



**CATÓLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA-PORTO

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

**IDENTIFICAÇÃO DE CONTACTOS DA PESSOA COM  
TUBERCULOSE: UMA INTERVENÇÃO DE  
ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

**CONTACT INVESTIGATION OF PERSONS WITH  
TUBERCULOSIS: A COMMUNITY HEALTH NURSING  
INTERVENTION**

Por  
Maria Cristina Maia Varela Lopes

Lisboa, 2022

(Página deixada propositadamente em branco)



**CATÓLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA-PORTO

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

**IDENTIFICAÇÃO DE CONTACTOS DA PESSOA COM  
TUBERCULOSE: UMA INTERVENÇÃO DE  
ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

**CONTACT INVESTIGATION OF PERSONS WITH  
TUBERCULOSIS: A COMMUNITY HEALTH NURSING  
INTERVENTION**

Por  
Maria Cristina Maia Varela Lopes

Sob a orientação de Professora Doutora Ana Resende

Lisboa, 2022

(Página deixada propositadamente em branco)

«Curiosidade, criatividade, disciplina e, especialmente, paixão  
são algumas exigências para o desenvolvimento de um trabalho criterioso,  
baseado no confronto permanente entre o desejo e a realidade.»

*Mirian Goldenberg*

(Página deixada propositadamente em branco)

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Ana Resende, pela sua disponibilidade em orientar este trabalho e pelo apoio demonstrado ao longo desta senda.

Um reconhecimento especial à orientadora clínica, Enfermeira ESCSP Helena Correia pela forma como abraçou e defendeu este projeto. Ficarei para sempre grata pelo contributo para meu o crescimento pessoal e profissional.

Um agradecimento sentido à restante equipa multiprofissional da Unidade de Saúde Pública pela simpatia e disponibilidade com que me acolheram.

Aos meus colegas de curso, apesar da pandemia e de todas as contingências pelas quais passamos, saímos vitoriosos e seremos com certeza, mais resilientes por isso.

Um agradecimento muito especial às colegas de mestrado Anabela Granado e Sílvia Costa, companheiras nesta viagem, pela força incansável e amizade sincera nas horas difíceis, mas também pela cumplicidade nas horas de alegria.

Ao meu marido e filhos pela compreensão, dedicação e motivação ao longo deste percurso, muitas vezes atribulado. Sem o vosso apoio incondicional não teria sido possível chegar até aqui.

A ti, pai, por me ensinares a nunca desistir, independentemente das pedras que encontramos ao longo do caminho, pelo orgulho e apoio que sempre demonstraste.

(Página deixada propositadamente em branco)

## RESUMO

A Tuberculose (TB), sendo uma doença tão antiga quanta a espécie humana, mantem-se como uma das principais causas de morbilidade e mortalidade por um agente infeccioso em todo o mundo. Esta situação, agravada pela pandemia COVID-19, induziu a que pela primeira vez em mais de dez anos, se tivesse registado um aumento da taxa de mortalidade por esta doença. (World Health Organization [WHO], 2021).

Identificar precocemente novos casos da doença, conter a transmissão na comunidade e rastrear as pessoas expostas, para exclusão da infeção latente, estão entre as estratégias essenciais para o controlo da TB, seja a nível nacional como mundial. Assim, é facilmente perceptível, que os contactos de uma pessoa com TB constituem um grupo de alto risco. Deverão, como tal, ser orientados para a descoberta sistemática e deteção precoce de casos ativos ou latentes através do rastreio, na persecução do objetivo final que será o início do tratamento ou profilaxia o mais precocemente possível, interrompendo a transmissão da doença e dando cumprimento ao preconizado pelo Plano Nacional para a Tuberculose (PNT). Atrasos na deteção de casos de TB e rastreios de contactos tardios ou incompletos, invariavelmente conduzirão a surtos de TB.

O presente documento representa uma recensão reflexiva do projeto de intervenção comunitária desenvolvido numa Unidade de Saúde Pública (USP), na Região de Lisboa e Vale do Tejo, entre 6 de setembro e 18 de dezembro de 2021, e cuja finalidade foi contribuir para a otimização da identificação de contactos, no âmbito do inquérito epidemiológico à pessoa com TB a concretizar pela equipa de enfermagem da USP.

Este projeto assenta no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender e encontra-se suportado na metodologia do Planeamento em Saúde, segundo Tavares (1990), como tal desenvolvido de acordo com as suas etapas e linhas orientadoras.

O percurso percorrido, contribuiu e proporcionou o desenvolvimento de competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e de Mestre.

**Palavras-chave:** Tuberculose; Identificação de Contactos; Promoção da Saúde; Enfermagem Saúde Comunitária; Saúde Pública.

(Página deixada propositadamente em branco)

## **ABSTRACT**

Tuberculosis (TB), even though a disease as old as the human species, remains one of the leading causes of morbidity and mortality worldwide by an infectious agent. Such situation has increased by the COVID-19 pandemic which, for the first time in more than ten years, led to an increase in the mortality rate by TB (World Health Organization [WHO], 2021).

Early identification of new cases, curtail transmission in the community, and screening those who have been exposed to exclude latent infection are among the key strategies for TB control both nationally and globally. It is quite evident that the contacts of a person with active TB constitute a high-risk group. As such, they need to be oriented towards active contact tracing and therefore early detection of active or latent TB in furtherance of the primary goal of initiating treatment or prophylaxis as early as possible and thereby interrupting the transmission of the disease in compliance with the recommendations of the National Tuberculosis Programme (PNT). Delayed TB index case detection and inadequate or incomplete contact investigation will invariably lead to TB outbreaks.

This report represents a critical analysis of the community intervention project developed at a Public Health Unit (USP) in the Lisbon and Tejo Valley Region, between September 6 and December 18, 2021. The focus of this project was to contribute to the optimization of contact tracing within the scope of the epidemiological survey on TB patients carried out by the USP nursing team.

This project is based on Nola Pender's Health Promotion Model and is supported by the Health Planning methodology, according to Tavares (1990), and as such is developed according to its phases and guidelines.

The path undertaken provided the development of specific competencies of a Nurse Specialist in Community Health Nursing and Public Health Nursing and a master's degree.

**Keywords:** Tuberculosis; Contact Investigation; Health Promotion; Community Health Nursing; Public Health.

(Página deixada propositadamente em branco)

## **LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS**

ACeS – Agrupamentos de Centros de Saúde

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

BCG – *Bacille Calmette -Guérin*

CDP – Centros Diagnóstico Pneumológico

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral da Saúde

ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control

EU – União Europeia

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

ICN – International Council of Nurses

MDR-TB – Tuberculose Multirresistente

MPS - Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

Mt - *Mycobacterium tuberculosis*

ODS – Objetivos Desenvolvimento Sustentável

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PNT – Programa Nacional para a Tuberculose

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RLVT – Região de Lisboa e Vale do Tejo

SINAVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SPMV – Sociedade Portuguesa Medicina das Viagens

STP – The Stop TB Partnership

TB – Tuberculose

TOD – Toma Observada Diretamente

USP – Unidade de Saúde Pública

WHO – World Health Organization

XDR -TB – Tuberculose Extensivamente Resistente

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>1 - A TUBERCULOSE: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA À ESCALA MUNDIAL.....</b>	<b>19</b>
1.1 – FACTOS E NÚMEROS .....	21
1.1.1– Números da TB no Mundo.....	21
1.1.2 – Números de TB na Europa.....	22
1.1.3 – Os números em Portugal .....	23
1.2– IDENTIFICAÇÃO DE CONTACTOS: UM DESAFIO PERSISTENTE NA PREVENÇÃO DA TB.....	24
1.2.1 - A Identificação dos Contactos da Pessoa com TB: Diminuir o fosso na prevenção .....	25
1.2.2 – Uma Estratégia na Identificação de Contactos da Pessoa com TB: A visita domiciliária.....	30
<b>2 - A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA PREVENÇÃO E CUIDADOS DE SAÚDE DA PESSOA COM TB.....</b>	<b>33</b>
2.1 – O MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER .....	34
<b>3 – METODOLOGIA.....</b>	<b>37</b>
3.1 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	37
3.1.1 – Contexto .....	38
3.1.2 – Determinação de necessidades .....	40
3.1.3 – Método .....	41
3.1.4 – Caracterização da população-alvo.....	43
3.1.5 – Análise e tratamento de dados.....	43
3.1.6 – Diagnósticos de enfermagem .....	44
3.2 – DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES.....	46
3.3 – FIXAÇÃO DE OBJETIVOS .....	47
3.4 - SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS .....	48
3.5 – PREPARAÇÃO OPERACIONAL E EXECUÇÃO.....	50
3.6 – AVALIAÇÃO.....	55
3.6.1 - Limitações na execução do projeto.....	59
3.7 – Implicações para a prática clínica .....	59
<b>4 – AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....</b>	<b>61</b>

<b>5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	67
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	69
<b>APÊNDICES</b> .....	77
Apêndice I – Resumo reunião com equipa enfermagem do CDP .....	78
Apêndice II – Revisão sistemática da literatura.....	80
Apêndice III – Guião da entrevista .....	94
Apêndice IV - Grelha de análise de dados.....	96
Apêndice V - Digrama análise prioridades (adaptado).....	99
Apêndice VI – Instrumento recolha de informação no âmbito da visita domiciliária ...	101
Apêndice VII – Folheto informativo para a pessoa com TB (versão portuguesa e inglesa) .....	106
Apêndice VIII - Folheto informativo para os contactos próximos da pessoa com TB (versão portuguesa e versão inglesa) .....	109
Apêndice IX – Guia orientador de boas práticas: A identificação de contactos da pessoa com TB durante a visita domiciliária .....	112
Apêndice X – Plano da sessão informativa.....	130
Apêndice XI – Diapositivos da sessão informativa .....	132
Apêndice XII – Questionário de avaliação da sessão informativa .....	139
Apêndice XIII – Cronograma de Gantt.....	141
Apêndice XIV – Poster “Impacto da COVID-19 na Vulnerabilidade Social: a scoping review” .....	143
Apêndice XV – Cartaz informativo para Centro Vacinação Internacional .....	145
<b>ANEXOS</b> .....	147
Anexo I - Pedido de autorização à direção do ACeS.....	148
Anexo II – Certificado de apresentação poster .....	150
Anexo III – Certificado da comissão organizadora IV SIME.....	152
Anexo IV – Certificado de participação Formação Tuberculose.....	154
Anexo V - Certificado de participação V reunião científica SPMV .....	156

## ÍNDICE GRÁFICOS

Gráfico 1: Resultados avaliação da sessão informativa.....	57
--	----

## ÍNDICE QUADROS

<b>Quadro 1:</b> Relação entre as necessidades identificadas, diagnósticos de enfermagem segundo o MPS e os diagnósticos segundo a CIPE®.....	45
<b>Quadro 2:</b> Objetivos traçados para o projeto de intervenção comunitária .....	48
<b>Quadro 3:</b> Relação entre o OE1, atividade, objetivo operacional e indicador de atividade .....	55
<b>Quadro 4:</b> Relação entre o OE2, atividade, objetivo operacional e indicador de atividade .....	56
<b>Quadro 5:</b> Relação entre o OE3, atividades, objetivo operacional e indicador de atividade .....	56
<b>Quadro 6:</b> Relação entre o OE4, atividades, objetivo operacional e indicadores de atividade.....	57
<b>Quadro 7:</b> Indicadores de resultado e objetivos operacionais do projeto intervenção comunitária .....	58

## ÍNDICE TABELAS

Tabela 1: Grelha de ponderação de critérios .....	47
---	----

(Página deixada propositadamente em branco)

## INTRODUÇÃO

Ao longo da história da Humanidade são inúmeras as referências à TB. Fragmentos de coluna vertebral pertencentes a múmias egípcias, datadas de 2 400 AC, já demonstravam evidência de sinais patológicos compatíveis com lesões tuberculosas (Doria et al., 2017; International Council of Nurses [ICN], 2008). A TB, também conhecida como “peste branca”, surgiu pela primeira vez na literatura grega, por volta de 460 AC, tendo sido descrita por Hipócrates como sendo a doença mais disseminada do seu tempo. No séc. XVI, começaram a surgir descrições etiológicas e patológicas exatas e as primeiras referências à sua natureza infecciosa, contudo somente em 1865, Villemin, recorrendo a experiências de inoculações em coelhos, demonstrou que a TB era transmissível colocando um ponto final à teoria de que a doença seria hereditária (Doria et al., 2017). A 24 de março de 1882 em Berlim, Robert Koch anuncia a descoberta do *Mycobacterium tuberculosis* (Mt), propiciando assim a esperança para uma doença devastadora que, à época, representava causa de morte para uma em cada sete pessoas na Europa e nas Américas. (Doria et al., 2017; ICN, 2008).

Aproximadamente 140 anos depois, e apesar da disponibilidade de uma vacina há cerca de 10 décadas e da existência de tratamento eficaz nas últimas 6 décadas, continuam a morrer anualmente 1,5 milhões de pessoas com TB, tornando-a assim numa das principais causas de morte no Mundo por um agente infeccioso, só recentemente suplantada pela COVID-19 (Bloom et al., 2017; WHO, 2021; Zumla et al., 2021) Embora estes números correspondam sobretudo a países com estruturas de saúde débeis, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que cerca de um quarto da população mundial está infetada pelo Mt, o que associado ao aumento da mobilidade populacional, transverte esta doença para problema de Saúde Pública à escala global. A TB não poderá por isso ser esquecida ou negligenciada, torna-se urgente combatê-la e erradicá-la (Chakaya et al., 2021; WHO, 2021).

Em Portugal o Programa de Luta contra a TB é coordenado pela Direção Geral da Saúde (DGS), assente em Centros de Diagnóstico Pneumológico (CDP), integrados nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), tal como preconizado pela OMS que considera o fortalecimento dos CSP como a abordagem mais inclusiva e eficaz para melhorar a saúde física e mental, representando a pedra angular de um sistema de saúde sustentável, com cobertura universal e orientado para o cumprimento dos ODS (WHO, 2018).

O documento aqui apresentado, insere-se na unidade curricular Estágio Final e Relatório, no âmbito do 14º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Especialização de Enfermagem de Saúde Pública e Saúde Comunitária. O estágio decorreu numa USP num Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, no período compreendido entre 06 de setembro a 18 de dezembro de 2021, tendo como finalidade geral a aquisição de competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de especialização supracitada. Tal como preconizado para esta unidade curricular, foi realizado um projeto de intervenção comunitária, tendo por base a metodologia do planeamento em saúde, seguindo as linhas orientadoras de Tavares (1990) e do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (2019) como conceptual teórico da disciplina de Enfermagem. Definiu-se como objetivo geral desta intervenção, contribuir para a otimização da identificação de contactos no âmbito do inquérito epidemiológico à pessoa com TB a concretizar pela equipa de enfermagem da USP.

Através deste relatório pretende-se dar a conhecer o projeto desenvolvido, assim como o percurso seguido para a execução do mesmo, recorrendo a uma análise reflexiva do desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública e de competências de mestre, adquiridas ao longo deste ciclo de estudos.

Este documento encontra-se disposto em cinco capítulos, sendo que o primeiro é dedicado ao enquadramento teórico que suporta o projeto, para o qual foi realizada uma revisão da literatura com o intuito de identificar e analisar o conhecimento existente, para além de clarificar os termos e conceitos associados à temática. No segundo capítulo encontram-se expostos os principais pressupostos do Modelo da Promoção da Saúde de Nola Pender, enquanto no capítulo seguinte é especificada a metodologia seguida, efetuando-se a descrição das fases do planeamento em saúde que nortearam o desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária, com início no diagnóstico de situação e finalizando com a avaliação do mesmo e sobre o seu contributo para a prática clínica. No quarto capítulo expõe-se as competências desenvolvidas no âmbito da especialidade e do mestrado ao longo deste ciclo. Por último as considerações finais sobre o trabalho desenvolvido.

O presente documento encontra-se de acordo com a grafia do Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa. As citações e referências bibliográficas foram organizadas de acordo com a sétima edição da norma da American Psychological Association (APA).

## **1. A TUBERCULOSE: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA À ESCALA MUNDIAL**

Presentemente, a TB representa a décima terceira causa de morte a nível global, a segunda por um agente infeccioso, suplantada somente pela doença COVID-19. A pandemia que hoje vivenciamos tem contribuído para o aumento de mortalidade, mas também da morbidade das pessoas com TB. De acordo com a OMS, e desde o seu início, a COVID contribuiu para um atraso de oito anos na luta contra a TB, sendo que os dados apontam para uma curva ascendente exponencial em 2021 e 2022. Esta doença antiga toma assim contornos de problema de Saúde Pública, atual e premente à escala mundial (WHO, 2021).

A TB é uma doença infecciosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* (Mt), que pode atingir qualquer órgão, mas cuja forma pulmonar é sem dúvida a mais frequente. É também esta a forma que apresenta mais implicações em termos de Saúde Pública, considerando que, somente as pessoas com atingimento das vias aéreas podem transmitir a infeção através de gotículas de ar exalado, que após inalação poderão conduzir a uma infeção latente ou a doença ativa (Programa Nacional para a Tuberculose [PNT], 2018).

A infeção por Mt, e a respetiva doença, resultam de interações complexas entre o agente infeccioso, fatores ambientais e o hospedeiro. Contudo, o número de casos infetantes na comunidade, a duração da infecciosidade nas pessoas doentes, o número e a natureza das interações entre estes e o contato suscetível durante o período de infecciosidade, determinam largamente o risco de infeção. Considera-se que o risco de exposição é maior em áreas de grande densidade populacional, e sobretudo para as pessoas com quem a pessoa com TB convive no seu dia-a-dia (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2013).

Em termos gerais estima-se que um quarto da população mundial, o equivalente a 2 bilhões de pessoas, têm a infeção latente (Stop TB Partnership [STP], 2020). Todavia, destas apenas cerca de 10%, na ausência de outras condições predisponentes, desenvolverão a doença ativa num prazo de dois a cinco anos. O risco de progressão para a doença ativa será mais elevado logo após a infeção inicial e aumenta drasticamente para pessoas imunocomprometidas, nomeadamente pessoas co-infectadas com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) ou sob medicação imunossupressora, e em crianças pequenas (Bloom et al., 2017; WHO, 2015a). Em termos gerais o risco de progressão para a

doença ativa é relativamente elevado na infância, menor em crianças mais velhas, mas volta a aumentar significativamente durante a adolescência (mais cedo nas meninas), e depois mais lentamente ao longo da idade adulta (Bloom et al., 2017).

Na Europa, os contactos próximos de um caso índice de TB e os migrantes recém-chegados de países endémicos representam os principais grupos de risco, com maior probabilidade de ativação da infeção latente. Isto representa um impacto significativo na epidemiologia e na dinâmica populacional, já que constitui um enorme reservatório de doença potencial e conseqüentemente risco de transmissão adicional (STP, 2020).

Perseguindo uma visão para um mundo livre da TB, com zero mortes, zero casos novos e zero sofrimento devido à doença, em 2014 e 2015, todos os estados-membros da OMS e da Organização das Nações Unidas (ONU) comprometeram-se com a erradicação da TB, através da adoção da estratégia End TB e da agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Foram estabelecidas metas para 2035: reduzir a incidência da TB em 90% e reduzir o número de mortes em 95%, tomando por base os valores de 2015 (WHO, 2015b). Esta estratégia global para a TB, a mais abrangente de sempre, assenta em três grandes pilares que passam pela prevenção e cuidados integrados e centrados na pessoa, a adoção de políticas arrojadas e sistemas de apoio oriundos de intervenção social e política tendo em vista uma redução dos determinantes da doença e ainda uma intensificação da pesquisa e da inovação, conducente a novos tratamentos e profilaxias (Stop TB Partnership, 2020; WHO, 2015b).

A partir de 1997 a OMS passou a publicar anualmente um relatório global sobre a TB, provendo uma avaliação atualizada da situação global, nacional e regional, resumindo os progressos e esforços na prevenção, diagnóstico e tratamento da doença. O último destes relatórios, publicado em 2021, sublinha que estamos numa encruzilhada na qual a pandemia COVID-19 inverteu os ganhos e fez retroceder a luta contra a TB em vários anos. Pela primeira vez, em mais de uma década, a mortalidade por TB aumentou, muito por dificuldades no acesso ao diagnóstico e tratamento. Denota-se, por isso, uma necessidade premente de redobrar esforços e prover investimentos para colmatar as lacunas na prevenção e no acesso aos cuidados de saúde e que afetam milhões de pessoas mundialmente (WHO, 2021). É hoje universalmente aceite que o que já foi realizado e conseguido não é suficiente, procuram-se novas estratégias e intervenções mais eficazes que nos possam conduzir às metas propostas em 2015.

## 1.1 – FACTOS E NÚMEROS

Apesar dos progressos significativos nos últimos anos, a TB continua a representar uma considerável ameaça à saúde global. O declínio da incidência, tem-se demonstrado frustrantemente lento (2% ao ano), enquanto nalguns países, numa tendência inversa, continuam a ser reportados aumentos da incidência, e ainda e de forma alarmante, noutros tem-se registado um aumento da TB multirresistente (MDR-TB), que em 2019 representou 10% dos novos casos, e que presentemente é considerada uma crise de Saúde Pública e uma ameaça à segurança sanitária. Inquietantemente, em 2020, estima-se que apenas cerca de uma em cada três pessoas com MDR-TB tenha tido acesso à terapêutica. Assim sendo, e com a incidência cumulativa em cerca de 11%, em 2020, o Mundo ficou a cerca de metade das metas estabelecidas pela End TB Strategy, que ambicionava uma redução de 20% na incidência de TB em comparação com dados de 2015 (STP, 2020; WHO, 2021).

Apesar de terem morrido mais pessoas com TB, registaram-se menos diagnósticos e menos pessoas tratadas, ou com acesso ao tratamento preventivo na infeção latente. A OMS estima que em 2020 cerca de 4.1 milhões de pessoas não foram diagnosticadas, ou não foram oficialmente declaradas, número que era de 2.9 milhões em 2019. As causas para esta disparidade sustentam-se fundamentalmente na redução da acessibilidade aos cuidados de saúde, num contexto de múltiplos confinamentos, e na dispersão dos recursos humanos e financeiros, a serem maioritariamente alocadas na resposta à COVID-19 (WHO, 2021).

### 1.1.1 – Números da TB no Mundo

De acordo com o Relatório Global da TB de 2021, morreram aproximadamente 1.5 milhões de pessoas com TB em 2020, incluindo 214 000 entre a população com HIV. Este aumento foi suportado principalmente pelos 30 países que já detinham a incidência mais elevada de TB ao nível global (WHO, 2021). Cerca 10 milhões de pessoas apresentaram doença ativa em todo o Mundo, destes 5,6 milhões são homens, 3,3 milhões são mulheres e 1,1 milhões são crianças (WHO, 2021). Esta é uma doença que pode afetar qualquer pessoa em qualquer lugar, denota-se, contudo, que a maioria das pessoas que desenvolvem a doença (cerca de 90%) são adultos, no geral com uma expressão maior entre os homens. É de notar que a TB afeta as pessoas principalmente nos seus anos mais produtivos, acarretando custos socioeconómicos que podem ser devastadores para as famílias e para a comunidade.

A OMS sustenta que os novos casos de TB em 2020 são atribuíveis maioritariamente a cinco fatores de risco: desnutrição, HIV, álcool, tabaco e diabetes, que por si só, determinam uma maior probabilidade de desenvolver a doença ativa. Globalmente em 2020, 1,9 milhões de novos casos de TB foram atribuíveis à desnutrição, 0,74 milhões de casos ao consumo de álcool e 0,73 milhões ao tabagismo (WHO, 2021).

### 1.1.2 – Números de TB na Europa

A TB continua a representar uma importante questão de Saúde Pública na União Europeia (UE), agravada pelo aparecimento de estirpes multi- e extensivamente resistentes. (European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC] & WHO, 2021). A Região enfrenta o desafio de ter uma elevada carga de MDR-TB e TB extensivamente resistente (XDR-TB). Dos 30 países com maior incidência de casos de MDR-TB no Mundo, 9 encontram-se na Região Europeia da OMS. Estima-se que cerca de 70 000 pessoas desenvolvam anualmente TB resistente. É fundamental que exista capacidade para detetar rapidamente estas estirpes e travar a sua transmissão (ECDC & WHO, 2021).

De acordo com o European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) em 2019, foram declarados 259 946 casos de TB nos 51 países pertencentes à Região Europeia da OMS, dos quais 215 871 eram casos novos, reincidentes ou com histórico de tratamento anterior desconhecido, o que representa 83,0% de todos os casos de TB notificados em 2019 (ECDC & WHO, 2021). No que concerne à localização da doença, a TB pulmonar foi a mais notificada com 83,4% do número total de casos, denotando-se, no entanto, uma grande variação na distribuição das taxas de notificação específicas entre os vários países. Assim, as taxas de notificação nos países e zonas da Europa Oriental são mais elevadas em adultos jovens (25-44 anos) e diminuem subsequentemente com o aumento da idade, enquanto nos países da Ásia Central, como a Turquia, as taxas de notificação aumentam com a idade ou são relativamente constantes entre as faixas etárias adultas (ECDC & WHO, 2021).

Tal como nos anos anteriores, o declínio anual mais rápido da incidência de TB no Mundo foi observado nesta Região, 5,1% entre 2015 e 2019, com incidência cumulativa de 19,0%, tendo ficado muito perto de atingir a meta da End TB Strategy para 2020 (i.e., redução da taxa de incidência de TB em 2020 em 20% face à linha de base de 2015). Porém o impacto da pandemia COVID-19, só visível no próximo relatório, poderá afetar a consecução dos objetivos nos anos vindouros (ECDC & WHO, 2021).

### 1.1.3 – Os números em Portugal

Desde a criação do Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose (PNT), em 1995, tem-se assistido a uma melhoria sustentada no controlo e prevenção da TB em Portugal. O sucesso do Programa assenta largamente nos princípios de gratuidade e universalidade do acesso aos cuidados de saúde (PNT, 2020). Mas apesar do decréscimo dos números, o país continua a ser o país da Europa Ocidental com as taxas de incidência mais elevadas. A concentração da doença nos grandes centros urbanos, a sua associação a determinantes sociais e comorbilidades, torna-a mais difícil de abordar, considerando-se necessária uma ação conjunta entre os diferentes níveis de cuidados de saúde e população (PNT, 2020b).

Em 2019 foram notificados 1848 casos de TB em Portugal, o que representa uma ligeira redução em relação a 2018, correspondendo a uma taxa de notificação de 18,0 por 100 mil habitantes. A localização mais frequente da doença continua a ser pulmonar, representando 74,1% dos casos notificados (PNT, 2020b). Os homens são mais afetados do que as mulheres (66,9% do total de casos), especialmente na idade adulta. Cerca de 3% do total de casos ocorreram em crianças com menos de 15 anos de idade, sendo a taxa de incidência de 8,66 casos por 100 mil habitantes no grupo etário entre os 0 e 5 anos. Número que em 2018 se situava nos 6,62 casos por 100 mil habitantes.

A população imigrante mantém-se como uma população de risco, com uma taxa de notificação quatro vezes superior à média nacional (83,7 por 100 mil habitantes em 2019) e um aumento progressivo da proporção de casos, atingindo os 24,6 % em 2019, o que representa uma subida em relação a 2018 (PNT, 2020b).

A Região de Lisboa e Vale do Tejo (RLVT) e a região do Norte mantêm-se como as regiões de maior incidência, 22,1 e 20,9 casos por 100 mil habitantes respetivamente. Analisando estes dados mais pormenorizadamente, verifica-se que no distrito de Lisboa a doença atinge uma maior proporção de população migrante e de pessoas co-infetadas com HIV, enquanto no distrito do Porto existe uma predominância de notificações em pessoas com dependência de álcool ou drogas e também a par de infeção pelo HIV (PNT, 2020b).

Em Portugal, e durante a última década, a demora média no diagnóstico de TB tem vindo a aumentar, atingido os 74 dias entre o início de sintomas e o diagnóstico, em 2019 e seguindo a tendência de outros países com incidências baixas. Considera-se que este facto se prenda com um menor índice de suspeição da doença por parte dos profissionais de saúde e da própria população (PNT, 2020b).

A identificação dos mais vulneráveis, nomeadamente os que têm um aumento acrescido de exposição, ou que possam ter dificuldade no acesso aos cuidados de saúde, a interrupção de cadeias de transmissão na comunidade e a celeridade do diagnóstico da doença ativa, constituem áreas de intervenção com potencial impacto na aceleração da redução da incidência da doença. A promoção da literacia em TB, dirigida tanto aos profissionais de saúde como à população em geral permitirá, de forma precoce, a identificação dos sintomas, a melhoria da colaboração no rastreio aos grupos mais vulneráveis e maior adesão ao tratamento (PNT, 2020a, 2020b).

## 1.2 – IDENTIFICAÇÃO DE CONTACTOS: UM DESAFIO PERSISTENTE NA PREVENÇÃO DA TB

A deteção atempada de casos ativos ou latentes da infeção por TB encontra-se muitas vezes comprometida, seja, por falta de conhecimento sobre a doença, pela não especificidade dos sintomas iniciais ou até pelo acesso inadequado a cuidados de saúde nos grupos mais vulneráveis. A este respeito Conroy et al. (2021) e Mulder et al. (2012) descrevem também a baixa motivação para procurar ou aderir ao tratamento por parte do destinatário dos cuidados, a necessidade de maior número de profissionais de saúde especializados e ainda os diferentes níveis de conhecimento que estes profissionais detêm sobre as diretrizes nacionais, incluindo as divergências entre a prática clínica e as diretrizes, muitas vezes relacionada com o conhecimento inadequado das mesmas ou a perceção da sua utilidade.

As atuais estratégias de saúde no âmbito da prevenção da TB assentam no tratamento precoce de pessoas com infeção ativa, na prevenção da transmissão do bacilo através da prevenção e controlo da transmissão/ infeção, e na vacinação das crianças com a vacina *Bacille Calmette-Guérin* (BCG), que pode conferir proteção, especialmente para formas graves da doença (WHO, 2020a). Acrescem assim os desafios no controlo da doença e na sua prevenção, através da melhoria contínua no processo de investigação epidemiológica, que será desencadeado a cada novo caso, e em que se torna prioritária a identificação dos contactos e indivíduos vulneráveis encaminhando-os para o rastreio (PNT, 2020b).

Para o ECDC (2018) existem quatro desafios persistentes na luta e prevenção da TB: a deteção oportuna e precoce da doença e o diagnóstico atempado; a não adesão ao regime terapêutico ou regimes terapêuticos incompletos; a existência de estirpes MDR-TB e XDR-TB e a infeção latente pelo Mt. A adesão e conclusão do regime terapêutico, configura-se

um passo importante para a recuperação da pessoa, mas também para a prevenção da transmissão. Falhas em cumprir o tratamento contribuem para a resistência aos antibióticos e o aparecimento de novas formas da doença, mais difíceis e dispendiosas de tratar e com taxas de mortalidade mais elevadas, cuja propagação será um enorme desafio para a eliminação da TB (ECDC, 2018).

A este respeito, Chirinos et al. (2015), consideram que os efeitos adversos causados pelos medicamentos parecem ser mais dissuasores do que os sintomas da doença, levando as pessoas a abandonarem o regime terapêutico. A própria Toma Observada Diretamente (TOD) surge como uma barreira, muitas vezes entendida como uma alteração na rotina diária. que traz constrangimentos, os quais parecem ser ampliados por a pessoa considerar que está sujeita a uma maior exposição.

Assim cabe aos enfermeiros ter um papel preponderante na implementação de medidas necessárias, que deem resposta a este grave problema de Saúde Pública, devendo as mesmas ser dirigidas não só ao indivíduo doente, como também à sua família e comunidade, de forma a quebrar a cadeia epidemiológica e contribuir para a melhoria da saúde da população e desempenhando um papel crucial ao proporcionar um ambiente de cuidados seguro para todos os que sofrem de TB, essencial para o sucesso dos programas de controlo da doença (Pestana, 2010; ICN, 2008).

De acordo com número 2 do artigo 8º do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, e alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, “O exercício da atividade profissional dos enfermeiros tem como objetivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social” (OE, 2015, p. 98). Assim, no respeitante à TB, os enfermeiros promovem a saúde de modo a prevenir que as pessoas fiquem vulneráveis à doença; previnem a doença ao reduzir a transmissão de TB na comunidade encontrando e tratando os casos ativos; restabelecem a saúde garantindo que os doentes recebem o tratamento de que necessitam; e aliviam o sofrimento ao organizar o apoio para os doentes conforme as suas necessidades individuais (ICN, 2008).

#### 1.2.1 - A Identificação dos Contactos da Pessoa com TB: Diminuir o fosso na prevenção

O mote adaptado recentemente pela OMS, “*The Clock is Ticking*”, transmite a sensação de urgência de que o Mundo está a ficar sem tempo para cumprir os compromissos

assumidos pelos líderes mundiais na luta pelo fim da epidemia da TB, e torna-se particularmente apropriado e crítico à luz do momento em que vivemos (Zumla et al., 2021).

Em 2019 e 2020 foram emitidas por esta Organização recomendações para a gestão programática do tratamento preventivo de TB. Reconheceram-se a existência de três indicadores fundamentais para o acompanhamento dos programas nos vários países, nomeadamente: a taxa de identificação e rastreio de contactos; a taxa de cobertura do regime terapêutico e ainda a taxa de conclusão do tratamento (WHO, 2019).

Existe um consenso generalizado que a melhoria do acesso ao tratamento preventivo requer um aumento substancial da identificação e rastreio de contactos, com alocação de recursos adequados e investimento na sua formação, fortalecendo a capacidade para suspeitar clinicamente e diagnosticar a doença. Maior experiência profissional no contacto com doentes com TB foi associada positivamente a uma identificação de contactos mais célere e completa. Os resultados demonstram que, não só os anos de experiência são importantes, mas a experiência prática da equipa (i.e., o número de investigações em que o indivíduo participou) deve ser considerada nesta equação (Bryant et al., 2016). Considera-se que uma sólida organização da saúde pública, combinada com um conhecimento preciso da situação de saúde local e do sistema social, juntamente com parcerias intersectoriais na saúde, contribuirá largamente para implementar mais e melhores estratégias (Caylà & Orcau, 2011, WHO 2020).

De acordo com Chakaya et al. (2021) das 10 milhões de pessoas que se estima terem desenvolvido TB em 2019, apenas 7,1 milhões (71%) foram identificadas e notificadas aos programas nacionais em todo o mundo, deixando assim uma lacuna de 2,9 milhões de pessoas (29%). Estas pessoas ditas “desaparecidas” com TB incluem as que foram diagnosticadas, mas não foram comunicadas às autoridades de saúde pública (incluindo as que não foram reportadas do sector privado) e as que não foram diagnosticadas e, portanto, não foram tratadas. Para Marais et al. (2021) outro subgrupo importante das pessoas “desaparecidas” com TB são as crianças com menos de 15 anos. O diagnóstico da TB e as lacunas de tratamento são mais amplas entre as crianças do que nos adultos. Quase todas as crianças, que se estima terem morrido de TB, nunca foram diagnosticadas ou não tiveram acesso a tratamento. Os autores consideram que para colmatar esta lacuna é essencial a existência de um esforço sustentado e concertado, um foco universal na identificação e tratamento destas pessoas “desaparecidas” com TB. Um melhor acesso ao tratamento preventivo requer um aumento sistematizado da identificação de contactos da pessoa com TB e uma alocação de recursos adequados para esse efeito.

A identificação de contactos é uma atividade universalmente recomendada e representa um processo sistemático destinado a detetar casos não diagnosticados de TB entre os contactos próximos de uma pessoa que foi diagnosticada com doença ativa, devendo constituir uma atividade padrão em todos os esforços nacionais de controlo da TB (STP, 2018). De acordo com a OMS, a identificação de contactos é uma boa prática de Saúde Pública, essencial para o rastreio de várias doenças infecciosas e, por conseguinte, o sistema político deverá investir no reforço da capacidade do sistema de saúde para levar a cabo a sua realização (WHO, 2020b). O Plano Global de luta contra a TB visa uma identificação e rastreio de contactantes com uma taxa de 100% entre todos os conviventes da pessoa com TB pulmonar com baciloscopia positiva até ao ano de 2022 (Stop TB Partnership, 2020).

O objetivo da identificação de contactos é detetar quem possa estar em risco desenvolver TB, com o intuito de iniciar o tratamento o mais precoce possível e prevenir a transmissão a outros, mas também detetar aqueles que possam beneficiar de tratamento preventivo de TB latente (Zellweger, 2020). A Stop TB Partnership (2018) considera ainda que o processo de identificação de contactos poderá contribuir para a educação para a saúde dos membros do agregado familiar, versando sobre a TB e as medidas de controlo de infeções e redução da transmissão da doença na comunidade.

Não obstante, a importância relativa dos contactos da pessoa com TB enquanto grupo-alvo pode variar entre os vários países, tendo por base a sua prevalência da população em geral e a carga da doença TB entre outros grupos de risco. Assim, e se esta for baixa, é provável que a investigação de contactos seja uma importante pedra angular do controlo da TB. Se a prevalência no país for elevada, a investigação de contactos é provável que seja uma, entre muitas, das abordagens úteis para encontrar pessoas “desaparecidas”, em combinação com outras atividades de investigação de casos (WHO, 2019).

Em Portugal compete às USP iniciar a inquérito epidemiológico, da qual a identificação de contactos é parte integrante, sempre que há notificação de um caso ou um surto de TB, articulando-se para tal com os restantes níveis dos cuidados de saúde. Compete às USP garantir que é feita a notificação do caso suspeito no Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), identificar e encaminhar para rastreio, no Centro Diagnóstico Pneumológico (CDP) da área, todos os contactos do caso índice, registar em modelo próprio todos os contactos identificados para rastreio, garantindo assim a troca de informação com o CDP no que diz respeito aos resultados e necessidade de alargar rastreios e ainda promover a educação para a saúde, quer através de ações integradas em programas de promoção da saúde quer em atividades específicas definidas localmente (Sousa, 2021). O PNT (2020a)

determina que no momento do diagnóstico de uma pessoa com TB, devem ser identificadas todas as pessoas consideradas como contactos próximos do doente e encaminhados para rastreio, idealmente, nos primeiros 15 dias após o diagnóstico do caso de doença.

Entende-se por contacto qualquer indivíduo que tenha sido exposto a uma pessoa com doença de TB. No geral, consideram-se como prioritários os conviventes e os contactos próximos (Stop TB Partnership, 2019; WHO, 2020). A OMS (2020) define como conviventes todas as pessoas que partilharam o mesmo espaço residencial que o caso índice, durante uma ou mais noites ou por períodos diurnos frequentes ou prolongados, durante os três meses anteriores ao início da doença atual. Os conviventes são um grupo de risco reconhecido para TB, seja para a doença ativa detetada no momento da investigação inicial, bem como para a infeção latente (WHO, 2020). Outro grupo de interesse são os contactos próximos, entendidos como todas as pessoas, que não fazendo parte do agregado familiar, partilharam um espaço fechado por períodos prolongados com o caso índice durante os três meses antes do início do episódio atual de doença. No geral considera-se oito 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 (PNT, 2020a; Stop TB Partnership, 2018).

Embora o foco da investigação de contactos se situe habitualmente nos membros do agregado familiar, deverão ser considerados todos os contactos estreitos ou regulares como contactos no local de trabalho, convívio social e escolas. Devem ser considerados ainda aqueles que apresentam algum estado de imunodepressão (e.g., doentes com medicação imunossupressora ou HIV) que os possa colocar em risco acrescido de desenvolver doença e crianças com menos de 5 anos de idade (PNT, 2020a).

A seleção dos contactos para rastreio da TB deve ser efetuada tendo em conta o grau de infecciosidade e período de infecciosidade do caso índice, a duração da exposição ao caso índice, as condições físicas do local de transmissão, a probabilidade dos contactos infetados desenvolverem TB e a proporção de pessoas identificadas como infetada (Carvalho, 2021; Correia et al., 2013).

