



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem Comunitária

TAXA DE COBERTURA VACINAL PARA AS DOENÇAS INFECCIOSAS ALVO DA VACINAÇÃO INFANTO-JUVENIL

Susana Borges Alvites

Lisboa

Junho, 2013



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem Comunitária

Relatório de estágio

TAXA DE COBERTURA VACINAL PARA AS DOENÇAS INFECIOSAS ALVO DA VACINAÇÃO INFANTO-JUVENIL

Susana Borges Alvites

Professora Doutora Maria Adriana Pereira Henriques

Lisboa

Junho, 2013

*Aos meus pais por me apoiarem em mais uma etapa da minha vida.
Aos meus irmãos, cunhada e sobrinha que mesmo longe estão sempre perto.
Ao Sérgio, Xana e Patrícia pela compreensão e força.
À Rosa por toda a ajuda.*

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C. – antes de Cristo

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

BIS – Boletim Individual de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

déc. – década

d.C. – depois de Cristo

DGS – Direcção Geral de Saúde

ECCL - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EPI – *Expanded Programme of Immunization*

INE – Instituto Nacional de Estatística

Km² – quilómetro quadrado

séc. – século

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNV – Programa Nacional de Vacinação

RCV – Registo Centralizado de Vacinação

RESUMO

Nas últimas décadas a administração em massa das vacinas tem contribuído para melhorar a Saúde Pública em todo o mundo. A imunização revolucionou a qualidade de vida das crianças e jovens ao prevenir mais casos de doença do que qualquer tratamento médico.

Este documento surge no seguimento da intervenção comunitária que teve como objetivo contribuir para o aumento da taxa de cobertura vacinal dos indivíduos que nasceram nos anos das coortes 2012, 2011, 2010, 2005 e 1998 e que estão inscritos sem atribuição de médico de família numa Unidade Funcional do Agrupamento de Centros de Saúde de Cascais.

O referencial teórico de suporte é o Modelo de Sistemas de Betty Neuman e o planeamento efetuado assentou nas fases da metodologia de planeamento em saúde de Imperatori e Giraldes.

O estágio decorreu do dia 2 de Outubro de 2012 a 15 de Fevereiro de 2013.

O método de colheita de dados consistiu na recolha sistemática de dados quantificáveis através da aplicação SINUS. Para o tratamento destes foi utilizado o programa Excel do Microsoft Office 2007.

Após implementação das atividades planeadas obteve-se o aumento de 23%, 9%, 12%, 5% e 8% na taxa de cobertura vacinal das coortes 2012, 2011, 2010, 2005 e 1998, respetivamente.

Conclui-se assim que a implementação de estratégias bem delineadas contribui para o aumento da taxa de cobertura vacinal. Das intervenções executadas aquelas que se mostraram mais eficazes foram a verificação no Registo Centralizado de Vacinação e o contato telefónico aos pais | cuidadores.

Palavras chave: Doenças infecciosas, Vacinação; Taxa de cobertura vacinal

ABSTRACT

In the last decades, the mass administration of vaccines, has contributed to improve worldwide public health. Immunization has revolutionized the quality of life of children and young people by preventing more cases of disease than any medical treatment. The present document is a consequence of a community intervention work that aims to contribute to increased vaccination coverage rate of those born in the years of the cohorts 2012, 2011, 2010, 2005 and 1998 that are inscribed in one functional Unit of the Agrupamento de Centros de Saúde de Cascais without assigned family doctor.

The theoretical model systems of Betty Neuman is the reference and the planning accomplished consisted in the phases of planning methodology in health by Imperatori and Giraldes.

The stage was held on 2nd October 2012 to 15th February 2013.

The method of data collection consisted of the systematic collection of quantifiable data by SINUS application. The data collected was treated with the program Microsoft Office Excel 2007.

After implementation of the planned activities, I got an increase of 23%, 9%, 12%, 5% and 8% in the vaccination coverage rate of the cohorts of 2012, 2011, 2010, 2005 and 1998, respectively.

One may conclude that the implementation of strategies well delineated, contributes to increasing the rate of vaccination coverage. Among the executed interventions, those that were more effective were, the checking in the Centralized Record of Vaccination and the telephone contact to parents | caregivers.

Keywords: Infectious Diseases, Vaccinations, Vaccine coverage rate

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
1.1 – HISTÓRIA DA VACINAÇÃO	13
1.2 – A VACINAÇÃO NO MUNDO	16
1.3 – A VACINAÇÃO EM PORTUGAL.....	17
1.4 – INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA VACINAÇÃO	19
2 – LOCAL DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO	23
2.1 – LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA	23
2.2 – CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA.....	24
2.3 – CARATERIZAÇÃO SOCIOECONÓMICA	25
2.1 – CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE FUNCIONAL	26
3 – DECISÕES CONCEPTUAIS	30
3.1 – REFERENCIAL TEÓRICO	30
3.2 – METODOLOGÍA DE PLANEAMENTO.....	32
4 – IMPLEMENTAÇÃO DO ESTÁGIO	34
4.1 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	34
4.2 – DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES	41
4.3 – FIXAÇÃO DE OBJETIVOS	42
4.4 – EXECUÇÃO	42
4.5 – AVALIAÇÃO.....	47
5 – CONCLUSÃO	54
6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXO I – ESQUEMA VACINAL RECOMENDADO, EM ATRASO E TARDIO	
APÊNDICE I – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	
APÊNDICE II – CARTA PARA CONVOCATÓRIA	
APÊNDICE III – AVISO DE VISITA DOMICILIÁRIA	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Localização geográfica do concelho de Cascais	23
Figura 2 – Área de intervenção da Unidade Funcional por freguesias	26

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Pirâmide etária dos indivíduos inscritos na Unidade Funcional	27
Gráfico 2 – Taxa de cobertura vacinal dos indivíduos inscritos sem atribuição de médico de família por coorte e taxa de cobertura vacinal dos indivíduos inscritos com atribuição de médico de família por coorte	35
Gráfico 3 – Número de indivíduos da população alvo e número de indivíduos da população alvo com esquema vacinal em atraso	39
Gráfico 4 – Taxa de cobertura vacinal preconizada pela DGS e taxa de cobertura vacinal da população alvo por coorte	40
Gráfico 5 – Número de indivíduos com o esquema vacinal em atraso antes e após implementação das atividades planeadas.....	52
Gráfico 6 – Taxa de cobertura vacinal por coorte antes e após implementação das atividades planeadas.....	52

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Número e percentagem de indivíduos inscritos na Unidade Funcional por sexo e grupo etário.	27
Quadro 2 – Número de indivíduos da população alvo por coorte.....	36
Quadro 3 – Número de esquemas vacinais atualizados por coorte através da estratégia – mobilizar outras instituições de saúde que efetuam a vacinação	48
Quadro 4 – Número de esquemas vacinais atualizados por coorte através da estratégia – mobilizar as famílias dos indivíduos com o esquema vacinal em atraso	50
Quadro 5 - Número de indivíduos, por coorte, que no final do estágio mantem esquema vacinal em atraso.....	51

INTRODUÇÃO

No passado, as doenças infecciosas alvo da vacinação, tais como o sarampo, poliomielite, tosse convulsa, entre outras, eram responsáveis por um elevado número de mortes em crianças e adultos, bem como por complicações e sequelas graves que incapacitavam aqueles que contraíam a doença (DGS, 2012a).

Para a mesma fonte, em Portugal este panorama mudou completamente a partir da implementação do Programa Nacional de Vacinação (PNV) no ano 1965, o que possibilitou a prevenção dos casos de doença e de morte através da administração sistemática de vacinas.

Segundo a Declaração de Alma Ata, (1978. p. 2) os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são considerados cuidados essenciais de saúde e nestes inclui-se a "imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endémicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais."

A vacinação é considerada, no presente, entre todas as medidas de saúde pública, a que melhor relação custo-efetividade tem evidenciado, tendo maior eficácia que qualquer tratamento médico (DGS, 2011).

A Direcção Geral de Saúde (DGS) (2011) considera que as metas propostas relativamente às doenças infecciosas evitáveis pela vacinação só são possíveis com a conjugação de políticas de saúde adequadas e dos profissionais de saúde. A estes cabe a implementação das políticas de saúde junto das populações, tendo o papel mais importante, pois como prescritores e executores, nomeadamente os enfermeiros, exercem uma ação muito destacada na área da vacinação.

Ao promover o cumprimento do PNV o Enfermeiro intervém ao nível da prevenção primária. A finalidade deste nível de prevenção é a redução da incidência da doença, ou seja, a prevenção da doença antes que esta aconteça. Este é o caso da vacinação, já que com a imunização mune-se o organismo de defesas apropriadas, através de medidas profiláticas específicas, as vacinas (Sy, Long-Marin, 1999).

Os enfermeiros têm também um papel muito importante na vigilância e controlo dos dados epidemiológicos, sobretudo da taxa de cobertura vacinal, e simultaneamente devem identificar grupos que por algum motivo apresentem níveis mais baixos de proteção (DGS, 2011).

Deste modo a área de interesse para o desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária que pretendo desenvolver será a vacinação. A abordagem no âmbito da vacinação justifica-se pela sua relevância para a saúde pública e por ser um campo de significativa atuação do Enfermeiro, possibilitando o desenvolvimento de estratégias importantes para a promoção da saúde e prevenção da doença.

A eleição do local de implementação do projeto reflete não só preferência pessoal, mas tem em conta que este possibilite a execução do projeto e posterior avaliação, permitindo consequentemente a aquisição e desenvolvimento das competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, através da intervenção na comunidade. A escolha recaiu numa Unidade Funcional inserida no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Grande Lisboa XI – Cascais.

Este documento tem como objetivos apresentar o diagnóstico de situação delineado, enunciar as prioridades em saúde definidas, transmitir quais os objetivos propostos, descrever de forma crítico-reflexiva as estratégias e atividades desenvolvidas, apresentar os resultados obtidos e descrever as competências adquiridas ao longo desta jornada.

O documento constitui igualmente um instrumento de avaliação, pois surge com a intenção de obter o grau de Mestre em Enfermagem Comunitária, após ser sujeito a discussão pública.

O corpo do relatório está estruturado em 6 capítulos. No primeiro capítulo encontra-se o enquadramento teórico onde é feita uma breve síntese histórica da vacinação, esta é contextualizada no Mundo e em Portugal e ainda é abordado o papel do Enfermeiro na área da vacinação. No segundo capítulo é apresentado o local de implementação do estágio bem como a descrição da população abrangida por este. No terceiro capítulo explicito qual o referencial teórico de suporte bem como o método de planeamento escolhido. O quarto capítulo aborda a fase de execução. No quinto capítulo são apresentadas as principais conclusões. Finalmente, no sexto capítulo encontra-se a bibliografia.

1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 – História da Vacinação

Ao longo da história da humanidade sempre existiu a preocupação em relação às questões ligadas à prevenção e tratamento das doenças transmissíveis ou "pestes". A relação entre a exposição à doença e o impedimento futuro de a contrair é relatado cerca de 3000 a.C. em registos egípcios da época. No ano 430 a.C. o general grego Tucídides nota o aparecimento de uma imunidade natural nas vítimas da peste que varre Atenas. "Nem um foi atacado pela segunda vez", deixa escrito na sua História das Guerras do Peloponeso (Feliciano, 2002).

