



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Tuberculose: um problema de Saúde Pública

Articulação de Cuidados entre os Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados Hospitalares

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária

SÓNIA AGOSTINHA MESQUITA GOMES NASCIMENTO

LISBOA, Julho 2010



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Tuberculose: um problema de Saúde Pública

Articulação de Cuidados entre os Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados Hospitalares

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária

SÓNIA AGOSTINHA MESQUITA GOMES NASCIMENTO

Sob orientação de Professora Ana Resende

Lisboa, Julho de 2010

Tuberculose: um problema de Saúde Pública/ Articulação de Cuidados entre os Cuidados de
Saúde Primários e os Cuidados Hospitalares

“Só é útil o conhecimento que nos torna melhores”

Sócrates

Agradecimentos

Agradeço à Professora Amélia Simões Figueiredo e à Professora Ana Resende, pelos ensinamentos, pela disponibilidade e pela orientação ao longo deste percurso.

Agradeço a todos aqueles que contribuíram de alguma forma na elaboração deste trabalho.

RESUMO

No final da década de 70 do século XX, a redução progressiva das taxas de incidência de tuberculose levavam a crer que esta estivesse em erradicação. A partir da segunda metade da década de 80 do mesmo século, iniciou-se uma inversão deste panorama com o aumento das taxas de incidência na maioria dos países. De tal forma que a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1993 a considerou uma emergência global. Cerca de 98% dos 3 milhões de mortes por tuberculose em cada ano ocorre nos países subdesenvolvidos. Portugal tem uma das mais elevadas taxas de incidência entre os países da União Europeia. Em 2006 foram notificados 3333 casos, o que corresponde à taxa de notificação de 2,9 / 100 000 habitantes (Hab.).

Com base na existência de casos, o Módulo I e II do Estágio foram desenvolvidos no âmbito da temática da tuberculose. No primeiro foi realizado um diagnóstico de situação de saúde da tuberculose referente ao ano de 2008 na área de influência da Unidade de Saúde Pública do Centro de Saúde de Queluz, constatando-se nas suas 5 freguesias, 4 apresentam taxas de incidência elevadas (> 20 / 100 000 Hab.), destacando-se Monte Abraão. Desta forma, podemos concluir que a Tuberculose é sem dúvida um problema de saúde nesta comunidade justificando-se assim a pertinência da nossa intervenção nesta área.

O projecto de intervenção foi implementado na freguesia de Monte Abraão, no Módulo II, por ser a freguesia com taxa de incidência mais elevada. Foi elaborado de forma a abranger os três níveis de prevenção com: realização de uma acção de sensibilização sobre a tuberculose aberta á comunidade; identificação dos utentes com tuberculose pulmonar; realização de entrevista de acolhimento aos utentes em tratamento de tuberculose pulmonar, sustentado no Modelo de avaliação familiar de Calgary e tendo também como base o cuidado cultural definido por Madeleine Leininger; realizado inquérito epidemiológico a esta mesma população.

No Módulo III foi desenvolvido e implementado projecto com o intuito de estabelecer articulação de cuidados entre o hospital e os centros de saúde.

Os utentes em programa de Diálise Peritoneal do serviço de Nefrologia do Hospital Curry Cabral, de uma forma geral, são apenas utilizadores em exclusivo dos Cuidados de Saúde Hospitalares. Com o objectivo de os referenciar também aos Cuidados de Saúde Primários e de fomentar a continuidade dos cuidados, foram criadas estratégias que facilitam a troca de informação e de saberes entre os enfermeiros das diferentes unidades tendo como base a parceria dos cuidados.

Palavras-chave – Projecto; Intervenção; Tuberculose; Saúde; Articulação de Cuidados; Diálise peritoneal..

ABSTRACT

At the end of the 70th decade in the XXth century, based on the reducing of rates of incidence, tuberculosis seemed to be in eradication. Since the second half of the 80th decade in the same century, a reversal of this scenery was started once the rates increased in the most of countries. Because of this, in 1993, World Health Organization (WHO) considered it a global emergency. About 98% of 3 million of deaths caused by tuberculosis in each year happens in the underdeveloped countries. Portugal has one of the highest rates of incidence between the countries of European Union. In 2006, 3333 cases were notified, which corresponds to a rate of 2,9 / 100 000 inhabitants (inhab.).

Based on the existing number of cases, the Module I and II were developed under the theme of tuberculosis. The first module was to diagnose the tuberculosis situation concerning the year of 2008 in the area of influence of Public Health Unit Center of Queluz, revealing that in the 5 civil parishes, 4 had very high rates of incidence (> 20 / 100 000 inhab.), highlighting Monte Abraão. Thus, we conclude that Tuberculosis is, without a doubt, a health problem in this community, justifying the appropriateness of intervention in this area.

The intervention project was implemented in the civil parish of Monte Abraão, in Module II, because of being the civil parish with the higher incidence. It has been prepared to cover the three levels of prevention: was aimed at creating awareness about tuberculosis opened to the community; individuals with pulmonary tuberculosis have been identified; It was done an interview reception for users in treatment of pulmonary tuberculosis, which was supported on the Calgary's Model for family evaluation, and also based on Madeleine Leininger's definition for cultural care; it was also conducted an epidemiological survey to this same population.

Finally, in Module III, it was developed and implemented a project with the aim of establishing joint care between the hospital and health centers.

Users in Peritoneal Dialysis at the Nephrology Service of Curry Cabral's Hospital, in general, are exclusive Hospital's Care users. In order to refer them to the Primary Health Care and promote continuity of care, strategies were created to facilitate the exchange of information and knowledge among nurses from different units based on the partnership of care.

Keywords – projec; Intervention; Tuberculosis; Health; Establishing Care; Peritoneal Dialysis.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
PARTE I – ENQUADRAMENTO DO MÓDULO I E MÓDULO II DO ESTÁGIO, UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA DO CENTRO DE SAÚDE DE QUELUZ.....	19
1 - DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	19
1.1 - CONTEXTUALIZAÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE DE QUELUZ	19
1.1.1 - A CIDADE DE QUELUZ	19
1.1.2 - CENTRO DE SAÚDE DE QUELUZ/ UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA.....	20
1.2 - JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA A ABORDAR.....	21
1.3 - DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS OBJECTIVOS E ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS DO MÓDULO I NA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA DO CENTRO DE SAÚDE DE QUELUZ	23
2 - PROJECTO DE INTERVENÇÃO.....	38
2.1 - DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS OBJECTIVOS E ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS DO MÓDULO II NA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA DO CENTRO DE SAÚDE DE QUELUZ	38
3 - AVALIAÇÃO DO PROJECTO DE INTERVENÇÃO	50
PARTE II – ENQUADRAMENTO DO MÓDULO III DO ESTÁGIO, SERVIÇO DE NEFROLOGIA DO HOSPITAL CURRY CABRAL	51
1 - DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	51
1.1 - CONTEXTUALIZAÇÃO DA UNIDADE HOSPITALAR.....	51
1.1.1 - VALÊNCIA DE NEFROLOGIA	52
1.1.2 - A DIÁLISE PERITONEAL.....	54
1.2 - JUSTIFICAÇÃO DO TEMA.....	55
1.3 - DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS OBJECTIVOS E ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS DO MÓDULO III NO SERVIÇO DE NEFROLOGIA DO HOSPITAL CURRY CABRAL	56
1.3.1 - O PROGRAMA DE DIÁLISE PERITONEAL NO HOSPITAL DE CURRY CABRAL	57
2 - PROJECTO DE INTERVENÇÃO / ARTICULAÇÃO DOS CUIDADOS	60
2.1 - ARTICULAÇÃO DOS CUIDADOS: CONSULTA DE DIÁLISE PERITONEAL HOSPITAL CURRY CABRAL / EQUIPA DE CUIDADOS CONTINUADOS DE S. JOÃO DA TALHA.....	60
2.1.1 - A equipa de enfermagem de Cuidados Continuados de S, João da Talha.....	62
ANÁLISE REFLEXIVA/ COMPETENCIAS ADEQUIRIDAS	65
CONCLUSÃO	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71
ANEXOS	75

ANEXO I	77
CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO ENCONTRO INTERNACIONAL COMEMORATIVO DO DIA INTERNACIONAL DA TUBERCULOSE – “STOP TB” . 77	
ANEXO II	81
Pedido de estágio de observação para o Centro Diagnóstico e Pneumológico da Venda Nova 81	
ANEXO III	85
Convocatória aos enfermeiros e médicos das Unidades de Saúde do Centro de Saúde de Queluz referente à apresentação do Diagnóstico da situação de tuberculose da área de influência do Centro de Saúde de Queluz no ano 2008..... 85	
ANEXO IV	89
Apresentação em PowerPoint do Diagnóstico da situação de tuberculose da área de influência do Centro de Saúde de Queluz no ano 2008..... 89	
ANEXO V	95
Actividades desenvolvidas pela Enfermeira Especialista da Unidade de Saúde Pública do Centro de Saúde de Queluz 95	
ANEXO VI	123
Questionário para colheita de dados epidemiológicos da tuberculose. 123	
ANEXO VII	127
Guião de entrevista – Ficha de avaliação familiar adaptada do Centro de Saúde de Oeiras..... 127	
ANEXO VIII	141
Guião de entrevista – Ficha de avaliação familiar utilizada no Centro de Saúde de Oeiras..... 141	
ANEXO IX	157
Carta para situações de abandono terapêutico da tuberculose..... 157	
ANEXO X	161
Divulgação da acção de sensibilização à população de Monte Abraão no sito da Junta de Freguesia de Monte Abraão 161	
ANEXO XI	165
Divulgação da acção de sensibilização à população de Monte Abraão em cartaz. 165	
ANEXO XII	169
Apresentação em powerpoint da acção de sensibilização à população de Monte Abraão..... 169	
ANEXO XIII	175
Comunicação referente aos utentes que vão iniciar programa de Diálise Peritoneal. 175	
ANEXO XIV	179
Documento de registo da consulta domiciliária..... 179	

ANEXO XV	183
Projecto de formação destinado aos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários.	183
ANEXO XVI	187
Apresentação em PowerPoint, formação Diálise Peritoneal.....	187
ANEXO XVII	195
Pedido de autorização para realização de formação em contexto hospitalar.....	195
ANEXO XVIII	199
Resposta ao pedido de autorização para realização de formação em contexto hospitalar.....	199

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Taxa de incidência de casos novos de Tuberculose no Continente e Regiões Autónomas em 2006.

FIGURA 2 - Distribuição percentual da Tuberculose por apresentação clínica.

FIGURA 3 - Distribuição percentual da Tuberculose Latente por género.

FIGURA 4 - Distribuição percentual da Tuberculose Latente por grupo etário.

FIGURA 5 - Distribuição percentual de utentes com Tuberculose Latente segundo existência de factores de risco.

FIGURA 6 - Distribuição percentual da evolução de tratamento na Tuberculose Latente.

FIGURA 7 - Distribuição percentual da Tuberculose Latente por localização da doença.

FIGURA 8 - Taxa de incidência Tuberculose Doença por 100 000 Hab.

FIGURA 9 - Distribuição percentual da Tuberculose por género.

FIGURA 10 - Distribuição percentual da Tuberculose por grupo etário.

FIGURA 11 - Distribuição percentual da Tuberculose segundo critério de inscrição no centro de saúde

FIGURA 12 - Distribuição percentual de utentes com Tuberculose segundo país de origem.

FIGURA 13 - Distribuição percentual de doentes com Tuberculose e infecção por HIV

FIGURA 14 - Distribuição percentual de doentes com Tuberculose segundo critério de existência de factores de risco.

FIGURA 15 - Distribuição percentual de doentes com Tuberculose em TOD.

FIGURA 16 - Distribuição percentual das causas do retratamento nos utentes com Tuberculose.

FIGURA 17 - Distribuição percentual da evolução de tratamento.

FIGURA 18 - Diagrama ramificado do Modelo de Calgary de Intervenção família.

FIGURA 19- Distribuição dos utentes em Diálise Peritoneal por género

FIGURA 20 - Distribuição dos utentes em Diálise Peritoneal por idade

FIGURA 21 - Distribuição dos utentes em Diálise Peritoneal por modalidade de tratamento.

FIGURA 22 - Distribuição dos utentes em Diálise Peritoneal por area residência.

ABREVIATURAS

FIG – Figura

Hab. – habitantes

TB - Tuberculose

SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

CDP – Centro Diagnóstico e Pneumológico

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CSQ – Centro de Saúde de Queluz

DP – Diálise Peritoneal

DPA – Diálise Peritoneal Automatizada.

DPCA – Diálise Peritoneal Contínua Ambulatória

HCC – Hospital Curry Cabral

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IRC – Insuficiência Renal Crónica

OMS – Organização Mundial de Saúde

PALOP – Países de Língua Oficial Portuguesa

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

TOD – Toma de Observação Directa

USP – Unidade de Saúde Pública

VIH – Vírus de Imunodeficiência Humana

INTRODUÇÃO

O Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, com a especialidade de Enfermagem em Saúde Comunitária, tem um carácter teórico-prático. Na sua vertente prática é proposta a realização de um estágio, repartido por três módulos. No Módulo I, é esperado que o aluno realize um diagnóstico de saúde da comunidade. No Módulo II, que elabore um projecto de intervenção e avaliação e o terceiro e último módulo poderá ser desenvolvido ou não em contexto de trabalho. Por último é pedido que seja realizado um relatório de Estágio.

Nesta sequência surge este relatório onde serão descritas as ações realizadas pelo aluno durante o Estágio que decorreu no período de 20 de Abril de 2009 a 29 Janeiro de 2010. O Módulo I e Módulo II não foram realizados em contexto de trabalho uma vez que o aluno exerce funções em contexto hospitalar. O Módulo III foi desenvolvido no serviço onde o aluno presta cuidados.

O Módulo I e Módulo II decorreram no Centro de Saúde de Queluz (CSQ), na Unidade de Saúde Pública (USP). A área identificada como problemática está relacionada com a tuberculose (TB), prevalente e incidente nesta comunidade. Uma doença com cura que, se não tratada, pode provocar sequelas graves ou mesmo conduzir à morte. No âmbito da Saúde Pública destaca-se pela sua capacidade infecto-contagiosa. “Presentemente, a tuberculose representa a principal causa de morte por um único agente infeccioso e ataca cerca de 3 milhões de pessoas por ano.”¹ Nesta população a sua distribuição ao longo dos anos é aleatória e flutuante não sendo possível identificar um foco único. Do diagnóstico realizado referente a 2008, a freguesia com taxa de incidência mais elevada foi Monte Abraão, com um número mais elevado de casos na faixa etária dos 35 aos 44 anos de idade.

No Módulo II foi realizado o projecto de intervenção com o objectivo de ser transversal às três áreas de prevenção. “A enfermagem comunitária encontra-se em posição privilegiada para desenvolver programas de intervenção em núcleos específicos...”². Na área da prevenção primária, foi realizada sessão de educação para a saúde à população, cuja divulgação foi feita através da Junta de Freguesia de Monte Abraão; na área da prevenção secundária, foram identificados os utentes com TB e seleccionados os que se encontravam em tratamento com

¹ STANHOPE, Márcia; LANCASTER, Jeanette – **Enfermagem Comunitária: Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos**. Loures: Lusociência. 1999. ISBN 972-8383-05-3.

² Ibidem, p.61.

TB pulmonar. Foi realizado acolhimento e inquérito epidemiológico. Na área da prevenção terciária foram encaminhados os utentes para as diferentes Unidades de Saúde do Centro de Saúde de Queluz de forma a ser facilitado o acesso da vigilância da sua saúde.

O Módulo III foi realizado em contexto de trabalho, no Serviço de Nefrologia do Hospital Curry Cabral (HCC), mais concretamente na Consulta de Diálise Peritoneal. Os utentes são provenientes da Consulta de Nefrologia que em regra vêm referenciados pelo médico de família. Observa-se que se tornam utilizadores em exclusivo das unidades hospitalares, perdendo a ligação aos cuidados de saúde primários. "...os centros de saúde constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de promoção da Saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados."³ A inexistência da articulação entre o hospital e os Cuidados de Saúde Primários sobrecarrega os serviços hospitalares, os quais por vezes não conseguem dar resposta adequada a todas as situações podendo estas serem resolvidas por quem está mais perto das famílias como os Cuidados de Saúde Primários (CSP).

De forma a estabelecer a desejada articulação, e face às áreas de residência dos utentes optou-se por ser desenvolvida com a equipa de Enfermagem do Centro de Saúde de Sacavém. Posteriormente será alargado aos outros centros de saúde um protocolo de articulação entre estes e o hospital.

Para a elaboração deste relatório foi traçado com objectivo geral:

- Efectuar uma análise crítica e reflexiva à cerca do desempenho, competências e capacidades demonstradas na prestação de cuidados de Enfermagem aos três níveis de prevenção da doença ao indivíduo/família, grupos e comunidade.

E como Objectivos Específicos:

- Expor sucintamente o diagnóstico de situação;
- Descrever de forma precisa os objectivos gerais e específicos então elaborados no Projecto de estágio;
- Avaliar a pertinência dos objectivos propostos, bem como a eficácia das actividades desenvolvidas e dos recursos utilizados para os alcançar;
- Avaliar de modo global e crítico o desempenho durante o estágio;
- Desenvolver a capacidade de introspecção, auto-análise, auto-crítica e ainda de síntese.

O Relatório está estruturado em duas partes. A primeira, referente ao Módulo I e

³ DECRETO LEI nº28/2008.D.R.1ª Série 38 (08-02-22) 1182

Módulo II, e a segunda ao Módulo III. Em cada uma delas inicia-se com o diagnóstico da situação no qual será abordada a área problemática a intervir bem como a descrição dos locais de estágio. No segundo Capítulo, é efectuado a descrição e análise crítica dos objectivos propostos no Projecto de estágio com a respectiva fundamentação, bem como das actividades e recursos para atingir os respectivos objectivos.

Por fim, a conclusão, onde se realça a importância da realização deste relatório, assim como as dificuldades sentidas na sua elaboração sendo também referenciados aspectos positivos e negativos mais significativos.

PARTE I – ENQUADRAMENTO DO MÓDULO I E MÓDULO II DO ESTÁGIO, UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA DO CENTRO DE SAÚDE DE QUELUZ

1 - DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

O Módulo I do estágio decorreu no período de 20 de Abril a 20 de Junho de 2009. Foi pedido ao aluno que elaborasse o diagnóstico de situação de Saúde da comunidade, visando a aquisição e o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista na área da Enfermagem em Saúde Comunitária.

O diagnóstico de situação é o primeiro passo do Planeamento em Saúde com o objectivo de realizar o levantamento das necessidades da população, a qual não pode ser desenquadrada da sua história. Assim, será realizada uma breve referência à cidade de Queluz e à caracterização do CSQ e respectiva USP.

1.1 - CONTEXTUALIZAÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE DE QUELUZ

1.1.1 - A CIDADE DE QUELUZ

Queluz pertence ao distrito de Lisboa, é uma das 20 freguesias que constituem o concelho de Sintra, abrangendo uma área de 3,6 km² com uma população de 27.910 habitantes (dados censos de 2001). É uma região habitada pelo homem desde tempos remotos como comprovam os monumentos megalíticos. Devido aos seus terrenos férteis tornou-se uma região de cultivo (cereais) e foi também dando origem a um local de veraneio. É no século XIX que começa a tornar-se importante, deixando de ser apenas um lugar com várias quintas da fidalguia de Lisboa. No Século XVII, D. Pedro I, filho de D. João V manda construir o Palácio Real. A vida aristocrata anima-se cada vez mais tornando-se na residência favorita da corte depois do terramoto de 1755. D. Pedro I nasce e morre no palácio de Queluz e D. Miguel vive em Queluz antes e depois de ser rei. A presença da corte diversifica o modo de viver da população que se vai tornando cada vez mais cosmopolita. Com a abertura da linha ferroviária, Queluz sofre um grande desenvolvimento que se mantém durante todo o século XIX, atraindo cada vez mais habitantes.

Em 1925 Queluz é desanexada da Freguesia de Belas, em 1961 torna-se vila e em

1997 é elevada a cidade (tornando-se na primeira cidade do concelho de Sintra), constituída pelas freguesias de Queluz, Massamá e Monte Abraão. Actualmente as actividades económicas desenvolvidas na região são o comércio e os serviços, maioritariamente familiares. A grande maioria dos habitantes trabalha fora da freguesia e do concelho.

1.1.2 - CENTRO DE SAÚDE DE QUELUZ/ UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

No âmbito da última reforma dos Cuidados de Saúde Primários são criados agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) que são constituídos por várias unidades funcionais tendo a missão de garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de uma determinada área geográfica. Estas unidades funcionais são: unidades de saúde familiares, unidades de saúde personalizados, unidades de cuidados na comunidade, unidades de saúde pública e unidades de recursos assistenciais partilhados .

Os dois primeiros módulos de estágio foram desenvolvidos no ACES X (Agrupamento de Centros de Saúde Cacém-Queluz), período em que este se encontrava em formação, estando criadas e a funcionar duas Unidades de Saúde Familiar (Mactamá e Mãe de Água). Contudo, ainda em actividade prevaleciam duas unidades de Saúde Pública, Cacém e Queluz, sem qualquer relação funcional e/ou administrativa, prevendo-se a sua fusão com sede em Queluz. Desta forma, ao longo deste trabalho será apenas referenciado o Centro de Saúde de Queluz e não o agrupamento. A população alvo destes dois primeiros módulos foram os utentes da área geográfica do CSQ.

O CSQ tem como área de influência as freguesias de Massamá e Queluz de que fazem parte as seguintes unidades de saúde:

- Unidade de Saúde Familiar Mactamá (Massamá)
- Unidade de Saúde Familiar Mãe de Água (Massamá)
- Extensão de Saúde de Belas (Belas)
- Extensão de Saúde de Casal de Cambra (Casal de Cambra)
- Extensão de Saúde de Lusíadas (Queluz)
- Extensão de Saúde de Monte Abraão (Queluz)

O hospital de referência é o Hospital Fernando da Fonseca.

Como campo de estágio foi solicitado o CSQ devido à sua situação geográfica permitido assim uma melhor articulação entre as actividades a desenvolver no quotidiano no âmbito pessoal e laboral. Foi disponibilizada a USP.

As unidades de Saúde Pública funcionam como observatório de saúde da área

geodemográfica do ACES. Este facto permite que seja elaborada informação e planos no domínio da saúde pública, se proceda à vigilância epidemiológica, se consiga gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, se promova e proteja a saúde da população em geral ou de grupos específicos e se colabore no exercício de Autoridade da Saúde. As equipas são constituídas por Médicos de Saúde Pública, Enfermeiros de Saúde Pública ou de Saúde Comunitária, Técnicos de Saúde Ambiental (em permanência ou não) e outros profissionais.

1.2 - JUSTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA A ABORDAR

O Módulo I e Módulo II não foram realizados em contexto de trabalho o que não permitiu, logo à partida, a identificação de uma área problemática. A estratégia utilizada para identificar as necessidades de intervenção na USP, foi a recolha de informação junto da enfermeira orientadora e a enfermeira chefe do agrupamento. Foi marcada e realizada uma reunião onde foram abordadas diversas problemáticas da comunidade, e entre elas a prevalência da TB, a sua incidência e imprevisibilidade, e porque surge como a mais emergente no âmbito da Saúde Pública.

Considerando o que já anteriormente foi referido, a pertinência de um Diagnóstico de Saúde no âmbito da incidência da TB e a elaboração/implementação de um projecto de intervenção no acompanhamento mais adequado desta população, tornou-se prioritário no desenvolvimento deste estágio.

A TB é reconhecida em 1993 pela OMS como uma emergência mundial. Assiste-se ao reaparecimento de uma doença que se pensava controlada, em erradicação, uma doença com cura. As indefinições de políticas de saúde conduziram á ineficácia do tratamento da TB a qual se traduziu no aparecimento da TB multi-resistente. O aumento da toxicodependência associado à infecção pelo Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH) também tem contribuído para o aumento da incidência da tuberculose. É um problema de Saúde a nível mundial, “A seguir á SIDA, a doença infecciosa que mais mata no mundo é a Tuberculose - 4.500 mortos por dia...”⁴

Apesar do dramático aumento mundial, tornou-se uma doença pouco frequente na maioria dos países desenvolvidos, atestando o enorme sucesso dos seus programas de controlo. Sucesso que contrasta com o agravamento da situação global e o facto de que 98% das 3 milhões de mortes por TB em cada ano ocorrer nos países subdesenvolvidos.

O cálculo da incidência numa população constitui uma boa base de informação à cerca da extensão de um problema. Os países da zona ocidental da Europa apresentam uma

⁴ GEORGE, Sampaio; – “**Stop á TB**”:Gráfica Maiadouro, S.A. Março 2009.

incidência baixa ($<20/10^5$) exceptuando-se Portugal e Espanha que apresentam incidências muito superiores. A zona leste, em que todos os países têm incidências superiores a ($20/10^5$), excepto a República Checa e Israel que têm incidências comparáveis à generalidade dos países do ocidente.

Verifica-se uma tendência para a descida do número de casos, com 31% nos últimos 10 anos. Apesar disto, Portugal permanece com a mais elevada taxa de incidência entre os países da União Europeia. Em 2006 foram notificados 3333 casos de TB, o que corresponde à taxa de notificação de 2,9 / 100 mil habitantes.

A distribuição é heterogénea, segundo dados do Ministério da Saúde, 60% das freguesias do país não têm casos há três anos, contrastando com Lisboa e Porto que apresentam taxas de incidência de TB elevadas

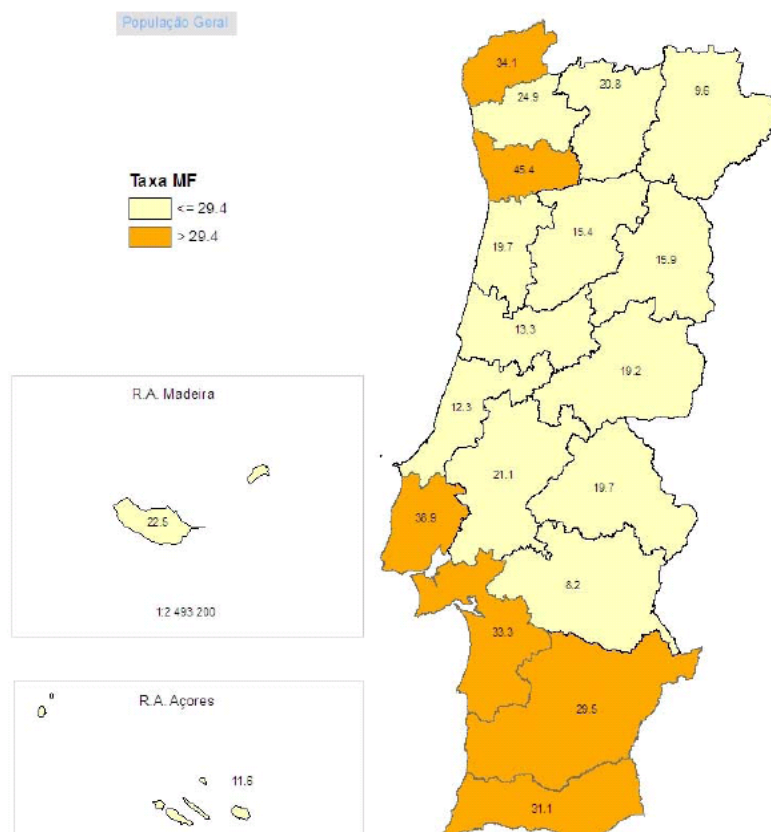


FIG 1 - Taxa de incidência de casos novos de TB no Continente e Regiões Autónomas em 2006 (Fonte: DGS, SVIG-TB, 2006)

Por se tratar de um problema de Saúde Pública, e com base na percepção da existência de casos na área de influência do Centro de Saúde de Queluz, foi desenvolvida a temática da TB para estudo em Modulo I e II do estágio.

1.3 - DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS OBJECTIVOS E ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS DO MÓDULO I NA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA DO CENTRO DE SAÚDE DE QUELUZ

Objectivo geral do Módulo I:

- *Realizar o diagnóstico de situação de Saúde no âmbito da tuberculose na área geográfica do CSQ.*

De forma a identificar que a TB é um problema sério de Saúde Pública na área geográfica do CSQ, tendo como base a metodologia do Planeamento em Saúde, procedeu-se à elaboração do diagnóstico de situação.

Foi privilegiada a aquisição de conhecimentos relativos ao problema percebido, salientando o desenvolvimento de competências nas áreas do auto-conhecimento e auto-desenvolvimento. A mobilização de conhecimento e competências pessoais, adquiridas ao longo da vida, foram aspectos importantes na medida que se reproduziram na capacidade de análise e decisão.

Objectivos específico 1:

- *Conhecer as estratégias de actuação implementadas na luta contra a TB no CSQ*

Para a concretização deste objectivo foram desenvolvidas as seguintes actividades:

- Pesquisa bibliográfica para melhor conhecer a temática, as políticas e as estratégias actuais no combate da TB.
- Participação no Encontro Internacional comemorativo do Dia Internacional da Tuberculose que decorreu no dia 19 de Março de 2009 – “Stop TB” (Anexo I). Neste evento foi abordada a TB como um problema global, sendo que poderá ser combatida com a união de esforços entre os países no cumprimento das estratégias delineadas, tanto a nível nacional como mundial. Da situação a nível nacional foi destacada a preocupação pelo facto de persistirem taxas elevadas de prevalência e incidência da TB nas áreas metropolitanas de Lisboa e Porto.

- Foram inquiridos os elementos da equipa da Unidade de Saúde Pública, enquanto peritos, à cerca da forma como se organizam com outras instituições e serviços. Salienta-se a articulação com o CDP (Centro de Diagnóstico Pneumológico) da Venda Nova, o principal notificador dos casos de TB da USP do CSQ.

Com o intuito de desenvolver competências na área da TB, no dia 2 de Abril foi solicitado estágio de observação no CDP da Venda Nova (anexo II), o qual foi aceite.

Para a sua realização foram traçados os seguintes objectivos:

- Conhecer a dinâmica do Centro Pneumológico;
- Saber quais as intervenções para o diagnóstico e tratamento da TB;
- Conhecer como funcionam os sistemas de informação com outras instituições e o tipo de articulação existente.

O CDP da Venda Nova é um dos nove existentes no distrito de Lisboa com a função de dar cobertura, a nível ambulatorio, às necessidades dos utentes no âmbito das doenças do aparelho respiratório inferior. Esta função é desempenhada em colaboração com os centros de saúde, com os centros de apoio a toxicodependentes e hospitais. Abrange a área de quatro Centros de Saúde: Venda Nova, Amadora, Reboleira, Queluz e do Hospital Fernando da Fonseca.

Estas unidades especializadas em doenças do foro pneumológico contribuem fortemente no diagnóstico e tratamento da TB e “constituem os pilares estruturais da implementação da estratégia nacional para o controlo desta doença.”⁵

Este estágio de observação decorreu nos dias 27 e 30 de Maio, foi possível observar a intervenção na área da enfermagem, administração de TOD (Toma de Observação Directa), realização de Provas de Tuberculina e a respectiva leitura (tornou-se importante na medida em que o objecto de estudo era a TB). Houve a oportunidade de perceber não só o trabalho realizado mas também a relação estabelecida com os utentes em TOD. É fundamental manter uma relação de confiança com estes utentes, ajudá-los e apoiá-los neste percurso, pois, para além de possuírem uma doença estigmatizante, são “obrigados” muitas vezes a recorrer diariamente aos serviços de Saúde para tomarem a medicação (a maior parte dos casos tem tratamentos com duração superior a 6 meses).

