



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA·PORTO·VISEU

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 Saúde Pública

**RASTREIO DE CONVIVENTES DAS PESSOAS COM
TUBERCULOSE
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

**CONTACT INVESTIGATION OF PEOPLE WITH TUBERCULOSIS
COMMUNITY NURSING INTERVENTION**

Por

Cátia Alexandra Luís Brás

Lisboa, 2020



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA·PORTO·VISEU

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 Saúde Pública

**RASTREIO DE CONVIVENTES DAS PESSOAS COM
TUBERCULOSE
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

**CONTACT INVESTIGATION OF PEOPLE WITH TUBERCULOSIS
COMMUNITY NURSING INTERVENTION**

Por

Cátia Alexandra Luís Brás

Sob a orientação da Prof^ª Doutora Elisa Maria Bernardo Garcia

Lisboa, 2020

“Believe you can and you're already halfway there”

Theodore Roosevelt

AGRADECIMENTOS

À Prof^a Doutora Elisa Garcia, por todo o seu apoio, disponibilidade e por sempre ter uma palavra de incentivo.

À Enf.^a orientadora Carla Páscoa, pela ajuda nesta caminhada e por me fazer ver que quando queremos conseguimos. Obrigado por toda a tua força e por toda a amizade.

À restante equipa do local de estágio que tanto apoiaram e tão bem receberam este projeto, em especial à Enf.^a Paula Marques que foi tão importante neste percurso.

Às minhas parceiras de especialidade, por todo o apoio neste trajeto, por todos os bons momentos e a amizade que a especialidade nos proporcionou

Aos meus amigos, por compreenderem as ausências e por serem força nas alturas mais difíceis.

Aos meus pais, por tudo, por me ensinarem a nunca desistir, por estarem sempre lá, por me terem ajudado, como sempre fizeram, nunca terei palavras suficientes para vos agradecer.

À minha irmã, minha melhor amiga, por todas as palavras de incentivo e por todo o apoio.

Por último, ao meu marido, por todo o amor, por toda a compreensão, por sempre me fazer acreditar e não duvidar das minhas capacidades. Obrigado Márcio, por perceberes as ausências e estares sempre ao meu lado.

Por tudo isto sou muito grata.

RESUMO

A tuberculose constitui um importante problema de saúde pública, sendo uma das 10 principais causas de morte em todo o mundo, no ano de 2018 e com um número estimado de 10 milhões de novos casos, por ano. A união europeia é uma região de baixa incidência, observando-se anualmente uma diminuição dos casos. Em Portugal, nos últimos anos, a incidência da doença tem vindo a diminuir. Porto e Lisboa são os distritos com mais alta taxa de notificação do país.

A identificação precoce e o tratamento adequado dos casos de tuberculose infecciosa são a estratégia mais adequada para prevenir a transmissão da doença na comunidade. Esta, é muitas vezes, realizada através do rastreio de conviventes da pessoa com tuberculose.

O projeto de intervenção comunitária, decorreu numa unidade de saúde pública, teve como finalidade contribuir para um aumento da adesão ao rastreio da tuberculose, tendo em conta a promoção da saúde e aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde. Optou-se pela metodologia do planeamento em saúde de Tavares (1990), tendo o projeto sido desenvolvido através das suas etapas, desde o diagnóstico de situação até à avaliação. Também teve como orientação o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. O diagnóstico de situação permitiu chegar aos diagnósticos de enfermagem, através de uma metodologia qualitativa, com realização de entrevistas. A informação foi sujeita à técnica de análise de conteúdo segundo Bardin (2016), tendo ainda como auxílio revisão da literatura. Os diagnósticos encontrados foram priorizados com o método de grelha de análise. Foram definidos objetivos e selecionadas as estratégias mais adequadas para os mesmos. As atividades permitiram aos conviventes adquirir mais conhecimentos sobre a tuberculose e o rastreio. Também envolveram a equipa da unidade. Na avaliação observou-se que a adesão dos conviventes foi de encontro às metas propostas.

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

Descritores: rastreio de conviventes; tuberculose; promoção da saúde; enfermagem comunitária; saúde pública

ABSTRACT

Tuberculosis is a major public health problem, being one of the top 10 causes of death worldwide, in 2018 and with an estimated 10 million new cases per year. The European Union is a region of low incidence, with an annual decrease in cases. In Portugal, in recent years, the incidence of the disease has been decreasing. Porto and Lisbon are the districts with the highest notification rate in the country.

Early identification and appropriate treatment of cases of infectious tuberculosis are the most appropriate strategy to prevent the transmission of the disease in the community. This is often carried out through the screening of people living with tuberculosis.

The community intervention project, which took place in a public health unit, aimed to contribute to an increase in adherence to tuberculosis screening, taking into account health promotion and increasing the capacity of individuals and communities to control their health. The Tavares (1990) health planning methodology was chosen, and the project was developed through its stages, from the diagnosis of the situation to the evaluation. It was also guided by Nola Pender's Health Promotion Model. The situation diagnosis made it possible to arrive at the nursing diagnoses, through a qualitative methodology, with interviews. The information was subjected to the content analysis technique according to Bardin (2016), with the aid of a literature review. The diagnoses found were prioritized using the analysis grid method. Objectives were defined and the most appropriate strategies were selected for them. The activities allowed cohabitants to acquire more knowledge about tuberculosis and screening. They also involved the unit's team. In the evaluation it was observed that the adherence of the coexistents was against the proposed goals.

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

Descriptors: contact investigation; tuberculosis; health promotion; nursing; public health

SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
ARS – Administração Regional de Saúde
CDP – Centro de Diagnóstico Pneumológico
CIPE – Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem
DGS – Direção Geral de Saúde
ICN – International Council of Nurses
IGRA – Interferon-Gamma Release Assay
MPS – Modelo de Promoção da Saúde
Mt – Mycobacterium tuberculosis
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial da Saúde
TB – Tuberculose
TP – Tuberculose Pulmonar
USP – Unidade de Saúde Pública
VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana
WHO – World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1. TUBERCULOSE UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	19
2. PROMOÇÃO DA SAÚDE E O RASTREIO DE CONVIVENTES DAS PESSOAS COM TUBERCULOSE	25
2.1. Rastreio de conviventes e a sua relevância	26
3 - A PROMOÇÃO DA SAÚDE E A ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA	31
3.1 Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender	32
4. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE	37
4.1. Diagnóstico de Situação	38
4.1.1. Contextualização.....	38
4.1.2. População alvo e amostra	40
4.1.3. Instrumento de recolha de informação	41
4.1.4. Análise da informação.....	43
4.1.5. Problemas Identificados	47
4.2. Determinação de Prioridades	48
4.3. Fixação de Objetivos	49
4.4. Seleção de Estratégias	50
4.5. Preparação Operacional	52
4.7. Avaliação	55
4.8 – Desafios e contributos do projeto para a prática clínica	57

5. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS COMO MESTRE E ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA	59
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65

APÊNDICES

Apêndice 1 – Cronograma de atividades	
Apêndice 2 – Guiões das entrevistas aos peritos	
Apêndice 3 – Tabela de resultados da <i>scoping review</i>	
Apêndice 4 – Análise de conteúdo das entrevistas	
Apêndice 5 – Plano de sessão da sessão de educação para a saúde aos conviventes	
Apêndice 6 – Sessão de educação para a saúde aos conviventes	
Apêndice 7 – Questionário de satisfação da sessão aplicado aos conviventes	
Apêndice 8 – Folheto informativo “Rastreamento de Conviventes: o que é e para que serve?”	
Apêndice 9 – Poster informativo “Rastreamento de Conviventes: o que é e para que serve?”	
Apêndice 10 – Cartão do convivente	
Apêndice 11 – Plano da sessão informativa aos profissionais de saúde	
Apêndice 12 – Sessão informativa aos profissionais de saúde	
Apêndice 13 – Avaliação do questionário de satisfação da sessão aplicado aos conviventes	
Apêndice 14 – Autorização para utilização das entrevistas	
Apêndice 15 – Pedido de autorização à Sra. Diretora Executiva do ACES	
Apêndice 16 – Poster “Rastreamento de conviventes da pessoa com diagnóstico de Tuberculose Pulmonar - Um desafio para a Enfermagem Comunitária”	
Apêndice 17 – Poster “Fatores Associados à Iniciação Tabágica nos Adolescentes: a <i>scoping review</i> ”	

ANEXOS

Anexo 1 – Grelha de análise para determinação de prioridades	
--	--

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Taxas de notificação de novos casos e recidivas de tuberculose, por 100 000 habitantes na região europeia em 2017	19
--	----

Figura 2 – Diagrama representativo do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (1996)	35
---	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Caracterização sociodemográfica por sexo.....	43
Gráfico 2 – Caracterização sociodemográfica por idade.....	43
Gráfico 3 – Caracterização sociodemográfica relacionada com o parentesco.....	44
Gráfico 4 – Caracterização sociodemográfica relacionada com a naturalidade.....	44

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Critérios inclusão e de exclusão.....	40
Quadro 2 – Diagnósticos de enfermagem.....	47
Quadro 3 – Grelha de análise para determinação das prioridades.....	48
Quadro 4 – Objetivos operacionais e indicadores das atividades do primeiro objetivo específico.....	53
Quadro 5 - Objetivos operacionais e indicadores das atividades do segundo objetivo específico.....	54
Quadro 6 – Objetivos operacionais e indicadores da atividade do terceiro objetivo específico.....	55
Quadro 7 – Avaliação das atividades desenvolvidas.....	56
Quadro 8 – Metas e indicadores para o futuro.....	57

INTRODUÇÃO

O presente relatório, realizado no âmbito da unidade curricular de estágio final e relatório, integrado no 3º semestre do 12º Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, tem como finalidade refletir as atividades desenvolvidas e competências adquiridas ao longo do estágio final.

O estágio decorreu numa Unidade de Saúde Pública (USP), num dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) da Administração Regional de Saúde (ARS) de Lisboa e Vale de Tejo e teve como foco a intervenção comunitária nos conviventes da pessoa com tuberculose (TB). O percurso efetuado foi escolhido tendo em conta a experiência profissional prévia.

Os cuidados de saúde primários são o primeiro nível de contacto com o sistema nacional de saúde para os indivíduos, as famílias e a comunidade, trazendo os cuidados de saúde tão próximo quanto possível para os locais onde as pessoas vivem e trabalham (ICN, 2008).

A USP funciona como observatório de saúde da área geodemográfica do ACES em que se integra. A esta compete a elaboração de informação e planos em domínios da saúde pública. É também responsável pela vigilância epidemiológica, de gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção e ainda pela promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos e colaborar, tendo-se revelado um campo de estágio com as mais diversas oportunidades de aprendizagem (Decreto-Lei nº28/2008 de 22 de fevereiro).

A TB mantém-se como um importante problema de saúde pública, sendo responsável, diariamente, por mais de 4 mil mortes em todo o mundo. A TB foi, em 2018, uma das 10 principais causas de morte em todo o mundo e com um número estimado de 10 milhões de novos casos (WHO, 2019).

A União Europeia é uma região de baixa incidência, tendo-se observado no ano de 2017 uma diminuição dos casos. De 2008 a 2017, o declínio médio anual na taxa de incidência de TB foi de 4,7% (WHO, 2019).

Em Portugal, nos últimos anos, a incidência da doença tem vindo a diminuir, no entanto, mantem ainda valores acima da União Europeia. Os distritos de Porto e Lisboa são os distritos com mais alta taxa de notificação e os únicos do país que se mantêm acima dos 20 casos por 100 mil habitantes (DGS, 2018; DGS, 2019; WHO, 2019).

A identificação precoce e o tratamento adequado dos casos de TB infecciosa são a estratégia mais adequada para prevenir a transmissão da doença na comunidade. A identificação precoce é muitas vezes realizada através do rastreio dos conviventes da pessoa com TB. (DGS, 2013).

Foi através da promoção da saúde e com a visão de Nola Pender, do seu Modelo de Promoção da Saúde e da metodologia de planeamento em saúde que foi desenvolvido o projeto de intervenção comunitária. Ampliar comportamentos de promoção de saúde e reduzir os comportamentos de risco são os maiores desafios colocados aos enfermeiros (Murdaugh, Parson & Pender, 2019).

O projeto nasceu das necessidades expressas e sentidas pelos profissionais de saúde no contexto de estágio. Este foi realizado através de uma constante interligação entre a USP e o Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP), uma unidade de saúde diferenciada na área da TB (DGS, 2013). O projeto teve como foco de intervenção um grupo de conviventes da pessoa com TB, e a aplicação do mesmo visou um aumento da realização do rastreio da TB.

O relatório está estruturado em seis capítulos, sendo que o primeiro aborda a temática da tuberculose, bem como a sua situação epidemiológica, através de uma revisão da literatura realizada acerca da mesma. O segundo capítulo dá ênfase à promoção da saúde e prevenção da doença através do rastreio de conviventes da pessoa com e da sua importância.

No terceiro capítulo é abordada a promoção da saúde, interligando-a com as competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária e saúde pública. Dá-se ainda, a conhecer o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender.

No quarto capítulo, é apresentado o projeto desenvolvido através da metodologia de planeamento em saúde, baseando-se em Tavares (1990). Este está subdividido pelas etapas presentes no planeamento, terminando com os desafios e contributos para a prática clínica.

É no quinto capítulo que se reflete acerca das competências adquiridas, enquanto mestre, especialista e fundamentalmente como enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária e saúde pública e por último, surgem as considerações finais como uma reflexão do trabalho desenvolvido das competências adquiridas.

O presente relatório foi elaborado segundo a norma American Psychological Association (2012).

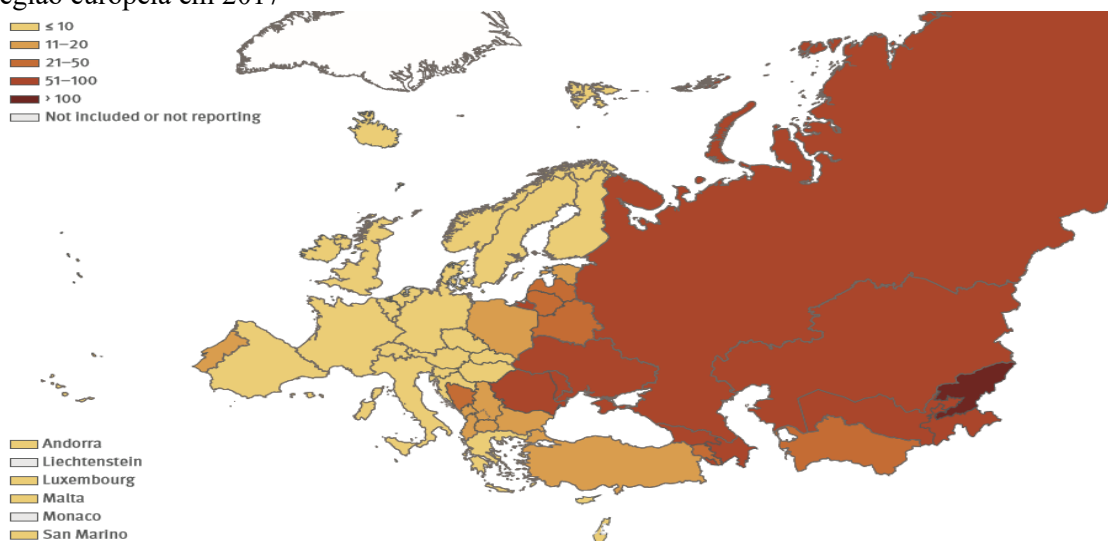
1. TUBERCULOSE UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Diariamente a TB mata mais de 4 mil pessoas no mundo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a TB foi uma das 10 principais causas de morte em todo o mundo no ano 2018. Nesse mesmo ano, houve um número estimado de 10 milhões de novos casos de TB no mundo dos quais 5,7 milhões eram homens, 3,2 milhões eram mulheres e 1,1 milhão eram crianças. As pessoas que vivem com Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) representaram 9% do total dos novos casos. No ano de 2018 cerca de 1,5 milhões de pessoas morreram de tuberculose (WHO, 2019).

O surgimento de novos casos de TB varia bastante entre os países, menos de cinco casos a mais de 500 novos casos por 100.000 habitantes por ano, com a média global em torno de 130 novos casos, sendo que é nos países em desenvolvimento que se observa a maior percentagem de TB. (WHO, 2019)

A União Europeia é uma região de baixa incidência. Em 2017 registou-se uma queda de novos casos de TB, com 275 mil casos de TB. Isto corresponde a cerca de 30 novos casos por 100 000 habitantes (WHO, 2019). Na figura nº 1 pode-se verificar como está distribuída a incidência de TB na região europeia.

Figura 1 - Taxas de notificação de novos casos e recidivas de tuberculose, por 100 000 habitantes na região europeia em 2017



Fonte: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/tuberculosis-surveillance-and-monitoring-europe-2019>

O declínio médio anual na taxa de incidência de TB foi de 4,7% durante o período de 2008 a 2017, sendo este o declínio mais rápido entre todas as regiões da OMS. No entanto, ainda não é suficiente para alcançar os marcos da estratégia para o fim da TB. Estima-se que existam 24.000 mortes por TB em 2017 entre pessoas negativas ao VIH na região europeia, uma redução de quase 60% desde 2008 e equivalente a 2,6 mortes por 100.000 habitantes (WHO, 2019).

Em Portugal, nos últimos anos, a incidência da doença tem vindo a diminuir, no entanto, mantém ainda valores acima da Região Europeia. O país ficou-se em 2018 por 16,6 casos por cada 100 mil habitantes, valor inferior ao relatado em 2017, onde ocorreram 1800 novos casos de TB, correspondendo a 17,5 casos por 100 mil habitantes (DGS, 2019; WHO, 2019).

Os distritos de Porto e Lisboa são os que apresentam a mais alta taxa de notificação e os únicos do país que se mantêm acima dos 20 casos por 100 mil habitantes, em 2018 os números eram de 25,3 casos no Porto e 23,7 casos em Lisboa por 100 mil habitantes (DGS, 2018).

Dados provisórios em relação ao ano de 2018 relatam que foram notificados 34 casos de TB em crianças com menos de 6 anos de idade, correspondendo a uma taxa de incidência neste grupo etário de 6,59 casos/100 mil crianças dos 0 aos 5 anos (DGS, 2018).

A maior parte dos casos de TB em Portugal ocorre em população nativa, ao contrário do que ocorre na maioria dos restantes países da Europa ocidental. A proporção de casos de TB em pessoas nascidas fora do país tem vindo a aumentar ao longo dos anos, 19,2% em 2017 e 20,2% em 2018 (DGS, 2018).

De entre as comorbilidades que configuram risco para TB, deve-se realçar a infeção por VIH. É reconhecida a necessidade de rastreio de todos os doentes com TB para a infeção por VIH, dado o impacto desta comorbilidade no resultado de tratamento da TB (DGS, 2018).

O rastreio de infeção pelo VIH, foi efetuado em 87,9% dos doentes com TB. Verificou-se que 8,8% dos doentes com TB eram também VIH positivo. Outros fatores de risco com doenças crónicas, nomeadamente diabetes, doença neoplásica e doença pulmonar obstrutiva crónica (DGS, 2018).

A TB é uma doença transmissível sendo a principal causa de morte de um único agente infeccioso, ainda acima do VIH. Esta doença é causada pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis* (Mt), sendo a tuberculose pulmonar (TP) a sua manifestação mais frequente. A

TP tem mais implicações em termos de saúde pública, no entanto o Mt pode atingir qualquer parte do corpo - disseminação linfática ou sanguínea (DGS, 2018).

A pessoa com TB da via aérea, liberta bacilos através da tosse, fala, entre outros, que serão posteriormente inalados pelas pessoas com quem estiveram em contato. As pessoas expostas têm risco de ficar infetadas e posteriormente desenvolverem doença. Apenas 10% das pessoas infetadas desenvolvem a doença, sendo este risco superior nas populações imunocomprometidas, nomeadamente crianças pequenas, pessoas infetadas com o vírus de imunodeficiência humana ou a fazer medicação imunossupressora (DGS, 2018).

Em 2018, a demora média entre o início de sintomas e o diagnóstico foi de 80 dias. Este valor tem vindo a aumentar na última década e poderá relacionar-se com o baixo índice de suspeita de TB por partes dos profissionais e da própria população à medida que diminuimos os casos de TB na comunidade (DGS, 2018)

Apesar de se assistir a uma redução progressiva da percentagem de casos bacilíferos (52.4%) com conseqüente menor grau de infecciosidade, o atraso no diagnóstico condiciona maior tempo de exposição e assim de infeção pelos familiares e conviventes de cada novo caso (DGS, 2018).

Com diagnóstico e tratamento oportuno, com primeira linha de antibióticos por 6 meses, a maioria das pessoas que desenvolve TB, pode ser curada e a transmissão subsequente da infeção reduzida. O número de casos de TB que ocorrem a cada ano e também o número de mortes relacionadas com a TB, podem ser diminuídas através do tratamento preventivo a pessoas com TB latente (DGS, 2018).

A situação da TB em Portugal, apresenta um perfil epidemiológico favorável, sendo a doença de declaração obrigatória com maior relevância epidemiológica no país. No entanto, a luta contra a TB não pode diminuir devido á sua magnitude, no conjunto das outras doenças, por ser de evolução prolongada e pela frequente associação a determinantes socioeconómicos, principalmente em grupos vulneráveis e nos grandes centros urbanos, como os distritos do Porto e Lisboa (DGS, 2018).

Os determinantes sociais da saúde, como a situação socioeconómica, determinam o seu estado de saúde e a acessibilidade aos cuidados. Em Portugal, um número significativo da população vive em condição de pobreza e apresenta níveis de literacia muito baixos. Em 2018, cerca de 21,6% da população estava em risco de pobreza (INE, 2019). Apesar das garantias constitucionais de equidade na saúde, existem grandes assimetrias no acesso aos cuidados de saúde (OPSS, 2017).

