



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

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

**OTIMIZAÇÃO DE INFORMAÇÃO CLÍNICA DA PESSOA
COM TUBERCULOSE:
INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA A GRUPO DE
ENFERMEIROS**

OPTIMIZATION OF CLINICAL INFORMATION OF THE
PERSON WITH TUBERCULOSIS:
COMMUNITY INTERVENTION TO A NURSES GROUP

Por

Ana Paula de Melo Palma Pereira

Lisboa, 2022



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

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

**OTIMIZAÇÃO DE INFORMAÇÃO CLÍNICA DA PESSOA
COM TUBERCULOSE:
INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA A GRUPO DE
ENFERMEIROS**

OPTIMIZATION OF CLINICAL INFORMATION OF THE
PERSON WITH TUBERCULOSIS:
COMMUNITY INTERVENTION TO A NURSES GROUP

Por

Ana Paula de Melo Palma Pereira

Sob a orientação de Professora Doutora Ana Resende

Lisboa, 2022

*“A mente que se abre a uma nova ideia
nunca mais volta ao seu tamanho original”*

Albert Einstein

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Ana Resende, pela sua disponibilidade e orientação, tornando este trabalho exequível.

À Enfermeira orientadora Helena Correia, pela partilha, ajuda e incentivo.

À Enfermeira Anjos Garcia pelo seu apoio e simpatia.

À equipa da USP pelo acolhimento, em especial ao Dr. Vasco Ranita pela disponibilidade e colaboração fundamental.

À Ana Medeiros, Susana Gonçalves e Bruno Ribeiro, companheiros de aventura do Curso de Mestrado, que levo comigo. Grata pela amizade, partilha e palavras de ânimo nas circunstâncias adversas.

À Luísa Caetano pelo apoio em priorizar as minhas necessidades.

À Dr.^a Carla Saraiva de Carvalho, cujo apoio foi incondicional, pela amizade e enorme confiança que me transmite.

Aos meus queridos filhos, Filipa e Pedro, por tudo o que são e o que me permitem ser.

A todos o meu sincero Obrigado.

RESUMO

A tuberculose é uma doença transmissível sendo a principal causa de morte de um único agente infeccioso, ainda acima do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH). A pandemia por SARS-CoV-2 teve efeitos em todos os aspetos da saúde global, mas os cuidados aos doentes com tuberculose foram afetados desproporcionalmente. Este impacto pode afetar a saúde pública, diminuindo a eficácia das medidas em curso. As alterações no contexto de trabalho impostas pela pandemia originam constrangimentos na persecução das atividades planeadas e pressão sobre os profissionais. A informação disponível relativa à situação de saúde das pessoas com tuberculose, não tem dado resposta adequada às necessidades sentidas pelos enfermeiros, podendo decorrer repercussão na tomada de decisão e continuidade de cuidados. Os aspetos referidos podem originar incertezas sobre a evolução desta doença e do estado de saúde da população.

Com base nestas preocupações surgiu o presente projeto de intervenção comunitária ancorado na Teoria das Transições de Afaf Meleis e estruturado na metodologia de Planeamento em Saúde de acordo com Tavares (1990), tendo como foco um grupo de enfermeiros. Através da sua implementação pretendeu-se contribuir para a delineação de uma estratégia sustentada que auxilie a partilha de informação de saúde relevante sobre as pessoas com tuberculose ativa, e que fosse ao encontro das necessidades identificadas pelo grupo de enfermeiros envolvidos no Programa da Tuberculose.

Adotou-se uma abordagem qualitativa, alicerçada num paradigma interpretativo, com realização de entrevistas, o que permitiu identificar os diagnósticos de enfermagem, que foram priorizados com o método de grelha de análise. Foram selecionadas as estratégias mais adequadas, que envolveram a equipa da unidade, para os objetivos definidos.

A operacionalização do projeto resultou no ganho de disponibilização e organização informacional. Os objetivos propostos foram na sua globalidade conseguidos, sendo indiscutível que este projeto veio reforçar e valorizar o trabalho que a equipa desenvolve, perspetivando um novo rumo.

O projeto permitiu o desenvolvimento de competências como mestre e especialista, em enfermagem de saúde comunitária e saúde pública.

Palavras-chave: Tuberculose; Enfermagem comunitária; Saúde pública; Informação de saúde

ABSTRACT

Tuberculosis is a communicable disease being the main cause of death of a single infectious agent, even above the Human Immunodeficiency Virus (HIV). The SARS-CoV-2 pandemic has had effects on all aspects of global health, but care for TB patients has been disproportionately affected. This impact can affect public health, reducing the effectiveness of ongoing measures. The changes in the work context imposed by the pandemic create constraints in the pursuit of planned activities and pressure on professionals. The available information on the health situation of people with tuberculosis has not adequately responded to the needs felt by nurses, which may have repercussions on decision-making and continuity of care. The aforementioned aspects may give rise to uncertainties about the evolution of this disease and the health status of the population.

Based on these concerns, the present community intervention project emerged, anchored in Afaf Meleis' Theory of Transitions and structured in the Health Planning methodology according to Tavares (1990), focusing on a group of nurses. Through its implementation, it was intended to contribute to the design of a sustained strategy that helps the sharing of relevant health information about people with active tuberculosis, and that would meet the needs identified by the group of nurses involved in the Tuberculosis Program.

A qualitative approach was adopted, based on an interpretive paradigm, with interviews, which allowed the identification of nursing diagnoses, which were prioritized using the grid analysis method. The most appropriate strategies were selected, which involved the unit's team, for the defined objectives.

The operationalization of the project resulted in the gain of information availability and organization. The proposed objectives were in their entirety achieved, and it is indisputable that this project has reinforced and valued the work that the team develops, envisioning a new direction.

The project allowed the development of skills as a master and specialist in community health and public health nursing.

Keywords: Tuberculosis; Community Nursing; Public health; Health information

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
ARSLVT	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
CDP	Centro de Diagnóstico Pneumológico
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DGS	Direção Geral da Saúde
EEECSP	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PLS	Plano Local de Saúde
PNS	Plano Nacional de Saúde
PNT	Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose
REPE	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
RLVT	Região de Lisboa e Vale do Tejo
SINAVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis de Notificação Obrigatória
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
TB	Tuberculose
UCP	Universidade Católica Portuguesa
USP	Unidade de Saúde Pública
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	17
1. ENQUADRAMENTO.....	19
1.1. Tuberculose.....	19
1.2. Partilha de Informação de Enfermagem.....	23
1.3. Comunicação e Segurança do Doente.....	27
1.4. Vigilância Epidemiológica e Determinantes de Saúde.....	29
1.5. Teoria das Transições de Afaf Meleis.....	32
2. PLANEAMENTO EM SAÚDE.....	35
2.1. Diagnóstico de Situação.....	36
2.1.1. Contextualização.....	36
2.1.2. Caraterização do Ambiente.....	39
2.1.3. População Alvo.....	42
2.1.4. Instrumento de Recolha de Dados.....	43
2.1.5. Análise da Informação.....	44
2.1.6. Necessidades Identificadas.....	47
2.1.7. Diagnósticos de Enfermagem.....	48
2.2. Determinação de Prioridades.....	49
2.3. Definição de Objetivos.....	51
2.4. Seleção de Estratégias.....	52
2.5. Preparação Operacional.....	54
2.6. Avaliação.....	58
2.7. Desafios e Contributos do Projeto para a Prática Clínica.....	60
3. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS COMO MESTRE E ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA.....	61
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67
APÊNDICES.....	73
ANEXOS.....	123

APÊNDICES

Apêndice 1 - Cronograma de atividades.....	75
Apêndice 2 - Revisão da literatura	77
Apêndice 3 - Guião da entrevista	83
Apêndice 4 - Matriz de análise das entrevistas.....	85
Apêndice 5 - Caracterização das pessoas com tuberculose.....	89
Apêndice 6 - Instruções de preenchimento da base em <i>Excel</i>	99
Apêndice 7 - Folha de registo de vigilância epidemiológica.....	105
Apêndice 8 - Folha de notas de reunião	109
Apêndice 9 - Plano da sessão informativa de apresentação do projeto	111
Apêndice 10 - Sessão informativa de apresentação do projeto	113
Apêndice 11 - Questionário de satisfação da sessão informativa aos profissionais.....	119
Apêndice 12 - Avaliação da sessão informativa aos profissionais.....	121

ANEXOS

Anexo 1 - Matriz Conceptual da Teoria das Transições de Afaf Meleis	125
Anexo 2 - Grelha de Análise para determinação de prioridades	127
Anexo 3 - Certificado de Formação em Tuberculose.....	129
Anexo 4 - Certificado de apresentação do Poster.....	131

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Análise SWOT	41
Quadro 2 - Diagnósticos de Enfermagem.....	48
Quadro 3 - Grelha de análise para determinação de prioridades.....	50
Quadro 4 - Objetivos operacionais e indicadores das atividades do primeiro objetivo específico.....	56
Quadro 5 - Objetivos operacionais e indicadores das atividades do segundo objetivo específico.....	57
Quadro 6 - Objetivos operacionais e indicadores das atividades do terceiro objetivo específico.....	58
Quadro 7 - Avaliação das atividades desenvolvidas	59
Quadro 8 - Resultados da revisão da literatura.....	80

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma da seleção dos artigos	79
--	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Classificação dos casos	90
Tabela 2 - Distribuição dos casos por apresentação da TB	91
Tabela 3 - Distribuição dos casos por grupo etário e género.....	92
Tabela 4 - Distribuição dos casos por fator de risco.....	93
Tabela 5 - Distribuição dos casos por situação laboral/ocupação e escolaridade	94
Tabela 6 - Distribuição dos casos por naturalidade e residência.....	95
Tabela 7 - Distribuição dos casos por local de residência e país de origem.....	96
Tabela 8 - Distribuição dos casos por Concelho/Freguesia e unidade de cuidados	97
Tabela 9 - Distribuição dos casos por origem da notificação e local de tratamento	97

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é declarada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) uma emergência global, devido à sua elevada incidência e por apresentar mudanças epidemiológicas muito sérias, nomeadamente, a sua associação à infeção do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) e ao desenvolvimento de estirpes resistentes potencialmente incuráveis.

O Programa Nacional para a Tuberculose (PNT) define como prioridade para 2021-2022, a reorganização da resposta assistencial à TB, a otimização das plataformas de notificação, a melhoria da literacia em tuberculose na população em geral e nos profissionais de saúde, e a interligação entre as várias estruturas da saúde e sociais, permitindo uma resposta integrada (DGS, 2020).

A pandemia por SARS-CoV-2 reverteu anos de progresso na prestação de cuidados essenciais na TB, provocando interrupções nos serviços de saúde, com repercussão no acesso dos doentes a cuidados de saúde essenciais. Isto está patente nos dados sobre a carga de doença por TB (incidência e mortalidade) e no número de notificações de pessoas diagnosticadas com TB. Este último indicador reflete o impacto no acesso ao diagnóstico e tratamento, tanto sobre a oferta (por exemplo, capacidade de continuar a prestar serviços) como sobre a procura (por exemplo, vontade e capacidade de procurar cuidados por impedimentos e restrições associadas à circulação, preocupações sobre riscos de deslocação a unidades de saúde durante a pandemia, e estigma associado à semelhança dos sintomas relacionados com a TB e a COVID-19) (WHO, 2021a).

A Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) sustenta que a “atividade assistencial realizada pelos cuidados de saúde primários é um pilar essencial para a saúde da população, com especial relevância num contexto pandémico” (ACSS, 2020). Cuidados de saúde primários (CSP) são “cuidados de saúde universalmente acessíveis na comunidade, aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação, a um custo comportável para os países, à medida que estes se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação” (Santos et al., 2010, p. 3).

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem comunitária e de saúde pública tem como competências específicas estabelecer a avaliação do estado de saúde da comunidade, com base na metodologia do Planeamento em Saúde; e

realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico (República Portuguesa, 2018). Para tal, utilizam a informação para planear, implementar e avaliar os cuidados prestados à população. Portanto, é pertinente equacionar as implicações que a insuficiente informação sobre os cuidados de saúde prestados, pode acarretar problemas em contextos de prestação de cuidados fragmentados, entre os quais se destacam a possível duplicação de procedimentos que originam gastos adicionais evitáveis e a consequente sobrecarga nos escassos recursos humanos. O facto da equipa de enfermagem da Unidade de Saúde Pública (USP), envolvida no PNT, perceberem que a informação disponível, relativamente à situação de saúde das pessoas com TB, não dar resposta às necessidades sentidas e desconhecerem a situação de saúde no âmbito da TB, justifica uma intervenção. Dos aspetos referidos podem advir indeterminações sobre a evolução da doença e do estado de saúde da população, e dificuldades em desenvolver planos de intervenção adequados.

Com base nas necessidades expressas e sentidas pelos enfermeiros, surgiu o presente projeto de intervenção comunitária no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Através da implementação deste projeto de intervenção comunitária pretendeu-se contribuir para a delineação de uma estratégia sustentada que auxilie a partilha de informação de saúde relevante disponível para o grupo profissional de enfermagem da USP, no âmbito da TB, que promovesse o planeamento de intervenções adequadas para a prevenção, maior controlo e gestão da doença no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), tal como definido no Plano Local de Saúde (PLS), em alinhamento com o Plano Regional de Saúde e o Plano Nacional de Saúde.

Este relatório está organizado em quatro capítulos. O primeiro capítulo é referente ao enquadramento teórico e à pertinência científica da temática, baseada na evidência. O segundo capítulo é dedicado à apresentação do projeto desenvolvido, que está suportado na metodologia de planeamento em saúde, de acordo com Tavares (1990). É no terceiro capítulo que se apresenta uma análise reflexiva do processo de desenvolvimento das competências, enquanto mestre, especialista e fundamentalmente como enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública. Segue-se o último capítulo, onde se tecem as considerações finais com uma reflexão do trabalho desenvolvido.

1. ENQUADRAMENTO

Entende-se que conceber uma problemática, é explicitar o quadro concetual: permite estruturar as análises sem as organizar num ponto de vista rígido; permite estudar o problema a partir de um quadro teórico, estruturar as análises e retirar ideias em torno de alguns conceitos chave (Quivy & Campenhoudt, 2005). Esta apresentação da definição de alguns conceitos, não pretende descrever exaustivamente todos os aspetos da problemática visada, mas enfatizar as ideias mais relevantes.

Neste texto é adotado o termo doente para definir a “pessoa que recebe os cuidados de saúde, em si definidos como serviços recebidos por indivíduos ou comunidades para promover, manter, monitorizar ou restabelecer a saúde” (DGS, 2011, p. 14).

1.1. Tuberculose

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa transmissível, sendo a principal causa de morte como agente único, infeccioso, ficando ainda acima da infeção do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH). Com a pandemia por SARS-CoV-2, houve efeitos devastadores em todos os aspetos da saúde global, mas, os serviços de TB foram afetados de forma desproporcionada (Zimmer et al., 2021). Pela primeira vez em mais de uma década, houve um aumento nas mortes por TB e estima-se que este impacto seja muito maior em 2021 e 2022.

Em 2020, ocorreram cerca de 1,3 milhão de mortes entre as pessoas negativas para o VIH e 214.000 mortes entre as pessoas VIH positivas (WHO, 2021a). Comparativamente em 2020, aproximadamente 10 milhões de pessoas desenvolveram TB (56% homens adultos, 33% mulheres adultas e 11% crianças). No entanto, apenas 5,8 milhões de casos foram diagnosticados e notificados, o que reflete uma queda de 18% em relação a 2019. Registou-se também uma redução de 15% no número de pessoas tratadas com TB resistente a medicamentos e uma diminuição de 21% de pessoas com tratamento preventivo (WHO, 2021a).

A União Europeia é uma região onde a incidência é considerada baixa, equivalente a uma incidência média de 26 casos por 100.000 habitantes. Constata-se uma ampla variação nas tendências entre os países, com 30 países a assistir à maior carga de TB multirresistente do mundo (WHO, 2021b).

No geral, as taxas de mortalidade e incidência de TB caíram. O declínio médio anual na taxa de incidência de TB foi de 5,1% durante o período de 2015 a 2019, sendo este o declínio mais rápido entre todas as regiões da OMS. No entanto, este valor, ainda não é suficiente para alcançar os marcos da estratégia para o fim da TB (WHO, 2021b).

Adicionalmente, prevê-se que o impacto provocado pela pandemia por SARS-CoV-2 venha a comprometer ainda mais essas metas. Estima-se em 20.000 o número de mortes por TB em 2019 entre pessoas negativas ao VIH na região europeia, uma redução de cerca de 56% entre 2010 e 2019 e equivalente a 2,2 mortes por 100.000 habitantes (WHO, 2021b).

Portugal continua a ser o país da Europa Ocidental com as maiores taxas de notificação de TB. Em 2019 foram notificados 1848 casos (taxa de notificação de 18,0 por 100 mil habitantes), dos quais 1696 foram casos novos (taxa de incidência de 16,5 por 100 mil habitantes). O decréscimo anual da taxa de notificação nos últimos cinco anos é de 3,9%/ano. A taxa de incidência acompanhou a tendência decrescente (DGS, 2020). Dados de 2019 revelam que:

- Porto e Lisboa apresentaram a taxa mais alta de notificação (28,5 e 26,3 por 100 mil habitantes respetivamente) em consequência da densidade populacional e da associação da tuberculose com os diferentes fatores sociais e económicos.

- Os mais afetados (66,9%) continuam a ser os homens, especialmente na idade adulta, sendo a idade mediana de 49 anos.

- As crianças com idade inferior ou igual a 15 anos representam 3% do total de casos, sendo a taxa de incidência de 8,66 casos por 100 mil habitantes no grupo etário de crianças dos 0 aos 5 anos.

- A população imigrante mantém-se como uma população de risco, com uma taxa de notificação 4 vezes superior à média nacional (83,7 casos por 100 mil habitantes).

- A forma pulmonar foi a principal localização da TB (74,1%); a mediana de dias até ao diagnóstico é elevada, o que significa maior potencial de disseminação da doença.

- A demora mediana entre o início de sintomas e o diagnóstico tem-se mantido nos 74 dias.

- A multirresistência foi detetada em 1,2% dos casos testados, o que representa 0,4% do total de casos. A ocorrência de resistências acarreta dificuldades na terapêutica pelo potencial risco de serem formas não tratáveis e implica o aumento da morbidade e da mortalidade.

- O rastreio de infeção pelo VIH foi efetuado em 79,9% dos casos notificados e destes, 9% eram positivos.

- Outras comorbilidades frequentes identificadas foram: a diabetes (6,3%), a doença hepática (4,0%), a neoplasia de qualquer órgão (4,5%) e a doença pulmonar obstrutiva crónica (4,3%).

- Os fatores de risco sociais mais prevalentes são o consumo de álcool (9,0%) e o consumo de drogas ilícitas endovenosas e/ou inaladas (6,0%) (DGS, 2020).

A dimensão global da doença, os novos desafios colocados pela sua associação com a infeção VIH e a emergência da multirresistência, levou a OMS a declarar a TB como uma emergência global. Em estreita colaboração com os diversos países, parceiros e sociedade civil, a OMS tem desenvolvido ações para aumentar a resposta à TB.

A adesão à estratégia DOTS (*Directed Observed Therapy Short Course*) da OMS revelou-se crucial no controlo da TB. Assenta em cinco componentes: (i) compromisso político, com financiamento sustentado e aumentado; (ii) deteção de casos com bacteriologia de qualidade garantida; (iii) quimioterapia estandardizada de curta duração para todos os casos confirmados por microscopia, incluindo a Toma Observada Diretamente (TOD) do tratamento; (iv) assegurar o fornecimento ininterrupto de medicamentos de qualidade; (v) sistema de registo e notificação dos casos que permita uma avaliação dos resultados de todos os doentes e do programa em si (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Os Estados Membros da OMS e das Nações Unidas (ONU) assumiram o compromisso de acabar com a epidemia de TB, por meio da adoção da Estratégia *End TB* e com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da ONU. A meta 3.3 dos ODS tem o objetivo de acabar com a epidemia de TB até 2030. A Estratégia *End TB* estabelece metas que consistem em reduzir até 2035 em 95% o número de mortes por TB e 90% a taxa de incidência da doença (novos casos por 100.000 habitantes por ano) e os custos suportados pelos doentes e famílias (WHO, 2021a). Para atingir estas metas, são recomendados aos governos três pilares de ações: cuidados e prevenção integrados centrados no doente, políticas arrojadas e sistemas de saúde robustos, e pesquisa intensificada e inovação (WHO, 2021a). Um recente relatório de progresso do secretário-geral da ONU descreve 10 ações prioritárias para os Estados Membros em eliminar as lacunas na assistência, financiamento e pesquisa para TB e também para acelerar a ação multissetorial e a prestação de contas, incluindo no contexto da pandemia da COVID-19 (UN, 2020).

O controlo da TB, com a identificação precoce dos novos casos e o seu tratamento, tem de assentar num rápido e correto diagnóstico e num tratamento precoce e efetivo, tratando o indivíduo e diminuindo possíveis focos de infeção na população, e prevenindo o desenvolvimento de multirresistências (WHO, 2021a).

O Plano de Ação da Tuberculose para a Região Europeia da OMS 2016-2020 foi desenvolvido para operacionalizar a Estratégia Global *End TB* (WHO, 2020).

Para fazer face à ameaça deste problema de saúde em Portugal, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose (PNT), que inclui um conjunto de princípios de ação sustentados na estratégia DOTS e alinhado com a Estratégia *End TB*. Tem como missão coordenar todas as atividades de vigilância, prevenção e controlo da TB, além de garantir a ligação com as entidades internacionais nesta área.

As estratégias desenvolvidas, sustentadas na otimização da articulação entre os Centros de Diagnóstico Pneumológico (CDP), os cuidados de saúde primários e as Unidades de Saúde Pública (USP), formando equipas multidisciplinares e intersectoriais, resultaram numa diminuição progressiva e sustentada da incidência de tuberculose e dos casos bacilíferos (Ministério da Saúde, 2019).

A gestão e monitorização do cumprimento dos objetivos prioritários do PNT é realizada através de duas principais plataformas de vigilância epidemiológica: SINAVE (Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis de Notificação Obrigatória) e SVIG-TB (Sistema de Vigilância da TB em Portugal). O SVIG-TB tem dois componentes: o SVIG TB, de base clínica (cuja informação é gerada por recolha direta dos serviços de saúde prestadores dos cuidados de saúde) e o SVIG TB MR, de base clínica e laboratorial, específica para os casos com TB Multirresistente.

O Despacho n.º 6401/2016 de 16 de maio vem determinar, no âmbito do Plano Nacional de Saúde, o reforço da dinâmica de resposta aos principais problemas de saúde da população através dos vários programas de saúde prioritários, dos quais faz parte o PNT.

A DGS emitiu o documento “Relatório de Vigilância e Monitorização da Tuberculose em Portugal”, que apresenta como prioridade do PNT para 2021-2022 a reorganização da resposta assistencial à tuberculose, a otimização das plataformas de notificação, a melhoria da literacia em tuberculose na população em geral e nos profissionais de saúde, e a interligação entre as várias estruturas da saúde e sociais, permitindo uma resposta integrada (DGS, 2020).

O mesmo documento refere também que devem ser identificadas estratégias adicionais de promoção da equidade no acesso aos cuidados de saúde e ajustada a resposta dos cuidados de saúde, centrados no doente e envolvendo a comunidade, para mitigar o impacto da pandemia por SARS-CoV-2 nos cuidados essenciais para a TB (DGS, 2020).

Menciona ainda que a promoção da literacia em TB dirigida aos profissionais de saúde e doentes permitirá de forma precoce, a identificação dos sintomas, a administração

de tratamento seguro e eficaz como também, a melhoria da colaboração no rastreio aos grupos mais vulneráveis (DGS, 2020).

Para alcançar os objetivos definidos pela OMS até 2035, o PNT preconiza uma atuação centrada na adoção de: medidas de prevenção e cuidados de saúde integrados, centrados no doente; transformar a resposta à TB com foco nos direitos humanos, equidade, envolvimento multissetorial; impulsionar a investigação e a inovação através do desenvolvimento e rápida atualização de novas ferramentas (DGS, 2020).

A identificação precoce dos novos casos de doença e contenção da transmissão na comunidade, a identificação de indivíduos expostos com infeção latente e necessidade de tratamento preventivo representam estratégias essenciais para o controlo da doença (DGS, 2020).

Estas estratégias são fundamentais e emergentes porque, permitem melhorar o acesso das populações mais vulneráveis ou com risco acrescido de contrair a doença, pois lidam diretamente com os indivíduos e o seu contexto de vida.

1.2. Partilha de Informação de Enfermagem

A fragmentação do processo de prestação de cuidados de saúde é uma temática de preocupação atual, dada a necessidade de utilização de diferentes recursos de saúde. A abrangência da problemática da TB e os contextos sociais complexos envolvem nos cuidados, um número cada vez mais alargado de profissionais. A prestação de cuidados de saúde pressupõe o envolvimento e participação de equipas multiprofissionais, com intervenções realizadas em diferentes contextos e níveis de cuidados. Consequentemente isto gera informação, que vai garantir a continuidade do processo de prestação de cuidados. Estes dados carecem de ser agregados e organizados de forma a servir de apoio para a tomada de decisão, orientando o processo de prestação de cuidados à pessoa e população (Marin, 2010).