Como relata Feliciano (2002), na China, pelo ano 1000 d.C., é praticada uma técnica denominada variolização, usada como tentativa de imunização contra a doença conhecida atualmente como varíola. Três métodos eram utilizados: no primeiro o pus e o líquido retirado de uma lesão variólica era administrado por via subcutânea, um segundo método consistia na remoção da pele das pústulas e redução desta a pó para inalação e o último método consistia na administração por via endovenosa do pó obtido.

Ainda segundo o mesmo autor, no início do séc. XVIII a varíola era uma das doenças transmissíveis mais temidas no mundo. Poucas pessoas ultrapassavam a juventude sem contrair esta doença e a taxa de mortalidade centrava-se entre 10% e 40%. Cerca do ano 1720, em Inglaterra, Lady Mary Montagu, tendo já sido vítima da varíola, aprendeu a técnica da variolização promovendo campanhas para a inoculação contra esta doença.

Nos Estados Unidos da América o General George Washington utilizou também a técnica de variolização nas suas tropas, pressionado pelo fracasso das medidas de quarentena (Carneiro, et al, 2011).

Apesar de os vários registos históricos que evidenciam a tentativa de se proceder à vacinação contra a varíola, é a Edward Jenner que se atribui o mérito deste feito. Entre os trabalhadores que lidavam com vacas doentes devido à varíola das vacas, a chamada “cowpox”, que desenvolviam pústulas semelhantes às dos animais (uma condição benigna conhecida por ‘vaccinia’, do latim *vacca*), existia a crença de que não eram contagiados com a varíola. Assim, Jenner investigou esta crença inoculando um rapaz de oito anos saudável, que nunca tinha tido nem varíola nem ‘vaccinia’, com pus de “cowpox”. O rapaz teve sintomas benignos de ‘vaccinia,’ e posteriormente foi inoculado com o vírus da varíola humana, mas não desenvolveu a doença. Em resultado dessa observação o vírus causador da “cowpox” passou a substituir o vírus da varíola na técnica de variolização, originando uma mortalidade muito inferior à deste último. Jenner apoiou as suas experiências no rigor científico e os resultados daí resultantes foram publicados em 1798 num livro que marca a história da Vacinologia. Os avanços produzidos por este médico Inglês viriam a permitir nos finais do séc. XVIII o início da luta contra as doenças, como a varíola, através de uma inoculação deliberada e sistemática. No entanto, ainda não tinha sido estabelecida uma relação de causa-efeito entre a presença de microrganismos patogénicos e certas doenças. Esta relação foi estabelecida apenas em finais do ano de 1870 por Louis Pasteur e Robert Koch (Feliciano, 2002).

Segundo Feliciano (2002), a vacina de Pasteur utiliza o próprio germe da doença que se pretende prevenir após a atenuação da sua virulência. A esta técnica ele atribui a designação de vacinação, termo com o qual pretende render homenagem a Jenner, contudo o seu método nada tem de semelhante com a inoculação efetuada por este. Em 1888 foi fundado o Instituto Pasteur, centro de investigação biológica principalmente na luta contra as doenças infecciosas.

Mais tarde, como refere Feliciano (2002), Robert Koch confirmou que cada doença era devida a um germe determinado, que existia especificidade e identificou o bacilo da tuberculose, que detém o seu nome – bacilo de Koch.

A seguir a este período, e devido à explosão científica e tecnológica, deu-se a descoberta das vacinas inativadas (organismos mortos). Este avanço foi possível graças aos trabalhos de Daniel Salmon e Theobald Smith. Deste modo, no início do séc. XX estavam disponíveis cinco vacinas: as vacinas atenuadas da varíola (Jenner) e da raiva (Pasteur) e as vacinas inativadas da febre tifoide, cólera e peste. Na primeira metade do séc. XX foram sintetizadas as vacinas da tuberculose, da febre-amarela, da tosse convulsa, da gripe, do tifo, da difteria e do tétano. Na segunda metade do séc. XX foram desenvolvidas as vacinas da poliomielite, sarampo, papeira, rubéola, varicela, hepatites, meningococo, *Haemophilus influenzae* tipo B, entre outras. Vacinas mais recentes como a da hepatite B e a vacina anti papiloma vírus humano surgiram graças à tecnologia recombinante (Carneiro, et al, 2011).

Para Sy e Long-Marin (1999), existem, portanto, atualmente vacinas para um elevado número de doenças infecciosas provocadas pelos diferentes microrganismos (vírus, bactérias e micobactérias), e graças à vacinação em massa tem-se mantido sob controlo mais de uma dezena de doenças infecciosas humanas, pelo menos nos países industrializados.

Atualmente doenças como é o caso da poliomielite, sarampo, parotidite e rubéola, que no início do século passado atingiam proporções epidémicas, são hoje controladas através da imunização infantil de rotina. No entanto, é importante que se mantenha a vigilância e que as crianças continuem a ser imunizadas, pois ao contrário da varíola estas doenças ainda não foram erradicadas (Sy e Long-Marin, 1999).

1.2 – A Vacinação no Mundo

A implementação planetária da vacina contra a varíola foi iniciada em 1956 através dos esforços conjugados de todos os países, sob orientação da Organização Mundial de Saúde (OMS). A implementação a nível mundial pretendia a erradicação da doença. Assim, em finais da déc. de 60 verificavam-se taxas de cobertura vacinal elevadas e em 1960 a doença estava erradicada nos países industrializados, e mais tarde em 1980 em todo o mundo. A varíola permanece como único caso de doença infecciosa a ser erradicada (Feliciano, 2002).

Conforme Feliciano (2002), a esperança arreigada pela erradicação desta doença veio trazer a ambição de erradicação de outras doenças. Por este motivo, em 1974 a OMS criou o Programa Alargado de Vacinação, geralmente conhecido pela expressão anglo-saxónica *Expanded Programme of Immunization* (EPI).

Este programa inclui seis vacinas: tuberculose, difteria, tétano, tosse convulsa, poliomielite e sarampo, mais tarde seriam incluídas a febre-amarela e a hepatite B. Todas as vacinas do EPI podem ser administradas simultaneamente o que simplifica a rotina de imunização. O programa não é instituído só para os países em desenvolvimento, é um programa coletivo dos Estados Membros visando uma cobertura vacinal total das populações e dos grupos etários vulneráveis em todo o mundo (Pinto, Matta e Da-Cruz, 2011).

Entre 1974 e 1980 é adotado pela maioria das nações do mundo o princípio de possuir um programa de vacinação nacional, a grande maioria continuou a chamá-lo EPI (Feliciano, 2002).

Segundo a OMS, o Fundo das Nações Unidas e o Banco Mundial citados por Homma, et al (2011), a vacinação contra o sarampo levou a uma redução de 74% de mortes por este vírus, em 1988 a poliomielite era endémica em 125 países e hoje apenas em quatro e a taxa de cobertura da difteria, tétano e tosse convulsa com três doses atingiu os 80% em 2007.

A administração massiva de vacinas permitiu não só a proteção individual, mas conferiu igualmente uma proteção global. A elevada taxa de cobertura vacinal numa população irá impedir a circulação dos agentes infecciosos que provocam as doenças. Este conceito denomina-se de imunidade de grupo e possibilita a erradicação ou eliminação de doenças, caso da varíola que foi declarada erradicada do mundo em 1980, da poliomielite declarada erradicada da Europa em 2002 e a difteria sem casos declarados em Portugal desde 1993. No entanto, este fato não deve ser pretexto para a não vacinação dos indivíduos da comunidade que não se encontram imunizados. Este aspeto é deveras importante, pois os indivíduos que não estejam vacinados estão protegidos pela imunidade de grupo nos países em que as doenças estão controladas, mas encontram-se em risco ao viajar para zonas onde as doenças ainda prevaleçam, podendo inclusive reproduzi-las no país de origem (DGS, 2004).

Um caso recente é a reemergência do sarampo na Europa após um período de controlo. As pessoas não vacinadas ou que não tiveram a doença têm uma elevada probabilidade de contrair a doença se forem expostas ao vírus. Assim, em 2011 foram declarados 32.000 casos de sarampo em 29 países europeus (DGS, 2012b).

1.3 – A Vacinação em Portugal

Não sendo distinto do resto do mundo, em Portugal existe referência de inoculação contra a varíola datada de 1803. No entanto, a administração universal das vacinas verifica-se a partir de 1965, ano em que foi implementado o PNV do Ministério da Saúde e Assistência em colaboração com a Fundação Calouste Gulbenkian (Subtil e Vieira, 2011).

O programa é universal, gratuito e acessível para todas as pessoas presentes em Portugal com idade inferior a 18 anos e para toda a vida para as vacinas contra o tétano e difteria, com um esquema vacinal recomendado que segue uma “receita universal”. Este era subvencionado pela fundação Calouste Gulbenkian e outros

mecenas. Atualmente é totalmente custeado pelo Ministério da Saúde. De início promoveu-se a “campanha da polio” na população dos 0-9 anos de idade. Mais tarde, em 1966 são introduzidas no esquema recomendado as vacinas contra a difteria, o tétano, a tosse convulsa, a tuberculose e a varíola. A aplicação do programa dá-se sobretudo nas estruturas públicas de saúde existentes e é coordenado pela DGS (DGS, 2004).

Ao longo dos anos (1966, 1974, 1987, 1990, 2000 e 2006) o PNV foi sendo revisto e atualizado em função da modificação do estado imunitário da população, da evolução da epidemiologia das doenças infecciosas e da disponibilidade de novas vacinas (Ferreira, et al, 2011).

A atualização mais recente deu-se no ano 2012. Atualmente o PNV inclui vacinas contra doze doenças infecciosas: tuberculose, hepatite B, difteria, tétano, tosse convulsa, poliomielite, *Haemophilus influenzae* tipo B, rubéola, sarampo, parotidite, *Neisseria meningitidis* do serogrupo C e a vacina contra o vírus do papiloma humano (DGS, 2011).

De acordo com o esquema recomendado (Anexo I), aos seis meses de idade as crianças completam a primeira inoculação com sete das doze doenças, ficando este completo aos 12 meses. Posteriormente farão as restantes inoculações, das diversas vacinas, aos dezoito meses, entre os cinco e seis anos e entre os dez e treze anos. A vacina contra o tétano e difteria necessita de uma dose de reforço ao longo da vida de dez em dez anos. A vacina contra o vírus do papiloma humano só é contemplada nas jovens de sexo feminino, no ano em que completam os treze anos de idade. No caso de as crianças e jovens não completarem o número de inoculações previstas para cada vacina do esquema recomendado para a idade, este inclui o esquema em atraso para as crianças até aos sete anos de idade e o esquema tardio para as crianças e jovens entre os sete e os dezoito anos de idade (Anexo I). Os indivíduos que não possuam qualquer registo de vacinação devem iniciar e completar o esquema de recurso indicado para a idade (DGS, 2011).

Em 1965 foi criado em conjunto com a implementação do PNV, o Boletim Individual de Saúde (BIS) onde se procede ao registo das vacinas realizadas de forma a existir um registo escrito da sua efetivação. Este documento deve ficar na posse do indivíduo | cuidador (Feliciano, 2002).

Segundo a DGS, no 2º Inquérito Serológico Nacional 2001-2002 (2004), a maioria da população portuguesa encontra-se imunizada para várias doenças abrangidas pelo PNV (tétano, poliomielite, sarampo e rubéola), devido a prática continuada de vacinação universal, que resultou em elevadas taxas de cobertura vacinal, o que se tem mantido.

A manutenção das elevadas taxas de cobertura vacinal deve-se à implementação do PNV, assistindo-se ao longo dos anos à redução da morbilidade e da mortalidade causados pelas doenças alvo da vacinação. "As vacinas permitem salvar mais vidas e prevenir mais casos de doença do que qualquer tratamento médico." (DGS, 2011, p. 5).

