

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem
Comunitária

Relatório de Estágio

A Enfermagem e a Vacinação na Comunidade.
Estratégias para a vacinação do tétano e difteria no
adulto de no idoso: Uma aposta a não perder

Dina Cândida Estevêns Cavaco Ramos

Lisboa

2016



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem
Comunitária

Relatório de Estágio

A Enfermagem e a Vacinação na Comunidade.
Estratégias para a vacinação do tétano e difteria no
adulto de no idoso: Uma aposta a não perder

Dina Cândida Estevêns Cavaco Ramos

Orientador: Professor Doutor José Edmundo de Sousa

Co-Orientador: Maria Eugénia Amodor Emídio

Lisboa

2015

A decorative graphic in the bottom right corner consisting of several overlapping, curved green shapes that resemble stylized leaves or a modern logo element.

“Desde que surge a vida que existem cuidados, porque é preciso «tomar conta» da vida para que ela possa permanecer”

(Collière, 1999)

Ao meu orientador, Professor Doutor José Edmundo de Sousa, pela sua incondicional disponibilidade e sapiência, e pela forma como sempre me soube guiar ao longo desta etapa da minha vida académica.

À minha família, ao meu marido, meus filhos e aos meus pais, pela sua presença apoio e carinho insubstituível, pois sem eles não teria sido possível.

Às minhas colegas e amigas da USF, pois sem o seu incentivo e apoio este percurso teria sido mais sinuoso

LISTA DE ACRÓNIMOS ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
AS	Almada-Seixal
ARSLVT	Associação Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo
BCG	Bacillus Calmette-Guérin
CDP	Centro de Doenças Pneumológicas
DDO	Doenças de Declaração Obrigatória
DGS	Direção Geral de Saúde
EOE	Estatuto Ordem dos Enfermeiros
EPI	Expanded Programme on Immunization
INE	Instituto Nacional de Estatística
IPSS	Instituição Pública Solidariedade Social
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização Nações Unidas
PNS	Plano Nacional Saúde
PNV	Plano Nacional de Vacinação
QREN	Quadro Referência Estratégia Nacional
RAC	Registo Administrativo de Contato
RCV	Registo Centralizado de Vacinas
RNU	Registo Nacional Utentes
SAM	Sistema Apoio Médico
SAPE	Sistema Apoio Prática Enfermagem
SINUS	Sistema Informático Unidades de Saúde
Td	Vacina Tétano e difteria
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP	Unidade Cuidados Saúde Personalizados
UF	Unidade Funcional
USF	Unidade Saúde Familiar
URAP	Unidade de Recursos Apoio Partilhados
USP	Unidade de Saúde Pública

RESUMO

O presente relatório surge como consequência da descrição de uma intervenção comunitária, onde foram delineadas e aplicadas estratégias e atividades que tiveram como principal objetivo o aumento da taxa de cobertura vacinal dos indivíduos com idade igual ou superior a 55 anos inscritos na Unidade de Saúde Familiar do Feijó, pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde Almada-Seixal para a vacina do tétano e difteria de 84,6% para os 88%.

A intervenção em causa seguiu a metodologia do Planeamento em Saúde e teve como referencial teórico de Enfermagem, o modelo de Dorothea Orem e a Teoria do Autocuidado.

Para a colheita de dados foi utilizado o método de recolha sistemática quantificável através do programa SINUS.

Sendo a amostra constituída por 820 participantes, pretendia-se atualizar o estado vacinal de pelo menos 193 desses clientes para atingir o objetivo proposto para o ano de 2015 que corresponde a 4597 clientes da população alvo. Em 2016 é pretensão ter 90% da população alvo vacinada ou seja 4702 clientes e em 2017 92% o que se traduz em 4806 de clientes da população alvo.

Porém, e no final do período de implementação da intervenção comunitária que decorreu de 29 de setembro de 2014 a 13 fevereiro de 2015, foi possível atualizar o estado vacinal de 376 clientes, pelo que o objetivo foi atingido. Com estes resultados foi possível atualizar o estado vacinal de 45,9% da amostra, embora se tenha identificado 58,8% da mesma. A diferença resulta entre outros fatores da recusa vacinal que constituiu 10,2% da amostra.

Das atividades desenvolvidas a convocação por carta foi a que maior eficácia demonstrou ao ser responsável por 64% das atualizações vacinais.

Durante a intervenção comunitária foi também desenvolvido um protocolo de articulação entre duas Unidades funcionais do ACES, a USF e a UCC a fim de potenciar os recursos existentes, e trazer ganhos em saúde para a comunidade.

Palavras-chave: Enfermagem comunitária, Planeamento em Saúde, Intervenção Comunitária, Vacina Tétano e difteria.

ABSTRACT

This report comes as a consequence of the description of a community intervention, in which strategies and activities that were designed primarily to increased the vaccination coverage rate for those aged 55 and over enrolled in Family Health Unit of Feijo, belonging to the Agrupamento Centros de Saúde Almada-Seixal for tetanus and diphtheria vaccine from 84.6% to 88% were outlined and applied.

This intervention in question followed the Health Planning methodology and had the theoretical Nursing framework of the model from Dorothea Orem's Self Care Theory.

The method of data collection consisted of the systematic collection of quantifiable data by SINUS application.

As the sample consisted of 820 participants, the intention was to update the vaccination status of at least 193 of those clients in order to achieve the proposed goal for the year 2015 corresponding to 4597 clients, of the target population in 2016 it is expected to have 90% of the population vaccinated, which is equivalent to 4702 clients, and in 2017 92%, which corresponds to 4806 clients.

However, at the end of the implementation period of the community intervention, which took place from 29 September 2014 to 13 February 2015, it was possible to update the vaccination status of 376 clients, meaning that the goal was achieved. With these results it was possible to update the vaccination status of 45, 9% of the sample, although we had identified 58.8% of the same. The difference results from factors such as vaccine refusal which constituted 10.2% of the sample.

From the developed activities, the convening letter was the most effective on demonstrating to be responsible for 64% of vaccine updates.

During the community intervention, there was also developed a protocol for linking two functional units of the ACES, an USF and an UCC in order to maximize the existing resources, resulting in health gains for the community.

Keywords: Community Nursing, Health Planning, Community Intervention, Tetanus vaccine and diphtheria.

INDICE

INTRODUÇÃO.....	10
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	12
1.1. Conceitos.....	12
1.2 A vacinação na saúde do adulto e do idoso.....	18
1.3 Intervenção Comunitária e a Enfermagem na Comunidade.....	21
1.4 A Vacinação e a história.....	22
1.5 Fisiopatologia do Tétano.....	23
1.6 A Enfermagem Comunitária na Promoção do Autocuidado – Dorothea Orem e a Teoria do Autocuidado.....	24
2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	26
2.1 Diagnóstico de situação.....	26
2.2 Contextualização do local de intervenção.....	28
2.3 População, população alvo e amostra.....	29
2.4 Apresentação e Análise dos resultados.....	29
2.4.1 Caracterização da população.....	29
2.4.2 Caracterização da amostra.....	32
2.5 Diagnósticos de Enfermagem.....	35
2.6 Definição de prioridades.....	36
2.7 Fixação de objetivos.....	37
2.8 Seleção de estratégias.....	39
2.9 Preparação operacional.....	39
3. AVALIAÇÃO.....	43
4. QUESTÕES ÉTICAS.....	49
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS / CONCLUSÃO.....	50
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53

ANEXOS

Anexo I - Plano Nacional de Vacinação

Anexo II – Grelha de análise

Anexo III – Declaração de recusa da USF

APÊNDICES

Apêndice I – Numero e percentagem de clientes inscritos na USF por sexo e grupo etário

Apêndice II – Pirâmide etária de clientes inscritos na USF

Apêndice III – Protocolo / Carta de parceria entre a UCC Almada e a USF

Apêndice IV – Caracterização de clientes residentes nas IPSS por estado vacinal e concelho de residência

Apêndice V – Nota informativa da intervenção comunitário a divulgar nas IPSS

Apêndice VI – Cronograma de atividades

Apêndice VII – Plano de formação dos profissionais da USF

Apêndice VIII – Estratégias e atividades de intervenção comunitária

Apêndice IX – Pedido de autorização da intervenção comunitária ao Diretor do ACES

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico nº 1 – Variação demográfica em Portugal 2001 - 2011.....	18
Gráfico nº 2 - Evolução de clientes vacinados na USF Feijó entre 2010 e 2014	27
Gráfico nº 3 - Frequência de clientes vacinados USF Feijó	30
Gráfico nº 4 – PNV Atingido na Coorte 1948 (65 anos) nas USF's do ACES Almada/Seixal	31
Gráfico nº 5 – PNV Cumprido na Coorte 1948 (65 anos) nas UCSP's do ACES Almada/Seixal	31
Gráfico nº 6 - Distribuição da amostra por sexo	32
Gráfico 7.- Relação entra a totalidade da amostra e clientes vacinados.....	46
Gráfico 8 – Avaliação da Intervenção Comunitária no Grupo Alvo	47
Gráfico 9 - Monitorização da intervenção comunitária.....	48

INDICE DE QUADROS

Quadro 1- Esperança média de vida à nascença em Portugal.	18
Quadro nº 2 - Enumeração da questão PICO	27
Quadro nº 3 - Caracterização da amostra face ao sexo e estado vacinal	32
Quadro nº 4 - Procedimentos na atualização da vacina Td	35
Quadro nº 5 – Diagnósticos de Enfermagem 1 de acordo com a taxinomia CIPE.....	36
Quadro 6 - Aplicação da grelha de análise aos problemas encontrados para determinação de prioridades	37
Quadro 7.- Distribuição da amostra com estado vacinal atualizado por atividade	44
Quadro 8.- Estado vacinal da amostra após implementação da intervenção comunitária.....	44
Quadro 9- Representação das recusas vacinais por classes e sexo da amostra.	47

INDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Registo e declaração de casos de Tétano na última década.....	23
Tabela nº 2 - Análise de Coortes de Clientes USF Feijó face ao estado vacinal.....	30
Tabela nº 3 - Apresentação da amostra por classes	33
Tabela nº 4 - Apresentação da amostra por idades	33
Tabela nº 5 -Estado vacinal da amostra antes da implementação da intervenção comunitária.	34
Tabela nº 6 – Plano de vacinação na USF Feijó para o triénio 2015-2017	38
Tabela 7- Análise por classes da amostra de clientes vacinados ou com estado vacinal atualizado após implementação da intervenção.....	45
Tabela 8 - Análise de Coortes de Clientes após implementação da intervenção comunitária.	46
Tabela 9- Total de vacinas Td administradas na USF Feijó em períodos homólogos.	48

INTRODUÇÃO

De acordo com a declaração de Alma-Ata, os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são o pilar na prestação de cuidados de saúde na comunidade, conhecê-la é fundamental para um adequado planejamento em saúde. A declaração enumera diversos cuidados de saúde essenciais de onde podemos realçar a “imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais.” (Alma-Ata 1978, p.2)

A vacinação com a entrada em vigor do Plano Nacional de Vacinação (PNV) em 1965 constituiu um enorme ganho em saúde para a população através de uma considerável redução da morbidade e da mortalidade pelas doenças infecciosas alvo de vacinação. DGS (2012)

A Direção Geral de Saúde DGS (2012) considera que as metas propostas relativamente às doenças infecciosas evitáveis pela vacinação só são possíveis com a conjugação de políticas de saúde adequadas e com a motivação e atualização constante dos profissionais de saúde que diretamente trabalham na área. A estes, e nomeadamente aos enfermeiros, cabe a implementação das políticas de saúde junto das populações, pois como prescritores e executores do PNV, exercem uma ação muito destacada na área da vacinação.

Ao dar cumprimento ao PNV, o enfermeiro está a trabalhar a prevenção primária, nomeadamente ao nível da proteção específica. Pereira (1995). Neste relatório a proteção específica tem como exemplo a vacinação contra o tétano e difteria, uma vez que se pretende aumentar a resistência específica do organismo contra estas patologias e a proteção contra riscos ocupacionais. Pereira (1995)

Após esta breve exposição pretende-se demonstrar que o foco de interesse para a elaboração deste projeto será a área da vacinação. Esta é uma área de especial interesse para o enfermeiro, com relevância e impacto na saúde pública, onde o desenvolvimento de corretas e adequadas estratégias em saúde, permitem trazer um ganho em saúde para o indivíduo/família/comunidade.

A escolha do local para a implementação deste projeto além de refletir um cariz pessoal, pretende salientar também a importância a aglutinar os ganhos em saúde para a população local, ao mesmo tempo que dá resposta a um dos objetivos contratualizados pela unidade funcional. É nossa pretensão adquirir e desenvolver competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, através da intervenção na comunidade. A escolha recaiu na

Unidade de Saúde Familiar do Feijó, inserida no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Almada-Seixal.

Depois da escolha do local e da área de intervenção comunitária foi traçado o seguinte objetivo geral que será explanado ao longo deste relatório: aumentar o número de utentes com esquema vacinal atualizado à data de conclusão da intervenção comunitária na USF do Feijó, para os clientes com idade igual ou superior a 55 anos, inscritos na USF, de 84,3% para 88%, ou seja dos atuais 4404 clientes vacinados para 4597, entre Outubro de 2014 e Fevereiro de 2015.

Para este relatório optou-se pela metodologia do planeamento em saúde, método que serviu de fio condutor e que se encontra devidamente aclarado ao longo da elaboração deste documento.

O modelo teórico de referência escolhido, por ser o que mais de adapta à intervenção comunitária desenvolvida, foi o modelo de Dorothea Orem e a Teoria do Autocuidado.

Este documento tem como objetivo principal apresentar o diagnóstico de situação delineado, enunciar as prioridades em saúde definidas, transmitir quais os objetivos propostos, descrever de forma reflexiva as estratégias e atividades desenvolvidas, apresentar os resultados obtidos e descrever as competências adquiridas ao longo desta etapa académica. Para tal foi utilizada a metodologia do planeamento em saúde

O corpo do relatório está estruturado em 6 capítulos. No primeiro capítulo encontra-se o enquadramento teórico, no segundo capítulo é apresentado o diagnóstico de situação, onde se encontram explícitas as etapas do planeamento em saúde, no terceiro capítulo encontra-se a avaliação da implementação do projeto, no quarto capítulo abordamos as questões éticas. No quinto capítulo são apresentadas as principais conclusões e considerações finais e finalmente, no sexto capítulo encontram-se as referências bibliográficas.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Conceitos

A investigação científica é a disciplina que nos permite adquirir conhecimentos mais rigorosos, uma vez que assenta num raciocínio racional. A investigação é um meio de apresentar o campo de atuação e do saber de uma profissão. Aplicada à prática e aos cuidados de enfermagem permite basear a nossa prática na evidência, de acordo com Fortin (1999), o desenvolvimento da habilidade na investigação permite compreender a importância de utilizar os seus resultados como base das suas intervenções.

A fase conceptual da investigação científica deve ter como ponto de partida uma preocupação/problema, que consiste em encontrar um domínio de investigação que interesse ou preocupe o investigador e se revista de importância. “Este domínio poderá estar associado a preocupações clínicas ou sociais e representar comportamentos, observações, crenças, etc., que sejam relevantes para a prática da Enfermagem”, (FORTIN,1999, p.50)

À luz desta breve exposição, é importante falarmos dos conceitos que se seguem uma vez que, “são elementos de base da linguagem que transmitem os pensamentos, as ideias e as noções abstratas”, (FORTIN,1999,p.40). Elencar estes conceitos torna-se importante no sentido em que vão clarificar a base da intervenção comunitária que deu origem à elaboração deste relatório.

Planeamento em Saúde

Tavares (1991) defende que planear em saúde é necessário para uma aplicação lógica de tomadas de decisão, nomeadamente na área da saúde a fim de atingir os objetivos propostos da forma mais eficiente possível.

Para Imperatori e Giraldes (1999) planeamento em saúde define-se como a racionalização na utilização de recursos por forma a atingir os objetivos estabelecidos, de modo a reduzir os problemas de saúde considerados prioritários, não esquecendo a coordenação de esforços de vários setores da sociedade.

Esta última definição torna-se particularmente importante se analisarmos a nossa atual envolvimento socioeconómica. Escassez de recursos humanos e materiais são uma realidade cada vez mais marcante, porém os problemas em saúde não deixam de persistir.

