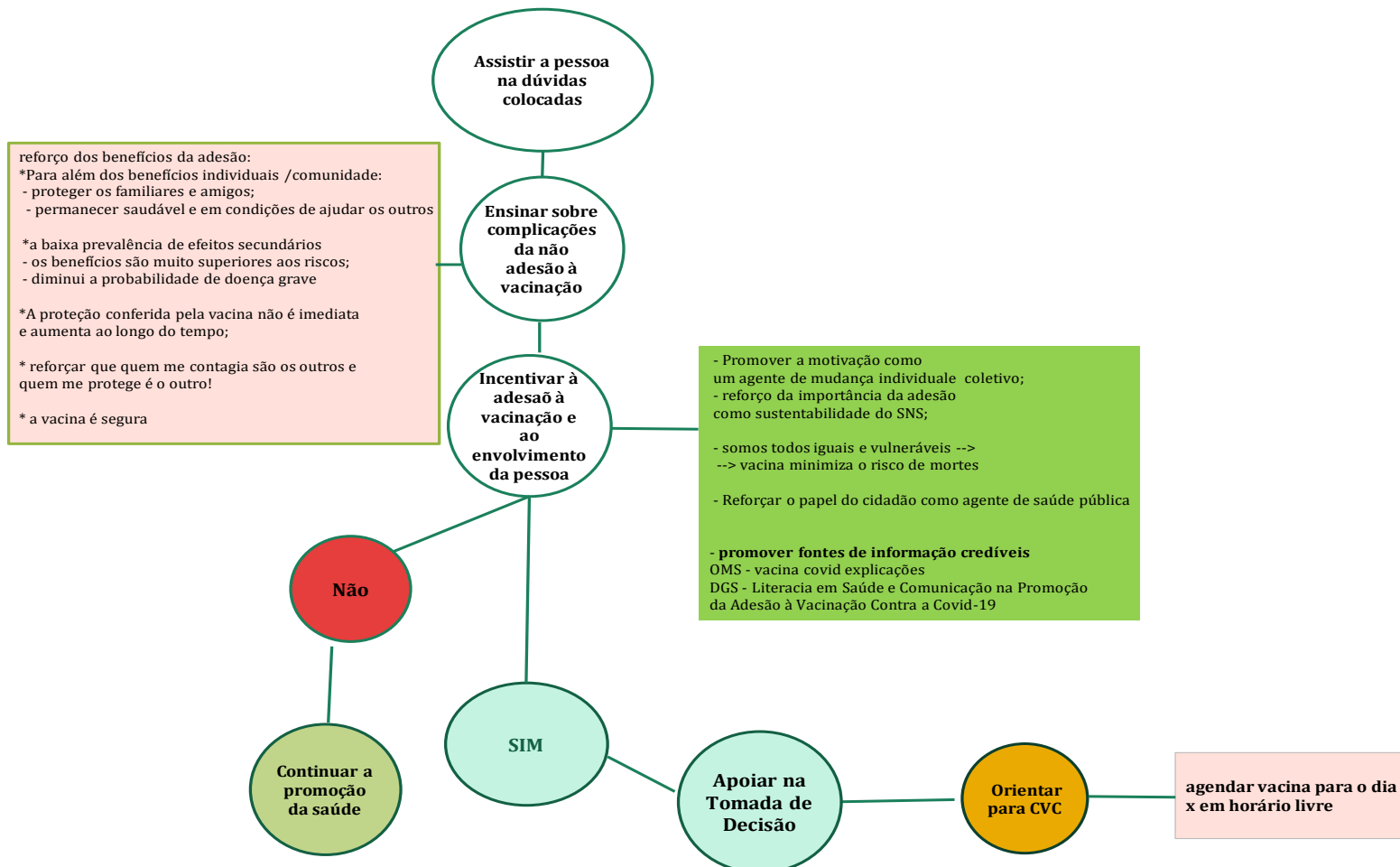
**Orientar para Enf<sup>o</sup> Família**