1.4 -- Intervenção do Enfermeiro na Vacinação

De acordo com Feliciano (2002) e a OMS (2003) a imunização, em conjunto com a melhoria das condições de higiene e sanitárias, revolucionaram a saúde das crianças e jovens em todo o mundo, ao evitar a cada ano milhões de disfunções e ao reduzir o risco de incapacidades devido às doenças infecciosas. Atualmente a vacinação é considerada, com exceção da água potável, uma das medidas de saúde pública que melhor custo-efetividade tem evidenciado.

Para além do aumento da qualidade de vida e da diminuição da mortalidade, a vacinação presta, ao mesmo tempo, um contributo benéfico a nível económico, pois traduz-se na diminuição do número de consultas médicas, de tratamentos e de hospitalizações (DGS, 2004).

Desta forma torna-se relevante promover a efetividade da vacinação, o que requer monitorização, através de programas de vigilância epidemiológica adequados e de avaliação das estratégias implementadas, de forma a ser possível determinar o impacto de determinado programa de vacinação.

A responsabilidade, não só da implementação do PNV mas também da monitorização e avaliação deste, tem vindo a contar desde os primórdios com o empenho dos enfermeiros dos CSP. Como refere Subtil e Vieira (2011, p.168) "os enfermeiros têm manifestado um constante empenho e crescente intervenção nesta actividade preventiva, revelando diversas competências no exercício da sua profissão que asseguram a eficácia da vacinação (...)".

Para isto, os enfermeiros que atuam neste Programa de Saúde têm de possuir o domínio de uma grande diversidade de competências técnicas, humanas e de gestão, mas também, e muito importante, de vigilância epidemiológica, pois o indicador de saúde que reflete os ganhos em saúde nesta área é a taxa de cobertura vacinal das populações.

Temos, deste modo, que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária pode contribuir neste âmbito de forma significativa, porque para além das outras competências específicas igualmente importantes para este Programa de Saúde, adquire e desenvolve competências na vigilância epidemiológica geodemográfica como se define no regulamento nº 128/2011, emitido em Diário da República a 18 de Fevereiro de 2011.

Segundo a alínea b do despacho n.º 17067/2011, emitido em Diário da República a 21 de Dezembro de 2011 (2011, p. 49511) cabe à DGS "fixar metas para os serviços, de modo a que se atinjam coberturas iguais ou superiores a 95% para as vacinas do Programa Nacional de Vacinação, com exceção da vacina contra infecções pelo vírus do papiloma humano (HPV)."

Sendo os profissionais de saúde aqueles que a nível local desenvolvem as estratégias de modo a alcançar as metas implementadas pela DGS, compete a estes, em particular aos enfermeiros, divulgar o PNV e aproveitar todas as oportunidades para efetuar a vacinação contribuindo com a DGS e possibilitando o definido pelo Ministério da Saúde.

De forma a avaliar as taxas de cobertura vacinal das Unidades Funcionais é solicitado, pela Administração Regional de Saúde (ARS), com o apoio do Plano de Avaliação: suporte de recolha de dados do Ministério da Saúde (2012), a determinação das taxas de cobertura vacinal nas idades chave. A determinação deve obedecer dois métodos:

- avaliação através da contagem das inoculações de vacinas administradas em cada grupo etário por dose de cada vacina, com periodicidade anual;
- avaliação da cobertura vacinal por coorte, por vacina e por dose através do cálculo da proporção de crianças vacinadas por pesquisa em ficheiro, com periodicidade semestral.

Segundo o documento as idades chave para avaliação no ano 2012 dizem respeito às coortes dos indivíduos:

- nascidos em 2012 (crianças nascidas no ano de avaliação);
- Nascidos em 2011 (crianças que completam 1 ano de idade);
- Nascidos em 2010 (crianças que completam 2 anos de idade);
- Nascidos em 2005 (crianças que completam 7 anos de idade);
- Nascidos em 1998 (jovens que completam 14 anos de idade);
- Nascidos em 1947 (adultos que completam 65 anos de idade);
- Raparigas nascidas em 1999 (jovens que completam 13 anos de idade);
- Raparigas nascidas em 1998 (jovens que completam 14 anos de idade);
- Raparigas nascidas em 1997 (jovens que completam 15 anos de idade);
- Raparigas nascidas em 1996 (jovens que completam 16 anos de idade);
- Raparigas nascidas em 1995 (jovens que completam 17 anos de idade);
- Raparigas nascidas em 1994 (jovens que completam 18 anos de idade);
- Raparigas nascidas em 1993 (jovens que completam 19 anos de idade) (Ministério da Saúde, 2012).

A recolha de dados para a avaliação inclui todas as crianças, jovens e adultos inscritos nas Unidades Funcionais, independentemente de serem residentes ou não

na área de influência, que por razões individuais ou comunitária efetuam a vacinação nessas Unidades.

Segundo o Plano de Avaliação 2012 os dados devem ser colhidos recorrendo a aplicação SINUS. Deve ter-se em conta, para cada coorte, o número total de inscritos e, para cada vacina, o número de vacinados com as doses recomendadas segundo o esquema recomendado ou de recurso.

A Unidade Funcional onde foi implementado o projeto está localizada, mais especificamente, na Freguesia da Parede. Estando limitada a sul pelo oceano Atlântico, a oriente pela freguesia de Carcavelos, a norte pela freguesia de São Domingos de Rana e a ocidente pela freguesia do Estoril, tendo uma área geográfica de 3,56 Km² (Portal das Freguesias, 2013).

2.2 – Caracterização Demográfica

O concelho de Cascais é um dos mais populosos de Portugal. A sua densidade populacional em 2011 é de 2119,9 indivíduos por Km², sendo a nacional de 114,5 indivíduos por Km². Desde 2001, houve no concelho um aumento de 20,97% da população residente. O número da população residente em 2011 é de 206.479 indivíduos (INE, 2012).

A localização geográfica (município do litoral) e a melhoria das acessibilidades através da construção de vias de comunicação na ligação a Lisboa, podem explicar o crescimento verificado e a capacidade para fixar e atrair mais população ao longo dos anos. A migração é assim uma realidade neste concelho, tendo recebido 7.008 imigrantes de outros municípios e 2.455 imigrantes provenientes de outros países no ano de 2011. O concelho de Cascais recebe também um elevado número de residentes sazonais e turistas com estadias de curta duração, devido à importância do sector turístico (PORDATA, 2012).

O grupo etário dos 0 aos 14 anos de idade representa 15,85% da população residente total e o grupo etário dos 65 ou mais anos de idade representa 18,07% da população residente total. Nota-se uma tendência de envelhecimento da população residente sendo o índice de envelhecimento do concelho de 114%, no entanto este mantém-se abaixo do índice de envelhecimento nacional, que é de 129,6%. Este perfil demográfico é consequência do índice de longevidade, tendo passado este de 31,5% em 2001 para 45,6% em 2011 e da diminuição da taxa bruta de natalidade,

13,6‰ em 1981 e 11,4‰ em 2011, apesar desta ser mais elevada que a nacional, sendo esta de 9,1‰ (PORDATA, 2012).

No conselho de Cascais há um ligeiro predomínio do sexo feminino representando 53,09% da população residente no concelho (INE, 2012).

2.3 – Caracterização Socioeconómica

A população do concelho de Cascais tem um nível socioeconómico elevado, com um índice de poder de compra *per capita* em 2006 superior 33,61% ao nacional. A maioria da população residente tem profissões na área dos serviços, que são exercidas em Lisboa (a cerca de 25 Km), o que é facilitado por uma boa rede rodoviária e ferroviária que une Cascais à capital. A principal atividade profissional do concelho está ligada à hotelaria e ao comércio (PORDATA, 2012).

O número de indivíduos sem qualquer nível de escolaridade é de 9.767 indivíduos, e o número de indivíduos com o nível de escolaridade superior é quatro vezes superior sendo de 44.148 indivíduos. No entanto, a taxa de desemprego em 2011 era de 13,7%, e estima-se, que tendo em conta a conjuntura atual, esta seja superior nos dias de hoje (PORDATA, 2012).

Em 2011, registaram-se no concelho de Cascais, mais divórcios do que casamentos. Registaram-se 555 casamentos e 612 divórcios (PORDATA, 2012).

No concelho de Cascais, existe uma razoável rede de escolas: 111 estabelecimentos de educação pré-escolar, 91 estabelecimentos de ensino básico-1º ciclo, 27 estabelecimentos de ensino básico – 2º ciclo e 26 estabelecimentos de ensino básico - 3º ciclo. Destes, 159 estabelecimentos de ensino fazem parte do setor privado, que são frequentadas por cerca de um terço da população estudantil do concelho (PORDATA, 2012).

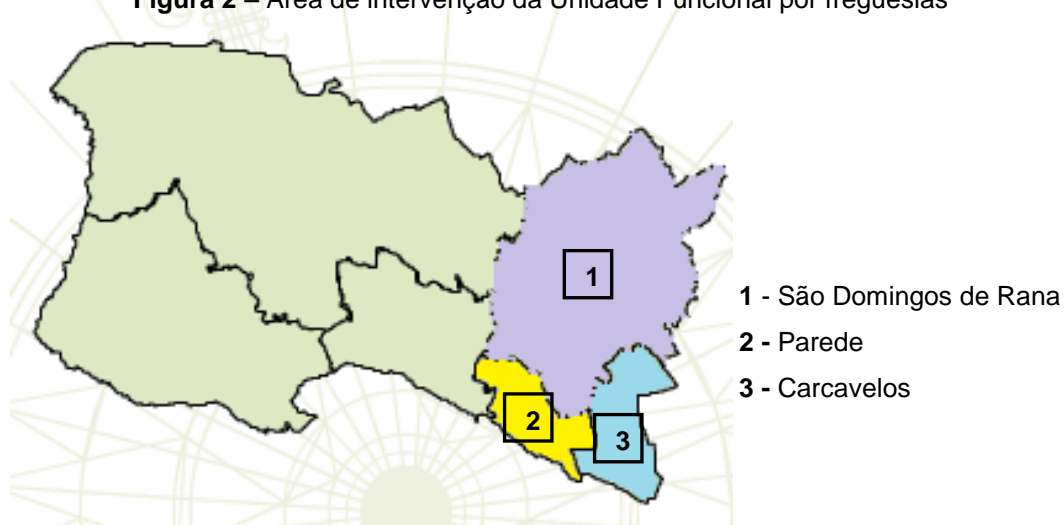
Existem ainda creches, lares para a terceira idade, centros de dia e outras instituições de suporte social, como bibliotecas, áreas de lazer, e alguns centros de desporto (ginásios) (PORDATA, 2012).

2.1 – Caracterização da Unidade Funcional

A área geográfica de intervenção da Unidade Funcional onde será desenvolvido o estágio engloba as freguesias da Parede, São Domingos de Rana e Carcavelos.

Segundo o Portal das Freguesias (2012), as freguesias têm as seguintes áreas geográficas: freguesia da Parede 3,56 Km², freguesia de São Domingos de Rana 20,1 Km² e freguesia de Carcavelos 4 Km², perfazendo uma área total de 27,66 Km².