Planear torna-se fundamental pelos profissionais de saúde, se pretendemos que os problemas em saúde sejam solucionados. Cabe ao enfermeiro especialista em saúde comunitária estabelecer com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, intervir em múltiplos contextos, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados e continuados e ajustados, nomeadamente a grupos sociais com necessidades específicas. Ordem dos Enfermeiros (2010)

Risco e Vulnerabilidade

Risco e vulnerabilidade, embora possam ter uma estreita relação, são distintos. O risco tem uma identidade bastante sólida, com carácter eminentemente analítico, enquanto a vulnerabilidade, como um conceito emergente, está mais voltada ao carácter sintético. Nichiata, Bertolozzi, Takahashi, Fracolli (2008)

Para Almeida-Filho (1989), risco é a possibilidade, elevada ou reduzida de um indivíduo sofrer um dano. Ainda para o mesmo autor é ainda a probabilidade de um indivíduo de uma comunidade definida desenvolver uma dada doença num período de tempo. Almeida-Filho (1989)

Luiz e Cohn (2006) também definem risco como uma possibilidade de ocorrência de um particular evento adverso.

Para Nichiata, et al. (2008) risco é um processo analítico, onde se procura produzir um conhecimento objetivo a partir da associação de carácter probabilístico. Assim, o risco epidemiológico é a probabilidade de que um indivíduo de qualquer comunidade tem de ser exposto a um determinado agravamento ou condição.

A vulnerabilidade para Silva, Dias, Terra e Silva, OE (2011) deve-se à existência de diversos fatores relacionados com processos culturais, psicológicos, políticos, económicos e biológicos, aumentando a possibilidade de ocorrência de diversas doenças.

Vulnerabilidade também pode ser definida como um processo dinâmico estabelecido pela interação dos elementos que a compõe, tais como idade, raça, etnia, condição social, escolaridade, apoio social e presença de co morbilidades. Cada indivíduo possui um limiar de vulnerabilidade que, quando ultrapassado, resulta numa situação de doença. Nichiata, et al. (2008)

Compete ao enfermeiro especialista em saúde comunitária reconhecer-se os fatores que levam à maior vulnerabilidade do indivíduo, grupo ou comunidade e criar oportunidades de intervenções de enfermagem comunitária facilitadoras de mudança e uma cobertura mais justa.

O enfermeiro deve ter sempre presente que a vulnerabilidade existe em três vertentes que estão interrelacionadas, a vertente individual, social e político/institucional. Benedetto e Silveira (2013). A vertente individual deve direcionar o enfermeiro para o comportamento particular do cliente, a vertente social determina a capacidade de acesso do cliente a bens ou serviços, onde naturalmente se inclui a saúde e por último a vertente político/institucional deve alertar o enfermeiro para as políticas de saúde e a forma como estas limitam ou não o acesso e a equidade de cuidados prestados ao indivíduo, grupo ou comunidade.

É assim com base nestes dois conceitos que compete ao enfermeiro especialista em saúde comunitária estabelecer com base na metodologia do planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, incluindo os seus riscos e vulnerabilidades e Intervir em diversos contextos, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados e continuados e ajustados, nomeadamente a grupos sociais com necessidades específicas. Ordem dos Enfermeiros (2010).

Fatores de risco

Fator de risco pode ser entendido como um atributo individual a uma determinada exposição que está positiva ou negativamente associada com a ocorrência da doença. Vaz, Santos e Carneiro (2005)

Com base nesta definição surge a necessidade de considerar que o atributo pode ser a idade e o sexo, enquanto a exposição pode ser de nível ambiental, nutricional ou ao agente tóxico.

Aqui e considerando o tema deste relatório o fator de risco estará associado ao risco de exposição ao bacilo *Clostridium tetani* que se encontra no solo e que produz uma neurotoxina poderosa que provoca o tétano.

Promoção da saúde

A promoção da saúde já citada na Declaração de Alma-Ata (1978), reconhece a desigualdade existente entre os países, quer entre ou mesmo dentro de cada país, como inaceitável e identificou os cuidados de saúde primários como principal foco para atingir a meta “Saúde para todos”. A declaração evidenciou a necessidade de promover e proteger a saúde nos países em desenvolvimento, tendo sempre como horizonte a justiça social e a paz mundial.

Outra referência é a Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde (1986), que identificou diversos recursos fundamentais para a melhoria da saúde, bem como a expansão do conceito de promoção da saúde, que passa para além da ausência de doença ou da adoção de estilos de vida saudáveis. A carta enuncia assim a importância da construção de políticas saudáveis, criação de ambientes favoráveis, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de competências pessoais e reorientação dos serviços de saúde.

Para Stanhope e Lancaster (2011)

a promoção da saúde e a prevenção da doença focam-se no fornecimento, aos membros da comunidade, de uma visão positiva de saúde que fortaleça as suas capacidades físicas, mentais e emocionais. Os indivíduos de uma comunidade envolvem-se na promoção da saúde através da participação comunitária, enquanto os membros da comunidade bem informados e motivados participam no planeamento, implementação e avaliação dos programas de saúde. (Stanhope e Lancaster, 2011,p.414)

Na elaboração deste relatório a promoção da saúde situa-se ao nível da prevenção primária, pois pretende-se evitar ou remover fatores de risco ou causais antes que se desenvolva o mecanismo patológico que levará à doença. Vamo-nos socorrer de meios dirigidos ao nível individual, de um grupo selecionado/amostra de uma população em geral. Desta forma, espera-se a diminuição da incidência da doença pelo controlo de fatores de risco ou causas associadas, bem como a diminuição do risco médio de doença na população.

Proteção Específica/ Vacinação

De acordo com Pereira (1995) a prevenção primária pode ser desdobrada em dois níveis, o primeiro nível é a promoção da saúde já definida, e o segundo nível a proteção específica.

A proteção específica “ inclui medidas para impedir o aparecimento de uma determinada afeção, em particular, ou de um grupo de doenças afins.” (Pereira, 1995, p.36) No caso deste relatório a proteção específica tem como exemplo a vacinação contra o tétano e difteria, uma vez que se pretende aumentar a resistência específica do organismo contra estas patologias e a proteção contra riscos ocupacionais. Pereira (1995)

As vacinas atuam sobre o sistema imunitário para estimularem a produção de anticorpos contra um determinado agente infeccioso, evitando que a pessoa vacinada venha a ter essa doença quando entra em contacto com aquele microrganismo. DGS (2014)

Uma vacina consiste na preparação de antigénios (partículas estranhas ao organismo), que administrada a um indivíduo provoca uma resposta imunitária protetora específica de um ou mais agentes infecciosos. Existem diversos tipos de antigénios de acordo com a imunização pretendida.

O antigénio escolhido para uma vacina deve desencadear uma reação imunitária e não provocar a doença.

As vacinas são consideradas medicamentos, mas apresentam várias diferenças assinaláveis relativamente aos medicamentos clássicos, como é o caso de terem uma ação preventiva e não terapêutica, terem um benefício individual e coletivo e não apenas individual e são administradas a indivíduos saudáveis e não em situação de doença. DGS (2014)

No caso da vacina bivalente contra o tétano e difteria (Td), temos uma vacina combinada bivalente, contendo o toxoide tetânico adsorvido (T) e o toxoide diftérico, em dose reduzida, adsorvido (d), cuja indicação terapêutica é a prevenção do tétano e da difteria.

A vacina Td é uma vacina inativada cujos microrganismos são mortos por agentes químicos. A grande vantagem das vacinas inativadas é a total ausência de poder infeccioso do agente, ou seja, a incapacidade de se multiplicar no organismo do vacinado, mantendo as suas características imunológicas. Este tipo de vacinas não provocam a doença, mas têm a capacidade de induzir proteção específica contra essa mesma doença. DGS (2014)

Dos diversos tipos de vacinas inativadas a vacina Td é do tipo toxoide.

A desvantagem deste tipo de vacinas é que a resposta imunitária requer doses de reforço para manter os níveis adequados na concentração de anticorpos, neste caso para o tétano e para a difteria.

Consentimento Informado

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE) considera-se consentimento informado “a autorização que a pessoa dá para que lhe sejam prestados os cuidados propostos, após lhe ter sido explicado e a pessoa ter compreendido o que se pretende fazer, como, porquê e qual o resultado esperado da intervenção de enfermagem.” OE (2007)

O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE), nomeadamente os artigos 78.º e seguintes, consagra que os cuidados de Enfermagem são realizados com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro. Ainda de acordo com os padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem, a pessoa é um «ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se», e «o exercício profissional da Enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidade)». Cerdeira (2008)

A mesma autora refere ainda que a proteção ética, deontológica e jurídica que decorre do direito e dever de consentir ou dissentir que o outro se apodere de qualquer domínio dos

meus direitos na minha dimensão física, psicológica, social e espiritual. Mas para anuir ou não é preciso a capacidade de comunicar. Implica um processo de interação, que tem por base os constituintes da ética, da deontologia e da área jurídica ligadas através das dimensões física, psicológica, social e espiritual, que constituem o eu e que atingirá a obtenção do consentir ou não consentir.

O consentimento pode ser representado por qualquer meio que transponha uma vontade séria, livre e esclarecida do cliente, que é o titular do interesse juridicamente protegido, podendo ser livremente revogado até à execução do facto, nos termos do n.º 2 do artigo 38.º do Código Penal. No entanto existem algumas *nuances* pois o n.º 3 do mesmo artigo, refere que o consentimento só é eficaz se prestado por maiores de 16 anos e estiver na posse do discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance no momento em que o presta. Cerdeira (2008)

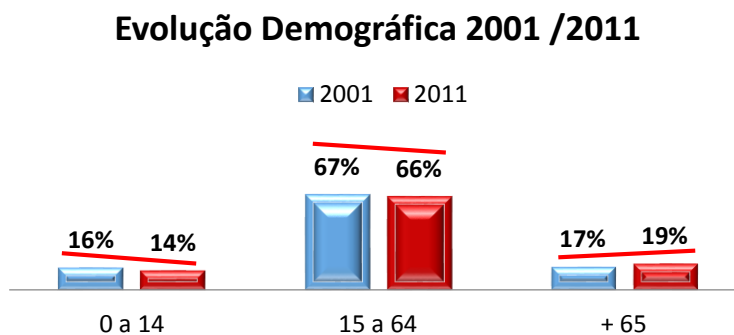
A informação constitui um dos pontos fundamentais no âmbito do consentimento informado. O Código Deontológico do Enfermeiro refere no artigo 84.º considerações específicas sobre o dever de informar. Nele podemos ler que «No respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de: a) informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de Enfermagem; b) respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; c) atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de Enfermagem; d) informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter» Ordem dos Enfermeiros (2005)

De acordo com o Enunciado de Posição da Ordem dos Enfermeiros «Consentimento informado para intervenções de Enfermagem» (OE 15MAR2007 EP 02/07), o consentimento deve ser uma escolha voluntária, verdadeiramente autónoma, que provém de uma reflexão fundamentada. Para pensar, decidir e agir de modo autónomo, o cliente deve estar dotado dos instrumentos para poder fazê-lo. O dever de informação é uma das regras fundamentais, e sem uma informação conveniente não se pode falar em consentimento informado. Esta informação não deve ser apenas a essencial, tem de ser a suficiente para que o cliente tenha um entendimento suficiente das diversas opções que lhe são apresentadas, podendo, assim, decidir em conformidade.

1.2 A vacinação na saúde do adulto e do idoso

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE) 2013, entre 2001 e 2011, a proporção de jovens (população dos 0 aos 14 anos de idade) decresceu de 16,2% para 14,9% da população residente total. No mesmo período, a proporção de indivíduos em idade ativa (população dos 15 aos 64 anos de idade) também se reduziu de 67,3% para 66,0%, verificando-se simultaneamente o aumento da percentagem de idosos (população com 65 ou mais anos de idade) de 16,6% para 19,0%. (Gráfico 1)

Gráfico nº 1 – Variação demográfica em Portugal 2001 - 2011



Fonte - INE 2013

Em resultado destas alterações, o índice de envelhecimento aumentou de 103 para 128 idosos por cada 100 jovens, entre 2001 e 2011. O envelhecimento populacional é mais acentuado nas mulheres, refletindo a sua maior longevidade – 103 e 153 idosos por cada 100 jovens do mesmo sexo, respetivamente para homens e mulheres em 2011 INE (2013).

De acordo com os dados do INE (2013) em Portugal no ano 2011, a esperança média de vida à nascença para os homens era de 76,5 anos de vida e de 82,6 anos para as mulheres, conforme se demonstra no quadro apresentado.

Quadro 1- Esperança média de vida à nascença em Portugal.

Anos \ Sexo	1940	1960	1981	2001	2011
Homens	48,6	60,7	69,1	71,2	76,5
Mulheres	52,8	66,4	76,7	80,5	82,6

Fonte: INE 2013 - Estatísticas demográficas 2011

Alguns autores consideram o envelhecimento como um processo dinâmico e progressivo, em que as modificações que ocorrem são morfológicas, bioquímicas e psicológicas, conducentes à perda progressiva da capacidade de adaptação da pessoa ao meio ambiente, desencadeando maior vulnerabilidade, uma maior incidência de processos patológicos e uma redução da capacidade de sobreviver, podendo conduzir o indivíduo à morte. Gemito e Marques (2007)

O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 vem relembrar que cada indivíduo é responsável pela sua própria saúde e da sociedade onde está inserido, tendo o dever de a defender e promover. O PNS 2012-2016 perspectiva investir no poder e na responsabilidade do indivíduo, para que este em consciência possa contribuir para a melhoria da sua individual e coletiva ao longo do seu ciclo de vida.

Portugal apresenta alterações demográficas com repercussões sociais, económicas e culturais. A evolução em Portugal no passado recente pautou-se por um aumento gradual dos grupos acima dos 65 anos e uma redução da população jovem. De acordo com o INE (2013) entende-se por população jovem, a população com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos, e a população idosa como a população com idade igual ou superior a 65 anos.

Ser considerado idoso quando se atinge a idade de 65 anos, deixando de apresentar os requisitos para o trabalho, é uma convenção que surge num contexto particular da aposentação. Gonçalves e Oliveira (2011).

A pessoa idosa é assim, nesta perspetiva, definida de acordo com um estatuto político e económico. Desta forma, torna-se ambíguo considerar uma idade normativa e generalizada para determinar que alguém é velho ou para determinar o limiar da velhice. Oliveira (2013).

Citando Fernandes (2008)

a idade de ser velho, é a idade em que se começam a perder as capacidades essenciais e se regista uma deterioração do estado geral de saúde surge mais tarde, sem que institucionalmente se tenham alterado os limiares convencionados há muito tempo. (Fernandes, 2008, p. 77)

Para este trabalho optou-se por usar a definição do Instituto Nacional de Estatística (INE), que considera adulto como um indivíduo com 19 anos ou mais, e idoso como um indivíduo com 65 anos ou mais.

A vacinação é uma das medidas de prevenção primárias da doença ao nível da proteção específica, que passa por um processo de imunização para as doenças previstas no Plano Nacional de Vacinação (PNV). No adulto e do idoso falamos da prevenção do tétano, através da imunização com a vacina bivalente do tétano e da difteria (Td).

A Direção Geral da Saúde (DGS) ao se pronunciar sobre as atualizações e alterações verificadas ao PNV para 2012 enuncia que para que este continue a ser um êxito é necessário manter elevadas coberturas vacinais elevadas em todas as coortes, para todas as vacinas do Programa e salientando três objetivos estratégicos importantes, dos quais particularmente para este relatório se destaca a vacinação dos adultos contra o **tétano e a difteria**.

Uma vez que se trata de uma vacina bivalente, iremo-nos debruçar sobre a imunização contra o tétano, deixando a incidência e cuidados com a difteria para um possível futuro trabalho na área.

O tétano tem a particularidade de apenas providenciar imunidade individual pelo que seria desejável uma cobertura de 100% para evitar o aparecimento de casos.

É no limiar da idade, na transição da saúde do adulto para a saúde do idoso, com o desencadear de alterações fisiológicas, características do processo de envelhecimento, que se torna fundamental prevenir através da imunização, pela vacinação a prevenção do tétano.