**Referenciar para USP**

## Voz 8 - Registo errado



# Voz 9- Capacitação sobre outros assuntos - vacina gripe e/ou covi



### **Apêndice III – Base de Dados, um instrumento de intervenção**

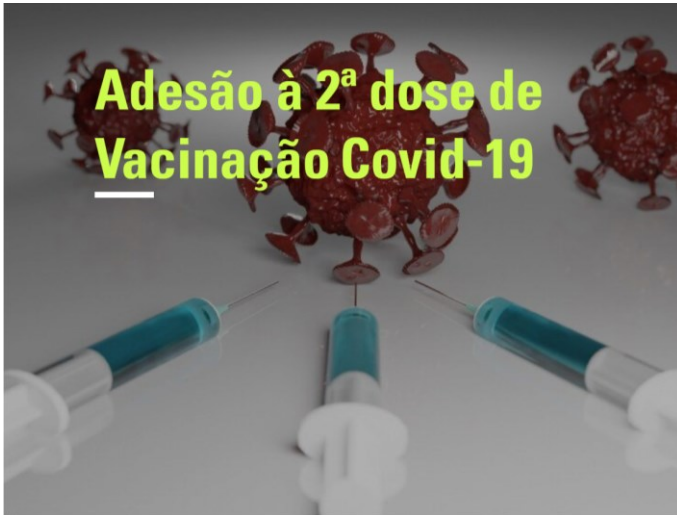






**Apêndice IV – Newsletter –Adesão à Segunda Dose da Vacina COVID-19**





## Adesão à 2ª dose de Vacinação Covid-19

Partilhar

Inserido no decorrer das atividades letivas para obtenção de Grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em Saúde Comunitária e Saúde Pública, foi desenvolvida uma intervenção comunitária em contexto da Unidade de Saúde Pública, no Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) [REDACTED].

< >

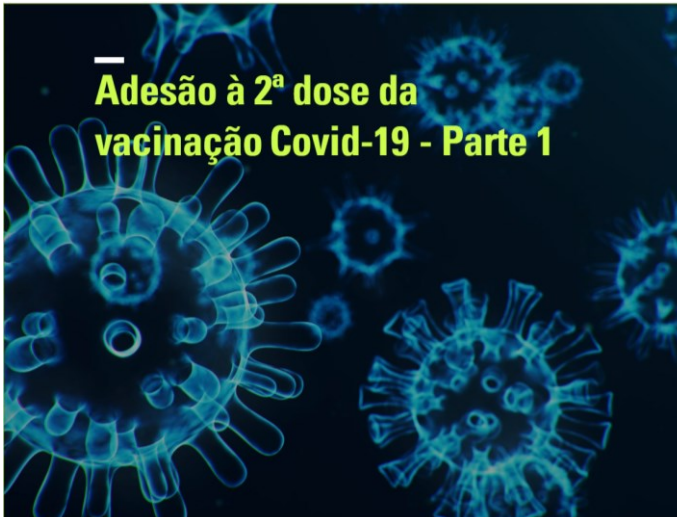


## Uma Matriz de Intervenção

A não obrigatoriedade do cumprimento do programa nacional de vacinação, reforça a necessidade de um contínuo trabalho de educação para a saúde, desconstruindo a hesitação vacinal e fomentando a adesão à vacinação. Percebendo a necessidade da imunização como combate à doença Covid-19, intervir na não adesão à vacinação apresenta-se como uma estratégia de superação e de obtenção de ganhos em saúde.

Com uma atuação, dirigida, particularizada e de proximidade, foi desenvolvido um projeto de investigação-ação, nos utentes pertencentes ao ACeS, com segunda dose da vacinação contra a Covid-19 em atraso.

< >

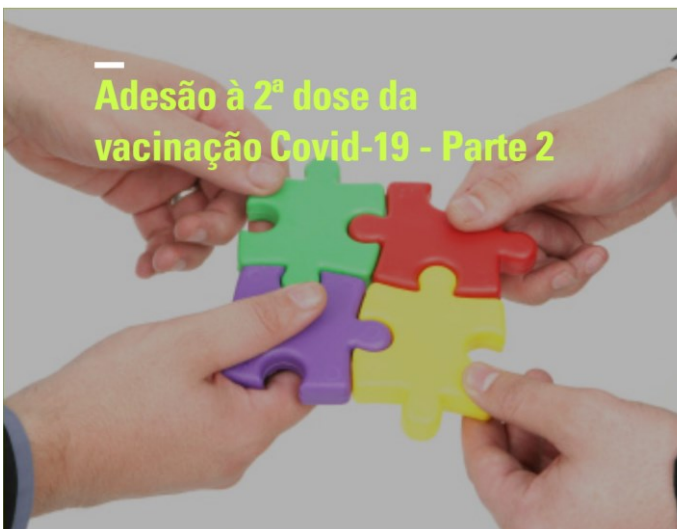
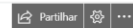
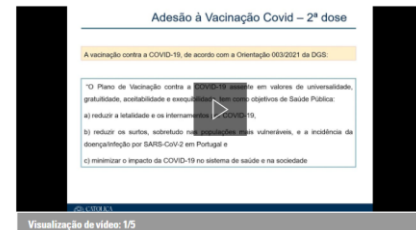