Figura 2 – Área de intervenção da Unidade Funcional por freguesias



Fonte: www.freguesias.pt

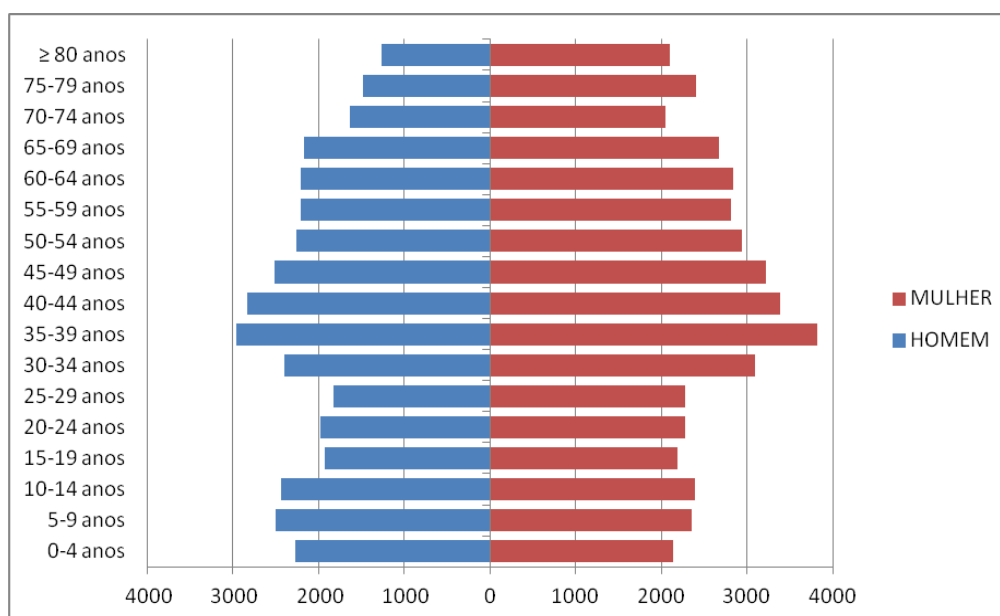
De forma a caracterizar a população, que a Unidade Funcional abrange, quanto ao sexo e a idade foi consultado o "módulo estatística" da aplicação SINUS. Constatei que a 2 de Outubro de 2012, a Unidade Funcional compreendia uma população de 81.812 indivíduos, dos quais 44.947 mulheres, o que corresponde 54,94% dos indivíduos totais e 36.865 homens, o que corresponde a 45,06% dos indivíduos

totais. Com os dados colhidos foi elaborado o quadro e a pirâmide etária seguintes, o que permite visualizar a distribuição dos inscritos por sexo e grupo etário.

Quadro 1 – Número e percentagem de indivíduos inscritos na Unidade Funcional por sexo e grupo etário.

	HOMEM	MULHER	n	%
0-4 anos	2270	2131	4401	5.38
5-9 anos	2503	2357	4860	5.94
10-14 anos	2439	2388	4827	5.90
15-19 anos	1929	2185	4114	5.03
20-24 anos	1975	2271	4246	5.19
25-29 anos	1829	2275	4104	5.02
30-34 anos	2394	3095	5489	6.71
35-39 anos	2955	3822	6777	8.28
40-44 anos	2836	3389	6225	7.61
45-49 anos	2518	3224	5742	7.02
50-54 anos	2252	2934	5186	6.34
55-59 anos	2209	2807	5016	6.13
60-64 anos	2203	2836	5039	6.16
65-69 anos	2175	2676	4851	5.93
70-74 anos	1633	2047	3680	4.50
75-79 anos	1476	2408	3884	4.75
≥ 80 anos	1269	2102	3371	4.12
TOTAL	36865	44947	81812	100

Gráfico 1 – Pirâmide etária dos indivíduos inscritos na Unidade Funcional



Após análise verifica-se que a base e o topo da pirâmide se apresentam equilibrados, ou seja, mesmo existindo a tendência para o envelhecimento da população o número de população jovem é suficiente para contrabalançar esse processo.

O número de mulheres é superior ao número de homens na maioria dos grupos etários o que traduz uma população maioritariamente feminina.

Para além destes indicadores é também importante referir que na freguesia da Parede, São Domingos de Rana e Carcavelos se tem dado um intenso movimento migratório e de realojamento (PORDATA, 2012).

Nesta área geográfica, a par de bairros de classe média e média-alta, subsistem bolsas de pobreza e de exclusão com clara tendência para a sua expansão devido a atual conjuntura que promove o desemprego e conseqüentemente o poder de aquisição de bens (PORDATA, 2012).

A Unidade Funcional presta cuidados aos indivíduos inscritos com atribuição de médico de família e aos indivíduos inscritos sem atribuição de médico de família. Recorrendo a aplicação SINUS verifiquei que da população total inscrita 65.507 indivíduos têm atribuído médico de família, representando 80,07% da população total inscrita, e 16.305 indivíduos não têm atribuído médico de família, representando 19,93% da população total inscrita.

Constata-se que existe uma percentagem significativa de indivíduos inscritos sem atribuição de médico de família, o que pode representar um fator de desigualdade na acessibilidade aos serviços de saúde. As Unidades Funcionais onde os indivíduos sem médico de família se encontram inscritos, têm um número total de inscritos superior às Unidades Funcionais que não contemplam estes indivíduos (SINUS, 2012).

Neste sentido a Unidade Funcional mobiliza esforços de forma a possibilitar uma resposta eficaz e adequada às necessidades levantadas, assim como tem a preocupação constante de garantir a acessibilidade e a confiança da comunidade nos serviços prestados como se constata através das estratégias nas diferentes áreas de intervenção definidas no Plano de Ação de 2010 da Unidade Funcional.

3 – DECISÕES CONCEPTUAIS

3.1 – Referencial Teórico

Como profissional de enfermagem a implementar um projeto de intervenção comunitária e face ao enquadramento profissional e da disciplina de enfermagem tenho a necessidade de suportar a prática nas teorias ou modelos de cuidados conceptuais de enfermagem.

O/s paradigma/s eleito/s deve/m enquadrar o conhecimento disciplinar que irá conduzir todo o processo, pelo que tem de se ajustar à área de intervenção e aos objetivos a atingir, bem como definir os conceitos essenciais da enfermagem (pessoa, saúde, ambiente e enfermagem | cuidar)(TOMEY e ALIGOOD, 2002).

O modelo que melhor reflete a minha prática de cuidados é o Modelo de Sistemas de Saúde de Betty Neuman. O projeto apoia-se na conceção de pessoa do modelo e na envolvência deste com o ambiente circundante.

A pessoa para Neuman e Fawcett (2010), é um sistema totalmente aberto (podendo ser usado o termo indivíduo, família e/ou comunidade para o definir), onde a reciprocidade com os outros sistemas se torna evidente. A pessoa possui uma estrutura básica ou core central, composto por cinco variáveis (fisiológica, psicológica, sociocultural, desenvolvimento e espiritual) e fatores de proteção (linhas de defesa e resistência). O core está inserido num ambiente envolvente, num processo dinâmico, onde emerge uma dinâmica aberta em que estes são unificadores, exercendo o ponto de equilíbrio, cuja finalidade é o bem-estar e a harmonia entre eles.

Para as autoras os ambientes relevantes são o interno que diz respeito às influências ou interações internas, o externo que diz respeito às influências ou interações externas e o ambiente criado que é um ambiente protetor vinculando o ambiente interno e externo, sendo um mecanismo que mantém a estabilidade do sistema. Deste modo, quando um fator ambiental, denominado de stressor, que pode ser intrapessoal, interpessoal e extrapessoal, tem potencial para penetrar no sistema, desequilibrando a estabilidade deste, pode levar a um efeito percebido como negativo, stress, ou positivo, eustress.

Para que isto não suceda Neuman e Fawcett (2010), dizem que o sistema é constituído pelas linhas de proteção e de resistência. Assim, a linha de resistência protege a estrutura básica e facilita a reconstituição durante e após um tratamento; a linha normal de defesa é adquirida ao longo do tempo através de um processo adaptativo, determinando o desvio do bem-estar sentido e a linha flexível de defesa que envolve e protege, através de um mecanismo de maleabilidade, a linha normal de defesa. Quanto maior a capacidade de adaptabilidade da linha normal de defesa e maior a maleabilidade da linha flexível de defesa maior a proteção do sistema.

A área de intervenção do projeto é a vacinação, que tem como finalidade facultar através das vacinas defesas ao organismo contra as doenças infecciosas. Fazendo um paralelismo com o modelo temos as doenças infecciosas como eventual fator ambiental stressor (extrapessoal) para o indivíduo e a comunidade, pelo que o objetivo é evitar que este penetre no sistema. Está implícita também a vacinação como fator que aumenta a resistência do sistema, com o fortalecimento da linha flexível de defesa, através da utilização de medidas profiláticas específicas, na tentativa de reduzir a probabilidade de este se deparar com o fator stressor.

Deste modo, torna-se essencial avaliar a situação vacinal dos indivíduos e da comunidade (proteção de grupo) através do indicador de saúde para este fim – a taxa de cobertura vacinal.

Segundo o Modelo de Sistemas de Saúde de Betty Neuman.(2010), é a intervenção preventiva que define a Enfermagem, pois promove-se o nível ótimo de bem-estar, ou seja alcança-se num determinado momento o melhor estado de saúde possível.

Ao fomentar o bem-estar do sistema, neste caso indivíduo e comunidade, contribui-se para a saúde destes. A saúde para Betty Neuman é o continuum estável de bem-estar até a doença. Ou seja, o sistema tem supridas todas as suas necessidades não tendo de despende energia para atingir o equilíbrio. Ao tornar mais forte a linha flexível de defesa "ajuda-se" o sistema a "poupar" energia que teria de ser consumida caso o sistema se encontrasse em risco (Neuman e Fawcett, 2010).

Com a implementação do presente projeto pretendo incidir na prevenção primária, através da avaliação da situação vacinal do indivíduo | comunidade, acautelando que o fator stressor – doenças infecciosas evitáveis com a vacinação, ponha em risco a linha normal de defesa do indivíduo e comunidade ao promover a estabilidade do sistema.

3.2 – Metodología de Planeamento

A elaboração e implementação de um projeto, seja de que âmbito for, requer o planeamento prévio para que o processo empreendido seja contínuo, sistemático, rigoroso e facilite as tomadas de decisão. Planejar permite pensar nos objetivos a atingir no futuro e também quais as ações a realizar para alcançar esses mesmos objetivos. Facilita também a escolha de recursos humanos, materiais, financeiros e temporais necessários (Imperatori e Giraldes, 1986).

Neste âmbito em específico, e por se tratar da execução de um projeto de intervenção na área da saúde comunitária, ou seja, uma intervenção direcionada para as populações, espera-se que as decisões tomadas sejam adequadas aos objetivos da população. Assim, deve entender-se o planeamento em saúde como o processo em que a equipa de profissionais, em conjunto com a população, intervém

numa determinada área geográfica de forma a conseguir melhores níveis de saúde dessa mesma população, utilizando os recursos disponíveis eficazmente e num período temporal determinado (Durán, 1989).

Espera-se também que o executor proceda de forma rigorosa, sendo o planeamento em saúde uma ferramenta que tem de estar bem sedimentada no Enfermeiro, concretamente no Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, pois vai de encontro às competências específicas deste (Regulamento nº 128/2011, emitido em Diário da República a 18 de Fevereiro de 2011).

Deste modo para a realização e efetuação do projeto torna-se imperativo a seleção de uma metodologia de planeamento. A escolha recai sobre a metodologia do planeamento em saúde de Imperatori e Giraldes. Para os autores (1986, p. 3)

o planeamento é um processo de intervenção sobre a realidade socio-económica ou sobre uma das suas múltiplas vertentes - a saúde, por exemplo - que, para passar a uma prática institucionalizada, carece de uma base de aceitação alargada (legitimação social), o que só é possível através de um esforço amplo de informação.