Também se verificou que no atendimento ao utente com TB parece descurada a protecção individual dos profissionais, pondo em risco a sua própria saúde, pois o uso de máscara é quase inexistente.

⁵ PORTUGAL. Direcção Geral de Saúde – *Programa Nacional contra a Tuberculose*. <http://www.acs.min-saude.pt/> 27-02- 2009 17:42

Objectivo específico 2:

- *Caracterizar os utentes com TB da área de influência do CSQ no ano 2008.*

De forma a elaborar o diagnóstico da situação da TB na área de influência do CSQ, foi realizado um estudo descritivo da ocorrência da TB referente ao ano 2008. Procedeu-se à consulta das listas dos utentes com TB enviadas pelo Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) da Venda Nova. Foram incluídos aqueles que pertenciam à área de influencia da USP do CSQ; Através da aplicação informática -SINUS- foram identificados os indivíduos inscritos no CSQ, e se tinham ou não médico de família. Os restantes dados foram recolhidos dos formulários provenientes das consultas do CDP da Venda Nova.

Foram identificados 40 casos de TB Doença (74,07%) e 14 casos de TB Latente (25,93%).

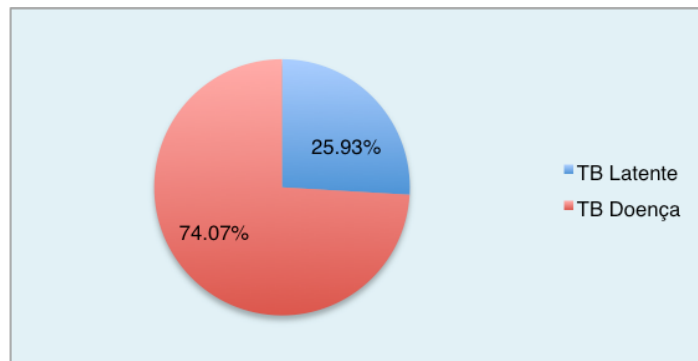


FIG 2 - Distribuição percentual da Tuberculose por apresentação clínica

Os dados referentes à TB latente e à TB Doença foram tratados em fases distintas pelo facto de estarmos perante indivíduos com risco de doença e indivíduos com doença. Assim, serão apresentados em primeiro lugar, os casos de TB latente, e posteriormente os casos com TB Doença.

TUBERCULOSE LATENTE

Na TB Latente o bacilo encontra-se no organismo sem no entanto provocar doença. A probabilidade de o indivíduo ficar infectado depende sobretudo do número de bacilos e do tempo de exposição aos mesmos. Estima-se que cerca de 10 em cada 100 pessoas infectadas

venham a desenvolver sintomas ao longo da vida - **TB Doença**. Esta situação acontece particularmente nos dois primeiros anos que se seguem ao contágio e em situações em que as pessoas se tornam mais susceptíveis. Particularmente nos extremos etários (crianças e idosos), indivíduos desnutridos, na infecção pelo VIH, na diabetes, no cancro e em situações que a medicação comprometa as defesas naturais, como por exemplo, quimioterapia ou o uso prolongado de corticóides.

Distribuição dos casos de Tuberculose Latente por género

Foram identificados 14 casos de TB Latente na área de influência do CSQ. Destes, 71,43% são do sexo feminino (10 casos) e 28,57% do sexo masculino (4 casos).

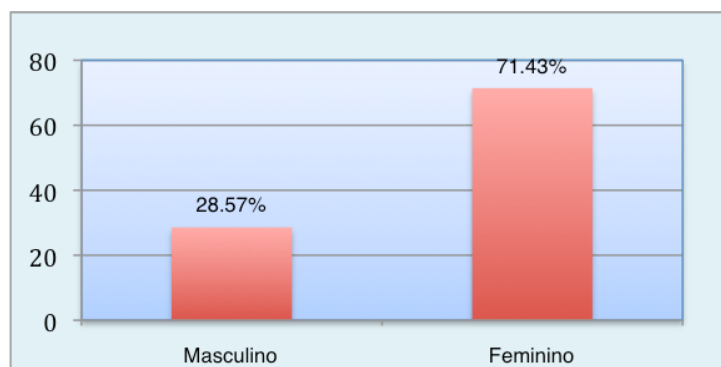


FIG 3 - Distribuição percentual da Tuberculose Latente por género

Distribuição dos casos de Tuberculose Latente por grupo etário

O risco de evoluir de uma TB Latente para TB Doença é tanto maior quanto mais baixo é o grupo etário em que a primeira ocorre. A distribuição da TB Latente na população em estudo varia entre os 0 e os 54 anos. Apresenta-se de forma homogénea, com algum significado a nível do TB infantil, notando-se um decréscimo no grupo etário dos 15 aos 24 anos.

A TB latente também ocorre na idade adulta até aos 54 anos e não foram notificados casos com mais de 54 anos.

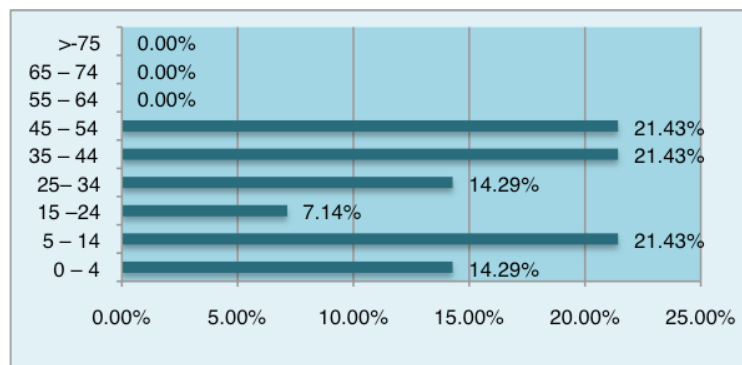


FIG 4 - Distribuição percentual da Tuberculose Latente por grupo etário

Distribuição dos casos de Tuberculose latente por factores de risco

A associação de factores de risco na TB Latente torna os portadores mais susceptíveis de desenvolver a doença (TB Doença). Dos 14 casos de TB Latente, 13,34% apresentam factores de risco associados (dependência de drogas em indivíduo institucionalizado 6,67%, e em indivíduo com infecção por HIV 6,67%) e 86,67% não apresentam factores de risco.

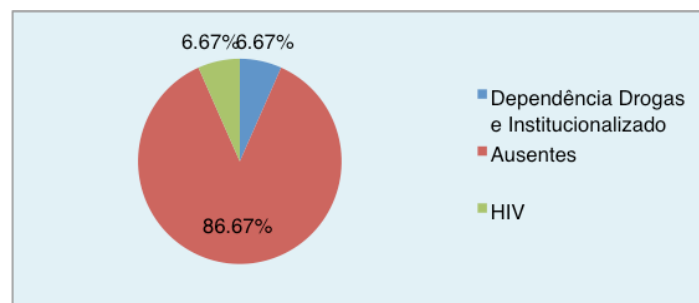


FIG 5 - Distribuição percentual de utentes com Tuberculose Latente segundo existência de factores de risco

Distribuição dos casos de Tuberculose Latente por termo de tratamento

Dos 14 casos de TB Latente terminaram tratamento 92,86% (13 casos) e 7,14% abandonaram o tratamento (1 caso).

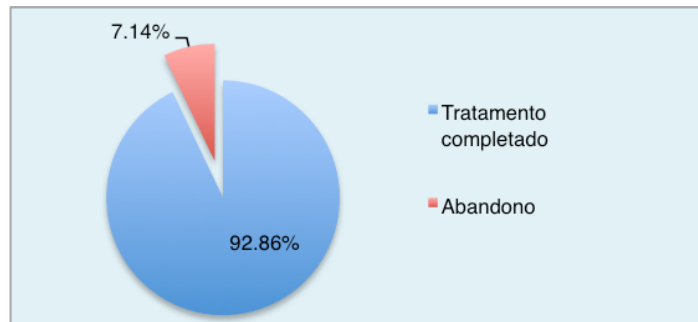


FIG 6- Distribuição percentual da evolução de tratamento na Tuberculose Latente

TUBERCULOSE DOENÇA

A Tuberculose Doença ou Tuberculose distribuiu-se por: 23 casos de TB Pulmonar (57,5%); 7 casos de TB Pleural (17,5%); 3 casos de TB Ganglionar(7,5%); 2 casos de TB Vertebral/Óssea (5,0%); 2 casos de TB Cutânea (5,0%); 1 caso de TB Urogenital (2,5%); 1 caso de TB Miliar/Disseminada (2,5%), e por último, 1 caso de TB Peritoneal (2,5%).

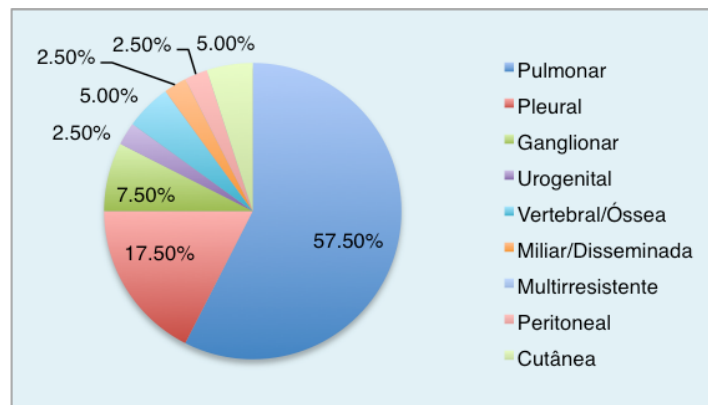


FIG 7 - Distribuição percentual da Tuberculose por localização da doença

Incidência da Tuberculose nas freguesias da área de influência do CSQ

Dos 40 casos de TB foram identificados 33 casos novos e 7 retratamentos.

Das 5 freguesias, 4 apresentaram taxas de incidência elevadas (> 20/100 000 Hab).

A taxa de incidência na freguesia de Monte Abraão foi de 45,7; Belas com 33,06; Massamá 31,94; Queluz com 21,50 e por fim Casal de Cambra com taxas inferiores a 20/100 000 Hab (10,14%).

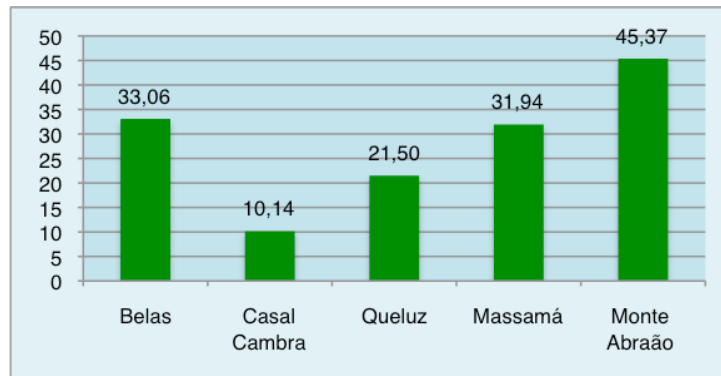


FIG 8 - Taxa de incidência Tuberculose Doença por 100.000 hab

Distribuição dos casos de Tuberculose por género

A distribuição é semelhante em ambos os géneros, dos 40 casos notificados, 23 correspondem ao sexo masculino (57,5%) e 17 ao sexo feminino (42,5%).

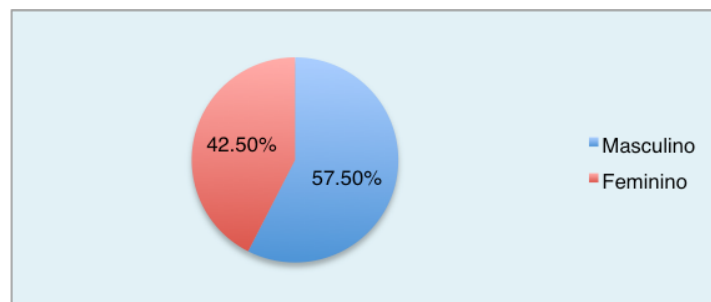


FIG 9 - Distribuição percentual da Tuberculose por género

Distribuição dos casos de Tuberculose por grupo etário

A distribuição por grupos etários é mais significativa na população em fase activa com toda a repercussão social e económica que daí advém. O grupo etário dos 35 aos 44 anos apresenta o maior número de casos com 30%; dos 25 aos 34 anos, 25% dos casos; dos 55 aos 64 anos, 15% dos casos e dos 45 aos 54 anos, 12,5 % dos casos.

Os grupos etários correspondentes aos extremos foram os que apresentaram maior número de casos: Na população infantil entre os 5 e os 14 anos representaram 2,5% dos casos, dos 15-24 anos 7,5% dos casos.

A população idosa entre os 65 e os 74 anos apresentaram 2,5% dos casos e com mais de 75 anos, 5% dos casos.

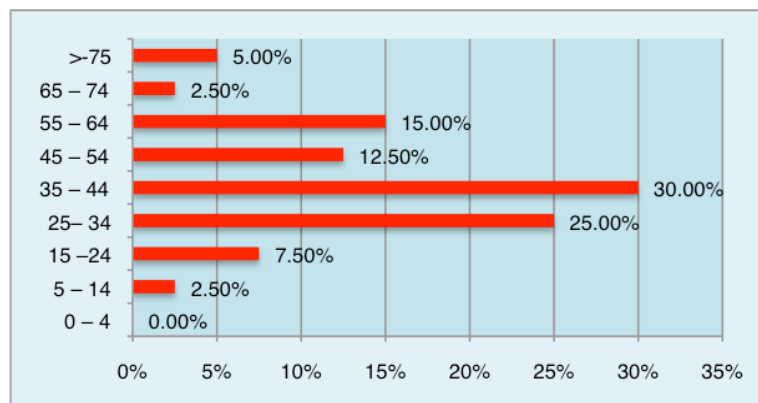


FIG 10 - Distribuição percentual da Tuberculose por grupo etário

Distribuição de doentes com Tuberculose segundo critério de inscrição no centro de saúde

Dos 40 casos de tuberculose, 34 estavam inscritos no CSQ (85%), 5 em outros centros de saúde (12,5%) e 1 caso (2,5%) desconhece-se se estavam inscritos em algum centro de saúde.

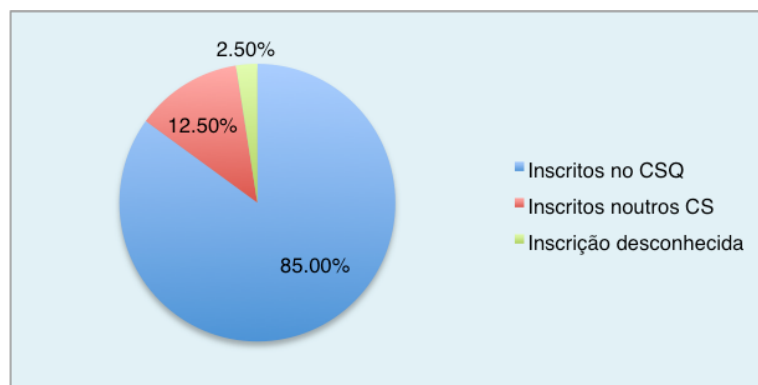


FIG 11 - Distribuição percentual da Tuberculose segundo critério de inscrição no centro de saúde

Grupos com risco de contrair Tuberculose

Segundo as orientações estratégicas do Plano Nacional de Saúde de 2004/2010 são considerados grupos de risco de contrair TB, os indivíduos infectados com VIH, os toxicodependentes, os reclusos e os estrangeiros.

Distribuição de casos por país de origem

Em Portugal, o sistema de vigilância não possui uma avaliação sustentada da origem geográfica dos casos antes de 1999. Existem dados de investigação em Saúde Pública nos distritos de Lisboa e Setúbal que revelam, nas áreas estudadas, uma percentagem média de 13,2% para indivíduos de origem estrangeira. Praticamente todos originários dos Países de Língua Oficial Portuguesa (PALOP).

Dos 40 utentes com TB, 52% são de origem portuguesa e 47,5% são estrangeiros. Dos estrangeiros, 40% são de origem africana provenientes dos PALOP sendo os restantes 5% divididos em 2,5% de origem brasileira e 2,5% de origem romena.

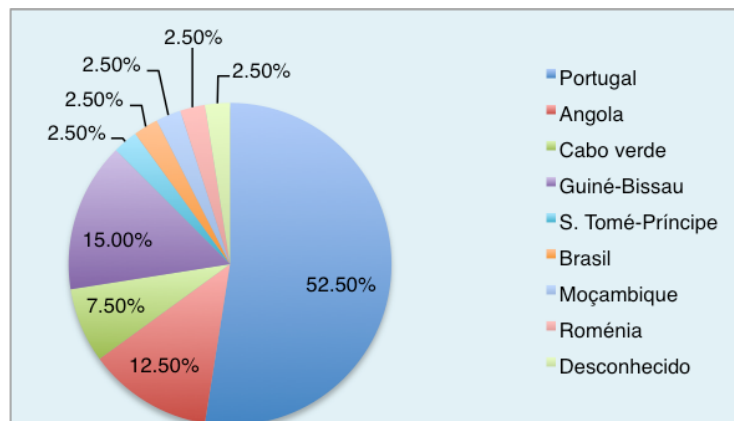


FIG 12 - Distribuição percentual de utentes com Tuberculose segundo o país de origem

Distribuição dos casos relacionados com o VIH

A causa principal do ressurgimento da TB é atribuída à pandemia causada pelo VIH - "sendo infecção oportunistas na Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA)"⁶

A incidência de infecção pelo VIH em indivíduos toxicod dependentes é elevada. Esta associação é atribuída ao consumo de drogas (pelo risco da utilização da via), pela partilha de seringas, pelas relações sexuais com múltiplos parceiros. Assim, os toxicod dependentes constituem também um grupo de elevado risco para a TB. Em 1998 estimou-se que 50% de pessoas com TB co-infectadas com o VIH eram toxicod dependentes endovenosos. A OMS calcula que mais de 20 milhões de pessoas estão infectadas com o VIH e destes, 6 milhões estão co-infectadas com o bacilo da TB - *Mycobacterium Tuberculosis*.

Da mesma forma que a imunossupressão resultante da infecção pelo VIH aumenta o

⁶ DIOGO, Nelson - Tuberculose e toxicod dependência. <http://www.aidscongress.net/pdf/131.pdf>. 21-04-2009 21:35

risco de progressão da TB em indivíduos co-infectados, também a TB acelera a evolução da infecção VIH, logo, aumentando a replicação do VIH.

Existe uma significativa sobreposição dos doentes com TB e com VIH/SIDA (15% dos TB têm SIDA e 52% dos doentes com SIDA têm TB). Por vezes, o diagnóstico duma destas doenças leva ao diagnóstico da outra.

Nos 40 casos de TB foi encontrada associação entre as duas infecções em 15% dos indivíduos. Em 2,5% dos casos desconhece-se se existe ou não infecção pelo VIH.

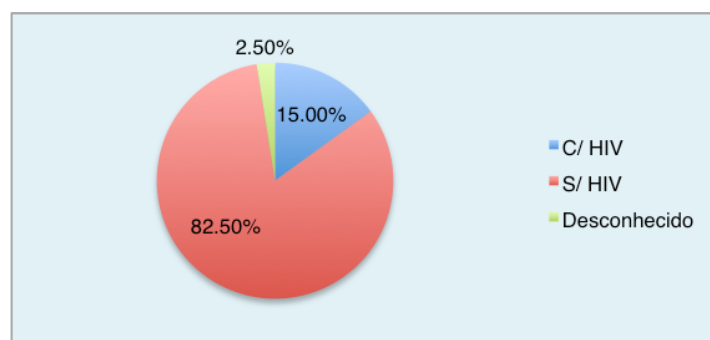


FIG 13 - Distribuição percentual de doentes com Tuberculose e infecção por HIV

Distribuição dos casos de Tuberculose relacionados com factores de risco

Dos 40 casos de TB, em 29 não foram identificados factores de risco (72,5%). Os restantes 11 casos (27,5%) os factores de risco existem e estão associados às dependências. A mais significativa é a dependência alcoólica com 17,5% dos casos (2,5% também se encontra associada á reclusão e 15% sem outro factor associado). A dependência de drogas existe em 10% dos casos, ou seja, em 4 casos (destes 4 casos, um não tem outro factor associado, os restantes têm mais um factor de risco que é a reclusão, a infecção por VIH e um deles encontra-se institucionalizado correspondendo a cada um 2,5% dos casos de TB).

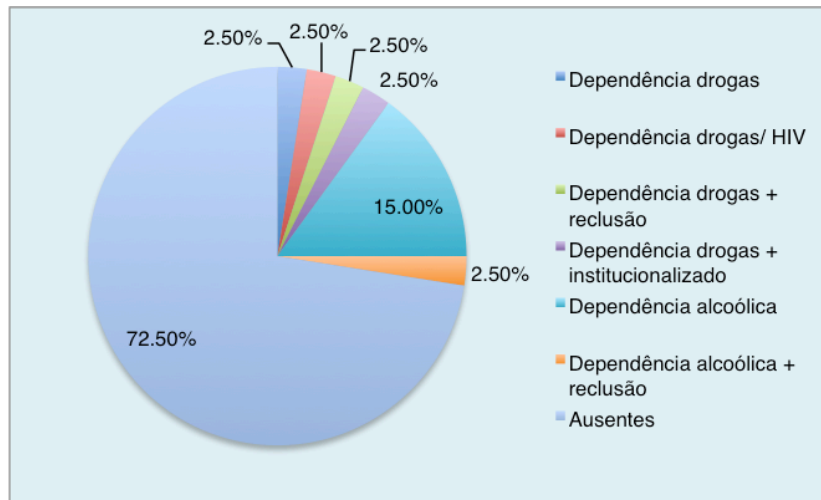


FIG 14 - Distribuição percentual de doentes com Tuberculose segundo critério de existência de factores de risco

Distribuição dos casos de Tuberculose Doença por TOD

A Toma de Observação Directa (TOD), foi a estratégia encontrada para diminuir os abandonos de terapêutica e por sua vez diminuir o número de casos de multirresistência aos tuberculostáticos. Dos casos de TB, 37,5% foram sujeitos a TOD os restantes 62,5% fizeram auto administração da terapêutica.

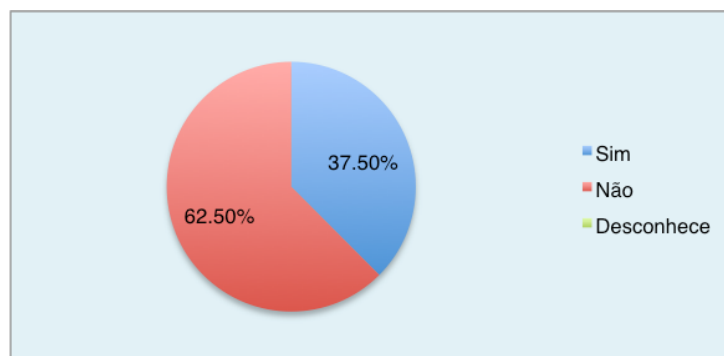


FIG 15 - Distribuição percentual de doentes com Tuberculose em TOD

Distribuição dos casos de Tuberculose por retratamento

O retratamento da TB ocorre quando o doente foi submetido a tratamentos anteriores. São consideradas três situações:

1. O doente não terminou o tratamento (**abandono terapêutico**) - estes casos têm grande importância epidemiológica pelo risco de desenvolver resistência aos fármacos.
2. O doente terminou o tratamento e foi considerado como curado e a doença reapareceu (**recidiva**).
3. O doente terminou o tratamento e não foi considerado curado (**insucesso terapêutico**).

Dos 40 casos de TB, 82,5% correspondem a novos casos e 17,5% a retratamentos (12,5% dos casos de recidiva, 2,5% insucesso terapêutico e 2,5% abandono terapêutico)

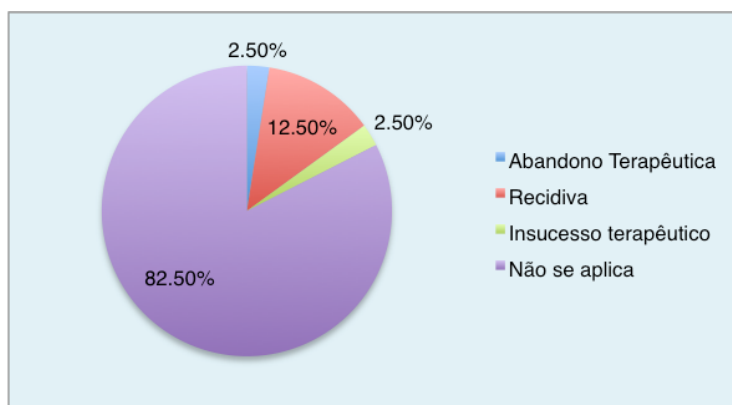


FIG 16 - Distribuição percentual das causas do retratamento nos utentes com Tuberculose

Distribuição dos casos de Tuberculose relacionados com termo de tratamento

Dos 40 casos de TB, o tratamento foi completado em 75,93% dos casos. 18,52% ainda se encontra em tratamento e 5,56% interromperam ou abandonaram o tratamento.

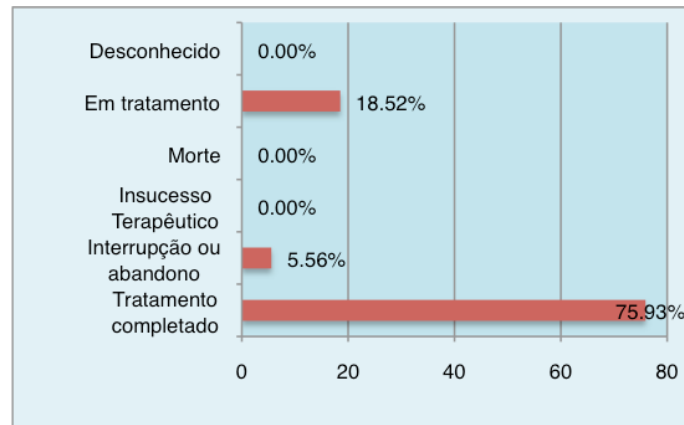


FIG 17 - Distribuição percentual da evolução de tratamento

Em síntese, da realização do diagnóstico de situação salienta-se que:

- 1. O número de casos de TB doença é três vezes mais elevada que a TB Latente.**
- 2. Cerca de 75% dos casos de TB Doença foram-lhe diagnosticados TB com localização no pulmão (57,5% TB pulmonar e 17,5% TB pleural)**

Os casos bacilíferos ocupam uma posição nuclear, na medida em que são, o seu número e o tempo que permanecem infectantes, os principais determinantes para a evolução da epidemia. São estes casos que devem ser acompanhados. É fundamental que estas pessoas completem o seu tratamento com êxito porque só assim se poderá atingir a meta da erradicação da doença.

A Enfermeira de Saúde Pública deve ter um papel activo no acompanhamento destes utentes, articulando se necessário com as outras unidades de saúde.

3. Existem casos de abandono terapêutico.

É urgente quebrar a cadeia de transmissão desta doença tão antiga e que quase esteve extinta. Apesar de se verificar o abandono terapêutico em apenas 2,5% dos casos de TB, é necessário promover e manter o seu combate sem tolerância. Não podemos permitir que existam casos de abandono terapêutico.

Das 5 freguesias do CSQ, a que apresentou a taxa de incidência de TB mais elevada

foi Monte Abraão (45,37 / 100 000 Hab). Nesta população, a distribuição da TB não tem qualquer expressão em relação ao género, apresentando-se com maior incidência no grupo etário dos 35 aos 44 anos.

A procura dos determinantes da doença tornou-se pouco esclarecedor, pois, podemos dizer que estamos perante uma população com taxas de incidência de TB elevada mas sem qualquer grupo de maior risco identificado. A intervenção terá que incidir sobre a população em geral, especialmente no grupo etário dos 35 aos 44 anos.

Dos indivíduos em estudo, cerca de 47,5% dos indivíduos com TB doença são estrangeiros e destes, 40% são de origem africana (originários de países com níveis elevados de prevalência e incidência de TB).

A multiculturalidade está marcada nesta população. Exemplo disso é o projecto de investigação desenvolvido na freguesia de Monte Abraão pela Universidade de Lisboa, *Projecto Geitones*, o qual se debruça sobre as relações interétnicas entre os bairros, as suas tensões, as dimensões étnicas e sociais, os conflitos/relações existentes entre os diferentes grupos. Este projecto é integrado na União Europeia com o objectivo de realizar pesquisa em 6 cidades (Lisboa, Roterdão, Bilbao, Varsóvia, Thessaloniki e Viena) ao longo de três anos recorrendo ao uso de análise comparada.

As zonas residenciais em estudo na área de Lisboa são Costa de Caparica, Mouraria e Monte Abraão. Estes bairros caracterizam-se pela sua distribuição residencial das populações emigrantes, existente de uma forma dispersa e não concentrada em bairros. Tal distribuição torna difícil a identificação das áreas residenciais dos estrangeiros.

Na tentativa de caracterizar a população imigrante residente em Queluz, no dia 21 de Maio de 2009, foi realizada uma reunião com a responsável pela associação “Olho Vivo”, um centro local de apoio à integração de imigrantes, sediada na cidade de Queluz. Decorrente desta foi verificado seria difícil identificar os estrangeiros esta população, uma vez que nem todos os imigrantes recorrem á associação e porque presume-se que existam casos em situação ilegal no país.

A Junta de Freguesia também não dispõe de dados actuais e exactos, pelas mesmas razões apontadas na associação “Olho Vivo”. Desta forma, não foi possível identificar a população emigrante. A qual poderia ser importante porque permitiria actuar na prevenção da TB nos grupos populacionais de maior risco (indivíduos oriundos de países com taxas de prevalência e incidência elevadas de TB).

A produção de conhecimento verifica-se útil se partilhado. O diagnóstico de situação foi elaborado e apresentado na USP, realizada convocatória aos enfermeiros e médicos das Unidade de Saúde do centro de Saúde de Queluz (Anexo III). Foi feita a apresentação, tendo sido utilizada a técnica expositiva com apresentação em PowerPoint (Anexo IV). Estiveram

presentes a equipa da USP (médicos, enfermeiros e técnicos) e enfermeiros de outras unidades, pelo que se revelou num momento pedagógico no que concerne à capacidade de comunicação e argumentação. Ficou com esta apresentação bem importante a necessidade de no II Módulo de Estágio a elaboração de um projecto de intervenção.

Objectivo específico 3:

Na medida em que os dois primeiros módulos não foram realizados em contexto de trabalho, foi sentida a necessidade de conhecer melhor a população, ou seja, o seu contexto social e as suas necessidades. Assim, a possibilidade de acompanhar a orientadora de estágio nas suas actividades permitiu, de forma elevada, a existência de momentos formativos. Este objectivo foi incluído com o intuito de incorporar as actividades desenvolvidas de modo transversal aos dois primeiros módulos do Estágio.

- *Conhecer as actividades desenvolvidas pela enfermeira especialista da Unidade de Saúde Pública*

O conhecimento e acompanhamento nas actividades da orientadora facilitaram a integração na USP. Permitiram conhecer o tipo de população abrangida e os problemas que lhes estão associados. Salienta-se a participação nas reuniões, da Rede Social, do Grupo de Trabalho da Rede Social, do Núcleo Executivo da Comissão Social da Freguesia de Monte Abraão (Anexo V). Na Rede social são mobilizados os recursos da comunidade para onde são necessários, o facto de as pessoas se conhecerem entre si (parceiros sociais), facilita os contactos garantindo soluções e diminuindo as barreiras burocráticas.