Ao aplicarem um modelo matemático à identificação de contactos Guzzetta et al. (2015) concluíram que apenas um quinto dos casos de TB notificados são identificados através da investigação de contactos. Segundo estes autores, estes valores resultam de falhas sequenciais nas diferentes etapas do processo de vigilância epidemiológica, tais como, falhas em conduzir a identificação dos contactos, identificação incompleta dos contactos pela pessoa

com TB, rastreio ou triagem dos contactos identificados incompletos e diagnósticos perdidos. Melhorias em cada uma destas áreas pode ter um impacto significativo e sinérgico na redução da carga da doença. Na visão de Josaphat et al. (2014) as pessoas com TB tendem mais facilmente a identificar os contactos de familiares e conviventes, sendo que os contactos no local de trabalho representam um fator de risco independente para não serem identificados.

Durante a concretização da identificação de contactos cabe aos profissionais de saúde, especialmente aos enfermeiros de saúde comunitária, registar o máximo de informação possível sobre cada contato, caso seja necessário estabelecer o elo epidemiológico à posteriori (Puma & Olga, 2017). A recolha de dados durante a investigação de contactos tem múltiplas finalidades, em primeiro lugar, uma boa informação é importante para a gestão e acompanhamento tanto do caso índice como dos seus contactos. Em segundo lugar, a recolha sistemática de dados permitirá analisar o grau de efetividade dos inquéritos em termos gerais e de grupos específicos em particular, permitindo estabelecer os elos epidemiológicos. Em terceiro lugar, os dados relativos aos indicadores de cuidados são úteis para avaliar os objetivos de desempenho dos programas de luta de TB nacionais. A recolha e armazenamento de dados requer trabalho significativo e como tal deve ser feito um investimento na conceção de ferramentas de recolha de dados e na criação de protocolos para a recolha, entrada e análise de dados. Se os dados forem recolhidos, mas não analisados e utilizados para orientar o programa, o esforço é desperdiçado (WHO, 2020b, 2012b).

Não obstante, obter a informação é por vezes demorado e depende da capacidade de estabelecer uma relação de confiança. O estigma associado à doença representa uma dificuldade acrescida na identificação dos contactos, principalmente em minorias étnico/raciais e aqui os enfermeiros representam claramente os profissionais de referência (Mtui & Spence, 2014). Manter a confidencialidade durante a identificação de contactos é outro dos desafios, muitas vezes comprometida devido às ligações sociais entre o caso índice e os seus contactos. Todas as pessoas têm direito a ser tratadas com respeito pela sua condição humana, e a confidencialidade deve ser mantida e assegurada. Se a pessoa está relutante em fornecer a informações sobre contactos domésticos e sociais, os esforços de aconselhamento e educação devem continuar ao longo do tempo, com o intuito de obter a sua confiança (WHO, 2020b).

### 1.2.2 – Uma Estratégia na Identificação de Contactos da Pessoa com TB: A visita domiciliária

A realização de uma visita domiciliária insere-se nos dez pontos-chave do processo de identificação de contactos, tal como preconizado pela OMS. Assim, o profissional de saúde que conduz o processo deve, preferencialmente, visitar a casa ou local de trabalho do caso índice por forma a realizar entrevistas no âmbito de inquérito epidemiológico. Sublinha-se a importância de identificar e avaliar contactos, documentar sintomas, recolher informações precisas sobre a intensidade e duração da exposição e garantir que todos os contactos relevantes sejam encaminhados para rastreio (Stop TB Partnership, 2018; WHO, 2020b). Em Portugal a visita domiciliária é uma estratégia presente também no PNT como parte integrante da vigilância epidemiológica da TB.

Para a enfermagem esta é uma estratégia que se entrelaça com o nascimento da profissão na Saúde Pública, da mesma forma que com a história da Saúde Pública no Mundo (Garcia & Teixeira, 2009). Representa uma metodologia de trabalho que possibilita uma avaliação da residência e dos determinantes socioeconómicos, corresponde a uma oportunidade única para identificar necessidades de apoio social e nutricional entre outras, para além de permitir fornecer aconselhamento familiar e educação sobre a doença e as medidas de controlo de infeção (WHO, 2020b).

Stanhope e Lancaster (2019) consideram a visita domiciliária como uma prática de enfermagem promotora da saúde e do bem-estar ideal para as pessoas, famílias e cuidadores, no seio das suas casas e comunidades. Possibilita o desenvolvimento de atividades com o intuito da deteção precoce, análise crítica e avaliação e monitorização, visando identificar o estado do indivíduo, da família ou da comunidade em relação a uma determinada condição ou fenómeno e estabelecer necessidades em cuidados de saúde ou serviços de apoio social.

Para Ayakaka et al. (2017) as atividades desenvolvidas pela equipa de profissionais de saúde pública, durante a visita domiciliária podem incluir atividades como aquelas dirigidas para a prevenção da doença e acidentes, vigilância de doenças, o rastreio de contactos de doenças infecciosas e a avaliação da adesão ao regime terapêutico. Neste sentido Konlan et al. (2021) destacam que a educação para a saúde domina largamente as atividades desenvolvidas no decurso de uma visita domiciliária, já que o domicílio proporciona um ambiente seguro e de apoio, que contribui para a construção de uma relação terapêutica e que conduz a benefícios duradouros para toda a família. Estes autores concluíram que a educação para a saúde realizada durante uma visita domiciliária, reveste-se de maior

eficácia, quando comparada com aquela realizada através de outras fontes, fomentando melhores resultados e mudanças comportamentais promotoras da saúde.

Organizar uma visita domiciliária inclui várias etapas fundamentais, desde logo, identificar o caso índice e rever a informação referente à situação clínica e planos de cuidados, obter o consentimento da pessoa para a realização da mesma, explicitando a finalidade da visita e expectativas, agendar o momento ideal para a sua realização (Stanhope & Lancaster, 2019). Há que ter em consideração que a concretização de uma visita domiciliária poderá incorrer em várias barreiras, que se podem situar tanto na esfera do profissional de saúde como na esfera da pessoa. Vários estudos apontam razões por parte dos profissionais que incluem a escassez de pessoal qualificado, a necessidade de realizar múltiplas tarefas que conduzem a uma falta de tempo para dedicar exclusivamente à TB, o receio do contágio e constrangimentos logísticos e financeiros inadequados. Por parte da pessoa destacam-se o medo do estigma, a atitude não cooperativa dos membros da comunidade, a falta de envolvimento familiar, a barreira linguística, as diversidades culturais e a falta de conhecimentos sobre a doença (Ayakaka et al., 2017; Konlan et al., 2021).

Muitas pessoas ficam assustadas quando são informadas de que têm TB, algumas recusam-se a aceitar o diagnóstico, enquanto outras, pelo contrário, lidam muito bem com a notícia. A reação encontra-se dependente de vários fatores, incluindo crenças e valores culturais, experiências anteriores e conhecimento anterior da doença, que muitas vezes continua envolta em estigma. No entanto, no estudo conduzido por Sathar et al. (2020) ficou patente que muitos dos contactos familiares consideraram que as informações sobre a doença e tratamento obtido durante as visitas domiciliárias ajudaram-nos a aceitar o diagnóstico do seu familiar, a diminuir o estigma e a aumentar a esperança e ânimo. Assim, ao melhorar o conhecimento das pessoas sobre a TB estamos a capacitá-las para saberem mais sobre a sua saúde, o tratamento e também quando procurar cuidados de saúde

A estratégia de realizar uma visita domiciliária no âmbito da identificação de contactos da pessoa com TB é uma intervenção promissora que contribui para a descoberta de casos ativos e latentes. A mudança para uma abordagem centrada na pessoa, nas suas famílias e nas suas casas irá elevar a sua eficiência e eficácia, melhorando a prestação de cuidados ao nível tanto de agregado familiar como da comunidade.

(Página deixada propositadamente em branco)

## **2 - A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA PREVENÇÃO E CUIDADOS DE SAÚDE DA PESSOA COM TB**

A OMS coloca o ónus do fim da epidemia TB, entre outras, na otimização das estratégias e intervenções para o cuidado e prevenção da TB, no acesso universal ao tratamento e na abordagem dos determinantes sociais da TB, que se inserem no quadro de desenvolvimento global para a eliminação da pobreza e combate à desigualdade (WHO, 2015a). Sublinha que, como parte dos cuidados centrados na pessoa e dependendo das necessidades individuais, todas as pessoas com TB devem receber apoio educativo, emocional e económico para lhes permita completar o processo de diagnóstico e o regime terapêutico (WHO, 2015a). Os serviços de saúde centrados nas pessoas representam uma abordagem de cuidados que adota conscientemente as perspetivas dos indivíduos, famílias e comunidades para responder às suas necessidades e preferências, de forma humana e holística, e para garantir que eles possuam a literacia em saúde e o apoio necessário para tomar decisões e participar nos seus próprios cuidados (WHO, 2015c). As pessoas que sofrem de TB precisam de muito mais que um diagnóstico e medicamentos, necessitam de um ambiente inclusivo, de informação, de compreensão e empatia por oposição à exclusão social, à desinformação, à estigmatização e discriminação. A resposta da TB não poderá limitar-se aos serviços de saúde, deverá também abordar os determinantes sociais mais amplos, promover um ambiente favorável, promover e proteger os direitos das pessoas afetadas pela TB, ser transformadora e priorizar populações vulneráveis (Stop TB Partnership, 2021).

Numa visão integrativa da saúde uma avaliação não é tida como completa a menos que envolva o indivíduo, a família e a comunidade em que a pessoa vive e funciona. Os enfermeiros encontram-se numa posição privilegiada para trabalhar em parceria com os clientes, para conduzir à obtenção de conhecimentos e competências necessários, para capacitar de forma a atingir os objetivos em saúde ou promover a adaptação às circunstâncias por forma a avançar para a consecução dos objetivos em saúde.

A Promoção da Saúde, tal como descrita na Carta de Ottawa (1986), é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Então, 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. A promoção da saúde apoia o desenvolvimento pessoal e social através da prestação de informação, educação para a saúde e melhoria das competências de vida. Ao fazê-lo, aumenta as opções de que as pessoas dispõem para exercer mais controlo sobre a sua própria saúde e sobre os seus ambientes, conduzindo a escolhas propícias à saúde (WHO, 1986).

Para Stanhope e Lancaster (2019) as atividades de promoção da saúde e da prevenção da doença permitem proporcionar à comunidade um sentido de saúde positivo que fortalece as suas capacidades físicas, mentais e emocionais, contribuindo para atingir o seu potencial de saúde. A comunidade por seu lado participa na promoção da saúde colaborando no planeamento, implementação e avaliação de programas de saúde. A promoção da saúde é um processo concebido para apoiar as pessoas a adotar estilos de vida e comportamentos que permitem maximizar a sua saúde e bem-estar.

Desde 2016, com a Declaração de Xangai, o âmbito tradicional da promoção da saúde foi alargado para além da abordagem às doenças não transmissíveis ou "vida saudável", reconhecendo que estratégias integradas de promoção da saúde também podem responder a surtos e doenças infecciosas ou à ameaça iminente de resistência antimicrobiana, entre outras (WHO, 2016). Como tal, à medida que o número de pessoas que vivem com uma doença crónica continua a aumentar, também a promoção da saúde baseada na prevenção secundária está a receber mais atenção (Pender et al., 2019).

## 2.1 – O MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER

Para Pender et al. (2019) as atividades de promoção da saúde representam um comportamento motivado pelo desejo de aumentar o bem-estar que permite a indivíduos, famílias e comunidades atingirem e concretizarem todo o seu potencial de saúde. A promoção da saúde apoia estilos de vida e comportamentos que permitem às pessoas maximizar a sua saúde e bem-estar através de mudanças individuais, organizacionais e comunitárias.

O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (MPS) assenta numa visão filosófica do Mundo, com base numa interação recíproca, em que a natureza multidimensional das pessoas interage com os seus ambientes interpessoais e físicos à medida que tentam atingir as necessidades e objetivos em saúde. É proposto um quadro

conceptual, em que as perspectivas da ciência de enfermagem e ciências comportamentais interagem com fatores preditivos de comportamentos promotores de saúde e bem-estar. Fornece ainda uma forma de explorar processos biopsicossociais que motivam a pessoa a enveredar por comportamentos que melhorem a saúde e o bem-estar, permitindo aos enfermeiros divisar uma forma de conhecer e compreender os principais determinantes dos comportamentos de saúde como uma base para o aconselhamento comportamental, promotor de estilos de vida saudáveis. Este Modelo permite uma abordagem global à pessoa/grupo, ao longo do ciclo de vida e em diversos contextos (Pender et al., 2019).

As bases teóricas do MPS assentam na área da Psicologia e numa visão holística da Enfermagem. Integra construtos da Teoria de Motivação Expectativa-valor, segundo os quais as pessoas só se envolvem em ações para alcançar objetivos que são visionados pelo próprio como possíveis e dos quais possam obter resultados valorizáveis para si, e ainda da Teoria Cognitiva Social, de acordo com a qual os pensamentos, comportamentos e ambiente interagem, sendo que o comportamento do indivíduo deriva e é frequentemente motivado, por instintos, impulsos, necessidades e ações. Segundo esta teoria as pessoas alterem o seu comportamento em função de processos cognitivos que incluem autocrenças, designadamente a autoatribuição, autoavaliação e autoeficácia (Pender, 2011; Pender et al., 2019).

Pender (2011) define como metaconceitos para o seu modelo: a Pessoa; o Ambiente; a Enfermagem e a Saúde. Esta última é dada em referência ao indivíduo enquanto provê definições para a saúde familiar e comunitária com base noutros autores. Considera que a Pessoa, como ser biopsicossocial, é parcialmente moldado pelo ambiente, mas também procura criar um ambiente em que o seu potencial humano inerente e adquirido possa ser totalmente expresso. Assim, a relação entre a pessoa e o ambiente é recíproca. Nesta conjunção o Ambiente é o contexto social, cultural e físico em que o curso de vida se desenrola, podendo ser manipulado pelo indivíduo para criar um contexto positivo e facilitador à adoção de comportamentos promotores de saúde. A Enfermagem representa a colaboração com indivíduos, famílias e comunidades para criar as condições mais favoráveis para a expressão de uma saúde ideal e de um elevado nível de bem-estar (Pender, 2011). A Saúde, por seu lado, é definida como a atualização do potencial humano, inerente e adquirido, através de comportamentos direcionados para o objetivo, autocuidado competente e relações satisfatórias com os outros, enquanto são feitos ajustes para manter a integridade estrutural e a harmonia com os ambientes relevantes. A saúde é vista como uma experiência de vida em evolução (Pender et al., 2019). Em contrapartida, a doença é tida como um evento

discreto, ao longo do tempo de vida, que poderá ter uma duração curta (aguda) ou longa (crônica) e que poderá dificultar ou facilitar a continuação da procura pela saúde.

O MPS foca três dimensões chave que influenciam o indivíduo. Cada uma apresenta um conjunto de determinantes de comportamentos de promoção da saúde, que passam por sete fatores cognitivos para a percepção e cinco fatores modificadores (i.e., pistas de ação) que determinam a probabilidade de um indivíduo integrar/ participar num comportamento promotor da saúde. A primeira dimensão representa as características e experiências individuais e compreende o comportamento anterior relacionado (que deve ser mudado) e os fatores pessoais (biológicos, psicológicos e socioculturais). A segunda dimensão, que representa o núcleo central, inclui os sentimentos e crenças sobre o comportamento que se quer alcançar e compreende as variáveis dos benefícios da ação percebidos, as barreiras percebidas para a ação, a autoeficácia percebida, sentimentos em relação ao comportamento, influências interpessoais e influências situacionais. Por último o resultado do comportamento desejado, que abrange o compromisso com um plano de ação, no qual se incluem as intervenções de enfermagem, as exigências imediatas e preferências de competição e o comportamento de promoção da saúde. O conjunto de variáveis para o conhecimento e efeito específicos comportamentais revestem-se com um importante significado motivacional. O comportamento de promoção da saúde é por isso o resultado comportamental desejado e representa o objetivo final do MPS. É de salientar que os comportamentos de promoção da saúde devem resultar numa melhoria da saúde, na capacidade funcional melhorada e numa melhor qualidade de vida em todas as fases de desenvolvimento (Pender et al., 2019).

O MPS tem sido amplamente utilizado em vários países para estudar comportamentos que conduzam à promoção da saúde. Na área da TB encontram-se publicados alguns estudos que comprovam claramente a eficácia do MPS na adequação de comportamentos promotores da saúde. Zare et al. (2017) estabeleceram uma relação positiva entre os comportamentos de autocuidado na pessoa com TB baciloscopia positiva e a aplicação do MPS. Tendo demonstrado que as intervenções destinadas a melhorar os comportamentos de autocuidado devem centrar-se em estratégias que aumentam a autoeficácia, reduzindo as barreiras percebidas e abordando também as influências interpessoais. Já Prasetyo et al. (2015) incorporaram três componentes do MPS: benefício percebido à ação, barreira percebida à ação, e percepção de autoeficácia e comprovaram a sua eficácia na melhoria da adesão ao regime terapêutico, um problema crucial na luta contra a TB.

### **3 – METODOLOGIA**

O Regulamento nº 428/2018 de 16 de julho, define o perfil de competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública. No artigo 2º, número 1, alínea a) determina-se que estas competências englobam, entre outras, estabelecer com base na metodologia do Planeamento em Saúde e as diferentes etapas que o constituem, uma avaliação do estado de saúde de uma comunidade levando em consideração a complexidade dos problemas de saúde desta (OE, 2018). A metodologia do planeamento assenta numa análise multissetorial e integradora de uma comunidade, numa coordenação entre vários níveis, nomeadamente local, regional e central, e no envolvimento das várias partes interessadas como os responsáveis políticos, os responsáveis técnicos e os representantes da população, por forma a atingir os objetivos determinados e segundo a ordem de prioridades estabelecida, permitindo assim escolher as soluções ótimas entre várias alternativas, levando em consideração os constrangimentos atuais ou previsíveis (Imperatori & Giraldes, 1982).

Alguns autores, como Nunes (2016) e Tavares (1990) afirmam que o Planeamento constitui em si um processo dinâmico na arte de decidir sobre o que fazer no presente para se conseguir chegar ao futuro desejado, estabelecendo a necessidade cíclica de reformulação dos seus conteúdos, considerando que a avaliação representa uma parte integrante e fundamental do planeamento. Nesta perspetiva planear é, por isso, mais do que expressar a vontade de mudar, implica respeitar as regras processuais definidas e aceites resultando na elaboração de um documento facilitador da execução de intervenções que se pretendem pertinentes, na área da saúde (Nunes, 2016).

O projeto de intervenção comunitária, implementado no decurso do Estágio e que deu origem a este documento, foi sustentado na metodologia do Planeamento em Saúde de acordo com Tavares (1990).

#### **3.1 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO**

O Planeamento representa um processo que exige uma metodologia lógica e racional, tornando-se necessário construí-lo passo a passo, superando primeiramente cada etapa antes

de passar à seguinte. Nesta perspetiva o diagnóstico de situação é o primeiro passo no processo de planeamento. Aqui identificam-se os problemas e determinam-se as necessidades, que deverão corresponder às necessidades da população que dele irá retirar benefícios (Tavares, 1990). Segundo Imperatori e Giraldes (1982) o diagnóstico de situação é o ponto a partir do qual será medido o avanço alcançado, funcionará como justificação das atividades e como padrão de comparação no momento da avaliação.

### 3.1.1 – Contexto

O projeto de intervenção na comunidade, aqui exposto, foi desenvolvido no contexto de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS), mais concretamente numa Unidade de Saúde Pública (USP), que integra a área metropolitana da RLVT e no espaço temporal compreendido entre 6 de setembro e 18 de dezembro de 2021. Esta Unidade resultou da concentração de duas anteriormente existentes neste espaço geográfico, tendo sido constituída em 2012. Tal como descrito no documento que constitui o seu Regulamento Interno (2014) a mesma tem por missão uma atividade centrada em dois eixos fundamentais, por um lado o controlo e prevenção de fatores de risco para a saúde e por outro estratégias de desenvolvimento em saúde, concorrendo desta forma diretamente para a missão do ACeS onde se integra. A equipa multidisciplinar que a constitui integra um Coordenador (médico especialista em Saúde Pública), 6 médicos e 5 internos da especialidade, 4 enfermeiras, sendo duas especialistas Enfermagem Saúde Comunitária e Saúde Pública, 8 técnicos de saúde ambiental e 4 assistentes técnicos.

A área geográfica de influência da USP corresponde à área de abrangência do ACeS e é constituída por dois concelhos distintos, doravante designados por Concelho A e Concelho B, representando uma área terrestre total de cerca de 165 km<sup>2</sup>. De acordo com dados provisórios do CENSOS de 2021, a população residente corresponde a 343 793 habitantes, representando assim os dois concelhos com maior densidade populacional no Distrito e, no caso do Concelho A, da área metropolitana de Lisboa (Instituto Nacional de Estatística, 2021). A acompanhar a tendência que se verifica em todo o Continente, a pirâmide etária demonstra um duplo envelhecimento da população, com baixa natalidade e mortalidade reduzida à qual se acrescenta elevada longevidade. O índice de envelhecimento (133,7), todavia, é inferior ao da RLVT e ao do Continente, o que representa cerca de 134 adultos com menos de 65 anos por cada 100 jovens com menos de 15 anos. Esta Razão, porém, tem vindo a aumentar e neste momento o ACeS é detentor de um dos concelhos mais

envelhecidos do país (149.6 por cada 100 jovens). A taxa bruta de natalidade, situada nos 9,7%, regista um declínio nos últimos anos, com valores semelhantes aos da região, mas superiores aos do Continente (Plano Local de Saúde [PLS], 2017).

Dados de 2016 dão conta que a população migrante tem vindo a aumentar no ACeS, contabilizando-se cerca 15 491 emigrantes, o que representa 44% do total de migrantes do Distrito. A distribuição desta população, todavia não é equitativa pelos dois concelhos, representando uma razão de 56,8% no Concelho A para 43,2% no Concelho B. Em termos de proveniência estes migrantes são oriundos de 114 países distintos, sendo os mais representativos os países da Comunidade de Países de Língua Portuguesa, nomeadamente Brasil, Cabo Verde, São Tomé e Príncipe e Angola. Apesar da taxa de crescimento migratório se manter positiva, com um crescimento efetivo de 0.30%, o saldo natural e migratório é, no entanto, negativo (PLS, 2017).

Em termos sociodemográficos o setor terciário representa a principal fonte de emprego, com valores superiores aos da RLVT e do Continente, contudo o ganho médio mensal dos trabalhadores por conta de outrem é inferior ao da Região. Já o nível de escolaridade da população tem demonstrado uma melhoria, aproximando-se de níveis da RLVT e do Continente. A percentagem de população com nível de escolaridade correspondente ao ensino básico é inferior ao do Continente e superior ao da Região, já a população com o nível de ensino superior regista valores acima dos do Continente, apesar de abaixo do Região. É de salientar que 16,7 % dos habitantes ainda não possuíam qualquer nível de escolaridade (Observatório Regional Saúde, 2017).

O ACeS é constituído no total por 24 Unidades Funcionais. Nas 19 unidades prestadoras de cuidados de saúde gerais estavam inscritos, de acordo com dados de que reportam a 31 de dezembro de 2016, 325 846 utentes. De acordo com o PLS (2017), 16,0% no Concelho A e 16,2% no Concelho B dos inscritos não detinham médico de família sem ser por opção. Os principais problemas de saúde que afetam esta população, e por ordem decrescente, são a hipertensão arterial, alterações do metabolismo dos lípidos, perturbações depressivas, e a obesidade (PLS, 2017). Em termos de determinantes de saúde verificou-se que o diagnóstico ativo de excesso de peso, foi o mais prevalente, seguindo-se por ordem decrescente o abuso do tabaco, o abuso crónico do álcool e o abuso de drogas, denotando-se proporções superiores no sexo masculino.

A taxa de mortalidade tem vindo a subir em ambos os concelhos, sendo que no triénio de 2012-2014, a taxa de mortalidade prematura (<75 anos) padronizada pela idade, em ambos os sexos, apresentou, para grande parte das causas de morte, valores superiores aos

verificados na RLVT, nomeadamente e por ordem decrescente, tumores malignos, a doença isquémica cardíaca, a diabetes *mellitus*, infeção HIV, doenças crónicas do fígado, doenças crónicas das vias aéreas inferiores e TB (PLS, 2017). A incidência cumulativa da TB observada nestes dois concelhos mantém-se por isso relevante, com números na ordem dos 14.8/ 100 000 habitantes no Concelho A, e 15.8/ 100 000 no Concelho B, de acordo com os dados do PLS (2017). Contudo estes números poderão estar a sofrer uma inversão já que o número de casos notificados em 2021, até 30 de setembro, indiciam um maior número de casos no Concelho A (30 casos para 8 casos). A razão para esta discrepância é até à data desconhecida, considera-se, contudo, que poderá estar relacionada com a fixação de um maior número de população migrante neste concelho oriunda de países com elevada incidência da doença como o Paquistão e Bangladesh.

De acordo com o número 1, do artigo 12.º do Decreto-Lei nº 137/2013, compete às USP, nas áreas geodemografias do ACeS onde se integram:

(...) elaborar informação e planos em domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos e colaborar, de acordo com a legislação respetiva, no exercício das funções de autoridade de saúde. (Ministério da Saúde, 2013, p. 6050).

Entre os diversos programas abarcados pela USP, encontra-se o programa de luta contra a TB, dando evidencia da importância do mesmo nos diversos documentos internos, tal como o Plano de Ação da Unidade Funcional (2021) que, neste âmbito, menciona as atividades a desenvolver e que passam pela vigilância epidemiológica e controlo da TB, análise e validação das notificações de TB no Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE) e na realização do inquérito epidemiológico a todos os casos notificados com a respetiva identificação de contactos.

### 3.1.2 – Determinação de necessidades

Para Tavares (1990) uma necessidade exprime a diferença entre o estado que se pretende atingir e a situação real. Representa o que é necessário ser feito para que o problema identificado venha a corresponder ao que se pretende atingir. De acordo com este mesmo autor as necessidades, essenciais para um correto diagnóstico da situação, podem ser reais e/ ou sentidas, sendo que estas últimas poderão ser expressas ou não-expressas.

Seguindo esta linha, e com o intuito de determinar a área temática deste projeto de intervenção comunitária, foi realizada inicialmente uma reunião formal com a enfermeira de orientação clínica e a enfermeira gestora da Unidade. Desta reunião emergiu a necessidade expressa de intervenção ao nível do PNT, concretamente no âmbito do inquérito epidemiológico à pessoa com TB, na identificação e rastreio de contactos.

Ao nível desta USP os diversos programas e áreas funcionais encontram-se distribuídos por equipas multiprofissionais, tendo sido determinado equipas gestoras para em cada um destes programas. Assim, a equipa gestora deste programa é constituída por um médico e três enfermeiras, sendo que a enfermeira orientadora clínica deste Estágio constitui um dos elementos integrantes da mesma tendo enfatizado o interesse na otimização da identificação dos contactos da pessoa com TB. Esta necessidade de intervenção encontra-se justificada pela incidência relevante da TB no ACeS, assim como pelo aumento da população migrante a residir nestes concelhos, oriunda de países com elevados índices de TB. Por último, mas não menos relevante, o impacto da pandemia na luta contra esta doença, uma preocupação que se reveste da maior importância quando confrontada com os números emitidos pela OMS.

Posteriormente, e ainda no sentido de identificar aspetos a melhorar na identificação e rastreio de contactos e na articulação entre a USP e o CDP local e as necessidades sentidas na execução deste programa, realizou-se uma reunião com a equipa de enfermagem deste último (Apêndice I). Esta equipa validou a importância da identificação e subsequente rastreio na prevenção da TB e diagnóstico atempado da doença e manifestou a carência da realização de uma visita domiciliária com este propósito.

### 3.1.3 – Método

No sentido de fundamentar a pertinência e mapear o conhecimento sobre a temática da identificação de contactos da pessoa com TB, procedeu-se a uma revisão sistemática da literatura (Apêndice II). As revisões sistemáticas pretendem fornecer uma síntese abrangente e imparcial de estudos relevantes, utilizando para tal uma metodologia rigorosa e transparente. Visam sintetizar e resumir o conhecimento existente, prevendo-se descobrir "todas" as provas relevantes para a questão levantada (Aromataris & Munn, 2020).

Assim o objetivo desta revisão foi identificar estudos que permitissem responder á questão sobre qual a importância e as barreiras na identificação de contactos da pessoa com TB no âmbito da enfermagem de saúde pública. Seguindo a mnemónica PCC (participantes;

conceito; contexto) foram definidos como critérios de inclusão todos os estudos que abordassem contactos/ conviventes de um caso índice de TB. No conceito incluíram-se os estudos que se referentes à identificação e rastreio de contactos por enfermeiros no contexto de saúde pública. Consideraram-se elegíveis estudos quantitativos primários, estudos qualitativos e revisões sistemáticas ou bibliográficas. Os estudos foram limitados à língua inglesa e portuguesa, devido à falta de proficiência em outras línguas e ainda à existência de texto integral disponível em *free access* e a um espaço temporal a 10 anos (2011-2021) por forma a reduzir o número de resultados produzidos.

A pesquisa ocorreu entre 12 de setembro e 3 de outubro de 2021. Foi realizada uma pesquisa inicial prévia no *Google Scholar* e *PubMed* para identificação artigos sobre o tema. Foram identificadas as palavras-chave *tuberculosis, contact tracing, contact investigation, household contacts, public health e nurse*. Após consulta dos descritores no MeSH foi realizada uma pesquisa nas bases de dados *EbscoHost, PubMed* e na literatura cinzenta, de modo a ter o máximo de informação possível sobre o tema, utilizando a frase booleana “*Tuberculosis [MeSH] or tb*” and “*contact tracing [MesH] or contact invstigation*” and “*public health nurs\**”. Na pesquisa inicial foram identificados 67 estudos. Após remoção dos duplicados, foram considerados potencialmente relevantes para análise 33 artigos através da leitura inicial pelo título e *abstract*. Através da leitura integral foram eliminados 15 estudos, já que o seu conteúdo não era pertinente para o tema ou não se adequava ao mesmo. Incluíram-se para análise 18 artigos, cujos dados estão dispostos em tabela, adaptada do *Joanna Brigs Institution template source of evidence details, characteristics and results extraction instrument*, e incluem a identificação do artigo, país de origem, objetivo, população, metodologia/ desenho do estudo, resumos e contributos para a questão de revisão (Apêndice II).

Para identificar as necessidades da equipa no âmbito da otimização do inquérito epidemiológico à pessoa com TB optou-se pela pesquisa de consenso, recorrendo à técnica de aproximação por informadores-chave que, de acordo com Tavares (1990), consiste numa entrevista pessoal a cada elemento considerado perito na área em estudo, permitindo a recolha das suas impressões sobre um determinado assunto. Neste âmbito uma entrevista representa uma forma de diálogo focada entre o participante, como fonte de informação, e o investigador que recolhe os dados produzidos em forma de palavras (Gray et al., 2017). Para Batista et al. (2017) a utilização de uma entrevista com o objetivo expresso de obter informação é compreender a subjetividade da pessoa através das sua palavras, pois trata-se do modo como ela observa, vivencia e analisa o seu tempo histórico, o seu momento, o seu

meio social, entre outros, representando sempre um, entre muitos, dos pontos de vista possíveis.

Optou-se pela utilização de uma entrevista semiestruturada, organizada em torno de perguntas abertas, estabelecidas previamente, permitindo assim reformular ou adicionar novas questões, ou até alterar a sua ordem de modo a permitir um discurso mais natural, e desta forma a tornar patente a perspetiva do participante (Gray et al., 2017). Para o efeito foi construído um guião de entrevista, com base na pesquisa realizada sobre o tema, e que engloba quatro perguntas abertas (Apêndice III). As entrevistas foram realizadas entre os dias 28 de outubro e 2 de novembro de 2021, na sala de trabalho da USP. Tiveram uma duração média de 15 minutos, tendo sido efetuado o registo escrito das mesmas, que após a transcrição final, foi validada pelos entrevistados. Foram tidas em consideração as questões éticas para a realização das mesmas, obtendo-se o consentimento informado dos participantes, após explicitação do âmbito do projeto de intervenção comunitária, do caráter voluntário da sua participação e do direito em revogar o consentimento e abandonar o estudo. Foi ainda garantido o sigilo e anonimato dos participantes e dos dados das fontes.

#### 3.1.4 – Caracterização da população-alvo

A população-alvo deste estudo foram os profissionais de saúde da USP, com funções na gestão operacional do PNT, mais concretamente um médico e três enfermeiras. Representando assim uma amostra não probabilística (i.e., o processo de seleção foi efetuado de forma intencional), tendo sido considerados elementos peritos nesta área e como tal detentores de informação detalhada, podendo, desta forma, contribuir largamente para o foco central ou propósito do estudo (Gray et al., 2017).

Os critérios de inclusão estabelecidos atentaram a que os participantes constituíssem profissionais de saúde pertencentes à USP onde foi realizado o estágio, integrassem concomitantemente o grupo gestor de programa da TB e ainda a aceitação voluntária em participar nas entrevistas.

#### 3.1.5 – Análise e tratamento de dados

Para tratamento dos dados obtidos recorreu-se à técnica de análise de conteúdo de acordo com Bardin (2020). Segundo esta autora, a análise de conteúdo representa um “conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos

ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, 2020, p.44). O objeto da análise de conteúdo é por isso a fala, o aspeto do ato da linguagem, a prática da língua levada a cabo por emissores identificáveis, tomando em consideração o discurso e a forma como este se distribui pelos conteúdos e formas (Bardin, 2020). Seguindo a técnica descrita, o conteúdo escrito das quatro entrevistas foi adstrito a três polos cronológicos: a pré-análise; a exploração do material e por último o tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação. O desenvolvimento destes levou à constituição de uma grelha de análise (Apêndice IV).

Como descrito por Bardin (2020) tratar material é codificá-lo, como tal a codificação não é mais que transformar os dados de um texto, por recorte, agregação e enumeração, por forma a atingir uma representação do conteúdo ou da sua expressão. A unidade de registo representa a unidade de significação a codificar, o segmento a considerar como unidade de base. Nesta análise a unidade de registo foi considerada o tema. A unidade de contexto representa a unidade de compreensão para codificar a unidade de registo, isto é, coloca os dados numa leitura mais ampla e por isso são consideradas ótimas para que se possa compreender o significado exato do tema. Para este efeito as respostas obtidas foram consideradas unidades de contexto.

Com base nos dados analisados, o número de menções por cada unidade de registo, emergiram as seguintes necessidades/ problemas:

- Necessidade expressa pelos profissionais de saúde da USP de implementar visitas domiciliárias, no âmbito do inquérito epidemiológico, como uma estratégia não só para identificação de contactos, mas também para avaliar condições socioeconómicas, familiares e habitacionais da pessoa com TB.
- Necessidade de conceber um instrumento para recolha de informação durante a visita domiciliária.
- Necessidade da existência de material escrito na esfera da educação para a saúde, para entregar à pessoa com TB e aos seus contactos de proximidade
- Necessidade de estabelecer canais de comunicação/ articulação intersectorial, concretamente entre o CDP e a USP.

### 3.1.6 – Diagnósticos de enfermagem

As necessidades que emergiram no ponto anterior representam a base para a definição dos diagnósticos de enfermagem, recorrendo-se para tal ao referencial teórico que

norteia este projeto de intervenção comunitária, encontrando-se os mesmos expostos infra, no quadro 1. Os diagnósticos obtidos foram posteriormente transpostos para a terminologia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), versão 2019, levando em consideração que a mesma resulta de consensos na prática de enfermagem e é hoje amplamente utilizada no nosso país (ICN, 2020).

**Quadro 1:** *Relação entre as necessidades identificadas, diagnósticos de enfermagem segundo o MPS e os diagnósticos segundo a CIPE®*

<b>Necessidades identificadas</b>	<b>Diagnóstico MPS Nola Pender</b>	<b>Diagnóstico CIPE® 2019</b>
Necessidade de otimizar a identificação de contactos no âmbito do inquérito epidemiológico através da implementação de uma visita domiciliária	Autoeficácia percebida comprometida face ao inquérito epidemiológico na identificação de contactos da pessoa com Tuberculose	Autoeficácia comprometida dos enfermeiros face ao inquérito epidemiológico na identificação de contactos da pessoa com Tuberculose
Necessidade de conceber ferramentas para a otimização da identificação de contactos durante a visita domiciliária	Influências situacionais relacionadas com perceção de inexistência de ferramentas necessárias para a otimização da identificação de contactos durante a visita domiciliária	Necessidade atual de otimizar a identificação de contactos no decorrer da visita domiciliária
Necessidade de melhoria na articulação entre as Unidades Funcionais no âmbito do Programa da Tuberculose	Barreiras percebidas para a ação relacionadas com a articulação intersectorial no âmbito do PNT	Desempenho de papel dos enfermeiros comprometido, face a barreiras na articulação entre as Unidades Funcionais

Os diagnósticos de enfermagem aqui representados, inserem-se na segunda dimensão do MPS, representando sentimentos e cognições sobre o comportamento que se quer alcançar (Pender et al., 2019). De acordo com estas autoras a perceção da autoeficácia resulta num julgamento das capacidades pessoais para organizar e executar um determinado comportamento, que irá influenciar as barreiras percebidas para a ação (bloqueios e dificuldades antecipadas) e perceções negativas da compreensão de um determinado comportamento. Assim uma perceção maior de eficácia resulta em perceções menores de barreiras ao desempenho do comportamento. Já as influências situacionais podem ter influência direta ou indireta no comportamento, ou seja, as perceções da compatibilidade do contexto da vida ou do ambiente que podem facilitar ou impedir determinados comportamentos específicos.

### 3.2 – DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

A segunda fase do processo de planeamento em saúde é a definição ou seleção de prioridades que se encontra condicionada pela etapa anterior, mas que determinará a etapa seguinte: a fixação de objetivos (Imperatori & Giraldes, 1982). Para Tavares (1990) esta etapa representa um processo de tomada de decisão, tendo em vista o planeamento, a pertinência dos planos, a utilização eficiente dos recursos, muitas vezes escassos, e a otimização dos resultados a atingir através da implementação de um projeto. De acordo com Melo (2020) a etapa de priorização merece um destaque nas etapas do planeamento em saúde pela sua relevância na gestão destas dimensões, obrigando a que seja desenvolvida com critério e rigor.

Na concretização deste processo são fundamentais duas etapas, a primeira em que se definem os critérios de decisão atribuindo-lhes os pesos respetivos, e a segunda em que se estimam e comparam as necessidades para poder determinar as prioridades (Tavares, 1990). Assim, na consecução deste projeto de intervenção comunitária optou-se pela utilização da técnica por Grelha de Análise de acordo com Tavares. Esta técnica permite determinar prioridades a partir dos critérios: importância do problema; relação entre o problema e fatores de risco; capacidade técnica de resolver o problema e a exequibilidade do projeto ou da intervenção. É-lhe reconhecida a vantagem de ter um caráter bastante objetivo, contudo é de ressaltar que o primeiro critério poderá ser muito discriminatório, caso lhe seja atribuída uma classificação diferente entre dois problemas, podendo desta forma condicionar a recomendação logo à partida (Tavares, 1990).

Seguindo as orientações deste autor, foi atribuída uma classificação de (+) e (-) de forma sequencial aos critérios anteriormente enunciados, tal como exposto na tabela 1. Os valores numéricos obtidos, já inscritos na própria grelha, fazem corresponder à prioridade máxima a recomendação com valor 1 e subsequentemente o valor 16 à prioridade mínima (Apêndice V). A classificação atribuída a cada critério, resultou do consenso estabelecido com a enfermeira de supervisão clínica.

**Tabela 1:** Grelha de ponderação de critérios

<b>Diagnóstico Enfermagem CIPE® 2019</b>			
<b>Critérios</b>	D1: Autoeficácia comprometida dos enfermeiros face ao inquérito epidemiológico na identificação de contactos	D2: Necessidade atual de otimizar a identificação de contactos no decorrer da visita domiciliária	D3: Desempenho de papel dos enfermeiros comprometido, face a barreiras na articulação entre as Unidades Funcionais
<b>Importância do problema</b>	+	+	+
<b>Relação problema e fatores de risco</b>	+	+	+
<b>Capacidade técnica de resolução do problema</b>	+	+	-
<b>Exequibilidade do projeto ou da intervenção</b>	-	+	-
<b>Recomendação</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>4</b>

Emergiram assim dois diagnósticos passíveis de intervenção: o D2 e o D1. Após análise destes em conjunto com a enfermeira de orientação clínica, considerou-se prioritário, passível de intervenção considerando o espaço temporal deste estágio, o D2. No respeitante ao D1, a exequibilidade de implementar uma visita domiciliária dependerá sempre da capacidade dos profissionais para organizar e executar essa intervenção, que por sua vez consideraram a pandemia vigente como uma barreira percecionada à sua execução. Fica, no entanto, pendente para execução em data posterior.

### 3.3 – FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

Uma adequada definição de objetivos possibilita traçar o caminho das estratégias de intervenção de uma forma clara, identificando a partir do estado atual, o estado que se pretende atingir, onde e quando, motivando para a ação. Compreende-se assim que caso sustentem focos de inércia, dificilmente se assistirá ao cumprimento do que se planeou (Melo, 2020, Nunes, 2016). Para Imperatori e Geraldès (1986) o objetivo “é o enunciado do resultado desejável do problema alterando em princípio, a tendência da sua evolução” (p.11), traduzidos à posteriori em termos de objetivos operacionais e indicadores de resultado ou de impacto. Os objetivos operacionais representam o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades dos serviços de saúde, traduzido em termos de indicadores de atividade (Imperatori & Giralde, 1982). Representam, como tal, uma

determinada situação que se pretenderá atingir (i.e., os resultados que se pretende para a população-alvo), através da implementação dos projetos, constituídos dos programas que no seu conjunto formam os planos (Tavares, 1990).

Os objetivos, geral e específicos, traçados para este projeto encontram-se expostos no quadro 2, assim como as metas, ou objetivos operacionais, definidos na sequência destes.

*Quadro 2: Objetivos traçados para o projeto de intervenção comunitária*

<b>Objetivo Geral</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>Objetivos operacionais</b>
<b>Contribuir para a otimização da identificação de contactos no âmbito do inquérito epidemiológico a efetuar pela equipa de enfermagem da USP, à pessoa com tuberculose.</b>	OE1: Construir uma ferramenta, em suporte de papel, que permita a sistematização da informação a obter no decurso da visita domiciliária à pessoa com TB	Que 100% atividades programadas sejam realizadas até 10 dezembro de 2021.
	OE2: Criar material de educação para a saúde para fornecer à pessoa com Tuberculose no decorrer da visita domiciliária	Que 100% atividades programadas sejam realizadas até 10 dezembro de 2021.
	OE3: Contribuir para a perceção do aumento do conhecimento no registo da informação obtida durante a visita domiciliária em SCLINICO®	Que 100% atividades programadas sejam realizadas até 13 dezembro de 2021.
	OE4: Envolver os profissionais de saúde no projeto, promovendo a sua continuidade	Que 75% dos profissionais de saúde da USP, envolvidos na gestão do programa contra a Tuberculose estejam presentes na sessão informativa. Que 75% dos profissionais presentes na sessão respondam com nível “muito satisfatório” ao questionário aplicado.

### 3.4 - SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

Imperatori e Giraldes (1986) definem estratégia de saúde como um conjunto de técnicas específicas e organizadas que visam alcançar a conclusão de um determinado objetivo, conduzindo à redução de um ou mais problemas de saúde. Nunes (2016) sublinha que uma estratégia deve ser suficientemente detalhada por forma a ser completamente compreendida e poderá conduzir à revisão dos objetivos anteriormente propostos, caso se evidencie falta de recursos para o seu cumprimento.

A seleção das estratégias para este projeto teve por base quatro parâmetros, tal como enumerados por Tavares (1990): os recursos financeiros; potenciais obstáculos; pertinência e vantagens/ inconvenientes de cada estratégia. Neste âmbito, e para responder às

necessidades identificadas como prioritárias, foram selecionadas como estratégias a revisão da literatura, a educação para a saúde, o aumento do conhecimento e a aceitabilidade.

A revisão da literatura permite uma visão alargada do conhecimento existente sobre um determinado tema, questão ou área de investigação. Neste caso incidiu principalmente sobre as orientações nacionais e internacionais no âmbito da luta contra a TB e permitiu a construção de um instrumento de recolha de informação, a ser utilizado durante a identificação de contactos no decorrer da visita domiciliária.

A educação para a saúde, adotada como uma estratégia neste projeto, foi de encontro ao referencial teórico de enfermagem em que ele assenta. A educação para a saúde compreende oportunidades conscientemente construídas para a aprendizagem envolvendo alguma forma de comunicação destinada a melhorar a literacia em saúde, incluindo a melhoria do conhecimento e o desenvolvimento de competências de vida que são propícias à saúde individual e comunitária. A preocupação não será apenas com a comunicação da informação, mas também com a promoção da motivação, competências e confiança (autoeficácia) necessárias para tomar medidas para melhorar a saúde. A educação para a saúde inclui a comunicação de informações sobre as condições sociais, económicas e ambientais, que constituam impacto na saúde, bem como fatores de risco individuais e comportamentos de risco assim como a utilização do sistema de saúde (WHO, 2012a; Pender, et al., 2019). Pender et al. (2019) consideram a educação para a saúde como parte integrante da comunicação estabelecida com a pessoa, como cliente dos cuidados de saúde, fornecendo-lhes as informações necessárias que este deverá dominar para, em última instância, conduzir a um processo compartilhado de tomada de decisão.

Assim através desta estratégia pretendeu-se facultar informação à pessoa com TB e aos seus contactantes sobre vários aspetos da doença e de promoção da saúde, promovendo a capacitação para a tomada de decisão. A oportunidade de aprendizagem, envolvendo comunicação escrita, melhora o conhecimento da pessoa com TB e assenta na dimensão 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.

A estratégia de aumento do conhecimento da equipa sobre como documentar no processo familiar em SCLINICO® reveste-se de especial pertinência contribuindo para diagnósticos nos focos identificados durante a visita domiciliária, inserindo-os na vigilância epidemiológica à pessoa com TB e tendo por base o instrumento desenvolvido para esse fim. Não existe hoje qualquer dúvida que a qualidade dos cuidados de saúde, prestados ao

indivíduo ou à comunidade, depende da informação partilhada entre os vários níveis do sistema de saúde. Os Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE), que neste momento representam o suporte da documentação de enfermagem, são por muitos considerados repositórios de dados passíveis de serem utilizados, são uma ferramenta de informação e uma fonte de matéria-prima para a formalização do conhecimento de enfermagem (Melo, 2020).

A aceitabilidade do projeto foi a estratégia selecionada, em convergência com o quarto objetivo específico. A aceitabilidade foi promovida através do envolvimento da equipa multidisciplinar, responsável pela gestão do Programa da TB na USP, fomentando a participação desta nas etapas de desenvolvimento do projeto, e mais concretamente no desenvolvimento das várias atividades, partindo da premissa defendida por Tavares (1990) que quanto maior o envolvimento e aceitabilidade da comunidade no projeto, maior será a probabilidade de concretização do mesmo.

### 3.5 – PREPARAÇÃO OPERACIONAL E EXECUÇÃO

O projeto de intervenção na comunidade foi desenvolvido no âmbito do PNT e enquadra-se na área de atuação da prevenção, assente em três pilares: “Deteção precoce de casos, seu tratamento eficaz e vigilância dos contactos” (DGS, 1995, p.10).

O foco de intervenção situou-se ao nível da prevenção secundária, definida por Bonita et al. (2010) como tendo o objetivo de reduzir as consequências mais graves da doença através do diagnóstico precoce e do tratamento, recorrendo a medidas disponíveis para a deteção precoce e intervenção imediata e desta forma visando controlar a ocorrência da doença ou minimizar incapacidades. Pretende-se uma ação do enfermeiro, presumivelmente no início precoce da doença, em que a visita domiciliária se encontra integrada como uma estratégia para identificar contactos no âmbito da vigilância epidemiológica, tendo em vista a deteção atempada de casos de infeção e consequentemente o início do tratamento o mais cedo possível, para além de identificar determinantes que possam agravar a situação de doença da pessoa com TB. O projeto vai ainda de encontro ao roteiro de ação para 2021-2022 tendo em vista a melhoria da literacia em TB (PNT, 2020b).

Foram desenvolvidas uma série de atividades com o intuito de dar resposta à execução do projeto de intervenção, e que neste documento irão ser apresentadas em função

dos objetivos específicos delineados anteriormente, por forma a auxiliar a sua leitura e interpretação.

---

OE1: Construir uma ferramenta, em suporte de papel, que permita a sistematização da informação obtida durante a identificação de contactos no decurso da visita domiciliária.

---

A atividade desenvolvida, para dar resposta a este objetivo, foi a elaboração de um instrumento de colheita de informação durante a realização da visita domiciliar e identificação de contactos no âmbito do inquérito epidemiológico à pessoa com TB (Apêndice VI). Este instrumento foi desenvolvido levando em consideração as preferências da equipa de gestão operacional do programa da USP. Ao longo das várias etapas do seu desenvolvimento, foram efetuadas reuniões com estes profissionais aferindo melhorias e opiniões sobre o conteúdo. Teve ainda por base uma análise da evidência apresentada em documentos nacionais e internacionais publicados pelas diversas autoridades de saúde.

Adicionalmente realizou-se uma pesquisa adicional, movida pela necessidade de mapear o conhecimento sobre a visita domiciliar em contexto da vigilância epidemiológica da TB. A realização desta revisão apresentou algumas limitações, levando em conta que, apesar da pertinência do tema, o número de artigos identificados foi reduzido, não correspondendo às expectativas iniciais. Procedeu-se à pesquisa em base de dados na EBSCOHost e no Google Scholar, utilizando a frase booleana «*Tuberculosis OR tb AND household visits AND public health OR community health nursing OR public health*». Identificaram-se 18 artigos, dos quais 4 duplicados. Após leitura do *abstract* foram eliminados 10 por não se enquadrarem no tema, restando somente 4 artigos. Estes artigos realçam a importância da visita domiciliária no âmbito da identificação de contactos da pessoa com TB nomeando como uma intervenção promissora que contribui para a descoberta de casos ativos e latentes e levantaram barreiras à execução desta assim como vantagens e os dados passíveis de serem recolhidos, indo ao encontro do que se encontra explanado anteriormente neste documento.

Através deste instrumento pretende-se registar os dados relativos aos contactos identificados pela pessoa com TB, levando-se em consideração tanto os dados necessários para preenchimento posterior no SINAVE como as recomendações internacionais. Permite ainda o registo de dados relativos a fatores socioeconómicos, ambientais e gestão de regime terapêutico da pessoa com TB. Apresenta a possibilidade de documentar a necessidade de

referenciação para outros recursos existentes no ACeS, permitindo desta forma estabelecer uma relação de articulação intersectorial com as várias Unidades Funcionais.

A equipa manifestou interesse para que o instrumento incluísse uma avaliação sumária da saúde mental da pessoa com TB, considerando a mesma como um dos fatores que contribuem para a baixa adesão ao regime terapêutico e tendo os recursos humanos adequados ao nível do ACeS que dar resposta a este foco, caso surja essa necessidade. A literatura encontrada confirma a preocupação crescente na comunidade científica com a saúde mental da pessoa com TB, particularmente a depressão e a ansiedade. Em conjunto, representam duas das comorbilidades mais frequentes entre os doentes com TB pulmonar, contribuindo para uma fraca adesão ao regime terapêutico, que por sua vez, resulta numa menor taxa de sucesso do tratamento e num aumento da morbilidade e mortalidade. A ansiedade e a depressão afetam negativamente a capacidade de lidar com o stress, com os efeitos secundários da medicação e outros desafios da vida diária (Mohammedhussein et al., 2020). As perturbações mentais podem afetar cerca de 70% das pessoas com TB (Doherty et al., 2013; Sweetland et al., 2017). De acordo com vários autores a baixa adesão é mais significativa em doentes com MDR-TB e em doentes que referem efeitos adversos ao tratamento (Mohammedhussein et al., 2020; Stoichita et al., 2021; Walker et al., 2019).

Assim e no sentido de efetuar um levantamento sintomatológico da ansiedade e da depressão da pessoa com TB no decorrer da visita domiciliária, optou-se pela utilização do instrumento *Patient Health Questionnaire-4* (PHQ-4), desenvolvido e validado por Kroenke, Spitzer, Williams & Löwe em 2009, com uma bolsa de estudos da Pfizer, Inc<sup>®</sup>. Esta escala, de acordo com os autores, não carece de permissão para a sua reprodução, tradução, exibição ou distribuição. Este instrumento resulta da combinação da escala PHQ-2 (Kroenke et al., 2003) e da escala *Generalized Anxiety Disorder* (GAD-2) de Kroenke, Spitzer, Williams, Monahan e Löwe (2007), que por sua vez representam uma versão reduzida da PHQ-9 desenvolvida por Kroenke et al. (2001) e validada em Portugal por Monteiro et al. (2013), e da GAD-7 (Spitzer et al., 2006) adaptada para a população portuguesa por Sousa et al. (2015). Numa metodologia já utilizada por (Havrylyuk, 2020) recorreu-se às versões em português para seleção dos itens correspondentes à PHQ-4. A escala é constituída por quatro questões, que apresentam por base uma escala do tipo Likert de 4 pontos e cujo objetivo é permitir uma avaliação rápida e precisa dos sintomas/sinais principais de depressão e ansiedade, combinando a medida de dois pontos do PHQ-2, que consiste em critérios fundamentais para a depressão, com uma medida de dois itens para a ansiedade (GAD-2) (Kroenke et al., 2009).

O instrumento foi desenvolvido em formato digital editável, desmaterializando assim o uso de papel. Contudo, na ausência dos recursos eletrônicos para utilizar durante a visita domiciliária o mesmo poderá ser facilmente impresso e preenchido manualmente.

---

OE2: Criar material informativo para fornecer à pessoa com TB no decorrer da visita domiciliária.

---

A atividade desenvolvida na consecução deste objetivo assenta na estratégia da educação para a saúde e focou-se na criação de folhetos informativos para a pessoa com TB e os seus contactantes. Pretende-se que estes complementem a ação dos profissionais de saúde no decorrer da visita domiciliar e possam contribuir para que a pessoa com TB tome nota de aspetos relacionados com a sua doença, bem como a prevenção de novos casos ao identificar os seus contactos. Foram elaborados dois folhetos distintos, o primeiro dirigido à pessoa com TB (Apêndice VII) e o segundo aos seus contactos de proximidade (Apêndice VIII). O objetivo primordial do primeiro será fornecer informação sobre as principais características da doença, informações sobre o tratamento, além de apoiar a aceitação da doença. O segundo folheto tem como objeto informar o contactante sobre a doença, contribuindo assim para que o mesmo possa manter-se atento ao despontar de sintomas, sobre o que é o rastreio, procurando esclarecer possíveis mitos ou dúvidas em relação à doença TB. Ambos os folhetos têm uma versão em língua portuguesa e outra em língua inglesa, tendo em conta a população migrante. A opção por esta língua estrangeira prendeu-se com a sua universalidade. Fica em aberto a tradução para outras línguas se tal se revelar pertinente. Levando em consideração os recursos financeiros, ficou definido que a impressão deste material será assegurada por um parceiro da USP.

---

OE3: Contribuir para o aumento do conhecimento no registo da informação obtida durante a visita domiciliária, referente ao processo familiar, em SCLINICO®.

---

A atividade desenvolvida para dar resposta a este objetivo foi a composição de um guia de boas práticas (Apêndice IX). Este guia pretende contribuir para a otimização da identificação de contactos através da implementação da visita domiciliar e aumentar a perceção do conhecimento na forma de documentar no processo familiar no programa informático SCLINICO®, utilizando os dados recolhidos através do instrumento desenvolvido no OE1. De acordo com Melo (2020) cabe aos enfermeiros nas USP, através

do recurso a estudos epidemiológicos dos diagnósticos produzidos pelos seus pares nas diferentes Unidades Funcionais, desenvolverem e contratualizarem cuidados de saúde dirigidos à população, através da comunidade do ACeS. Desta forma assiste-se a uma otimização dos cuidados ao indivíduo, família e comunidade, assim como a uma gestão comunitária eficaz que contribuirá para aperfeiçoar a negociação dos programas e projetos que respondam às prioridades em Saúde Pública, tendo como base o diagnóstico local de enfermagem de saúde pública.

Assim, neste Guia, os focos de enfermagem selecionados assentam diretamente em alguns indicadores de saúde passíveis de serem avaliados pela USP: o edifício residencial e rendimento familiar, que se integram nos determinantes socioeconómicos, o abastecimento de água, associado aos indicadores relativos ao ambiente, qualidade da água e saneamento, e ainda a Gestão do Regime Terapêutico, diretamente associado aos indicadores de saúde relativos à população (Fernandes, 2019). Os focos de enfermagem edifício residencial, rendimento familiar e abastecimento de água inserem-se na dimensão estrutural do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) de Figueiredo (2012). Como tal, é dado ênfase a uma lista de conceitos do MDAIF organizados sob a forma de diagnósticos, o que se pretende avaliar e como poderá ser documentado no programa informático, com as respetivas intervenções de enfermagem associadas em linguagem CIPE®.

---

#### OE4: Envolver os profissionais de saúde no projeto, promovendo a sua continuidade.

---

Para execução deste objetivo a atividade desenvolvida foi uma sessão informativa cujos destinatários foram a equipa multiprofissional responsável pela gestão local do PNT, tendo em vista a aceitação e continuidade do projeto através do envolvimento desta. A sessão decorreu no dia 13 de dezembro, na sala de reuniões da USP, tal como previsto no plano da sessão previamente estabelecido (Apêndice X). Compreendeu a projeção de slides que abordaram a temática e as diferentes fases do projeto de intervenção comunitária (Apêndice XI). A avaliação foi efetuada através de um questionário em formato digital e enviado por correio eletrónico (Apêndice XII). Os resultados do mesmo encontram-se sumarizados no capítulo seguinte (Gráfico 1).

Por forma a visualizar e gerir a programação temporal do projeto de intervenção na comunidade, elaborou-se um Cronograma de Gantt (Apêndice XIII) que, segundo Imperatori e Giraldes (1982) contribui para visualizar, as diferentes tarefas ou atividades que integram

o projeto, indicando a sua distribuição em determinados períodos e que no decorrer da etapa de execução alertam para o atraso ou avanço existente na realização.

### 3.6 – AVALIAÇÃO

Avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo, e implica em si mesmo, uma finalidade operativa que é corrigir, melhorar a atividade e planejar mais eficazmente (Imperatori & Giraldes, 1982). Pese embora o facto que a avaliação seja a última etapa da metodologia do planeamento em saúde, a mesma integra-se em cada uma delas, estabelecendo um mecanismo de retroação. Perante os objetivos traçados foram definidos dois tipos de indicadores: indicadores de atividade ou execução, que medem a atividade desenvolvida, e indicadores de resultado ou impacto, que medem as alterações verificadas num problema ou a situação atual desse problema (Tavares, 1990). Os quadros que se seguem demonstram a relação entre cada um dos objetivos específicos, as atividades desenvolvidas em consecução dos mesmos, as metas propostas e os indicadores de atividade.

**Quadro 3:** *Relação entre o OEI, atividade, objetivo operacional e indicador de atividade*

<b>Objetivo Específico 1</b> Construir uma ferramenta, em suporte de papel, que permita a sistematização da informação a obter no decurso da visita domiciliária.	<b>Atividade</b> Elaboração de um instrumento para registar os dados obtidos durante a identificação de contactos no decorrer da visita domiciliaria no âmbito do inquérito epidemiológico à pessoa com TB
	<b>Objetivo operacional</b> Que 100% atividades programadas sejam realizadas até 10 dezembro de 2021.
	<b>Indicador de atividade</b> Taxa de execução da atividade $\frac{N^{\circ} \text{ atividades realizadas}}{N^{\circ} \text{ de atividades previstas}} \times 10^2$

Tal como planeado, foi elaborado o instrumento para alcançar este objetivo. Obtiveram-se taxas de atividade de 100%. O instrumento foi aprovado pela equipa de gestão operacional da TB, considerando que o mesmo dá resposta às suas necessidades e com interesse demonstrado na sua implementação. Encontra-se neste momento em fase de aprovação pela coordenação da USP.

**Quadro 4:** Relação entre o OE2, atividade, objetivo operacional e indicador de atividade

<b>Objetivo Específico 2</b> Criar material de educação para a saúde para fornecer à pessoa com TB no decorrer da visita domiciliária	<b>Atividade</b> Elaboração de folhetos informativos para a pessoa com TB e/ ou os seus contactantes
	<b>Objetivo operacional</b> Que 100% atividades programadas sejam realizadas até 10 de dezembro de 2021.
	<b>Indicador de atividade</b> Taxa de execução da atividade
	$\frac{N^{\circ} \text{ atividades realizadas}}{N^{\circ} \text{ de atividades previstas}} \times 10^2$

Foram elaborados dois folhetos informativos tal como previsto, e por isso a meta foi cumprida a 100%. Após a sua aprovação pelo gestor local do programa da TB, foram submetidos à restante equipa que sugeriu algumas alterações prontamente executadas. Encontram-se em fase de aprovação pela direção clínica da USP.

**Quadro 5:** Relação entre o OE3, atividades, objetivo operacional e indicador de atividade

<b>Objetivo Específico 3</b> Contribuir para a percepção de aumento do conhecimento no registo da informação obtida durante a visita domiciliária, em SCLINIC	<b>Atividade</b> Composição de um guia de boas práticas para suporte à identificação de contactos durante a realização da visita domiciliária e forma de documentar no processo familiar em SCLINICO®
	<b>Objetivo operacional</b> Que 100% atividades programadas sejam realizadas até 13 de dezembro de 2021.
	<b>Indicador de atividade</b> Taxa de execução da atividade
	$\frac{N^{\circ} \text{ atividades realizadas}}{N^{\circ} \text{ de atividades previstas}} \times 10^2$

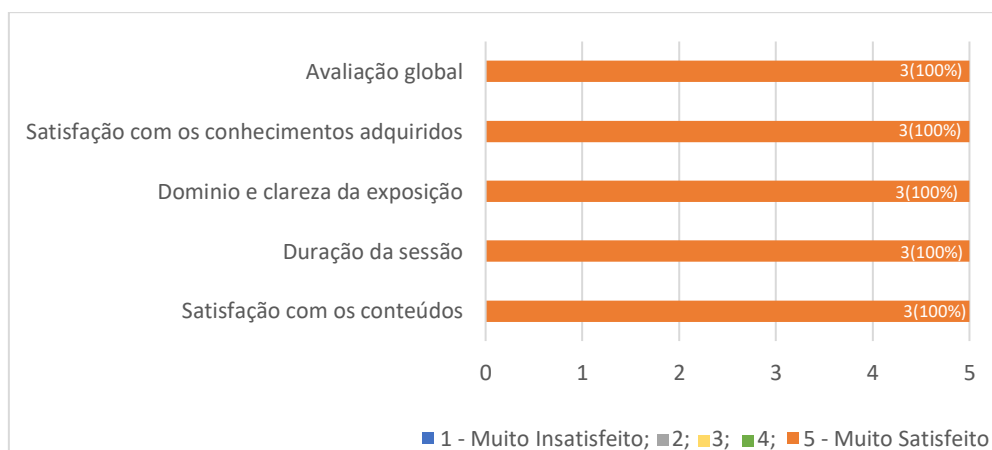
A taxa de execução desta atividade foi então de 100%. O documento foi bem recebido pela equipa que o considerou de fácil manuseio e leitura.

**Quadro 6: Relação entre o OE4, atividades, objetivo operacional e indicadores de atividade**

<b>Objetivo Específico 4</b> Envolver os profissionais de saúde no projeto, promovendo a sua continuidade	<b>Atividade</b>	Realização de uma sessão informativa com a equipa de enfermagem integrante da gestão do programa da TB
	<b>Objetivo operacional</b>	Que 75% dos profissionais de saúde da USP, envolvidos na gestão do programa contra a TB estejam presentes na sessão informativa. Que 75% dos profissionais presentes na sessão respondam com nível “muito satisfatório” ao questionário aplicado.
	<b>Indicadores de atividade</b>	Proporção de profissionais que participaram na sessão $\frac{N^{\circ} \text{ de profissionais de saúde presentes na sessão informativa}}{N^{\circ} \text{ profissionais saúde da USP que integram gestão do programa contra a TB}} \times 10^2$
		Taxa de profissionais que avaliaram a sessão como “Muito satisfeitos” $\frac{N^{\circ} \text{ profissionais saúde que assistiram à sessão que a avaliaram como "muito satisfeitos"}}{N^{\circ} \text{ profissionais saúde USP que integram gestão programa contra TB que assistiram à sessão}} \times 10^2$

Ficou definido, em consonância com a enfermeira de orientação clínica, que a sessão seria dirigida à equipa multiprofissional gestora local do programa para a TB, que na prática engloba todos os profissionais de enfermagem presentemente em funções na USP. Assim a proporção de profissionais que participaram na sessão foi de 75%, um médico e duas enfermeiras, tendo sido atingida a meta definida anteriormente. No final da sessão foi aplicado um questionário, ao qual responderam os três participantes ou seja 100%. O resultado das respostas obtidas encontra-se explanado no gráfico 1.

**Gráfico 1: Resultados avaliação da sessão informativa**



Analisando os dados obtidos torna-se perceptível que a taxa de profissionais que avaliaram a sessão como “Muito satisfeitos” foi de 100%, tendo assim suplantado a meta definida inicialmente.

Como já referido anteriormente, foram ainda definidas metas e indicadores de resultado, em consonância com os quatro objetivos específicos do projeto de intervenção comunitária (Quadro 7). Por razões que se prendem com o tempo de execução do Estágio, ao qual acresceram constrangimentos nos recursos humanos, mobilizados para a vigilância epidemiológica à COVID-19, não foi possível implementar a realização das visitas domiciliárias, tornando impossível a sua avaliação. Esta será, por isso, conduzida futuramente, pelas enfermeiras da USP, que desde início estiveram envolvidas com o projeto e levando em conta o conhecimento que dele detêm. Ficou estabelecido que a avaliação dos indicadores será realizada no espaço de um ano após o início das visitas domiciliárias, permitindo desta forma a percepção da eficácia das atividades, admitindo possíveis modificações às mesmas ou a criação de novas (Imperatori & Giraldes, 1986).

**Quadro 7: Indicadores de resultado e objetivos operacionais do projeto intervenção comunitária**

Indicadores de resultado ou impacto	Objetivos operacionais
Taxa de aplicação do instrumento de colheita de dados para a visita domiciliar e identificação de contactos na pessoa com tuberculose  $\frac{\text{N}^\circ \text{ de pessoas com TB a quem foi realizada visita domiciliar e aplicado o instrumento}}{\text{N}^\circ \text{ pessoas com TB a quem foi realizada visita domiciliar}} \times 10^2$	Que em 100% das visitas domiciliárias a pessoas com tuberculose tenha sido aplicado o guião.
Taxa do número de folhetos informativos entregues no âmbito da visita domiciliar:  $\frac{\text{N}^\circ \text{ de folhetos informativos entregues à pessoa com TB}}{\text{N}^\circ \text{ de pessoas com TB a quem foi realizada visita domiciliar}} \times 10^2$	Que 75% das pessoas com tuberculose tenham recebido o folheto durante a visita domiciliar.
Proporção de enfermeiros que consultam o manual orientador:  $\frac{\text{N}^\circ \text{ de enfermeiros que integram a gestão programa TB que consultam manual orientador}}{\text{N}^\circ \text{ de enfermeiros que integram a gestão programa TB}} \times 10^2$	Que 100% dos enfermeiros, que integram a gestão programa TB, consultem o manual orientador.
Taxa de registos efetuados em SCLINICO®:  $\frac{\text{N}^\circ \text{ pessoas com TB a quem foi realizada visita domiciliar com registos em SCLINICO}}{\text{N}^\circ \text{ pessoas com TB a quem foi realizada a visita domiciliar}} \times 10^2$	Que 100% das pessoas com visita domiciliar tenham registos em SCLINICO® efetuados

### 3.6.1 - Limitações na execução do projeto

No seu cômputo as atividades aqui descritas e os resultados obtidos vão de encontro ao objetivo geral do projeto de intervenção comunitária. Como tal o balanço da intervenção é positivo representando um contributo para e otimizando a vigilância epidemiológica da pessoa com TB, promovendo a identificação de contactos e contribuindo assim para a prevenção da doença, promoção da saúde e a educação para a saúde. Contudo, os constrangimentos devido à vigência da pandemia COVID-19, não permitiram implementar a identificação de contactos com recurso à estratégia de uma visita domiciliária. Assim sendo não foi possível pré-testar o instrumento *in situ* na comunidade. Fica planeado a realização dessa validação pela equipa da USP, ficando o compromisso de proceder-se a qualquer reformulação considerada pertinente. Pela mesma razão ficou comprometida a documentação dos dados em SCLINICO®, já que dependem, na sua generalidade da implementação deste instrumento.

### 3.7 – Implicações para a prática clínica

À medida que os sistemas de saúde têm evoluído, aumenta a ênfase no planeamento e avaliação da saúde. Para Stanhope e Lancaster (2019) os fatores que têm intensificado o interesse no planeamento são, entre outros, o avanço na tecnologia, o aumento do conhecimento e literacia das pessoas, a par do aumento da expectativa, mas também o aumento dos custos na saúde, a escassez de recursos humanos, o reconhecimento do aumento das disparidades em matéria de saúde e as doenças infecciosas emergentes. Neste contexto o planeamento sistemático para satisfazer as necessidades em saúde de uma comunidade acarreta benefícios para as pessoas como consumidoras de cuidados de saúde, é garante de que os recursos disponíveis são usados para responder às necessidades de uma comunidade, centrando a atenção na identificação dos recursos e atividades necessárias para cumprir objetivos que vão de encontro a reais necessidades e problemas (Stanhope & Lancaster, 2019).

Ao enfermeiro, tal como disposto no seu Código Deontológico, determina-se o dever para com a comunidade. No artigo 101º lê-se que, sendo responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem, o enfermeiro assume o dever de conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está profissionalmente inserido, participando na orientação desta na procura por

soluções para os problemas de saúde detetados e colaborando com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da mesma (OE, 2015). Levando em consideração o envolvimento da equipa de gestão do programa da TB na USP, a comunidade a quem se dirigiu este projeto de intervenção, considera-se que o mesmo teve um impacto significativo. A elevada aceitação do instrumento estruturado para promover a colheita sistematizada de dados durante a visita domiciliar, tendo sido desenvolvido passo a passo com o contributo desta, trará um contributo válido para estabelecer uma prática clínica centrada na comunidade, através de necessidades de intervenções de enfermagem e resultados sensíveis a essas intervenções.

No decurso deste projeto constatou-se que não eram efetuados registos em SCLINICO® que suportassem evidencia do trabalho realizado pelo enfermeiro durante a vigilância epidemiológica da pessoa com TB, denotando-se inclusive que o enfermeiro nesta Unidade se encontrava impossibilitado de efetuar registos no processo familiar, inviabilizando assim qualquer estudo sobre a ocorrência dos fenómenos de enfermagem e gestão de saúde da comunidade. A par desta situação o conhecimento atual, sobre a forma de documentar esses dados suscitava dúvidas. Após a intervenção, e tendo sido estabelecida a possibilidade de efetuar o registo no sistema de informação, a equipa considerou a existência de aumento na perceção deste conhecimento, tornando-a assim num contributo válido para a sua prática clínica.

O MPS de Nola Pender é por muitos considerado um dos modelos mais abrangentes e preditivos dos padrões comportamentais, fornecendo um enquadramento teórico eficaz para determinar fatores indutores de mudanças comportamentais promotoras de saúde. A sua utilização enquanto referencial teórico, permitiu definir estratégias de educação e literacia em saúde, passíveis de induzir um processo de capacitação da pessoa com TB. A aplicabilidade deste modelo, deixa patente que a sua utilização poderá ser alargada a outras atividades, completares a este projeto, e que a equipa da USP queira implementar. Denota-se ainda que os materiais de informação criados como base para a educação para a saúde da pessoa com TB, poderão ser utilizados por outras unidades funcionais, nomeadamente o CDP.

Face ao exposto considera-se que o projeto de intervenção, não obstante as contingências que foram surgindo neste percurso, comporta ganhos e será uma mais-valia, sobretudo na prevenção da doença TB e na promoção da saúde. É um projeto atual e passível de replicação futura, pela importância e pertinência do seu tema, sendo possível a sua aplicação a outras organizações ou contextos.

#### **4 – AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

A atribuição do título de enfermeiro especialista pela OE, pressupõe que estejam demonstradas, para além das competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva especialidade, um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. A reflexão que se segue pretende demonstrar o caminho percorrido, tendo em vista a obtenção da referida especialização em enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública. Irão ser abordados as aptidões adquiridas assim como os conhecimentos aprofundados e que permitiram desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista, específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública e ainda as competências intrínsecas ao grau de mestre.

O Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro versa sobre as competências comuns do enfermeiro especialista. Nele estipula-se que estas competências envolvem a educação de clientes e pares, orientação, aconselhamento e liderança, incluindo a responsabilidade de interpretar, disseminar e levar a cabo uma investigação relevante e pertinente, que permita melhorar de forma contínua a prática da enfermagem. Integra ainda, quatro domínios a saber: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. A responsabilidade de desenvolver uma prática profissional, ética e legal, agindo de acordo com as normas legais, princípios éticos e deontologia que rege a profissão estiveram sempre presentes ao longo deste percurso, tendo sido adotada uma conduta responsável e ética, atuando no respeito pelos direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

O desenvolvimento deste projeto pautou-se por esse respeito, desde logo respeitando o direito da comunidade e a sua vontade de participar nas atividades. As entrevistas realizadas obtiveram previamente o consentimento livre e esclarecido dos participantes e os dados obtidos foram tratados de forma a manter a confidencialidade das fontes. Sendo este um documento público, foi solicitada autorização para uso de nome da USP e dos seus profissionais (Anexo I), pedido que foi indeferido pela Administração do ACeS. Assim este Relatório foi formulado tendo em vista a proteção de dados, a confidencialidade e anonimato dos intervenientes, incluindo qualquer referência que possa identificar o ACeS ou a USP.

O projeto de intervenção comunitária, no seu todo, situa-se como um projeto de melhoria da qualidade dos cuidados, desde logo, ao propor contribuir para a otimização da identificação de contactos no âmbito do inquérito epidemiológico à pessoa com TB. A sua execução permitiu identificar oportunidades e selecionar estratégias de melhoria tendo como intuito a prevenção da doença e a promoção da saúde. A elaboração de um guia de boas práticas, promoveu, entre outras, a documentação da informação nos SIE, reforçando assim uma prática assente na evidência, otimizando os cuidados, contribuindo para identificar as necessidades da população nesta área geodemográfica, estabelecendo diagnósticos de enfermagem passíveis de serem mensuráveis e poderem contribuir para indicadores que permitam contratualizar cuidados de saúde com base em diagnósticos de enfermagem. As reuniões efetuadas, incluindo com a equipa de saúde de outras Unidade Funcionais, com o intuito de dinamizar e criar de novas estratégias para a mitigação de problemas identificados, permitiu integrar competências de gestão dos mesmos.

Recorrendo a conhecimentos adquiridos durante a prática profissional e o percurso académico, foi possível a participação concreta na otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, colaborando nas decisões da equipa de saúde, estabelecendo um processo de parceria e partilha de informação ao nível da Vacinação Internacional e visando ganhos em saúde na comunidade, atuando ainda como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados. Assim o desenvolvimento das aprendizagens profissionais ficou patente no caminho percorrido durante a execução do projeto de intervenção comunitária e do Estágio Final onde se insere o seu desenvolvimento, tendo sido adotada uma postura de autoconhecimento e uma relação de assertividade com a equipa multiprofissional que constitui a USP.

O percurso desenvolvido durante este ciclo de estudos permitiu ainda contribuir para aquisição de conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada, interpretando, organizando e divulgando resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem, tal como foi o caso da publicação do poster “Impacto da COVID-19 na Vulnerabilidade Social: a *scoping review*” (Apêndice XIV), no IV Seminário do Mestrado em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, tendo o mesmo recebido menção honrosa (Anexo II) e ao integrar a Comissão Organizadora do mesmo (Anexo III).

As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública encontram-se plasmadas no Regulamento nº 428/ 2018 de 16 de julho. Nele institui-se que, com base na

metodologia do Planejamento em Saúde, o enfermeiro com especialização na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública, estabelece a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades; integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde e realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico. Ao desenvolver o projeto de intervenção comunitária, assente na metodologia do Planejamento em Saúde, de acordo com as diferentes etapas que o constituem, procedeu-se à determinação do diagnóstico de saúde de uma comunidade, com base no diagnóstico de situação. Foram estabelecidas as prioridades em saúde, identificaram-se e definiram-se objetivos e estratégias para a sua execução, pondo em prática o projeto de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados, e procedendo à sua avaliação através de indicadores estabelecidos para o efeito, permitindo assim a aquisição de competências nesta unidade.

Com este projeto pretende-se uma contribuição na otimização e melhoria da prática clínica tendo permitido o desenvolvimento de estratégias envolvendo a equipa gestora local do Programa contra a TB, tentando-se superar as dificuldades e limitações de recursos existentes à sua consecução. A sua implementação representa, indubitavelmente, um contributo para a capacitação de uma comunidade específica, um grupo de profissionais de saúde da USP. O referencial teórico de enfermagem pelo qual se pautou, responde ao uso de modelos e estruturas conceptuais do âmbito da promoção e educação para a saúde e permitiu desenvolver estratégias no âmbito destas, concretamente através da criação de material de informação para a pessoa com TB e também para os seus contactantes próximos. Pelo exposto considera-se adquirida a competência da contribuição de capacitação de grupos e comunidades.

Na perspetiva do planeamento o Plano Nacional de Saúde é implementado através de programas, projetos e atividades. Considera-se por isso que tanto os programas nacionais, como projetos ou iniciativas de carácter operativo (projetos ou iniciativas dirigidas a alvos muito concretos) são instrumentos de implementação deste (Plano Nacional Saúde, 2015). Compete à USP a gestão local de programas de intervenção do âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população e de grupos específicos, tornando possível integrar através dos elementos da equipa multidisciplinar alguns programas de saúde, como foi claramente o caso do programa no qual assenta o projeto de intervenção. Através de atividades desenvolvidas no Centro de Vacinação Internacional, dirigida à comunidade dos viajantes e migrantes, inserida no Programa Nacional de Vacinação e no Regulamento

Sanitário Internacional, foi possível manusear indicadores epidemiológicos com o intuito de contribuir para a educação para a saúde e capacitação deste grupo. Paralelamente ao projeto, desenvolveu-se um poster para afixação na sala do Centro de Vacinação e na sala de espera da USP, assente numa diretiva estipulada no Programa Nacional de Vacinação como objetivo de despiste de reações adversas imediatas (Apêndice XV).

Desenvolver este percurso numa USP e em plena crise pandémica, contribui, em larga escala para a aquisição de competências específicas no contexto da vigilância epidemiológica. Nomeadamente ao integrar atividades como a colaboração na execução de inquéritos epidemiológicos à pessoa com doença COVID-19 e à pessoa com TB, assim como a documentação da informação nos sistemas de informação e plataformas para o efeito. Através da execução do projeto de intervenção na comunidade concebeu-se um instrumento de colheita de dados integrado na vigilância epidemiológica da TB. A realização destas atividades permitiu por isso a aquisição de competências na vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde/doença de uma determinada área geodemográfica e também na implementação monitorização de atividades de Programas de Saúde, assim como gestão de informação de grupos e comunidade.

De acordo com o Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de março, o grau de mestre, numa determinada área de especialização, é conferido aos que demonstram deter um certo nível de conhecimentos e de capacidade de compreensão, desenvolvidos e aprofundados no ciclo de estudos atual, e que se constituem como a base para a compreensão e resolução de problemas, quer em situações novas, quer em contextos alargados e multidisciplinares, integrados na forma como lida com questões complexas, incrementa soluções ou emite juízos, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais. O Mestre deverá saber comunicar as suas conclusões e conhecimentos e também os raciocínios subjacentes utilizados para chegar até elas.

Assim, e ao longo desta jornada os conteúdos do plano curricular, as atividades e estratégias desenvolvidas proporcionaram as bases teóricas, essenciais para a aquisição das competências de mestre, permitiram o desenvolvimento da componente prática com sucesso. Daqui se compreende que a realização deste Estágio permitiu a aplicação dos conhecimentos em novas situações, não familiares, tal como é o contexto de uma USP, contribuindo para a criação de soluções para os problemas identificados, integrando a equipa multiprofissional. A implementação do projeto de intervenção comunitária, permitiu 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. Este relatório representa

uma produção científica, através do qual é relatado o conhecimento e raciocínios subjacentes utilizados para chegar às conclusões obtidas seguindo a metodologia do Planeamento em Saúde. No decurso académico motivou-se a tónica para o desenvolvimento autónomo de conhecimentos e aptidões do qual este relatório faz eco ao demonstrar o trabalho realizado. Salienta-se ainda que a aquisição e atualização de conhecimentos, durante a realização do Estágio, ocorreu também através da presença em momentos formativos, entre eles “Formação em Tuberculose” nos dias 24 e 25 de setembro de 2021 no âmbito do PNT e que em muito contribui para enriquecer o projeto de intervenção comunitária (Anexo IV) e ainda “Voltar a viajar em tempos de COVID-19” reunião científica da Sociedade Portuguesa Medicina das Viagens (Anexo V).

(Página deixada propositadamente em branco)

## 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

As novas estratégias de eliminação da TB fomentam a aposta na prevenção, como uma estratégia essencial para o controlo da doença. Para tal, será necessária uma melhoria contínua no processo de investigação epidemiológica, a interrupção das cadeias de transmissão na comunidade, tornando prioritária a identificação dos contactos e indivíduos vulneráveis à doença, encaminhando-os para rastreio e eventual início do tratamento preventivo. Se quisermos ter uma resposta duradoura e sustentável, que termine com a doença, necessitamos de mudar para uma dinâmica centrada nas pessoas, em que as comunidades estejam integradas no centro da resposta, assegurando desta forma que as necessidades das pessoas afetadas pela TB sejam compreendidas, representadas e respondidas.

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de saúde comunitária e de saúde pública têm uma oportunidade única, uma voz decisiva, para obter a liderança na promoção da saúde dos indivíduos, famílias e comunidades, já que o foco da sua atenção são as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde de grupos, comunidade e população, designadamente através na implementação dos programas promotores de saúde com vista à capacitação e empoderamento das comunidades. Encontra-se assim numa posição privilegiada para estabelecer projetos de saúde e processos comunitários e ambientais com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida (OE, 2017).

A elaboração deste relatório, representa uma reflexão descritiva do percurso e vivências experienciadas com vista à aquisição de novo conhecimento e competências, nomeadamente de enfermeiro especialista, competências específicas de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública e competências de mestre. A realização de um projeto de intervenção comunitária, segundo as etapas da metodologia do planeamento em saúde, e tendo por base os problemas identificados, bem como as soluções encontradas, revelou-se um desafio, perante os obstáculos e dificuldades que foram surgindo, apesar de gratificante. A revisão da literatura efetuada, permitiu demonstrar a atualidade e pertinência do tema selecionado e as atividades desenvolvidas enquadram-se no preconizado ao nível internacional e nacional em que a prevenção é a estratégia nobre no controlo da doença. Os

resultados obtidos contribuíram para o aumento do conhecimento, que indubitavelmente conduzirá ao desenvolvimento de uma prática avançada, a uma melhoria contínua da qualidade que, por consequência, reverte em ganhos para a saúde da população.

A promoção da saúde foi determinante para a realização deste projeto já que o mesmo se baseia num modelo conceptual, o MPS de Nola Pender, que vem sendo amplamente utilizado em vários países para estudar comportamentos que conduzam à promoção da saúde, fornecendo uma estrutura simples, segundo a qual o enfermeiro pode planejar, intervir e avaliar as suas ações, interligando-se assim, de forma inequívoca, com a metodologia do planeamento em saúde.

Perante tudo o que está exposto neste relatório considera-se que os objetivos propostos inicialmente, para o estágio final e os que se encontram descritos ao longo deste documento foram atingidos, embora só a avaliação a longo prazo irá determinar a eficácia da estratégia na sua globalidade. Considerando todas as contingências, maioritariamente relacionadas com a pandemia, o excesso de trabalho por parte das equipas de profissionais da Unidade e a locação da equipa para atividades de vigilância epidemiológica da COVID-19, em detrimento de outras, a execução deste Estágio permitiu, ainda assim, um inestimável enriquecimento pessoal, académico e profissional. A mudança de paradigma, dos cuidados centrados na pessoa, para os cuidados centrados na comunidade manifestou-se um desafio ao longo deste ciclo de estudos, mas sem a menor dúvida a aquisição das competências adquiridas, o investimento na formação especializada, trará novas responsabilidades e oportunidades no percurso profissional presente e futuro.

Hoje em dia ninguém questiona as mudanças ocorridas no nosso Mundo, assim como não existem dúvidas que este continuará a mudar, trazendo novos desafios e novas realidades tornando patente novos desafios que já enfrentamos ou que possamos vir a enfrentar. A enfermagem especializada em saúde comunitária e de saúde pública deverá assumir uma intervenção mais ativa na vigilância e monitorização de fenómenos que possam interferir com a saúde da população. Deve tomar a si um papel mais ativo na conceção de planos de ação e programas/ campanhas de intervenção em saúde da população, participar na sua implementação, concretização e avaliação. Encontra-se em condições de poder colaborar na supervisão de programas e/ ou atividades desenvolvidas em prol da promoção da saúde da população. No entanto é essencial que produzamos e divulguemos mais investigação, alargando os nossos horizontes e saberes da qual resultarão indubitavelmente uma compreensão reforçada dos fenómenos da saúde da população.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agrupamentos de Centros de Saúde [redacted]. (2017). *Plano Local de Saúde [redacted] e [redacted] 2017-2020*.
- Armstrong-hough, M., Turimumahoro, P., Meyer, A. J., Ochom, E., Babirye, D., Ayakaka, I., Mark, D., Ggita, J., Cattamanchi, A., Dowdy, D., Mugabe, F., Fair, E., Haberer, E., Katamba, A., & Davis, J. L. (2017). Drop-out from the tuberculosis contact investigation cascade in a routine public health setting in urban Uganda : A prospective , multi-center study. *PLoS ONE*, *12*(11).  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187145>
- Aromataris, E., & Munn, Z. (Eds).(2020). Chapter 1: JBI Systematic Reviews. *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Ayakaka, I., Ackerman, S., Ggita, J. M., Kajubi, P., Dowdy, D., Haberer, J. E., Fair, E., Hopewell, P., Handley, M. A., Cattamanchi, A., Katamba, A., & Davis, J. L. (2017). Identifying barriers to and facilitators of tuberculosis contact investigation in Kampala, Uganda: A behavioral approach. *Implementation Science*, *12*(1), 1–14.  
<https://doi.org/10.1186/s13012-017-0561-4>
- Bardin, L. (2020). *Análise de Conteúdo* (4ª ed.). Edições 70.
- Barroso, E. G. (2020). Factors associated with household contacts tuberculosis testing and evaluation. *Public Health Nursing*, *37*, 705–714. <https://doi.org/10.1111/phn.12788>
- Batista, E. C., Matos, L. A., & Nascimento, A. B. (2017). A entrevista como técnica de investigação na pesquisa qualitativa. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, *11*(3), 23–28.  
[https://www.researchgate.net/publication/331008193\\_A\\_ENTREVISTA\\_COMO\\_TECNICA\\_DE\\_INVESTIGACAO\\_NA\\_PESQUISA\\_QUALITATIVA](https://www.researchgate.net/publication/331008193_A_ENTREVISTA_COMO_TECNICA_DE_INVESTIGACAO_NA_PESQUISA_QUALITATIVA)
- Bloom, B. R., Atun, R., Cohen, T., Dye, C., Fraser, H., Gomez, G. B., Kight, G., Murray, M., Nardell, E., Rubin, E., Salomon, J., Vassal, A., Volchenkov, G., White, R., Wilson, D., & Yadav, P. (2017). Tuberculosis. In K. K. Homes, S. Bertozzi, B. R. Bloom, & P. Jha (Eds.), *Major Infectious Diseases. Disease Control Priorities* (3ª ed., Vol. 6, pp. 233–313). World Bank. <https://doi.org/10.1596/978-1-4648-0524-0>
- Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellström, T. (2010). *Epidemiologia Básica* (2ª ed.). Organização Mundial da Saúde.
- Bryant, K. E., Allen, M. G., Fortenberry, E. R., Luffman, J., Zeringue, E., & Stout, J. E. (2016). Association Between Staff Experience and Effective Tuberculosis Contact Tracing in North Carolina, 2008-2009. *North Carolina Medical Journal*, *77*(1), 37–44. <https://doi.org/10.18043/ncm.77.1.37>
- Carvalho, A. (2021, 24-25 de setembro). *O rastreio da tuberculose* [Apresentação oral].: Formação Tuberculose, Lisboa, Programa Nacional Para a Tuberculose.
- Cavany, S. M., Vynnycky, E., Sumner, T., Macdonald, N., Thomas, H. L., White, J.,

- White, R. G., Maguire, H., & Anderson, C. (2018). Transmission events revealed in tuberculosis contact investigations in London. *Scientific Reports*, 8, eArticle 6676. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-25149-6>
- Caylà, J. A., & Orcau, A. (2011). Control of tuberculosis in large cities in developed countries : An organizational problem. *BMC Medicine*, 9(127). <https://doi.org/10.1186/1741-7015-9-127>
- Chakaya, J., Khan, M., Ntoumi, F., Aklillu, E., Fatima, R., Mwaba, P., Kapata, N., Mfinanga, S., Hasnain, S. E., Katoto, P. D. M. C., Bulabula, A. N. H., Sam-Agudu, N. A., Nachega, J. B., Tiberi, S., McHugh, T. D., Abubakar, I., & Zumla, A. (2021). Global Tuberculosis Report 2020 – Reflections on the Global TB burden, treatment and prevention efforts. *International Journal of Infectious Diseases*, 113, S7–S12. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2021.02.107>
- Chirinos, N., Meirelles, B., & Bousfield, A. (2015). Representações sociais das pessoas com tuberculose sobre o abandono do tratamento [Número Especial]. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36, 207–214. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56723>
- Conroy, O., Wurie, F., Collin, S. M., Edmunds, M., Vries, G. De, Lönnroth, K., Abubakar, I., & Anderson, S. R. (2021). Barriers and enablers to implementing tuberculosis control strategies in EU and European Economic Area countries : A systematic review. *The Lancet Infectious Disease*, 21(9), 272–280. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(21\)00077-3](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00077-3)
- Correia, A. M., Valente, P., & Duarte, R. (2013). *Programa Nacional para a Tuberculose: Planeamento do rastreio de contactos de doentes com Tuberculose*. Programa Nacional para a Tuberculose. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/tb-planeamento-rastreio-pdf.aspx>
- Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março. *Diário da República, Série I(60-A)*. <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/2006-75326440>
- Decreto-Lei n.º 137/2013, de 7 de outubro. *Diário da República, Série I(193-A)*. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/137-2013-500071>
- de Souza, A., da Silva, M. L., & Miranda, L. (2018). Dificuldades na adesão do plano de tratamento pelo paciente com Tuberculose. *Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde*, 4(2), 297–312. <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosauade/article/view/4560>
- Direção-Geral da Saúde. (1995). *Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose*. Ministério da Saúde. <https://bit.ly/3DNaNPV>
- Direção Geral da Saúde.(2015). *Plano nacional de saúde: Revisão e extensão a 2020*. <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- Doherty, A. M., Kelly, J., McDonald, C., Dywer, A. M., Keane, J., & Cooney, J. (2013). A review of the interplay between tuberculosis and mental health. *General Hospital Psychiatry*, 35(4), 398–406. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2013.03.018>
- Doria, J. L., Duarte, J. M. C. D., & Saraiva, P. C. (2017). Tuberculose: A história e o património. Memórias da doença através da História em exposição no Museu do IHMT. *Anais Do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*, 16, 89–101.

<https://doi.org/10.25761/anaisihmt.34>

- 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.  
<https://doi.org/10.5588/ijtld.10.0511>
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2021, 17 de setembro). *Facts about Tuberculosis*. <https://www.ecdc.europa.eu/en/tuberculosis/facts>
- European Centre for Disease Prevention and Control & World Health Organization Regional Office for Europe. (2021). *Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2021: 2019 data*. WHO Regional Office for Europe.  
<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/tuberculosis-surveillance-and-monitoring-europe-2021-2019-data>
- Fernandes, C. I. M. (2019). *Enfermagem Comunitária e MAIEC: Um projeto de empoderamento para a vigilância epidemiológica* [Master's thesis, Instituto Ciências da Saúde: Escola de Enfermagem]. Veritati - Repositório da Universidade Católica Portuguesa.  
[https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/31555/1/CATARINA%20FERNANDES\\_Relat%C3%B3rioEst%C3%A1gioFinalMEEC.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/31555/1/CATARINA%20FERNANDES_Relat%C3%B3rioEst%C3%A1gioFinalMEEC.pdf)
- Figueiredo, M. H. de J. S. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência.
- Fox, G. J., Barry, S. E., Britton, W. J., & Marks, G. B. (2013). Contact investigation for tuberculosis: A systematic review and meta-analysis. *European Respiratory Journal*, 41, 140–156. <https://doi.org/10.1183/09031936.00070812>
- Garcia, I., & Teixeira, C. (2009). Visita domiciliar: Um instrumento de intervenção. *Sociedade Em Debate*, 15(1), 165–178.  
<https://revistas.ucpel.edu.br/index.php/rsd/article/view/365/837>
- Gray, J., Grove, S. K., & Sutherland, S. (2017). *Burns and Grove's: The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence* (8ª ed.). Elsevier.
- Guzzetta, G., Ajelli, M., Yang, Z., Mukasa, L. N., Patil, N., Bates, J. H., Kirschner, D. E., & Merler, S. (2015). Effectiveness of contact investigations for tuberculosis control in Arkansas. *Journal of Theoretical Biology*, 380, 238–246.  
<https://doi.org/10.1016/j.jtbi.2015.05.031>
- Havrylyuk, B. (2020). *Em Portugal, de quarentena : Impactos sobre o bem-estar e a saúde mental nos estudantes universitários* [Master's thesis, ISPA - Instituto Universitário]. Repositório do ISPA. <http://hdl.handle.net/10400.12/8134>
- Hest, N. A. Van, Aldridge, R. W., Vries, G. De, Sandgren, A., Hauer, B., Hayward, A., Oñate, W. A. De, Haas, W., & Codecasa, L. R. (2014). Tuberculosis control in big cities and urban risk groups in the European Union : A consensus statement. *EuroSurveillance*, 19(9). <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES2014.19.9.20728>
- Imperatori, E., & Giraldes, M. R. (1982). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. Obras Avulsas.
- Instituto Nacional de Estatística. (2022, 9 de janeiro). *Resultados Provisórios CENSOS 2021*.

[https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xlang=pt&xpgid=censos21\\_dados&xpid=CENSO S21](https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xlang=pt&xpgid=censos21_dados&xpid=CENSO S21)

- International Council of Nurses. (2008). *Linhas de orientação para enfermeiros no cuidado e controlo da tuberculose e da tuberculose multirresistente* (2ª ed.). Ordem dos Enfermeiros. <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/3.%20Linhas%20de%20Orienta%C3%A7%C3%A3o%20da%20tuberculose.pdf>
- International Council of Nurses. (n.d.). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®): Versão 2019. In *Ordem dos Enfermeiros*. Retrieved November 6, 2021. <https://www.ordemenfermeiros.pt/area-do-enfermeiro/cipe/>
- Josaphat, J., Dias, J. G., Salvador, S., Resende, V., & Duarte, R. (2014). Tuberculosis: Which patients do not identify their contacts? *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 20(5), 242–247. <https://doi.org/10.1016/j.rppneu.2013.11.004>
- Konlan, K. D., Vivor, N. K., Gegefe, I., Abdul-Rasheed, I. A., Kornyo, B. E., & Kwao, I. P. (2021). The practice of home visiting by community health nurses as a primary healthcare intervention in a low-income rural setting: A descriptive cross-sectional study in the Adaklu District of the Volta Region, Ghana. *Scientific World Journal*, eArticle 8888845. <https://doi.org/10.1155/2021/8888845>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a Brief Depression Severity Measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2003). The patient health questionnaire-2: Validity of a two-item depression screener. *Medical Care*, 41(11), 1284–1292. <https://doi.org/10.1097/01.MLR.0000093487.78664.3C>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2009). An Ultra-Brief Screening Scale for Anxiety and Depression: The PHQ-4. *Psychosomatics*, 50(6), 613–621. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(09\)70864-3](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(09)70864-3)
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Monahan, P. O., & Löwe, B. (2007). Anxiety Disorders in Primary Care: Prevalence, Impairment, Comorbidity, and Detection. *Annals of Internal Medicine*, 146(5), 317–325. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004>
- Lopes, C. (2021). *Como fazer citações e referências? Guia prático da norma APA* (2020, 7ª ed.). Edições ISPA.
- Marais, B. J., Verkuijl, S., Casenghi, M., Triasih, R., Hesselings, A. C., Mandalakas, A. M., Marcy, O., Seddon, J. A., Graham, S. M., & Amanullah, F. (2021). Paediatric tuberculosis – new advances to close persistent gaps. *International Journal of Infectious Diseases*. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2021.02.003>
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. LIDEL.
- Mohammedhussein, M., Alenko, A., Tessema, W., & Mamaru, A. (2020). Prevalence and associated factors of depression and anxiety among patients with pulmonary tuberculosis attending treatment at public health facilities in Southwest Ethiopia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 16, 1095–1104. <https://doi.org/10.2147/NDT.S249431>
- Monteiro, S., Torres, A., Pereira, A., Albuquerque, E., & Morgadinho, R. (2013).

- Preliminary validation study of a portuguese version of the patient health questionnaire (PHQ-9). *European Psychiatry*, 28. [https://doi.org/10.1016/s0924-9338\(13\)76982-7](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(13)76982-7)
- Mtui, L., & Spence, W. (2014). An exploration of NHS staff views on tuberculosis service delivery in Scottish NHS boards. *Journal of Infection Prevention*, 15(1), 24–30. <https://doi.org/10.1177/1757177413500511>
- Mulder, C., Harting, J., Jansen, N., Borgdorff, M. W., & Leth, F. Van. (2012). Adherence by Dutch Public Health Nurses to the National Guidelines for Tuberculosis Contact Investigation. *PLoS ONE*, 7(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0049649>
- Nunes, M. L. (2016). *Cartilha Metodológica do Planeamento em Saúde e as Ferramentas de Auxílio*. Chiado Editora.
- Observatório Regional Saúde. (2017). *Perfil Local de Saúde 2017: Almada-Seixal*. <https://www.arslvt.min-saude.pt/pages/197>
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados de enfermagem comunitária: na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública; na área de enfermagem de saúde familiar*. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto-2\\_padroesqualidadece\\_ecomun\\_sfamiliar\\_spública.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto-2_padroesqualidadece_ecomun_sfamiliar_spública.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boas Práticas para a Tuberculose. *Cadernos OE*, 5(1). [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8900/gobptuberculose\\_vfinal\\_proteg.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8900/gobptuberculose_vfinal_proteg.pdf)
- Pender, N. J. (2011). *The Health Promotion Model*. Deep Blue Repositories da University of Michigan Library. <https://deepblue.lib.umich.edu/handle/2027.42/85350>
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2019). *Health Promotion in Nursing Practice* (8<sup>a</sup> ed.). Pearson Education Inc.
- Pestana, H. (2010). *Stop TB - A Estratégia da Toma Observada Direta (TOD)*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-páginas-antigas/stop-tb-a-estratégia-da-toma-observada-directa-tod/>
- Prasetyo, Y. A., Preechawong, S., & Yunibhand, J. (2015). Effect of a Tuberculosis Health Promotion Program on Medication Adherence Among Tuberculosis Patients. *Journal of Health Research*, 29(1), 47–53. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jhealthres/article/view/79959>
- Programa Nacional para a Tuberculose. (2018). *Tuberculose Em Portugal: Desafios e estratégias*. Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/tuberculose-em-portugal-desafios-e-estrategias-2018-.aspx>
- Programa Nacional para a Tuberculose. (2020a). *Manual de tuberculose e micobactérias não tuberculosas*. Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-tuberculose-e-micobacterias-nao-tuberculosas-recomendacoes.aspx>

- Programa Nacional para a Tuberculose. (2020b). *Relatório de vigilância e monitorização da tuberculose em Portugal: Dados definitivos 2018/19*. Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/tuberculose1/relatorios.aspx>
- Puma, D. V., & Olga, P. (2017). Risk of Active Tuberculosis among Index Case of Householders — A Long-Term Assessment after the Conventional Contacts Study. *Public Health Nursing*, 34(2), 112–117. <https://doi.org/10.1111/phn.12279>
- Putra, I. W., Kurniasari, N. M., Dewi, N. P., Suarjana, I. K., Duana, I. M., Mulyawan, I. K., Riono, P., Alisjahbana, B., Probdari, A., Notobroto, H., & Wahyuni, C. (2019). The Implementation of Early Detection in Tuberculosis Contact Investigation to Improve Case Finding. *Journal of Epidemiology and Global Health*, 9(3), 191–197. <https://doi.org/10.2991/jegh.k.190808.001>
- Regulamento da Ordem dos Enfermeiros n.º 428/2018, de 16 de julho. *Diário da República, Série II* (135). <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Regulamento da Ordem dos Enfermeiros n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. *Diário da República, Série II*(26) (fevereiro). <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-11923619>
- Sathar, F., Velen, K., Peterson, M., Charalambous, S., & Chetty-Makkan, C. M. (2020). “Knock Knock”: A qualitative study exploring the experience of household contacts on home visits and their attitude towards people living with TB in South Africa. *BMC Public Health*, 20(1047), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09150-1>
- Sousa, A. S. (2021, 24-25 de setembro). *A articulação com os diferentes níveis de cuidados de saúde* [Apresentação oral]. Formação Tuberculose, Lisboa, Programa Nacional para a Tuberculose.
- Sousa, T. V., Viveiros, V., Chai, M. V., Vicente, F. L., Jesus, G., Carnot, M. J., Gordo, A. C., & Ferreira, P. L. (2015). Reliability and validity of the Portuguese version of the Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(50). <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0244-2>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2019). *Public Health Nursing: Population-Centered Health Care in the Community* (10th ed.). Elsevier.
- Stoichita, A., Dumitrescu, A., Ciobanu, A., Oancea, C., Petronela, F., Dabja, R., Dumchev, K., Dadu, A., Mahler-Boca, B., & Akopyan, K. (2021). Depression and anxiety symptoms among people with rifampicin-resistant tuberculosis receiving in-patient care in the National Pulmonology Reference Institute in Romania. *Monaldi Archives for Chest Disease*, 91(1). <https://doi.org/10.4081/monaldi.2021.1704>
- Stop TB Partnership. (2018). *Stop TB Field Guide: Using contact investigation to improve TB case detection*. United Nations Office. [https://stoptb-strategicinitiative.org/elearning/wp-content/uploads/2019/04/STBFG\\_06.pdf](https://stoptb-strategicinitiative.org/elearning/wp-content/uploads/2019/04/STBFG_06.pdf)
- Stop TB Partnership. (2019). *THE Paradigm Shift 2018-2022*. [https://stoptb.org/assets/documents/global/plan/GPR\\_2018-2022\\_Digital.pdf](https://stoptb.org/assets/documents/global/plan/GPR_2018-2022_Digital.pdf)
- Stop TB Partnership. (2020). *Step Up for TB 2020: Tuberculosis Policies in 37 Countries*.

<https://www.stoptb.org/sites/default/files/Step%2520Up%2520for%2520TB%2520Report%2520Final.pdf>

- Stop TB Partnership. (2021). *One Impact Community-Led Monitoring Framework: Empowering Communities To End TB*.  
<https://stoptbpartnershiponeimpact.org/resources/Conceptual%20Framework/OneImpact%20CLM%20Conceptual%20and%20Implementation%20Framework%20FN.pdf>
- Sweetland, A. C., Kritski, A., Oquendo, M. A., Sublette, M. E., Norcini Pala, A., Batista Silva, L. R., Karpati, A., Silva, E. C., Moraes, M. O., Lapa e Silva, J. R., & Wainberg, M. L. (2017). Addressing the tuberculosis–depression syndemic to end the tuberculosis epidemic. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 21(8), 852–861. <https://doi.org/10.5588/ijtld.16.0584>
- Tavares, A. (1990). *Metodos e Técnicas de Planeamento em Saude*. Ministério da Saúde.
- Tibbetts, K. K., Ottoson, R. A., & Tsukayama, D. T. (2020). Public Health response to tuberculosis outbreak among persons experiencing homelessness, Minneapolis, Minnesota, USA, 2017-2018. *Emerging Infectious Diseases*, 26(3), 420–426. <https://doi.org/10.3201/eid2603.190643>
- Unidade de Saúde Pública [REDACTED]. (2014). *Regulamento Interno*. Agrupamentos de Centros de Saúde [REDACTED] (Ed.).
- Unidade de Saúde Pública [REDACTED]. (2021). *Plano de Ação Unidade Funcional 2021: USP Agrupamentos de Centros de Saúde [REDACTED]* (Ed.).
- Walker, I. F., Kanal, S., Baral, S. C., Farragher, T. M., Joshi, D., Elsey, H., & Newell, J. N. (2019). Depression and anxiety in patients with multidrug-resistant tuberculosis in Nepal: an observational study. *Public Health Action*, 9(1), 42–48. <https://doi.org/10.5588/pha.18.0047>
- World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*.  
[https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/129532/Ottawa\\_Charter.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf)
- World Health Organization. (2012a). *Health Education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies*.  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/119953/EMRPUB\\_2012\\_EN\\_1362.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/119953/EMRPUB_2012_EN_1362.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- World Health Organization. (2012b). *Recommendations for investigating contacts of persons with infectious tuberculosis in low- and middle-income countries*.  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/77741>
- World Health Organization. (2015a). *Implementing the End TB Strategy: The essentials*.  
<https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/the-end-tb-strategy>
- World Health Organization. (2015b). *The End TB Strategy*.  
<https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/the-end-tb-strategy>
- World Health Organization. (2015c). *WHO global strategy on people-centred and integrated health services: Interim report*.  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/155002>
- World Health Organization. (2016). *Shanghai Declaration on promoting health in the 2030: Agenda for Sustainable Development*.

<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-PND-17.5>

World Health Organization. (2018). *Declaration of Astana: Global Conference on Primary Health Care*. World Health Organization.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/328123>

World Health Organization. (2019). *WHO guidelines on tuberculosis infection prevention and control, 2019 update*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550512>

World Health Organization. (2020a). *Global tuberculosis report 2020*.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240013131>

World Health Organization. (2020b). *WHO operational handbook on tuberculosis. Module 1: prevention - Tuberculosis preventive treatment*.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331525/9789240002906-eng.pdf>

World Health Organization. (2021). *Global tuberculosis report 2021*.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240037021>

Zare, M., Asadi, Z., Shahroodi, M., & Bahrami-taghanaki, H. (2017). Investigating the relationship between components of Pender's Health Promotion Model and self-care behaviors among patients with smear- positive pulmonary tuberculosis. *Evidence Based Journal*, 6(4), 7–17. <https://doi.org/10.22038/ebcj.2016.7983>

Zellweger, J.-P. (2020). Is the EU model for contact investigation applicable to high TB burden settings? *International Journal of Infectious Diseases*, 92(S), S55–S59.

<https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.02.013>

Zumla, A., Chakaya, J., Khan, M., Fatima, R., Wejse, C., Al-Abri, S., Fox, G. J., Nachege, J., Kapata, N., Knipper, M., Orcutt, M., Goscé, L., Abubakar, I., Nagu, T. J., Mugusi, F., Gordon, A. K., Shanmugam, S., Bachmann, N. L., Lam, C., ... Petersen, E.

(2021). World Tuberculosis Day 2021 Theme — ‘The Clock is Ticking’ — and the world is running out of time to deliver the United Nations General Assembly commitments to End TB due to the COVID-19 pandemic. *International Journal of Infectious Diseases*, 113 Suppl1, S1-S6. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2021.03.046>

## **APÊNDICES**

Apêndice I – Resumo reunião com equipa enfermagem do CDP

## Resumo da reunião no CDP

<b>DATA:</b>	18 de outubro de 2021	<b>HORA INÍCIO:</b>	15.00 horas
<b>LOCAL:</b>	Centro Diagnóstico Pneumológico (CDP)	<b>HORA FIM:</b>	17.30 horas
<b>Presentes:</b>	Enfermeira Gestora CDP Enfermeira A.R Enfermeira N. Enfermeira orientadora da USP Mestranda ECSP do ICS		

### AGENDA

Conhecer as impressões de informadores-chave sob:

- As competências da unidade de saúde pública e do CDP no programa contra a tuberculose;
- Aspetos a melhorar na identificação e rastreio de contactos e na articulação destes entre as duas instituições
- Contributos para a articulação entre a USP e o CDP no rastreio dos contactos.

### NOTAS

- CDP tem neste momento 4 enfermeiras e 3 médicas.
- Presentemente já foram notificados 30 casos de tuberculose em Almada e 8 no Seixal. Desconhecido o porquê desta disparidade, mas presume-se estar relacionado com a existência de maior população migrante.
- À data existem 12 utentes sob TOD em regime de visitação domiciliária: 9 em Almada e 3 no Seixal
- No âmbito geral compete ao CDP realizar os rastreios dos conviventes expostos a um caso de tuberculose e agora desde há algum tempo de candidatos a terapêutica biológica e assegurar a abordagem diagnóstica, terapêutica e de seguimento dos utentes com tuberculose ativa ou latente e em tratamento profilático (imunodeprimidos e crianças por exemplo)
- O utente chega ao CDP encaminhado pelo MGF; hospital, através de campanhas de rastreio ou por iniciativa própria.
- Considera-se que compete à USP a realização do inquérito epidemiológico e a identificação de contactos para rastreio.
- Sugestão de visitação domiciliária para realização desse inquérito, preferencialmente em modelo articulado com colega do CDP. Atividade percebida como de extrema importância para identificar os contactos, para avaliação socioeconómica e realização de educação para a saúde (folheto informativo sobre tuberculose e sintomas). Muitas vezes o primeiro contacto poderia ser mediado pelas unidades funcionais através da enfermeira interlocutora para a tuberculose.
- Seria importante e desejável aumentar a articulação entre a USP e o CDP. Retomar as reuniões mensais por exemplo. Não foi dada mais nenhuma sugestão de melhoria em concreto, já que foi identificada uma barreira difícil de transpor neste momento (um dos elementos da equipa), mas que se perspectiva ficar resolvida em espaço curto.

## Apêndice II – Revisão sistemática da literatura

# IDENTIFICAÇÃO DE CONTACTOS DA PESSOA COM TUBERCULOSE NO CONTEXTO DA SAÚDE PÚBLICA: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Autor: Maria Cristina Varela Lopes

Afiliação: Mestranda em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, Escola de Enfermagem, Instituto Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal

## RESUMO

**Introdução:** A tuberculose é uma doença transmissível e é uma das principais causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo. Até à pandemia COVID-19 a tuberculose era a principal causa de morte por um único agente infeccioso (World Health Organization [WHO], 2021a), daqui se depreende que a prevenção de novas infeções pelo *Mycobacterium Tuberculosis* ou a sua progressão para doença ativa é fundamental para reduzir a carga global da doença e conducente com os objetivos traçados pela da Estratégia *Stop TB* definidos para 2030 e 2035 (WHO, 2020).

As atuais intervenções de saúde para a prevenção da Tuberculose assentam no tratamento precoce de pessoas com infeção por Tuberculose, na prevenção da transmissão do bacilo através da prevenção e controlo da transmissão/ infeção, e na vacinação de crianças com a vacina *Bacille Calmette-Guérin* (BCG) (WHO, 2020).

No momento do diagnóstico, devem ser identificadas todas as pessoas consideradas como contactos próximos do doente e encaminhados para rastreio, idealmente nos 15 dias após o diagnóstico do caso de doença, 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 (crianças com menos de 5 anos de idade, doentes com medicação imunossupressora ou infeção VIH) (Programa Nacional para a Tuberculose, 2020).

O Programa Nacional para a Tuberculose (2020) define como contactos próximos as pessoas com oito 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.

A identificação de contactos é assim um processo sistemático destinado a identificar casos não diagnosticados de Tuberculose entre os contactos próximos de uma pessoa que foi diagnosticada com Tuberculose ativa (caso índice). Estes constituem um grupo de alto risco que deve ser orientado para a descoberta sistemática e ativa de casos através do rastreio. A investigação de contactos é por isso considerada uma abordagem eficaz para encontrar pessoas com tuberculose precocemente (Stop TB Patnership, 2018).

Em Portugal compete às Unidades de Saúde Pública iniciar a inquérito epidemiológico, da qual a identificação de contactos faz parte integrante, sempre que há notificação de um caso ou um surto de tuberculose, articulando-se com os restantes níveis dos cuidados de saúde para garantir que é feita a notificação do caso suspeito de tuberculose na plataforma SINAVE, identificar e encaminhar para rastreio no Centro Diagnostico

Pneumológico (CDP) da área todos os contactos do caso índice de tuberculose, registar em modelo próprio todos os contactos identificados para rastreio, garantindo a troca de informação com o CDP no que diz respeito aos resultados e necessidade de alargar rastreios; promover a educação para a saúde, quer através de ações integradas em programas de promoção da saúde quer em atividades específicas definidas localmente (Sousa, 2021).

A este respeito a Organização Mundial da Saúde (2020b) acrescenta, que o profissional de saúde que conduz a identificação dos contactos, deve preferencialmente visitar a casa ou local de trabalho do caso índice para realizar as entrevistas. Sublinha ainda a importância de identificar e avaliar contactos, realizar rastreios e documentar sintomas, recolher informações mais precisas sobre a intensidade e duração da exposição e garantir que todos os contactos relevantes sejam encaminhados para rastreio e decisão de tratamento. É durante a visita domiciliária que deve ser realizada uma avaliação das condições de habitabilidade e sociais, para além de fornecer aconselhamento e educação aos familiares sobre os sintomas de Tuberculose (WHO, 2020b).

Por forma a responder á questão sobre qual a importância e as barreiras da identificação de contactos da pessoa com tuberculose no âmbito da enfermagem de saúde pública realizou-se uma revisão da literatura.

**Palavras-chave:** Tuberculose; Identificação de contactos; rastreio de contactos; saúde pública; enfermeiro

**Objetivo(s):** Através desta revisão pretende-se conhecer as barreiras colocadas à identificação de contactos da pessoa com tuberculose e qual as intervenções do enfermeiro de saúde pública nesta atividade.

**Crítérios Inclusão:** Seguindo a mnemónica PCC (participantes; conceito; contexto) foram definidos como critérios de inclusão todos os estudos que abordam contactos/conviventes de um caso índice de tuberculose, sem restrições de género, idade ou etnia/raça. No conceito incluíram-se os estudos que abordam a identificação e rastreio de contactos por enfermeiros no contexto de saúde pública.

Foram considerados elegíveis estudos quantitativos primários, estudos qualitativos e revisões sistemáticas ou bibliográficas.

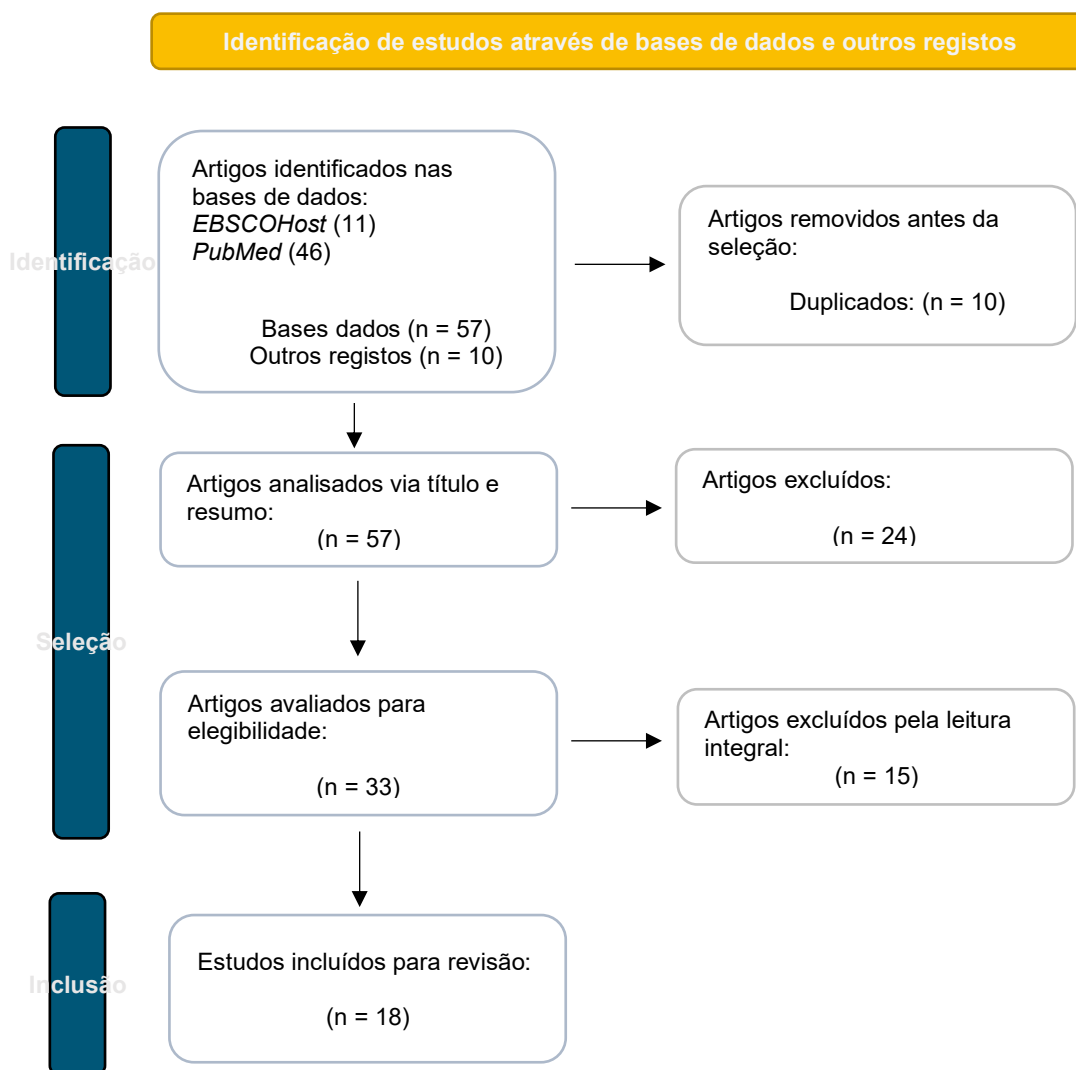
Limitaram-se os estudos à língua inglesa e portuguesa, devido à falta de proficiência em outras línguas. Delimitou-se ainda o espaço temporal a 10 anos (2011-2021) por forma a reduzir o número de resultados produzidos.

**Método:** A pesquisa ocorreu entre 12 de setembro e 3 de outubro de 2021. Foi realizada uma pesquisa inicial prévia no *Google Scholar* e *PubMed* para identificação artigos sobre o tema. Foram identificadas as palavras-chave *tuberculosis, contact tracing, contact investigation, household contacts, public health e nurse*. Após consulta dos descritores no MeSH foi realizada então uma pesquisa nas bases de dados *EbscoHost, PubMed* e na literatura cinzenta, de modo a ter o máximo de informação possível sobre o tema, utilizando a frase booleana “*Tuberculosis [MeSH] or tb*” and “*contact tracing [MesH] or contact invstigation*” and “*public health nurs\**”. Delimitou-se a um espaço temporal de 10 anos, e foram incluídos documentos em português e inglês, dirigidos a humanos e com texto integral disponível em *free acess*.

No Fluxograma Prisma de processo de seleção de estudos encontra-se representada a seleção dos estudos (figura 1). Na pesquisa inicial foram identificados 67 estudos. Após

remoção dos duplicados (10 artigos) foram considerados potencialmente relevantes para análise 33 artigos, após leitura inicial pelo título e *abstract*. Após leitura integral foram eliminados 15 estudos porque o seu conteúdo não era pertinente para o tema ou não se adequava ao mesmo. Foram então incluídos para análise 18 artigos.

**Figura 1:** Fluxograma PRISMA de processo de seleção de estudos



Os dados extraídos encontram-se dispostos em tabela, adaptada do *JBI template source of evidence details, characteristics and results extraction instrument*, e incluem a identificação do artigo, país de origem, objetivo, população, metodologia/ desenho do estudo, resumos e contributos para a questão de revisão.

**Resultados:** Tal como exposto na tabela 1 foram analisados dezoito artigos. Dos estudos analisados salienta-se a existência de 2 estudos datados de 2021 e 3 de 2020 os restantes encontram-se repartidos por todos os anos que compreendem o intervalo cronológico definido anteriormente, o que demonstra, de alguma forma, a atualidade do tema e o interesse que o mesmo desperta na comunidade científica.

Grande parte dos estudos correspondem à realidade vivida no continente europeu, dez estudos no total, ou seja, uma parte do mundo onde a incidência da tuberculose está a decrescer. Quatro representam a realidade dos Estados Unidos e os restantes repartem-se uniformemente, á razão de 1 estudo, pela Oceânia, África e Ásia. Estes últimos refletem realidades com elevada incidência da doença. Quatro estudos representam revisões bibliográficas, somente um estudo apresenta metodologia qualitativa, sendo os restantes estudos quantitativos na sua maioria epidemiológicos.

O objetivo do rastreio de contactos é detetar quem já começou a desenvolver sintomas de tuberculose para iniciar o tratamento o mais precoce possível e prevenir a transmissão da doença, mas também para detetar aqueles que possam beneficiar de tratamento preventivo de tuberculose latente (Zellweger, 2020). Assim sendo a investigação de contactos e o início precoce da terapêutica profilática são consideradas atividades que suportam e contribuem para o declínio da prevalência da tuberculose. Isto implica que a identificação de contatos e a prevenção da tuberculose latente devem ser realizadas em paralelo com as atividades diagnósticas e curativas (Zellweger, 2020).

A identificação precoce de contactos entre os casos índice de tuberculose, que passa pela realização de uma visita domiciliar, é uma estratégia sistemática, eficiente e eficaz para identificar novos casos de tuberculose. Esta estratégia foi positivamente associada a notificações adicionais de casos, especialmente entre crianças. Vários estudos identificaram como principal desafio a superar a pouca adesão ao rastreio de tuberculose tornando necessária uma estratégia de educação para a saúde abrangente, abordando aspetos cognitivos e psicológicos, por forma a estimular os contatos com TB a participarem integralmente no rastreio até eventual confirmação do diagnóstico (Putra et al., 2019; Duarte et al., 2012).

Os contatos próximos de doentes com tuberculose, são um grupo de alto risco para o desenvolvimento da doença, principalmente no primeiro ano, e esta realidade permanece acima da incidência de fundo por pelo menos 5 anos após a exposição a um caso índice, crianças com menos de 5 anos de idade e pessoas que vivem com HIV estão particularmente em risco. As recomendações devem considerar as evidências da relação custo-eficácia de várias estratégias de identificação de contatos incorporar estratégias complementares para melhorar a deteção dos mesmos (Tibbetts et al., 2020; Fox et al., 2013).

Tabela 1: Características dos estudos incluídos para análise

<b>Título</b>	<b>Autores/ ano/ País</b>	<b>Objetivo</b>	<b>População</b>	<b>Desenho</b>	<b>Principais Resultados</b>
<i>E1 - An exploration of NHS staff views on tuberculosis service delivery in Scottish NHS boards</i>	Mtui, L. & Spence, W. (2014) Escócia	Descrever as opiniões e experiências dos enfermeiros relacionadas com os modelos de prestação de serviços no plano da Tuberculose. Explicar as suas opiniões e experiências relacionadas com a adesão ao tratamento e à toma diretamente observada, da participação da equipa no controlo da infeção, rastreio de contactos, determinação de prioridades e educação para a saúde.	Enfermeiros com funções na operacionalização e enfermeiros com funções em saúde pública do Programa da Tuberculose	Qualitativo descritivo	Os enfermeiros a exercer função nos centros de apoio ao doente com tuberculose foram claramente os profissionais de referência, sendo que os enfermeiros na saúde pública intervinham para apoiá-los quando surge um grande número de contactos a rastrear. Denota-se que esta demarcação de funções é mais consistente com uma estrutura hierárquica do que com uma estrutura profissional e / ou organizacional meritória. A identificação de contactos deve iniciar-se assim que há confirmação do caso índice. Obter a infirmação é por vezes demorado e depende da capacidade de estabelecer uma relação de confiança. O estigma associado à doença representa uma dificuldade acrescida na identificação dos contactos, principalmente em minorias étnico/raciais.
<i>E2 - Paediatric tuberculosis – new advances to close persistent gaps</i>	Marais, B.J., Verkuijl, S., Casenghi, M. et al (2021) Vários	Fornecer informação sobre os novos avanços e desafios para colmatar lacunas persistentes na identificação de casos e tratamento preventivo da tuberculose em crianças.	Crianças com menos de 5 anos	Revisão bibliográfica	A melhoria do acesso ao tratamento preventivo da tuberculose requer um aumento substancial na investigação de contactos com alocação de recursos adequados e investimento na formação destes de forma a fortalecer a sua capacidade para suspeitar clinicamente e diagnosticar a tuberculose em crianças.
<i>E3 - Control of tuberculosis in large cities in developed countries: an organizational problem</i>	Caylà, J.A., Orcau, A. (2011) Espanha	Argumentar sobre a importância de melhorar os aspetos organizacionais e avaliar os programas de controlo da tuberculose.	População a viver em cidades nos países desenvolvidos com baixa incidência de tuberculose	Revisão bibliográfica	Os programas luta contra a tuberculose devem incluir novas estratégias de baseadas em melhorias na sua organização. Uma sólida organização da saúde pública, combinada com um conhecimento preciso da situação de saúde local e do sistema social, junto com a cooperação de hospitais e centros especializadas, poderá ajudar a implementar melhores estratégias. Cada cidade necessita definir suas necessidades de acordo com a sua situação epidemiológica, mas a proporção de um enfermeiro por quarenta casos de TB, conforme sugerido por Bothamley e colegas, é um bom ponto de partida.

<b>Título</b>	<b>Autores/ ano/ País</b>	<b>Objetivo</b>	<b>População</b>	<b>Desenho</b>	<b>Principais Resultados</b>
<i>E4 - Adherence by Dutch Public Health Nurses to the National Guidelines for Tuberculosis Contact Investigation</i>	Mulder, C., Harting, J., Jansen, N., et al (2012) Holanda	Avaliar se os enfermeiros de saúde pública aderiram às diretrizes holandesas para investigações de contato de tuberculose e explorar quais os fatores que influenciaram o processo de identificação de contatos, a priorização de contatos para rastreamento e alargar a identificação de contactos para além dos conviventes.	14 enfermeiras de especialistas em saúde pública a trabalhar em Unidades de Saúde Pública	Qualitativo descritivo	Foram identificados mais indivíduos como contatos do que o recomendado pelas guidelines, relacionado com o desejo de obter informações sobre a infecciosidade do caso índice, mas também para evitar a ansiedade entre os potenciais contatos. Algumas enfermeiras manifestaram a ideia de que as recomendações para a priorização de contatos não abrangem totalmente a prática diária, preferindo estabelecer e seguir o seu próprio método. Ao alargar a identificação de contatos, não foi seguido o princípio “da pedra no charco” (por círculos de conviventes). Também não foi levada em conta a prevalência da infecção no rastreio de contactos em geral e a prevalência de fundo na comunidade, especialmente em populações imigrantes. A não adesão ao rastreio foi relacionada com a ambiguidade das recomendações e uma tendência do agir na base de uma perspectiva de saúde individual ao invés de uma perspectiva de saúde da população.
<i>E5 - Factors associated with household contacts' tuberculosis testing and evaluation</i>	Barroso, E.G. (2020) EUA	Identificar variáveis associadas com o rastreio de conviventes, com a avaliação dos mesmos e a adesão ao tratamento da infecção latente.	Conviventes de casos índice diagnosticados com tuberculose na cidade de Nova Iorque entre 2010 e 2014 e em que o gestor de caso foi uma enfermeira de saúde pública	Estudo Analítico retrospectivo	As características demográficas dos conviventes identificados para rastreio, avaliação e tratamento de infecção latente foram consistentes com as dos casos índice. Os que não aderiram ao rastreio, não completaram o mesmo ou recusaram o tratamento de infecção latente situam-se mais frequentemente na faixa etária dos 18 aos 44 anos e não nascidos nos Estados Unidos. No sexo masculino denotou-se uma maior probabilidade para não adesão ao rastreio. As minorias constituídas pelas etnias asiáticas e hispânicas demonstraram maior risco de não adesão ao rastreio, mas maior adesão ao tratamento da infecção latente. Em análises multivariáveis, a idade foi um preditor significativo de comportamento, de modo que quanto mais velha a pessoa, menor a probabilidade de adesão ao rastreio ou ao tratamento de infecção latente. Estas descobertas permitirão às unidades de saúde pública e enfermeiras de saúde pública planejar estratégias eficazes para aumentar a adesão dos conviventes ao rastreio bem como ao tratamento da infecção latente.
<i>E6 - Barriers and enablers to implementing tuberculosis control strategies in EU and European Economic Area countries: a systematic review</i>	Conroy, F., Wurie, F., Collin, S.M. et al (2021) Europa vários	Identificar fatores facilitadores ou impeditivos na implementação de estratégias na luta contra a tuberculose na Europa e nos países do espaço económico europeu (EEU).		Revisão sistemática da literatura	Foram identificadas como barreiras para o controle da tuberculose o conhecimento inadequado sobre a doença nos destinatários dos cuidados e a baixa motivação para procurar ou aderir ao tratamento, a necessidade de maior número de profissionais médicos e enfermeiras especializados e ainda vários níveis de conhecimento relacionado com as diretrizes nacionais. A barreira mais vezes descrita prende-se com a divergências entre a prática e as diretrizes, muitas vezes relacionada com o conhecimento inadequadas mesmas ou a percepção da sua utilidade. Como facilitador mais comumente identificado temos as atitudes positivas documentadas dos profissionais de saúde em relação aos programas de tuberculose. A divergência entre a prática clínica e as diretrizes foi descrita na maioria das configurações da UE e EEU, indicando a necessidade de revisão focada na adesão às diretrizes.

<b>Título</b>	<b>Autores/ ano/ País</b>	<b>Objetivo</b>	<b>População</b>	<b>Desenho</b>	<b>Principais Resultados</b>
<i>E7 - Association Between Staff Experience and Effective Tuberculosis Contact Tracing in North Carolina, 2008–2009</i>	Bryant, K.E., Allen, M.G., Fortenberry, E.R. et al (2016) EUA	Determinar se a experiência profissional na gestão da tuberculose está associada a 2 medidas de qualidade na identificação de contactos: o tempo desde a identificação do caso até a identificação do contato e o número de contactos identificados por caso investigado.	Enfermeiros a exercer funções no controlo da tuberculose no estado da Carolina do Norte entre 2008 e 2009.	Correlacional retrospectivo	<p>Maior experiência profissional no contacto com doentes com tuberculose foi associada a uma identificação de contactos mais célere e completa.</p> <p>O número médio de anos de experiência não afetou o número de contactos identificados por caso quando os mesmos apresentam baciloscopia positiva. No entanto em casos com baciloscopia negativa, foi identificada uma taxa média significativamente maior de contactos identificados por caso nos condados com alta incidência de tuberculose comparativamente aos condados com taxas de incidência menores e por isso com pessoal com menos experiência.</p> <p>Os resultados demonstram que, não só os anos de experiência a trabalhar em casos de TB são importantes, mas a experiência prática da equipe (definida como o número de investigações em que o indivíduo participou) precisa ser considerada.</p>
<i>E8 – Is the EU model for contact investigation applicable to high TB burden settings?</i>	Zellweger, J.-P. (2020) Suíça	Analisar se o modelo utilizado pelos países europeus na identificação e rastreio de contactos pode ser replicado em países com incidência elevada de tuberculose.		Revisão bibliográfica	<p>O objetivo do rastreio de contactos é detetar quem já começou a desenvolver sintomas de tuberculose para iniciar o tratamento o mais precoce possível e prevenir a transmissão da doença, mas também para detetar aqueles que possam beneficiar de tratamento preventivo de tuberculose latente.</p> <p>A investigação de contactos e o início precoce da terapêutica profilática para pessoas com maior risco de desenvolver tuberculose são consideradas atividades que suportam e contribuem para o declínio da prevalência da tuberculose.</p> <p>Isto implica que a identificação de contactos e a prevenção da tuberculose latente devem ser realizado em paralelo com as atividades diagnósticas e curativas.</p> <p>A identificação precoce de crianças expostas e pessoas imunocomprometidas, parece ser viável sem custos adicionais excessivos, mesmo em ambientes com alta incidência.</p>
<i>E9 - Drop-out from the tuberculosis contact investigation cascade in a routine public health setting in urban Uganda: A prospective, multi-center study</i>	Armstrong-Hough, M., Turimumahoro, P. Meyer, A.J. et al (2017) Uganda	Aplicar uma análise com base metodologia em cascata (metodologia informática) para avaliar a implementação da investigação de contactos de pessoa com tuberculose em contexto de visita domiciliar.	Doente identificados como caso índice para tuberculose e os seus respetivos conviventes entre setembro de 2015 e julho de 2016	Observacional analítico prospetivo	<p>Foi construído um modelo em cascata para descrever a proporção de: 1) número de doentes identificados como caso índice; 2) visita domiciliar realizadas ao caso índice; 3) conviventes rastreados; e 4) contactos que completaram o rastreio e foram diagnosticados com tuberculose ativa.</p> <p>A maior proporção de desistências ocorreu no passo 2 (conclusão da visita domiciliar) e no passo 4 (conclusão da avaliação dos contactos de risco) As razões apontadas foram o facto de o caso índice ter abandonado o agregado familiar ou do cancelamento da visita domiciliar afirmando que estavam demasiado ocupados.</p> <p>Estes resultados enfatizam os desafios da implementação de investigação de contato domiciliar abrangente para a tuberculose e identificam as principais causas de desistência ao longo da cascata</p> <p>Os resultados obtidos sugerem oportunidades de melhoria para alargar o alcance da investigação de contato passando por a obtenção de permissão prévia do caso índice para a visita domiciliar e o agendamento detalhado da mesma e melhorar a deteção de contactos sintomáticos e contactos de risco.</p>

<b>Título</b>	<b>Autores/ano/ País</b>	<b>Objetivo</b>	<b>População</b>	<b>Desenho</b>	<b>Principais Resultados</b>
<i>E10 - Effectiveness of contact investigations for tuberculosis control in Arkansas</i>	Guzzetta, G., Ajelli, M. Yang, Z. et al (2015) EUA	Fornecer estimativas quantitativas de identificação de contactos num cenário de baixa incidência de tuberculose e contribuir para o debate sobre os protocolos existentes nesta área	Casos de tuberculose notificados entre 2001-2011 no estado do Arkansas	Analítico retrospectivo	<p>O modelo matemático utilizado estimou que a identificação de contactos contribui para evitar cerca de 20% dos casos e mortes por TB. Tendo ainda contribuído marginalmente (2 a 3%) para o tratamento profilático da tuberculose latente.</p> <p>Ficou demonstrada a importância do rastreio de contactos em doentes com baciloscopia negativa.</p> <p>De acordo com as previsões, apenas cerca de um quinto dos casos de TB transmitidos são identificados por investigação de contato. Estes valores resultam de transmissões de falhas sequenciais nas diferentes etapas do processo de vigilância epidemiológica: 1.) falhas em conduzir a identificação dos contactantes em alguns casos índice; 2.) identificação incompleta dos contactos pela pessoa, 3.) rastreamento, ou triagem de contactos identificados incompletos e diagnósticos perdidos.</p> <p>O modelo aplicado sugere que melhorias em cada uma destas áreas pode ter um impacto significativo e sinérgico na redução da carga da doença.</p>
<i>E11 - Tuberculosis control in big cities and urban risk groups in the European Union: a consensus statement</i>	Van Hest, N.A., Aldridge, R.W., de Vries, G. et al (2014) Eurosurveillance	Descrever intervenções sociais, educacionais, operacionais, organizacionais, legais e de monitorização no controlo da TB nas grandes cidades da união Europeia e fornecer recomendações para o controlo da TB nas grandes cidades, com base num modelo conceptual de transmissão e controlo da TB		Revisão bibliográfica	<p>Em zonas com baixa incidência, que incluem a maioria dos países da União Europeia (UE), a tuberculose (TB) está concentrada nas grandes cidades. Afeta desproporcionalmente certos grupos urbanos como imigrantes de países de alta incidência de tuberculose, pessoas sem-abrigo, pessoas com historial de uso indevido de drogas e álcool e pessoas em instituições prisionais.</p> <p>Entre outras recomendações, os programas de controlo da tuberculose nas grandes cidades devem implementar e monitorizar a identificação e rastreio de contactos de acordo com as diretrizes nacionais e o consenso de melhores práticas internacionais; assegurar que as diretrizes nacionais para o rastreio de imigrantes sejam implementadas; considerar o rastreio radiográfico direcionado a grupos urbanos de alto risco, especialmente pessoas sem-abrigo, pessoas com uso indevido de drogas e álcool e população em instituições prisionais.</p>
<i>E12 - Improving tuberculosis contact tracing: the role of evaluations in the home and workplace</i>	Duarte, R., Neto, M., et al (2012) Portugal	Averiguar se a estratégia de visita domiciliária do caso índice, recentemente adotada em Vila Nova de Gaia, 1) contribui para o aumento da adesão ao rastreio da TB, 2) se foram identificados mais contactos de risco e 3) se a estratégia aumentou a prevenção da TB.	Contactos identificados em 2001-2003 e em 2004-2006	Analítico retrospectivo	<p>As visitas ao domicílio, efetuados pelos profissionais da unidade de saúde pública, ao local de trabalho ajudaram a identificar mais contactos em risco (8,4 por caso índice) do que só realização da entrevista (identificados 2,5 por caso índice) e contribuíram para a adesão ao rastreio (87,3% dos contactos identificados foram rastreados em comparação com 67,6% anteriormente). Foram detetados mais casos de tuberculose ativa e latente (1,4 por caso índice em comparação com os 0,75 anteriormente). Conclui-se que o programa de identificação de contactos recém-implementado, com avaliação domiciliar e local de trabalho promove melhor adesão aos procedimentos de rastreio e identificou mais contactos em risco prevenindo assim mais casos de TB no futuro.</p>

<b>Título</b>	<b>Autores/ ano/ País</b>	<b>Objetivo</b>	<b>População</b>	<b>Desenho</b>	<b>Principais Resultados</b>
<i>E13 - Public Health Response to Tuberculosis Outbreak among Persons Experiencing Homelessness, Minneapolis, Minnesota, USA, 2017–2018</i>	Tibbetts, K., Ottoson, R.A., Tsukayama, D.T. (2020) EUA	Descrever os desafios na identificação e rastreio de contactos na população sem abrigo	População que frequentou 3 alojamentos temporários para os sem abrigo, com surtos ativos no Minnesota em 2017	Caso-controle	Grau de contagiosidade estava relacionado com a transmissão. Esta geralmente diminuiu à medida que as noites de exposição ao caso índice diminuíam. Esta descoberta legitima os métodos de priorização de contactos e demonstra o valor de concentrar recursos na avaliação de conviventes do primeiro círculo. A expansão da investigação de contactos também foi validada, conforme mostrado pelos 8 casos de tuberculose latente identificados em pessoas com 6 a 10 noites de exposição ao caso índice. Os contactos no segundo círculo concêntrico podem ter tido uma alta taxa de positividade porque muitos foram expostos ao caso nos dias imediatamente anteriores ao diagnóstico, quando se acredita ser o mais contagioso. Por isso os profissionais de saúde pública devem considerar não apenas a duração da exposição, mas também o momento em que ela ocorre.
<i>E14 - Risk of Active Tuberculosis among Index Case of Household—A Long-Term Assessment after the Conventional Contacts Study</i>	Puma, D.V., Pérez-Quílez, O. et al (2017) Espanha	Determinar a incidência de tuberculose ativa entre os conviventes de casos índice diagnosticados durante um período de 7 anos numa área de incidência elevada.	Casos índice e conviventes respetivos, detetados num centro de cuidados de saúde primários em Barcelona entre janeiro/2004 e dezembro/2013	Coorte retrospectivo	Apenas um novo caso secundário de TB foi encontrado durante o acompanhamento por um longo período no tempo. No entanto, os médicos e especialmente os enfermeiros comunitários devem registar o máximo de informação possível sobre cada contacto do caso índice para fazer o backup do rastreamento se necessário. Ao nível da comunidade, o mapeamento dos chamados hot spots de TB em bairros residenciais fornece uma perspetiva espacial da doença, contribuindo para aprimorar a análise de informação e decisão em saúde.
<i>E15 - The Implementation of Early Detection in Tuberculosis Contact Investigation to Improve Case Finding</i>	Putra, I W., Kurniasari, N. et al (2019) Indonésia	Avaliar a implementação da deteção precoce na identificação de contactos de TB como estratégia para melhorar a deteção de casos de TB	Contactos de pessoa com TB, identificados entre julho e dezembro de 2017 no distrito de Badung, Bali	Observacional Descritivo	A identificação precoce de contactos entre os casos índice de TB, que inclui uma visita domiciliar, é uma estratégia sistemática, eficiente e eficaz para identificar novos casos de TB. Esta estratégia deu origem a casos notificados adicionais, especialmente entre crianças. O principal desafio foi a pouca adesão ao rastreio de TB tornando necessária uma estratégia de educação para a saúde abrangente, abordando aspetos cognitivos e psicológicos, por forma a estimular os contactos com TB a participarem integralmente no rastreio e até eventual confirmação do diagnóstico.

<b>Título</b>	<b>Autores/ ano/ País</b>	<b>Objetivo</b>	<b>População</b>	<b>Desenho</b>	<b>Principais Resultados</b>
<i>E16 - Transmission events revealed in tuberculosis contact investigations in London</i>	Cavany, S.M., Vynnycky, E., et al (2018) Inglaterra	Descrever a extensão da transmissibilidade identificada através da metodologia de identificação de contactos e o tempo despendido até ao rastreio de casos de TB ativos entre estes. Fornecer evidência do valor da identificação de contactos, e onde poderiam ser direcionados ou fortalecidos esforços a fim de proporcionar maior benefício	Todo os casos índice notificado no período de 20/01/2011 a 31/12/2011 que tenha sido causa de pelo menos um contato com diagnóstico de TB ativa	Observacio nal Descritivo	A análise estima que quase 80% dos contatos diagnosticados com TB, e recorrendo á análise genotípica, em Londres fazem parte de eventos de transmissão recentes envolvendo o caso índice e o contato. Isso implica que 20% das investigações de contato encontram novos casos mesmo quando não ocorre transmissão entre o caso índice e o seu contato, provavelmente associada a transmissão comunitária. Quando o caso e o contato apresentam um ou mais fatores de risco social, a transmissão recente demonstrou ser mais provável. O intervalo de tempo médio entre o diagnóstico do caso índice e a procura de cuidados de saúde do contactante foi de seis semanas (42 dias). Os contatos adultos (em comparação com crianças) ou migrantes não nascidos nos Reino Unido apresentaram uma maior probabilidade de ter um intervalo de tempo superior a seis semanas.
<i>E17 - Tuberculosis: Which patients do not identify their contacts?</i>	Josaphat, J., Dias, J.G. et al (2014) Portugal	Analisar os determinantes associados à não-identificação dos contactos.	Casos de B diagnosticados e tratados no CDP, Vila Nova Gaia e os seus contactos, de 1/01 a 31/12/2010.	Estudo transversal	Durante o período de estudo, foram diagnosticados 61 casos de TB pulmonar: 41 casos (67,2%) identificaram todos os seus contactos e 20 casos (32,8%) não o fizeram. Foram identificados 646 contactos: 154 (23,8%) foram identificados apenas pela Unidade de Saúde Pública (idade média de 40,67 anos) e 492 (76,2%) foram identificados pelos casos índice (idade média de 33,25, p = 0,001). Foram identificados uma média de 10,59 contactos por Caso Índice, dos quais 83 (19,3%) rastreados como positivos. Dos identificados pela Unidade de Saúde Pública, 10 (9,8%) tinham infecção tuberculose latente e 5 (4,9%) TB ativa. A análise multivariada mostrou que os doentes com TB tendem a identificar os contactos de familiares e coabitantes; os contactos no local de trabalho foram considerados um fator de risco independente para não ser identificado.
<i>E18 - Contact investigation for tuberculosis: a systematic review and meta-analysis</i>	Fox, G.J., Barry, S.E., et al (2013) Austrália	Rever e quantificar sistematicamente os dados sobre a prevalência da TB e Infecção Latente Tuberculose, a sua subsequente incidência de nos seus conviventes, em ambientes domésticos e não domésticos, em países de alto, médio e baixo rendimento e nos vários grupos de risco		Revisão sistemática	Os contatos de doentes com TB são um grupo de alto risco para o desenvolvimento da doença, principalmente no primeiro ano. Crianças, 5 anos de idade e pessoas que vivem com HIV estão particularmente em risco. As recomendações devem considerar as evidências da relação custo-eficácia de várias estratégias de identificação de contactos e também incorporar estratégias complementares para melhorar a deteção destes. A incidência de novos casos é mais elevada no primeiro ano e permanece acima da incidência de fundo por pelo menos 5 anos após a exposição a um caso com TB. A prevalência de ILTB e TB entre os contactos é significativamente menor em países de alto rendimento do que em países de baixo e médio rendimento, embora essa diferença não seja evidente entre os conviventes domiciliares. Esta diferença pode ser explicada pelo menor risco de transmissão contínua dentro da comunidade e pela maior probabilidade de que os contactos tenham sido tratados para a infecção latentes nos países de alto rendimento. Contatos nascidos no exterior têm probabilidade significativamente maior de Infecção latente do que contatos nascidos localmente em países de rendimento elevado.

Conroy et al., (2021) identificaram como barreiras para o controle da tuberculose o conhecimento inadequado sobre a doença nos destinatários dos cuidados e a baixa motivação para procurar ou aderir ao tratamento, a necessidade de maior número de profissionais médicos e enfermeiras especializados e ainda os diferentes níveis de conhecimento que estes profissionais detinham sobre as diretrizes nacionais. Contudo a barreira mais vezes descrita prende-se com a divergências entre a prática clínica e as diretrizes, no entanto esta está muitas vezes relacionada com o conhecimento inadequado das mesmas ou a percepção da sua utilidade. A não adesão ao rastreio foi relacionada com a ambiguidade das recomendações e uma tendência do agir na base de uma perspectiva de saúde individual ao invés de uma perspectiva de saúde da população (Mulder et al., 2012)

Já Guzzetta et al. (2015), ao aplicaram um modelo matemático à identificação de contactos, concluíram que apenas cerca de um quinto dos casos de tuberculose transmitidos são identificados através da investigação de contactos. Estes valores resultam de transmissões de falhas sequenciais nas diferentes etapas do processo de vigilância epidemiológica: 1.) falhas em conduzir a identificação dos contactantes; 2.) identificação incompleta dos contactos pela pessoa, 3.) rastreamento, ou triagem de contactos identificados incompletos e diagnósticos perdidos. Este modelo sugere que melhorias em cada uma destas áreas pode ter um impacto significativo e sinérgico na redução da carga da doença.

Josaphat et al. (2014) referem que os doentes com tuberculose tendem mais facilmente a identificar os contactos de familiares e coabitantes e os contactos no local de trabalho foram considerados um fator de risco independente para não ser identificado. Como tal os médicos e especialmente os enfermeiros comunitários devem registar o máximo de informação possível sobre cada contacto do caso índice para fazer o backup do rastreamento se necessário (Puma & Olga, 2017).

Obter a infirmação é por vezes demorado e depende da capacidade de estabelecer uma relação de confiança. O estigma associado à doença representa uma dificuldade acrescida na identificação dos contactos, principalmente em minorias étnico/raciais (Mtui & Spence, 2014) e aqui os enfermeiros a exercer função nos centros de apoio ao doente com tuberculose foram claramente os profissionais de referência.

Maior experiência profissional no contacto com doentes com tuberculose foi associada a uma identificação de contactos mais célere e completa. Os resultados demonstram que, não só os anos de experiência são importantes, mas a experiência prática da equipa (definida como o número de investigações em que o indivíduo participou) precisa ser considerada nesta equação (Bryant et al., 2016).

Existe um consenso geral que a melhoria do acesso ao tratamento preventivo da tuberculose requer um aumento substancial da identificação e rastreio de contactos, com alocação de recursos adequados e investimento na formação destes fortalecendo a sua capacidade para suspeitar clinicamente e diagnosticar a tuberculose. Os programas luta contra a tuberculose devem incluir novas estratégias de baseadas em melhorias na sua organização. Uma sólida organização da saúde pública, combinada com um conhecimento preciso da situação de saúde local e do sistema social, junto com a cooperação de hospitais e centros especializadas, poderá ajudar a implementar melhores estratégias (Caylà & Orcau, 2011).

## REFERÊNCIAS

- Armstrong-Hough, M., Turimumahoro, P., Meyer, A. J., Ochom, E., Babirye, D., Ayakaka, I., Mark, D., Ggita, J., Cattamanchi, A., Dowdy, D., Mugabe, F., Fair, E., Haberer, E., Katamba, A., & Davis, J. L. (2017). Drop-out from the tuberculosis contact investigation cascade in a routine public health setting in urban Uganda : A prospective , multi-center study. *PLoS ONE*, *12*(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187145>
- Barroso, E. G. (2020). Factors associated with household contacts' tuberculosis testing and evaluation. *Public Health Nursing*, *37*, 705–714. <https://doi.org/10.1111/phn.12788>
- Bryant, K. E., Allen, M. G., Fortenberry, E. R., Luffman, J., Zeringue, E., & Stout, J. E. (2016). Association between staff experience and effective tuberculosis contact tracing in North Carolina, 2008-200. *North Carolina Medical Journal*, *77*(1), 37–44. <https://doi.org/10.18043/ncm.77.1.37>
- Cavany, S. M., Vynnycky, E., Sumner, T., Macdonald, N., Thomas, H. L., White, J., White, R. G., Maguire, H., & Anderson, C. (2018). Transmission events revealed in tuberculosis contact investigations in London. *Scientific Reports*, *8*, eArticle 6676. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-25149-6>
- Caylà, J. A., & Orcau, A. (2011). Control of tuberculosis in large cities in developed countries: an organizational problem. *BMC Medicine*, *9*(127). <https://doi.org/10.1186/1741-7015-9-127>
- Conroy, O., Wurie, F., Collin, S. M., Edmunds, M., Vries, G. De, Lönnroth, K., Abubakar, I., & Anderson, S. R. (2021). Barriers and enablers to implementing tuberculosis control strategies in EU and European Economic Area countries: A systematic review. *The Lancet Infectious Disease*, *21*(9), 272–280. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(21\)00077-3](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00077-3)
- 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. <https://doi.org/10.5588/ijtld.10.0511>
- Fox, G. J., Barry, S. E., Britton, W. J., & Marks, G. B. (2013). Contact investigation for tuberculosis: A systematic review and meta-analysis. *European Respiratory Journal*, *41*, 140–156. <https://doi.org/10.1183/09031936.00070812>
- Guzzetta, G., Ajelli, M., Yang, Z., Mukasa, L. N., Patil, N., Bates, J. H., Kirschner, D. E., & Merler, S. (2015). Effectiveness of contact investigations for tuberculosis control in Arkansas. *Journal of Theoretical Biology*, *380*, 238–246. <https://doi.org/10.1016/j.jtbi.2015.05.031>
- Hest, N. A. Van, Aldridge, R. W., Vries, G. De, Sandgren, A., Hauer, B., Hayward, A., Oñate, W. A. De, Haas, W., & Codecasa, L. R. (2014). Tuberculosis control in big cities and urban risk groups in the European Union: A consensus statement. *EuroSurveillance*, *19*(9). <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES2014.19.9.20728>
- Josaphat, J., Dias, J. G., Salvador, S., Resende, V., & Duarte, R. (2014). Tuberculosis: Which patients do not identify their contacts? *Revista Portuguesa de Pneumologia*, *20*(5), 242–247. <https://doi.org/10.1016/j.rppneu.2013.11.004>

- Marais, B. J., Verkuijl, S., Casenghi, M., Triasih, R., Hesselning, A. C., Mandalakas, A. M., Marcy, O., Seddon, J. A., Graham, S. M., & Amanullah, F. (2021). Paediatric tuberculosis – new advances to close persistent gaps. *International Journal of Infectious Diseases*. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2021.02.003>
- Mtui, L., & Spence, W. (2014). An exploration of NHS staff views on tuberculosis service delivery in Scottish NHS boards. *Journal of Infection Prevention*, 15(1), 24–30. <https://doi.org/10.1177/1757177413500511>
- Mulder, C., Harting, J., Jansen, N., Borgdorff, M. W., & Leth, F. Van. (2012). Adherence by Dutch Public Health Nurses to the National Guidelines for Tuberculosis Contact Investigation. *PLoS ONE*, 7(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0049649>
- Programa Nacional para a Tuberculose. (2020). *Manual de tuberculose e micobactérias não tuberculosas*. Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-tuberculose-e-micobacterias-nao-tuberculosas-recomendacoes.aspx>
- Puma, D. V., & Olga, P. (2017). Risk of active tuberculosis among index case of householders — A long-term assessment after the conventional contacts study. *Public Health Nursing*, 34(2), 112–117. <https://doi.org/10.1111/phn.12279>
- Putra, I. W., Kurniasari, N. M., Dewi, N. P., Suarjana, I. K., Duana, I. M., Mulyawan, I. K., Riono, P., Alisjahbana, B., Probdari, A., Notobroto, H., & Wahyuni, C. (2019). The implementation of early detection in tuberculosis contact investigation to improve case finding. *Journal of Epidemiology and Global Health*, 9(3), 191–197. <https://doi.org/10.2991/jegh.k.190808.001>
- Stop TB Partnership. (2018). *Stop TB Field Guide: Using contact investigation to improve TB case detection*. United Nations Office. [https://stoptb-strategicinitiative.org/elearning/wp-content/uploads/2019/04/STBFG\\_06.pdf](https://stoptb-strategicinitiative.org/elearning/wp-content/uploads/2019/04/STBFG_06.pdf)
- Tibbetts, K. K., Ottoson, R. A., & Tsukayama, D. T. (2020). Public Health response to tuberculosis outbreak among persons experiencing homelessness, Minneapolis, Minnesota, USA, 2017-2018. *Emerging Infectious Diseases*, 26(3), 420–426. <https://doi.org/10.3201/eid2603.190643>
- World Health Organization. (2020a). *Global tuberculosis report 2020*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240013131>
- World Health Organization. (2020b). *WHO operational handbook on tuberculosis. Module 1: prevention -tuberculosis preventive treatment*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331525/9789240002906-eng.pdf>
- World Health Organization. (2021). *Global tuberculosis report 2021*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240037021>
- Zellweger, J.-P. (2020). Is the EU model for contact investigation applicable to high TB burden settings? *International Journal of Infectious Diseases*, 92(S), S55–S59. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.02.013>

### Apêndice III – Guião da entrevista

## Guião da Entrevista

No âmbito do 14º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização em Enfermagem Comunitária: Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, do Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica de Lisboa, sob a supervisão clínica da Sra. Enfermeira Especialista Helena Correia e orientação da Sra. Professora Doutora Ana Resende pedimos a sua colaboração para a execução desta entrevista.

Através desta entrevista pretende-se colher informações que permitam identificar as dificuldades/ necessidades relacionadas com a otimização do inquérito epidemiológico, nomeadamente na identificação de contactos, da pessoa com tuberculose e identificar as estratégias e ferramentas já implementadas ou necessárias para conduzir a identificação de contactos da pessoa com Tuberculose. Posteriormente será desenvolvido um projeto de intervenção comunitária e atividades que irão de encontro às necessidades identificadas.

A sua participação foi definida intencionalmente, uma vez que integra a equipa gestora do Programa da Tuberculose nesta USP, denotando-se como perito na área a estudar. A entrevista terá a duração aproximada de 30 minutos.

Todos os dados colhidos durante esta entrevista serão tratados e analisados de forma confidencial e anónima, podendo ser divulgados única e exclusivamente em contexto científico, sem revelar a sua identidade.

A sua participação é voluntária e não será conotada com qualquer prejuízo, total ou parcial, caso não deseje participar. Acrescenta-se que em qualquer altura, caso seja essa a sua vontade, poderá cessar a sua colaboração sendo a informação já recolhida imediatamente destruída.

Agradecemos a sua participação e tempo despendido. Ficando à disposição para esclarecimento de qualquer dúvida ou sugestões que queira apresentar.

1. Na sua perspetiva qual considera ser as competências da USP no âmbito do programa nacional da luta contra a tuberculose?
2. Quais são as maiores dificuldades/ necessidades que sente no âmbito da identificação de contactos da pessoa com tuberculose?
3. Considera importante que a USP efetue visitação domiciliária à pessoa com Tuberculose no âmbito do inquérito epidemiológico?
4. Considera que a unidade tem as ferramentas adequadas/ necessárias para conduzir a identificação de contactos durante a visitação domiciliária?
  - a. Quais são esses instrumentos?
  - b. o que acha que deveria constar nesses instrumentos?

Apêndice IV - Grelha de análise de dados

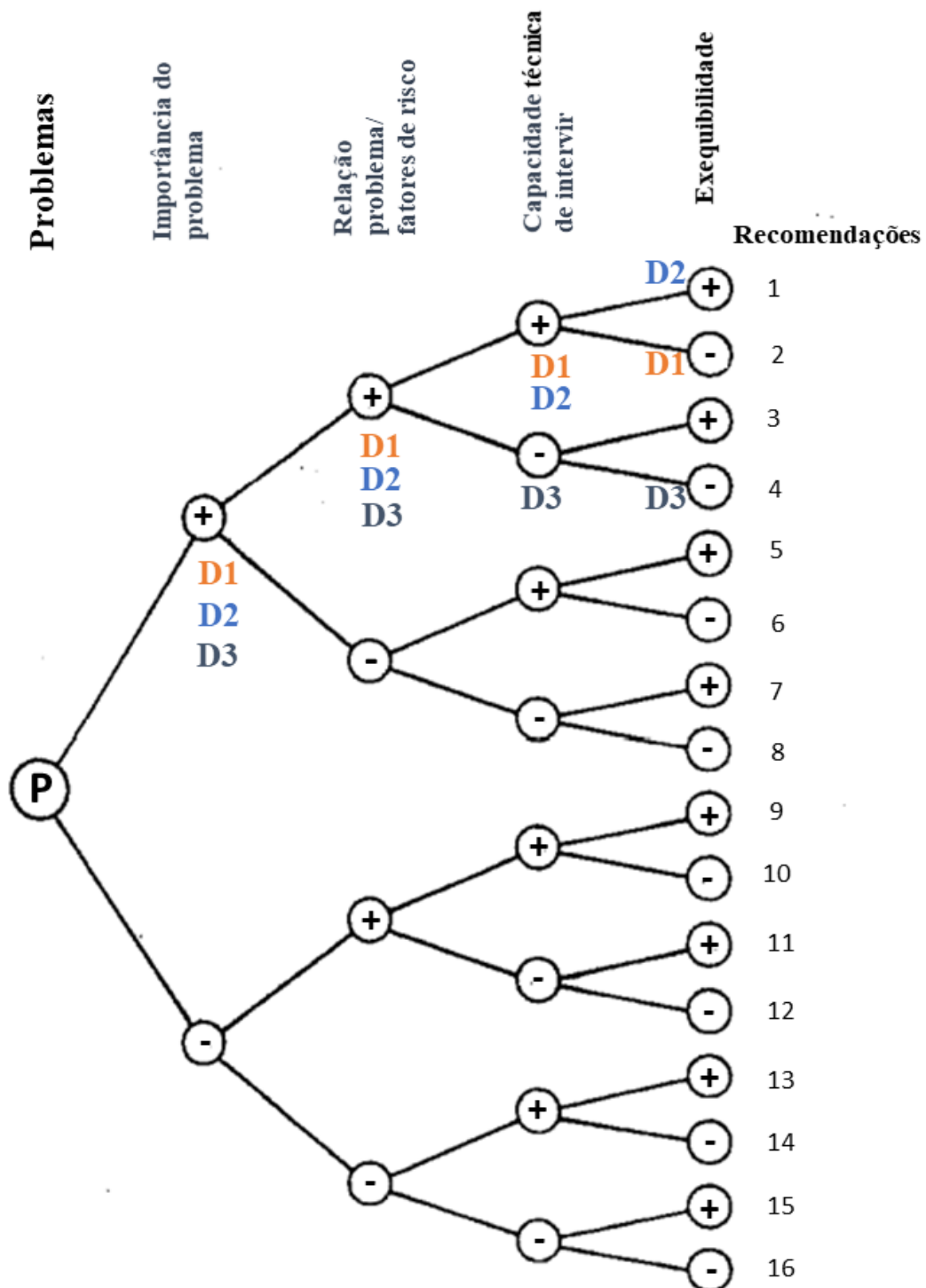
## Grelha de análise do conteúdo das entrevistas segundo Bardin (2020)

Unidade de registo	Categoria	Subcategoria	Unidade de contexto	Frequência
VIGILÂNCIA A EPIDEMIO- LÓGICA	Inquérito epidemiológico	Identificação dos contactos	<p>E1: “(...) identificar os contactos de proximidade, ter conhecimento dos conviventes, quer familiares, quer sociais, quer de trabalho e intervir nessa situação.”</p> <p>E2: “(...) a identificação dos devidos contactos que possíveis em relação ao caso índice.”</p> <p>E3: “(...) um papel também muito mais presente na identificação de contactos laborais, contactos sociais e isso só se faz estando na rua (...).”</p> <p>E4: “(...) a identificação dos contactos, avaliação e realização dos inquéritos epidemiológicos.”</p>	E1 E2 E3 E4
		Visita domiciliária	<p>E1: “Eu acho que a visita domiciliária é extremamente importante e penso que não se pode ser só uma visita.”</p> <p>E2: “(...) visita domiciliar para avaliar um bocadinho em que condições é que surgiram/ surgiu aquela patologia, e que se desenvolveu, as condições socio-habitacionais, familiares tudo junto (...)</p> <p>E3: “Uma visita domiciliária para podermos fazer o inquérito, mas também avaliar as condições habitacionais, o facto de estar ou não estar em casa, o comportamento de adesão, o cumprimento das medidas que são preconizadas, fazer um levantamento das necessidades da pessoa e fazer um encaminhamento para outros recursos da comunidade”</p> <p>E4: “(...) os dados que nos são facultados pelos doentes não são completos, nem muitas vezes são fidedignos, muitas vezes até são desvalorizados, daí a importância da visita domiciliária (...).”</p>	E1 E2 E3 E4
		Guia/ registo	<p>E1: “Precisamos de um guia orientador, não quer dizer que seja estanque, que nós fazemos só aquilo, mas para nos orientar. Eu vou fazer umas perguntas... tu vais fazer outras. Não tem lógica nenhuma isso e vai falhar informação.”</p> <p>E2: “Se levássemos esse guia conosco seria o ideal porque púnhamos ali um visto ou uma cruz e íamos identificando todos da mesma forma (...).”</p> <p>E3: “(...) um guia ou registo sistematizado, devíamos ter alguma coisa específica que possa ser desenvolvida.”</p> <p>E4: “(...) um suporte, portanto, para acompanhar esta visita seria muito importante, devia ser o mais abrangente possível não só o registo dos contactos, mas de forma a caracterizar a família em si, a habitação o nível socioeconómico da família e outras coisas também”</p>	E1 E2 E3 E4

Unidade de registo	Categoria	Subcategoria	Unidade de contexto	Frequência
PROMOÇÃO DA SAÚDE	Educação para a saúde	Informação escrita	<p>E1: “Deixarmos informação escrita à pessoa que se se lembrar de mais alguém com quem tenha contactado e que não nos tenha referido.”</p> <p>E3: Há inquéritos epidemiológicos mais simples, a tuberculose requer algum treino, alguma persistência (...) por vezes não conseguimos também fazer logo à primeira. Deixarmos a pessoa a pensar, deixar um panfleto com informação sobre a doença e sobre os conviventes, pedimos-lhe para ligar mais tarde (...)</p> <p>E4: “Facultar, portanto, algum material, material que pronto vale o que vale pode não ser utilizado, o doente pode não utilizar, mas, portanto, é uma porta que se deixa e que nalguma altura pode querer ...esse material seria folhetos (...).”</p>	E1 E3 E4
		Explicar/informar	<p>E2: “Explicar ao caso índice pelo menos, e aos conviventes, o quanto é importante nós identificarmos o mais precocemente algum caso, até porque, pode não ter sido ele que desenvolveu pode ter contraído no trabalho e seria importante... é o papel de promoção da saúde e de prevenção da doença que podemos desenvolver”</p> <p>E3: “O nosso papel é sem dúvida explicar, desmistificar e tentarmos que todos sejam identificados, informados e, que lhes seja proposto o rastreio.”</p>	E2 E3
ORGANIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES (RELAÇÃO INTER-SECTORIAL)	Articulação entre as Unidades Funcionais	Articulação/Coordenação	<p>E1: “Também acho que falta uma grande coordenação ao nível de várias unidades funcionais e instituições, há falha ao nível da transmissão de informação, pelo menos a nós enfermeiros não nos chega.”</p> <p>E1: “A informação não é para ficar retida, é para ser comunicada convenientemente entre as instituições, para o bem de todos e principalmente do utente.”</p> <p>E2: “(...) um papel de articulação com o CDP e com as restantes unidades funcionais, uma maneira de nos articularmos todos e estarmos aqui assim a trabalhar em rede. É isso que falta... troca de informação”</p> <p>E3: “Penso que um dos aspetos fundamentais era podermos fazer também articulação com as unidades de saúde.”</p>	E1 E1 E2 E3

**Referências:** Bardin, L. (2020). Análise de Conteúdo (4th ed.). Edições 70.

Apêndice V - Digrama análise prioridades (adaptado)



Fonte: Tavares, A. (1990). Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Ministério da Saúde, p. 89

Apêndice VI – Instrumento recolha de informação no âmbito da visita domiciliária

**IDENTIFICAÇÃO CONTACTOS**

<b>Nº Notificação:</b>		<b>Nº Caso:</b>		<b>Data:</b> Clique ou toque para introduzir uma data.		
<b>Contacto:</b> Clique ou toque aqui para introduzir texto.						
Nome: Clique ou toque aqui para introduzir texto.				Nº utente:		
Morada: Clique ou toque aqui para introduzir texto.				Contato Telefone:		
Profissão: Clique ou toque aqui para introduzir texto.				Idade:		
<b>Tipo de contacto:</b>	<input type="checkbox"/> Familiar coabitante	<input type="checkbox"/> Familiar n/ coabitante	<input type="checkbox"/> Colega de casa	Grau de parentesco:		
	<input type="checkbox"/> Colega de turma	<input type="checkbox"/> Colega de trabalho	<input type="checkbox"/> Profissional saúde	Observações: Clique ou toque aqui para introduzir texto.		
	<input type="checkbox"/> Contacto em viagem	<input type="checkbox"/> Tripulante	<input type="checkbox"/> Outro:			
<b>Local de Contacto:</b>	Domicílio: <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporário		<input type="checkbox"/> Estabelecimento escolar	Duração do contacto:	<input type="checkbox"/> >8h	<input type="checkbox"/> <8h
	<input type="checkbox"/> Trabalho		<input type="checkbox"/> Transportes <input type="checkbox"/> Eventos		<input type="checkbox"/> >40h	<input type="checkbox"/> <40h
	Instituição: <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Saúde <input type="checkbox"/> Desportiva		Outro:			
<b>Sintomático:</b> <input type="checkbox"/> Sim   <input type="checkbox"/> Não			Data início sintomas: Clique ou toque para introduzir uma data.			
<b>Iniciou rastreio:</b> <input type="checkbox"/> Sim   <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Rx Tórax		Data:	
			<input type="checkbox"/> Baciloscopia		Data:	
			<input type="checkbox"/> IGRA		Data:	
<b>Fatores de risco/ Comorbilidades:</b> <input type="checkbox"/> Sim   <input type="checkbox"/> Não			Quais: Clique ou toque aqui para introduzir texto.			
<b>Iniciou tratamento:</b> <input type="checkbox"/> Sim   <input type="checkbox"/> Não			Qual: <input type="checkbox"/> H   <input type="checkbox"/> R   <input type="checkbox"/> Z   <input type="checkbox"/> E   <input type="checkbox"/> Rifater   <input type="checkbox"/> Rifanah Outro: Clique ou toque aqui para introduzir texto.			
Observações: Clique ou toque aqui para introduzir texto.						
<input type="checkbox"/> Contacto alta prioridade		<input type="checkbox"/> Contacto proximidade		<input type="checkbox"/> Contacto média prioridade		
				<input type="checkbox"/> Contacto baixa prioridade		
<b>Contacto:</b> Clique ou toque aqui para introduzir texto.						
Nome: Clique ou toque aqui para introduzir texto.				Nº utente:		
Morada: Clique ou toque aqui para introduzir texto.				Contato Telefone:		
Profissão: Clique ou toque aqui para introduzir texto.				Idade:		
<b>Tipo de contacto:</b>	<input type="checkbox"/> Familiar coabitante	<input type="checkbox"/> Familiar n/ coabitante	<input type="checkbox"/> Colega de casa	Grau de parentesco:		
	<input type="checkbox"/> Colega de turma	<input type="checkbox"/> Colega de trabalho	<input type="checkbox"/> Profissional saúde	Observações: Clique ou toque aqui para introduzir texto.		
	<input type="checkbox"/> Contacto em viagem	<input type="checkbox"/> Tripulante	<input type="checkbox"/> Outro:			
<b>Local de Contacto:</b>	Domicílio: <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporário		<input type="checkbox"/> Estabelecimento escolar	Duração do contacto:	<input type="checkbox"/> >8h	<input type="checkbox"/> <8h
	<input type="checkbox"/> Trabalho		<input type="checkbox"/> Transportes <input type="checkbox"/> Eventos		<input type="checkbox"/> >40h	<input type="checkbox"/> <40h
	Instituição: <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Saúde <input type="checkbox"/> Desportiva		Outro:			
<b>Sintomático:</b> <input type="checkbox"/> Sim   <input type="checkbox"/> Não			Data início sintomas: Clique ou toque para introduzir uma data.			
<b>Iniciou rastreio:</b> <input type="checkbox"/> Sim   <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Rx Tórax		Data:	
			<input type="checkbox"/> Baciloscopia		Data:	
			<input type="checkbox"/> IGRA		Data:	
<b>Fatores de risco/ Comorbilidades:</b> <input type="checkbox"/> Sim   <input type="checkbox"/> Não			Quais: Clique ou toque aqui para introduzir texto.			
<b>Iniciou tratamento:</b> <input type="checkbox"/> Sim   <input type="checkbox"/> Não			Qual: <input type="checkbox"/> H   <input type="checkbox"/> R   <input type="checkbox"/> Z   <input type="checkbox"/> E   <input type="checkbox"/> Rifater   <input type="checkbox"/> Rifanah Outro: Clique ou toque aqui para introduzir texto.			
Observações: Clique ou toque aqui para introduzir texto.						
<input type="checkbox"/> Contacto alta prioridade		<input type="checkbox"/> Contacto proximidade		<input type="checkbox"/> Contacto média prioridade		
				<input type="checkbox"/> Contacto baixa prioridade		


**Instrumento Recolha de Dados Visita Domiciliária**

<b>Nº Notificação:</b> Clique ou toque aqui para introduzir texto.	<b>Nº Caso SINAVE:</b> Clique ou toque aqui para introduzir texto.	<b>Data da VD:</b> Clique ou toque para introduzir uma data.
--	--	--

<b>Profissionais de saúde responsáveis pela VD:</b> Clique ou toque aqui para introduzir texto.
---

IDENTIFICAÇÃO DO CASO ÍNDICE			
<b>Nome:</b> Clique ou toque aqui para introduzir texto.			<b>Nº utente:</b> Clique ou toque aqui para introduzir texto.
<b>Data Nascimento:</b> Clique ou toque para introduzir uma data.	<b>Idade:</b> Clique ou toque aqui para introduzir texto.	<b>Sexo:</b> Escolha um item.	<b>Escolaridade:</b> Escolha um item.
<b>Profissão:</b> Clique ou toque aqui para introduzir texto.	<b>Naturalidade:</b> Clique ou toque aqui para introduzir texto.		<b>Anos em Portugal:</b> Clique ou toque aqui para introduzir texto.
<b>Reside estrangeiro:</b> Escolha um item.	<b>Onde:</b> Clique ou toque aqui para introduzir texto.		<b>Contactos:</b> Clique ou toque aqui para introduzir texto.
<b>Morada:</b> Clique ou toque aqui para introduzir texto.			
<b>Data início sintomas:</b> Clique ou toque para introduzir uma data.		<b>Data do Diagnóstico:</b> Clique ou toque para introduzir uma data.	

I. PROCESSO FAMILIAR					
<i>Estrutura familiar</i>					
<b>Tipo de Família:</b>	<input type="checkbox"/> Casal	<input type="checkbox"/> Nuclear	<input type="checkbox"/> Reconstruída	<input type="checkbox"/> Monoparental	Liderada pelo homem <input type="checkbox"/> Liderada pela mulher <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Unipessoal	<input type="checkbox"/> Alargada	<input type="checkbox"/> Institucional	<input type="checkbox"/> Coabituação	Outras:	

<i>Edifício residencial</i>					
<b>Tipo de localização</b>	<input type="checkbox"/> Própria		<input type="checkbox"/> Alugada	<input type="checkbox"/> Subalugada	
<b>Habitação</b>	<input type="checkbox"/> Andar	<input type="checkbox"/> Moradia	Outras:		
<b>Nº divisões:</b>	<b>Nº quartos:</b>		<b>Nº pessoas/ quarto:</b>		
<b>Eletricidade</b>	<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não		
<b>Abastecimento gás</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Canalizado <input type="checkbox"/> Gás botija		<input type="checkbox"/> Não		
<b>Aquecimento</b>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>Tipo</b>	<input type="checkbox"/> Central	<b>Aquecedor</b>	<input type="checkbox"/> a gás <input type="checkbox"/> elétrico <input type="checkbox"/> Lareira
<b>Higiene da habitação</b>	<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não		

<i>Condições gerais de saneamento básico</i>					
<input type="checkbox"/> Zona urbana salubre		<input type="checkbox"/> Barraca		<input type="checkbox"/> Zona urbana insalubre	
<b>Distribuição água</b>	<input type="checkbox"/> Domiciliária	<input type="checkbox"/> Torneira no quintal	<input type="checkbox"/> Fontenário < 100m casa	<input type="checkbox"/> Fontenário >100m casa	
<b>Origem</b>	<input type="checkbox"/> Pública		<input type="checkbox"/> Semipública		<input type="checkbox"/> Particular
<b>Modo de lançamento de excrementos no ambiente</b>					
<input type="checkbox"/> Rede pública		<input type="checkbox"/> Fossa séptica		<input type="checkbox"/> Nenhum	
<b>Outro sistema:</b> Clique ou toque aqui para introduzir texto.					
<b>Existência de WC</b>	<input type="checkbox"/> Na habitação		<input type="checkbox"/> Fora da habitação		<input type="checkbox"/> Inexistente



**Escala Graffar adaptada**

Pontos	Nível profissional	Nível de Instrução	Fonte Rendimento familiar	Tipo Habitação	Local Residência
1	Diretores de bancos, diretores técnicos de empresas, licenciados, engenheiros, profissionais com títulos universitários ou de escolas especiais e militares de alta patente. <input type="checkbox"/>	Licenciatura Mestrado Doutoramento <input type="checkbox"/>	Lucros de empresas/ propriedades Heranças Rendimentos profissionais de levado nível <input type="checkbox"/>	Casa/ andar luxuoso, espaçoso c/ máximo conforto <input type="checkbox"/>	Zona residencial elegante onde o valor do terreno ou os alugueres são elevados <input type="checkbox"/>
2	Chefes de seções administrativas ou de negócios de grandes empresas, subdiretores de bancos, peritos, técnicos e comerciantes. <input type="checkbox"/>	Bacharelato ou curso superior c/ duração ≤ 3 anos <input type="checkbox"/>	Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional) <input type="checkbox"/>	Casa/ andar espaçoso e confortável <input type="checkbox"/>	Bairro residencial bom, de ruas largas com casas confortáveis e bem conservadas <input type="checkbox"/>
3	Ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, contramestres, oficiais de primeira, encarregados, capatazes e mestres de obras. <input type="checkbox"/>	12º Ano ≥ 9 anos de escolaridade <input type="checkbox"/>	Vencimento mensal fixo. Tipo funcionário <input type="checkbox"/>	Casa/ andar modestos em bom estado conservação c/ cozinha e casa banho. Eletrodomésticos essenciais <input type="checkbox"/>	Ruas comerciais ou estreitas e antigas, com casas de aspeto geral menos confortável. <input type="checkbox"/>
4	Motoristas, polícias, cozinheiros, etc. (operários especializados) Peq. Agricultores/ rendeiros Emp. Escritório (grau ↓) e membros das FA ou militarizadas de nível ↓. <input type="checkbox"/>	Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos <input type="checkbox"/>	Rendimentos ≤ ao salário mínimo nacional Pensionistas ou reformados Vencimentos incertos <input type="checkbox"/>	Casa/ andar modesto com cozinha e casa de banho com eletrodomésticos de menor nível <input type="checkbox"/>	Bairro operário, populoso, mal arejado ou bairro em que o valor do terreno está diminuído como consequência da proximidade de oficinas, fábricas, estações de caminho de ferro, etc. <input type="checkbox"/>
5	Assalariados agrícolas Trabalhadores indiferenciados, profissões não classificadas nos grupos anteriores <input type="checkbox"/>	Não sabe ler ou escrever Escolaridade < 4 anos <input type="checkbox"/>	Assistência/ subsídios. Beneficência pública ou privada. Não se incluem neste grupo as pensões de desemprego ou de incapacidade para o trabalho. <input type="checkbox"/>	Improprio para vida decente (barraca, andar ou outro) Coabitação de várias pessoas em situação de promiscuidade. <input type="checkbox"/>	Bairro lata ou equivalente <input type="checkbox"/>

Classe social:  Classe I  Classe II  Classe III  Classe IV  Classe V



Necessidade de intervenção social	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Observações:		

<b>II. GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO</b>		
Demonstra conhecimento sobre a necessidade de tratamento regular e prolongado?		
Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Obs.:
Demonstra capacidade e motivação para cumprir o tratamento?		
Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	Obs.:
Necessidade de avaliação suplementar enfermagem CDP/ UF	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Observações:		

(PHQ-4): Durante os últimos 14 dias, em quantos foi afetado/a por algum dos seguintes problemas?

	Nunca	Em vários dias	Em mais metade do nº de dias	Em quase todos os dias
Tive pouco interesse ou prazer em fazer coisas	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Senti desânimo, desalento ou falta de esperança	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Senti-me nervoso/a, ansioso/a ou irritado/a	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Fui incapaz de parar de me preocupar ou de controlar as preocupações	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
<b>TOTAL</b>				

Desenvolvido Kroenke, Spitzer, Williams & Löwe, 2009

Nota: pontuações de 6 pontos ou superiores sugerem a existência de níveis significativos de prejuízo para o funcionamento psicológico

Necessidade de avaliação psicológica	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Observações:		

Apêndice VII – Folheto informativo para a pessoa com TB (versão portuguesa e inglesa)

## O QUE SÃO CONTACTOS PRÓXIMOS?

Os contactos podem ser:

- > familiares
  - > amigos,
  - > vizinhos
  - > colegas trabalho
  - > ou outros que passaram tempo consigo.
- Diga aos enfermeiros e médicos o nome de todas as pessoas com quem esteve.

Para avaliar o risco de infeção é importante saber:

- > quantas horas estiveram juntos
- > se a pessoa tem alguma doença
- > se o contacto é uma criança com menos de 5 anos

**PROTEJA A SUA FAMÍLIA E AMIGOS!**



## SE PENSA QUE TEM TUBERCULOSE OU QUE ESTEVE COM ALGUÉM COM TUBERCULOSE

Vá a uma consulta ao Centro de Saúde ou a um Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP).

Mesmo que não esteja a morar legalmente em Portugal será igualmente atendido.

**“NÃO SE ESQUEÇA: A TUBERCULOSE PODE SER PREVENIDA E TRATADA. É UMA DOENÇA CURÁVEL!”**



CDP:

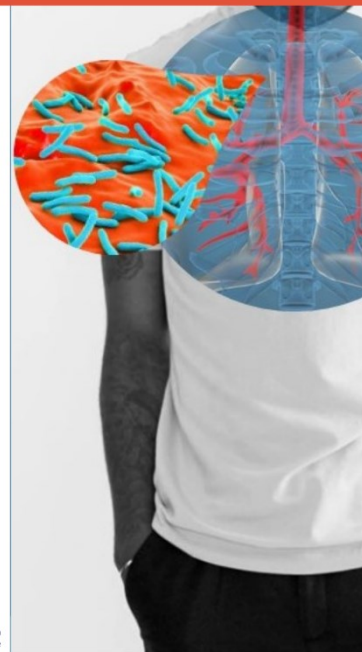
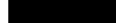


USP:



Telef:

Elaborado por: Enf.ª Cristina Varela, aluna Mestrado em Enfermagem, Especialização Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na Universidade Católica Portuguesa, sob orientação clínica da Enf.ª EECSP Helena Correia, USP [redacted], e orientação pedagógica da Prof. Dr.ª Ana Resende  
Data elaboração: 10/12/2021



# TUBERCULOSE

## O QUE É A TUBERCULOSE?

A tuberculose (TB) atinge geralmente os pulmões, mas pode atingir qualquer outro órgão.

Se não for tratada pode causar problemas de saúde graves incluindo a morte!

## QUAIS SÃO OS SINTOMAS?

- Tosse há mais de 3 semanas, primeiro seca, depois com expectoração às vezes com sangue
- Dor no peito
- Cansaço
- Falta de apetite e emagrecimento
- Febre baixa, entre 37°C e 38,5°C
- Transpiração durante a noite



## COMO SE TRANSMITE?

A pessoa com TB pode passar a doença através do ar e de gotículas quando tosse, espirra, fala, ri ou canta.

Em ambientes fechados e mal arejados o risco é maior.

As pessoas que estão mais próximas ou estão mais tempo com o doente com TB têm maior risco de ficarem infetadas.

## COMO SE DIAGNOSTICA?

Existem vários testes que pode ter de fazer.

- Análises ao sangue e à expectoração
- Radiografia do tórax
- Testes de sensibilidade cutânea
- entre outros

## COMO SE TRATA?

O tratamento da TB é feito com 4 ou 5 medicamentos durante pelo menos 6 meses.

Os medicamentos são tomados diariamente, na presença de um enfermeiro.

## COMO EVITAR O CONTÁGIO DE OUTRAS PESSOAS?

> Evite lugares públicos.

> Se tiver que sair de casa, use uma máscara cirúrgica

> No carro abra as janelas para circular o ar, não use o ar condicionado. Areje o veículo, pelo menos durante uma hora, no final do transporte.

## WHAT IS A CONTACT OF SOMEONE WITH TB?

Contacts can be:

- > family
  - > friends
  - > neighbors
  - > co-workers
  - > or others who have spent time with you.
- Provide the nurse or doctor with the names of all the people you've been in close contact.

To assess the risk of infection it is important to know:

- > how many hours you have been together
- > whether the person has any illnesses
- > whether your contact is a child under 5 years of age

## PROTECT YOUR FAMILY AND FRIENDS!



## IF YOU THINK YOU HAVE TB OR HAVE BEEN WITH SOMEONE WHO HAS TB

Go to a Health Centre or a Pulmonary Diagnostic Centre (CDP), even if you are not legalized in Portugal you will be assisted in the same way.

**REMEMBER: TUBERCULOSIS CAN BE PREVENTED, TREATED AND CURED!**



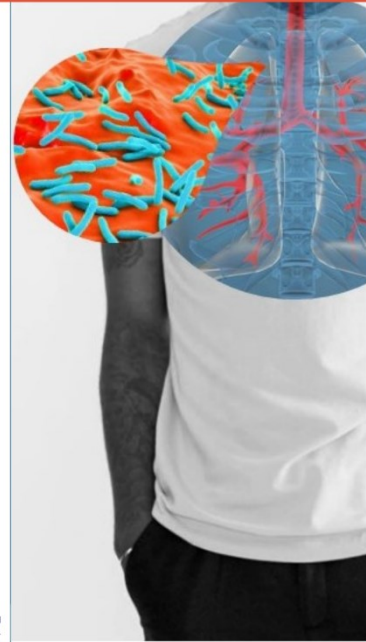
CDP:



USP:  
Telep



Author: Cristina Varela, RN, Master's student in Community and Public Health Nursing at the Universidade Católica Portuguesa. Clinical supervision by Helena Correia, MSc, SCPHN, Local Public Health Department - Higiéna, University Tutorship by Ana Resende, PhD., SCPHN.  
Date: 10/12/2021



## TUBERCULOSIS

## WHAT IS TUBERCULOSIS?

Tuberculosis (TB) usually affects the lungs but can affect other parts of the body.

If left untreated TB can have serious consequences, including death!

## WHAT ARE THE SYMPTOMS?

- Persistent cough for more than 3 weeks. At first dry cough, then with phlegm, sometimes with blood
- Pain in the chest
- Weakness or feeling very tired
- No appetite and weight loss
- Low fever, between 37°C and 38,5°C
- Night sweats.



## HOW IS TB SPREAD?

A person with TB can pass the disease through air and droplets when coughing, sneezing, talking, laughing or singing.

In enclosed, poorly ventilated rooms, the risk is higher.

People who are closest to or spend more time with a person with TB have a higher risk of becoming infected.

## HOW TO SCREEN FOR TB ?

There are several tests for TB tracing.

- Blood tests and sputum cultures
- Chest X-ray
- Tuberculin skin test
- among others

## HOW IS TB DISEASE TREATED?

TB treatment, combines 4 or 5 different tablets, for at least 6 months

The medication is taken on a daily basis, in the presence of a registered nurse.

## HOW TO AVOID INFECTING OTHERS?

> Avoid public places.

> If you need to leave the house, wear a surgical mask

> If you use a car, open the windows. Air out the vehicle for at least one hour after the transport.

Apêndice VIII - Folheto informativo para os contactos próximos da pessoa com TB  
(versão portuguesa e versão inglesa)

## Vou ter de fazer algum tratamento?

Só irá necessitar de tratamento se:

- estiver com a doença tuberculose ou com a infeção
- se tiver outras doenças (p.ex. HIV ou cancro)
- se for uma criança com menos de 5 anos

## Posso continuar as minhas atividades?

Não há razão para parar as suas atividades do dia-a-dia.

Se for a saudável, a possibilidade de desenvolver TB é mínima e a hipótese de transmitir a outras pessoas é ainda menor.

Caso tenha alguma dúvida, fale com um enfermeiro ou médico.



## Se pensa que tem tuberculose ou que esteve com alguém com Tuberculose...

Vá a uma consulta ao Centro de Saúde ou a um Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP).

Mesmo que não esteja a morar legalmente em Portugal será igualmente atendido.



Elaborado por: Enf.ª Cristina Varela, aluna Mestrado em Enfermagem, Especialização Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na Universidade Católica Portuguesa, sob orientação clínica da Enf.ª EECSP Helena Correia, USP e orientação pedagógica da Prof. Dr.ª Ana Resende

Data elaboração: 20/12/2021



# CONTACTOS DA PESSOA COM TUBERCULOSE



## O que é a Tuberculose?

A tuberculose (TB) atinge geralmente os pulmões, mas pode atingir qualquer outro órgão.

Se não for tratada pode causar problemas de saúde graves incluindo a morte!

## Como se transmite?

A pessoa com TB pode passar a doença através do ar e de gotículas quando tosse, espirra, fala, ri ou canta.

Em ambientes fechados e mal arejados o risco é maior.

As pessoas que estão mais próximas ou estão mais tempo com o doente com TB têm maior risco de ficarem infetadas.

## Quais são os sintomas?

- Tosse há mais de 3 semanas, primeiro seca, depois com expectoração às vezes com sangue
- Dor no peito
- Cansaço
- Falta de apetite e emagrecimento
- Febre baixa, entre 37°C e 38,5°C
- Transpiração durante a noite

## O que são "contactos" da pessoa com TB?

Os contactos podem ser:

- > familiares
- > amigos,
- > vizinhos
- > colegas trabalho
- > ou outros que passaram tempo com uma pessoa com TB.

Para avaliar o risco de infeção é importante saber:

- > quantas horas estiveram juntos
- > se tem alguma doença
- > se é uma criança com menos de 5 anos

## Para que serve o rastreio ?

Faz-se o rastreio dos contactos para:

- saber se alguém tem a doença TB
- excluir a existência da infeção
- evitar a transmissão da doença a outras pessoas

## Como é feito ?

Se um doente com TB disser o seu nome, vão marcar-lhe uma consulta no Centro Diagnóstico Pneumológico (CDP) da sua área de residência.

Nesta consulta poderá de ter de fazer alguns testes:

- Análises ao sangue e à expectoração
- Radiografia do tórax
- Testes de sensibilidade cutânea
- entre outros

## Will I need treatment ?

You only need treatment if:

- you have TB disease or are infected
- you have other medical conditions (e.g. HIV or cancer)
- if you are a child under 5 years old

## Can I carry on with my day to day activities?

There is no reason to stop any of your daily activities.

If you are healthy, you have only a small chance of developing TB disease and you have an even smaller chance of having the type of TB that can be passed on to other people .

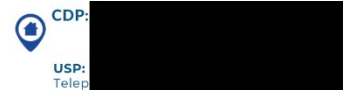
If you have any more questions, please talk with an registered nurse or a physician.



## If you suspect being in contact with someone with TB...

...contact your health center or the CDP in your residence area so you can be screened for TB as soon as possible.

Even if your situation in Portugal is irregular, you will be attended to.



Author: Cristina Varela, RN, Master's student in Community and Public Health Nursing at the Universidade Católica Portuguesa. Clinical supervision by Helena Correia, MSc, SCPHN, Local Public Health Department. University Tutorship by Ana Resende, PhD, SCPHN.  
Date: 23/02/2022



# CONTACTS OF PEOPLE WITH TUBERCULOSIS



## What is tuberculosis?

Tuberculosis (TB) usually affects the lungs but can affect other parts of the body.

If left untreated TB can have serious consequences, including death!

## How is tb spread?

A person with TB can pass the disease through air and droplets when coughing, sneezing, talking, laughing or singing.

In enclosed, poorly ventilated rooms, the risk is higher.

People who are closest to or spend more time with a person with TB have a higher risk of becoming infected.

## What are the symptoms?

- Persistent cough for more than 3 weeks. At first dry cough, then with phlegm, sometimes with blood
- Pain in the chest
- Weakness or feeling very tired
- No appetite and weight loss
- Low fever, between 37°C and 38,5°C
- Night sweats.

## What is a 'contact' of TB?

Contacts can be:

- > family
- > friends
- > neighbors
- > co-workers
- > or others who have spent time with a TB patient.

To assess the risk of infection it is important to know:

- > how many hours you have been together
- > whether you have any illnesses
- > whether your a child under 5 years of age

## What is contact tracing and why is it necessary?

Contact tracing is done to:

- find out whether someone has TB disease
- rule out infection
- prevent the transmission of the disease to other people

## How is it done ??

If you have been identified as a contact of someone with TB, you will be given an appointment at the Pulmonology Diagnostic Centre (CDP) in your area.

At this appointment you may be asked to do some tests:

- Blood and sputum tests
- Chest X-ray
- Skin sensitivity tests
- among others

Apêndice IX – Guia orientador de boas práticas: A identificação de contactos da pessoa com TB durante a visita domiciliária



## **VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA TUBERCULOSE**

**Guia Orientador Boas Práticas: Identificação de  
contactos durante a visita domiciliária**



## **VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA TUBERCULOSE**

**Guia Orientador Boas Práticas:**

**A identificação de contactos durante a visita  
domiciliária**






### Ficha Técnica

Título: Vigilância Epidemiológica Tuberculose: Guia Orientador de Boas Práticas – A identificação de contactos durante a visita domiciliária

Data: dezembro de 2021

Trabalho desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem, Especialização Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública na Universidade Católica Portuguesa, sob orientação clínica da Enf.ª Esp. ECSP Helena Correia e orientação pedagógica da Prof. Dr.ª Ana Resende

Autor: Cristina Varela Lopes

Colaboração dos peritos – Grupo da Tuberculose, 

Enf. Esp. Helena Correia

Enf. Graça Feio

Enf. Esp. Vânia Teixeira

Dr. Vasco Ranita

### ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	5
<b>1 FUNDAMENTAÇÃO</b> .....	7
<b>2 IDENTIFICAÇÃO DE CONTACTOS</b> .....	9
2.1 Conceber e implementar uma estratégia para identificação de contactos .....	10
2.1.1 Priorizar os contactos.....	12
<b>3 A VISITA DOMICILIÁRIA COMO ESTRATÉGIA NA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA PESSOA COM TB</b> .....	15
<b>4 DOCUMENTAR NO PROCESSO FAMILIAR</b> .....	17
4.1 Avaliação estrutural .....	17
4.1.1 Foco: Rendimento Familiar.....	17
4.1.2 Foco: Edifício Residencial .....	18
4.1.3 Foco: Abastecimento de Água .....	21
<b>5 GESTÃO DO REGIME TERAPÉUTICO</b> .....	22
<b>GLOSSÁRIO</b> .....	25
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	26
<b>APÊNDICES</b> .....	30
Apêndice I: .....	31
Instrumento para a recolha de dados durante a visita domiciliária à pessoa com Tuberculose .....	31

### Índice Tabelas

Tabela 1 - Registo do foco Rendimento Familiar em SCLINIC .....	18
Tabela 2: Critérios relativos ao Tipo de Habitação (de acordo com Escala de Graffar) .....	19
Tabela 3- Registo do foco Edifício Residencial em SCLINIC.....	20
Tabela 4- Registo do foco Abastecimento de Água em SCLINIC.....	21

### Índice Figuras

Figura 1 – Modelo do círculo concêntrico hierarquização de contactos.....	14
---	----



## SIGLAS

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

BCG – *Bacille Calmette-Guérin*

CDP – Centro Diagnóstico Pneumológico

DGS – Direção Geral da Saúde

ICN – International Council of Nurses

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

MDR-TB – Tuberculose Multirresistente

Mt- *Mycobacterium tuberculosis*

OMS – Organização Mundial da Saúde

PLS – Plano Local de Saúde

PNT – Programa Nacional para a Tuberculose

SINAVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

TB – Tuberculose

TOD – Toma Observada Diretamente

USP – Unidade de Saúde Pública

VD – Visita Domiciliária

VEDE – Vigilância Epidemiológica Diagnósticos Enfermagem

WHO – World Health Organization

XDR-TB – Tuberculose Extensamente resistente



## INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é tão antiga quanto a espécie humana. Fragmentos de coluna vertebral, pertencentes a múmias egípcias, datados de 2 400 AC já demonstravam evidência de sinais patológicos definidos como lesões tuberculosas.

A TB, também apelidada de “peste branca”, surgiu pela primeira vez na literatura grega por volta de 460 AC. Nesta altura Hipócrates descreveu-a como sendo a doença mais disseminada do seu tempo. No séc. XVII, começaram a surgir descrições etiológicas e patológicas exatas e figuraram também as primeiras referências à sua natureza infecciosa na literatura médica italiana.

Em 1865, Villemin, demonstrou que a doença podia ser transmitida dos seres humanos aos bovinos e dos bovinos aos coelhos. Com base nesta evidência, postulou que a TB seria contagiosa e que a causa seria um microrganismo (International Council of Nurses [ICN], 2008).

A 24 de março de 1882, com o anúncio de Koch em Berlim sobre a descoberta do *Mycobacterium tuberculosis* (Mt), anunciava-se uma grande descoberta e sucedânea esperança para uma doença devastadora que, à época, representava causa de morte para uma em cada sete pessoas na Europa e nas Américas. (Wallstedt & Maeurer, 2015 citado por Zumla et al, (in press).

Mais de 120 anos depois, e apesar da disponibilidade da vacina há aproximadamente 9 décadas e da existência de tratamento eficaz nas últimas 6 décadas, continuam a morrer anualmente 1,4 milhões de pessoas com TB. Represento assim a principal causa de morte, por um agente infeccioso, no Mundo (World Health Organization [WHO], 2021).

Sabe-se hoje que das 10 milhões de pessoas, que se estima terem desenvolvido TB em 2019, 7,1 milhões (71%) foram identificadas e reportadas aos programas nacionais de Tuberculose em todo o mundo, mas existe um fosso, uma lacuna de 2,9 milhões de pessoas (29%). Estas pessoas “desaparecidas” incluem as que foram diagnosticadas com TB, mas não foram comunicadas às autoridades de saúde pública (incluindo as que não foram reportadas do setor privado) e também as que não foram diagnosticadas e, portanto, não foram tratadas (Chakaya et al., (in press). Os mesmos autores identificam outro subgrupo importante das pessoas “desaparecidas” com TB: as crianças com menos de 15 anos.

Denota-se assim, que o diagnóstico e as lacunas no tratamento desta doença são mais amplas entre as crianças do que nos adultos.

A identificação precoce dos novos casos de doença e contenção da transmissão na comunidade, a identificação de indivíduos expostos com infeção latente e necessidade de tratamento preventivo representam estratégias essenciais para o controlo da doença (Programa Nacional para a Tuberculose [PNT], 2020b). Tal implica um esforço concertado e um foco universal na identificação e tratamento de pessoas com TB e cuidados de saúde preventivos, integrados e centrados na pessoa (WHO, 2015).

Este documento enquadra-se neste esforço, e pretende contribuir para a otimização do desempenho profissional dos enfermeiros da Unidade de Saúde Pública, através de uma prática orientada e sistemática centrada na pessoa com TB, que permita desenvolver diagnósticos de enfermagem e intervenções dirigidas ao indivíduo, família ou comunidade e que envolvam ainda a comunidade que representa o ACeS.

Para a elaboração deste guia foi realizada uma análise da evidencia apresentada em documentos nacionais e internacionais publicados pelas diversas autoridades de saúde, assim como uma pesquisa bibliográfica para identificação de estudos e artigos científicos sobre o tema.

O presente documento encontra-se dividido em vários capítulos, nos quais constam uma abordagem e implementação de estratégias de atuação para a identificação de contactos proximidade, à visita domiciliar como uma estratégia no âmbito da investigação epidemiológica da TB, à documentação da informação recolhida durante esta visita nos sistemas de informação eletrónico e para finalizar a relevância da gestão do regime terapêutico. Estes temas espelham as dimensões existentes no instrumento de recolha de dados criado, com o foco na recolha sistemática da informação obtida durante a visita domiciliar no âmbito do inquérito epidemiológico e identificação dos contactos da pessoa com TB (Apêndice I).



## 1 FUNDAMENTAÇÃO

Em 2015 a Organização Mundial da Saúde lançou a atual estratégia global de luta contra a TB, *The End TB Strategy*. Esta estratégia, na altura definida como a mais abrangente de sempre, assenta em três grandes pilares: cuidados e prevenção integrados, centrados no doente; intervenção social e política para reduzir os determinantes da doença e reconhecimento da necessidade urgente de investigação para providenciar novos tratamentos e profilaxias (WHO, 2015)

Em Portugal, o programa de luta contra a TB é coordenado pela Direção Geral da Saúde (DGS) e abraça esta estratégia. O designado Programa Nacional para a TB (PNT) assenta em Centros de Diagnóstico Pneumológicos (CDP) integrados nos Cuidados de Saúde primários, com um modelo organizativo variável e no qual cabe às Unidades de Saúde Públicas (Sousa, 2021):

---

Iniciar a investigação epidemiológica, sempre que há notificação de um caso ou um surto de Tuberculose;

---

Articular com os restantes níveis dos cuidados de saúde para garantir que é feita a notificação do caso suspeito de Tuberculose na plataforma SINAVE;

---

Identificar e encaminhar para rastreio no CDP da área todos os contactos do caso índice de Tuberculose;

---

Registar em modelo próprio todos os contactos identificados para rastreio, garantindo a troca de informação com o CDP no que diz respeito aos resultados e necessidade de alargar rastreios;

---

Educação para a saúde, quer através de ações integradas em programas de promoção da saúde quer em atividades específicas definidas localmente;

---

Gerir e monitorizar a vacinação com o *Bacille Calmette-Guérin (BCG)* na área de influência da USP;

---

Avaliar a evolução epidemiológica da tuberculose no nível local e contribuir para a avaliação aos níveis regional e nacional;

---

Disponibilizar a informação necessária aos responsáveis pela gestão do Programa, aos responsáveis pela vigilância da doença, e ainda a todos os profissionais que intervêm no controlo da doença.

---

É no âmbito da investigação epidemiológica que se enquadra a visita domiciliar a caso índice, com o intuito entre outros, de dar resposta à identificação de contactos.

A identificação de contactos da pessoa com TB é uma estratégia, baseada em evidência, que permite a deteção precoce não só de casos ativos como latentes, com o

objetivo de iniciar tratamento ou profilaxia o mais precocemente possível (Diaz et al., 2021). A enumeração e identificação de contactos é efetuada através de uma entrevista ao caso índice, seja numa instituição de saúde, seja em casa ou na comunidade. Contudo é necessário a mudança do paradigma, com uma abordagem centrada na pessoa, suas famílias e nas suas casas, que poderá elevar a sua eficiência e eficácia, melhorando a prestação de cuidados ao nível tanto de agregado familiar como da comunidade.

É de ressaltar que nos dias de hoje não existe qualquer dúvida que a qualidade dos cuidados de saúde, prestados ao indivíduo ou à comunidade, depende da informação partilhada entre os vários níveis do sistema de saúde. Os sistemas de informação em enfermagem (SIE), que neste momento representam o suporte da documentação de enfermagem, são por muitos considerados repositórios de dados passíveis de ser usados, uma ferramenta de informação que representa uma fonte de matéria-prima para a formalização do conhecimento de enfermagem.

De acordo com Melo (2020) cabe aos enfermeiros nas USP, através do recurso a estudos epidemiológicos dos diagnósticos produzidos pelos enfermeiros nas diferentes Unidades Funcionais, desenvolverem e contratualizarem cuidados de saúde dirigidos à população, através da comunidade do ACeS. Desta forma assistimos a uma otimização dos cuidados ao indivíduo, família e comunidade, assim como a uma gestão comunitária eficaz que contribuirá para aperfeiçoar a negociação dos programas e projetos que respondam às prioridades em Saúde Pública, desta feita, através do diagnóstico local de enfermagem de saúde pública.

É esta a base da vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem (VEDE), promovida por diversos autores e estudos em Portugal. A tomada de decisão sobre os focos de enfermagem a estudar, deste ponto de vista, partem dos diagnósticos locais de saúde e dos Planos Locais de Saúde (PLS). Assim, neste documento, os focos de enfermagem assentam diretamente em alguns indicadores de saúde avaliados pela USP, e inserindo-se na ótica da VEDE: o Edifício Residencial e Rendimento Familiar que fazem parte integrante dos determinantes socioeconómicos, o Abastecimento de Água, associado aos indicadores relativos ao ambiente, qualidade da água e saneamento, e ainda a Gestão do Regime Terapêutico, diretamente associado aos indicadores de saúde relativos à população (Fernandes, 2019). Os focos de enfermagem Edifício Residencial, Rendimento Familiar, Abastecimento de água inserem-se ainda na dimensão estrutural do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) e estão acessíveis para documentar no sistema SCLINIC@.



## 2 IDENTIFICAÇÃO DE CONTACTOS

As atuais intervenções de saúde para a prevenção da TB assentam, tal como referido anteriormente, no tratamento precoce de pessoas com infeção, na prevenção da transmissão do bacilo através da prevenção e controlo da transmissão/ infeção, e através da vacinação de crianças com a vacina BCG (WHO, 2020). A investigação de contactos e o início precoce da terapêutica profilática são consideradas atividades que suportam e contribuem para o declínio da prevalência da TB.

Assim, o PNT (2020) determina que no momento do diagnóstico, devem ser identificadas todas as pessoas consideradas como contactos próximos do doente e encaminhados para rastreio, idealmente nos primeiros 15 dias após o diagnóstico do caso de doença. Deverão ainda ser identificados todos os contactos estreitos ou regulares, 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 (crianças com menos de 5 anos de idade, doentes com medicação imunossupressora ou infeção VIH).

Define-se então como contactos próximos todas 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 (PNT, 2020).

Para a iniciativa Stop TB Partnership (2018) espera-se que o resultado da identificação e contactos conduza a um:

---

Aumento das notificações de casos bacilo-positivos;

---

Aumento das notificações em crianças: A investigação de contacto é uma estratégia fundamental para aumentar a identificação de casos de TB em crianças já que a taxa de desenvolvimento da doença foi reportada como cerca de 15% a 20% mais elevada nos contactos domésticos com menos de 5 anos do que nos contactos adultos;

---

Aumento nas taxas tratamento preventivo.

---

Josaphat et al. (2014) sublinham que a pessoa com TB tende mais facilmente a identificar os contactos de familiares e coabitantes, sendo que os contactos no local de trabalho são considerados fator de risco independente para não serem identificados. O estigma associado à doença representa uma dificuldade acrescida na identificação dos contactos, principalmente em minorias étnico/raciais (Mtui & Spence, 2014). Como tal os profissionais de saúde devem registar o máximo de informação possível sobre cada contato do caso índice para fazer o follow-up do rastreio, se necessário (Puma & Olga, 2017).

Manter a confidencialidade durante a investigação de contactos representa um desafio, muito por conta das ligações sociais entre o caso índice e os seus contactantes. Obter a informação torna-se por vezes é demorado e depende da capacidade de estabelecer uma relação de confiança. As competências de entrevista eficazes são essenciais para obter informações, tanto da pessoa com TB como dos seus contactos (Wolman et al., 2000). Todas as pessoas devem ser tratadas com respeito, e a confidencialidade deve ser mantida. Devem ser seguidas as diretrizes do Regulamento Geral para a Proteção de Dados, e deve ser assegurada a confidencialidade e consentimento, empreendendo esforços para evitar o estigma. Caso a pessoa esteja relutante em fornecer as informações sobre os seus contactos, não deverá ser coagida, mas devem sim ser empreendidos esforços, com base no aconselhamento por forma a angariar a sua confiança (WHO, 2020).

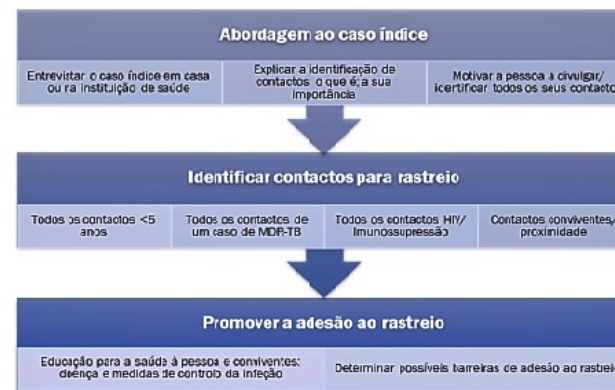
## 2.1 Conceber e implementar uma estratégia para identificação de contactos

Apesar de muitas semelhanças com a identificação de contactos de outras doenças infecciosas, a resposta específica a surtos de TB tem complexidades específicas. Desde logo a definição de transmissão recente. Embora o período não esteja bem definido, a transmissão recente geralmente refere-se a uma situação em que a transmissão ocorreu no período anterior a dois anos. Isso implica que os casos envolvidos num surto foram expostos e infetados nos últimos 2 anos, em oposição à doença ativa da TB por infeção latente (Carvalho, 2021).

Considera-se como marco para a estimativa do período de contagiosidade, nos casos de TB pulmonar, 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 (PNT, 2020a).

10

A Stop TB Partnership (2018) considera que conceber uma estratégia para identificação dos contactos assenta:



Fonte: Adaptado de Stop TB Partnership, 2018, p.23

No geral segue-se um processo que inclui as seguintes etapas (Stop TB Partnership, 2018):

**Definir o caso índice:** Um caso índice representa a primeira pessoa identificada em torno da qual a investigação de contacto com a TB é iniciada mas pode não ser necessariamente a fonte de exposição inicial à TB (WHO, 2012b).

**Definir e priorizar os contactos:** O caso índice e/ou fonte deve ser entrevistado o quanto antes para identificação das pessoas que serão consideradas contactos e obter uma lista com os seguintes dados: nome, idade, tipo de convívio (residência, trabalho, escola, etc.), formas de localização (telefone, endereço), se tem sintomas ou não, se é portador do HIV e se tem alguma outra comorbilidade;

**Aceder aos contactos:** o caso índice poderá ser orientado para informar os contactos a comparecerem no CDP ou na Unidade Funcional, de acordo com as prioridades identificadas a partir da listagem obtida, mas podem ser adotadas outras estratégias que se considerem válidas no momento.

Decidir sobre quem vai realizar a investigação de contactos.

Determinar o melhor momento para realizar a entrevista;

Encaminhar para rastreio os contactos de proximidade e eventualmente decidir sobre a necessidade de alargar a investigação

11

Embora as etapas aqui apresentadas se encontrem de forma sequencial, é importante lembrar que a investigação de contactos nem sempre segue uma sequência pré-determinada.

### 2.1.1 Priorizar os contactos

Como já foi referido, perante um caso de TB com localização respiratória num adulto, o objetivo do rastreio de contactos é a deteção precoce de outros casos de doença e de pessoas infetadas, com o objetivo de iniciar tratamento de infeção latente, evitando a progressão futura para doença (Carvalho, 2021; Correia et al., 2013; Programa Nacional para a Tuberculose, 2020a).

Consideram-se pessoas com alto risco de desenvolver TB os que apresentam:

#### Risco aumentado de exposição a doentes com TB ativa

- Contactos próximos de pessoa com TB ativa.
- Migrantes de países com elevada incidência de TB (que imigraram nos últimos 5 anos de países com alta incidência de TB).
- Pessoas com estadia superior a 1 mês em áreas com alta incidência de TB.
- Trabalhadores em locais / instituições onde o risco de exposição a TB é elevado - hospitais, lares, prisões; abrigos.

#### Risco elevado de progressão para doença quando infetados

- Pessoas com fatores de risco individuais tais como:
  - Infeção por VIH;
  - Consumidores de drogas;
  - Antecedentes de TB e/ou infeção recente: pessoas que tiveram conversão tuberculínica / IGRA nos últimos 2 anos;
  - Malnutrição;
  - Comorbilidades: diabetes mellitus, sífilose, doença renal crónica, transplantados de órgãos sólidos;
  - Pessoas com resposta imune inadequada ou sob terapêutica imunossupressora (corticosteroides em dose superior a 15 mg/dia por 2 a 4 semanas, ou outros fármacos imunossupressores) ou tratamento com biológicos que interferem com resposta imunidade celular anti-TNF- $\alpha$ ;
  - Idade inferior a 5 anos.

12

A priorização dos contactos a rastrear dependerá de (Carvalho, 2021):

- Grau de infecciosidade e período de infecciosidade do caso índice;
- Duração da exposição ao caso índice
- Condições físicas do local de transmissão;
- Probabilidade dos contactos infetados desenvolverem TB;
- Proporção de pessoas identificadas como infetada.

O objetivo será identificar e encaminhar para o devido rastreio de contactos quem começou a desenvolver sintomas de TB, com o intuito de iniciar o tratamento o mais precoce possível e prevenir a transmissão da doença, mas também para detetar aqueles que possam beneficiar de tratamento preventivo de TB latente (Zellweger, 2020). Os contactos devem ser por isso identificados hierarquicamente, de acordo com a sua probabilidade de terem sido infetados pelo caso índice (Carvalho, 2021; WHO, 2019) em contactos de:

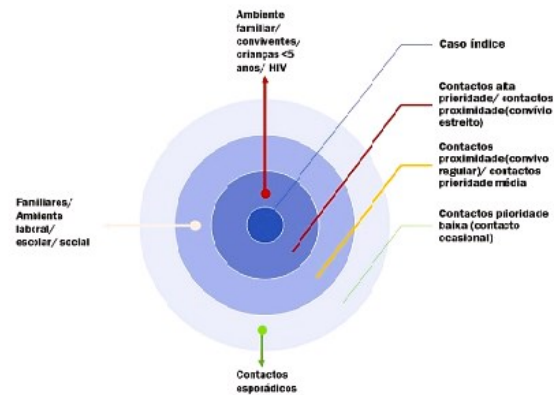


13

O círculo concêntrico (Figura 1) pode ser utilizado como uma ferramenta secundária para ajudar a priorizar os contactos baseados na exposição, mas deve ser sempre levado em consideração a duração, frequência da exposição e o distanciamento.

Deve ponderar-se alargar os rastreios aos contactos esporádicos, sempre que sejam diagnosticados casos adicionais de doença no âmbito do primeiro rastreio, ou haja evidência de transmissão recente traduzida por cerca 15% de infetados na primeira fase de rastreio (proporção de contactos com IGRA positivo) ou existência de crianças com menos de 6 anos infetadas ou doentes (PNT, 2020a).

**Figura 1 – Modelo do círculo concêntrico hierarquização de contactos**



Fonte: Adaptado de Wolman et al., 2018, p.6

### 3 A VISITA DOMICILIÁRIA COMO ESTRATÉGIA NA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA PESSOA COM TB

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) o profissional de saúde que conduz a identificação de contactos deve, preferencialmente, visitar a casa ou local de trabalho do caso índice por forma a realizar entrevistas no âmbito de inquérito epidemiológico. É sublinhada a importância de identificar e avaliar contactos, documentar sintomas, recolher informações precisas sobre a intensidade e duração da exposição e garantir que todos os contactos relevantes sejam encaminhados para rastreio (WHO, 2012; Stop TB Partnership, 2018). Assim a Visita Domiciliária é uma estratégia presente no PNT e é parte integrante na vigilância epidemiológica.

Para a enfermagem, esta estratégia entrelaça-se com o nascimento da profissão na Saúde Pública, da mesma forma que com a história da Saúde Pública no mundo (Garcia & Teixeira, 2009). Representa uma metodologia de trabalho que possibilita uma avaliação da residência e dos determinantes socioeconómicos, representando uma oportunidade única para identificar necessidades de apoio social, nutricional entre outras. Além de permitir fornecer aconselhamento familiar e educação sobre a doença e as medidas de controlo de infeção. Considera-se que as visitas possam ter que ser programadas fora do horário de trabalho/ escolar, para possibilitar um melhor acesso aos contactos (WHO, 2020).

Organizar uma visita domiciliária, inclui várias etapas fundamentais, desde logo identificar o caso índice e rever a informação referente à situação clínica e planos de cuidados, obter o consentimento da pessoa para a realização da mesma, explicitando a finalidade da visita e expectativas, agendar o momento ideal para a visita e confirmar a localização da residência (Stanhope & Lancaster, 2019).

As atividades desenvolvidas pela equipa de profissionais de saúde pública durante a visita domiciliária podem incluir atividades como aquelas dirigidas para a prevenção de doenças e acidentes, a vigilância de doenças, o rastreio de contactos de doenças infecciosas e a avaliação da adesão ao regime terapêutico. (Ayakaka et al., 2017).

No seu estudo Konlan et al (2021) referem que a educação para a saúde domina largamente as atividades desenvolvidas no decurso de uma visita domiciliária. O domicílio proporciona um ambiente seguro e de apoio, que contribui para a construção de uma relação terapêutica e que conduz a benefícios duradouros para toda a família. Estes autores

consideram que a educação para a saúde realizada durante a visita domiciliária, será mais eficaz, quando comparada com aquela realizada através de outras fontes, como os meios de comunicação social por exemplo, fomentando melhores resultados e mudanças comportamentais promotoras da saúde.

Por seu lado, os contactos familiares consideraram que as informações sobre a doença e tratamento obtido durante as visitas domiciliárias ajudaram-nos a aceitar o diagnóstico do seu familiar, contribuindo para aumentar a esperança e ânimo. Assim, ao melhorar o conhecimento das pessoas sobre a TB, estamos a capacitá-las para saberem mais sobre a sua saúde e doença (Sathar et al., 2020).

Recomenda-se que a visita domiciliária seja realizada por pelo menos 2 profissionais de saúde, de modo que a observação da situação seja feita por um, enquanto o outro preenche os instrumentos de apoio a esta atividade (Garcia & Telxela, 2009).



## 4 DOCUMENTAR NO PROCESSO FAMILIAR



Os focos de enfermagem Edifício Residencial, Rendimento Familiar, Abastecimento de água inserem-se na dimensão estrutural do MDAIF e vão de encontro ao preconizado pela OMS, como determinantes a observar durante a visita domiciliária.

No âmbito do MDAIF os postulados, como princípios ou proposições, integram os princípios e as definições que norteiam o processo de enfermagem. Os Princípios são descritos enquanto axiomas empíricos e as Definições como declarações que traduzem a relação entre os conceitos metaparadigmáticos e respetivos pressupostos, com os fenómenos relevantes na avaliação e intervenção familiar (Figueiredo, 2012).

### 4.1 Avaliação estrutural

De acordo com Figueiredo (2012) a avaliação estrutural incide sobre a estrutura da família visando identificar a composição da mesma, os vínculos existentes entre a família e outros subsistemas como a família extensa e os sistemas amplos e ainda aspetos específicos do contexto ambiental, que podem indiciar riscos de saúde. Nesta dimensão englobam-se as Definições: composição da família; tipo de família; família extensa, sistemas mais amplos; classe social; edifício residencial; sistema de abastecimento e ambiente biológico.

No entanto, e como já referido anteriormente, somente irão ser explanados neste documento os focos de enfermagem passíveis de serem associados a indicadores de saúde avaliados pela USP.

#### 4.1.1 Foco: Rendimento Familiar

A escala de Graffar Adaptada, utilizada no MDAIF é definida como um dado para a caracterização da categoria classe social, contudo através da análise específica de cada um dos itens constituintes da mesma, e face aos resultados obtidos, é possível induzir uma avaliação particular no âmbito das áreas de atenção rendimento familiar e edifício residencial (Figueiredo, 2012).

Determinar a classe social possibilita a compreensão mais aprofundada dos recursos e fatores de stress familiar que possam estar associados aos aspetos económicos, de escolaridade, de grupo profissional e ainda do contexto residencial (Figueiredo, 2012).

**Rendimento Familiar** reflete a "(...) relação entre os recursos económicos previsíveis e a capacidade para assegurar a segurança e satisfação das necessidades básicas dos membros da família." (Figueiredo, 2012, p.75). Estimado a origem do rendimento familiar no grau 4 ou 5, é necessário proceder à avaliação do conhecimento da família sobre a gestão desse rendimento.

**Tabela 1 - Registo do foco Rendimento Familiar em SCLINIC**

<b>FOCO: RENDIMENTO FAMILIAR</b>		
<b>Juízo</b>	Insuficiente/ Não Insuficiente	Demonstrado/ Não demonstrado
<b>Critérios diagnóstico</b>	Rendimento Familiar Insuficiente se: Origem do rendimento familiar (Escala de Graffar) no grau 4 ou grau 5	Rendimento Familiar Insuficiente se e/ou: Conhecimento sobre gestão do rendimento, de acordo com as despesas familiares, Não Demonstrado
<b>Diagnóstico CIPE®</b>	Rendimento Familiar Insuficiente	Conhecimento sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares Não demonstrado
<b>Intervenções</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Requerer serviços sociais (técnica de serviço social)</li> <li>• Orientar a família para serviços sociais (técnica de serviço social)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover a gestão do rendimento familiar</li> </ul>

Fonte: Adaptado de Figueiredo, M. (2012, p.138).

#### 4.1.2 Foco: Edifício Residencial

Figueiredo (2012), associou os critérios definidos para o tipo de habitação à Escala de Graffar Adaptada, permitindo uma caracterização mais objetiva e ampla da mesma.

Assim sendo, obtendo-se uma pontuação ao nível do grau 4 ou 5, com base na premissa de que o edifício residencial não proporciona condições de segurança adequadas, a avaliação é direcionada ao conhecimento da família sobre os riscos inerentes a esta condição.

**Tabela 2: Critérios relativos ao Tipo de Habitação (de acordo com Escala de Graffar)**

<b>Grau 1</b>	Habitação espaçosa, bem conservada com aquecimento central/ ar condicionado e eletrodomésticos além dos essenciais (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa); Água/saneamento básico/ eletricidade, boa ventilação, luz natural e mais 3 dos seguintes critérios: casa com doméstica; court de ténis; condomínio privado; acabamentos de luxo; peças de decoração raras e caras; piscina; ginásio
<b>Grau 2</b>	Habitação espaçosa e bem conservada, aquecimento central/ ar condicionado, eletrodomésticos além dos essenciais (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa); Água/saneamento básico/ eletricidade, boa ventilação e luz natural,
<b>Grau 3</b>	Habitação bem conservada, casa de banho, cozinha, sala e quartos e eletrodomésticos essenciais (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa), Água/saneamento básico eletricidade, boa ventilação e luz natural,
<b>Grau 4</b>	Condições exíguas (espaços muito pequenos), mau estado de conservação (humidade, paredes e soalho em mau estado) + sem todos os eletrodomésticos essenciais (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa), escassa ventilação e sem um dos seguintes elementos: água/ saneamento básico/eletricidade, escassa ventilação e falta de luz natural
<b>Grau 5</b>	Barraca, Mau estado de conservação (humidade, paredes e soalho em mau estado), sem ventilação, condições exíguas (espaços muito pequenos), sem água/saneamento básico/eletricidade, sem ventilação e sem luz natural

Fonte: Adaptado de Figueiredo, M., (2012, p.195).

**Edifício Residencial** é entendido como o "(...) espaço habitacional onde reside a família e que lhe proporciona abrigo e proteção, inclui aspetos da habitação relacionados com a existência de barreiras arquitetónicas, o tipo de aquecimento e de abastecimento de gás e ainda a higiene da habitação" (Figueiredo, 2012, p.75).

Os dados que emergem desta avaliação permitem estabelecer os diagnósticos: Edifício Residencial Seguro/ Não seguro; Edifício Residencial Negligenciado/ Não Negligenciado.

Tabela 3- Registo do foco Edifício Residencial em SCLINIC

<b>FOCO: EDIFÍCIO RESIDENCIAL</b>		
<b>Juízo</b>	Seguro/ Não Seguro	Negligenciado/ Não negligenciado
<b>Crítérios diagnóstico</b>	Edifício residencial Não Seguro se: • Tipo de Habitação grau 4 ou grau 5 (Escala de Graffar • Conhecimento sobre riscos de edifício residencial não seguro: Não demonstrado	Edifício residencial negligenciado se: Higiene da Habitação NÃO • Conhecimento sobre governo da casa: Não demonstrado • Conhecimento sobre riscos de deficiente higiene habitacional: Não demonstrado
<b>Diagnóstico CIPE®</b>	Edifício residencial não seguro	Edifício residencial negligenciado
<b>Intervenções</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Requerer serviço social (técnica de serviço social)</li> <li>• Requerer serviços médicos (Autoridade de saúde concelhia)</li> <li>• Orientar a família para serviços sociais (técnica de serviço social, autarquia, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensinar sobre riscos de edifício residencial não seguro</li> <li>• Ensinar sobre riscos de deficiente higiene habitacional</li> <li>• Promover governo da casa</li> <li>• Reforçar o governo da casa</li> <li>• Instruir a família sobre governo da casa</li> <li>• Motivar a família para governo da casa</li> <li>• Requerer serviços sociais (IPSS)</li> </ul>

Fonte: Adaptado de Adaptado de Figueiredo, M. (2012, p.138).

De notar que os dados relativos à higiene da habitação coadunam-se com as condições de salubridade ambiental, que promovem condições favoráveis para a saúde, tendo sido definidos 3 indicadores para a avaliação:

- Organização (ausência/ presença de louça suja; ausência presença de objetos espalhados pelo chão, ausência de roupa acumulada pelas divisões e da habitação).
- Presença de insetos e roedores.
- Limpeza ausência/ presença de paredes, teto e pavimentos sem manchas ou outros resíduos ou/ e de pós acumulado e de gordura.

#### 4.1.3 Foco: Abastecimento de Água

Este foco integra o abastecimento de água e o tratamento de resíduos, considerados como aspetos primários na manutenção da saúde dos indivíduos e famílias. Quando o abastecimento de água não é adequado, é necessário ensinar sobre a importância do controlo da qualidade da água, instruir sobre estratégias de manutenção da qualidade da água e orientar para os serviços de controlo da qualidade (Figueiredo, 2012).

**Abastecimento de Água** refere-se à "(...) acessibilidade de água potável essencial para a manutenção das condições necessárias à promoção da saúde. Esta toma maior relevo quando é utilizada água de rede privada para consumo humano." (Figueiredo, 2012, p.77).

Tabela 4- Registo do foco Abastecimento de Água em SCLINIC

<b>FOCO: RENDIMENTO FAMILIAR</b>		
<b>Juízo</b>	Adequado/ não adequado	
<b>Crítérios diagnóstico</b>	Abastecimento de água não adequado se: • Se Utilização da água de rede privada para consumo humano e a família NÃO efetua o controle de qualidade • Se Conhecimento não demonstrado sobre controlo da qualidade e/ou • Se Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de manutenção da qualidade da água	
<b>Diagnóstico CIPE®</b>	Abastecimento de água não adequado	Edifício residencial negligenciado
<b>Intervenções</b>	Intervenções possíveis: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensinar sobre a importância do controlo da qualidade da água</li> <li>• Instruir sobre estratégias de manutenção da qualidade da água</li> <li>• Orientar para serviços de controlo da qualidade da água</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensinar sobre riscos de edifício residencial não seguro</li> <li>• Ensinar sobre riscos de deficiente higiene habitacional</li> <li>• Promover governo da casa</li> <li>• Reforçar o governo da casa</li> </ul>

Fonte: Adaptado de Adaptado de Figueiredo, M. (2012, p.140).

## 5 GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO

Tal como referenciado por diversos autores, as atividades a desenvolver durante a visita domiciliária podem ser diversas e abrangem atividades dirigidas, entre outras, para a avaliação da adesão ao regime terapêutico. Com base nesta premissa, o instrumento de recolha de dados a utilizar durante a visita domiciliária à pessoa com TB (Apêndice I) inclui duas questões que, de uma forma sumária e não exaustiva, pretendem determinar o conhecimento da pessoa sobre o tratamento da TB e da sua vontade de o cumprir, por forma a estabelecer estratégias e parcerias com os enfermeiros e outros profissionais das Unidades Funcionais e do CDP para contribuir para a adesão ao regime terapêutico.

A TB é uma doença curável, cerca de 85% das pessoas que desenvolvem a doença pulmonar ativa podem ser tratadas com sucesso através de um regime terapêutico com duração aproximada de 6 meses. Contudo verificam-se altas taxas de abandono do tratamento, que contribuem para o surgimento de novas formas da doença, como a Tuberculose Multirresistente (MDR-TB) e Tuberculose Extensamente Resistente (XDR-TB), conferindo uma dimensão ainda mais premente à importância da adesão ao mesmo.

Souza et al. (2018) identificaram 7 categorias relacionadas com o abandono do tratamento: a falta de informação sobre a doença tanto para a pessoa com TB como para a sua família; o uso de álcool e substâncias ilícitas; barreiras sociais, económicas, demográficas e culturais; o grau de escolaridade; problemas inerentes ao uso dos medicamentos e questões relacionadas com a própria estratégia da Toma Observada Diretamente (TOD).

Considera-se que a adesão ao tratamento depende do conhecimento que a pessoa, incluindo a sua família, detém sobre a patologia, a duração do tratamento prescrito, a importância da regularidade no uso da medicação e do seu conhecimento sobre as consequências relacionadas com a interrupção do tratamento. O medo da transmissão da infeção à família e o medo desta em adquirir a infeção, o autoisolamento e a discriminação familiar também podem ser percebidos como fatores que influenciam a não adesão ao regime terapêutico, visto que as relações familiares fornecem um suporte social fundamental. (Chirinos et al., 2015). O suporte social insuficiente tanto no meio social quanto no familiar, é um fator limitante, que pode contribuir para a depressão e ao abandono do tratamento.

Os efeitos adversos causados pelos medicamentos, parecem ser mais dissuasores do que os sintomas da doença, levando as pessoas a abandonarem o regime terapêutico (Chirinos et al., 2015). A própria TOD também surge como uma barreira, já que é entendida como uma alteração na rotina diária que traz constrangimentos, os quais parecem ser ampliados por a pessoa considerar que está sujeita a uma maior exposição. Estabelecer um plano terapêutico com maior flexibilidade e adequar a TOD às necessidades da pessoa será fundamental para gerar menos alterações no seu dia-a-dia e garantir uma melhor adesão (de Souza et al., 2018).

Na comunidade científica existe uma preocupação crescente com a saúde mental da pessoa com TB, particularmente depressão e a ansiedade. Em conjunto, representam duas das comorbidades mais frequentes entre os doentes com TB pulmonar, contribuindo para uma baixa adesão ao regime terapêutico, que por sua vez, resulta numa menor taxa de sucesso do tratamento e num aumento da morbidade e mortalidade. A ansiedade e a depressão afetam negativamente a capacidade de lidar com o stress, com os efeitos secundários da medicação e outros desafios da vida diária (Mohammedhussein et al., 2020).

As perturbações mentais podem afetar até 70% dos indivíduos com TB (Doherty et al., 2013; A. Sweetland et al., 2014) e representam um risco significativo tanto nos atrasos da procura de cuidados de saúde, como na baixa adesão ao regime terapêutico ou até no abandono do mesmo (Sweetland et al., 2017). Estudos recentes indicam que esta baixa adesão é mais significativa em doentes com MDR-TB e em doentes que referem efeitos adversos ao tratamento (Stoichita et al., 2021, Mohammedhussein et al., 2020, Walker et al., 2019)

A elevada prevalência de depressão e ansiedade, e a associação plausível entre as perturbações mentais e a fraca adesão devem contribuir para que responsáveis pelos Programas Nacionais da Tuberculose considerarem a introdução do rastreio e tratamento para a depressão e ansiedade como uma estratégia fundamental.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (n.º), a prática holística de enfermagem na inclui entre outros avaliar o risco de não adesão, incluindo aspetos físicos, mentais, comportamentais, socioculturais, ambientais e espirituais. Por isso no sentido de efetuar um levantamento sintomatológico da ansiedade e da depressão, da pessoa com TB no decorrer da visita domiciliária, optou-se pela utilização do instrumento *Patient Health Questionnaire-4* (PHQ-4), desenvolvido e validado por Kroenke, Spitzer, Williams & Löwe em 2009, com uma bolsa de estudos da Pfizer, Inc &, e que de acordo com os seus autors, não carece de permissão para reproduzir, traduzir, exibir ou distribuir.

dos sintomas/sinais principais de depressão e ansiedade, combinando a medida de dois pontos do PHQ-2, que consiste em critérios fundamentais para a depressão, com uma medida de dois itens para a ansiedade (GAD-2) (Kroenke et al., 2009).

Estudos anteriores realizados pelos autores utilizando as subescalas separadamente já tinham estabelecido que pontuações iguais ou superiores a 3 pontos remetem para sintomas moderados a graves na dimensão a que correspondem (Kroenke et al., 2003, 2007).

Assim sendo a pontuação total da PHQ-4 varia entre 0 e os 12 valores. Pontuações de 6 pontos ou mais no total, sugerem a existência de níveis significativos de prejuízo para o correto funcionamento psicológico. Os autores alertam, no entanto, que uma pontuação elevada no PHQ-4 não representa um diagnóstico em si, mas é, em vez disso, um indicador para um inquérito mais aprofundado para determinar a presença ou ausência de um distúrbio clínico que justifica uma avaliação mais aprofundada por um profissional da área de saúde mental. (Kroenke et al., 2009; Löwe et al., 2010).



## GLOSSÁRIO



### Caso índice

A OMS define um caso de índice como o caso inicialmente identificado de TB, novo ou recorrente, numa pessoa de qualquer idade num agregado familiar específico ou noutra cenário comparável em que outros possam ter sido expostos (WHO, 2012b).

### Contacto

Qualquer pessoa que tenha sido exposta a um caso índice (WHO, 2020b).

### Conviventes/ coabitantes

Pessoa que partilhe o mesmo espaço habitacional fechado, por um período de uma ou mais noites ou por períodos frequentes ou prolongados durante o dia, com o caso índice durante os três meses antes do início do episódio de tratamento atual. Pode ser qualquer pessoa que viva em casa no momento do diagnóstico do caso do índice, ou que viva no agregado familiar a tempo inteiro ou que tenha vivido em casa por um número de semanas ou meses; qualquer pessoa que passe mais do que um certo número de horas por semana em casa (de especial consideração para crianças que possam estar em cuidados fora de uma casa ou com um parente que ocasionalmente vem a casa); qualquer pessoa que tenha refeições com o agregado familiar regularmente (Who, 2020b).

### Contactos próximos

Pessoas que não fazem parte do agregado familiar, mas que com ele partilhem um espaço fechado, como um local de encontro social, local de trabalho ou escolar, por períodos prolongados durante o dia com o caso do índice durante os 3 meses antes do início do atual episódio de tratamento. Pessoas com 8 ou mais horas cumulativas de contacto (durante o período de contagiosidade), nos casos em que o doente tem baciloscopia positiva. Ou 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 o *Mycobacterium tuberculosis* (WHO, 2020b, Correia et al, 2013).

### Contacto esporádico

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 *Mycobacterium tuberculosis* durante o período de contagiosidade (WHO, 2020b, Correia et al, 2013).

## REFERÊNCIAS

- Ayakaka, I., Ackerman, S., Ggita, J. M., Kajubi, P., Dowdy, D., Haberer, J. E., Fair, E., Hopewell, P., Handley, M. A., Cattamanchi, A., Katamba, A., & Davis, J. L. (2017). Identifying barriers to and facilitators of tuberculosis contact investigation in Kampala, Uganda: A behavioral approach. *Implementation Science*, 12(1), 1–14. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s13012-017-0561-4>
- Carvalho, A. (2021, 24-25 de setembro). *O rastreio da tuberculose*. (Comunicação oral). Formação Tuberculose. Programa Nacional Para a Tuberculose. Portugal
- Chakaya, J., Khan, M., Ntoumi, F., Aklillu, E., Fatima, R., Mwaba, P., Kapata, N., Mfinanga, S., Hasnain, S. E., Katoto, P. D. M. C., Bulabula, A. N. H., Sam-Agudu, N. A., Nachega, J. B., Tiberi, S., McHugh, T. D., Abubakar, I., & Zumla, A. (in press). Global Tuberculosis Report 2020 – Reflections on the Global TB burden, treatment and prevention efforts. *International Journal of Infectious Diseases*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijid.2021.02.107>
- Chirinos, N., Meirelles, B., & Bousfield, A. (2015). Representações sociais das pessoas com tuberculose sobre o abandono do tratamento. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(esp), 207–214. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56723>
- Correia, A. M., Valente, P., & Duarte, R. (2013). *Programa Nacional para a Tuberculose: Planeamento do rastreio de contactos de doentes com Tuberculose*. Programa Nacional para a Tuberculose.
- de Souza, A., da Silva, M. L., & Miranda, L. (2018). Dificuldades na adesão do plano de tratamento pelo paciente com Tuberculose. *Caderno De Graduação - Ciências Biológicas E Da Saúde*, 4(2), 297–312. <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosauade/article/view/4560>
- Diaz, G., Victoria, A. M., Meyer, A. J., Niño, Y., Luna, L., Ferro, B. E., & Davis, J. L. (2021). Evaluating the quality of tuberculosis contact investigation in Cali, Colombia: A retrospective cohort study. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 104(4), 1309–1316. <https://doi.org/https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-0809>
- Doherty, A. M., Kelly, J., Mcdonald, C., Dwyer, A. M., Keane, J., & Cooney, J. (2013). A review of the interplay between tuberculosis and mental health. *General Hospital Psychiatry*, 35(4), 398–406. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2013.03.018>
- Fernandes, C. I. M. (2019). *Enfermagem Comunitária e MAIEC: um projeto De empoderamento para a vigilância epidemiológica* [Dissertação mestrado, Instituto Ciências da Saúde: Escola de Enfermagem]. Veritati - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa.
- Figueiredo, M. H. de J. S. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência: Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Garcia, I., & Teixeira, C. (2009). Visita domiciliar: um instrumento de intervenção. *Sociedade Em Debate*, 15(1), 165–178. <https://revistas.ucpel.edu.br/index.php/rsd/article/view/365/837>
- International Council of Nurses. (2008). *Linhas de orientação para enfermeiros no cuidado e controlo da tuberculose e da tuberculose multirresistente* (2ª ed.). Ordem dos Enfermeiros.
- Josaphat, J., Dias, J. G., Salvador, S., Resende, V., & Duarte, R. (2014). Tuberculosis : Which patients do not identify their contacts? *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 20(5), 242–247. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.rppneu.2013.11.004>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2003). The patient health questionnaire-2: Validity of a two-item depression screener. *Medical Care*, 41(11), 1284–1292. <https://doi.org/10.1097/01.MLR.0000093487.78664.3C>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2009). An Ultra-Brief Screening Scale for Anxiety and Depression: The PHQ-4. *Psychosomatics*, 50(6), 613–621. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(09\)70864-3](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(09)70864-3)
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Monahan, P. O., & Löwe, B. (2007). Anxiety Disorders in Primary Care: Prevalence, Impairment, Comorbidity, and Detection. *Annals of Internal Medicine*, 146(5), 317–325. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004>
- Löwe, B., Wahl, I., Rose, M., Spitzer, C., Glaesmer, H., Wingenfeld, K., Schneider, A., & Brähler, E. (2010). A 4-item measure of depression and anxiety\_ Validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *Journal of Affective Disorders*, 122(1–2), 86–95. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.06.019>
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. LIDEL.
- Mohammedhussein, M., Alenko, A., Tessema, W., & Mamaru, A. (2020). Prevalence and associated factors of depression and anxiety among patients with pulmonary tuberculosis attending treatment at public health facilities in Southwest Ethiopia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 16, 1095–1104. <https://doi.org/10.2147/NDT.S249431>
- Mtui, L., & Spence, W. (2014). An exploration of NHS staff views on tuberculosis service delivery in Scottish NHS boards. *Journal of Infection Prevention*, 15(1), 24–30. <https://doi.org/10.1177/1757177413500511>
- Programa Nacional para a Tuberculose. (2020a). *Manual de tuberculose e micobactérias não tuberculosas*. Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-tuberculose-e-micobacterias-nao-tuberculosas-recomendacoes.aspx>
- Programa Nacional para a Tuberculose. (2020b). *Relatório de vigilância e monitorização da tuberculose em Portugal: dados definitivos 2018/19*. Direção Geral da Saúde.
- Puma, D. V., & Olga, P. (2017). Risk of Active Tuberculosis among Index Case of Householders — A Long-Term Assessment after the Conventional Contacts Study. *Public Health Nursing*, 34(2), 112–117. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/phn.12279>

Sathar, F., Velen, K., Peterson, M., Charalambous, S., & Chetty-Makkan, C. M. (2020). "Knock Knock": A qualitative study exploring the experience of household contacts on home visits and their attitude towards people living with TB in South Africa. *BMC Public Health*, 20(1047), 1–7. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12889-020-09150-1>

Sousa, A. S. (2021, 24-25 de setembro). *A articulação com os diferentes níveis de cuidados de saúde*. (Comunicação oral). Formação Tuberculose. Programa Nacional Para a Tuberculose. Portugal.

Stanhope, M., & Lancaster, J. (2019). *Public Health Nursing: population-centered health care in the community* (10th ed.). Elsevier.

Stop TB Partnership. (2018). *Stop TB Field Guide: Using contact investigation to improve TB case detection*. United Nations Office for Project Services. [https://stop-tb-strategicinitiative.org/elearning/wp-content/uploads/2019/04/STBFG\\_06.pdf](https://stop-tb-strategicinitiative.org/elearning/wp-content/uploads/2019/04/STBFG_06.pdf)

Sweetland, A. C., Kritski, A., Oquendo, M. A., Sublette, M. E., Norcini Pala, A., Batista Silva, L. R., Karpati, A., Silva, E. C., Moraes, M. O., Lapa e Silva, J. R., & Wainberg, M. L. (2017). Addressing the tuberculosis–depression syndemic to end the tuberculosis epidemic. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 21(8), 852–861. <https://doi.org/10.5588/ijtld.16.0584>

Sweetland, A., Oquendo, M., Wickramaratne, P., Weissman, M., & Wainberg, M. (2014). Depression: a silent driver of the global tuberculosis epidemic. *World Psychiatry*, 13(3), 325–326. <https://doi.org/10.1002/wps.20134>

Stoichita, A., Dumitrescu, A., Ciobanu, A., Oancea, C., Petronela, F., Dabja, R., Dumchev, K., Dadu, A., Mahler-Boca, B., & Akopyan, K. (2021). Depression and anxiety symptoms among people with rifampicin-resistant tuberculosis receiving in-patient care in the National Pulmonology Reference Institute in Romania. *Monaldi Archives for Chest Disease*, 91(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.4081/monaldi.2021.1704>

Walker, I. F., Kanal, S., Baral, S. C., Farragher, T. M., Joshi, D., Elsej, H., & Newell, J. N. (2019). Depression and anxiety in patients with multidrug-resistant tuberculosis in Nepal: an observational study. *Public Health Action*, 9(1), 42–48. <https://doi.org/https://doi.org/10.5588/pha.18.0047>

Wolman, M., Bhavaraju, R., & Lardizabal, A. (2018). The uncertainty, challenges, and variability in tuberculosis congregate setting investigations: The concentric circle model revisited. *Journal of Clinical Tuberculosis and Other Mycobacterial Diseases*, 13, 5–8. <https://doi.org/10.1016/j.jctube.2018.08.001>

Wolman, M., Bhavaraju, R., Napolitano, E., & Kantor, D. (2000). *Performance Guidelines for Contact Investigation: The TB Interview*. Global Tuberculosis Institute at Rutgers State University of New Jersey. <https://globaltb.njms.rutgers.edu/downloads/products/tbinterview.pdf>

World Health Organization. (2012). *Recommendations for investigating contacts of persons with infectious tuberculosis in low- and middle-income countries*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/77741>

World Health Organization. (2015). *The End TB Strategy*. [www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/the-end-tb-strategy](http://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/the-end-tb-strategy)

World Health Organization. (2019) *Guidelines on tuberculosis infection prevention and control 2019 update*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550512>

World Health Organization. (2020a). *Global tuberculosis report 2020*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240013131>

World Health Organization. (2020b). *WHO operational handbook on tuberculosis. Module 1: prevention - Tuberculosis preventive treatment*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331525/9789240002906-eng.pdf>

World Health Organization. (2021). *Global tuberculosis report 2021*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240037021>

Zellweger, J.-P. (2020). Is the EU model for contact investigation applicable to high TB burden settings? *International Journal of Infectious Diseases*, 92(S), S55–S59. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.02.013>

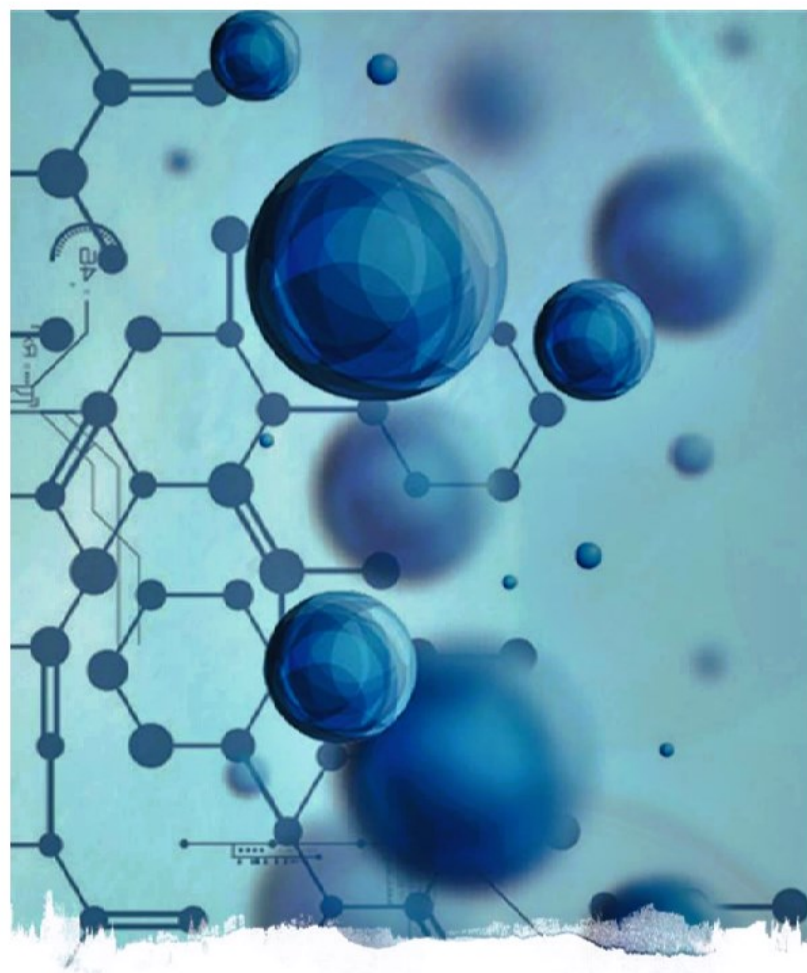
Zumla, A., Chakaya, J., Khan, M., Fatima, R., Wejse, C., Al-Abri, S., Fox, G. J., Nachega, J., Kapata, N., Knipper, M., Orcutt, M., Goscé, L., Abubakar, I., Nagu, T. J., Mugusi, F., Gordon, A. K., Shanmugam, S., Bachmann, N. L., Lam, C., ... Petersen, E. (In press). World Tuberculosis Day 2021 Theme — "The Clock is Ticking" — and the world is running out of time to deliver the United Nations General Assembly commitments to End TB due to the COVID-19 pandemic. *International Journal of Infectious Diseases*. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2021.03.04610>



## **APÊNDICES**



Apêndice I:  
Instrumento para a recolha de dados durante a visita domiciliária à  
pessoa com Tuberculose



SNS SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE

ars *ivt*  
LABORATÓRIOS



GRUPO DA  
TUBERCULOSE

CATOLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
LABORATÓRIOS

Apêndice X – Plano da sessão informativa

## PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO: APRESENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA À EQUIPA DA USP

**População-alvo:** Equipa profissionais de saúde da USP XY-Z que integram o grupo da Tuberculose

**Tema:** Apresentação do projeto de intervenção comunitária

**Local:** Sala de reuniões da USP XY-Z

**Data:** 13/12/2021

**Hora:** 11.00 horas

**Duração:** +/- 30 minutos

**Formadores:** Maria Cristina Varela Lopes

**Finalidade da formação:** Aceitação do projeto de intervenção através do envolvimento da equipa de profissionais

**Objetivo geral:** Contribuir para o envolvimento da equipa de profissionais de saúde do grupo da tuberculose da USP na continuidade do projeto de intervenção

**Objetivos específicos:** Apresentar o projeto de intervenção à equipa; descrever a metodologia utilizada; apresentar as ferramentas/ estratégias desenvolvidas no âmbito do projeto

<i>Etapa</i>	<b>Objetivos</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tempo</b>
<i>Introdução</i>	Apresentar a formadora Apresentar os objetivos da sessão	Apresentação da formadora Apresentação dos conteúdos a abordar	Método Expositivo	Meios audiovisuais: Computador	3 minutos
<i>Desenvolvimento</i>	Contextualizar as etapas do Planeamento em saúde no âmbito do projeto Apresentar o folheto educativo para a pessoa com TB Apresentar a ferramenta de colheita de dados para a VD Apresentar o manual Orientador de boas práticas	Introdução à temática do projeto Apresentação das atividades desenvolvidas no âmbito do projeto	Método Expositivo/ interativo	Meios audiovisuais: Computador	15 minutos
<i>Conclusão</i>	Resumir os pontos chave da sessão Esclarecer dúvidas colocadas pelos participantes	Esclarecimento de dúvidas colocadas pelos profissionais no âmbito do projeto	Método Expositivo/ interativo	Meios audiovisuais: Computador	5 minutos
<i>Avaliação</i>	Aplicar questionário de satisfação	Questionário online, 4 questão numa escala tipo Likert e uma questão aberta	Método interrogativo	Meios audiovisuais: Computador (Questionário online)	5 minutos

Apêndice XI – Diapositivos da sessão informativa

**Vigilância Epidemiológica TB**

A identificação de contactos no âmbito da Vigilância Domocliária

Cristina Varela Lopes  
 IAP Centro de Medicina de Epidemiologia Comunitária  
 Área de Epidemiologia Infecciosa de Saúde Comunitária e Saúde Pública de Universidade Lusitana Portugal

Orquestração Clínica, Prof. Esp. ESCP Helena Correia  
 (coordenadora), Prof. Dr. Ana Rebelo



12 dezembro 2021

ICERSA

1

**Sumário**

- Enquadramento do projeto
- Introdução à temática do projeto
- Etapas de execução do projeto
- Apresentação das atividades desenvolvidas:
  - Instrumento recolha de dados
  - Folheto informativo para a pessoa com TB
  - Manual Orientador

2

**Enquadramento**

3

**Tuberculose: Um pouco de história...**

- A tuberculose (TB) é tão antiga quanto a espécie humana
- Múmias egípcias: Fragmentos de coluna vertebral datados de 3 400 AC -> evidência de sinais de lesões como lesões tuberculosas
- Surge pela primeira vez na literatura grega, por volta de 450 AC
- 1865 - Villemin: TB pode ser transmitida seres humanos aos bovinos e dos bovinos aos coelhos -> Tuberculose contagiosa causa seria microorganismo
- 24 de março de 1882, anunciado a descoberta do *Mycobacterium tuberculosis* (Mtb) por Koch, em Berlim
- 120 anos depois: mais de 50 anos da disponibilidade vacina e 6 décadas de tratamento eficaz -> continuam a morrer anualmente 1,5 milhões de pessoas com Tuberculose em todo o mundo

World Health Organization (2020). Global tuberculosis report 2020  
 International Council of Nurses. (2018). Oribas de investigação para enfrentar os desafios e o estado de liderança e de liderança multinacional (2018)

4

**TB: Factos**

- 1,5 milhões de mortes a nível mundial (2020)
- 13ª causa de morte em todo o mundo, segunda por doença infecciosa
- 30 milhões de pessoas com doença ativa em 2020, entre elas 1,1 milhões de crianças
- A TB multiresistente aumentou 10% em 2019 -> ameaça de saúde pública
- Diminuição da incidência global de 2% ao ano -> não é suficiente para cumprir a meta estabelecida End TB Strategy
- Eradicar a TB até 2030: Objetivos de desenvolvimento sustentável das Nações Unidas.
- Pandemia COVID-19 representa uma ameaça: contribui para aumento de mortalidade e morbilidade. "Atraseou o relógio: 8 anos na luta TB".

World Health Organization. (2021). Global tuberculosis report 2021

5

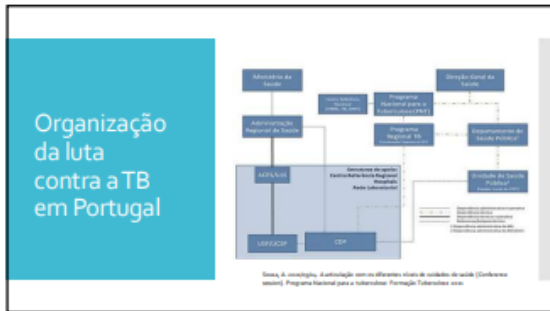
**Estratégia global de luta contra a tuberculose: End TB Strategy**



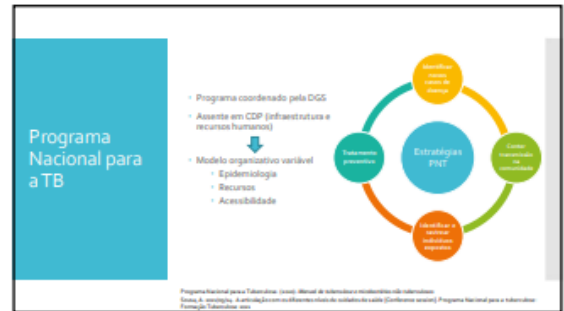
- Visão: "Um mundo livre da tuberculose: zero morte, zero casos novos e zero sofrimento devido à tuberculose"
- Meta para 2035, reduzir a incidência em 95,9% (o comparação com 2015)
- Reduzir 97 mortes por TB em 99% (o comparação com 2015)
- Assente em 3 grandes pilares:
  - Prevenção e cuidados integrados, centrados no doente,
  - Políticas avançadas e sistemas de apoio, intervenção social e política para redução dos determinantes da doença
  - Intensificação da pesquisa e da inovação: necessidade urgente investigação, novos tratamentos e profissões

World Health Organization (2019). The End TB Strategy

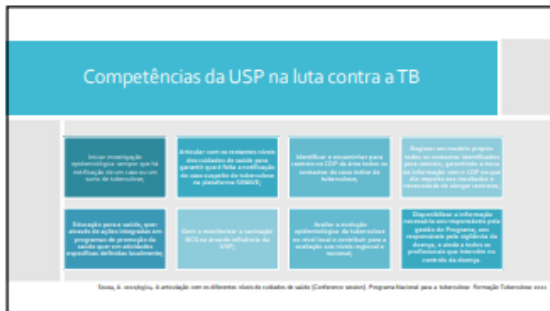
6



7



8



9



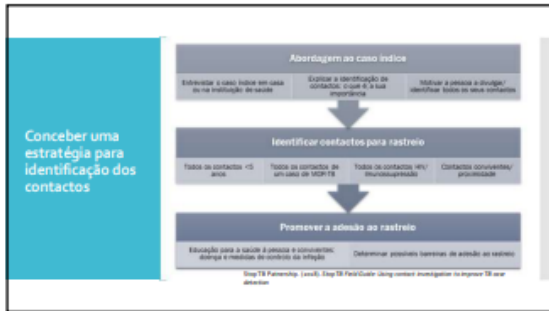
10



11



12



13

**Risco aumentado de exposição a doentes com tuberculose ativa**

- Contactos próximos de pessoa com tuberculose ativa
- Migrantes de países com elevada incidência de tuberculose (que migraram nos últimos 5 anos de países com alta incidência de tuberculose)
- Pessoas com estadia superior a 2 mês em áreas com alta incidência de tuberculose
- Trabalhadores em locais / instituições onde o risco de exposição a tuberculose é elevado – hospitais, lares, prisões, abrigos

**Pessoas com alto risco desenvolver tuberculose**

Programa Nacional para a Tuberculose (Londres), Manual de tuberculose em contexto de endemias

14

**Risco elevado de progressão para doença quando infetados**

Pessoas com fatores de risco individuais tais como:

- Infeção por VIH
- Consumidores de álcool ou drogas
- Antecedentes de tuberculose ou infeção recente (pessoas que tiveram conversão tuberculínica /IGRA nos últimos 2 anos)
- Malnutrição
- Comorbilidades: diabetes mellitus, sífilose, doença renal crónica, transplantados de órgãos sólidos
- Pessoas com resposta imune inadequada ou sob-terapêutica imunossupressora (corticosteróides em dose superior a 15 mg/dia por 2 a 4 semanas), ou outros fármacos imunossupressores) ou tratamento com biológicos que interferem com resposta imunitária celular anti-TNF- $\alpha$
- Idade inferior a 5 anos

**Pessoas com alto risco desenvolver tuberculose**

Programa Nacional para a Tuberculose (Londres), Manual de tuberculose em contexto de endemias

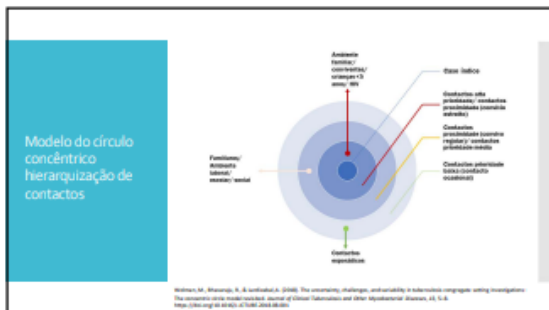
15

**A priorização dos contatos a rastrear depende de:**

- Grau de infecciosidade e período de infecciosidade do caso índice
- Duração da exposição ao caso índice
- Condições físicas do local de transmissão
- Probabilidade dos contactos infetados desenvolverem tuberculose
- Proporção de pessoas identificadas como infetadas

Carvalho, B. (2003) O controlo da tuberculose. Programa Nacional Para a Tuberculose. Fundação de Tuberculose, Lda

16



17

**Visita Domiciliária: uma estratégia e uma metodologia**

Identificação de Contactos	Avaliação da habitação
Avaliação dos determinantes socioeconómicos referentes uma oportunidade única para identificar oportunidades de apoio social, adicional entre outros.	Fornecer aconselhamento sobre a doença e educação para a saúde: pessoa e família
Informação sobre medidas de controlo de infeção	Avaliação da adesão ao regime terapêutico

Manual de visita domiciliar. Projeto TB Parceria (Londres) com o apoio do Instituto de Saúde Pública da Universidade de Coimbra

18

## Adesão ao tratamento

- Altas taxas de abandono do tratamento contribuem para:
  - novas formas da doença, como a TMDR-TB e XDR-TB
- Não adesão é maior em doente com MDR-TB e em doentes que referem efeitos adversos ao tratamento
- A **CE** (p. 6) refere que prática centrada no doente inclui avaliar o risco de não adesão → aspetos físicos, mentais, comportamentais, socioculturais...
- Estudos estabelecem associação plausível entre perturbações saúde mental e adesão ao tratamento

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia de Atenção à Saúde da Pessoa com Tuberculose Multirresistente (MDR-TB) e Tuberculose Extensamente Resistente (XDR-TB). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 104 p.

19

- Existe associação travestida com a saúde mental da pessoa com TB, particularmente perturbações depressivas e ansiedade → podem afetar até 70% dos indivíduos com TB
- Estas perturbações são fator de risco para:
  - atraso à procura de cuidados de saúde
  - baixa adesão ao regime terapêutico
  - maior risco terapêutico
- Afetam terapeuticamente:
  - capacidade de lidar com o stress
  - com os efeitos secundários da medicação
  - efeitos da vida diária
- Autores defendem → Programas Nacionais de sem garantido que o rastreio e tratamento para a depressão e ansiedade, mais valia para o doente e comunidade



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia de Atenção à Saúde da Pessoa com Tuberculose Multirresistente (MDR-TB) e Tuberculose Extensamente Resistente (XDR-TB). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 104 p.

20

## O Projeto Intervenção Comunitária

21

## Metodologia Planeamento Saúde: Diagnóstico Situação

### Identificação de problemas e necessidades

- Definição de área temática:
  - Definição do tema (Programa Luta TB)
  - Reunião com Enfermeira Gestora da USP e Enfermeira orientação clínica
  - Reunião com equipa enfermagem CDP
- Identificação necessidades:
  - Técnica → Aproximação por informadores-chave: identificar necessidades da equipa no âmbito da otimização do inquérito epidemiológico à pessoa com TB
  - Instrumento: Entrevista semiestruturada
    - 4 entrevistas
- População-alvo: Profissionais de saúde da USP intervenientes no Programa de Luta TB
- Amostra: Não probabilística
- Método de análise de dados → Análise Conteúdo Bardin

22

## Resultados

- Necessidade expressa pelos profissionais de saúde para a retoma das visitas domiciliárias, no âmbito do inquérito epidemiológico para identificação de contactos, condições socioeconómicas, familiares e habitacionais
- Necessidade expressa:
  - Existência de um instrumento para colheita de informação
  - Informação escrita para distribuir à pessoa durante a visita domiciliária: educação para a saúde para a pessoa com TB e os seu contactos
- Necessidades expressa na articulação entre as Unidades Funcionais (i.e.: CDP) principalmente na transmissão de informação.

23

## Metodologia Planeamento Saúde: Determinação das prioridades

Grêta de análise (Tavares, 1990)

Critérios	Diagnóstico Subavaliado (DPA) 2009		
	DI: Avaliação compreensiva dos indicadores, face ao inquérito epidemiológico na identificação de problemas	DC: Necessidade vital de eliminar a subutilização de unidades dentro a zona domiciliária	DE: Desempenho de papel dos indicadores compreensivos, face a barreiras na articulação entre as Unidades Funcionais
Importância do problema	0	0	0
Medida problema e fatores de risco	0	0	0
Capacidade técnica de resolução do problema	0	0	-
Exponibilidade do projeto ao da comunidade	-	0	-
Normalização	2	1	4

24

**Metodologia Planeamento Saúde: Fixação Objetivos**

OBJETIVO GERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
Contribuir para a otimização da identificação de contactos no âmbito do inquérito epidemiológico a efetuar pela equipa de enfermagem da USF, à pessoa com tuberculose.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Construir uma ferramenta, em suporte de papel, que permita a sistematização da informação a obter durante a identificação de contactos no decurso da visita domiciliária</li> <li>Criar material de educação em saúde para fornecer à pessoa com Tuberculose no decurso da visita domiciliária</li> <li>Contribuir para a promoção de aumento do conhecimento no registo de informação obtida durante a visita domiciliária e os cuidados de enfermagem em SCLINIC</li> <li>Envolver os profissionais de saúde no projeto, promovendo a sua continuidade</li> </ul>

25

**Metodologia Planeamento Saúde: Preparação Operacional**

Objetivo	Atividade
Objetivo Específico 1: Construir uma ferramenta, em suporte de papel, que permita a sistematização da informação a obter durante a visita domiciliária e a identificação de contactos	Elaboração de um instrumento para registo no âmbito do inquérito de contactos durante a visita domiciliária no âmbito do inquérito epidemiológico à pessoa com tuberculose
Objetivo Específico 2: Criar material informativo de educação para a saúde, para fornecer à pessoa com Tuberculose no decurso da visita domiciliária	Elaboração de folhetos informativos para a pessoa com tuberculose e de outros materiais educativos
Objetivo Específico 3: Contribuir para a promoção de aumento do conhecimento no registo de informação obtida durante a visita domiciliária e os cuidados de enfermagem em SCLINIC	Elaboração de um guia de boas práticas para registo de informação durante a visita domiciliária em SCLINIC, em parceria com a enfermagem de saúde
Objetivo Específico 4: Envolver os profissionais de saúde no projeto, promovendo a sua continuidade	Realização de uma reunião informativa com a equipa de enfermagem de saúde de saúde do programa de tuberculose

26

**Metodologia Planeamento Saúde: Seleção de estratégias**

- Objetivo 1: Revisão da literatura
- Objetivo 2: Educação para a Saúde
- Objetivo 3: Aumento do conhecimento da equipa dos profissionais de enfermagem sobre registos no SIE -> SCLINIC
- Objetivo 4: Aceitação do projeto através do envolvimento da equipa

27

**Metodologia Planeamento Saúde: Preparação Operacional**

28

**Metodologia Planeamento Saúde: Avaliação**

Indicadores de atividade

Indicador	Instrumento de avaliação/Instrumento	Unidade de medida
Elaboração de um guia para sistematização de dados de identificação de contactos no âmbito do inquérito epidemiológico à pessoa com tuberculose	Formulário de registo de contactos	% de contactos registados % de contactos prestados = 40%
Elaboração de folhetos informativos para a pessoa com tuberculose e de outros materiais educativos	Taxa de aceção de atividades	% de atividades realizadas % de atividades prestadas = 40%
Contribuição de um guia de boas práticas para registo de informação durante a visita domiciliária e os cuidados de enfermagem em SCLINIC	Taxa de aceção de atividades	% de atividades realizadas % de atividades prestadas = 40%
Realização de uma reunião informativa com a equipa de enfermagem integrada ao âmbito do programa de tuberculose	Participação de profissionais que participaram no projeto	% de profissionais de saúde presentes na reunião informativa % de profissionais de saúde do SIF que integraram o projeto dentro do SIF % de profissionais de SIF que integraram o projeto dentro do SIF que aceitaram a visita = 40%

29

**Metodologia Planeamento Saúde: Avaliação**

Indicadores de resultado

Indicador de resultado no impacto	Objetivos operacionais
Taxa de aplicação do instrumento de registo de dados para a visita domiciliária e identificação de contactos no âmbito do inquérito epidemiológico	Realizar um contacto com identificação de contactos no âmbito do inquérito epidemiológico à pessoa com tuberculose
Taxa de registo de dados de identificação de contactos no âmbito do inquérito epidemiológico	Realizar um contacto com identificação de contactos no âmbito do inquérito epidemiológico à pessoa com tuberculose
Participação de profissionais que aceitaram a visita domiciliária	Realizar um contacto com identificação de contactos no âmbito do inquérito epidemiológico à pessoa com tuberculose
Realização de uma reunião informativa com a equipa de enfermagem integrada ao âmbito do programa de tuberculose	Realizar um contacto com identificação de contactos no âmbito do inquérito epidemiológico à pessoa com tuberculose

30



31

**Vigilância Epidemiológica TB**  
 A identificação de contactos no âmbito da Visitação Domiciliária

**Cristina Varella Lopes**  
 1.ª Docente de Medicina em Epidemiologia  
 Área de Epidemiologia em Portugal  
 Comissão de Epidemiologia de Saúde Comunitária e  
 Saúde Pública de Universidade Nova de Lisboa Portugal

Oratória Clínica - 2.ª Fes. 2023/24  
 Docente: Prof. Dr. Aires Almeida

12 dezembro 2023

UMEL  
 Universidade Nova de Lisboa

The slide features a blue header with the title and subtitle. It includes a graphic of human lungs, a molecular structure diagram, and a small image of a microscope. The text is in white and black on a blue background.

32

Apêndice XII – Questionário de avaliação da sessão informativa



## Questionário de Avaliação Global da Ação de Formação

Este inquérito pretende avaliar a sessão de formação realizada no dia 13/12/2021, cujo intuito foi a apresentação do projeto de intervenção comunitária desenvolvido nesta Unidade, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, área especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública da Universidade Católica Portuguesa.

A sua opinião é muito importante para determinar o grau de satisfação e utilidade desta sessão. Agradece-se desde já o preenchimento deste questionário, assinalando numa escala de 1 a 5 a resposta que melhor traduz a sua opinião, sendo que o algarismo 1 representa uma avaliação de muito pouco satisfeito e o 5 uma avaliação de muito satisfeito.

As respostas obtidas serão anónimas e confidenciais. Não serão recolhidos quaisquer elementos de identificação, incluindo o endereço eletrónico.

Obrigada pela sua colaboração!

### Objetivos da sessão \*

	1	2	3	4	5	
Muito pouco satisfeito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito satisfeito

### Satisfação com os conteúdos da sessão \*

	1	2	3	4	5	
Muito pouco satisfeito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito satisfeito

### Duração da sessão \*

	1	2	3	4	5	
Muito pouco satisfeito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito satisfeito

### Domínio e clareza da exposição da matéria abordada na sessão \*

	1	2	3	4	5	
Muito pouco satisfeito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito satisfeito

### Satisfação com os conhecimentos adquiridos \*

	1	2	3	4	5	
Muito pouco satisfeito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito satisfeito

### Avaliação global da sessão \*

	1	2	3	4	5	
Muito pouco satisfeito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muito satisfeito

### Sugestões/ Comentários

A sua resposta

Submeter

Limpar formulário

Nunca envie palavras-passe através dos Google Forms.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Política de privacidade](#)

Google Formulários

Apêndice XIII – Cronograma de Gantt



Apêndice XIV – Poster “Impacto da COVID-19 na Vulnerabilidade Social: a scoping review”



## Impacto da Covid-19 na vulnerabilidade social: a scoping review

Autores: Cristina Varela<sup>1</sup>; Anabela Granado<sup>2</sup>; Sílvia Costa<sup>3</sup>; Cândida Ferrito<sup>4</sup>

Afiliação: <sup>1,2</sup>Mestranda em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, Escola de Enfermagem, Instituto Clínicas da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal  
<sup>3</sup> Professora Auxiliar na Escola de Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa

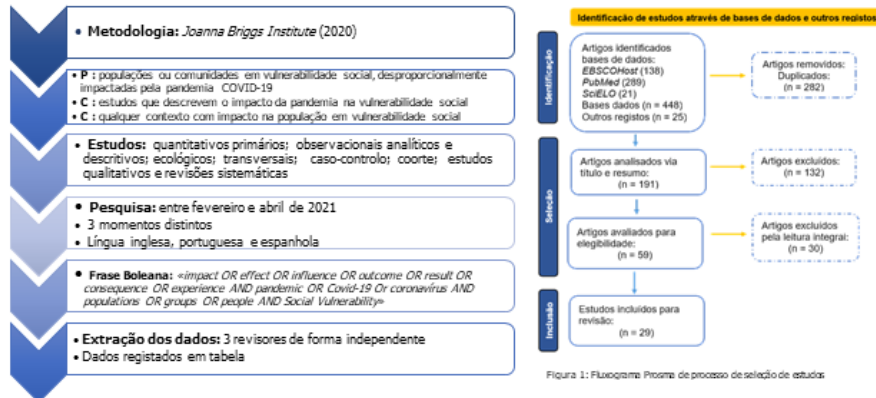
**Palavras-chave:** COVID-19; Pandemia; Vulnerabilidade Social

### Introdução

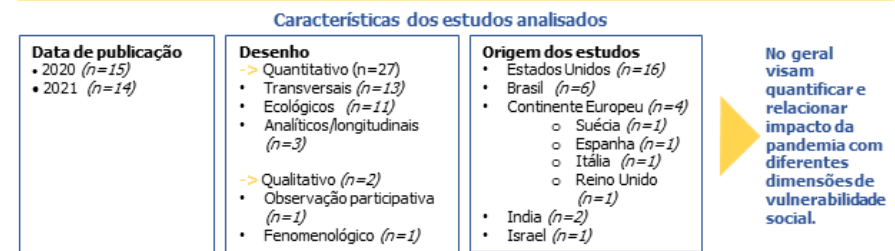
A pandemia COVID-19 representa uma crise de saúde pública e humanitária com impacto socioeconómico, cultural e político sem precedentes, especialmente para as populações vulneráveis. A vulnerabilidade social é um indicador de iniquidade, desigualdade social e resiliência. Avalia a dimensão social da doença, utilizando parâmetros capazes de revelar o perfil da população, entre outros, na acessibilidade aos serviços de saúde, informação, educação e índice de desenvolvimento humano (Oliveira, 2013). Stanhope e Lancaster (2019) consideram um ciclo de vulnerabilidade no qual fatores predisponentes para a doença, em populações vulneráveis, contribuem para maior carga da doença e consequente agravamento dos mesmos.

**Objetivo:** Mapear a extensão e tipo de evidência relacionada com o impacto da pandemia COVID-19 na população em vulnerabilidade social.

### Metodologia



### Resultados



### Conclusão

A análise demonstrou que as dimensões vulnerabilidade social estão interligadas entre si e que fatores que as compõem podem impactar transmissão por SARS-CoV-2, contribuindo para maior incidência de COVID-19 na comunidade. Destacaram-se como preditores significativos de vulnerabilidade: estatuto socioeconómico, minorias, acessibilidade, composição familiar, qualidade de habitação e do ambiente urbano, acessibilidade aos serviços de saúde e informação. Aos enfermeiros cabe implementar estratégias que contribuam para identificar as necessidades em saúde destas populações, mitigando o ciclo de vulnerabilidade e promovendo a equidade.

### Referências bibliográficas

Joanna Briggs Institute. (2020). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. <https://doi.org/10.46638/JBIMES-20-01>

Oliveira, M. L. F. de. (2013). A conceptual explicative do conceito de vulnerabilidade e a enfermagem. *Ciênc. Saúde*, 12(1), 623-632. <https://doi.org/10.4025/ciencsaude.v12i1.23877>

Stanhope, M., & Lancaster, J. (2019). *Public Health Nursing: population-centred health care in the community* (2nd ed.). Elsevier [WileySource Bookshelf version].

Apêndice XV – Cartaz informativo para Centro Vacinação Internacional

**Importante!**

**Após a vacinação**  
**AGUARDE 30 MINUTOS**  
Permaneça na sala de espera



## **ANEXOS**

Anexo I - Pedido de autorização à direção do ACeS

**De:** [REDACTED]

**Enviado:** 9 de setembro de 2021 23:04

**Para:** cristina lopes [REDACTED] | Núcleo de Formação e Investigação

**Cc:** anaresende@ucp.pt; [REDACTED] | USP [REDACTED]

**Assunto:** RE: Autorização para uso de nome em contexto de relatório final de estágio no âmbito de Mestrado em enfermagem Comunitária

Estimada Srª Enfª Cristina Lopes

Espero que esteja bem e que o seu estágio tenha correspondido aos objetivos propostos.

O pedido que formula, que agradeço e compreendo, é indeferido.

Consideramos que nos trabalhos académicos realizados no contexto no ACeS [REDACTED] para os respetivos relatórios é absolutamente dispensável a identificação nominal do mesmo. A referência deve ser genérica, aconselhando que utilize a designação: este trabalho foi desenvolvido na Unidade de Saúde Pública de um ACeS da ARSLVT.

A intensidade, dedicação, e amplitude com que os profissionais colocam no acompanhamento dos estágios permite, e bem, que os estudantes conheçam características, detalhes, informações relevantes sobre o ACeS.

Se forem transpostas para um documentos público, como é um relatório de estágio, apesar de não serem sigilosas/confidenciais, poderá a prazo diminuir o tal empenho de todos quantos acompanham estudantes.

Seguro que compreenderá esta posição, refiro que esta informação já foi partilhada com as estruturas de ensino com que nos relacionamos.

Dou também conhecimento desta missiva à Srª Enfª Gestora [REDACTED] responsável pelo Núcleo de Formação e Investigação.

Desejando-lhe os maiores sucessos profissionais e académicos, subscrevo-me

Com os melhores cumprimentos,

[REDACTED]  
Diretor Executivo  
ACES [REDACTED]

[REDACTED] [@arslvt.min-saude.pt](mailto:[REDACTED]@arslvt.min-saude.pt)

AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE ALMADA-SEIXAL

[REDACTED]



Anexo II – Certificado de apresentação poster




## CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeira Cristina Maia Varela, em coautoria com Enfermeiras Anabela Granado e Sílvia Costa, e Prof. Doutora Cândida Ferrito, participaram no **IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, com a apresentação do **Poster n.º 41** com o tema **“Impacto da COVID-19 na vulnerabilidade social: a scoping review”**, recebeu **Menção Honrosa**, no dia **26 de novembro de 2021**, Auditório 2, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 26 de novembro de 2021.

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

  
Universidade Católica Portuguesa  
Instituto de Ciências da Saúde  
Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN  
Professora Auxiliar

Anexo III – Certificado da comissão organizadora IV SIME



## CERTIFICADO

Para os devidos efeitos certifica-se que o(a) Enfermeiro(a) **MARIA CRISTINA MAIA VARELA LOPES**, integrou a Comissão Organizadora do **IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, realizado no dia **26 de novembro de 2021**, Auditório 2, *Campus* da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 26 de novembro de 2021.

A Diretora  
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP  
  
Universidade Católica Portuguesa  
**Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN**  
Professora Auxiliar

Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal



## PROGRAMA

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

Moderador: António Borges

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

Ricardo Faria "Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo na Pessoa com Infecção por SARS-CoV-2"

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

10:00 – CONFERÊNCIA INTERNACIONAL

Anna Lindberg (RN, CCNS, ECMO Specialist, ECMO Centrum – Karolinska University Hospital, Estocolmo Suécia)  
"ECMO: Pandemic experiences through the eyes of na ECMO specialist nurse"

10:45 –INTERVALO

11:00 –MESA DE ABERTURA

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

Moderador: Amélia Alpoim

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

Ana Paramos "A esperança na intervenção especializada junto do adolescente"

Débora Querido "A promoção da vinculação -um valor em saúde"

12:15 – CONFERÊNCIA INTERNACIONAL

Profª Doutora Monika Wernet (Universidade Federal de São Carlos, Brasil)  
"Integração de tecnologias por um cuidado humano e seguro na Enfermagem em Neonatologia"

13:00 – Almoço

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

Moderador: Laurina Gomes

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

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

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

15:30 – CONFERÊNCIA INTERNACIONAL

Profª Doutora Lisaine Aparecida Fracoli (Universidade de São Paulo)  
"Desafios para a incorporação de novas tecnologias na Atenção Primária em Saúde: em foco a pesquisa de implementação"

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

16:45 – ENCERRAMENTO

17:00 – MOMENTO CULTURAL

Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal



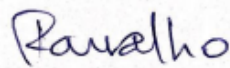
Anexo IV – Certificado de participação Formação Tuberculose

## DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos declaro que o(a) Sr.(a). Maria Cristina Varela Lopes,

participou online na Formação em Tuberculose nos dia 24 e 25 de setembro de 2021 no âmbito do Programa Nacional para a Tuberculose.

Lisboa, 25 de setembro de 2021



Isabel Carvalho

Diretora do Programa Nacional para a Tuberculose

Anexo V - Certificado de participação V reunião científica SPMV



**V REUNIÃO CIENTÍFICA “VOLTAR A VIAJAR EM TEMPOS DE COVID-19”**  
5<sup>th</sup> SCIENTIFIC MEETING “BACK TO TRAVEL IN TIMES OF COVID-19”

**SOCIEDADE PORTUGUESA DE MEDICINA DO VIAJANTE**

**CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO**

Certifica-se que **Maria Cristina Maia Varela Lopes** participou em formato virtual na V REUNIÃO CIENTÍFICA “VOLTAR A VIAJAR EM TEMPOS DE COVID-19” da Sociedade Portuguesa de Medicina do Viajante, que teve lugar em Aveiro, no dia 8 de novembro de 2021.



Pela Direção da SPMV

*Cândida Abreu*

Prof. Doutora Cândida Abreu

*Presidente da Direção*



simposium  
DIGITAL HEALTHCARE



MSD  
INVENTING FOR LIFE



SANOPI PASTEUR



Korangi



(Página deixada propositadamente em branco)