Isto requer a necessidade de um alto nível de colaboração.

Os dados clínicos são o suporte no processo de decisão para a intervenção e são essenciais para a qualidade dos cuidados (Azevedo & Sousa, 2012).

Na saúde comunitária os registos “são utilizados para prever as tendências populacionais numa comunidade, para identificar necessidades e problemas de saúde, para preparar e justificar orçamentos e para tomar decisões administrativas” (Stanhope & Lancaster, 1999, p. 466). São também “uma parte integral da estrutura de comunicação da organização de cuidados de saúde” (Stanhope & Lancaster, 1999, p. 466).

A enfermagem, enquanto profissão autónoma, pretende manter padrões de qualidade ao mais alto nível: ao nível da excelência clínica. Por outro lado, segundo o artigo 5º do Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro (REPE), os cuidados de enfermagem são caracterizados por utilizar metodologia científica (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

A prestação de cuidados seguros, fidedignos e confiáveis só é possível a partir do acesso aos profissionais à informação de saúde relevante, de forma controlada, independente do local e origem da prestação (ACSS, 2009).

Segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE), no ponto 3.6 considera-se uma exigência para a organização dos cuidados de enfermagem: “a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente” (OE, 2001, p. 18).

O enfermeiro deve documentar o processo de cuidados e utilizar instrumentos de avaliação adequados para identificar riscos reais e potenciais (República Portuguesa, 2015b). Por conseguinte, o enfermeiro deve fundamentar os cuidados prestados através de registos precisos e objetivos. Devem integrar elementos, entre outros, o diagnóstico, as intervenções, os resultados e a intensidade dos cuidados de Enfermagem, os quais atestam a singularidade dos cuidados e relevam a importância e o potencial ora atribuído ao Resumo Mínimo de Dados (RMD), designadamente na qualidade, na continuidade de cuidados e na produção automática de diversos indicadores (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

De acordo com Azevedo e Sousa (2012, p. 113), “a qualidade e continuidade dos cuidados de enfermagem dependem da qualidade dos fluxos informacionais entre os diferentes contextos de prestação de cuidados”.

Segundo Valera *et al.* (2017), a continuidade dos cuidados depende da partilha de informações entre profissionais que advém, sobretudo, através dos registos.

Na opinião de Dutra *et al.* (2016), os registos de enfermagem representam parte integrante do sistema de informação em instituições de saúde e são considerados uma importante ferramenta de comunicação.

Para que ocorra a partilha de informação, há necessidade de manter e fortalecer uma linguagem comum. Schachner *et al.* (2016) ressalta que os benefícios com a informatização dos registos de enfermagem são amplamente reconhecidos, e que visa melhorar a comunicação, reduzir os erros e facilitar a continuidade dos cuidados.

Marin (2010, p. 21) define sistemas de informação em saúde (SIS) como “um conjunto de componentes interrelacionados que recolhem, processam, armazenam e

distribuem a informação para apoiar o processo de tomada de decisão e auxiliar no controle das organizações de saúde”. Como tal, os SIS agregam um conjunto de dados, informações e conhecimento utilizados em saúde para fundamentar o planeamento e o processo de decisão dos vários profissionais de saúde envolvidos nos cuidados (Marin, 2010).

É reconhecida a mais-valia dos Sistemas de Informação (SI) na sistematização da informação e a sua importância como uma forte ferramenta para trabalho e avaliação de qualidade. No âmbito da enfermagem, estes permitem um aumento da visibilidade dos cuidados, da valorização profissional e da monitorização da atividade (Pereira et al., 2012).

De acordo com Pereira *et al.* (2012), dados são factos associados a algo específico, sem nenhuma organização particular. Informação refere-se a dados associados, processados e contextualizados. O conhecimento advém da experiência e da reflexão sobre a informação contextualizada.

Os dados constituem a matéria-prima da informação, pelo que a sua qualidade influencia a qualidade da informação e da decisão (Azevedo & Sousa, 2012). Os dados transformados em informação por processamento e em conhecimento pela reflexão, trouxe a melhoria dos processos e mais apoio na tomada de decisão dos gestores e dos profissionais de saúde.

Nessa linha, o conceito de informação de enfermagem, apesar de complexo e multidimensional, é essencial para a tomada de decisão, para a gestão e continuidade de cuidados. Afirma-se ainda que, o valor da informação reside nos dados disponíveis, mas, principalmente na sua interpretação, que é de carácter individual (Azevedo & Sousa, 2012). Neste sentido, promovem a partilha e tratamento de informação suficiente para a tomada de decisão.

A informação de enfermagem é considerada um conjunto de dados relevantes para a atividade profissional, que se refere à situação de saúde e social do doente. É o suporte no processo de decisão para a intervenção, essencial para a qualidade dos cuidados. Uma vez que a enfermagem se baseia na interação entre pessoas, é caracterizada por uma grande riqueza informativa. Verifica-se uma grande dificuldade em gerir a informação que resulta dos cuidados prestados pela enfermagem, sendo que essa dificuldade reside essencialmente na falta de meios que transformem os dados em informação visível e disponível (Azevedo & Sousa, 2012).

Para Azevedo e Sousa (2012, p. 121) “a análise da informação documentada nos contextos de cuidados permite retirar contributos para a melhoria da continuidade e integração dos cuidados de enfermagem”. Acresce ainda que a deficiente troca de informação, associada

à forma como é disponibilizada “não permite uma resposta adequada às necessidades de informação sentidas pelos enfermeiros, dificultando a tomada de decisão em enfermagem para a continuidade de cuidados” (Sousa et al., 2005, p. 369).

A partilha de informação de enfermagem deve ser efetuada segundo um modelo que tenha por base uma linguagem classificada, simples/acessível e única. Deve acontecer em tempo real, contribuindo, pelo que se conta, com o manuseio e utilização dos Sistemas de Informação. A informação partilhada deverá ser apenas a necessária à continuidade da prestação de cuidados de saúde (Sousa et al., 2005). Assim, o enfermeiro deve estar provido de informação que lhe permita desenvolver avaliações e tomar decisões apropriadas.

A comunicação de informações de saúde é vital, mas é dispendiosa e difícil de sustentar (Lehmann et al., 2017) . Para facilitar a partilha de informação devem ser criados canais de comunicação e promovida a interação entre profissionais de saúde. A utilização de uma rede de informação da saúde rentabiliza e potencia esta partilha. Na ausência desta estrutura automatizada, considera-se que a troca de informação deve ser feita com recurso ao suporte em papel (Sousa et al., 2005).

A informação deve ser encarada como um recurso a ser gerido no âmbito da promoção e introdução de programas de melhoria contínua dos cuidados de saúde, incluindo na esfera da tomada de decisão em enfermagem. Para tanto, é crucial que a informação da intervenção realizada pelo enfermeiro esteja e conste corretamente registada, não só no que respeita ao local, mas também em relação ao seu conteúdo (Pereira et al., 2012).

Os registos de enfermagem são também considerados uma forma de comunicação intra e inter equipas, permitindo o conhecimento completo e claro de tudo o que se passa com o doente (Dias et al., 2012).

A transmissão de informação, de acordo com a DGS (2017, p. 4) é a “comunicação entre profissionais de saúde e entre instituições prestadoras de cuidados, sobre identificação e informações do estado de saúde do doente, sempre que existe transferência, temporária ou permanente, da responsabilidade de prestação de cuidados”.

Em suma, assume-se que os sistemas de informação em saúde são: (i) meios facilitadores de transmissão de uma informação rápida, fácil e segura; (ii) possibilitam planear, financiar, medir, avaliar e administrar os serviços de saúde; (iii) criam o acesso à informação atualizada, ferramenta forte e essencial para a tomada de decisão, incluindo a da terapêutica.

No entanto, segundo Fontaine *et al.* (2010), nos cuidados de saúde primários, onde ocorre a maioria da assistência a doentes, a implementação dos registos eletrónicos de saúde e dos sistemas de informações em saúde está atrasada

Apesar dos esforços de implementação do SI no Serviço Nacional de Saúde (SNS) de Portugal, constata-se que, ainda existem muitos registos em suporte de papel. Para esta realidade concorrem fatores como a falta de informação sobre o verdadeiro objetivo dos SI, a inexistência de formação prática por parte dos profissionais / das equipas de enfermagem e a falta de motivação. Torna-se, portanto primordial, reforçar e insistir na formação dos profissionais de saúde e dar ênfase às vantagens de utilização dos SI, de forma que os Enfermeiros, entre outros profissionais, modifiquem a sua opinião e atitude relativamente à aplicabilidade e ao potencial deste recurso.

1.3. Comunicação e Segurança do Doente

À medida que o número de pessoas com necessidades complexas de saúde aumenta, a colaboração entre os profissionais dos cuidados primários deve ser constantemente otimizada. Dada a complexidade dos cuidados e a necessidade em superar a fragmentação das práticas, pode afirmar-se que a comunicação, enquanto domínio da prática profissional colaborativa em saúde, é um princípio fundamental.

A colaboração profissional bem-sucedida depende de uma comunicação efetiva intra e intergrupo de profissionais, a qual deve ser simples / clara / contínua / rápida / eficaz.

A partilha de informação está relacionada com conceitos como comunicação entre profissionais de saúde. A DGS (2017) define comunicação eficaz entre profissionais de saúde como a transmissão de informação oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor.

De acordo com Fermino e Carvalho (2007), a comunicação pode ser entendida como uma prática social que resulta da interação entre pessoas, expressa pela fala (aspeto verbal), escrita, gestos, distância entre os participantes, toque (aspetos não verbais). Deve abranger a capacidade de ser claro, mas especialmente a escuta acolhedora (Oliveira et al., 2008).

Segundo Broca e Ferreira (2012), o processo de comunicação na equipa de enfermagem é otimizado em função dos cuidados prestados, através: da interação humana; da relação de interdependência; do reconhecimento profissional; da melhoria do entendimento do outro; da partilha de informações através de reuniões, quando os assuntos são do interesse da equipa, e de conversas individuais e reservadas, quando abordam situações vivenciadas.

São consideradas barreiras à comunicação: não saber ouvir, uso de linguagem inacessível, ordens e lições de moral, ameaças e sugestões que não podem ser cumpridas, negação da percepção do outro e expressão de falso apoio (Martins & Araújo, 2008).

A enfermagem é uma profissão que trabalha em equipa, onde o trabalho de todos os elementos se completa numa permanência temporal, que se suportam na comunicação eficaz, para garantir uma prestação de cuidados seguros ao doente.

É reconhecido que a comunicação tem uma clara ligação com a segurança do doente (Ministério da Saúde, 2021). Falhas na transmissão ou receção de informação podem originar riscos para a segurança dos doentes com repercussão nos cuidados prestados (Valera et al., 2017). Falhas na comunicação entre profissionais de saúde são uma das principais causas de eventos adversos na saúde, e estão relacionadas com omissões de informação, erros nas informações, falta de precisão e de priorização das atividades (DGS, 2017).

A OMS reconhece que os serviços de saúde devem ser seguros, evitando danos às pessoas a quem os cuidados se destinam (WHO, 2018). Segurança do doente corresponde à “redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável” (DGS, 2011, p. 21).

Com a dimensão da segurança, confirma-se o reconhecimento global de que os principais riscos na utilização dos serviços de saúde estão relacionados com a prática dos cuidados. Assim se coloca em destaque que, cuidados de saúde de qualidade implicam cuidados seguros, ou seja, sem dano (Reis et al., 2013).

Os CSP estão cada vez mais no centro dos cuidados de saúde integrados centrados nas pessoas. São um ponto de entrada no sistema de saúde, coordenação de cuidados contínuos e abordagem focada nas pessoas, famílias e comunidade. Cuidados de saúde primários acessíveis e seguros são essenciais para alcançar a cobertura universal de saúde e apoiar os ODS das Nações Unidas, que priorizam vidas saudáveis e promovem o bem-estar para todos. Assim, a prestação de cuidados primários seguros é uma prioridade (WHO, 2016).

A segurança do doente constitui uma das dimensões ou componentes fundamentais da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, na sua Base 1, relativa ao direito à proteção da saúde.

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (aprovada pelo Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio) respeita a Recomendação do Conselho da União Europeia, de 9 de junho de 2009, sobre a segurança dos doentes. Integrado nesta Estratégia, o Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro de 2021 aprova o novo Plano Nacional para a Segurança dos

Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026) e tem por objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde. É suportado por cinco pilares, com a definição de vários objetivos estratégicos. O Pilar 3 sobre “Comunicação” refere que a comunicação efetiva é essencial ao longo de todo o ciclo de cuidados (Ministério da Saúde, 2021).

Apesar de nem sempre se apresentar uma condição de doença quando se recorre aos CSP, não se elimina a possibilidade de ocorrer uma situação de falta de segurança na prestação dos cuidados de saúde. No âmbito da reforma dos CSP, salienta-se a intervenção dos Concelhos Clínicos e de Saúde dos ACES, que devem atuar como promotores de práticas e desempenhos profissionais seguros, efetivos e de elevada qualidade.

Neste sentido perspetiva-se, para os profissionais de saúde, inúmeros desafios para a sua operacionalização. Os enfermeiros reconhecem este desafio permanente, como necessária e importante aproximação à qualidade dos cuidados prestados, e que resulta da conjugação de múltiplos esforços e saberes.

Segundo os Estatutos da Ordem dos Enfermeiros e a Deontologia Profissional, o enfermeiro tem o dever de exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados (República Portuguesa, 2018). Como tal, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, pela proximidade e o conhecimento dos contextos, desempenha um papel determinante e decisivo nesta área.

Entre as várias competências estabelecidas, assegura a gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade, uma vez que integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas (República Portuguesa, 2018).

É o profissional que domina os conhecimentos e habilidades da área das ciências da comunicação e educação nos processos de capacitação das comunidades, sendo o mais bem preparado para gerir a informação em saúde dos grupos e comunidade, otimizando as respostas às necessidades em cuidados de saúde (República Portuguesa, 2018).

1.4. Vigilância Epidemiológica e Determinantes de Saúde

A Epidemiologia é o estudo da distribuição da doença nas populações e dos fatores que influenciam ou determinam essa distribuição (Gordis, 2014). É uma ciência fundamental para a saúde pública e tem como objetivo principal melhorar a saúde das populações (Bonita et al., 2010).

A vigilância epidemiológica permite conhecer a situação de saúde da comunidade, os fatores causais determinantes do mecanismo de produção das doenças, bem como identificar os grupos mais vulneráveis aos riscos e as áreas prioritárias de ação, de forma a direcionar esforços preventivos (Bonita et al., 2010).

Integrado em equipas multidisciplinares, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública tem como foco as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde de grupos e da comunidade (República Portuguesa, 2018). A este, compete intervir na elaboração de informação, de planos de saúde pública, vigilância epidemiológica, monitorização do estado de saúde da população, diagnóstico, elaboração do plano local de saúde, e propor intervenções para redução de problemas, ou reforço dos ganhos de saúde (Henriques et al., 2011).

Pelo contacto próximo e privilegiado com as pessoas e comunidade, os enfermeiros da comunidade, são um elo de ligação profissional importante, pelo que assumem um papel fundamental na vigilância epidemiológica (Stanhope & Lancaster, 1999), sendo um agente catalisador de mudanças que levam a um melhor estado de saúde das populações.

Neste contexto, têm o potencial para desempenhar um papel determinante, adotando uma abordagem sistémica e sistemática e em complementaridade funcional com outros profissionais, na compreensão e atuação nos quatro níveis da prevenção: prevenção primordial, com a participação em programas de promoção de determinantes positivos da saúde; prevenção primária, transmitindo informação à pessoa sem sintomas; na prevenção secundária, realizando rastreios em pessoas assintomáticas para deteção precoce; e prevenção terciária, na maximização da independência das pessoas com doença, salvaguardando as suas decisões (Bonita et al., 2010).

Os métodos epidemiológicos são utilizados para caraterizar grupos e populações, e procurar os fatores ou determinantes dos acontecimentos de saúde que explicam o padrão do risco de ocorrência (Stanhope & Lancaster, 1999).

Os determinantes de saúde são definidos como os fatores sociais, económicos, culturais e ambientais, responsáveis pela manutenção da saúde ou instalação da doença na pessoa (Bonita et al., 2010). Para a OMS, os determinantes da saúde estão relacionados com as condições em que uma pessoa vive e trabalha. Os fatores que influenciam a saúde são múltiplos e inter-relacionados (República Portuguesa, 2015c).

De forma mais ou menos marcada, todos os determinantes têm impacto na doença e influenciam a saúde da pessoa, família e comunidade. A identificação de variáveis que

afetam a saúde e o bem-estar da comunidade é um componente-chave para orientar as atividades de promoção da saúde.

“Para alcançar melhorias na saúde das populações é necessário olhar para além da perspectiva biomédica clássica centrada na gestão da doença, incluindo os seus “grupos de risco”, acentuando a importância dos comportamentos das pessoas e dos efeitos do meio ambiente sobre a sua saúde” (Santos et al., 2010, p. 3).

No contexto da Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, os determinantes de saúde podem ser abordados em relação com os processos integrados do conceito metaparadigmático Pessoa, na disciplina de Enfermagem (Melo, 2020).

Nesta perspetiva, os determinantes da saúde surgem agrupados em categorias, com a seguinte caracterização:

(i) Determinantes de saúde biológicos (idade, sexo) estão relacionados com os processos não intencionais (fatores não controláveis pelas pessoas);

(ii) Determinantes sociais e económicos (pobreza, emprego, exclusão social), determinantes ambientais (habitat, qualidade do ar e da água, ambiente social) e determinantes de acessibilidade (educação, saúde, serviços sociais, transporte) estão relacionados com os processos de interação das pessoas com o ambiente (associados ao contexto económico, social, comunitário, financeiros e de estrutura);

(iii) Determinantes estilos de vida (alimentação, atividade física, consumo de substâncias, comportamentos sexuais, comportamentos compulsivos associados a jogos ou internet) relacionados com os processos intencionais das pessoas (mecanismos de decisão intencional) (Melo, 2020).

A transmissão e a disseminação da TB na comunidade são condicionadas e agravadas por fatores sociais como a toxicodependência, migração de países de elevada prevalência, institucionalização em prisões e sem-abrigo (Ordem dos Enfermeiros, 2013). As intervenções necessárias na resposta a este grave problema devem ser dirigidas à pessoa doente, família e comunidade, de forma a interromper a cadeia epidemiológica da doença e contribuir para ganhos em saúde.

A identificação de grupos vulneráveis e a relação com a distribuição geográfica da doença são fundamentais para a implementação de estratégias necessárias para o controlo da doença (DGS, 2020). Assim, em termos populacionais é basilar conhecer a epidemiologia básica da doença, nomeadamente, a sua incidência, tendências, grupos e fatores de risco.

1.5. Teoria das Transições de Afaf Meleis

A “autonomia profissional e responsabilidade são apoiadas pela utilização da teoria na prática” (Meleis, 2012, p. 36) . Ser capaz de exercer a prática através de princípios científicos permite que os enfermeiros tenham a oportunidade de prever com precisão os padrões de respostas que são consequências do cuidado (Meleis, 2012).

O referencial teórico escolhido para alicerçar o desenvolvimento deste projeto foi a Transitions Framework/Transitions Theory (Teoria das Transições) de Afaf Meleis, com a primeira publicação em 1994 (Meleis, 2010).

Em relação ao nível de estrutura do conhecimento é uma Teoria de Médio Alcance. Tendo por base uma orientação da disciplina, esta teoria enquadra-se na corrente de pensamento designada por paradigma da transformação que se caracteriza pela abertura das ciências de Enfermagem para o mundo.

Inicialmente inspirada pela sua pesquisa de tese de mestrado, o trabalho teórico da autora evoluiu da prática clínica, através da observação e apoiada por uma extensa revisão da literatura (Meleis, 2010).

De acordo com Meleis (2010), a transição é um conceito central para a enfermagem e é definida como a passagem de uma fase de vida, condição ou *status* para outro, desencadeado por uma mudança. A transição consiste num fenómeno de interesse para os enfermeiros, porque o seu foco é a pessoa, que se encontra a experienciar um processo de transição, e porque as respostas a este processo são manifestadas através de comportamentos relacionados com a saúde.

A transição é um processo complexo que afeta várias dimensões, podendo levar a mudanças na vida, saúde, relacionamentos e no meio ambiente, e que abrange elementos de processo, intervalo de tempo e percepção (Meleis, 2010).

Ao longo do ciclo de vida, as pessoas experienciam fases de mudanças na saúde e na doença, ficando mais vulneráveis a riscos, que podem afetar a sua saúde. Estes períodos caracterizam-se por momentos de instabilidade, precedidos e sucedidos por momentos de estabilidade (Meleis, 2010).

Pela Matriz Conceptual da Teoria das Transições (Anexo 1) e de um modo lato, podemos considerar que esta Teoria se divide em duas partes: a compreensão da própria experiência de transição pelas pessoas que a vivenciam, e a intervenção do enfermeiro para facilitar a transição e promover o bem-estar e o domínio das consequências da mudança.

A Teoria das Transições está organizada em torno de três elementos basilares: a natureza das transições (o tipo de transição, os padrões e as propriedades das transições), as suas condições facilitadoras e inibidoras, e os padrões de resposta.

De forma sucinta, os quatro tipos de transições são: (i) saúde-doença (processos de recuperação, alta hospitalar, diagnóstico de doença); (ii) de desenvolvimento (ocorrem ao longo do ciclo vital: nascimento, adolescência, menopausa, envelhecimento, morte); (iii) situacionais (mudanças de vida, mudanças nos papéis educacionais, profissionais e nas situações familiares); (iv) organizacional (mudanças no contexto ambiental precipitadas por alterações ao nível social, político ou económico). Os padrões indicam se as transições são únicas, múltiplas, sequenciais, simultâneas, relacionadas ou não relacionadas. As propriedades da experiência de transição estão frequentemente inter-relacionadas de forma complexa e incluem o conhecimento / consciencialização, envolvimento, ajustamento / compromisso, mudança e diferença, período de experiência, e os eventos e acontecimentos críticos (Meleis, 2010).

As condições facilitadoras e inibidoras dizem respeito às condições pessoais (fatores fisiológicos e psicológicos), familiares, sociais e culturais, da comunidade e da sociedade, que podem facilitar ou dificultar uma transição saudável. Isso inclui significados pessoais, crenças e atitudes culturais, *status* socioeconómico, preparação e conhecimento. As condições da comunidade e da sociedade também podem facilitar ou inibir as transições (Meleis, 2010).

Os resultados das transições e o potencial da “terapêutica de enfermagem” incluem os padrões de respostas. As respostas, durante e depois do processo de transição, são designados como indicadores de processo (sentir-se integrado, interações, sentir-se situado, desenvolver confiança e *coping*) e de resultado (domínio de uma situação ou *mastery*, identidades flexíveis e integradoras). Uma transição não saudável envolve dificuldade na compreensão e/ou desempenho de um papel, ou nos sentimentos e objetivos associados ao comportamento, tal como é percebido pelo próprio ou por significativos (Meleis, 2010).

As transições implicam um cuidado transacional por parte do enfermeiro. O objetivo da enfermagem é avaliar e abordar os problemas potenciais com que as pessoas se deparam durante as experiências de transição. Incluem preparar para as transições, e durante a transição, desenvolver intervenções preventivas e terapêuticas (terapêuticas de enfermagem), promovendo sentimentos de bem-estar para lidar com a experiência de transição (Meleis, 2010).

Segundo Meleis (2010), a maior parte dos cuidados de enfermagem ocorrem durante as transições que a pessoa vivencia, e o seu objetivo é promover ou estimular resultados de

saúde nessas mudanças. As “terapêuticas de enfermagem” são as intervenções realizadas durante os momentos de transição. Estas incluem a avaliação de cada uma das condições de transição, a preparação para a transição (envolve educação para melhorar as condições ideais para se preparar para a transição) e suplementação de funções (educação e prática para facilitar o processo de transição) (Meleis, 2010).

Reportando-nos ao grupo dos enfermeiros da USP que integram este projeto de intervenção, as limitações impostas pela pandemia são muitas, o que despoleta modificações na interação do grupo profissional, o que implica uma adaptação da prática assistencial. A vivência de processos de mudança no ambiente de trabalho e nas dinâmicas da prática originou uma experiência de transição do tipo organizacional.

Neste caso há um padrão comportamental com uma resposta desajustada aos processos de transmissão, relativa à informação sobre as pessoas com tuberculose, desencadeada por mudanças na dinâmica de trabalho. A intervenção do enfermeiro visa alcançar novas habilidades e competências, promover modificações nos comportamentos e a reconstrução de uma identidade profissional, resultando em contextos de trabalho criativos e dinâmicos, com o propósito de evitar consequências negativas e de favorecer resultados positivos na prática de cuidados à população.