O alto risco de TB, em algumas áreas de Portugal, está relacionado com a alta prevalência de VIH, densidade populacional, alojamento lotado, desemprego e número de imigrantes fora do padrão provenientes de países com alta incidência de TB. Em Lisboa o número de imigrantes é superior ao resto do país, representando mais de 8% da população. O número de desempregados também é considerável, representando cerca de 5 a 8% da população (Franco, et al, 2016).

A concentração de jovens adultos, também pode contribuir para o aumento do número de casos, pois a incidência é maior em indivíduos com idade entre os 25 e os 44 anos. Os determinantes sociais no controlo da tuberculose são de extrema importância para caracterizar o perfil das regiões portuguesas com taxas de incidência mais elevadas (Franco et al, 2016).

A OMS refere que cada vez menos pessoas adoecem e morrem de TB, no entanto, os países ainda não estão a fazer o suficiente para acabar com a tuberculose até 2030. Embora os esforços globais tenham evitado cerca de 54 milhões de mortes por TB desde 2000, esta continua a ser doença infecciosa mais mortal do mundo (OMS, 2018).

A Assembleia Mundial da Saúde, convocada anualmente pela OMS no Palácio das Nações das Nações Unidas em Genebra, aprovou, em maio de 2014, a nova estratégia global de TB pós-2015, com metas ambiciosas. A estratégia visa acabar com a epidemia global de TB, e reduzir as mortes por TB em 95% e reduzir novos casos em 90% entre 2015 e 2035. Quer ainda garantir que nenhuma família seja sobrecarregada com despesas elevadas devido à TB. A estratégia end TB estabelece marcos provisórios para 2020, 2025 e 2030 (WHO, 2015).

Margaret Chan, diretora geral da OMS, entre 2007 e 2017, referiu que todas as pessoas devem ter acesso às ferramentas e serviços inovadores de que precisam para um rápido diagnóstico, tratamento e cuidados. Segundo a ex-diretora, esta era uma questão de justiça social, fundamental para o objetivo de cobertura universal de saúde. Dada a prevalência da tuberculose resistente a medicamentos era necessário garantir alta qualidade e um atendimento completo (WHO, 2015).

A estratégia end TB tem como metas para 2035 um melhor diagnóstico da TB, incluindo novos testes, um tratamento mais seguro, fácil e mais curto (WHO, 2015).

Esta estratégia oferece ainda uma nova esperança aos milhões de pessoas que sofrem e perdem as suas vidas devido à TB (WHO, 2015).

Em Portugal as estratégias para combater a TB, também têm sido desenvolvidas. Em 2018 a DGS emitiu o documento “Tuberculose em Portugal Desafios e Estratégias”, que

apresenta como desafios melhorar a qualidade da notificação em TB, reduzir o atraso até ao diagnóstico e a proporção de doentes bacilíferos e melhorar a taxa de confirmação da doença, melhorar a taxa de sucesso terapêutico (DGS, 2018).

Este documento refere também que devem ser identificadas estratégias que permitam melhorar a adesão ao rastreio e tratamento preventivo de populações vulneráveis, apoiar o Programa Nacional de Vacinação na definição de estratégias que permitam selecionar adequada e atempadamente as crianças para vacinação BCG, melhorar a colaboração com programas dirigidos a grupos de risco de tuberculose e a cooperação intersectorial (DGS, 2018).

Por último deve ser garantida a sustentabilidade da estratégia de desenvolvimento de recursos humanos na área da tuberculose e por último, implementar a acreditação dos centros de referência de TB multirresistente (DGS, 2018).

O documento apresenta como estratégias a avaliação do sistema de vigilância através do estudo de captura e recaptura, a manutenção do sistema de alerta para o Programa Nacional de Vacinação que permita identificar falhas na aplicação da estratégia de vacinação com BCG, o desenvolvimento de informação dirigida aos médicos de Saúde Pública e Pediatria no sentido de otimizar o rastreio de TB em população infantil e otimizar a identificação das crianças expostas a doentes com TB que beneficiam de tratamento preventivo (DGS, 2018).

É referido ainda que devem se prosseguir com as ações iniciadas nos anos anteriores relativas à população migrante, reclusa e aos consumidores de substâncias psicoativas, prosseguir com o processo de formação contínua dos profissionais que trabalham em tuberculose e ainda estabelecer parcerias com a Comunidade Civil e parcerias intersectoriais (DGS, 2018).

As estratégias mais adequadas para prevenir a transmissão desta doença na comunidade, são a identificação precoce e o seu tratamento. A identificação precoce é realizada através da investigação e rastreio dos conviventes, que segundo a OMS é uma das melhores estratégias de saúde pública para diminuir o risco da transmissão da tuberculose e é uma prática comum nos países desenvolvidos (WHO, 2019).

2. PROMOÇÃO DA SAÚDE E O RASTREIO DE CONVIVENTES DAS PESSOAS COM TUBERCULOSE

No dia 21 de novembro de 1986, realizava-se a primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa que continha as orientações para atingir a Saúde para Todos no ano 2000 e seguintes. (DGS, 2003)

A carta de Ottawa descreve a promoção da saúde como um processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida. (OMS, 1986)

A saúde é vista como um conceito positivo, que acentua os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Em consequência, a promoção da saúde não é uma responsabilidade exclusiva do sector da saúde, pois exige estilos de vida saudáveis para atingir o bem-estar (OMS, 1986). Posteriormente, outras conferências internacionais tiveram como foque a promoção da saúde, como foi a conferência de Jacarta (1997) e de Adelaide (2010). O conceito de promoção da saúde foi cada vez mais conhecido pelos profissionais de saúde, inclusive, enfermeiros, observando-se a um maior enfoque para a promoção da saúde por parte dos mesmos. (Loureiro & Miranda, 2016; Stanope & Lancaster, 2011).

A promoção da saúde é um resultado do avançar da ciência, das conquistas da sociedade e da evolução do próprio conceito de saúde, não só como ausência de doença, mas como alcance do bem-estar nas suas várias formas (Loureiro & Miranda, 2016).

Promoção da saúde pode definir-se como um conjunto de esforços realizados coletivo e individualmente para que se concretize o potencial máximo de saúde que se pode desejar. (Loureiro & Miranda, 2016).

Os mesmos autores mencionaram que a prevenção da doença, a proteção da doença e a educação para a saúde são os três componentes que presentes no ensino da promoção da saúde, sendo que estes se cruzam e influenciam mutuamente.

Várias vezes fala-se da palavra prevenção, como um sinónimo de promoção da saúde, no entanto elas distinguem-se através da motivação subjacente ao comportamento. A promoção da saúde é motivada pela vontade de melhorar o bem-estar bio-psico-social, onde a pessoa lida de forma positiva com os fatores adversos da vida e ainda que a promoção da saúde consiste principalmente em estimular os fatores protetores e não apenas em evitar fatores de risco (Loureiro & Miranda, 2016; Stanhope & Lancaster, 2011).

A prevenção tem como motivação evitar a doença. No entanto, segundo Albee (1996), a palavra “prevenção” surge no contexto da promoção da saúde, como um conjunto de atitudes que devemos tomar por antecipação, de modo a evitar determinados acontecimentos. Ou seja, surge no sentido de “precaução” ou de evitar determinados riscos.

A prevenção, no âmbito do sector da saúde enquadra-se no modelo que preconiza um contínuo nos cuidados e abordagem aos indivíduos. Foca-se na alteração dos comportamentos e das práticas pessoais e sociais, no sentido da promoção da saúde individual e coletiva. Enquanto dimensão do conhecimento científico, a prevenção ganhou um grande impulso nos países ocidentais nas últimas duas décadas, que se traduziu num aumento da qualidade da conceptualização e eficácia das intervenções desenvolvidas (Albee, 1996; Loureiro & Miranda, 2016).

Mais especificamente no caso da TB, o rastreio de conviventes situa-se na prevenção da doença, encontrando-se na prevenção secundária. A temática será desenvolvida tendo em conta os conceitos de promoção de saúde e prevenção da doença, uma vez que as duas se interligam entre si, conforme referido anteriormente, com o intuito de mobilizar, divulgar e conscientizar a população sobre os sinais e sintomas da TB e a importância da realização do rastreio, a fim de interromper a cadeia de transmissão e proporcionar o diagnóstico precoce da doença.

2.1. Rastreio de conviventes e a sua relevância

A prevenção secundária corresponde à deteção precoce de problemas de saúde em indivíduos presumivelmente doentes, mas assintomáticos. Pretende-se que haja uma utilização imediata de medidas apropriadas, com vista ao rápido restabelecimento da saúde, pelo menos, um condicionamento favorável da evolução da situação, com cura ou redução das consequências da doença (Meireles, A, 2008).

Este nível de prevenção pressupõe o conhecimento da história natural da doença, a existência de um período de deteção precoce suficientemente longo e facilmente detetável.

Assim, espera-se que haja diminuição da prevalência da doença, como é o caso do rastreio dos conviventes (Bonita, R., Beaglehole, R. & Kllstrom, T., 2010).

O rastreio é um processo que utiliza testes em larga escala para identificar a presença de doenças em pessoas aparentemente saudáveis. Como normalmente os participantes do teste de rastreio são pessoas não doentes, é importante que o teste de rastreio não tenha qualquer possibilidade de causar dano (Bonita, R., Beaglehole, R. & Kllstrom, T., 2010).

Existem diferentes tipos de testes de rastreio, cada qual com objetivos específicos. O rastreio em massa, que envolve toda a população, o rastreio múltiplo ou em multifase, que envolve o uso de vários testes na mesma ocasião, o rastreio em alvo, onde é realizado rastreio de grupos que sofrem exposições específicas como, por exemplo, pessoas que trabalham em fundições e por último o rastreio oportunista que é restrito a doentes que consultam um médico por algum motivo (Bonita, R., Beaglehole, R. & Kllstrom, T., 2010).

No caso do rastreio dos conviventes estamos perante um rastreio em alvo, que envolve as pessoas que estiveram em contato com a pessoa com TB.

A condição básica para a realização de rastreio é que a doença em estudo seja grave se não for diagnosticada precocemente como é o caso da TB.

Se houver diagnóstico de TP, deve efetuar-se o rastreio aos contatos próximos para uma deteção precoce de pessoas infetadas, com o objetivo de iniciar tratamento à infeção latente, evitando a progressão futura para a doença (DGS, 2013).

É fundamental conhecer as características das pessoas a rastrear, uma vez que as crianças e as pessoas imunocomprometidas têm um risco muito elevado de, estando infetadas, progredirem para doença. Serão assim estas as pessoas a rastrear em primeiro lugar (DGS, 2013).

Nos casos de TP considera-se como marco para a estimativa do período de contagiosidade a data de início dos sintomas, em particular da tosse. No caso de não haver tosse, determina-se o período de contagiosidade com base no início dos outros sintomas ou da data do primeiro achado consistente com doença (DGS, 2013).

O risco de contágio está associado a uma série de fatores, nomeadamente os relacionados com o caso índice, os relacionados com o ambiente em que ocorre o contacto e com o tipo de contacto. No entanto, o risco é maior perante uma pessoa com exame direto de expetoração positivo para bacilos álcool-ácido resistentes (DGS, 2013).

Para a avaliação da contagiosidade, deve-se encarar a presença de Mt no lavado brônquico, no lavado bronco alveolar e no suco gástrico como equivalentes à sua presença na expetoração (DGS, 2013).

Identificar e selecionar os contactos a rastrear revela-se de extrema importância, sendo que no momento do diagnóstico, devem ser identificadas todas as pessoas consideradas como contactos próximos do doente. São definidos como contactos próximos as pessoas com 8 ou mais horas cumulativas de contacto (durante o período de contagiosidade), nos casos em que o doente tem baciloscopia positiva, ou com 40 ou mais horas cumulativas de contacto (durante o período de contagiosidade), nos casos em que o doente tem baciloscopia negativa e cultura positiva para Mt (DGS, 2013).

Considerando que a exposição também pode ocorrer fora do contexto da família e da habitação, a identificação dos contactos próximos deverá ser feita em colaboração com outros serviços e profissionais de saúde, nomeadamente a USP, quando o contexto onde ocorre o contacto é escolar ou laboral e o Médico de Medicina Geral e Familiar quando se trata apenas do contexto familiar. Em conjunto, devem ser identificados outros contactos próximos que tenham indicação para rastreio (DGS, 2013).

Numa primeira fase, que não deve ultrapassar os 15 dias após o diagnóstico do caso de doença, devem ser rastreados todos os contactos próximos, assim como aqueles que, tendo apenas contacto esporádico com o caso, apresentem algum estado de imunodepressão que os coloque em risco acrescido de desenvolver doença (DGS, 2013).

O rastreio é constituído por duas fases: na primeira é efetuada a exclusão de doença ativa com aplicação do inquérito de sintomas e a realização da radiografia pulmonar, na segunda fase utilizam-se os testes tuberculínico e IGRA (Interferon-Gamma Release Assay), para avaliar a existência de resposta imunológica adaptativa ao Mt. Perante a suspeita de doença - presença de sintomas ou alterações radiológicas sugestivas - deve-se proceder ao estudo do doente com colheita de produtos para estudo micobacteriológico. Após a exclusão de doença ativa, a interpretação do teste tuberculínico e do IGRA deve ter em consideração o grau de imunocompetência do indivíduo rastreado (DGS, 2013).

Além dos contatos próximos, existem ainda os contatos esporádicos. Estes só são considerados para rastreio no caso de uma TB com localização (DGS, 2013).

São definidos como contactos esporádicos aquelas pessoas com menos de 8 horas cumulativas de contacto com doente com baciloscopia positiva ou com menos de 40 horas cumulativas de contacto com um doente com baciloscopia negativa e cultura positiva para Mt, durante o período de contagiosidade. A seleção destas pessoas deve ser efetuada tendo

em conta a probabilidade de contágio, de acordo com as características do local e tempo de exposição. A identificação dos contactos esporádicos deverá ser feita em colaboração com outros serviços de saúde, à semelhança do que se preconizou para a identificação dos contactos próximos (DGS, 2013).

Os resultados deste rastreio alargado aos contactos esporádicos devem ser analisados de forma semelhante à proposta anterior, devendo o rastreio ser suspenso ou alargado consoante os resultados obtidos. Não há qualquer motivo para iniciar rastreios alargados sem que se siga um procedimento lógico e faseado de alargamento do rastreio de acordo com os resultados obtidos em rastreios anteriores (DGS, 2013).

O tratamento preventivo consiste num esquema com isoniazida que pode durar 6/9 meses, ou em esquemas mais curtos, de que são exemplo, 3 meses de isoniazida e rifampicina ou em casos particulares 4 meses de rifampicina (DGS, 2018).

De modo a perceber a importância do rastreio da TB na comunidade, foi realizada uma revisão bibliográfica. Esta revisão permitiu a aquisição e atualização de conhecimento sobre tema, num curto espaço de tempo e ainda análise de literatura, interpretação e análise crítica pessoal do investigador (Rother, 2007).

Esta pesquisa teve como objetivo perceber a importância do rastreio de conviventes da pessoa com TP e ainda o papel do enfermeiro nesta matéria. Foi realizada nas bases de dados EbscoHost e PubMed, bem como, pesquisa de literatura cinzenta, de modo a ter o máximo de informação sobre o tema. Delimitou-se a um espaço temporal de 10 anos, e foram incluídos documentos em português e inglês, com recurso aos termos “contact investigation”, “tuberculosis” e “nurs*”, obtendo um total de 8 documentos.

A pesquisa efetuada revelou que o rastreio de conviventes é essencial, pois identifica indivíduos com TB, promovendo o tratamento da doença e interrompendo a transmissão da doença (Duarte, 2011; Ferreira, 2012; Fox, Barry, Britton, & Marks, 2013; Verdier, Vlas, Kidgell-Koppelaar & Richardus, 2012).

A identificação dos conviventes da pessoa infetada com TB permite que seja realizado um diagnóstico precoce da doença, prevenindo maior gravidade da mesma, facilitando também o seu tratamento. Esta intervenção contribui para a eliminação da TB pois previne a ocorrência de futuros casos (Duarte, Neto, Carvalho & Barros, H., 2012; Erkens et al, 2010; Kranzer et al, 2013).

De salientar que em 2018 a DGS, vendo essa mesma importância definiu como estratégias para 2019 a otimização do rastreio de tuberculose através da interligação entre os vários profissionais de saúde e o aumento da literacia da população (DGS, 2018).

3 - A PROMOÇÃO DA SAÚDE E A ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA

Para intervir na comunidade, é fundamental que o enfermeiro seja um profissional competente e capaz de mobilizar um conjunto de ferramentas que possibilitem a consecução de um planeamento estratégico capaz de responder de forma estruturada, eficaz e eficiente à realidade de cada comunidade (ICN, 2008).

Os enfermeiros começam progressivamente a consciencializar-se da importância de uma formação especializada e da mobilização de saberes, sendo que procuram conciliar melhores formas de transferir esse conhecimento para a sua prática diária (ICN, 2008).

O enfermeiro ao trabalhar junto da população é fundamental na ação e participação comunitária na prossecução de comunidades saudáveis e desenvolvimento sustentado (ICN, 2008).

Recentemente a OE publicou o Regulamento de Competências comuns do Enfermeiro Especialista (2019), referindo que o enfermeiro especialista tem um “conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (OE, 2019).

No que concerne ao enfermeiro especialista de saúde comunitária e saúde pública, e sua intervenção na comunidade, a OE publicou o Regulamento com as suas competências. É ao enfermeiro especialista de saúde comunitária e saúde pública que cabe contribuir para “o processo de capacitação de grupos e de comunidades”, promovendo este mesmo processo com vista à consecução de projetos de saúde coletivo (OE, 2018).

Os enfermeiros têm como competência liderar processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades, intervindo em grupos e comunidades específicas, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes. Estes, tem ainda de integrar, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas, concebendo e planeando programas de intervenção no âmbito da prevenção e promoção da saúde em diferentes contextos, bem como, ser responsável pela sua

coordenação, dinamização, participação e conseqüente avaliação desses mesmos programas (OE, 2018).

No que pertence às competências do enfermeiro especialista em saúde comunitária e saúde pública, a promoção da saúde ganha mais destaque, quando cabe a este enfermeiro proceder à gestão da informação em saúde aos grupos e às comunidades, através da utilização de modelos e estruturas conceptuais no âmbito da promoção e educação para a saúde e também utilizar abordagens ativas na definição de estratégias de promoção e educação para a saúde (OE, 2018).

Os enfermeiros, que exercem a sua atividade profissional junto da comunidade, têm maior responsabilidade, competência e capacidade de intervenção, ao nível da promoção e da educação para a saúde, bem como para a prevenção da doença. É o enfermeiro que tem maior proximidade com as pessoas, famílias e a comunidade.

No que concerne ao rastreio de conviventes, uma vez que este se insere na prevenção da doença e conseqüentemente, interligado à promoção da saúde, o enfermeiro de saúde comunitária e saúde pública têm um papel preponderante, ainda mais porque existe um reconhecimento crescente à intervenção do enfermeiro no controlo da TB. Os enfermeiros que trabalham em cuidados de saúde primários são frequentemente, os primeiros a identificar e a gerir suspeitas de casos de TB. A sua atuação centra-se sobretudo na promoção da saúde (OE, 2013).

3.1 Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender

O referencial teórico escolhido de suporte ao desenvolvimento do projeto foi o Modelo de Promoção de Saúde (MPS) de Nola Pender, pois este visa a promoção da saúde baseando-se na mudança de comportamento das pessoas. A aplicação deste modelo torna-se essencial na atuação do enfermeiro na prevenção da TB, que sensibiliza para a importância do rastreio da pessoa que contactou com o doente com TP.

Nola Pender, detém conhecimentos elevados de desenvolvimento humano de psicologia experimental e de ensino, tendo desenvolvido uma perspetiva holística de enfermagem e criar o seu MPS em 1982 e revisto em 1996 (Figura 2).

O MPS surge como uma proposta para relacionar a enfermagem com a ciência do comportamento, identificando os fatores que influenciam comportamentos saudáveis. Ele integra e sustenta-se na teoria de aprendizagem e na psicologia social (Tomey & Alligood, 2004).

Na construção do modelo, foram utilizadas como bases teóricas a Teoria de Aprendizagem Social e o Modelo de Avaliação de Expectativas, ambos pertencentes à área da psicologia (Pender, Murdaugh & Parsons, 2019).

Este modelo centra-se na pessoa, sob uma abordagem holística, e considera que a mudança de comportamentos é uma aprendizagem individual que vai influenciar o grupo ou a comunidade. É mencionado também a importância de perceber a pessoa integrada no seu ambiente bio-psico-socio-cultural com vista à promoção da saúde. Esta consiste num processo que capacita o indivíduo, família, grupo e comunidade para adquirir controlo sobre os determinantes da sua saúde (Pender, Murdaugh & Parsons, 2019).

Pender (2019), refere que os comportamentos são desenvolvidos e alterados com base em avaliações pessoais sobre crenças e valores e na Teoria Cognitiva de Aprendizagem. Ainda refere que para alterar comportamentos, o indivíduo tem necessidade de adquirir novos conhecimentos que permitam uma reestruturação do pensamento e ainda que o indivíduo também altere comportamentos reagindo à motivação para resolver problemas e encontrar respostas (Pender, Murdaugh & Parsons, 2019).

Central no modelo de Pender, é a Teoria de Aprendizagem Social ou Teoria Cognitiva Social, de Albert Bandura, que se baseia numa abordagem cognitiva, mas também consagra que o comportamento se modifica em função das suas consequências imediatas (princípios da Teoria do Behaviorismo). A Teoria de Aprendizagem Social defende que as pessoas criam objetivos para si mesmas e preveem os resultados prováveis de atos prospectivos para guiar e motivar seus esforços antecipadamente (Bandura, Azzi & Polydoro, 2008).

Bandura (2008), refere que o comportamento do indivíduo deriva e é frequentemente motivado por instintos, impulsos, necessidades e ações e sustenta igualmente que este comportamento é alterado em função de processos cognitivos que incluem auto-crenças, designadamente a auto-atribuição, auto-avaliação e auto-eficácia. A auto-eficácia consiste numa convicção do próprio, nas suas capacidades de realizar uma ação e é uma conceção crucial no modelo de Nola Pender (Bandura, Azzi & Polydoro, 2008; Tomey & Alligood, 2004).