Assistiu a uma sessão de educação para a saúde englobado no projecto da Saúde Escolar (Anexo V).

Participou no rastreio da TB num jardim de infância (Anexo V) em Módulo I que abrangeu um grande número de pessoas entre as quais crianças, factor que sensibiliza sempre mais os intervenientes. A articulação entre o CDP da Venda Nova e a USP do CSQ, revelou-se efectiva e facilitadora.

Participou nas actividades relacionadas com a pandemia da gripe A (Anexo V). Em Módulo II as actividades da USP do CSQ, resumiram-se em exclusivo a tudo o que estivesse relacionado com a gripe A. Vivendo-se um clima de pressão, porque os serviços não estavam preparados para o número de casos que foram surgindo, obrigou à sua reestruturação constante a nível do recursos humanos e materiais. Refira-se que nesta altura a própria unidade sofria alterações devido á recente reconfiguração e agrupamento dos centros de saúde.

2 - PROJECTO DE INTERVENÇÃO

O Módulo II decorreu de 28 de Setembro a 20 de Novembro de 2009. Foi preconizado que o aluno colocasse em prática um projecto de intervenção de acordo com o diagnóstico de situação identificado em Módulo I.

2.1 - DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS OBJECTIVOS E ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS DO MÓDULO II NA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA DO CENTRO DE SAÚDE DE QUELUZ

Objectivo geral do Modulo II:

- *Intervir na prevenção e tratamento da Tuberculose na área geográfica do CSQ.*

Neste módulo foi realizado e implementado um projecto de intervenção como resposta ao problema identificado no Módulo I. Com a pandemia da gripe verificou-se a necessidade de alterar as estratégias, de reagir perante a imprevisibilidade e adequar os recursos às necessidades, tendo em vista a manutenção da qualidade dos cuidados.

A prestação de cuidados à população em tratamento da TB, tendo como base o respeito pela esfera cultural e individual de cada um, revelou-se a nível pessoal uma experiência enriquecedora, pela receptividade e colaboração demonstrada pelos utentes, na partilha das suas vivências relacionadas com a sua situação de saúde.

Na sessão de educação para a saúde na comunidade, os conhecimentos demonstrados, bem como, uma comunicação clara e objectiva, revelaram-se instrumentos de destaque numa aprendizagem bem sucedida.

Objectivo específico 1:

- *Identificar os indivíduos com Tuberculose em fase de tratamento durante os meses de Outubro e Novembro de 2009 na área geográfica do CSQ.*

As intervenções a realizar para este módulo foram programadas para os meses de Outubro e Novembro, período de duração do ensino clínico. A identificação dos utentes foi elaborada segundo os seguintes critérios de inclusão:

- Ter sido diagnosticado TB pulmonar (forma da doença que requer mais atenção por ser contagiosa);
- Estar em tratamento no mês de Outubro e Novembro;
- Pertencer à área de influência da USP do CSQ.

Procedeu-se à consulta das listas enviadas pelo CDP da Venda Nova entre Janeiro a Agosto de 2009 e segundo os critérios anteriormente definidos foram seleccionados 9 utentes. Destes 9, excluíram-se quatro:

- Num dos casos, porque não existiam números de telefone registados ou outro tipo de contactos.
- Relativamente ao segundo utente, constatou-se que já teria terminado tratamento e teria tido alta;
- Quanto ao terceiro e quarto utentes, o contacto telefónico que foi disponibilizado pelos próprios na primeira consulta no CDP já não se encontrava atribuído a estas pessoas; não foi realizada visita domiciliária na tentativa de os localizar por falta de recursos (motivo desta limitação será desenvolvida posteriormente).

Foi realizado contacto telefónico aos restantes 5 utentes e marcada entrevista.

Objectivo específico 2:

- *Acompanhar os utentes com tuberculose em tratamento durante os meses de Outubro e Novembro.*

A TB é um problema grave de Saúde Pública. Apesar de ser responsável por um elevado número de mortes, o seu tratamento existe e na maioria dos casos é eficaz, levando mesmo à cura. As pessoas com TB devem ser acompanhadas, o tratamento é longo (de três meses a um ano) e por vezes provoca efeitos secundários que podem levar à interrupção ou ao seu abandono. Uma das estratégias bem definidas internacionalmente é o rastreio dos conviventes, pois, as famílias devem ser estudadas e ajudadas a restabelecer o equilíbrio. “o enfermeiro comunitário é responsável por ajudar a família a: promover a sua saúde, satisfazer as suas necessidades de saúde e lidar com os problemas de saúde dentro do contexto da

estrutura e do estilo de vida da família”⁷

É fundamental e é esperado que o enfermeiro possua comportamentos de cuidar para com aqueles que têm necessidade de saúde. Cuidar, em enfermagem, dirige-se especificamente à protecção da saúde e bem estar dos utentes na comunidade. Quando este comportamento é considerado como importante para o papel de enfermagem isto indica um compromisso face à protecção da dignidade humana bem como de preservação da saúde.

O cuidar humano é desde há muito um tema privilegiado e referenciado por diversos autores intervenientes de enfermagem, como sendo a essência e o centro de enfermagem. MacFarlane (1976) sugere que a enfermagem é «essencial sinónimo de cuidados». Do mesmo modo, Leininger (1986) descreve os cuidados como «a essência da enfermagem».

Pellegrino (1985) caracteriza o comportamento de cuidar como a obrigação ou dever moral entre os profissionais de saúde. Cuidar, é comportamento praticado sempre dentro de um contexto e o seu significado é interpretado em termos dos deveres especiais ou obrigação entre indivíduos dentro desse contexto. Existe distinção entre o acto de cuidar e o acto de tratar, pois, se toda a prática não for centrada no cuidar, todas as forças vivas da pessoa permanecem inactivas, passivas, não são estimuladas para se manterem em alerta e reagir, assim, têm elas próprias tendência para se deixarem adormecer, reduzir, diminuir. É necessário mobilizar as capacidades da pessoa, e dos que a cercam, com vista a compensar as limitações ocasionadas pela doença e suplementá-las se essas capacidades forem insuficientes. O acto de cuidar baseia-se na compreensão de tudo o que se torna indispensável para manter e estimular a vida de alguém, procurando os meios mais adaptados para o conseguir. Quando não há doença, deficiência ou acidente, mas há acontecimentos que exigem recurso a uma ajuda exterior (nascimento de um primeiro filho, adaptação a uma nova cultura, etc.), o campo de competências da enfermagem situa-se na mobilização e desenvolvimento das capacidades da pessoa, da família, dos que a cercam, para fazer face ao acontecimento, resolver a dificuldade, visando torná-la competente e capaz de utilizar os recursos afectivos, físicos, sociais e económicos de que dispõe.

Tendo como base o cuidado, a enfermeira de Saúde Pública deverá realizar o acolhimento dos utentes em TOD e elaborar inquérito epidemiológico. Na primeira entrevista é iniciada a colheita de dados ao utente e sua família.

As entrevistas aos utentes seleccionados foram realizadas com o auxílio de dois instrumentos de colheita de dados e que foram: um **questionário** (anexo VI) existente no Portal da Saúde Pública e que foi validado pelo enfermeiro tutor e orientador. O modelo disponível na

⁷ STANHOPE, Márcia; LANCASTER, Jeanette – **Enfermagem Comunitária: Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos**. Loures: Lusociência. 1999. ISBN 972-8383-05-3.

USP carecia de linguagem actual e não permitia colher alguns dados. Exemplo é o país de origem. Foi proposta a remodelação do mesmo e a enfermeira orientadora referiu que não seria pertinente porque a curto prazo iria ser construído outro modelo por um grupo de trabalho pertencente à Administração Regional de Saúde; Outro instrumento utilizado foi uma **ficha de avaliação familiar** (Anexo VII), a qual foi adaptada de um modelo utilizado no Centro de Saúde de Oeiras (Anexo VIII), “ A avaliação familiar requer a utilização de um instrumento de colheita de dados que permitam conhecer a família e a sua dinâmica, de forma a potenciar a intervenção do enfermeiro de família”⁸. Esta avaliação é realizada com base no Modelo de Calgary de avaliação da Família (MCAF), que é o modelo de avaliação e intervenção na família em que o foco de atenção é a família e o seu conjunto. Funciona como um sistema e os seus membros relacionam-se entre si, “há compromissos e vínculos que indicam obrigações futuras e que é responsabilidade da família, dentre outras a protecção dos seus membros”⁹

O MCAF é uma estrutura multidimensional constituída por três categorias principais: estrutural, de desenvolvimento e funcional (figura 18); cada categoria contém várias subcategorias que podem ser ou não avaliadas na primeira consulta, ou mesmo nunca serem avaliadas. “Cada enfermeiro decide quais as subcategorias relevantes e apropriadas para exploração e avaliação junto de cada família e a cada instante no tempo”¹⁰, ou seja, nem todas as subcategorias necessitam ser avaliadas na primeira abordagem com a família e algumas podem nunca ser avaliadas. Os instrumentos habitualmente utilizados para a avaliação estrutural da família são o **genograma** e o **ecomapa**, desenvolvido com dispositivo de avaliação, planeamento e intervenção familiar.

O **genograma** é uma representação gráfica da árvore genealógica da família, que permite conhecer elementos da estrutura da família e dados intergeracionais. Contém informações tais como: primeiro nome; idade; data de nascimento; escolaridade; estado civil; casamentos; divórcios; separações; coabitação e/ou novos casamentos; ocupação; problemas de saúde; causa de morte; relação biológica; migração, hábitos de adição; religião. É apropriada a sua realização na primeira reunião com a família e podem estar presentes um ou mais elementos. A sua elaboração é simples e pode desencadear a recolha de informações úteis tanto para a enfermeira como para a família.

⁸ BARBIERI, Maria do Céu – A avaliação familiar pelo enfermeiro de família: proposta de um instrumento de recolha de dados baseado em Wright. E. Leahey (2002) **Sinais Vitais**. Coimbra.55 (Julho 2004), p.23-30 ISSN 0872-0844

⁹ WRIGTH, Lorraine M.; Leahey, Maureen – **Enfermeiras e famílias: Um guia para a avaliação e intervenção na família**. 3ªed. São Paulo: Roca, 2002. ISBN 85-7241-346-4.

¹⁰ Ibidem, p.65.

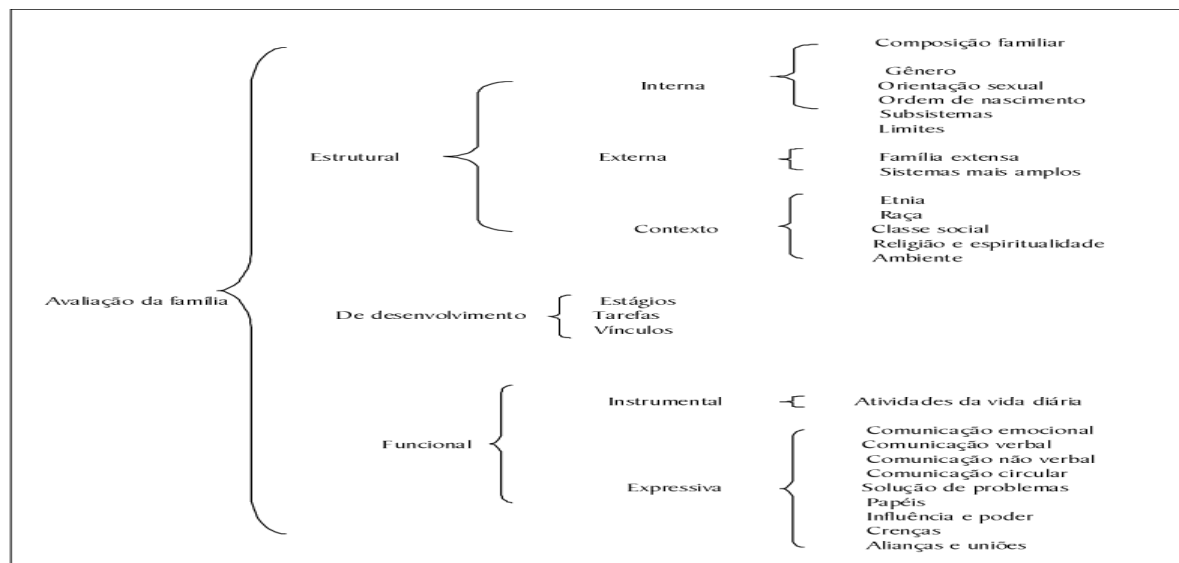


FIGURA 18 – Diagrama ramificado do Modelo Calgary de Intervenção Familiar

(Fonte: Enfermeiras e famílias: Um guia para a avaliação e intervenção na família.)

É prática usual incluir pelo menos três gerações. Os membros da família são colocados em séries horizontais que significam linhagens de geração. Cada geração deverá ocupar uma linha própria onde se irão situar todos os elementos. Os aspectos que se repetem podem ser realçados através da utilização de diferentes cores. Os casamentos ou relacionamento consensual são denotados por uma linha horizontal. As crianças são denotadas por linhas verticais, ordenadas da esquerda para a direita, começando pela mais velha. Sempre que vivam na mesma casa outras pessoas não pertencentes à família, devem ser representadas pelos respectivos símbolos e colocadas no genograma mas não ligadas por linhas contínuas de sangue. Todos os indivíduos que coabitam serão circundados por uma linha a tracejado, representando o agregado familiar. O elemento da família que fornece os dados deve ser destacado com uma linha dupla.

O nome e a idade da pessoa devem ser anotados do lado de dentro do quadrado ou do círculo e do lado de fora do símbolo são registados dados significativos. Se um membro da família morreu, o ano da morte é indicado acima do quadrado ou do círculo. Quando é utilizado o símbolo de aborto, o sexo da criança deve ser registado, caso seja conhecido. Pode ser utilizada outra simbologia desde que legendada.

O **ecomapa**, representa os relacionamentos dos membros da família com os sistemas mais amplos. Diz respeito a instituições sociais e pessoas com relações significativas com a família. Qual a rede de apoio é mais expressa na família, que serviços comunitários a família utiliza. Tal como no genograma o ecomapa é realizado com a participação da família. É colocado no círculo central a família ou os membros da família. Os círculos externos

representam pessoas, órgãos ou instituições no contexto familiar (o tamanho dos círculos não são importantes), são desenhadas linhas entre a família e os círculos externos identificando a natureza dos vínculos existentes, as quais carecem de legendagem.

Após a fase de acolhimento deve ser combinado com o utente uma visita a sua casa, espaço que nos poderá fornecer dados em relação às condições higieno-sanitárias (factor importante na prevenção e tratamento da TB), permitindo observar como vive, como se relaciona “.....um aspecto importante do papel do enfermeiro comunitário na redução dos riscos de saúde e promoção da saúde das populações tem sido a tradição de prestar serviços às famílias individualmente nas suas casas”¹¹. Os profissionais de saúde devem capacitar estes utentes a seguir o tratamento mas também a adquirir hábitos e medidas para evitar o propagação da TB.

A presença de uma doença infecto-contagiosa como é a TB requer a adopção de comportamentos e atitudes bem identificados de forma a reduzir o seu contágio. Os enfermeiros tem um papel fundamental na educação das populações, a casa das pessoas poderá ser, quer pelas condições habitacionais quer através de comportamentos um local que potencia a prevalência da doença. As famílias devem ser ensinadas e incentivadas a adquirir hábitos adequados de forma a obter a cura do familiar doente e a manutenção da Saúde dos membros restantes.

A visita domiciliária é fundamental no cuidado ao utente e sua família, permite uma colheita de dados mais exacta sobre a estrutura familiar, os vínculos, as suas relações e as condições habitacionais. Informação que possibilita a elaboração do Planeamento em Saúde de forma adequada. As alterações a implementar devem ser discutidas com a família de forma a envolve-la no processo de mudança.

Os casos de abandono terapêutico devem ser abordados com especial atenção, pois, estas pessoas correm o risco de desenvolver formas de TB multirresistente e são uma fonte de contágio para a comunidade. Devem ser procuradas de forma a retomarem o seu tratamento.

Apesar da importância da visita domiciliária, com a pandemia da gripe A, a USP sofreu um acréscimo de trabalho impossibilitando deslocar elementos para a realização da mesma. Desta forma, não se encontravam reunidas as condições mínimas de segurança para a sua

¹¹ STANHOPE, Márcia; LANCASTER, Jeanette – **Enfermagem Comunitária: Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos**. Loures: Lusociência. 1999. ISBN 972-8383-05-3.

execução havendo a necessidade de reformular as estratégias: no caso do abandono terapêutico foi redigida uma carta a solicitar a sua comparência na USP (Anexo IX) devidamente endereçada com aviso de recepção (a utente até á conclusão deste módulo de estágio não contactou a USP).

Dada a impossibilidade de realizar visitas domiciliárias foi realizado o acolhimento e então procedeu-se á marcação de entrevistas. Dos 5 utentes, três foram contactados através de telefone e dois pessoalmente porque se encontravam em TOD na extensão de Monte Abraão (edifício comum à da USP). Num dos dois casos houve a necessidade de se solicitar o acompanhamento de alguém, pois, necessitava-se de um intérprete porque o utente apenas compreendia algumas palavras em português (fez-se acompanhar por um primo, pessoa que desempenha este papel com frequência).

As entrevistas ocorreram num dos gabinetes da USP, entre 16 de Outubro e 11 Novembro de 2009. O tempo médio foi de uma hora e trinta minutos de duração. Dos 5 entrevistados, três não compareceram no dia marcado havendo necessidade de novo contacto e remarcação da mesma. Destes três últimos, contactou os utentes uma terceira vez para a sua realização.

Os utentes entrevistados, dois eram do sexo feminino e três do sexo masculino com idades compreendidas entre os 26 e os 30 anos de idade. Todos de raça negra, três originários da Guiné-Bissau, um de São Tomé e Príncipe e um de Angola.

Os indivíduos provenientes da Guiné-Bissau foram evacuados porque necessitavam de Cuidados de Saúde. Dois foram submetidos a internamento hospitalar e após a alta foram recebidos pela família extensa residente em Portugal. Esta família que os une pelos “laços de sangue” mas sem qualquer vínculo. Pessoas tão afastadas no grau de parentesco que se torna difícil, mesmo para os entrevistados, situá-los no genograma familiar.

Um dos indivíduos acima referidos manteve-se dois meses em coabitação com a família de acolhimento e, por rotura de relações, é recebida mais uma vez pela família extensa a residir em Portugal, referindo que a relação que estabelece com a nova família de coabitação é superficial, sem vínculos afectivos ou sociais. “ A cultura enquanto meio de crescimento, funciona como apoio que dá equilíbrio às pessoas, através do sentimento de identidade, reconhecimento, valor e estima social. Estes valores podem ser drasticamente afectados nos casos das pessoas que mudam de cultura repentinamente afectando-as ligeira ou profundamente no seu equilíbrio biológico, psicológico e espiritual.”¹² O utente, além de se

¹² GAMEIRO, Aires - **Emigrantes: psicologia social, conflitos e desafios culturais**, Lisboa: Centro do livro brasileiro de Lisboa e obra católica Portuguesa de migrações, 1984

encontrar num processo de aculturação, transmite uma preocupação acrescida que é o facto de estar infectado com VIH. No seu discurso, pede sigilo para este facto, pois, pelo medo do estigma social, é importante que “ninguém” saiba. Foi transmitida a importância de não abandonar as consultas de infecciologia no Hospital de Santa Maria, abordadas as formas de transmissão, de conduta, e assegurado o segredo profissional.

Numa segunda entrevista, na tentativa de facilitar a integração na nova cultura, foi encaminhado para a “Casa da Guiné” (um dos parceiros sociais da Rede Social de Monte Abraão). Gameiro refere que as mudanças de cultura para cultura podem provocar dois tipos de reacções, ou seja, dois tipos de comportamentos resultantes da adaptação a novas situações. Um, são os indivíduos que se deslocam sem família de um país para o outro e vivem segundo o ambiente cultural que encontram, pessoas sem identidade cultural, “tornando-se” órfãos ou refugiados desde pequenos. Gameiro refere-se a eles, “...Todas as terras e nenhuma é seu país. Para eles todas as normas e valores culturais são extremamente relativos e sem mais que um valor momentâneo, destinados a mascarar e envernizar o viver das pessoas e não a construí-las por dentro. Mudam de tradições, costumes e valores de cada cultura (que é sempre a cultura dos outros) mas até mesmo os empregos, os amigos e ainda mulher e filhos, se chegam a ter a estabilidade suficiente para se casarem... e esperarem que os filhos nasçam. Vivem predominantemente no desenraizamento cultural do que na afeição a uma origem e identidade cultural.”¹³ Se estes vivem na tentativa de se adaptarem à nova cultura, outros recusam-se a esquecer o que aprenderam. Estes últimos tendem a hostilizar todos os outros. Criam grupos, vivem a sua cultura fechando-se no seu mundo e impedindo que ele seja invadido por “estranhos” chegando mesmo a ser hostis.

Foi reforçada a importância da adesão terapêutica e encaminhada a colheita de dados para a unidade de Saúde de Cuidados de saúde primários a que a utente pertence.

Quanto ao terceiro indivíduo, a evacuação deu-se na companhia da sua mãe, tendo os dois sido recebidos pela família a residir em Portugal sendo grau de parentesco próximo, irmão. A adaptação à nova cultura parece facilitada porque a família possui laços afectivos anteriores à evacuação, “.... se o indivíduo emigra com a família ou para junto de parentes ou amigos que aí se encontram, pois, encontra a sua cultura, e muitas vezes a sua língua, não havendo um choque de mudança tão drástico. Se o indivíduo emigra isolado, a falta de apoios e de referências podem levá-lo á desorientação e confusão, daquilo que devem ou não fazer, adquirindo novas aprendizagens que, no entanto, não se articulam com a nova cultura onde está inserido.”¹⁴

¹³ GAMEIRO, Aires - **Emigrantes: psicologia social, conflitos e desafios culturais**, Lisboa: Centro do livro brasileiro de Lisboa e obra católica Portuguesa de migrações, 1984

¹⁴ Ibidem

A limitação da língua é observada num dos casos "...a identidade cultural de uma pessoa dependerá de sua facilidade com a nova língua"¹⁵ A comunicação verbal em português torna-se difícil, pois, o utente entende apenas algumas palavras. A sua língua de origem é um dialecto guineense o que o torna dependente de um familiar (primo). A língua torna-se num obstáculo/limitação na prestação dos cuidados de saúde, quando o utente se desloca sem um tradutor.

O utente proveniente de S. Tomé e Príncipe reside com a família nuclear. São emigrantes que conseguiram ao longo dos anos a reunificação familiar. Primeiro veio a mãe, depois o pai (já ausente da família nuclear por emigração num país africano), depois vem o filho mais novo e por fim o filho mais velho com a sua esposa, os quais deixaram os seus filhos em S. Tomé com o objectivo de também estes se reunirem mais tarde à família em Portugal. "Se o indivíduo emigra com a família e para um país doutra cultura mas já lá encontra outros parentes, amigos e conhecidos, ou ao menos pessoas da mesma terra e língua, o choque da mudança não é tão grande, podendo até esbater-se e passar despercebida."¹⁶

Por último, a utente proveniente de Angola emigra com o marido e a filha do casal fica aos cuidados dos avós maternos. Em Portugal passam por um processo de rotura, divórcio, e o utente passa a viver sozinho. Usufrui de apoio afectivo e económico da família extensa a residir em Portugal, um tio. Não tem vontade de regressar ao país de origem porque tem más recordações do seu país devido á guerra. A religião rege a sua conduta, é nela que encontrou o sentido da vida. Neste grupo desenvolveu relações de amizade e é aqui que identifica as pessoas significativas no país de acolhimento.

Os utentes entrevistados são oriundos de outras culturas. Em alguns dos casos observou-se uma transição rápida entre culturas com desagregação familiar. Para cuidar estas pessoas é necessário conhecê-las, aprender a cuidá-las, como refere Leininger "As enfermeiras não podem permanecer ignorantes sobre a importância dos factores culturais do cuidar. Descobrir porque é que as culturas têm diferentes maneiras de se curarem ou ficarem doentes é um ponto central na enfermagem transcultural."¹⁷ O reconhecimento da pessoa enquanto ser cultural pode-se traduzir numa maior adesão terapêutica, mais proximidade com os serviços de Saúde. O enfermeiro tem que estar disponível para conhecer a pessoa, para que seja possível construir com o utente um plano terapêutico, adequado ao utente e às necessidades do tratamento, preservando o cuidado cultural e a saúde. Leininger, formula a sua **Teoria da Diversidade e Universalidade do cuidado**, com a crença de que "as pessoas de culturas

¹⁵ Ibidem

¹⁶ GAMEIRO, Aires - **Emigrantes: psicologia social, conflitos e desafios culturais**, Lisboa: Centro do livro brasileiro de Lisboa e obra católica Portuguesa de migrações, 1984

¹⁷ LEININGER, Madeleine M. (et al.); - **Culture care diversity e universality: a theory of nursing**. Boston: Jones and Bartlett Publishers. 2001.

diferentes podem informar e são capazes de orientar os profissionais para receber o tipo de cuidados que desejam ou necessitam dos outros.”¹⁸

Para Leininger, cuidar é a essência da enfermagem, os cuidados prestados devem ser congruentes com as especificidades culturais. Tendo em conta uma abordagem holística, centrada na relação entre o indivíduo e o meio, identifica três modos de acção:

- A preservação/manutenção do cuidar cultural - “Respeita as acções e decisões profissionais de auxílio, apoio, facilitadoras ou capacitadoras que ajudam as pessoas de uma cultura específica a reter e/ou preservar valores relevantes do cuidar de modo a que possam manter o seu bem-estar, recuperar da doença ou encarar deficiências ou a morte”¹⁹
- A acomodação/negociação do cuidar cultural - “Diz respeito às acções e decisões profissionais criativas de auxílio, apoio, facilitadoras ou capacitadoras que ajudam as pessoas de uma designada cultura a adaptar-se a ou a negociar com os outros para um resultado de saúde benéfico ou satisfatório com os prestadores de cuidados profissionais.”²⁰
- A repadronização/reestruturação do cuidar cultural - “Refere-se às acções e decisões profissionais de auxílio, apoio, facilitadoras ou capacitadoras que ajudam os clientes a reordenar, alterar ou modificar grandemente os seus modos de vida para padrões de cuidados de saúde novos, diferentes e benéficos, respeitando os valores culturais e crenças dos clientes e fornecendo, ainda, um modo de vida benéfico ou mais saudável do que antes de as mudanças terem sido co-estabelecidas com os clientes.”²¹

No cuidado cultural, as atitudes e acções do utente devem ser apoiadas e valorizadas desde que não se verifiquem riscos para a própria saúde. Caso se apresentem desadequadas, o enfermeiro deve procurar que o utente altere a sua conduta com base na negociação e sem sair do contexto cultural em que se encontra inserido levando assim à preservação ou reforço dos vínculos com os profissionais prestadores de cuidados. O cuidado que necessita de ser reestruturado deve ser garantido de forma a estabelecer um cuidado coerente com hábitos de vida saudáveis.

As *fichas de avaliação familiar* foram encaminhados para as equipas de enfermagem das respectivas unidades do CSQ pretendendo-se que se mantenha uma vigilância do estado de saúde deste utentes.

¹⁸ TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Marth Raile – *Teóricas de Enfermagem e a sua obra*"/Modelos e teorias de enfermagem – 5ªed(ing). Loures: Lusociência. 2004.ISBN: 972-8383-74-6

¹⁹ TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Marth Raile – *Teóricas de Enfermagem e a sua obra*"/Modelos e teorias de enfermagem – 5ªed(ing). Loures: Lusociência. 2004.ISBN: 972-8383-74-6

²⁰ Ibidem

²¹ Ibidem

Os inquéritos epidemiológicos foram enviados aos notificadores. Em todos os casos, ao CDP da Venda Nova.

Objectivo específico 3:

- *Intervir activamente nos grupos mais vulneráveis da Tuberculose na área geográfica do CSQ em 2008*

No Módulo I foi elaborado diagnóstico da situação da TB da população da área de influência do CSQ por se tratar de um problema prevalente nesta população. A taxa de incidência mais elevada de TB registou-se na freguesia de Monte Abraão e no grupo etário dos 35 aos 44 anos de idade. Desta forma, pensou-se que seria útil abordar o tema junto da comunidade, numa perspectiva da prevenção da doença, "...deve dirigir-se à modificação dos comportamentos que influem negativamente nos problemas de saúde identificados."²²

De acordo com este objectivo programou-se uma acção de sensibilização aberta à comunidade e dirigida em especial ao grupo etário dos 35 aos 44 anos (idade activa da população) pelas 18h do dia 10 de Novembro (este planeamento foi efectuado a 6 de Outubro, com um mês de antecedência, suficiente para encontrar um local adequado para a realização da sessão e para a sua divulgação). Foi solicitado apoio à Junta de Freguesia de Monte Abraão, para a escolha do local e para a sua divulgação.

A divulgação foi realizada na Junta de Freguesia de Monte Abraão, no sítio da Junta de Freguesia (informação disponibilizada a 26 de Outubro, Anexo X), foram distribuídos cartazes pelas 7 delegações da Junta de Freguesia existentes em Monte Abraão (Anexo XI). Após autorização por parte da Sr.^a Directora do ACES X, foram afixados cartazes informativos da referida acção de sensibilização pelas diversas unidades do agrupamento.

A Acção de Sensibilização teve lugar na Escola EB 2,3 Ruy Belo, no dia 10 Novembro de 2009 com início às 18h15m. Foi dada tolerância de 15 minutos e terminou cerca das 19h.15m. Foi utilizada técnica expositiva com recurso a videoprojector com apresentação em powerpoint (Anexo XII). Estiveram presentes elementos da equipa da USP (médicos e enfermeiros) e duas técnicas do Serviço Social da Junta de Freguesia. Assistiram à acção 26

²² CARVALHO, Amâncio; CARVALHO, Graça – **Educação para a Saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação**. Loures: Lusociência. 2006. ISBN 972-8930-22-4.

adultos (com idade variável entre os 20 e os 70 anos) e 4 crianças que se faziam acompanhar pelos seus familiares. No decorrer da acção houve momentos de troca de experiências e oportunidade de esclarecimento de dúvidas.

O enfermeiro, qualquer que seja a área em que trabalhe, deve direccionar-se para a promoção de saúde definido por Laverack que diz "...Toda a actividade que melhora a saúde dos indivíduos e das comunidade."²³ Portanto, é fundamental que se capacite a população para a manutenção da sua própria saúde.

²³ LAVERACK, Glenn – **Promoção de Saúde: Conceitos, poder e empoderamento**. Loures: Lusodidata. 2004. ISBN 978-989-8075-09-3.

3 - AVALIAÇÃO DO PROJECTO DE INTERVENÇÃO

O projecto de intervenção desenvolvido neste ensino clínico visou principalmente a diminuição das taxas de incidência e prevalência da TB na população de Monte Abraão.

Uma das estratégias desenvolvidas foi a realização de uma sessão de educação para a saúde na comunidade. Considerando que a população residente, segundo os censos de 2001, era de 22 041 habitantes e que nesta sessão estiveram presentes 30 pessoas, o número de pessoas abrangidas foi insignificante, mas poderão ser veículo de informação a outras pessoas. Seria importante aumentar o número de sessões de Educação de Saúde na comunidade, incluir a problemática da TB no programa de Saúde Escolar local e intensificar a informação através de cartazes pelos serviços públicos existentes na comunidade.