Apesar de estarmos num país culturalmente predisposto à vacinação, a aceitação da vacina contra a COVID-19 mesmo com alguns desvíos, superou as adversidades, e a taxa de cobertura vacinal fala por si. No entanto, no ACeS um número de utentes significativo não compareceu à segunda dose de vacina. Definida a priorização e após revisão da literatura existente, constatamos que muita da não adesão está relacionada com vários fatores, onde a hesitação vacinal e a recusa estão presentes.



Apesar de estarmos num país culturalmente predisposto à vacinação, a aceitação da vacina contra a COVID-19 mesmo com alguns desvíos, superou as adversidades, e a taxa de cobertura vacinal fala por si. No entanto, no ACeS um número de utentes significativo não compareceu à segunda dose de vacina. Definida a priorização e após revisão da literatura existente, constatamos que muita da não adesão está relacionada com vários fatores, onde a hesitação vacinal e a recusa estão presentes.

Visualização de vídeo: 1/5



"O planeamento da saúde é entendido como a racionalização utilização dos recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários." (Imperatori e Giraldes, 1992)



## Parte 2



“O planeamento da saúde é entendido como a racionalização na utilização dos recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários.” (Imperatori e Giraldes, 1992).

### Visualização de vídeo: 2/5

População-Alvo

- Todos os utentes pertencentes ao ACS6 Fátima Anossa I, entre os 16-65 anos, elegíveis para vacinação COVID-19 com o seguinte objetivo em todo o distrito e ilha da Madeira em Portugal até Setembro 2021.

Critérios

Inclusão

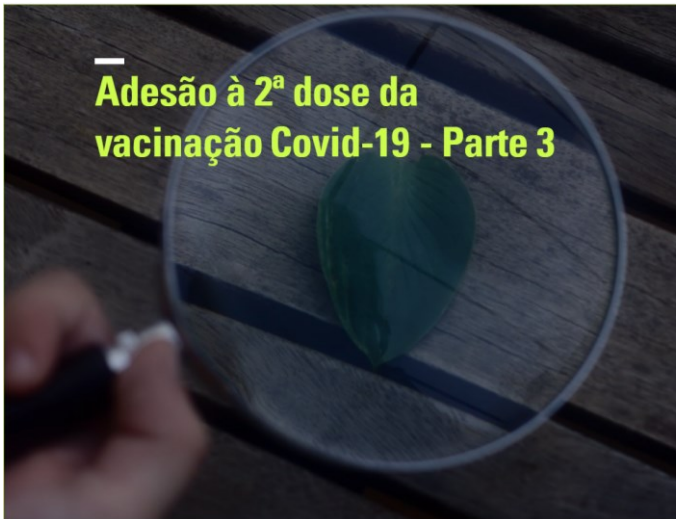
- Idade igual ou superior a 16 e inferior a 65 anos
- Residência no âmbito da seguinte área geográfica
- Ter contacto telefónico válido
- Utilizar e-mail no ACS6 I

Exclusão

- Terminativa de contacto há mais de 90 dias (obtidos e em contacto alternativos)
- Primeira tentativa entre as 0-10h
- Segunda tentativa entre as 12-14h
- Terceira tentativa entre 16-18h

Visualização de vídeo: 2/5

## Adesão à 2ª dose da vacinação Covid-19 - Parte 3



A Investigação-Ação é uma investigação participativa, com trabalho contínuo e conjunto com o investigador, que pretende dar resposta a um diagnóstico de situação, promovendo a reflexão, otimização da prática, e produção de novos conhecimentos.

## Parte 3



A Investigação-Ação é uma investigação participativa, com trabalho contínuo e conjunto com o investigador, que pretende dar resposta a um diagnóstico de situação, promovendo a reflexão, otimização da prática, e produção de novos conhecimentos.

### Visualização de vídeo: 3/5

Adesão à Vacinação Covid-19 – 2ª dose

O que construímos?