Ainda de acordo com a Teoria de Aprendizagem Social, o comportamento do indivíduo resulta dos determinantes - fatores pessoais, acontecimentos e comportamentos que, em permanente interação, se influenciam mutuamente e que é adotado em função do que o indivíduo valoriza e concebe como capaz de realizar (Pender, Murdaugh & Parsons, 2019).

O Modelo de Promoção da Saúde define como principais conceitos: a pessoa, o meio ambiente, a enfermagem, a saúde e a doença. Para aplicar o modelo à prática é necessário definir estes conceitos (Pender, Murdaugh & Parsons, 2019).

A Pessoa é um ser biopsicossocial com características individuais, e experiências de vida que influenciam os seus comportamentos, incluindo comportamentos de saúde (Pender, 1996). Neste contexto, a pessoa é representada pelos conviventes do doente com tuberculose.

O meio ambiente é o contexto social, cultural e físico onde a vida se desenrola. O meio ambiente pode ser manipulado pelo indivíduo para criar um contexto facilitador à adoção de comportamentos que melhoram a sua saúde. Quanto ao ambiente este é o contexto socioeconómico e cultural em que vivem as famílias, a sua relação com o ambiente e o seu acesso a recursos de saúde (Pender, Murdaugh & Parsons, 2019).

A enfermagem é a colaboração com os indivíduos, famílias e comunidades para criar condições favoráveis, de forma a atingir um alto nível de bem-estar e saúde (Pender, 1996). Pressupõe planear intervenções e estratégias individualizadas para os conviventes, de forma a promover comportamentos saudáveis, e capacitá-los para a realização do rastreio da tuberculose (Pender, Murdaugh & Parsons, 2019).

A saúde neste modelo é definida sob o aspeto individual, familiar e comunitário, com ênfase na melhoria do bem-estar, do potencial humano, no desenvolvimento de capacidades e não como ausência de doenças (Pender, Murdaugh & Parsons, 2019).

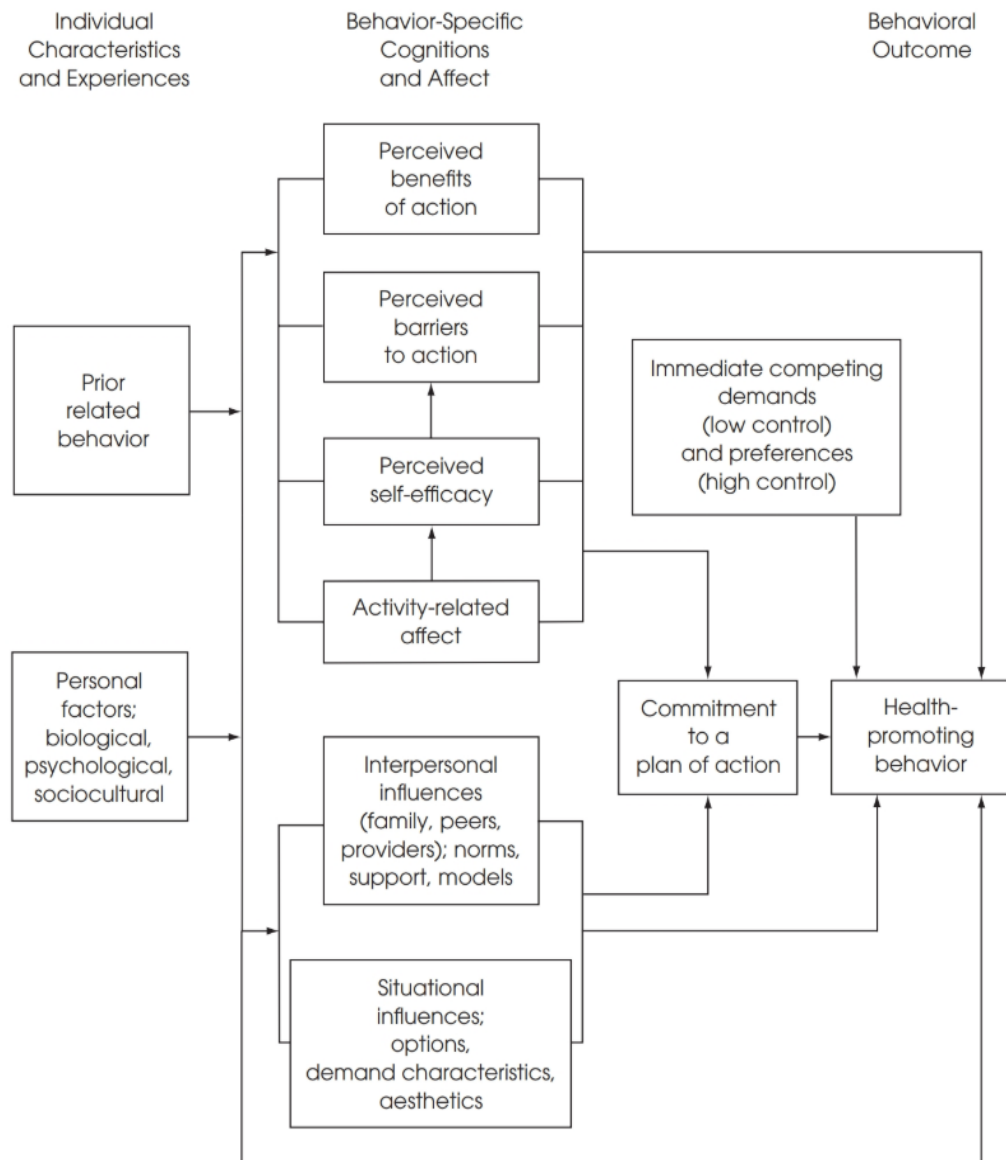
Assim, integrando vários construtos, o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender apresenta três grandes dimensões:

1. Características e Experiências Individuais que integram o comportamento anterior e ainda fatores pessoais biológicos, psicológicos e socioculturais.

2. Sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que integram os benefícios e as barreiras percebidos para a ação; a autoeficácia percebida; os sentimentos relacionados ao comportamento; as influências interpessoais concretamente da família, pares e prestadores de cuidados, assim como normas, apoios e modelos e ainda as influências situacionais (opções, exigências e estética).

3. Resultado do comportamento em que se conjugam as exigências (controle baixo) e preferências (controle alto) de competição e ocorre o Compromisso com um Plano de Ação de modo a que seja adotado um Comportamento de Promoção de Saúde (Pender, Murdaugh & Parsons, 2019).

Figura 2 - Diagrama representativo do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (1996)



Fonte: Murdaugh, C., Parsons, M. & Pender, N. (2019 p.42).

4. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE

O Planeamento em Saúde “procura mudanças no comportamento das populações a nível, por exemplo, dos seus hábitos de saúde ou na utilização dos serviços, que fazem considerá-lo um processo de mudança social induzida” (Imperatori e Giraldes 1993, p.7).

Tavares (1990), afirma que o Planeamento em Saúde “procura, em última análise, um estado de saúde, através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças no comportamento das populações” (Tavares,1990, p.37).

Assim, Planeamento em Saúde é definido como “a racionalização do uso de recursos com vista a atingir objetivos fixados, em ordem à redução de problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores económicos” (Imperatori e Giraldes,1993, p. 23).

Tem como objetivo a implementação de programas/projetos alicerçados na identificação dos problemas de saúde da comunidade e dos fatores que a condicionam, através da elaboração do diagnóstico de saúde da comunidade, cujo objetivo fundamental é a obtenção de ganhos em saúde (Imperatori e Giraldes,1993).

A avaliação da saúde da comunidade é um processo de definição de necessidades, oportunidades e recursos envolvidos em programas de saúde, em que as medidas a implementar devem ser cuidadosamente selecionadas de acordo com as características da população e dos problemas de saúde encontrados (Pender, Murdaught e Parsons, 2019).

Segundo Tavares (1990), para a elaboração de projetos com importância prática evidente, é necessário identificar as necessidades e problemas importantes na área da saúde, exigindo o dispêndio de recursos escassos, contribuir para a sua resolução e satisfazer os objetivos da instituição onde se pretende que seja desenvolvido

O desenvolvimento de um plano sistemático para a mudança de comportamento fornece ao cliente a oportunidade de expressar formas intencionais de aumentar o bem-estar e aumentar a satisfação com a vida. O planeamento em saúde é um processo dinâmico e é importante que este seja flexível para atender às necessidades de mudança do cliente (Pender, Murdaught e Parsons, 2019).

A metodologia utilizada no desenvolvimento do presente projeto de intervenção comunitária teve como base o Planeamento em Saúde, segundo Tavares (1990), com as principais etapas: diagnóstico da situação; determinação de prioridades; fixação de objetivos; seleção de estratégias; preparação operacional; e avaliação.

Nesta fase foi elaborado um cronograma de atividades de acordo com as etapas do planeamento em saúde (Apêndice 1).

4.1. Diagnóstico de Situação

O primeiro passo para o planeamento é o diagnóstico da situação e este deve corresponder às necessidades da população beneficiária, sendo que a “concordância entre diagnóstico e necessidades determinará a pertinência do Plano, do Programa, do Projeto” (Tavares, 1990). Após a definição do diagnóstico é então possível iniciar e justificar as atividades, sendo o ponto a partir do qual se avalia o avanço alcançado com as atividades implementadas (Imperatori e Giraldes, 1993).

4.1.1. Contextualização

O ACES onde foi desenvolvido o estágio, apresenta uma área de influência sobreponível ao concelho donde se insere, dividindo-se em 6 freguesias. (Plano Local de Saúde 2014-2016). O concelho onde se insere tem a maior densidade populacional em Portugal, com uma pirâmide etária e índices demográficos semelhantes ao nível regional e nacional. O envelhecimento da população é uma realidade idêntica à região onde este se insere. Em 2011, 18,7% da população tinham 65 ou mais anos.

Socialmente, este concelho destaca-se pela sua elevada população de migrantes, essencialmente oriundos de países do continente africano (6,29% no total), com uma taxa de desemprego e de dependência do agregado familiar superior à média nacional. Uma parte significativa da população depende do rendimento social de inserção. As condições habitacionais também representam um problema, sendo que a habitação informal tem elevada expressão. Essas habitações tendem a ter uma elevada concentração de residentes estrangeiros de classe socioeconómica mais baixa. Em relação ao abastecimento de águas o concelho tem uma cobertura da área total, sendo superior ao reportado a nível regional e nacional (Plano Local de Saúde 2014-2016).

No que concerne à saúde materno-infantil, o ACES tem uma proporção de nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos superior à região e uma das menores proporções de nascimentos em mulheres com idades superiores a 35 anos. Apresenta taxas de mortalidade infantil e de recém-nascidos com baixo peso superiores à ARS de Lisboa e Vale do Tejo e ao nacional (Plano Local de Saúde 2014-2016).

A VIH/SIDA também constitui um problema de saúde importante na comunidade, com uma prevalência superior à regional e nacional, com uma incidência de infeção de 25,7/100.000 habitantes. A diabetes apresenta-se subdiagnosticada, e mesmo quando é diagnosticada corretamente evidência um registo nos sistemas de informação deficitário, pois o número de inscritos na ACES com diagnóstico de diabetes é inferior ao encontrado a nível regional e nacional. O mesmo fenómeno ocorre com a hipertensão arterial, com uma prevalência reportada inferior à nacional (Plano Local de Saúde 2014-2016).

A taxa de mortalidade por todas as causas é semelhante à taxa nacional, mas o ACES tem um maior número de anos de vida perdidos. O cancro da mama e do colo do útero, por afetarem mulheres ainda jovens, são problemas de saúde com muita expressão nos anos de vida perdidos (Plano Local de Saúde 2014-2016).

O Plano Local de Saúde refere que existe uma taxa de incidência de TB muito superior à região da sua ARS. Em 2011 e 2012 a taxa de incidência foi respetivamente de 41,8/100.000 e 45,4/100.000, o que corresponde ao aumento de 3,6% no último ano. Perante estes números, justifica-se neste concelho, ações de intervenção diferentes e específicas daquelas recomendadas a nível nacional (Plano Local de Saúde 2014-2016).

A TB, definida como 5ª prioridade no PLS e como um problema de saúde pública, surge como um problema de saúde onde é emergente atuar (Plano Local de Saúde 2014-2016).

Em novembro de 2018 a USP do ACES realizou um levantamento acerca da TB com a finalidade de identificar as áreas geográficas que possam ser utilizadas como identificador de risco para a TB, para fundamentar/consolidar a redefinição das recomendações de vacinação com a BCG. Os objetivos eram a georreferenciação dos casos de TB ativa entre 2015 e 2017, calcular incidências cumulativas por freguesia e seção estatística, identificar clusters de casos por freguesias e identificar zonas com maior densidade de casos. Os resultados foram de 161 casos identificados (Plano Ação ACES, 2019).

Estes números geraram preocupação na equipa de saúde da USP, e isto, juntamente com a reformulação do CDP, de quem, muito recentemente, a USP é responsável, foram fatores preponderantes para que a tuberculose e o rastreio dos conviventes fossem um tema prioritário para o ano de 2019. Foi necessário, parte da equipa da USP, gerir o trabalho

realizado no CDP, o que não era realizado anteriormente, sendo necessário desenvolver um grande trabalho neste sentido.

No primeiro semestre de 2019 foram identificados 27 casos de TP no ACES, como foi referido anteriormente, identificar esses conviventes é essencial pois previne a ocorrência de futuros casos, além de que, também torna possível uma deteção precoce da doença.

No entanto, foi possível identificar que um número elevado de conviventes da pessoa com TP não adere ou não completa o rastreio. No primeiro semestre de 2019, foram identificados pelos doentes 115 conviventes, sendo que, apenas 36,5% dessa população realizaram o rastreio completo, pois 35.6% não completaram o rastreio e 27.8% não fizeram qualquer parte do rastreio (Plano de Ação do ACES, 2019).

4.1.2. População alvo e amostra

Segundo Fortin (2009), a população é um grupo de pessoas ou elementos, que têm características comuns. A população alvo da intervenção comunitária foram os conviventes da pessoa com TP, cujo nome foi fornecido pelos utentes diagnosticados com TP de 1 de julho a 15 de novembro de 2019, do ACES.

Foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão a fim de obter a amostra, sendo por isso, uma amostragem não probabilística por conveniência. Foram definidos os critérios de inclusão e exclusão que se encontram no quadro 1 (Fortin, 2009), o que nos levou a uma amostra de 28 conviventes

Chegou-se então a uma amostra de 28 utentes.

Quadro 1 – Critérios de inclusão e de exclusão

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
A pessoa ter estado em contato com pessoa com TP	A pessoa não ter condições físicas para se deslocar
Idade superior a 18 anos	
Estar orientado na pessoa, espaço e tempo	Já ter iniciado rastreio noutra local
Expressar-se em língua portuguesa	

4.1.3. Instrumento de recolha de informação

Para obter informação que nos permita conhecer a população alvo e a sua saúde é necessário recolher informação, e após a colheita dos dados já existentes, deve proceder-se à produção de novos dados, que estejam em falta para que se possa formular o diagnóstico de situação (Shuster e Goeppinger, 2011).

A metodologia escolhida foi qualitativa, uma vez que esta valoriza a subjetividade, as múltiplas realidades e permite que o investigador faça parte deste processo. Esta metodologia assenta na descoberta, descrição, compreensão e interpretação de fenómenos, permitindo ainda ver o problema integrado no seu contexto. (Fortin, 2009)

De modo a realizar a recolha de informação optou-se por, primeiramente, em aceder aos dados do SINAVE e SCLinic, de forma a identificar o número de doentes diagnosticados com TP de julho a novembro, a fim de identificar os seus conviventes. Foi acedido à base de dados interna, criada pelo CDP do ACES, com os dados dos conviventes e com o seu processo de rastreio. Desta forma foi possível obter os dados sociodemográficos das pessoas a incluir no projeto. A informação obtida, foi colocada numa tabela Excel, de forma a trabalhar a informação com maior facilidade.

Para enriquecer o diagnóstico de situação e construir o instrumento de colheita de informação, foi realizada uma *scoping review*, com a finalidade de identificar os motivos que levam os conviventes a não aderir ao rastreio, e assim direcionar a entrevista a ser realizada.

Uma *scoping review* permite mapear os principais conceitos associados a uma área de pesquisa. Esta também esclarece definições de trabalho e/ou os limites conceptuais de um tópico, como ainda orienta para uma revisão sistemática ou revisões subsequentes. A *scoping review* ajuda a identificar e a definir questões mais precisas e critérios de inclusão apropriados, como as intervenções, comparadores e resultados de interesse (Arksey & O'Malley, 2005).

Foi realizada pesquisa nas bases de dados EBSCOHost e PubMed, bem como, pesquisa de literatura cinzenta, de modo a ter o máximo de informação sobre o tema.

Após a consulta dos descritores no DeCS e no MeSH foi feita uma pesquisa na EBSCOHost e PubMed com a seguinte frase booleana: “contact investigation” OR “contact tracing” OR “household contact” AND “screening” OR “tracking” AND “tuberculosis”. Delimitou-se a um espaço temporal de 5 anos, de forma a obter a mais recente informação sobre o tema e foram incluídos documentos em português e inglês. Após aplicação do

fluxograma prisma, obteve-se uma amostra de 5 artigos e os resultados foram apresentados em tabela (Apêndice 3).

Os principais resultados, referem como motivos para o convivente não realizar o rastreio a falta de informação sobre a doença e o seu tratamento, o estigma acerca da doença, o baixo nível educacional, a falta de aconselhamento, o facto de a pessoa com TB não querer fornecer os seu contatos. Os motivos podem prender-se ainda por falta de motivação para ir ao local onde se realiza o rastreio, incapacidade de a pessoa com TB se lembrar dos conviventes ou não querer dizer o seu diagnóstico aos conviventes e ainda a pessoa não vê a importância do rastreio porque não se sente doente (Ayakaka et al 2017; Barroso, 2018; Fox et, Gebregergs & Alemu, 2015; Oliveira et al, 2017).

A colheita de informação após a pesquisa bibliográfica, foi realizada através de uma entrevista semiestruturada (ou semidiretiva) a peritos na área da TB do ACES. A entrevista, enquanto método de recolha de informações, no sentido mais rico da expressão adequa-se particularmente, à análise do sentido que os atores dão às suas práticas e aos acontecimentos com os quais são confrontados (Quivy e Campenhoudt, 2018).

A entrevista utilizada permitiu que os entrevistados tivessem uma grande liberdade na abordagem da temática em questão, para que, através das perguntas abertas, houvesse possibilidade do discurso do entrevistado, decorrer com liberdade e com criatividade, ao mesmo tempo que o investigador o orienta, no sentido de dar resposta aos objetivos e questões de investigação, permitindo uma maior liberdade de expressão relativamente às questões colocadas. (Quivy e Campenhoudt, 2018).

A formulação das perguntas surgiu pela observação dos cuidados prestados no CDP e da pesquisa bibliográfica efetuada (Apêndice 2).

Foram obtidas opiniões de quatro peritos, escolhidos por trabalharem a área da TB, na USP, tendo um maior conhecimento na área, através de entrevistas de forma a perceber as necessidades desta população de modo a ir de encontro das mesmas, com vista o aumento da adesão dos conviventes aos rastreios, tendo em conta o ponto de vista de quem trabalha no local. A entrevista tinha ainda como objetivo perceber como era realizado atualmente o encaminhamento dos conviventes na perspectiva de cada profissional da equipa multidisciplinar.

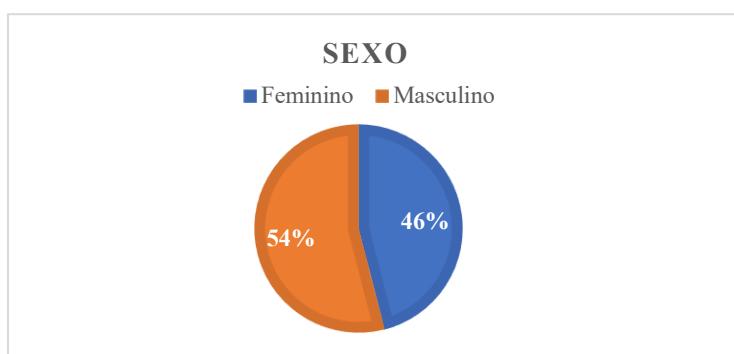
As entrevistas foram realizadas após consentimento, nas respetivas salas de trabalho dos peritos. Elaborou-se um registo escrito da entrevista, submetido à validação dos entrevistados após transcrição.

4.1.4. Análise da informação

Após a recolha de informação, esta foi analisada, a fim de obtermos os diagnósticos de enfermagem. Inicialmente foi trabalhada a informação sociodemográfica obtida através das plataformas do SClinic, SINAVE e da base de dados interna no CDP.

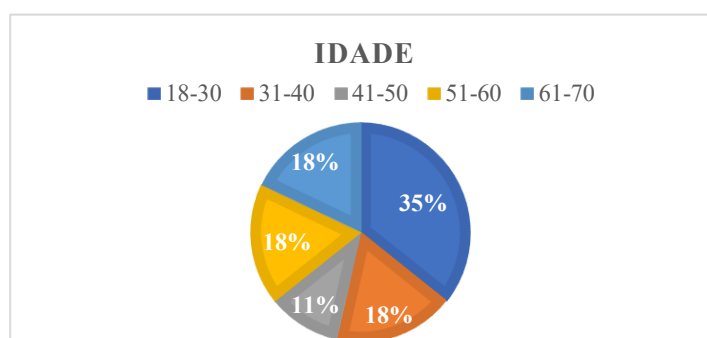
Verificou-se que nos conviventes, no total de 28 pessoas, a população masculina era ligeiramente superior à população feminina, representada no gráfico 1.