No que concerne à incidência do tétano, a DGS em 2004 justifica-a, através do relatório serológico, onde fundamenta a desigualdade de vacinação entre os dois sexos pela maior oportunidade de vacinação que se verifica no sexo masculino. Aqui incluiu-se a vacinação durante o cumprimento do serviço militar, a política de incentivo à vacinação nalguns locais, como seja no momento da renovação da carta de condução ser solicitada a atualização do PNV, mas também pelo facto dos homens estarem mais sujeitos a traumatismos, recorrendo a serviços de urgência, onde a vacina lhes pode ser administrada. DGS (2004)

A imunidade depende da capacidade nas antitoxinas existentes no hospedeiro de neutralizarem a toxina do tétano.

Em Portugal, a vacina contra o tétano foi introduzida no PNV em 1965. Porém já era obrigatória desde 1962 através da Portaria nº 19058, publica a 3 de Março, para alguns indivíduos que exerciam atividades nas áreas descritas pela mesma.

Atualmente o PNV prevê a vacinação contra o tétano segundo a seguinte calendarização DGS (2012) Anexo 1.

Ao analisar o inquérito serológico realizado pela DGS entre 2001 e 2002, concluiu-se que foram detetados anticorpos protetores do toxoide tetânico em 86,9% dos indivíduos estudados, mas que na faixa etária acima dos 65 anos esse valor é de apenas 62% e que é a partir do grupo etário dos 50-54 anos que se verifica um decréscimo acentuado na concentração de anticorpos para a toxina do tétano DGS (2004).

1.3 Intervenção Comunitária e a Enfermagem na Comunidade

A intervenção comunitária é o trabalho realizado com o indivíduo, família e comunidade, tendo como objetivo a resolução de problemas e a promoção da saúde através de ações desenvolvidas em parceria com vários agentes.

Procura ajudar o indivíduo, família e comunidade a compreender o seu meio envolvente, fazendo com que tome consciência da existência de problemas com potencial para o seu equilíbrio.

De acordo com Carvalhosa, Domingos e Sequeira (2010), a intervenção na comunidade destina-se a trabalhar em parceria ou colaboração com a mesma, de forma a abordar os problemas locais podendo mesmo levar a uma possibilidade de melhoria dos mesmos. Ou seja o enfermeiro pode trabalhar em parceria, em que se associa a uma ou mais entidades, e que em conjunto desenvolvem ações que visa atingir um objetivo estabelecido, mas também pode trabalhar em colaboração, onde colabora com uma ou mais entidades trabalhando em conjunto.

Os mesmos autores referem ainda que a intervenção tem como objetivo específico instigar uma mudança na comunidade, podendo para isso recorrer a recursos da própria, levando ao seu desenvolvimento. Carvalhosa et al., (2010)

Os enfermeiros e os cuidados que prestam centrados na comunidade assumem um foco cada vez importante na sociedade atual. As intervenções de enfermagem são intencionais, conscientes e de uma forma geral incluem comportamentos observáveis pela enfermeira. Todas essas intervenções são interativas, ou seja, não é um fazer para o cliente mas com o cliente. Wright e Leahey (2010)

Os enfermeiros de saúde pública e comunitária devem usar estratégias de intervenção na comunidade que incluam as avaliações de saúde do indivíduo, família e comunidade, não esquecendo a educação para a saúde e o encaminhamento para os recursos que a comunidade lhes fornece, bem como o controlo de problemas de saúde, providenciar tratamentos e ativar parcerias com outros pares da comunidade. Hanson (2005)

No caso da vacinação o cuidado direto de enfermagem é prestado a indivíduos membros de uma comunidade, porque as suas necessidades de saúde representam problemas comuns relacionados com a comunidade em que se encontram inseridos. Ao contribuímos para mudanças na saúde individual estamos a contribuir para mudanças na sua saúde da comunidade. Stanhope e Lancaster (2011)

1.4 A Vacinação e a história

A vacina (do latim vaccina, de vaca), no sentido restrito, etimológico, designava uma doença infetocontagiosa que aparecia no gado vacum, sob a forma de pústulas. A sua transmissão de forma acidental ao homem conferia-lhe proteção contra a varíola. Feliciano (2002)

Apesar de haver registos que remontem ao ano 3000 a.C., de possíveis exposições à doença e ao impedimento futuro de a contrair, é a Edward Jenner em 1796 que se atribui o mérito da vacinação, dado o rigor científico com que este médico inglês baseou as suas experiências.

O trabalho de Edward Jenner, elencado por Feliciano (2002) com a vacinação através da varíola bovina, foi a primeira tentativa científica para controlar uma doença infecciosa através de uma involução deliberada com o objetivo de prevenir a doença. Este estudo lançou uma nova era no campo da vacinação, uma vez que a primeira teoria na área era baseada na geração espontânea. Assim o trabalho científico do homem contra as doenças transmissíveis iniciou uma nova etapa. Feliciano (2002)

Ainda como consequência da vacinação existe um elevado número de indivíduos imunes na população, um menor número de suscetíveis e uma probabilidade menor de contrair determinadas infeções de infância, tendo como consequência direta que as infeções causadas por agentes bacterianos e virais típicos daquele período, ocorram cada vez mais tarde, aumentando a probabilidade de complicações clínicas. DGS (2004).

Para ter uma ideia da dimensão e importância dos planos nacionais de vacinação, em 1974, quando o *Expanded Programme on Immunization* (EPI) foi lançado pela Organização Mundial de Saúde a nível mundial, menos de 5% das crianças no seu primeiro ano de vida é que se encontravam vacinadas contra seis doenças da infância para as quais já existia uma vacina eficaz. Até esse momento os programas de vacinação estavam maioritariamente circunscritos aos países industrializados. Em 1980, seis anos depois, e de acordo com os dados da OMS, aproximadamente 80% dos 130 milhões de crianças nascidas anualmente já tinham sido vacinadas com as doses recomendadas para a faixa etária em questão. DGS (2004).

O EPI foi lançado, como já foi referido em 1974, depois do sucesso alcançado com a varíola, e denominou-se “Expanded” pois introduziu no momento 6 vacinas, a tuberculose (BCG), a difteria, o tétano, a tosse convulsa, a poliomielite e o sarampo.

A primeira geração da vacina humana do tétano foi introduzida em 1927. Gomes (2003)

1.5 Fisiopatologia do Tétano

O tétano é uma doença aguda grave cujo agente etiológico é o *Clostridium tetani*, um bastonete gram positivo anaeróbio, produtor de esporos, que podem persistir no solo durante anos e meses. (Portal da Saúde Pública)

Este bastonete produz uma neurotoxina muito poderosa que provoca o tétano. Esta toxina é neurotrópica, migra para o sistema nervoso central, e uma vez que se conecta ao tecido neural, acumula-se interferindo nas sinapses. DGS (2004)

O período de incubação varia entre 3 a 21 dias, pautando-se por uma média de 8. Leça (2011). Quanto mais afastada do sistema nervoso estiver a ferida, mais longo é o período e incubação. O período de incubação e a probabilidade de morte são inversamente proporcionais.

A clínica caracteriza-se por espasmos musculares, pelo trismos (contração dos músculos mandibulares não permitindo a abertura da boca) e tão característico nesta doença, pelo riso sardónico (espasmos dos músculos em torno da boca) e por espasmos generalizados. O doente permanece lúcido, mas mais de 30% dos casos são fatais. Leça (2011).

Segundo o relatório de Doenças de Declaração Obrigatória (DDO), e de acordo com a DGS, entre 2004 e 2008 registaram-se 34 casos de tétano em Portugal, verificando-se uma incidência de 23 casos (67,6%) nas mulheres e de 11 casos (32,4%) nos homens. Leça (2011)

Ainda de acordo com Calé (2011), e em anuência com dados da DGS, na década de 2000-2009, registaram-se 106 casos de tétano, sendo de que 27 foram mortais (Tabela 1).

Tabela 1 – Registo e declaração de casos de Tétano na última década

Doença	Década 1956-65		Década 2000-2009	
	Casos	Mortes	Casos	Mortes
Tosse convulsa	14429	873	270	0
Poliomielite	2723	316	0	0
Tétano	3923	2625	106	27
Difteria	19100	1457	0	0
Total	40175	5271	376	27

Fonte- DGS 2011.

1.6 A Enfermagem Comunitária na Promoção do Autocuidado – Dorothea Orem e a Teoria do Autocuidado

A razão pela qual as pessoas precisam e podem ser cuidadas através da enfermagem define o universo ou domínio da enfermagem como um serviço humano socialmente institucionalizado. Os elementos do domínio da enfermagem são avaliados e exprimem assim a teoria do autocuidado de enfermagem Orem (1995).

O que Dorothea Orem aplica à enfermagem é um sistema de ajuda para o autocuidado, quando o indivíduo não tem condições de suprir os seus próprios requisitos e a sua proposta passa por estabelecer uma interação entre o enfermeiro e o cliente através da teoria do autocuidado.

O modelo de Orem (1995) define a existência de três teorias, a teoria do Autocuidado que engloba atividades que o indivíduo precisa de desenvolver para manter o bem-estar e tornar-se agente do autocuidado, a teoria do Défice de Autocuidado que são ações que outro indivíduo realiza quando o próprio não é capaz de satisfazer os requisitos de autocuidado e por último a teoria dos Sistemas de Enfermagem que descreve e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza a enfermagem.

O sistema de enfermagem planeado pelo profissional está baseado nas necessidades de autocuidado e na capacidade do cliente para a execução de atividades de autocuidado. Para satisfazer os requisitos de autocuidado do indivíduo, Orem identificou três classificações de sistemas de enfermagem que são os seguintes: o sistema totalmente compensatório, o sistema parcialmente compensatório e o sistema de apoio-educação.

A autora enquadra a pessoa ou agente de cuidados com potencial de aprendizagem e desenvolvimento e encara o autocuidado como uma aptidão, que pode ser treinada e assim levar a uma melhoria do estado de saúde do cliente, grupo ou comunidade. Através da teoria dos sistemas de enfermagem, incute que a intervenção de enfermagem deve equilibrar as necessidades do autocuidado do cliente ao mesmo tempo que desenvolve as competências do mesmo.

Assim define sistema como pessoa ou ação com relação entre si que se interligam juntos como um todo. Sempre que se verificam mudanças num dos elementos do sistema, o mesmo sofre alterações como um todo. Podemos considerar que o sistema do nosso projeto é o cliente suscetível de contrair tétano, representando os riscos os elementos desse sistema.

Sendo os enfermeiros, profissionais que apresentam um conjunto de competências representados pelo termo agência de enfermagem, a nossa intervenção realiza-se no âmbito da prevenção primária. Neste sistema de apoio-educação, o agente de cuidados pode desempenhar ações de autocuidado para controlar e manusear a agência do autocuidado, funcionando aqui o enfermeiro numa fase inicial da intervenção como educador e depois como apoio.

De acordo com os requisitos do autocuidado universais relativamente à teoria do autocuidado de Orem (1993), “são comuns a todos os seres humanos durante todas as etapas do ciclo vital (...) estão associados aos processos vitais, à manutenção da integridade da estrutura e funcionamento humanos e bem-estar geral.” (Orem, 1993, p.140)

Nestes requisitos encontramos a manutenção da ingestão suficiente de ar, água e comida, a prestação de cuidados associados aos processos de eliminação, a preservação do equilíbrio entre atividade e descanso, a preservação do equilíbrio entre solidão e interação social, a prevenção de riscos para a vida, o funcionamento e o bem-estar do ser humano, e a promoção do funcionamento e desenvolvimento humano nos grupos sociais. Orem (1995).

É ao nível da prevenção de riscos para a vida e do funcionamento e o bem-estar do ser humano, neste caso através da vacinação, que consideramos que podemos incluir a perspetiva da prevenção do risco do tétano, e consequentemente ancorar a escolha deste modelo na elaboração deste relatório.

Segundo esta perspetiva a intervenção de enfermagem e a identificação da capacidade de autocuidado inadequada, torna-se um *deficit* de autocuidado para alcançar os requisitos. Para corrigir este *deficit* de autocuidado o enfermeiro através dos métodos de ajuda com estratégias e atividades adequadas, identifica qual a melhor forma de intervir. Deste modo enquanto enfermeiros, pretendemos intervir na prevenção do tétano, e enquanto agência de cuidados interferir nos fatores protetores identificados no agente de cuidados.

Como enfermeiros ao atuarmos segundo a perspetiva de Orem (1995), ou seja numa vertente de prevenção primária nos fatores de risco identificados, estamos a intervir na diminuição do risco da saúde, diminuindo a probabilidade de ocorrência, neste caso do tétano.

“De uma perspetiva interventiva a enfermeira formada, foi reconhecida como essencial para a enfermagem, uma vez que ela é a agente de cujas ações resultam os cuidados de enfermagem:” (Orem 1995 pg.34)

2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

2.1 Diagnóstico de situação

Segundo Imperatori e Giraldes (1999), o diagnóstico de situação deverá corresponder às necessidades de saúde da população. É uma etapa dinâmica do planeamento em saúde, pois nunca se encontra plenamente concluída uma vez que a realidade e do fato do planeamento resultar de um processo contínuo associado ao progressivo conhecimento da situação.

O programa nacional de vacinação é um programa universal, gratuito e acessível a todas as pessoas presentes em Portugal. Apresenta esquemas de vacinação aconselhados, constituindo cada um deles uma “ receita universal” (DGS, 2012, p.5)

O sucesso alcançado pelo PNV, reconhecido a nível nacional e internacional, deve-se a vários fatores dos quais se podem destacar a forma como foi gerado, planeado e implementado, o modo como tem sido gerido ao longo dos anos, mas, principalmente, ao empenho e aceitabilidade dos profissionais de saúde e à adesão e confiança dos cidadãos na vacinação. Freitas (2013)

Assim a adesão à vacinação foi uma escolha que nos pareceu adequada e pertinente.

Este trabalho deu origem a uma pesquisa do tipo descritiva pois não se tenta analisar possíveis associações entre exposições e efeito, ou seja, neste trabalho pretende-se apenas descrever as variáveis sem procurar nenhuma relação Aguiar (2007). É transversal pois de acordo com Aguiar (2008) “um estudo transversal envolve a medição num único instante de tempo (...) ou seja, num dado instante temporal desejamos saber quantas pessoas (...). (Aguiar, 2007, p.26) Neste trabalho iremos quantificar o número de clientes vacinados ao longo do triénio que será referido à posteriori.

Seguindo estas premissas e de acordo com o modelo de Joanna Briggs Institute (2011), este relatório deu origem a uma questão PICO se traduz na tabela 2.

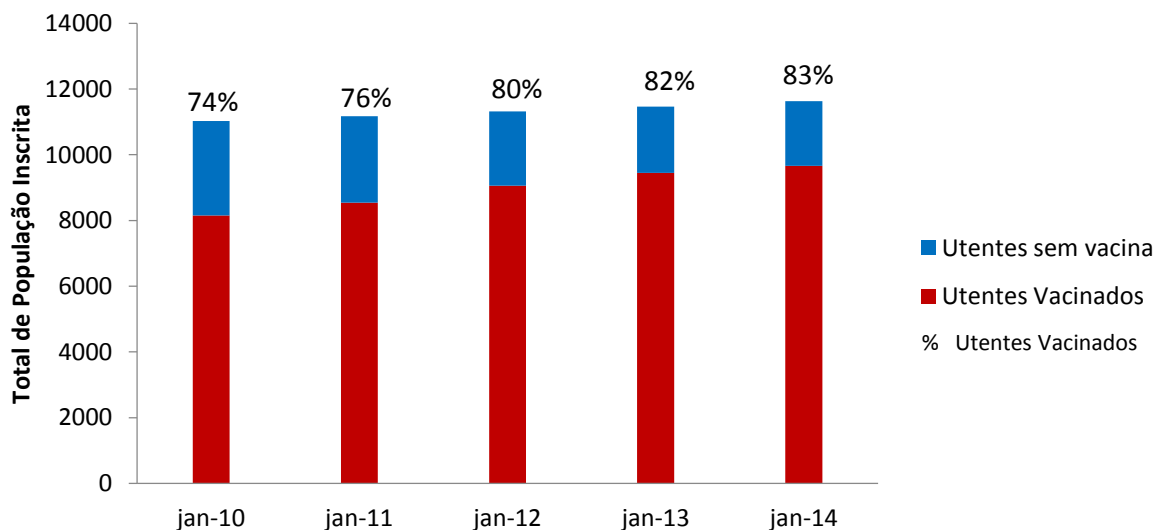
Quadro nº 2 - Enumeração da questão PICO

P	POPULAÇÃO – Todos os utentes nascidos entre as coortes de 1900 e 1959
I	INTERVENÇÃO – Resulta do conjunto de estratégias e atividades definidas e enunciadas neste relatório.
C	COMPARAÇÃO - A comparação resultará dos utentes vacinados no início do projeto e os utentes vacinados no final do mesmo.
O	OUTCOMES - Espera-se que no final do projeto se tenha atingido um aumento de 3% da população total definida

Fonte - Joanna Briggs Institute 2011

Para traçar um objetivo exequível, iniciámos o diagnóstico pela evolução da população inscrita e vacinada na USF no intervalo entre Janeiro de 2010 a Janeiro de 2014 dos clientes com idade igual ou superior a dezanove anos com a vacina anti tetânica atualizada, onde se conclui que a evolução anual dos utentes vacinados tem sido em média de 2%. (Gráfico 2).