Ainda para estes (1986, p. 6) o planeamento pode ser definido como

(...) a racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários setores socioeconómicos.

Assim as fases a seguir segundo a metodologia do planeamento em saúde de Imperatori e Giraldes são: delinear o diagnóstico da situação onde se faz o levantamento das necessidades em saúde da população alvo, definição de prioridades, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução e avaliação.

4 – IMPLEMENTAÇÃO DO ESTÁGIO

4.1 – Diagnóstico de Situação

A primeira etapa consistiu em delinear o diagnóstico de situação da população alvo na área de atuação eleita – a vacinação. Este irá determinar a pertinência do projeto e permitirá dar continuidade às fases seguintes de forma sustentada, pois o diagnóstico da situação permite avaliar o avanço alcançado com as atividades realizadas, nunca esquecendo que planejar em saúde é um processo contínuo com a finalidade de atingir os objetivos propostos (Imperatori e Giraldes, 1986).

4.1.1 – População alvo

Admitindo o estabelecido pelo Plano de Avaliação do PNV (2012) as coortes a serem avaliadas no ano de 2012 são as referentes aos indivíduos que nasceram nos anos de 2012, 2011, 2010, 2005, 1998 e 1947 e ainda as raparigas que nasceram nos anos compreendidos entre 1999 e 1993, inclusive.

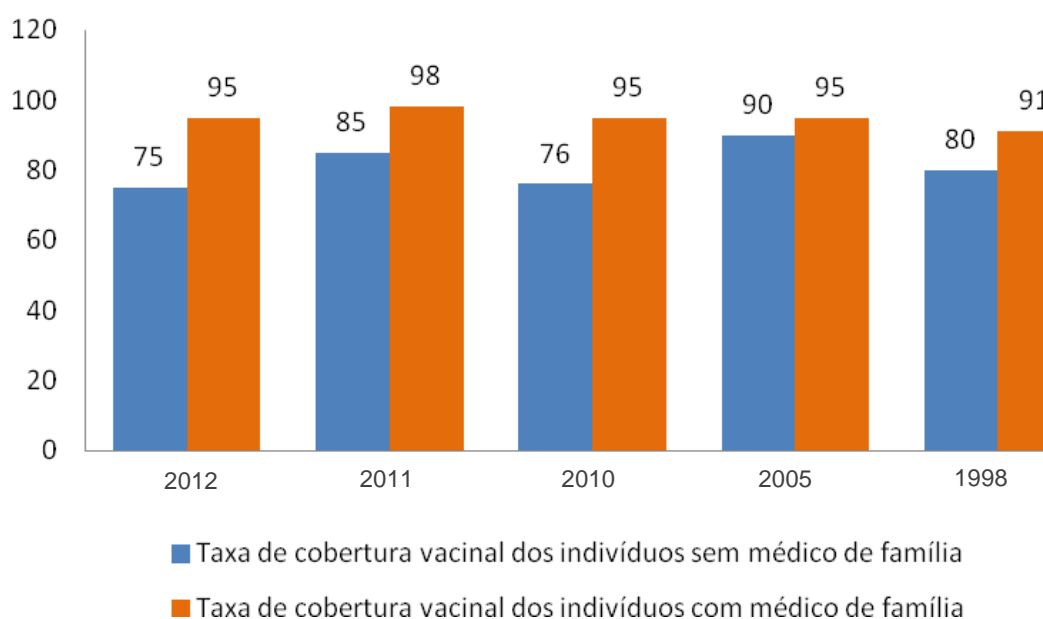
Deste modo e para que o projeto seja pertinente, atual, contribua para a avaliação do PNV do ACES e seja exequível, tendo em consideração o período previsto para a sua implementação, decidi intervir nas coortes do Plano de Avaliação referentes a vacinação infanto-juvenil, ficando assim excluída a coorte 1947, indivíduos que completam os 65 anos de idade, e as coortes que fazem parte da avaliação dos esquemas vacinais recomendado, em atraso e tardio. Deste modo as coortes que dizem respeito as raparigas que nasceram nos anos compreendidos entre 1999 e 1993, inclusive, são excluídas, pois fazem parte da campanha para vacinação contra o vírus do papiloma humano.

Defini também abordar só o grupo dos indivíduos inscritos sem atribuição de médico de família. No seio da equipe de enfermagem existia a convicção de que as taxas de cobertura vacinal do grupo dos inscritos sem atribuição de médico de família seriam mais baixas do que as taxas de cobertura vacinal do grupo dos indivíduos inscritos com atribuição de médico de família, no entanto, esta crença não tinha sido confirmada. Deste modo dispus-me a verificar se esta realidade se verificava.

Através da comparação das taxas de cobertura vacinal, por coorte, entre os grupos acima referidos verifiquei que realmente as taxas de cobertura vacinal do grupo dos indivíduos inscritos sem atribuição de médico de família eram mais baixas para todas as coortes.

O seguinte gráfico apresenta as diferenças entre as taxas de cobertura vacinal dos indivíduos inscritos sem atribuição de médico de família e os indivíduos inscritos com atribuição de médico de família.

Gráfico 2 – Taxa de cobertura vacinal dos indivíduos inscritos sem atribuição de médico de família por coorte e taxa de cobertura vacinal dos indivíduos inscritos com atribuição de médico de família por coorte.



Sintetizando, a população alvo são todos os indivíduos que nasceram nos anos das coortes 2012, 2011, 2010, 2005 e 1998 e que estão inscritos sem atribuição de médico de família na Unidade Funcional do ACES de Cascais.

Deste modo os critérios de inclusão são:

- Ter nascido nos anos das coortes 2012, 2011, 2010, 2005 e 1998;
- Estar inscrito sem atribuição de médico de família na Unidade Funcional do ACES de Cascais.

Para o cumprimento do estado vacinal existem duas situações a ter em conta. Estas são: a recusa do cumprimento dos esquemas vacinais, já que a execução do PNV não é obrigatório e a indicação de contra-indicação para uma ou mais vacinas.

Assim, os critérios de exclusão são:

- Apresentar alguma contra-indicação registada na aplicação SINUS para a vacinação;
- Ter o registo na aplicação SINUS de recusa vacinal.

Os indivíduos que constituem a população alvo são todos os indivíduos que se encontram inscritos na Unidade Funcional de dia 1 de Janeiro de 2012 a 31 de Dezembro de 2012 e que satisfaçam os critérios de inclusão e exclusão.

No seguinte quadro encontra-se detalhada a população alvo por coorte.

Quadro 2 – Número de indivíduos da população alvo por coorte

POPULAÇÃO ALVO						
Coortes	2012	2011	2010	2005	1998	TOTAL
Nº de indivíduos	170	235	251	192	142	990

4.1.2 – Método de colheita de dados

O procedimento utilizado para a colheita de dados consistiu na recolha sistemática de dados quantificáveis, desde o dia 2 de Outubro até ao dia 31 de Dezembro de 2012, através da aplicação SINUS por ser o sistema informático que compreende os dados relativos á vacinação.

Esta abordagem reflete um processo complexo, que conduz a resultados objetivos, que devem conter o menor enviesamento possível, sendo necessário para isso uma série de etapas.

Deste modo, para a identificação dos indivíduos que constituem a população alvo foi necessário efetuar a pesquisa tendo em conta os critérios de inclusão. Para encontrar os indivíduos que nasceram nos anos 2012, 2011, 2010, 2005 e 1998 recorreu-se ao "módulo lista de utentes" da aplicação SINUS. Para executar a busca foram introduzidos os seguintes parâmetros:

- Escolha da lista dos indivíduos sem atribuição de médico de família;
- Escolha da coorte pretendida.

Deste modo obtive cinco listagens contemplando os indivíduos que nasceram em cada coorte e que estão inscritos sem atribuição de médico de família.

De seguida foi feita a pesquisa individual na "ficha do utente" para verificar quais os indivíduos que têm indicação de recusa vacinal ou de contraindicação. Com este refinamento das listagens obtive a lista da população alvo.

O indicador de saúde que reflete a proteção contra as doenças infecciosas do individuo e da comunidade é a taxa de cobertura vacinal. Ou seja, quanto menor a taxa de cobertura vacinal, menor a proteção do indivíduo e comunidade contra as doenças infecciosas.

O passo seguinte foi calcular a taxa de cobertura vacinal para cada coorte. A DGS também determina que se avalie a cobertura vacinal para cada vacina, porém no âmbito deste projeto o que interessa é que os esquemas vacinais estejam atualizados segundo a idade, compreendendo assim todas as vacinas.

Não há forma de efetuar uma pesquisa que apresente de forma direta a taxa de cobertura vacinal da população alvo pelo que a taxa para cada coorte será calculada através da seguinte fórmula matemática:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de indivíduos do coorte (1) com esquema vacinal em atraso}}{\text{N}^\circ \text{ total de indivíduos do coorte (1)}} \times 100 = Y$$
$$100 - Y = \text{taxa de cobertura vacinal \%}$$

Para identificar os indivíduos da população alvo, por coorte, com o esquema vacinal em atraso procedi à pesquisa individual através do "campo histórico vacinal" da aplicação SINUS. É considerado indivíduo com esquema vacinal em atraso aquele que não tenha efetuado, nem que seja só uma dose, de uma vacina, no prazo recomendado para a idade.

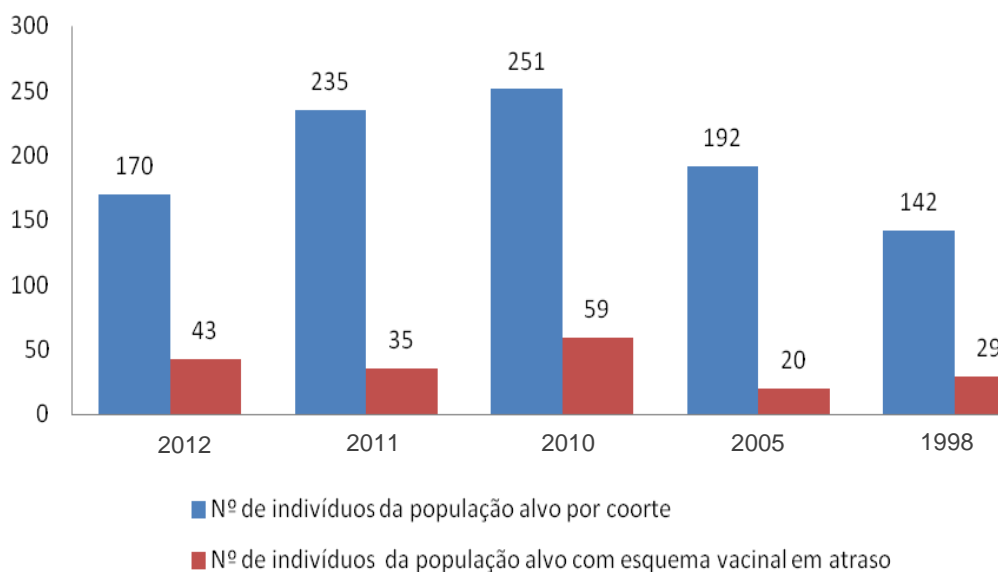
Desta forma obtive o número de indivíduos de cada coorte que possuíam o esquema vacinal em atraso, podendo de seguida calcular, com a fórmula já apresentada, a taxa de cobertura vacinal para cada coorte.

Para o tratamento estatístico dos dados foi utilizada a análise quantitativa. Foi construída uma base de dados informática no programa Excel do Microsoft Office 2007. Os gráficos foram também criados a partir deste programa informático.

4.1.3 – Apresentação e análise dos dados

O seguinte gráfico expõe o número de indivíduos que compõem a população alvo e destes quais os que têm o esquema vacinal em atraso.

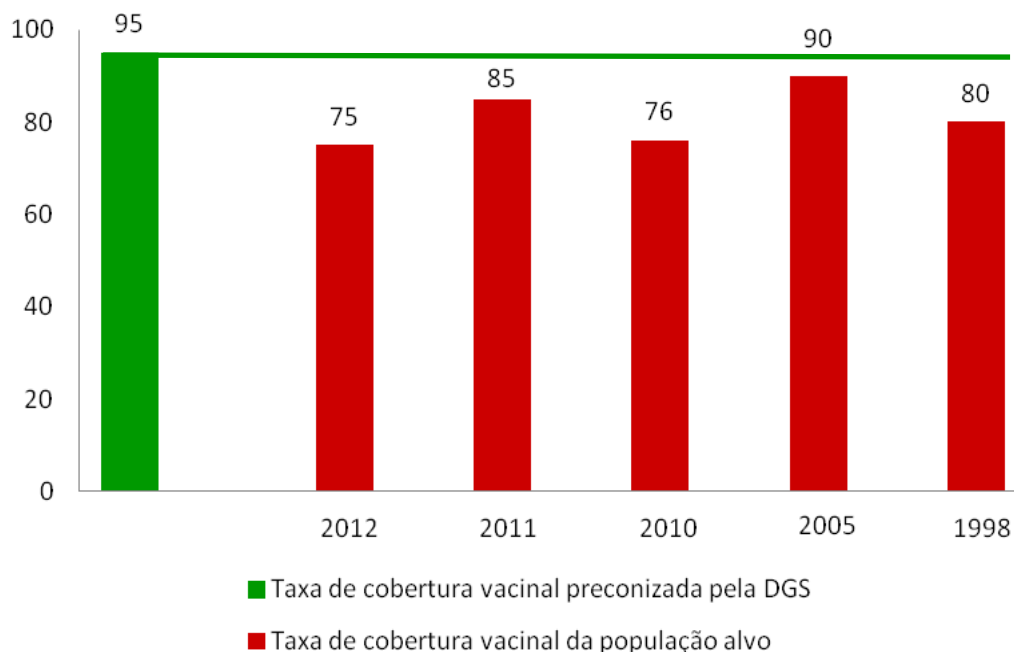
Gráfico 3 - Número de indivíduos da população alvo e número de indivíduos da população alvo com esquema vacinal em atraso



A análise do gráfico parece demonstrar que o número de indivíduos, por coorte, com esquema vacinal em atraso não é relevante em relação ao número total de indivíduos, por coorte, da população alvo, pois representam 25%, 15%, 24%, 10% e 20% da população total por coorte. Coorte 2012, 2011, 2010, 2005 e 1998 respetivamente. No entanto, e como tem vindo a ser referido, a avaliação do estado de proteção do indivíduo | comunidade tem de ser feito através das taxas de cobertura vacinal, pelo que se torna necessário calcular a taxa de cobertura vacinal para cada coorte.

Com os dados obtidos após o cálculo foi possível elaborar o próximo gráfico onde se mostram a taxa de cobertura vacinal preconizada pela DGS e as taxas da cobertura vacinal da população alvo por coorte.

Gráfico 4 - Taxa de cobertura vacinal preconizada pela DGS e taxa de cobertura vacinal da população alvo por coorte



Através deste gráfico é possível verificar que em nenhuma das coortes se atinge a taxa de cobertura vacinal preconizada pela DGS de 95% de taxa de cobertura vacinal para todas as coortes. Isto demonstra que mesmo que o número de indivíduos com o esquema vacinal em atraso pareça pouco significativo em relação à população total, é o suficiente para diminuir este indicador de saúde, constituindo um risco para o bem-estar dos indivíduos e da comunidade tornando-se necessário promover a efetivação da vacinação através da imunização ou mesmo através da atualização dos registos vacinais.

4.1.4 – Identificação da necessidade em saúde

Com base nos resultados apresentados, identifiquei um problema de saúde:

- As taxas de cobertura vacinal das coortes 2012, 2011, 2010, 2005 e 1998 não atingem a meta preconizada pela DGS de 95% de taxa de cobertura vacinal para todas as coortes, o que pressupõe um risco para a linha normal de defesa do indivíduo e da comunidade.

A taxa de cobertura vacinal por coorte encontrada nesta fase para a população alvo será aquela que servirá de ponto de partida e de comparação após as várias intervenções implementadas, para assim verificar a efetividade destas.

4.2 – Definição de Prioridades

A definição de prioridades é uma etapa importante no planeamento em saúde porque determina a fixação dos objetivos, permite a implementação de planos pertinentes e possibilita a melhor utilização dos recursos disponíveis. Segundo Imperatori e Giraldes (1986) na organização das prioridades deve ter-se em conta o horizonte temporal ou de programação e a área de programação.

No entanto, a fase da priorização de problemas só tem sentido se o diagnóstico de situação mostrar várias necessidades de saúde, o que não é o caso. Nesta análise da comunidade, referente à situação vacinal da população, foi identificado um único problema.

Para além disso e como refere a DGS (p. 6, 2011) o PNV é um programa universal, gratuito e acessível a todas as pessoas e (...) “para que este continue a ser um êxito é necessário manter elevadas coberturas vacinais em todas as coortes, para todas as vacinas do Programa”. Assim, mesmo que se levantasse um problema por coorte, ou se considerasse em priorizar uma determinada vacina, o suporte teórico-científico recomenda que se intervenha em todas as coortes, para todas as vacinas.

Foi também considerada a observação de Imperatori e Giraldes sobre a importância do horizonte temporal, pelo que após realização do cronograma de atividades (Apêndice I) considerei que o tempo disponível para efetivação do estágio - de 2 de Outubro de 2012 a 15 de Fevereiro de 2013, era oportuno para atingir o objetivo proposto.

4.3 – Fixação de Objetivos

A finalidade do projeto é promover, tendo em consideração a taxa de cobertura vacinal, a proteção do indivíduo (crianças e jovens) e da comunidade contra as doenças infecciosas preveníveis com a vacinação.

Para isto, o objetivo geral proposto foi:

- Contribuir para o aumento da taxa de cobertura vacinal da população alvo.

O cumprimento deste objetivo irá, conseqüentemente, diminuir a diferença entre as taxas de cobertura vacinal dos indivíduos sem atribuição de médico de família, que se verificou serem mais baixas em relação aos indivíduos inscritos com atribuição de médico de família. As taxas de cobertura vacinal do último grupo apresentam uma menor margem de aumento, encontrando estas acima dos 91% em todas as coortes.

Também refletirá uma melhoria nos indicadores de saúde referentes à vacinação do ACES de Cascais.

4.4 – Execução

4.4.1 - Seleção de estratégias

Para a prossecução do objetivo proposto optei por duas estratégias:

- Mobilizar outras instituições de saúde que efetuam a vacinação;
- Mobilizar as famílias dos indivíduos com o esquema vacinal em atraso.

No concelho de Cascais existem várias clínicas privadas que prestam nos seus serviços as consultas de vigilância à criança e jovem, onde se procede à realização

da vacinação enquadrada no PNV, podendo aceder aos registos vacinais existentes nestas clínicas através do Registo Centralizado de Vacinação (RCV).

Como já foi referido, verifica-se uma significativa migração de indivíduos para o concelho, o que se reflete em novas inscrições na Unidade Funcional. Com este procedimento o esperado é que se dê a transferência do registo vacinal, no entanto, nem sempre acontece. Os registos na aplicação SINUS são restritos por ACES, ou seja, estes não migram de ACES para ACES. Assim, para se atualizar o registo vacinal é necessário que seja fornecida a cópia do BIS no caso dos indivíduos transferidos dos ACES que não fazem parte da ARS de Lisboa e Vale do Tejo, já que o RCV não está implementado a nível nacional, estando limitado à referida ARS.

Estes dois aspetos dificultam a vigilância epidemiológica, pois o profissional que avalia a situação vacinal dos indivíduos não tem forma de saber se o registo está verdadeiramente em atraso ou se este está desatualizado. Salvar que a avaliação da performance vacinal de uma comunidade é avaliada através dos registos das taxas de cobertura vacinal existentes nas Unidades de Saúde pertencentes a ARS, pelo que os outros registos se dissipam. Desta forma as taxas de cobertura vacinal que são apresentadas não são as autênticas para a comunidade a que as tais se referem.

O que pretendo com a primeira estratégia – mobilizar outras instituições de saúde que efetuem a vacinação, é verificar se existem registos de atos vacinais noutras instituições e assim atualizar o registo vacinal.

A segunda estratégia – mobilizar as famílias dos indivíduos com o esquema vacinal em atraso, permite avaliar se ocorreu a situação acima referida, ou se realmente a criança | jovem tem o esquema vacinal em atraso.

A população alvo é constituída por crianças e jovens pelo que a abordagem a estes tem de ocorrer através dos pais | cuidadores. Assim, a família constitui-se como

parceira fundamental para o sucesso do PNV, possibilitando a efetivação da vacinação.

4.4.2 – Atividades desenvolvidas

As atividades desenvolvidas seguiram o plano estabelecido no cronograma de atividades (Apêndice I).

Para dar resposta à estratégia – mobilizar outras instituições de saúde que efetuem a vacinação desenvolvi duas atividades. Estas são:

- Verificar através do RCV se os indivíduos efetuaram as vacinas noutra instituição de saúde;
- Nos casos em que seja verificado um registo incompleto através da atividade anterior, solicitar colaboração do responsável pela vacinação da(s) instituição(ões) que efetuou(ram) a vacinação e conseqüente registo vacinal.

As atividades que planeei para mobilizar as famílias dos indivíduos com o esquema vacinal em atraso foram implementadas após terem decorrido as atividades referentes à estratégia anterior. Estas foram:

- Proceder ao contato telefónico das famílias da criança | jovem, para obter a colaboração destes, e atualizar o esquema vacinal em atraso;
- Enviar carta para convocar as crianças | jovens com o esquema vacinal em atraso e atualizar este;
- Realizar visita domiciliária às famílias em que não existe um contato telefónico no processo administrativo e não houve feedback da carta para convocatória.

Inicialmente procedi à verificação, através do RCV, da existência ou não de algum registo vacinal que tenha sido efetuado noutra instituição de saúde. O RCV é uma plataforma web da ARS de Lisboa e Vale do Tejo. É uma ferramenta de trabalho que permite à Unidade Funcional, onde o indivíduo se encontra inscrito, uma consulta

rápida do histórico vacinal existente quer nos hospitais, clínicas (privadas ou públicas) ou noutras Unidades Funcionais. O RCV não está alargado a todo o país o que constitui uma limitação.

Com a implementação desta atividade foram adquiridos e aprofundados os conhecimentos referentes ao PNV, pois foram analisados vários registos vacinais, com as suas particularidades, tendo de perceber se estes se encontravam atualizados e não sendo o caso qual(is) a(s) vacina(s) que se encontra(m) em atraso, apoiando-me nos esquemas vacinais recomendado e de recurso.

Foram encontrados casos em que as crianças e jovens tinham registos vacinais no RCV, no entanto, estes não estavam completos. Optei então por solicitar a colaboração do responsável da vacinação da clínica ou Unidade Funcional onde foi efetuado o registo da(s) vacina(s). O intuito era perceber se para além desse registo vacinal possuíam registo noutro suporte, por exemplo em papel, e este ainda não tivesse sido transcrito para o RCV. Para isso contatei as Instituições via telefone, de forma a explicar o meu objetivo e perceber se teria cooperação. Após confirmar o apoio foi combinada a forma de partilhar os dados. Nos casos em que houve feedback positivo o método escolhido foi o fax ou correio eletrónico.

Esta ação fez com que ficasse a ter conhecimento de outras instituições de saúde que efetuam vacinação. Estas constituem um parceiro fundamental quando se pretende avaliar a situação vacinal de um indivíduo | comunidade. A constituição de parcerias foi necessário sendo uma competência desenvolvida.

O passo seguinte foi mobilizar as famílias das crianças e jovens com o esquema vacinal em atraso. Para isso foram implementadas várias atividades tendo em conta o contato administrativo que tinha disponível.

Na maior parte dos casos existe um contato telefónico na ficha do indivíduo ou do agregado familiar. Ao fazer o contato telefónico pretendia receber a colaboração das famílias de forma a atualizar o esquema em atraso.

Com os contatos telefónicos tive necessidade de abordar uma questão complexa de modo sistemático, objetivo e adequando a linguagem utilizada, para assim conseguir através do telefone explicar ao ouvinte a importância do registo vacinal atualizado na Unidade onde se encontra inscrito a criança | jovem. Com esta atividade considero ter melhorado as técnicas de comunicação porque consegui ser concisa e objetiva sem omitir o essencial, obtendo a cooperação dos pais | cuidadores.

As convocatórias por carta foram enviadas às famílias em que no processo administrativo não constava nenhum contato telefónico, ou quando ao telefonar apurava que o número se encontrava indisponível, o número estava errado ou após três contatos telefónicos sem sucesso. Na carta enviada constava(m) a(s) vacina(s) em atraso, bem como o horário e contatos disponíveis (Apêndice II).

Para desenvolver esta atividade foi importante a colaboração dos telefonistas da Unidade. Existe na Unidade Funcional uma central telefónica onde todos os contatos telefónicos são atendidos por estes profissionais, encaminhando de seguida as ligações ao destinatário.

A seguir foram realizadas visitas domiciliárias às famílias em que não foi possível o contato através do telefónico e da carta. Para isso contei com a colaboração da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) do ACES de Cascais, da qual faz parte a minha orientadora de estágio.

Para que fosse possível empregar este recurso foi feita uma lista, visando a morada, de forma a agrupar as famílias por bairros. Assim, rentabilizei a deslocação dos enfermeiros da ECCI, para efetuar o seu trabalho diário, pois as visitas foram planeadas diariamente tendo em consideração os bairros a que cada enfermeiro se iria deslocar.

Quando não se encontrava ninguém em casa foi deixado um aviso construído para este fim (Apêndice III). O aviso referia qual o motivo para a realização da visita domiciliária, quais as vacinas em atraso e o contato disponível.

Planear e executar as visitas domiciliárias foi um processo partilhado com a ECCI, o que me permitiu demonstrar a minha capacidade de trabalho, quanto a mim, de forma adequada no seio de uma equipa.

Para a atualização do esquema vacinal pode ser necessário a apresentação do BIS ou efetuar a(s) vacina(s) em atraso, o que requer a marcação de uma consulta de enfermagem. Para esta consulta foi planeada uma duração de 20 minutos de forma a confirmar qual a(s) vacina(s) em atraso, efetuar o ato vacinal se necessário, proceder ao registo na aplicação SINUS, fazer os devidos ensinios, e ainda sensibilizar para a importância da vacinação e a sua atualização.

As atividades planeadas foram implementadas para cada criança | jovem | família de forma sequencial, no entanto, no mesmo período temporal estaria a desenvolver as várias intervenções em simultâneo. Isto porque a população alvo estava finalmente constituída a 31 de Dezembro de 2012, mas o estágio de intervenção comunitária iniciou a 2 de Outubro de 2012. Quando dei início ao estágio já havia um grande número de indivíduos da população alvo identificados pelo que com estes iniciei o processo planeado. O início desse mesmo procedimento para os indivíduos da população alvo que identifiquei de 2 de Outubro a 31 de Dezembro de 2012 deu-se posteriormente.

Para além das competências que fui referindo, a realização do estágio permitiu-me também desenvolver uma metodologia de trabalho que, como abordarei a seguir, se mostrou eficaz.

4.5 – Avaliação

O RCV demonstrou ser uma ferramenta eficaz na atualização dos registos vacinais das crianças e jovens. Foram verificados todos os esquemas vacinais em atraso, ou seja 186 esquemas, e destes 63 foram atualizados.

Foram poucos os casos em que foi pertinente solicitar a colaboração de outras instituições de saúde. Nas situações em que foi necessário constatei que estas eram do setor privado. Em todos os pedidos de cooperação obtive uma disponibilidade imediata. Assim, foi possível a atualização de 3 registos vacinais.

Quadro 3 – Número de esquemas vacinais atualizados por coorte através da estratégia – mobilizar outras instituições de saúde que efetuam a vacinação

MOBILIZAR OUTRAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE QUE EFETUAM A VACINAÇÃO						
Coortes	2012	2011	2010	2005	1998	TOTAL
Esquemas atualizados após verificação no RCV	27	8	15	6	7	63
Esquemas atualizados após pedido de colaboração às instituições	0	3	0	0	0	3
						66

Com esta estratégia foi possível atualizar 66 esquemas vacinais. Isto refletiu-se na redução dos 186 esquemas em atraso iniciais para 120 esquemas em atraso. Este método diminuiu em 35,48% o número de esquemas vacinais em atraso.

Após a realização das atividades anteriores supor-se-ia que os restantes esquemas vacinais em atraso iriam refletir as crianças | jovens que realmente têm vacinas em falta. No entanto, como já foi referido, o RCV não é um programa de âmbito nacional e o registo nesta plataforma é recente. Para colmatar esta limitação projetei a estratégia – mobilizar as famílias dos indivíduos com o esquema vacinal em atraso.

Assim, procedi ao contacto telefónico de todas as famílias que tinham um número telefónico no processo administrativo.

Sucedeu que nalguns contatos os pais | cuidadores referiram que a criança | jovem estava imunizada para as vacinas recomendadas para a idade, pelo que foi solicitada a confirmação da realização das presumidas vacinas em atraso. Assim,

deu-se a atualização de 12 registos vacinais via telefone, com a confirmação dos pais | cuidadores das datas de efetuação da(s) vacina(s); foi acordado o envio da cópia do BIS por fax ou correio eletrónico, o que levou a 6 atualizações e noutros casos a preferência foi marcar contato presencial, sendo atualizados 11 esquemas.

Nas situações em que a criança | jovem tinha vacinas em atraso foi marcada uma consultas de enfermagem para efetuar a(s) vacina(s) em falta, pelo que foram atualizados mais 12 esquemas vacinais. No total foram atualizados 40 esquemas vacinais.

Com os contatos telefónicos também se identificou 1 criança com contraindicação para a vacinação referente a sua idade-chave, 6 famílias que recusaram a imunização e 6 crianças | jovens que já não residiam em Portugal, pelo que na aplicação SINUS foram excluídos, ou seja, deixaram de contar no cálculo da taxa de cobertura vacinal.

Quando não constava um contato telefónico no processo do indivíduo | família foi enviada uma carta. Assim, foram enviadas 50 cartas para convocatória. Destas, 6 foram devolvidas à Unidade por mudança de residência do destinatário. De todas as famílias que receberam a carta 4 marcaram consulta de enfermagem, no entanto, 1 faltou pelo que foram atualizados 3 esquemas vacinais após vacinação.

O envio de carta revelou-se uma atividade pouco eficaz. Das 50 cartas resultou a atualização de 3 esquemas vacinais. Tendo em atenção o custo-benefício, esta intervenção apresentou-se questionável.

Com a colaboração da ECCI tomaram-se diligências para realizar 39 visitas domiciliárias (não conseguindo abranger todas as famílias em que não foi possível o contato telefónico e não houve feedback da carta), no entanto, 12 das moradas mostraram-se insuficientes para encontrar a localização exata dos domicílios. Em 8 foi confirmado pelo residente atual, familiares ou através dos vizinhos que a família procurada já não morava ali, tendo num dos casos sido confirmado que a criança

tinha imigrado, pelo que foi excluída para a vacinação. Em 15 habitações não se encontrava ninguém para nos receber pelo que foi deixado o aviso criado para o efeito. Não houve nenhum feedback referente aos avisos. Fomos recebidos por 4 famílias em que 3 apresentaram o BIS atualizado e 1 marcou consulta para realizar a(s) vacina(s) em falta, no entanto faltou.

A visitação domiciliária requer meios de deslocação, disponibilidade e conhecimento da região pelo que a ECCI foi de uma mais-valia para a concretização das visitas. No entanto, do mesmo modo que a carta de convocatória não se mostrou produtiva.

Quadro 4 – Número de esquemas vacinais atualizados por coorte através da estratégia – mobilizar as famílias dos indivíduos com o esquema vacinal em atraso

MOBILIZAR AS FAMÍLIAS DOS INDIVÍDUOS COM O ESQUEMA VACINAL EM ATRASO						
Coortes	2012	2011	2010	2005	1998	TOTAL
Esquemas atualizados após contato telefónico	11	10	13	4	3	41
Esquemas atualizados após envio de carta	0	0	1	0	2	3
Esquemas atualizados após visita domiciliária	2	0	0	1	0	3
						47

Com a estratégia – mobilizar as famílias dos indivíduos com o esquema vacinal em atraso, principalmente com a atividade referente aos contatos telefónicos, foi alcançada a redução de 25,27% dos esquemas vacinais em atraso, ou seja, foram atualizados 47 esquemas vacinais.

Com o contato realizado às família foram identificadas as situações, já referidas, de contraindicação e exclusão para a vacinação e recusa vacinal. Há casos em que ainda aguardo resposta conforme combinado com os pais | cuidadores (envio de email, remarcação de consulta, entre outras) e houve ainda casos em que não me

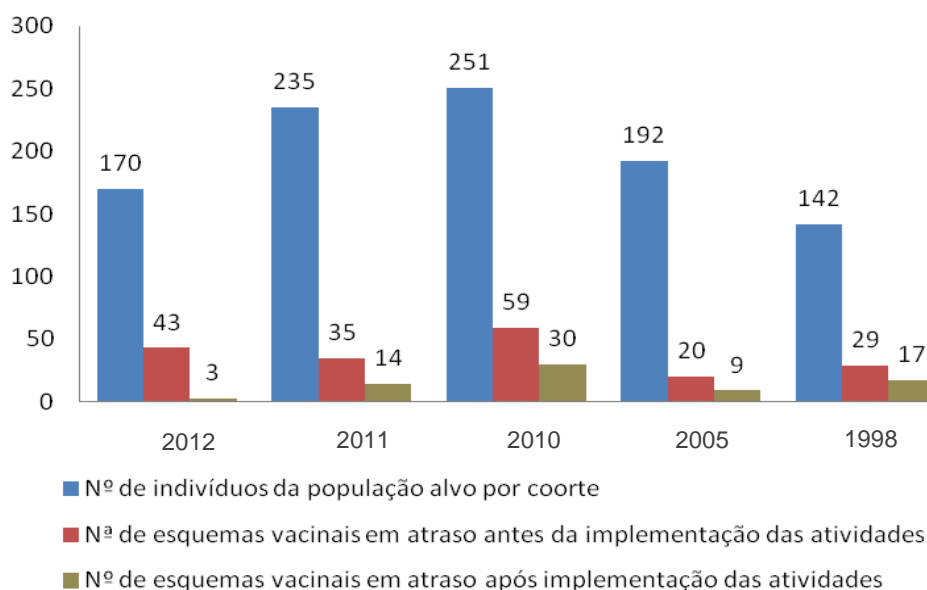
foi possível o contato com estes, pois não foi possível o contato telefónico, não existiu resposta à carta e devido a contingências da ECCI não foi realizada visita domiciliária. O somatório dos indivíduos nestas situações perfazem aqueles que mantêm o esquema vacinal em atraso. De seguida apresento um quadro com o número, por coortes, destes indivíduos.

Quadro 5 - Número de indivíduos, por coorte, que no final do estágio mantem esquema vacinal em atraso

INDIVÍDUOS COM ESQUEMA VACINAL EM ATRASO NO FIM DO ESTÁGIO						
Coortes	2012	2011	2010	2005	1998	TOTAL
Contraindicação para a vacinação	1	0	0	0	0	1
Recusa vacinal	1	1	3	0	1	6
Excluídos para a vacinação	0	2	3	2	0	7
Intervenções pendentes	0	2	8	0	3	13
Famílias em que não foi possível o contato	1	9	16	7	14	47
						73

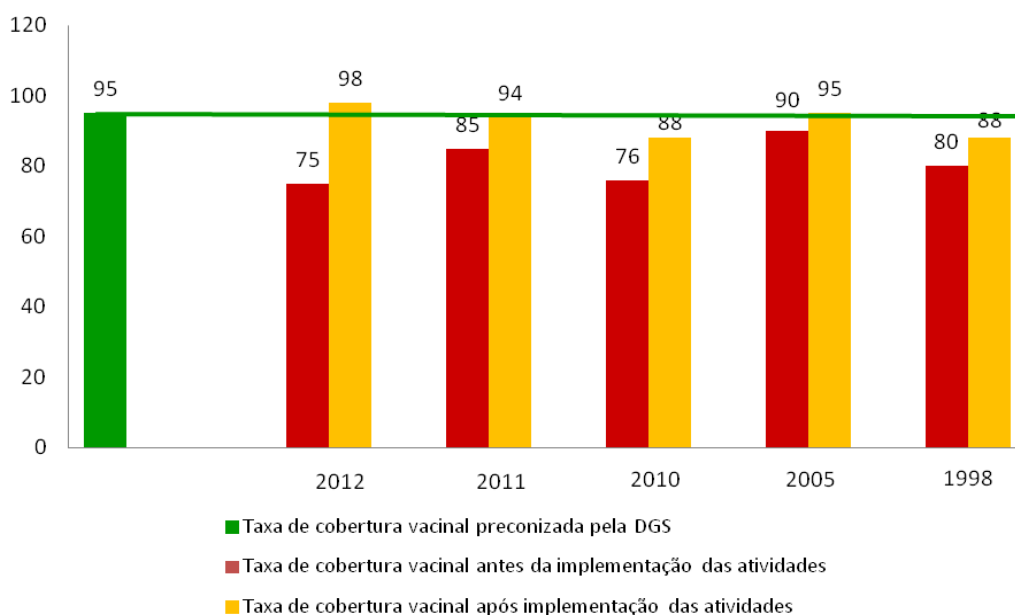
No dia 15 de Fevereiro de 2013 finalizou o estágio de intervenção comunitária. Nesse dia e após a implementação das atividades planeadas tinham sido atualizados 113 esquemas vacinais. O gráfico apresentado a seguir mostra os esquemas vacinais em atraso antes e após decorridas as intervenções.

Gráfico 5 – Número de indivíduos com o esquema vacinal em atraso antes e após implementação das atividades planeadas



Com a diminuição dos esquemas vacinais em atraso aumenta a taxa de cobertura vacinal. Assim, com a redução de 60,75% o número de esquemas vacinais em atraso aumentou-se a taxa de cobertura vacinal em 23%, 9%, 12%, 5% e 8% para as coortes 2012, 2011, 2010, 2005 e 1998 respetivamente. De seguida apresento o gráfico que demonstra esse aumento por coorte.

Gráfico 6 – Taxa de cobertura vacinal por coorte antes e após implementação das atividades planeadas



Verifica-se ao analisar o gráfico que após a implementação das atividades as taxas de cobertura vacinal de todas as coortes aumentaram. Inclusive nos coortes de 2012 e 2005 atingiu-se a taxa de cobertura vacinal preconizada pela DGS e a taxa de cobertura vacinal da coorte 2011 ficou muito próxima da meta.

Assim, com o desenvolvimento das atividades contribui para um aumento de 57% na taxa de cobertura vacinal da população alvo tendo sido atingido o objetivo proposto de forma satisfatória.

Permitiu também reforçar a linha flexível de defesa de 15 crianças | jovens através da imunização com as vacinas contempladas no PNV. Temos assim que dos 186 indivíduos com o registo vacinal em atraso só foi necessário imunizar 15 indivíduos para concluir com 112 esquemas atualizados. Este é um bom indício, pois demonstra que a população abordada, no geral, encontra-se protegida contra as doenças infecciosas preveníveis com a vacinação.

A identificação de 7 recusas à vacinação é por si só um importante contributo deste projeto já que possibilitou o conhecimento de 7 prováveis fatores stressores para o próprio indivíduo e para a comunidade.

As atividades escolhidas não tiveram todas a eficácia esperada, constatando-se que duas delas – envio de carta e visita domiciliária, não aportaram grandes ganhos tendo em conta os custos e o tempo despendidos.

5 – CONCLUSÃO

Com o culminar do estágio de intervenção comunitária, desenvolvido com o intuito de adquirir na prática as competências necessárias ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, torna-se crucial apresentar a jornada de aprendizagem empreendida, para que o testemunho permita a avaliação deste percurso.

A elaboração deste documento constituiu um desafio e igualmente um instrumento de aprendizagem, pois exigiu uma reflexão sobre a prática desenvolvida, obrigando-me muitas vezes a parar para pensar sobre o ocorrido ao longo do estágio.

Como grandes conclusões dizer que com as atividades planeadas aumentei a taxa de cobertura vacinal de todas as coortes da população alvo, assim considero alcançado o objetivo projetado, tendo sido aproveitados os recursos e as oportunidades existentes para o alcance deste.

Foram identificadas 7 famílias que recusam a imunização com as vacinais contempladas no PNV, sendo importante o planeamento de uma intervenção de sensibilização posterior.

Referir também que este projeto demonstrou quais as atividades que contribuem de forma inequívoca na avaliação do estado vacinal do indivíduo | comunidade – verificação através do RCV e contato telefónico com os pais | cuidadores, sendo de uma grande ajuda para o aumento da taxa de cobertura vacinal.

A consciencialização de que o envio de carta e a visita domiciliária são atividades pouco efetivas permite igualmente, no futuro, adequar as intervenções planeadas, se se pretender implementar um projeto deste âmbito.

Julgo que seria relevante a existência de um sistema informático de âmbito nacional, facilitando a vigilância epidemiológica ao evitar a dissipação dos registos vacinais pelas várias unidades | instituições de saúde.

Dizer que penso ter adquirido as competências relacionadas com o planeamento das atividades, estabelecimento de prioridades, seleção de recursos disponíveis, execução e avaliação que me permitirão prestar cuidados de Enfermagem Especializados na Área de Enfermagem Comunitária baseados no planeamento em saúde.

Considero também ter adquirido e desenvolvido competências que me permitam proceder a vigilância epidemiológica de um grupo.

Como consideração final, ressaltar que a trajetória formativa que se estendeu ao longo de sensivelmente um ano e meio constituiu um ciclo importante e fundamental para o atingimento de mais um patamar na vida pessoal e profissional.

6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Carneiro, A. V.; Belo, A. I.; Gouveia, M.; Costa, J; Borges, M. (2011). Efectividade clínica e análise económica da vacinação preventiva. *Acta Médica Portuguesa*. (24), 565-586. Acedido em 28-01-2013. Disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2011-24/4/565-586.pdf>

Declaração de Alma-Ata (1978). *Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários*. Alma-Ata/URSS.

Despacho Nº 17067/2011 de 21 de Dezembro (2011). Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministério da saúde. *Diário da República II Série*, Nº 243 (21-12-2011), 49511.

Direcção Geral de Saúde (2012a). *Boletim Vacinação Nº4*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Direcção Geral de Saúde (2012b). *Boletim Vacinação Nº3*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Direcção Geral de Saúde (2011). *Plano Nacional de Vacinação 2012*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Direcção Geral de Saúde (2004). *Avaliação do Programa Nacional de Vacinação: 2º Inquérito Serológico Nacional Portugal Continental 2001-2002*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Durán, H. (1989). *Planeamento da saúde: aspectos conceptuais e operativos*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Feliciano, J. (2002). A vacinação e a sua história. In V. Viegas. *Cadernos da Direcção Geral de Saúde*. (3-7). Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

FERREIRA, M.; LEAL, E.; GALHARDO, J.; MENDES, C.; SOARES, H.; BRITO, M. (2011). Novas Vacinas. 24 (2), 167-174. Acedido em 01-02-2013. Disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2011-24/suplemento-originais/167-174.pdf>

Homma, A.; Martins, R. M.; LEAL, M. L. F.; FREIRE, M. S.; Couto, A. R. (2011). Actualização em vacinas, imunizações e inovação tecnológica. *Ciências e Saúde Colectiva*. 16 (2), 445-458. Acedido em 01-02-2013. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n2/v16n2a08.pdf>

Imperatori, E.; Giraldes, M. R. (1986). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. (2ª ed.). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Ministério da Saúde (2012). *Plano Nacional de Vacinação: Plano de Avaliação*. (28-06-2012). Acessível no Ministério da Saúde, Lisboa, Portugal.

Neuman, B.; Fawcett, J. (2010). *The Neuman Systems Model*. (5ª Ed.). United States of America: Pearson Education.

Organización Mundial de la Salud (2003). *Vacunas e inmunización: situación mundial*. Suíça: Organización Mundial de la Salud.

Pinto, E. F.; Matta, N. S.; Da-Cruz, A. M. (2011). Vacinas: progressos e novos desafios para o controle de doenças imunopreveníveis. *Acta biológica colombiana*. 16 (3), 197-212. Acedido em 01-02-2013. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/abc/v16n3/v16n3a14.pdf>

Regulamento Nº 128/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário da República II Série*, Nº 35 (18-02-2011), 8667-8669.

Subtil, C.; Vieira, M. (2011). Os primórdios da organização do Programa Nacional de Vacinação em Portugal. *Revista de Enfermagem Referencia*. III série (4), 167-174. Acedido em 25-03-2013. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserIIIIn4/serIIIIn4a18.pdf>

Sy, F. S.; Long-Marin, S. (1999). Risco e Prevenção das Doenças Transmissíveis In: M. Stanhope; J. Lancaster. *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. (827-852). Loures: Lusociência.

TOMEY, A., ALLIGOOD, M. (2002). *Teorias de Enfermagem e a sua obra - Modelos e teorias de enfermagem*. Loures: Lusociência.

<http://www.freguesias.pt/>. Acedido a 14/02/2013.

<http://www.maps.google.pt/>. Acedido a 01/03/2013.

<http://www.ine.pt/>. Acedido a 25/01/2013.

<http://www.pordata.pt>. Acedido a 25/01/2013. Acedido a 25/01/2013.