Gráfico 1 – Caraterização sociodemográfica por sexo



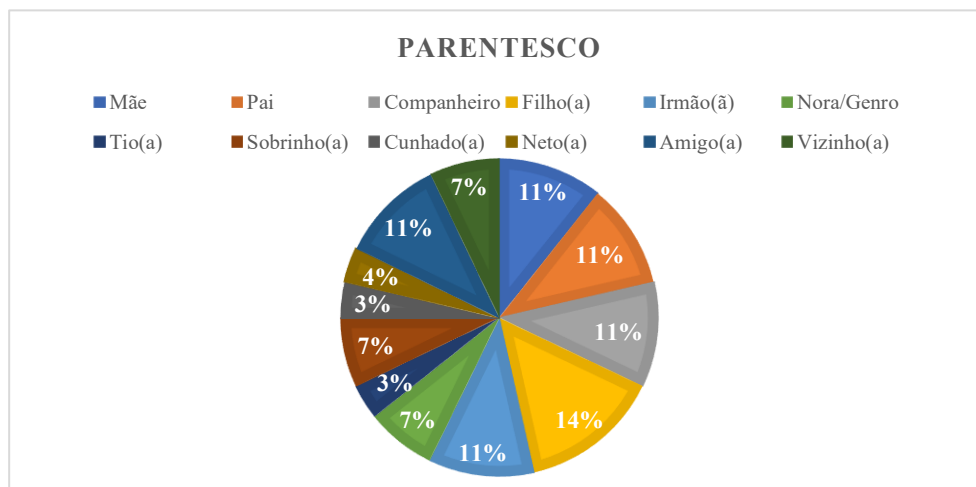
Constatou-se também que 35, 7%, da população, tinha idades entre 18 e 30 anos, representando assim a maior percentagem. De referir ainda que não havia nenhum indivíduo com idade superior a 70 anos, conforme se verifica no gráfico seguinte.

Gráfico 2 - Caraterização sociodemográfica por idade



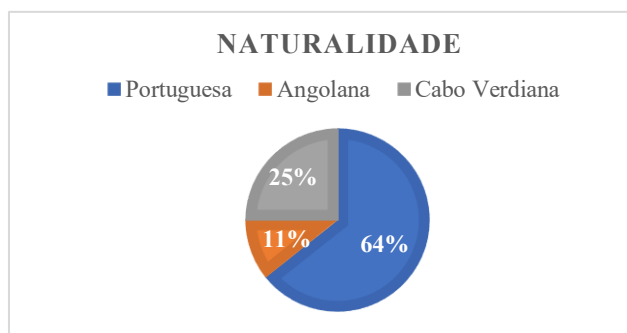
No que concerne ao parentesco do convivente para com a pessoa com TB, pode-se observar que não há um grau de parentesco representativo, de maior relevância, identificado. No entanto, o maior grupo identificado, foi o dos filhos com 14%, como se pode observar no gráfico 3.

Gráfico 3 – Caraterização sociodemográfica relacionada com o parentesco



Na naturalidade observou-se que grande parte da população é portuguesa, com 64,3%. No entanto, há um número expressivo de população estrangeira, sendo que 25% é cabo-verdiana e 10,7% angolana (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Caraterização sociodemográfica relacionada com a naturalidade



Após analisados os dados sociodemográficos foi analisada a informação obtida nas entrevistas. Para isso, recorreu-se à técnica de análise de conteúdo segundo Bardin (2016) (Apêndice 4).

Bardin (2016), refere que a análise de conteúdo é utilizada como instrumento diagnóstico, de modo a que possa levar a cabo inferências específicas ou interpretações causais sobre um dado aspeto. Na análise das entrevistas foi decidido aplicar esta técnica respeitando as três fases cronológicas, sendo estas a pré-análise do material, a exploração e o tratamento dos resultados (Bardin, 2016).

A pré-análise é a fase da organização propriamente dita, tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais e tem três missões que são, selecionar os documentos a utilizar, formulação das hipóteses e dos objetivos (Bardin, 2016).

Inicialmente foi realizada a organização dos documentos e uma leitura “flutuante” das entrevistas de modo a tirar as primeiras impressões. O documento de análise foi determinado à priori, o que pode acontecer segundo a autora. Neste documento foram definidos os temas a serem explorados – motivos que levam o convivente a não realizar o rastreio, a articulação entre o USP e CDP e estratégias para aumentar a adesão e chegar a um diagnóstico de situação que vá de encontro às necessidades sentidas e expressas (Bardin, 2016).

A análise qualitativa é o facto de a inferência ser fundamentada na presença do índice (tema ou palavra) e não sobre a frequência da sua aparição. O tema é uma unidade de significação que se liberta naturalmente do texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura. O texto pode ser recortado em ideias constituintes, em enunciados e em proposições portadores de significações isoláveis (Bardin, 2016).

Para chegar a um resultado que fosse de encontro à exploração da temática, o resultado baseou-se na pesquisa bibliográfica já efetuada, dando relevância ao significado das expressões e não à sua dimensão ou frequência. Efetuou-se deduções e inferências específicas sobre o conteúdo apresentado.

Na exploração do material, e após a leitura, foram organizadas unidades de contexto e unidades de registo. A unidade de contexto serve de compreensão para codificar a unidade de registo e corresponde ao segmento da mensagem cujas dimensões são ótimas para que se possa compreender a significação exata da unidade de registo. Esta pode, por exemplo, ser uma frase para a palavra e o parágrafo para o tema (Bardin, 2016).

Segundo Bardin (2016), as unidades de contexto e unidades de registo devem ser claras para que se possa fazer inferências sem significados dúbios, deve existir exclusão mútua na distribuição das unidades de contexto e unidades de significação.

A análise qualitativa é o facto de a inferência ser fundamentada na presença do índice (tema ou palavra) e não sobre a frequência da sua aparição. Na fase de categorização, foram evidenciadas três dimensões relacionadas com as necessidades organizacionais (articulação/gestão), as necessidades dos conviventes e a necessidade de melhorar a acessibilidade.

Nesta análise de conteúdo podemos então identificar que existem necessidades emergentes na adesão ao rastreio dos conviventes da pessoa com TP, nas quais se pode intervir, confirmando a hipótese levantada.

No que concerne às necessidades dos conviventes estão presentes preocupações com a falta de conhecimento dos conviventes acerca do rastreio em expressões como:

“(...) há sempre pessoas com dívidas”^{E4},
“(...) desconhecimento da possibilidade da doença e baixa literacia de saúde em geral”^{E1},
“(...) por falta de informação, não tem noção da situação”^{E4},
“(...) é a falta de informação que leva à má adesão”^{E4}
“(...) recusam-se porque dizem que está tudo bem, que não tem sintomas, não sentem nada e não querem vir”^{E3},

Também estão presentes essas preocupações na sugestão de estratégias em expressões como:

“(...) aumentando o conhecimento da população”^{E1},
“(...) se forem realizadas ações de formação (...) haverá maior adesão”^{E4}
“(...) podia ser uma forma de as pessoas aderirem mais, estarem mais informadas”^{E3}.

Atuar na adesão aos rastreios, tendo em conta as necessidades dos conviventes, assenta na educação para a saúde. No que respeita às necessidades organizacionais (articulação/gestão), estas são evidentes quando os peritos expressam:

“(...) perdia-se muito tempo e era muito tempo de espera, quanto maior o tempo de espera maior a probabilidade de insucesso”^{E2}
“(...) há rastreios que estão a decorrer há muito tempo”^{E2}.

A necessidade de melhorar a acessibilidade foi expressa por um perito na seguinte expressão:

“as pessoas têm que percorrer grandes distâncias e isso não ajuda”^{E4}.

A revisão da literatura efetuada previamente, vai de encontro ao que foi expresso pelos peritos.

Os resultados do diagnóstico de situação foram apresentados em reunião à equipa da USP. Considerou-se que o diagnóstico de situação aproxima as necessidades expressas e

sentidas com as necessidades reais, tendo a atual realidade da USP, como responsável pelo CDP.

4.1.5. Problemas Identificados

Para realizar um diagnóstico de situação, é necessário o conhecimento do significado do conceito de problema de saúde, que corresponde a um estado de saúde julgado deficiente. A definição dos problemas de saúde da população consiste na última etapa do diagnóstico de saúde (Tavares, 1990).

Após esta análise foram identificados diagnósticos de enfermagem, segundo a CIPE® versão 2015. Esta consiste num instrumento de informação para descrever a prática de enfermagem e ao longo do tempo foi sofrendo várias alterações (OE, 2015).

A utilização da CIPE, permite um desenvolvimento contínuo da profissão, dando maior uniformização e visibilidade aos cuidados de Enfermagem. Estes aspetos são fundamentais para a melhoria dos cuidados prestados à população – clarificam-se conceitos e diagnósticos, harmonizam-se intervenções e resultados. Mas são igualmente importantes para a análise dos cuidados, surgindo como um importante suporte à definição de necessidades e das políticas de saúde (OE, 2015).

De acordo com a CIPE, um diagnóstico de enfermagem consiste na designação atribuída por um enfermeiro à decisão sobre um fenómeno que constitui o foco das intervenções; deve incluir um termo do Eixo do Foco e um termo do Eixo do Juízo. Pode incluir termos adicionais de outros eixos, conforme o necessário (OE, 2015).

Após a análise dos resultados e tendo como guia orientador, o MPS de Nola Pender, procedeu-se à realização dos diagnósticos de enfermagem, apresentados no quadro 2.

Quadro 2 – Diagnósticos de enfermagem

Necessidades	MPS (N. Pender)	Diagnóstico Enfermagem CIPE® 2015
Organizacionais (articulação/gestão) das unidades de saúde	Comportamento anterior	Rastrear acompanhamento comprometido
Dos conviventes		Conhecimento diminuído do convivente sobre o teste de diagnóstico
Melhorar a acessibilidade aos serviços		Acesso ao rastreio comprometido

4.2. Determinação de Prioridades

A definição de prioridades é a segunda etapa do planeamento em saúde, sendo considerado um processo de tomada de decisão (Tavares, 1990), e é condicionada pela anterior, o diagnóstico de situação, e determinará a seguinte, a etapa de fixação de objetivos (Imperator & Giraldes, 1993).

Todos os processos de decisão englobam sempre, de forma mais ou menos explícita, a adoção de critérios, com base nos quais se opta entre as alternativas possíveis (Tavares, 1990). Foram, assim, definidos os seguintes critérios de decisão: Amplitude ou magnitude do problema; Vulnerabilidade ou eficácia da intervenção; Exequibilidade da intervenção.

A determinação de prioridades foi realizada através do método de grelha de análise (Anexo 2), que consiste na determinação de prioridades, partindo dos critérios de importância do problema, relação entre o problema e os fatores de risco, capacidade técnica de resolver o problema e exequibilidade da intervenção, utilizando uma grelha de análise, onde se atribui sucessivamente uma classificação de mais (+) ou menos (-) de forma sequencial aos critérios acima enunciados. (Tavares, 1990) Pode-se observar a grelha de análise no quadro 3.

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 da intervenção	
Conhecimento diminuído do convivente sobre o teste de diagnóstico	+	+	+	+	1
Rastrear acompanhamento comprometido	+	+	-	-	4
Acesso ao rastreio comprometido	+	+	-	-	4

Tendo em conta o MPS e de forma a que a tomada de decisão fosse adequada aos problemas identificados, a necessidade de intervir a nível cognitivo, como benefício á alteração do comportamento de forma eficaz e para o compromisso com o plano de ação ao longo do tempo, permite selecionar o problema conhecimento diminuído do convivente sobre o teste de diagnóstico obtido o como resultado a recomendação 1, ou seja prioridade máxima.

É de salientar que segundo o MPS de Nola Pender, as pessoas comprometem-se mais facilmente com comportamentos dos quais preveem benefícios como é o caso do rastreio. Devido à limitação do tempo disponível para a sua execução, não se conseguem obter resultados imediatos e visíveis. Assim optou-se por intervir apenas neste problema.

4.3. Fixação de Objetivos

A fixação de objetivos surge como a terceira etapa do planeamento em saúde. Segundo Tavares (1990), os objetivos correspondem aos resultados visados em termos de estado que se pretende para a população-alvo e pela implementação dos projetos, constitutivos dos programas que, no seu conjunto, formam os planos (Tavares, 1990).

Em termos de estrutura os objetivos devem ser pertinentes, precisos, realizável e mensurável (Tavares, 1990).

Os principais tipos de indicadores são os de resultado ou de impacto, que permitem quantificar as alterações verificadas num problema ou a situação atual desse problema, e os de atividade ou de execução, que permitem quantificar a atividade desenvolvida (Tavares, 1990).

Entende-se o objetivo, como sendo o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível da evolução de um problema que se altera, em princípio a tendência da evolução natural desse problema, traduzindo em termos de indicadores de resultado ou de impacto (Imperatori & Giraldes, 1993).

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).

De seguida são traçados os objetivos operacionais, designados por metas, que são os enunciados dos resultados desejáveis e tecnicamente exequíveis das atividades, sendo traduzidos em indicadores de atividade, mensuráveis a curto prazo (Imperatori & Giraldes, 1990).

Foi traçado, como objetivo geral deste projeto, contribuir para um aumento da adesão ao rastreio dos conviventes da pessoa com tuberculose pulmonar.

Foram traçados como objetivos específicos: clarificar junto dos conviventes da pessoa com tuberculose pulmonar a importância da adesão ao rastreio, apoiar o convivente na tomada de decisão para completar o rastreio e envolver os profissionais de saúde para que haja continuação do projeto

4.4. Seleção de Estratégias

Tavares (1990), refere que é na seleção de estratégias que se pretende propor novas formas de atuação, com fim de serem atingidos os objetivos delineados.

Esta etapa pede “uma grande criatividade por parte dos planificadores e deve, contudo, incluir um conjunto de passos para a conceção e seleção da estratégia a adotar” (pg. 145), e é uma das etapas mais fundamentais num processo de planeamento.

Imperator & Gerald (1993), define estratégia de saúde como o conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo assim, um ou mais problemas de saúde.

Tendo em conta o referencial teórico escolhido, as intervenções a ser utilizadas situam-se no âmbito do comportamento específico, em que se procura que a pessoa perceba os benefícios e as barreiras para a ação, sem esquecer os seus sentimentos e influências pessoais essenciais para o surgimento de um comportamento de promoção da saúde. Sendo assim, as estratégias a serem utilizadas no objetivo específico clarificar junto dos conviventes da pessoa com tuberculose pulmonar a importância da adesão ao rastreio a ser utilizadas são as educacionais (Pender, Murdaugh e Parsons, 2019).

A OMS descreve educação para a saúde como todas e quaisquer combinações de experiências de aprendizagem concebidas para ajudar os indivíduos e as comunidades a melhorar a sua saúde, através do aumento do seu conhecimento, ou, influenciando as suas atitudes (WHO, 2013). A educação e a formação são “alicerces essenciais para o futuro das pessoas e do país” (Pineault, R, 2016, p. 11)

Segundo Pender (2019), a educação em saúde concentra-se em atividades e experiências de aprendizagem para indivíduos e grupos. É um componente da promoção da saúde e é uma parte essencial da comunicação entre profissionais de saúde e clientes. A educação em saúde progrediu nos profissionais de saúde, fornecendo informações que eles acham que o cliente deveria conhecer para um processo compartilhado de tomada de decisão.

A Carta de Ottawa foi o catalisador que moveu a promoção da saúde para além de ser definida como uma atividade educacional para um conceito mais amplo, que também se concentrava no ambiente social e político (Pender, Murdaugh e Parsons, 2019).

A educação para a saúde é central seja para a promoção e proteção da saúde, seja para a prevenção das doenças -primária, secundária, terciária (Ribeiro, 2015).

A escolha da estratégia a utilizar, foi ainda assente em quatro parâmetros, os custos, os obstáculos, a pertinência e as vantagens e inconvenientes da mesma (Tavares, 1990).

Estes parâmetros foram discutidos em reunião com a enfermeira orientadora e com a enfermeira do CDP. Foi tido em conta o tempo que seria necessário despende e os recursos materiais. Os custos existentes para a implementação das estratégias, foram o tempo despendido pela enfermeira orientadora. No que concerne aos obstáculos a esta estratégia foi tido em conta, a dificuldade em contactar os conviventes para qualquer atividade de educação para a saúde. Considerou-se, no entanto, que continuava a ser pertinente, no sentido que vai aumentar os conhecimentos em saúde e ajudar o convivente na tomada de decisão de completar o rastreio e vantajoso, pois iria capacitar os conviventes a aderir ao rastreio.

Foi ainda selecionada para este **primeiro objetivo específico** a estratégia de criar mecanismos de informação à comunidade, pois informação apropriada pode ajudar a tomar decisões informadas para reduzir riscos para a saúde (WHO, 2018). Deste modo seria criada informação em suporte de papel que possa ser fornecido à comunidade. Os custos existentes para a implementação das estratégias, foram o tempo despendido pela enfermeira orientadora e a impressão destes folhetos. Considerou-se que não haveria obstáculos a esta estratégia e esta era pertinente, pois iria também aumentar os conhecimentos em saúde e ajudar o convivente na tomada de decisão de completar o rastreio e teria também a vantagem de capacitar os conviventes a aderir ao rastreio.

Para o **segundo objetivo específico**, o de apoiar o convivente na tomada de decisão para completar o rastreio, selecionou-se como estratégia a facilitação de agendamento do rastreio, com recurso à secretária do CDP, considerou-se que os custos desta estratégia se prendiam pelo tempo e disponibilidade da secretária e teria como obstáculos a possibilidade de esta estar indisponível. No entanto, considerou-se pertinente e vantajoso no sentido em que aumentaria o número de conviventes com consulta marcada e consequentemente com rastreio realizado.

Para o **terceiro objetivo específico**, que pretendia envolver os profissionais de saúde para que haja continuação do projeto a estratégia utilizada foi a realização de reuniões, com

o intuito de envolver os profissionais no projeto. Foram considerados custos o tempo disponibilizado pela equipa da USP e como obstáculo a possibilidade de parte da equipa não conseguir estar presente. As vantagens seriam que quanto mais os profissionais estivessem envolvidos no projeto, maior seria o sucesso do mesmo.

4.5. Preparação Operacional

Nesta etapa do Planeamento em Saúde, pretende-se a operacionalização da intervenção. Devem ser especificadas as atividades a implementar, definidas em função dos objetivos (Tavares, 1990). Cada atividade que vai ser desenvolvida deve ter em conta, o que deve ser feito, quem deve fazer, quando deve fazer, onde deve ser feito, como deve ser feito, avaliação da atividade, o objetivo que se pretende atingir e por último o custo da atividade (Tavares, 1990).

De modo a atingir os objetivos propostos foram delineadas atividades para cada um deles e colocadas em quadro de acordo com Tavares (1990). Optou-se por não colocar os custos por estes não serem relevantes. Para atingir o objetivo específico de clarificar junto dos conviventes da pessoa com tuberculose pulmonar a importância da adesão ao rastreio foram realizadas três atividades:

- **Atividade 1** - Realizar uma sessão de educação para a saúde aos conviventes, valorizando os riscos da não adesão e os benefícios da adesão ao rastreio.

Para realizar esta atividade foram contactados previamente os 28 conviventes para informar e estimular a participação na sessão. Previamente foi realizado o plano de sessão (Apêndice 6). Foi realizada sessão de 20 minutos com projeção de PowerPoint simples e com linguagem de fácil perceção. Esta sessão de educação para a saúde, foi apresentada pela mestranda, no dia 28 de novembro de 2019, no CDP e teve o intuito de aumentar os conhecimentos dos conviventes acerca da tuberculose e do rastreio dos conviventes, valorizando os riscos da não adesão e os benefícios da adesão ao rastreio (Apêndice 7).

Para a avaliação da sessão foi ainda realizado um questionário de satisfação da mesma (Apêndice 8).

- **Atividade 2** - Elaborar um folheto informativo sobre a importância da adesão ao rastreio.

Para realizar esta atividade foi realizado um panfleto, com informação acerca da tuberculose e do rastreio de conviventes. A impressão foi custeada pelo ACES, e os panfletos foram distribuídos no dia da sessão de educação para a saúde e posteriormente serão distribuídos às pessoas que se dirijam ao CDP. Esta atividade teve como intuito aumentar os conhecimentos dos conviventes, através de suporte de papel (Apêndice 9).

- **Atividade 3 - Elaborar um poster informativo sobre a importância da adesão ao rastreio.**

Para realizar esta atividade foi realizado um poster, com informação acerca da tuberculose e do rastreio de conviventes. A impressão foi custeada pela mestrandia, e o poster ficou exposto na sala de espera do CDP. Esta atividade teve como intuito aumentar os conhecimentos dos conviventes, através de suporte de papel. A avaliação desta atividade irá ser refletida posteriormente com o aumento da adesão ao rastreio (Apêndice 10).

A avaliação destas três atividades encontra-se no quadro 4.

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

Atividades	Objetivos Operacionais	Indicadores de atividade
Atividade 1	Obter 25% de adesão dos participantes à sessão de educação para a saúde	Nº de pessoas na sessão/ Nº de pessoas convocadas para a sessão x 100
	Realizar 100% das sessões planeadas	Nº de sessões realizadas/Nº de sessões programadas x 100
	Que pelo menos 75% dos participantes considerem que o interesse dos assuntos abordados foi bom ou muito bom	Nº de participantes que consideraram bom ou muito bom/Nº de participantes da sessão x 100
	Que pelo menos 75% dos participantes considerem que a utilidade dos temas abordados seja bom ou muito bom	Nº de participantes que consideraram bom ou muito bom/Nº de participantes da sessão x 100
	Que pelos menos 75% dos participantes considerem que a linguagem utilizada pela formadora foi boa ou muito boa	Nº de participantes que consideraram bom ou muito bom/Nº de participantes da sessão x 100
Atividade 2	Obter 100 % de entrega do folheto aos participantes da sessão	Nº de panfletos fornecidos/Nº de pessoas na sessão

Para atingir o objetivo específico, apoiar o convivente na tomada de decisão para completar o rastreio foram realizadas duas atividades:

- **Atividade 4** - Realizar, após a sessão de educação para a saúde, um momento individual de apoio para marcação do próximo passo do rastreio.