Gráfico nº 2 - Evolução de clientes vacinados na USF Feijó entre 2010 e 2014



Fonte - SINUS Jan 2014

2.2 Contextualização do local de intervenção

Este relatório foi desenvolvido numa UF pertencente ao ACES AS, que se situa na Península de Setúbal, uma das cinco unidades territoriais estatísticas da Região de Saúde de Lisboa, segundo a Nomenclatura das Unidades Territoriais Estatísticas (NUTS) em vigor, e que corresponde ao concelho de Almada. De acordo com o CENSOS 2011 INE (2012) o concelho de Almada tem 158.269 residentes, e está dividido em onze freguesias. A UF em questão é a USF do Feijó e encontra-se situada na abrangência de duas das onze freguesias do concelho, nomeadamente do Feijó e do Laranjeiro.

Estas duas freguesias em conjunto apresentam um total populacional de 39872 INE (2012), sendo que se verifica um ligeiro predomínio do sexo feminino com 20954 (52,6%) face aos 18918 do sexo masculino (47,4%).

No que respeita aos recursos humanos, a USF é constituída por uma equipa multidisciplinar composta por seis assistentes técnicas, oito Enfermeiras e nove médicos, que desde a sua constituição em Dezembro de 2006, sofreu um incremento de um médico e de enfermeiro face à sua constituição, mantendo assim na sua essência o núcleo inicial.

A USF do Feijó pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Almada-Seixal (AS) que foi criado pela Portaria nº 394-B/2012 de 29/11.

Este é composto por vinte quatro Unidades Funcionais (UF) de prestação de cuidados de saúde: treze USF; seis Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP); uma Unidade de Recursos Apoio Partilhados (URAP), um Centro de Doenças Pneumológicas (CDP), uma Unidade de Saúde Pública (USP) e duas Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC). Na prestação de cuidados integram ainda dois Atendimentos Complementares a funcionarem ao fim de semana e feriados no Concelho de Almada e no Concelho do Seixal, no período compreendido entre as 10 e as 17 horas.

As Unidades encontram-se distribuídas por vinte e dois edifícios.

Fazem ainda parte da estrutura do ACES AS o Gabinete do Cidadão, o Serviço de Gestão do Risco (Comissão de Controlo de Infecção; Gestão de Resíduos Hospitalares e Saúde Ocupacional) e a Unidade de Apoio à Gestão.

A USF do Feijó tem atualmente 15551, e por forma a caracterizar a população aí inscrita, recorri ao módulo estatístico do programa SINUS, e constatei que dos utentes inscritos 7033 são do sexo masculino (45,2%) e 8518 do sexo feminino (54, 8%). Com os dados recolhidos

foram elaborados um quadro e uma pirâmide etária, para uma melhor visualização dos dados. (Apêndices 1 e 2)

A pirâmide demonstra um estreitamento acentuado da base face ao topo, o que traduz uma baixa natalidade face ao número de adultos e idosos, traduzindo um aumento da esperança média de vida com relevo para o sexo feminino.

2.3 População, população alvo e amostra

A população serão todos os clientes com idade igual ou superior a 19 anos e inscritos na USF do Feijó. A população alvo serão todos os indivíduos inscritos na USF com idade igual ou superior a 19 anos com o esquema vacinal não atualizado (Tabela 2)

A amostra selecionada para a intervenção deste projeto serão os clientes nascidos entre a coorte de 1900 e de 1959, ou seja todos os clientes com mais de 55 anos, indo assim de encontro aos dados serológicos do último inquérito da DGS, que refere ser a partir do grupo etário dos 50-54 anos que se verifica um decréscimo acentuado na concentração de anticorpos para a toxina do tétano (DGS 2004).

Relembrar que todos os clientes inseridos no grupo de participantes estão inscritos na USF e tem médico de famílias atribuído, à exceção dos clientes vacinados no IPSS em que foi utilizado o critério de atualização do estado vacinal e não pelo local de inscrição numa UF.

2.4 Apresentação e Análise dos resultados

2.4.1 Caraterização da população

Como já referido a população deste relatório são todos os clientes inscritos na unidade com idade com idade igual ou superior a 19 anos e a população alvo todos os que tenham o esquema vacinal para atualizar dentro dessa faixa etária.

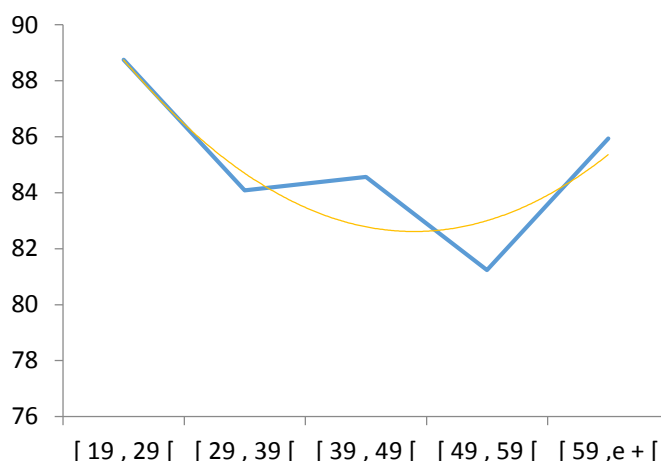
Uma vez que e de acordo com o PNV a vacina contra o tétano é administrada a partir dos 10 anos e até ao final do ciclo de vida do cliente, foi feito um levantamento na USF da cobertura vacinal de toda a população adulta e idosa, que se ilustra na seguinte tabela (Tabela 2) e gráfico (Gráfico 3) no que respeita ao seu estado vacinal.

Tabela nº 2 - Análise de Coortes de Clientes USF Feijó face ao estado vacinal.

COORTE	TOTAL	VACINADOS		POR VACINAR	
		|X|	fi	|X|	fi
[19 - 29 [	1565	1389	88,8	176	11,2
[29 - 39 [	2017	1696	84,1	321	15,9
[39 - 49 [	2345	1983	84,6	362	15,4
[49 - 59 [	2079	1689	81,2	390	18,8
[59 e + [	4503	3870	85,9	633	14,1

Fonte – SINUS Maio 2014

Gráfico nº 3 - Frequência de clientes vacinados USF Feijó

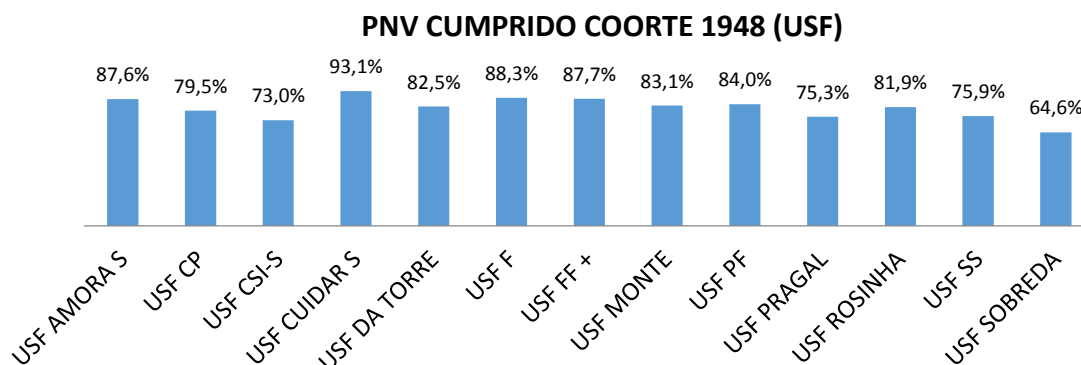


Fonte- SINUS 2014

Ao efetuarmos a leitura do gráfico 3, foi-nos possível concluir que é na coorte de clientes entre os 49 e os 59 anos, que existe uma maior percentagem de clientes por vacinar.

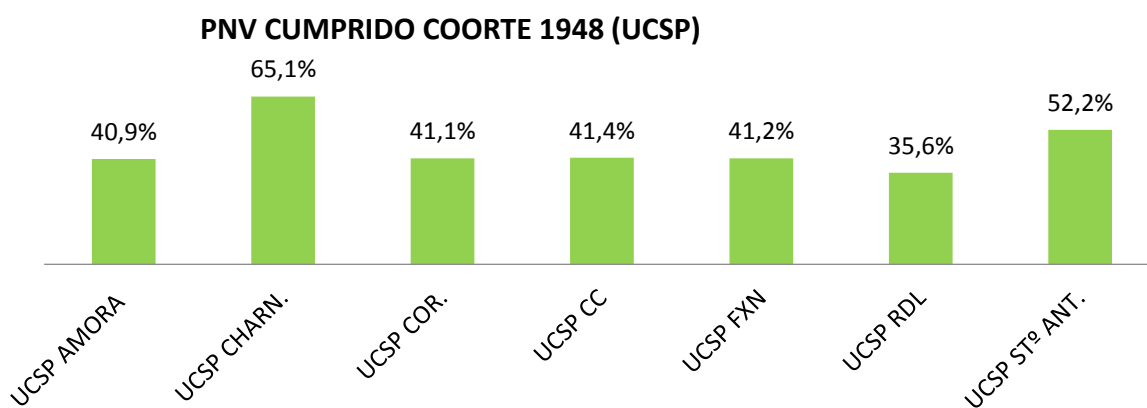
Para podermos ter um termo comparativo dentro do ACES, no que respeita à vacinação do tétano, recolhemos os dados do agrupamento para os nascidos na coorte de 1948, ou seja, para os clientes que completaram 65 anos no ano de 2013 (65,9%). A coorte de nascidos em 1948 é aqui elencada pois é uma das analisadas todos os anos, no âmbito da avaliação do PNV e a única que pode espelhar os dados da vacinação dos adultos/idosos por UF. (Gráfico 4 e 5)

Gráfico nº 4 – PNV Atingido na Coorte 1948 (65 anos) nas USF's do ACES Almada/Seixal



Fonte: ACES Almada / Seixal Abr. 2014 – Avaliação PNV 2013

Gráfico nº 5 – PNV Cumprido na Coorte 1948 (65 anos) nas UCSP's do ACES Almada/Seixal



Fonte: ACES Almada / Seixal Abr. 2014 – Avaliação PNV 2013

Estes gráficos demonstram a pretensão do Dec. Lei 298/2007, ou seja, na perspetiva de desenvolver uma matriz organizativa que conduzisse à reconfiguração dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) o decreto citado estabeleceu o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde, e neste decreto especificamente a criação de Unidades de Saúde Familiares (USF).

Foi assim criada uma autonomia organizativa e funcional de equipas multidisciplinares que se auto constituíram, trabalhando por listas de clientes já pré existentes e pertencentes aos médico de medicina geral e familiar integrantes da USF.

Além da motivação resultante da auto-organização e da definição de trabalhar por listas de clientes, existe também a motivação da componente financeira, resultante da

contratualização e do cumprimento de metas estabelecidas entre a USF e o ACES, das quais resultam ganhos em saúde para a comunidade, que anualmente se conseguem medir através do valor obtido entre o numerador e o denominador de cada indicador contratualizado, como bem demonstrado nos dois gráficos anteriores.

Além dos ganhos em saúde, existe um elevado grau de satisfação para os clientes e para os profissionais, grau que pode ser avaliado anualmente através da realização e análise dos inquéritos de satisfação que são aplicados aos utentes da USF e analisados pela equipa do gabinete do utente, o que leva a uma maior proximidade e relação entre o cliente e o enfermeiro, aumentando a proximidade e como já referido com um subsequente ganho em saúde para o cliente.

2.4.2 Caraterização da amostra

Relembrar, como já foi enunciado, que a amostra/participantes da intervenção comunitária foi composta por todos os clientes com idade igual ou superior a 55 anos com esquema vacinal para atualizar.

Assim no Quadro nº 3 iniciamos a caraterização da amostra face ao estado vacinal.

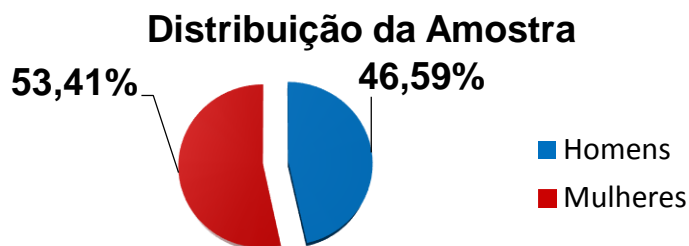
Quadro nº 3 - Caracterização da amostra face ao sexo e estado vacinal

COORTE [55, e +]	Total Clientes	Clientes Vacinados	Clientes por Vacinar
Masculino	2289	1907	382
Feminino	2935	2497	438

Fonte- SINUS Outubro 2014

Desta tabela podemos concluir que existem mais clientes do sexo feminino face ao masculino, também evidenciado no gráfico seguinte. (Gráfico 6), tanto na constituição da amostra como dos clientes para atualizar o seu estado vacinal.

Gráfico nº 6 - Distribuição da amostra por sexo



Fonte- SINUS 2014

De uma forma mais detalhada, passamos de seguida a apresentar a amostra por divisão de classes.

Tabela nº 3 - Apresentação da amostra por classes

Corte	Total	fi	M	fi	F	fi
[55-65[	323	39%	182	56%	141	44%
[65-75[	208	25%	97	47%	111	53%
[75-85[	189	23%	71	38%	118	62%
[85-95[	76	9%	26	34%	50	66%
[95-103]	24	3%	6	25%	18	75%

Nesta tabela conclui-se que amostra apresenta uma maior incidência de clientes com estado vacinal para atualizar, nomeadamente mais de 50%, na classe acima dos 65 anos.

Para complementar a análise da amostra, decidimos também apresentar uma tabela com as medidas de tendência central.

Tabela nº 4 - Apresentação da amostra por idades

Média de idades	69,9
Idade Máxima	103
Idade mínima	55
Mediana	68
Moda	56
Desvio Padrão	11

Caracterizada a amostra face à sua distribuição por sexo e classes etárias, iniciamos a sua análise no que respeita ao estado vacinal antes da implementação das estratégias e atividades descritas numa fase posteriori deste relatório.

A tabela nº 5 apresenta-nos a primeira característica da amostra face ao estado vacinal.

Tabela nº 5 -Estado vacinal da amostra antes da implementação da intervenção comunitária.

Dados em Análise	Homens	Mulheres	Total	%
Esquema em Branco	233	253	486	59%
Uma Dose da Vacina	58	60	118	14%
Esquema a Completar	91	125	217	27%

Fonte- SINUS 2014

Nesta tabela procedeu-se à identificação da amostra face ao seu estado vacinal. Permite-nos concluir que mais de 50% da mesma está classificada como possuindo um esquema vacinal em branco, ou seja, sem quaisquer registos vacinais na base SINUS.

Esta análise advém do fato da informatização dos registos vacinais ter sido um processo recente no ACES AS, com cerca de 8 anos. Até ao momento existiam fichas vacinais em papel onde eram efetuados os registos dos clientes aquando do ato vacinal.

A informatização consistiu na introdução manual de registos em papel para a base de dados SINUS, onde apenas os clientes com fichas em papel existentes na UF, ficaram com o registo vacinal informatizado. Porém não possuir registos vacinais na unidade não é sinónimo do cliente não possuir em casa registos próprios de vacina administradas noutras UF.