Os casos bacilíferos são aqueles que requerem mais atenção, não só pelas sequelas que podem deixar no próprio indivíduo como também pelo risco de contágio que representa para a comunidade. A cura destes doentes é fundamental para se atingir a meta da erradicação da doença. É necessário capacitar estes utentes, ajudá-los, acolhê-los e acompanhá-los no caminho longo que é o tratamento (no momento da conclusão do Módulo II os utentes ainda se encontravam em tratamento impossibilitando a avaliação das intervenções realizadas.)

A equipa de Saúde Pública irá prosseguir com implementação deste projecto, na medida que este vai ao encontro de um problema sentido e vivenciado pela mesma, porque foi construído de acordo com os interesses da Equipa de Saúde e as necessidades da população

Haverá certamente muito caminho a percorrer para a erradicação da TB, o qual terá que ser realizado passo a passo. O trabalho desenvolvido ao longo dos dois primeiros módulos de estágio poderá ser mais um contributo para a redução do número de casos de TB na meta final que será a extinção da doença.

PARTE II – ENQUADRAMENTO DO MÓDULO III DO ESTÁGIO, SERVIÇO DE NEFROLOGIA DO HOSPITAL CURRY CABRAL

1 - DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Para a realização do diagnóstico de situação e de forma a situar o local onde decorreu o Módulo III, foi realizada uma breve referência à unidade hospitalar, Serviço de Nefrologia e por fim, a local onde decorreu o ensino clínico, ou seja, a Consulta de Diálise Peritoneal.

Devido á especificidade do Programa de Diálise Peritoneal pareceu pertinente realizar uma abordagem teórica sobre o tema.

1.1 - CONTEXTUALIZAÇÃO DA UNIDADE HOSPITALAR

No início do século XX, Portugal encontrava-se numa deplorável condição socioeconómica em que o analfabetismo era predominante. A situação sanitária do país era o seu reflexo. Até aos anos 30, as taxas de mortalidade infantil eram elevadas. Em 1000 nascimentos registavam-se acima de 120 óbitos e a principal causa da morte eram as doenças infecto-contagiosas com preponderância para a TB. Devido a este facto surgiram unidades de saúde destinadas a tratar estes doentes. Além de serem criados alguns sanatórios espalhados pelo país, foi mandado construir pelo Enfermeiro-Mor Curry Cabral o Hospital do Rego. A sua construção é iniciada em 1904 com lotação de 728 camas e recebe os primeiros utentes e 15 de Janeiro de 1906. Em 1913 é integrado no grupo dos Hospitais Cíveis de Lisboa (conforme Portaria nº 1152/95 de 19 de Setembro) então constituído pelo Hospital de D. Estefânia, Hospital de Santa Marta, Hospital de S. José, Hospital dos Capuchos e Hospital do Desterro. Em 1929 é alterado o seu nome para Hospital Curry Cabral (HCC) em homenagem ao seu fundador.

O Hospital tem como missão tratar pessoas com doenças infecto-contagiosas e é constituído por 22 pavilhões autónomos. Este tipo de construção pavilhonar, corpos de edifícios independentes entre si espalhados numa vasta área, encontra-se actualmente em desuso (a sua construção e exploração é mais cara, obrigando a circulações desaconselhadas, mais recursos humanos, e exige uma maior assistência técnica e de manutenção).

Actualmente é um hospital central, com autonomia administrativa e financeira, presta

cuidados de saúde diferenciados às freguesias dos concelho de Lisboa e de Loures. Possui valências médicas (Medicina Interna, Infeciologia, Dermatologia, Endocrinologia, Nefrologia, Medicina Física e Reabilitação, Unidade de Cuidados Intensivos) e valências cirúrgicas (Cirurgia Geral, Transplantes Renal e Hepático, Urologia e Ortopedia).

1.1.1 - VALÊNCIA DE NEFROLOGIA

A Nefrologia é uma valência que pode existir num hospital central ou regional. Deve servir uma população de 300 000 a 500 000 habitantes e estas unidades devem assegurar e dar apoio às unidades de diálise e aos hospitais onde a valência não exista.

A valência de Nefrologia tem como objectivo o diagnóstico e o tratamento de doenças renais e das suas repercussões sistémicas. Os utentes que procuram um serviço de nefrologia hospitalar (independentemente das características específicas dos agentes ou factores causais e dos mecanismos e factores envolvidos na produção da doença renal), podem ser distribuídos por grupos patológicos suficientemente homogéneos (classificação segundo grupo de trabalho para a elaboração da Carta de equipamentos de Saúde):

- Doentes assintomáticos cuja doença é evidenciada apenas por alterações da composição da urina, muito sugestivas de doença renal;
- Doentes com sintomas nefrológicos caracterizados, com ou sem insuficiência renal mínima ou moderada e repercussões sistémicas, potencialmente evolutivos;
- Doentes com insuficiência renal crónica avançada, em regra, com incidências sistémicas activas importantes, que evoluirá para a insuficiência renal crónica terminal;
- Doentes com insuficiência renal aguda eventualmente reversível, acompanhada por alterações fisiopatológicas associadas e potencialmente fatais;
- Insuficiência renal crónica em estadio terminal.

As acções que abrangem os dois primeiros grupos são orientadas no sentido de curar ou suspender com estabilidade os processos patológicos envolvidos, de forma a evitar a lesão irreversível do rim, ou, por outras palavras, evitar a "morte renal".

No terceiro grupo há a preocupação de retardar no tempo a evolução para o estágio terminal.

Para os dois últimos grupos, os recursos a utilizar têm por finalidade impedir a morte pelo recurso à diálise e à transplantação renal.

Para assegurar o funcionamento de um serviço de Nefrologia o hospital deve ter:

- Consulta externa;
- Unidade de internamento – Previsto para tratamento de doentes agudos e crónicos,

sendo de considerar que, com o desenvolvimento da especialidade, tende a aumentar o número de doentes crónicos que noutras condições morreriam precocemente. O internamento em Nefrologia será também apoio indispensável para tratamento de complicações que surjam nos hemodialisados crónicos;

- Apoio laboratorial de Morfologia Renal, Imunologia, Biologia Molecular e Bioquímica Diferenciada;
- Acesso a área de métodos e técnicas invasivas, Medicina Intensivista de Emergência e Imagiologia;
- Unidade de diálise associada.

Em Portugal, segundo dados do Ministério da Saúde (2001) que revelava um forte predomínio do sector privado e que mais de 90% dos doentes crónicos seguem a terapêutica em unidades privadas, “dando” ao sector público (hospitalar), o tratamento dos doentes acamados e dos casos especiais (infectados, VIH positivos e doentes com hepatite B). A existência do sector público torna-se insubstituível para dar resposta às referidas situações bem como para servir de modelo referencia de qualidade.

O serviço de Nefrologia do HCC é referência hospitalar das freguesias: Graça, Lapa, Luz Soriano, S.Mamede / Sta Isabel, Alameda, Coração de Jesus, Penha de França, S. João, Marvila, Olivais, Sacavém e Sete Rios. Garante cuidados nefrológicos a: Hospital Reynaldo dos Santos (Vila Franca de Xira), a alguns hospitais de Lisboa (Hospital de S. José, Hospital Capuchos e Desterro, Instituto Português de Oncologia) e presta apoio de retaguarda a unidades privadas. Constituído por:

- Unidade de hemodiálise, com capacidade de realizar tratamento a 14 utentes em simultâneo por cada turno num total de 3 turnos por dia.
- Serviço de internamento, com lotação de 22 camas (11 para o sexo feminino e 11 para o sexo masculino) e duas camas de recobro destinadas aos utentes submetidos a biopsia renal, implantação de cateteres e utentes de diálise peritoneal que necessitam de internamento.
- Sala de técnicas invasivas, onde são realizadas biopsias renais e implantação de cateteres centrais para Hemodiálise e cateteres peritoneais para diálise peritoneal.
- Consulta de transplante renal, consulta pré e pós transplante, assegurada por uma enfermeira nos dias úteis das 8.00h às 16.00h.
- **Consulta de Diálise Peritoneal**, são realizadas consultas médicas e de enfermagem ao utente em programa de Diálise Peritoneal. Funciona nos dias úteis das 8h às 16h.

1.1.2 - A DIÁLISE PERITONEAL

A pessoa com falência renal irreversível dispõe de três alternativas para a substituição da função renal: o Transplante Renal, a Hemodiálise e a Diálise Peritoneal .

A Diálise Peritoneal (DP) “...envolve o transporte de solutos e de água através de uma “membrana” que separa dois compartimentos que contêm líquidos. Estes dois compartimentos são (a) o sangue no capilar peritoneal (na insuficiência renal, o sangue contém um excesso de ureia, creatinina, potássio e outros), e (b) a solução de diálise na cavidade peritoneal (esta solução de diálise, tipicamente contém sódio, cloreto e lactato e é convertida em hiperosmolar pela inclusão de uma alta concentração de glicose). A membrana peritoneal que age como um “dialisador” é na verdade uma membrana semipermeável, heterogénea, contendo múltiplos e diferentes poros, com uma fisiologia e anatomia relativamente complexa.”²⁴ A diálise peritoneal crónica pode compreender duas modalidades a DPCA (Diálise Peritoneal Continua Ambulatória) e DPA (Diálise Peritoneal Automatizada). A primeira envolve 4 a 5 infusões com permanência na cavidade peritoneal por 4 a 8 horas. Na DPA podem ser realizadas 3 a 10 infusões durante a noite utilizando uma cicladora automática.

Na segunda metade do século XX deu-se uma expansão rápida da tecnologia médica, verificando-se um retorno à prestação de cuidados na comunidade. Foi nesta altura em que nasceu o movimento para o desenvolvimento/expansão dos CSP. A conferência internacional que decorreu em 1978 em Alma Ata na Rússia, tornou-se um marco histórico. Neste evento foi determinado o objectivo de todas as nações da OMS de “atingir um nível de saúde que permitisse a todos os cidadãos do mundo terem vidas produtivas a nível social e económico”²⁵ através dos CSP.

A crescente sofisticação e as exigências em termos de cuidados primários facilitaram o tratamento das pessoas com doença crónica em suas casas.

O primeiro tratamento com hemodiálise regular a um doente ocorreu em 1960; com o desenvolvimento de programas domiciliários entre os anos de 1960 e 1970, registou-se um aumento das pessoas a ser tratadas no domicílio, mais concretamente em DPCA. Este reforço da diálise domiciliária levou à introdução de enfermeiras de diálise da Unidade de Nefrologia na comunidade. Os utentes podem passar mais tempo nas suas actividades sem ter que recorrer três vezes por semana a uma unidade hospitalar, tornando-se muitas vezes mais viável

²⁴ DAUGIRDAS, Jonh; BLAKE, Peter; ING, Todd – **Manual de Diálise**. 3ª ed. Rio de Janeiro. Medsi. 2003. ISBN 85-7199-312-2.

²⁵ TOMAS, Nicola – **Enfermagem em Nefrologia**. Loures: Lusociência. 2005. ISBN 972-8383-85-1.

também a nível financeiro. “A prestação de cuidados nefrológicos na comunidade é reconhecida como um meio eficaz de reduzir os internamentos hospitalares por problemas relacionados com a diálise.”²⁶

1.2 - JUSTIFICAÇÃO DO TEMA

O Módulo III do estágio decorreu de 23 de Novembro de 2009 a 29 de Janeiro de 2010, realizado em contexto de trabalho e desenvolvido no serviço onde presta cuidados de enfermagem há cerca de 10 anos. Pela prática diária foi possível constatar que o indivíduo que inicia programa de DP habitualmente vem referenciado da consulta de Nefrologia (hospital) que por sua vez veio referenciado pelo médico de família. Os utentes que passam a ser utilizadores em exclusivo dos cuidados hospitalares perdem o contacto e as referências com os CSP. Por vezes, recorrem ao hospital por situações que poderiam ser resolvidas por quem lhes está mais próximo (os Cuidados de Saúde Primários), minimizando a sobrecarga da doença crónica. “ Os doentes de diálise já têm que investir muito tempo no tratamento e nos auto-cuidados e por isso podem não querer gastar o seu “tempo livre” a pensar na doença com visitas ao hospital”²⁷. Constata-se que a articulação entre os cuidados de saúde primários e esta unidade hospitalar são inexistentes.

A articulação de cuidados de saúde entre as várias entidades é uma estratégia que tem vindo a ser trabalhada. Exemplo são as Lei de Bases da Saúde, concretamente a Lei de Base XIII, “Deve ser promovida a intensa articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde, reservando a intervenção dos mais diferenciados para as situações deles carecida e garantindo permanentemente a circulação recíproca e confidencial da informação clínica relevante sobre os utentes.”²⁸ Outro exemplo é a Criação das Unidades de Saúde Integradas em que a prestação de cuidados de saúde é realizada com os recursos das unidades de saúde local num trabalho de parceria.

A articulação entre os CSP e os cuidados diferenciados são de extrema importância para o funcionamento harmonioso do sistema de saúde. A vontade política nestas estratégias são fundamentais. Além das leis, da criação de grupos de trabalho, é necessário actuar junto dos profissionais de saúde. O trabalho em parceria tem que ser sentido como benéfico, facilitador, e tem que ser experimentado.

A pertinência do projecto foi discutida junto com a Enfermeira Orientadora e Enfermeira Tutora que deram um parecer positivo.

²⁶ Ibidem, p.437

²⁷ Ibidem, p.450

²⁸ LEI n°48/90.D.R.IªSérie A 108 (1990-08-24) 3452-3459

1.3 - DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS OBJECTIVOS E ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS DO MÓDULO III NO SERVIÇO DE NEFROLOGIA DO HOSPITAL CURRY CABRAL

Objectivo geral do Módulo III:

- *Promover a articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados diferenciados*

O Módulo III, realizado em contexto de trabalho, sendo de domínio pessoal em que existe uma autonomia fundamentada, possibilita a construção de um projecto articulado de forma directiva e eficiente, respondendo às necessidades de ambos os sectores.

A inovação, a capacidade de liderança e motivação no envolvimento de outros profissionais, foram factores preponderantes na operacionalização deste projecto de intervenção, o qual ainda se encontra em execução e alargado a outras unidades de saúde.

Objectivo específico 1:

- *Proceder ao levantamento das necessidades de registos de enfermagem relacionado com os utentes em DP.*

A primeira estratégia adoptada para a concretização deste objectivo, foi a consulta dos instrumentos de registo utilizados na Consulta de DP. Desta pesquisa, constatámos que os registos elaborados para consumo interno da unidade eram suficientes, mas quando os utentes eram incluídos no programa de DP, a informação não era partilhada. Ora, para haver articulação de cuidados teria de haver primeiro partilha de informação. Foi criado um documento (Anexo XIII) de forma que, sempre que um utente seja admitido no Programa de DP se informe a respectiva Unidade de Saúde dos CSP.

Nesta fase tornou-se importante conhecer melhor a população em programa de DP e inclusivamente conhecer a que unidades de CSP pertenciam. Foi realizado levantamento e tratamento dos dados que serão expostos de seguida e contextualizados com os cuidados de enfermagem ao doente em Programa de DP.

1.3.1 - O PROGRAMA DE DIÁLISE PERITONEAL NO HOSPITAL DE CURRY CABRAL

No programa de DP do Serviço de Nefrologia do HCC estavam incluídos 19 utentes - 10 do sexo masculino e 9 do sexo feminino (figura 19).

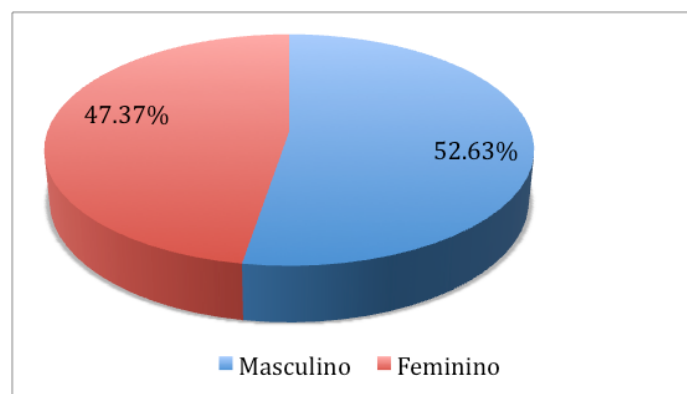


Fig 19 – Distribuição dos utentes em Diálise Peritoneal por género

A população em estudo situava-se entre os 25 e os 75 anos de idade, com a média de idades de 56 anos (figura 20). Grande percentagem dos utentes (57,89%) situava-se no intervalo de idades entre os 55 e os 64 anos.

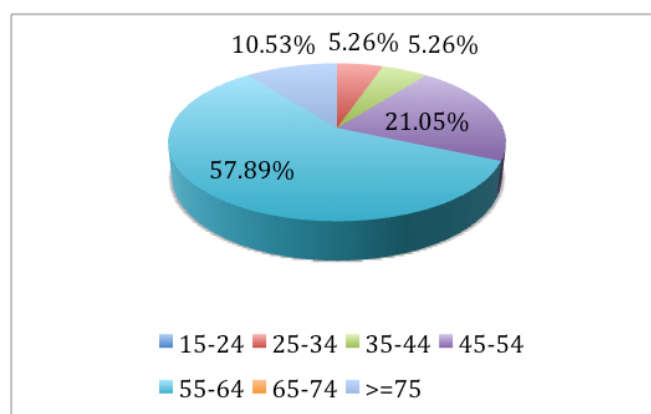


Fig 20 – Distribuição dos utentes em Diálise Peritoneal por idade.

O utente que é admitido no programa de DP, inicia o processo de formação com a enfermeira de nefrologia em contexto hospitalar. São objectivos da enfermeira de DP na prestação de cuidados ao utente:

- Assegurar uma técnica segura e fiável,
- Reduzir o número de complicações;
- Diminuir o recurso ao hospital e o número de internamentos;
- Estimular e reforçar o processo de aprendizagem;

- Fomentar a reabilitação do doente.

A enfermeira tem a responsabilidade de capacitar o utente, reforçando a sua competência e independência. A família é envolvida e quando necessário (quando o utente não reúne condições), o ensino é dirigido ao prestador de cuidados. A terapia auto-administrada e não supervisionada só começa depois de o utente ter alta do programa hospitalar de formação. Até esta altura, terá sido supervisionado de perto durante o processo de aprendizagem (este período pode variar entre 5 a 20 dias) e terá uma enfermeira de nefrologia sempre disponível para ajudar na resolução de problemas e responder a todas as perguntas que possam surgir. Inicia-se o ensino de DPCA e só depois o de DPA. Na Unidade de Nefrologia do HCC é objectivo de que todos os utentes entrem no programa de DPA, como se observa na figura 21 (84,2% da população realiza DPA). São reconhecidas as vantagens desta modalidade: o utente só realiza tratamento no período nocturno podendo dedicar-se a outras actividades durante o dia; o número de conexões/desconexões ao cateter de DP passa de 4 ou 5 para 1 vez por dia, reduzindo-se o risco de peritonites (principal complicação nesta técnica de substituição da função renal)

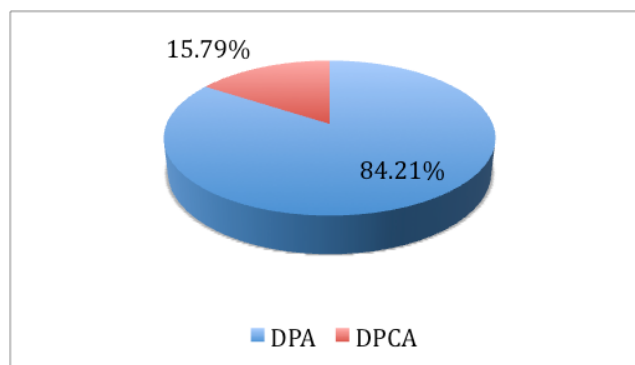


Fig 21 Distribuição dos utentes em Diálise Peritoneal por modalidade de tratamento.

A primeira fase de tratamento ao utente em DP é realizada em ambiente hospitalar (implantação de acesso de diálise e ensino para administração do auto-tratamento). Posteriormente é dirigida a atenção para o ambiente onde o utente irá estar inserido, a sua casa, a comunidade. São realizadas visitas domiciliárias de três tipos (consoante a fase do programa em que o utente se encontra inserido):

- Visita Pré - Diálise;
- Visita de Validação Inicial
- Visitas de Validação Periódica

A **Visita Pré-Diálise**: é realizada durante a fase de ensino ao utente. São analisadas

as condições domiciliárias; o utente/família são ajudados na escolha do local mais apropriado para o tratamento; não esquecendo que a equipa de Saúde é convidada na casa do utente, a enfermeira colabora na escolha do local de armazenamento/acondicionamento do material e nas possíveis modificações que terão que ser combinadas com o utente tendo em conta os seus valores e a comunidade onde está inserido. Esta fase pode ser uma boa oportunidade para o enfermeiro estabelecer uma relação de confiança com o utente e a família.

A Visita de Validação Inicial: procura-se que ocorra no dia em que o utente vai realizar pela primeira vez a diálise em sua casa. Apesar de ter sido considerado como apto para se auto cuidar é importante estimular a autoconfiança mostrando-lhe que também é capaz noutro contexto. A enfermeira tem oportunidade de supervisionar se a disposição do material é adequada; ajustar, se necessário, os procedimentos técnicos às condições do domicílio; comprovar que a técnica e os procedimentos utilizados são os correctos; fazer as correcções necessárias; esclarecer dúvidas identificadas pelo enfermeiro ou manifestadas pelo utente/família.

A enfermeira de Nefrologia poderá planificar esta visita de forma a ser realizada conjuntamente com a equipa de enfermagem dos CSP.

Visitas de Validação Periódica - O ambiente doméstico pode nem sempre ser o adequado para a DP. Com sensibilidade, o enfermeiro pode encorajar o utente a manter uma área limpa para realizar as trocas. Reforçar a importância da limpeza é fundamental, ajudando o utente na prevenção de complicações de origem infecciosa.

É reforçado o ensino ao utente, pois, é necessário ter em conta que este tipo de tratamento diário pode tornar-se monótono e moroso. O enfermeiro terá que manter a motivação do utente tendo como objectivo o sucesso terapeutico, "...a função da enfermeira de diálise na comunidade é ajudar os doentes e ajustarem-se aos rigores da diálise e aconselhá-los e encorajá-los a integrar o tratamento nas suas vidas com o mínimo de perturbação."²⁹

É necessário verificar se os resíduos resultantes do tratamento estão a ser tratados convenientemente, assegurando as medidas necessárias para a manutenção da Saúde Pública.

Esta visita/avaliação deve ser realizada com uma periodicidade previamente combinada. No serviço de Nefrologia do HCC, habitualmente, são realizadas de 3 em 3 meses, às quartas-feiras. Este intervalo pode sofrer alterações, pois, procura-se que cubra as necessidades do utente.

²⁹ TOMAS, Nicola – **Enfermagem em Nefrologia**, p.449

2 - PROJECTO DE INTERVENÇÃO / ARTICULAÇÃO DOS CUIDADOS

2.1 - ARTICULAÇÃO DOS CUIDADOS: CONSULTA DE DIÁLISE PERITONEAL HOSPITAL CURRY CABRAL / EQUIPA DE CUIDADOS CONTINUADOS DE S. JOÃO DA TALHA

Objectivo específico 2:

- *Estabelecer articulação com as unidades de Cuidados de Saúde Primários*

O perfil do utente submetido a técnicas de substituição renal tem sofrido alterações ao longo dos anos. A faixa etária tem vindo a aumentar e encontram-se bastantes idosos com patologias múltiplas associadas. Uma das vantagens da DP em relação à hemodiálise é manter a estabilidade hemodinâmica em utentes com diversas patologias, tornando-se assim a técnica de primeira eleição. Apesar disso, algumas vezes é rejeitada logo á partida pela dificuldade do utente executar a técnica de forma autónoma. “ A inexistência frequente de um bom apoio familiar ou social é dos motivos pelos quais esta modalidade para tratamento da IRC grave é posta de lado, logo desde o início da ponderação da necessidade de iniciar tratamento substitutivo da função renal neste grupo de doentes.”³⁰ O idoso, pelas suas característica e pelo contexto social em que vive (pessoas que vivem isoladas, sem cuidadores, com fracos recursos económicos) a curto prazo vão necessitar de Enfermagem Comunitária. É imperativo que os serviços que estão disponíveis na comunidade se coordenem de forma a satisfazer as necessidades dos utentes. Os hospitais e os centros de saúde terão que encontrar “caminhos”, formas de comunicação e coordenação para a prestação de cuidados centrados no utente, com uma melhor gestão de recursos. Se o hospital presta cuidados diferenciados na área da insuficiência renal, por outro lado, são os centros de saúde que mais perto se encontram dos utentes, que melhor poderão conhecer o contexto familiar e a realidade social onde o indivíduo se encontra inserido bem como os recursos que a comunidade local dispõe.

Com o objectivo de encaminhar os utentes aos CSP, referenciá-los novamente ao

³⁰ PORTUGAL. Ministério da saúde. Direcção geral da Saúde – **Rede de Referenciação hospitalar de Nefrologia**. Lisboa. Direcção Geral da Saúde. 2003. ISBN 972-657-092-X

centros de saúde e informar o centro de saúde que iniciaram programa regular de DP, foi criado um documento para formalizar esta referência (anexo XIII). Sempre que é admitido um utente em programa de DP, será enviada comunicação à respectiva unidade de saúde. “ A Enfermeira de Saúde Comunitária em Nefrologia está bem posicionada para referenciar os doentes aos serviços apropriados para mais ajuda, seja nos serviços de saúde ou nos serviços sociais, proporcionados pelo hospital central ou a nível mais local, onde o doente vive.”³¹

A Unidade de Nefrologia, ao referenciar o utente novamente á unidade de CSP, tem a possibilidade de conhecer os enfermeiros de referência do utente do centro de saúde e por sua vez disponibiliza os seus contactos, facilitando e promovendo a comunicação entre as duas unidades.

A Nefrologia, concretamente a DP, é uma área bastante específica na área da prestação de cuidados. O enfermeiro sem experiência neste âmbito, pode deparar-se com situações que lhe suscitem dúvidas. Reconhecendo esta possibilidade, será disponibilizada aos prestadores de cuidados dos centros de saúde formação teórico-prática de forma a facilitar e a tornar efectiva a prestação de cuidados a estes utentes, não só pelas unidades hospitalares mas também pelas unidades de CSP.

As visitas domiciliárias podem ser realizadas pelas duas unidades de saúde com o intuito de partilhar recursos e adequando-os ás necessidades dos utentes.

A visita inicial poderá ser importante na relação terapêutica com o utente. Um momento privilegiado para a apresentação da equipa de saúde dos CSP, poderá reforçar e inculcar a confiança ao utente em utilizar novamente os serviços disponíveis no centro de saúde. Para que seja realizada por ambas as equipas, a enfermeira de Nefrologia enviará comunicação ao enfermeiro de referência (anexo XIII) informando-o do dia previsto para a realização da mesma. Este documento também pode ser usado sempre que surja alguma informação importante à cerca do tratamento ou estado de saúde do utente (complicações, internamentos...).

Quanto às **visitas Periódicas**, propõe-se que sejam efectuadas de forma alternada pelas duas equipas. Se o utente não apresentar complicações, cada uma delas realizará uma visita de 6 em 6 meses (esta periodicidade será adequada ás necessidades de cada utente). Após cada visita, será enviada informação á outra equipa com quem se estabeleceu a articulação e através de impresso de registo existente na consulta de DP (Anexo XIV).

O aparecimento de uma doença crónica requer a readaptação do indivíduo/família á nova realidade, pois, pode ser um factor desencadeador de stress, “ a depressão e ansiedade

³¹ TOMAS, Nicola – **Enfermagem em Nefrologia**, p.443

são fenómenos bem conhecidos nos doentes que sofrem de insuficiência renal terminal³². A prestação de cuidados no domicílio e o acompanhamento efectivo destes utentes podem funcionar como inibidor de stress para o utente e família uma vez que está claro para eles que podem contar com ajuda, apoio e melhorar o seu estado e saúde.

2.1.1 - A equipa de enfermagem de Cuidados Continuados de S, João da Talha

Com o objectivo de implementar a articulação dos cuidados entre o hospital e os centros de saúde, e, face às áreas de residência (Figura 22) em que em 19 utentes correspondiam 16 freguesias distribuídas por conselhos distintos, optou-se por desenvolver esta articulação com um dos centros de saúde com maior número de utentes em programa de DP. Obedecia a este critério a freguesia do Prior Velho, Marvila e Alhandra. Optou-se pelo Centro de Saúde de Sacavém por pertencer à área de referência do hospital.

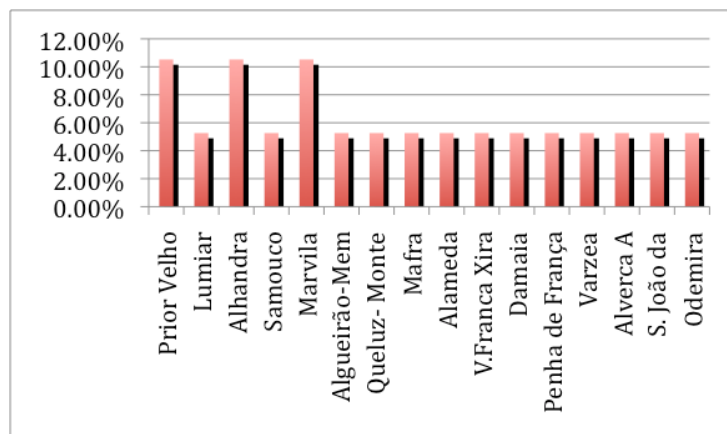


Fig 22- Distribuição dos utentes em Diálise Peritoneal por area residência.

Foi estabelecido contacto com a Enfermeira-Chefe do Centro de Saúde de Sacavém e dado a conhecer o projecto. Esta, propôs que o mesmo fosse apresentado à equipa de Cuidados Continuados da extensão de S. João da Talha, ficando reunião marcada para 18 de Dezembro, que teve lugar na sala de reuniões da extensão de S. João da Talha com a duração de uma hora, tendo sido apresentados e discutidos os seguintes assuntos:

- A importância da articulação dos cuidados;
- Apresentação do impresso que foi elaborado para realizar a comunicação aos centros de saúde da inclusão dos utentes no programa de DP (Anexo XIII). Não foi sugerida qualquer alteração, pois, a sua interpretação não suscitou qualquer dúvida para os presentes;
- Dada a especificidade dos cuidados prestados aos utentes em DP, foi proposta a

³² TOMAS, Nicola – *Enfermagem em Nefrologia*, p.443

realização de uma formação à equipa de cuidados continuados. “Os enfermeiros especialistas que trabalham na comunidade devem utilizar o seu conhecimento e competências peritas para prestar cuidados aos doentes e transmitir essas competências a outros enfermeiros, através do ensino e da demonstração. Se estes conhecimentos e competências forem disseminados aos elementos da equipa de cuidados primários, a prestação de um serviço contínuo, sem lacunas, torna-se mais provável.”³³ No final da reunião ficou acordado que seria enviado o plano da formação e que, após a sua análise, a equipa daria o seu parecer. O qual foi positivo.

A formação foi planificada em três momentos distintos (anexo XV):

- **Apresentação de conteúdos relacionados com Diálise peritoneal**, abordagem teórica (anexo XVI).