Para realizar esta atividade foi disponibilizado, no final da sessão de educação para a saúde, um momento individual para que o participante fosse encaminhado para o seguinte passo do rastreio de TB. Foi necessária a participação da secretária do CDP, para que a consulta ficasse agendada. Esta atividade tinha o intuito de ajudar e encaminhar os conviventes a marcar a próxima consulta ou exame.

- **Atividade 5** - Elaborar um “cartão do convivente” que permita ao convivente anotar todas as consultas e exames complementares

Para realizar esta atividade foi elaborado um cartão com o intuito de fornecer aos conviventes um suporte em papel onde se coloque as datas das consultas e exames. A impressão deste cartão foi custeada pelo ACES. O cartão foi distribuído pelos participantes da sessão de educação para a saúde e posteriormente serão distribuídos aos conviventes que se dirijam ao CDP (Apêndice 11).

A avaliação destas duas atividades encontra-se no quadro 5.

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

Atividades	Objetivos Operacionais	Indicadores de atividade
Atividade 4	Obter 75% de consultas/exames marcados nas pessoas que assistiram à sessão	Nº de pessoas com consulta ou exame agendado/ Nº de pessoas presentes na sessão
Atividade 5	Obter 100% de entrega do “cartão do convivente” aos participantes da sessão	Nº de “cartões fornecidos” /Nº de pessoas na sessão

Para atingir o objetivo específico de envolver os profissionais de saúde para que haja continuação do projeto foi realizada uma atividade:

- **Atividade 6** - Realizar sessão informativa à equipa da USP, para apresentar o projeto realizado

Para realizar esta atividade foi necessário convocar toda a equipa da USP, pelo que se optou por realizar esta sessão, no *briefing* quinzenal, tornando a divulgação da sessão de acesso a toda a equipa (realizado via email). Foi realizado previamente um plano da sessão (Apêndice 12). A sessão decorreu em cerca de 20 minutos com projeção de slides, e contemplou a pesquisa bibliográfica efetuada para o projeto, e o projeto, com todas as suas fases de planeamento. Esta sessão realizou-se a 16 de dezembro de 2019, e ocorreu na sala de reuniões da USP e esta tinha o intuito de apresentar o projeto realizado aos profissionais de saúde da USPAL, de forma a estes puderem dar continuação ao projeto (Apêndice 13). A avaliação da atividade realizada apresenta-se no quadro 6.

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

Atividades	Objetivos Operacionais	Indicadores de atividade
Atividade 6	Obter 75% de adesão dos participantes à sessão de apresentação do projeto	Nº de profissionais de saúde na sessão/Nº de profissionais de saúde da USP

4.7. Avaliação

A avaliação surge como a última etapa do processo de planeamento em saúde. Esta é fundamental para certificar-se que as estratégias implementadas foram adequadas para a concretização dos objetivos que foram traçados. A avaliação determina o sucesso da elaboração de um objetivo “mediante a elaboração de um julgamento baseado em critérios e normas” (Tavares, 1990, p.205).

A avaliação, tendo com propósito “melhorar os programas e orientar a distribuição dos recursos a partir das informações dadas pela experiência, e não só justificar atividades já realizadas ou identificar insuficiências” (Imperatori & Giraldes 1993, p.174).

A avaliação deve ser um processo contínuo de determinada estratégia, face a um objetivo delineado e o tempo deve ser também adequado, houve uma avaliação no decorrer dos meses que se seguiram à realização do diagnóstico de situação. No entanto, esta avaliação beneficiaria se fosse contínua, de forma a perceber-se os ganhos efetivos em saúde pois tal como Imperatori & Giraldes (1993) referem, não existe momento certo nem tempo

definido para a realização da etapa da avaliação, podendo esta ser a curto, médio ou a longo prazo de acordo com os objetivos a atingir.

No que toca ao primeiro objetivo específico definido - clarificar junto dos conviventes da pessoa com tuberculose pulmonar a importância da adesão ao rastreio - foi possível atingir as metas definidas. Foram também analisados os questionários de satisfação referentes à sessão de educação de saúde para os conviventes (Apêndice 14).

No que diz respeito ao segundo objetivo específico - apoiar o convivente na tomada de decisão para completar o rastreio, verificou-se que também foi possível, atingir as metas propostas. Por último, as metas propostas para o terceiro objetivo específico - envolver os profissionais de saúde para que haja continuação do projeto – também foram atingidas, com sucesso Podemos observar a avaliação das atividades no quadro 7.

Quadro 7 – Avaliação das atividades desenvolvidas

Atividades	Objetivo Operacional	Indicadores	Resultado
Atividade 1	Obter 25% de adesão dos participantes à sessão de educação para a saúde	Nº de pessoas na sessão/ Nº de pessoas convocadas para a sessão	43%
		Nº de sessões realizadas/Nº de sessões programadas	100%
	Que pelo menos 75% dos participantes considerem que o interesse dos assuntos abordados foi bom ou muito bom	Nº de participantes que consideraram bom ou muito bom/Nº de participantes da sessão	100%
	Que pelo menos 75% dos participantes considerem que a utilidade dos temas abordados seja bom ou muito bom	Nº de participantes que consideraram bom ou muito bom/Nº de participantes da sessão	100%
	Que pelos menos 75% dos participantes considerem que a linguagem utilizada pela formadora foi boa ou muito boa	Nº de participantes que consideraram bom ou muito bom/Nº de participantes da sessão	100%
Atividade 2	Obter 100 % de entrega do folheto aos participantes da sessão	Nº de panfletos fornecidos/Nº de pessoas na sessão	100%
Atividade 3	A avaliação desta atividade irá ser refletida posteriormente com o aumento da adesão ao rastreio		
Atividade 4	Obter 75% de consultas/exames marcados nas pessoas que assistiram à sessão	Nº de pessoas com consulta/exame agendado/ Nº de pessoas presentes na sessão	83%
Atividade 5	Obter 100% de entrega do “cartão do convivente” aos participantes da sessão	Nº de “cartões fornecidos” /Nº de pessoas na sessão	100%
Atividade 6	Obter 50% de adesão dos participantes à sessão de apresentação do projeto	Nº de profissionais de saúde na sessão/Nº de profissionais de saúde da USP	70%

Os resultados obtidos foram satisfatórios e foi notável o envolvimento da equipa da USP.

De forma a dar continuidade ao projeto, foi tido em conta que a avaliação do impacto do projeto deve ser realizada no espaço de 6 meses a 1 ano, o que permite perceber o sucesso das intervenções e reavaliar novas medidas (Imperatori & Giraldes,1993).

Foram definidos metas e indicadores para o futuro. A proposta foi para a avaliação do projeto dentro de um ano (Quadro 8).

A avaliação será realizada pelas enfermeiras que estiveram envolvidas com o projeto, pois são as que detêm maior conhecimento do mesmo. Será efetuada ao final de cada ano, através dos conviventes que completaram o rastreio e do material fornecido aos mesmos.

Segundo Imperatori e Giraldes (1993), a avaliação tem como fim melhorar os projetos, orientar a distribuição de recursos e não só justificar as atividades realizadas, sendo que é esta que nos permite avançar.

Quadro 8 – Metas e indicadores para o futuro

Metas	Indicador
Obter um aumento de 5% de conviventes rastreados num período de um ano	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de conviventes com rastreio completo}}{\text{N}^\circ \text{ de conviventes elegíveis para rastreio}} \times 100$
Que seja entregue folhetos a 50% dos conviventes rastreados	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de folhetos entregues}}{\text{N}^\circ \text{ conviventes rastreados}} \times 100$
Que seja entregue o cartão do convivente a 50% dos conviventes rastreados	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de cartões entregues}}{\text{N}^\circ \text{ conviventes rastreados}} \times 100$

4.8 – Desafios e contributos do projeto para a prática clínica

O projeto traduziu-se em ganhos, sobretudo na prevenção da doença e promoção da saúde.

A realização de um projeto segundo a metodologia do planeamento em saúde revelou-se um desafio, que apesar das complexidades no percurso, foi superado.

Interessa referir, que a realização do estágio na USP ofereceu a oportunidade dos mais variados momentos de aprendizagem, e revelou um novo entender pela enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública.

De destacar neste projeto vários aspetos positivos, nomeadamente o interesse e o envolvimento da equipa da USP e do CDP, fazendo crer que o projeto tem condições para continuar. De ressaltar ainda o interesse demonstrado pelos conviventes que aderiram à sessão, o que demonstra uma população disposta a adquirir novos conhecimentos e o interesse deste projeto.

A utilização do MPS de Nola Pender, enquanto referência para este projeto, foi o intermediário da teoria para a prática. Permitiu organizar o pensamento e estruturar o projeto, trazendo assim ganhos para a comunidade. Além que pode ser utilizado pelo enfermeiro desde o diagnóstico de situação até a avaliação.

Para o futuro sugere-se manter a divulgação acerca da importância do rastreio, podendo-se alargar a distribuição de panfletos e colocação de posters a outras unidades funcionais.

Sugere-se também realizar um diagnóstico de situação, de forma a perceber os conhecimentos dos enfermeiros do ACES, para que assim se possa intervir nos mesmos, para assim, estarem despertos para esta temática.

A apresentação dos conviventes também poderá ser replicada a cada ano aos conviventes que não iniciaram ou não concluíram o rastreio no ano anterior.

O projeto tem condições de replicação futura, pela sua pertinência e também é possível a aplicação a outras instituições ou contextos.

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

Com o terminar do projeto, e conseqüentemente do estágio, é altura de refletir sobre o percurso realizado e sobre o que foi adquirido ao longo do mesmo. Este percurso, além de ter proporcionado um crescimento pessoal, foi sobretudo sobre o desenvolver as competências de enfermeiro especialista e de mestre.

Compete ao mestre saber aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, o que foi possível adquirir, através da larga oportunidade de contextos em que a USP me permitiu trabalhar.

É necessário que este demonstre a capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções e reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem ou condicionem essas soluções e esses juízos, e ainda que sejam capazes de comunicar as suas conclusões – e os conhecimentos e os raciocínios a elas subjacentes de uma forma clara e sem ambigüidades, o que ao longo do estágio foi sendo desenvolvido, principalmente, foi possível trabalhar estas questões, através da realização do projeto.

Além destas competências, o estágio realizado permitiu ainda, o desenvolvimento de competências como enfermeiro especialista.

Segundo a OE (2019), o enfermeiro especialista deve demonstrar competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde e envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permite avançar e melhorar a prática da enfermagem.

Neste contexto, a OE (2019) define quatro domínios de competências comuns do enfermeiro especialista: responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados; e as aprendizagens profissionais.

No que respeita à responsabilidade profissional, ética e legal foram várias as vezes, que surgiram questões desta natureza ao longo do projeto, nomeadamente nas entrevistas aos peritos onde foi utilizada a informação por eles fornecida. De modo a respeitar a dignidade e o direito de recusa foi solicitada autorização formal para realizar e utilizar as entrevistas dos peritos. No documento que foi fornecido é expresso o objetivo da sua utilização e garantido o anonimato da informação fornecida (Apêndice 14).

Foi ainda, durante o relatório, garantido o anonimato dos participantes do projeto, de forma a garantir a sua privacidade. Neste contexto, foi também solicitada autorização para a realização do projeto à direção do ACES, sendo que a mesma foi concedida (Apêndice 15).

De forma a garantir a implementação do projeto e melhoria contínua, foram realizadas diversas reuniões, com a orientadora clínica e orientadora científica, dando ênfase à prática baseada na evidência.

De referir ainda, no que concerne à competência “baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (OE, 2019, p.4749), o contributo para o conhecimento novo, através da publicação de posters em eventos científicos, ao longo do estágio, sendo que um foi apresentado nas 1^{as} Jornadas de Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (Apêndice 16) e o outro foi 2^o classificado no II Seminário do Mestrado em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (Apêndice 17).

Por último, chegou a altura de refletir acerca da aquisição de competências de enfermeiro especialista em saúde comunitária e saúde pública que foram desenvolvidas no decorrer do estágio.

A primeira competência descrita é a de que o enfermeiro especialista em saúde comunitária e saúde pública “estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade”. Foi possível adquirir esta competência através da realização do projeto de intervenção, onde foi necessário a realização de um diagnóstico de saúde da população e conseqüentemente, a estabilização de prioridades, formulação de objetivos e estratégias, o estabelecimento do projeto de intervenção e conseqüente intervenção, que é redigida anteriormente neste relatório (OE, 2018, p. 19354).

A realização do projeto, foi claramente um contributo para a capacitação de grupos, indo de encontro à competência “contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades” (OE, 2018, p.19356). Foi através da promoção para a saúde que se realizou essa capacitação, que pode ser observada pelas estratégias e intervenções realizadas. Além do projeto, foi possível também aprofundar essa competência, através da participação de sessões de educação para a saúde, no âmbito da violência na mulher.

Foi possível integrar programas de saúde no âmbito comunitário, sendo essa outra competência do enfermeiro especialista de saúde comunitária e saúde pública, através de participação em reuniões da saúde escolar e também em reuniões relacionadas com o Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeções e das Resistências aos Antimicrobianos, bem como participar em auditorias da higiene das mãos. Foram ainda realizadas atividades no programa da vacinação, nomeadamente na vacinação da gripe e também na vacinação internacional.

A quarta competência está relacionada com a vigilância epidemiológica. Foi necessária a mobilização de dados epidemiológicos para a realização do diagnóstico de situação.

Importa ainda referir, os vários dias de estágio realizados no CDP, permitindo um aumento de conhecimento acerca da TB, da toma diretamente assistida, e na importância da referenciação dos doentes com TB no SINAVE como pontos chave na luta contra esta doença.

Além do desenvolvimento do projeto, o estágio foi rico em experiências que promoveram a aquisição de competências, e desenvolveram competências no percurso profissional até aqui desenvolvido.

Apesar do crescimento profissional que ocorreu neste tempo de estágio e do percurso realizado, é importante referir, que há ainda muito para trabalhar e desenvolver. A continuidade do desenvolvimento e a aquisição de novas competências tornam-se fundamentais para a melhoria dos cuidados de saúde na comunidade.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A TB é uma doença que não deve ser esquecida e é fundamental manter a luta contra a mesma. O rastreio dos conviventes é uma das formas de prevenção da TB e é necessário que a população detenha esse conhecimento.

A promoção da saúde foi determinante para a realização deste projeto, suscitando uma alargada pesquisa da temática, e a possibilidade de interligar o mesmo em toda a metodologia do planeamento em saúde. Segundo Tavares (1990), o planeamento em saúde procura, em última análise, um estado de saúde, através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças no comportamento das populações.

O enquadramento realizado foi o ponto de partida deste projeto e o que permitiu toda a realização do mesmo, com a preocupação que a pesquisa incluísse, tuberculose, rastreio dos conviventes, promoção da saúde e enfermagem. Os dados epidemiológicos obtidos na pesquisa, evidenciaram números preocupantes, pelo que é preciso trabalhar na luta contra os mesmos.

No diagnóstico de situação, a metodologia qualitativa, permitiu tratar da informação de uma forma exploratória, tendo em conta as opiniões dos peritos, no contexto onde se inseria. A análise de conteúdo segundo Bardin (2016), foi um auxílio na análise da informação das entrevistas, revelando as maiores necessidades da população selecionada para o projeto, tendo sido realizado posteriormente a sua priorização.

Os objetivos traçados foram selecionados, tendo em conta as necessidades da população, tendo sido delineadas estratégias para cada um deles, que se revelaram eficazes.

No que concerne às atividades realizadas, estas foram concretizadas, sempre com especial enfoque na comunidade, com o cuidado de adaptar as mesmas à população a que se dirigiram. Os conviventes presentes na sessão de educação para a saúde, demonstraram interesse na temática e referiram não estarem despertos para a importância do rastreio, pelo que foi fundamental a criação de outros mecanismos de informação, para que os conviventes estejam informados desde o primeiro contato com CDP.

Envolver a equipa da USP foi um objetivo a que se deu especial importância, pois é fundamental para que haja continuidade do projeto. O interesse demonstrado pelos

profissionais de saúde, quer ao longo da execução do projeto, quer na sessão informativa, foi evidente, pelo que acredito na continuação do trabalho desenvolvido.

A avaliação efetuada permitiu verificar o sucesso do projeto, sendo que, apenas no próximo ano, se poderá verificar, o aumento de conviventes a completar o rastreio.

É nos cuidados de saúde primários que se realiza o primeiro nível de contacto com o sistema nacional de saúde dos indivíduos, famílias e comunidade, trazendo os cuidados de saúde tão próximo quanto possível para os locais onde as pessoas vivem e trabalham. São os enfermeiros a essência fundamental dos cuidados de saúde primários e estes constituem o maior grupo de prestadores de cuidados.

O enfermeiro especialista de enfermagem de saúde comunitária e saúde pública têm um papel essencial preponderante no que concerne ao rastreio de conviventes, uma vez que este se insere na prevenção da doença e conseqüentemente, interligado à promoção da saúde. (ICN, 2008; OE, 2013).

De facto, cabe ao enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária e saúde pública capacitar a comunidade através da promoção da saúde. Como fio condutor para a realização do projeto, contou-se com o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, um modelo de enfermagem, que é usado para implementar e avaliar ações de promoção da saúde, permitindo avaliar o comportamento que leva à promoção da saúde, pelo estudo da inter-relação de três pontos principais. Foi a promoção da saúde e a conseqüente estratégia de educação para a saúde, que permitiram o sucesso deste projeto (Pender, Murdaugh & Parsons, 2019).

Ao longo da execução do relatório, ficou evidente as competências adquiridas, através de uma constante reflexão. De referir que os resultados do projeto foram motivo de satisfação, embora durante o caminho, tenham surgido sempre desafios, que foram superados com sucesso.

A gestão de tempo, a organização do estágio com a atividade profissional e ainda o número de atividades que foi necessário desenvolver num curto espaço de tempo, revelaram-se um desafio, que foi ultrapassado.

O tempo despendido no diagnóstico de situação foi superior ao previamente planeado, tendo sido, por isso, o tempo despendido para as restantes fases inferior.

Por último, importa mencionar que foram atingidos os objetivos deste relatório, com a descrição detalhada do projeto desenvolvido, bem como as competências que foram adquiridas no decorrer do estágio. O trabalho desenvolvido permitiu um crescimento pessoal e fundamentalmente um grande crescimento profissional.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albee, M. (1996). Revolutions and counterrevolutions in prevention. *American Psychologist*, 51(11), 1130–1133. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/1996-06440-005>

American Psychological Association (2012). *APA Style guide*. Disponível em: <https://www.apastyle.org/manual>

Arksey, H. & O'Malley, L. (2005). Scoping Studies: Towards a Methodological Framework. *Int. J. Social Research Methodology*. 8 (1), 19–32. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/1364557032000119616?needAccess=true>

Ayakaka, I., Ackerman, S., Ggita, J., Kajubi, P., Dowdy, D., Haberer, J. ... Davis, L. (2017). *Identifying barriers to and facilitators of tuberculosis contact investigation in Kampala, Uganda: a behavioral approach*. *Implementation Science*. (2017) 12 (33). Disponível em: <https://implementationscience.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13012-017-0561-4>

Azevedo, C. & Gonçalves, A. (2006). *Metodologia Científica: Contributos Práticos para a Elaboração de Trabalhos Académicos* (8.ª ed.). Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.

Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo* (1ª edição de 2016). São Paulo: Edições 70

Barroso, E. (2018). *Factors Associated with Household Contacts' Tuberculosis Testing and Evaluation*. A dissertation submitted to the Graduate Faculty in Nursing for the degree of Doctor of Philosophy. The City University of New York. New York. Disponível em: https://academicworks.cuny.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3650&context=gc_etds

Bonita, R., Beaglehole, R. & Kjellstrom, T. (2010). *Epidemiologia Básica*. (2ªEd). Santos Editora. São Paulo.

Direção Geral de Saúde (2019) *Tuberculose em Portugal 2018 (dados provisórios) Programa Nacional para a Tuberculose*. Direção Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/tuberculose-em-portugal-2018-dados-provisorios-pdf.aspx>

Direção Geral de Saúde (2018). *Tuberculose – 22 de março de 2018*. Direção Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/dia-mundial-da-tuberculose-dados-nacionais-pdf.aspx>

Direção Geral de Saúde (2018). *Tuberculose em Portugal – Desafios e Estratégias*. Direção Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/tuberculose-em-portugal-desafios-e-estrategias-2018-.aspx>

Direção Geral de Saúde (2003). *A Promoção da Saúde – A Carta de Otawa*. Direção Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx>

Direção Geral de Saúde (2013). *Programa Nacional para a Tuberculose – Planeamento do Rastreamento de Contatos de Doentes com Tuberculose*. Direção Geral de Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/tb-planeamento-rastreio-pdf.aspx>

Duarte, R., Neto, M., Carvalho, A. & Barros, H. (2012). *Improving tuberculosis contact tracing: the role of evaluations in the home and workplace*. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 16 (1), 55-59. Disponível em: <https://www.ingentaconnect.com/content/iuatld/ijtld/2012/00000016/00000001/art00011%3bjsessionid=djhxw8k2v5k.x-ic-live-03>

Duarte, R. (2011). *Tuberculosis: improving case finding and contact tracing*. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Universidade do Porto Faculdade de Medicina. Porto. Disponível em:

<https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/56564/3/Tuberculosisimproving%20case%20finding%20and%20contact%20tracing.pdf>

Erkens, C., Kamphorst, M., Abubakar, I., Bothamley, G., Chemtob, D., Haas, W. ... Lange, C. (2010). *Tuberculosis contact investigation in low prevalence countries: a European consensus*. *European Respiratory Journal*. 36 (4), 925-949. Disponível em: <https://erj.ersjournals.com/content/36/4/925.long>

Ferreira, J. (2012). *Tuberculose: Quem são os doentes que não identificam os seu contactos?* Dissertação para Grau de Mestre em Epidemiologia. Faculdade de Medicina Universidade do Porto. Porto. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/63764/4/Tuberculose%20Quem%20so%20os%20doentes%20que%20no%20identificam%20os%20seus%20contactos.pdf>

Fortin, Marie-Fabienne (2009). *Fundamentos e Etapas do processo de Investigação*. Lisboa: Lusodidacta

Fox, G., Barry, S., Britton, W. & Marks, G. (2013). *Contact investigation for tuberculosis: a systematic review and meta-analysis*. *European Respiratory Journal*. 41 (1), 140-156. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3533588/>

Fox, G., Loan, L., Nhung, N., Loi, N., Sy, D., Britton, W. & Marks, G. (2015). *Barriers to adherence with tuberculosis contact investigation un six provinces of Vietnam: a nested case-control study*. Fox et al. *BMC Infectious Diseases*. 15 (103). Disponível em: <https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12879-015-0816-0>

Franco, I., Sousa, P., Gomes, M., Oliveira, A., Gaio, A. & Duarte, R. (2016) *Social profile of the highest Tuberculosis incidence areas in Portugal*. *Revista Portuguesa Pneumologia*. 22(1), 50-56. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26515935>

Gebregergs, G., Alemu, W. (2015). *Household Contact Screening Adherence among Tuberculosis Patients in Northern Ethiopia*. *PLoS ONE*. 10(5). Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0125767&type=printable>

Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do planeamento em saúde* (3ª ed.). Lisboa: ENSP, Edições da Saúde.