Para minimizar ao máximo esta lacuna na informação vacinal do cliente devemos ter em conta que todas as oportunidades de vacinação devem ser aproveitadas para completar ou atualizar o esquema vacinal contra o tétano e que todas as doses são válidas, independentemente do tempo que tenha decorrido desde a última dose administrada. DGS (2012)

Os profissionais de saúde devem ter presente que os adultos que nunca foram vacinados contra o tétano ou cujo estado vacinal se desconheça, como é o caso dos clientes que não possuam registos vacinais, devem ser vacinados com 3 doses da vacina Td, recomendando-se um intervalo de 4 a 6 semanas entre a primeira e a segunda doses e de 6 a 12 meses entre a segunda e a terceira doses. Terminada esta primeira vacinação, devem continuar o esquema recomendado para os reforços, com a vacina, durante toda a vida ou seja de 10 em 10 anos. DGS (2012) Quadro nº 4

Quadro nº 4 - Procedimentos na atualização da vacina Td

Estado Vacinal	Procedimentos
Sem registo de vacina (DTP, DT, T ou Td)	Administrar 3 doses da vacina Td, recomenda-se <ul style="list-style-type: none"> • Entre a 1ª e 2ª dose – 4 a 6 semanas de intervalo • Entre a 2ª e a 3ª dose – 6 a 12 meses de intervalo
Sem vacina atualizada <ul style="list-style-type: none"> • Primo vacinação incompleta • Última inoculação > 10 anos 	Completar o esquema vacinal de acordo com a recomendação anterior
Recusa Vacinação	Esclarecer sobre benefícios/riscos da vacinação Solicitar o preenchimento da declaração de recusa
Vacina atualizada	Efetuar reforço de 10 em 10 anos

Fonte: Norma n.º 40/2011, de 21-12 – Programa Nacional de Vacinação 2012

Ainda a considerar que as mulheres em idade fértil que nunca tenham sido vacinadas contra o tétano, devem, para além das 3 doses da primo vacinação, efetuar dois reforços o mais precocemente possível: o primeiro reforço (4ª dose) 1 ano após a 3ª dose e o segundo reforço 1 ano após a 4ª dose. A partir da 5ª dose devem continuar o esquema recomendado para os reforços, com Td, durante toda a vida, ou seja de 10 em 10 anos. DGS (2012)

Mantendo a premissa de nunca perder oportunidades de vacinar, relembrar que a vacinação contra o tétano na presença de feridas é fundamental para a profilaxia da doença, podendo mesmo constituir, simultaneamente, uma oportunidade adicional para vacinar indivíduos suscetíveis. DGS (2012)

2.5 Diagnósticos de Enfermagem

O diagnóstico de saúde que suporta os diagnósticos de enfermagem a apresentar, é a necessidade de aumentar a cobertura vacinal na coorte dos clientes nascidos entre 1900 e 1959 para a vacina dupla do tétano e da difteria., quer através da vacinação quer seja pela atualização do estado vacinal.

Depois de realizar um adequado diagnóstico de situação e com base no referencial teórico adotado, pudemos elaborar os seguintes diagnósticos de enfermagem

Quadro nº 5 – Diagnósticos de Enfermagem 1 de acordo com a taxinomia CIPE

Requisito do Autocuidado	Diagnóstico
	Adesão à vacinação não demonstrado
	Critérios de Diagnóstico Se conhecimento sobre vacinação ou demonstração não demonstrado
Requisito auto cuidado universal de promoção do funcionamento e desenvolvimento humanos.	Conhecimento sobre vigilância de saúde não demonstrado
	Comportamento de adesão não demonstrado relativamente ao PNV
	Conhecimento não demonstrado sobre complicações da não adesão à vacinação

Requisito do Autocuidado	Diagnóstico
	Capacidade de autocuidado inadequado
	Critérios de Diagnóstico
Requisito auto cuidado universal de promoção do funcionamento e desenvolvimento humanos.	Conhecimento sobre autocuidado não demonstrado
	Incentivar ao autocuidado.
	Comportamento de adesão não demonstrado

2.6 Definição de prioridades

De acordo com Imperatori e Giraldes (1999) a definição de prioridades é uma etapa do planeamento em saúde porque determina a fixação dos objetivos, permite a implementação de planos pertinentes e possibilita a melhor utilização dos recursos disponíveis. Segundo os mesmos autores na organização das prioridades deve ter-se em conta a variável tempo ou de programação e a área de programação.

Uma vez que ao longo da construção do projeto elaboramos os dois diagnósticos de enfermagem apresentados anteriormente, e tendo em conta o fator tempo associado ao período da realização do estágio, foi necessário submeter ambos os diagnósticos a um grupo de cinco peritos (Benner, 2001), tendo sido aplicada a grelha de análise (Anexo 2) de forma a priorizar os diagnósticos.

Após a aplicação da grelha obteve-se o seguinte resultado:

Quadro 6 - Aplicação da grelha de análise aos problemas encontrados para determinação de prioridades

Crítérios	Diagnóstico A Adesão à vacinação não demonstrado	Diagnóstico B Capacidade de autocuidado inadequado	Diagnóstico Selecionado
Importância do problema	+	-	A
Relação Problema fator de risco	-	+	B
Capacidade técnica para o resolver	+	+	A/B
Exequibilidade do projeto	+	-	A
Recomendações	5	10	

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

A análise dos resultados obtidos pela aplicação da Grelha de Análise, apontam como prioritário o diagnóstico de enfermagem “adesão à vacinação não demonstrado”

2.7 Fixação de objetivos

Neste contexto definimos objetivo como o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema, que em princípio pode alterar a tendência de evolução natural do problema enunciado, traduzido neste caso num indicador de resultado. Imperatori e Giraldes (1999)

O **objetivo geral** da intervenção comunitária será:

Aumentar o número de utentes com esquema vacinal atualizado à data de conclusão da intervenção comunitária na USF do Feijó, para os clientes com idade igual ou superior a 55 anos, inscritos na USF, de 84,3% para 88%, ou seja dos atuais 4404 clientes vacinados para 4597, entre Outubro de 2014 e Fevereiro de 2015.

Como objetivos **específicos** é pretensão deste trabalho:

- Contactar pelo menos 25% ou seja 205 clientes da amostra para vacinar ou atualizar estado vacinal e atingir a meta da intervenção comunitária para o primeiro ano;
- Vacinar ou atualizar estado vacinal de 4597 clientes da população alvo, ou seja 88%, até ao final da intervenção comunitária em 13 de Fevereiro de 2015;
- Alcançar até 31 de Dezembro de 2016 90% da população alvo vacinada, ou seja 4702 clientes, ou com esquema vacinal em atualização;
- Inocular ou atualizar estado vacinal até 31 de Dezembro de 2017 a 92% dos clientes o que corresponde a 4806 da população alvo;
- Identificar as recusas vacinais, a fim proceder à análise do grupo de clientes.

A consecução destes objetivos tem como base a manutenção das atividades previstas e delineadas para o período da intervenção comunitária, descritas na elaboração deste trabalho

Tabela nº 6 – Plano de vacinação na USF Feijó para o triénio 2015-2017

2015	2016	2017
|x|	|x|	|x|
4597	4702	4806

Total de Utentes ≥ 55 Anos = 5224

A taxa de cobertura vacinal da população alvo será calculada através da seguinte fórmula

$$Y^1 = \frac{\text{Nº de indivíduos de amostra com esquema vacinal atualizado}}{\text{Nº total de indivíduos do coorte}} \times 100$$

¹ Taxa de Cobertura Vacinal (%) = 100% - Yⁱ

2.8 Seleção de estratégias

Segundo Imperatori e Giraldes (1999), estratégias em saúde podem definir-se como um conjunto coerente de técnicas específicas e organizadas, com o fim de alcançar o objetivo proposto, reduzindo assim o problema de saúde identificado.

Para Durán (1989) no planeamento das ações em saúde “a estratégia pode definir-se como a arte de combinar as atividades necessárias, de maneira a atingir, com a maior eficiência e a menor rejeição, os objetivos definidos.” (Durán, 1989, p.124)

Ainda de acordo com este autor a escolha das estratégias são mutáveis, ao longo do controlo da execução e da avaliação dos resultados poderão ser necessárias delinear novas estratégias ajustadas à mudança ou transformações verificadas ao longo da elaboração do trabalho. Durán (1989)

Com a elaboração desta etapa do planeamento em saúde pretende-se propor formas de atuação que permitam atingir os objetivos fixados e infletir a tendência da evolução dos problemas de saúde. Imperatori e Giraldes (1999)

Para tentar assim atingir as considerações enunciadas, foram traçados três grandes eixos estratégicos para a elaboração deste trabalho:

- Estratégias ao nível da articulação / parceria;
- Estratégias de gestão de processos / sistemas de informação;
- Estratégias de formação.

2.9 Preparação operacional

Esta etapa prevê que de forma clara sejam especificadas as ações que tem como desígnio atingir as metas anteriormente confinadas.

Para Durán (1989) estas ações especialmente definidas para atingir um fim, e a que se chamam atividades, são atos selecionados e combinados de forma adequada numa estratégia que irá poder proporcionar a maior eficiência encontrando pelo caminho o menor número de obstáculos.

Especificar as atividades necessárias à concretização do projeto permite uma adequada rentabilização do tempo, de forma a atingir os objetivos propostos para o mesmo.

Para o primeiro eixo, ou seja para dar resposta às **estratégias de articulação e de parceria**, foram realizadas atividades em duas frentes, uma ao nível da UCC e outra ao nível das Instituições Públicas de Solidariedade Social (IPSS).

Ao nível da UCC a atividade pautou-se pela elaboração de um Protocolo/Carta de Parceria entre a UCC de Almada e a USF a fim de promover os seus objetivos institucionais e com interesse numa parceria capaz de potenciar as suas capacidades e de rentabilizar os recursos existentes de ambas as UF. (Apêndice 3)

Entendeu-se necessária a elaboração deste documento uma vez que desde o ano 2010/2011, são as Enfermeiras da Unidade de Cuidados na Comunidade “ A outra Margem” (UCC), em Almada, que são responsáveis pela vacinação institucional de todo o concelho. O protocolo acentuou e potenciou as funções de cada um dos elementos integrantes, rentabilizando assim os recursos existentes.

Através da UCC recebemos as listagens dos clientes integrados em ambas as IPSS da área de influência da USF, e procedemos ao diagnóstico vacinal de ambas, bem como analisámos o conselho de residência dos clientes a fim de estabelecer priorização de cuidados (Apêndice 4).

Foram estabelecidas atividades ao nível das IPSS's, com a elaboração de uma nota informativa que acompanhou a informação da UCC dirigida às IPSS em causa a informar da existência do projeto e pertinência de implementação do mesmo. (Apêndice 5) bem como a programação e realização de visitas aos respetivos contextos, onde foi apresentado o diagnóstico de situação da população residente mostrado no quadro anterior

Aqui foi igualmente necessário estabelecer prioridades, dado o constrangimento da duração do período de estágio. Como enuncia Carmo e Ferreira (2008), o tempo é um dos recursos mais escassos que um investigador tem ao seu dispor, e condiciona-o a alcançar o máximo de resultados possíveis no menor período de tempo. Carmo e Ferreira (2008)

Analisando o quadro elaborado, optou-se por gerir os recursos existentes na IPSS A com base no local de residência dos clientes, uma vez que nesta instituição 88% residem no conselho de Almada, independentemente da UF em que se encontram inscritos, uma vez que no que se refere ao critério da vacinação dos clientes com esquema vacinal para atualizar em ambas as IPSS o valor era de 59%.

A posteriori foram realizadas visitas para atualizar o estado vacinal dos clientes residentes, de acordo com a disponibilidade da instituição.

No segundo eixo temos as **estratégias de gestão de processos e sistemas de informação**. Neste segundo eixo foram traçadas atividades que foram consideradas fundamentais para atingir o objetivo proposto.

Uma das atividades é a verificação de registos vacinais do grupo de participantes no Registo Centralizado de Vacinas (RCV). O RCV foi criado em 2011, é uma base de dados, da responsabilidade da ARSLVT,IP. e que tem como objetivos o registo de inoculações vacinais por entidades privadas e hospitais públicos da ARSLVT,IP., permitir a consulta do histórico vacinal dos utentes, quer nos hospitais quer nas unidades de saúde, bem como ao nível dos cuidados de saúde primários possibilitar uma atualização tanto quanto possível do registo vacinal dos clientes, após consulta da inscrição de vacinas administradas nos hospitais e centros de saúde da região.

Com esta ferramenta, foi efetuada mensalmente a pesquisa no RCV de todos os clientes participantes no projeto ainda com esquema vacinal por completar. Esta atividade requereu a disponibilidade de um dia de estágio por cada período de pesquisa, pois investigar de forma individual todos os participantes foi um processo muito moroso.

Outra atividade desenvolvida neste eixo foi o envio de convocatórias vacinais por carta, para os clientes inscritos na USF. Nesta atividade desenvolvi competências ao nível da gestão de *stocks* e de recursos materiais, pois o grupo de participantes inscritas na USF é de 820 clientes. A requisição de material de escritório, nomeadamente as folhas A4 e os envelopes com janela, é da responsabilidade das assistentes técnicas, e comporta uma dotação de 100 envelopes por mês. Foi necessário coordenar junto das mesmas, para que fosse efetuado um pedido de material extraordinário, a fim de no mês de outubro serem enviados mais convocatórias de forma a poder dar resposta às necessidades do grupo de participantes. Com esta coordenação de esforços, entre outubro e novembro foi possível concluir todas as convocações por carta. (Apêndice 6)

A terceira atividade que foi desenvolvida foi o contato telefónico a fim de sensibilizar o cliente para a necessidade de atualizar ou iniciar o esquema vacinal. Foram executadas num máximo de três contatos em diferentes momentos do dia (manhã, tarde e/ou noite) tendo para tal sido necessário coordenar os períodos de estágio, para forma a estar presente na unidade em todos eles.

Outra atividade realizada foram as visitas domiciliárias em que não houve *feedback* das duas atividades anteriores Tendo em conta o elevado número de cartas, das quais não obtivemos resposta, e os números de telefone que já não se encontram atribuídos, foi necessário de acordo

com a disponibilidade das horas de estágio e da disponibilidade do transporte para realizarmos as visitas, priorizar quais as visitas a realizar. Para tal, foi efetuada em SAPE e em SINUS uma pesquisa individualizada dos participantes dos quais não obtivemos qualquer tipo de resposta, e foram selecionados aqueles que residiam na área de influência da UF, uma vez que o transporte utilizado assim o estabelece e o número de visitas resultou da rentabilização das horas de utilização da viatura coincidentes com o período de estágio.

Por fim, e de forma a dar resposta às **estratégias dos sistemas de informação**, foi aplicada a ativação no SINUS da configuração de autodeteção no registo de ficha de vacinação, para que a assistente técnica aquando da efetivação de um registo administrativo de contacto (RAC) surja uma janela informativa do estado vacinal em incumprimento pelo cliente.

Por fim, temos o eixo das **estratégias de formação**. Neste eixo foram desenvolvidas atividades de formação para os profissionais de saúde da USF, e sessões de formação para os profissionais de saúde das IPSS, nomeadamente junto dos responsáveis das mesmas, neste caso apenas para uma das instituições, tendo em conta a priorização já enunciada.

Para os profissionais da USF foi realizada uma reunião geral e posteriormente realizadas reuniões individuais com os três grupos profissionais da unidade, administrativos, enfermeiros e médicos, com o objetivo de apresentar o projeto a ser implementado na unidade e sensibilizar todos os elementos da equipa para a finalidade do mesmo. (Apêndice 7)

Para as assistentes técnicas foi focalizado a ativação da configuração de autodeteção no registo de ficha de vacinação, o que implica que em cada registo administrativo de contacto, para os indivíduos com vacinas em atraso ou ficha em branco, surja uma janela a informar que o utente necessita de regularizar o seu registo vacinal e que o mesmo se deve dirigir ao enfermeiro. Foi dada indicação ao grupo profissional para encaminhar os utentes sinalizados para a equipa de enfermagem.

No que concerne à equipa de enfermagem, foi relembrada a importância de fazer uma adequada gestão de cuidados, de modo a dar resposta aos encaminhamentos por parte das assistentes técnicas, de forma a não perder potenciais situações de vacinação ou de atualizações de estados vacinais.