Para se compreender as experiências vivenciadas pelos enfermeiros da USP durante o processo de transição, envolvendo a transmissão de informação sobre as pessoas com tuberculose, é determinante que se conheçam as condições ou fatores que podem facilitar ou dificultar uma transição saudável (o decurso de uma dada experiência). Por exemplo, é relevante conhecer os condicionantes pessoais, o ambiente organizacional, o conhecimento sobre as alterações que estão a ocorrer, o domínio de novas habilidades e a mudança de comportamentos.

2. PLANEAMENTO EM SAÚDE

O planeamento, sendo uma ferramenta técnica administrativa, torna-se uma aplicação da lógica na vontade de transformar o real. A sua utilização reflete responsabilidade no sentido de uma mudança, que se considera necessária e fundamentada, e que está sujeita a uma série de fatores condicionantes (Imperatori & Giraldes, 1993). É assim, na sua essência, um modelo teórico para a ação futura, no sentido de que a transformação da realidade se processe da forma mais eficiente (Tavares, 1990).

Tavares (1990) descreve o planeamento como um processo dinâmico e contínuo, permitindo uma adaptação à realidade, o que constitui um fator decisivo do seu sucesso.

É um processo iterativo, cíclico, em espiral (Tavares, 1990), uma vez que não se volta exatamente ao ponto de partida inicial, mas a um ponto de partida aperfeiçoado (Imperatori & Giraldes, 1993).

De acordo com Imperatori e Giraldes (1993), o planeamento é um instrumento de otimização dos recursos existentes, que são cada vez mais escassos, seja qual for o país ou o sistema de saúde adotado. É uma técnica de alocação de recursos que permite uma racionalização na aplicação dos recursos de saúde com o fim de alcançar os objetivos estabelecidos para a redução de problemas de saúde prioritários (Tavares, 1990).

A necessidade do planeamento da saúde é justificada, pela indispensabilidade de definir prioridades e por permitir uma intervenção multissectorial, evitando intervenções isoladas, mais dispendiosas (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1990).

Para Tavares (1990), o planeamento procura um estado de saúde equitativo e eficiente, através da promoção da saúde e da prevenção, da cura e reabilitação da doença, incluindo mudanças de comportamento pela população (Tavares, 1990).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública tem um papel fundamental no âmbito do planeamento em saúde, apresentando-se este modelo, como o suporte para a intervenção comunitária.

A metodologia utilizada no desenvolvimento do presente projeto de intervenção comunitária teve como base o Planeamento em Saúde, segundo Tavares (1990). Dividido em seis etapas, este processo compreende: o diagnóstico de situação, a determinação de

prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a preparação operacional / programação e a avaliação (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1990).

O conhecimento destas etapas é facilitador de intervenções corretas, permitindo a elaboração de projetos eficientes, direcionados para problemas de saúde ou para problemas dos serviços (Tavares, 1990).

No entanto, não se poderá considerar uma etapa do processo de planeamento como inteiramente concluída, uma vez que, na fase seguinte, é sempre possível voltar à etapa anterior e recolher mais informações que conduzam a refazê-la (Imperatori & Giraldes, 1993).

2.1. Diagnóstico de Situação

O diagnóstico de situação é considerado o ponto de partida no processo de planeamento. A qualidade da sua elaboração determina a escolha das prioridades, que constitui a etapa seguinte.

Este deve ser relativamente rápido para permitir agir em tempo útil, sucinto, alargado e suficientemente aprofundado para que seja pertinente (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1990). Deve igualmente abarcar os recursos humanos, materiais e financeiros existentes (Nunes, 2016).

Nesta etapa são identificados os problemas de saúde da população em estudo e determinadas as suas necessidades (Tavares, 1990).

Um problema de saúde corresponde a um estado de saúde julgado deficiente, enquanto a necessidade exprime a diferença entre o estado atual e aquele que se pretende atingir, representando a diferença entre o que existe e o que é desejável em termos de estado de saúde (Pineault, 2016).

Através do diagnóstico de situação foram identificadas as áreas específicas referidas pelo grupo de enfermeiros. A realização do projeto de intervenção comunitária decorreu assim, das necessidades percecionadas pelo grupo (Imperatori & Giraldes, 1993).

2.1.1. Contextualização

O Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, estabelece o regime de criação, estruturação e funcionamento dos ACES do Serviço Nacional de Saúde, como serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, cuja

missão é garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica.

Em cada ACES existe uma USP, a que compete, na área geodemográfica em que se integra, o exercício de um conjunto de atribuições e que possui autonomia organizativa e técnica. Regulamentado pelo Decreto-Lei nº81/2009, alterado pelo Decreto-Lei nº137/2013, as USP têm responsabilidade de: Elaborar informação e planos em domínios da saúde pública; Proceder à vigilância epidemiológica; Gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos; Colaborar, de acordo com a legislação respetiva, no exercício das funções de autoridade de saúde; Promover a investigação; Promover e participar na formação pré-graduada e pós-graduada e contínua dos diversos grupos profissionais que a integram.

Os cuidados de saúde com base na população são defendidos como uma forma de melhorar os resultados de saúde. As USP têm como missão a melhoria da saúde e bem-estar de toda a população da área geodemográfica do ACES em que se insere, promovendo a promoção e proteção da saúde e o desenvolvimento de políticas saudáveis e da cidadania em saúde (Ministério da Saúde, 2013).

As USP são constituídas por uma equipa multidisciplinar que integra enfermeiros de saúde pública ou de saúde comunitária.

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública incluem a avaliação do estado de saúde de uma comunidade com base na metodologia do Planeamento em Saúde; Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades; Integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do PNS e Realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico (República Portuguesa, 2018). Estando estas competências explanadas nas responsabilidades das USP, fica evidenciado que estas unidades são um local de eleição para as desenvolver.

O estágio foi desenvolvido na USP de um ACES pertencente à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT). Esta unidade foi constituída através da Portaria nº 394-B/2012 de 29 de novembro e é composta por uma equipa multidisciplinar (médicos, enfermeiros, técnicos de saúde ambiental e assistentes técnicos).

O ACES em referência abrange dois municípios e onze freguesias. Os concelhos que o compõem coincidem com a área de abrangência do hospital de referência. Este ACES é formado por vinte e quatro unidades funcionais, três das quais transversais aos dois

concelhos, nomeadamente: Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) e Unidade de Saúde Pública (USP). Ao nível dos dois concelhos existem ainda: treze Unidades de Saúde Familiar (USF), seis Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e duas Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) (ACES , 2020). Tem uma população inscrita de 351 262 utentes em 2021 (USP , 2021) e uma população residente de 344 093 (INE, 2021), correspondendo a 9,2% da população da região (ACES , 2020).

Segundo dados de 2016, o índice de envelhecimento foi inferior ao da região e do Continente. A taxa bruta de natalidade registou um declínio nos últimos anos, com valores semelhantes ao da região, mas superiores ao do Continente. A pirâmide etária do ACES esclarece, na sua forma, o duplo envelhecimento da população, com o estreitamento da base (mostra uma baixa natalidade), e o alargamento do topo (evidenciando mortalidade reduzida e elevada longevidade) (ACES , 2020).

Com uma taxa de crescimento migratório positiva em 2016, contabilizaram-se 15491 emigrantes, provenientes de 114 países, sendo os principais, o Brasil, Cabo Verde, São Tomé e Príncipe e Angola (ACES , 2020).

O nível de escolaridade melhorou, aproximando-se da região e do Continente, mas a proporção de analfabetismo mostrou uma evolução decrescente, com valores semelhantes à região e inferiores ao Continente (ACES , 2020).

O ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem e poder de compra *per capita* foram inferiores aos da região, sendo o setor terciário a principal fonte de emprego, com o setor primário a registar a maior redução. Relativamente às infraestruturas ambientais, os sistemas públicos de abastecimento de água abrangeram toda a população em 2016 (100%), 97% foi servida por sistemas de drenagem de águas residuais e 63% por estações de tratamento de águas residuais (ACES , 2020).

Os principais problemas de saúde, com prevalências superiores às da região, que afetaram maior proporção de utentes inscritos foram a hipertensão arterial, as alterações do metabolismo dos lípidos, perturbações depressivas e obesidade. Os determinantes de saúde mais prevalentes, com diagnóstico ativo nos inscritos, foram o excesso de peso e o abuso do tabaco. A taxa de incidência da tuberculose, que apresenta uma tendência decrescente desde 2000, diminuiu em 2016 (15,0 por 100 000 habitantes), sendo inferior à da região e à do Continente (ACES , 2020).

No ACES em referência, a TB é referida como um dos problemas de saúde com maior morbidade e mortalidade. O Programa de Luta Contra a Tuberculose integra o Plano Local de Saúde 2017-2020 na área da Cidadania em Saúde, constituindo esta uma das seis áreas prioritárias para intervenção, em alinhamento com o Plano Nacional de Saúde.

A gestão local dos programas de saúde prioritários da DGS na USP engloba a Vigilância Epidemiológica e Controlo da TB no ACES. Atendendo a que o plano de atividades da USP estabelece como objetivo, assegurar o cumprimento do PNT, torna-se importante reforçar a intervenção nesta área.

No Plano de Ação da USP para 2021 consta como problema a “Vigilância Epidemiológica e Controlo da Tuberculose no ACES”, sendo estabelecido como objetivo assegurar o cumprimento do PNT, determinando a necessidade de uma intervenção atempada e ajustada no tempo e lugar (USP, 2021).

O contexto pandémico e o enorme impacto que a COVID-19 tem exercido sobre os serviços de saúde, mobilizando grande parte dos recursos, interferiu com as atividades no âmbito da TB. A reflexão efetuada pela equipa reforçou a constatação que a informação disponível, não tem dado resposta às necessidades sentidas pelos enfermeiros da USP no âmbito da TB, cujo seguimento é necessário promover e garantir, e gerou preocupação.

Uma vez que as unidades de saúde visam a eficiência dos serviços, a transmissão de informação com o CDP, apresentou-se como uma área ávida de intervenção. Esta problemática foi manifestada em reunião realizada com a enfermeira gestora e a enfermeira orientadora, ficando justificada e fundamentada a sua pertinência, por ir ao encontro do Plano de Ação da USP.

Por terem surgido constrangimentos inultrapassáveis / impedimentos com o CDP, não foi possível dar continuidade ao estabelecido. Por estarmos a meio do tempo total do estágio, optou-se por manter a problemática, mas com o foco apenas na equipa de enfermagem da USP. De forma a sistematizar e orientar temporalmente as atividades programadas, controlando o seu desempenho, foi elaborado um Cronograma / gráfico de Gantt (Apêndice 1). No entanto, este foi alvo de modificações, motivadas pela alteração do projeto referida anteriormente, e que se encontram devidamente assinaladas.

2.1.2. Caraterização do Ambiente

O ambiente é o contexto sociocultural, os recursos externos / condições que facilitam ou impedem o progresso em direção a uma transição saudável (Meleis, 2010). De acordo

com a OE, os comportamentos da pessoa são influenciados pelo ambiente. A pessoa interage com o ambiente, na medida em que o modifica e sofre a sua influência durante todo o processo de procura contínua de equilíbrio e harmonia (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

O conhecimento do contexto onde decorreu o estágio permitiu a caracterização do ambiente organizacional e a forma como estão estruturadas as atividades relacionadas com o Programa de Luta contra a Tuberculose na USP. A recolha de informação foi desenvolvida, com recurso a fontes de informação, nomeadamente, o suporte documental desenvolvido pela USP (dados objetivos), a observação, e a perceção dos profissionais em reuniões (dados subjetivos).

Segundo Imperatori & Giraldes (1993), para a elaboração dos projetos ser completa deve-se proceder a uma análise provável dos obstáculos ou ameaças à respetiva execução. Referem que podem ser de vários tipos, nomeadamente, respeitantes a recursos como pessoal ou equipamento (em termos quantitativos ou qualitativos), meio ambiente, administrativos ou financeiros.

Com o propósito de identificar os fatores internos, favoráveis e desfavoráveis, à prossecução do projeto de intervenção comunitária, foi realizada uma análise de contexto interno ou de cenário (Nunes, 2016). Nesta avaliação foi pedida a participação de dois peritos da USP.

A análise SWOT [*Strengths* (forças ou fatores positivos internos); *Weaknesses* (fraquezas ou desafios internos); *Opportunities* (oportunidades ou fatores positivos externos); *Threats* (ameaças ou desafios externos)] é uma ferramenta usada como base para o planeamento estratégico, mas, pela sua simplicidade, pode ser utilizada para qualquer tipo de análise de cenário (Nunes, 2016).

Um dos aspetos a salientar nesta análise é a existência de um equilíbrio entre os fatores positivos e os desafios. Sobre os fatores positivos há a referir a competência técnica do grupo profissional e o interesse em desempenhar as suas funções no âmbito da sua especialidade. Outro aspeto é a motivação da equipa para participar no projeto, podendo promover uma cultura de partilha de informação, sendo esse também um dos contributos essenciais deste projeto.

Relativamente aos desafios ou fraquezas, salientam-se as exigências e pressão sobre a equipa e a dificuldade de disponibilidade de tempo para desenvolver o Programa de Tuberculose, por exigência de prioridades imposta pela pandemia. Refira-se ainda a necessidade de evidenciar, nos documentos normativos da USP, o papel determinante dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública que têm

competências para fazer parte e assumir a vigilância epidemiológica. Os outros aspetos envolvem decisões que ultrapassam a intervenção da equipa, manifestando-se em processos de mudanças organizacionais.

De uma forma sintética, as conclusões da análise de contexto interno encontram-se refletidas na matriz SWOT, que a seguir se apresenta.

Quadro 1 - Análise SWOT

S - FORÇAS	FATORES POSITIVOS INTERNOS
<ul style="list-style-type: none"> • Equipa empenhada em consolidar as suas atividades; • Envolvimento e participação ativa dos profissionais; • Abordagem multidisciplinar; • Espírito de grupo; • Competências técnicas dos profissionais envolvidos; • Capacidade dos intervenientes para desenvolver o projeto. 	
W - FRAQUEZAS	DESAFIOS INTERNOS
<ul style="list-style-type: none"> • Pressão sobre os recursos existentes; • Insuficiente afetação de recursos humanos; • Procedimento interno sobre Vigilância Epidemiológica sem inclusão dos enfermeiros; • Dificuldade na atribuição de tempo dedicado ao Programa de Tuberculose; • Fraca cultura de registo; • Partilha não sistematizada de informação na equipa. 	
O - OPORTUNIDADES	FATORES POSITIVOS EXTERNOS
<ul style="list-style-type: none"> • Perspetiva de estruturação dos suportes de registo; • Possível melhoria do trabalho em equipa; • Mudança cultural e comportamental; • Satisfação profissional; • Disponibilidade de ferramentas <i>web</i> como o aplicativo <i>Microsoft Teams</i>; • Abordagem alinhada com as principais orientações estratégicas do Programa de Luta contra a Tuberculose. 	
T - AMEAÇAS	DESAFIOS EXTERNOS
<ul style="list-style-type: none"> • Alterações ao funcionamento da USP impostas pela pandemia, o que origina constrangimentos na persecução das atividades planeadas; • Falta de tempo disponível para dedicar ao projeto; • Resistência à mudança; • Desmotivação da equipa; • Demora na sinalização dos casos por outras instituições; • Inacessibilidade ao sistema de notificação e follow-up de tuberculose SVIG TB; • Falta de integração e interoperabilidade dos sistemas de informação. 	

Dado que as respostas desenvolvidas ao processo de transição são influenciadas pelos contextos (Meleis, 2010), é relevante conhecer o ambiente organizacional e identificar as condições facilitadoras e inibidoras. É neste sentido que a análise SWOT trouxe contributos para esta preparação e conhecimento.

2.1.3. População Alvo

Uma população é definida como “uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios” (Fortin, 2009, p. 202).

As pessoas constituem uma das três dimensões do conceito de comunidade, sendo as outras duas, o local (dimensão geográfica e temporal) e a função (finalidades e atividades) (Stanhope & Lancaster, 1999).

Enquanto conceito metaparadigmático, a pessoa pode ser encarada individualmente ou coletivamente (grupos, famílias, comunidades ou populações) (Tomey & Alligood, 2004).

Segundo a OE (2015c, p. 16482), um grupo é o “agrupamento de seres humanos vistos como unidade social ou todo coletivo”.

As competências do enfermeiro especialista orientam para a comunidade como alvo dos cuidados (República Portuguesa, 2018). Os enfermeiros que desenvolvem intervenção comunitária necessitam de analisar como é que as dimensões do conceito de comunidade vão dar forma à sua prática, podendo utilizar a definição concetual ou criar indicadores ou critérios (Stanhope & Lancaster, 1999).

De acordo com Melo (2020), comunidade pode ser definida como um conjunto de pessoas pertencentes a um delimitado contexto geográfico, que têm funções identificadas para e pelos seus membros, bem como para e pelos grupos e organizações que as constituem, partilhando objetivos comuns (Melo, 2020).

Enquadrada nesta definição e integrando as suas especificidades, podemos considerar a USP como uma comunidade organizativa de pequenos grupos de pessoas, com características e identidade homogénea, que visam a resolução dos problemas da comunidade, podendo, também esta, ser alvo de cuidados comunitários e da enfermagem de saúde pública.

Neste estágio, o projeto de intervenção comunitária, foi aplicado numa comunidade promotora da saúde, mais concretamente, o grupo de enfermeiros da USP (que têm como alvo dos cuidados as populações e comunidades), constituída por uma equipa de quatro enfermeiros. Como tal, a metodologia de planeamento em saúde não foi utilizada para um diagnóstico de saúde de uma população, mas num diagnóstico das necessidades sentidas pelo grupo de quatro enfermeiros da USP, com vista à otimização da transmissão de informação sobre as pessoas com tuberculose, no ACES em questão, em 2021.

Não foi selecionada amostra, na medida em que se consideram todos os elementos do grupo profissional acessíveis e que aceitaram participar.

2.1.4. Instrumento de Recolha de Dados

Para a recolha e análise dos dados adotou-se uma abordagem qualitativa, alicerçada num paradigma interpretativo. O foco é a compreensão mais profunda dos problemas (Fortin, 2009).

As necessidades sentidas da população beneficiária constituem a parte fundamental do diagnóstico de situação, pois permitem complementar os dados disponíveis e aumentar a receptividade às medidas que se venham a propor. Estas são definidas pelo conjunto de necessidades reais, expressas e sentidas, e pela oferta disponível (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1990).

O instrumento utilizado foi a entrevista semiestruturada pois permite retirar informações, e elementos de reflexão muito ricos e a análise de um problema específico (Quivy & Campenhoudt, 2005).

A entrevista caracteriza-se por um contato direto e fraca intervenção do entrevistador que, através de perguntas abertas e reações do entrevistado, facilita a expressão das experiências e perceções do entrevistado, permitindo que este aceda a um grau máximo de autenticidade e de profundidade. As perguntas não precisam ser aplicadas na ordem prevista, o que possibilita ao investigador encaminhar a entrevista em função dos objetivos (Quivy & Campenhoudt, 2005).

À data da realização deste diagnóstico de situação a equipa de enfermagem da USP era constituída por quatro enfermeiros. Todos operacionalizam o Programa de Tuberculose, existindo um enfermeiro responsável para cada um dos dois municípios que integram o ACES.

Com o objetivo de conhecer as necessidades reais percecionadas, foram realizadas entrevistas aos enfermeiros que compõem a equipa da USP com a duração aproximada entre 15 a 20 minutos. Foram seguidos todos os procedimentos éticos, garantindo-se o respeito pelos participantes, nomeadamente no que se refere à salvaguarda do anonimato e confidencialidade, quanto à informação acedida, e solicitado consentimento dos entrevistados. Efetuou-se o registo das entrevistas em áudio, sendo depois transcritas na íntegra e validadas por cada entrevistado. A cada entrevistado foi atribuído um número, de forma a manter o anonimato.

Para se compreender as experiências vivenciadas pelos enfermeiros da USP durante o processo de transição é importante que se conheça as condições que podem facilitar ou dificultar uma transição saudável. Por exemplo, é relevante conhecer os condicionantes

personais, o conhecimento sobre as alterações que estão a ocorrer, o domínio de novas habilidades e a mudança de comportamentos.

Para fundamentar em evidência científica que oriente nas questões da entrevista, foi desenvolvida uma revisão da literatura (Apêndice 2). O objetivo da pesquisa foi compreender as barreiras e facilitadores da atitude dos profissionais de saúde na partilha de informações. Foi elaborado um fluxograma com a seleção realizada e um quadro com os resultados mais relevantes de cada artigo. Os temas delimitados constam do guião da entrevista (Apêndice 3).

2.1.5. Análise da Informação

O referencial de análise de conteúdo utilizado é o proposto por Bardin (2016), que consiste num conjunto de técnicas cujo objetivo é transpor as incertezas e enriquecer a leitura dos dados recolhidos. Em suma, procura conhecer o que está manifesto nas palavras sem se restringir ao ponto de vista teórico pré-existente do pesquisador ou definir estruturas de codificação.

A análise de conteúdo é uma técnica de investigação que tem por finalidade a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação (Bardin, 2016).

O referencial de análise temática proposto por Bardin (2016) desenvolve-se em três momentos: (i) a pré-análise (fase de organização que corresponde a um período de intuições, com o objetivo de sistematizar as ideias iniciais e que consiste numa leitura flutuante); (ii) a exploração do material (codificação); (iii) o tratamento dos resultados (categorização), através da inferência e da interpretação.

A aplicação desta técnica possibilitou a realização de um trabalho interpretativo e de atribuição do verdadeiro significado das mensagens, considerando sempre o contexto e, procurando construir uma montagem reflexiva e descritiva. Pretendeu-se analisar o que é explícito no texto, com o objetivo de obter indicadores que permitam fazer inferências.

Depois da leitura das entrevistas, procedeu-se à organização dos dados e à construção da grelha de análise, onde foram inscritas as unidades de registo e de contexto, agrupadas por temas, categorias e subcategorias. As categorias foram baseadas no quadro teórico e no guião de entrevista e as subcategorias emergiram da análise das entrevistas.

No Apêndice 4, encontram-se descritas as unidades de registo, representando os fragmentos de texto dos *verbatimins*. Estas unidades representam as unidades de significação a codificar, correspondendo ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização (Bardin, 2016).

Os temas que emergiram do processo de análise e identificados como importantes foram manifestados por vários entrevistados ou verbalizados de forma clara. São os seguintes:

1. Conhecimento sobre as pessoas com TB pelo grupo profissional da USP.

Abordou: (i) a procura ativa no SINAVE da identificação das pessoas com TB ativa (verificando-se ainda a falta de acesso à plataforma SINAVE por parte de um dos elementos); (ii) o atraso na sinalização dos novos casos de TB efetuada por outras unidades de saúde à equipa de Saúde Pública.

A necessidade de informação disponível sobre as pessoas com TB é expressa nas seguintes expressões:

“é uma coisa que não se tem”^{E1}

“informação tem que ser uma busca para já sobre tudo” (...) *“uma busca de todos os dias”*^{E2}

A preocupação sobre o desconhecimento de doentes diagnosticados fora do ACES, por atraso na transmissão da informação pela instituição responsável, é patente na expressão:

“diagnosticado ou internado noutra hospital fora do ACES, é bem provável que não tenhamos conhecimento”^{E3}

2. Partilha de informação sobre as pessoas com TB entre o grupo profissional.

Explorou: (i) os modos utilizados pelos enfermeiros para a transmissão de informação na equipa, nomeadamente a transmissão verbal, informal e através do correio eletrónico; (ii) a participação de outras unidades ou instituições na partilha de informação; (iii) as estratégias sugeridas para otimizar o fluxo informacional na equipa (a criação de momentos formais na equipa através de reuniões regulares; estabelecer um email do grupo como forma de contacto privilegiado; a divulgação dos interlocutores nas Unidades Funcionais; a criação de um suporte para registo sistematizado de informação sobre os casos de tuberculose).

A sugestão de estratégias pelo grupo profissional expressa o compromisso na mudança, espelhada nas expressões:

“criar instrumento de registo” (...) *“exclusivamente para os casos”*^{E1}

“poderia existir um momento de reunião por mês”^{E4}

“haver um mail só para a tuberculose”^{E3}

3. Registo da informação sobre a situação de saúde das pessoas com TB.

Apontam: (i) a insuficiência de registos realizados no processo informatizado SCLinico e a sua importância; (ii) a inexistência de documento para registos; (iii) os contributos sobre a informação da intervenção realizada e relevante que deve ser documentada.

Foi expresso o reconhecimento da importância da informação como elemento fundamental no âmbito da intervenção do enfermeiro, verbalizada da seguinte forma:

“dar visibilidade à nossa intervenção no âmbito da tuberculose”^{E1}

“importante para contribuir para a identificação do link epidemiológico, evitar a transmissão da doença rastreando as pessoas implicadas, quebrando assim a cadeia de transmissão”^{E3}

Da interpretação efetuada do processo de transição no grupo de enfermeiros e, de acordo com Meleis (2010), podemos afirmar que existe um reconhecimento que algo mudou na organização com o contexto pandémico (considerado um evento crítico) e que interferiu na sua prática diária. Portanto, já iniciaram o processo de consciencialização sobre a experiência que se encontram a vivenciar.