Fluxograma → apoio à entrevista telefónica e de proximidade na decisão clínica em relação ao foco epidemiológico.

Base de Dados em Excel → evidência do trabalho dos Enfermeiros, com cálculo dos resultados de monitorização.

Visualização de vídeo: 3/5

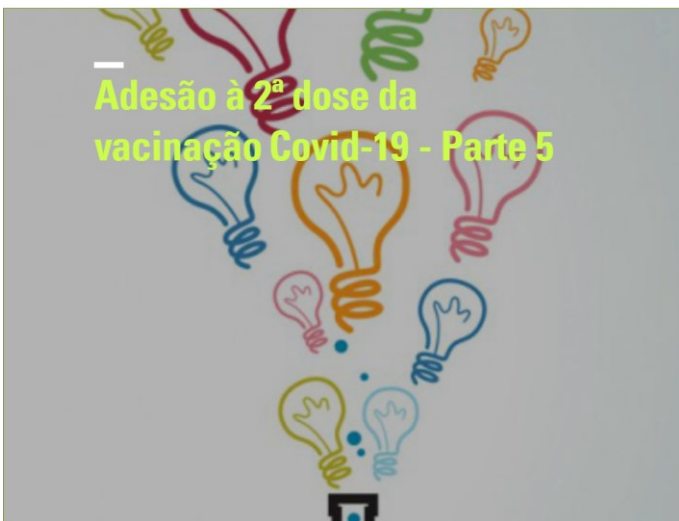
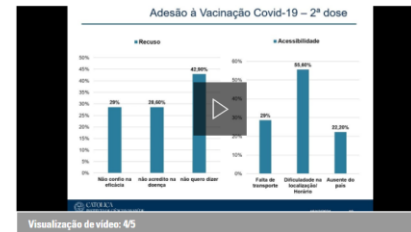


A leitura dos resultados permite-nos refletir sobre o que foi feito e como foi feito, quais as oportunidades de melhoria e como podemos otimizar a nossa intervenção como Enfermeiros. Com esta intervenção na não adesão à vacinação COVID-19, pretende-se também, evitar a perpetuação da desvalorização da importância vacinal.



A leitura dos resultados permite-nos refletir sobre o que foi feito e como foi feito, quais as oportunidades de melhoria e como podemos otimizar a nossa intervenção como Enfermeiros. Com esta intervenção na não adesão à vacinação COVID-19, pretende-se também, evitar a perpetuação da desvalorização da importância vacinal.

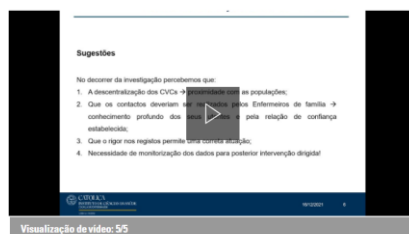
#### Visualização de vídeo: 4/5



A realização desta investigação demonstrou que é essencial a procura de respostas para as dificuldades da prática clínica, assim se pode tomar decisões com base no estado da arte. A atuação do enfermeiro surge como pilar na educação para a saúde, capacitação e empoderamento do utente com ganhos objetivos em saúde. Assim, da análise efetuada, considera-se que é emergente a necessidade de investigação, que retrate a produção de indicadores do desempenho dos Enfermeiros como uma profissão autónoma e imprescindível ao bom funcionamento do Serviço Nacional de Saúde.

igação demonstrou que é essencial a  
a as dificuldades da prática clínica, e só  
:isões com base no estado da arte. A  
rge como pilar na educação para a  
poderamento do utente com ganhos  
m, da análise efetuada, considera-se  
sidade de investigação ,que retrate a  
do desempenho dos Enfermeiros,  
ónoma e imprescindível ao bom  
o Nacional de Saúde.

Visualização de vídeo: 5/5



Muito Obrigada pela vossa atenção!



## **Apêndice V – Instrução de Trabalho**



	<b>Instrução de Trabalho 001/2021</b>
---	---

### **1. Finalidade:**

De acordo com o estabelecido na norma da DGS 002/2021, atualizada a 15 de Outubro de 2021, foi elaborado uma instrução de trabalho com o objetivo de planear o procedimento da co-vacinação/ vacinação da gripe, dos utentes com dependência em contexto domiciliário.

### **2. Considerações:**

Atendendo que o processo de vacinação está em contínuo ajuste e pela necessidade de o tornar, o mais eficaz e eficiente, torna-se necessário simplificar o processo de preparação do ato vacinal.