Instituto Nacional de Estatística (2019). População residente em risco de pobreza ou exclusão social (%) por Sexo e Grupo etário. INE, Estimativas anuais da população residente. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contecto=pi&indOcorrCod=0006271&selTab=tab0

International Council of Nurses (2008a). *Delivering Quality, Serving Communities: Nurses Leading Primary Health Care*. International Nurses Day Kit. Geneva.

Kranzer, K., Afnan-Holmes, H., Tomlin, K., Golub, J., Shapiro, A., Schaap, A. ... Glynn, J. (2013). *The benefits to communities and individuals of screening for active tuberculosis disease: a systematic review*. The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. 17 (4), 432–446. Disponível em: <https://www.ingentaconnect.com/content/iuatld/ijtd/2013/00000017/00000004/art00004>

Loureiro, I. & Miranda, N. (2016). *Promover a saúde, dos fundamentos à ação* (2ª ed.). Coimbra: Almedina.

Meireles, A. (2008). *Níveis de prevenção: conceito e contributo do medico de saúde pública*. Dissertação. Administração Regional de Saúde do Norte.

Murdaugh, C., Parsons, M. & Pender, N. (2019). *Health Promotion in Nursing Practice* (8ª ed.). Boston: Pearson.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2017). Relatório de Primavera de 2017 – Viver em Tempos Incertos. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Disponível em: http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio_Primavera_2017.pdf

Oliveira, S., Carvalho, M., Pelloso, S., Caleffi-Ferracioli, K., Siqueira, V., Scodro, R. & Cardoso, R. (2017). *Influence of the identification of contacts on the adherence of index*

tuberculosis cases to treatment in a high incidence country. International Journal of Infectious Diseases 65, 57–62. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1201971217302291?via%3Dihub>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *CIPE, versão 2015*. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lusodidacta

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boas Práticas para a Tuberculose. Cadernos OE. Serie 1, Número 5. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBPTuberculose_VF_inal_proteg.pdf

Organização Mundial de Saúde. (1986). *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde*. Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. Ottawa, Canadá.

Organização Mundial de Saúde (1997). *A Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI*. Jacarta, República de Indonésia. Obtido de https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_portuguese.pdf

Organização Mundial de Saúde. (2010). *Declaração de Adelaide sobre a Saúde em Todas as Políticas*. Governo da Austrália. Adelaide, Austrália. Obtido de https://www.who.int/social_determinants/portuguese_adelaide_statement_for_web.pdf

Pineault, R. (2016). *Compreendendo o sistema de saúde para uma melhor gestão*. (1ªed). Brasília. CONASS

Plano Local de Saúde da [REDACTED] 2014 – 2016. 1ª Edição. [REDACTED]: Agrupamento de Centros de Saúde da [REDACTED] e Câmara Municipal da [REDACTED]. Abril de 2014. ISBN 978-972-8284-78-7

Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2018). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. (Reimpressão Julho de 2018). Gradiva

Ribeiro, J. (2015). Educação para a Saúde. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 16 (1). Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862015000100002

Rother, E. (2007). *Revisão Sistemática X Revisão Narrativa*. *Acta Paulista de Enfermagem*. 20 (2), v-vi. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/a01v20n2.pdf>

Shuster, G.; Geoppinger, J. (2011). A comunidade como Cliente: Apreciação e Análise. In Stanhope, M.; Lancaster, J. (2011) *Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População* (356-389). 7ª Edição. Lisboa: Lusociência.

Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública, Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População* (7ª ed.). Loures: Lusodidata.

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Ministério da Saúde – Departamento de recursos humanos da saúde- Centro de Formação e Aperfeiçoamento profissional.

Tomey, A. & Aliigood M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra* (5ªed.). Loures: Lusociência.

Verdier, J., Vlas, S., Kidgell-Koppelaar, I. & Richardus, J. (2012) *Risk factors for tuberculosis in contact investigations in Rotterdam, the Netherlands*. *Infectious Disease Reports*. 4 (26), 101-105. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3892631/>

World Health Organization (2013). *Health Education*. Geneva, CH: World Health Organization. Disponível em: <https://www.who.int/whr/en/>

World Health Organization (2018). WHO calls for urgent action to end TB. News release. New York. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/detail/18-09-2018-who-calls-for-urgent-action-to-end-tb->

World Health Organization (2019). Global Tuberculosis Report 2019. Geneva: World Health Organization; 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329368/9789241565714-eng.pdf?ua=1>

World Health Organization Regional Office for Europe/European Centre for Disease Prevention and Control (2019). *Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2019 – 2017 data*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/tuberculosis-surveillance-and-monitoring-europe-2019>

World Health Organization (2015). *The End TB Strategy*. World Health Organization. Disponível em: https://www.who.int/tb/End_TB_brochure.pdf?ua=1

LEGISLAÇÃO:

Decreto-lei n.º 38/2008 de 22 de Fevereiro (2008). Diário da República I Série, N.º38, (22-02-2008) 1182-1189

Regulamento N.º 140/2019 de 6 de Fevereiro (2019) Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista Diário da República II Série, N.º26 (06-02-2019) 4744-4750

Regulamento N.º 428/2018 de 16 de julho (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. Diário da República II Série, N.º135 (16-06-2018) 19354 -19359.

DOCUMENTOS NÃO PUBLICADOS

Unidade de Saúde [REDACTED] (2019) Plano de Atividades [REDACTED] 2019. [REDACTED].

APÊNDICES

Apêndice 1 – Cronograma de atividades

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Mês	Setembro				Outubro					Novembro				Dezembro				Janeiro				Fevereiro			
	2 ^a	3 ^a	4 ^a		1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	1 ^a			
Semana																									
Escolha do tema																									
Pesquisa Bibliográfica																									
Diagnóstico de Situação																									
Definição de Prioridades																									
Fixação de Objetivos																									
Seleção de Estratégias																									
Preparação Operacional																									
Avaliação																									
Relatório																									

Atividades a desenvolver

Apêndice 2 – Guiões das entrevistas aos peritos

Guião de Entrevista

Enfermeira da USP

1ª - Qual a eficácia do rastreio dos conviventes na prevenção e deteção precoce da tuberculose?

2ª – Quais as intervenções que desenvolve no decorrer do rastreio?

3ª - Quais considera serem os motivos para muitos dos conviventes não aderirem ao rastreio?

4ª - Quais as estratégias que utiliza para aumentar a adesão dos conviventes ao rastreio?
Enumere outras que possam melhorar a eficácia do rastreio?

5ª – De que forma é realizada a ligação entre a USP e o CDP?

Guião de Entrevista

Médico da USP

1ª - Qual a eficácia do rastreio dos conviventes na prevenção e deteção precoce da tuberculose?

2ª – Quais as intervenções que desenvolve no decorrer do rastreio?

3ª - Quais considera serem os motivos para muitos dos conviventes não aderirem ao rastreio?

4ª - De que forma se pode aumentar a adesão dos conviventes ao rastreio e melhorar a sua eficácia? Quais as estratégias que utiliza para aumentar a adesão?

5ª – Apesar de recente, considera que a implementação da consulta dos conviventes está a ser uma mais valia na melhoria da adesão ao rastreio?

Guião de Entrevista

Enfermeira no CDP

1ª – Qual a eficácia do rastreio dos conviventes na prevenção e deteção precoce da tuberculose?

2ª – Quais as intervenções que desenvolve no decorrer do rastreio?

3ª - Quais considera serem os motivos para muitos dos conviventes não aderirem ao rastreio?

4ª - De que forma se pode aumentar a adesão dos conviventes ao rastreio e melhorar a sua eficácia? Quais as estratégias que utiliza?

5ª – Apesar de recente, considera que a implementação da consulta médica aos conviventes está a ser uma mais valia na melhoria da adesão ao rastreio? Qual a pertinência de se desenvolver também uma consulta de enfermagem dirigida aos conviventes?

Guião de Entrevista

Técnica de Radiologia CDP

1ª - Qual a eficácia do rastreio dos conviventes na prevenção e deteção precoce da tuberculose?

2ª – Quais as intervenções que desenvolve no decorrer do rastreio?

3ª - Quais considera serem os motivos para muitos dos conviventes não aderirem ao rastreio?

4ª - De que forma se pode aumentar a adesão dos conviventes ao rastreio e melhorar a sua eficácia? Quais as estratégias que utiliza?

Apêndice 3 – Tabela de resultados da *scoping review*

Título	Autores	Ano	Objetivos	Tipo de Estudo	População	Conceito	Contexto	Principais resultados
<i>Influence of the identification of contacts on the adherence of index tuberculosis cases to treatment in a high incidence country</i>	Oliveira, S., Carvalho, M., Pelloso, S., Caleffi-Ferracioli, K., Siqueira, V., Scodto, R., Cardoso, R.	2017	Analisar os dados sobre o rastreamento de contatos dos novos casos de tuberculose pulmonar em indivíduos com mais de 15 anos	Estudo Transversal	Pessoas com diagnóstico de TP notificadas no sistema informático e os seus conviventes	Barreiras ao rastreamento de contatos	Panamá, Brasil	- Falta de informação sobre a doença e o seu tratamento; - Estigma acerca da doença.
<i>Identifying barriers to and facilitators of tuberculosis contact investigation in Kampala, Uganda: a behavioral approach</i>	Avakaka, I., Ackerman, S., Ggita, J., Kajubi, P., Dowdy, D., Haberer, J., Fair, E., Hopewell, P., Handley, A., Cattamanchi,	2017	Identificar as barreiras e facilitadores de investigação dos contactos da pessoa com Tuberculose durante a sua introdução.	Estudo qualitativo transversal	Contatos de 14 famílias de pessoas diagnosticadas com TB	Barreiras e facilitadores da realização de rastreio	Kampala, Uganda	- Falta de motivação para descolocar-se ao local dos rastreios; - Falta de conhecimento sobre a doença; - A pessoa com TB não querer dizer o seu diagnóstico aos conviventes.

<i>Factors Associated with Household Contacts' Tuberculosis Testing and Evaluation</i>	A., Katamba, A., Davis, L.	2018	Identificar fatores associados ao teste e avaliação da TB.	Estudo retrospectivo	Pessoas com diagnóstico de TB entre 2010 e 2014 e os seus contatos	Fatores associados à não adesão ao rastreio	Nova York	- A pessoa não vê a importância do rastreio porque não se sente doente;
<i>Barriers to adherence with tuberculosis contact investigation in six provinces of Vietnam: a nested case-control study.</i>	Fox, G., Loan, L., Nhung, N., Loi, N., Sy, D., Britton, W., Marks, G.	2015	Caraterizar o conhecimento sobre TB e perceber as barreias ao rastreio de contatos de doentes adultos com TB no Vietname	Estudo longitudinal	Doentes das clínicas de oito províncias do Vietname e os seus contatos	Barreiras ao rastreio de contatos	Vietname	- Falta de conhecimento sobre a doença; - Falta de motivação para visitar o local onde se realizam os rastreios.

<i>Household Contact Screening Adherence among Tuberculosis Patients in Northern Ethiopia</i>	Gebregetys, G., Alemu, W.	2015	Investigar a adesão ao rastreio de contactos domésticos e fatores associados entre os pacientes com tuberculose pulmonar na região Amhara, Etiópia	Estudo transversal	Pessoas com TB acima de 18 anos e os seus contactos.	Estratégia para aumentar a adesão ao rastreio de contactos	Amhara, Etiópia	- Nível baixo de escolaridade; - Falta de conhecimento sobre a doença;
---	---------------------------	------	--	--------------------	--	--	-----------------	---

Apêndice 4 – Análise de conteúdo das entrevistas

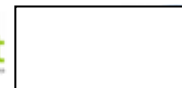
ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS AOS PERITOS

Hipótese:	Existem necessidades no seguimento dos conviventes da pessoa com TP, nas quais é possível intervir	
Objetivos Geral:	Identificar quais as necessidades manifestas pelos peritos no rastreio dos conviventes com pessoa com TP	
Objetivos Específico:	<p>Identificar os motivos que levam o convivente a não aderir ao rastreio</p> <p>Perceber como a USP e o CDP respondem/articulam para aumentar a adesão ao rastreio?</p> <p>Identificar estratégias que levem um aumento da adesão ao rastreio dos conviventes</p>	
Tema	Unidade de Contexto	Unidade de Registo
Necessidades dos conviventes	“Desconhecimento da possibilidade da doença” E1	“Desconhecimento...” E1
	“baixa literacia de saúde em geral” E1	“Baixa literacia...” E1
	“Recusam-se porque dizem que está tudo bem, que não tem sintomas, não sentem nada e não querem vir” E3	<p>“Não têm sintomas...” E3</p> <p>“Não sentem nada...” E3</p> <p>“Não querem vir” E3</p>
	“Às vezes é o esquecimento. As intervenções estão agendadas com alguma antecedência em relação ao dia para comparecerem no CDP e por vezes esquecem-se” E3	“Esquecimento...” E3
	“Pode ser por falta de informação, não tem noção da situação” E4	“Falta de informação...”

	“É a falta de informação que leva à má adesão” E4	“Falta de informação...”
	“Há sempre pessoas com dúvidas” E4	“Pessoas com dúvidas” E4
	“Aumentando o conhecimento da população” E1	“Aumentar o conhecimento” E1
	“se forem realizadas ações de formação (...) haverá maior adesão” E4	“ações de formação” E4
	“Podia ser uma forma de as pessoas aderirem mais, estarem mais informadas” E3	“Estarem mais informadas” E3
	“Uma consulta de enfermagem bem delineada, com material de apoio pode melhorar a adesão” E1	“consulta de enfermagem” E1 “material de apoio” E1
Necessidades organizacionais (articulação/gestão)	“Perdia-se muito tempo e era muito tempo de espera, quanto maior o tempo de espera maior a probabilidade de insucesso” E2	“Muito tempo de espera” E2
	“Há rastreios que estão a decorrer há muito tempo” E2	“(rastreios) a decorrer há muito tempo” E2
	“É de esperar que a adesão ao rastreio seja imediata, mas nem sempre é” E2	“adesão imediata...nem sempre é” E2
	“Após ter os dados dos contatos por vezes é necessário fazer um contato telefónico para dizer que tem de vir e reforçar a importância do rastreio” E3	“Necessário contato telefónico”

	“Uma das formas seria o contato de véspera (...) avisar perto do dia” E3	“contato (telefónico)” E3
	“O aumento de profissionais de saúde a trabalhar na área” E1	“aumento dos profissionais” E1
Necessidade de melhorar a acessibilidade	“Às vezes as pessoas têm que percorrer grandes distâncias e isso não ajuda” E4	“grandes distâncias” E4

**Apêndice 5 – Plano de sessão da sessão de educação para a saúde aos
conviventes**



PLANO DA SESSÃO

Curso	Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública
Unidade Curricular	Estágio Final e Relatório
Tema da sessão	“Conviver com a Tuberculose”
População alvo	Conviventes da pessoa com tuberculose pulmonar
Formadores	Cátia Brás
Duração da sessão	20 Minutos
Data	28 de Novembro de 2019
Local	Centro Diagnóstico Pneumológico [REDACTED]

Objetivos	<p><u>Geral:</u> Aumentar o conhecimento dos conviventes acerca do rastreio da tuberculose</p> <p><u>Específicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar os conhecimentos dos conviventes acerca da tuberculose e do rastreio dos conviventes, valorizando os riscos da não adesão e os benefícios da adesão ao rastreio. • Encaminhar os conviventes para a realização do rastreio;
------------------	---

Etapas	Atividades didáticas	Material didático	Orador	Tempo (min)
Introdução	Apresentação do formador	Projetor e Computador	Cátia Brás	3
	Temas a abordar e objetivos da sessão			
Desenvolvimento	O que é a tuberculose?	Projetor e Computador	Cátia Brás	10
	Como se transmite a tuberculose			
	Sinais e sintomas da tuberculose			
	Quem deve fazer o rastreio			
	Importância do rastreio			
	Passos do rastreio			
Conclusão	Esclarecimento dúvidas	Questionários de Avaliação	Cátia Brás	7

Apêndice 6 – Sessão de educação para a saúde aos conviventes

Conviver com a Tuberculose

Projeto no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

Orientação científica: Prof.ª Doutora Elisa Garcia

Orientação clínica: Enf.ª Especialista de Enfermagem Comunitária Carla Páscoa

ENF.ª CÁTIA BRÁS

28 DE NOVEMBRO DE 2019

Temas a abordar



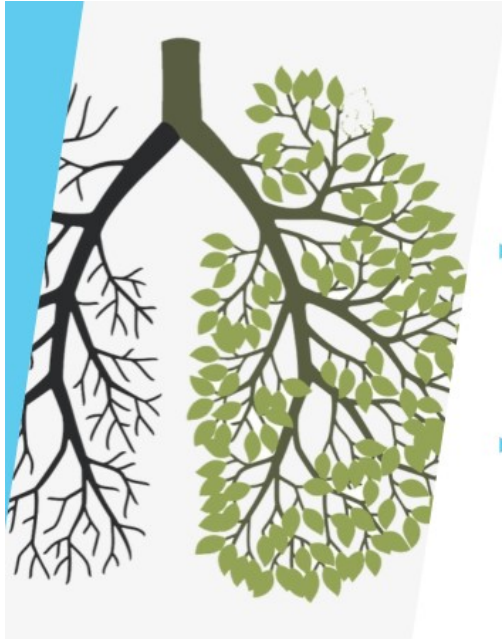
O que é a tuberculose?

Como se transmite a tuberculose?
Sintomas e Sinais da tuberculose



Rastreio dos conviventes

Quem deve fazer o rastreio?
Passos do rastreio



O que é a tuberculose?

- ▶ É uma doença infecciosa provocada pelo *Mycobacterium tuberculosis* (Bacilo de Koch).
- ▶ Ao se inalar o ar com bacilos, estes vão alcançar e depositar-se preferencialmente nos pulmões.

Como se transmite a tuberculose?

- ▶ Esta infeção transmite-se de pessoa a pessoa por via aérea
- ▶ Apenas são contagiosas as pessoas com tuberculose pulmonar ou de vias aéreas superiores
- ▶ Cada vez que um destes doentes tosse, espirra ou fala liberta pequenas gotículas que transportam o bacilo de Koch.



Sinais e Sintomas da Tuberculose



Tosse com expectoração

Cansaço

Suores noturnos

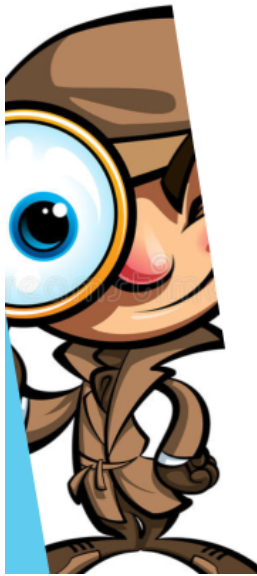
Falta de apetite

Febre ao fim do dia

Emagrecimento

Rastreio dos conviventes

Perante um caso de tuberculose com localização respiratória, o objetivo do rastreio de conviventes é a deteção precoce de outros casos de doença e de pessoas infetadas



Quem deve fazer o rastreio

- ▶ Todas as pessoas que vivem com uma pessoa com tuberculose pulmonar podem ficar doentes!
- ▶ Quanto maior o tempo de contato maior a probabilidade de contrair a doença.
- ▶ Devem ser identificadas todas as pessoas consideradas como contactos próximos do doente

Porque é importante realizar o rastreio?

Identifica indivíduos com tuberculose

Promove o tratamento da doença

Interrompe a cadeia de transmissão da doença

Permite que seja realizado um diagnóstico precoce da doença

Previne maior gravidade da doença

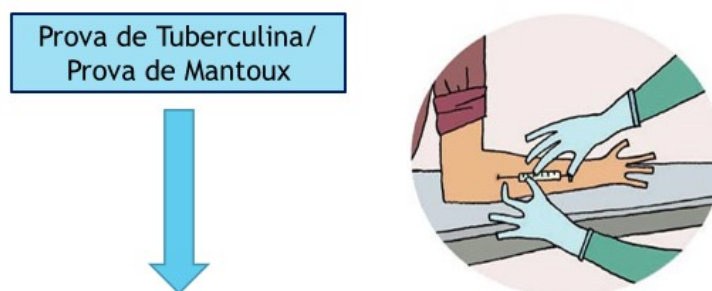
Promove a eliminação da tuberculose e previne a ocorrência de futuros casos

1º Passo do Rastreio



Vai excluir se tem tuberculose doença ou não.

2º Passo do Rastreio



Forma simples e segura de verificar se tem uma infeção (não doença) provocada pelo Bacilo da Tuberculose.

2º Passo do rastreio

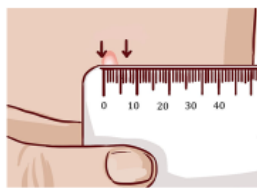
A Prova de Mantoux consiste:

- ▶ É realizada uma pequena injeção, dada por debaixo da pele, na parte interna do antebraço.
- ▶ Esta pode mostrar se é provável que a pessoa já tenha sido infetada pelo micróbio da tuberculose.