O conhecimento do que é esperado funciona como um fator facilitador, dado que pode aliviar o *stress* associado à transição. Quando estas mudanças não são evidentes e observáveis é posto em causa o início do próprio processo de transição.

Contudo, o envolvimento no processo de transição está condicionado por dois fatores inibidores: a perceção das alterações nas atividades (não conseguem trabalhar como antes); e a falta de conhecimento sobre as pessoas com TB, que permita intervir para promover a prevenção da TB na comunidade.

Porém, existe outra condição dificultadora do processo de transição que corresponde ao autoconhecimento sobre a partilha de informação, porque, apesar de existir por parte dos enfermeiros o reconhecimento de que é importante a partilha de informação e perceberem que a ausência de registos dificulta a intervenção na comunidade, eles não concretizam esse registo. Este comportamento indicia a não-aceitação do procedimento e corresponde a comportamento de não adesão. Independentemente do processo de transição ser provocado por condições controladas ou não pelo próprio indivíduo, é necessário que exista um conjunto de respostas por parte deste, para gerir este processo de forma positiva. A transição envolve sempre uma mudança. Durante as transições, há perdas de suportes sociais e objetos

significativos. Existem também períodos de incerteza que requerem diferentes habilidades e competências. Os problemas também podem resultar na indefinição sobre o caminho ou direção a tomar devido a dificuldades na capacidade de tomada de decisão ou em ultrapassar os períodos de adaptação.

O ajustamento é o grau de envolvimento dos indivíduos nos processos inerentes à transição e este ajustamento não existe se o conhecimento não estiver presente. O ajustamento permite a confrontação com a necessidade de colocar em prática conhecimentos adquiridos, avaliar os recursos individuais, e desenvolver e mobilizar novas competências. Por isso, uma consciencialização das mudanças implica entender os significados atribuídos e expectativas pessoais / sociais.

2.1.6. Necessidades Identificadas

O diagnóstico de situação permite identificar os problemas de saúde da população em estudo e determinar as suas necessidades (Imperatori & Giraldes, 1993).

Segundo Tavares (1990), a necessidade exprime a diferença entre o estado atual e aquele que se pretende atingir, representando a diferença entre o que existe e o que é desejável, em termos de estado de saúde (Pineault, 2016). Como tal, problema e necessidade de saúde são conceitos relacionados. No entanto, necessidade representa o que deve ser feito para que a situação considerada problemática venha a corresponder à que se deseja (Pineault, 2016).

A realização do diagnóstico de situação possibilitou a identificação das necessidades relacionadas com o conhecimento das dificuldades e dos fatores facilitadores. As necessidades expressas pela comunidade de enfermeiros e identificadas foram as seguintes:

- Sinalização atempada dos novos casos de TB por parte das instituições não pertencentes ao ACES;
- Otimização dos circuitos de partilha de informação sobre as pessoas com TB entre o grupo profissional;
- Suporte estruturado para o registo sistematizado de informação sobre as pessoas com TB.

Para os enfermeiros é muito importante que ao nível dos cuidados de saúde prestados às pessoas com TB, a transmissão da informação seja coerente e abrangente, contribuindo para a tomada de decisão e intervenção eficiente, facilitando a identificação precoce e a prevenção da TB. Outro aspeto salientado é o acesso à informação constantemente

atualizada, e suscetível de auxiliar os enfermeiros na interpretação e análise de situações relativas a pessoas com TB e que requerem intervenção atempada.

Os resultados do diagnóstico de situação foram apresentados em reunião com a Enfermeira Orientadora. Considerou-se que o diagnóstico de situação aproxima as necessidades expressas e sentidas com as necessidades reais.

2.1.7. Diagnósticos de Enfermagem

De acordo com Tavares (1990), um problema de saúde corresponde a um estado de saúde julgado deficiente.

Os diagnósticos de enfermagem são definidos como rótulos dados a problemas que são da competência da enfermagem e que incorporam o seu juízo clínico (Meleis, 2012).

As necessidades expressas pelo grupo profissional foram essenciais para a formulação de diagnósticos de enfermagem comunitária. Meleis (2010) explica que a transição leva a uma mudança nas expectativas ou habilidades. Nesta perspetiva, requer que o grupo profissional incorpore novos conhecimentos e altere o seu comportamento.

Neste projeto recorreu-se à taxonomia CIPE® 2019 para se identificarem os diagnósticos de enfermagem apresentados no quadro 2, a seguir.

Quadro 2 - Diagnósticos de Enfermagem

Necessidades expressas	Teoria da Transição de Afaf Meleis	Diagnóstico Enfermagem CIPE® 2019
Necessidade de sinalização atempada dos novos casos de tuberculose por parte das instituições não pertencentes ao ACES	- Conhecimento e reconhecimento da informação - Incorporar novas informações percebidas e experiências na sua realidade - Incorporar novos conhecimentos sobre as alterações que ocorrem com o objetivo de alterar o seu próprio comportamento	- Conhecimento comprometido sobre os novos casos de tuberculose por demora na sinalização por instituições não pertencentes ao ACES
Necessidade de otimização dos circuitos de partilha de informação sobre as pessoas com TB entre o grupo profissional	- Demonstrar um conhecimento mais aprofundado e maior compreensão acerca dos aspetos essenciais e críticos	- Comunicação comprometida, face a circuitos de partilha de informação indefinidos entre o grupo profissional
Necessidade de suporte estruturado para o registo sistematizado de informação sobre as pessoas com TB	- Aquisição de novas competências e condutas para gerir a nova situação - Adoção de comportamentos e inserção de habilidades	- Atitude do grupo profissional comprometida, face ao suporte de registos não estruturados

Para a OE (2016) a taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), em inglês *International Classification for Nursing Practice* (ICNP®), desenvolvida pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN), é um

instrumento importante de trabalho, que visa a uniformização de conceitos, catalogação de diagnósticos de Enfermagem, resultados e intervenções, criando uma terminologia comum a todos os enfermeiros, permitindo dar maior visibilidade aos cuidados de Enfermagem.

O diagnóstico de situação deve terminar com uma lista de problemas. Embora se sinta com frequência que, no final desta etapa, este está incompleto e desatualizado, a sua atualização não deve impedir que se avance para a etapa seguinte, a qual corresponde à determinação de prioridades (Tavares, 1990).

Para se definir sobre que diagnósticos intervir, é necessário proceder à sua priorização, descrita na etapa seguinte.

2.2. Determinação de Prioridades

Na etapa de determinação de prioridades, são selecionados os problemas de saúde que deverão ser solucionados em primeiro lugar, através de uma das metodologias possíveis e utilizando-se critérios (Imperatori & Giraldes, 1993).

Como os recursos são limitados e, no contexto atual, também escassos, não é possível dar resposta a todos os problemas ao mesmo tempo e no nível desejado, torna-se importante determinar as prioridades para nortear as escolhas e orientar as decisões (Pineault, 2016).

Para a definição das prioridades foram tidos em conta o horizonte do plano e a área de programação (Imperatori & Giraldes, 1993). Por conseguinte, foi considerado o tempo disponível para a intervenção e a área de programação que distingue as prioridades da USP.

Não obstante a importância de todos os problemas identificados, as condicionantes académicas relacionadas com a duração do estágio para a realização do projeto de intervenção, determina a necessidade do recurso a critérios para a seleção dos problemas prioritários.

Nestes processos de decisão, com vista a fazer escolhas e a estabelecer prioridades de atuação, recorre-se a vários critérios (Tavares, 1990).

Deste modo, optou-se pela grelha de análise de acordo com Tavares (1990). Esta é uma técnica semiquantitativa (Imperatori & Giraldes, 1993), que se utiliza para classificar problemas de saúde através da sua ordenação, pela aplicação sequencial de critérios divididos em categorias dicotómicas (Pineault, 2016).

Optou-se por utilizar os seguintes critérios: importância do problema; relação entre o problema e o(s) fator(es) de risco (as causas ou determinantes dos problemas ou as condições associadas são conhecidas?); capacidade técnica de resolver o problema (existem meios para intervir de maneira eficaz sobre as causas ou determinantes?); exequibilidade do

projeto ou da intervenção (as intervenções propostas são passíveis de realização com os recursos existentes?) (Tavares, 1990).

Utilizando a grelha de análise (Anexo 2) atribui-se sucessivamente uma classificação de mais ou de menos ao problema, de forma sequencial, segundo os quatro critérios enunciados (Tavares, 1990). O percurso do problema na grelha determina a classificação final, possibilitando 16 possibilidades de recomendações por ordem decrescente de prioridade (Imperator & Giraldes, 1993). O resultado final é obtido a partir dos valores inscritos na própria grelha, correspondendo o valor 1 à prioridade máxima (Tavares, 1990).

Para o preenchimento da grelha de priorização, solicitou-se a participação de dois peritos para a sua aplicação. O estabelecimento de prioridades resultante da aplicação desta técnica à lista de problemas é apresentado no quadro 3, a seguir.

Quadro 3 - Grelha de análise para determinação de prioridades

Diagnósticos de Enfermagem	Critérios				Recomendação
	Importância do Problema	Relação Problema / Fatores de Risco	Capacidade Técnica de Intervir	Exequibilidade do projeto ou da intervenção	
1- Conhecimento comprometido sobre os novos casos de tuberculose por demora na sinalização por instituições não pertencentes ao ACES	+	-	-	-	8
2- Comunicação comprometida, face a circuitos de partilha de informação indefinidos entre o grupo profissional	+	+	-	-	4
3- Atitude do grupo profissional comprometida, face ao suporte de registos não estruturados	+	+	+	+	1

Fonte: Adaptado de Tavares (1990)

Decidiu-se intervir nos dois problemas mais prioritários porque se encontram interligados e cuja minimização mais influenciará o resultado desejado.

De referir que, relativamente ao problema de menor prioridade, embora julgado como importante, os seus determinantes não são conhecidos, pelo que apresenta uma necessidade de estudo etiológica, sendo que a capacidade de intervenção não é passível de realização no período temporal do estágio.

2.3. Definição de Objetivos

A fixação dos objetivos é definida como a elaboração do enunciado desejável em relação aos problemas definidos como prioritários, alterando a tendência da sua evolução (Imperatori & Giraldes, 1993).

Os objetivos correspondem “aos resultados visados em termos de estado que se pretende para a população alvo (por exemplo: de saúde, comportamentos, etc.) pela implementação dos projetos, constitutivos dos programas que, no seu conjunto formam os planos” (Tavares, 1990, p. 113).

Nesta perspectiva, fixar objetivos, consiste em definir para onde se vai, sendo a forma como se chega, parte integrante da etapa seguinte, a seleção das estratégias (Tavares, 1990).

Para o desenvolvimento desta etapa começa-se pela seleção dos indicadores dos problemas prioritários. Define-se um indicador como “uma relação entre uma determinada situação e a população em risco dessa situação” (Tavares, 1990, p. 119). “A definição de indicadores de saúde e de critérios de prioridades orienta o processo de utilização” (Pineault, 2016, p. 13).

Os dois principais tipos de indicadores são: de resultado ou de impacto, que permitem mensurar as alterações verificadas num problema ou na sua situação atual; e os de atividade ou de execução, que permitem quantificar a atividade desenvolvida (Imperatori & Giraldes, 1993).

A determinação da tendência não será aplicada neste projeto, visto não existirem dados anteriores sobre este tema.

Os objetivos devem ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis, fornecendo a possibilidade de uma correta avaliação posterior (Tavares, 1990). Na sua formulação devem conter cinco elementos: a natureza da situação desejada, os critérios de sucesso ou de fracasso, a população alvo, a zona de aplicação do projeto e o tempo em que deverá ser atingido (Tavares, 1990).

O objetivo geral refere-se a uma determinada situação que se pretende atingir, sendo formulado de uma forma geral, e os objetivos específicos de uma forma detalhada (Tavares, 1990).

Por fim, são delineados os objetivos operacionais ou metas, que correspondem aos enunciados dos resultados desejáveis e tecnicamente exequíveis das atividades, sendo traduzidos em indicadores de atividade, mensuráveis a curto prazo (Imperatori & Giraldes, 1993).

Assim, no âmbito deste projeto de intervenção comunitária foi traçado como **objetivo geral**:

Contribuir para a informação de saúde relevante sobre as pessoas com tuberculose, disponível para o grupo profissional de enfermagem da USP.

Delinearam-se como **objetivos específicos**:

1- Caracterizar a população com TB identificada pela USP, de janeiro a novembro de 2021;

2- Definir meios para facilitar a partilha da informação entre o grupo profissional;

3- Divulgar o projeto de intervenção comunitária aos profissionais de saúde da USP participantes no Programa de TB.

2.4. Seleção de Estratégias

Para o sucesso de um projeto é sempre necessário delinear estratégias, ou técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar os objetivos fixados (Imperatori & Giralde, 1993). Isto significa que se procura esboçar diferentes formas de resolver um problema e que permitam atingir o máximo de resultados, de forma mais eficaz, eficiente e com o máximo proveito dos recursos existentes (Tavares, 1990).

Por este motivo, esta é a etapa do processo de planeamento que requer maior criatividade (Imperatori & Giralde, 1993), na medida em que a estratégia adotada deve ter em conta os custos, as vantagens, a pertinência e equacionar medidas que permitam antecipar potenciais obstáculos e inconvenientes, à concretização dos objetivos (Tavares, 1990).

Neste projeto, para a escolha das estratégias foram tidos em conta os recursos humanos e materiais disponíveis (Imperatori & Giralde, 1993), mas também os custos, os obstáculos, a pertinência e as vantagens e inconvenientes das mesmas (Tavares, 1990).

Estes parâmetros foram discutidos em reunião com a enfermeira orientadora, sendo equacionado o tempo necessário e disponível, e os recursos materiais para a sua operacionalização.

Em relação aos custos envolvidos na implementação das estratégias, estes corresponderam ao tempo despendido pela Enfermeira Orientadora e Gestor Operacional do Programa de TB na USP em reuniões de trabalho. Dessas reuniões resultou a formulação de um conjunto de conclusões que foram incorporadas na proposta aqui apresentada. Outro recurso foi a utilização de ferramentas *web* disponíveis, como o aplicativo *Microsoft Teams*, ao mesmo tempo usufruindo do saber e aprendizagem adquirida nas atividades enquadradas

na resposta à pandemia. O tempo disponível respeitou o cronograma estabelecido para a concretização do projeto de intervenção, com a respetiva atualização em face dos constrangimentos surgidos, rentabilizando ao máximo a duração do estágio (gráfico de Gantt – Apêndice 1).

Relativamente à pertinência da estratégia escolhida destaca-se o envolvimento da equipa, as soluções consensuais e exequíveis e, a acessibilidade à informação de forma oportuna. Sobre os obstáculos ao desenvolvimento da estratégia menciona-se a resistência à mudança, a disponibilidade de tempo dedicado e o envolvimento dos órgãos de gestão.

Neste projeto de intervenção comunitária, as estratégias desenvolvidas têm subjacente a Teoria das Transições de Afaf Meleis, pelo se devem estabelecer estratégias para promover o envolvimento, capacitando a pessoa, a que ela se motive e se influencie internamente, no sentido de viver o processo de transição da melhor forma possível e mais proveitosa do ponto de vista pessoal (Meleis, 2010).

De acordo com este referencial teórico, a intervenção visa alcançar novas habilidades e competências, promover modificações nos comportamentos e a reconstrução de uma identidade profissional, resultando em contextos de trabalho criativos e dinâmicos, com o propósito de evitar consequências negativas e de favorecer resultados positivos na prática de cuidados à população.

É na mudança que a pessoa vive o processo de transição, e é a forma como as incorpora, que fazem dela uma pessoa diferente. Este sentimento pode levar a pessoa a perceber o meio envolvente e a si própria de forma diferente (Meleis, 2010).

Tendo em conta as competências do Enfermeiro Especialista em ESPSC, foi pertinente que a autora assumisse a liderança do projeto e dinamização da equipa.

A proposta de estratégia apresentada e discutida centrou-se em:

- **Participação comunitária e estruturas organizativas** (nomeadamente o Gestor Operativo do PNT), permitindo o entendimento das metas a estabelecer, num processo colaborativo com a comunidade, para o seu desenvolvimento. Segundo Imperatori e Giraldes (1993) para a participação comunitária tem de haver envolvimento. Nesta perspetiva, tal dinâmica e envolvimento permitiu ao grupo de profissionais, sentir-se parte da solução dos seus problemas, deixando de estar apenas como agentes passivos de um processo que é seu.

- **Integração dos diferentes sistemas de informação** na área da tuberculose, rentabilizando os recursos existentes na utilização das ferramentas *web* disponíveis

(nomeadamente o aplicativo *Microsoft Teams*), e ainda a habilidade e a capacidade do grupo de profissionais.

- **Reforço da intervenção integrada e da intervenção comunitária**, que se pode descrever como um acordo de intervenção negociado e consensual, num espírito de cooperação. É onde o profissional se compromete com um processo que ajudou ativamente a planear e implementar.

- **Oportunidades de ensaio e *debriefings* diários**, com reuniões de trabalho breves e informais, para o debate de ideias, a discussão da execução e operacionalização de intenções. As reuniões ocorreram com a Enfermeira Orientadora e o Gestor Operacional do Programa de TB da USP.

- **Valorização dos registos** existentes (maioritariamente em suporte de papel), sobre os inquéritos epidemiológicos realizados pela equipa. Este aspeto é essencial para motivar a equipa, dando evidência e ênfase ao trabalho desenvolvido, dando visibilidade ao esforço e ao empenho dos profissionais.

2.5. Preparação Operacional

Esta etapa do planeamento em saúde corresponde à operacionalização da intervenção, onde são especificadas as atividades necessárias à execução das estratégias definidas na etapa anterior, assim como o cronograma e aspetos relacionados com a responsabilidade da execução e os recursos necessários (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1990).

A operacionalização poderá estar organizada em programas e projetos, definindo-se: (i) programa, como um conjunto de atividades contribuindo para a execução de uma estratégia; (ii) projeto, como um conjunto de atividades contribuindo para a execução de um programa (Tavares, 1990), que se desenvolve num período de tempo delimitado com vista a alcançar um resultado específico (Imperatori & Giraldes, 1993).

Partindo dos dados obtidos e após priorização, foi definido o projeto de intervenção através do desenvolvimento de uma metodologia de mudança, moldada pela participação do grupo profissional.

A fundamentação teórica foi mobilizada para delinear as intervenções (preventivas e terapêuticas), com base nas suas habilidades e nos recursos disponíveis, para promover sentimentos de bem-estar no grupo profissional, para lidar com a experiência de transição.

Foram planeadas atividades para cada um dos objetivos específicos definidos.

Para o desenvolvimento das atividades foram realizadas diversas reuniões de trabalho com a Enfermeira Orientadora e o Gestor Operacional do Programa de TB da USP, onde foram discutidos não só os conteúdos, mas também a sua pertinência e a capacidade de operacionalização. O objetivo das reuniões foi sensibilizar para o problema da TB, disponibilizando os dados necessários à elaboração de um diagnóstico de situação aos diferentes níveis geodemográficos.

Assim, para atingir o **objetivo específico 1**, de caracterizar a população com TB identificada pela USP, de janeiro a novembro de 2021, foram realizadas duas atividades:

- **Atividade 1** – Construção de uma base de dados em *Excel* para o registo de informações sobre as pessoas com TB, para ser usada como ferramenta de trabalho pela equipa multidisciplinar.

A análise documental constituiu a fase preliminar da elaboração da base de dados em *Excel*. A principal fonte de informação foram os formulários em suporte de papel e respetivos processos da USP, focado nos casos identificados no SINAVE, de janeiro a novembro de 2021. Procedeu-se também à consulta dos registos clínicos no SClínico, para obtenção de informação complementar. O tratamento dos dados, apresentado no Apêndice 5, foi feito com recurso a estatística descritiva e construídas tabelas de frequências das variáveis quantitativas.

O retrato epidemiológico, traduz o olhar macrossistémico de intervenção nas comunidades que caracteriza a Enfermagem de Saúde Pública, ou seja, em termos da área geográfica. A caracterização da população, abordando a relação entre os determinantes de saúde e os processos do conceito metaparadigmático Pessoa na disciplina de Enfermagem (Melo, 2020), no contexto da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, coloca a pessoa no centro da atenção do enfermeiro (incluem os indivíduos, famílias e comunidades que recebem cuidados de Enfermagem).

- **Atividade 2** – Elaboração de um guia com instruções para o preenchimento da base de dados em *Excel*.

O guia com as instruções de suporte ao preenchimento de cada um dos critérios, incluídos na base em *Excel*, reveste-se de particular importância, na medida em que facilitará a sua utilização futura, perspetivando a adesão e a continuidade do projeto (Apêndice 6).

A avaliação proposta destas três atividades encontra-se no quadro 4, a seguir.

Quadro 4 - Objetivos operacionais e indicadores das atividades do primeiro objetivo específico

Atividades	Objetivos Operacionais ou Metas	Indicadores de atividade
Atividade 1	(A) – Obter 100% dos materiais de registo de dados programados: base de dados em <i>Excel</i>	$(A, B) = \frac{N^{\circ} \text{ de materiais produzidos}}{N^{\circ} \text{ total de materiais programados}} \times 100$
Atividade 2	(B) – Obter 100% dos materiais programados: guia com instruções de preenchimento da base de dados	

Para atingir o **objetivo específico 2** de definir meios para facilitar a partilha da informação entre o grupo profissional, foram realizadas três atividades:

- **Atividade 3** – Elaboração de folha para recolha de dados do inquérito epidemiológico (Apêndice 7).
- **Atividade 4** – Elaboração de folha para registo de notas de reuniões (Apêndice 8).

Os suportes produzidos promovem a sistematização dos processos de registo e possibilitam a disponibilização de informação útil e oportuna, para um melhor conhecimento sobre as pessoas com TB.

O contributo fundamental para a elaboração destes suportes de registo, nomeadamente os dados e a informação a integrar nos modelos desenvolvidos, teve por base as necessidades expressas pelos enfermeiros nas entrevistas realizadas.

- **Atividade 5** – Criação de área/canal no aplicativo *Microsoft Teams* e partilha em rede de duas pastas com suporte documental.

A área/canal em ambiente digital aberto, criada no aplicativo *Microsoft Teams*, foi denominada “Equipa Tuberculose”. Foi operacionalizada em articulação com o Gestor Operacional do Programa de TB, com recurso aos respetivos endereços eletrónicos de cada um dos profissionais que constituem o grupo do Programa de Tuberculose.

Foram também criadas duas Pastas partilhadas: “Biblioteca” com documentação relativa aos casos de TB e “Arquivo USP”, com bibliografia de interesse, material de suporte de trabalho e documentos institucionais considerados relevantes. Tanto estas duas pastas como a base em *Excel*, foram colocadas em ambiente digital aberto. Qualquer elemento do grupo tem a possibilidade de aceder e de fazer o *upload* de documentos e materiais, que considere relevante.

A aposta na simplificação de processos de partilha de informação com integração das tecnologias da informação em rede (ambiente digital aberto) mostra-se vantajosa, pois

permite: (i) otimizar os fluxos informacionais (garante o acesso a conteúdos e a troca de informação em tempo real); (ii) rentabilizar os recursos; (iii) evitar a duplicação de atividades; (iv) dar *empowerment* à equipa e espírito de partilha.

A avaliação proposta destas três atividades encontra-se no quadro 5, a seguir.

Quadro 5 - Objetivos operacionais e indicadores das atividades do segundo objetivo específico

Atividades	Objetivos Operacionais ou Metas	Indicadores de atividade
Atividade 3	(C) – Obter 100% dos materiais de registo programados: impresso de registo	$\begin{aligned} &(C, D, E) \\ &= \frac{N^{\circ} \text{ de materiais produzidos}}{N^{\circ} \text{ total de materiais programados}} \times 100 \end{aligned}$
Atividade 4	(D) – Obter 100% dos materiais de registo programados: modelo de notas de reuniões	
Atividade 5	(E) - Obter 100% dos materiais programados: canal no aplicativo <i>Microsoft Teams</i> ; criação e partilha em rede de duas pastas com suporte documental	

Para atingir o **objetivo específico 3** de divulgar o projeto de intervenção comunitária aos profissionais de saúde da USP participantes no Programa de TB, foi proposta ser realizada uma atividade:

Atividade 6 – Realização de uma sessão informativa ao grupo profissional, para apresentar o projeto de intervenção comunitária.

Para a realização da sessão informativa aos profissionais, para apresentar o projeto de intervenção comunitária, foram equacionados os recursos necessários e a disponibilidade de tempo, por parte da equipa da USP.

Como obstáculo foi considerada a indisponibilidade da equipa, originada pelo agravamento da situação pandémica no País.

No que concerne às vantagens, estas seriam que, quanto mais profissionais estivessem envolvidos no projeto, maior seria o sucesso do mesmo.