Junto da equipa médica, e uma vez que este grupo profissional usa o Sistema de Apoio Médico (SAM), foi efetuada uma sensibilização para a necessidade de dentro desse sistema consultar o estado vacinal dos utentes em consulta, de forma a encaminhar para a equipa de enfermagem. (Apêndice 8)

3. AVALIAÇÃO

Avaliar é sempre comparar algo e implica uma finalidade operativa que visa a correção ou a melhoria. Imperatori e Giraldes (1999)

Para os autores mencionados esta etapa surge com o intuito de avaliar o objetivo traçado para um determinado projeto em que são analisadas as medidas estabelecidas, considerada a natureza do problema e a qualidade dos cuidados prestados.

Já para Durán (1989) avaliar significa analisar o processo de mudança ou de alteração e atribuir um valor ao seu sentido. Nesta etapa há a necessidade de obter e comparar valores, submetê-los a uma análise e conseguir resultados que nos digam como prosseguir numa determinada situação e á custa de que empenho. Assim, “a avaliação é um processo que corre paralela e complementarmente ao processo de planeamento desde que se analisa a situação inicial que vai planear-se” (Durán, 1989, p.212).

A contribuição deste relatório para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem passou por proporcionar ao cliente a possibilidade de ganhos em saúde, através da imunização vacinal no que respeita à vacina dupla contra o tétano e a difteria.

O procedimento consistiu numa recolha sistemática de dados quantificáveis durante o período de 29 de Setembro de 2014 a 13 de Fevereiro de 2015, através de uma pesquisa informática na base de dados SINUS e RNU, para obter indicadores demográficos e estado vacinal.

Deste modo para caracterizar a população alvo, foi efetuada a pesquisa em sistema SINUS de todos os clientes nascidos entre 1900 e 1959.

O indicador de saúde que reflete a proteção contra as doenças infecciosas do indivíduo é a taxa de cobertura vacinal. Ou seja, quanto menor a taxa de cobertura vacinal, menor a proteção do indivíduo contra as doenças infecciosas. Relembrar mais uma vez que ao falarmos da imunidade contra o tétano, falamos apenas de uma imunidade individual, pois esta não confere imunidade de grupo, pelo que a taxa de cobertura vacinal neste caso deverá ser a mais elevada possível.

Foi necessário proceder à pesquisa individual através do "campo histórico vacinal" da aplicação SINUS. É considerado indivíduo com esquema vacinal em atraso, aquele que não tenha o esquema vacinal preconizado para a idade de acordo com a DGS à data da pesquisa. DGS (2012)

Para complementar a pesquisa, foi também efetuada a análise em SINUS no módulo “Vacinação”, no campo “Estatísticas” e consequentemente “PNV escolha”, para confirmar os clientes com PNV atualizado no momento da pesquisa.

Para compilar toda a informação vacinal da amostra foi construída uma folha de cálculo, para posteriormente se proceder à análise dos dados obtidos.

O quadro seguinte irá demonstrar o impacto que cada atividade teve junto do grupo de participantes.

Quadro 7.- Distribuição da amostra com estado vacinal atualizado por atividade

Atividades	Clientes Vacinados	Vacinas transcritas	<u>x</u>	<u>Fi (%)</u>
Registo Central de Vacinas (RCV)	0	1	1	0,1%
Convocação por Carta	201	41	242	29,5%
Convocação por Telefone	8	4	12	1,5%
Visitação Domiciliária	33	3	36	4,4%
Visitação IPSS	28	1	29	3,5%
Consultas (Resultante da estratégia de formação na USF)	44	12	56	6,8%

Como ficou demonstrado, as atividades desenvolvidas não apresentaram todas a mesma eficiência. Foi a convocatória por carta que mais se destacou, no que respeita aos resultados pretendidos, ou seja, a atualização do estado vacinal dos participantes. Por outro lado, a pesquisa no Registo Central de Vacinas revelou-se infrutífera

O quadro 8 diz-nos como se distribuíram os participantes pelo estado atual de vacinação após a implementação da intervenção.

Quadro 8.- Estado vacinal da amostra após implementação da intervenção comunitária.

Dados em Análise	Homens	Mulheres	<u>Total</u>	<u>%</u>
Iniciaram esquema vacinal	42	54	96	11,7%
Realizaram ou atualizarem segunda dose	27	24	51	6,2%
Realizaram ou atualizaram terceira dose/completaram esquema preconizado	110	119	229	27,9%
Utentes em instituições	1	4	5	0,6%
Óbitos	11	5	16	2,0%
Recusas vacinais	22	62	84	10,2%
Contra indicações	2	0	2	0,2%
Sem Resposta	167	170	337	41,1%

Este quadro revela-nos que a maior parte dos clientes vacinados, completou o esquema preconizado pela DGS, pelo que terão que ser novamente imunizados com um reforço da vacina no espaço de 10 anos. De todos os clientes vacinados ou que ficaram com o esquema atualizado, chegámos a 45, 9% do grupo de participantes. Se a este número acrescentarmos as recusas vacinais, utentes que estão em instituições privadas, os óbitos e as contra indicações, que foram clientes que conseguimos contactar e identificar, mas que não efetuaram o ato vacinal, a percentagem de clientes identificados sobe para 58,8%, embora 45,9% tenham ficado com o esquema vacinal atualizado, o que supera a identificação de 25% da amostra prevista no primeiro objetivo específico apontado.

As recusas vacinais foram todas assinadas presencialmente na UF pelos clientes que recusaram o ato vacinal e estão arquivadas na unidade, e os registos de enfermagem foram elaborados em SAPE de acordo com a intenção do cliente.

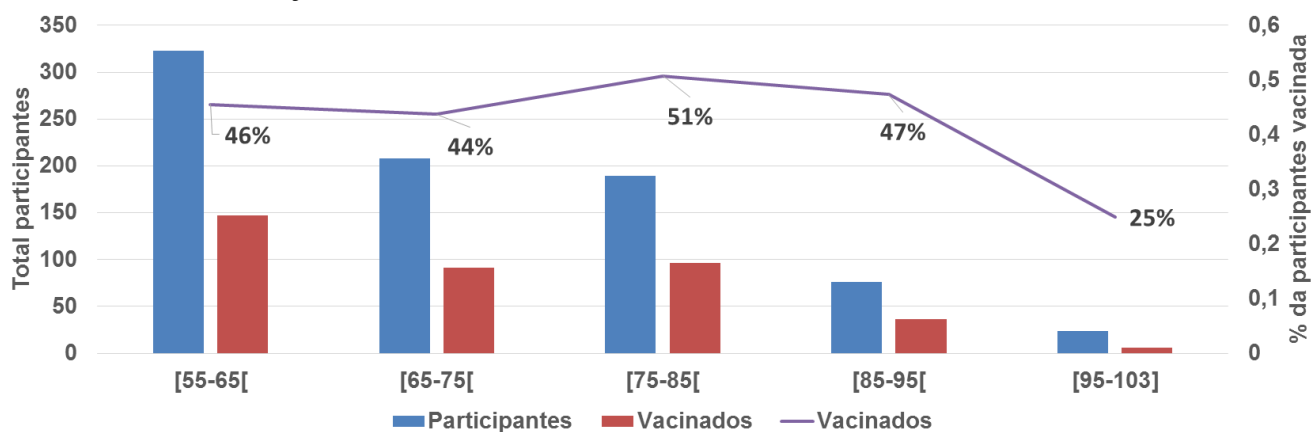
Para concluir a análise do grupo de participantes, a seguinte tabela mostra-nos como ficou distribuída a atualização do estado vacinal do grupo pelas respetivas classes.

Tabela 7- Análise por classes da amostra de clientes vacinados ou com estado vacinal atualizado após implementação da intervenção.

Corte	Total	fi	M	fi	F	fi
[55-65[	147	39%	85	56%	62	44%
[65-75[	91	25%	43	47%	48	53%
[75-85[	96	23%	39	38%	57	62%
[85-95[	36	9%	12	34%	24	66%
[95-103]	6	3%	4	25%	2	75%

Esta tabela permite concluir que foi na classe entre os 55 e os 64 anos, que a adesão à vacinação foi mais significativa. No que respeita à adesão por sexo, excluindo-se a primeira classe analisada, nas restantes é predominante o sexo feminino.

Gráfico 7.- Relação entra a totalidade da amostra e clientes vacinados.



Este gráfico mostra-nos que face ao grupo inicial de participantes, e que excluindo a classe de entre os 95 e os 103 anos, nas restantes a adesão á vacinação foi 46%, 44%, 51% e 47% respetivamente, revelando uma adesão sempre muito homogénea do grupo de participantes.

A próxima tabela permite-nos obter uma avaliação comparativa face ao estado vacinal da população no que respeita ao espaço temporal antes da implementação do projeto e no final do período da intervenção comunitária.

Tabela 8 - Análise de Coortes de Clientes após implementação da intervenção comunitária.

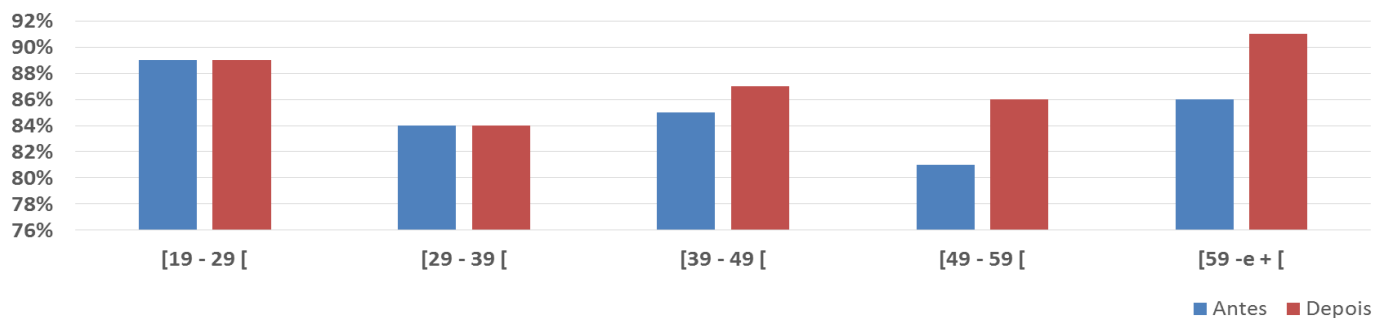
COORTE	TOTAL	VACINADOS		POR VACINAR	
		|X|	fi	|X|	fi
[19 - 29 [	1544	1369	89%	175	11%
[29 - 39 [	1978	1667	84%	311	16%
[39 - 49 [	2307	2002	87%	305	13%
[49 - 59 [	2067	1770	86%	297	14%
[59 e + [	4452	4048	91%	404	9%

Fonte – SINUS Janeiro 2015

Esta tabela e em comparação com a enunciada na página 26, vem demonstrar a eficácia das atividades delineadas para o projeto, pois é nas duas últimas coortes, ou seja, aquelas em que assenta o principal objetivo deste trabalho, que houve um incremento de 5% nos clientes vacinados, face ao início do projeto.

O gráfico nº 8 demonstra de uma forma clarificada o impacto do projeto na população alvo.

Gráfico 8 – Avaliação da Intervenção Comunitária no Grupo Alvo



Para complementar a análise que reflete o estado vacinal da amostra após a implementação do projeto, achamos importante apresentar a análise dos participantes que recusaram o ato vacinal, pois de entre os participantes que foi possível contactar, representam o terceiro maior grupo com 10,2%.

No quadro seguinte fica a apresentação por classes e por sexo das recusas vacinais.

Quadro 9- Representação das recusas vacinais por classes e sexo da amostra.

Classes	Mulheres	Homens	Total	fi
[55-65[	8	4	12	14,3%
[65-75[	17	10	27	32%
[75-85[	21	6	27	32%
[85-95[	14	2	16	19,7%
[95-103]	1	1	2	2%

Esta tabela revela-nos que é na classe entre os 65-74 e os 75-84 anos, que em conjunto representam 66% das recusas, com uma divisão equitativa das mesmas entre os dois grupos, que existe o maior número de recusas. Tendo em conta a representatividade deste fator, poderá ficar aqui uma sugestão para um próximo desenvolvimento académico, que seria estudar este grupo de 84 participantes e perceber quias os motivos que os levam a recusar o ato vacinal.

Consideramos também importante perceber como esta intervenção comunitária teve o seu impacto na dinâmica habitual desta UF. Para tal foi efetuada uma pesquisa de vacinas do tétano administradas em períodos homólogos de 2013 e de 2014 a fim de consolidar o impacto deste projeto. A escolha dos períodos homólogos deveu-se ao fato deste projeto abranger a

campanha da vacinação contra a gripe, onde todos os momentos de vacinação são aproveitados para atualizar o estado vacinal dos clientes.

Tabela 9- Total de vacinas Td administradas na USF Feijó em períodos homólogos.

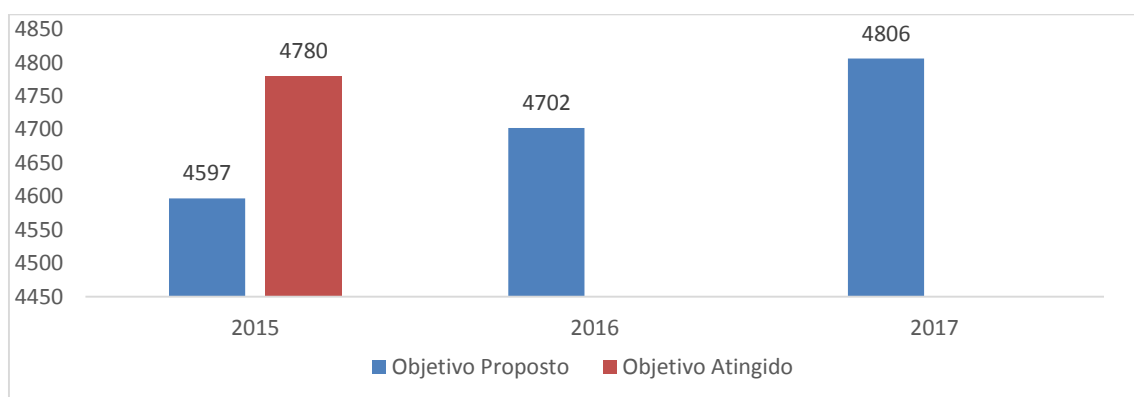
Período de tempo	Vacinas Td administradas \geq 55 anos
01/09/2013 a 31/12/2013	413
01/09/2014 a 31/12/2014	693

Fonte: SINUS 2015

Esta análise vem reforçar um aumento de 280 vacinas administradas, o equivalente a um aumento de 67,8% face ao período homólogo, consolidando assim o impacto que este projeto teve na dinâmica da unidade.

Para finalizar a monitorização deste projeto, apresentamos no gráfico seguinte, os objetivos propostos para o triénio deste projeto, e o valor alcançado neste primeiro ano, nomeadamente com o término da intervenção comunitária.

Gráfico 9 - Monitorização da intervenção comunitária.



Fonte: SINUS 2015

Deste último gráfico podemos concluir que o objetivo proposto para o primeiro ano foi amplamente atingido e superado, tendo até mesmo ultrapassado o resultado proposto para o segundo ano. O objetivo era de vacinar 88% do grupo alvo, e no final desta primeira etapa temos 91,5% da amostra com esquema atualizado.

4. QUESTÕES ÉTICAS

Podemos explicar Ética como um conjunto de normas que formam a consciência do profissional e representam imperativos de sua conduta. É um conjunto de conhecimentos extraídos da investigação do comportamento humano ao tentar explicar as regras morais de forma racional, fundamentada, científica e teórica

No que respeita ao Código Deontológico do Enfermeiro, temos o dever e de acordo com o artigo 78^a de atender a que as intervenções de enfermagem sejam realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro, e entre outros deveres, o artigo 80^a também refere que o enfermeiro é responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem.