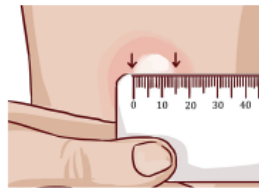


2º Passo do Rastreio

- ▶ É necessário regressar ao local da prova 3 a 4 dias depois de a fazer, para que o resultado seja interpretado como positivo ou negativo.

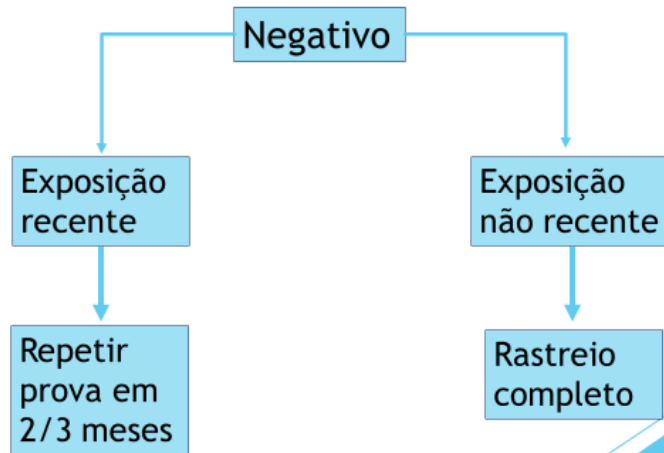


Negativo



Positivo

2º Passo do Rastreio



2º Passo do Rastreio



3º Passo do Rastreio - IGRA

Negativo



Sem infecção de
Tuberculose

Positivo



Tuberculose
Latente

O que é a Tuberculose Latente

- ▶ Quando o resultado do IGRA é positivo, terá que ir a uma consulta com um médico especialista.
- ▶ A tuberculose latente é quando se têm o bacilo, causando a infecção pelo mesmo, mas este não se manifesta.

TER A INFECÇÃO CAUSADA PELA TUBERCULOSE NÃO SIGNIFICA TER A DOENÇA.

Tratamento para tuberculose latente

- ▶ A tuberculose é uma infeção que pode ser tratada para precaver o desenvolvimento da doença no futuro.
- ▶ Geralmente, este tratamento inclui a ingestão de um dos medicamentos próprios para tratar a doença
- ▶ Se o seu médico recomendar este tratamento, ele explicar-lhe-á melhor as vantagens e os riscos do mesmo.

QUESTÕES





OBRIGADO

**Apêndice 7 – Questionário de satisfação da sessão aplicado aos
conviventes**



Avaliação da Sessão “Conviver com a Tuberculose”

Considerando que a sua opinião é muito útil para apurar o nível de satisfação e utilidade desta sessão, permitindo corrigir aspetos menos conseguidos e introduzir melhorias agradeço que responda às seguintes questões.

Apreciação da Sessão:

Avalie a sessão que acabou de ouvir, colocando um X no que considere adequando.

	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	NS/NR
Os assuntos tiveram interesse?					
Os temas abordados foram úteis?					
A formadora utilizou uma linguagem clara?					

NS- Não sabe; NR – Não responde

Aspetos Positivos

Aspetos Negativos

Sugestões

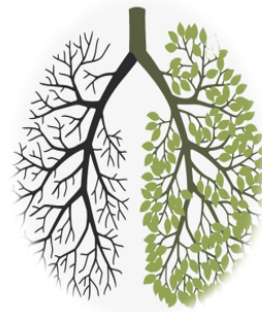
Obrigada!

Apêndice 8 – Folheto informativo “Rastreamento de Conviventes: o que é e para que serve?”

Esteve em contato com uma pessoa a quem foi diagnosticada tuberculose?

RASTREIO DE CONVIVENTES: O QUE É, E PARA QUE SERVE

Elaborado por: Enf.^a Cátia Brás, aluna do Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública da Universidade Católica Portuguesa sob orientação clínica da Enf.^a Carla Páscoa e orientação científica da Prof.^a Doutora Elisa Garcia



O que é a Tuberculose?

A tuberculose é uma doença curável causada pela infeção com a *Mycobacterium tuberculosis*. Geralmente a doença afeta os pulmões, mas por vezes pode afetar outras partes do corpo, tais como: gânglios linfáticos, rins, ossos, etc.

Como é que as pessoas são infetadas com a Tuberculose?

As bactérias da tuberculose espalham-se pelo ar, quando alguém que tem tuberculose nos pulmões ou na garganta tosse, espirra, canta ou fala, dispersando pequenas gotas de saliva pelo ar que podem ser inspiradas por outras pessoas. O contágio da tuberculose pode acontecer quando alguém com tuberculose pulmonar passa mais de 8h cumulativas com outras pessoas.

Que exames deve realizar para saber se está infetado?

➡ Radiografia ao tórax - Mostra se existem vestígios de tuberculose nos pulmões.

➡ Prova de tuberculina (Prova de Mantoux) - É uma pequena injeção dada por debaixo da pele, na parte interna do antebraço. Esta mostra a probabilidade de estar infetada pela bactéria.

É necessário regressar à consulta de enfermagem 3 a 4 dias depois de da realização da prova para ler o resultado (reação da pele)

➡ Análise ao sangue (IGRA) - se a prova de tuberculina for positiva.

Os resultados?

Se a radiografia ao tórax tiver alterações, terá que realizar outros exames e ser encaminhado para o médico especialista, não sendo já necessário realizar a Prova de Mantoux.

Se a Prova de Mantoux for negativa, pode ser necessário repetir dentro de 2 ou 3 meses, pois o seu sistema imunológico pode reagir ao exame na pele tardiamente.

Se o resultado do IGRA for positivo, poderá ter de tomar medicação preventiva prescrita pelo médico pneumologista, para não desenvolver a doença.

Estar infetado com a bactéria da tuberculose não significa que esteja com tuberculose

Apêndice 9 – Poster informativo “Rastreamento de Conviventes: o que é e para que serve?”

ESTEVE EM CONTATO COM UMA PESSOA A QUEM FOI DIAGNOSTICADA TUBERCULOSE?

RASTREIO DE CONVIVENTES: O QUE É, E PARA QUE SERVE



O QUE É A TUBERCULOSE?

A tuberculose é uma doença curável causada pela infeção com a *Mycobacterium tuberculosis*. Geralmente a doença afeta os pulmões, mas por vezes pode afetar outras partes do corpo, tais como: gânglios linfáticos, rins, ossos, etc.

COMO É QUE AS PESSOAS SÃO INFETADAS COM A TUBERCULOSE?

As bactérias da tuberculose espalham-se pelo ar, quando alguém que tem tuberculose nos pulmões ou na garganta tosse, espirra, canta ou fala, dispersando pequenas gotas de saliva pelo ar que podem ser inspiradas por outras pessoas. O contágio da tuberculose pode acontecer quando alguém com tuberculose pulmonar passa mais de 8h cumulativas com outras pessoas.

QUE EXAMES DEVE REALIZAR PARA SABER SE ESTÁ INFETADO?

RADIOGRAFIA AO TÓRAX

- Mostra se existem vestígios de tuberculose nos pulmões.

PROVA DE TUBERCULINA (PROVA DE MANTOUX)

- É uma pequena injeção dada por debaixo da pele, na parte interna do antebraço. Esta mostra a probabilidade de estar infetada pela bactéria.
- É necessário regressar à consulta de enfermagem 3 a 4 dias depois de da realização da prova para ler o resultado (reação da pele)

ANÁLISE AO SANGUE (IGRA)

- Se a prova de tuberculina for positiva.

OS RESULTADOS?

- Se a radiografia ao tórax tiver alterações, terá que realizar outros exames e ser encaminhado para o médico especialista, não sendo já necessário realizar a Prova de Mantoux.
- Se a Prova de Mantoux for negativa, pode ser necessário repetir dentro de 2 ou 3 meses, pois o seu sistema imunológico pode reagir ao exame na pele tardiamente.
- Se o resultado do IGRA for positivo, poderá ter de tomar medicação preventiva prescrita pelo médico pneumologista, para não desenvolver a doença.

Estar infetado com a bactéria da tuberculose não significa que esteja com tuberculose

Apêndice 10 – Cartão do convivente



Cartão do Convivente

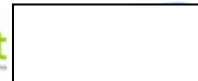


Nome: _____

	Dia	Hora
1ª Consulta	__/__/__	__:__
Raio-x Tórax	__/__/__	__:__
Prova de Mantoux	__/__/__	__:__
Leitura	__/__/__	__:__
IGRA	__/__/__	__:__

Centro Diag. Pneumológico: 21XXXXXXX

Apêndice 11 – Plano da sessão informativa aos profissionais de saúde



PLANO DA SESSÃO

Curso	Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública
Unidade Curricular	Estágio Final e Relatório
Tema da sessão	<i>“O enfermeiro como promotor da adesão ao rastreio de conviventes da pessoa com Tuberculose”</i>
População alvo	Profissionais da Unidade de Saúde Pública [REDACTED]
Formadores	Cátia Brás
Duração da sessão	20 Minutos
Data	16 de Dezembro de 2019
Local	Unidade de Saúde Pública

Objetivos	<p><u>Geral:</u> Dar a conhecer o projeto desenvolvido na [REDACTED]</p> <p><u>Específicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dar a conhecer realidade dos rastreios na [REDACTED]; • 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.
------------------	--

Etapas	Atividades didáticas	Material didático	Orador	Tempo (min)
Introdução	Apresentação do formador	Projetor e Computador	Cátia Brás	5
	Enquadramento			
Desenvolvimento	Apresentação do diagnóstico de situação	Projetor e Computador	Cátia Brás	12
	Apresentação dos objetivos			
	Apresentação das estratégias			
	Apresentação das atividades desenvolvidas			
	Avaliação do projeto			
Conclusão	Esclarecimento dúvidas		Cátia Brás	3
	Sugestões			

Apêndice 12 – Sessão informativa aos profissionais de saúde

“O ENFERMEIRO COMO PROMOTOR DA ADESÃO AO RASTREIO DE CONVIVENTES DA PESSOA COM TUBERCULOSE”

Mestranda: Cátia Brás nº 192018092
Professora tutora: Prof.ª Dr.ª Elisa Garcia
Enfermeira orientadora: Enf.ª Carla Páscoa

16 de Dezembro de 2019

ENQUADRAMENTO

A tuberculose

- Segundo a OMS a tuberculose foi uma das 10 principais causas de morte em todo o mundo em 2018;
- Em 2018, havia um número estimado de 10 milhões de novos casos de tuberculose no mundo e cerca de 1,5 milhões de pessoas morreram de tuberculose.

OMS, 2019

- A União Europeia é uma região de baixa incidência. Em 2017 houve 275 mil casos de tuberculose, 10,7 por cada 100 mil habitantes nesta região.
- Em Portugal, nos últimos anos, a incidência da doença tem vindo a diminuir, mantendo, contudo, valores acima da incidência Europeia. O país ficou-se em 2018 por 16,6 casos por cada 100 mil habitantes.

DGS, 2019

“A identificação precoce e o tratamento adequado dos casos de tuberculose infecciosa é a estratégia mais adequada para prevenir a transmissão da doença na comunidade”

DGS, 2013

O rastreio dos conviventes

- Perante um caso de tuberculose com localização respiratória num adulto, o objetivo do rastreio de contactos é a deteção precoce de outros casos de doença e de pessoas infetadas;
- Devem ser identificadas todas as pessoas consideradas como contactos próximos do doente;
- O rastreio é constituído por duas fases:
 - aplicação do inquérito de sintomas e a realização da radiografia pulmonar;
 - testes tuberculínico (TST) e IGRA (Interferon-Gamma release assay).

DGS, 2013

Importância do rastreio

Identifica indivíduos com tuberculose

Promove o tratamento da doença

Interrompe a cadeia de transmissão da doença

Permite que seja realizado um diagnóstico precoce da doença

Previne maior gravidade da doença

Promove a eliminação da tuberculose e previne a ocorrência de futuros casos

Duarte, R. et al, 2012; Ferreira, J., 2012; Fox, G., 2015; Kranzer, K. et al, 2013; Vardier, J. et al, 2012

Em 2018 a DGS definiu como estratégias para 2019



- Otimização do rastreio de tuberculose através da interligação entre os vários profissionais de saúde
- Melhorar a literacia da população e profissionais de saúde
- Melhorar a resposta dos Centros de Diagnóstico Pneumológico no rastreio e tratamento de tuberculose

DGS, 2018

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Unidade de Saúde

- A [redacted] intervém na área geodemográfica do município da [redacted]
- Área geodemográfica de 23,77 km²;
- 175.136 habitantes;
- Freguesias: [redacted];
- Concelho com maior densidade populacional em Portugal, [redacted]

(Plano de Atividades [redacted], 2019)

Problema	Prioridade
Cancro do Colo do Útero	1º
Cancro do Cólon e do Reto	2º
Cancro da Mama	3º
Diabetes Mellitus	4º
Tuberculose	5º
VIH/SIDA	6º
Saúde da Criança	7º
Saúde Mental	8º
Doenças Cérebro-Vasculares	9º
Violência	10º
Serviços de Saúde	11º

Lista de problemas de saúde da Amadora ordenada após priorização.

(Plano Local de Saúde [redacted], 2012-2016)

Na [REDACTED] ...

- Taxa de incidência da tuberculose é muito superior à ARSLVT;
- Em 2011 e 2012 a incidência foi respetivamente de 41,8/100.000 e 45,4/100.000, o que corresponde ao aumento da incidência em 3,6% no último ano;
- Entre 2015 e 2017 ocorreram 161 casos de tuberculose no conselho;
- Freguesias de [REDACTED] apresentavam os valores mais elevados,
- Maior número de casos nas zonas mais densamente povoadas e também nos bairros desfavorecidas, como é o exemplo da [REDACTED].

O rastreio na [REDACTED]

Nos primeiros 6 meses de 2019 foram identificados 27 pessoas com o diagnóstico de Tuberculose Pulmonar

Foram identificados **115** contatos a rastrear

36,5% completaram o rastreio 35,6% rastreio incompleto 27,8% não iniciaram rastreio

O que leva os contatos a não realizarem rastreio?

O que diz a literatura?

- Falta de informação sobre a doença e o seu tratamento;
- Estigma acerca da doença.
- Baixo nível educacional;
- Falta de aconselhamento;
- A pessoa com TB não fornecer os seu contatos;
- Falta de motivação para ir ao local onde se realiza o rastreio;
- Incapacidade de o doente se lembrar dos conviventes;
- A pessoa com TB não querer dizer o seu diagnóstico aos conviventes.
- A pessoa não vê a importância do rastreio porque não se sente doente;

Ayakaka, I., et al, 2017; Barroso, E., 2018;
Gebregergs, G., et al, 2015; Oliveira, S., et al, 2017

Onde atuar?

- 4 entrevistas a informadores chave;

Análise de conteúdo
segundo Bardin (2016)

Hipótese: (é uma confirmação provisória que nos propomos verificar)	Existem necessidades no seguimento dos conviventes da pessoa com TP, nas quais é possível intervir
Objetivos Geral: (é a finalidade geral que nos propomos verificar, quadro teórico ou pragmático)	Identificar quais as necessidades manifestas pelos peritos relacionadas com o rastreio dos conviventes da pessoa com TP
Objetivos Específico:	Identificar os motivos que levam o convivente a não aderir ao rastreio Perceber como a USP e o CDP respondem/articulam para aumentar a adesão ao rastreio? Identificar estratégias que levem a um aumento da adesão ao rastreio dos conviventes

- ➔ Necessidade organizacionais (articulação/gestão)
- ➔ Necessidades dos conviventes
- ➔ Necessidade de melhorar a acessibilidade

Diagnóstico de Enfermagem

CIPE® 2015

Conhecimento diminuído do convivente **sobre o teste de diagnóstico**

Rastrear acompanhamento comprometido

Acesso ao rastreamento comprometido

DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Definição de Prioridades (grelha de análise – Tavares, 1990)

Diagnósticos de Enfermagem	Critérios				Recomendação
	Importância do Problema	Relação Problema/ Fatores de Risco	Capacidade Técnica de Intervir	Exequibilidade da intervenção	
Conhecimento diminuído do convivente sobre o teste de diagnóstico	+	+	+	+	1
Rastrear acompanhamento comprometido	+	+	-	-	4
Acesso ao rastreio comprometido	+	+	-	-	4

DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

Objetivo Geral



Contribuir para um aumento da adesão ao rastreio dos conviventes da pessoa com tuberculose pulmonar

Objetivos Específicos



- Clarificar junto dos conviventes da pessoa com tuberculose pulmonar a importância da adesão ao rastreio.
- Apoiar o convivente na tomada de decisão para completar o rastreio
- Envolver os profissionais de saúde para que haja continuação do projeto

SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

Estratégia Educacional

Educação para a saúde

"Criar mecanismos de informação à população" (Tavares, 1990)

"É um componente da promoção da saúde e é uma parte essencial da comunicação entre profissionais de saúde e clientes. (Pender, 2019)

PROGRAMAÇÃO OPERACIONAL ATIVIDADES

Sessão de Educação para a Saúde

- Realizada sessão de educação para a saúde, foram contactados 28 utentes que tinham o rastreio incompleto desde 1 de Julho a 15 de Novembro de 2019.
- Assistiram à sessão 12 utentes.




Folheto Informativo

- Folheto informativo sobre o rastreio da tuberculose.

Esteve em contato com uma pessoa a quem foi diagnosticada tuberculose?

RASTREIO DE CONVIVENTES: O QUE É E PARA QUI SERVE

Elaborado por: Enf.^a Cátia Brás, aluna do Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública da Universidade Católica Portuguesa sob orientação da Enf.^a Célia Paços.



O que é a Tuberculose?

A tuberculose é uma doença curável causada pela infeção com a *Mycobacterium tuberculosis*. Geralmente a doença afeta os pulmões, mas por vezes pode afetar outras partes do corpo, tais como: gânglios linfáticos, rins, ossos, etc.

Como é que as pessoas são infetadas com a Tuberculose?

As bactérias da tuberculose espalham-se pelo ar, quando alguém que tem tuberculose nos pulmões ou na garganta tosse, espirra, canta ou fala, dispersando pequenas gotas de saliva pelo ar que podem ser inspiradas por outras pessoas. O contágio da tuberculose pode acontecer quando alguém com tuberculose pulmonar passa mais de 8h cumulativas com outras pessoas.

Que exames deve realizar para saber se está infetado?

➡ Radiografia no tórax - Mostra se existem vestígios de tuberculose nos pulmões.

➡ Prova de tuberculina (Prova de Mantoux) - É uma pequena injeção dada por debaixo da pele, na parte interna do antebraço. Esta mostra a probabilidade de estar infetada pela bactéria.

É necessário regressar à consulta de enfermagem 3 a 4 dias depois de da realização da prova para ler o resultado (reação da pele)

➡ Análise ao sangue (IGRA) - se a prova de tuberculina for positiva.

Os resultados?

Se a radiografia ao tórax tiver alterações, terá que realizar outros exames e ser encaminhado para o médico especialista, não sendo já necessário realizar a Prova de Mantoux.

Se a Prova de Mantoux for negativa, pode ser necessário repetir dentro de 2 ou 3 meses, pois o seu sistema imunológico pode reagir ao exame na pele tardiamente.

Se o resultado do IGRA for positivo, poderá ter de tomar medicação preventiva prescrita pelo médico pneumologista, para não desenvolver a doença.

Estar infetado com a bactéria da tuberculose não significa que esteja com tuberculose

Encaminhamento dos utentes que participaram na sessão

- Realizar, após a sessão de educação para a saúde, um momento individual de apoio para marcação do próximo passo do rastreio com o objetivo de ajudar e encaminhar os conviventes a marcar a próxima consulta ou exame

Cartão do Convivente

- Permite ao convivente anotar todas as consultas e exames complementares

Cartão do Convivente		
Nome: _____		
	Dia	Hora
1ª Consulta	__/__/__	__:__
Raio-x Tórax	__/__/__	__:__
Prova de Mantoux	__/__/__	__:__
Leitura	__/__/__	__:__
IGRA	__/__/__	__:__
Centro Diag. Pneumológico:	_____	

Poster Informativo

ESTIVE EM CONTATO COM UMA PESSOA A QUEM FOI DIAGNOSTICADA TUBERCULOSE

RASTREIO DE CONVIVENTES: O QUE É E PARA QUE SERVE

O QUE É A TUBERCULOSE?

A tuberculose é uma doença causada pelo contato com a *Mycobacterium tuberculosis*. Desenvolve-se a longo prazo no pulmão, mas por vezes pode afetar outras partes do corpo, tais como glândulas linfáticas, rins, ossos, etc.

COMO É QUE AS PESSOAS SÃO INFETADAS COM A TUBERCULOSE?

As bactérias da tuberculose espalham-se pelo ar, quando alguém que tem tuberculose em qualquer fase da doença respira, tosse ou fala, libertando pequenas gotas de saliva para o ar que podem ser inaladas por outras pessoas. O estágio da tuberculose pode aumentar quando alguém com tuberculose partilha para mais de 8h com alguém com outras pessoas.

QUE EXAMES DEVE REALIZAR PARA SABER SE ESTÁ INFETADO?

SANGUE PARA TUBERCULOSE

- Mede a existência de tuberculose nos pulmões.
- É um teste mais rápido do que outros de diagnóstico de tuberculose, mas resulta em falsos positivos.
- É necessário registar o resultado do exame para ser o mesmo teste repetido.

ANÁLISE AO SANGUE DEGRANULADO

- Se o teste for positivo, confirma a presença de tuberculose nos pulmões.

EXATIDÃO

- Se o diagnóstico for feito através de testes, terá que realizar outros exames e ser encaminhado para o médico responsável, não sendo já necessário realizar a Prova de Mantoux.
- Se a Prova de Mantoux for negativa, pode ser necessário repetir dentro de 2 ou 3 meses, pois o seu sistema imunológico pode reagir ao mesmo no próximo teste.
- Os resultados de diagnóstico podem ser de alguma maneira prevenidos através de testes pneumológicos, para isto desenvolver a doença.

Estar infetado com a bactéria da tuberculose não significa que esteja com tuberculose

Elaborado por Inês Cãlito Aires, Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública da Universidade Católica Portuguesa sob orientação científica da Prof.ª Carla Pinheiro e orientação científica da Prof.ª Doutora Rita Garcia

AVALIAÇÃO

Atividades	Objetivo Operacional	Indicadores	Resultado
Realizar uma sessão de educação para a saúde aos conviventes, valorizando os riscos da não adesão e os benefícios da adesão ao rastreio.	Obter 25% de adesão dos participantes à sessão de educação para a saúde	Nº de pessoas na sessão/ Nº de pessoas convocadas para a sessão	43%
		Nº de sessões realizadas/Nº de sessões programadas	100%
	Que pelo menos 75% dos participantes considerem que o interesse dos assuntos abordados foi bom ou muito bom	Nº de participantes que consideraram bom ou muito bom/Nº de participantes da sessão	100%
	Que pelo menos 75% dos participantes considerem que a utilidade dos temas abordados seja boa ou muito bom	Nº de participantes que consideraram bom ou muito bom/Nº de participantes da sessão	100%
	Que pelos menos 75% dos participantes considerem que a linguagem utilizada pela formadora foi boa ou muito bom	Nº de participantes que consideraram bom ou muito bom/Nº de participantes da sessão	100%
Elaborar um folheto informativo sobre a importância da adesão ao rastreio.	Obter 100 % de entrega do folheto aos participantes da sessão	Nº de panfletos fornecidos/Nº de pessoas na sessão	100%
Realizar, após a sessão de educação para a saúde, um momento individual de apoio para marcação do próximo passo do rastreio.	Obter 75% de consultas/exames marcados nas pessoas que assistiram à sessão	Nº de pessoas com consulta/exame agendado/ Nº de pessoas presentes na sessão	83%
Elaborar um "cartão do convivente" que permita ao convivente anotar todas as consultas e exames complementares	Obter 100% de entrega do "cartão do convivente" aos participantes da sessão	Nº de "cartões fornecidos"/Nº de pessoas na sessão	100%

No Futuro...

Metas	Indicador
Obter um aumento de 5% de conviventes rastreados num período de um ano	$\frac{\text{Nº de conviventes com rastreio completo}}{\text{Nº de conviventes elegíveis para rastreio}} \times 100$
Que seja entregue folhetos a 50% dos conviventes rastreados	$\frac{\text{Nº de folhetos entregues}}{\text{Nº conviventes rastreados}} \times 100$
Que seja entregue o cartão do convivente a 50% dos conviventes rastreados	$\frac{\text{Nº de cartões entregues}}{\text{Nº conviventes rastreados}} \times 100$

Avaliação Anual

Referências Bibliográficas

- Ayidada, L., Asterman, S., Ogila, J., Kajuli, P., Dowdy, D., Haberer, J., Far, E., Hopewell, P., Handley, A., Cattamanchi, A., Katamba, A., Davis, L. (2017). Identifying barriers to and facilitators of tuberculosis contact investigation in Kampala, Uganda: a behavioral approach.
- Baralín, L. (2016). *Análise de Conteúdo* (2ª reimpressão da 1ª Ed de 2016). São Paulo: Edições 70.
- Barroso, E. (2018). Factors Associated with Household Contacts Tuberculosis Testing and Evaluation.
- Direção Geral da Saúde (2018). Tuberculose. 22 de Março de 2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-debato/dia-mundial-da-tuberculose-dados-nacionais-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2019). Tuberculose na Europa. Disponível em: <https://www.dgs.gov.pt/infocis/2019/03/19/oms-tuberculose-na-europa/>
- Direção Geral da Saúde (2013). Manual de Boas Práticas de Enfermagem em Tuberculose. Programa Nacional para a Tuberculose.
- Direção Geral da Saúde (2013). Planeamento do Rastreio de Contactos de Doentes com Tuberculose. Programa Nacional para a Tuberculose.
- Duarte, R., Melo, M., Carvalho, A., Barros, H. (2012). Improving Tuberculosis contact tracing: the role of evaluations in the home and workplace.
- Ferreira, J. (2012). Tuberculose: quem são os doentes que não identificam os seus contactos?
- Fox, G., Loan, L., Nhung, N., Loi, N., Sy, D., Britton, W., Marks, G. (2015). Barriers to adherence with tuberculosis contact investigation in six provinces of Vietnam: a nested case-control study.
- Gebregregios, C., Alemu, W. (2015). Household Contact Screening Adherence among Tuberculosis Patients in Northern Ethiopia.
- Kranzer, K., Akram-Halimes, H., Tomlin, K., Galie, J., Shapiro, A., Schaap, A., Corbett, E., Larnath, K., Glynn, J. (2013). The benefits to communities and individuals of screening for active tuberculosis disease: a systematic review. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. Vol 17, Nº 4, Pg 432-446.
- Mordaugh, C., Parsons, M. & Pender, N. (2019). *Health Promotion in Nursing Practice* (8a ed.). Boston: Pearson.
- Oliveira, S., Carvalho, M., Peloso, S., Caleff-Feracioli, K., Siqueira, V., Scodro, R., Cardoso, R. (2017). Influence of the identification of contacts on the adherence of index tuberculosis cases to treatment in a high incidence country.
- World Health Organization (2019). *Global Tuberculosis Report 2019*. Disponível em: https://www.who.int/tb/publications/factsheet_global.pdf?ua=1
- Pereira Santos, A., Leite, A., Silva, A. *Plano Local de Saúde* [redacted] 2014 – 2016, 1ª Edição. [redacted] Abril de 2014. ISBN 978-972-8284-78-7
- Plano de Atividades [redacted] Abril de 2019
- Tavares, A. (1996). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Ministério da Saúde – Departamento de recursos humanos da saúde – Centro de Formação e Aperfeiçoamento profissional.
- Verker, J., Vlas, B., Kidgell-Koppelaar, I., Richardus, J. (2012) Risk factors for tuberculosis in contact investigators in Rotterdam, the Netherlands. *Infectious Disease Reports*. Vol 4, Nº 26. Pg 101-105.

OBRIGADA

"É muito importante o rastreio dos contactos próximos dos doentes com tuberculose"

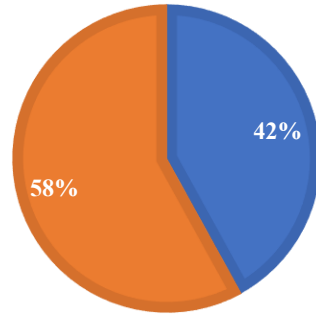
Fundação Portuguesa do Pulmão

**Apêndice 13 – Avaliação do questionário de satisfação da sessão aplicado
aos conviventes**

Avaliação de Satisfação da Sessão

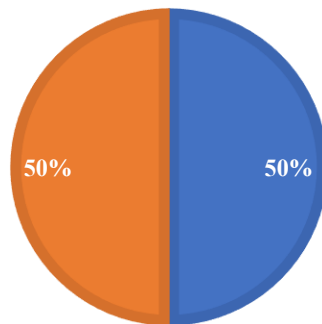
INTERESSE DOS ASSUNTOS

■ Muito bom ■ Bom ■ Suficiente ■ Insuficiente



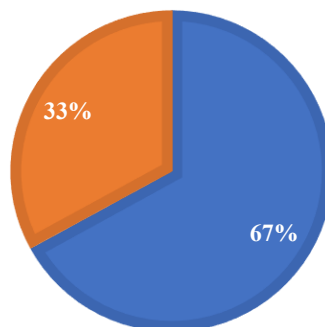
UTILIDADE DOS TEMAS

■ Muito bom ■ Bom ■ Suficiente ■ Insuficiente



CLAREZA DA LINGUAGEM UTILIZADA

■ Muito bom ■ Bom ■ Suficiente ■ Insuficiente



Apêndice 14 – Autorização para utilização das entrevistas

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu Cátia Brás, enfermeira e estudante do 12º curso de Mestrado em Enfermagem na área de enfermagem comunitária e de saúde pública no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, a realizar estágio no âmbito da unidade curricular Estágio Final e Relatório, na [REDACTED], sob orientação da Sr.ª Enfermeira Carla Páscoa, e da Prof.ª Dr.ª Elisa Garcia, pretendo realizar um projeto com vista a contribuir para o aumento da adesão dos conviventes da pessoa com tuberculose ao rastreio. Nesse sentido, venho solicitar a sua colaboração para uma entrevista que tem como objetivo conhecer a sua opinião pessoal relacionada com os motivos que levam os conviventes a não aderir ao rastreio.

Serão cumpridos os procedimentos éticos, assegurando a confidencialidade e a anonimização da informação que será utilizada para fins académicos.

Informo que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem que por isso venha a ser prejudicado e que estou à sua inteira disposição para os esclarecimentos que considerar necessários.

Se considerar esta informação correta e aceitar participar voluntariamente, solicita-se o favor de assinar este documento que posteriormente, será assinado por mim.

Agradeço desde já a sua colaboração.

Eu, _____, tomei conhecimento dos objetivos da entrevista e aceito participar de livre vontade na mesma.

Data _____, _____ de _____ de _____

(Cátia Alexandra Luís Brás)

Apêndice 15 – Pedido de autorização à Sr.^a Diretora do ACES

03/11/2019

Gmail - Pedido de autorização para a realização do projeto "O Enfermeiro como promotor da adesão ao rastreio dos conviventes d...



Cátia Brás <catia.brasd@gmail.com>

Pedido de autorização para a realização do projeto "O Enfermeiro como promotor da adesão ao rastreio dos conviventes da pessoa com tuberculose"

9 mensagens

Cátia Brás <catia.brasd@gmail.com>

3 de outubro de 2019 às 12:07

[Redacted]

Exma. Sr.ª Diretora do ACE [Redacted]

No âmbito do protocolo assinado entre a UCP /ARS para a realização do estágio inserido na unidade curricular Estágio Final e Relatório, do curso de 12º Mestrado em Enfermagem na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, que se encontra a decorrer na Unidade de Saúde Pública [Redacted] um procedimento usual de prestação de cuidados de saúde, realizado por estudantes em contexto de estágio de formação, para o desenvolvimento de competências de especialista de enfermagem comunitária e saúde pública, venho solicitar autorização, no âmbito do regular funcionamento da Enfermeira orientadora Carla Páscoa e sob orientação da Prof.ª Dr.ª Elisa Garcia, para realizar o projeto "O enfermeiro como promotor na adesão ao rastreio dos conviventes da pessoa com tuberculose".

Mais solicita autorização para a divulgação do nome da orientadora da prática clínica e da vossa instituição no relatório final que será tornado público, tendo em consideração o regulamento geral de proteção de dados.


Agradecemos desde já uma resposta o mais breve possível tendo em atenção o tempo disponível para a implementação de todas as fases do projeto.

Atentamente,

Cátia Alexandra Luís Brás

03/11/2019 Gmail - Pedido de autorização para a realização do projeto "O Enfermeiro como promotor da adesão ao rastreio dos conviventes d...

[Citação ocultada]

 **Projeto - O enfermeiro como promotor da adesão ao rastreio dos conviventes da pessoa com TB Final.docx**
66K

ACES 30 de outubro de 2019 às 15:12
Para: "catia.brasd@gmail.com" <catia.brasd@gmail.com>
Cc: A
saud

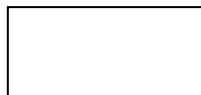
Exma. Senhora
Enfermeira Cátia Brás

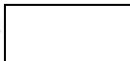
Encarrega-me a Presidente do Conselho Clínico e de Saúde, e remeter, em anexo, o parecer do CCS referente ao seu projeto.

Com os melhores cumprimentos,

www.arsivlt.pt

PENSE ANTES DE IMPRIMIR





Informação N.º 24

Data 30/10 /2019

Assunto: Parecer CCS ao protocolo de estudo " O Enfermeiro como promotor da adesão ao rastreio dos conviventes de pessoa com TB" – CDP/USP

Após análise do protocolo de intervenção para mestrado consideramos:

1. A Tuberculose representa na um problema de saúde prioritário identificado no Plano Local de Saúde;
2. O papel da equipa de saúde (médico e enfermeiro) na realização do inquérito epidemiológico é primordial para a identificação de outros possíveis doentes ainda não diagnosticados;
3. Este procedimento envolve o conhecimento do SINAVE (Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica) sempre que um novo caso seja diagnosticado e o contacto e posterior rastreio com seus conviventes;
4. A articulação desta atividade com o CDP implica a monitorização dos casos de doença e infeções latentes;
5. Os modelos de promoção de saúde e avaliação de risco são atividades inerentes a este processo, com constrangimentos na vida familiar e laboral dos destes utentes.

O CCS considera vantajoso a realização deste projeto de intervenção que permitirá à estudante, a perceção e dimensão da problemática clínica, familiar e social.

Este projeto permitir também ao ACES a identificação de eventuais obstáculos e/ou constrangimentos na articulação das equipas clínicas e de saúde pública, e posterior introdução de ações de melhoria.

Assim, o CCS dá parecer favorável à realização deste projeto.



Apêndice 16 – Poster “Rastreamento de conviventes da pessoa com diagnóstico de Tuberculose Pulmonar – Um desafio para a Enfermagem Comunitária”

Rastreo de conviventes da pessoa com diagnóstico de Tuberculose Pulmonar

Um desafio para a Enfermagem Comunitária

Brás, Carla¹ & Pascoa, Carla² (catalbrasd@gmail.com, carla.pascoa@esefp.pt)

¹ Mestranda do 12º Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, a realizar estágio no ACES Norte - Polo Hospital Público Valente na Unidade de Insuficiência Respiratória. Enfermeira no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa

² Mestre e Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública. Enfermeira no [redacted] Professora convidada no departamento de Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

INTRODUÇÃO

Mundialmente ocorrem cerca de nove milhões de novos casos e cerca de dois milhões de mortes relacionados com a tuberculose (TB) por ano. ⁽¹⁾ Em Portugal a incidência tem vindo a diminuir, mantendo-se, contudo, acima da média Europeia. ⁽¹⁾

A tuberculose pulmonar (TP) é a forma infecciosa da doença e um problema de saúde pública sendo fundamental a prevenção, diagnóstico e tratamento precoce. ⁽¹⁾

A investigação de contactos é das melhores estratégias para prevenir e diminuir a transmissão da TB ⁽²⁾, tendo a Enfermagem Comunitária um papel preponderante. ⁽³⁾

OBJETIVO

OBJETIVO
Perceber a importância do rastreio de conviventes da pessoa com TP e as competências da Enfermagem Comunitária enquanto problema de saúde pública.

METODOLOGIA

Revisão da literatura



RESULTADOS

Identifica indivíduos com tuberculose

Promove o tratamento da doença

Interrompe a cadeia de transmissão da doença

Permite que seja realizado um diagnóstico precoce da doença

Previne maior gravidade da doença

Promove a eliminação da tuberculose e previne a ocorrência de futuros casos

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária

É necessário o envolvimento de toda a equipa multidisciplinar, sendo que o enfermeiro de saúde comunitária tem o papel preponderante

Os enfermeiros, que exercem a sua atividade profissional junto da comunidade, têm maior responsabilidade, competência, capacidade de intervenção ao nível da promoção e da educação para a saúde, bem como a prevenção da doença

CONCLUSÕES

A baixa literacia da população com TP e seus conviventes sobre a problemática tem influência negativa na adesão ao rastreio, o que consequentemente faz aumentar os casos de tuberculose latente ou até desenvolvimento de outras formas de TB.

Assim a correta identificação dos conviventes da pessoa com TP e a adesão ao rastreio tornam-se um desafio para a Enfermagem Comunitária.

Referências Bibliográficas:

- (1) - Direção Geral de Saúde (2013). Programa Nacional para a Tuberculose - Manual de Boas Práticas de Enfermagem em Tuberculose. Direção Geral de Saúde.
- (2) - Ferreira, J. (2012). Tuberculose: Quem são os doentes que não identificam os seus contactos? Dissertação para Grau de Mestre em Epidemiologia. Faculdade de Medicina Universidade do Porto.
- (3) - Vieira, I. (2015). O Papel das Enfermeiras-Visitadoras na Prevenção da Tuberculose em Portugal na Primeira Metade do Século XX. Pensar Enfermagem, vol 19 (1), 19-30.
- (4) - Fox, G, Barry, S, Britton, W, Mann, G. (2013). Contact investigation for tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. European Respiratory Journal, Vol 41, Nº 1, Pg 145-156.
- (5) - Direção Geral de Saúde (2013). Programa Nacional para a Tuberculose - Planeamento do Rastreio de Contactos de Doentes com Tuberculose. Direção Geral de Saúde.
- (6) - Vandier, J, Vial, S, Kogel-Koopman, I, Richards, J. (2012). Risk factors for tuberculosis in contact investigations in Flanders, the Netherlands. Infectious Disease Reports, Vol 4, Nº 26, Pg 101-105.
- (7) - Krausz, K, Alban-Holmes, H, Tonlin, K, Golub, J, Shapiro, A, Schaap, A, Corbett, E, Lorenth, K, Glynn, J. (2013). The benefits to communities and individuals of screening for active tuberculosis disease: a systematic review. The International Journal of Tuberculosis and Lung Diseases, Vol 17, Nº 4, Pg 432-448.
- (8) - Duarte, R, Neto, M, Carvalho, A, Barros, H. (2012). Improving tuberculosis contact tracing: the role of evaluators in the home and workplace. The International Journal of Tuberculosis and Lung Diseases, Vol 16, Nº 1, Pg 55-59.
- (9) - Entani, C, Kumprom, M, Rubilar, I, Balthazar, O, Clement, D, Haas, W, Migliori, G, Rieder, H, Zellweger, J, Lange, G. (2010). Tuberculosis contact investigation in low prevalence countries: a European consensus. European Respiratory Journal, Vol 36, Nº 4, Pg 925-948.
- (10) - Duarte, R. (2011). Tuberculose: improving case finding and contact tracing. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Universidade do Porto Faculdade de Medicina.



PRIMEIRAS JORNADAS DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA DA ESEL

Saúde e Sociedade:
Pensar a enfermagem
comunitária no
século XXI

21 de Novembro de 2019
POLO ARTUR RAVARA

CERTIFICADO

Cátia Brás; Carla Páscoa, participaram com um poster subordinado ao tema “Rastreo de conviventes da pessoa com diagnóstico de Tuberculose Pulmonar (TP) – um desafio para a Enfermagem Comunitária ” nas **1.ªs JORNADAS DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA DA ESEL – Saúde e Sociedade: Pensar a enfermagem comunitária no século XXI**, realizadas pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no dia 21 de novembro de 2019.



LUSODIDACTA
(Instituto de Qualidade)
www.lusodidacta.pt

Lisboa, 21 de Novembro de 2019

Prof.º João Santos

**Apêndice 17 – Poster “Fatores Associados à Iniciação Tabágica nos
Adolescentes: a *scoping review*”**



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

II Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Escola de Lisboa) “Enfermagem Especializada ao Serviço do Bem Comum”



DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que **Cátia Alexandra Luís Brás, Susana Pinto Sousa Costa Esteves, Prof.ª Doutora Amélia Simões Figueiredo e Prof.ª Doutora Cândida Ferrito**, participaram no **II Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, no **dia 29 de novembro de 2019**, com a apresentação de Poster, que recebeu o 2º prémio, com o tema

“Fatores Associados à Iniciação Tabágica nos Adolescentes: a Scoping Review”

Lisboa, 29 de novembro de 2019.

O Diretor
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP

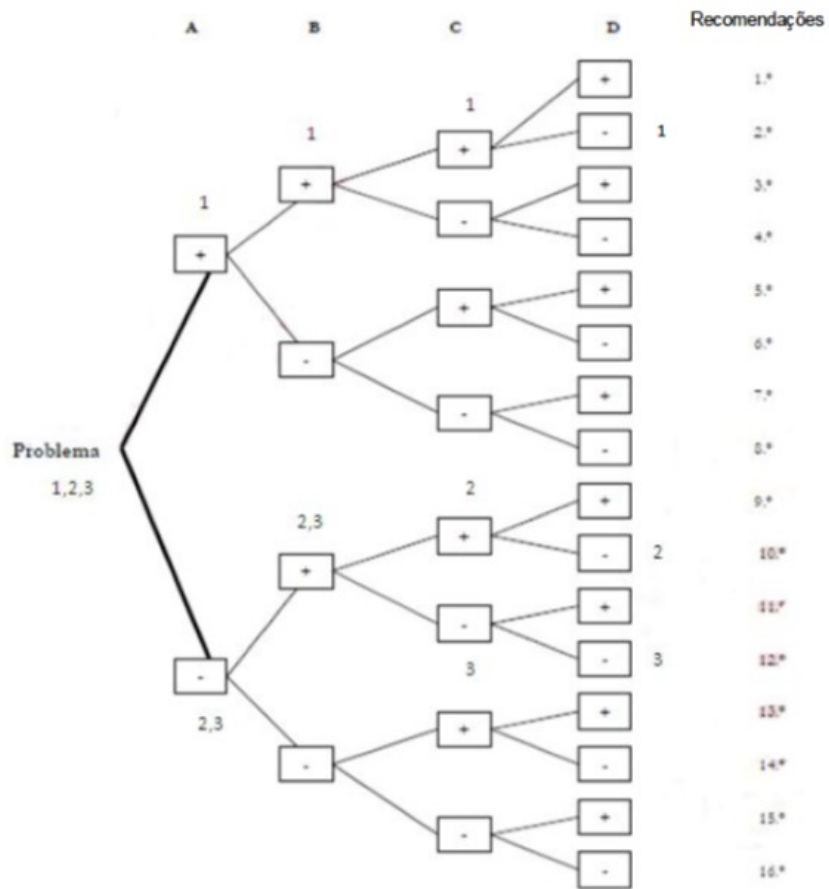


Un Sérgio Deodato, PhD, RN
Inst. Professor Associado



ANEXOS

Anexo 1 – Grelha de análise para determinação de prioridades



Grelha de análise para determinação de prioridades in: Tavares (1990) extraído de Pineault e Daveluy, 1986