Todavia, antecipando os imprevistos, foram proporcionados momentos informais individuais, o que permitiu, de uma forma mais personalizada, a apresentação e discussão das vantagens do projeto na prática diária.

Assim, foi realizado previamente o plano da sessão (Apêndice 9). A apresentação de 20 minutos em *PowerPoint* incluiu a análise dos dados recolhidos, permitindo dar resposta às necessidades expressas pelo grupo profissional (Apêndice 10). Para a avaliação da sessão foi

realizado um questionário de satisfação (Apêndice 11). As respostas às perguntas abertas e respetiva análise estatística revelam um índice de 100% em todas as questões (Apêndice 12).

A avaliação proposta desta atividade encontra-se no quadro 6, a seguir.

Quadro 6 - Objetivos operacionais e indicadores das atividades do terceiro objetivo específico

Atividades	Objetivos Operacionais ou Metas	Indicadores de atividade
Atividade 6	(F) – Realizar 100% das sessões informativas programadas (G) – Obter 50% de participação dos profissionais da equipa da USP na sessão de apresentação do projeto de intervenção comunitária	$(F) = \frac{N^{\circ} \text{ de sessões informativas realizadas}}{N^{\circ} \text{ de sessões informativas programadas}} \times 100$ $(G) = \frac{N^{\circ} \text{ de profissionais de saúde da USP presentes na sessão informativa}}{N^{\circ} \text{ de profissionais de saúde da USP previstas na sessão informativa}} \times 100$

2.6. Avaliação

A avaliação é a última etapa do processo de planeamento, integrando-se também em cada uma das etapas anteriores. O seu primeiro propósito é determinar o grau de sucesso na consecução dos objetivos e faz uma comparação entre os objetivos e as estratégias, relativamente ao nível de adequação (Tavares, 1990).

Para Imperatori e Giraldes (1993), “Avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir ou melhorar” (p. 173). A avaliação atualiza o diagnóstico, pelo que, quando terminada, terá de se voltar à primeira fase do planeamento, melhorando a informação disponível, e assim sucessivamente, num processo que se pretende contínuo e dinâmico (Imperatori & Giraldes, 1993).

Esta etapa decorre da mobilização de indicadores, que representam os dados observáveis e mensuráveis das variáveis do projeto. Deve ser preparada antes de ser realizada, ficando implicitamente incluída em dois momentos: a fixação de objetivos e a preparação operacional. Na primeira, fixar-se-ão os **indicadores de resultado ou impacto** que traduzem o impacto do plano e os ganhos em saúde. E na segunda, os **indicadores de processo ou de execução**, sendo que nesta etapa se avaliam, a curto prazo, os indicadores de atividade, e a médio prazo, os resultados obtidos nos principais problemas de saúde (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1990).

Nesta fase do planeamento, foi possível serem avaliados apenas os indicadores de processo ou atividade. Consiste na avaliação das atividades desenvolvidas e da avaliação da satisfação do grupo profissional (Apêndice 12) que, se situou, no máximo de satisfação.

A avaliação de resultados é realizada a médio ou longo prazo, a partir dos resultados obtidos, identificando as mudanças de comportamento atribuíveis à intervenção efetuada.

Todas as atividades planejadas foram realizadas e as metas estabelecidas foram atingidas, pelo que o indicador de processo neste âmbito é de 100% (quadro 7, a seguir).

Quadro 7 - Avaliação das atividades desenvolvidas

Atividades	Objetivos Operacionais ou Metas	Indicadores de atividade	Resultado
Atividade 1	(A) – Obter 100% dos materiais de registo de dados programados: base de dados em <i>Excel</i>	$(A, B) = \frac{N^{\circ} \text{ de materiais elaborados}}{N^{\circ} \text{ total de materiais programados}} \times 100$	100%
Atividade 2	(B) – Obter 100% dos materiais programados: guia com instruções de preenchimento da base de dados		100%
Atividade 3	(C) – Obter 100% dos materiais de registo programados: impresso de registo	$(C, D, E) = \frac{N^{\circ} \text{ de materiais produzidos}}{N^{\circ} \text{ total de materiais programados}} \times 100$	100%
Atividade 4	(D) – Obter 100% dos materiais de registo programados: modelo de notas de reuniões		100%
Atividade 5	(E) - Obter 100% dos materiais programados: canal no aplicativo <i>Microsoft Teams</i> ; criação e partilha em rede de duas pastas com suporte documental		100%
Atividade 6	(F) – Realizar 100% das sessões informativas programadas	$(F) = \frac{N^{\circ} \text{ de sessões informativas realizadas}}{N^{\circ} \text{ de sessões informativas programadas}} \times 100$ $(G) = \frac{N^{\circ} \text{ de profissionais de saúde da USP presentes na sessão informativa}}{N^{\circ} \text{ de profissionais de saúde da USP previstas na sessão informativa}} \times 100$	100%
	(G) – Obter 50% de participação dos profissionais da equipa da USP na sessão de apresentação do projeto de intervenção comunitária		100%

A criação de uma base de dados veio a demonstrar ser uma ferramenta que permitiu realizar o levantamento acerca dos casos de TB no ACES, com a possibilidade de identificar possíveis *clusters* de casos por freguesias e de zonas com maior densidade de casos e que, possam ser de maior risco. Esta caracterização poderá ser o suporte para a fundamentação da redefinição de intervenções, como para a consolidação das recomendações propostas.

A estruturação do suporte de registos, com vista a orientar o grupo de profissionais na recolha da informação que necessitam para realizar as suas atividades com eficiência / eficácia, auxiliam na comunicação e na rentabilização dos recursos, evitando multiplicação de tarefas. O formato editável evita também o suporte em papel.

O acesso facilitado aos instrumentos, possibilita o contributo do grupo profissional na informação produzida. A possibilidade de aceder e difundir informações, de forma rápida e eficaz, pode dar capacidade aos enfermeiros, na tomada de decisão atempada, informada

e, portanto, eficaz. Estes aspetos trazem valor, dada a rapidez de atualização, para seu uso no contexto diário de trabalho.

2.7. Desafios e Contributos do Projeto para a Prática Clínica

A Deontologia Profissional, no Artigo 99.º determina, nos Princípios Gerais subjacentes à profissão de enfermagem, que “As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (República Portuguesa, 2015a, p. 8078).

O mesmo documento, no Artigo 104.º, determina ainda que o enfermeiro tem o dever de “Assegurar a continuidade dos cuidados, registando com rigor as observações e as intervenções realizadas” (República Portuguesa, 2015a, p. 8079).

Acresce ainda, de acordo com os padrões de qualidade dos cuidados especializados, face à organização dos cuidados especializados de enfermagem comunitária e de saúde pública que, uma das categorias de enunciados descritivos seja a “Utilização de um sistema de informação que incorpore a CIPE e toda a informação que permite a gestão de saúde dos grupos e comunidade” (República Portuguesa, 2015c, p. 16848).

Assim sendo, é indiscutível a importância da informação como alicerce para a intervenção do enfermeiro na comunidade e é fundamental que incorpore a CIPE.

O projeto demonstrou o seu valor e contributo, incorporando interações para reforçar e valorizar o trabalho que o grupo profissional desenvolve, tornando-se imprescindível para a animação de estratégias que estimulassem o questionamento das práticas atuais e futuras, lançando os alicerces no perspetivar de um novo rumo.

Assim, objetiva-se que os enfermeiros invistam futuramente na utilização dos sistemas de informação que incorpore a CIPE e toda a informação que permite a gestão de saúde dos grupos e comunidade (necessidades de cuidados, intervenções de enfermagem e resultados sensíveis às intervenções).

A avaliação de resultados que é realizada a médio ou longo prazo, permitirá identificar as mudanças de comportamento. Os níveis de mestria demonstrados pelos enfermeiros irão indicar-nos os ganhos alcançados no decurso de toda a experiência.

Para se poder decidir até onde se quer chegar, torna-se necessário saber onde se está (Nunes, 2016).

3. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS COMO MESTRE E ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

No Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, o Artigo 4.º refere os quatro domínios das suas competências: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (República Portuguesa, 2019). Assim, evidenciam-se as competências desenvolvidas ao longo de todo o projeto de estágio, no que concerne a:

(i) Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal – ao promover a proteção dos direitos humanos, respeitando a confidencialidade; ao aceitar que os participantes recusem ser entrevistados, ao cumprir o dever de sigilo e ao manter o anonimato.

(ii) Melhoria contínua da qualidade – com base no artigo 101º da Deontologia Profissional, do dever para com a comunidade, a colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade, ao desenvolver o projeto de intervenção, contribuindo para a informação de saúde relevante disponível no âmbito da TB, e promoção da continuidade e da qualidade dos cuidados prestados.

(iii) Gestão dos cuidados – evidenciada ao longo de todo o projeto pela opção do modelo teórico subjacente aos métodos de priorização e estratégia escolhida; na tomada de decisão clínica, fundamentada na evidência e na experiência clínica; no conhecimento do contexto de cuidados; e ainda na atualização de conhecimentos com a frequência da Formação em Tuberculose no âmbito do Programa Nacional para a Tuberculose (Anexo 3).

(iv) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais – pelo desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade, reconhecendo os limites e recursos pessoais e profissionais; na mobilização de conhecimentos e competências pessoais adquiridas ao longo do percurso de vida, que se reproduziram na capacidade de análise e decisão, de adaptação e de iniciativa para a resolução de problemas em situações novas.

No que se refere às competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, expressas no Artigo 2.º do Regulamento N.º 428/2018 (República Portuguesa, 2018), enquadraram-se em quatro domínios. Foi possível o seu desenvolvimento pela mobilização e integração de competências adquiridas ao longo do

Curso de Mestrado em Enfermagem e na prática profissional. Após uma reflexão crítica e analisando as competências desenvolvidas, considera-se:

(i) Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade – esta metodologia esteve na base do projeto de intervenção comunitária, no diagnóstico de situação fundamentado em dados epidemiológicos sobre a TB; na aplicação de instrumentos de recolha de dados referentes às necessidades do grupo de profissionais, foco de intervenção; na utilização de critérios adequados para a priorização de problemas identificados; na formulação de objetivos de acordo com as necessidades e os diagnósticos de enfermagem ancorados na Teoria das Transições de Afaf Meleis; nas estratégias utilizadas tendo em conta os recursos disponíveis e o tempo de intervenção, rentabilizando ao máximo a duração do estágio; e mobilizando a participação da equipa e os responsáveis pela operacionalização do PNT, no sentido de obter a maior eficácia para o projeto.

(ii) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades – ao assumir a liderança do projeto de intervenção, envolvendo a equipa num processo colaborativo; na consciência crítica perante as temáticas presentes em contexto de estágio e a sua interligação com outras áreas do conhecimento; na mobilização de saberes de diferentes disciplinas de enfermagem, comunicação, educação, ciências humanas e sociais.

(iii) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde – com o projeto de intervenção, integrou e contribuiu para a inovação, reestruturação e operacionalização das atividades relacionadas com o PNT, promovendo um melhor desempenho estratégico da equipa multidisciplinar; e ainda na consecução de um suporte estruturado de registos e organização da informação, com contributo para a sua eficiente operacionalização.

(iv) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico – na aplicação de entrevistas para a recolha de dados durante o diagnóstico de situação, no tratamento e análise dos dados; e ainda na elaboração de indicadores apropriados.

A elaboração e a implementação deste projeto mobilizaram capacidades como a flexibilidade, o respeito, a reciprocidade, a atitude de curiosidade, a capacidade de adaptação e de trabalho, a criatividade, a resiliência e a persistência para promover as relações interpessoais.

Em todas as intervenções teve presente os princípios da Deontologia Profissional (República Portuguesa, 2015a), sendo as mesmas realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana, observando os valores universais na relação

profissional, de igualdade, liberdade, verdade, justiça, altruísmo e solidariedade, bem como a competência profissional. Antes das entrevistas, os participantes foram informados sobre a finalidade e o objetivo das mesmas, foi pedido o consentimento livre e esclarecido, e assumido o compromisso de salvaguarda da confidencialidade e anonimização da informação recolhida.

Cabe ainda referir que, visando o desenvolvimento de competências enquanto Mestre, elaborou e apresentou um Poster no IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem da Universidade Católica (Anexo 4). Ademais, conforme os Descritores de Dublin para o 2º ciclo de estudos (Joint Quality Initiative, 2004), os mestrandos devem ser capazes de comunicar as suas conclusões (conhecimentos e os raciocínios que as suportam) de uma forma clara e não suscitando ambiguidades, quer seja para especialistas ou não.

Fundamentou a prática na evidência científica, com recurso à revisão da literatura, utilizando uma prática reflexiva, ponderando as decisões e intervenções. Realizou uma revisão crítica, onde elaborou juízos críticos fundamentados num artigo e uma *Scoping review*, no âmbito das unidades curriculares de enfermagem comunitária, tendo ambas resultado em avaliação global.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tuberculose é um desafio global para a saúde devido ao potencial de disseminação.

Os Enfermeiros são o alicerce nos cuidados primários. O enorme impacto que a resposta à pandemia tem exercido nos serviços de saúde, determina reforçar o papel fundamental do enfermeiro, de forma a prestar os cuidados adequados às pessoas com TB e evitar a disseminação da doença. Daqui resultam novos desafios à capacidade de intervenção dos enfermeiros, sendo de suma importância que a informação relativa à pessoa com TB traduza o processo de cuidados.

Neste sentido, é essencial que a transmissão da informação seja coerente e holística, com especial relevância na abordagem da pessoa com TB e, desta forma, alcançando a identificação e gestão precoce de novos casos, por sustentação em tomada de decisão e intervenção atempada, torna-se possível melhorar e promover o controlo da doença.

Ancorado na Teoria das Transições de Afaf Meleis e tendo por base a metodologia do Planeamento em Saúde, segundo Tavares (1990), desenvolveu-se este projeto de intervenção comunitária, aplicado a um grupo de enfermeiros, também eles promotores da saúde, com vista à otimização da transmissão de informação no âmbito da TB e no sentido de vivenciar, da melhor forma possível, o processo de transição.

No diagnóstico de situação, para a recolha e análise de informação, adotou-se uma abordagem qualitativa, alicerçada num paradigma interpretativo, que permitiu determinar as necessidades do grupo profissional, identificar os seus problemas de saúde e proceder à sua priorização. Depois de fixados os objetivos foram delineadas as estratégias tendo-se envolvido a equipa na procura de soluções consensuais e exequíveis, com o objetivo de dar resposta às necessidades manifestadas. As atividades planeadas foram concretizadas.

O projeto de intervenção comunitária demonstrou o seu valor, incorporando interações adaptadas ao contexto da USP. A participação no desenvolvimento do projeto foi associada a um maior envolvimento do grupo profissional, promovendo a consciencialização dos processos de transição e progressiva capacitação do indivíduo para restabelecer o equilíbrio. A adaptação a um novo ambiente de trabalho aparenta favorecer a partilha de informação no âmbito da TB.

Os aspetos mencionados traduzem uma mudança que sustentam a construção e manutenção de uma cultura de partilha.

Este cuidado molda-se na individualidade de cada pessoa e na estabilidade física, psicológica e emocional.

A principal limitação do projeto foi o tempo de implementação e de seguimento reduzido. Tais adaptações carecem de tempo, dado exigirem mudanças no comportamento e na prática. No entanto, os resultados iniciais e o *feedback* demonstrado revelam a integração da mudança.

A elaboração deste projeto e relatório permitiu mobilizar e consolidar competências como enfermeira especialista em enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública.

Possibilitou integrar conhecimentos para fundamentar o raciocínio clínico, numa ótica de prática sistémica, sustentável e baseada na evidência clínica, para a melhoria da qualidade dos cuidados. Desenvolveu conhecimentos técnico-científicos específicos e especializados aplicados no contexto organizacional, numa abordagem de melhoria da cultura de partilha e de trabalho em equipa.

Espelha a responsabilidade ética e social que o enfermeiro especialista possui, revelando capacidade para integrar e aplicar o conhecimento, de forma a lidar com questões complexas e desenvolver soluções perante a identificação de problemas.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACES . (2020). *Plano Local de Saúde* . 2017-2020.
- ACSS. (2009). *RSE - Registo de Saúde Electrónico RI: Documento de Estado da Arte*.
- ACSS. (2020). *Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários - Biénio 2020/2021*.
- Akhlaq, A., McKinstry, B., Muhammad, K. bin, & Sheikh, A. (2016). Barriers and facilitators to health information exchange in low- and middle-income country settings: A systematic review. In *Health Policy and Planning* (Vol. 31, Issue 9, pp. 1310–1325). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/heapol/czw056>
- Azevedo, P. M. D. da S., & Sousa, P. A. F. de S. (2012). Partilha de informação de enfermagem: Dimensões do Papel de Prestador de Cuidados. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 7), 113–122. <https://doi.org/10.12707/riii11140>
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo* (1st ed.). Edições 70.
- Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellström, T. (2010). *Epidemiologia Básica* (2nd ed.). Livraria Santos Editora.
- Broca, P. V., & Ferreira, M. de A. (2012). Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. *Rev Bras Enferm*, 65(1), 97–103.
- DGS. (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final*. Direção-Geral da Saúde. http://www.who.int/patient-safety/taxonomy/ICPS_Statement_of_Purpose.pdf
- DGS. (2017). Norma DGS Nº 001/2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. *Direção Geral Da Saúde*, 8. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>
- DGS. (2020). *Relatório de Vigilância e Monitorização da Tuberculose em Portugal*. Direção-Geral da Saúde.
- Dias, P. M., Azevedo, S., & Ferreira De Sousa, P. A. (2012). *Partilha de informação de enfermagem: dimensões do Papel de Prestador de Cuidados Sharing nursing information: dimensions of the role of the care-giver Compartir información de enfermería: las dimensiones del papel de cuidador* (Issue 7).
- Dutra, H. S., Mendes, S. E., Carneiro, S. M., Costa, F. M., Barboza, R., & Ribeiro, L. C. (2016). Registos de enfermagem em um hospital de ensino: estudo quase-experimental. *OBJN*, 15(3), 351–360.
- Fermino, T. Z., & Carvalho, E. C. de. (2007). A Comunicação Terapêutica com Pacientes em Transplante de Medula Óssea: Perfil do Comportamento Verbal e Efeito de Estratégia Educativa. *Cogitare Enferm*, 12(3).

- Fontaine, P., Ross, S. E., Zink, T., & Schilling, L. M. (2010). Systematic review of health information exchange in primary care practices. In *Journal of the American Board of Family Medicine* (Vol. 23, Issue 5, pp. 655–670). <https://doi.org/10.3122/jabfm.2010.05.090192>
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e Etapas do processo de Investigação*. Lusodidacta.
- Gordis, L. (2014). *Epidemiology* (5th ed.). Elsevier Inc.
- Henriques, M. A., Garcia, E., & Bacelar, M. (2011). The perspective of community health nursing in Primary Health Care in Portugal. *Rev Esc Enferm USP*, 45(2), 1782–1789. www.ee.usp.br/reecusp/
- Holen-Rabbersvik, E., Thygesen, E., Eikebrokk, T. R., Fensli, R. W., & Slettebø, Å. (2018). Barriers to exchanging healthcare information in inter-municipal healthcare services: A qualitative case study. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12911-018-0701-z>
- Imperatori, E., & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3. ed). Escola Nacional de Saúde Pública. Obras Avulsas.
- INE. (2021, October 26). *Plataforma de divulgação dos Censos 2021*. https://ine.pt/scripts/db_censos_2021_en.html.
- Joint Quality Initiative. (2004). *Shared “Dublin” descriptors for Short Cycle, First Cycle, Second Cycle and Third Cycle Awards*. www.jointquality.org
- Lehmann, C. U., Kressly, S., Hart, W. W. C., Johnson, K. B., & Frisse, M. E. (2017). Barriers to pediatric health information exchange. In *Pediatrics* (Vol. 139, Issue 5). American Academy of Pediatrics. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-2653>
- Marin, H. de F. (2010). Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. *J. Health Inform*, 2(1), 20–24. www.jhi-sbis.saude.ws
- Martins, B. M., & Araújo, T. C. C. F. de. (2008). Comunicação no Contexto de Reabilitação: O encontro entre enfermeiro e paciente. *Psicol. Argum.*, 26(53), 109–116.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company, LLC.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing : Development and Progress* (5th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública* (1st ed.). Lidel.
- Ministério da Saúde. (2013). Atualiza o modelo organizacional e a flexibilidade técnica dos serviços operativos de saúde pública. Decreto-Lei N.º 137. *Diário Da República*, 1.ª Série, N.º 193, de 7 de Outubro de 2013, 6050–6061.
- Ministério da Saúde. (2019). *Relatório Anual. Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas em 2019*. Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2021). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). Despacho N.º 9390. *Diário Da República*, 2.ª Série, N.º 187, de 24 de Setembro de 2021, 96–103.

- Nunes, M. L. (2016). *Cartilha Metodológica do Planeamento em Saúde e as Ferramentas de Auxílio* (1st ed.). Chiado Editora.
- Oliveira, A. de, Silva Neto, J. C. da, Machado, M. L. T., Souza, M. B. B. de, Feliciano, A. B., & Ogata, M. N. (2008). A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 12(27), 749–762. <https://doi.org/10.1590/s1414-32832008000400006>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em Enfermagem Tomada de Posição*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Combater a desigualdade: da evidência à acção – Closing the gap: from evidence to action*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boas Práticas para a Tuberculose*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *CIPE® Versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Systematic Reviews*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01626-4>
- Pereira, D., Nascimento, J. C., & Gomes, R. (2012). *Sistemas de Informação na Saúde: Perspetivas e Desafios em Portugal* (1st ed.). Edições Sílabo.
- Pineault, R. (2016). *Compreendendo o Sistema de Saúde para uma melhor Gestão* (1st ed.). CONASS.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. v. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (4th ed.). Gradiva.
- Reis, C. T., Martins, M., & Laguardia, J. (2013). A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde - Um olhar sobre a literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*, 18(7), 2029–2036. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000700018>
- República Portuguesa. (2015a). Deontologia profissional. Anexo à Lei N.º 156-2015. Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º2/2013. *Diário Da República*, 1.ª Série, N.º 181, de 16 de Setembro de 2015, 8059–8105.
- República Portuguesa. (2015b). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento N.º 190. *Diário Da República*, 2.ª Série, N.º 79, de 23 de Abril de 2015, 10087–10090. https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/67058782/details/maximized?serie=II%2Fen%2Fen&print_preview=print-preview&parte_filter=33&dreId=67059992

- República Portuguesa. (2015c). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Regulamento N.º 348. *Diário Da República, 2.ª Série, N.º 118, de 19 de Junho de 2015.*
- República Portuguesa. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Regulamento N.º 428. *Diário Da República, 2.ª Série, N.º 135, de 16 de Julho de 2018, 19354–19359.*
- República Portuguesa. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Regulamento N.º 140. *Diário Da República, 2.ª Série, N.º 26, de 6 de Fevereiro de 2019, 4744–4750.*
- Santos, A. I., Dias, C., Gonçalves, C., & Sakellarides, C. (2010). *Estratégias Locais de Saúde.*
- Schachner, M. B., González, Z. A., Sommer, J. A., Recondo, F. J., Gassino, F. D., Luna, D. R., & Benítez, S. E. (2016). Computerization of a nursing chart according to the nursing process. *Studies in Health Technology and Informatics, 225, 133–137.* <https://doi.org/10.3233/978-1-61499-658-3-133>
- Shank, N. (2012). Behavioral health providers' beliefs about health information exchange: A statewide survey. *Journal of the American Medical Informatics Association, 19(4), 562–569.* <https://doi.org/10.1136/amiajnl-2011-000374>
- Sousa, P. A. F. de, Frade, M. H. L. B. C., & Mendonça, D. M. de M. V. de. (2005). Um modelo de organização e partilha de informação de enfermagem entre hospital e centro de saúde: estudo delphi. *Acta Paul Enferm, 18(4), 368–381.*
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos* (4th ed.). Lusodidata.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde.* Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional. Departamento de Recursos Humanos da Saúde. Ministério da Saúde.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra* (5th ed.). Lusociência.
- UN. (2020). *Progress towards the achievement of global tuberculosis targets and implementation of the political declaration of the high-level meeting of the General Assembly on the fight against tuberculosis* (Vol. 12019, Issue September).
- USP. (2021). *Plano de Ação 2021.*
- Valera, I. M. A., de Souza, V. S., dos Reis, G. A. X., Bernardes, A., & Matsuda, L. M. (2017). Nursing records in pediatric intensive care units: A descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursing, 16(2), 152–158.* <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20175602>
- WHO. (2016). *Transitions of Care: Technical Series on Safer Primary Care.* World Health Organization.