Para este trabalho as questões éticas passaram pelo pedido de autorização de intervenção junto do Diretor Executivo do ACES-AS para realização e implementação do projeto, e ao mesmo tempo pela autorização para poder nomear o ACES e a USF ao longo da realização deste projeto bem como ao longo do relatório de estágio. (Apêndice 9)

Foi também solicitado a todos os participantes que recusaram o ato vacinal após terem sido convenientemente informados das vantagens e desvantagens do mesmo e como uma norma de boa prática, a assinarem uma declaração de recusa que ficaram devidamente arquivadas na UF, (Anexo 3) como aliás está preconizado nas recomendações da DGS em 2012 através da norma nº 040/2011 de 21/12/2011 na página 66.

De acordo com a OE (2007) o consentimento escrito está especificamente previsto para algumas situações, em que os requisitos formais devem ser cumpridos. Nessas situações o ato vacinal não está diretamente referenciado, mas estando omissa o enfermeiro tem de garantir que a decisão de recusa de cuidados foi tomada em posse de toda a informação necessária. Face a esta situação entendeu-se por bem solicitar um parecer à OE, a fim de esclarecer ou não a necessidade de um consentimento por escrito, e garantir que deontologicamente estamos a cumprir os requisitos mais adequados para o cliente e para os enfermeiros.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS / CONCLUSÃO

Os Cuidados de Saúde Primários são considerados a base institucional e o pilar do sistema nacional de saúde (Ministério da saúde 2006).

Assim com base nesta centralidade reveste-se de especial importância o papel que estes cuidados assumem na promoção e prevenção da doença, nomeadamente através da vacinação como prevenção primária ao nível da proteção específica, “intervenções com o objetivo de prevenir a ocorrência de doença, lesão ou incapacidade (...) destinam-se a indivíduos e grupos suscetíveis à doença, mas que não têm patologia detetável” (Stanhope e Lancaster, 2011, p. 268).

A vacinação é a forma mais eficaz e segura de proteção contra certas doenças, nomeadamente o tétano. Assim facilmente poderíamos dizer que a meta a alcançar por este projeto seria vacinar adequadamente 100% da população inscrita na unidade, uma vez que só assim seria possível eliminar o tétano, e evitar perdas de vidas humanas tão difíceis de aceitar nos nossos dias.

Foi estabelecido como objetivo desta intervenção comunitária vacinar ou atualizar o estado vacinal de 88% da população alvo para o período da intervenção, e tendo sido possível avaliar que foi alcançada uma cobertura vacinal de 91,5% podemos concluir que foi ultrapassado o objetivo a que nos propusemos inicialmente, com a obtenção de ganhos em saúde para a comunidade envolvida. Dado que as metas para 2016 eram vacinar 90% da população alvo e para 2017 seria de 92%, podemos ainda concluir que já foi alcançado o objetivo para 2016, sendo assim necessário reformular e planear as estratégias de intervenção para o biénio 2016/2017.

Podemos reforçar que cabe aos profissionais que prestam cuidados ao nível da comunidade e em contexto dos cuidados de saúde primários, nomeadamente aos enfermeiros especialistas em saúde comunitária a responsabilidade acrescida de evidenciar atividades de educação para a saúde, gerir e avaliar cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma comunidade. (Ordem dos Enfermeiros 2010)

Foi pretensão deste relatório tentar evidenciar que a implementação de estratégias adequadas e direcionadas, tornou possível mobilizar as equipas de saúde e apresentar resultados de imunização individuais com consequentes ganhos em saúde para os indivíduos/famílias e comunidade.

Fica a sugestão como futura investigação clínica, o estudo e análise de 10,2% das recusas vacinais identificadas. Tendo sido o terceiro grupo mais representativo da amostra analisada, poderá ser um ponto partida para um estudo de índole académico para tentar conhecer as causas e motivos das recusas identificadas.

Esta análise remeteu-nos também para a importância do consentimento informado, e do direito à recusa por parte do cliente. A autonomia é considerada hoje a base dos direitos fundamentais do homem e encontrando-se consagrada em diversos tratados que levam ao exercício da cidadania. Esta base pressupõe a capacidade para o exercício dos direitos de cada cliente, estando porém sujeita às condições jurídicas em vigor.

Porém para que o cliente possa decidir na posse de toda a informação necessária para exercer na plenitude o seu direito à autonomia, cabe ao enfermeiro fornecer-lhe esse conteúdo. Está consagrado no código deontológico do enfermeiro, nomeadamente no artigo 84^a dois aspetos fundamentais, o dever de informar e o dever de respeitar, defender e promover o direito do cliente ao consentimento informado. O enfermeiro tem assim o dever de informar, no que respeita aos cuidados de enfermagem que vai prestar, por forma a garantir a obtenção do consentimento ou dissentimento do cliente e respeita-lo na sua dignidade humana com direito à autonomia que lhe é conferida. O enfermeiro deve sempre ter presente que ao proteger a autonomia do cliente também esta a proteger o direito à sua.

Finda esta etapa formativa pede-se ao futuro enfermeiro especialista que seja capaz de estabelecer com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades, de integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde e por último que seja capaz de realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico. Ordem dos Enfermeiros (2010)

A aquisição de conhecimentos e o aprofundar de temáticas como o planeamento em saúde, epidemiologia e investigação contribuíram para um desenvolvimento pessoal e profissional promotor de competências essenciais enquanto enfermeira especialista em enfermagem comunitária e para a prestação de cuidados especializados ao cliente, grupo e comunidade.

Consideramos também muito enriquecedor a criação de uma parceria com outra unidade funcional do ACES de Almada-Seixal, nomeadamente a UCC Almada “a outra margem”, pois permitiu-nos conhecer de uma forma mais ampla a comunidade que nos rodeia e rentabilizar os diferentes recursos existentes sempre com o objetivo de potenciar ganhos em saúde para o

cliente/família/comunidade. A articulação com outras instituições e a tomada de consciência de outras realidades também foram competências desenvolvidas ao longo desta intervenção comunitária.

Todas as estratégias e consequentes atividades, fizeram-nos desenvolver competências ao nível da articulação com outras unidades funcionais, gestão de processos, da gestão de recursos materiais e de *stocks*, competências ao nível da formação intra e inter pares bem como aprofundar e consolidar conhecimentos no que respeita às relações institucionais, que foram fundamentais nos contactos estabelecidos com as IPSS.

Atentamos de igual importância para o desenvolvimento pessoal e académico as ferramentas adquiridas ao longo das unidades curriculares lecionadas nos dois semestres anteriores. A mobilização dos conhecimentos adquiridos foram fundamentais para uma maior compreensão e desenvolvimento da intervenção comunitária.

Pretendemos espelhar com este relatório que a criação de uma maior proximidade junto do cliente/família/comunidade se traduz em alteração de comportamentos, quer do cliente quer dos profissionais de saúde, traduzindo-se em ganhos em saúde para a comunidade e satisfação aos profissionais que veem refletida o resultado das suas motivações profissionais e pessoais.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, P. (2007). Guia Prático Climepsi de Estatística em Investigação Epidemiológica: SPSS. Lisboa: Climepsi Editores.
- Almeida-Filho, N. (1989). Epidemiologia sem números. Rio de Janeiro: Campus.
- Calé, M. E. S., Valente, P. M. (2011). Workshop “PNV- Divulgação de boas práticas”, Avaliação da Vacinação”. DGS
- Carmo, H., Ferreira, M. M. (2008). Metodologia da Investigação. Guia para a Auto Aprendizagem. (2ª ed.). Lisboa: Universidade Aberta.
- Carrondo, E. M. (2006). Formação profissional de enfermeiros e desenvolvimento da criança: Contributo para um perfil centrado no paradigma salutogénico. Tese de Doutoramento Área de conhecimento – Currículo e Supervisão em educação básica, Ramo Estudos da criança. Universidade do Minho. Disponível em Repositorium .
- Carvalhosa, S. F., Domingos, A., Sequeira, C. (2010). Modelo lógico de um programa de intervenção comunitária – GerAcções. *Análise Psicológica*, 28 (3). Acedido em 07-03-2015. Disponível em http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0870-82312010000300008&script=sci_arttext
- Castro, L., Gonçalves, J. (2004). Caracterização epidemiológica dos casos declarados de tétano. Oportunidades perdidas de vacinação: *Acta Med Port* , 17, 225-229.
- Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa QREN (2012). O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade, Relatório final. Lisboa: QREN
- Cerdeira, A. B. (2008). Informação e consentimento. *Ordem dos Enfermeiros*, 29, 12-17.
- Collière, M. F. (1999). Promover a vida. 2ª Tiragem. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. Lidel
- Declaração de Alma-Ata (1978). Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários. Alma-Ata/URSS
- Decreto-Lei nº 298/2007 de 22 de Agosto (2007). Regime Jurídico da Organização e do Funcionamento das unidades de Saúde Familiar. *Diário da Republica I Serie*, Nº 161 (22-8-2007) 5587-5596.

- Direção Geral da Saúde (2004). Avaliação do programa nacional de vacinação. 2º Inquérito Serológico Nacional Portugal continental 2001-2002. Lisboa: Edições Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2012). Norma nº040/2011 Atualizações Programa Nacional de Vacinação. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde - Direção de Serviços de Prevenção e Controlo da Doença (2012). Boletim Vacinação nº5. Julho 2012. Lisboa: DGS
- Direção-Geral da Saúde - Direção de Serviços de Prevenção e Controlo da Doença (2012). Boletim Vacinação nº6. Abril 2013. Lisboa: DGS
- Direção-Geral da Saúde - Direção de Serviços de Prevenção e Controlo da Doença (2012). Boletim Vacinação nº7. Abril 2014. Lisboa: DGS
- Durán, H. (1989). Planeamento da saúde: aspetos conceptuais e operativos. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Feliciano, J. (2002) A Vacinação e a sua História. Cadernos da Direção Geral da Saúde nº2 Outubro 2002 Publicação Seriada. Lisboa
- Figueiredo, D. (2007). Cuidados familiares ao idoso dependente. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fortin, M. (1999) – O processo de investigação: da conceção à realização. Loures: Lusociência.
- Freitas, M. G. (2013). O Programa Nacional de Vacinação: nota histórica, Portugal Saúde em números. Revista da Direcção-Geral da Saúde. 2013 (1), 50-54.
- Gemito, M. L., Marques, M. S. (2007). Promover o envelhecimento com saúde - prevenir o tétano. Ser Saúde, 4, Março/Abril.
- Gonçalves, C. D., Oliveira, A. L. (2011). Sabedoria e Educação: Um estudo com adultos na Universidade Sénior. In L. Alcoforado et al. (Orgs.). Educação e Formação de Adultos. Políticas, Práticas e Investigação (pp. 245-254). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Graça, L. (2000). Estilos de vida e saúde nos Provérbios em Língua Portuguesa. In textos sobre saúde e trabalho 21. Acedido em 18-05-2014. Disponível em <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos21.html>
- Hanson, S. M. H. (2005). Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família. Teoria, Prática e Investigação. (2ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- História da Vacinação. <http://webpages.fc.ul.pt/~mcgomes/vacinacao/historia/>. Acedido em 18.05.2014.
- História da Vacinação. <http://www.vacinas.com.pt>. Acedido em 07-03-2015.

- Imperatori, E. & Giraldes, M. R. (1993). Metodologia do planeamento em saúde. (3ª Edição) Edições da saúde. Lisboa: ENSP.
- Institute, Joanna Briggs (2011). Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual.(2011 edition). Australia: The Joanna Briggs Institute.
- Instituto Nacional de Estatística IP (2013), Estatísticas demográficas 2011. Lisboa: INE.
- Leça, A. (2011) Workshop “PNV- Divulgação de boas práticas “. Doenças Alvo do PNV. Lisboa: DGS
- Luiz, O.C., Cohn, A. (2006). Sociedade de risco e risco epidemiológico. Caderno de Saúde Pública, 2339-2324. Acedido em 07-03-2015. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/08.pdf>
- Matos, S. (2008). Recusa do cliente. Ordem dos Enfermeiros,29,33-37.
- Ministério da Saúde (2006). Linhas de Ação Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Nichiata,L.Y.I., Bertolozzi, M.R., Takahashi, R. P., Fracolli, L.A. (2008). A utilização do conceito “vulnerabilidade” pela enfermagem. Revista Latino em Enfermagem 16 (5). Acedido em 14-03-2015. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n5/pt_20.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciado descritivo. Divulgar. Lisboa. OE
- Ordem dos Enfermeiros (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). OE15MAR2007 – EP 02/07. Consentimento Informado. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). Código Deontológico do Enfermeiro. Acedido em 18-03-2015. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2010).Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Acedido em 21-02-2015. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20128_2011_CompetenciasEspecifEnfComunitaria_SaudPublica.pdf
- Orem, D (1995) Nursing Concepts of Practice. St Louis: Mosby-Year Book
- Pereira, M. G. (1995). Epidemiologia. Teoria e Prática. Koogan: Editora Guanabara.

- Portal da Saúde Pública. Acedido em 02-04-2014. Disponível em <http://www.saudepublica.web.pt/TrabPedro/TetanoPGP.htm>.
- Portaria nº 19058 de 3 de Março de 1962
- Riner, M. E. (2011). Promoção da Saúde através de cidades e comunidades saudáveis. In Stanhope, M. & Lancaster, J. Enfermagem de Saúde Pública. (Capítulo 17. p. 412-426) 7ª edição. Lisboa: Lusodidacta.
- Silva, C., Dias, M., Terra, N., Silva, S. (2011). Vulnerabilidade: O Elo Mais Fraco na Saúde. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 08-03-2015. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsenfermeiroseAspopula%C3%A7%C3%B5esVulner%C3%A1veis.aspx>
- Tavares, A. (1990). Métodos e técnicas de planeamento em saúde. Caderno de Formação, n.º 2. Lisboa: Ministério da Saúde. DRHS.
- Tomey, A. M., Alligood, M. R. (2004). Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem. (A. M. Albuquerque, Trad). (5ª ed.). Loures: Lusociência. (Tradução do original do inglês NURSING THEORISTS and Their Work, 5th ed., Mosby).
- Vaz, D., Santos, L., Carneiro, A.V. (2005). Fatores de risco: Conceitos e implicações práticas. Revista Portuguesa de Cardiologia, 24 (1), 121-131.
- Wright, L. M. & Leahey, M. (2011). Enfermeiras e Famílias – Um guia para a avaliação e intervenção na família. (5ª edição) Lisboa: Editora Roca.