Após terem sido discutidas as disponibilidades dos formandos e dos formadores, a formação teve lugar na extensão de S. João da Talha numa das salas de reuniões no dia 13 de Janeiro das 11.00h às 13.00h. Estiveram presentes os nove elementos da equipa de Cuidados Continuados e duas enfermeiras que desempenham cargos de chefia.

Destes dois formadores, um deles foi a enfermeira responsável pelo Programa/Consulta de DP. Foi um momento importante porque permitiu a apresentação de elementos de ambas as equipas, factor que pode ser facilitador no estabelecimento da comunicação entre as duas unidades.

No final foram ajustados os dias em que os enfermeiros se deslocariam à Unidade de Nefrologia. A equipa de Cuidados Continuados dispensaria em cada semana dois enfermeiros para formação: dois dias para a consulta de DP e um dia para a visita domiciliária.

- **Consulta de Diálise Peritoneal**, observação dos conteúdos que foram abordados na formação teórica; contacto com os utentes;
- **Visita Domiciliária**, contacto com o utente no domicílio. Observação segundo a perspectiva da enfermeira de nefrologia.

Para este estágio no hospital foi solicitada autorização ao Sr. Enf. Director do hospital (anexo XVII), que respondeu positivamente pela pertinência do projecto em questão (anexo XVIII). O seu início ocorreu no dia 20 de Janeiro com a visita domiciliária a um dos utentes que pertence ao Centro de Saúde de Sacavém. De momento, a equipa encontra-se em formação até à inclusão de todos os elementos. Posteriormente será efectuado o agendamento das visitas aos utentes de forma articulada.

³³ TOMAS, Nicola – *Enfermagem em Nefrologia*, p.451

Terminou este último módulo do estágio com a percepção de que é possível prestar cuidados em articulação efectiva com outras unidades de saúde. De salientar como pontos positivos a receptividade e adesão ao projecto pela equipa de Cuidados Continuados da extensão de S. João da Talha. Salienta-se pela sua disponibilidade em aprender com os seus pares, com a necessidade acrescida de terem que se deslocar do seu ambiente, reestruturando-se de forma a garantir os cuidados aos utentes com menor número de profissionais no terreno. Foi também importante a participação da enfermeira da consulta de DP, pois, o seu envolvimento poderá facilitar a continuidade deste projecto. A estratégia utilizada foi a de negociação, onde procurámos perceber o que era melhor para todos de acordo com as disponibilidades, os saberes e as necessidades.

Foi incluído apenas um centro de saúde porque era necessário testar a exequibilidade do projecto. É nossa convicção que se for posto em prática poderá contribuir para a melhoria dos cuidados ao utente e pode facilitar a informação entre os diversos serviços. É pertinente estendê-lo às restantes unidades de saúde de CSP.

Os profissionais de saúde dos CSP devem ser incluídos no tratamento da pessoa com doença renal, não só nesta fase de substituição renal, mas também na fase de insuficiência pré-renal. Existem casos em que os utentes com doença renal se mantêm sem necessidade de terapia de substituição renal durante anos. O encaminhamento precoce para uma consulta de especialidade, pode retardar o início de uma técnica de substituição renal (preservação da função renal) ou possibilitar o planeamento e início das Técnicas de Substituição renal nas melhores condições possíveis. A triagem das pessoas com susceptibilidade de doença renal poderá ser realizada em grande número pelos profissionais com intervenção na área dos CSP. “Os enfermeiros dos centros de saúde podem colaborar neste rastreio, enviando as pessoas referenciadas à consulta de nefrologia”³⁴. A intervenção na área da educação e da informação na fase pré-dialítica, pode favorecer a melhoria da qualidade de vida e um maior envolvimento no processo terapêutico, permitindo ao utente escolher a terapia de substituição renal.

³⁴ CRISTOVÃO, Filipe – **Intervenções de enfermagem na pré-diálise**. Nephro's. Lisboa. (Maio 2007). p. 9-11

ANÁLISE REFLEXIVA/ COMPETENCIAS ADEQUIRIDAS

A importância dos CSP é reconhecida pela primeira vez na conferência internacional em Alma Ata na Rússia (1978), “ Os Cuidados de Saúde Primários são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país pode manter em cada fase do seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação”³⁵

Decorrente desta, assistiu-se a um conjunto de leis e de reformas que visam a melhoria do estado de saúde das populações. Pois são os CSP o primeiro nível de contacto do indivíduo, da família e da comunidade, permitindo a aproximação da assistência de saúde o mais perto possível dos locais onde a população vive e trabalha, e constituem o primeiro elemento de um processo permanente de assistência de Saúde.

O agrupamento de Centros de Saúde que observamos na actualidade, é reflexo desta visão empreendedora, “...os cuidados de saúde primários como o pilar central do sistema de saúde”³⁶

Os enfermeiros desenvolvem um papel activo e participativo na assistência às populações, o conceito desta profissão, segundo REPE do artigo 4º do capítulo II, ponto 1“... tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.” A prestação é centrada na capacitação do indivíduo, de forma a que este aprenda a manter o seu equilíbrio, independentemente da idade ou do seu estado de saúde.

A criação das diferentes áreas de especialização em enfermagem, enriquecem o saber em enfermagem e contribuem para a melhoria da qualidade dos cuidados. O artigo 88 (Da excelência do exercício) do código deontológico do enfermeiro na alínea C, impõe ao enfermeiro uma conduta de desenvolvimento contínuo. Exemplo é, a aquisição de saberes e competências que esta formação se permite. “ O enfermeiro especialista é o enfermeiro

³⁵ PORTAL DA SAÚDE PÚBLICA – Declaração de Alma – Ata: saúde para todos no ano 2000. www.saudepublica.web.pt/05-promocaosauade/dec_Alma-Ata.htm 26-02-2009 23:10

³⁶ RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS nº60/2007.D.R.IªSérie 80 (07-04-24) 2540

habilitado com curso de especialização em enfermagem (...) que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.”³⁷

O curso de mestrado em Enfermagem Comunitária integra uma componente teórica e uma componente prática, a primeira permite a aquisição de conhecimentos, ferramentas que serão utilizadas numa segunda fase, o estágio. Este último tornou-se num momento fundamental no desenvolvimento de competências na área da Saúde Comunitária, possibilitando a implementação e adequação de conhecimentos e de recursos.

Durante este percurso houve a oportunidade de colocar em prática as competências adquiridas ao longo dos anos na prestação de cuidados de enfermagem. A capacidade de ouvir, de questionar sem ser intrusivo, o respeito pelo outro com o objectivo único de ensinar, capacitar a pessoa para cuidar da sua saúde. Como descreve a Ordem dos Enfermeiros o Enfermeiro Especialista é o profissional que assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas das pessoas aos processos de vida e problemas de saúde, e uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades do utente.

A implementação do projecto de Saúde pressupõe a mudança a readaptação de meios, que a maior parte das vezes se apresentam escassos. Desta forma, salientamos as competências desenvolvidas na capacidade de envolvimento da equipa de saúde. O investimento na aquisição e consolidação de conhecimentos permitiu a possibilidade de agir e de reformular estratégias perante o imprevisto.

Experimentar o planeamento em Saúde, desde o diagnóstico até à fase de avaliação, foi importante na medida que ao longo do processo foi percebida não só a visão do prestador de cuidados directos mas também a visão do profissional enquanto gestor, possibilitando uma visão mais abrangente dos problemas.

O enfermeiro especialista poderá contribuir para a melhoria da saúde das populações na mobilização e adaptação de recursos. Destacando as competências adquiridas na área da gestão e na capacidade de mobilizar os seus pares. Visando a qualidade dos cuidados com a racionalização de recursos.

³⁷ Ordem do Enfermeiros – Regulamento do Exercício Profissional do enfermeiro. www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=168.

22-02- 2010 16:41

CONCLUSÃO

A elaboração e implementação de um projecto poderá tornar-se numa ferramenta fundamental, na medida que a sua concepção pressupõe a mudança. Contribui para a planificação e sistematização de ideias e objectivos. Como consequência da sua implementação surge este documento, no qual foi relatado o caminho percorrido. Contribuindo para o desenvolvimento da auto-reflexão e, conseqüentemente, a capacidade de auto-crítica intrínseca e profissional, bem como auto-avaliação.

Os CSP são o primeiro passo para a manutenção da saúde individual e colectiva, referenciados por diversas entidades como o pilar principal do sistema de saúde. No dois primeiros módulos foi dada a possibilidade de contactar e desenvolver acções na área da Saúde Pública. O envolvimento no cuidado de uma comunidade, família, individuo tornou-se enriquecedor, proporcionando o desenvolvimento de competências na área da Saúde Comunitária.

O Modulo I e II não foram realizados em contexto de trabalho, após identificação do problema de saúde na comunidade emergiu a necessidade de actualização e aquisição de conhecimentos relacionados com a área problemática (estágio realizado no CDP, pesquisa de programas e estratégias implementadas na área da tuberculose, inquirição de peritos). Facto que associado á necessidade de integração na USP tornou o período de estágio reduzido para as actividades a desenvolver. O Módulo III, decorreu em contexto de trabalho, a mobilização de recursos tornou-se mais ágil, porque conhecemos a instituição, os recursos e qual o nível de decisão de cada gestor.

No Módulo I, com o Diagnostico da Situação da área problemática verificou-se que os utentes com tuberculose pulmonar eram todos emigrantes, provenientes do Continente africano (onde se situam os países com maior taxa de incidência e prevalência da tuberculose). Aos quais foram aplicado inquérito epidemiológico e feita entrevista de acolhimento de forma a conhece-los melhor, integrados numa família, numa cultura: O instrumento de colheita de dados utilizados foi elaborado segundo o modelo de Avaliação Familiar de Calgary de forma a conhecer o utente e a família. Remetendo aos ensinamentos de M. Leininger, a fundadora da enfermagem, o enfermeiro deve conhecer a forma com as pessoas de cuidam na sua cultura do pontos positivos e negativos de cada cultura poderá resultar um cuidado negociado que respeite a diversidade cultural e não ponha em risco o tratamento do utente. Esta forma de cuidar contribui para o estabelecimento de uma relação terapêutica entre o utente e o prestador

de cuidados promovendo a adesão ao tratamento, capacitando do indivíduo para o autocuidado.

Em Modulo II com a pandemia da gripe A, houve a necessidade de adequar recursos e alterar estratégias na USP, com o volume de trabalho a aumentar em que a população carecia de conhecimentos, era necessário informar as pessoas, tranquiliza-las, capacitá-las. Tornou-se num momento pedagógico, contribui-o para o desenvolvimento de competências na área do conhecimento e da prestação de cuidados. Situação que comprometeu de alguma forma a implementação do projecto (não foi possível realizar visita domiciliária por falta de recursos). Estas dificuldades que nos levam a reformular o que à partida parece não ser passível de o fazer, ajudam-nos a crescer enquanto profissionais, desenvolvendo a capacidade de adaptação.

A problemática da Tuberculose, as intervenções que visam evitar a sua propagação ou a cura efectiva deve ser continuada de forma sistemática e rigorosa. As pessoas devem ser apoiadas e capacitadas para o seu tratamento, tendo em conta o indivíduo como ser único dentro da sua família e da sua cultura. Os profissionais de Saúde devem estar sensibilizados para o cuidar cultural, é necessário conhecer os utentes e as suas famílias, acompanha-los, apoiá-los, conhecer as suas dificuldades, limitações, os seus pontos fortes para terminar o tratamento (cura). Poderemos desta forma, obter ganhos em Saúde com redução das taxas de incidência e prevalência de uma doença que existe a cura e teima em subsistir. Deve ser mantida e intensificadas as sessões de educação para a saúde na área da tuberculose, temática que poderia ser incluída no programa de Saúde Escolar.

O encaminhamento dos utentes da USP para as outras Unidades de Saúde é dificultada e poderá estar comprometida pela inexistência de Enfermeiros de Referência/ Enfermeiro de Família. A implementação de Enfermeiros de Família poderiam melhorar a vigilância e adesão terapêutica dos utentes.

Ter a oportunidade de contactar com os cuidados de saúde primários, em Módulo I e Módulo II, contribuiu grandemente para a realização do projecto do terceiro módulo, desenvolvido em contexto de trabalho. Os conhecimentos adquiridos e desenvolvidos neste período potenciaram uma visão mais abrangente. Foi desenvolvido o projecto de articulação de cuidados, porque reconhecia a importância dos CSP e porque se conhecia bem a realidade da consulta de Diálise Peritoneal, o perfil dos utentes e suas necessidades.

A articulação de cuidados entre os diferente serviços é possível e é necessário que a politica institucional, quer no hospital quer do centro de saúde, estabeleçam programas que favoreçam o seu desenvolvimento. De forma a que este trabalho em parceria seja uma realidade com vantagens para todos os intervenientes.

O Planeamento em Saúde é uma forma racional de adequar recursos às necessidades

reais, identificadas e sentidas como tal. Se cada um investir naquilo que acredita poderá ser um grande passo para o sucesso. Este estágio contribuiu positivamente para o desenvolvimento pessoal e profissional com a aquisição e desenvolvimento de competências teórico-práticas. O empreendimento na área do conhecimento pode tornar-nos mais capaz e melhores, é responsabilidade de cada um investir na auto-formação e auto-conhecimento. De forma a que, se prestem cuidados de saúde com qualidade, baseado na humanização dos cuidados e na abordagem holística do indivíduo.

Finalizado este percurso, poderemos considerar que foram desenvolvidas e adquiridas competências na área da Enfermagem Comunitária como Enfermeiro especialista na sua componente científica, técnica e humana.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Wilson Correia de – **Saúde, doença e diversidade cultural: pensar a complexidade dos cuidados a partir das memórias culturais**, Lisboa : Instituto Piaget, 2003. ISBN 972-771-638-5

ALARCÃO, Madalena – **(Des) equilíbrios familiares: Uma visão sistémica**. Quarteto: 2000. ISBN 972-8535-21-X.

AZEVEDO, Carlos A. Moreira; AZEVEDO, Ana Gonçalves de – **Metodologia Científica: Contributos práticos para a elaboração de trabalhos académicos**. 6ªed. Lisboa: 2003

BARBIERI, Maria do Céu – A avaliação familiar pelo enfermeiro de família: proposta de um instrumento de recolha de dados baseado em Wright. E. Leahey (2002) **Sinais Vitais**. Coimbra.55 (Julho 2004), p.23-30 ISSN 0872-0844

CARVALHO, Amâncio; CARVALHO, Graça – **Educação para a Saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação**. Loures: Lusociência. 2006. ISBN 972-8930-22-4.

CARTER, Betty; MCGOLDRICK, Monica – **As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar**. 2ªed. Porto Alegre: Artes Médicas. 1995.

COLLIÉRE, Marie-Francoise – **Promover a vida**, 2ª tir. Lisboa: Lidel: Sindicato dos enfermeiros portugueses, 1999. 385 p.. ISBN 972 -75 -109-3

CRISTOVÃO, Filipe – **Intervenções de enfermagem na pré-diálise**. Nephro`s. Lisboa. (Maio 2007). p. 9-11.

DAUGIRDAS, Jonh; BLAKE, Peter; ING, Todd – **Manual de Diálise**. 3ª ed. Rio de Janeiro. Medsi. 2003. ISBN 85-7199-312-2.

DECRETO LEI nº28/2008.**D.R.1ºSérie** 38 (08-02-22) 1182

DECRETO LEI nº81/2009.**D.R.1ºSérie** 65 (09-04-02) 2058

DECRETO LEI nº156/99.**D.R.ºSérie a 195** (1999-05-10) 2421

DIOGO, Nelson - **Tuberculose e toxicodependência**. <http://www.aidscongress.net/pdf/131.pdf>. 21-04-2009 21:35

GAMEIRO, Aires - **Emigrantes: psicologia social, conflitos e desafios culturais**, Lisboa: Centro do livro brasileiro de Lisboa e obra católica Portuguesa de migrações, 1984

GEORGE, Sampaio; – “**Stop á TB**”:Gráfica Maiadouro, S.A. Março 2009.

GEORGE, Julia B – **Teorias de enfermagem: dos fundamentos à prática profissional**. 4^a ed. Porto Alegre: Artmed Editora. 2000. 375 p. ISBN 85-7307-587-2

História de Queluz - http://www.espan.edu.pt/caract_queluz.htm 17/02/2010 13.15h

IMPERATORI, Emilio; GIRALDES, Maria do Rosário – **Metodologia do planeamento da saúde**. 2^aed. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. 1986.

LAVERACK, Glenn – **Promoção de Saúde: Conceitos, poder e empoderamento**. Loures: Lusodidata. 2004. ISBN 978-989-8075-09-3.

LEI nº48/90.**D.R.ºSérie A 108** (1990-08-24) 3452-3459

LEI Constitucional nº1/2005.**D.R.ºSérie A 108** (2005-08-12) 4642-4686

LEININGER, Madeleine M. (et al.); – **Culture care diversity e universality: a theory of nursing**. Boston:Jones and Bartlett. Publishers. 2001.

MONTENEGRO, Jesus; OLIVARES, Jesus – **La Dialisis Peritoneal**. Espanha. Dibe. 1999. ISBN 84-605-9322-3.

Ordem do Enfermeiros – **Regulamento do Exercício Profissional do enfermeiro**. www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=168. 22-02- 2010 16:41

PORTAL DA SAÚDE PÚBLICA – **Declaração de Alma – Ata: saúde para todos no ano 2000.** www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/dec_Alma-Ata.htm 26-02-2009 23:10

PORTUGAL. Direcção Geral de Saúde – **Plano Nacional de Saúde 2004/2010, volume I. Prioridades e volume 2. Orientações estratégicas.** Julho de 2004. <http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/capa.html> 26-11- 2009 15:14

PORTUGAL. Direcção Geral de Saúde – **Programa Nacional contra a Tuberculose.** <http://www.acs.min-saude.pt/> 27-02- 2009 17:42

PORTUGAL. Ministério da saúde. Direcção geral da Saúde – **O hospital Português** Lisboa. Direcção Geral da Saúde. 1998

PORTUGAL. Ministério da saúde. Direcção geral da Saúde – **Rede de Referenciação hospitalar de Nefrologia.** Lisboa. Direcção Geral da Saúde. 2003. ISBN 972-657-092-X

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DGS - **Tuberculose: Ponto da Situação em Portugal em 2006, dados preliminares em Março de 2007.** <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i009162.pdf>. 18/04/2009 23:42

PINA, Jaime – **A tuberculose na viragem do milénio** : Lidel. 2000. ISBN 972-757-131-X.

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS nº60/2007.**D.R.1ª Série** 80 (07-04-24) 2540

SÁ, Helena – **Expansão do pool de idosos e dependentes físicos integrados em diálise peritoneal.** Nefrâme – APIR/ADFA. Lisboa. 134 (Setembro/ Outubro 2007), p.14-15. ISBN 0872-0844.

SANTOS, Margarida – **Análise da adequação do Modelo de Calgary de Avaliação Familiar. Sinais Vitais.** Coimbra 85 (Julho 2009). P.21-27, Julho 2009. ISSN 0872-8844

STANHOPE, Márcia; LANCASTER, Jeanette – **Enfermagem Comunitária: Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos.** Loures: Lusociência. 1999. ISBN 972-8383-05-3.

TOMAS, Nicola – **Enfermagem em Nefrologia.** Loures: Lusociência. 2005. ISBN 972-8383-85-1.

TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Marth Raile – **Teóricas de Enfermagem e a sua obra”/Modelos e teorias de enfermagem** – 5ªed(ing). Loures: Lusociência. 2004.ISBN: 972-8383-74-6

WRIGHT, Lorraine M.; Leahey, Maureen – **Enfermeiras e famílias: Um guia para a avaliação e intervenção na família**. 3ªed. São Paulo: Roca, 2002. ISBN 85-7241-346-4.

ANEXOS

ANEXO I

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO ENCONTRO
INTERNACIONAL COMEMORATIVO DO DIA INTERNACIONAL DA
TUBERCULOSE – “STOP TB”



DECLARAÇÃO

Declara-se que SÓMIA AGOSTINHA PESQUITA GOMES NASCIMENTO participou no Encontro Internacional **"STOP À TB"**, comemorativo do *Dia Mundial da Tuberculose*, organizado pela Direcção-Geral da Saúde e Fundação Calouste Gulbenkian, com o alto-patrocínio do Enviado Especial das Nações Unidas para a Tuberculose, Dr. Jorge Sampaio, e o apoio do Grupo José de Mello • Saúde, que se realizou na Fundação Calouste Gulbenkian, no dia 19 de Março de 2009.

Lisboa, 19 de Março de 2009

Direcção-Geral da Saúde
www.dgsa.pt



Ministério da Saúde



FUNDAÇÃO
CALOUSTE
GULBENKIAN

Com o apoio



JOSÉ DE MELLO • SAÚDE

O Director-Geral da Saúde

A handwritten signature in blue ink that reads "Francisco George".

(Francisco George)

ANEXO II

Pedido de estágio de observação para o Centro Diagnóstico e
Pneumológico da Venda Nova

Sr.(a)Enf.(a)

Chefe do Centro Pneumológico da Venda nova

Assunto: Autorização de estagio para os dias 27 e 30 de Abril.

Eu, Sónia Agostinha Mesquita Gomes Nascimento, a frequentar o Curso de especialização em Enfermagem Comunitária na Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, no âmbito do ensino clínico que terá lugar na Unidade de Saúde Pública do Centro de Saúde de Queluz de 20 de Abril a 20 Novembro de 2009, venho por este meio solicitar um estágio de observação para os dias 27 e 30 de Abril no Centro Pneumológico da Venda Nova.

Saliento que o meu projecto de Estagio na área da Tuberculose tem como objectivos:

- Perceber a dinâmica do Centro Pneumológico.
- Quais as intervenções para o diagnostico e tratamento da Tuberculose.
- Perceber como funcionam os sistemas de informação com outras instituições e o tipo de articulação existente.

Aguardo o vosso melhor parecer sobre o assunto.

Atentamente,

Lisboa, 2 de Abril de 2009

E-mail: sonia.mesquita.nascimento@gmail.com

Tlm : 919 604 197

ANEXO III

Convocatória aos enfermeiros e médicos das Unidades de Saúde
do Centro de Saúde de Queluz referente à apresentação do
Diagnóstico da situação de tuberculose da área de influência do
Centro de Saúde de Queluz no ano 2008.

INFORMAÇÃO

FORMAÇÃO - DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE TUBERCULOSE DA ÁREA GEOGRÁFICA DO CENTRO DE SAÚDE DE QUELUZ -2008

FORMADORES - Enfª Sónia Nascimento (aluna estagiária da Especialização de Enfermagem em Saúde Comunitária - UCP)

DESTINATÁRIOS - Médicos e Enfermeiros das Unidades de Saúde

DURAÇÃO - 2h

DATAS - 2 de Junho de 2009

HORÁRIO - 14 h 30 m

LOCAL - Monte Abraão (Sala Reuniões/Biblioteca)

8' Formação


TERESA PIRES MATOS
ENF. CHEFE

ANEXO IV

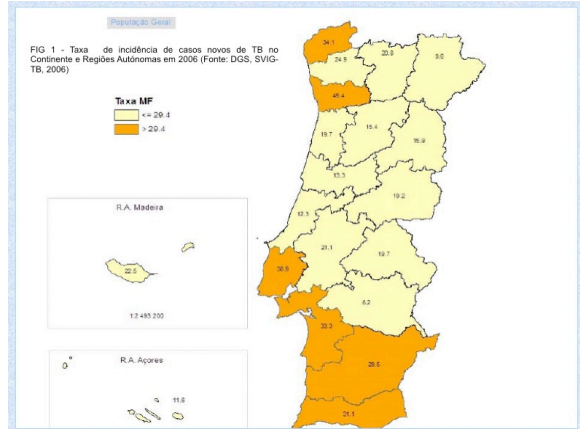
Apresentação em PowerPoint do Diagnóstico da situação de
tuberculose da área de influência do Centro de Saúde de Queluz no
ano 2008

TUBERCULOSE

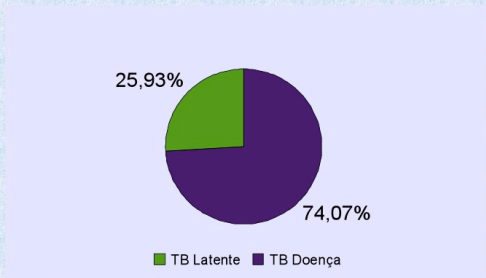
Diagnóstico de Situação Centro Saúde de Queluz -2008-

Universidade Católica Portuguesa
Especialização em enfermagem em Saúde Comunitária
Sónia Nascimento

1

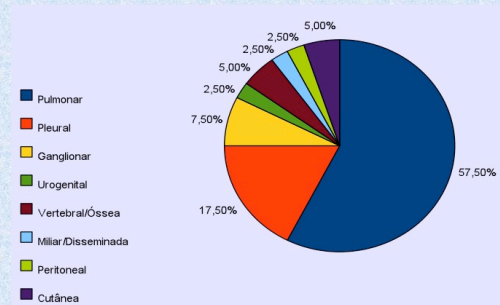


Distribuição percentual da Tuberculose por apresentação clínica



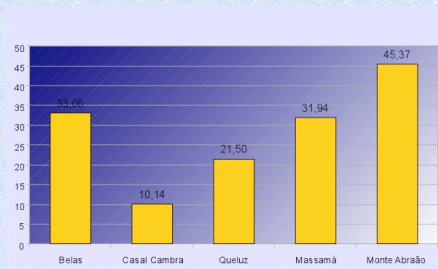
3

Distribuição percentual da Tuberculose por localização da doença



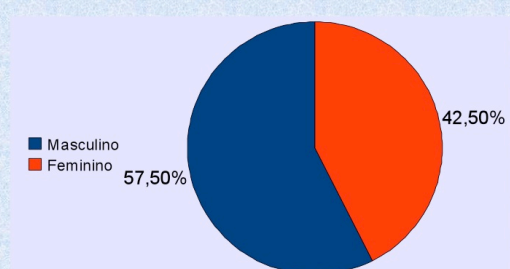
4

Taxa de incidência da Tuberculose por 100.000 hab.



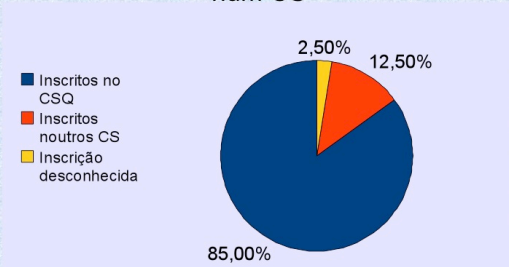
5

Distribuição percentual da Tuberculose por género



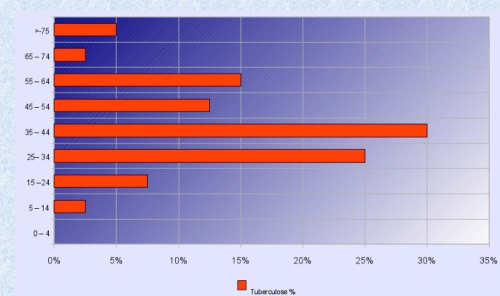
6

Distribuição percentual de doentes com Tuberculose segundo critério de inscrição num CS



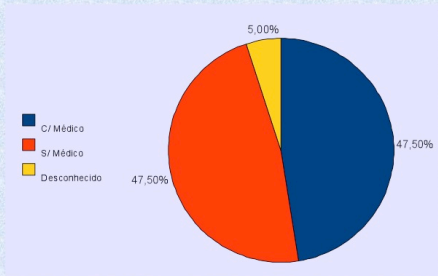
8

Distribuição da Tuberculose por grupo etário



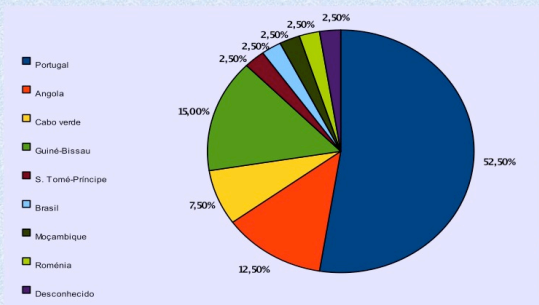
7

Distribuição percentual de doentes com Tuberculose segundo critério de atribuição de Médico de família

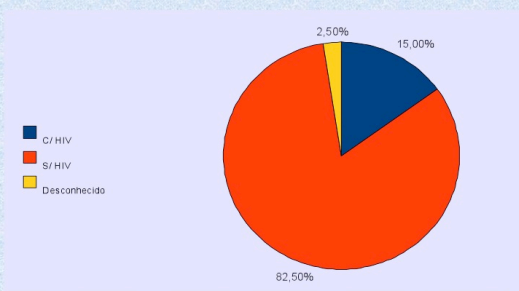


9

Distribuição de doentes com Tuberculose segundo o país de origem

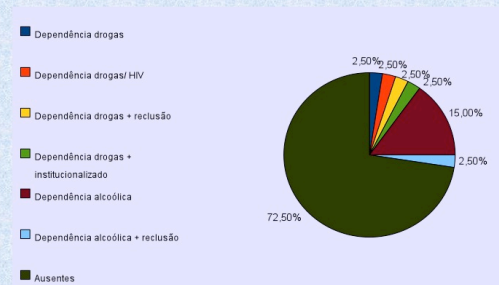


Distribuição percentual de doentes com Tuberculose e infecção por HIV



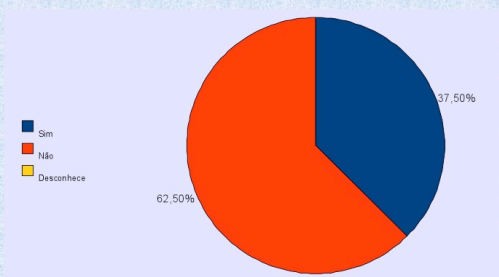
11

Distribuição percentual de doentes com Tuberculose segundo critério de existência de factores de risco



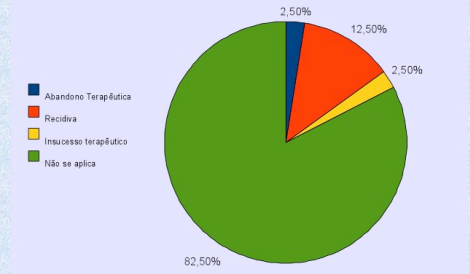
12

Distribuição percentual de doentes em TOD



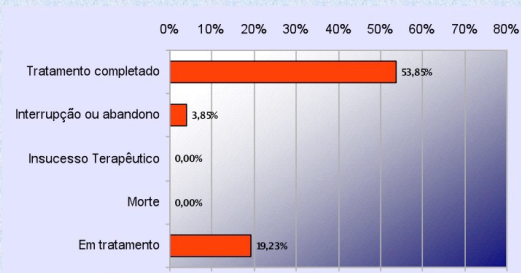
13

Distribuição percentual das causas do retardo nos doentes com Tuberculose



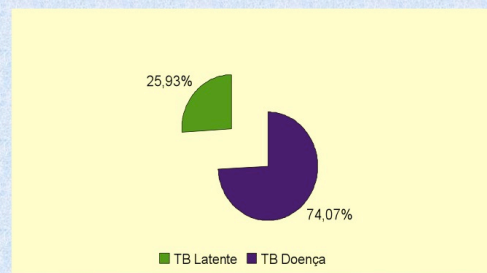
14

Distribuição percentual da evolução de tratamento



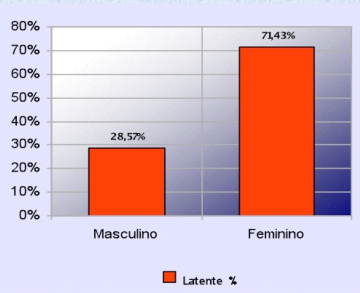
15

TUBERCULOSE LATENTE



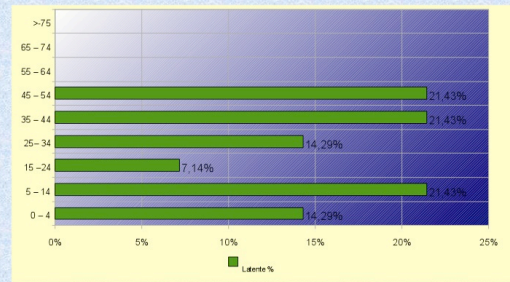
16

Distribuição percentual da Tuberculose Latente por género



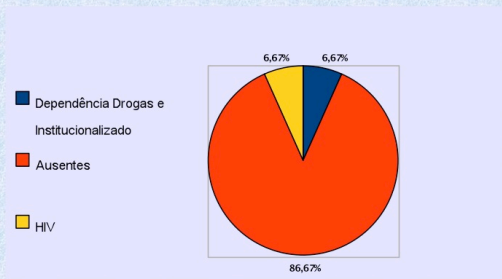
17

Distribuição percentual dos utentes com Tuberculose Latente por grupo etário

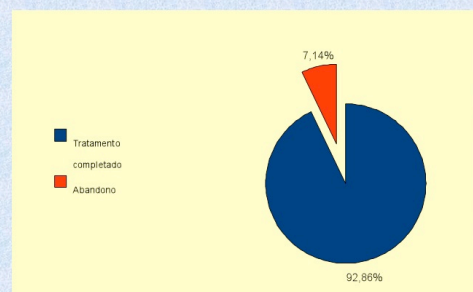


18

Distribuição percentual de utentes com Tuberculose latente segundo critério de existência de factores de risco



Distribuição percentual da evolução de tratamento na Tuberculose Latente



20

ANEXO V

Actividades desenvolvidas pela Enfermeira Especialista da Unidade
de Saúde Pública do Centro de Saúde de Queluz



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

PORTFÓLIO DE ESTÁGIO

Aluno: Sónia Nascimento n.º192008067

Orientadora: Prof.ª Amélia Simões Figueiredo

LISBOA, Novembro 2009

SUMÁRIO

0 - INTRODUÇÃO	4
1 - REDE SOCIAL	5
1.1 - Objectivos:.....	5
1.2 - Princípios.....	6
1.3 - Comissão social da freguesia de Monte Abraão	6
2 - REUNIÃO DO GRUPO DE TRABALHO “CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM COMPORTAMENTOS DESVIANTES”, DA REDE SOCIAL DE MONTE ABRAÃO	9
3 - REUNIÃO DO NÚCLEO EXECUTIVO DA COMISSÃO SOCIAL DA FREGUESIA DE MONTE ABRAÃO	12
4 - SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE EM SAÚDE ESCOLAR	14
5 - CASO DE TUBERCULOSE NUM JARDIM DE INFANCIA/ATL	16
6 - A GRIPE PANDÉMICA CAUSADA PELO VIRUS (H1N1)	20
6.1 - A gripe A em Portugal.....	21
6.2 - Campanha de vacinação.....	22
7 - REFERÊNCIAS	24

0 - INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de especialização em Enfermagem em Saúde Comunitária foi proposto a realização de um portfólio. Foram seleccionadas as actividades que me pareceram mais relevantes na aquisição de conhecimentos/competências, que posteriormente foram fundamentadas permitindo momentos de reflexão. Foi minha preocupação expô-las de forma cronológica, sempre que possível para melhor compreensão.

Algumas das actividades desenvolvidas foram planeadas, outras surgiram no acompanhamento do desempenho da orientadora de estágio.

I - REDE SOCIAL

No âmbito da planificação estratégica da intervenção social local foi criado um trabalho de parceria alargado abrangendo actores sociais de diferentes naturezas e áreas de intervenção visando contribuir para a erradicação da pobreza e da exclusão social e para a promoção do desenvolvimento social ao nível local.

A pobreza e a exclusão social atingem de forma transversal a sociedade portuguesa com mais incidência em grupos vulneráveis como as pessoas idosas, as pessoas com deficiência e os imigrantes, as intervenções e as estratégias devem ter especial atenção estas pessoas.

"A rede social deve constituir um novo tipo de parceria entre entidades públicas e privadas, actuando nos mesmos territórios, baseadas na igualdade entre os parceiros, no respeito pelo conhecimento, pela identidade, potencialidades e valores intrínsecos de cada um, na partilha, na participação e na elaboração....", de forma a concentrar esforços e otimizar os recursos endógenos e exógenos disponíveis no território.

1.1 - Objectivos:

A rede social aplica-se ao território de Portugal continental, tem como objectivos:

- a) Combater a pobreza e a exclusão social e promover a inclusão e coesão sociais;
- b) Promover o desenvolvimento social integrado;
- c) Promover um planeamento integrado e sistemático, potenciando sinergias, competências e recursos;
- d) Contribuir para a concretização, acompanhamento e avaliação dos objectivos do Plano Nacional de Acção para a Inclusão (PNAI);
- e) Integrar os objectivos da promoção da igualdade de género, constantes do Plano Nacional para a Igualdade (PNI), nos instrumentos de planeamento;
- f) Garantir uma maior eficácia e uma melhor cobertura e organização do conjunto de respostas e equipamentos sociais ao nível local;

- b) Sinalizar as situações mais graves de pobreza e exclusão social existentes na freguesia e definir propostas de actuação a partir dos seus recursos mediante a participação de entidades representadas ou não na comissão;
- c) Encaminhar para o respectivo CLAS (Conselhos locais de acção social) os problemas que excedam a capacidade dos recursos da freguesia, propondo as soluções que tiverem por adequadas;
- d) Promover mecanismos de rentabilização dos recursos existentes na freguesia;
- e) Promover a articulação progressiva da intervenção social dos agentes da freguesia;
- f) Promover acções de informação e outras iniciativas que visem uma melhor consciência colectiva aos problemas sociais;
- g) Recolher a informação relativa aos problemas identificados no local e promover a participação da população e agentes da freguesia para que se procurem, conjuntamente, soluções para os problemas;
- h) Dinamizar a adesão de novos membros.

Muitas vezes a CSF organiza-se em grupos de trabalhos que são criados com base territorial ou com base em conteúdos funcionais/ temáticos, sendo definidos os membros que as compõem bem como os objectivos a atingir por esses grupos. O seu funcionamento pode ser a título permanente ou eventual.

A CSF é constituída por um Núcleo Executivo (NE), que é constituído por um coordenador e por mais sete elementos, três dos quais são obrigatoriamente, os representantes da Segurança Social, Centro de Saúde e Câmara Municipal. Este Núcleo reúne ordinariamente com periodicidade mínima mensal. A representante da Saúde no Núcleo Executivo da CSFMA é a minha orientadora de estágio.

As competências do Núcleo Executivo são as seguintes:

- a) Elaborar o regulamento interno, as deliberações do Plenário das CSF, a proposta de plano de acção anual e o respectivo relatório de execução;
- b) Elaborar, ou coordenar a elaboração, dos Diagnósticos necessários à prossecução dos objectivos da Rede Social;
- c) Elaborar os relatórios e pareceres que lhe sejam solicitados pelo Plenário da CSF, nomeadamente com vista à avaliação da execução do Plano de Acção social da Freguesia;
- d) Definir e incrementar estratégias de dinamização e articulação dos parceiros sociais locais;
- e) Proceder às diligências que nele venham a ser delegadas pelo plenário da CSF.

- g) Criar canais regulares de comunicação e informação entre os parceiros e a população em geral.

1.2 - Princípios

As acções desenvolvidas no âmbito da rede social, bem como o funcionamento de todos os seus órgãos, orientam-se pelos princípios:

- a) **Princípio da subsidiariedade** - No quadro do funcionamento da rede social, as decisões são tomadas ao nível mais próximo das populações e só depois de explorados todos os recursos e competências locais se apela a outros níveis sucessivos de encaminhamento e resolução de problemas .
- b) **Princípio da integração** – A intervenção social e o incremento de projectos locais de desenvolvimento integrado fazem-se através da congregação dos recursos da comunidade.
- c) **Princípio da articulação** – Na implementação da rede social procede-se à articulação da acção dos diferentes agentes com actividade na área territorial respectiva, através do desenvolvimento do trabalho em parceria, da cooperação e da partilha de responsabilidades.
- d) **Princípio da participação** - No quadro da Rede Social, a participação deve abranger os actores sociais e as populações, em particular as mais desfavorecidas e, estender-se a todas as acções desenvolvidas.
- e) **Princípio da inovação** – Na implementação da rede social privilegia-se a mudança de atitudes e de culturas institucionais e a aquisição de novos saberes, inovando os processos de trabalho, as suas práticas e os modelos de intervenção em face das novas problemáticas e alterações sociais.
- f) **Princípio da igualdade de género** - No quadro da rede social, o planeamento e a intervenção integram a dimensão de género, quer nas medidas e acções quer na avaliação do impacte.

1.3 - Comissão social da freguesia de Monte Abraão

A Comissão Social da Freguesia (CSF) está sediada em instalações da Junta de Freguesia de Monte Abraão a quem cabe assegurar o apoio técnico-administrativo.

A CSF funciona em plenário composto por todos os seus membros, ao qual cabe as seguintes competências:

- a) Aprovar o seu regulamento interno;

Em 2008, decorreram vários fóruns comunitários com os parceiros da CSFMA (Comissão Social da Freguesia de Monte Abraão) para actualização do diagnóstico social e elaboração do plano de acção 2009/2010, onde foram identificados vários problemas na freguesia, entre os quais: "Crianças e adolescentes com comportamentos desviantes". No decurso dos trabalhos do Núcleo Executivo da CSFMA foi constituído um grupo de trabalho para discutir este problema e delinear estratégias de intervenção neste âmbito. Assim, decorreu uma reunião do grupo de trabalho no dia a 21 de Abril de 2009, na qual estive presente com a minha orientadora de estágio.

2 - REUNIÃO DO GRUPO DE TRABALHO “CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM COMPORTAMENTOS DESVIANTES”, DA REDE SOCIAL DE MONTE ABRAÃO

Objectivos: Construção do plano de acção
Estratégias de intervenção

No dia 21 de Abril teve início cerca das 10h a reunião do grupo de trabalho na Escola Básica 2,3 Ruy Belo de Monte Abraão.

Estiveram representadas as seguintes Instituições: Câmara Municipal de Sintra; Centro de Saúde de Queluz (Representante da Saúde no NE e Serviço Social); Casa da Guiné; Polícia de Segurança Pública de Queluz; Associação Passo a Passo; Direcção Geral de Reinserção Social, Escola Básica 2, 3 Ruy Belo.

A reunião foi presidida pela representante da área da saúde (enfermeira) e da Câmara Municipal de Sintra no Núcleo Executivo). Após apresentação dos presentes, as docentes da escola enunciaram as causas prováveis que justificam o comportamento desviante dos alunos. Referiram que nesta população existe um défice de infra estruturas de apoio às famílias, capazes de acolher os alunos, enquanto os pais estão no local de trabalho. Existem casos de negligência por parte dos pais, maus tratos por vezes com abuso sexual, existência de famílias disfuncionais por vezes com défice do exercício parental, que leva por vezes as próprias famílias (na figura da mãe) a pedir ajuda.

Os recursos que a comunidade dispõe para a ocupação dos tempos livres são o “Espaço Cidadania”, “Espaço Raízes” e colectividades desportivas.

Foi exposto o sentimento de que devido à situação económica difícil que o país atravessa leva a que os progenitores, algumas famílias mono parentais, estejam mais ausentes, porque trabalham em diversos locais, muitas vezes em situação precária. Os alunos com comportamentos desviantes estão identificados e referenciados, todos de origem africana e do sexo masculino.

Foi levantada a questão se estes alunos não poderiam fazer parte de uma única turma para que a resposta da escola fosse mais direccionada. Esta alternativa foi pensada mas rejeitada por receio de se excluir social e racialmente os alunos por serem todos de raça negra. Estas crianças são diferentes pela sua conduta, sendo a intervenção mais eficaz em turmas com menos alunos, de forma a ir ao encontro dos seus interesses. Muitos destes indivíduos permanecem na escola (nos recreios mas não assistem às aulas), sendo difícil, a aproximação destes jovens em turmas de 30 alunos ou mais, com o prejuízo de quem frequenta a escola de forma "séria".

A escola refere ainda dificuldades motivadas pela falta de recursos humanos e materiais, o edifício foi projectado para 600 alunos e não para os 1000 que frequentam este estabelecimento, num total de 38 turmas.

O espaço exterior da escola encontra-se degradado, sem espaços verdes, a necessitar visivelmente de uma intervenção de melhoramento. Estas obras ainda não foram efectuadas pela inexistência de apoio das instituições responsáveis. A representante da associação "Passo a Passo" sugeriu que se fizessem solicitações de materiais a empresas particulares. As docentes referiram já o terem efectuado sem resposta positiva. Foi sugerido pelos presentes as obras de melhoramento serem realizadas pelos alunos e/ou pais (envolvimento dos alunos referenciados). As docentes referiram não disporem de recursos humanos para acompanhamento dos mesmos, e foi sugerido solicitar-se ajuda a grupos de voluntários existentes na freguesia.

O representante da Casa da Guiné referiu a problemática da insegurança na rua, mais acentuada na área de Monte Abraão. E salientou que uma das estratégias de aproximar os pais e os alunos à escola seria realizar convívios, e que inclusive se dispunha a premiar o aluno mais solidário, pela sua atitude de cidadania. Esta proposta foi recebida pelas docentes com agrado pelos presentes. Nestes convívios foi sugerido estarem presentes outros parceiros da comunidade, como a PSP para promover uma imagem de proximidade. Fiquei com o sentimento que é objectivo da PSP, renovar a sua imagem perante o cidadão, eliminar a imagem repressiva e substituí-la por alguém que está pronto a ajudar. Esta renovação de mentalidades das nossas forças policiais parece-me um sinal de cidadania e de crescimento enquanto seres humanos.

O agente da PSP na sua intervenção expôs os projectos que se encontram em curso na comunidade: Apoio ao cidadão com mais de 65 anos (fornecimento de um telefone sem custos de forma a facilitar o pedido de ajuda), "Comércio Seguro" e "Apoio à vítima de violência doméstica".

Outro ponto que foi debatido é que como represália ao mau comportamento os alunos, estes poderiam realizar trabalho a favor da comunidade escolar à semelhança das tarefas a favor da comunidade decretada pelos juizes. A docente refere a desvantagem de ser estigmatizante.

No final da sessão foi informado os presentes que no dia 6 Maio vai decorrer uma sessão de formação sobre Violência Escolar na Fundação Calouste Gulbenkian.

A construção deste trabalho de pareceria é extremamente importante e interessante, tive oportunidade de assistir a uma reunião em que os presentes fazem parte de instituições diferentes mas capazes de pensar em conjunto sobre problemas que dizem respeito a todos.

3 - REUNIÃO DO NÚCLEO EXECUTIVO DA COMISSÃO SOCIAL DA FREGUESIA DE MONTE ABRAÃO

No dia 6 de Maio, no Centro de Saúde Queluz, cerca das 15h teve início uma reunião do Núcleo Executivo da CSFMA, onde estiveram representadas os seguintes membros: Junta de Freguesia de Monte Abraão; Câmara Municipal de Sintra; Centro de Saúde de Queluz; Polícia de Segurança Pública de Queluz e Escola Básica 2,3 Ruy Belo.

Foram informados os presentes acerca dos eventos a decorrer na freguesia de Monte Abraão: Feira de artesanato; Projecto "Escola de Pais" comemoração do dia da mãe.

Esta reunião foi presidida por um dos representantes da Junta de freguesia.
Foi lida a acta da reunião anterior.

Debatidas as acções propostas a programar para o início do próximo ano lectivo reuniões/convívio com os pais, alunos e parceiros de forma a incrementar aproximação com incidência nos alunos de 5º ano.

Durante a reunião foi apresentado ao Núcleo, o Projecto de Investigação realizado pela Universidade de Lisboa, *Projecto Geitones*, o qual se debruça sobre as relações interétnicas entre os bairros, as suas tensões, as dimensões étnicas e sociais, os conflitos/relações existentes entre os diferentes grupos. Este projecto é integrado na União Europeia com o objectivo de realizar pesquisa em 6 cidades europeias ao longo de três anos recorrendo ao uso de análise comparada. Irão ser realizados questionários a 600 residentes em 18 áreas residenciais em 6 cidades europeias (Lisboa, Roterdão, Bilbao, Varsóvia, Thessaloniki e Viena).

As zonas residenciais que serão estudadas na área de Lisboa são Costa da Caparica, Mouraria e Monte Abraão. Estes bairros caracterizam-se pela sua distribuição residencial das populações emigrantes, existente de uma forma dispersa e não concentrada em bairros.

Para a recolha de dados os investigadores solicitaram o apoio da Junta de Freguesia de Monte Abraão para a divulgação do projecto junto da população, de forma a ser facilitado o contacto dos inquiridores com a população.

A Junta de Freguesia propôs aos investigadores exporem o seu projecto não só à Junta mas a outros parceiros, aproveitando esta reunião. Houve receptividade por parte dos parceiros e foram disponibilizados espaços públicos para a realização dos questionários, tais como Centro de Saúde, a Esquadra da PSP e Junta de Freguesia.

Foi com prazer que assisti a estas reuniões da rede social, parece-me ser importante que as instituições se conheçam e se inter ajudem com o objectivo do bem-estar social.

Com o conhecimento deste estudo, Projecto Geitones, dirigido à população de Monte Abraão, percebo que de facto é marcada a multiculturalidade existente nesta população, a par da pesquisa para a execução do meu projecto de estágio.

4 - SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE EM SAÚDE ESCOLAR

No Plano Nacional de Saúde (2004-2010), são definidas as estratégias para as diferentes áreas de actuação. As quais são centradas na família, no ciclo de vida e na abordagem dos problemas de saúde, através de uma aproximação à gestão da doença.

A abordagem centrada na família e no ciclo de vida requer atenção aos estilos de vida e os problemas de ordem social. A saúde deve ser periorizada, tendo em conta os diferentes grupos etários e os diferentes papéis sociais que se vão assumindo ao longo da vida.

As escolas poderão assim, ser espaços privilegiados de actuação nos processos de promoção e educação para a saúde. O Programa de Saúde Escolar deve "promover o desenvolvimento de competências na comunidade educativa que lhe permita melhorar o seu nível de bem -estar físico, mental e social e contribuir para a sua qualidade de vida."²

Com a criação das prioridades nacionais para as áreas de promoção de estilos de vida saudáveis e prevenção de comportamentos desviantes, a equipa de Saúde escolar do CSQ (Centro de Saúde de Queluz) procura desenvolver actividades dirigidas para as práticas da escola, para os alunos e suas necessidades, elaborar planos de intervenção personalizados e adequados a cada necessidade.

A população escolar da área geográfica do CSQ é de **14.628** alunos distribuídos por 48 Estabelecimentos de Ensino (22 de Jardim de Infância num total de 1398 alunos, 18 de 1º ciclo num total de 4756 alunos, 5 do 2º e 3º ciclo num total de 3592 alunos e 3 escolas do 3º ciclo / secundário correspondente a 4891 alunos).

No início de cada ano lectivo, a equipa de Saúde Escolar realiza reuniões com as comissões executivas das escolas para fazer levantamento das necessidades e dos conteúdos a serem abordados, para planificar estratégias e intervenções na comunidade escolar, a desenvolver durante o ano lectivo.

No contexto da intervenção de saúde Escolar, as áreas prioritárias da prevenção de consumos nocivos e comportamentos de risco está são:

- Consumo de substancias licitas: tabaco, álcool, e utilização indevida de medicamentos;
- Consumo de substâncias ilícitas;
- Doenças transmissíveis, incluindo IST/VIH/SIDA;
- Violência em meio escolar, incluindo bullying e comportamentos autodestrutivos.

Neste âmbito no dia 22 de Abril, foi realizada uma sessão de educação para a saúde na Escola de 3º Ciclo/ Secundária Miguel Torga, com o tema "Infeções Sexualmente Transmissíveis", a duas turmas de 11º ano, no âmbito da Saúde Escolar.

Os alunos mostraram-se receptivos e participativos colocando questões. Durante a exposição foi utilizada com alguma frequência linguagem técnica, devido ao seu nível de aprendizagem escolar e porque a equipa de Saúde Escolar já tinha realizado outras sessões, em anos anteriores.

Estes alunos são privilegiados no acesso à informação. Recebem-na de forma correcta, por pessoas diferenciadas. Temas que por vezes são tabus, ou não são abordados de forma correcta fora do contexto.

5 - CASO DE TUBERCULOSE NUM JARDIM DE INFANCIA/ATL

No final de Fevereiro de 2009, foi comunicado à unidade de Saúde Pública, pelo CDP do Lumiar um caso de tuberculose pulmonar de uma educadora infantil a exercer funções num Jardim de Infância/ATL (Actividades de Tempos Livres), desde Novembro de 2008. A doente trabalha na área de influência do Centro de Saúde de Queluz, mas está inscrita noutra Centro de Saúde. No final de Dezembro, foi-lhe diagnosticado Tuberculose Pulmonar e iniciou tratamento no CDP do Lumiar ao qual pertence.

No dia 4 de Março os representantes da Unidade de Saúde Pública de Centro de Saúde (autoridade de saúde, enfermeira de saúde pública e a técnica de saúde ambiental) deslocaram-se às instalações do JI/ATL para fazer o levantamento dos contactos e verificar as condições higio-sanitárias do espaço.

Este JI/ATL é dirigido pela Associação para a Promoção do Desenvolvimento Juvenil (APDJ), a qual se encontra sediada em Massamá e desenvolve estas valências, numas instalações provisórias cedidas pela Junta de Freguesia, desde Novembro de 2006. Actualmente, têm inscritos cerca de 90 crianças, provenientes na sua maioria de famílias carenciadas, sobretudo imigrantes de países de língua oficial portuguesa.

As instalações provisórias são nuns balneários, de uma piscina municipal que não se encontra em actividade. Têm uma área de 399,80 m², com três salas destinadas às crianças. Da vistoria foi dado o seguinte parecer: as instalações reúnem as condições mínimas para o fim a que se destinam, de salientar o facto que, o espaço é reduzido para o número de crianças que o frequentam, com deficiente ventilação/renovação de ar, sentida, sobretudo na sala dos 3 anos (sala da educadora com TB).

Feito levantamento dos contactos num total de 90 crianças e 14 adultos.

26 Crianças:	64 Crianças:	14 Funcionários:
<ul style="list-style-type: none"> > 15 Crianças com 3 anos > 11 Crianças com 4 anos 	<ul style="list-style-type: none"> > 20 Crianças com 4 anos > 19 Crianças com 5 anos > 6 Crianças com 6 anos > 9 Crianças com 7 anos > 8 Crianças com 8 anos > 1 Criança com 9 anos > 1 Criança com 13 anos 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 Coordenador • 2 Educadores de infância • 1 Técnico de serviço social • 2 Auxiliares de acção educativa • 1 Administrativo • 1 Animador • 1 Prof. 1º ciclo • 1 Empregada limpeza • 2 Psicólogos • 2 Terapeutas da fala.

O planeamento do rastreio foi realizado em articulação com Centro Diagnóstico Pneumológico da Venda Nova e constou do seguinte:

1ª FASE:

Rastreio dos contactos mais próximos, às crianças da sala da educadora (caso de TP) e a todos os funcionários do estabelecimento. Os resultados diagnosticaram TB latente em 14 crianças e TB doença (ganglionar), não contagiosa em duas. Todas elas encontram-se a ser seguidas no CDP da Venda Nova. Não houve casos diagnosticados nos funcionários.

O serviço de Saúde Pública do CSQ, enviou uma carta à coordenadora da APDJ, a todos os funcionários do JJA/ATL e a cada encarregado de educação das crianças a rastrear, informando: do caso de TP; da forma de transmissão da TP e da necessidade de proceder à realização de rastreio - Raio X de tórax nos funcionários e Raio X de tórax e prova tuberculínica nas crianças.

Os adultos foram encaminhados para o CDP da Venda Nova e as crianças deveriam realizar a prova tuberculínica no CSQ - Sede em Monte Abraão. Dado que o aparelho de Raio X do CDP da Venda Nova não está adequado a crianças, as mesmas foram encaminhadas para um Centro Imagiológico, em Queluz. Os exames foram à Saúde Pública do CSQ que os encaminhou para os pneumologistas do CDP da Venda Nova para ser feito o diagnóstico e o respectivo encaminhamento.

Todos os casos de TB Doença (prova tuberculínica > 10mm com alterações a nível do RX de tórax) e TB Latente (prova tuberculínica positiva > 15mm e RX de tórax sem alterações), foram encaminhados para consulta médica/ Tratamento no CDP da Venda Nova.

2ª FASE:

Rastreio às crianças das outras salas do JI/ATL. Estas crianças foram encaminhadas para rastreio na sua área de residência - Rx de tórax (num local à escolha) e prova de tuberculínica no seu Centro de Saúde. Tentou centralizar-se na mesma os resultados no serviço Saúde Pública/CDP da Venda Nova. No final de Maio acompanhei a equipa de Saúde Pública (enfermeira e médica) e a enfermeira responsável pela vacinação do CSQ da Sede (Monte Abraão), que se deslocaram ao JI/ATL para proceder à realização de provas tuberculínicas (two steps) a algumas crianças cujo resultado tinha sido negativo na 1ª fase. Com necessidade de uma 2ª visita com um intervalo de 72h de forma a realizar a leitura da prova. A equipa mostrou-se disponível para prestar esclarecimentos aos pais e educadores.

A deslocação da equipa de saúde ao estabelecimento pareceu-me ser importante, por um lado as crianças mantêm-se no seu espaço, com diminuição do risco da ansiedade. Por outro promove a aproximação/articulação entre os profissionais de Saúde e a escola.

2ª Vistoria

No dia 29 de Maio na sequência de uma queixa anónima foi realizada uma segunda vistoria ao estabelecimento em questão. Verificou-se a existência (até a essa data desconhecida) de uma sala na cave, sem qualquer tipo de ventilação, onde provavelmente algumas crianças dormiam a sesta. Tinha uma parte do pavimento revestido com um estrado de madeira e numa das paredes encontravam-se colchões empilhados com os respectivos lençóis e o nome das crianças, com características de estar a funcionar actualmente.

Constatou-se também que as refeições fornecidas às crianças eram provenientes de uma empresa de catering (não licenciada?) em que a proprietária confeccionava as refeições em sua casa e as transportava em carro próprio (cerca de 15 refeições/dia).

Foram decretadas medidas correctivas: a suspensão imediata de qualquer actividade que implique a permanência de adultos ou crianças na cave; substituição da empresa fornecedora de refeições ou a adaptação da copa existente para a confecção dos alimentos; dotação das instalações com meios que permitam uma constante renovação do ar e o reforço da higienização e desinfecção das instalações e equipamentos.

2ª ETAPA:

No dia 9 de Outubro procedeu-se à execução da prova de tuberculina (3 meses após o primeiro rastreio) a todas as crianças que tiveram resultados negativos (prova tuberculínica > 10mm sem alterações a nível do RX de tórax). Todas as crianças apresentaram prova de tuberculina negativa (> 10mm).

O rastreio teve lugar na unidade de Saúde de Monte Abraão.

6 - A GRIPE PANDÉMICA CAUSADA PELO VIRUS (H1N1),

O vírus da gripe A(H1N1), é um novo subtipo de vírus que afecta os seres humanos. Contem genes das variantes humanas, aviária e suína do vírus da gripe, combinação nunca antes observada.

Transmite-se de pessoa a pessoa através de gotículas libertadas quando uma pessoa fala, tosse ou espirra. Os contactos mais próximos (a menos de 1 metro) com uma pessoa infectada pode representar uma situação de risco. O vírus pode sobreviver durante várias horas nas superfícies. Os alertas e a informação disponibilizada à população incide grandemente na etiqueta respiratória e na lavagem e desinfecção das mãos.

Nos seres humanos, os sintomas são semelhantes aos da gripe sazonal: febre, sintomas respiratórios (tosse, sensação de obstrução nasal); dor de garganta, possibilidade de ocorrer outros sintomas (mialgias, cefaleias, arrepios, fadiga vômitos e diarreia). Em alguns casos podem surgir complicações graves em pessoas saudáveis que tenham contraído a infecção.

O período de incubação do vírus varia entre 1 e 7 dias, com um período de transmissibilidade de 7 dias. A pessoa infectada com o vírus (H1N1), deve limitar o contacto com outras pessoas, manter-se isolada durante 7 dias ou até os sintomas desaparecerem, casos eles perdurem e cumprir as regras de etiqueta respiratória.

Pela evidência de risco pandémico a Organização Mundial de Saúde estabeleceu, seis fases de resposta, cada uma delas com medidas específicas a adoptar.

As fases 1 e 2 pertencem ao período interpandémico, em que se verifica uma actividade gripal resultante da existência de gripe sazonal (humana).

As fases 3, 4 e 5 correspondem ao período de alerta pandémico. Durante a fase 3, não há transmissão eficaz do novo vírus de pessoa a pessoa; nas fases 4 e 5, há já evidência de adaptação do vírus à espécie humana e iminência de uma pandemia. Podendo existir casos isolados ou clusters, nestas fases é aconselhada a população a usar medidas não farmacológicas para se proteger da infecção e conter a transmissão dos vírus. A qual é iniciada na fase 3, uma vez que as fases 4 e 5

podem declarar-se já demasiado próximas da pandemia, havendo mesmo a possibilidade de se passar directamente da fase 3 para a fase 6. A fase 6, o objectivo principal é tornar a transmissão do vírus menos eficaz.

6.1 - A gripe A em Portugal

Com o início do surto de gripe pelo H1N1 nos países do Hemisfério sul, México e Estados Unidos da América, Portugal aderiu às medidas de combate ao surto de gripe de origem suína. As primeiras orientações foram dadas aos serviços de Sanidade Internacional e à companhia de Aeroportos de Portugal (ANA), para informarem os passageiros provenientes das áreas afectadas (nomeadamente da cidade do México), dos procedimentos a adoptar. A 27 de Abril de 2009 foi disponibilizada a Linha de Saúde 24 para dar esclarecimentos aos cidadãos.

O plano de contingência foi activado a 28 de Abril e é disponibilizado à população, informação através da página da DGS (Direcção Geral de Saúde) na área do "Microsite da Gripe". Este plano estabelece um conjunto de fases e medidas a adoptar à medida que a propagação da infecção foi evoluindo.

As estruturas regionais, locais, e as instituições receberam directivas a fim de criarem o seu próprio Plano de Contingência tendo como referência o Plano Nacional. Paralelamente deu-se início à campanha de sensibilização a nível nacional, sendo impossível circular por uma localidade ou instituição sem se visualizar cartazes e folhetos de prevenção da gripe A.

A 4 Abril é conhecido o primeiro caso em Portugal. Iniciou-se o nível de Alerta 5 (existência de um ou mais pequenos surtos no mundo com transmissão pessoa-a-pessoa limitada).

A 4 Julho contabilizavam-se 41 casos, verificando-se que a maior parte dos doentes tinham viajado recentemente ao Continente Americano ou à Europa (Espanha e Reino Unido). Desta forma dá-se a passagem à fase 6 (período pandémico).

Na Fase 6 pretende-se que a maioria dos doentes com gripe, seja atendida nos serviços de saúde de ambulatório. O recurso aos serviços de saúde é precedido do contacto com o Centro de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde (CASNS)- Linha de Saúde 24 que orienta os doentes consoante as suas necessidades.

Os doentes com gripe à menos de 48 horas, com baixo risco de complicações são encaminhados para o SAG (Serviço de Atendimento da Gripe). Estes serviços instalados nos Centros de Saúde são destinados ao atendimento de pessoas com sintomatologia compatível com gripe de forma a centralizar e a otimizar recursos, para confirmação ou não de diagnóstico e obtenção, se for caso disso de medicação antiviral, permanecendo em ambulatório durante a fase de contágio.

A 23 Outubro de 2009, é publicada a Circular Normativa pela DGS, em que os alunos com síndrome gripal deverão respeitar o afastamento escolar num período de 7 dias e poderão regressar à escola sem necessidade de apresentação de declaração médica. As faltas serão justificadas pelos pais ao abrigo do supracitado documento.

Todos os casos suspeitos/ possíveis devem ser declarados à Autoridade de Saúde (AS), para efeitos de investigação epidemiológica, com o objectivo de avaliar o risco de transmissão da doença e tomar medidas necessárias à sua contenção e ao atraso da sua propagação.

As notificações dos casos confirmados ou clínicos de gripe A, dos doentes pertencentes à área de influência do ACES X Cacém - Queluz são enviados diariamente à Unidade de Saúde Pública pelo SAG da Venda Nova, Hospital Fernando da Fonseca e outras Instituições de Saúde.

Nesta fase, os doentes em idade escolar são contactados telefonicamente para: identificação do estabelecimento de ensino; avaliação da situação do doente e dos contactos próximos; reforço de informação sobre alguns procedimentos, terapêutica e evicção escolar. Posteriormente, são efectuados contactos com os respectivos estabelecimentos de ensino dos alunos afectados, para identificação dos casos isolados ou de "clusters" (aglomerado de dois ou três casos relacionados, na mesma turma), avaliando-se assim, a necessidade ou não de intervenção comunitária por parte da Unidade de Saúde Pública.

Semanalmente, os dados são tratados estatisticamente e enviados para a ARSLVT (Administração Regional de Saúde de Lisboa e vale do Tejo).

6.2 - Campanha de vacinação

A campanha de vacinação foi iniciada a 23 de Outubro de 2009 de forma faseada. Foram criados três

grupos (Grupo A, Grupo B e Grupo C). Como critério de inclusão nos grupos prioritários, foi tido em atenção o risco para complicações pós-infecção, o desempenho de funções essenciais e a disponibilidade das vacinas.

No Grupo A estão incluídos : profissionais de saúde que prestam cuidados a doentes de alto risco, INEM, Instituto Português de Sangue, Linha Saúde 24; Grávidas no 2º e 3º trimestre de gravidez com ou sem patologia associada; doentes com asma moderada a grave sob terapêutica crónica com corticosteróides inalados; doentes com obesidade mórbida; indivíduos com doença respiratória crónica desde a infância; indivíduos com doença neuromuscular com compromisso da função respiratória; doentes imunodeprimidos; titulares de órgãos de soberania e profissionais que desempenham funções essenciais; coabitantes de crianças com idade inferior a 6 meses portadoras de doença grave.

No Grupo B estão incluídos: doentes com idade inferior a 65 anos com: diabetes mellitus insulino-dependentes; doença pulmonar obstrutiva crónica; doença cardiovascular; doença hepática; Doença renal; doença hematológica; imunodepressão; asma; terapêutica mantida com salicilatos em indivíduos com idade inferior ou igual a 18 anos; profissionais de saúde.

No Grupo C estão incluídos: doentes com idade inferior ou igual a 6 anos; obesidade; crianças com idade inferior ou igual a 12 anos; dadores regulares de sangue; estudantes de medicina e enfermagem.

O início da vacinação não foi pacífico. Estranhamente são os profissionais de saúde quem mais oferecem resistência à vacina. É posta em causa a segurança e a relação custo (efeitos secundários) e benefício (grande percentagem de casos surgem sob formas benignas da doença). Devido aos baixos níveis de adesão é empreendida uma campanha de informação fortemente divulgada por parte da comunicação social. Inclusivamente, os governantes são expostos a serem vacinados em locais públicos.

7 - REFERÊNCIAS

- 1 – DECRETO LEI nº 115/200.D.R.1ª Série A 114 (06-06-14) 4276
- 2 - LISBOA. Direcção geral de Saúde – **Saúde Escolar**, 2007.
- 3 - LISBOA. Direcção geral de Saúde – **Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose: Ponto da situação em Portugal em 2006**, Março de 2007. on-line:<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i009162.pdf>
- 4 - PORTUGAL. Ministério da Saúde. DGS - **Plano Nacional de Saúde 2004/2010, Volume 1. prioridades e volume 2. Orientações estratégicas**. Julho de 2004. on-line:www.dgsaude.min-saude.pt/pns/capa.html
- 5 - PORTUGAL. Direcção Geral de Saúde – **Programa Nacional contra a Tuberculose**, on-line: <http://www.acs.min-saude.pt/>
- 6 - PORTUGAL. Ministério da Saúde. DGS – **Pandemia da gripe: Plano de Contingência Nacional do Sector da Saúde para a Pandemia da Gripe**, 2ªed.Direcção Geral de Saúde.2008. ISBN 978-972-675-163-2
- 7 - PORTUGAL. Ministério da Saúde. DGS - **Tuberculose: Ponto da Situação em Portugal em 2006, dados preliminares em Março de 2007**, on-line:www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i009162.pdf
- 8 - PORTUGAL. Ministério da Saúde. DGS – **Vacinação no âmbito da pandemia por vírus da gripe A (H1N1) 2009**. Consultado em 11 de Novembro de 2009 em <http://www.uc.pt/gripe/noticias/gruposvacinacao>.
- 9 – SINTRA. Câmara Municipal **Diagnóstico Social do Concelho de Sintra: Concelho Local de Acção Social**, Heska portuguesa, Maio 2004.279p.

ANEXO VI

Questionário para colheita de dados epidemiológicos da
tuberculose.

TUBERCULOSE INQUÉRITO EPIDEMIOLÓGICO

ANO DE NOTIFICAÇÃO			
Nº DE ORDEM			
Nº DE CASO			

1. IDENTIFICAÇÃO DO CASO [M: MASCULINO; F: FEMININO; N: Não; S: Sim]

Nome: _____ Data de nascimento: | | | | | | | | | | | | | |
ano mes dia

Sexo M F Morada: _____
especificar nome da rua/lugar, nº de polícia, andar e nome da freguesia

Código postal: | | | | | - | | | | | Telefone: | | | | | | | | | | | | | |
local e endereço detalhados

Imigrante N S → País de origem: _____; ano de entrada em Portugal: | | | | |
últimos 24 meses

Profissão/ocupação: _____ Local de trabalho e endereço: _____
últimos 24 meses local e endereço detalhados

Telefone: | | | | | | | | | | | | | |

2. CLASSIFICAÇÃO DO CASO [Circular Normativa da DGS nº 8/D, de 29/5/2000 – Quadro I]

Caso novo Retratamento ▶ devido a: ▶ recidiva ou ▶ insucesso terapêutico ou ▶ interrupção do tratamento

Outro qual? _____

3. INFORMAÇÃO CLÍNICA [N: NÃO; S: SIM; ?: DESCONHECIDO; +: POSITIVO; -: NEGATIVO]

LOCALIZAÇÃO: Laringe Pleura Pulmão Meninges/SNC Disseminada Outra qual? _____
(localização principal)

Data de início dos sinais/sintomas: | | | | | | | | | | | | | |
ano mes dia Tosse N S Expectoração N S Outros sinais/sintomas: _____

Internamento N S Data: | | | | | | | | | | | | | |
ano mes dia Hospital e serviço: _____

BCG N S → nº de inoculações: | | | | | Data da última inoculação: | | | | | | | | | | | | | |
ano mes dia

Teste de Mantoux actual ? N S → Resultado: | | | | | Data: | | | | | | | | | | | | | |
(milímetros) ano mes dia Obs: _____

Rx. de tórax ? N S → Cavitado N S Data: | | | | | | | | | | | | | |
ano mes dia Obs: _____

Baciloscopia ? N S → - + Data: | | | | | | | | | | | | | |
ano mes dia Obs: _____

Cultura ? N S → Amostra 1 ▶ Produto: _____ Resultado: _____ Data: | | | | | | | | | | | | | |
ano mes dia

Amostra 2 ▶ Produto: _____ Resultado: _____ Data: | | | | | | | | | | | | | |
ano mes dia

Outros exames laboratoriais: _____
Especificar quais, datas de realização e resultados

4. FACTORES DE RISCO [N: NÃO; S: SIM; ?: DESCONHECIDO]

Dependência alcoólica ? N S Dependência drogas IV ? N S Outras dependências: _____

VIH/SIDA ? N S Recluso N S Sem abrigo N S Residência comunitária N S Criança ≤ 5 anos N S

Doença pulmonar crónica ? N S qual? _____

Outras doenças crónicas e/ou factores de risco actuais: _____

ANEXO VII

Guião de entrevista – Ficha de avaliação familiar adaptada do
Centro de Saúde de Oeiras.

GUIÃO DE PREENCHIMENTO DA FICHA DE AVALIAÇÃO FAMILIAR SEGUNDO MODELO DE CALGARY

FAMÍLIAS COM CASOS DE TUBERCULOSE

AVALIAÇÃO ESTRUTURAL

I - ESTRUTURA INTERNA

Abrange a **composição da família**, o **género**, a **orientação sexual**, a **ordem de nascimento**, os **subsistemas e limites**.

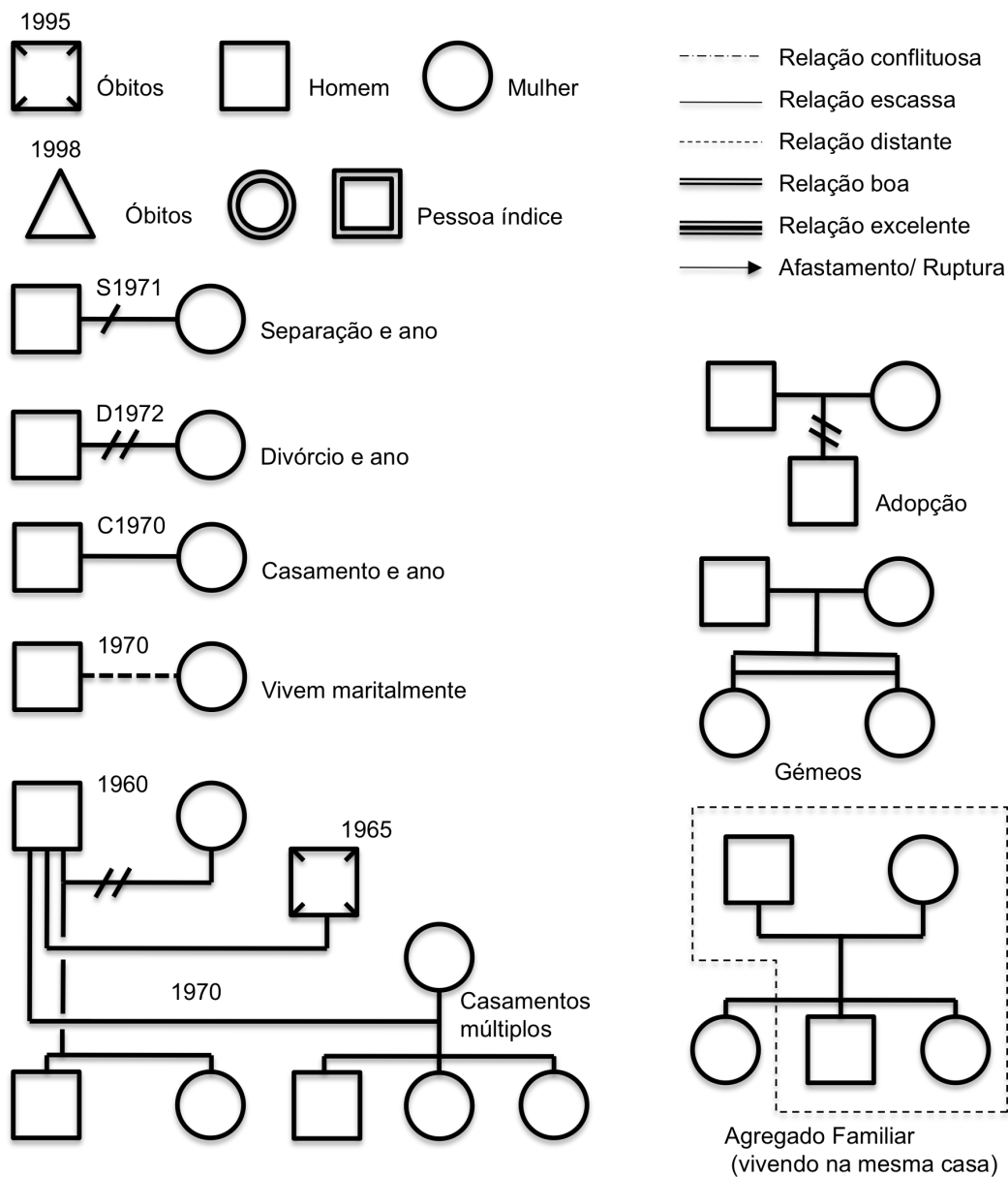
I.1 GENOGRAMA - **Árvore familiar**

Pode incluir: primeiro nome; idade; data de nascimento; escolaridade; estado civil; casamentos; divórcios; separações; coabitação e/ou novos casamentos; ocupação; problemas de saúde; causa de morte; relação biológica; migração, hábitos de adição; religião.

É prática usual incluir pelo menos três gerações. Os membros da família são colocados em séries horizontais que significam linhagens de geração. Os casamentos ou relacionamento consensual são denotados por uma linha horizontal. As crianças são denotadas por linhas verticais, ordenadas da esquerda para a direita, começando pela mais velha.

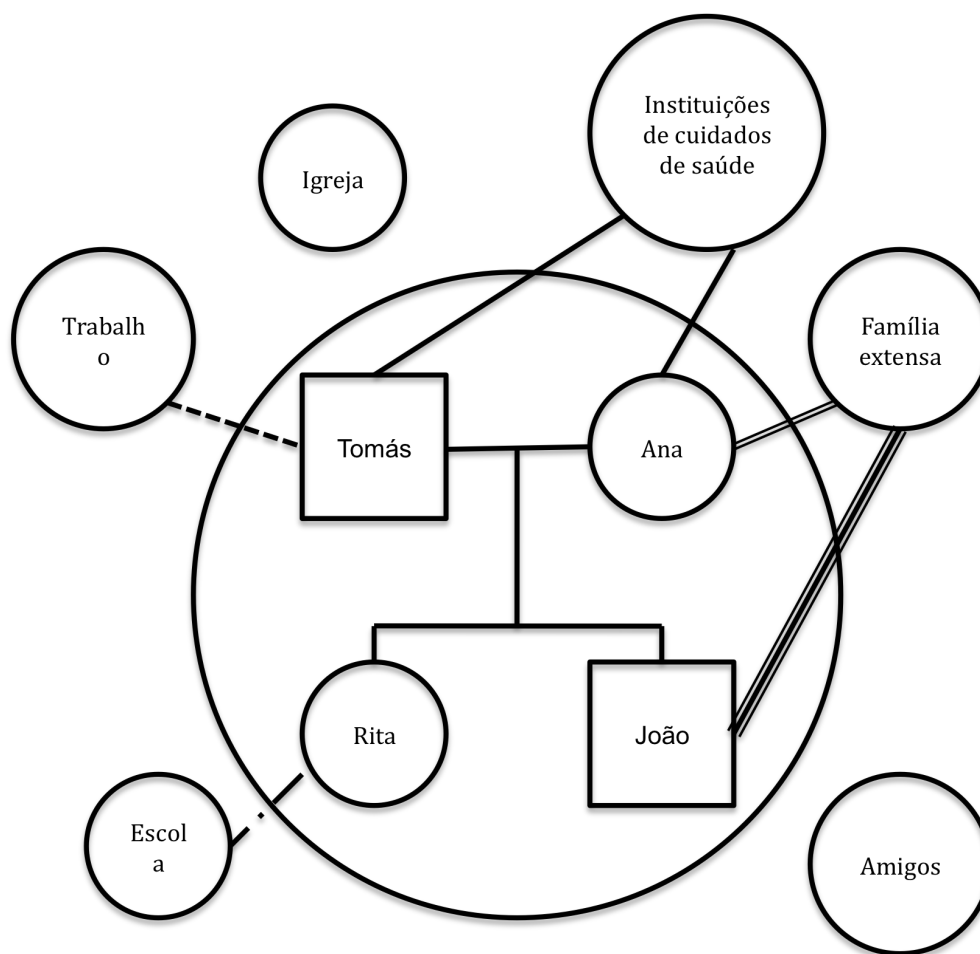
O nome e a idade da pessoa devem ser anotados do lado de dentro do quadrado ou do círculo, do lado de fora do símbolo são registados dados significativos. Se um membro da família morreu, o ano da morte é indicado acima do quadrado ou do círculo. Quando é utilizado o símbolo de aborto, o sexo da criança deve ser registado, caso seja conhecido.

Outra simbologia pode ser utilizada, desde que legendada.



I.2 - ECOMAPA – Rede social da unidade familiar

Inclui relacionamento dos membros da família com os sistemas mais amplos (diz respeito a instituições sociais e pessoas com relações significativas com a família. Qual a rede de apoio é mais expressa na família, que serviços comunitários que a família utiliza).



1.3. Regras e limites

Refere-se às regras para definir quem e como participa.

2 - ESTRUTURA EXTERNA

2.1 - Família extensa

Esta subcategoria inclui a família de origem, a actual geração e membros da família adoptiva, ou seja, refere-se aos familiares fora da família nuclear. Que podem ser um apoio para a família nuclear ou não.

2.2 - Sistemas mais amplos

Esta subcategoria refere-se a instituições sociais mais amplas e pessoas com as quais a família tem contacto significativo.

Os sistemas mais amplos abrangem , em geral, sistemas de trabalho, recursos de saúde, escolas, serviços de apoio a idosos, serviços de apoio a deficientes, entre outros)

3 - CONTEXTO

Cada sistema familiar envolve e é influenciado por sistemas de vizinhança pela classe social, região e país.

3.1 - Etnia

A etnia é um factor importante que influencia a interacção familiar.

3.2 - Raça

A raça influencia a identificação do individuo e do grupo.

As atitudes raciais, estereótipos e discriminação, devem ser identificados e orientadas pois são factores com influência poderosa na família, podendo influenciar negativamente na relações entre a família e o enfermeiro.

3.3- Classe social

Esta subcategoria molda os resultados educacionais, de renda e ocupacionais. Cada classe tem o seu próprio conjunto de valores, estilos de vida e comportamentos que influencia a interacção da família e as práticas dos cuidados de saúde.

3.4 - Religião e espiritualidade

Esta subcategoria influencia os valores, os cuidados de saúde e os hábitos sociais da família.

A religião influencia as crenças sobre a doença e adaptação.

3.5 - Ambiente / Tipo de habitação

Esta subcategoria abrange aspectos da comunidade mais ampla, vizinhança e lar.

A adequação do espaço, privacidade e acesso a escolas, creche, transportes públicos influenciam o funcionamento da família.

As condições da habitação, do saneamento básico, luminosidade, estado de higiene e arrumação devem ter tidos em conta

NOTA: A ficha de avaliação familiar é um processo dinâmico, será construída à medida que se conhece a família, podendo requerer mais que uma visita e/ou entrevista A sua elaboração facilita a avaliação, o planeamento e as intervenções familiares.

Ficha de Avaliação familiar segundo Modelo de Calgary

FAMÍLIAS COM CASOS DE TUBERCULOSE

IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Sexo: _____

Escolaridade: _____

Profissão: _____

Morada: _____

Telefone: _____

Médico de Família: _____

Enfermeira de Família: _____

Unidade de Saúde: _____

Nº Cartão de utente.: _____

Tipo de família: _____

AVALIAÇÃO ESTRUTURAL

I - ESTRUTURA INTERNA

I.1 - GENOGRAMA – Árvore familiar



1.2 - ECOMAPA – Rede social da unidade Familiar

1.3 - Regras e limites

- Existem regras perceptíveis ou identificadas pelos elementos da família, relativas á vida familiar?

- A família é, em relação ás regras : flexível? Rígida ? anárquica?

2 - EXTRUTURA EXTERNA

2.1 - Família extensa

- Onde moram os seus pais?

- Com que frequência contacta com a família de origem?

Tipo de contacto?

- Que significado tem a família alargada (pais, sogros, irmãos) para esta família?

- Que tipo de relação tem com os seus irmãos?

- Qual é o familiar com quem tem uma relação mais próxima?

- Em que medida conta com os familiares quando necessita? Com quem de que forma?

2.2 - Sistemas mais amplos

(instituições mais amplas e pessoas com quem a família tem mais contacto significativo)

- Quais as instituições que recorre habitualmente ? Quais as que estabelece contacto mais significativo?

- Quando se sente triste com quem fala?

- Como descreve o relacionamento com os colegas de trabalho?

3 - CONTEXTO

3.1 - Etnia _____

3.2 - Raça _____

- Manifestações de crenças e valores associados

- Em que medida etnia/raça influencia nos cuidados de saúde?

- Existe marginalização social da família por motivos étnicos ou raciais?

3.3 - Classe social: Alta – alta

Baixa – alta

Alta – média

Baixa – média

Alta – baixa

Baixa – baixa

- Em que medida a classe social/ condições económicas condiciona, o acesso ao cuidados de saúde e outras situações?

3.4 - Religião e espiritualidade

- Sinais visíveis de influência religiosa

- Em que medida a religião influencia nos cuidados de saúde?

3.5 - Ambiente / Tipo de habitação

ANEXO VIII

Guião de entrevista – Ficha de avaliação familiar utilizada no Centro
de Saúde de Oeiras.

**GUIÃO DE PREENCHIMENTO
DA
FICHA DE AVALIAÇÃO FAMILIAR SEGUNDO O MODELO DE CALGARY
SAÚDE INFANTIL
FAMÍLIAS COM RECÉM NASCIDOS**

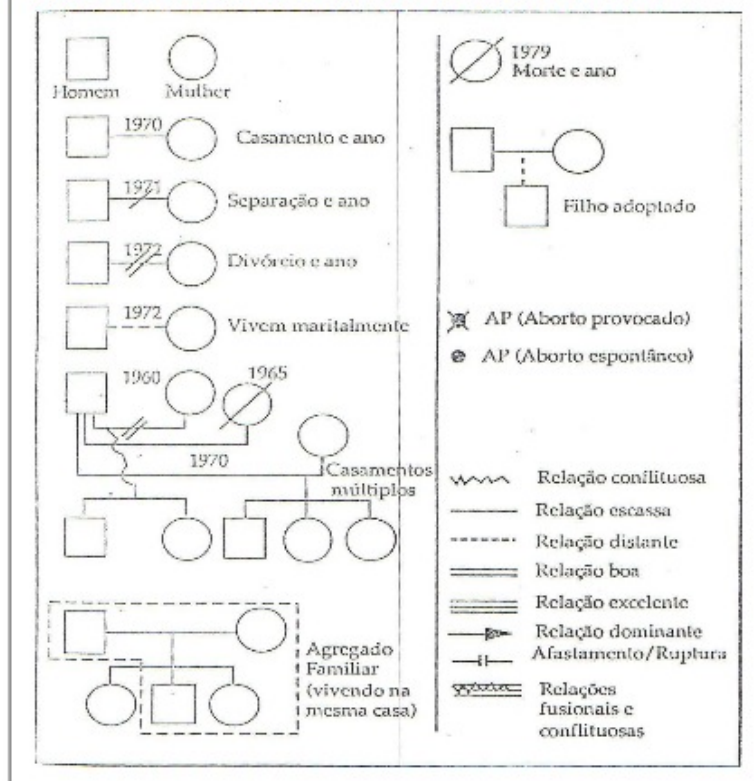
1. Avaliação estrutural

EXTRUTURA INTERNA

Abrange a **composição da família, o género, a orientação sexual, a ordem de nascimentos, os subsistemas e os limites.**

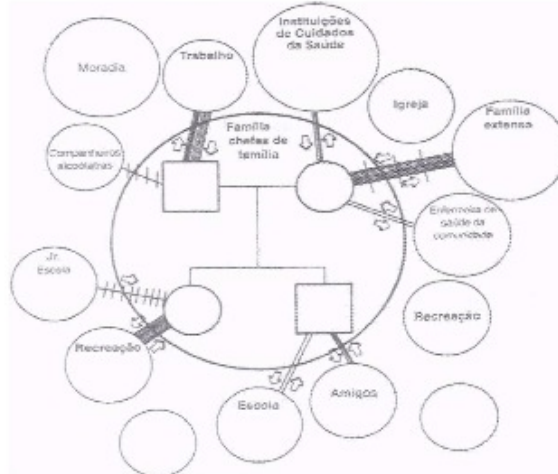
§ 1.1 GENOGRAMA – Árvore familiar

Pode incluir: nome; idade; data de nascimentos; casamentos, divórcios, separações, coabitação e/ou novos casamentos; ocupação; problemas de saúde; causa de morte; nível de instrução; passado étnico; religião.



☞ 1.2. ECOMAPA_– Rede social da unidade familiar

Inclui relacionamentos dos membros da família com os sistemas mais amplos.



☞ 1.3. Regras e limites

Refere-se às regras para definir quem e como participa.

ESTRUTURA EXTERNA

Abrange a **família extensa** e os **sistemas mais amplos**.

☞ 1.4. Família extensa

Refere-se aos familiares fora da família nuclear. Podem ser um apoio para a família nuclear ou não.

☞ 1.5. Sistemas mais amplos

Refere-se às instituições sociais mais amplas e pessoas com as quais a família tem um contacto significativo (ex: hospital, escola, grupo de amigos).

CONTEXTO

Abrange a **etnia, raça, classe social, religião e espiritualidade e ambiente.**

↻ 1.6. Etnia

↻ Raça

A enfermeira deve estar atenta a atitudes raciais, estereótipos e discriminação, marginalização e minorias e em que medida esses factores afectam a família.

↻ 1.7. Classe social

↻ Recursos económicos

Cada classe social tem o seu próprio conjunto de valores, de estilos de vida e comportamentos. Esta avaliação ajuda a enfermeira a entender os factores de stress e os recursos da família.

↻ 1.8. Religião e espiritualidade

Influenciam os valores , os cuidados de saúde e os hábitos sociais da família.

↻ 1.9. Ambiente /Tipo de habitação

Factores como a adequação do espaço, privacidade, acesso a escolas, creche e transportes públicos influenciam o funcionamento da família. As condições da habitação de saneamento básico, luminosidade, estado de higiene e arrumação também devem ser tidos em conta.

2. Avaliação do desenvolvimento

Abrange **estágios, tarefas e vínculos**.

✎ 2.1 Estágio – Famílias com filhos pequenos

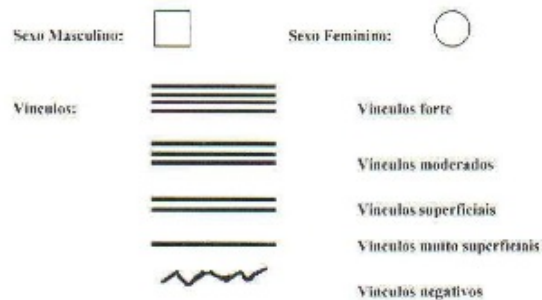
2.1.1/ 2.1.2/ 2.1.3/ 2.1.4 Estes parâmetros procuram avaliar alterações inerentes a esta **fase do ciclo vital** e problemas associados, como sejam a capacidade de fazer face à mudança, a depressão pós-parto, os problemas conjugais, a exaustão perante as tarefas.

✎ 2.2 Tarefas

2.2.1/ 2.2.2. Estes parâmetros procuram avaliar qual as adaptações às tarefas inerentes a esta fase do ciclo vital e como são distribuídas as tarefas pelos elementos.

✎ 2.3 Vínculos

É importante avaliar os vínculos afectivos entre os membros da família. Para representar a natureza desses vínculos pode auxiliar-se da psicofigura.



3. Avaliação funcional

Abrange o funcionamento **instrumental** e o funcionamento **expressivo** .

3.1 Instrumental – actividades de vida diária

3.1.1. / 3.1.2/ 3.1.3/ 3.1.4/ 3.1.5/ 3.1.6. / 3.1.7. – Estes parâmetros procuram avaliar possíveis alterações nas actividades rotineiras da vida diária, neste caso dos pais e do bebé.

3.2 Funcionamento expressivo

Abrange a **comunicação emocional**, a **comunicação verbal**, a **comunicação não verbal**, a **comunicação circular**, a **solução de problemas**, os **papéis**, a **influência e poder**, as **crenças** e as **alianças e uniões**.

3.2.1. Pretende avaliar a comunicação emocional.

3.2.2/ 3.2.3 Pretende avaliar padrão de comunicação dos pais /cuidadores com o bebé.

3.2.4 Pretende avaliar a influência e poder na relação conjugal /parental.

3.2.5 Pretende avaliar as crenças e a sua influência na família.

3.2.6 Pretende avaliar a comunicação verbal entre o casal /outros elementos da família e a sua capacidade para resolver problemas em conjunto.

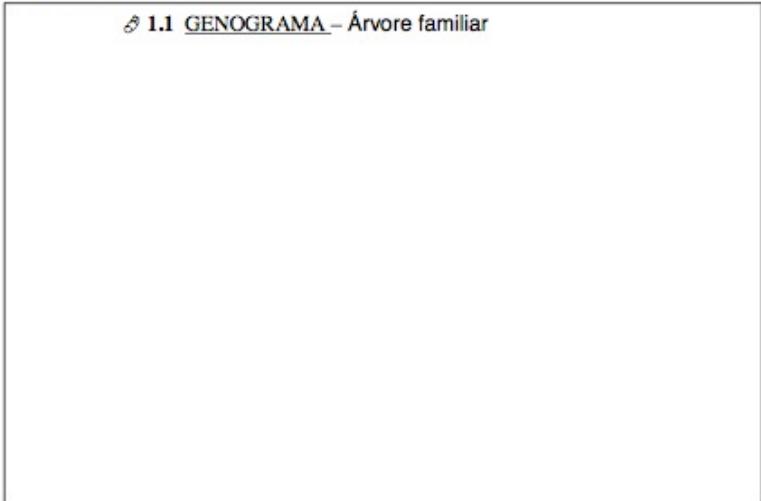
3.2.7 / 3.2.8 Estes parâmetros pretendem avaliar dimensão dos problemas Verdadeiramente sentidos pela família. A enfermeira deve confrontar os problemas que identificou com aqueles que são sentidos pela família. São estes que necessitam de intervenção prioritária.

Incluimos neste instrumento de avaliação familiar uma folha de plano de cuidados pois é o passo seguinte no processo de enfermagem: fazer o diagnóstico de enfermagem, identificando os problemas e planeando estratégias de intervenção, se esta se verificar necessária.