- WHO. (2018). *Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage*. World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development, and The World Bank.
- WHO. (2020). *Tuberculosis elimination in the WHO European Region Review of key actions, with a special focus on management of tuberculosis infection*.
- WHO. (2021a). *Global tuberculosis report 2021*. World Health Organization. <http://apps.who.int/bookorders>.
- WHO. (2021b). *Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2021: 2019 data*. World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Zimmer, A. J., Klinton, J. S., Oga-Omenka, C., Heitkamp, P., Nawina Nyirenda, C., Furin, J., & Pai, M. (2021). Tuberculosis in times of COVID-19. *Journal of Epidemiology and Community Health*, jech-2021-217529. <https://doi.org/10.1136/jech-2021-217529>

APÊNDICES

Apêndice 1 - Cronograma de atividades

Atividades	Setembro/2021				Outubro/2021				Novembro/2021				Dezembro/2021			Janeiro/2022			
	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	1ª	2ª	3ª	4ª
Escolha da temática	█							█											
Revisão da literatura	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█								
Diagnóstico de situação	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█								
Definição de prioridades		█	█	█	█	█	█	█	█	█	█								
Fixação de objetivos									█	█	█								
Seleção de Estratégias									█	█	█	█	█						
Preparação Operacional									█	█	█	█	█	█					
Avaliação													█	█	█	█	█	█	█
Elaboração do Relatório																			█

█ Alteração da problemática e reformulação do projeto de intervenção

Apêndice 2 - Revisão da literatura

A Prática Baseada na Evidência (PBE) preconiza que as decisões clínicas devem estar suportadas na melhor evidência científica disponível, na experiência e na avaliação clínica, legitimando as preferências do doente no contexto dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Segundo a OE a PBE “constitui um pré-requisito para a excelência e a segurança dos cuidados, assim como para a otimização de resultados de enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2006, p. 2).

Neste sentido, foi desenvolvida uma revisão da literatura que teve como objetivo identificar evidência sobre as barreiras e os facilitadores da atitude dos profissionais de saúde na partilha de informações.

A pesquisa foi realizada em novembro de 2021, nas bases de dados *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL Complete) via EBSCOhost, e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE Complete) via EBSCOhost, e utilizados os seguintes descritores, com as respetivas combinações: *attitude of health personnel* [mesh] OR *health information Exchange* AND *Communication* AND (barriers or facilitators).

A estratégia de pesquisa utilizada incluiu todas as tipologias de estudos e idiomas, e considerados todos os contextos de assistência de saúde. Não foi aplicada restrição ao ano de publicação. Foram excluídos os artigos sem texto completo.

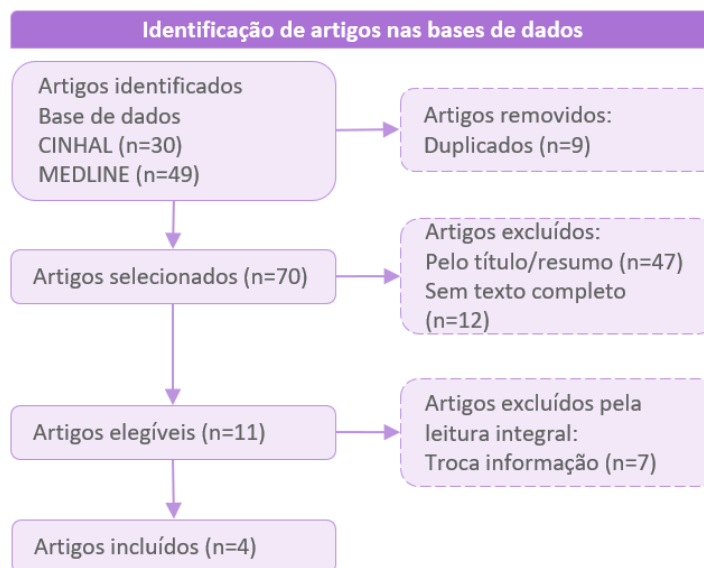
Com base na estratégia apresentada foram identificados 79 artigos (MEDLINE=49 e CINAHL=30).

A análise dos artigos foi efetuada, de forma independente, pelo autor.

Os resultados foram devidamente escrutinados e avaliados quanto à sua pertinência: numa primeira fase verificou-se o cumprimento dos critérios de inclusão no título. De seguida, verificou-se o *abstract*, procedendo-se à leitura integral do resumo. Por fim, procedeu-se à leitura do texto completo, tendo-se identificado 4 artigos.

O processo de seleção realizado, através do fluxograma apresentado a seguir (Figura 1), espelha o enquadramento lógico até aos artigos selecionados.

Figura 1 - Fluxograma da seleção dos artigos



Fonte: Adaptado de Page *et al.* (2021)

O processo de avaliação e escrutínio de registos incluiu 4 artigos finais (Akhlaq *et al.*, 2016; Holen-Rabbersvik *et al.*, 2018; Lehmann *et al.*, 2017; Shank, 2012), publicados entre o ano de 2011 e 2018. Os países de origem são os Estados Unidos da América (EUA), Reino Unido/Paquistão e Noruega.

Os principais resultados são apresentados na forma de quadro resumo (Quadro 8), com a caracterização dos artigos incluídos.

Quadro 8 - Resultados da revisão da literatura

Autor(es)/Ano	País/Tipo de estudo	Título/Objetivos	Principais Resultados
(Shank, 2012)	Estados Unidos da América Estudo qualitativo	Behavioral health providers' beliefs about health information exchange: a statewide survey Avaliar as crenças comportamentais de prestadores de saúde sobre os benefícios e as barreiras na troca de informações de saúde	Os prestadores de saúde estão recetivos à partilha de informação, mas, as barreiras percebidas impedem que usufruam dos benefícios que identificam. <u>Benefícios:</u> qualidade do atendimento; melhoria nos fluxos de trabalho; acessibilidade a serviços. <u>Barreiras:</u> problemas de acesso; preocupações de segurança de dados e confidencialidade; maior custo financeiro; maior consumo de tempo.
(Akhlaq et al., 2016)	Reino Unido e Paquistão Revisão Sistemática da Literatura	Barriers and facilitators to health information exchange in low and middle-income country settings: a systematic review Identificar as barreiras e facilitadores para a implementação e adoção de informações de saúde em países de baixa e média renda	<u>Benefícios:</u> liderança forte; direção política clara; apoio financeiro para aquisição de tecnologia; melhorar a rede de comunicação; fornecer treino ao pessoal. <u>Barreiras:</u> pouca importância atribuída aos dados; falta de liderança e coordenação; falta de formação; falta de infraestruturas e tecnologia.
(Lehmann et al., 2017)	Estados Unidos da América Artigo de revisão	Barriers to pediatric health information exchange Identificar as barreiras à troca de informações de saúde entre pediatras e os centros de referência	A perspetiva dos profissionais fornece uma visão útil, e as descobertas podem ser relevantes para o desenvolvimento de teorias futuras e para gestores e políticos. <u>Barreiras:</u> falta de recursos e infraestruturas; funcionalidade desativada; suporte técnico inadequado.
(Holen-Rabbersvik et al., 2018)	Noruega Estudo qualitativo	Barriers to exchanging healthcare information in inter-municipal healthcare services: a qualitative case study. Identificar as características e os fatores que atuam como barreiras à comunicação e à partilha de informações entre profissionais de serviços intermunicipais de saúde recém-criados	As práticas de comunicação e partilha de informação são complexas e caracterizadas por múltiplos intervenientes, tipos de informação e combinação de intervenções. <u>Barreiras:</u> falta de integração e interoperabilidade dos sistemas de informação; fluxo de trabalho inadequados; incompatibilidade dos sistemas digitais; falta de conhecimento e de compreensão do funcionamento dos vários sistemas; práticas diferentes relativas à privacidade e confidencialidade; diferentes métodos de receção e encaminhamento da informação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akhlaq, A., McKinstry, B., Muhammad, K. bin, & Sheikh, A. (2016). Barriers and facilitators to health information exchange in low- and middle-income country settings: A systematic review. In *Health Policy and Planning* (Vol. 31, Issue 9, pp. 1310–1325). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/heapol/czw056>
- Holen-Rabbersvik, E., Thygesen, E., Eikebrokk, T. R., Fensli, R. W., & Slettebø, Å. (2018). Barriers to exchanging healthcare information in inter-municipal healthcare services: A qualitative case study. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12911-018-0701-z>
- Lehmann, C. U., Kressly, S., Hart, W. W. C., Johnson, K. B., & Frisse, M. E. (2017). Barriers to pediatric health information exchange. In *Pediatrics* (Vol. 139, Issue 5). American Academy of Pediatrics. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-2653>
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em Enfermagem Tomada de Posição*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Combater a desigualdade: da evidência à acção – Closing the gap: from evidence to action*.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Systematic Reviews*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01626-4>
- Shank, N. (2012). Behavioral health providers' beliefs about health information exchange: A statewide survey. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 19(4), 562–569. <https://doi.org/10.1136/amiajnl-2011-000374>

Apêndice 3 - Guião da entrevista

	Objetivos	Questões	Observações
Introdução	Legitimar a entrevista	<ul style="list-style-type: none"> - Agradecer a participação; - Elucidar sobre o âmbito do projeto de intervenção e os objetivos da entrevista; - Obter consentimento para realizar a entrevista e para a sua gravação; - Solicitar autorização para a gravação da entrevista; - Informar da possibilidade de recusar a continuação da entrevista a qualquer momento; - Todos os procedimentos éticos subjacentes são rigorosamente cumpridos; - Toda a informação recolhida será guardada e tratada de forma confidencial e anónima; - No final do projeto os dados obtidos serão destruídos; - Esclarecer dúvidas. 	<p>Realçar que este é um projeto de intervenção.</p> <p>Colocar o gravador de forma discreta.</p>
Desenvolvimento	Conhecer como é realizada a partilha de informação sobre as pessoas com tuberculose	<ul style="list-style-type: none"> - Como tem conhecimento das pessoas com diagnóstico ou com suspeita de tuberculose? - Que informação considera mais importante obter sobre as pessoas com diagnóstico ou com suspeita de tuberculose? - Como transmite a informação respeitante às pessoas com tuberculose, na equipa de enfermagem? - O que poderia melhorar no acesso à informação sobre as pessoas com tuberculose e na transmissão dessa informação entre os profissionais de enfermagem? 	
Conclusão	Terminar a entrevista	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilizar para qualquer esclarecimento; - Agradecer a colaboração. 	

Apêndice 4 - Matriz de análise das entrevistas

Unidade de Registo	Categoria	Subcategoria	Unidade de Contexto	Interpretação dos resultados
Conhecimento sobre as pessoas com TB pelo grupo profissional da USP	Procura ativa	Em SINAVE	E2: “através do SINAVE” E3: “através do SINAVE” E4: “através do SINAVE”	- Conhecimento das pessoas com tuberculose através da consulta diária dos casos notificados em SINAVE. - SINAVE como ferramenta que permite o acesso facilitado a informações, forma de avaliação e monitorização das notificações.
	Informação disponível	Situação do doente	E1: “é uma coisa que não se tem” E2: “informação tem que ser uma busca para já sobre tudo” (...) “uma busca de todos os dias” (...) “vou explorar”	- Desconhecimento sobre a situação de saúde das pessoas com tuberculose
	Barreiras	Sem acesso à plataforma	E1: “não tenho acesso ao SINAVE” (...) “por isso, eu estou sempre dependente da informação que chega”	- Nem todos os elementos do grupo de profissionais têm acesso ao SINAVE.
		Sinalização	E3: “diagnosticado ou internado noutra hospital fora do ACES, é bem provável que não tenhamos conhecimento”	- Doentes diagnosticados fora da área de influência do ACES, pode existir atraso na transmissão da informação pela instituição responsável. Nestas situações a notificação em SINAVE não está acessível à equipa da USP.
Partilha de informação sobre as pessoas com TB entre o grupo profissional	Meios utilizados entre a equipa da USP	Transmissão verbal de informação	E1: “através de alguma das minhas colegas” E2: “há uma passagem, sobretudo verbal” (...) “são em momentos informais” E3: “geralmente é de uma forma verbal” E4: “falamos sobre o assunto” (...) “Não há reuniões, nem momentos formais”	- Na USP o meio de transmissão verbal de informação é o mais utilizado pelo grupo profissional; - Não existem momentos formais para passagem de informação.
		Correio eletrónico	E1: “fornecida pelo mail (...) Principalmente é nesse sentido” (...) “já nos informa dos casos, recebe informação dos casos dos utentes com tuberculose e já envia email” E2: “manda para o meu email uma informação” (...) “quando eu tenho alguma pedido de informação sobre esse caso, também faço por e-mail” E4: “através do mail”	- Os enfermeiros da USP recebem a informação por correio eletrónico.

Unidade de Registo	Categoria	Subcategoria	Unidade de Contexto	Interpretação dos resultados
	Com outras unidades ou instituições	CDP	E1: “através do CDP” E3: “Também existem reuniões mensais com o CDP” E4: “através das enfermeiras do CDP ou da médica do mesmo”	- Reuniões mensais com o CDP.
		Hospital de referência	E3: “através do (...) do hospital” (...) “Isto para os doentes do ACES” (...)	- O hospital de referência comunica à USP os casos relativos a doentes do ACES internados.
	Estratégias sugeridas pelos enfermeiros da USP	Reunião multidisciplinar	E1: “deveríamos fazer reuniões” (...) “para já uma reunião semanal para avaliar os casos” E4: “poderia existir um momento de reunião por mês”	- Reuniões regulares entre o grupo profissional da USP como estratégia para favorecer a partilha de informação.
		Email de grupo	E3: “haver um mail só para a tuberculose”	- Criação de um mail para o grupo.
		Elos de ligação	E1: “identificação dos elos de ligação da tuberculose nas várias Unidades Funcionais”	- Divulgação dos interlocutores nas Unidades Funcionais, (elos de ligação) para troca de informação.
		Base de registos	E1: “criar instrumento de registo” (...) “que seja uma base de dados interdisciplinar” (...) “exclusivamente para os casos”	- Criação de instrumento de registo/base de dados interdisciplinar.
Registo da informação sobre a situação de saúde das pessoas com TB	Situação atual	Registo da intervenção realizada	E1: “até agora não temos estado a fazer” E2: “nível de situação escrita (...) não fica à partida nenhuma informação” E3: “não existe um documento oficial onde possamos registar essas informações, a não ser em notas no SClínico”	- Insuficiência de registos no processo informatizado SClínico; - Registo da intervenção realizada em notas gerais no SClínico; - Inexistência de documento para registos sobre o inquérito epidemiológico realizado.
		Importância dos registos	E1: “dar visibilidade à nossa intervenção no âmbito da tuberculose” E3: “importante para contribuir para a identificação do <i>link</i> epidemiológico, evitar a transmissão da doença rastreando as pessoas implicadas, quebrando assim a cadeia de transmissão”	- Reconhecimento da importância dos registos na identificação do <i>link</i> epidemiológico, prevenção da transmissão e rastreio da doença.
		Localização no nível de cuidados	E1: “de onde nos vem essa informação” (...) “se ainda está internado, se já está em casa, se já está a ser seguido no CDP”	Contributos para a informação que deverá ser documentada:

Unidade de Registo	Categoria	Subcategoria	Unidade de Contexto	Interpretação dos resultados
Sugestões para o conteúdo dos registos			E2: “perceber quem é que notificou” (...) “compreender em que nível do sistema está” (...) “internado” (...) “âmbito de ambulatório”	<ul style="list-style-type: none"> - Localização da pessoa a nível do sistema de saúde; - Inventário de contactos; - Médico de família; - Tratamento e adesão; - Situação social e económica; - Caracterização da doença; - Classificação do caso.
		Inventário de contactos	E1: “os contactos dessa pessoa” (...) “onde é que possa ter sido infetado” E2: “rastreamento de contactos” E3: “pessoas que habitualmente convivem” (...) “trabalham com ele, os amigos, os locais que frequenta” E4: “com quem coabita, com quem trabalha”	
		Acesso a cuidados de saúde	E1: “quem é o médico de família dos utentes” (...) “quando vai fazer nas próximas consultas” E2: “se já foi acionado todo o processo através do médico de família” E3: “acessibilidade a cuidados de saúde”	
		Tratamento e adesão	E1: “se o utente é cumpridor em relação à medicação” E2: “iniciou ou não medicação”	
		Situação social e económica	E1: “situação laboral” (...) “situação económica” (...) “condições em que a pessoa está a residir” E3: “condições habitacionais” (...) “rendimentos” (...) “pessoas vulneráveis” E4: “onde vive”	
		Caraterização da doença	E2: “que sintomas teve” E4: “desde quando está doente”	
		Classificação do caso	E2: “caso provável ou se já estamos perante um caso confirmado”	

Apêndice 5 - Caracterização das pessoas com tuberculose

Considerando a saúde pública local ao nível de município, o objetivo principal desta análise foi caracterizar a população com TB, visando o apoio de intervenções locais, identificando áreas de alto risco e os fatores de risco locais. Considerou-se o período de janeiro a novembro de 2021.

Para facilitar a visualização da análise realizada, foram construídas tabelas com as frequências absolutas. Nos casos em que não foi possível obter informação relativa a alguns critérios são classificados como desconhecido (desc).

Na classificação do caso aplicaram-se os critérios epidemiológicos definidos no Despacho n.º 12513-B/2019 de 31 de dezembro de 2019 da Direção-Geral da Saúde, que são os seguintes: Caso possível (qualquer pessoa que preencha os critérios clínicos); Caso provável (qualquer pessoa que preencha os critérios clínicos e laboratoriais do caso provável); e Caso confirmado (qualquer pessoa que preencha os critérios clínicos e laboratoriais de confirmação do caso).

Os casos referidos como não aplicáveis (N/A) reportam a 2 casos transferidos para outros ACES e a 3 casos de indivíduos não residentes em Portugal.

- Dos 36 casos notificados, 25 correspondem a casos confirmados (Tabela 1).
- O maior número de notificações ocorreu nos meses de julho a outubro, representando 59% do total de notificações do ACES para o período em análise.

Tabela 1 - Classificação dos casos

Mês da notificação	Classificação do Caso					Total
	Confirmado	Possível	Em investigação	Não caso	N/A	
Janeiro	1					1
Fevereiro	1					1
Março	3				1	4
Abril	3					3
Maio	2			1	1	4
Junho	1				1	2
Julho	5			1		6
Agosto	2			1	2	5
Setembro	5					5
Outubro	2	1	2			5
Total	25	1	2	3	5	36

O cálculo da incidência numa população constitui uma boa base de informação acerca da extensão de um problema (Pineault, 2016).

- A taxa incidência da TB no ACES em 2021, no período considerado, é 7,3 casos por 100 mil habitantes [25 casos / 344 093 habitantes (INE, 2021)].

A taxa de incidência de TB no ACES em 2016, foi de 15 por 100 mil habitantes (ARSLVT, 2018) e a do Continente no ano de 2020, foi de 16 casos por 100 mil habitantes (DGS, 2020b).

A análise que se apresenta em seguida incluem apenas os **25 casos confirmados**.

De acordo com Bonita (2010), a quantificação do número de casos de uma doença, sem se fazer referência à população em risco, pode ser utilizada para dar uma ideia da magnitude do problema de saúde ou da sua tendência, num curto prazo, numa população.

- Os 25 casos de TB distribuem-se por, 20 casos (80%) com apresentação Pulmonar; 2 casos (8%) de TB Linfática Extratorácica; 1 caso (4%) de TB Disseminada e 2 casos (8%) em que a apresentação é desconhecida (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos casos por apresentação da TB

Apresentação da TB	Total
Pulmonar	20
Linfática Extratorácica	2
Disseminada	1
Desconhecida	2
Total	25

Em Portugal, no ano 2019, a forma pulmonar foi a principal localização da TB com 74,1% (DGS, 2020b).

Determinantes de saúde biológicos relacionados com os processos não intencionais

- A distribuição dos casos por grupos etários é mais significativa na população ativa, o que representa repercussões a nível social e económico. Com maior número de casos está o grupo etário dos 55 aos 64 e dos 65 aos 74 anos, com 24% cada; o menor número de casos regista-se no grupo etário dos 35 aos 44

anos com 4%. A população idosa com mais de 75 anos apresentou 12% dos casos. Não foram notificados casos com idade inferior a 15 anos (Tabela 3).

- A distribuição por género revela que, dos 25 casos notificados, 18 são homens (72%) e 6 são mulheres (24%).

Tabela 3 - Distribuição dos casos por grupo etário e género

Grupo etário	Género			Total
	F	M	Desc	
15 - 24	1	3		4
25 - 34	1	1		2
35 - 44		1		1
45 - 54	1	1		2
55 - 64	1	5		6
65 - 74	1	5		6
75 e +	1	2		3
Desc			1	1
Total	6	18	1	25

Em Portugal, a maioria das pessoas que desenvolveram a doença em 2019 foram adultos e aproximadamente dois terços dos casos de TB ocorreram nos homens (DGS, 2020b).

Os estudos suportam que fatores individuais como género masculino e idade muito jovem estão associados a um risco elevado de desenvolver TB (Narasimhan et al., 2013), assim como também na população ativa com idade entre 16 e os 64 anos (Couceiro et al., 2011).

Determinantes de saúde estilos de vida relacionados com os processos intencionais

A identificação de grupos vulneráveis e a relação com a distribuição geográfica da doença, são fundamentais para a implementação de estratégias necessárias para o controlo da doença. Pretende-se monitorizar a evolução da TB nas populações mais vulneráveis (DGS, 2020a). As tendências nos níveis dos fatores de risco na população e de adesão a novas intervenções são frequentemente utilizadas para estimar o impacto de várias intervenções (Bonita et al., 2010).

- Dos 25 casos de TB, em 8 (32%) não foram identificados fatores de risco, 15 (60%) apresentam fatores de risco e em 2 (8%) desconhecem-se fatores de risco (Tabela 4).
- O tabagismo foi identificado sem outro fator de risco associado, em 6 casos (24%) mas aparece em outros 6 casos (24%) associado a outros fatores.
- A dependência alcoólica é identificada em 4 casos (16%), a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) existe em 4 casos (16%), a diabetes em 3 casos (12%), a doença neoplásica em 3 casos (12%), a dependência de drogas existe em 2 dos casos (8%) e a infeção por VIH em 1 caso (4%).

Tabela 4 - Distribuição dos casos por fator de risco

Fatores de risco	Total
Ausentes	8
Tabagismo	6
Doença Neoplásica, DPOC, Tabagismo	2
Dependência Drogas, Tabagismo, DPOC, VIH	1
Dependência Alcoólica, Tabagismo, Diabetes	1
Dependência Alcoólica, Tabagismo, Dependência Drogas	1
Dependência Alcoólica	1
Diabetes	1
Doença Neoplásica, Diabetes	1
Dependência Alcoólica, Tabagismo, DPOC	1
Desconhecido	2
Total	25

Em Portugal, os fatores de risco mais prevalentes continuam a ser o consumo de álcool (9,0% em 2019) e o consumo de drogas ilícitas endovenosas e/ou inaladas (6,0% em 2019). As comorbilidades mais frequentemente identificadas foram a diabetes (6,3% em 2019), a doença hepática (4,0% em 2019), a neoplasia de qualquer órgão (4,5% em 2019) e a doença pulmonar obstrutiva crónica (4,3% em 2019). Em 2019, a coinfeção VIH verificou-se em 9,1% dos casos de TB (DGS, 2020a).

As evidências sustentam que se encontram em risco acrescido de desenvolver TB, os indivíduos com comportamento de abuso de substâncias, hábitos tabágicos, alcoolismo, com patologias como infeção pelo VIH (Narasimhan et al., 2013) e Diabetes (Fogel, 2015).

Determinantes de saúde sociais e económicos relacionados com os processos de interação com o ambiente

- A distribuição dos 25 casos em relação à situação laboral ou ocupação é mais significativa na população ativa com 36%, seguido dos reformados com 32%, depois os desempregados com 16%, os estudantes representam 8% dos casos e em 8% é desconhecida a sua situação. O nível de escolaridade é desconhecido na maioria dos casos de TB (60%), sabendo-se dos restantes 40% que, 36% tem o ensino básico e 4% o nível universitário (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição dos casos por situação laboral/ocupação e escolaridade

Situação laboral ou Ocupação	Escolaridade			Total
	Básico	Universitário	Desc	
Ativo	3	1	5	9
Reformado	5		3	8
Desempregado	1		3	4
Estudante			2	2
Desc			2	2
Total	9	1	15	25

Em 2016 no ACES, o número de desempregados inscritos no Instituto do Emprego e Formação Profissional (IP) manteve a tendência decrescente dos últimos anos. O setor terciário foi a principal fonte de emprego. A proporção de analfabetismo, desde 2001, registou uma evolução decrescente em ambos os concelhos (ACES , 2020).

Determinantes como pessoas com baixo nível de escolaridade e o desemprego têm papel importante na etiologia e história natural da TB (Couceiro *et al.*, 2011).

Em 2016 no ACES contabilizaram-se 15 491 emigrantes, apresentando o concelho A, 8802 emigrantes (56,8%) e o concelho B, 7139 emigrantes (43,2%). Estes emigrantes são provenientes, sobretudo, do Brasil, Cabo Verde, São Tomé e Príncipe e Angola (ACES , 2020).