ANEXOS

ANEXOS I
Plano Nacional de Vacinação

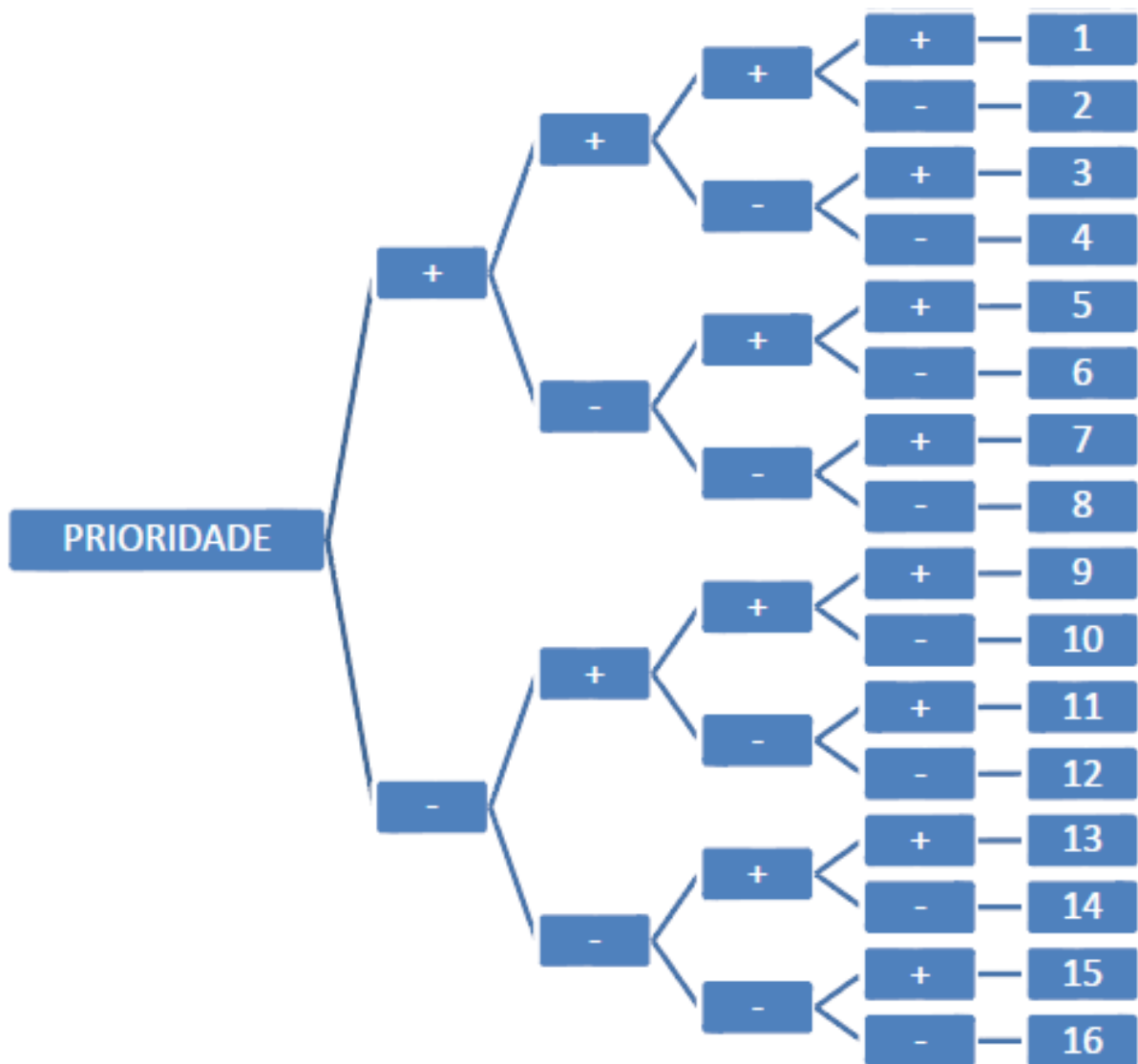
PNV 2012

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

Fonte: Norma n.º 40/2011, de 21-12 – Programa Nacional de Vacinação 2012

ANEXOS II
Grelha de Análise

Grelha de Análise



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

ANEXOS III
Declaração de recusa da USF

Nome:

Nº de utente: _____

Após ter sido devidamente informado sobre o risco para a minha saúde resultante do não consentimento da aplicação das medidas propostas, declaro que recuso:

- Exames complementares de diagnósticos propostos.
- Administração de vacinas _____.
- Administração de terapêutica _____.
- Realização de tratamentos.
- Outro _____.

Feijó, ___ de _____ de 20__

(assinatura do utente)

APÊNDICES

APÊNDICE I
Numero e percentagem de clientes inscritos na USF por sexo e grupo etário

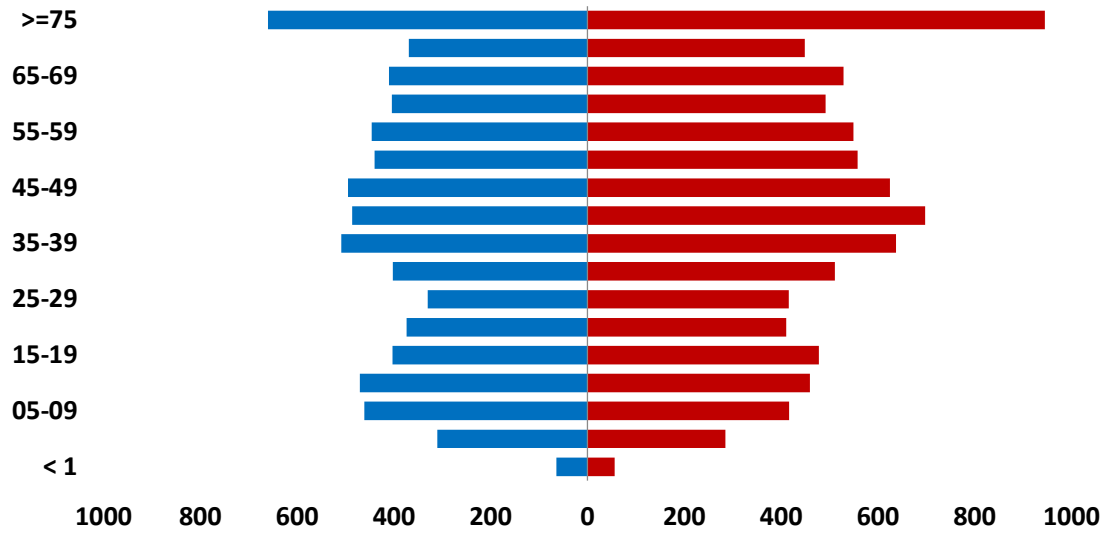
Numero e percentagem de clientes inscritos na USF por sexo e grupo etário

Faixa Etária	Homem	Mulher	n	%
< 1	64	56	120	0,77%
01-04	310	285	595	3,83%
05-09	461	417	878	5,65%
10-14	470	460	930	5,98%
15-19	403	478	881	5,67%
20-24	374	411	785	5,05%
25-29	330	416	746	4,80%
30-34	402	511	913	5,87%
35-39	509	638	1147	7,38%
40-44	486	698	1184	7,61%
45-49	495	625	1120	7,20%
50-54	440	558	998	6,42%
55-59	446	550	996	6,40%
60-64	404	492	896	5,76%
65-69	410	529	939	6,04%
70-74	369	449	818	5,26%
≥75	660	945	1605	10,32%
Total	7033	8518	15551	100%

Fonte – SINUS Dezembro 2014

APÊNDICE II
Pirâmide etária de clientes inscritos na USF

Pirâmide Etária de clientes Inscritos na USF



Fonte – SINUS Dezembro 2014

APÊNDICE III
Protocolo / Carta de parceria entre a UCC Almada e a USF



Protocolo de Parceria entre a Unidade Saúde Familiar do Feijó e a Unidade de Cuidados na Comunidade "A outra Margem"

Âmbito da Parceria

A Unidade de Saúde Familiar do Feijó, adiante designada por USF-F, aqui representada por Dina Cândida Estevêns Cavaco Ramos, Enfermeira, e a Unidade de Cuidados na Comunidade "A outra Margem", adiante designada por UCC, aqui representada por Alexandra Soares, Unidades funcionais do Agrupamento de Centros de Saúde Almada-Seixal (ACES AS), empenhadas na concretização do seus objetivos institucionais, veem interesse numa parceria capaz de potenciar as suas capacidades e de rentabilizar os recursos existentes. Assim acordam:

Áreas de Cooperação

As partes elegem desde já, como áreas de interesse comum passíveis de parceria, o intercâmbio de recursos e informações para ações de natureza interventiva e científica.

Coordenador

1 USF-F Maria Isabel Araújo França Pereira Matos Almeida

2 UCC Maria do Céu Gil Cerdeira Gonçalves

Ações, Parceria e Carta de Parceria

1 Cada uma das ações de parceria resulta da iniciativa de uma das unidades referidas no âmbito do protocolo.

2 As ações de parceria serão formalizadas após acordo bilateral entre a USF-F e a UCC em documento específico denominado "Carta de Parceria". Assinada pelos representantes de cada unidade.

3 Na Carta de Parceria deverá constar a seguinte informação:



- Descrição sumária da ação (incluindo a duração e calendarização)
- Contextualização (incluindo o funcionamento, os objetivos e as estratégias)
- Responsabilidades e compromissos assumidos por cada unidade
- Outros aspetos considerados relevantes

Avaliação

A USFF e a UCC comprometem-se a proceder à avaliação do protocolo no final da parceria estipulada.

Vigência e Denúncia

1 Este protocolo entre em vigor a partir de 29 de Setembro 2014, e terá o seu término em dezembro de 2016, se ambas as partes não o denunciarem.

- a) A denúncia unilateral deste protocolo deverá ser feita mediante apresentação de um aviso e com 6 meses de antecedência.

2 O presente protocolo poderá ser revisto anualmente, se as partes assim o entenderem.

Coordenadora USF-F

Tânia Condicionante

Helena

Coordenadora UCC

Fui envolvida na sua constituição.

N.º do CBU 2014/2015



**Carta de Parceria no âmbito de Protocolo de Parceria entre a
Unidade de Saúde Familiar do Feijó e a Unidade de Cuidados na Comunidade
"A outra margem"**

A Unidade de Saúde Familiar do Feijó, adiante designada por USF-F, e a Unidade de Cuidados na Comunidade "A outra margem", ambas unidades funcionais do ACES AS, celebram no âmbito do protocolo de parceria entre elas existentes, a presente carta de parceria que reciprocamente se comprometem a aceitar, e que apresenta os seguintes pontos.

Ponto 1º

Objeto

O objeto da presente carta de parceria consiste na corporação da Enfermeira Dina Cândida Estevêns Cavaco Ramos, estudante do 5º mestrado de Saúde Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, com a UCC, no âmbito da implementação do seu projeto: "A Enfermagem e a Vacinação na Comunidade. A vacina do Tétano e da difteria no adulto e no idoso: uma aposta a não perder."

Ponto 2º

Caraterização e Contextualização

Este projeto está traçado para um triénio e tem como objetivo geral o aumento do nº de clientes com esquema vacinal completo ou em atualização na USF-F, para os clientes nascidos entre as coortes de 1900 e 1959, de 83% para 86%, o que corresponde a um total de 160:5332, entre outubro 2014 e fevereiro de 2015. Uma vez que o projeto será para 3 anos, pretende-se que em final de 2015 se atinja 88% da população vacinada e em fins de 2016 os 90%.



Ponto 3º

Responsabilidades e Compromissos

A USF-F compromete-se a que o elemento referenciado no âmbito da parceria, integre a equipa da UCC no âmbito da vacinação, desenvolvendo as estratégias inerentes ao mesmo.

A UCC compromete-se a integrar e a autorizar o elemento nas suas atividades.

Ponto 4º

Vigência

A presente parceria é celebrada pelo prazo no protocolo e terá o seu início a 29 de setembro de 2014, e o seu termo em dezembro de 2016.

Coordenadora USF-F

Terminar a vacinação
de todos os

Coordenadora UCC

Comunidade Especialista
em Saúde Pública
assumir com a ESEL
a responsabilidade de
implementar o Projeto
em parceria com a UCC
a ESEL Alexandre.
R = do Ceu Goncalves

APÊNDICE IV
Caracterização de clientes residentes nas IPSS por estado vacinal e concelho de residência

Caracterização dos clientes residentes nas IPSS por estado vacinal e conselho de residência

	TOTAL CLIENTES RESIDENTES	CLIENTES A VACINAR	CLIENTES RESIDENTES NO CONSELHO ALMADA
IPSS A	70	41	8
IPSS B	56	33	29

APÊNDICE V
Nota informativa da intervenção comunitário a divulgar nas IPSS

SENSIBILIZAÇÃO PARA A VACINA DO TÉTANO E DIFTERIA NO ADULTO E NO IDOSO

O **tétano** é uma doença aguda grave cujo agente etiológico é o *Clostridium tetani*, um bastonete gram positivo anaeróbio, produtor de esporos, que pode persistir no solo durante anos e meses. (Portal da Saúde Pública)ⁱⁱ

O tétano tem a particularidade de apenas providenciar **imunidade individual** pelo que seria desejável uma cobertura de 100% para evitar o aparecimento de casos.

É no grupo etário a partir dos 50-54 anos que se verifica um decréscimo acentuado na concentração de anticorpos para a toxina do tétano (DGS 2004).¹

O esporo apenas necessita de uma porta de entrada pela pele (corte, ferida, etc), para se alojar no sistema do cliente.

Como estudante do 5º Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e em parceria com a UCC Almada “ A outra Margem”, pretendo propor aos utentes das vossas instituições, após um levantamento prévio das suas necessidades vacinais, a vacinação contra o tétano, utilizando o momento da vacinação sazonal da gripe.

Pretendo contar com a vossa colaboração para a dinamização e divulgação desta iniciativa.

Obrigado pela colaboração

Dina Cândida Estevêns Cavaco Ramos

Estudante 5º Mestrado Enfermagem Comunitária

ESEL

¹ Portal da Saúde Pública em <http://www.saudepublica.web.pt/TrabPedro/TetanoPGP.htm>, consultado em 2 de Abril 2014

ⁱⁱ Direção Geral da Saúde (2004). Avaliação do programa nacional de vacinação. 2º Inquérito Serológico Nacional Portugal continental 2001-2002. Lisboa, edições direção geral da saúde.

APÊNDICE VI
Cronograma de atividades

APÊNDICE VII
Plano de formação dos profissionais da USF

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
5º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura
em Enfermagem Comunitária

Plano de sessão da apresentação do Projeto de Intervenção Comunitária

Tema: A Enfermagem e a vacinação a comunidade. Estratégias para a vacinação do Tétano e difteria no adulto e no idoso. Uma aposta a não perder.

Duração: 20 minutos

Data da sessão: 26 de Setembro de 2014

Local: USF Feijó

Formador: Dina Cavaco Ramos

Destinatário: Equipa multidisciplinar da USF Feij

Objetivo geral: Que 90% da equipa esteja presente na sessão.

Objetivos específicos: Que no final da sessão sejam capazes de:

- Descrever as atividades propostas para cada grupo profissional a fim de aumentar a adesão à vacinação.

Etapas	Conteúdos	Domínios	Metodologia	Atividades	Recursos didáticos	Avaliação	Tempo
Introdução	Objetivos do Projeto de Intervenção Comunitária	Cognitivo e afetivo	Expositiva e interrogativa	Descrição do objetivo da USF para o triênio 2015/2017	Computador e slide show Projetor de vídeo Exposição oral com discussão interpares.	Que os formandos sejam capazes de identificar o objetivo da intervenção comunitária.	5'
Desenvolvimento	Conceitos Epidemiologia População em estudo Diagnóstico de situação Estratégias/ Atividades	Cognitivo	Expositiva	Enumeração das atividades para os três grupos profissionais	Projetor de vídeo Computador e slide show	Que cada grupo profissional identifique as estratégias e atividades propostas	10'
Conclusão	Metas e indicadores	Cognitivo e afetivo	Expositiva e interrogativa	Apresentação das metas vacinais para a população alvo ao longo do triênio 2015/2017.	Projetor de vídeo Computador e slide show Exposição oral com discussão interpares.	Que todo o grupo identifique as metas propostas e se encontre no mesmo patamar motivacional.	5'

APÊNDICE VIII
Estratégias e atividades da intervenção comunitária

Enumeração das estratégias e atividades realizadas

Estratégias	Atividades	Quantidade
Articulação UCC	Elaboração de Protocolo-Carta de Parceria entre USF e UCC	1
Articulação IPSS	Diagnóstico de Situação IPSS A e B	2
	Programação de Realização de Visita aos IPSS's	4
	Elaboração de Nota Informativa sobre implementação do Projeto	1
Gestão de Processos	Verificação de Registos Vacinais no RCV	3
	Envio de Convocações por carta	820
	Realização de Contatos telefónicos	135
	Realização de Visitas Domiciliárias	77
Sistema de Informação	Ativação no SINUS da Configuração de autodeteção dos registos vacinais	1
Formação	Reunião Geral	1
	Reuniões Individuais com equipa de Enfermagem	7
	Reuniões Individuais com equipa Medica	9
	Reuniões Individuais com Assistentes técnicas	6
	Reuniões Individuais com Responsáveis IPSS	1

APÊNDICE IX
Pedido de autorização da intervenção comunitária ao Diretor do ACES



Diretor Executivo
ACES Almada-Seixal
Dr. Luís Amaro
AUTORIZO

Ao Exm. Senhor Diretor
Executivo do ACES
Almada-Seixal

2.12.014

Eu, Dina Cândida Estevêns Cavaco Ramos, Enfermeira a exercer funções na Unidade de Saúde Familiar do Feijó, e a frequentar o 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, área de especialização de Enfermagem Comunitária, venho por este meio requerer a vossa excelência que se digne a autorizar a realização na Unidade supracitada do meu projeto de estágio no período que decorre entre 29 de Setembro e 13 de Fevereiro, sobre o tema "Vacinar contra o Tétano e difteria na Saúde do adulto e do idoso: uma aposta a não perder."

De mais solícito autorização para poder nomear na elaboração do meu projeto e no relatório de tese o ACES de Almada-Seixal e da USF do Feijó.

Sem outro assunto de momento

Feijó, 01 de Julho 2014

Dina Cândida Estevêns Cavaco Ramos