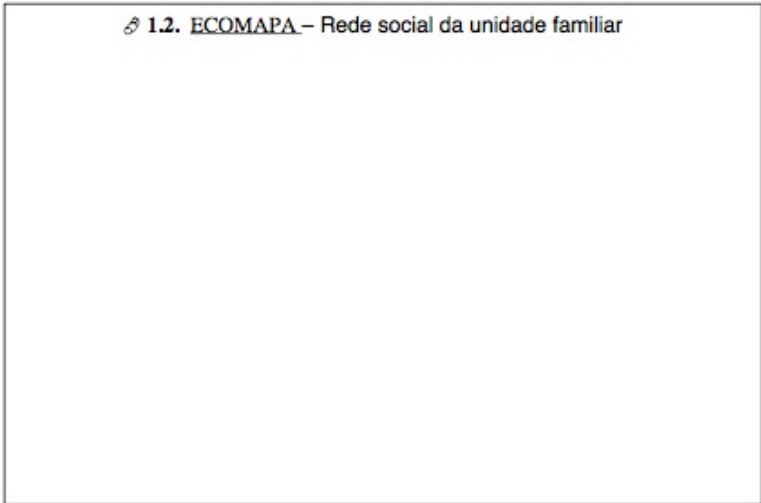
1. Avaliação estrutural

ESTRUTURA INTERNA

☞ 1.1 GENOGRAMA – Árvore familiar



☞ 1.2. ECOMAPA – Rede social da unidade familiar



☞ **1.3. Regras e limites**

⇒ Existem regras perceptíveis ou identificadas pelos elementos da família, relativas à vida familiar? _____

⇒ A família é, em relação às regras: flexível? rígida? anárquica? _____

EXTRUTURA EXTERNA

☞ **1.4. Família extensa**

⇒ Que significado tem a família alargada (pais, sogros, irmãos) para esta família? _____

⇒ Em que medida conta com familiares quando necessita? Com quem? De que forma? _____

☞ **1.5. Sistemas mais amplos**

(instituições sociais mais amplas e pessoas com as quais a família tem um contacto significativo)

⇒ Mãe (exemplo: igreja, ajuda de mãe, centro de saúde) _____

⇒ Pai (exemplo: Clube, hospital, serviço social, colegas) _____

⇒ Outros _____

CONTEXTO

☞ **1.6. Etnia** _____

☞ **Raça** _____

⇒ Manifestações de crenças e valores associados _____

⇒ Em que medida etnia / raça influencia cuidados de saúde à criança e família? _____

⇒ Existe marginalização social da família por motivos étnicos ou raciais? _____

☞ 1.7. **Classe social** _____

☞ **Recursos económicos** _____

⇒ Em que medida classe social / condições económicas condicionam acesso a cuidados de saúde e outras situações (exemplo: acesso a transporte, condições alimentares)?

☞ 1.8. **Religião e espiritualidade** _____

⇒ Sinais visíveis de influência religiosa _____

⇒ Em que medida religião influencia cuidados de saúde à criança e família?

☞ 1.9. **Ambiente /Tipo de habitação**

2. Avaliação do desenvolvimento

☞ 2.1 Estágio - Famílias com filhos pequenos

⇒ 2.1.1. Houve mudanças recentes na família para além do nascimento desta criança? _____

⇒ 2.1.2. A mãe apresenta indícios de depressão pós parto? _____
Quais? _____

⇒ 2.1.3. A mãe cuida de si própria, tendo em conta o seu próprio conforto e repouso, imagem e recuperação da forma, alimentação, cuidados inerentes à amamentação e contraceção? _____

⇒ 2.1.4. Qual a natureza das alterações ao nível da relação conjugal /parental (envolvimento do pai nas tarefas, sexualidade, etc)?

↻ 2.2 Tarefas

⇒ 2.2.1. Pais adaptaram-se bem ao papel de mãe e de pai (postura/ atitudes)?
Asseguram necessidades básicas da criança e deles próprios?

⇒ 2.2.2. Como são divididas as tarefas, domésticas e outras? Quem é que habitualmente trata do bebé? Quem faz lida da casa? Quem vai às compras? _____

2.3 Vínculos

3. Avaliação funcional

3.1 Instrumental – actividades de vida diária

⇒ 3.1.1. Desde que o bebé nasceu, que actividades se alteraram?

⇒ 3.1.2. Alimentação

bebé Leite materno _____
 Leite adaptado _____

⇒ Problemas inerentes à alimentação do bebé _____

Alimentação da mãe _____

⇒ 3.1.3. Padrão de eliminação

⇒ Bebê tem cólicas? O que fez para resolver? _____

⇒ 3.1.4. Padrão de sono

⇒ **bebê** _____

⇒ **pais/cuidador** _____

⇒ 3.1.5. Higiene

⇒ 3.1.6. Mãe já fez revisão do puerpério? Contraceção? Reinício vida sexual?

3.2 Funcionamento expressivo

⇒ 3.2.1. Quem tem mais facilidade em expressar emoções e sentimentos?

⇒ 3.2.2 Mãe dirige-se carinhosamente ao bebé? Fala com ele? Acaricia-o?

⇒ 3.2.3 Pai dirige-se carinhosamente ao bebé? Fala com ele? Acaricia-o?

⇒ 3.2.4 Quem demonstra mais autoridade dentro do casal / família?

⇒ 3.2.5 Que crenças existem na família?

⇒ 3.2.6 Costumam dialogar para resolver os problemas em conjunto?

⇒ 3.2.7 Existe stress familiar? A quem o atribui?

⇒ 3.2.8 Se pudesse ver um dos seus problemas resolvidos, qual gostaria de resolver em primeiro lugar?

ANEXO IX

Carta para situações de abandono terapêutico da tuberculose.



Ex^{ma}. Sra.

xxxxxxxxxxxxx

Porque nos preocupamos com a sua **saúde** e é importante vigiar a evolução da sua **doença**, solicitamos que nos contacte telefonicamente ou compareça nesta unidade a fim de a podermos ajudar e reavaliar a sua situação.

Informa-se que, a Unidade de Saúde Pública teve conhecimento em Outubro que abandonou o tratamento da Tuberculose , iniciado em Maio no CDP da Venda Nova.

Estaremos à sua disposição de segunda a sexta-feira entre as 9.00h e as 16.30h.

Com os melhores cumprimentos

Queluz, 17 de Novembro de 2009

A Delegada de Saúde

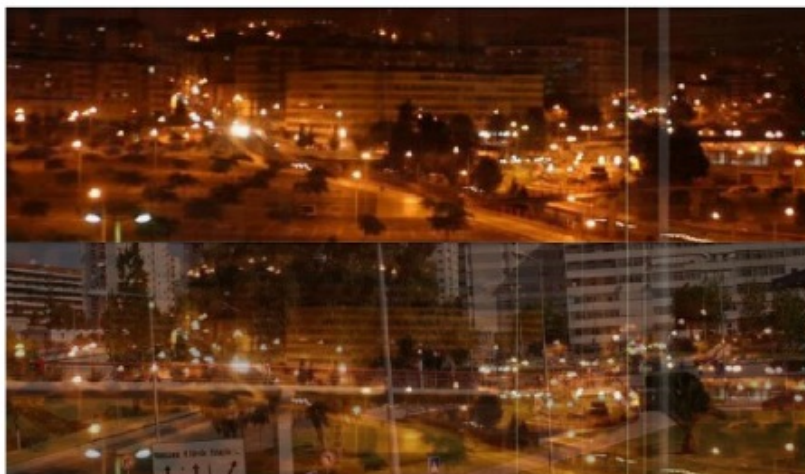
A Enfermeira de Saúde Pública

ANEXO X

Divulgação da acção de sensibilização à população de Monte
Abraão no sito da Junta de Freguesia de Monte Abraão



Junta de Freguesia
Monte Abraão



[Início](#) [Junta de Freguesia](#) [Assembleia de Freguesia](#) [Localização](#)

[A Freguesia](#)
[Freguesia em Números](#)
[Notícias](#)
[Balcão Virtual](#)
[Taxas em Vigor](#)
[Sugestões](#)
[Acção Psicosocial](#)
[Galeria de Fotografias](#)

» Pesquisar:

Ok



» Número de Visitas: 0035908

NOTÍCIAS

A Tuberculose não é uma doença do passado

No próximo dia 10 de Novembro, às 18h, na Escola Básica 2,3 Ruy Belo, irá ocorrer uma Sessão de Informação de Saúde à população de Monte Abraão, ministrada pelo Centro de Saúde de Queluz (ACES X Cacém - Queluz). A sessão é dirigida a toda a comunidade e a entrada é livre. Compareça!



A tuberculose é uma doença infecciosa, causada pelo *Mycobacterium Tuberculosis*, também conhecido por Bacilo de Koch, transmissível de pessoa a pessoa. É um importante problema de saúde pública, calcula-se que 1/3 da população mundial já teve contacto com o bacilo.

A situação é particularmente preocupante no Sudoeste Asiático e na África Subsariana. Na Europa existem países onde se encontra praticamente extinta, existem regiões com ressurgimento da epidemia. A nível da União Europeia, Portugal é um dos países que apresenta maior número de casos, principalmente a

nível das áreas metropolitanas de Lisboa e Porto. É emergente interromper a cadeia de transmissão da doença. Acreditamos que é informando que poderemos minimizar a propagação da doença. Nesta sessão serão abordados os sintomas da doença, as formas de protecção e a importância do cumprimento do tratamento instituído.

[\[Reprodução Audio\]](#)

Data de 29-10-2009

(Conteúdos em Actualização)

» Morada

Av. da Liberdade, nº 31
Monte Abraão
2745-300 Queluz

Tel: 21 437 36 35 / 21 439 08 39
Fax: 21 437 36 60

E-mail: geral@jf-monteabrao.pt

Horário: Das 9:00 H às 12:30 H
das 14:00 H às 17:30 H

» Farmácias de Serviço



» Meteorologia



19 C

ANEXO XI

Divulgação da acção de sensibilização à população de Monte
Abraão em cartaz



ACES X Cacém - Quiluz



Sessão de Informação de Saúde à população de Monte Abraão

A TUBERCULOSE não é uma doença do passado

Venha saber como proteger-se

LOCAL: Escola EB 2,3 Ruy Belo
DATA: 10 Novembro de 2009
Horário: 18 horas

Unidade de Saúde Pública

Sónia Nascimento - Curso de Mestrado em
Enfermagem área de especialização em
Enfermagem comunitária - ICS - UCP
Fernanda Madaleno - Enf.ª Especialista

ANEXO XII

Apresentação em powerpoint da acção de sensibilização à
população de Monte Abraão



Sessão de Informação de Saúde à população de Monte Abraão

A TUBERCULOSE não é uma doença do passado

Venha saber como proteger-se

LOCAL: Escola EB 2,3 Ruy Belo
DATA: 10 Novembro de 2009
Horário: 18 horas

Unidade de Saúde Pública
Sónia Nascimento - Curso de Mestrado em
Enfermagem área de especialização em
Enfermagem comunitária - ECF - ICFP
Fernanda Matos - Enf.ª Especialista

Breve referência histórica

- 1885 Descoberta do bacilo (Koch)
- 1921 - Vacina BCG
- 1945 - descoberta 1º antibiótico (estreptomicina)
- Vacinação - diminuiu o nº de casos graves

TUBERCULOSE



- Cerca de 1/3 da população mundial está infectada com o bacilo da Tuberculose (OMS)
- A Tuberculose mata aproximadamente dois milhões de pessoas por ano, 98 % nos países em desenvolvimento

TUBERCULOSE



- A situação é particularmente preocupante no Sudoeste Asiático e na África Subsariana
- Na Europa existem países onde se encontra praticamente extinta, embora existam regiões com ressurgimento da epidemia
- A nível da União Europeia, Portugal é um dos países que apresenta maior número de casos, principalmente a nível das áreas metropolitanas de Lisboa e Porto

TUBERCULOSE

Doença contagiosa causada por uma bactéria *MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS* (Bacilo de Koch)



Atinge várias partes do nosso corpo:

- Pulmões
- Gânglios
- Rins
- Ossos
- Intestinos
- Meninges

TRANSMISSÃO



Pessoa a pessoa através do:

- Ar
- Tosse
- Espirros
- Fala

SINTOMAS



- Tosse crónica (com mais de 3 semanas)
- Expectoração por vezes raiada de sangue
- Febre
- Suores nocturnos
- Dor no tórax
- Perda de apetite
- Cansaço
- Perda de peso lenta e progressiva

FORMAS DE TUBERCULOSE

Nem todas as pessoas infectadas desenvolvem a doença podem ocorrer duas situações:

- *Tuberculose Latente* - traduz a presença do bacilo no organismo eventualmente transmitido por um contacto portador de doença → Risco de Tuberculose doença.
- *Tuberculose Doença* - Forma infecciosa

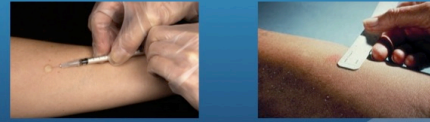
FACTORES QUE FACILITAM O CONTÁGIO

- Estar em contacto com doentes bacilíferos
- Respirar em ambientes pouco arejados
- Permanecer vários dias em contacto com doentes com tuberculose (RASTREIO DE CONTACTOS)

RASTREIO DOS CONTACTOS

- Indivíduos que tiveram contacto próximo com o doente com Tuberculose (detecção de potenciais casos)

Prova Tuberculínica (teste de Mantoux)



RASTREIO DOS CONTACTOS

(cont)

- Radiografia de Tórax



COMO EVITAR A TUBERCULOSE





ETIQUETA RESPIRATÓRIA

Cubrase quando tossir



FONTE: gov. br.

COMO EVITAR A TUBERCULOSE (cont)

- Vacinar as crianças (BCG, 1^os 30 dias de vida) 
- Alimentar-se bem 
- Arejar a casa 
- Evitar permanecer em locais com muitas pessoas e pouco ventilados 

OUTRAS MEDIDAS DE PROTECÇÃO PARA A INFECCÃO RESPIRATÓRIA







FONTE: dgs.pt

OUTRAS MEDIDAS DE PROTECÇÃO PARA A INFECCÃO RESPIRATÓRIA (cont)



FONTE: dgs.pt

DIAGNÓSTICO

- Sintomas 
- Radiografia de tórax 
- Exame à expectoração 
- Prova Tuberculínica (teste de Mantoux) 

TRATAMENTO



- Tratamento médico com seguimento no Centro Diagnóstico e Pneumológico da área de residência
- Uma vez iniciado o tratamento não deve ser interrompido até à completa cura da doença
- Normalmente o tratamento não requer hospitalização

- O tratamento é gratuito

O PORQUÊ DO ABANDONO DA TERAPÊUTICA

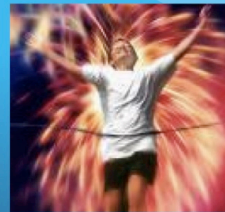


- Sintomas melhoram em pouco tempo

- Efeitos colaterais são comuns

- Muitos não completam o tratamento e surgem estirpes multirresistentes (cura mais difícil e tratamento mais longo)

A tuberculose tem cura em 95% dos casos se os doentes cumprirem o tratamento.



A erradicação da doença depende de cada um de nós

ANEXO XIII

Comunicação referente aos utentes que vão iniciar programa de
Diálise Peritoneal.

COMUNICAÇÃO DOS UTENTES QUE VÃO INICIAR PROGRAMA DE DIALISE PERITONEAL

VINHETA DO UTENTE

O serviço de Nefrologia, consulta de Diálise Peritoneal, informa a Vossa unidade que o utente acima referenciado irá entrar em programa de Diálise Peritoneal, com visita domiciliária inicial programada para dia ____/____/____ às _____.

O utente acima referenciado apresentou as seguintes intercorrências/complicações: _____

Estaremos à vossa disponibilidade para qualquer esclarecimento, das 8.00h às 16.00h nos dias úteis.

_____, _____.de _____ de _____

A enfermeira(o)

ANEXO XIV

Documento de registo da consulta domiciliária



VISITAS DE VALIDAÇÃO INICIAL / PERIÓDICA

Nome:

Morada:

Telef. –

TM –

Sistema: Baxter® Gambro® Fresenius®

Data de colocação de cateter:

Início de DPCA:

DATA	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_	_/_/_
FRR						
Peso						
TA						
Orifício externo/ túnel						
Higiene corporal						
Dieta						
Hidratação						
Exercício físico						
Acesso para HD						
Cumprir protocolo						
Execução técnica						
Assepsia						
Execução do penso						
Controle do peso						
Controle da TA						
Registos						
Administra terapêutica IP/SC						
Entrega do material						
Acondicionamento do material						
Material de stock						
Equipamentos						
Necessidades Detectadas						
Sugestões						
Enfermeira						

ANEXO XV

Projecto de formação destinado aos enfermeiros dos Cuidados de
Saúde Primários.

PROGRAMA DE FORMAÇÃO DE DÍALISE PERITONEAL PARA ENFERMEIROS

OBJECTIVO GERAL: Promover a articulação de cuidados ao utente submetido a Diálise peritoneal entre os cuidados de Saúde primários e os cuidados de saúde diferenciados.

Objectivo específico: Contribuir para a aquisição de competências da equipa de enfermagem de Cuidados de Saúde Primários

DESTINATÁRIOS: Equipa de Enfermeiros dos Cuidados Continuados do Centro de Saúde de Sacavém.

CONTEUDOS	DESTINATÁRIOS	LOCAL	DATA/HORA	METODOLOGIA	FORMADORES
INTRODUÇÃO À DÍALISE. PERITONEAL (DP): <ul style="list-style-type: none">➤ Modalidades➤ Via de acesso➤ Complicações	Equipa de Cuidados Continuados	Centro de Saúde de Sacavém	13 Janeiro às 11h	Expositiva	Enf.ª Sónia Nascimento Enf.ª Teresa Marques
Contacto com os utentes em consulta de Diálise Peritoneal	Um enfermeiro ou mais (o número será definido consoante a disponibilidade da equipa de Cuidados Continuados)	Consulta de enfermagem de Diálise Peritoneal	3ª e 5ª, das 9.00h às 13.00h.	Observação directa	Enf.ª Teresa Marques
Visitação Domiciliaria	Um enfermeiro ou mais (o número será definido pela equipa de Cuidados Continuados)	Local de partida serviço de Nefrologia	4ª Feira, das 9.00h às 13.00h	Observação	Enf.ª Teresa Marques

Nota: Em cada semana serão renovados os elementos em formação até à inclusão de todos os elementos da equipa.

ANEXO XVI

Apresentação em PowerPoint, formação Diálise Peritoneal.

ARTICULAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

DIÁLISE PERITONEAL

SERVIÇO NEFROLOGIA/ CENTRO DE SAÚDE DE SACAEM

Hospital Curry Cabral
Sónia Nascimento
Teresa Marques

Substituição da função renal

- Hemodiálise
- Diálise Peritoneal
- Transplante Renal



Diálise Peritoneal

- Técnica de substituição da função renal que utiliza o peritонеu como membrana de diálise.
- Drenagem/infusão de uma solução estéril na cavidade peritoneal, através de um cateter de silicone, que após um período de permanência permite a transferência de água e solutos entre o sangue e a solução dialisante.



INDICAÇÕES POUCO FAVORÁVEIS

- Hérnias abdominais
- Ostomias
- Prótese aórtica
- Lombalgia crónica
- Patologia respiratória crónica
- Alterações sensoriais
- Falta de autonomia para realizar a técnica



CONTRA INDICAÇÕES

- Incapacidade do peritонеu realizar a sua função dialítica
- Única contra indicação absoluta**



VANTAGENS

- Depuração dos produtos de degradação é lento e progressivo.
- Promove maior autonomia
- Ansiedade antes punções do acesso
- Distância ao centro de hemodiálise

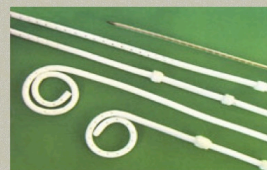


COMPLICAÇÕES

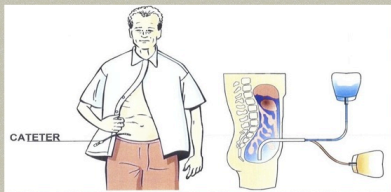
- Peritonite
- Complicações mecânicas (má posição do cateter)



CATETER PERITONEAL



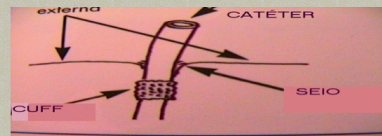
CATETER PERITONEAL



CATETER PERITONEAL

Zona externa – zona que rodeia o O.S. (orifício de saída)

Zona interna ou seio – zona desde o bordo que toca no cateter, até à zona mais profunda.



Orifício de saída



Orifício perfeito

- Seio coberto com epitélio queratinizado
- Sem drenagem
- Cor natural ou escuro
- Crosta pequena no seio do orifício



Orifício Bom

- Cor natural, rosa pálido
- Drenagem clara no seio
- Epitélio maduro cobrindo parte do seio
- Dor, exsudado e eritema ausentes



Orifício Equívoco

- Drenagem sanguinolenta e/ou purulenta no seio
- Regressão do epitélio
- Tecido de granulação ligeiramente exuberante no seio e/ou em redor do orifício
- Eritema a menos de 13 mm de bordo de bordo
- Dor, inflamação e exsudado ausente



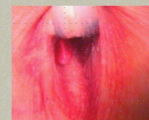
Orifício com infecção aguda

- Drenagem purulenta/sanguinolenta espontânea ou com expressão do seio
- Inflamação e eritema com mais de 13 mm
- Regressão do epitélio do seio
- Dor, tecido de granulação exuberante, presença de crostas



Orifício com infecção crônica

- Drenagem purulenta/sanguinolenta espontânea ou com expressão do seio
- Tecido de granulação exuberante
- Regressão do epitélio do seio
- Persiste por mais de 4 semanas
- São frequentes as crostas
- Inflamação, eritema e dor exacerbados



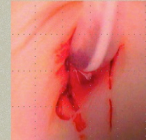
Infecção do Túnel

- Drenagem purulenta ou sanguinolenta viscosa quando se pressiona o cuff externo
- Induração do tecido em redor da cuff
- Tecido de granulação no seio
- Epitélio do seio macerado
- O O.S. Apresenta-se normal à observação externa, por ecografia pode revelar uma colecção de líquido em volta do cuff



Orifício Traumatizado

- Dor
- Hemorragia
- Crosta
- Deterioração do aspecto do orifício



Orifício de Saída



Modalidades de DP

- DPCA – Diálise peritoneal contínua ambulatoria
- DPA – Diálise peritoneal automatizada



DPCA

- D – *DIÁLISE* - Eliminação de substâncias tóxicas produzidas no organismo, através de uma membrana;
- P – *PERITONEAL* – Utiliza a membrana peritoneal;
- C – *CONTÍNUA* – Efectua-se continuamente, 24 horas por dia, sete dias por semana;
- A – *AMBULATORIA* – Realiza-se no domicílio, em regime ambulatorio



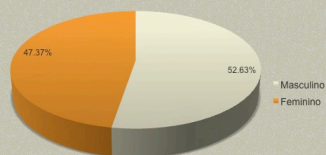
DPA

- D – *DIÁLISE* - Eliminação de substâncias tóxicas produzidas no organismo, através de uma membrana;
- P – *PERITONEAL* – Utiliza a membrana peritoneal;
- A – *AUTOMATIZADA* - As trocas são efectuadas por uma máquina, *cicladora*, durante o período de sono do utente.



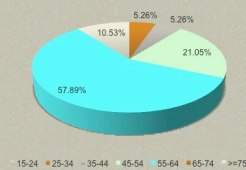
CARACTERIZAÇÃO POPULAÇÃO UTENTES EM PROGRAMA DP

■ GÉNERO



CARACTERIZAÇÃO POPULAÇÃO

■ GRUPO ETÁRIO



RECURSOS

Humanos:

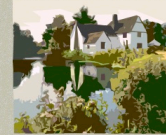
- 1 enfermeira
- Dia semanal fixo (4ª feira)

Materiais:

- Viatura de apoio aos cuidados continuados da consulta externa
- Material de arquivo
- Impressos

POPULAÇÃO ALVO

- Todos os utentes em programa de Diálise Peritoneal desta Unidade
- Todos os utentes que iniciem programa de Diálise Peritoneal nesta Unidade



Tipologia das visitas domiciliárias

- Visita Pré-diálise
- Visita de Validação Inicial
- Visitas de Validação periódica

TIPOLOGIA DAS VISITAS DOMICILIÁRIAS

VISITA PRÉ DIÁLISE

- Analisar as condições domiciliárias e familiares
- Ajudar o utente/família a escolher o local mais apropriado para o tratamento
- Colaborar com o utente/família na escolha do local mais adequado para o armazenamento do material e forma de o acondicionar
- Instruir sobre alterações necessárias no local para otimizar o tratamento
- Envolver a família e rede informal.

Unidade de Diálise Peritoneal

VISITA PRÉ-DIÁLISE

- Nome: _____
- Morada: _____
- Data: ___/___/___
- Habitado: _____
- Localização: Urbana Rural
- Tipo: Moradia Apartamento Piso Elevador Sim Não
- Outro: _____
- Número de assoalhadas:
- Agrupado familiar: _____
- Animais: Sim Não
- Estado de conservação da habitação: Mau Razóvel Bom
- WC: Sim Não
- Esquitos: Sim Não
- Fossa séptica
- Outro: _____
- Água canalizada: Sim Não Nascente
- Outro: _____
- Electricidade: Sim Não
- Recicção de resíduos sólidos: Sim Não
- Condições de higiene: Bom Razóvel Mau
- Observações: _____

Realização das trocas / Penso do OS

- Local: _____
- Pavimento: _____
- Cortinas: Sim Não
- Tapetes: Sim Não
- Humidade: Sim Não
- Arejado: Sim Não
- Solheiro: Sim Não
- Ficha terra: Sim Não
- Alterações a efectuar: _____
- Armazenamento do material
- Local: _____
- Espaço: Capacidade para 1 mês Capacidade para 15 dias Capacidade para 1 semana
- Araçamento: Sim Não
- Humidade: Sim Não
- Avulsão do local: _____
- Alterações necessárias: _____
- Enf.: _____

TIPOLOGIA DAS VISITAS DOMICILIÁRIAS

VISITA DE VALIDAÇÃO INICIAL

- Assegurar uma adequada disposição do material
- Ajustar os procedimentos técnicos às condições do domicílio
- Comprovar que a técnica e os procedimentos utilizados são os correctos
- Fazer as correcções necessárias
- Identificar dúvidas do utente e família
- Esclarecer dúvidas identificadas pelo enfermeiro ou manifestadas pelo utente/família.

TIPOLOGIA DAS VISITAS DOMICILIÁRIAS

VISITA DE VALIDAÇÃO PERIÓDICA

- Comprovar o cumprimento do protocolo dialítico
- Verificar a adaptabilidade do doente/família ao novo estilo de vida
- Verificar o funcionamento dos aparelhos
- Verificar as condições de entrega e acondicionamento do material
- Detectar e corrigir problemas
- Proceder a reciclagem personalizada do ensino em ambiente domiciliário

ÍNDICES DE VALORAÇÃO INICIAL PERIÓDICA

- Nome: _____
- Morada: _____
- Telef. – _____
- Sistema: Baxter® Gambro® Fresenius®
- Data de colocação de cateter: ____/____/____
- Início de DPÇA: ____/____/____ Início de DPA: ____/____/____
- FRR: _____
- Peso: _____ TA: _____
- Orifício externo/ tunel _____
- Higiene corporal _____
- Dieta/Hidratação _____
- Exercício físico _____
- Acesso para HD _____
- Cumpre protocolo _____
- Execução técnica – Execução do penso _____
- Controle do peso controle da TA _____
- Registos Administra terapêutica IP/SC _____
- Entrega do material Acondicionamento do material _____
- Material de stock _____
- Equipamentos _____
- Necessidades Detectadas _____
- Sugestões _____

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- **COSTA, R.; JORGE, P.** – Projecto de Visitação Domiciliária de Diálise Peritoneal, Serviço de Nefrologia, Hospital Curry Cabral, Setembro 2007, Lisboa
- **ORDEM DOS ENFERMEIROS** - "Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e comentários". Grafinter, 2003 p.52
- **GARCIA M. ET AL** – Organización de un programa de diálisis peritoneal, in: MONTENEGRO J., OLIVARES J. – La Diálisis Peritoneal, 1999.
- **ALARCÃO, Isabel; TAVARES, José** – Supervisão da Prática Pedagógica: uma Perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem, 2ª Ed., Coimbra: Livraria Almedina, 2003

ANEXO XVII

Pedido de autorização para realização de formação em contexto
hospitalar

Exmo. Sr. Director de Enfermagem João Pais
(com o conhecimento da Sr.^a Enfermeira Chefe Paula Luís)

Eu, Sónia Agostinha Mesquita Gomes Nascimento, Enfermeira no Serviço de Nefrologia, estou neste momento a realizar um estágio em contexto de trabalho no referido serviço. Este estágio surge englobado no Curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem Comunitária da Universidade Católica Portuguesa. Neste âmbito necessito desenvolver um projecto que se enquadre na articulação de cuidados entre os CSP e os Cuidados hospitalares.

Sob a orientação da tutora e da orientadora de estágio e, tendo em conta as necessidades deste serviço, a população alvo do projecto são os doentes em programa regular de Diálise Peritoneal deste serviço. Assim, a articulação dos cuidados incidirá nos utentes submetidos a diálise peritoneal, procurando referenciá-los e encaminha-los aos cuidados de Saúde primários, pois observa-se que se tornam utilizadores em exclusivo das unidades hospitalares.

Face às áreas de residência dos doentes optou-se por desenvolver esta articulação com a equipa de Enfermagem do Centro de saúde de Sacavém. Depois de estabelecido contacto com a unidade escolhida a mesma respondeu positivamente mostrando disponibilidade para se deslocar a este serviço no sentido de observar a Unidade de Diálise Peritoneal.

De acordo com a disponibilidade de ambos os serviços envolvidos, planeou-se que a referida observação acontecesse às 3^{as} e 5^a feiras das 9 às 13h na consulta de diálise peritoneal e às 4^{as} feiras na consulta realizada em visita domiciliária. Assim, solicitamos autorização para que se desloquem a este serviço dois elementos da equipa de cuidados continuados do Centro de saúde de Sacavém em cada semana prevendo-se um total de 5 semanas a ter início no dia 19 do corrente mês.

Atenciosamente,

Lisboa, 14 de Janeiro de 2010

ANEXO XVIII

Resposta ao pedido de autorização para realização de formação em
contexto hospitalar



Exma. Senhora
Enf.ª Sónia Agostinha Mesquita
G Nascimento
Serviço de Nefrologia

N.Refº 30/CA

Data: 26/01/2010

V. Refº: carta

Data: 22/01/2010

Assunto: Pedido de Estágio de Observação

Em relação ao pedido em epígrafe e atendendo a que o Centro de Saúde Sacavém é uma instituição que articula com o nosso Hospital, concordo com a proposta, pelo que se autoriza o estágio de observação solicitada.

Com os melhores cumprimentos,

O Enfermeiro Director

(João Pais)

Rua da Beneficência, nº 8 • 1069-166 LISBOA

Geral: Tel.: 21 792 42 00

Conselho de Administração: Tels.: 21 792 42 02/3 Fax: 21 792 43 92 • cadm@hccabral.min-saude.pt

Gestão de Doentes: Tel.: 21 792 42 86 Fax: 21 792 42 87 • gdoentes@hccabral.min-saude.pt

Serviço de Aprovisionamento: Tel.: 21 792 43 99 Fax: 21 795 92 35 • aprovisionamento@hccabral.min-saude.pt