- Dos 25 indivíduos em estudo, cerca de 52% são de origem portuguesa, 44% são estrangeiros e 4% desconhece-se o país de origem (Tabela 6).
- Em relação à naturalidade dos 11 estrangeiros, 91% são originários dos Países de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) e os restantes 9% são de origem brasileira.

- Uma vez que os países africanos têm níveis elevados de prevalência e incidência de TB, considerou-se relevante considerar o tempo de residência em Portugal.
- Em relação aos 11 estrangeiros, 18% tem residência permanente em Portugal, 64% são residentes há mais de cinco anos, 27% são residentes por um período inferior a cinco anos e 9% desconhece-se o tempo de residência.

Tabela 6 - Distribuição dos casos por naturalidade e residência

Naturalidade	Residente em Portugal				Total
	Permanente	Mais 5 anos	Menos 5 anos	Desc	
Portugal	13				13
Angola	1	2	1		4
Brasil		1	1	1	3
Cabo Verde	1	1			2
Guiné-Bissau			1		1
São Tomé e Príncipe		1			1
Desc				1	1
Total	15	5	3	2	25

Em Portugal, a maioria dos casos de TB ocorre na população nativa. No entanto, a população imigrante mantém-se como de risco, com uma taxa de notificação quatro vezes superior à da população em geral. Em 2019, os países que mais contribuíram para o número de casos de tuberculose em imigrantes foram Angola, Guiné-Bissau, Cabo Verde e Brasil (DGS, 2020a).

O ACES em questão abrange dois municípios/concelhos e onze freguesias (município A com cinco freguesias; município B com seis freguesias).

O concelho A tem menor área terrestre e apresenta uma das mais elevadas densidades populacionais estimadas da área metropolitana de Lisboa com 2418.7 habitantes/km² e o concelho B apresenta 1729.9 habitantes/km² (ACES , 2020).

- A origem geográfica de um caso de TB é classificada de acordo com o local de residência atual da pessoa com doença (Tabela 7).
- Assim, dos 11 casos de estrangeiros, 64% reside no concelho A, distribuídos por quatro freguesias (das cinco que constituem este concelho), com maior expressão em duas freguesias, ambas com 8% de casos e as restantes com 9% cada uma.

- O concelho B apresenta residentes estrangeiros em três freguesias (das quatro freguesias que constituem este concelho), com 9% cada uma.

Tabela 7 - Distribuição dos casos por local de residência e país de origem

Concelho e Freguesia de residência	Naturalidade							Total
	Portugal	Angola	Brasil	Cabo Verde	Guiné-Bissau	São Tomé e Príncipe	Desc	
Concelho A	11	4	2	2				19
Freguesia A1	4	2		1				7
Freguesia A2	3	1	2					6
Freguesia A3	2	1						3
Freguesia A4	1			1				2
Freguesia A5	1							1
Concelho B	2		1		1	1		5
Freguesia B1	1		1					2
Freguesia B2	1				1			2
Freguesia B3						1		1
Desc							1	1
Total	13	4	3	2	1	1	1	25

Determinantes de saúde ambientais e de acessibilidade relacionados com os processos de interação com o ambiente

- Considerou-se relevante conhecer o mapeamento geográfico de casos de TB no território, por concelhos e pelas freguesias, mas também em que unidade funcional estão a ser acompanhados os doentes com TB (Tabela 8).
- Dos 25 casos em análise, foram identificados casos de TB em todas as freguesias do concelho A (com maior expressão em duas freguesias, nomeadamente, com 28% e 24%) e o concelho B apresenta casos de TB em apenas quatro das suas freguesias (com maior expressão em duas freguesias, ambas com 8% de casos de TB).
- Sobre a distribuição de casos com TB segundo o critério de inscrição na unidade de cuidados, verifica-se que, o Concelho A apresenta maior número de casos com 76% e o Concelho B com 20%. Das 9 freguesias da área de influência do ACES, duas apresentam número elevado de casos, nomeadamente a Freguesia A1 com 28% e a Freguesia A2 com 24%.
- Dos 25 casos de TB, 68% estavam inscritos em Unidades de Saúde Familiares (USF), 24% em Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e

em 4% desconhece-se se estavam inscritos em alguma unidade de cuidados. Refira-se que o ACES é constituído por treze USF e seis UCSP.

Tabela 8 - Distribuição dos casos por Concelho/Freguesia e unidade de cuidados

Concelho e Freguesia de residência	Inscrito em			Total
	UCSP	USF	Desc	
Concelho A	4	15		19
Freguesia A1	2	5		7
Freguesia A2	1	5		6
Freguesia A3		3		3
Freguesia A4	1	1		2
Freguesia A5		1		1
Concelho B	2	2	1	5
Freguesia B1	2			2
Freguesia B2		1	1	2
Freguesia B3		1		1
Desc		1		1
Total	6	17	2	25

- Relativamente à origem da notificação contacta-se que, dos 25 casos, 56% foram notificados pelo CDP pertencente ao ACES, 36% pelo hospital da área de abrangência do ACES e 8% por outro CDP. No que se refere ao local de tratamento, 88% dos doentes são tratados no CDP pertencente ao ACES e 8% recebem tratamento em outro CDP (Tabela 9).

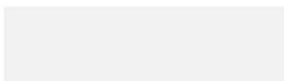
Tabela 9 - Distribuição dos casos por origem da notificação e local de tratamento

Origem da notificação	Local de tratamento		Total
	CDP	Outro CDP	
CDP	14		14
Hospital	8	1	9
Outro CDP		2	2
Total	22	3	25

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACES . (2020). *Plano Local de Saúde* . 2017-2020.
- ARSLVT. (2018). *Plano Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (PRSLVT) 2018-2020*.
- Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellström, T. (2010). *Epidemiologia Básica* (2nd ed.). Livraria Santos Editora.
- Couceiro, L., Santana, P., & Nunes, C. (2011). Pulmonary tuberculosis and risk factors in Portugal: A spatial analysis. In *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* (Vol. 15, Issue 11, pp. 1445–1454). <https://doi.org/10.5588/ijtld.10.0302>
- DGS. (2020a). *Relatório de Vigilância e Monitorização da Tuberculose em Portugal*. Direção-Geral da Saúde.
- DGS. (2020b). *Relatório de Vigilância e Monitorização da Tuberculose em Portugal - Dados definitivos 2018/19*. Direção-Geral da Saúde.
- Fogel, N. (2015). Tuberculosis: A disease without boundaries. In *Tuberculosis* (Vol. 95, Issue 5, pp. 527–531). Churchill Livingstone. <https://doi.org/10.1016/j.tube.2015.05.017>
- INE. (2021, October 26). *Plataforma de divulgação dos Censos 2021*. https://Ine.Pt/Scripts/Db_censos_2021_en.html.
- Narasimhan, P., Wood, J., Macintyre, C. R., & Mathai, D. (2013). Risk factors for tuberculosis. In *Pulmonary Medicine*. Hindawi Publishing Corporation. <https://doi.org/10.1155/2013/828939>
- Pineault, R. (2016). *Compreendendo o Sistema de Saúde para uma melhor Gestão* (1st ed.). CONASS.

Apêndice 6 - Instruções de preenchimento da base em *Excel*



INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO
DA BASE DE REGISTOS DA
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA TUBERCULOSE



FICHA TÉCNICA

Título: Instruções de Preenchimento da Base de Registos da Vigilância Epidemiológica da Tuberculose

Autora:

Ana Paula Pereira – Mestrado de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

Professora Orientadora:

Professora Doutora Ana Resende – Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

Orientadora Clínica:

Enfermeira [redacted] – Mestre e Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública – Unidade de Saúde Pública do ACES [redacted]

Colaboração de Peritos:

Dr. [redacted] – Assistente Graduado de Medicina Geral e Familiar, e Gestor Operacional do Programa da Tuberculose – Unidade de Saúde Pública do ACES [redacted]

Edição: Unidade Saúde Pública – [redacted] novembro 2021

Revisão: Unidade Saúde Pública – [redacted]

A ordem de apresentação dos critérios está de acordo com a sequência na base de registo

Siglas e abreviaturas no fim do documento.
Formato de Datas dd/mm/aaaa.
Desconhecido – não existe informação

Nº – número de ordem da notificação em cada ano civil.

Ano – ano de notificação.

Registo de Dados – Completo ou Incompleto.

Transferido – Sim ou Não.

Nº Notificação – número da notificação em SINAVE.

Nº Caso – número do caso em SINAVE.

Data Notificação – data da notificação.

Data Conhecimento – data em que o Grupo tomou conhecimento da notificação.

Nº dias – número de dias entre a data da notificação e a tomada de conhecimento. Nas primeiras 24 horas registar 1 (dia), seguindo consecutivamente a contagem dos dias.

FDS/Fe/Férias (folgas) – quando assinalar os dias do intervalo ressaltar se estes coincidiram com um FDS, Fe ou Férias (Folgas).

Realização IE – quem realizou; por realizar.

Validação Caso – quem validou; por validar.

Origem – instituição responsável pela realização da notificação: HGO; CDP A; Outro (outro CDP, outro Hospital ou outra Instituição).

Especificar – Se colocar outro especificar.

Local Tratamento – CDP A ou Outro CDP.

Nome – nome completo do doente.

Idade – em anos.

Grupo Etário – 1 - 4; 5 - 14; 15 - 24; 25 - 34; 35 - 44; 45 - 54; 55 - 64; 65 - 74; 75 e +.

Sexo – F e M.

Morada – artéria e nº, ou equivalente (residência permanente).

Freguesia – Amora; Corroios; Fernão Ferro; União das Freguesias do Seixal, Arrentela e Aldeia de Paio Pires; União das Freguesias de Almada, Cova da Piedade, Pragal e Cacilhas; União das Freguesias da Caparica e Trafaria; União das Freguesias da Charneca de Caparica e Sobreda; Costa de Caparica; União das Freguesias do Laranjeiro e Feijó.

Concelho – Almada ou Seixal.

Naturalidade – indicar o país de origem ou "Desc".

Escolaridade – Analfabeto; Pré-escolar; Básico; Secundário; Universitário; N/A (se ainda não iniciou escolarização); "Desc"; se frequenta o ensino assinalar o nível.

Situação emprego – Ativo; Desempregado (se há mais de 24 meses); Reformado; N/A (ainda não iniciou atividade profissional); "Desc".

Residente Portugal – sim; se de outra naturalidade e residente colocar se há menos de 5 anos ou há mais de 5 anos; "Desc"; não.

Unidade Funcional – inscrito numa USF; numa UCSP; "Desc"; NI.

Médico Família – Sim; Não; "Desc".

Classificação do caso – Confirmado, Provável, Possível, Em investigação, Não caso, "Desc".

Início Sintomas – data do início dos sintomas do episódio atual ou o primeiro dia da semana ou do mês em que tal possivelmente ocorreu; "Desc".

Diagnóstico – data do diagnóstico (confirmado, provável ou possível) do episódio atual (se possível/provável e novos dados compatíveis atualizar para provável/confirmado); "Desc". Corresponde à data do resultado do exame que permite classificar o caso.

Nº dias – número de dias entre o início dos sintomas ou a data da primeira imagem radiológica compatível com tuberculose ativa e a data do diagnóstico.

História de contacto – Sim ou Não.

Fatores de Risco – VIH; Neo; DPC; Dependência Alcoólica; Dependência de Drogas IV; Dependência de outras drogas; Tabagismo; Reclusão; Sem Abrigo; Residência Comunitária; MB ou outra terapêutica imunossupressora; Criança < 5 anos; DM; Desnutrição; "Desc"; Outros; Não. Se mais que um registar pela ordem em que estão mencionadas.

Vacina BCG – Sim; Não; "Desc".

Apresentação Clínica – Pulmonar; Pleural; Laringea; Linfática Intratorácica; Linfática Extratorácica; Vertebral; Osteoarticular não Vertebral; Meningea; SNS não Meningea; Genito-Urinário; Peritoneal-Digestiva; Disseminada; Outra.

Tipo Amostra – Aspirado (de gânglio, medula óssea, outro órgão); Biópsia (brônquica, ganglionar, pleural, pulmonar, outro); Expetoração; LCR; LP; Sangue; SB; LBA; Urina; Outro.

Resultado Amostra – BAR (microscopia); PCR; BAR + PCR; Cultura.

Data – data do primeiro resultado compatível TB confirmada, provável ou possível.

Resultado Imagiológico. – Sem alterações; Sugestivo TB; Cavitação; "Desc".

Data – data da primeira imagem radiológica compatível com TB ativa.

Exame AP – Sim ou Não.

Data – data de realização do Exame AP.

Agente – Mt; TC; Outros; "Desc".

Especificar – outros agentes.

Serologia VIH – Não realizou; Positivo; Negativo.

TSA – Sim; Não; "Desc".

Testes Moleculares – Sim; Não; "Desc".

Resistências – Não; MR (resistência a um AB de 1ª linha); PR (resistência a mais do que um AB de 1ª linha, exceto Isoniazida e Rifampicina em simultâneo); MDR-TB (resistência simultânea a pelo menos isoniazida e rifampicina); XDR-TB (MDR + resistência a AB de 2ª linha); RR-TB [resistência à rifampicina detetada por testes fenotípicos ou genotípicos (pode ser MR/RR-TB, PR/RR-TB ou MR/RR-TB)]; "Desc".

Tratamentos anteriores – Sim; Não; "Desc".

Antibacilares – 1ª linha; 2ª linha.

Início Tratamento – data do início do tratamento.

TOD – Sim; Não; “Desc”.

Final Tratamento – data do final do tratamento.

Sucesso Terapêutico – Completo (se tratado e declarado curado); Interrompido (se interrompeu o tratamento por 2 meses por razões alheias à sua vontade) - Abandono se por decisão própria; Insucesso (se permanece, ou se torna positivo, 5 meses ou mais após o começo do tratamento); Doente Crónico (se após um retratamento completo permanece com exames bacteriológicos positivos); Em curso; Faleceu; “Desc”.

Contagiosidade – Confirmada (baciloscopia positiva); Possível (cavitação, cultura positiva, tosse produtiva, TB respiratória); Não aparente; Não aplicável (TB não laríngea ou não pulmonar); “Desc”.

Coabitantes – número de contactos próximos residentes na mesma habitação (familiares ou outros) e que cumpram os critérios de período de contagiosidade e risco de transmissão (0, 1, ...).

Familiares/Sociais – número de contactos familiares e/ou sociais não coabitantes que cumpram os critérios de período de contagiosidade e risco de transmissão (0, 1, ...); Outro (se residentes em área de outro CDP ao qual foram alocados).

Escola – número de contactos em ambiente escolar que cumpram os critérios de período de contagiosidade e risco de transmissão (0, 1, ...); N/A (se não frequenta o ensino); Outro (se em área de outro CDP ao qual foi alocada).

Trabalho – número de contactos em contexto profissional, que cumpram os critérios de período de contagiosidade e risco de transmissão (0, 1, ...); N/A (se não tem atividade profissional – desempregado, reformado); Outro (se em área de outro CDP ao qual foi alocado).

Locais Públicos – número de contactos em locais públicos (0, 1, ...).

VD – Não; se realizada registar a data.

Intervalo dias – número de dias entre a determinação de risco de SP por parte do Grupo e a data de realização da VD.

Observações – informações complementares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- PNT. (2020). *Manual de Tuberculose e Micobactérias não tuberculosas Recomendações* (1ª Ed). Direção-Geral da Saúde.
- PNT. (2017). *Programa Nacional para a Infecção VIH, Sida e Tuberculose 2017*, Direção-Geral da Saúde.
- PNT. (2020). *Relatório de Vigilância e Monitorização da Tuberculose em Portugal - Dados definitivos 2018/19*. Direção-Geral da Saúde.

Siglas/Abreviaturas

AB (antibióticos/Antibacteriais)	LP (líquido pleural)	TB (tuberculose)
AP (Anatomia Patológica)	M (masculino)	TC (Tuberculosis Complex)
BAR (bacilos álcool resistentes)	MDR-TB (multirresistente)	TOD (toma observação direta)
BCG (bacilo de Calmette-Guérin)	MR (monorresistente)	TSA (teste sensibilidade antibióticos/Antibacteriais)
CDP A (Centro de Diagnóstico Pneumológico Almada)	Mt (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>)	UCSP (Unidade de Cuidados Personalizados)
Desc (desconhecido)	N/A (não aplicável)	USF (Unidade de Saúde Funcional)
DM (diabetes mellitus)	N/R (não realizado)	USP (Unidade Saúde Pública) SINAVE (Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica)
DPC (doença pulmonar crónica)	Neo (doença neoplásica)	VIH (Infecção pelo vírus de imunodeficiência humana)
MB (medicação biológica)	NI (não inscrito)	VD (visita domiciliária)
F (feminino)	PCR (deteção de ácidos nucleicos do <i>Tuberculosis Complex</i> por <i>polimerase chain reaction</i>)	XDR-TB (extensamente resistente)
Fds (fim de semana)	PR (polirresistente)	
Fe (feriado)	RR-TB resistente à rifampicina)	
HGO (Hospital Garcia de Orta)	SB (secreções brônquicas)	
IE (inquérito epidemiológico)	SNC (sistema nervoso central)	
LBA (lavado bronco-alveolar)		
LCR (líquido cefalorraquidiano)		

Apêndice 7 - Folha de registo de vigilância epidemiológica

Nº Entrada:
Data do IE: Clique ou toque para introduzir uma data.

Nº Notificação:	Medico: Clique ou toque aqui para introduzir texto.	Data:	Local: Clique ou toque aqui para introduzir texto.
Nº Caso/IE:		Data conhecimento da Notificação:	
USP: Clique ou toque aqui para introduzir texto.		Medico/Enfemeira: Clique ou toque aqui para introduzir texto.	

Identificação do Caso

Nome: Clique ou toque aqui para introduzir texto.			Sexo: <input type="checkbox"/> F / <input type="checkbox"/> M
Nº SNS:	Idade:	DN:	Estado civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo
Telefone:		Email: Clique ou toque aqui para introduzir texto.	
Morada: Clique ou toque aqui para introduzir texto.			

Residência

Reside fora de Portugal: <input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não	Pais de Residência: Clique ou toque aqui para introduzir texto.	Doc. ID:
Telefone:		Anos em Portugal:
USF/UCSP: Clique ou toque aqui para introduzir texto.		Medico/Enfemeira: Clique ou toque aqui para introduzir texto.

Profissão / Ocupação

Estudante: <input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não	Nível: Clique ou toque aqui para introduzir texto.	Localização: Clique ou toque aqui para introduzir texto.	Último dia:
Escolaridade: Clique ou toque aqui para introduzir texto.		Curso: Clique ou toque aqui para introduzir texto.	Estab. Ensino: Clique ou toque aqui para introduzir texto.
Profissão: Clique ou toque aqui para introduzir texto.		<input type="checkbox"/> Ativo / <input type="checkbox"/> Desempregado / <input type="checkbox"/> Reformado	
Empresa e Localização: Clique ou toque aqui para introduzir texto.			Último dia trabalho:

Hospital / CDP

Hospitalização: <input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não	Dias Inter.:	Data Alta:
Hospital: Clique ou toque aqui para introduzir texto.		Serv.: Clique ou toque aqui para introduzir texto.
CDP: Clique ou toque aqui para introduzir texto.		Medico/Enfemeira: Clique ou toque aqui para introduzir texto.
Pessoa significativa: Clique ou toque aqui para introduzir texto.		Processo:
Contacto: Clique ou toque aqui para introduzir texto.		Tipo relação: Clique ou toque aqui para introduzir texto.

Classificação do Caso

Inicial: <input type="checkbox"/>	Final: <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Confirmado cc + 4 ou 5+6 <input type="checkbox"/> Provável cc+ 5 ou 6 ou 7 <input type="checkbox"/> Possível cc <input type="checkbox"/> Em invest. <input type="checkbox"/> Não caso <input type="checkbox"/> Desc.	

Análises / Imagiologia		
HIV+ <input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não	Hepatite B <input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não	Hepatite C <input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não
Resistências	<input type="checkbox"/> DMMR <input type="checkbox"/> R H: <input type="checkbox"/> inhA / <input type="checkbox"/> katG R: <input type="checkbox"/> rpoB <input type="checkbox"/> T Sens <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> Sens <input type="checkbox"/> TSAB 1ª Linha Sens <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> Z <input type="checkbox"/> E	
Imagiologia <input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não	RX Data	TAC Data

Apresentação / Critérios			
Apresentação	Localização Principal		Secundária
	Bacilifera <input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não		Cavitada <input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não
Critérios clínicos <input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não	Critérios 1+2 <input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não		Critério 3 <input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não
1 - Sinais/sintomas/imagens rad TB ativa <input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não		2 - Decisão médica início tt TB <input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não	
3 - Resultados AP- Necropsia de TB ativa => t. antibacilar se diag. feito em vida <input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não			
Critérios laboratoriais		Agente	
4 - Complexo MBT	Amostra	D. Colheita	D. Resultado Lab
5 - Ác Nucl Complexo MBT	Amostra	D. Colheita	D. Resultado Lab
6 - BAR	Amostra	D. Colheita	D. Resultado Lab
7 - Hist c/ lesões Granulom	Amostra	D. Colheita	D. Resultado Lab

Tratamento	
Data início sintomas:	Data diagnóstico:
Regime inicial tratamento atual:	Data início:
Está a fazer TOD <input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não	Onde: Clique ou toque aqui para introduzir texto.
Foi realizada visita domiciliar <input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não	Por quem: Clique ou toque aqui para introduzir texto.

Fatores de risco				
<input type="checkbox"/> Álcool	<input type="checkbox"/> Tabaco	<input type="checkbox"/> Drogas	<input type="checkbox"/> Outras dependências	<input type="checkbox"/> VIH / SIDA
<input type="checkbox"/> Medicação biológica	<input type="checkbox"/> Neoplasia	<input type="checkbox"/> DPOC	<input type="checkbox"/> Outras doenças crônicas ou FR atuais	
	<input type="checkbox"/> Recluso	<input type="checkbox"/> Sem abrigo	<input type="checkbox"/> Residência comunitária < 5 Anos	
Contactos c/ TB nos 2 anos anteriores <input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Desc	Tratamento TB prévio <input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não	
BCG <input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Desc	Data última inoculação	Cicatriz vacinal <input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não	
Prova Tuberculina <input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não	Data	Resultado		
IGRA <input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não	Data	Resultado		

Infeciosidade		
<input type="checkbox"/> Confirmada (bacilífero)	<input type="checkbox"/> Possível (Rx cavitado; Cultura +; Tosse produtiva; TB Resp.)	
<input type="checkbox"/> Não aparente	<input type="checkbox"/> Não aplicável	<input type="checkbox"/> Desc
Risco transmissão <input type="checkbox"/> Sim / <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> 4 sem ou 3 meses antes	<input type="checkbox"/> + de 8 h ou de 40 h cumulativas
Infeciosidade estimada desde (ano/mês)		

Contactos de risco
Coabitantes Clique ou toque aqui para introduzir texto.
Contactos familiares / sociais Clique ou toque aqui para introduzir texto.
Frequência de locais públicos Clique ou toque aqui para introduzir texto.
Contactos profissionais Clique ou toque aqui para introduzir texto.
Contactos escolares Clique ou toque aqui para introduzir texto.

Antecedentes pessoais
Doença atual Clique ou toque aqui para introduzir texto.
Outras Doenças / Antecedentes pessoais Clique ou toque aqui para introduzir texto.
Intervenções cirúrgicas Clique ou toque aqui para introduzir texto.
Medicação crônica Clique ou toque aqui para introduzir texto.

Resumo / Observações
Clique ou toque aqui para introduzir texto.