### **3. População**

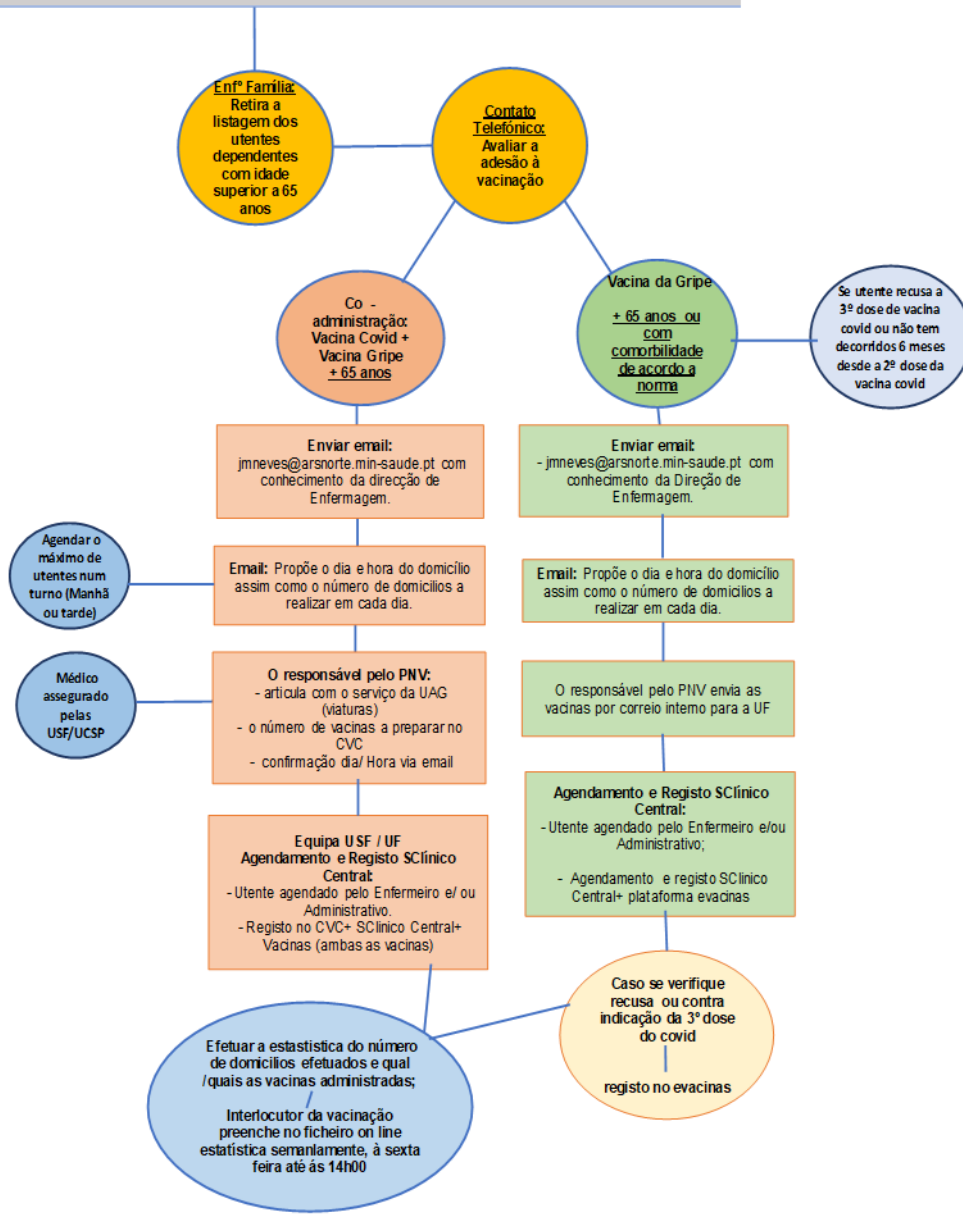
Instrução dirigida aos Enfermeiros Responsáveis das unidades funcionais, que serão os responsáveis pela administração e registo da vacinação, dos utentes com dependência em contexto domiciliário.

### **4. Execução**

## Procedimento Vacina Covid-19 (reforço) + Vacina Gripe Sazonal

### Domicilios - Utentes dependentes no domicílio

Vacinados pelas equipas das USF /UCSP



Elaborado por:

