



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA·PORTO·VISEU

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

ADESÃO AO RASTREIO DA TUBERCULOSE
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

ADHERENCE TO TUBERCULOSIS SCREENING
COMMUNITY NURSING INTERVENTION

Por

Beatriz Martins Tiago

Lisboa, 2022



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

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

ADESÃO AO RASTREIO DA TUBERCULOSE
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
ADHERENCE TO TUBERCULOSIS SCREENING
COMMUNITY NURSING INTERVENTION

Por

Beatriz Martins Tiago

Sob orientação de Professora Doutora Ana Resende

Lisboa, 2022

*“O bem-estar e a saúde humana são objetivos sociais abrangentes,
fundamentados em valores como os direitos humanos e a equidade.”*

Ilona Kickbusch

AGRADECIMENTOS

Este percurso tem um sabor especial quando sustentado por pessoas que nos querem bem. Foi com enorme surpresa que mesmo com o ensino à distância em alguns períodos do mestrado, conheci pessoas fenomenais, donas de um coração amigo e altruísta.

Por isso deixo o meu agradecimento a algumas dessas pessoas que me apoiaram e deram incentivo neste processo de aprendizagem.

Ao meu namorado e à minha família pelo seu apoio incondicional, paciência ao longo deste período e dedicação, sem eles não teria sido possível.

Aos amigos que ganhei durante este percurso, ao Bruno, à Rafaela e à Ana Paula o meu muito obrigada. Toda a partilha ficará para sempre guardada no meu coração.

À Sr. Prof. Doutora Ana Resende, orientadora desta jornada, pela disponibilidade e amizade demonstrada. À Sra. Enf^a Isabel, pela disponibilidade, preocupação, paciência e principalmente pela amizade demonstrada, muito obrigada.

A todas as entidades e profissionais que de alguma forma contribuíram para a realização deste projeto, também aos parceiros comunitários que se envolveram inteiramente no projeto, pelo acolhimento e simpatia, muito obrigada.

RESUMO

A abordagem da tuberculose é essencial visto esta manter-se um dos principais problemas de saúde pública, ao ser a décima terceira principal causa de morte e a doença infecciosa mais mortal após o COVID-19. Estima-se que em 2020 cerca de 10 milhões de pessoas em todo o mundo adoeceram com esta doença (OMS, 2021).

A União Europeia é uma região de baixa incidência, e tem vindo a apresentar anualmente uma diminuição de novos casos. No que toca a Portugal, nos últimos anos, a incidência da doença tem vindo também a diminuir, constatando-se, no entanto, que Lisboa e Porto constituem-se como distritos com a taxa de notificação mais alta do país (DGS, 2021).

No caso da tuberculose pulmonar, por exemplo, e por se tratar de uma doença infecciosa, a identificação precoce e o tratamento adequado são as estratégias mais indicadas para prevenir a propagação da doença na comunidade. Este despiste, na maior parte das vezes, ocorre na realização de rastreio das pessoas conviventes da pessoa com tuberculose (DGS, 2018).

O projeto de intervenção comunitária teve como finalidade, contribuir para um aumento da adesão ao rastreio da tuberculose, tendo por base a promoção da saúde e o aumento da capacidade dos parceiros comunitários, ao serem detentores de conhecimentos que contribuíssem para o controlo da doença na comunidade. A metodologia do planeamento em saúde usado, foi de Tavares (1990), tendo o projeto sido desenvolvido com todas as suas etapas, desde o diagnóstico de situação até à sua avaliação e como orientação em enfermagem o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.

O projeto permitiu chegar até uma comunidade específica através de parceiros comunitários, tendo sido possível atingir os objetivos propostos. Permitiu o desenvolvimento de competências como mestre e especialista em enfermagem de saúde comunitária e saúde pública.

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

ABSTRACT

Addressing tuberculosis is essential since it remains a major public health problem, as it is the thirteenth leading cause of death and the deadliest infectious disease after COVID-19. It is estimated that in 2020 about 10 million people worldwide will become ill with this disease (WHO, 2021).

The European Union is a low-incidence region, and it has been showing an annual decrease in new cases. Concerning Portugal, in recent years, the incidence of the disease has also been decreasing, noting, however, that Lisbon and Porto are districts with the highest notification rate in the country (DGS, 2021).

In the case of pulmonary tuberculosis, given it is an infectious disease, early identification and adequate treatment are the most appropriate strategies to prevent the spread of the disease in the community. The screening of these diseases, in most cases, occurs when screening people living with the infected person (DGS, 2018).

The purpose of the community intervention project was to contribute to an increase in adherence to tuberculosis screening, through health promotion, and improve the capacity of community partners to acquire knowledge that would contribute to a better control of the disease in the community. The methodology of health planning that was used was from Tavares (1990), and the project was developed with all its stages, from the diagnosis of the situation to its evaluation and as a guideline in nursing, the Health Promotion Model of Nola Pender.

The project made it possible to reach a specific community, through community partners, which made it possible to achieve the proposed objectives. It allowed the development of skills as a masters graduate and specialist in community health and public health nursing.

Keywords: tuberculosis; tuberculosis screening; health promotion; public health; community nursing.

LISTA DE ACRÔNIMOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ARSLVT – Administração Regional de Saúde Lisboa Vale do Tejo

CDP – Centro de Diagnóstico Pneumológico

CM - Câmara Municipal

CIPE – Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

MPS – Modelo de Promoção da Saúde

Mt – Mycobacterium tuberculosis

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNV - Plano Nacional de Vacinação

PNT - Plano Nacional de Tuberculose

TB – Tuberculose

TP – Tuberculose Pulmonar

UE - União Europeia

USP – Unidade de Saúde Pública

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1 TUBERCULOSE UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	17
1.1 O RASTREIO DA TUBERCULOSE	20
2 A PROMOÇÃO DA SAÚDE E A ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA	23
2.1 MODELO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE DE NOLA PENDER	26
3 METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE	29
3.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	30
3.1.1 <i>Contextualização</i>	30
3.1.2 <i>População alvo e amostra</i>	34
3.1.3 <i>Instrumento de recolha de informação</i>	35
3.1.4 <i>Considerações éticas e deontológicas</i>	37
3.1.5 <i>Apresentação e análise da informação</i>	38
3.1.6 <i>Problemas Identificados</i>	41
3.2 DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES	43
3.3 FIXAÇÃO DE OBJETIVOS	45
3.4 SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS	46
3.5 PREPARAÇÃO OPERACIONAL	48
3.6 AVALIAÇÃO	53
3.7 DESAFIOS E CONTRIBUTOS DO PROJETO PARA A PRÁTICA CLÍNICA	56
4 COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS COMO MESTRE E ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA	58
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
APÊNDICES	75
APÊNDICE I- CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DE GANTT	76
APÊNDICE II - CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DA POPULAÇÃO ALVO	78
APÊNDICE III - REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	80
APÊNDICE IV - GUIÃO DE ENTREVISTA REALIZADA AOS PARCEIROS	85
APÊNDICE V - CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA ENTREVISTA	88
APÊNDICE VI - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO Srº DIRECTOR DO ACES	91
APÊNDICE VII - ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS REALIZADAS AOS PARCEIROS	93
APÊNDICE VIII - DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES MÉTODO HANLON MÉTODO DE HANLON	102
APÊNDICE IX - PLANO DE SESSÃO DE EPS AOS PARCEIROS	104
APÊNDICE X - SLIDES DE APRESENTAÇÃO AOS PARCEIROS	106
APÊNDICE XI - AVALIAÇÃO DA SESSÃO AOS PARCEIROS	113
APÊNDICE XII - POSTER COM FLUXOGRAMA PARA ENCAMINHAMENTO DE RASTREIO E CARTÃO PARA UTENTE	115
APÊNDICE XIII - PLANO DE SESSÃO PARA A EQUIPA DA USP	117
APÊNDICE XIV - SLIDES DE APRESENTAÇÃO À EQUIPA DA USP	119
APÊNDICE XV - AVALIAÇÃO DA SESSÃO À EQUIPA DA USP	125
ANEXOS	127
ANEXO I - DIAGRAMA DO MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA J. PENDER	128
ANEXO II - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO COM POSTER EM SEMINÁRIO	130
ANEXO III - CERTIFICADO DE FORMAÇÃO DA DGS SOBRE A TUBERCULOSE	132

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1: NECESSIDADES DE SAÚDE, MPS E OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	47
TABELA 2: OBJETIVOS OPERACIONAIS E INDICADORES DAS ATIVIDADES DO PRIMEIRO OBJETIVO ESPECÍFICO	54
TABELA 3: OBJETIVOS OPERACIONAIS E INDICADORES DAS ATIVIDADES DO SEGUNDO OBJETIVO ESPECÍFICO	55
TABELA 4: OBJETIVOS OPERACIONAIS E INDICADORES DAS ATIVIDADES DO TERCEIRO OBJETIVO ESPECÍFICO	56
TABELA 5: OBJETIVOS OPERACIONAIS E INDICADORES DAS ATIVIDADES DO QUARTO OBJETIVO ESPECÍFICO	57
TABELA 6: AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA DE ACORDO COM OS INDICADORES PROPOSTOS	58
TABELA 7: METAS E INDICADORES PARA O FUTURO	60

INTRODUÇÃO

Este relatório foi realizado no âmbito da unidade curricular Estágio Final e Relatório, integrado no 3º semestre do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, pretendendo-se com este trabalho, apresentar o projeto de intervenção realizado de modo a dar resposta ao diagnóstico de situação de saúde da comunidade, refletir as atividades desenvolvidas e competências adquiridas a partir da prática clínica.

O estágio decorreu numa Unidade de Saúde Pública (USP), num dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale de Tejo (ARSLVT) e teve como foco a intervenção comunitária com parceiros comunitários num bairro de génese social onde se constatou uma taxa de incidência mais elevada nos últimos anos de tuberculose (TB).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) apresentou uma definição para Cuidados de Saúde Primários assente em três pilares. Especificando, o primeiro consiste em satisfazer as necessidades das pessoas no âmbito da saúde, através de cuidados promotores, preventivos, reabilitativos e paliativos durante toda a vida. O segundo pilar é abordar de forma sistemática os determinantes da saúde mais vastos, incluindo sociais, económicos e ambientais. Por fim, capacitar as pessoas, famílias e comunidades para otimizar a sua saúde, como defensores de políticas que promovam e protejam a saúde e o bem-estar, no fundo como co-criadores de serviços de saúde e sociais (OMS, 2021).

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

O projeto de intervenção realizado teve como modelo orientador o da promoção da saúde sob a visão de Nola Pender, através do seu Modelo de Promoção

da Saúde (MPSNP) e foi sustentado na metodologia de planejamento em saúde. Tendo por base que a ampliação da promoção de saúde e a redução dos comportamentos de risco, constitui um dos maiores desafios colocados aos enfermeiros (Murdaugh, *et al.*, 2019).

O projeto nasceu das necessidades expressas e sentidas pelos profissionais de saúde no contexto de estágio, que consideravam importante, uma intervenção num bairro onde o número de casos de TB subia e a taxa de adesão ao rastreio era muito baixa. Este foi realizado através de uma constante interligação entre a USP e a Câmara Municipal (CM) por esta ter grande acessibilidade ao bairro e também com o Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP), este último que é considerado uma Unidade de Saúde diferenciada na área da TB (DGS, 2013).

O projeto teve como foco de intervenção um grupo de parceiros comunitários presentes num bairro de génese social na área abrangida pelo ACES onde se verificou um aumento da taxa de incidência de casos de TB. Em que se contou com a parceria da CM, com o intuito de chegar a estes informadores chave, para a realização deste projeto, que tem como objetivo: contribuir com conhecimentos sobre a doença e sobre a importância do rastreio de TB no bairro.

O relatório está estruturado em seis capítulos, começando por se abordar a temática da tuberculose e a sua situação epidemiológica, bem como a importância do rastreio. No segundo capítulo é abordada a promoção da saúde, realçando as competências do enfermeiro especialista em enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública e a interligação com o modelo referencial do projeto, o MPSNP. No terceiro capítulo, é exposto o projeto que foi elaborado sob a metodologia de planejamento em saúde, com base em Tavares (1990). Onde foi realizada uma revisão integrativa da bibliografia, finalizando este capítulo com as adversidades e as contribuições deste projeto para a prática clínica. No quarto capítulo reflete-se quanto às competências adquiridas, na qualidade de mestre, das competências de especialista e sobretudo como enfermeiro especialista em enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública. Por último, apresentam-se as considerações finais de forma reflexiva do trabalho que foi desenvolvido bem como das competências ganhas. As citações e as referências bibliográficas foram organizadas segundo a norma American Psychological Association (2020).

1 TUBERCULOSE UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

A abordagem da TB é essencial, visto que se mantém um dos principais problemas de saúde pública, uma vez que foi responsável por 1,5 milhões de mortes em 2020 em todo o mundo. A TB é a décima terceira principal causa de morte e a doença infecciosa mais mortal após o COVID-19 (acima do VIH/SIDA). Estima-se que em 2020 cerca de 10 milhões de pessoas em todo o mundo adoeceram com esta doença, a TB está presente em todos os países e faixas etárias, no entanto é uma doença curável e evitável. Globalmente, a incidência de TB está a diminuir em aproximadamente 2% ao ano. Entre 2000 e 2020, cerca de 66 milhões de vidas foram salvas por meio do diagnóstico e tratamento da TB (OMS, 2021).

Acabar com a TB não é apenas um problema de saúde pública, mas um desafio e uma oportunidade de desenvolvimento. A Estratégia End TB da OMS pós-2015, adotada pela Assembleia Mundial da Saúde em 2014, visa acabar com a epidemia global de TB até 2035 como parte dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (WHO, 2015).

Esta estratégia serve como um plano para os países reduzirem a incidência em 80%, as mortes em 90% e eliminar os custos para as famílias afetadas pela TB. A estratégia não é uma abordagem de uma única vertente, o seu sucesso e a resolução apela aos governos para que adaptem e implementem a estratégia com compromisso e financiamento. Concentra-se no atendimento de populações altamente vulneráveis a infeções e acesso precário aos cuidados de saúde. A estratégia e a resolução destacam a necessidade de envolver parceiros dentro e fora do setor da saúde, como nas áreas de proteção social, trabalho, imigração e justiça. A estratégia end TB tem como metas um melhor diagnóstico da TB, incluindo novos testes, um tratamento mais seguro, fácil e mais curto. Esta estratégia oferece ainda uma nova esperança aos milhões de pessoas que sofrem e perdem as suas vidas devido à TB (WHO, 2015).

Por causa da pandemia por COVID-19 os dados de TB referentes ao ano de 2020 ainda não estão totalmente disponíveis, por isso assume-se neste relatório alguns dados referentes a anos anteriores.

A situação de TB em Portugal demonstra que a incidência da doença tem vindo a diminuir nos últimos anos, ainda assim, mantém valores acima da União

Europeia (UE). Nomeadamente os distritos de Porto e Lisboa são os distritos com mais alta taxa de notificação. Sendo os únicos com mais alta taxa de notificação e os únicos do país que se mantêm acima dos 20 casos por 100 mil habitantes. A taxa de notificação da TB em Portugal manteve a tendência decrescente em 2018/19, mas a mediana de dias até ao diagnóstico permanece elevada, o que significa pouca suspeição da doença (DGS, 2021).

Em 2019, foram notificados 1.848 casos de TB em Portugal (1.886 em 2018), correspondendo a uma taxa de notificação de 18,0 por 100 mil habitantes, em 2019, e de 18,4 por 100 mil habitantes, em 2018. O decréscimo anual da taxa de notificação nos últimos cinco anos é de 3,9%/ano. (DGS, 2021).

A maior parte dos casos de TB em Portugal ocorre em população nativa, ao contrário do que ocorre na maioria dos restantes países da Europa ocidental. A proporção de casos de TB em pessoas nascidas fora do país tem vindo a aumentar ao longo dos anos, 19.2% em 2017 e 20,2% em 2018. De entre as comorbilidades que configuram risco para TB, deve-se realçar a infeção por VIH. É reconhecida a necessidade de rastreio de todos os doentes com TB para a infeção por VIH, dado o impacto desta comorbilidade no resultado de tratamento da TB (DGS, 2018).

O rastreio de infeção pelo VIH foi efetuado em 87.9% dos doentes com TB. Verificou-se que 8,8% dos doentes com TB tinham também VIH positivo. Outros fatores de risco são doenças crónicas, nomeadamente diabetes, doença neoplásica e doença pulmonar obstrutiva crónica (DGS, 2018).

A TB é uma doença transmissível sendo a principal causa de morte de um único agente infeccioso. Esta doença é causada pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis* (Mt), sendo a tuberculose pulmonar (TP) a sua manifestação mais frequente. A TP tem mais implicações em termos de saúde pública, por ser mais contagiosa, no entanto o Mt pode atingir disseminação linfática (DGS, 2018).

A pessoa com TB da via aérea, liberta bacilos através da tosse, fala, entre outros, que serão posteriormente inalados pelas pessoas com quem estiveram em contato. As pessoas expostas têm risco de ficar infetadas e posteriormente desenvolverem a doença. Apenas 10% das pessoas infetadas desenvolvem a doença, sendo este risco superior nas populações imunocomprometidas, nomeadamente

crianças pequenas, pessoas infetadas com o VIH ou a fazer medicação imunossupressora (DGS, 2018).

Apesar de se assistir a uma redução progressiva da percentagem de casos bacilíferos com conseqüente menor grau de infecciosidade, o atraso no diagnóstico condiciona um maior tempo de exposição e assim de infeção pelos familiares e conviventes de cada novo caso. A situação da TB em Portugal, apresenta um perfil epidemiológico favorável, sendo a doença de declaração obrigatória com maior relevância epidemiológica no país (DGS, 2018).

A necessidade de responder ao desafio pandémico pela COVID-19 desvendou e tornou mais óbvias limitações profundas nos comportamentos individuais e coletivos, na qualidade e desempenho das instituições e nos modelos de governação. A prioridade que é dada à promoção da saúde no âmbito do contexto das vulnerabilidades sociais e das reformas e investimentos que têm de ser realizados para lhes dar resposta (OPSS, 2021).

Em 2020, 51,3% da população autoavaliou o seu estado de saúde como bom ou muito bom, mais 1,2 p.p. que em 2019. Contudo, 2020 foi entre os últimos 5 anos, o que registou a maior proporção de pessoas com 16 e mais anos com morbilidade crónica (43,2%) e o maior aumento anual do indicador (2,0 p.p.) associado a uma inversão em relação a dois anos de descidas sucessivas (INE, 2021). A necessidade não satisfeita de consultas médicas nos 12 meses anteriores à entrevista aumentou em 2020 e afetou 3,9% da população com 16 ou mais anos, contrariando a tendência decrescente dos últimos 5 anos (INE, 2021).

Existe um maior risco de contrair a doença se a pessoa fizer parte dos contactos próximos de doentes com TB contagiosa, pessoas que tiveram conversão tuberculínica nos últimos dois anos, pessoas que imigraram nos últimos cinco anos de regiões com alta incidência de TB (ex: Ásia, África, Rússia, Europa Oriental, América Latina), pessoas com estadia superior a um mês em áreas com alta incidência de TB, trabalhadores de locais onde a exposição à TB é frequente (hospitais, prisões, abrigos, lares, laboratórios de TB, pessoas consumidoras de drogas (DGS, 2013).

Em algumas áreas de Portugal, o alto risco de TB está relacionado com a alta prevalência de VIH, densidade populacional, alojamento lotado, desemprego e número de imigrantes fora do padrão provenientes de países com alta incidência de TB. Lisboa registra um número de imigrantes superior ao resto do país,

representando mais de 8% da população. O número de desempregados também é considerável, representando cerca de 5 a 8% da população (Franco, *et al*, 2016).

Em 2018 a DGS emitiu o documento “Tuberculose em Portugal Desafios e Estratégias”, que apresenta como desafios melhorar a qualidade da notificação da TB, reduzir o atraso até ao diagnóstico, reduzir a proporção de doentes bacilíferos e melhorar a taxa de confirmação da doença bem como apostar no sucesso terapêutico (DGS, 2018).

Este documento refere também que devem ser identificadas estratégias que permitam melhorar a adesão ao rastreio e tratamento preventivo de populações vulneráveis, apoiar o Programa Nacional de Vacinação (PNV) na definição de estratégias que permitam seleccionar adequada e atempadamente as crianças para vacinação BCG, (vacina que saiu do PNV em 2016) melhorar a colaboração com programas dirigidos a grupos de risco de TB e a cooperação intersectorial (DGS, 2018). Por último deve ser garantida a sustentabilidade da estratégia de desenvolvimento de recursos humanos na área da TB e implementar a acreditação dos centros de referência de TB multirresistente (DGS, 2018).

1.1 O rastreio da tuberculose

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

Para o controlo da TB, é imprescindível a atuação dos intervenientes comunitários de saúde desde o diagnóstico até á resolução dos casos. No entanto a demora no diagnóstico de TB tem vindo a aumentar na última década, atingindo em 2019 os 74 dias (entre o início de sintomas e o diagnóstico), o que poderá relacionar-se com um menor índice de suspeição de TB por parte dos profissionais de saúde e da própria população. Neste sentido, o PNT iniciou o processo de melhoria na

literacia em TB na população, através da produção de vídeos e folhetos dirigidos à população e formações de sensibilização aos profissionais de saúde (DGS, 2020).

Existem diferentes tipos de testes de rastreio, cada qual com objetivos específicos. O rastreio em massa, que envolve toda a população, o rastreio múltiplo ou em multiface, que envolve o uso de vários testes na mesma ocasião, o rastreio em alvo, onde é realizado rastreio de grupos que sofrem exposições específicas e por último o rastreio oportunista, que é restrito a doentes que consultam um médico por algum motivo que não se prende pela doença a rastrear (Bonita, *et al.*, 2010).

No caso do rastreio dos conviventes, trata-se de um rastreio em alvo, pois envolve as pessoas que estiveram em contacto com a pessoa com TB. A condição básica para a realização de rastreio é que a doença em questão seja grave, condição que se verifica nesta doença se não for diagnosticada atempadamente. Se houver diagnóstico de TP, deve efetuar-se o rastreio aos contactos próximos, com o objetivo de iniciar tratamento à infeção latente, se esta estiver presente, evitando assim a progressão para a doença infecciosa. Na TP, o início do período de contágio coincide com o aparecimento de sintomas. Considera-se então como data para a estimativa do período de contagiosidade o momento de início dos sintomas, em particular a tosse. Caso não haja tosse, determina-se o período de contagiosidade com base no início dos outros sintomas ou da data do primeiro achado consistente com doença (DGS, 2013).

O risco de contágio está associado a uma série de fatores, nomeadamente os relacionados com o caso índice, os relacionados com o ambiente em que ocorre o contacto e com o tipo de contacto. Para a avaliação da contagiosidade, deve-se encarar a presença de Mt no lavado brônquico, no lavado broncoalveolar e no suco gástrico como equivalentes à sua presença na expetoração (DGS, 2013).

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

contagiosidade), nos casos em que o doente tem baciloscopia negativa e cultura positiva para Mt (DGS, 2013).

Deve-se ter em consideração o contexto da exposição. Caso o contexto seja familiar a colaboração deve ser feita com o médico de Medicina Geral e Familiar. Contudo e tendo em conta que a exposição também pode ocorrer fora do contexto da família e da habitação, nomeadamente contactos escolares ou laborais, a identificação dos contactos próximos deverá ser feita em colaboração com outros serviços e profissionais de saúde, nomeadamente a USP. Na primeira fase, que não deve ultrapassar os 15 dias após o diagnóstico do caso de doença, devem ser rastreados todos os contactos próximos, assim como aqueles que, tendo apenas contacto esporádico com o caso, apresentem algum estado de imunodepressão que os coloque em risco acrescido de desenvolver doença (DGS, 2013).

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

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

De modo a perceber os motivos que levam à não adesão ao rastreio da TB na comunidade, foi realizada uma revisão integrativa da bibliografia. Esta revisão permitiu a aquisição e atualização de conhecimento sobre o tema, num curto espaço de tempo e ainda análise de literatura, interpretação e análise crítica pessoal do investigador.

2 A PROMOÇÃO DA SAÚDE E A ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA

A 21 de novembro de 1986, realizou-se a primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa. Esta conferência tinha como principal objetivo criar orientações para atingir a Saúde para Todos no ano 2000 e seguintes. Foi essencialmente, uma primeira resposta às crescentes expectativas no sentido de se conseguir um novo movimento de Saúde Pública, a nível mundial. As discussões centraram-se nas necessidades dos países industrializados, mas tomaram também em consideração preocupações semelhantes em todas as outras regiões do globo (DGS, 2003).

Na carta de Ottawa, está presente a promoção da saúde como um processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades, para controlarem a sua saúde. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, individualmente ou em grupo, estes devem estar aptos a identificar e solucionar os seus problemas, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio (OMS, 1986).

A saúde é vista como um conceito positivo, que faz enaltecer os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Em consequência, a promoção da saúde não é uma responsabilidade exclusiva do sector da saúde, uma vez que, exige estilos de vida saudáveis para atingir o bem-estar, não estando estes exclusivamente dentro da esfera da saúde (OMS, 1986). Posteriormente, outras conferências internacionais tiveram como foco a promoção da saúde, como foi a conferência de Jacarta (1997) e de Adelaide (2010).

O conceito de promoção da saúde foi cada vez ganhando mais reconhecimentos entre os profissionais de saúde. A promoção da saúde é um resultado do avançar da ciência, das conquistas da sociedade e da evolução do próprio conceito de saúde (Loureiro & Miranda, 2016).

Foca-se na alteração dos comportamentos e das práticas pessoais e sociais, no sentido da promoção da saúde individual e coletiva. A prevenção ganhou um grande impulso nos países ocidentais nas últimas duas décadas, traduzindo-se num

aumento da qualidade da conceptualização e eficácia das intervenções desenvolvidas (Albee, 1996).

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

Para o cumprimento dos objetivos da OMS até 2035 o PNT propõe-se a seguir as seguintes orientações: 1- Prevenção e cuidados de saúde integrados, centrados no doente através de um diagnóstico precoce de TB e o rastreio sistemático de contactos e de grupos de alto risco; garantir o tratamento de todas as pessoas com TB, incluindo formas resistentes; manter a atividade conjunta TB/VIH e orientação de comorbilidades; assegurar o tratamento profilático de pessoas com risco elevado e vacinação nas crianças elegíveis; 2- Manter o princípio de gratuitidade do tratamento e o livre acesso às consultas de TB; garantir a existência de recursos adequados para o tratamento e prevenção da TB; dinamizar o envolvimento das comunidades, organizações civis e profissionais de saúde públicos, privados e do sector social; 3- Promover a investigação e o desenvolvimento de novas ferramentas no diagnóstico, a rentabilização e correta utilização das ferramentas já existentes (DGS, 2020).

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

Considerando o contexto atual, a pandemia por COVID-19 desempenha um papel relevante no impacto do diagnóstico, tratamento e disseminação da infeção da TB. O investimento mundial necessário para conter a pandemia por COVID-19, terá um previsível impacto no investimento necessário para controle de doenças infecciosas como a TB. Simultaneamente, o acesso aos cuidados de saúde pode ser mais difícil sendo necessário estratégias de ajuste na resposta dos cuidados de saúde, mantendo a resposta centrada no doente e envolvendo a comunidade. A pobreza associada ao impacto económico da COVID-19 não se dissocia da TB. Todos os

fatores descritos anteriormente tornam fundamentais as estratégias adicionais de promoção da equidade no acesso aos cuidados de saúde (DGS, 2020).

A prevenção secundária corresponde à deteção precoce de problemas de saúde em indivíduos presumivelmente doentes, mas assintomáticos. Este nível de prevenção pressupõe o conhecimento da história natural da doença, a existência de um período de deteção precoce e facilmente detetável. Assim, espera-se que haja diminuição das comorbilidades associadas à doença por diagnóstico precoce da mesma (Bonita, *et al.*, 2010).

Perante uma pessoa com suspeita de TB, o enfermeiro deve reforçar a sua abordagem de forma compreensiva e empática, através de uma escuta ativa, orientando-a e intervindo, de acordo com as necessidades identificadas, de modo que esta tenha confiança no serviço e nas informações que lhe são disponibilizadas pelos profissionais (DGS, 2013).

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

No Regulamento de Competências comuns do Enfermeiro Especialista (2019) publicado pela Ordem dos Enfermeiros (OE), é referido que o enfermeiro especialista tem um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo por base respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, estas ações são traduzidas num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (OE, 2019).

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

Relativamente ao rastreio de conviventes de TB, este insere-se na prevenção e promoção da saúde, esferas onde o enfermeiro de Saúde Comunitária e Saúde Pública têm um papel distinto, uma vez que, trabalhando em Cuidados de Saúde

Primários, é frequentemente a linha da frente que identifica e gere as suspeitas de casos de TB (OE, 2013).

2.1 Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender

O referencial teórico escolhido para sustentar o desenvolvimento deste projeto foi o MPS de Nola Pender, pois este visa a promoção da saúde baseando-se na mudança de comportamento da população. A aplicação deste modelo torna-se essencial na atuação do enfermeiro na prevenção da TB, que sensibiliza para a importância do rastreio da pessoa que contactou com um doente com TP. A teórica detém conhecimentos elevados de desenvolvimento humano de psicologia experimental e de ensino, tendo desenvolvido uma perspectiva holística de enfermagem e criado o seu MPS em 1982 e revisto em 1996.

No MPS surge uma proposta para relacionar a enfermagem com a ciência do comportamento, identificando os fatores que influenciam comportamentos saudáveis. Este integra-se e é sustentado na teoria de aprendizagem e na psicologia social (Tomey & Alligood, 2004).

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

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

O MPS refere que os comportamentos são desenvolvidos e alterados com base em avaliações pessoais sobre crenças e valores e na Teoria Cognitiva de Aprendizagem. Para alterar comportamentos, o indivíduo tem necessidade de adquirir novos conhecimentos que permitam uma reestruturação do pensamento. Esta alteração do pensamento tem como motor a motivação para resolver os seus

problemas e encontrar respostas para a resolução dos mesmos (Pender, *et al.*, 2019).

O comportamento dos indivíduos muda e é frequentemente motivado por instintos, impulsos, necessidades bem como as ações e compreende-se que estes comportamentos são alterados em função de processos cognitivos que incluem auto-crenças, auto-avaliação e auto-eficácia. A auto-eficácia consiste numa convicção do próprio, nas suas capacidades de realizar uma ação e é uma conceção crucial no modelo de Nola Pender (Tomey & Alligood, 2004).

O MPS define como principais conceitos: a pessoa, o meio ambiente, a enfermagem, a saúde e a doença. Para aplicar o modelo à prática é necessário definir estes conceitos (Pender, *et al.*, 2019).

A Pessoa é um ser biopsicossocial com características individuais, e experiências de vida que influenciam os seus comportamentos, incluindo comportamentos de saúde (Pender, 1996). No contexto da saúde pública e da prevenção e promoção da saúde, a pessoa é representada pelo contacto do doente com TB.

O meio ambiente é o contexto social, cultural e físico onde a vida se desenrola, o meio ambiente pode ser manipulado pelo indivíduo para criar um contexto facilitador à adoção de comportamentos que melhoram a sua saúde (Pender, *et al.*, 2019).

Por essa razão, optamos por uma estratégia na comunidade, em que os parceiros comunitários surgem como agentes facilitadores, para a tomada de conhecimento da restante comunidade. Pressupõe planear intervenções e estratégias individualizadas para os conviventes, de forma a promover comportamentos saudáveis, e capacitá-los para a realização do rastreio da TB.

Seguidamente serão enunciados os componentes e variáveis que compõem este modelo: Características e experiências individuais: que integram o comportamento anterior e ainda fatores pessoais, biológicos, psicológicos e socioculturais (Pender, *et al.*, 2019).

Cognição e afeção do comportamento: sobre o comportamento que integram os benefícios e as barreiras percebidos para a ação; a autoeficácia percebida; os sentimentos relacionados ao comportamento; as influências interpessoais concretamente da família, pares e prestadores de cuidados, assim como normas,

apoios e modelos e ainda as influências situacionais (opções, exigências e estética) (Pender, *et al.*, 2019).

Resultado comportamental: em que se conjugam as exigências (controle baixo) e preferências (controle alto) de competição e ocorre o Compromisso com um Plano de Ação de modo que seja adotado um Comportamento de Promoção de Saúde (Pender, *et al.*, 2019).

Diagrama representativo do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (2019), (Anexo I).

3 METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE

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

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

Assim, Planeamento em Saúde é definido como “a racionalização do uso de recursos com vista a atingir objetivos fixados, como intuito da redução de problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores económicos” (Imperatori & Giraldes,1993, p. 23). Tem como objetivo a implementação de programas/projetos alicerçados na identificação dos problemas de saúde da comunidade e dos fatores que a condicionam, através da elaboração do diagnóstico de saúde da comunidade, cujo objetivo fundamental é a obtenção de ganhos em saúde (Imperatori & Giraldes,1993).

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

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

O desenvolvimento de um plano sistemático para a mudança de comportamento fornece ao cliente a oportunidade de expressar formas intencionais de aumentar o bem-estar e aumentar a satisfação com a vida. O planeamento em

saúde é um processo dinâmico e é importante que este seja flexível para atender às necessidades de mudança do cliente (Pender, *et al.*, 2019).

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

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

3.1 Diagnóstico de situação

O Diagnóstico de Saúde é o primeiro passo no processo do Planeamento em Saúde e só faz sentido se permitir a identificação das necessidades de saúde da população alvo (Tavares, 1990).

Nesta fase, é essencial uma apreciação minuciosa da população do concelho, da área de influência da USP onde decorreu o estágio final, que faculte uma compreensão clara do estado de saúde geral, permita a identificação das populações de risco e documente as suas necessidades de saúde (Stanhope & Lancaster, 2011).

Após a definição do diagnóstico é então possível iniciar e justificar as atividades, sendo o ponto a partir do qual se avalia o avanço alcançado com as atividades implementadas (Imperatori & Giraldes, 1993).

3.1.1 Contextualização

O ACES onde foi realizado o estágio, apresenta uma área de influência sobreponível ao concelho onde se insere, dividindo-se em nove freguesias. Com um total de 233.465 habitantes, abrange uma área total de aproximadamente 61 Km² (PLS 2017-2020).

A USP rege-se pelo Regulamento Interno e desenvolve as suas atividades no cumprimento do preconizado no Decreto-Lei n.º 28/08, de 22 de fevereiro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 137/2013 de 7 de outubro de forma a orientar a sua intervenção

para a prossecução das Operações Essenciais de Saúde Pública, e retificado pela Declaração de Retificação nº 52/2013, de 4 de dezembro (DRE, 2013).

Em 2015, a população com 65 ou mais anos, representava 28,3% do total da população, muito acima da proporção nacional. O grupo dos jovens com menos de 14 anos, é mais numeroso nos dois concelhos que o ACES abrange (15,1% e 15,7%, respetivamente) do que no resto do país. Uma análise sumária da pirâmide etária da área geodemográfica do ACES referente aos anos de 1991 e 2015 permite notar que dos 0 aos 9 anos de idade houve um incremento de população infantil, assim como um aumento sobretudo da população com idade igual ou superior a 60 anos (alargamento do topo da pirâmide), o que reflete uma baixa taxa de mortalidade e um aumento da esperança média de vida (PLS 2017-2020).

O índice sintético de fecundidade no ACES tem descido de 2000 a 2015, estando em situação de não reposição de gerações à semelhança do continente e da área da ARS de LVT (PLS 2017-2020).

Socialmente, as famílias, na sua quase totalidade, residem em alojamentos clássicos, existindo uma proporção mínima de famílias institucionais e de alojamentos não clássicos. A taxa de analfabetismo em 2011 era de 2,2%, inferior à verificada no continente (5,2%). Quanto ao nível de escolaridade, prevalecia o nível de ensino básico (embora em percentagem inferior ao registo regional e nacional), enquanto a população sem nenhum nível de escolaridade era de 15,1%. A proporção da população com ensino superior completo (25%) era superior à verificada quer a nível regional (14,8%), quer nacional (11,9%) (PLS 2017-2020).

O consumo de substâncias, em particular no que diz respeito ao abuso do tabaco nas mulheres e ao abuso de drogas nos homens, é mais elevado no ACES, comparativamente aos valores regionais e nacionais (PLS 2017-2020).

Comparando a população do ACES com a do continente e a da RLVT, há menos beneficiários do Rendimento Social de Inserção e subsídio de desemprego. No que se refere a infraestruturas ambientais, praticamente toda população é servida por sistemas públicos de abastecimento de água, sistemas de drenagem de águas residuais e estações de tratamento de águas residuais (PLS 2017-2020).

A taxa bruta de mortalidade no ACES tem-se mantido sem alterações significativas sendo inferior à nacional e à da RLVT, no período estudado entre 1998 e 2014. Na análise da taxa de mortalidade padronizada das causas de morte abaixo dos 75 anos, destacam-se os tumores do esófago, do pâncreas e da laringe, traqueia,

brônquios e pulmões que apresentam valores superiores ao Continente e à ARS LVT (PLS 2017-2020).

Segundo o Perfil de Saúde de 2017 deste ACES, os seis principais diagnósticos ativos eram hipertensão arterial, alterações do metabolismo dos lípidos, abuso de tabaco, perturbações depressivas, obesidade e diabetes (Perfil de Saúde de 2017).

Em relação às Doenças de Notificação Obrigatória, no ano de 2017 verificou-se um elevado número de notificações de Doença dos Legionários, correspondendo fundamentalmente à ocorrência de um surto. Das restantes, as mais notificadas foram a TB, e as doenças sexualmente transmissíveis e VIH/SIDA (Perfil de Saúde de 2017).

No ACES em 2015 foram notificados 56 casos de TB, dos quais 47 eram casos novos, representando uma taxa de notificação de 23,9/100000 habitantes e uma taxa de incidência de 20,1/100000 habitantes. Verifica-se assim que a taxa de incidência de 20,1/100000 habitantes, no ano de 2015, idêntica à de Portugal reportada no ano de 2014 (Perfil de Saúde 2017).

No Relatório de Atividades do triénio 2016-2018 do ACES verifica-se que o número de casos de TB tem vindo a descer nos últimos anos, quanto à distribuição por idades esta é mais frequente entre os 30-39 anos e 60-69 anos respetivamente. Em 2018 houve 28 notificações de TB dos quais 43% foram casos confirmados, 39% provável, 11% não caso, 3% possível e 4% estava ainda a aguardar avaliação pela USP (Relatório de Atividades 2016-2018).

Este relatório diz-nos ainda que, 71 % dos casos confirmados tratava-se de TB respiratória e que, dos sete concelhos onde houve casos de TB o concelho onde incide o presente projeto de intervenção comunitária apresentava apenas 4% de casos, sendo dos sete concelhos aquele com menor incidência de casos de TB (Relatório de Atividades 2016-2018).

Verificou-se também uma prevalência de casos em pessoas reformadas e desempregadas, sendo que das cinco desempregadas três eram toxicodependentes (SINAVE 2018).

O Relatório de Doenças de Notificação Obrigatória apresenta 29 casos de TB no ACES no ano de 2020, sendo que destes, sete casos correspondem ao concelho

onde se desenvolveu o projeto (Relatório de Doenças de Notificação Obrigatória, 2020).

Dados fornecidos pela CM caracterizam o bairro onde se realizou a intervenção comunitária, dando uma visão mais detalhada da população que queremos alcançar.

O bairro encontra-se num dos concelhos pertencentes ao ACES, foi construído no ano 2000 pela autarquia a fim de realojar outros bairros precários que foram desmantelados no mesmo período, com uma população de aproximadamente 1600 indivíduos.

A nível habitacional trata-se de prédios e os fogos distribuem-se pelas seguintes tipologias: T0 - 30; T1 - 47; T2 - 116; T3 - 148; T4 - 100. O bairro encontra-se remoto, não tendo outros bairros em redor e apenas uma entrada e saída, tornando-o de difícil acesso para transportes públicos e grande transtorno para os moradores que necessitam se deslocar.

Quanto à naturalidade dos moradores do bairro, 974 pessoas são de Portugal, 336 de Cabo Verde, 88 de Guiné Bissau, 49 de Angola e restante população são naturais de outros países do mundo.

É importante conhecer a constituição familiar, as pessoas e de que são feitas, onde vivem, o que comem, e como dormem, como nos diz Figueiredo a família é abordada como um sistema, considerando tanto o contexto intrafamiliar e todas as suas características, como o contexto extrafamiliar (Figueiredo, 2009).

São reconhecidas à família as suas competências e a sua autonomia para tomar decisões ao longo de todo o processo de saúde e doença. A família é vista como o principal parceiro nos cuidados (Figueiredo, 2009).

No que diz respeito à idade, dos 0 anos aos 19 são 444 crianças e jovens, a maior parte da população do bairro está entre os 20 anos e os 50, havendo 180 pessoas com mais de 65 anos.

Os níveis de escolaridade no bairro constituem uma informação importante sobre a população, uma vez que é necessário ter em conta que a adequação de intervenções futuras depende da escolaridade da população. Neste caso, estão predominantemente divididos entre o 1º ciclo e o ensino secundário, havendo 81 pessoas analfabetas, 187 pessoas cujo nível de escolaridade não foi atribuído e outros ensinos como técnico-profissional e universitário.

Os níveis de escolaridade podem constituir uma informação importante sobre

a população a ter em conta quanto à adequação de intervenções futuras e a própria receção das mesmas. Assim a OMS define Literacia em Saúde como o conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde, por forma a promover e a manter-se saudável. O conhecimento, a motivação e as competências das pessoas são essenciais para a boa compreensão da informação (OMS, 2013).

A Literacia para a Saúde pode também ser entendida como determinante, mediador e moderador da saúde, constituindo uma das portas de entrada da população no acesso à melhoria da saúde (DGS, 2019).

Relativamente aos recursos locais (entidades e serviços) que servem o bairro, podemos destacar: Gabinete de Atendimento Local (Habitação); Centro Comunitário onde se encontram instalados – Centro Local de Apoio à Integração de Migrantes (da CM), a Equipa de RSI e Sala de Estudo, estes dois últimos promovidos pelo Centro Social e Paroquial N^a Sr^a; Creche e Escola de 1^o Ciclo com Jardim de Infância; Unidade Móvel de Saúde da UCC; Diversos projetos que decorrem ao abrigo do Contrato Local de Segurança da CM, nomeadamente Gabinete da APAV, Sala de Apoio ao Estudo, Futsal, Kickboxing, entre outros; Associação de Moradores (que realiza a distribuição de máscaras de proteção e apoio alimentar, etc.); Várias associações de voluntariado.

3.1.2 População alvo e amostra

A população-alvo é constituída por “elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações”. Pelo que a população acessível “deve ser representativa da população alvo, é constituída pela porção da população alvo que é acessível ao investigador” (Fortin, *et al.*, 2009, p.202).

A população alvo da intervenção comunitária foram os parceiros comunitários presentes no bairro de génese social, bairro este onde se constatou um aumento da incidência de TB no último ano.

A estratégia de seleção pelos parceiros comunitários, prendeu-se com o facto de haver pouca adesão ao rastreio de TB por parte dos conviventes no bairro. Uma vez que, os esforços de chegar directamente aos contactos de risco e à pessoa doente

com TB por parte da USP foi, muitas vezes, impossibilitada. Pela dificuldade de entrar em contacto com as pessoas, viu-se nos parceiros comunitários uma boa estratégia para alcançar toda a população do bairro de forma contínua, sendo que o projeto terá continuidade por parte da USP.

Melo diz-nos que uma comunidade residencial é um espaço geográfico destinado à habitação, podendo corresponder a um bairro social, uma rua, uma cidade, nos quais o enfermeiro enquanto agente externo promotor da capacitação comunitária, deve trabalhar em parceria com os membros e líderes da comunidade no sentido da sua autonomia na resolução dos seus problemas. Sendo a capacitação de grupos uma boa estratégia para se atingir determinados objetivos (Melo, 2020).

Após a seleção de estratégias, como reunir com uma enfermeira da Unidade de Cuidados na Comunidade do ACES, que tinham já há mais de 20 anos um projeto que envolvia uma unidade móvel presente no bairro, que terá sido suspensa por causa da situação pandémica por COVID-19 há mais de um ano. Vendo este elo de ligação como não viável para chegar ao bairro, optou-se por entrar em contacto com o departamento de saúde e ação social da CM, que se demonstrou inteiramente disponível em colaborar, dando desta forma contactos presentes no bairro que se definem como informadores-chave/parceiros.

Foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão a fim de obter a amostra, sendo por isso, uma amostragem não probabilística por conveniência. Após a definição destes critérios, o projeto contou com uma amostra de seis parceiros. Sendo estes compostos por dois assistentes sociais, dois professores e dois técnicos de associações sociais. Dos quais, dois deles são residentes no bairro e todos eles estão em contacto direto com a população em geral devido às suas características profissionais que desenvolvem (Apêndice II), (Fortin, 2009)

3.1.3 Instrumento de recolha de informação

Segundo Pender *et al.* (2019), faz parte da competência do enfermeiro o uso de medidas de avaliação que permitam documentar áreas que necessitam de intervenção para a promoção da melhoria do estado de saúde dos indivíduos, famílias e/ou comunidades.

A metodologia selecionada foi qualitativa, uma vez que esta valoriza a

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

De modo a realizar a recolha de informação optou-se por, primeiramente, em aceder aos dados do SINAVE e SCLinic, de forma a identificar o número de doentes diagnosticados com TP de janeiro de 2020 a julho de 2021, incluindo assim três semestres, com o objetivo de conhecer o número mais fiável possível de casos de TP no bairro onde se realizou a intervenção. No ano de 2020 houve 7 casos de TP no bairro, no 1º semestre de 2021 houve 3 casos no bairro. Acedeu-se também, à base de dados interna, na qual a USP tem acesso aos dados do CDP que a área do ACES abrange, com os dados dos conviventes e com o seu processo de rastreio.

Desta forma foi possível obter os dados sociodemográficos das pessoas e perceber por exemplo que de 1 caso de TP com 10 contactos de risco, num ano ainda só três pessoas tinham realizado rastreio, entre elas crianças. Estes dados são preocupantes e exigiram uma atuação por parte da USP. A informação obtida, foi colocada numa tabela Excel, de forma a trabalhar a informação com maior facilidade.

Para enriquecer o diagnóstico de situação e construir o instrumento de colheita de informação, foi realizada uma revisão integrativa da literatura, com a finalidade de identificar os conhecimentos pré-existentes sobre a TB e os motivos que podem levar os conviventes a não aderir ao rastreio. Direcionando as questões da entrevista que foi realizada aos parceiros e assim obter respostas que condicionaram o planeamento em saúde. Em apêndice o fluxograma da revisão da literatura e o resumo dos artigos seleccionados (Apêndice III).

A revisão integrativa da literatura é um método que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática (Souza, 2010).

Dos resultados obtidos, surgem como motivos para a não adesão ao rastreio a falta de informação sobre a doença e a necessidade do mesmo, o estigma acerca da doença, o baixo nível educacional, a falta de supervisão em saúde, o facto de a pessoa com TB não querer fornecer os seus contatos. Os motivos podem prender-se ainda por falta de motivação para ir ao local onde se realiza o rastreio, a pessoa com TB não querer dizer o seu diagnóstico aos conviventes e também a pessoa não vê

importância no rastreio porque não se sente doente (Kunin, M. *et al.*, 2022; Katrak & Flood 2018; Biermann *et al.*, 2021; Marangu *et al.*, 2017; Alsdurf *et al.*, 2020).

A recolha de informação após a pesquisa bibliográfica, foi realizada através de uma entrevista semiestruturada (ou semi-diretiva) a informadores-chave presentes na comunidade. A entrevista, enquanto método de recolha de informações, adequa-se particularmente, à análise do sentido que os atores dão às suas práticas e aos acontecimentos com os quais são confrontados (Quivy & Campenhoudt, 2018).

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

A formulação das questões da entrevista surgiu, das dificuldades sentidas durante os inquéritos epidemiológicos à pessoa doente com TB e aos conviventes e dos resultados da revisão da literatura efetuada. Apêndice com guia de entrevista (Apêndice IV).

Ao entrevistar os informadores chave teve-se como intuito perceber que lacunas existem a nível de conhecimentos sobre a TB e dessa forma perceber as necessidades da população do bairro em geral, de modo a ir ao encontro das mesmas, com vista ao aumento da adesão dos conviventes aos rastreios.

3.1.4 Considerações éticas e deontológicas

Sendo este relatório realizado no âmbito da enfermagem destaca-se o artigo 106º do dever do sigilo do seu Código Deontológico inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, que afirma na alínea d) que o enfermeiro no exercício da sua profissão deve “manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 8).

Num procedimento que envolve pessoas deve existir sempre respeito, anonimato e confidencialidade. As entrevistas foram realizadas após consentimento, nas respetivas salas de trabalho dos informadores chave. Os entrevistados

responderam às questões de forma livre e consciente, não tendo sido utilizadas práticas de coação física, psíquica, moral ou enganosa, impeditiva da livre manifestação da vontade pessoal dos profissionais que aceitaram colaborar.

Durante a aplicação das mesmas foi utilizada uma linguagem acessível, tendo sido assegurada a garantia de esclarecimento, a opção de voluntariedade e a liberdade na participação. O consentimento livre e esclarecido aos parceiros comunitários para serem entrevistados (Apêndice V). Pedido de autorização ao diretor do ACES para implementar o projeto e as suas devidas divulgações (Apêndice VI).

3.1.5 Apresentação e análise da informação

Após a recolha de informação, esta foi analisada, a fim de obtermos os diagnósticos de enfermagem. Inicialmente caracterizou-se a população alvo por sexo, por idades e habilitações académicas. Dos 6 informadores-chave, 1 era do sexo masculino e restantes do sexo feminino, 2 estavam entre os 20-30 anos e restantes entre 40-50 anos, todos eles possuem grau académico de licenciatura.

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

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

De forma a obter um resultado que fosse de encontro à exploração da temática, teve base na pesquisa bibliográfica que foi efetuada, dando importância ao significado das expressões e não à sua dimensão ou frequência. Foram realizadas deduções e inferências específicas sobre o conteúdo apresentado.

As unidades de contexto e unidades de registo devem ser claras para que se possa fazer inferências sem significados dúbios, deve existir exclusão mútua na distribuição das unidades de contexto e unidades de significação. A análise qualitativa prende-se ao facto de a inferência ser fundamentada na presença do índice

(tema ou palavra) e não sobre a frequência da sua aparição (Bardin, 2016).

Na fase de categorização, foram evidenciadas três dimensões relacionadas com as necessidades organizacionais (conhecimentos/articulação/gestão), em primeiro as crenças e conhecimentos que os parceiros tinham sobre TB, as barreiras associadas à não adesão ao rastreio e as sugestões de estratégias enunciadas pelos parceiros. Nesta análise de conteúdo, podemos então identificar que existem necessidades emergentes na adesão ao rastreio de TB no bairro, nas quais se pode intervir, confirmando a hipótese levantada.

No que concerne aos conhecimentos sobre a doença por parte dos parceiros e a forma como estes interpretam a falta de adesão ao rastreio por parte dos conviventes apresentam expressões como:

Medo: E2: “(...) com isso vem o medo de que se saiba que está infetado o que faz com que se oculte a doença dos outros e haja promoção do contágio.”; E3: “O medo do contágio pelas represálias que estão associadas aos tuberculosos”.

Estigma/preconceito: E2: “Ainda há muito estigma sobre a doença, até acho que se pensa que é só em pessoas com mais de 50 anos, mas não deve ser assim(...)”; E4: “O facto de ser uma doença hereditária, deixa as pessoas alerta”; E5: “Estigma por ser uma doença contagiosa, antes havia hospitais só para estas pessoas, estas coisas ficam marcadas”.

Conhecimentos sobre a doença por parte dos parceiros: E1: “Acho que é tosse, manchas na pele, fraqueza e problemas respiratórios”; E2: “É febre, tosse e expectoração com sangue.”; E3: “Só me ocorre tosse persistente, não faço ideia que mais será”; E4: “É tosse, emagrecimento e dificuldade respiratória”; E5: “Deve ser tosse e cuspir sangue”.

Como os parceiros consideram que se dá a transmissão da doença:

E1: “(...) diz-se que é rápida a transmissão(...) e pode ser pelas pessoas estarem próximas e tosem”; E2: “Por via aérea e saliva”; E3: “A partilha de comida talvez”; E4: “Pode ser pela respiração e contacto físico”; E5: “Tossir em frente a alguém e beber do mesmo copo”.

Os parceiros referem que em caso suspeito de TB iriam encaminhar a pessoa para: linha de apoio saúde 24; hospital; centro de saúde; unidade móvel presente no bairro (que está suspensa por causa da pandemia por COVID-19).

Consideram pertinente ligar para uma linha de apoio telefónico antes da pessoa se deslocar para alguma unidade de saúde, (E4, E5) tendo por base que sendo

uma doença contagiosa a pessoa não deve sair de casa sem ter indicação de profissionais (E5). O centro de saúde deverá ser a primeira linha de contacto, sendo que não especificam ao certo qual a unidade funcional (E1, E2) Um entrevistado refere que os utentes devem dirigir-se à USF (E3). Os E3 e E1 apresentam como forma de encaminhamento de caso suspeito a unidade móvel.

Relativamente às barreiras associadas à não adesão ao rastreio dos utentes do bairro pelo parecer dos parceiros da comunidade prendem-se a vários fatores, mas principalmente à falta de conhecimento e a dificuldades económicas. **Conhecimento sobre a doença da comunidade sob o ponto de vista dos parceiros:** E1: *“existem aqui muitas pessoas com baixa escolaridade (...) não entendem as consequências que a doença pode ter”*; E3: *“(...) estas doenças graves que escondem dos outros, não têm noção da gravidade. Ignoram, assim acreditam que a doença não existe.”*; E4: *“O facto de não terem conhecimentos acabam por ter vergonha (...) e não pedem ajuda”*; E5: *“Pelo pouco conhecimento as pessoas não aceitam que têm a doença e como há muitas situações de ilegalidade têm receio de recorrer ao sistema de saúde e terem consequências legais”*.

Problemas económicos: E1: *“Muitas pessoas vivem no limiar da pobreza, não estão muito preocupadas com questões de saúde (...)”*; E3: *“(...) há pessoas a passar fome, os problemas económicos a preocupação constante cansa a cabeça das pessoas e ficam desgastadas para pensar noutros assuntos”*; E4: *“Os problemas financeiros leva a que as pessoas não saiam do bairro”*.

Problemas relacionados com a mobilidade: E1: *“Há pessoas aqui do bairro que nunca foram a Lisboa (...) têm receio de ir a sítios desconhecidos sozinhos e se perderem ou acontecer alguma coisa (...)”*; E2: *“Por ser um bairro periférico, os problemas de mobilidade afetam os moradores que dependem de transportes públicos deficientes (...)”*; E4: *“Não sabem onde ficam os serviços e preferem ficar no bairro (...)”*.

Durante as entrevistas os parceiros partilharam estratégias que poderiam melhorar a adesão ao rastreio da doença como:

Divulgar local onde se realiza rastreio: E2: *“se o local onde se realiza o rastreio fosse conhecido as pessoas falavam entre elas e começavam a ir...”*; E5: *“Podiam dizer onde se têm que dirigir para fazer o rastreio e como é que chegam lá”*.

Disponibilizar transporte: E1: *“(...) também podiam disponibilizar transporte para levar os conviventes a realizar rastreio (...)”*; E4: *“(...) e facilitar o acesso aos*

serviços através de transportes (...) talvez se fossem acompanhados ou viesse cá uma carrinha para fazer o rastreio(...) por outro lado, deve-se tornar as pessoas proativas e não estarem fechadas na comunidade/bairro”.

Promoção de saúde no bairro: E1: *“(...) fazerem uma ação de informação com linguagem simples sobre o meio de contágio e as consequências (...)distribuir folhetos informativos nos eventos do bairro(...)realizar uma feira da Saúde(...)”;* E4: *“Agora estamos a falar de TB, mas existem muitas doenças que aqui me preocupam como DST’s e a diabetes, o serviço de saúde devia vir falar sobre esses temas (...) Sensibilizar as pessoas para a doença, saberem as consequências(...)”;* E3: *“Deve-se explicar às pessoas que estão a colocar em risco os familiares e que riscos são esses e depois os riscos para a comunidade”;* E5: *“Era excelente aproveitar a aglomeração de pessoas(...) falar com muita gente ao mesmo tempo”.*

Os entrevistados apesar de estar suspensa há mais de um ano, referem que a unidade móvel de saúde integrada num projeto da UCC, constitui uma ferramenta de grande importância no bairro. Os parceiros da comunidade entrevistados consideram essencial a unidade móvel como elo de ligação entre os moradores do bairro e o sistema de saúde (E1, E2, E3, E4, E5).

E3, E4 e E5 referem sentir-se desprotegidos e expostos ao risco de contágio e têm interesse em colaborar para travar o contágio e encaminhar os casos suspeitos. Consideram fundamental uma intervenção de saúde no bairro (F2, F3, F4, F5).

A revisão da literatura efetuada previamente, vai de encontro ao que foi expresso pelos parceiros. Os resultados do diagnóstico de situação foram apresentados em reunião à equipa da USP. Considerou-se que o diagnóstico de situação aproxima as necessidades expressas e sentidas com as necessidades reais.

3.1.6 Problemas Identificados

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

Após esta análise foram identificados diagnósticos de enfermagem, segundo

a CIPE® versão 2019. Esta consiste num instrumento de informação para descrever a prática de enfermagem e ao longo do tempo foi sofrendo várias alterações (OE, 2019).

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

Os problemas identificados são a base da definição dos diagnósticos de enfermagem, diagnósticos estes que permitirão o desenvolvimento do projeto e sua posterior avaliação. Os diagnósticos de enfermagem foram definidos de acordo com a taxonomia da CIPE versão 2019 (OE, 2019) e no MPS (Murdaugh, et. al, 2019).

Apresentados na tabela 1.

Tabela 1: Necessidades de Saúde, MPS e os Diagnósticos de enfermagem

Necessidade de Saúde	Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender	Diagnóstico de Enfermagem (CIPE)
Necessidade de definir conceitos sobre a Doença de Tuberculose	Comportamento anterior Fatores pessoais: psicológicos Barreiras para a ação percebidas Autoeficácia percebida Influências interpessoais Exigências	Conhecimento Sobre Doença comprometido demonstrado pelos parceiros da comunidade sobre a doença de TB Juízo: Comprometido Recursos: Serviço de Promoção de Saúde
Necessidade de informar os parceiros da comunidade das barreiras identificadas, associadas à não adesão ao rastreamento, para adequar a gestão dos recursos da comunidade a fim de melhorar a adesão	Comportamento anterior Barreiras para ação percebidas Fatores pessoais: socioculturais Influências interpessoais e situacionais Sentimentos em relação ao comportamento	Liderança Comunitária comprometida associada às dificuldades de conhecimentos, econômicos e de mobilidade que a comunidade do bairro apresenta. Juízo: Comprometido Recursos: Serviço de Promoção de Saúde
Necessidade de elaborar um procedimento/fluxograma organizacional que facilite a adesão ao rastreamento	Comportamento anterior Barreiras para ação percebidas Autoeficácia percebida Influências situacionais Exigências	Liderança Comunitária comprometida associada aos baixos níveis de conhecimentos, às dificuldades econômicas e de mobilidade que a comunidade do bairro apresenta, dificultando a adesão ao rastreamento de TB. Juízo: Comprometido Recursos: Serviço de Promoção de Saúde

3.2 Determinação de Prioridades

Segundo Imperatori & Geraldles (1993) a definição de prioridades tem duas

dimensões, uma ligada ao tempo e outra aos recursos disponíveis.

A definição dos critérios e sua respetiva ponderação são cruciais nesta etapa, pois, será a partir destes que se irá obter no final a lista ordenada dos problemas. Atendendo à linha temporal disponível para a intervenção, procedeu-se a uma priorização destas três necessidades de saúde através do Método de Hanlon (Tavares 1990).

O Método de Hanlon recorre a quatro critérios para estabelecer a priorização segundo Tavares (1990): Amplitude ou magnitude do problema (A), definida como o número de pessoas afetadas pelo problema; gravidade do problema (B), pode ser analisada em termos de mortalidade, criação de incapacidade ou até mesmo de geração de custos; eficácia da solução (C) ponderação através de uma escala o grau de facilidade de solução do problema; exequibilidade do projeto ou da intervenção (D). Avaliada através de uma fórmula de ponderação destes 5 fatores: a pertinência, exequibilidade económica, aceitabilidade, disponibilidade de recursos e legalidade. A posterior ordenação dos problemas identificados é obtida através da fórmula de cálculo $(A + B) C \times D$. A cada um dos critérios foi atribuído um peso, onde a respetiva ponderação foi baseada em discussão com consenso entre peritos: a Sra. Enf.^a Isabel e Professora Dr.^a Ana Resende (Apêndice VIII)

Quanto aos diagnósticos de enfermagem convém salientar que embora sejam distintos, encontram-se todos relacionados entre si, ficando abaixo organizados de forma hierárquica após aplicação do método de prioridades:

Conhecimento Sobre Doença comprometido - demonstrado pelos parceiros da comunidade sobre a doença de TB;

Liderança Comunitária comprometida - associada à necessidade de criar um instrumento que oriente um grupo na comunidade capaz de encaminhar os casos suspeitos de TB para um diagnóstico da doença atempada;

Liderança Comunitária comprometida - associada aos baixos níveis de conhecimentos, às dificuldades económicas e de mobilidade que a comunidade do bairro apresenta, dificultando a adesão ao rastreio de TB.

É de salientar que segundo o MPS de Nola Pender, as pessoas comprometem-se mais facilmente com comportamentos dos quais preveem benefícios como é o caso do rastreio. Devido à limitação temporal do estágio, não se conseguiam obter resultados imediatos e visíveis. Assim optou-se por intervir apenas nos dois

primeiros problemas.

3.3 Fixação de Objetivos

Após a realização do diagnóstico de situação e a identificação dos problemas prioritários, torna-se necessário realizar uma correta fixação de objetivos a atingir relativamente a cada um desses problemas num determinado período, pois, só através de uma adequada definição de objetivos será possível proceder a uma avaliação da intervenção (Imperatori & Giraldes, 1993).

Segundo Imperatori e Giraldes (1993, p.79) entende-se por objetivo “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto”.

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

A formulação dos objetivos, deve considerar que estes deverão ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis. O objetivo geral refere-se a uma determinada situação que se pretende atingir, sendo formulado de uma forma geral, e os objetivos específicos de uma forma detalhada (Tavares, 1990).

Foi traçado, como objetivo geral deste projeto: Contribuir para o aumento da taxa de adesão ao rastreio de TB nos utentes do bairro X.

A delineação dos objetivos operacionais ou metas prendeu-se com a sua exequibilidade face ao tempo disponível para os realizar e o consenso das peritas (Sr.^a Enf.^a Isabel e a Prof^a Ana Resende). Foram traçados como objetivos específicos: Envolver a equipa da USP com o intuito de procurar soluções para a implementação do projecto; Realizar uma sessão de educação para a saúde aos parceiros da comunidade do bairro; Produzir materiais educativos relativos à doença de TB quanto aos sinais, sintomas, forma de transmissão e meios diagnósticos da doença sob forma de (cartaz, cartão, fluxograma orientador para encaminhamento); Divulgar o projecto de intervenção comunitária "Quebra a corrente - adesão ao

rastreio da Tuberculose” à equipa de enfermagem da USP.

3.4 Seleção de Estratégias

Durante a seleção de estratégias é fundamental conceber o processo mais adequado de modo a reduzir os problemas identificados. Nesta etapa, devem ser propostas formas de atuação que possibilitem atingir os objetivos definidos e reduzir a tendência da evolução natural dos problemas de saúde (Imperatori & Giraldes, 1982).

Segundo Tavares (1990) é uma etapa que exige criatividade. Quanto maior for o conhecimento sobre o problema, maior será a probabilidade de propor novas formas de abordagem que permitam a redução ou eliminação do problema. No entanto, implica também um conjunto de procedimentos, para a criação e seleção das estratégias a adotar.

Na seleção da estratégia a implementar foram tidos em consideração os parâmetros recomendados por Tavares (1990), nomeadamente, os custos, os obstáculos, a pertinência, as vantagens e inconvenientes.

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, relativa aos motivos que levam à não adesão ao rastreio. Esta pesquisa pretendeu identificar e analisar todo o material pertinente para a preparação das atividades que se projetou ser necessário desenvolver.

Por esse motivo, o primeiro objetivo específico foi uma reunião com a enfermeira orientadora, a coordenadora da USP e a médica de Saúde Pública responsável pela TB no ACES, com o intuito de procurar soluções para a implementação do projeto de intervenção comunitária. A primeira estratégia foi recorrer à UCC por conhecer bem o bairro, visto que tinham há mais de 20 anos um projeto neste local de intervenção, que por motivo pandémico está suspenso. Esta unidade não se encontrava disponível para se envolver neste projeto, ainda assim, contribuíram com alguns conhecimentos que possuem desta população específica.

Assim sendo, concluímos que uma ótima estratégia para tocar a comunidade seria através da CM, nomeadamente pela colaboração dos parceiros presentes em instituições/associações que estão fisicamente no bairro. Foram tidos em conta os seguintes recursos: o tempo que seria necessário despendido, neste caso, o tempo

despendido pela enfermeira orientadora do estágio; e os recursos materiais implicados nas deslocações à UCC e à CM.

No que concerne aos obstáculos para a implementação desta estratégia: a demora por situações hierárquicas institucionais para chegar até aos parceiros presentes no bairro, ou seja, toda a comunicação via e-mail passou pela coordenadora da USP, tendo essa situação prolongado o tempo de resposta e por sua vez de ação. Considerou-se, no entanto, que continuava a ser pertinente, no sentido em que seria a forma mais assertiva de chegar até à comunidade e à nossa população alvo.

A principal estratégia selecionada de modo a atingir os objetivos fixados foi a Educação para a Saúde (EpS). A EpS é um dos componentes da promoção da saúde, concentrando-se em atividades e experiências que facilitem a aprendizagem e é fundamental no processo de comunicação entre os profissionais de saúde e os indivíduos ou grupos (Pender *et al.*, 2019).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (p.7, 2010), cabe ao enfermeiro, no âmbito da promoção da saúde: “O fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo grupo/comunidade”.

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

A Carta de Ottawa foi o catalisador que moveu a promoção da saúde, esta passou a ser definida para além da atividade educacional, abrangendo um conceito mais amplo, que também se concentrava no ambiente social e político (Pender, *et al.*, 2019).

Tendo por base estas premissas, foi desenvolvida uma abordagem de EpS à população alvo, que não se limitasse apenas à transmissão de informação, mas que fosse adaptada às características específicas desta mesma população. Foram também desenvolvidas atividades dirigidas aos enfermeiros da USP de forma a se envolverem no projeto e assim, darem continuidade e favorecer o processo de promoção de adoção de comportamentos saudáveis na população do bairro.

Foi tido em conta o tempo que seria necessário despende e os recursos materiais. Os custos existentes para a implementação das estratégias, foram o tempo

despendido pela enfermeira orientadora e as deslocções ao bairro. No que concerne aos obstáculos a esta estratégia foi tido em conta a dificuldade de juntar todos os parceiros seleccionados, tendo-se conseguido. Considerou-se, no entanto, que continuava a ser pertinente, no sentido de aumentar os conhecimentos em saúde e ajudar os parceiros a despistar e encaminhar conviventes para o rastreio, envolvendo a comunidade nesta problemática e colocando os parceiros em contacto direto com a USP.

O terceiro objetivo específico foi elaborar informação em suporte de papel que possa ser fornecido aos parceiros/comunidade. Os custos existentes para a implementação das estratégias, foram o tempo despendido pela enfermeira orientadora e a impressão. Considerou-se que não haveria obstáculos a esta estratégia e esta era pertinente, pois iria também aumentar os conhecimentos em saúde e ajudar no empoderamento dos parceiros na tomada de decisão através de um fluxograma com orientações.

Foi então tido por base para este objetivo a estratégia de criar mecanismos de informação à comunidade, uma vez que a informação apropriada pode ajudar a tomar decisões informadas para reduzir riscos para a saúde (WHO, 2018).

Para o quarto objetivo específico, que pretendia envolver os profissionais de saúde para que haja continuação do projeto "Quebra a corrente - adesão ao rastreio da Tuberculose", a estratégia utilizada foi a realização de uma sessão informativa, com o intuito de envolver os profissionais no projeto. Esta sessão foi realizada no final do estágio, de modo a dar a conhecer tudo o que foi realizado até aquele momento e quais as sugestões para o futuro.

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

3.5 Preparação Operacional

Após o desenvolvimento das etapas anteriores é necessário planear a operacionalização da execução das diversas atividades inerentes à intervenção e

proceder à sua implementação (Tavares, 1990).

As atividades a desenvolver e a sua programação foram definidas em consenso com a equipa da USP e a CM tendo em vista a consecução dos objetivos operacionais predefinidos e de acordo com os recursos existentes e a limitação temporal do estágio.

Os conteúdos das atividades foram desenvolvidos de acordo com os conhecimentos mais atuais sobre o tema ajustados aos resultados obtidos nas entrevistas quanto aos conhecimentos dos parceiros sobre a doença e os motivos que eles consideram ser os obstáculos que levam à não adesão ao rastreio por parte dos conviventes residentes no bairro.

Cada atividade desenvolvida deve ter em conta, o que deve ser feito, quem deve fazer, quando deve fazer, onde deve ser feito, como deve ser feito, avaliação da atividade, o objetivo que se pretende atingir e por último o custo da atividade (Tavares, 1990).

Optou-se por não colocar os custos por estes não serem relevantes. Todas as atividades foram devidamente organizadas e documentadas, num portfólio para consulta pela equipa de saúde, de modo a favorecer a continuidade do projeto.

Seguidamente será realizada uma breve descrição das atividades realizadas por ordem cronológica:

De modo a atingir os objetivos propostos foram delineadas atividades para cada um deles e colocadas em tabela de acordo com Tavares (1990). Para atingir o objetivo específico de - Integrar a USP com o intuito de procurar soluções para a implementação do projeto de intervenção "Quebra a corrente - adesão ao rastreio da Tuberculose":

Atividade 1 - Realizadas duas reuniões com a equipa da USP uma para apresentar o diagnóstico de situação, envolvendo a equipa na criação de estratégias relativas à otimização da resposta aos serviços de saúde no bairro X. Outra reunião para apresentar uma proposta à equipa da USP com a lista de parceiros comunitários presentes no bairro X fornecida pela CM, para se intervir com o intuito dos parceiros comunitários encaminharem utentes conviventes ou casos suspeitos de TB para CDP para serem rastreados.

Tabela 2:Objetivos operacionais e indicadores das atividades do primeiro objetivo específico

Atividades	Objetivos Operacionais	Indicadores de Atividade
Atividade 1	Que 100% das reuniões programadas sejam realizadas;	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de reuniões realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de reuniões programadas}} \times 100$
	Que 50% da equipa da USP participe na reunião;	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de elementos da equipa presentes na reunião}}{\text{N}^\circ \text{ de elementos da equipa previstos na reunião}} \times 100$

Para o objetivo específico - divulgar o projeto de intervenção através de sessão de educação para a saúde aos parceiros da comunidade do bairro:

Atividade 2 - Realizada uma sessão de educação para a saúde presencial aos parceiros presentes no bairro para abordar os temas relacionados com a TB no âmbito do projeto "Quebra a corrente - adesão ao rastreio da Tuberculose”;

Para realizar esta atividade foram contactados previamente os 6 parceiros comunitários para informar e estimular a participação na sessão. Previamente foi realizado o plano de sessão (Apêndice IX). Foi realizada sessão de 20 minutos com projeção de slides simples e com linguagem de fácil perceção (Apêndice X). Esta sessão de educação para a saúde, foi apresentada pela mestrand, no dia 29 de novembro de 2021, numa das associações do bairro que disponibilizou o espaço e teve o intuito de aumentar os conhecimentos dos parceiros acerca da doença de TB e do rastreio dos conviventes, valorizando os riscos da não adesão (Apêndice IX). Para a avaliação da sessão foi ainda realizado um questionário de satisfação da mesma (Apêndice XI).

Tabela 3:Objetivos operacionais e indicadores das atividades do segundo objetivo específico

Atividades	Objetivos Operacionais	Indicadores de Atividade
Atividade 2	Que 100% das sessões de educação para a saúde programadas sejam realizadas;	<u>Nº de sessões de educação para a saúde realizadas</u> /Nº de sessões de educação para a saúde programadas x 100
	Que 30% dos parceiros comunitários do bairro estejam presentes na sessão de educação para a saúde do projeto de intervenção comunitária;	<u>Nº de parceiros comunitários presentes na sessão de educação para a saúde</u> /Nº de parceiros comunitários previstos na sessão de educação para a saúde x 100
	Que 70% dos parceiros comunitários do bairro avaliem a sessão informativa de nível Bom a Muito Bom de satisfação.	<u>Nº de parceiros comunitários com nível Bom a Muito Bom de satisfação à sessão de educação para a saúde</u> /Nº parceiros comunitários presentes na sessão de educação para a saúde x 100

Para o objetivo específico - produzir materiais educativos relativos aos sinais, sintomas, meios de transmissão que caracterizam a TB. Assim como o fluxograma para rastreio e cartão para a os parceiros entregarem à pessoa que vai realizar rastreio:

Atividade 3 - Elaborado um pôster informativo sobre o que é a doença, os meios de transmissão, fluxograma para encaminhamento dos conviventes/casos suspeitos, por parte dos parceiros e contactos úteis.

A impressão foi custeada pelo ACES, e os posters foram afixados em várias associações no dia da sessão de educação para a saúde. Esta atividade teve como intuito criar um instrumento que auxilie os parceiros na tomada de decisão perante uma situação em que tenham que encaminhar um convivente ou caso suspeito para rastreio (Apêndice XII). Foi também entregue aos parceiros cartões para distribuírem pelos utentes que iniciem rastreio, e que sirva de instrumento facilitador para se acompanhar a situação por parte do utente, dos parceiros e da USP. O cartão serve para auxiliar na orientação de quais exames/consultas a pessoa deve realizar bem como a data, hora e local e contém também contactos úteis. A impressão deste cartão

foi custeada pelo ACES. (Apêndice XII). A avaliação desta atividade irá ser refletida posteriormente com o aumento da adesão ao rastreio.

Tabela 4:Objetivos operacionais e indicadores das atividades do terceiro objetivo específico

Atividades	Objetivos Operacionais	Indicadores de Atividade
Atividade 3	Que 70% dos materiais educativos produzidos sejam aceites para divulgação.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de materiais educativos divulgados}}{\text{N}^\circ \text{ total de materiais educativos}} \times 100$

Para atingir o objetivo específico - envolver a equipa da USP para que haja continuação do projeto foi realizada uma atividade:

Atividade 4 - Realizada sessão informativa à equipa da USP, para apresentar o projeto realizado.

Para realizar esta atividade foi necessário convocar a equipa da USP (4 enfermeiros, médica de Saúde Pública responsável pela TB no ACES e coordenadora da USP), a convocatória foi realizada por e-mail. Foi realizado previamente um plano da sessão (Apêndice XIII). A sessão decorreu em cerca de 20 minutos com projeção de slides, e contemplou a pesquisa bibliográfica efetuada para o projeto, e o projeto, com todas as suas fases de planeamento. Esta sessão realizou-se a 7 de dezembro de 2021, e ocorreu na sala de reuniões da USP. Esta teve como objetivo apresentar o projeto realizado à equipa da USP, de forma a estes poderem dar continuidade e avaliarem o mesmo (Apêndice XIV). Contando com a avaliação da mesma (Apêndice XV).

Tabela 5: Objetivos operacionais e indicadores das atividades do quarto objetivo específico

Atividades	Objetivos Operacionais	Indicadores de Atividade
Atividade 4	Que 100% das sessões informativas programadas sejam realizadas aos enfermeiros da USP;	<u>Nº de sessões informativas realizadas à equipa da USP</u> /Nº de sessões informativas programadas x 100
	Que 50% da equipa da USP estejam presentes na apresentação do projeto de intervenção comunitária;	<u>Nº de profissionais da USP presentes na sessão informativa</u> /Nº de profissionais da USP previstos na sessão informativa x 100
	Que 70% da equipa da USP avaliem a sessão informativa de nível Bom a Muito Bom de satisfação.	<u>Nº de profissionais da USP com nível Bom a Muito Bom de satisfação à sessão informativa</u> /Nº de profissionais da USP presentes na sessão informativa x 100

3.6 Avaliação

A última etapa do planeamento é a avaliação. É nesta fase que sabemos se um plano foi eficaz, ou seja, se os objetivos predefinidos foram ou não atingidos (Nunes, 2016).

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

Na intervenção comunitária, apenas foi possível realizar uma avaliação a curto prazo, pelo que se selecionaram apenas indicadores de atividade de modo a analisar a consecução dos objetivos operacionais delineados de acordo com os objetivos específicos pré-estabelecidos. Na tabela 6 são descritos os resultados obtidos para cada indicador proposto.

Tabela 6: Avaliação da intervenção comunitária de acordo com os indicadores propostos

Objetivos Operacionais	Indicadores de Atividade	Resultados
Que 100% das reuniões programadas sejam realizadas;	<u>Nº de reuniões realizadas/</u> Nº de reuniões programadas x 100	100%
Que 50% da equipa da USP participe na reunião;	<u>Nº de elementos da equipa presentes na reunião/</u> Nº de elementos da equipa previstos na reunião x 100	90%
Que 100% das sessões de educação para a saúde programadas sejam realizadas;	<u>Nº de sessões de educação para a saúde realizadas</u> /Nº de sessões de educação para a saúde programadas x 100	100%
Que 30% dos parceiros comunitários do bairro estejam presentes na sessão de educação para a saúde do projeto de intervenção comunitária;	- <u>Nº de parceiros comunitários presentes na sessão de educação para a saúde</u> /Nº de parceiros comunitários previstos na sessão de educação para a saúde x 100	100%
Que 70% dos parceiros comunitários do bairro avaliem a sessão informativa de nível Bom a Muito Bom de satisfação.	<u>Nº de parceiros comunitários com nível Bom a Muito Bom de satisfação à sessão de educação para a saúde</u> /Nº parceiros comunitários presentes na sessão de educação para a saúde x 100	100%
Que 80% dos materiais educativos produzidos sejam aceites para divulgação.	<u>Nº de materiais educativos divulgados /</u> Nº total de materiais educativos x100	100%
Que 100% das sessões informativas programadas sejam realizadas à equipa (coordenadora, médica, 4 enfermeiros) da USP;	<u>Nº de sessões informativas realizadas à equipa da USP</u> /Nº de sessões informativas programadas x 100	100%
Que 50% dos profissionais da USP estejam presentes na apresentação do projeto de intervenção comunitária;	<u>Nº de profissionais da USP presentes na sessão informativa</u> /Nº de enfermeiros da USP previstos na sessão informativa x 100	100%
Que 70% dos profissionais da USP avaliem a sessão informativa de nível Bom a Muito Bom de satisfação.	<u>Nº de profissionais da USP com nível Bom a Muito Bom de satisfação à sessão informativa</u> /Nº aos enfermeiros da USP presentes na sessão informativa x 100	100%

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

Foram definidas metas e indicadores para o futuro. A proposta foi para a avaliação do projeto dentro de um ano (Tabela 7).

Tabela 7: Metas e indicadores para o futuro

Meta	Indicador
Que seja realizada uma reunião trimestral com os parceiros da comunidade para educação para a saúde /esclarecimento de dúvidas/ suporte da USP	<u>número de reuniões realizadas</u> número de reuniões programadas x 100
Que seja realizada uma reunião trimestral entre a equipa da USP para discutir/dar continuidade ao projecto	<u>número de reuniões realizadas</u> número de reuniões programadas x 100
Que 95% das pessoas com contacto de risco realizem rastreio	<u>número de pessoas com rastreio completo</u> número de pessoas elegíveis para rastreio x100

A avaliação será realizada pelas enfermeiras que estiveram envolvidas no projeto, pois são as que detêm maior conhecimento do mesmo. Será efetuada ao final de cada ano, através dos conviventes que completaram o rastreio e do material fornecido aos mesmos.

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

3.7 Desafios e contributos do projeto para a prática clínica

A implementação de um projeto de intervenção comunitária, acarreta implicações a vários níveis, ainda que por sua vez, promovem a evolução da enfermagem enquanto ciência e profissão. Desta forma, o projeto desenvolvido traduziu-se em ganhos, sobretudo na prevenção da doença e promoção da saúde. A realização de um projeto segundo a metodologia do planeamento em saúde constitui um desafio. É de salientar que apesar das complexidades e dificuldades sentidas ao longo do percurso, a missão foi cumprida.

O fato de ter realizado estágio na USP permitiu uma visão muito diferente da enfermagem que conhecia até então. Revelando-se um novo entendimento sobre a enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

De realçar neste projeto vários aspetos positivos, nomeadamente, o interesse e envolvimento da equipa da USP e da CM, fazendo acreditar que o projeto tinha condições para continuar e que era algo inteiramente do interesse público e da saúde.

Ainda a destacar, o interesse demonstrado pelos parceiros comunitários abordados que se interessaram e envolveram plenamente no projeto, aderiram à sessão, o que demonstrou uma população alvo disposta a adquirir novos conhecimentos e com interesse em plantar a mudança e melhoria no bairro.

Ao utilizar o MPS de Nola Pender, enquanto referência para este projeto, este tornou-se um intermediário bastante claro da teoria para a prática. Permitindo, uma organização estrutural do projeto, trazendo assim ganhos para a comunidade. Além disso, pode ser utilizado pelo enfermeiro desde o diagnóstico da situação até a avaliação.

Considera-se que existiram desafios ao longo da consecução deste projeto. O primeiro decorreu do fato da parceria que se pensava ser sustentada não ter sido bem-sucedida, ou seja, tencionava-se em primeira instância chegar até ao bairro com a colaboração da UCC com a qual tivemos uma reunião. Esta UCC, desenvolve projetos neste bairro de génese social há mais de 20 anos, com a implementação de uma unidade móvel, mas que por motivos relacionados com a pandemia, foram suspensos, tornando-se impossível a sua participação neste projeto de intervenção.

Nesse sentido, para repensar a melhor estratégia, para se contornar este constrangimento, a CM constituiu-se como parceira neste nosso projeto de

intervenção.

Estes constrangimentos acabaram por atrasar um pouco as primeiras etapas do planeamento, sendo que por se respeitar a hierarquia dos serviços não se obteve uma comunicação direta desde o primeiro momento com todos os intervenientes. Ainda assim, devido a todo o trabalho e empenho desde o início do estágio, logo que se obteve este contacto com os parceiros comunitários o projeto desenvolveu-se com bastante normalidade.

Mais atividades poderiam ter sido desenvolvidas, ficou a sugestão de dar continuidade ao projeto e alargar as atividades. Como por exemplo, acrescentar à intervenção uma parceria com o CDP para um possível rastreamento comunitário no bairro, bem como com a CM para que esta possa facilitar o transporte até ao CDP, aos utentes que têm de realizar rastreio. Sendo uma ótima estratégia para transmitir apoio e segurança aos utentes, visto que os problemas de mobilidade e económicos estão bastante presentes na comunidade do bairro onde se desenvolveu o projeto, constituindo uma das géneses para a má adesão ao rastreio.

Ficou como sugestão para o futuro também, reuniões trimestrais entre a equipa da USP e os parceiros para se replicar a sessão de educação para a saúde e alcançar mais parceiros comunitários ou esclarecer dúvidas referentes a situações que tenham ocorrido. O importante é que se mantenha esta parceria entre a USP e a comunidade, e que esta parceria se traduza num aumento da adesão ao rastreio.

Este projeto tem condições de replicação futura, pela sua pertinência sendo também possível a aplicação a outras instituições ou contextos. Finalmente, a implementação deste projeto foi e será uma mais-valia para os parceiros comunitários abrangidos pela intervenção, permitindo-lhes uma maior literacia em saúde sobre a TB e também empoderamento comunitário, o que conseqüentemente promoverá ganhos em saúde.

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

Ao terminar o projeto de intervenção é altura de refletir sobre o percurso realizado e sobre o que foi adquirido no decorrer do mesmo. Este foi um percurso marcado por um grande crescimento individual quer a nível pessoal, quer a nível profissional. Aprofundou e desenvolveu as competências específicas de enfermeiro especialista em Saúde Comunitária e de Saúde Pública e de mestre.

Adquiriu competência, desenvolveu conhecimentos e capacidades de compreensão, interpretação, análise, realização do diagnóstico de enfermagem, definição de prioridades e processos de intervenção com vista à resolução dos problemas. Na USP foi possível estar em contexto alargado e multidisciplinar, estabelecer articulação intersectorial e com recursos da comunidade, e envolver os parceiros da saúde na comunidade e adotou todas as fases da metodologia de planeamento em saúde, geriu o processo, procedeu à avaliação contínua, adotou estratégias para obter resultados planeados. Os desafios que foram surgindo, foram oportunamente aproveitados como aprendizagem e desenvolvimentos de competências previstas no regulamento, Artigo 15º p. 2246 do Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de março.

Desenvolveu capacidade de mobilizar conhecimentos, lidar com problemas complexos, desenvolver soluções e criar momentos de reflexão, sobre as implicações e responsabilidades éticas, deontológicas e sociais. A capacidade de comunicar as conclusões, os conhecimentos e o raciocínio, de forma clara e objetiva. A elaboração e implementação do projeto de intervenção comunitária possibilitou o desenvolvimento de um trabalho original, aborda uma situação complexa, de forma sustentada, com base na metodologia de planeamento em saúde e com fundamentado no MPS.

O estágio permitiu a aplicação dos conhecimentos em novas situações, a necessidade de criar soluções, proporcionou oportunidade de desenvolver as competências, na articulação entre pares e com a equipa multidisciplinar, gerir processos e apontar soluções fundamentadas na evidência da prática clínica,

resultante da pesquisa científica realizada. A revisão integrativa da literatura potenciou o desenvolvimento das competências para a aprendizagem autónoma. A partilha da informação científica, com os pares e com a equipa multidisciplinar potenciou a melhoria da qualidade dos cuidados na Unidade.

Segundo a OE (2019), o enfermeiro especialista deve demonstrar competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários. A elaboração do relatório é uma etapa da avaliação da Unidade Curricular, procura ir ao encontro do plano de estágio, descrevendo as fases planeadas e realizadas. Evidencia ganhos do âmbito científico.

O Regulamento nº 140/2019 define as competências comuns do enfermeiro especialista, apresentando no seu Artigo 4º do Capítulo II os quatro domínios das competências comuns do enfermeiro especialista: “Responsabilidade profissional, ética e legal”; “Melhoria contínua da qualidade”; “Gestão dos cuidados”; “Desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (Regulamento nº140/2019, p. 4745).

Ao nível da responsabilidade profissional, ética e legal cumpriu todos os procedimentos clínicos e circuitos da informação, como, percorrer hierarquia prevista, internamente, na articulação da USP com os parceiros da comunidade. estabeleceu contacto com os parceiros da comunidade com conhecimento dos superiores hierárquicos. O que permitiu e facilitou o acesso a informadores locais e a informação chave para a realização deste trabalho.

De modo a respeitar a dignidade e o direito de recusa foi solicitada autorização formal, o preenchimento do consentimento livre e esclarecido já mencionado neste relatório e que se encontra em apêndice. Foi garantido e assegurado o anonimato dos participantes, e informadores formais e informais, do projeto

As competências de enfermagem, no âmbito melhoria contínua e da qualidade, assim como o domínio da gestão dos cuidados previstos no Regulamento nº140/2019 da p.4747 e p.4748, foram adquiridas, uma vez que, ao implementar um projeto, promoção da saúde e prevenção da doença, foi necessário articular as intervenções com os enfermeiros da USP e com a CM, gerir os recursos disponíveis, de modo a garantir o cumprimento com sucesso e qualidade de todo o projeto de intervenção, tendo de as avaliar posteriormente. O Domínio da competência foi extensamente alcançado, uma vez que toda a prática foi suportada na evidência

científica, com base na pesquisa científica, bem como no desenvolvimento pessoal e profissional.

De referir ainda, no que concerne à competência “baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (OE, 2019, p.4749), foi elaborada em coautoria, uma Revisão Sistemática da Literatura com o título “Impacto da pandemia (covid-19) em crianças e adolescentes: a Systematic Review”, no âmbito da disciplina de Enfermagem Comunitária II. Contributo para conhecimento novo, através da publicação de um póster num evento científico, ao longo do estágio, no IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa e também publicado no E-book da Universidade (Anexo II). Também na participação enquanto discente na Formação em Tuberculose nos dias 24 e 25 de setembro de 2021 no âmbito do Programa Nacional para a Tuberculose organizado pela DGS (Anexo I).

No que acarreta às competências específicas Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública (EEECSP), a OE (Regulamento nº428/2018, p.19354) define 4 competências específicas para o EEECS: Primeira - “Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade”; segunda - “contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades”; terceira - “Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde”; por fim a quarta- “Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico”.

A primeira competência descrita diz-nos, que o enfermeiro especialista em saúde comunitária e saúde pública “estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade”(Regulamento nº428/2018, p.19355) foi então possível adquirir esta competência através da realização do projeto de intervenção, onde foi necessário a realização de um diagnóstico de saúde da população e consequentemente, a estabilização de prioridades, formulação de objetivos e estratégias de intervenção.

Todo este processo, pretendeu dar resposta aos problemas de saúde identificados e a posterior avaliação efetuada permitiu monitorizar a sua eficácia e consequentemente os possíveis ganhos em saúde da comunidade envolvida na intervenção.

A segunda competência contribui para o processo de capacitação de grupos

e comunidades” (OE, 2018, p.19356), foi claramente cumprida, uma vez que o projeto desenvolvido contava centralmente com a colaboração e envolvimento dos parceiros comunitários presentes no bairro, contribuindo para a capacitação de grupos. Foi através da promoção para a saúde que se realizou essa capacitação, que pode ser observada pelas estratégias e intervenções realizadas. Também a oportunidade de realizar visitas domiciliares no contexto de abandono da TOD. A OE (Regulamento n.º 428/2018, p.19356) considera estas competências comunicacionais importantes para o EEECS, uma vez que enuncia que “mobiliza e integra conhecimentos da área das ciências da comunicação e educação nos processos de capacitação das comunidades”.

Foi possível integrar programas de saúde no âmbito comunitário, sendo essa outra competência do enfermeiro especialista de saúde comunitária e saúde pública, através de participação em reuniões da equipa multidisciplinar da USP, para discutir vários temas como, controlo de infeções em escolas, realizada visita a um terreno baldio próximo de prédios residenciais, realizada auditoria a rede de frios a várias unidades do ACES, auditoria a residências seniores e também reuniões relacionadas com o Programa de Atividades do Triênio. Visita a um centro de vacinação contra a COVID-19 conhecendo no momento as normas mais atualizadas sobre a vacinação em massa. Participar na realização do documento da USP “Relatório das Doenças de Declaração Obrigatória de 2020”.

A quarta competência está relacionada com a vigilância epidemiológica. Foi necessária a mobilização de dados epidemiológicos, para a realização do diagnóstico de situação neste projeto de intervenção. Também, a realização de vigilância epidemiológica no local de estágio tomou grande importância, através das doenças de declaração obrigatória foi possível fazer o acompanhamento da TB, bem como de outras doenças.

Além do desenvolvimento do projeto, o estágio foi rico em experiências que promoveram a aquisição e desenvolvimento de competências no percurso profissional até aqui. No entanto, é importante lembrar que há ainda um longo caminho de aprendizagem a percorrer.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do estágio realizado na USP tornou-se numa oportunidade única de aprofundar conhecimentos como EEECS, uma vez que permitiu adquirir conhecimentos práticos dos fenómenos que ali se intervêm. Só no contexto prático se tem a verdadeira percepção do fenómeno quanto à dimensão e envolvimento, desta forma sendo possível atuar através de intervenções nos problemas de saúde das populações, como é o caso da TB.

A TB continua a ser uma doença que merece toda a nossa atenção, sendo que como EEECS podemos fazer a diferença, pelos conhecimentos desenvolvidos e adquiridos, pela sensibilidade para o estudo sociogeográfico das populações e intervir onde mais é pertinente. A TB não deve cair no esquecimento das políticas de saúde, sendo fundamental manter a luta contra a mesma. O rastreio dos conviventes trata-se de uma forma preventiva da TB, sendo extremamente importante que a comunidade detenha esse conhecimento.

O projeto desenvolvido neste âmbito primou pelo envolvimento constante dos parceiros comunitários, demonstrando a importância de utilizarmos os recursos existentes na comunidade. Chegando assim, a mais utentes de forma eficaz, mobilizando e delegando responsabilidade social em agentes importantes na comunidade, que devem usar o seu estatuto em benefício de todos.

O envolvimento dos vários agentes neste projeto possibilitou a manutenção do mesmo após o término do estágio. A equipa da USP manifestou interesse em dar continuidade ao projeto, assim como os parceiros do bairro envolvidos. De momento fica a sensação de ter nascido um projeto que com certeza irá crescer e colher bastantes frutos adiante.

A promoção da saúde foi um foco determinante neste projeto, só após uma vasta pesquisa sobre o tema, foi possível interligar com toda a metodologia do planeamento em saúde. Os estudos encontrados na revisão da literatura, permitiram centrar os problemas que estão por detrás da não adesão ao rastreio e através das entrevistas foi possível conhecer a realidade da população alvo.

As intervenções de enfermagem desenvolvidas foram pertinentes e adequadas ao grupo em que se trabalhou. Estes contributos incentivaram a uma

prática avançada de enfermagem comunitária, que pretende obter efetivos ganhos em saúde através da prestação de cuidados de elevada qualidade.

Os objetivos propostos, conforme exposto ao longo do relatório, consideram-se atingidos, apesar dos grandes desafios. Foram atingidos através da aquisição de competências específicas do EEECS, permitindo a capacitação de um grupo de parceiros comunitários presentes num bairro de génese social, promovendo conhecimentos sobre a doença de TB e a importância de realizar rastreio. Através de uma sessão de educação para a saúde e um fluxograma de encaminhamento para rastreio por parte dos parceiros comunitários, foi possível criar uma ligação estreita com os mesmos.

Ao terminar este percurso fica-se com o sentimento que não existe uma forma perfeita de intervir, mas sim vastas possibilidades de se chegar ao mesmo resultado. É preciso ter criatividade neste processo. É ao se juntar a ciência, o cuidar e a arte que torna a enfermagem tão especial. É que no final se tenha a sensação de que se agiu com as melhores intenções, ajudar pessoas a ultrapassar problemas de saúde ou a preveni-los.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Tuberculose em Portugal - Desafios e Estratégias. (2022). Direção Geral da Saúde.

<https://www.sip-spp.pt/media/b03ntf4n/tuberculose-em-portugal-desafios-e-estrategias-2018-dgs.pdf>

Dia Mundial da Tuberculose – SNS. (2021). Sistema Nacional de Saúde.

<https://www.sns.gov.pt/noticias/2021/03/24/dia-mundial-da-tuberculose-3/>

Global Tuberculosis Programme. (2015), WHO. Disponível em:

<https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/the-end-tb-strategy>

Organização Mundial de Saúde. (2021). Cuidados de saúde primários.

<https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/factsheets/details/primary-health-care>

Instituto Nacional de Estatística, INE (2021). População residente em risco de pobreza ou exclusão social (%) por Sexo e Grupo etário. INE, Estimativas anuais da população residente.

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUES_dest_boui=415626333&DESTAQUESmodo=2

Sistema Nacional de Saúde, (2021). Tuberculose, Redução de casos – SNS.

<https://www.sns.gov.pt/noticias/2021/10/15/tuberculose-reducao-de-casos-2/>

WHO (2021). *Tuberculosis.* World Health Organization.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>

20 anos de Relatórios de Primavera. (2021). Observatório Português dos Sistemas de Saúde. https://mcusercontent.com/b826be5c93722e0818a99c861/files/e3f64342-073c-ae66-db69-f1dc451a730e/RP_2021.01.pdf

Souza, M., Silva, M., Carvalho, R. (2010) Integrative review: what is it? How to do it?

<https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?format=pdf&lang=pt>

Albee, M. (1996). Revolutions and counterrevolutions in prevention. *American Psychologist*,(51(11), 1130–1133).

<https://psycnet.apa.org/record/1996-06440-005>

American Psychological Association (2020). *APA Style guide*. (7ª edição)

Azevedo, C. & Gonçalves, A. (2006). *Metodologia Científica: Contributos Práticos para a Elaboração de Trabalhos Académicos* (8ª edição.)

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

Bonita, R., Beaglehole, R. & Kjellstrom, T. (2010). *Epidemiologia Básica*. (2ª edição). Santos Editora.

Direção Geral de Saúde (2020) *Relatório de Vigilância e Monitorização da Tuberculose em Portugal dados definitivos 2018/19 Programa Nacional para a*

Tuberculose.

Direção Geral de Saúde (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>

Figueiredo, Maria Henriqueta (2009) – Enfermagem de Família: Um contexto do cuidar. Instituto de Ciência Biomédicas Abel Salazar. Tese de Doutoramento.

Direção Geral de Saúde (2021) Níveis de Literacia em Saúde em Portugal.

Direção Geral de Saúde (2013). Programa Nacional para a Tuberculose – Planeamento do Rastreio de Contatos de Doentes com Tuberculose. Direção Geral de Saúde.

<https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/tb-planeamento-rastreio-pdf.aspx>

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

Fortin, M. (2009). Fundamentos e Etapas do processo de Investigação. Lusodidacta

Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). Metodologia do Planeamento em Saúde (3a ed.). ENSP, Edições da Saúde.

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

Aperfeiçoamento Profissional.

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

Loureiro, I. & Miranda, N. (2016). Promover a saúde, dos fundamentos à ação (2ª edição). Almedina.

Pender, N., Murdaugh, C., Parsons, M. (2019). Health Promotion in Nursing Practice (8ª edição). Pearson.

Ordem dos Enfermeiros. (2020). CIPE, versão 2019. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lusodidacta

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boas Práticas para a Tuberculose. (Cadernos OE. Série 1, Número 5).

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBPTuberculose_VFinal_proteg.pdf

Nunes, M. (2016). Cartilha metodológica do planeamento em saúde e as ferramentas de auxílio. Chiado Editora.

OMS (1978). Declaração de Alma-Ata . Conferência Internacional sobre Cuidados de saúde Primários. World Health Organization.

OMS (2013). Definition of key terms. Consolidated ARV guidelines 2013. World

Health Organization.

<https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/intro/keyterms/en/>

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

Organização Mundial de Saúde (1997). A Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI.

https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_portuguese.pdf

Organização Mundial de Saúde. (2010). Declaração de Adelaide sobre a Saúde em Todas as Políticas. Governo da Austrália.

https://www.who.int/social_determinants/portuguese_adelaide_statement_for_web.pdf

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

Shuster, G.; Geoppinger, J. (2011). A comunidade como Cliente: Apreciação e Análise. In

Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011) Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População (356-389). (7ª edição). Lusociência.

Tomey, A. & Aliigood M. (2004). Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (5ª edição).

Lusociência.

Kunin, M., Timlin, M., Lemoh, C., Sheffield, D., Russo, A., Hazara, S., McBride, J. (2021) Improving screening and management of latent tuberculosis infection: development and evaluation of latent tuberculosis infection primary care model. BMC Infect Dis; (Vol. 22 (1), pp. 49.)

<https://web.s.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=4&sid=07ba621c-54e0-4726-9f0d-9d93d0c7fcc3%40redis&bdata=Jmxhbmc9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=35022023&db=md>

Katrak, S., Flood, J. (2018) Latent Tuberculosis and Current Health Disparities in California: Making the Invisible Visible. NLM ID: (1254074)

<https://web.s.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=13&sid=07ba621c-54e0-4726-9f0d-9d93d0c7fcc3%40redis&bdata=Jmxhbmc9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=30383424&db=mdc>

BiermannI, O., Klüppelberg1, R., Lo'nnroth1, R., Viney1, K., Caws, M., Atkins, S. (2021) 'A double-edged sword': Perceived benefits and harms of active case-finding for people with presumptive tuberculosis and communities-A qualitative study based on expert interviews. NLM ID: (101285081)

<https://web.s.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=15&sid=07ba621c-54e0-4726-9f0d-9d93d0c7fcc3%40redis&bdata=Jmxhbmc9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=33705422&db=mdc>

Marangu D., Mwaniki H., Nduku S., Maleche-Obimbo E., Jaoko W., Babigumira J. (2017) Stakeholder perspectives for optimization of tuberculosis contact

investigation in a highburden settin.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183749>

Alsdurf, H., Empringham, B., Miller, C., e Zwerling¹, C. (2020) Tuberculosis screening costs and cost-effectiveness in high-risk groups: a systematic review. Alsdurf et al. BMC Infect Dis (21:935)

<https://doi.org/10.1186/s12879-021-06633-3>

Deodato, S. (2018). Direito da Saúde. (2ª edição), Almedina.

Melo, Pedro (2020), Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. LID

World Health Organization (2018). WHO calls for urgent action to end TB. News release.

<https://www.who.int/news-room/detail/18-09-2018-who-calls-for-urgent-action-to-end-tb>

World Health Organization Regional Office for Europe/European Centre for Disease Prevention and Control (2019). Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2019–2017. WHO Regional Office for Europe.

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

Page, MJ, McKenzie, JE, Bossuyt, PM *et al.* A declaração PRISMA 2020: uma diretriz atualizada para relatar revisões sistemáticas. *Sistema Rev* 10, 89 (2021).

<https://doi.org/10.1186/s13643-021-01626-4>

ACES Lisboa [REDACTED] (2017) Plano Local de Saúde do ACES 2017-2020

(Revisto). Unidade de Saúde Pública.

ACES Lisboa [REDACTED] (2016) Relatório de Atividades do Triênio 2016-2018. Unidade de Saúde Pública.

ACES Lisboa [REDACTED] (2019) Plano de Atividades 2019-2021. Unidade de Saúde Pública.

ACES Lisboa [REDACTED] (2017) Perfil de Saúde 2017. Unidade de Saúde Pública.

LEGISLAÇÃO:

Decreto-lei n.º 38/2008 de 22 de Fevereiro (2008). Diário da República I Série, No38, (22-02-2008) (1182-1189).

Regulamento No 140/2019 de 6 de Fevereiro (2019) Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista Diário da República II Série, No26 (06-02-2019) (4744-4750).

Regulamento n.º 428/2018. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República, (2.ª série, N.º 135), (16-08-2018). <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115698616/details/normal?!=1>

Instituto de Ciências da Saúde (2012) alterado a (2017). Regulamento Geral de Mestrado em Enfermagem. Universidade Católica Portuguesa

Diário da República Eletrónico.(2013). *Decreto-Lei n.º 137/2013*.Estruturação dos

centros de saúde do Sistema Nacional de Saúde. DRE.

<https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/137-2013-500071>

Diário da República Eletrónico. (2008). Decreto-Lei nº28/2008 de 22 de fevereiro. Estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República Eletrónico*.

<https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>

Diário da República Eletrónico. (2015) Regulamento n.º 348/2015. Regulamento dos padrões de qualidade da ordem dos enfermeiros. Diário da República, (2.ª série , N.º 118, 19-6-2015), Ordem dos Enfermeiros https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfComunitariaSauPublica_DRJun2015.pdf

Diário da República Eletrónico. (2019) Regulamento nº 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, (2.ª série , N.º 26, 6-2-2019).

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10779/0474204744.pdf>

Universidade Católica Portuguesa (2016) – Enfermagem Competência e Responsabilidade no Cuidado Humano. Mestrado de natureza profissional.

Universidade Católica Portuguesa (2012) – Regulamento Geral do Mestrado em

Enfermagem, de Natureza Profissional. DESPACHO NR/C/1072/2012.

DOCUMENTOS NÃO PUBLICADOS:

ACES Lisboa [REDACTED]. (2021). Relatório de Doenças de Declaração
Obrigatórias de 2020. Unidade de Saúde Pública.

APÊNDICES

Apêndice I- Cronograma de atividades de Gantt

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DE ESTÁGIO

A t i v i d a d e s a D e s e n v o l v e r	MÊS	Setembro			Outubro				Novembro				Dezembro		Janeiro				Fevereiro
	SEMANA	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª
Escolha do Tema		■																	
Pesquisa Bibliográfica		■	■	■															
Diagnóstico de Situação				■	■	■	■	■											
Definição de Prioridades									■										
Fixação de Objectivos										■									
Seleção de Estratégias										■									
Preparação Operacional										■	■	■	■						
Avaliação														■					
Relatório															■	■	■	■	■

Apêndice II - Critérios de inclusão e exclusão da população alvo

Tabela - critérios de inclusão e de exclusão da população alvo

Crítérios de Inclusão	Crítérios de Exclusão
A pessoa ter ensino de escolaridade igual ou superior ao 12º ano	Não compreender a importância da TB para a saúde pública
Idade superior a 18 anos	
A pessoa estar em contacto directo com a população do bairro pelo trabalho que desenvolve	Não se expressar em língua portuguesa
A pessoa estar disponível a ser elo de ligação entre a USP e a comunidade	

Apêndice III - Revisão integrativa da literatura

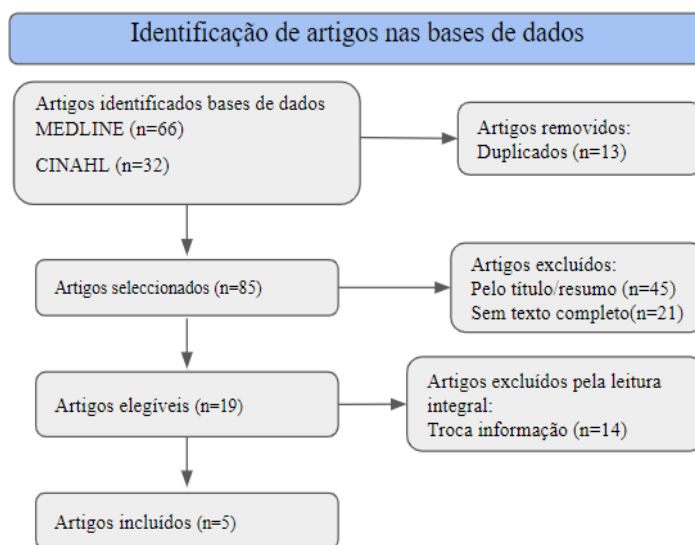
REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Para obter contributos para a entrevista, foi desenvolvida uma revisão da literatura. A presente pesquisa teve como objetivo identificar evidência sobre as barreiras comuns que levam à não adesão ao rastreio da tuberculose.

A pesquisa foi realizada em novembro de 2021, nas bases de dados CINAHL Complete e MEDLINE Complete, via EBSCOhost, e utilizados os seguintes descritores, com as respetivas combinações: : “contact investigation” OR “contact tracing” OR “household contact” AND “screening” OR “tracking” AND “tuberculosis”. Delimitou-se a um espaço temporal de 5 anos, de forma a obter a mais recente informação sobre o tema e foram incluídos documentos em português, inglês e espanhol. A estratégia de pesquisa utilizada incluiu todas as tipologias de estudos. Foram excluídos os artigos sem texto completo. O processo de seleção dos artigos está representado no fluxograma. Com base na estratégia apresentada, foram identificados 98 artigos (MEDLINE=66 e CINAHL=32). A análise dos artigos foi efetuada, de forma independente, pelo autor.

Foram incluídos nesta revisão 5 artigos, publicados entre o ano de 2016 e 2021. Os países de origem são os Estados Unidos da América (EUA), Índia, Austrália e Canadá. Os principais resultados, com a caracterização dos artigos incluídos, estão apresentados num fluxograma resumo.

Fluxograma da seleção dos artigos



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

Tabela - Resumo de revisão da literatura

Título do artigo/ Tipo de estudo	Autores	Periódico (vol, no , pág, ano)	Considerações / Temática
Melhorar a triagem e o controle da infecção latente por tuberculose: desenvolvimento e avaliação do modelo de atenção primária à infecção latente por tuberculose / Métodos mistos	Kunin, M., Timlin, M., Lemoh C., Shefeld, D., Russo, A., Hazara, S., et al.	Doenças Infeciosas (2021), Austrália https://doi.org/10.1186/s12879-021-06925-8	Barreiras associadas à não adesão ao rastreio: baixa motivação para se envolver; dificuldade no processamento de informações relacionadas ao diagnóstico; proficiência multilíngue; recursos para entrar em contato proativamente com pacientes que não comparecem às consultas ou não levantem os medicamentos; recursos financeiros limitados; tempo limitado para educação e acompanhamento do paciente; duração do tratamento; recursos e tempo designados; familiaridade com aspectos culturais; baixa confiança na identificação e resposta.
Custos de rastreamento de tuberculose e custo-efetividade em grupos de alto risco: uma revisão sistemática	Alsdurfl, H., Empringham, B., Miller, C., e Zwerlingl, C.	Infect Dis (2021), Ottawa, Canada 21:935 https://doi.org/10.1186/s12879-021-06633-3	Intervenções de triagem em ambientes de alta prevalência de TB, como bairros de gênese social ou entre pessoas que residem em prisões, aumentaram a identificação e diagnóstico de pessoas com TB e mostraram-se custo-efetivas. Igualmente importante foi garantir o acompanhamento adequado para evitar falhas no tratamento ou perda dos utentes após-triagem.
Tuberculose latente e saúde atual Disparidades na Califórnia: Tornando o Invisível visível / Métodos mistos	Katrak, S., e Flood, J.	Departamento de Controlo da Tuberculose, Departamento de Saúde Pública da Califórnia, Richmond, CA. (2018). 10.2105/AJPH.2018.304529	Barreiras associadas à não adesão ao rastreio: fatores demográficos, como idade e fatores médicos, incluindo comorbidades e efeitos adversos da medicação; cultura e crenças de grupos-chave de pacientes, incluindo compreensão inadequada do estigma associado à tuberculose; relutância em tomar medicamentos desconfiança do sistema médico; incerteza quanto ao risco de desenvolver doença para indivíduos com teste positivo.

<p>'Uma faca de dois gumes': benefícios e danos percebidos da busca ativa de casos para pessoas com tuberculose presumida e comunidades / Estudo qualitativo baseado em entrevistas com especialistas</p>	<p>Biermann I, O., Klüppelberg I, R., Lönnroth I, R., Viney I, K., Caws, M., Atkins, S.</p>	<p>Instituto de Pós-Graduação em Educação Médica e Departamento de Pesquisa de Prevenção e Social, Índia. (2021). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247568</p>	<p>Barreiras associadas à não adesão ao rastreio: acesso à saúde limitado em determinadas áreas, como em bairros de gênese social ou aldeias remotas devido à falta de infra-estrutura ou altos custos de transporte; barreiras de acesso a serviços de diagnóstico; pessoas que vivem em ambientes congregados ou entre indivíduos imunocomprometidos; custos do utente, facilitando o diagnóstico e o tratamento precoces; conhecimentos sobre a TB; reconhecer os sintomas da tuberculose, entender o modo de transmissão, entender que a doença é curável; estigma e discriminação se a confidencialidade e a privacidade das pessoas não forem salvaguardadas. O estigma pode ser em relação à própria TB, mas também a outras associações negativas com a doença, como infecção pelo VIH ou pobreza. Medo do estigma e da discriminação tornou-se aparente quando os pacientes de TB se recusaram a compartilhar seu endereço para rastreamento de contatos, pois tinham medo de que futuras visitas de profissionais de saúde pudessem revelar seu status de TB.</p>
<p>Perspectivas das partes interessadas para a otimização da investigação de contatos com tuberculose em um cenário de alta carga / Estudo qualitativo, entrevistas a doentes com Tuberculose</p>	<p>Marangu D., Mwaniki H., Nduku S., Maleche-Obimbo E., Jaoko W., Babigumira J., et al.</p>	<p>PLoS ONE 12(9): e0183749. Canadá. (2017). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183749</p>	<p>Barreiras associadas à não adesão ao rastreio: Falta de dinheiro; falta de transporte; ocupado no trabalho; contacto desagradável; estigma TB/VIH; contactos fora da área de residência; falta de informação sobre a doença.</p>

Apêndice IV - Guião de entrevista realizada aos parceiros



Entrevistadora	Mestranda Beatriz Tiago do XIV Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública	
Entrevistado (a)	Parceiro da comunidade do concelho de Porto Salvo	
Dia: 15/11/2021	Hora: 15h00 / 16h	Duração: 30 min
Objetivos	Estratégias	Questões
<ul style="list-style-type: none">- Conhecer a proporção de Parceiros com crenças comprometidas sobre a doença Tuberculose;- Conhecer os conceitos que os Parceiros têm presentes sobre a Tuberculose, no que toca a sinais e sintomas e meios de transmissão;- Identificar os meios que servem de referência em caso de suspeita da doença;- Identificar as estratégias para aumentar uma maior proximidade entre a comunidade e as unidades de saúde, segundo a perspectiva dos Parceiros.	<ul style="list-style-type: none">- Colocar as questões de forma adequada e explícita ao Parceiro da comunidade;- Demonstrar disponibilidade para esclarecimento de dúvidas.	<p>Crenças sobre a doença de Tuberculose</p> <ul style="list-style-type: none">- Que crenças acredita estarem associadas à doença de Tuberculose?- Enumere três sinais e sintomas que conhece acerca da Tuberculose?- Que meios de contágio conhece? <p>Barreiras associadas à não adesão ao rastreio e tratamento</p> <ul style="list-style-type: none">- Num caso de suspeita de Tuberculose, qual considera ser o encaminhamento mais viável a nível de unidades de saúde?- Na sua perspetiva, o que pode dificultar a adesão ao rastreio (exames complementares de diagnóstico)? <p>Estratégias de melhoria de adesão a rastreio</p> <ul style="list-style-type: none">- Que ações considera pertinentes na melhoria da adesão ao rastreio e tratamento da doença de Tuberculose?- Como considera que seja possível uma maior proximidade entre o bairro e as unidades de saúde?

GUIÃO DA ENTREVISTA

ENTREVISTA AOS PARCEIROS COMUNITÁRIO

Sexo: Idade: Escolaridade: Profissão: _____.

Crenças sobre a doença de Tuberculose:

1 - Que crenças acredita estarem associadas à doença de Tuberculose?

2 - Enumere três sinais e sintomas que conhece acerca da Tuberculose?

3 - Que meios de contágio conhece?

Barreiras associadas à não adesão ao rastreio:

4 - Num caso de suspeita de Tuberculose, qual considera ser o encaminhamento mais viável a nível de unidades de saúde?

5 - Na sua perspetiva o que pode dificultar a adesão ao rastreio (exames complementares de diagnóstico)?

Estratégias de melhoria de adesão a rastreio e tratamento da doença:

6 - Que ações considera pertinentes na melhoria da adesão ao rastreio?

7 - Como considera que seja possível uma maior proximidade entre o bairro e as unidades de saúde?

Documento preenchido pela mestrand. Respostas validadas pelo entrevistado.

Por ser verdade o que se encontra escrito no presente documento, assino e dato:

Assinatura do entrevistado:

Data:/...../.....

Apêndice V - Consentimento informado, livre e esclarecido para entrevista

Consentimento informado, livre e esclarecido

Exmo/a.

Eu, Beatriz Martins Tiago, enfermeira a frequentar o 14º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária: Área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública da Universidade Católica Portuguesa - Instituto Ciências da Saúde Lisboa, encontro-me a realizar o estágio final, na USP do ACES de Lisboa Ocidental e Oeiras sob orientação da Sr.ª Enfermeira I [REDACTED] e da Profª Ana Resende e pretendo desenvolver um projeto de intervenção que incida sobre a problemática da Tuberculose no concelho de [REDACTED]. Nos tempos de hoje em que muitas alterações ocorreram por causa da situação pandémica por COVID-19, houve também um aumento significativo de outras doenças infecciosas como o caso da Tuberculose que tem vindo a ter um aumento do número de casos neste concelho.

Esta doença respiratória contagiosa, acaba por ganhar maior ênfase em populações vulneráveis em que os determinantes em saúde estão de alguma forma comprometidos, situações socioeconômicas e deficiente vigilância em saúde podem contribuir para um aumento expoente da doença infecciosa.

Neste sentido venho solicitar a sua colaboração para uma entrevista que tem como objetivo determinar as necessidades de saúde sentidas pelos parceiros presentes na comunidade sobre o tema da Tuberculose. Não há lugar a pagamento de deslocções ou contrapartidas, para as pessoas que participem no projeto de intervenção, quem financia o projeto de intervenção será a mestrande enfermeira Beatriz Tiago. Serão cumpridos os procedimentos éticos, assegurando a confidencialidade e a anonimização da informação que será utilizada para fins académicos. Informo que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem que por isso venha a ser prejudicado, estando à sua inteira

disposição para os esclarecimentos que considerar necessários. Toda a informação disponibilizada, no final da entrevista, será confirmada por si de forma a que se torne válida.

Agradeço desde já a sua colaboração.

Assinatura:
.....

(Beatriz Martins Tiago)

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste projeto de intervenção sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando que apenas serão utilizados para este fim académico nas garantias de confidencialidade e anonimato.

Nome:
.....

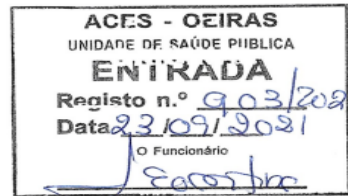
Assinatura:
... Data:/...../.....

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR DUAS PÁGINAS COM FEITO EM
DUPLICADO: UMA VIA PARA A MESTRANDA, OUTRA PARA A PESSOA QUE
CONSENTE**

A/c Enf.º Gnaziela

12.10.21

Exmo. Diretor Executivo
Do ACES de Lisboa Ocidental e Oeiras
Dr. Rafic Nordin



Assunto: Pedido de divulgação de dados pelos estudantes do Mestrado em Enfermagem Comunitária: Especialidade Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública da Universidade Católica Portuguesa.

Autoria [Signature] 18-10-21

No âmbito da realização de Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública da Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa que decorre na Unidade de Saúde Pública do Agrupamento dos Centros de Saúde de Lisboa Ocidental e Oeiras (ACESLOO) sob orientação, da Senhora Professora Doutora Ana Resende – Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa e da Senhora Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública Isabel Correia, vimos por este meio, pedir autorização para divulgar o nome da Senhora Enfermeira Orientadora e da Unidade curricular em causa no relatório final, que se tornará público, tendo em consideração o Regulamento Geral de Proteção de Dados.

Regulamento EU 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de Abril de 2016, em vigor desde Maio de 2018.

Com os melhores cumprimentos,
Oeiras, 23 de Setembro de 2021

Nada a opor.
É de autorizar.
15/10/2021
[Signature]

[Signature]
Beatriz Tiago

[Signature]
Bruno Ribeiro

Tomei conhecimento,
Ana Gaspar
23.09.2021

Apêndice VII - Análise de conteúdo das entrevistas realizadas aos parceiros

Unidade de Registo	Categorias	Sub-categorias	Unidade de Contexto	Frequência	Interpretação dos resultados
Crenças e conhecimentos que os Parceiros da Comunidade tem sobre a doença de Tuberculose	Crenças sobre a doença	Medo	E2: “(...) com isso vem o medo de que se saiba que está infetado o que faz com que se oculte a doença dos outros e haja promoção do contágio.” E3: “O medo do contágio pelas represálias que estão associadas aos tuberculosos”	E2 E3	- Os parceiros descrevem que continua nos dias de hoje a haver medo, estigma e preconceito em aceitar e assumir a doença de Tuberculose por ser uma doença contagiosa. (E2, E3, E4, E5) - Existe crença de que a doença é hereditária. (E4)
		Estigma/Preconceito	E2: “Ainda há muito estigma sobre a doença, até acho que se pensa que é só em pessoas com mais de 50 anos, mas não deve ser assim(...)” E4: “O facto de ser uma doença hereditária, deixa as pessoas alerta” E5: “Estigma por ser uma doença contagiosa, antes havia hospitais só para estas pessoas, estas coisas ficam marcadas”	E2 E4 E5	

	Conhecimentos sobre a doença	Conhecimento	<p><i>E1: "Acho que é tosse, manchas na pele, fraqueza e problemas respiratórios"</i></p> <p><i>E2: "É febre, tosse e expetoração com sangue."</i></p> <p><i>E3: "Só me ocorre tosse persistente, não faço ideia que mais será"</i></p> <p><i>E4: "É tosse, emagrecimento e dificuldade respiratória"</i></p> <p><i>E5: "Deve ser tosse e cuspir sangue"</i></p>	<p>E1</p> <p>E2</p> <p>E3</p> <p>E4</p> <p>E5</p>	<p>- Os parceiros em relação a sinais e sintomas descrevem: tosse, manchas na pele, astenia, hemoptises, sinais de dificuldade respiratória, emagrecimento. (E1, E2, E3, E4, E5)</p> <p>- Em relação aos meios de transmissão consideram que esta é de rápido contágio, que pode ser por via aérea, saliva e contacto físico. (E1, E2, E3, E4, E5)</p>
		Transmissão da doença	<p><i>E1: "(...)diz-se que é rápida a transmissão(...)e pode ser pelas pessoas estarem próximas e tosem"</i></p> <p><i>E2: "Por via aérea e saliva"</i></p> <p><i>E3: "A partilha de comida talvez"</i></p> <p><i>E4: "Pode ser pela respiração e contacto físico"</i></p> <p><i>E5: "Tossir em frente a alguém e beber do mesmo copo"</i></p>	<p>E1</p> <p>E2</p> <p>E3</p> <p>E4</p> <p>E5</p>	

Barreiras associadas à não adesão ao rastreio dos utentes do bairro dos Navegadores pelo parecer dos parceiros da comunidade	Encaminhamento pelos parceiros em caso de suspeita	Linha de apoio saúde 24	E4: “(...) ou ligar para o serviço 24 como se fez com o Covid-19” E5: “Devem ligar para algum sítio antes de saírem de casa, como é contagioso tem que se ter muito cuidador”	E4 E5	- Consideram pertinente ligar para uma linha de apoio telefónico antes de se deslocarem para alguma unidade de saúde, (E4, E5) tendo por base que sendo uma doença contagiosa a pessoa não deve sair de casa sem ter indicação de profissionais. (E5) - O centro de saúde deverá ser a primeira linha de contacto, sendo que não especificam ao certo qual a unidade funcional (E1, E2) Um entrevistado refere-se que os utentes devem dirigir-se à USF. (E3) - Os E3 e E1 apresentam como forma de encaminhamento de caso suspeito a Unidade Móvel.
		Centro de saúde	E1: “ numa primeira fase contactar o centro de saúde...” E2: “primeiro deve-se ir ao centro de saúde e lá encaminham” E3: “Devem ir à Unidade de Saúde Familiar”	E1 E2 E3	
		Hospital	E2: “(...)mas se a situação for mais grave deve ir logo para o hospital” E4: “Primeiro deve-se ir ao hospital (...)”	E2 E4	
		Unidade Móvel de Saúde	E3 “(...)podem esclarecer com o pessoal da carrinha ” E1: “as pessoas com mais dificuldade na mobilização podem ir à carrinha, até para tirarem dúvidas(...)”	E3 E1	

	Dificuldades que comprometem a adesão	Falta de conhecimentos sobre a doença de Tuberculose	<p><i>E1: “existem aqui muitas pessoas com baixa escolaridade o que não contribui para entenderem a importância destes problemas...não entendem as consequências que a doença pode ter”</i></p> <p><i>E3: “As pessoas aqui valorizam o que muitas vezes não tem importância e depois há estas doenças graves que escondem dos outros, não têm noção da gravidade. Ignoram, assim acreditam que a doença não existe.”</i></p> <p><i>E4: “O facto de não terem conhecimentos acabam por ter vergonha(...) e não pedem ajuda”</i></p> <p><i>E5: “Pelo pouco conhecimento as pessoas não aceitam que têm a doença e como há muitas situações de ilegalidade têm receio de recorrer ao sistema de saúde e terem consequências legais”</i></p>	E1 E3 E4 E5	<p>- Apontam como principal problema a falta de conhecimento da população deste bairro para o facto da não adesão ao rastreio da doença. (E1, E3, E4,E5)</p> <p>- As situações de ilegalidade também podem constituir um problema que compromete a procura de cuidados de saúde. (E5)</p> <p>- Os problemas económicos são outro fator que dificulta a procura de cuidados de saúde , por envolverem as pessoas em outros problemas que as consomem e acabam por não valorizar a saúde como prioritário. (E1, E3)</p> <p>- Os problemas económicos podem comprometer a saída do bairro por envolver custos em transportes. (E4)</p>
		Problemas económicos	<p><i>E1: “Muitas pessoas vivem no limiar da pobreza, não estão muito preocupadas com questões de saúde...”</i></p> <p><i>E3: “(...) há pessoas a passar fome, os problemas económicos a preocupação constante cansa a cabeça das pessoas e ficam desgastadas para pensar noutros assuntos”</i></p> <p><i>E4: “Os problemas financeiros leva a que as pessoas não saiam do bairro”</i></p>	E1 E3 E4	<p>- Os parceiros da comunidade referem que existem moradores do bairro que nunca foram a cidades vizinhas como Lisboa, e que esses comprometem o facto de se deslocarem a locais desconhecidos por receio dos imprevistos, preferem não sair da zona de</p>

		Mobilidade	<p>E1: "Há pessoas aqui do bairro que nunca foram a Lisboa por exemplo, então têm receio de ir a sítios desconhecidos sozinhos e se perderem ou acontecer alguma coisa (...)"</p> <p>E2: "Por ser um bairro periférico, os problemas de mobilidade afetam os moradores que dependem de transportes públicos deficientes(...)"</p> <p>E4: "Não sabem onde ficam os serviços e preferem ficar no bairro(...)"</p>	E1 E2 E4	<p>conforto.(E1, E4)</p> <p>- O facto de ser um bairro isolado tem uma fraca rede de transportes (E2)</p>
Estratégias enunciadas pelos parceiros para melhorar a adesão ao rastreio da doença	Sugestões para melhorar a adesão ao rastreio	Divulgar local onde se realiza rastreio	<p>E2: "se o local onde se realiza o rastreio fosse conhecido as pessoas falavam entre elas e começavam a ir..."</p> <p>E5: "Podiam dizer onde se têm que dirigir para fazer o rastreio e como é que chegam lá"</p>	E2 E5	<p>- O E2 e E5 apresentam como sugestão que se divulgue o local onde se realiza o rastreio.</p> <p>- O E1 e E4 referem que se houvesse a possibilidade de disponibilizarem transporte a adesão seria maior.</p> <p>- Apresentam que promoção de saúde no bairro através de sessões de educação para a saúde, distribuir folhetos informativos, realizar uma feira da saúde, abordar outras doenças transmissíveis e crónicas. (E1, E3, E4)</p> <p>- E5 sugere aproveitar horas estratégicas na</p>
		Disponibilizar transporte	<p>E1: "(...)também podiam disponibilizar transporte para levar os conviventes a realizar rastreio(...)"</p> <p>E4: "(...) e facilitar o acesso aos serviços através de transportes (...) talvez se fossem acompanhados ou viesse cá uma carrinha para fazer o rastreio e dar a medicação ia facilitar muito, por outro lado, deve-se tornar as pessoas proativas e não estarem fechadas na comunidade/bairro"</p>	E1 E4	

		<p>Promoção de saúde no bairro</p>	<p><i>E1: “(...)ajudava fazerem uma ação de informação com linguagem simples sobre o meio de contágio e as consequências (...)distribuir folhetos informativos nos eventos do bairro(...)realizar uma feira da Saúde no bairro com várias bancas e palestras sobre temas diferentes da saúde”</i></p> <p><i>E4: “Agora estamos a falar de Tuberculose, mas existem muitas doenças que aqui me preocupam como DST’s e a diabetes por exemplo, o serviço de saúde devia vir falar sobre esses temas (...) Sensibilizar as pessoas para a doença, saberem as consequências(...)”</i></p> <p><i>E3: “Deve-se explicar às pessoas que estão a colocar em risco os familiares e que riscos são esses e depois os riscos para a comunidade”</i></p> <p><i>E5: “Era excelente aproveitar a aglomeração de pessoas na missa aos domingos, no café depois de almoço ou à porta da escola às 17h30m era uma boa forma de se conseguir falar com muita gente ao mesmo tempo”</i></p>	<p>E1</p> <p>E3</p> <p>E4</p> <p>E5</p>	<p>comunidade em que muitos moradores se aglomeram para abordar temas da saúde.</p>
--	--	---	--	---	---

	<p>Sugestão de estratégias de aproximação das unidades de saúde ao bairro</p>	<p>Unidade móvel de Saúde</p>	<p>E1: “(...)a carrinha era uma mais valia é pena por causa da pandemia terem suspenso”</p> <p>E2: “(...) seria fundamental o retorno da unidade móvel de saúde pública”</p> <p>E3: “A vinda da carrinha itinerante de saúde constitui-a um elo de primeira ordem no estabelecimento de confiança e partilha com a comunidade”</p> <p>E4: “Voltar a haver carrinha no bairro e alargar os serviços da carrinha”</p> <p>E5: “A carrinha só vinha uma manhã por semana mas as pessoas procuravam, para muitos talvez fosse o único contacto com o sistema de saúde, o ideal era haver um posto de saúde no bairro, mas isso ia trazer ainda mais a ideia de um gueto, as pessoas devem procurar os serviços como a restante população, talvez só precisem estar mais informadas (...)”</p>	<p>E1</p> <p>E2</p> <p>E3</p> <p>E4</p> <p>E5</p>	<p>- A Unidade Móvel de Saúde integrada num projecto da UCC constitui grande importância no bairro descrito pelos parceiros da comunidade, embora esteja suspensa há mais de um ano por causa da pandemia por Covid-19.</p> <p>- Os parceiros da comunidade entrevistados consideram essencial a Unidade Móvel como elo de ligação entre os moradores do bairro e o sistema de saúde. (E1, E2, E3, E4, E5)</p> <p>- E3, E4 e E5 referem sentirem-se desprotegidos e expostos ao risco de contágio e têm interesse em colaborar para travar o contágio e encaminhar os casos</p>
--	--	--------------------------------------	--	---	---

		<p>Projectos de Saúde na comunidade e</p>	<p>E2: <i>“Era ótimo se iniciassem um projeto em colaboração com o centro de saúde, para fazer as pessoas começarem a pensar nos temas da saúde”</i></p> <p>E3: <i>“(…) para nós que trabalhamos aqui e vivemos fora do bairro temos que saber que estamos em risco, (…) de como nos podemos proteger a nós e à restante comunidade, (…) de alguma forma devem tentar solucionar a situação para minimizar este problema de saúde”</i></p> <p>E4 <i>“Como trabalhamos com muita gente todos os dias, podemos ficar atentos aos sintomas que as pessoas podem referir e ajudar de alguma maneira (…) mas precisamos de ajuda porque não sei muito sobre o assunto”</i></p> <p>E5: <i>“(…) estes problemas são mesmo importantes de sabermos, a minha coordenadora também devia saber que os casos de tuberculose estão a crescer no bairro, sem dúvida que se tem que intervir de alguma maneira”</i></p>	<p>E2</p> <p>E3</p> <p>E4</p> <p>E5</p>	<p>suspeitos.</p> <p>- Consideram Fundamental uma intervenção em saúde no bairro. (E2, E3, E4, E5)</p> <p>Análise de conteúdo segundo Bardin (2016)</p>
--	--	--	--	---	--

Apêndice VIII - Definição de prioridades método Hanlon

<p>A - Amplitude ou magnitude do problema (0 a 10):</p> <p>✓ 2 - 0% a 20%;</p> <p>✓ 4- 21% a 40%;</p> <p>✓ 6- 41% a 60%;</p> <p>✓ 8- 61% a 80%;</p> <p>✓ 10- 81% a 100%.</p>	<p>B – Gravidade do problema (0 a 10):</p> <p>✓ 4- Pouco grave</p> <p>✓ 7- Gravidade média</p> <p>✓ 10 – Muito grave</p>
<p>C - Eficácia da solução (0,5 a 1,5):</p> <p>✓ 0,5 – Solução difícil;</p> <p>✓ 1 - Solução razoável</p> <p>✓ 1,5 – Solução fácil</p>	<p>D - Exequibilidade do projeto ou da intervenção (0 ou 1)</p> <p>✓ integra cinco componentes descritos pela sigla PEARL</p> <p>✓ (P – pertinência; E – exequibilidade económica; A – aceitabilidade; R – disponibilidade de recursos; L – legalidade:</p> <p>o 0 – Não exequível</p> <p>o 1 – Exequível</p>

Valor da prioridade: (A + B) C x D Critérios do método	A	B	C	D	(A + B) C x D
Necessidade de definir conceitos sobre a Doença de Tuberculose	8	10	1.5	1	19,5
Necessidade de informar os parceiros da comunidade das barreiras identificadas, associadas à não adesão ao rastreio, para adequar a gestão dos recursos da comunidade a fim de melhorar a adesão	8	7	0.5	0	15.5
Necessidade de elaborar um procedimento/fluxograma organizacional que facilite a adesão ao rastreio	8	7	1.5	1	16.5

Apêndice IX - Plano de sessão de EPS aos parceiros

Plano de Sessão

Curso	Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública			
Unidade Curricular	Estágio Final e Relatório			
Tema Da Sessão	“O que é a Tuberculose?”			
População Alvo	Parceiros comunitários do Bairro dos ██████████			
Formadores	Beatriz Tiago			
Duração	20 minutos			
Data / Hora	30 de Novembro de 2021 pelas 14h30			
Local	Associação habitacional no Bairro dos ██████████			
Objetivos	<p>Geral: contribuir para o conhecimento dos parceiros comunitários acerca da doença e rastreio da tuberculose;</p> <p>Específicos: Contribuir para o conhecimento dos parceiros acerca da tuberculose e do rastreio; divulgar os sinais e sintomas da doença; encaminhar os casos suspeitos para a realização do rastreio.</p>			
ETAPAS	ATIVIDADES DIDÁTICAS	MATERIAL DIDÁTICO	ORADOR	TEMPO(min)
Introdução	Apresentação do formador	Projetor e Computador	Beatriz Tiago	4
	Objetivos da sessão			
Desenvolvimento	O que é a tuberculose?	Projetor e Computador	Beatriz Tiago	10
	Sinais e sintomas da tuberculose			
	Como se transmite a tuberculose			
	Quem deve fazer o rastreio e a sua importância			
	Fluxograma do encaminhamento			
Conclusão	Dúvidas e avaliação da sessão	Questionários de avaliação	Beatriz Tiago	6

Apêndice X - Slides de apresentação aos parceiros

O que é a Tuberculose?

Estudante Enfermagem: Beatriz Tiago
Enfermeira Orientadora: Isabel Correia
Professora Orientadora: Ana Resende

Temas a abordar

O que é a tuberculose

Sinais e sintomas da tuberculose

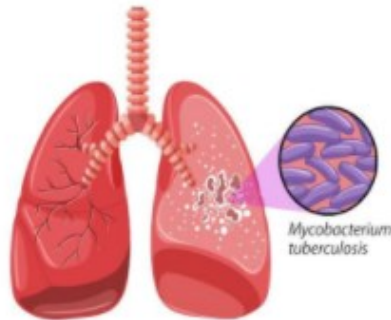
**Meios de transmissão da
tuberculose**

O rastreio e a sua importância

Quem deve fazer o rastreio

Como e quando se deve realizar

O que é a Tuberculose?



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

DGS, 2013

Como se desenvolve a doença?

Nos adultos só a tuberculose respiratória é contagiosa, mas pode alojar-se noutros órgãos (rins, ocular...), nesse caso não é transmissível

As crianças podem ter a doença mas não são meio de transmissão, não é uma doença hereditária

A Tuberculose latente acontece quando a pessoa tem a doença mas esta não se manifesta

DGS, 2013

Sinais e Sintomas da doença

- Cansaço
- Falta de apetite
- Tosse com expectoração/seca
- Suores nocturnos
- Sensação de febre ao fim do dia
(subfebril entre 37,5°C e 38°C)
- Emagrecimento



DGS, 2013

Meios de Transmissão

Esta infecção transmite-se de pessoa para pessoa por via aérea

Cada vez que a pessoa doente com tuberculose pulmonar espirra, tosse ou fala liberta pequenas gotículas que transportam o bacilo de Koch



Apenas são contagiosas as pessoas com tuberculose pulmonar ou de vias aéreas superiores

DGS, 2013

Quem deve fazer o rastreio?

Todas as pessoas que vivem com uma pessoa com tuberculose pulmonar podem ficar doentes;



Devem ser identificadas todas as pessoas consideradas como contactos próximos do doente.

Quanto maior o tempo de contacto maior a possibilidade de contrair a doença

DGS, 2013

Porque é importante realizar rastreio?

Identifica indivíduos infectados com a doença

Interrompe a cadeia de transmissão da doença

Promove um maior controlo sobre a propagação da doença

Promove o tratamento da doença

Previne maior gravidade da doença

Permite que seja realizado um diagnóstico precoce da doença

DGS, 2013

Passos do rastreio



DGS, 2013

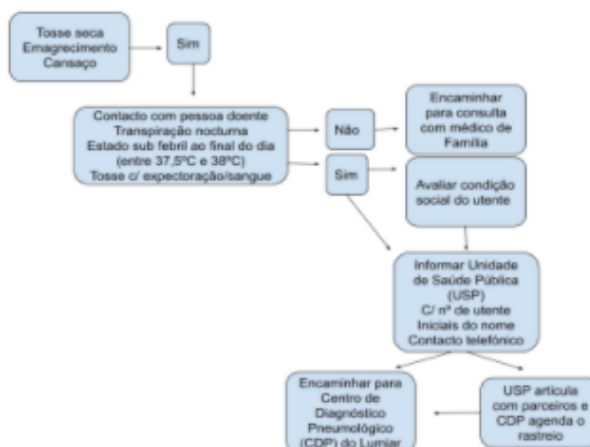
O que pode levar à não adesão ao rastreio?

- Falta de informação sobre a doença e o seu tratamento
- Estigma acerca da doença
- Baixo nível educacional
- A pessoa com a doença não enumera as pessoas com quem teve contacto de risco
- Falta de motivação para ir ao local onde se realiza o rastreio
- A pessoa doente não quer falar aos conviventes sobre a doença
- A pessoa não vê importância no rastreio por se sentir saudável



Karim, M., et al.; Alsharif, H., et al.; Karak, S., e Flood, J.; Buzman, O., et al.; Muzaga D., et al.

Fluxograma para encaminhamento



Contactos Unidade Saúde Pública

- Telefone 21 [REDACTED]
- Email usp [REDACTED]

CDP Lumiar

- Telefone: 21 393 6520
- Email - cdp.lisboa@arslvt.min-saúde.pt

Obrigada!



Apêndice XI - Avaliação da sessão aos parceiros

Avaliação da Sessão “O que é a Tuberculose?”

Sendo que a sua opinião é muito importante para se perceber o nível de satisfação e utilidade desta sessão, dando oportunidade a que a mesma possa ser melhorada, assim agradeço que responda às seguintes questões.

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

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

NS- Não sabe; NR – Não responde

Sugestões e críticas:

Apêndice XII - Poster com fluxograma para encaminhamento de rastreo e cartão para o utente

Poster com Fluxograma

PARA A CORRENTE - ADEÇÃO AO RASTREIO DA TUBERCULOSE Um diagnóstico da doença atempado



O que é a tuberculose?

É uma doença infecciosa provocada pelo *Mycobacterium tuberculosis* (Bacilo de Koch). Ao inalar o ar com bacilos estes vão alcançar e depositar-se normalmente nos pulmões mas também pode alojar-se noutros órgãos.

Como se transmite a doença?

Esta infeção transmite-se de pessoa para pessoa por via aérea. Cada vez que a pessoa doente com tuberculose pulmonar espirra, tosse ou fala liberta pequenas gotículas que transportam o bacilo de Koch.

Contactos Unidade Saúde Pública

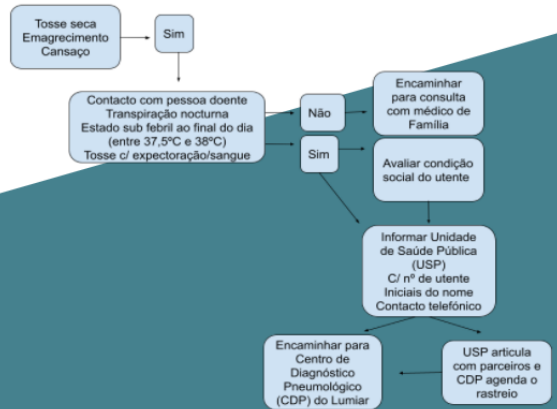
- Telefone 21 [redacted]
- Email - [redacted]

CDP Lumiar

- Telefone: 21 393 6520
- Email - cdp.lisboa@arslvt.min-saude.pt



Fluxograma de encaminhamento para rastreio



Elaborado por EnF^o Beatriz Tiago, aluna do Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública da Universidade Católica Portuguesa sob orientação da EnF^o [redacted] e da Professora Doutora Ana Resende

Cartão de utente

RASTREIO DE TUBERCULOSE



CONTACTOS ÚTEIS

Unidade Saúde Pública

- Telefone 21 [redacted]
- Email [redacted]

Centro Diagnóstico Pulmonar do Lumiar

- Telefone: 21 393 6520
- Email - cdp.lisboa@arslvt.min-saude.pt

Nome:
Nr. de Utente:
Morada:
Telemóvel:

Agendamento de Consultas e Exames

Consulta /Exame	Data	Hora	Local
	//	:_	
	//	:_	
	//	:_	
	//	:_	
	//	:_	

Elaborado por: EnF^o Beatriz Tiago, aluna do Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública da Universidade Católica Portuguesa sob orientação da EnF^o [redacted] e da Professora Doutora Ana Resende

Apêndice XIII - Plano de sessão para a equipa da USP

Plano da Sessão

Curso	Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública			
Unidade Curricular	Estágio Final e Relatório			
Tema Da Sessão	“Quebra a corrente-adesão ao rastreio da Tuberculose”			
População Alvo	Equipa da Unidade de Saúde Pública			
Formadores	Beatriz Tiago			
Duração Da Sessão	20min			
Data	07 de Dezembro de 2021 pelas 14h 30m			
Local	USP			
Objetivos	<p>Geral: Dar a conhecer o projeto desenvolvido “Quebra a corrente - adesão ao rastreio da Tuberculose”</p> <p>Específicos: Dar a conhecer a de casos de Tb existentes no bairro dos ██████████ Dar a conhecer os resultados da revisão da bibliográfica desenvolvida; apresentar o planeamento em saúde do projeto; apresentar as atividades desenvolvidas; Apresentar a avaliação do projeto.</p>			
ETAPAS	ATIVIDADES DIDÁTICAS	MATERIAL DIDÁTICO	ORADOR	TEMPO (min)
Introdução	Enquadramento do tema	Projeter e Computador	Beatriz Tiago	4
Desenvolvimento	Apresentação do diagnóstico de situação	Projeter e Computador	Beatriz Tiago	10
	Apresentação dos objetivos			
	Apresentação das estratégias			
	Apresentação das atividades desenvolvidas			
	Avaliação do projeto			
Conclusão	Esclarecimento de dúvidas, Avaliação da sessão e sugestões	Questionários de avaliação	Beatriz Tiago	6

Apêndice XIV - Slides de apresentação à equipa da USP

Promoção da adesão ao rastreio da TB

Projecto: "Para a corrente- adesão ao rastreio da TB"

Associação Portuguesa de Tuberculose
 Associação de Rastreio de Tuberculose
 Novembro 2018



Tuberculose

- A Tuberculose foi considerada uma das 10 principais causas de morte em todo o mundo em 2018 pela OMS.
- A União Europeia é uma região de baixa incidência. Em 2017 houve 275 mil casos de tuberculose.
- Em Portugal, nos últimos anos, a incidência da doença tem vindo a diminuir, mantendo, contudo, valores acima da incidência Europeia. O país ficou-se em 2018 por 16,6 casos por cada 100 mil habitantes.

Tuberculose em Portugal

Os distritos de Porto e Lisboa são os distritos com a mais alta taxa de notificação e os únicos do País que se mantêm acima dos 20 casos por 100 mil habitantes.

Taxa de notificação de Tuberculose por Distrito em Portugal Continental - 2018

Importância do Rastreio da Tuberculose

- Permite um diagnóstico precoce
- Permite um tratamento precoce
- Interrompe a cadeia de transmissão
- Facilita a identificação de doentes e parceiros que sugerem risco de infeção

Dados do Plano de Saúde e Segurança da UNICEF Portugal em 2018. Disponível em: www.unicef.pt/pt/pt/planos-de-saude

A DGS em 2018 definiu como estratégias para 2019:

- Optimizar a interligação entre os vários profissionais de saúde
- Aumentar a literacia da população e profissionais de saúde
- Melhorar a resposta dos CDP no rastreio e tratamento da Tb

DGS, 2018



Tuberculose no Bairro dos [redacted]

- 2019 - 2020 - 2021 - Bairro [redacted]
- 2019 - 2020 - 2021 - Bairro [redacted]
- 2019 - 2020 - 2021 - Bairro [redacted]

- Critérios de seleção:**
- Estado localiza no bairro de grande risco;
 - Casos número de casos em comparação a anos anteriores;
 - Doença Contagiosa;
 - Estado rico na comunidade;
 - Estado em mudança segundo os riscos;
 - Características do bairro socioeconômico.

A que se deve a falta de adesão ao rastreio?

- Falta de informação sobre a doença e o seu tratamento;
- Estigma acerca da doença;
 - A pessoa com a doença não enumera as pessoas com quem teve contacto de risco;
 - Falta de motivação para ir ao local onde se realiza o rastreio;
 - A pessoa doente não quer falar aos convintes sobre a doença;
 - A pessoa não vê importância no rastreio por se sentir saudável.

Costa et al., 2017; Santos, S., 2018; Santos, S., et al., 2019.

População alvo da intervenção

- Comunidade residencial:** espaço geográfico destinado a habitação, podendo corresponder a um bairro social, uma rua, uma cidade;
- O enfermeiro, enquanto agente externo, promotor da capacitação comunitária, deve trabalhar em **parceria** com os membros e **líderes da comunidade** no sentido da sua autonomia na resolução dos seus problemas;
 - Sendo a capacitação de grupos uma boa estratégia para se atingir determinados objectivos, decidiu-se definir como população alvo os **parceiros comunitários**.

Maia, 19 2020



Necessidades após análise das entrevistas

- Necessidade de definir conceitos sobre a Doença de Tuberculose;
- Necessidade de informar os parceiros da comunidade das barreiras identificadas, associadas à não adesão ao rastreio, para adequar a gestão dos recursos da comunidade com a finalidade de aumentar a adesão;
- Necessidade de elaborar um fluxograma organizacional que facilite o encaminhamento para o rastreio.

Modelo Promoção de Saúde de Nola Pender



Diagnósticos de Enfermagem

Diagnósticos de Enfermagem CPE 2019
Conhecimento sobre doença transmitido pelos pais da comunidade
Literacia Funcional (comunidade), associado aos conhecimentos sobre a doença, dificuldades econômicas e de mobilidade que a comunidade do bairro apresenta, sendo obstáculos à saída ao laboratório
Literacia Comunitária (comunidade) associada à necessidade de existir um instrumento que oriente um grupo da comunidade capaz de encaminhar os casos suspeitos de Tuberculose para um diagnóstico de doença atípica

DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Problemas	Critérios	Magnitude	Transversalidade	Vulnerabilidade	Definição das prioridades a fazer
Conhecimento sobre doença transmitido pelos pais da comunidade sobre a doença de Tuberculose	DE 01, 2	DE 01, 2	DE 01, 2	DE 01, 2	1. Realização do problema dependente, modo de sua ocorrência. 1
Literacia Comunitária compreendida associada às dificuldades de conhecimentos, econômicas e de mobilidade que a comunidade do bairro apresenta.	DE 01, 2	DE 01, 2	DE 01, 2	DE 01, 2	1. Realização do problema dependente de outra intervenção. 2
Literacia Comunitária compreendida associada à necessidade de existir um instrumento que oriente um grupo da comunidade capaz de encaminhar os casos suspeitos de Tuberculose para um diagnóstico de doença atípica	DE 01, 2	DE 01, 2	DE 01, 2	DE 01, 2	1. Realização do problema dependente de outra intervenção. 2

Fonte: da Definição de prioridades do Hospital de Crianças

DEFINIÇÃO DE OBJECTIVOS

Objectivo Geral	Contribuir para a aderência ao rastreio de Tuberculose dos alunos do bairro das Navegadores pertencente à UEP de Paço de Arcos
Objectivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> Integrar a UEP com o intuito de procurar soluções para a implementação do projecto; Realizar uma sessão de educação para a saúde aos pais da comunidade do bairro das Navegadores; Produzir materiais educativos relativos à doença de tuberculose quanto aos sinais, sintomas, forma de transmissão e meios diagnósticos da doença para divulgar em pontos chave do bairro; Desenvolver o projecto de intervenção comunitária "Passo a Corrente - aderência ao rastreio da Tuberculose" à equipa de enfermagem da UEP.

Apêndice XV - Avaliação da sessão à equipa da USP

Avaliação da Sessão “Quebra a corrente-adesão ao rastreio da Tuberculose”

Sendo que a sua opinião é muito importante para se perceber o nível de satisfação e utilidade desta sessão, dando oportunidade a que a mesma possa ser melhorada, assim agradeço que responda às seguintes questões.

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

Apreciação da Sessão	Insuficiente	Suficiente	Bom	Bom Muito	NS/NR
Os assuntos tiveram interesse?					
O projeto de intervenção foi apresentado de forma explícita?					
A formadora utilizou uma linguagem clara?					

NS- Não sabe; NR – Não responde

Sugestões e críticas:

ANEXOS

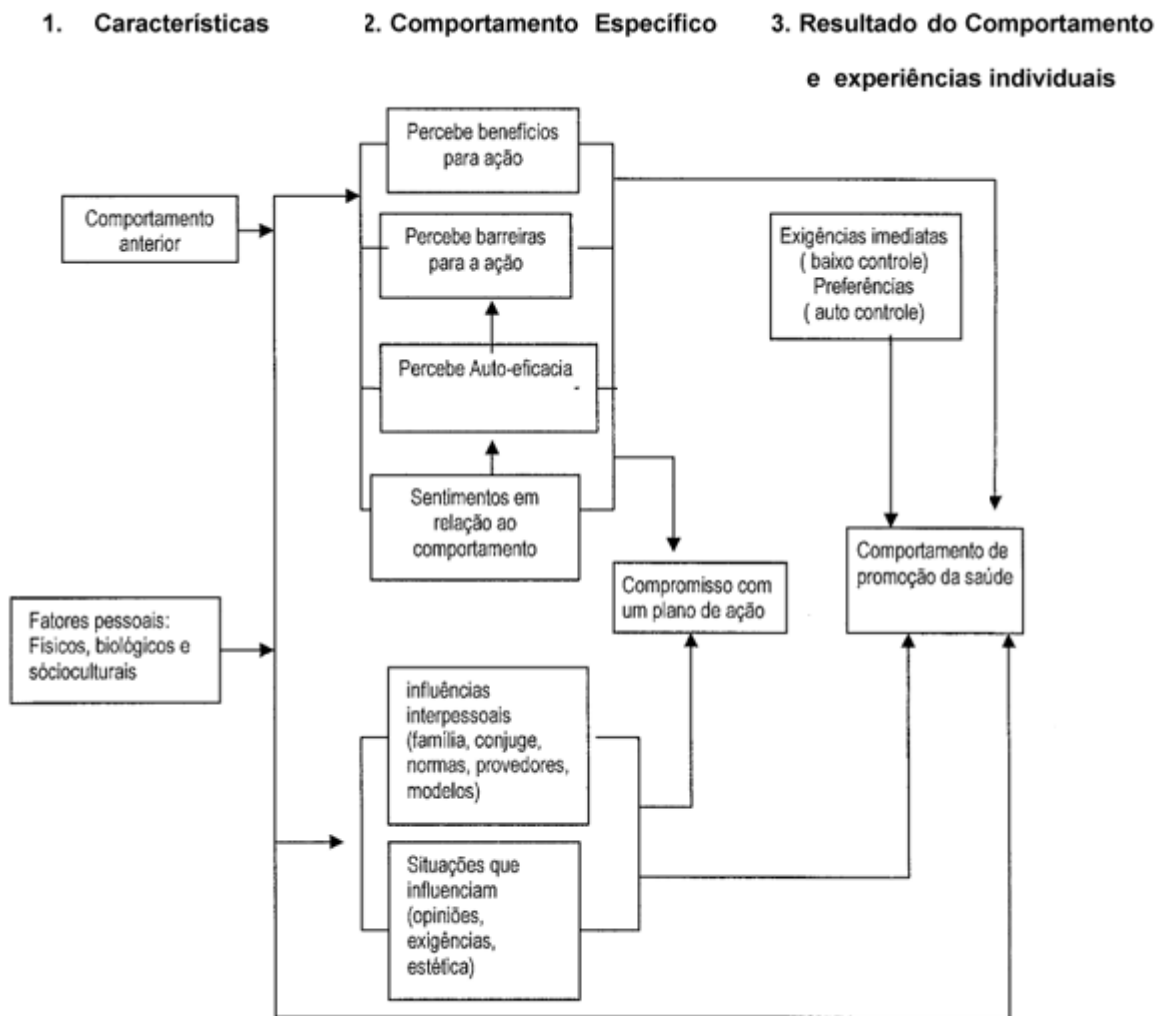


Figura 1 - Diagrama do Modelo de Promoção a Saúde. Traduzido de *Health Promotion in Nursing Practice*⁽¹⁹⁾

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

Anexo II - Certificado de participação com poster em seminário




CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeira Cristina Belourico, em coautoria com Enfermeiras Marisa Fernandes; Beatriz Tiago e Ana Patrício; Prof. Doutora Cândida Ferrito, participaram no **IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem**, com a apresentação do **Poster n.º 43** com o tema **"Impacto da pandemia (COVID-19) nas crianças e nos adolescentes"**, 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

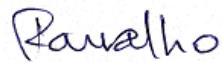

Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Auxiliar

Anexo III - Certificado de formação da DGS sobre a tuberculose

DECLARAÇÃO

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

Lisboa, 25 de setembro de 2021



Isabel Carvalho

Diretora do Programa Nacional para a Tuberculose