Apêndice 8 - Folha de notas de reunião

DATA:		HORA INÍCIO:	0:00
LOCAL:		HORA FIM:	0:00
CONVOCADOS:			

AGENDA

-

NOTAS

TRABALHOS DISTRIBUÍDOS

Assunto	Responsável	Data

DATA DA PRÓXIMA REUNIÃO:

APROVAÇÃO DA NOTA DE REUNIÃO:

AUSENTES:

Apêndice 9 - Plano da sessão informativa de apresentação do projeto

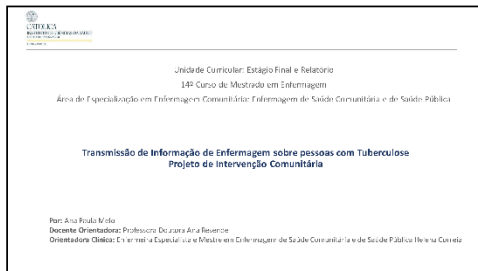
PLANO DA SESSÃO

Curso	Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública
Unidade Curricular	Estágio Final e Relatório
Tema da sessão	Divulgação do projeto de intervenção comunitária na USP-
População alvo	Profissionais da USP intervenientes no Programa de Tuberculose
Formadores	Ana Paula Melo
Duração da sessão	20 minutos
Data	13 de dezembro de 2021
Local	Unidade de Saúde Pública

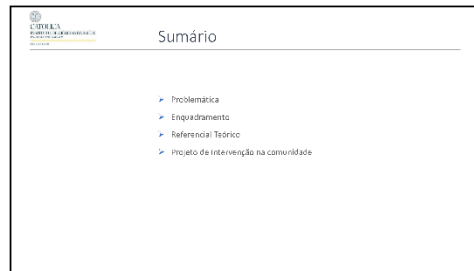
Objetivos	<p>Geral: Dar a conhecer o projeto de desenvolvido na USP</p> <p>Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contextualizar a problemática; • Dar a conhecer os resultados da revisão da bibliográfica desenvolvida; • Apresentar os objetivos do projeto; • Apresentar as estratégias delineadas; • Apresentar as atividades desenvolvidas; • Apresentar a avaliação do projeto. • Divulgar os dados necessários à elaboração de um diagnóstico de situação aos diferentes níveis geodemográficos.
------------------	--

Etapas	Conteúdos	Método utilizado	Material	Tempo
Introdução	- Apresentação do formador - Enquadramento	Ativo/interativo	Computador e Projetor	3 min
Desenvolvimento	- Apresentação do diagnóstico de situação - Apresentação dos objetivos - Apresentação das estratégias - Apresentação das atividades desenvolvidas - Avaliação do projeto	Expositivo	Computador e Projetor	12 min
Conclusão	Esclarecimento de dúvidas	Ativo/interativo	Questionários de Avaliação	5 min

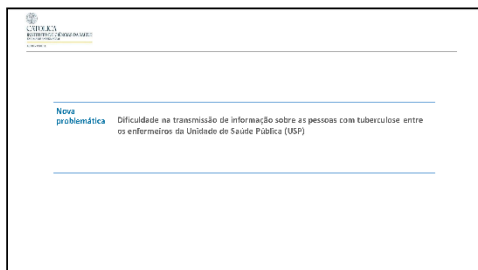
Apêndice 10 - Sessão informativa de apresentação do projeto



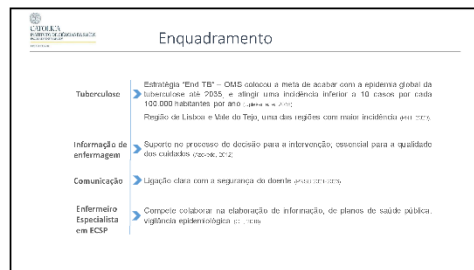
1



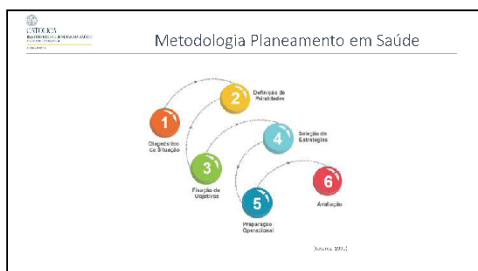
2



3



4



5



6

Diagnóstico da situação

- População-alvo → a Comunidade da USP + comunidade que se encontra no bairro em que se encontra a população-alvo. Não há correspondência entre a população-alvo e a população-alvo.
- O diagnóstico de situação deverá compreender as necessidades da população-alvo.
- Objetivo: conhecer as reais necessidades, prioridades e interesses da população-alvo para a elaboração de um projeto para a criação de uma instituição de ensino superior.

7

Diagnóstico da situação

- Resposta do diálogo: Admissão de uma abordagem que, além de ser participativa, permita que a população-alvo seja analisada e avaliada em função de suas necessidades e prioridades.
- Instrumento utilizado: Entrevista semiestructurada, permitida que a população-alvo seja analisada e avaliada em função de suas necessidades e prioridades.
- Entrevista foi realizada e definiu-se o conteúdo a ser abordado na USP.

8

Diagnóstico da situação

- Análise dos dados → análise dos dados coletados em 2010. O objetivo é investigar as necessidades e prioridades da população-alvo.
- Unidades de análise identificadas:
 - Identificar as necessidades e prioridades da população-alvo.
 - Identificar as necessidades e prioridades da população-alvo.

9

Diagnóstico da situação

- Situação abordada nos casos de licenciatura por parte das instituições de ensino superior do ACES.
- Identificação dos critérios de análise de informação sobre as pessoas com TB entre o grupo profissional.
- Suporte estruturado para o registro sistemático de informações sobre as pessoas com TB.

10

Referencial Teórico

Designação da teoria: Teoria da Comunicação (Teoria da Comunicação)

Autor: A.S.T. (Teoria da Comunicação)

Título do trabalho de referência: Teoria da Comunicação (Teoria da Comunicação)

Genealogia: Teoria da Comunicação (Teoria da Comunicação)

Objetivo: Teoria da Comunicação (Teoria da Comunicação)

Contexto: Teoria da Comunicação (Teoria da Comunicação)

Contribuição: Teoria da Comunicação (Teoria da Comunicação)

Referências: Teoria da Comunicação (Teoria da Comunicação)

11

Referencial Teórico

Objetivo: Teoria da Comunicação (Teoria da Comunicação)

Contexto: Teoria da Comunicação (Teoria da Comunicação)

Contribuição: Teoria da Comunicação (Teoria da Comunicação)

Referências: Teoria da Comunicação (Teoria da Comunicação)

12

Diagnóstico da situação

Tudo o que acontece, independentemente, que ocorra no contexto vital da população, que tenha impacto no contexto laboral e que se relacione com a alteração das práticas – transição laboral.

Cabe ao responsável de uma organização ou trabalho mudar após a ocorrência de eventos e/ou mudanças.

Práticas da transição – no entendimento da USP, é incluir o processo de transição no plano de ação institucional, reportando as informações sobre as pessoas com tuberculose, considerando diferentes abordagens.

Intervenções – a concepção das intervenções nos diferentes níveis de organização (individual, organizacional, institucional) deve considerar as necessidades de cada nível e o impacto da intervenção na comunidade.

Como identificar e planejar ações de saúde para lidar com a transição de saúde e o impacto da tuberculose e como lidar com a situação de saúde e a transição de saúde e o impacto da tuberculose, considerando a situação de saúde e a transição de saúde e o impacto da tuberculose.

13

Diagnóstico da situação

Necessidades expressas pela comunidade fora de atenção	Transição de Atividade	Diagnóstico de Intervenções Comunitárias (CIEB-2011)
Necessidade de articulação entre os serviços de saúde e a comunidade para a realização de intervenções de saúde pública em nível comunitário.	Conhecer os níveis de intervenção e compreender como eles podem ser planejados e implementados em sua realidade.	Correlacionar o tipo de intervenção comunitária com o diagnóstico de saúde pública e a situação de saúde da comunidade.
Necessidade de fortalecer os serviços de saúde e a comunidade para a realização de intervenções de saúde pública em nível comunitário.	Identificar as necessidades e as prioridades da comunidade para a realização de intervenções de saúde pública em nível comunitário.	Correlacionar o diagnóstico de saúde pública com a situação de saúde da comunidade e a situação de saúde da população.
Necessidade de fortalecer os serviços de saúde e a comunidade para a realização de intervenções de saúde pública em nível comunitário.	Identificar as necessidades e as prioridades da comunidade para a realização de intervenções de saúde pública em nível comunitário.	Correlacionar o diagnóstico de saúde pública com a situação de saúde da comunidade e a situação de saúde da população.

14

Definição das Prioridades

Gravidade de análise para determinação de prioridades

Diagnóstico de Intervenções Comunitárias	Risco		Critérios		Recomendação
	Importância do Problema	Prevalência/Prevalência Risco	Capacidade Comunitária	Impactabilidade do Projeto ou da Intervenção	
1 - Conhecimento e plano de ação da comunidade para a realização de intervenções de saúde pública em nível comunitário.	+	-	-	-	3
2 - Comunicação comunitária para a realização de intervenções de saúde pública em nível comunitário.	+	-	-	-	4
3 - Atualização do plano de ação da comunidade para a realização de intervenções de saúde pública em nível comunitário.	+	-	-	-	1

15

Fixação dos Objetivos

Objetivo geral

Contribuir para a implementação de ações relevantes e relevantes para o grupo profissional de enfermagem da USP sobre as pessoas com tuberculose.

Objetivos específicos

- 1 - Correlacionar a população com TB identificada pelo USP de acordo com o diagnóstico de 2011.
- 2 - Definir meios para facilitar a partilha da informação entre o GPT e profissionais.
- 3 - Definir o plano de intervenção comunitária das intervenções de saúde na USP participando no Programa de Tuberculose.

16

Seleção de Estratégias

Participação comunitária – os profissionais participam no processo de identificação, planejamento e implementação do projeto.

Reuniões de trabalho e atividades diárias – com o grupo de profissionais para discussão e partilha de ideias.

Validação dos registros – validação dos registros existentes em suporte de papel sobre os resultados epidemiológicos realizados.

Recursos – Turma desenvolvida pelos profissionais, incluindo os conhecimentos e habilidades adquiridos durante o curso.

Pertinência – Envolvimento dos profissionais e comunidade em todas as etapas do projeto.

Obstáculos – Resistência à mudança, falta de tempo, falta de recursos, falta de conhecimento, falta de informação, falta de apoio.

17

Preparação Operacional

Atividades

- 1 - Elaboração de um plano de trabalho para o grupo de trabalho.
- 2 - Validação do plano de trabalho para a implementação de ações de saúde pública em nível comunitário.
- 3 - Realização de ações de saúde pública em nível comunitário.
- 4 - Elaboração de relatórios para registro de ações de saúde pública em nível comunitário.
- 5 - Elaboração de relatórios para registro de ações de saúde pública em nível comunitário.
- 6 - Realização de ações de saúde pública em nível comunitário.

Objetivos Operacionais / Metas

1 - Elaboração de um plano de trabalho para o grupo de trabalho. Meta: 100% dos membros do grupo em conformidade com o plano de trabalho.

2 - Validação do plano de trabalho para a implementação de ações de saúde pública em nível comunitário. Meta: 100% dos membros do grupo em conformidade com o plano de trabalho.

3 - Realização de ações de saúde pública em nível comunitário. Meta: 100% dos membros do grupo em conformidade com o plano de trabalho.

4 - Elaboração de relatórios para registro de ações de saúde pública em nível comunitário. Meta: 100% dos membros do grupo em conformidade com o plano de trabalho.

5 - Elaboração de relatórios para registro de ações de saúde pública em nível comunitário. Meta: 100% dos membros do grupo em conformidade com o plano de trabalho.

6 - Realização de ações de saúde pública em nível comunitário. Meta: 100% dos membros do grupo em conformidade com o plano de trabalho.

18

Casos TB 2021

3 Determinantes de saúde sociais e econômicos – Processo de interação com o ambiente (doença, emprego, educação etc.)

Estrutura Informacional	Causalidade				%
	Básico	Intermediário	Distal	NP	
Alto	3		5	3	33%
MIO, NDC	5		2	0	
Intermediário	1		1	4	
Distal			2	2	
Total	9		10	9	

25

Casos TB 2021

4 Determinantes de saúde ambientais e de sustentabilidade – Processo de interação com o ambiente (ambiente social, educação, saúde, serviços sociais)

Estrutura Informacional	Quantia Interiores em				%
	UCSP	USP	Distal	NP	
Intermediário	4	18		18	
Distal	2	5		7	
NP	1	9		4	
UCSP	1	3		3	
USP	1	1		2	
Total	10	46		34	

Origem da Interação	Local de Interação		%
	UCSP	Distal	
UCSP	14		14
Distal	9		9
NP	2		2
Total	25		25

26

Casos TB 2021

4 Determinantes de saúde ambientais e de sustentabilidade – Processo de interação com o ambiente (ambiente social, educação, saúde, serviços sociais)

Estrutura Informacional	Determinantes de Saúde						%
	Participação	Atividade	Brasão	Qualidade	São Tomé e Príncipe	Distal	
Intermediário	11	4	2	2			19
Distal	4	2	1				7
NP	2	1	2				5
UCSP	2		1				3
USP	1		1				2
Total	22	7	7	3			36

27

Desafios

- Intensificar o envolvimento da pesquisa de nível local nas mudanças para a melhoria da implementação do projeto.
- Retar os resultados, possibilidades com potencial de melhoria.
- Reforçar e valorizar do trabalho que a equipe desenvolveu, percebendo um novo rumo.
- Participação efetiva dos enfermeiros nas atividades.
- Utilização dos sistemas de informação para documentar os seus diagnósticos e intervenções.

28

Referências Bibliográficas

Aguiar, P. & Sáez, P. (2012). Políticas de saúde pública em Portugal: o caso de Portugal. *Revista de Saúde Pública*, 1(1), 1-10. <https://doi.org/10.1590/S1981-29662012000100001>

Brasil. (2019). *Política Nacional de Saúde Bucal: Organização e Gestão da Assistência*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2019). *Política Nacional de Saúde Bucal: Organização e Gestão da Assistência*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2019). *Política Nacional de Saúde Bucal: Organização e Gestão da Assistência*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2019). *Política Nacional de Saúde Bucal: Organização e Gestão da Assistência*. Brasília: Ministério da Saúde.

29

**Apêndice 11 - Questionário de satisfação da sessão informativa aos
profissionais**

QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO DA SESSÃO

Caro profissional,
Após a apresentação do Projeto de Intervenção Comunitária "Transmissão de Informação de Enfermagem sobre as pessoas com Tuberculose", realizado no âmbito do Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, da Universidade Católica Portuguesa, que decorreu sob a orientação clínica da Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública solicitamos a sua colaboração no preenchimento deste breve questionário que tem como objetivo avaliar os conteúdos abordados e perspetivar a continuidade do projeto. Toda a informação será recolhida, guardada e tratada, assegurando o anonimato e a confidencialidade.

Por favor, selecione a opção que considera mais adequada.

Considera que a exposição dos temas foi clara?

- Bastante
 Muito
 Moderadamente
 Ligeiramente

Os conteúdos abordados foram relevantes? *

- Bastante
 Muito
 Moderadamente
 Ligeiramente

O projeto traz contributos para a sua prática profissional?

- Bastante
 Muito
 Moderadamente
 Ligeiramente

A operacionalização do projeto é exequível?

- Bastante
 Muito
 Moderadamente
 Ligeiramente

Tem interesse em participar no projeto?

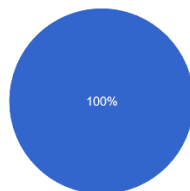
- Bastante
 Muito
 Moderadamente
 Ligeiramente

O que acrescentaria a este projeto?

Comentários e/ou sugestões

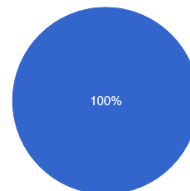
Apêndice 12 - Avaliação da sessão informativa aos profissionais

Considera que a exposição dos temas foi clara?
3 respostas



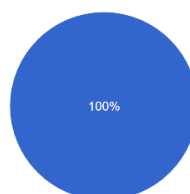
● Bastante
● Muito
● Moderadamente
● Ligeiramente

Os conteúdos abordados foram relevantes?
3 respostas



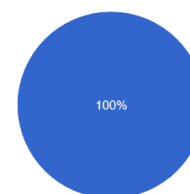
● Bastante
● Muito
● Moderadamente
● Ligeiramente

O projeto traz contributos para a sua prática profissional?
3 respostas



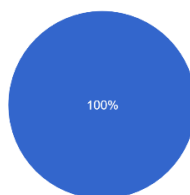
● Bastante
● Muito
● Moderadamente
● Ligeiramente

A operacionalização do projeto é exequível?
3 respostas



● Bastante
● Muito
● Moderadamente
● Ligeiramente

Tem interesse em participar no projeto?
3 respostas



● Bastante
● Muito
● Moderadamente
● Ligeiramente

O que acrescentaria a este projeto?

1 resposta

A sua implementação, que ocorrerá no final de cada ano civil, com análise dos dados introduzidos na base de dados que foi criada. Estando previsto no projeto, só pode ser realizado nos timings previstos.

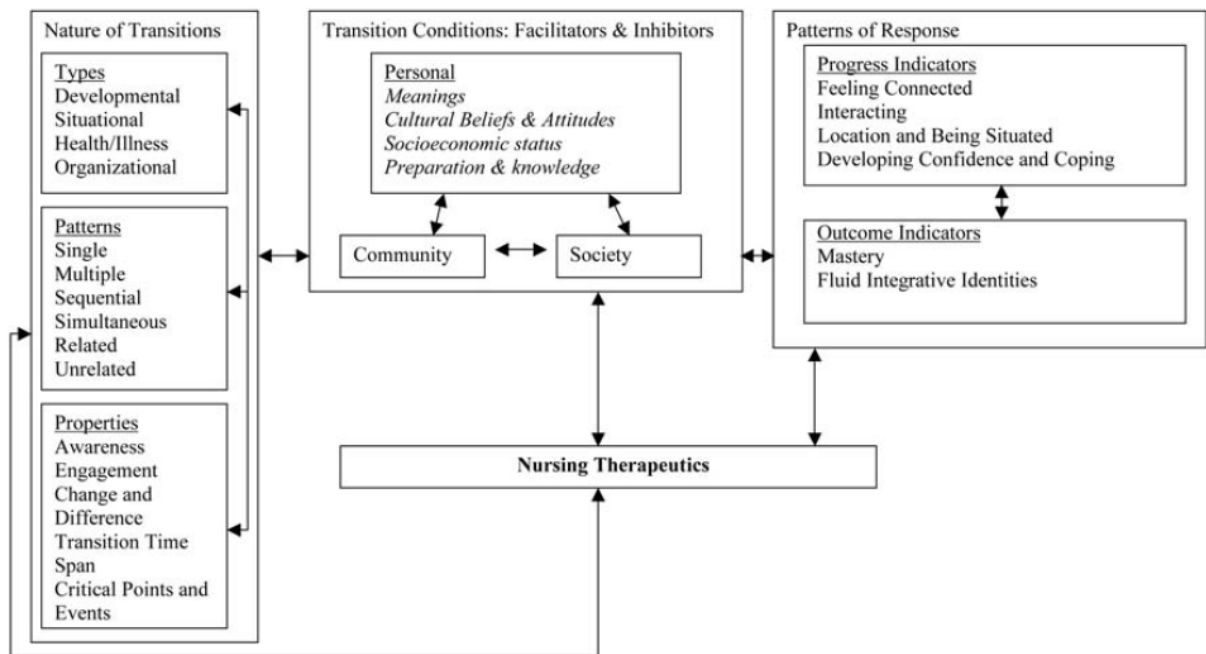
2 respostas

O trabalho foi o ponto de partida para que as enfermeiras de SP possam partilhar informações relevantes e estruturante do trabalho de especialistas, no desenvolvimento da vigilância epidemiológica na área da tuberculose. Se os recursos e o contexto tivessem permitido, teria sido importante identificar/ refletir sobre diagnósticos de enfermagem da comunidade e propor a auditoria aos registos de enfermagem para identificar as lacunas. Muito obrigada pelo trabalho!

A participação no grupo que colaborou para a realização do projeto foi muito enriquecedora em termos profissionais.

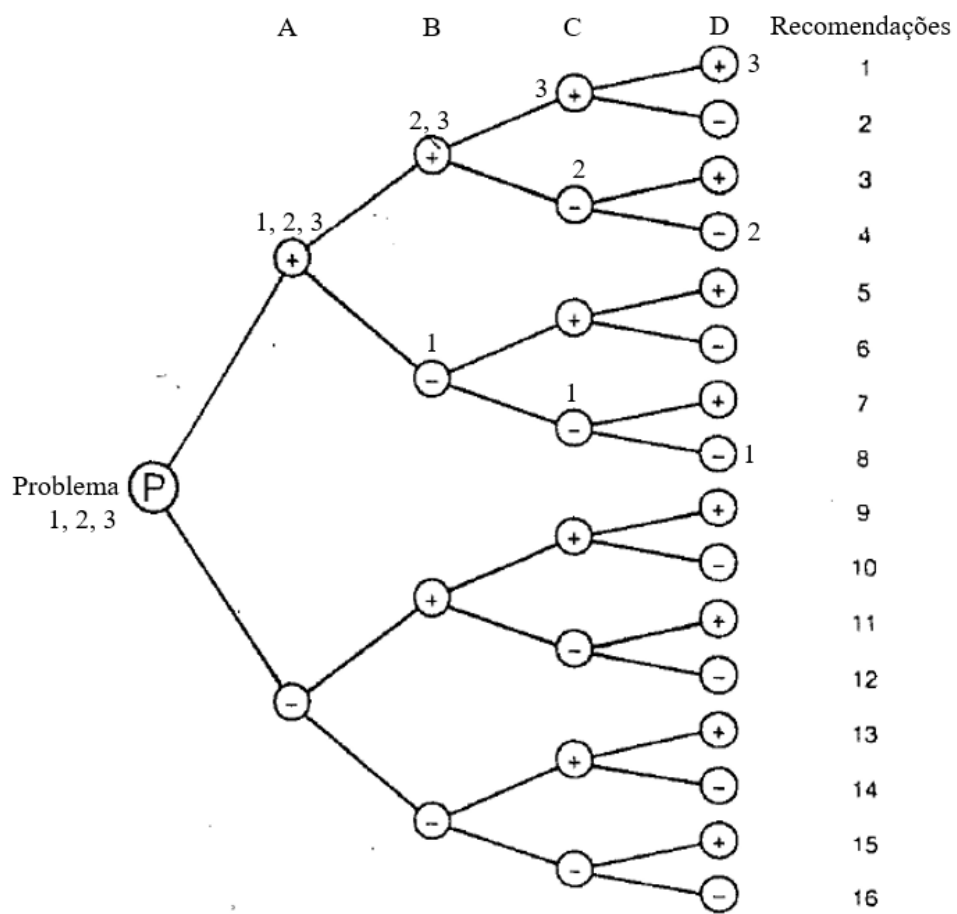
ANEXOS

Anexo 1 - Matriz Conceptual da Teoria das Transições de Afaf Meleis



Fonte: Meleis, 2010, p. 56

Anexo 2 - Grelha de Análise para determinação de prioridades



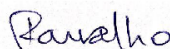
Fonte: Tavares (1990)

Anexo 3 - Certificado de Formação em Tuberculose

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos declaro que o(a) Sr.(a).
Ana Paula de Melo Palma Pereira, participou online
na Formação em Tuberculose nos dias 24 e 25 de setembro de 2021, no âmbito do Programa Nacional
para a Tuberculose.

Lisboa, 25 de setembro de 2021



Isabel Carvalho

Diretora do Programa Nacional para a Tuberculose

Anexo 4 - Certificado de apresentação do Poster



CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeira Susana Gonçalves, em coautoria com Enfermeiros Ana Paula Melo e Bruno Ribeiro, Prof. Doutora Cândida Ferrito, participaram no IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, com a apresentação do **Poster n.º 7** com o tema **“Instrumentos de avaliação da vulnerabilidade social ou risco de vulnerabilidade social de populações: a Scoping Review”**, no dia **26 de novembro de 2021**, Auditório 2, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 26 de novembro de 2021.

A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP

Universidade Católica Portuguesa
Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Auxiliar

Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal



PROGRAMA

9:00 – Mesa 1: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA
Moderador: António Borges

Ana Paula Silva “Estratégias promotoras da comunicação, com recurso à tecnologia, entre pessoa adulta internada e família durante a pandemia covid-19”

Ricardo Faria “Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo na Pessoa com Infecção por SARS-CoV-”

Isabel Faia “Critical Care Nursing to Acute Respiratory Distress Syndrome Patients Undergoing Extracorporeal Membrane Oxygenation: a Scoping Review”

10:00 – CONFERÊNCIA INTERNACIONAL
Anna Lindberg (RN, CCNS, ECMO Specialist, ECMO Centrum – Karolinska University Hospital, Estocolmo Suécia)
“ECMO: Pandemic experiences through the eyes of an ECMO specialist nurse”

10:45 – INTERVALO

11:00 – MESA DE ABERTURA

11:15 – Mesa 2: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA
Moderador: Amélia Alpoim

Ana Isabel Lopes “Oportunidades e desafios da era digital no cuidado especializado”

Ana Paramos “A esperança na intervenção especializada junto do adolescente”

Débora Querido “A promoção da vinculação -um valor em saúde”

12:15 – CONFERÊNCIA INTERNACIONAL
Profª Doutora Monika Wernet (Universidade Federal de São Carlos, Brasil)
“Integração de tecnologias por um cuidado humano e seguro na Enfermagem em Neonatologia”

13:00 – Almoço

14:30 – Mesa 3: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA
Moderador: Laurina Gomes

Elsa Calado “Crianças e o Covid-19: Intervenção de enfermagem comunitária”

Sónia Coelho “As pessoas idosas e o suporte social formal em tempo de pandemia”

Maria do Céu Pires “Intervenção de enfermagem comunitária num bairro social em tempos de pandemia”

15:30 – CONFERÊNCIA INTERNACIONAL
Profª Doutora Lisalaine Aparecida Fracoli (Universidade de São Paulo)
“Desafios para a incorporação de novas tecnologias na Atenção Primária em Saúde: em foco a pesquisa de implementação”

16:15 – Lançamento do Livro “25 anos de regulação na Enfermagem, 96 perfis e trajetórias assinaláveis”

16:45 – ENCERRAMENTO

17:00 – MOMENTO CULTURAL



Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal