



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

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

**CONSULTA DE ENFERMAGEM EM CENTRO DE DIAGNÓSTICO
PNEUMOLÓGICO: UMA
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

**NURSING CONSULTATION IN THE CENTER FOR
PNEUMOLOGICAL DIAGNOSIS: A COMMUNITY NURSING
INTERVENTION**

Por

Liliana Miguel Semedo Miranda

Lisboa, 2023



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

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

**CONSULTA DE ENFERMAGEM EM CENTRO DE DIAGNÓSTICO
PNEUMOLÓGICO: UMA
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

**NURSING CONSULTATION IN THE CENTER FOR
PNEUMOLOGICAL DIAGNOSIS: A COMMUNITY NURSING
INTERVENTION**

Por

Liliana Miguel Semedo Miranda

Sob a orientação de Professora Doutora Ana Resende

Lisboa, 2023

“Those who are quite satisfied sit still and do nothing; those who are not quite satisfied are the sole benefactors of the world.”

Walter Savage Lando

Agradecimentos

À Professora Ana Resende, pela sua disponibilidade e ensinamentos neste percurso.

À Enfª Milena Piedade, pela sua orientação, paciência e apoio.

A toda a equipa da Unidade de Saúde Pública, pela integração e experiências de aprendizagem.

Resumo

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), todos os anos cerca de 10 milhões de pessoas são diagnosticadas com tuberculose (TB) e, embora seja uma doença evitável e com cura, esta infeção é uma das principais causas de morte a nível mundial (WHO, 2022).

Uma das razões mais enumeradas para a não adesão ao tratamento de tuberculose é a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, associado a baixos níveis socioeconómicos de muitos utentes com esta doença (Adisa, et al., 2021).

Este projeto de intervenção foi desenvolvido numa Unidade de Saúde Pública (USP) da área metropolitana de Lisboa. Segue as orientações da Metodologia de Planeamento em Saúde, descrita por Imperatori e Giraldes (1993) e Tavares (1990), e é suportado do ponto de vista teórico de Enfermagem, no Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender.

O diagnóstico de situação realizado, identificou a alta taxa de incidência da tuberculose, como problema prioritário, e nesse sentido, foram levadas a cabo todas as etapas do Planeamento em Saúde com a finalidade da criação da consulta de Enfermagem com relevância para a demonstração da importância do enfermeiro na abordagem ao utente com tuberculose para um tratamento de proximidade e adesão terapêutica.

O presente projeto “Consulta de Enfermagem no Centro de Diagnóstico Pneumológico: Uma Intervenção Comunitária”, inseriu-se numa necessidade já sentida pela equipa da USP, a implementação desta consulta no respetivo Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS), de modo a dar resposta à acessibilidade e ao tratamento da população em causa no Concelho.

As estratégias utilizadas para a consecução do projeto prendem-se com a revisão do âmbito da literatura para o mapeamento dos recursos necessários, das orientações e instrumentos de apoio à consulta de Enfermagem, e também, a deslocação a um Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) para conhecimento do seu funcionamento em pleno.

Os indicadores de atividade provam que a implementação do projeto foi bem-sucedida, e os indicadores de impacto serão avaliados a médio e a longo prazo com a realização sistemática e sistematizada das consultas de Enfermagem e com a verificação da variação da taxa de incidência da tuberculose no Concelho.

Descritores: Enfermagem, Centro de Diagnóstico Pneumológico, Tuberculose, Promoção da Saúde

Abstract

According to the World Health Organization, about 10 million people are diagnosed with tuberculosis every year and, although it is a preventable and curable disease, this infection is one of the leading causes of death worldwide (WHO, 2022).

One of the most listed reasons for non-adherence to treatment of tuberculosis is the difficulty of accessing health services, associated with low socioeconomic levels of many users with this disease (Adisa, et al., 2021).

This intervention project was developed in a Public Health Unit of the metropolitan area of Lisbon. It follows the guidelines of the Health Planning Methodology, described by Imperatori and Giraldes (1993) and Tavares (1990), and is supported from the theoretical point of view of Nursing in the Health Promotion Model of Nola Pender.

The diagnosis of the situation identified the high incidence rate of tuberculosis as a priority problem, and in this sense, all stages of the Health Planning were carried out with the purpose of creating the nursing consultation with relevance to the demonstration of the importance of the nurse in the approach to the user with tuberculosis for a treatment of proximity and adherence to treatment.

The present project "Nursing Consultation in the Center for Pneumological Diagnosis: A Community Nursing Intervention", inserted into a need already felt by the team from Public Health Unit, the implementation of this consultation in the respective group of health centers, so as to respond to the accessibility and treatment of the population concerned in the municipality.

The strategies used for the implementation of the project includes the review of the literature for the mapping of the necessary resources, the guidelines and tools to support the nursing consultation, and also, the visit to a Center for Pneumological Diagnosis to know its full functioning.

The activity indicators proves that the implementation of the project was successful, and the impact indicators will be evaluated within medium and long term with the systematic implementation of nursing consultations and with the variation of the incidence rate of tuberculosis in the municipality.

Descriptors: Community Health and Public Health Nursing, Tuberculosis Treatment, Health Promotion

Siglas

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

APA - American Psychological Association

BCG – Bacilo Calmette-Guerin (vacina contra a Tuberculose)

CDP – Centro de Diagnóstico Pneumológico

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DOTS – Direct Observed Therapy Short Course Treatment

ERPI – Estabelecimento Residencial para Pessoas Idosas

ESCSP – Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

GCL-PPCIRA – Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos

GTR – Global Tuberculosis Report

TB – Tuberculose

MPS – Modelo de Promoção de Saúde

Mt - *Mycobacterium tuberculosis*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNT – Programa Nacional para a Tuberculose

COVID-19 – Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-COV-2)

SES – Status Socioeconómico

SINAVE - Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SVIG TB - Sistema de Vigilância da TB em Portugal

SWOT – Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats

TOD – Toma de Observação Direta

TOV – Toma de Observação por Vídeo

TST – Teste de Sensibilidade à Tuberculina (Mantoux)

UC – Unidade Curricular

USP – Unidade de Saúde Pública

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

Índice

INTRODUÇÃO.....	23
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO.....	27
1.1. O Concelho.....	27
1.2. Unidade de Saúde Pública do Concelho.....	28
1.3. Centro de Diagnóstico Pneumológico.....	29
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	31
2.1. Tuberculose.....	31
2.2. Adesão Terapêutica.....	37
2.3. Tuberculose Infantil.....	38
2.4. Intervenção do Enfermeiro.....	39
2.5. Plano de Ação para a Tuberculose.....	40
3. A FUNÇÃO DO ENFERMEIRO NO TRATAMENTO DE TB: SCOPING REVIEW.....	41
4. A PROMOÇÃO DE SAÚDE NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.....	45
4.1. A Promoção de Saúde por Nola Pender.....	47
5. METODOLOGIA DE PLANEAMENTO EM SAÚDE.....	51
5.1. Diagnóstico de situação.....	51
5.2. Definição de Prioridades.....	55
5.3. Fixação de Objetivos.....	56
5.4. Indicadores de Execução e Metas.....	57
5.5. Seleção de Estratégias e Preparação Operacional.....	58
5.6. Avaliação.....	62
6. OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	65
7. PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE E ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA.....	69
8. CONCLUSÃO.....	73
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	76

Índice de Figuras

Figura 1: Taxa de incidência global de TB	33
Figura 2: Incidência e Notificação de casos TB por grupo etário e género	33
Figura 3: Taxa de mortalidade por TB entre VIH	33
Figura 4: Distribuição de casos por 5 factores de risco – nível global, Europa e Portugal	34
Figura 5: Notificação de TB entre 2015-2021	35
Figura 6: Factores de risco e os determinantes de TB	48
Figura 7: Países com alta carga de TB, com VIH associado e TB resistente ou multirresistente	49

Índice de Tabelas

Tabela 1: Evolução da taxa de incidência TB no Concelho e em Portugal	35
Tabela 2: Relação entre os Diagnósticos de Enfermagem e o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender	55
Tabela 3: Grelha de Análise	56
Tabela 4: Objetivos, Estratégias, Domínio de Competência e Atividades desenvolvidas	61
Tabela 5: Objetivos operacionais e resultados	62

Apêndices

Apêndice I – Fluxograma Prisma

Apêndice II – Quadro de análise de artigos da Scoping Review

Apêndice III – Guião para reunião de pesquisa de consenso entre peritos

Apêndice IV – Guia Orientador para Funcionamento do CDP

Apêndice V – Folheto informativo sobre Tuberculose

Apêndice VI – Folheto informativo sobre o Rastreio de Tuberculose

Apêndice VII – Procedimentos para Consulta de Enfermagem no CDP

Apêndice VIII - Procedimentos para colheita, conservação e transporte de amostras para baciloscopias

Apêndice IX – Panfleto informativo para Baciloscopias

Apêndice X - Plano de Sessão-Formação

Apêndice XI - Apresentação da Sessão de Formação

Apêndice XII - Avaliação da Sessão de Formação

Apêndice XIII - Cronograma de Atividades

Apêndice XIV – Poster para o V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem

Anexos

Anexo I – Áreas de Vigilância da USP

Anexo II – Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender

Anexo III – População residente no concelho – Resultado do Censos 2021

Anexo IV – População desempregada – Resultado do Censos 2021

Anexo V – Grelha de Análise

Anexo VI – Certificados de Formação

INTRODUÇÃO

O presente trabalho académico foi realizado no âmbito da Unidade Curricular (UC) “Estágio Final e Relatório” inerente ao 2º semestre do XV Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (ESCSP) do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

A referida UC consiste na realização de estágio e elaboração do respetivo relatório. O estágio decorreu entre 5 de setembro e 16 de dezembro de 2022, numa unidade de saúde em contexto de cuidados da comunidade. Uma vez tendo-se desenvolvido no mesmo local de estágio da UC “Saúde Comunitária: Vigilância e Decisão Clínica”, (realizado entre 26 de abril a 9 de junho de 2022), deu-se continuidade ao projeto já iniciado.

Com o presente relatório pretende-se comunicar os resultados da aprendizagem, dissertando sobre os problemas identificados na comunidade sob o ponto de vista da formação atual, e ainda analisando as competências e funções de Enfermeiro Especialista em ESCSP, as quais são orientadoras para a sua prática de prestação de cuidados à comunidade. Tais competências, comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em ESCSP, constam no Regulamento n.º 140/2019 – Diário da República n.º 26/2019, Série II de 6 de fevereiro de 2019 e no Regulamento n.º 428/2018 – Diário da República n.º 135/2018, Série II de 16 de julho de 2018, expressos pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

O propósito deste trabalho é a obtenção do título de especialista pela OE e do grau de mestre pela academia.

No sentido de ir ao encontro de experiências proporcionadoras do desenvolvimento de competências do Enfermeiro Mestre e Especialista em ESCSP, este estágio foi desenvolvido numa Unidade de Saúde Pública (USP) da área metropolitana de Lisboa, e teve especial incidência sobre a Tuberculose (TB) e a intervenção do Enfermeiro no Centro de Diagnóstico Pneumológico.

A TB é uma das principais causas de morte a nível mundial, e assim, mantém-se como um problema de saúde pública (WHO, 2022) (OLS, 2018), prioritário no Concelho em estudo.

A finalidade deste projeto é promover a capacidade de resposta do Concelho às necessidades de saúde dos seus utentes com TB, e, a longo prazo, constatar a redução da taxa de incidência de TB no Concelho. Desta forma, a população alvo são os utentes do Concelho.

O projeto foi desenvolvido de acordo com a metodologia de Planeamento em Saúde, a qual preconiza a identificação de um problema de saúde que irá ser o alvo da intervenção. Por conseguinte, foi realizado o diagnóstico de situação sustentado na fundamentação teórica obtida através da revisão da bibliografia para a caracterização atual da problemática, e de seguida selecionadas estratégias e atividades em resposta ao problema identificado. Para finalizar, na etapa de avaliação, é realizada a análise sobre a adequação entre os objetivos e as estratégias selecionadas.

O relatório apresenta-se composto por oito capítulos, a *Contextualização do Local de Estágio*, dando a conhecer a realidade encontrada; o *Enquadramento Teórico* com os resultados da revisão da bibliografia; a *Scoping Review* intitulada “A função do enfermeiro no tratamento da tuberculose”, na qual se apresenta o protocolo e os resultados sobre as principais particularidades do enfermeiro nesse contexto; a *Promoção de Saúde nos Cuidados de Saúde Primários*, a sua evolução e importância atual e, o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender como referencial teórico para a intervenção do enfermeiro no contexto descrito; a *Metodologia de Planeamento em Saúde* com detalhe de cada uma das suas etapas; *Outras Atividades Desenvolvidas* com um resumo das demais atividades desenvolvidas no estágio; o *Processo de Desenvolvimento de Competências de Mestre e Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública* com uma análise crítica do progresso alcançado durante o estágio; e a *Conclusão*, em que será feita uma síntese das ideias-chave do trabalho apresentado, a avaliação do estágio e as implicações para a prática profissional.

Importante referir que, serão mantidas as políticas de privacidade no que concerne à identificação do local de estágio e, foi respeitado o sigilo profissional em todas as ocasiões em que se obteve acesso a documentos da USP ou foram consultados processos de utentes. Todas as atividades foram realizadas no âmbito do conteúdo funcional do enfermeiro especialista.

As referências bibliográficas serão realizadas de acordo com a American Psychological Association (APA), como preconiza a Universidade Católica Portuguesa.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

1.1. O Concelho

Segundo o Censos 2021, o Concelho tem 385.654 habitantes e apresenta uma densidade populacional de 1.216,9 habitantes/km², distribuída por onze freguesias, consagrando-se assim, o segundo município mais populoso de Portugal (CMS, 2022).

Apresenta a pirâmide etária mais equilibrada da região envolvente, uma vez que supera os valores médios nacionais e regionais, permitindo-lhe reunir condições favoráveis à manutenção de crescimento e saldos naturais positivos da população. Tal facto permitirá a potencial regeneração natural da população (CMS, 2022).

Segundo o Perfil Local de Saúde de 2017, os determinantes de saúde identificados no concelho, por diagnóstico ativo registado nos cuidados de saúde primários, são o abuso de tabaco (7,8%), o excesso de peso (3,7%), o abuso crónico do álcool (0,6%) e o abuso de drogas (0,4%). Em termos de causas de mortalidade, destaca-se as doenças do aparelho circulatório, seguidas dos tumores malignos.

De acordo com dados do Perfil Local de Saúde de 2017, o nível de escolaridade cresceu (segundo os resultados dos Censos 2021, continua a melhorar) e a taxa de analfabetismo apresenta uma evolução decrescente. O número de desempregados inscritos no Instituto de Emprego e Formação Profissional, mantém uma tendência decrescente, tal como a proporção de beneficiários do Rendimento Social de Inserção. Relativamente às infraestruturas ambientais, os sistemas públicos de abastecimento de água abrangem toda a população, assim como os sistemas de drenagem de águas residuais (100%) e 93% por estações de tratamento de águas residuais. Estes dados foram recolhidos previamente à pandemia por SARS-COV-2 (COVID-19), por isso poderão ter sofrido alterações que ainda estão a ser analisadas no Censos 2021.

A missão do ACeS em questão é a prestação de cuidados de saúde primários de qualidade à população do concelho, prevenindo a doença e promovendo a saúde, em consonância com os Programas de Saúde de âmbito nacional e regional, de forma a garantir a melhoria sustentável da Qualidade de Vida (SPMS, 2017).

O ACeS tem um total de 392.145 utentes inscritos e é composto por 34 unidades funcionais que estão divididas entre seis Centros de Saúde (SPMS, 2017).

1.2. Unidade de Saúde Pública do Concelho

A Unidade de Saúde Pública desempenha a função de gestão da saúde da população residente no concelho, independentemente de estar inscrita no agrupamento. Compete-lhe elaborar informação e planos nos domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos e, de acordo com a legislação existente, dar cumprimento às funções de autoridade de saúde (USP, 2016).

De acordo com a informação disponível no Regulamento Interno da USP, esta está organizada em equipas técnicas multidisciplinares, constituídas por médicos de saúde pública, enfermeiros especialistas em Enfermagem comunitária e em saúde infantil e pediátrica, técnicos de saúde ambiental, higienistas orais, assistentes técnicos e um técnico superior licenciado em medicina.

A equipa de Enfermagem da USP é gerida pela enfermeira coordenadora. Os enfermeiros estão envolvidos em todos os projetos, no entanto dividem-se por freguesias, ficando cada um responsável por determinada área de vigilância. As áreas de intervenção estão disponíveis em anexo (Anexo I).

O Observatório Local de Saúde é responsável pelos serviços de natureza operativa de saúde pública, estando encarregado de manter a vigilância da saúde e bem-estar dos cidadãos, incluindo a recolha de dados para a produção de estatísticas e medidas de acompanhamento nas áreas das doenças comunicáveis e não comunicáveis, bem como proceder a inquéritos e outras medidas de seguimento de estilos de vida e padrões de comportamento (USP, 2016).

A Autoridade de Saúde representa o estado em situações de grave risco para a saúde pública e a sua intervenção é desempenhada pelo delegado de saúde (ARSLVT, 2022).

Na USP não se realizam consultas presenciais, no entanto, existe contacto com os utentes telefonicamente, e esse contacto é registado no seu processo em SClinico. No momento, não existe indicadores de qualidade que avaliem o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros, acabando por não ser reconhecido formalmente. Sendo esta, uma unidade de carácter específico, careceria de indicadores específicos que espelhassem todo o trabalho desenvolvido.

1.3. Centro de Diagnóstico Pneumológico

Unidade de saúde diferenciada para o tratamento da TB. Podem ser unidades físicas independentes ou fazer parte de outras unidades dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). A sua equipa de profissionais inclui o enfermeiro, o médico pneumologista ou de medicina geral e familiar, assistentes técnicos e técnicos de saúde (DGS, 2020).

Este tipo de unidade permite gerir o diagnóstico e tratamento de TB de forma integrada na comunidade e estabelecendo parcerias de atuação com os CSP, instituições hospitalares e diversas estruturas comunitárias (DGS, 2020), como as associações de intervenção comunitária, que podem apoiar na distribuição da medicação e acompanhamento do utente ao CDP.

Devem recorrer ao CDP, de acordo com a DGS (2020) todos os indivíduos com:

- Exposição, suspeita ou tuberculose em tratamento;
- Imunodeprimidos ou candidatos a tratamentos imunossupressores;
- Provenientes de países com elevada incidência de tuberculose;
- Crianças com indicação para vacina da tuberculose e com necessidade de rastreio prévio.

O CDP tem a responsabilidade de agendar o rastreio e observação médica a qualquer individuo que solicite fazer rastreio ou tratamento de tuberculose, ambos gratuitos (DGS, 2020).

O rastreio e o tratamento da tuberculose baseiam-se numa política de facilidade e proximidade para o utente. Assim, o utente poderá recorrer a qualquer CDP que lhe seja conveniente. Em situações excecionais com necessidade de observação diferenciada – crianças ou formas de tuberculose grave e resistente – poderá ser orientado para unidades especializadas, existentes em apenas alguns pontos do país (DGS, 2020).

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

De forma a compreender melhor a problemática da tuberculose, foi realizada uma revisão da bibliografia, com o objetivo de aprofundar o conhecimento sobre a doença e identificar as recomendações existentes, internacionais e nacionais para a criação da consulta de Enfermagem no CDP. Para isso foram consultados documentos disponíveis no site da Organização Mundial da Saúde e no site da Direção Geral de Saúde, foi consultado o Plano Local de Saúde, o Programa Nacional para a Tuberculose bem como o Plano Nacional de Saúde. Também foi realizada uma pesquisa de artigos científicos pela EBSCO Host, cujos resultados não foram de encontro ao meu propósito específico de indicações para a consulta de Enfermagem, e por último a pesquisa no Google que revelou alguns documentos pertinentes do International Council of Nurses e do Royal College of Nursing. No que toca a dados estatísticos, estes foram consultados no site do Instituto Nacional de Estatística e no Pordata, e também foram recolhidos dados estatísticos da USP.

O Plano Nacional de Saúde 2012-2016, apenas refere a alta incidência da doença, e ainda não apresenta nenhuma estratégia como resposta; o Plano Nacional de Saúde – Revisão e Extensão a 2020, não faz qualquer menção específica à tuberculose. Mas, o Plano Nacional de Saúde 2021-2030, apresenta inclusivamente, metas para a taxa de incidência da doença para 2030.

De uma forma geral, a revisão bibliográfica permitiu conhecer o recomendado para o acompanhamento de um utente com TB e direcionar o meu projeto de acordo com a informação existente sobre o tema.

2.1. Tuberculose

A tuberculose é causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis* (Mt), e tem capacidade de afetar qualquer órgão, mais frequentemente, os pulmões. Nestes casos a infeção é transmitida pelo ar, através da fala, tosse e espirro (WHO, 2022).

Segundo a OMS, todos os anos cerca de 10 milhões de pessoas são diagnosticadas com tuberculose e, embora seja uma doença evitável e com cura, cerca de 1.5 milhões morrem todos os anos, sendo esta infecção uma das principais causas de morte a nível mundial. É também, a principal causa de morte entre pessoas com Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) (WHO, 2022).

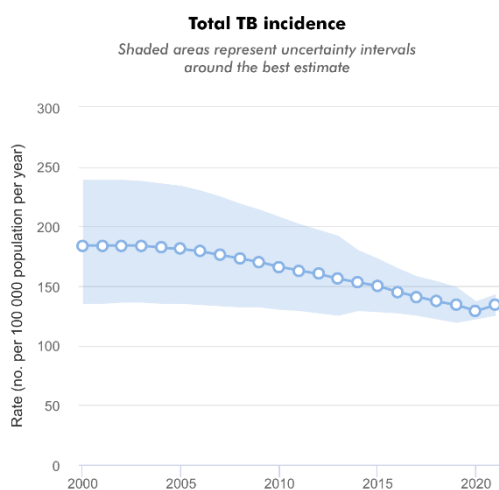
É estimado que cerca de $\frac{1}{4}$ da população mundial esteja infetada com a bactéria da tuberculose, no entanto, apenas 5-15% apresentará doença ativa e o restante manter-se-á com doença latente. Tanto a situação de infecção, como de doença são tratados com recurso a medicação antibacilar (WHO, 2022).

A propagação da tuberculose resulta da contribuição das guerras com as consequentes instabilidades familiares, sociais e económicas, da subnutrição, da dependência de drogas, da infecção pelo VIH não controlada e de graves insuficiências dos serviços de saúde (OLS, 2018). O desafio no controlo da doença surge em subgrupos populacionais específicos nos grandes centros urbanos, onde o grau de controlo é menor, aumentando o risco de contágio na população e o aparecimento de casos resistentes à medicação (OLS, 2018).

Os tratamentos devem respeitar as indicações internacionais e nacionais, sendo que os países são aconselhados a desenvolver um plano de tratamento centrado na pessoa com TB, com o objetivo de promover adesão terapêutica, qualidade de vida e aliviar o sofrimento associado à doença. O plano de cuidados individualizado deve incluir avaliação e referenciação para outras áreas de especialidade, conforme as necessidades da pessoa, facilitando a sua integração nos cuidados de saúde (WHO, 2017).

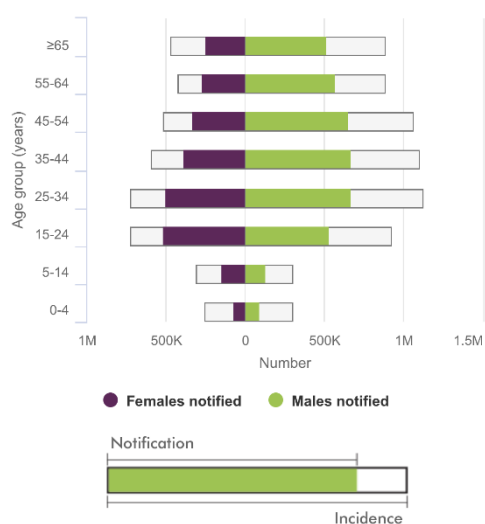
Segundo o Global Tuberculosis Report (GTR) (2022), em 2021, a taxa de incidência de TB, à escala mundial foi de 134/100.000 habitantes (Figura 1). Destes casos, 8,9/100.000 habitantes correspondem a infecção concomitante com VIH e, 5,7/100.000 habitantes correspondem a formas resistentes ou multirresistentes. A sua distribuição incide maioritariamente em homens, com 57%, as mulheres com 33% e as crianças (com idade inferior a 15 anos), com 11% (Figura 2).

Figura 1: Taxa de incidência global de TB



Fonte: Global Tuberculosis Report, 2022

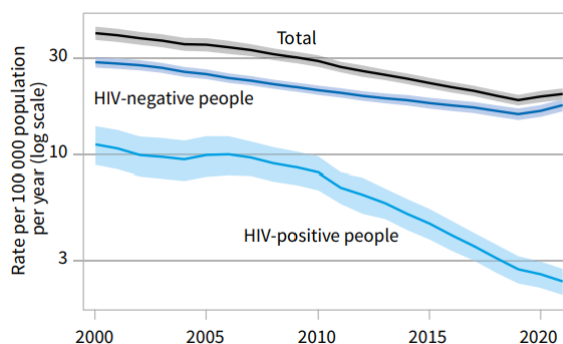
Figura 2: Incidência e Notificação de casos TB por grupo etário e género



Fonte: Global Tuberculosis Report, 2022

Relativamente à mortalidade, entre 2015 e 2021, este número apresenta uma diferença em 6%, quando comparada aos anos anteriores (GTR, 2022). Na figura 3, é possível observar a tendência decrescente da taxa de mortalidade por TB, associada ou não a infeção por VIH. O relatório, assume que a mortalidade por TB sofreu impactos negativos com a pandemia de COVID-19, sendo possível observar no gráfico, esta variação no ano de 2020.

Figura 3: Taxa de mortalidade por TB entre VIH

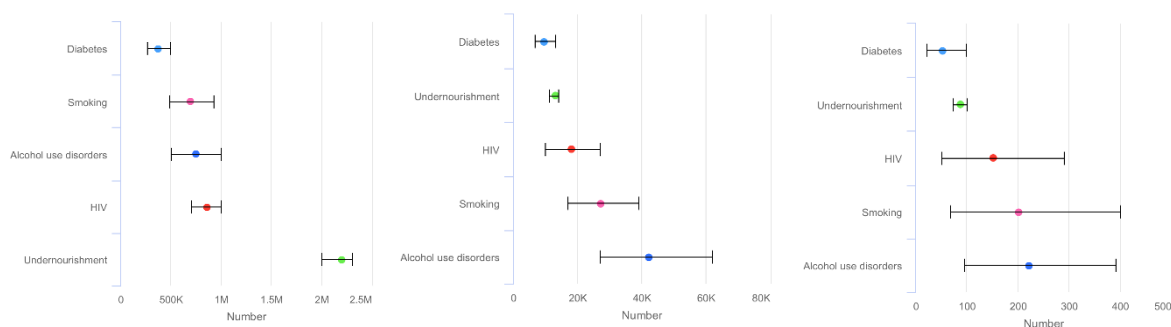


Fonte: Global Tuberculosis Report, 2022

Para se alcançar resultados de longo termo no controlo desta doença, a estratégia deve ser complementada com esforços direcionados para responder aos factores de risco e determinantes associados, o que permitirá recolher informação pertinente a nível nacional e europeu (Lonnroth, et al., 2009) (ECDC, 2018). Deve ter-se em consideração que, enquanto o risco de ser infetado depende das características do caso índice, do meio ambiente e do tempo de exposição, o risco de desenvolver TB ativa depende da integridade do sistema imunitário das pessoas expostas (Lonnroth, et al., 2009).

O GTR aponta como principais factores de risco para a TB: a desnutrição, a infeção por VIH, abuso de álcool, tabagismo e Diabetes Mellitus (GTR, 2022). Na figura 4, pode-se observar os casos atribuíveis a esses factores de risco e a comparação entre a situação global, europeia e nacional.

Figura 4: Distribuição de casos por 5 factores de risco - nível global, na Europa e em Portugal



Fonte: Global Tuberculosis Report, 2022

Portugal continua a ser o país da Europa Ocidental com as taxas de incidência mais elevadas de TB (PNT, 2020).

O Programa Nacional para a Tuberculose (PNT) atua em colaboração com outros parceiros de forma a melhorar a monitorização e os sistemas de vigilância da doença, a melhorar a implementação das estratégias de controlo e eliminação da tuberculose, a providenciar e delinear orientações clínicas, normas de atuação e protocolos na área do diagnóstico, tratamento, rastreio e prevenção (DGS, 2020).

A tuberculose é uma doença de notificação obrigatória, de acordo com o Despacho n.º 12513-B/2019, o seu registo deverá ser realizado no sistema de doenças de notificação obrigatória, Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), e no Sistema de Vigilância da Tuberculose (SVIG TB). Este é um sistema de vigilância intrínseco do PNT para notificação e follow-up dos casos de TB em Portugal, tendo a mais valia de gerir o processo no sentido de cumprir os objetivos do Programa (DGS, 2020).

A taxa de incidência da tuberculose em Portugal, em 2021 foi de **16/100.000** habitantes (Pordata, 2022). O Concelho em estudo, segundo dados¹ da Direção-Geral da Saúde, em 2021, registou uma taxa de incidência de **19,7/100.000** habitantes. A taxa de incidência do Concelho é superior à taxa de incidência nacional, embora, ambas com tendência descendente (Tabela 1).

¹ Dados fornecidos pela USP

Tabela 1: Evolução da taxa de incidência TB no Concelho e em Portugal

Indicadores	2013	2014	2016	2017	2018	2019	2020	Meta PLS 2020	2021	Meta PLS 2025
Taxa incidência TB (por 100000 habitantes)										
Concelho	26,5	26,8	28,2	23,5	25,0	24,4	20,7	<22	19,7	
Portugal	22,9	21,8	17,8	16,9	18,3	18	13,2		16	
Início de sintomas até diagnóstico (dias)	-	86	83	82	-	-	76	<70		50
Taxa sucesso terapêutico (%)	74,8	80,5	78,1	-	83,5	91,6	71,6	84%		84%

Fonte: Pordata, 2022; Dados fornecidos pela USP

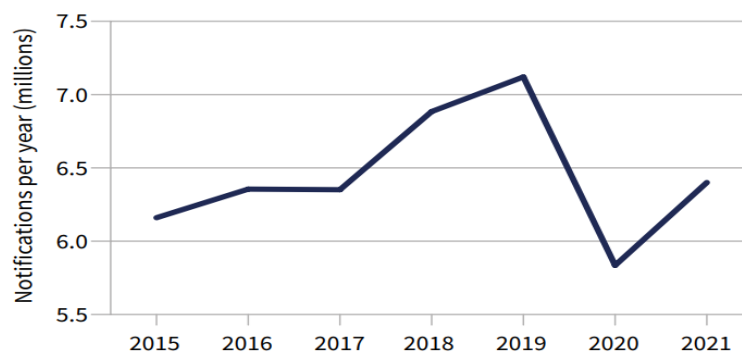
Em 2019, cerca de $\frac{3}{4}$ dos casos notificados corresponderam a tuberculose pulmonar, que se mantém como a localização mais frequente da doença (PNS, 2021).

O número de mortos por tuberculose em Portugal, em 2020, foi de 171 indivíduos (Pordata, 2022).

Embora em Portugal, a maioria de casos de tuberculose ocorra na população nativa, a proporção de casos em imigrantes continua a aumentar, assumindo uma taxa de notificação quatro vezes superior à média nacional (60,5 por 100.000 habitantes em 2020) (PNT, 2022).

A pandemia de COVID-19 é apontada como a causa de interrupções no tratamento e da queda acentuada do número de novas pessoas diagnosticadas com tuberculose e notificadas em 2020, quando comparado com os dados de 2019. Evidencia-se uma recuperação parcial em 2021 (Figura 5) (GTR, 2022).

Figura 5: Notificações de TB entre 2015-2021



Fonte: Global Tuberculosis Report, 2022

As medidas adotadas para a contenção da transmissibilidade de COVID-19, nomeadamente o uso de máscara e o distanciamento social, poderão ter representado um fator importante na contenção de casos secundários, no entanto, poderão ter contribuído também, para a tendência crescente de tempo até ao diagnóstico, resultando num diagnóstico mais tardio e assim, num maior risco de contagiosidade (PNT, 2022). O diagnóstico tardio e a necessidade de direcionar recursos assistenciais para a COVID-19, condicionou a capacidade de resposta das Unidades de Saúde Pública, essencial na realização do inquérito epidemiológico e na identificação dos contactos com necessidade de rastreio e eventual tratamento preventivo, ao mesmo tempo reforçou a importância dos Centros de Diagnóstico Pneumológico no processo de contenção da doença (PNT, 2022).

Quando um utente inicia o tratamento para a TB, de acordo com o que se constatou na consulta e de acordo com o apresentado na sessão de formação sobre a medicação da TB, o enfermeiro do CDP contacta o enfermeiro gestor da medicação antibacilar da USP que dá conhecimento ao enfermeiro da equipa de vigilância epidemiológica e ao enfermeiro interlocutor da Toma Observada Direta (TOD) da unidade funcional de conveniência para o utente, e envia a guia, bem como as marcações de consultas e exames posteriores. Desta forma, promove-se a partilha do processo do utente para a unidade onde vai tomar/levantar medicação, de modo a que tenham acesso à informação necessária para o seu acompanhamento. Devem ser contactados também os serviços farmacêuticos, a fim de, preparar e enviar a medicação prescrita para a unidade funcional.

A TOD é uma das medidas da estratégia da Direct Observed Therapy Short Course Treatment (DOTS), delineada pela WHO em 1993, como resposta ao aumento do número de TB a nível mundial, visando reduzir a incidência da doença, bem como os seus custos sociais e económicos (DGS, 2016). Consiste na toma diária da medicação sob supervisão de profissionais de saúde ou outros profissionais competentes, mas nunca de familiares. Este regime proporciona uma maior probabilidade de cura e de não desenvolver formas multirresistentes (TB-MR) ou extremamente resistentes (TB-XDR) da doença (DGS, 2016).

A utilização do regime TOD aproxima os profissionais de saúde do contexto social dos indivíduos e permite a criação de vínculos entre o serviço de saúde, o utente e a família. É fundamental detetar necessidades específicas de cada utente, identificar factores de risco suscetíveis de dificultarem a adesão à TOD e definir estratégias de intervenção ou

encaminhamento do utente, quando necessário, para outros profissionais de saúde (DGS, 2016).

Em Portugal, a TOD é a modalidade recomendada pela DGS e embora seja aparentemente eficaz, não parece ser compreendida e aceite pelos utentes, além do que, existem estudos com resultados controversos quanto à sua eficácia (Silva et al., 2021).

A tomada de decisão para esta forma de tratamento é unilateral, e por isso poderá transparecer uma postura rígida, diretiva e controladora por parte dos profissionais de saúde, o que poderá remeter a pessoa para um mero papel de recetor de um tratamento que lhe é instituído. Alguns autores consideram a adesão ao tratamento uma cadeia de responsabilidades, a qual inclui, o comportamento dos utentes, a conduta dos profissionais de saúde e as respetivas tomadas de decisão (Silva et al., 2021).

Estudos demonstram que a TOD em Portugal, apresenta-se como fonte de insatisfação e potencia o agravamento dos recursos económicos do utente e do estigma social (Silva et al., 2021).

É recomendado que a TOD seja realizada no domicílio ou na comunidade, em detrimento de uma instituição de saúde. Na prática, o tratamento deve ser combinado de forma mais favorável para o utente, considerando que a localização seja a mais conveniente e segura para o utente e para o profissional (RCN, 2022). Evidências demonstram que a TOD fora de unidades de saúde apresenta taxas mais altas de sucesso no tratamento e taxas mais baixas de mortalidade (Adisa, et al., 2021).

Existe a prática de entrega dos medicamentos aos utentes, para o fim-de-semana, mas sem supervisão e caso os utentes não cumpram a terapêutica, só estarão a perfazer 71% do tratamento. Assumindo essa possibilidade poderia ser considerada a TOD supervisionada por outros profissionais competentes ou a implementação da Toma de Observação por Vídeo (TOV), já uma realidade noutros países (RCN, 2022).

2.2. Adesão Terapêutica

Os melhores indicadores de adesão terapêutica são a conversão da baciloscopia para negativa, a melhoria de sintomas e a melhoria clínica (ICN, 2015).

O uso de incentivos para motivar a adesão do utente ao tratamento pode ser eficaz e pode melhorar a relação utente/profissional de saúde. Alguns exemplos são a criação de grupos de apoio, cerimónias para comemoração da conclusão do tratamento, reembolsos das viagens para comida ou telefonemas, saudações de aniversário. Em situações onde a

desnutrição seja um problema, a comida pode ser considerada como um facilitador necessário para o sucesso do tratamento (ICN, 2015).

No entanto, a disponibilização de incentivos é uma responsabilidade para o utente e para o enfermeiro, pois ambos devem manter o seu compromisso. Se o enfermeiro não cumprir a sua parte, a sua credibilidade e relação com o utente pode ser afetada. Para garantir a eficácia dos incentivos, o profissional de saúde deve reconhecer a diferença entre a sua própria perceção e a verdadeira necessidade do utente (ICN, 2015).

No caso das crianças em tratamento, estas dependem dos seus cuidadores para a administração da medicação, por isso as barreiras identificadas à adesão terapêutica nos seus cuidadores podem contribuir para a falha nas administrações. A adesão da criança apenas se proporciona se o cuidador estiver convencido da necessidade do tratamento e aliado ao enfermeiro (WHO, 2020).

A inexistência de formas de medicação “child-friendly” dificulta a administração e aumenta as probabilidades de a criança recusar o tratamento com comprimidos esmagados (WHO, 2020).

Uma das razões mais enumeradas para a não adesão ao tratamento de TB é a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, isto pelo custo de deslocação diária a uma unidade de saúde quando em TOD, associado a baixos níveis socioeconómicos de muitos utentes com TB. A toma de muitos comprimidos de uma vez, também é apontada como impedimento à adesão terapêutica. A adesão terapêutica representa mais um desafio em utentes que já estão a lidar com a aceitação da sua condição de saúde e a conciliação de horários da unidade de saúde com os seus empregos (Adisa, et al., 2021).

2.3. Tuberculose Infantil

A Tuberculose infantil constitui um dos indicadores mais importantes na vigilância desta doença. Considerando a passagem em 2016, a uma estratégia de vacinação seletiva do Bacilo Calmette-Guerin (BCG) em grupos de risco (Norma 006/2016 da DGS), mantém-se a monitorização regular dos casos de TB em crianças com idade inferior a 6 anos. Em 2020 foram notificados 25 novos casos em crianças com idade igual ou inferior a 5 anos, o que corresponde a uma taxa de incidência de 4,78 casos/100.000 crianças do grupo etário 0-5 anos. Comparativamente a 2018 e 2019, verificou-se uma diminuição na taxa de incidência de TB neste grupo etário (PNT, 2022).

Em termos locais, a vacinação da BCG, bem como os Teste de Sensibilidade à Tuberculina (TST) são geridos nas unidades funcionais pelos enfermeiros interlocutores da vacinação, no sentido de rentabilizar a quantidade de produto disponível. De acordo com o que foi apresentado na sessão de formação “Tuberculose: Medicação Personalizada TB – 2 anos de experiência...” pela enfermeira orientadora, no ACeS existe um documento partilhado com as unidades funcionais onde é possível verificar quais as unidades com produto disponível e quais as unidades com crianças para vacinar ou testar, e assim evitar o desperdício de produto.

2.4. Intervenção do Enfermeiro

Os enfermeiros que desempenham funções nos CSP são os primeiros a identificar e gerir suspeitas de casos de TB. A sua formação é fulcral para garantir a identificação adequada de situações de risco, fazendo uso da sua proximidade com as pessoas, famílias e comunidades. Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros, a atuação geral do Enfermeiro centra-se sobretudo na promoção da saúde no âmbito da TB (OE, 2013):

- Prevenir que a população fique vulnerável à doença (proporcionar quimioprofilaxia preventiva, sempre que necessário);
- Prevenir a transmissão da TB na comunidade (efetuar rastreio de contactos a grupos de risco e fornecer equipamento de proteção respiratória individual);
- Detetar e tratar casos ativos de TB (realizar rastreios e providenciar a medicação antibacilar em TOD);
- Restabelecer a saúde (vigiar a evolução da doença);
- Apoiar os utentes conforme as suas necessidades individuais (encaminhar para serviços específicos).

Na sua prática, o enfermeiro deve constatar que o conhecimento técnico-científico não promove todas as competências necessárias para o cuidar. É indispensável saber valorizar a vivência de quem tem a doença como elemento essencial para a implementação do cuidado (Sá e Paz, 2009).

Segundo a OMS, o enfermeiro detém competências que o tornam capaz de persuadir o doente a manter o tratamento e deve garantir que cada utente recebe a melhor hipótese de tratamento, demonstrando preocupação e persistência, com delicadeza (WHO, 2004). O enfermeiro está numa posição ideal para afetar os resultados das doenças transmissíveis e a

sua influência começa na prevenção, focando-se na alteração de comportamentos e de práticas pessoais e sociais, no sentido da promoção da saúde individual e coletiva (Stanhope e Lancaster, 2011; Loureiro e Miranda, 2016).

Desta feita, é possível evidenciar os três níveis de prevenção. A prevenção primária refere-se à educação comunitária sobre a prevenção de TB, a prevenção secundária implica o rastreio de contactos e a prevenção terciária envolve supervisionar a TOD e identificar recursos na comunidade para cuidados de suporte (referenciação) (Stanhope e Lancaster, 2011).

2.5. Plano de Ação para a Tuberculose

A nível mundial, a WHO implementou a *End TB Strategy* que apresenta como metas, até 2025, a redução da taxa de incidência em 50% e a redução do número de mortos em 75% (GTR, 2022).

De entre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, destaca-se o número três “Garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos”, onde está inserido o objetivo específico de “até 2030, acabar com as epidemias de Sida, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água e outras doenças transmissíveis” (BCSD, 2022).

Segundo o Plano Nacional de Saúde (2021-2030) projeta-se para 2030 uma taxa de incidência de tuberculose de 12,1 por 100.000 habitantes (PNS, 2021).

De acordo com o Plano Local de Saúde atual, (2018-2020), as metas para controlo da tuberculose na comunidade são:

- Quebrar a cadeia de transmissão da infeção o mais cedo possível através da deteção precoce de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera;
- Melhorar a adesão ao rastreio e tratamento preventivo dos contactos vulneráveis
- Estabelecer parcerias com a sociedade civil ou intersectoriais para a supervisão do tratamento e apoio social eficiente aos doentes mais vulneráveis.

3. A FUNÇÃO DO ENFERMEIRO NO TRATAMENTO DE TB: SCOPING REVIEW

Uma vez tendo identificado o enfermeiro como elemento chave na prevenção e tratamento da tuberculose, surgiu a necessidade de compreender os conteúdos disponíveis sobre este tema específico. Desta forma procedeu-se à realização de uma Scoping Review, segundo a metodologia do Joanna Briggs Institute Manual for Evidence Synthesis (2020), intitulada “A função do enfermeiro no tratamento da tuberculose: a Scoping Review”. O objetivo foi identificar as funções do enfermeiro no tratamento da tuberculose, respondendo à questão: “Qual a função do enfermeiro no tratamento da tuberculose?”.

Foi realizada uma pesquisa preliminar por outras scoping reviews sobre o mesmo tema, através da JBI Evidence Synthesis e Pubmed, no dia 4 de outubro de 2022. Não foi encontrada informação relevante.

Procede-se à apresentação resumida da aplicação da metodologia.

De acordo com a questão estabelecida, a População alvo são os enfermeiros, o Conceito corresponde à sua função e o Contexto refere-se ao tratamento da tuberculose. Os critérios de inclusão foram de encontro ao estabelecido anteriormente, nomeadamente, foram incluídos todos os enfermeiros e todas as funções que lhes são atribuídas no âmbito do tratamento da tuberculose.

A estratégia de pesquisa, realizada no mês de outubro de 2022, incluiu estudos publicados e não publicados, e foi constituída por três passos:

- 1) Pesquisa inicial em todas as bases de dados da área da saúde via EBSCOhost seguindo-se uma análise de palavras nos títulos e resumos, e dos termos de índice usados para descrever o artigo;

- 2) Segunda pesquisa utilizando todas as palavras-chave e termos de índice identificados, em todas as bases de dados incluídas;

3) As referências bibliográficas de todos os artigos foram analisadas para identificar possíveis estudos adicionais.

Foram considerados para inclusão nesta revisão estudos escritos em inglês e português, com ano de publicação a partir de 2012.

De acordo com os Medical Subject Headings (MeSH), foram selecionados os descritores tuberculosis treatment and prevention, nursing, challenges. Utilizou-se os operadores booleanos AND de forma a restringir a pesquisa de documentos que reproduzem a interseção das palavras-chave. Foram incluídos artigos, diretrizes, disponíveis em texto completo de forma gratuita online e analisados por pares. Excluíram-se estudos que não responderam à questão de pesquisa proposta.

Na EBSCO Host: tuberculosis treatment and prevention AND nursing (140 artigos) e tuberculosis AND nursing AND challenges (221 artigos), perfazendo um total de 361 artigos.

Numa primeira fase foram removidos os artigos duplicados, analisados os títulos, depois os resumos e seguidamente a leitura integral dos artigos. Foram incluídos nesta revisão 6 artigos. O fluxograma Prisma está disponível em apêndice, bem como a descrição dos estudos incluídos na revisão segundo ano de publicação, tipo de estudo e estrutura PCC (População, Conceito e Contexto) (Apêndices I e II).

A análise dos artigos selecionados permitiu responder à questão inicial. O enfermeiro tem uma posição de destaque entre os profissionais de saúde nos cuidados primários, uma vez que é um agente participativo e decisivo nas ações de organização do cuidado no contexto da TB. Tal pode sobrecarregar as suas funções, mas também o torna referência para as pessoas com TB, tornando a sua atuação relevante. A utilização de tecnologias da saúde pode favorecer a prestação de um cuidado estruturado e voltado às necessidades do doente, permitir maior aproximação entre enfermeiro e utente, bem como rentabilizar o tempo e organização do enfermeiro (Temoteo et al., 2019). Estes autores destacam o valor das tecnologias da saúde, reconhecendo a necessidade de examinar as relações entre a Enfermagem e a tecnologia, principalmente, no que concerne aos campos da comunicação.

A consulta de Enfermagem é uma das principais ações da prática do enfermeiro. Representa o momento oportuno para o desenvolvimento da prática clínica, por meio da qual ocorre a interação entre utente e enfermeiro, o que possibilita conhecer o utente, identificar as suas necessidades de saúde, biopsicossociais e espirituais, e efetuar um plano de cuidados adequado (Pires, et al., 2022).

Considerando o controlo da TB, o enfermeiro é responsável por identificar os utentes sintomáticos respiratórios, solicitar baciloscopia para diagnóstico, realizar a consulta de Enfermagem, supervisionar a TOD, entre outros. A identificação de casos sintomáticos é de suma relevância pois representa um importante recurso para o controlo da doença e a partir daí, são desencadeadas medidas de controlo e ações que convergem para aperfeiçoar o cuidado ao utente e às famílias (Sá, et al., 2012).

Os desafios enfrentados pelos enfermeiros durante a assistência às pessoas com tuberculose vão desde a formação de vínculo com o utente, a adesão ao tratamento pela pessoa com TB e a não aceitação da doença (Teixeira, et al. 2021).

O vínculo é uma ferramenta que contribui para a adesão dos utentes e para a continuidade do tratamento, uma vez que favorece o desenvolvimento de uma relação de confiança entre os sujeitos envolvidos no processo terapêutico. Ainda, é vantajoso que essa relação se centre apenas num profissional de saúde pois possibilita uma identificação de problemas e necessidades mais eficaz, levando a uma gestão terapêutica mais adequada (Sá, et al., 2012).

Autores defendem que a adesão ao tratamento da TB, está diretamente ligada à atuação do enfermeiro, o qual apresenta potencialidades para contribuir de forma significativa para uma articulação maior com os demais profissionais envolvidos e com o planeamento das ações necessárias ao sucesso do tratamento, diminuindo, assim, as fragilidades (Pires, et al., 2022). Ainda, estudos demonstram que a comunicação terapêutica realizada por enfermeiros conseguiu reduzir o nível de ansiedade de utentes com TB, através de uma relação mútua de confiança com os utentes, demonstrando boas atitudes e comportamentos, e partilhando informação sobre a doença, complicações e tratamento, numa atmosfera propícia. Tal processo promove, indiretamente, alterações no autoconceito dos utentes (Rustan e Hasriani, 2019).

Ao mesmo tempo, outros autores defendem que a assistência de Enfermagem referente à TB ainda está muito focada na cura, necessitando de uma reflexão por parte dos enfermeiros, no desenvolvimento de estratégias de educação em saúde, principalmente para as pessoas em situação de vulnerabilidade (Teixeira, et al. 2021). Daí surge a importância de um modelo assistencial que esteja centrado na integralidade do cuidado, na intervenção frente aos factores de risco, na prevenção de complicações associadas e na promoção da saúde e da qualidade de vida (Pires, et al., 2022).

As atividades do enfermeiro assumem um carácter complexo e amplo, visto que contribuem para alcançar as metas de indicadores de saúde e requerem competências de

gestão, trabalho com grupos de risco, conhecimento de protocolos de saúde e referênciação, mantendo o cuidado contínuo do utente (Pires, et al., 2022).

Em suma, o enfermeiro é fundamental para liderar atividades de saúde pública, especialmente, na implementação de ações de controlo da TB. Os enfermeiros assumem uma função central para assegurar a supervisão do tratamento e também para contrariar os elementos favorecedores do abandono, recaídas e resistências aos antibacilares, certificando-se da adesão ao tratamento e sucesso terapêutico. Trata-se de uma ação particular do enfermeiro relativa à saúde individual e comunitária (Guimarães, et al.,2018).

Os resultados da Scoping Review demonstraram que o enfermeiro detém uma posição de destaque no tratamento da tuberculose.

O enfermeiro assume uma participação crítica em várias etapas, nomeadamente, na sensibilização da problemática, através de rastreios e ações na comunidade, na identificação de casos de risco, na identificação de casos efetivos, no rastreio de contactos e por fim, também no acompanhamento durante toda a fase de tratamento. A sua perspetiva assegura, em simultâneo, a capacidade de resposta às necessidades individuais e ao bem estar da comunidade, recorrendo aos instrumentos de intervenção direta ou referênciação.

Dada a exigência técnica, complexidade e capacidade de adaptação, a função do enfermeiro na abordagem à tuberculose, é tão estratégica como tática, o que faz com que o enfermeiro seja um elemento imprescindível da equipa multidisciplinar.

Estes resultados corroboram o que foi observado nas consultas de Enfermagem no CDP e o que foi relatado pela equipa de Enfermagem ao longo do estágio. A evidência aponta o enfermeiro como fundamental no tratamento da tuberculose em todas as suas etapas, e esta verdade veio iluminar o trajeto necessário para intervenção do projeto. Neste projeto, o enfermeiro será o veículo para alcançar a população-alvo e a consulta de Enfermagem no CDP promoverá um momento propício para a sua ação, sendo por isso necessário a conceção e implementação da mesma incluindo, a elaboração de documentos de apoio à consulta.

4. A PROMOÇÃO DE SAÚDE NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Existem diferentes definições para o conceito de saúde. Tais diferenças resultam do surgimento de cada vez mais normas e valores diferentes na sociedade, composta por grupos étnicos, culturais e religiosos distintos. Hoje em dia, saúde, não se resume a ausência de doença (Murdaugh et al., 2019).

A promoção de saúde surge como estratégia central que forçou a alteração do paradigma de saúde, de conceito médico tradicional para uma definição multidimensional que inclui as vertentes social, económica, cultural e ambiental (Murdaugh et al., 2019). Tal visão foi exposta pela Carta de Ottawa, em 1986, o primeiro documento que reconhece a promoção de saúde como um processo que permite o direito às escolhas que favoreçam o bem-estar e a saúde das pessoas, além de proporcionar o seu envolvimento ativo no processo de melhoria de qualidade de vida (Aguair, et al., 2021) (Murdaugh et al., 2019).

Posteriormente, em 2015, a Carta de Ottawa foi atualizada com a Carta de Banguécoque. A partir daí, a promoção de saúde deixou de ser considerada como uma meta, para ser considerada como um processo ou ferramenta facilitadora para alcançar determinada meta. Este novo modelo inclui os determinantes sociais de saúde e resulta da sua combinação com o apoio educacional, promotor de ações e condições de vida favoráveis à saúde (Murdaugh et al., 2019).

O processo de promoção de saúde engloba três vertentes: a educação para a saúde, a prevenção de doenças e a proteção da saúde (Murdaugh et al., 2019).

A OMS define comunidade como grupo social determinado pela área geográfica e pelos valores em comum, onde os membros interagem dentro de uma estrutura social e partilham interesses (WHO, 1974) (Murdaugh et al., 2019).

A saúde da comunidade depende da saúde individual, bem como, da existência de condições sociais, físicas e políticas que possibilitem vidas saudáveis. As características da comunidade têm uma importante influência na saúde individual e nos factores de risco (Murdaugh et al., 2019).

Segundo a OMS, os cuidados de saúde primários representam uma abordagem de toda a sociedade à saúde e bem-estar, centrada nas necessidades e preferências das pessoas, famílias e comunidades. Aborda os determinantes da saúde mais vastos e incide sobre os aspetos da saúde física, mental e social e do bem-estar. A sua intenção é respeitar o compromisso entre a justiça e a equidade social, e o reconhecimento do direito fundamental ao nível mais elevado possível de saúde, conforme o presente no Artigo 25.º da Declaração Universal dos Direitos do Homem: “Todas as pessoas têm direito a um nível de vida adequado à sua saúde e bem-estar próprios e da sua família, incluindo alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e serviços sociais necessários (...)” (WHO, 2021).

Um dos objetivos dos cuidados de saúde primários, é capacitar as pessoas, famílias e comunidades para otimizarem a sua saúde, como defensores de políticas que promovam e protejam a saúde e o bem-estar, como cocriadores de serviços de saúde e sociais e como auto-cuidadores e prestadores de cuidados a terceiros (WHO, 2021). Os princípios do empowerment são componentes essenciais para a promoção da saúde (Murdaugh et al., 2019).

Os cuidados de saúde primários são uma forma eficaz e eficiente de abordar as principais causas e riscos da falta de saúde e bem-estar atuais, e de lidar com os desafios emergentes que irão ameaçar a saúde o bem-estar no futuro. O reforço dos sistemas a nível da comunidade e das unidades de saúde periféricas contribui para construir resiliência, que é crucial para resistir aos impactos sofridos pelo sistema de saúde (WHO, 2021).

Cuidados de saúde primários mais fortes são essenciais para atingir os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável relacionados com a saúde e a cobertura universal de saúde (WHO, 2021).

A utilização de modelos e teorias no campo da promoção da saúde pode facilitar a compreensão dos determinantes dos problemas de saúde, e assim, contribuir para a promoção de conhecimento, reflexão e decisão no ato de cuidar e agir, possibilitando uma maior probabilidade de alcançar os objetivos propostos, tanto para a promoção da saúde, quanto para a prevenção de doenças (Victor, et al., 2005).

4.1. A Promoção de Saúde por Nola Pender

O Modelo de Promoção de Saúde (MPS) de Nola Pender representa uma tentativa de retratar a natureza multidimensional das pessoas que interagem nos seus ambientes interpessoais e físicos, enquanto procuram um estado de saúde. Esta teoria considera a componente holística do funcionamento humano (Murdaugh et al., 2019).

O MPS, baseia-se em três conceitos fundamentais a Enfermagem Holística, a Teoria da Aprendizagem e a Psicologia Social e visa, interpretar as relações existentes entre os estilos de vida favoráveis à saúde e os comportamentos adotados pelo indivíduo no seu contexto biopsicossocial (Aguair, et al., 2021).

A finalidade deste modelo é proporcionar aos enfermeiros uma forma de compreender os principais determinantes para o comportamento de saúde, identificando o modo como as pessoas alteram o seu comportamento com o intuito de melhorar o seu bem-estar e hábitos de vida e identificando factores prejudiciais para a saúde. Através da sua implementação, torna-se possível, orientar as pessoas no sentido da mudança de comportamento, que resulta na promoção de um estilo de vida mais saudável. O modelo oferece um suporte para a prática de Enfermagem, auxiliando na construção do plano de cuidados dirigido à promoção de saúde e participação ativa da pessoa no seu processo de cuidado (Aguair, et al., 2021).

Segundo o modelo, o conceito de Enfermagem está relacionado com as intervenções e estratégias que o enfermeiro deve dispor para promover o comportamento de promoção da saúde, sendo que um dos principais papéis do enfermeiro é o estímulo do autocuidado (Victor, et al., 2005).

O MPS é constituído por três componentes (Anexo II): as características e experiências pessoais (factores pessoais associados a comportamentos anteriores), cognições e afetação do comportamento (os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se deseja alcançar) e o resultado comportamental (Murdaugh et al., 2019) (Aguair, et al., 2021) (Victor, et al., 2005).

No que respeita a abordagem ao utente com TB, o enfermeiro desempenha o papel de ligação entre o utente e os cuidados de saúde, transformando-se numa figura de referência. É através do vínculo enfermeiro-utente, que o utente compreende o seu diagnóstico, aprende sobre o tratamento a cumprir e a sua importância, e também sobre as possíveis alterações a realizar no seu dia-a-dia. O enfermeiro é, indubitavelmente, promotor de alterações de comportamento, quer de adesão ao tratamento, quer de procura de cuidados de saúde, ao

mesmo tempo que identifica factores dificultadores e tem competência para encaminhar o utente de acordo com as suas necessidades ou solicitar os apoios adequados.

De acordo com o MPS, procedeu-se à descrição da situação:

1. Características e experiências pessoais

1.1. Comportamento anterior

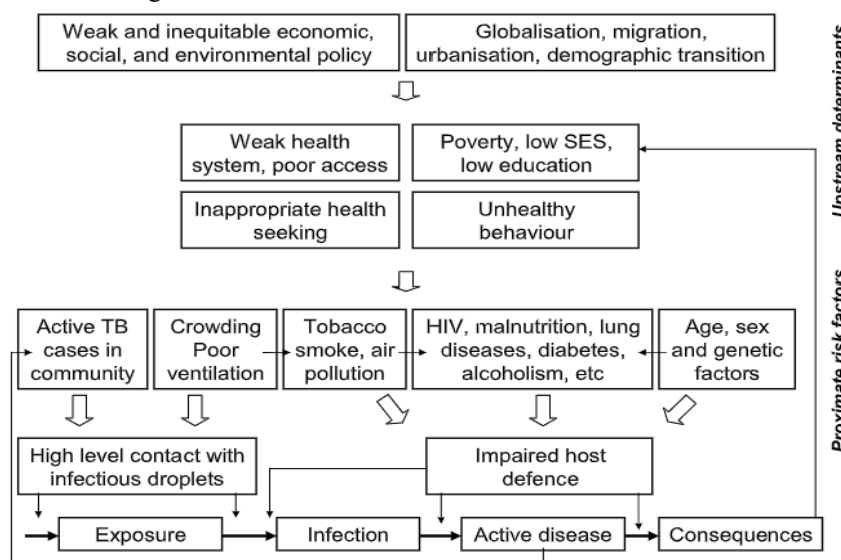
- Existem taxas altas de abandono e reinício de tratamento (PNT, 2022);
- Não adesão ao tratamento (Adisa, et al., 2021):
 - Dificuldade de acesso aos serviços de saúde (custo de deslocação a uma unidade de saúde, diariamente quando em TOD, associado a baixos níveis socioeconómicos de muitos utentes com TB);
 - A toma de muitos comprimidos de uma vez; aceitação da sua condição de saúde;
 - A conciliação de horários da unidade de saúde com os seus empregos.

1.2. Factores pessoais

➤ Caracterização doentes TB:

- Factores de risco e determinantes de saúde para a TB (Figura 6);

Figura 6: Factores de risco e os determinantes de TB



Fonte: Lonnroth K, et al. (2009)

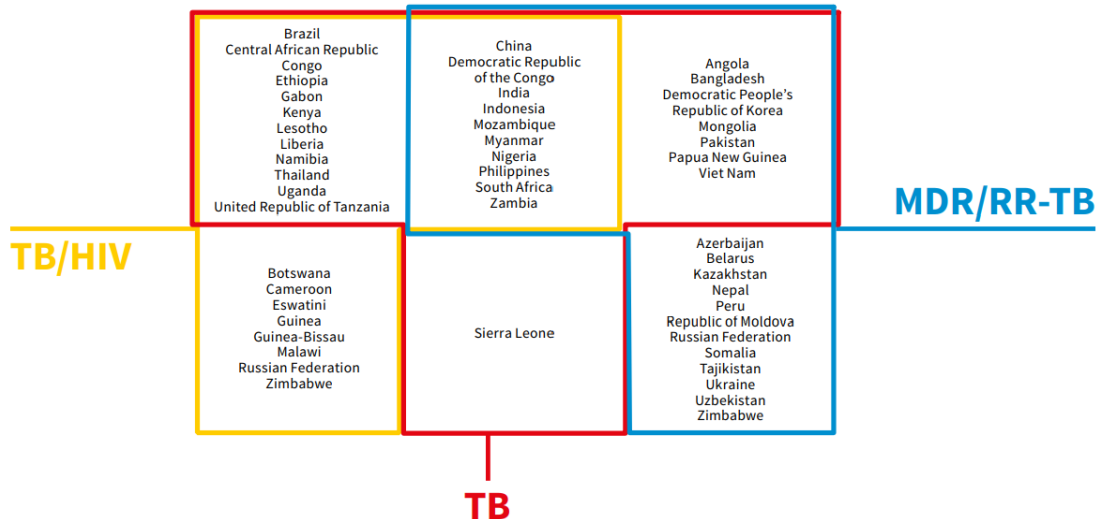
➤ Caracterização população do Concelho:

- De acordo com dados apresentados pelo Censos 2021 o concelho apresenta uma grande atividade migratória (Anexo III), acolhendo migrantes de países com uma

carga importante de TB (Figura 7), nomeadamente Brasil, Angola, Guiné Bissau, entre outros.

- Também com base em dados do Censos 2021, a população do concelho apresenta números elevados de desemprego, associado à necessidade de subsídios, o que terá repercussão na sua condição socioeconómica (Anexo IV).

Figura 7: Países com alta carga de TB, com VIH associado e TB resistente ou multiresistente



Fonte: Global Tuberculosis Report, 2022

2. Cognições e afetação do comportamento

2.1. Benefícios de ação percebidos: Benefícios, reforços positivos que os utentes recebem quando vão às consultas e/ou cumprem a medicação: orientações, de mais do que uma instituição, sugerem o pagamento de transportes, ajuda alimentar, roupa ou produtos de higiene pessoal e ainda, o relatório dos exames com resultados melhorados (RCN, 2022) (WHO, 2017) (GTI, 2017);

2.2. Barreiras percebidas à ação: sensível condição financeira para se deslocar determinadas distâncias e/ou diariamente ao CDP; o fato de o CDP ser longe, horários incompatíveis com o trabalho (RCN, 2022) (Adisa et al., 2021);

2.3. Autoeficácia percebida: reforço positivo para que os utentes se sintam cada vez mais capazes no decorrer do tratamento e reconheçam o seu papel/desempenho para a cura e prevenção de infeção de outros (RCN, 2022);

2.4. Sentimento relacionado com a atividade: O enfermeiro deve procurar manter emoções positivas e sempre que possível identificar e esclarecer as emoções negativas que

possam despoletar barreiras para a adoção do comportamento desejado (Rustan e Hasriani, 2019).

2.5. Influências interpessoais:

- *Expetativas de pessoas significativas* - identificar e esclarecer possíveis crenças/ influências que possam dificultar a adesão ao comportamento (PNT, 2013);
- *Encorajamento emocional e instrumental* - incentivar os utentes a incluir a família/ pessoa significativa no processo de tratamento, como fonte de suporte emocional (RCN, 2022);
- *Aprendizagem vicariante* – a criação de grupos de apoio (ICN, 2015), a partilha de casos de sucesso seria uma boa influência para uma pessoa que vai iniciar um tratamento novo. Providenciar e recomendar leituras, vídeos de referência (PNT, 2013) (RCN, 2022).

2.6. Influências situacionais: Promover um espaço de consulta confortável, convidativo, no qual o utente se sinta seguro e tranquilo, disponível para assumir um compromisso (RCN, 2022).

3. Resultado Comportamental

3.1. Compromisso com o plano de ação: compromisso do utente com o plano de ação, no qual demonstra intenção de elaborar meios que facilitem a execução do comportamento.

3.2. Obrigações e Preferências: atividades que escapam do controlo do utente, como o trabalho e responsabilidades com a família, e, os comportamentos relacionados às atividades promotoras de saúde com as quais o utente já detém maior controlo, por exemplo, alimentação.

- Selecionar / propor estratégias que ajudarão o utente no seu tratamento e elaborar um plano que respeite as suas preferências.

O **comportamento promotor de saúde** será alcançado através da adesão ao tratamento, comprovado pelo resultado negativo das baciloscopias, e por sinais de melhoria clínica, por exemplo, ganho de peso e o próprio utente referir sentir-se melhor (RCN, 2022).

5. METODOLOGIA DE PLANEAMENTO EM SAÚDE

O planeamento em saúde pode definir-se como um processo contínuo e dinâmico de racionalização dos recursos para a saúde, com vista a atingir objetivos para a redução dos problemas de saúde considerados como prioritários e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários setores socioeconómicos que condicionam a saúde da população (Imperatori e Giraldes, 1993).

Este processo procura “...obter mais saúde, através de ações planeadas...” (Rodrigues, 2021), recorrendo à promoção da saúde, prevenção de doenças, cura e reabilitação e incluindo mudanças no comportamento das populações (Tavares, 1990).

As etapas no planeamento são o diagnóstico de situação, a definição de prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a elaboração de projetos, a execução e a avaliação (Imperatori e Giraldes, 1993).

5.1. Diagnóstico de situação

O diagnóstico de situação envolve uma noção de causalidade e de evolução prognóstica, que devendo corresponder às necessidades de saúde de uma população, não se baseia apenas no conceito de necessidade. O diagnóstico caracteriza o nível de saúde da população, medindo o seu estado de saúde de forma a obter um instrumento para pôr em prática a política de saúde, escolher prioridades, organizar atividades e acompanhar e avaliar os resultados (Imperatori e Giraldes, 1993).

A pertinência do projeto é determinada pela concordância entre diagnóstico e necessidades (Imperatori e Giraldes, 1993).

Inicialmente, a recolha de informação ocorreu através da enfermeira orientadora, foi o modo de conhecer a realidade da unidade e auscultar acerca das necessidades sentidas pelos

enfermeiros. Neste momento, tomou-se conhecimento de que o CDP do Concelho foi encerrado em 2015 por falta de recursos humanos e, desde essa altura os utentes são encaminhados para o CDP do concelho vizinho. À data de novembro de 2021, 264 utentes estavam a ser seguidos fora do seu concelho: 165 em tratamento de TB doença, 69 em vigilância (pós-tratamento), 17 seguidos por infeção latente e 13 a aguardar consulta.

A equipa de Enfermagem da USP mantém-se como gestora dos seus utentes TB, independentemente de serem seguidos noutra concelho. Existe contacto não presencial com o utente, realização de ensinamentos e encaminhamento da terapêutica, pelo que, só não estão presentes na consulta de Enfermagem e no apoio à consulta médica.

Foi iniciado o projeto de abertura do CDP em fevereiro 2022 que envolveu a atenção da coordenadora da unidade e da coordenadora de Enfermagem na fundamentação do projeto, na sugestão do espaço físico para a sua implementação e na apresentação da proposta à Administração Regional de Saúde.

Os dados objetivos foram obtidos através da participação numa reunião do Observatório Local de Saúde, onde foram apresentados indicadores sanitários e os problemas prioritários do Concelho. Foi possível focar a atenção sobre a TB, e após conhecer a sua taxa de incidência no concelho (superior à taxa de incidência nacional), associado ao facto deste ACeS não ter CDP, ficou clara, a necessidade real de uma intervenção neste âmbito.

A situação identificada no local de estágio permitiu apontar a tuberculose como um problema de saúde para o qual, o ACeS não apresenta capacidade de resposta local. A pertinência do projeto baseia-se na informação recolhida, nomeadamente, a taxa de incidência de TB do Concelho, a condição socioeconómica da população e a proximidade como elemento chave para o tratamento de TB. Por isso, a melhoria da acessibilidade dos utentes às consultas num CDP próximo, favorecerá a celeridade diagnóstica e o controlo terapêutico dos utentes com TB do Concelho.

Numa primeira fase foi crucial conhecer a população alvo, o comportamento da TB no Concelho, a nível nacional e mundial, e compreender a importância de uma unidade especializada no acompanhamento de utentes com TB. Nesta primeira intervenção, foi realizado o Guia Orientador para o Funcionamento do CDP (Apêndice IV), com base nos resultados da revisão bibliográfica e nas visitas de observação ao CDP do concelho vizinho.

Este guia inclui recomendações e informações atuais sobre diferentes aspetos do funcionamento de um CDP, e está organizado da seguinte forma:

1. Medidas de Segurança no CDP
2. O Enfermeiro na Prevenção e Tratamento de TB
3. Consulta de Enfermagem
4. Rastreio de Contactos
5. Vigilância do utente em Tratamento de TB
6. Situação de Não-adesão Terapêutica
7. Registos de Enfermagem
8. Reuniões de Equipa

O diagnóstico de situação realizado no primeiro estágio, de 26 de abril a 9 de junho, foi otimizado no segundo estágio, entre 5 de setembro e 16 de dezembro, “... partindo não do mesmo ponto inicial, mas de um ponto aperfeiçoado, tendo em atenção as alterações da realidade...” (Imperatori e Giraldes, 1993).

Na segunda fase, uma vez estabelecida a relevância da abertura do CDP no Concelho, foi necessário compreender a função do enfermeiro no contexto da TB, através da realização da Scoping Review e, os aspetos inerentes à consulta de Enfermagem.

Consulta é o “(...) ato em saúde no qual um profissional de saúde avalia a situação clínica de uma pessoa e procede ao planeamento da prestação de cuidados de saúde. A consulta pressupõe um registo que contenha a identificação da pessoa, a data e a hora, os profissionais envolvidos e as ações tomadas, podendo ser presencial e/ou mediada por tecnologias de informação, ou não presencial, e ser realizada por um profissional de saúde ou por vários” (alínea d), nº1, art.º 3º, Secção I, Anexo I, Portaria n.º 207/2017, p.3552.

Consulta de Enfermagem é a “(...) consulta realizada por enfermeiro (alínea e), nº 1, art.º, Secção I, Anexo I, da Portaria n.º 207/2017, p. 3552.

Procedeu-se à pesquisa de consenso entre peritos, abordagem “...altamente fiável.” (Tavares, 1990), na qual é obtido um consenso entre pessoas conhecedoras dos problemas e da população em estudo (Tavares, 1990). Foram convidadas a participar a Enfermeira coordenadora do CDP de outro concelho, a Enfermeira responsável pelo CDP que recebia os utentes do Concelho em questão e a Enfermeira orientadora, coordenadora da USP em questão. A reunião ocorreu no dia 8 de novembro, e tendo por base um guião com questões

gerais (Apêndice III), utilizou-se a técnica de brainstorming “...processo criativo de grupo...”, “É usado para identificar problemas e necessidades; gerar sugestões e soluções alternativas...” (Tavares, 1990). Foram expressas necessidades e sugeridas soluções em função da questão central: O que é necessário para abrir o CDP? Foi realizado um levantamento de recursos materiais e humanos, foram sugeridas orientações, foi constatada a inexistência de documentos de apoio e a escassez de partilha de informação entre unidades, o que promoveria a uniformização do funcionamento dos CDP.

O desenvolvimento deste projeto incidiu na colaboração para o projeto de abertura do CDP, já a decorrer na USP. Para tal, foi fundamental conhecer o funcionamento do CDP e as guidelines atuais, identificar os recursos materiais e humanos essenciais, bem como a sua organização e elaborar orientações e instrumentos de apoio para a consulta de Enfermagem no CDP, com base nos documentos em falta, identificados pela pesquisa de consenso entre peritos.

De acordo com a análise SWOT, uma das técnicas mais utilizadas em investigação (Ferrito, et al., 2010), considera-se como forças do projeto a unanimidade multidisciplinar perante a necessidade de abertura do CDP, como fraquezas considera-se toda a burocracia necessária para justificar e autorizar o projeto, como oportunidade considera-se o fato de estar disponível um espaço físico no edifício da USP que poderia ser alocado para o CDP e como ameaças, considera-se o tempo necessário para todo o processo e o limite temporal do estágio.

Sendo a população alvo deste projeto, a população do Concelho em estudo, e considerando a análise do seu contexto social, económico e cultural, realizada com base na informação reunida através das revisões de literatura e da caracterização da população, delineou-se os seguintes Diagnósticos de Enfermagem, segundo a CIPE® (2019), estabelecendo a respetiva correspondência ao MPS de Pender:

Tabela 2: Relação entre os Diagnósticos de Enfermagem e o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender

Diagnósticos de Enfermagem, CIPE®	Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender
Necessidade de cuidados de saúde e apoio social, elevada	Características e experiências pessoais
Comportamento de procura de saúde comprometido	
Aceitação do estado de saúde comprometido	
Não adesão ao regime terapêutico	
Conhecimento sobre processo de mudança de comportamento baixo	
Continuidade de cuidados comprometida	Cognições e afetação do comportamento – barreiras percebidas à ação
Status social (condição da pessoa relativamente a outras) comprometido	Cognições e afetação do comportamento – influências interpessoais
Risco de insatisfação com cuidados de saúde	Resultado Comportamental

5.2. Definição de Prioridades

Corresponde à segunda etapa do planeamento, representa um processo de tomada de decisão e visa seleccionar o problema que se deve tentar resolver em primeiro lugar (Tavares, 1990).

A técnica seleccionada foi a Grelha de Análise de Pineault e Daveluy (1986) (Anexo V. Esta técnica permite classificar os problemas por ordenação com base em critérios dicotómicos, através da atribuição de mais (+) ou menos (-) a cada um dos seguintes critérios (Tavares, 1990) (Rodrigues, 2021):

1. Importância
2. Relação entre o problema e o fator de risco
3. Capacidade técnica de resolver o problema
4. Exequibilidade da intervenção

O resultado final obtêm-se através do percurso da sequência de cada problema, de acordo com os valores já inscritos na grelha, correspondendo o valor 1 à prioridade máxima (Tavares, 1990) (Rodrigues, 2021). Os problemas considerados para o projeto correspondem aos Diagnósticos de Enfermagem associados à população.

Tabela 3: Grelha de Análise

Diagnósticos de Enfermagem	Critérios				
	Importância	Relação problema/fator de risco	Capacidade técnica para intervir	Exequibilidade da intervenção	Recomendações
Necessidade de cuidados de saúde e apoio social, elevada	+	+	+	+	1
Continuidade de cuidados comprometida	+	+	+	+	1
Aceitação do estado de saúde comprometido	+	+	+	-	2
Não adesão ao regime terapêutico	+	+	+	-	2
Conhecimento sobre processo de mudança de comportamento baixo	+	+	+	-	2
Status social comprometido	+	+	-	-	4
Comportamento de procura de saúde comprometido	+	+	-	-	4
Risco de insatisfação com cuidados de saúde	+	+	-	-	4

Fonte: Tavares, 1990

Foi considerado como prioritário, dar resposta à *necessidade de cuidados de saúde e apoio social*, que será colmatada com a abertura do CDP no Concelho, próximo aos utentes, o que por sua vez, potenciará a *continuidade de cuidados*. A partir da abertura da unidade, dar-se-á início às consultas de Enfermagem que irão ao encontro dos restantes diagnósticos estabelecidos, não tendo sido descorados, terão de aguardar por oportunidades mais facilitadoras para a sua resolução (Rodrigues, 2021), nomeadamente, reforço de recursos humanos e implementação de novas ideias e projetos para incorporação na comunidade.

5.3. Fixação de Objetivos

A fixação de objetivos corresponde à terceira etapa do planeamento em saúde. Aos objetivos devem corresponder aos resultados pretendidos para a população-alvo e

alcançáveis através da implementação dos projetos, constitutivos dos programas que, no seu conjunto, formam os planos (Tavares, 1990).

Nesta etapa, é relevante considerar quatro aspetos essenciais: a seleção dos indicadores dos problemas prioritários; a determinação da tendência dos problemas prioritários; a fixação dos objetivos a atingir e, por fim, a tradução dos objetivos em objetivos operacionais ou metas (Imperatori & Giraldes, 1993).

Os indicadores representam formas indiretas de quantificar o grau de sucesso de uma atividade ou resultado (Rodrigues, 2021). Os indicadores podem ser de *resultado ou de impacto* (medem a alteração verificada num problema de saúde ou a dimensão atual do problema), e indicadores de atividade ou execução (medem a atividade desenvolvida com vista a atingir os indicadores de resultado) (Imperatori & Giraldes, 1993).

O objetivo geral corresponde, de forma genérica, a uma determinada situação que se pretende atingir. Os objetivos específicos detalham os aspetos dessa situação. Uma meta é um enunciado de um resultado desejável e exequível, e surge na consequência dos objetivos anteriormente delineados (Tavares, 1990).

O projeto tem como finalidade promover a capacidade de resposta do ACeS à necessidade de cuidados de saúde e apoio social dos seus utentes, através da abertura do CDP e consequente consulta de Enfermagem.

Embora a população alvo seja a população do Concelho em estudo, a intervenção incidirá junto dos enfermeiros, no sentido da conceção da consulta de Enfermagem a implementar no novo CDP. Desta forma, o objetivo geral é contribuir para a conceção e implementação da consulta de Enfermagem no CDP. Os objetivos específicos são identificar os aspetos essenciais para o funcionamento do CDP, desenvolver documentos de apoio para a consulta de Enfermagem no CDP e colaborar para a uniformização da abordagem aos utentes do CDP.

5.4. Indicadores de Execução e Metas

Os indicadores serão elencados a cada um dos objetivos específicos delineados.

1. Identificar os aspetos essenciais para o funcionamento do CDP:

Indicador: $\frac{\text{N}^\circ \text{ atividades realizadas para conhecer o funcionamento do CDP}}{\text{N}^\circ \text{ de atividades planeadas para conhecer o funcionamento do CDP}} \times 100$ **Meta:** >80%

2. Desenvolver documentos de apoio para a consulta de Enfermagem no CDP:

Indicador: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de documentos realizados}}{\text{N}^\circ \text{ de documentos solicitados}} \times 100$ **Meta:** > 90%

3. Colaborar para a uniformização da abordagem aos utentes do CDP:

Indicador: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de documentos partilhados entre ACeS}}{\text{N}^\circ \text{ de documentos realizados}} \times 100$ **Meta:** > 80%

Indicador: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de profissionais de saúde na sessão}}{\text{N}^\circ \text{ de profissionais de saúde convidados para a sessão}} \times 100$ **Meta:** > 60%

Indicador: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de participantes que consideraram o interesse da temática com bom ou muito bom}}{\text{N}^\circ \text{ de participantes da sessão}} \times 100$

Meta: > 70%

Indicador: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de participantes que consideraram a utilidade do tema com bom ou muito bom}}{\text{N}^\circ \text{ de participantes da sessão}} \times 100$

Meta: > 70%

Indicador: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de participantes que consideraram a abordagem da temática com bom ou muito bom}}{\text{N}^\circ \text{ de participantes da sessão}} \times 100$

Meta: > 70%

5.5. Seleção de Estratégias e Preparação Operacional

Estratégia de saúde é o conjunto de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar determinado objetivo, reduzindo assim, os problemas de saúde identificados (Imperatori & Giraldes, 1982). A escolha de estratégias deverá ter em conta os custos, obstáculos, pertinência, vantagens e desvantagens de cada uma (Tavares, 1990).

O projeto é uma atividade delimitada no tempo, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa (Imperatori & Giraldes, 1993).

Com o intuito de alcançar o objetivo específico “1- Identificar os aspetos essenciais para o funcionamento do CDP”, recorreu-se à estratégia observacional, através da qual, assumindo uma perspetiva de observador, foi possível conhecer a realidade atual do funcionamento de um CDP: foram realizadas visitas ao CDP do concelho vizinho, nas quais, foi possível assistir a consultas de Enfermagem, conhecer o percurso dos utentes, bem como, a organização do espaço físico da unidade. Foi planeada a visita de pelo menos mais um CDP, mas por questões de agendamento e disponibilidade das enfermeiras envolvidas, não foi possível concretizá-las.

A implementação de tal estratégia inseriu-se no domínio de competência da *responsabilidade profissional, ética e legal*, uma vez que se observaram consultas e foram consultados processos clínicos, respeitando os princípios éticos, a deontologia e o sigilo profissional.

Ainda para o mesmo objetivo específico, recorreu-se também, à estratégia de pesquisa, uma vez que foi necessário realizar revisões de literatura para conhecer a problemática da TB e o propósito de um CDP. Nesta estratégia foram promovidos os domínios de competência da *melhoria contínua da qualidade* e do *desenvolvimento das aprendizagens profissionais*, uma vez que as revisões de literatura visaram, precisamente, conhecer a evidência sobre a doença e as praxis mais recentes recomendadas nesse âmbito, favorecendo a mobilização de conhecimento.

Para alcançar o objetivo específico “2- Desenvolver documentos de apoio para a consulta de Enfermagem no CDP”, aplicou-se a estratégia de pesquisa com as revisões de literatura realizadas. Recorreu-se também, à estratégia de envolvimento dos elementos de equipa, sendo que alguns dos documentos foram realizados em equipa com enfermeiras da USP. Esta estratégia promoveu os domínios de competência *melhoria contínua da qualidade, desenvolvimento das aprendizagens profissionais e gestão dos cuidados*, através da otimização do trabalho em equipa consoante os recursos e as necessidades.

A articulação de toda a informação obtida, incluindo os resultados da Scoping Review, permitiu dirigir a intervenção do projeto de acordo com a evidência, no sentido de agilizar a consulta de Enfermagem no CDP, desenvolvendo instrumentos que beneficiarão a ação do enfermeiro, elemento basilar na assistência ao utente com TB, nomeadamente:

- **Folheto informativo sobre Tuberculose** (Apêndice V), onde se disponibiliza uma breve explicação da doença, sintomas, diagnóstico, tratamento e efeitos secundários. Para disponibilizar aos utentes com TB.
- **Folheto informativo sobre o Rastreio de Tuberculose** (Apêndice VI), onde se disponibiliza informação sobre a doença, sintomas, fatores de risco, contacto de risco e exames de rastreio. Para disponibilizar aos utentes sinalizados para fazer rastreio da doença.
- **Procedimentos para Consulta de Enfermagem no CDP** (Apêndice VII), neste documento são abordados aspetos referentes à primeira consulta e consultas de seguimento do utente com tuberculose, fluxograma de acompanhamento de

Enfermagem do utente com TB e padrão de registo no âmbito da área clínica da TB no SClinico. Para utilização pela equipa de Enfermagem.

- **Procedimentos para colheita, conservação e transporte de amostras para baciloscopias** (Apêndice VIII), este documento inclui indicações para o profissional de saúde- ensinos para a colheita de amostras; instruções de capacitação do utente para colheita e acondicionamento das amostras de expetoração em casa; receção e conservação das amostras durante a sua permanência no CDP e transporte das amostras para o INSA. Para utilização pela equipa de Enfermagem.
- **Panfleto informativo para Baciloscopias** (Apêndice IX), com instruções de colheita de expetoração para o utente. Para disponibilizar ao utente.

Para concretizar o objetivo específico “3- Colaborar para a uniformização da abordagem aos utentes do CDP”, utilizou-se a estratégia educacional de formação em serviço, divulgação e envolvimento dos elementos da equipa. Foi realizada uma sessão-formação em serviço, para todos os profissionais de saúde da USP, na qual foi apresentado o projeto desenvolvido e partilhado o conhecimento adquirido, bem como os documentos desenvolvidos, em pasta partilhada no servidor da unidade.

Esta estratégia promoveu a uniformização da abordagem dos utentes TB, uma vez que incluiu a participação de todos os profissionais de saúde da unidade. A sessão-formação em serviço teve lugar no dia 14 de dezembro de 2022 via plataforma Teams, por maior conveniência para os destinatários. O plano de sessão, a apresentação, bem como o questionário de avaliação e resultados, que também foi disponibilizado via online, serão apresentados em apêndice (X, XI, XII). Para a avaliação da sessão foram delineados os objetivos operacionais e os indicadores de atividade, que foram avaliados segundo o número de participantes e os resultados do questionário.

Neste ponto, a *melhoria contínua da qualidade* e o *desenvolvimento das aprendizagens profissionais*, foram alcançados pela sessão-formação em serviço, na qual, a mestranda assumiu um papel de facilitadora da aprendizagem, transferindo conhecimentos obtidos em evidência científica para suportar a prática clínica.

Na tabela seguinte, explana-se todas as atividades desenvolvidas no projeto, e em apêndice (XIII) está disponível cronograma de atividades.

Tabela 4: Objetivos, Estratégias, Domínio de Competência e Atividades desenvolvidas

Objetivos	Estratégias	Domínio de Competência	Atividades desenvolvidas
1	Observacional	Responsabilidade profissional, ética e legal	Visitas ao CDP
1 2 3	Pesquisa	Melhoria contínua da qualidade; Desenvolvimento das aprendizagens profissionais;	Realização de uma revisão bibliográfica sobre a Tuberculose e realização do documento: Guia orientador para o funcionamento do CDP, revisto em novembro de 2022; Realização da <i>Scoping Review</i> “A função do enfermeiro no tratamento da tuberculose”; Realização dos documentos: <ul style="list-style-type: none"> • Folheto informativo sobre Tuberculose; • Folheto informativo sobre o Rastreamento de Tuberculose; • Realização de uma sessão de formação em serviço.
2 3	Envolvimento dos elementos de equipa	Melhoria contínua da qualidade; Desenvolvimento das aprendizagens profissionais; Gestão dos cuidados;	Realização de reuniões de equipa para elaboração de documentos: <ul style="list-style-type: none"> • Procedimentos para consulta de Enfermagem no CDP; • Procedimentos para colheita, conservação e transporte de amostras para baciloscopias; • Panfleto informativo para Baciloscopias.
3	Educacional de formação em serviço; Envolvimento dos elementos de equipa; Divulgação	Melhoria contínua da qualidade; Desenvolvimento das aprendizagens profissionais;	Realização de uma sessão de formação em serviço; Apresentação e partilha dos documentos desenvolvidos em suporte digital.

5.6. Avaliação

A avaliação ou controlo da execução é a última etapa no planeamento em saúde. Nesta etapa determina-se o nível de adequação das estratégias, face aos objetivos propostos (Tavares, 1990). A avaliação do projeto deve basear-se em informações pertinentes, sensíveis e fáceis de obter de modo a conduzir a conclusões sensatas e propostas úteis para o futuro (Imperatori & Giraldes, 1993).

A execução de um projeto tem como objetivo final a satisfação das necessidades identificadas, de forma a que se resolva ou minimize os problemas de saúde identificados, ou, otimize ou aumente a eficácia dos serviços prestados à população (Tavares, 1990).

Uma das formas de avaliação deste projeto será através dos indicadores de atividade e no alcance ou não da meta proposta.

Tabela 5: Objetivos operacionais e resultados

Objetivos operacionais	Resultado (%)
Que pelo menos 70% das atividades planeadas para conhecer o funcionamento do CDP, sejam realizadas.	75%
Que pelo menos 90% dos documentos solicitados sejam desenvolvidos.	100%
Que pelo menos 80% dos documentos realizados sejam partilhados entre ACeS.	85,7%
Que pelo menos 60% dos convidados participem na sessão de formação.	51,7%
Que pelo menos 70% dos participantes considerem que o interesse da temática foi bom ou muito bom.	100%
Que pelo menos 70% dos participantes considerem que a utilidade dos temas abordados seja boa ou muito boa.	100%
Que pelo menos 70% dos participantes considerem que a abordagem da temática seja boa ou muito boa.	100%

De acordo com os resultados obtidos, a adesão à sessão-formação não correspondeu ao previsto, tendo ficado aquém do resultado esperado. Embora a realização de sessão-formação tenha sido divulgada por mail, com alguma antecedência e agendada para uma data e hora recomendadas pela enfermeira orientadora, o reduzido número de participantes pode dever-se ao facto de os enfermeiros serem o grupo profissional em menor número na USP ou simplesmente uma questão de indisponibilidade dos restantes convidados. Ainda

assim, é relevante referir que 100% dos enfermeiros assistiram à formação e elementos de todos os grupos profissionais estiveram presentes.

Uma possível proposta para se alcançar um maior número de participantes, seria a repetição da sessão de formação num outro dia, ou a realização de uma sessão com certificado de presença que os participantes poderiam apresentar nas suas avaliações de desempenho.

Os restantes objetivos operacionais foram alcançados e como tal, os indicadores de atividades demonstram que as atividades desenvolvidas e as estratégias delineadas foram adequadas.

Ao longo da implementação do projeto surgiram factores facilitadores e limitadores. A disponibilidade da equipa multidisciplinar foi um elemento facilitador, não só para atividades relacionadas com o projeto, mas também para outras atividades de estágio. O facto de se compreender a importância e se pretender uniformizar os procedimentos entre ACeS, representa um ponto forte do projeto. A agilização na realização de novos documentos de apoio à consulta, contribuiu, em tempo útil, para a partilha dessa informação.

Como aspeto limitador, o atraso da abertura do CDP, por burocracias, por atraso nas obras, por dificuldades na disponibilização de recursos humanos, entre outras questões alheias à atuação da mestrandia, foi o principal desafio, o qual forçou a reformulação das atividades iniciais, nas quais estava previsto a realização de uma consulta de Enfermagem no CDP. À data de término do estágio, o espaço físico ainda estava a sofrer os últimos ajustes, pelo que, a unidade ainda não estava em funcionamento.

A avaliação sobre o impacto do projeto, o qual se insere num projeto da USP no âmbito do Programa Nacional para a Tuberculose, resulta da realização sistemática e sistematizada da consulta de Enfermagem no novo CDP, e a longo prazo, através da variação da taxa de incidência de TB no Concelho. Essa avaliação será realizada pela enfermeira orientadora, e pelos elementos responsáveis pela vigilância epidemiológica, através da análise de dados anuais.

Em suma, o objetivo geral de contribuir para a conceção e implementação da consulta de Enfermagem no CDP foi alcançado, dando resposta à necessidade de cuidados de saúde da população. Foram identificados os aspetos essenciais para o funcionamento do CDP, foram desenvolvidos documentos de apoio para a consulta de Enfermagem e foi fomentada a importância da uniformização da abordagem aos utentes do CDP. Toda esta operacionalização serviu para sanar a ausência de resposta do ACeS e disponibilizar serviços de saúde no âmbito da TB, à sua população.

6. OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Para além de atividades diretamente relacionadas com o projeto em curso, surgiu oportunidade de participar em diferentes áreas de atuação da USP.

Vigilância Epidemiológica

A formação “Medicação personalizada TB... 2 anos de experiência” (Anexo VI) apresentada pela enfermeira orientadora, para todos os enfermeiros do ACeS envolvidos com o programa da tuberculose, demonstrou a importância do enfermeiro num programa de saúde e ainda a importância do enfermeiro coordenador na gestão do programa e na orientação dos colegas, os quais mesmo pertencendo as equipas distintas interagiram com vista à uniformização da sua atuação. Foram abordados temas acerca da gestão da TOD, articulação com o CDP, o apoio de instituições comunitárias, o circuito do utente e medicação, funcionamento e protocolos.

Procedeu-se à familiarização com os sistemas Trace Covid e SINAVE, numa primeira fase para classificar surtos de COVID-19 em Estabelecimentos Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) e numa segunda oportunidade para classificar casos de doença de notificação obrigatória de acordo com o despacho nº 1150/2021, com respetiva realização de inquérito epidemiológico pela Enfermagem e validação final pelo médico.

Foi demonstrado o acompanhamento da USP aos refugiados, desde o momento de efetivação da sua inscrição em centros de saúde, ao momento em que os menores integram as escolas. É feito um rastreamento do seu estado vacinal e são despoletadas iniciativas de sensibilização para adesão à vacinação e outros rastreios, como infeções sexualmente transmissíveis.

Devido à emergência de saúde pública que representa o COVID-19, foi prioritária a análise do estado vacinal e últimas infeções por COVID-19 registadas, de todos os utentes das 75 ERPI do Concelho e nos estabelecimentos prisionais, de modo a garantir a inoculação segura da 4ª dose da vacinação, de acordo com a norma da DGS. Posteriormente, procedeu-

se ao agendamento de equipas para execução da vacinação na instituição, confirmação da presença de médico ou encaminhamento para centro de vacinação nos casos recomendados.

Programa Nacional de Saúde Escolar

Vistorias a escolas - jardim de infância, 1º e 2º ciclos - acompanhando as Técnicas de Saúde Ambiental responsáveis. O intuito foi a avaliação dos riscos para a saúde em ambiente escolar e incluiu a recolha de uma armadilha de captura de culicídeos (Projeto de Vigilância de Vetores) e verificação de inconformidades já identificadas numa visita anterior, nomeadamente, a estrutura do edifício em algumas áreas, o gabinete de primeiros socorros, análise da qualidade da água, a cozinha, o ginásio e balneários para verificação da temperatura da água dos termoacumuladores (Projeto de Vigilância Epidemiológica Integrada da Doença dos Legionários), o refeitório e o bar, e ainda o sistema de aquecimento e respetivo registo com posterior relatório.

Programa Nacional de Vacinação

Primeira reunião pós-covid do grupo de vacinação, “Vacinação ACES X” (Anexo VI), apresentada pela enfermeira responsável pelo grupo, pela enfermeira orientadora responsável pelas campanhas de vacinação e pela médica coordenadora local do grupo. Foi uma reunião para todos os enfermeiros do ACeS e abordou os dados estatísticos entre 2019 e 2021, o novo Programa Nacional de Vacinação e a forma de atuação recomendada para a situação atual com os refugiados, oriundos de uma área com taxas de vacinação baixas e incidências elevadas de doenças já controladas em Portugal.

Projeto de Intervenção em Saúde Mental

O contacto com este projeto deu-se através de uma visita domiciliária, requisitada pela mãe do utente, acompanhando a enfermeira responsável pelo caso, o médico (autoridade de saúde), a assistente social e escolta pela polícia.

Vigilância sanitária das condições de higiene, segurança e saúde

Vistorias a centros de saúde e respetivos gabinetes de vacinação e salas de tratamentos, gabinetes de saúde oral, a clínicas dentárias e salas de tratamento de resíduos, ERPI, acompanhando a Enfermeira coordenadora do GCL-PPCRIRA, a Enfermeira gestora do grupo de resíduos e a Técnica de Saúde Ambiental.

Vigilância sanitária das águas

Colaboração para a recolha de água das piscinas públicas, acompanhando as Técnicas de Saúde Ambiental.

Formação sobre “Registos em S-Clínico” apresentada por uma enfermeira também a cumprir o estágio para a mesma especialidade. Foram abordados os registos para os programas prioritários e foi demonstrado como executá-los no sistema. Foi apresentada a possibilidade de criar uma comunidade no sistema que permite associar utentes relacionados, ferramenta potencialmente útil para relacionar contactos de risco ao caso índice.

Formação sobre Mutilação Genital Feminina (Anexo VI), apresentada pela enfermeira responsável pelo projeto e pela representante da Associação para o Planeamento da Família.

Atividades da enfermeira orientadora: Gestão da escala de Mantoux e BCG, no qual é feito o levantamento da necessidade destas ampolas e procede-se à sua distribuição visando o mínimo desperdício da mesma, entre as unidades funcionais. Atualização diária do mapa de utentes TB em TOD e não TOD. Em conjunto com a enfermeira orientadora, participação do webinar "O Sono, muito mais do que Dormir...", no âmbito dos seus objetivos de desempenho (Anexo VI)).

Quanto à gestão operacional, inclui-se a gestão de horário da equipa de Enfermagem, a gestão de projetos e sua redistribuição entre equipa, sempre que necessário.

Durante o período de estágio, no dia 25 de novembro de 2022, ocorreu o V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem intitulado: “Enfermagem Especializada: UMA VOZ PARA O HUMANISMO”, na Universidade Católica Portuguesa, no qual, em coautoria, apresentou-se o poster com o tema “Causas para a hesitação vacinal em crianças e adolescentes: a Scoping Review” (Apêndice XIV).

Todas as atividades descritas enriqueceram a experiência em estágio. Foram impulsionadoras de aprendizagens nas diferentes áreas de vigilância em Saúde Pública e assim incrementaram o conhecimento acerca da sua operacionalização, tanto como profissional de Enfermagem, como membro da comunidade.

Evidencia-se o desenvolvimento de aprendizagens profissionais, de entre os domínios de competência de Enfermeiro Especialista, como o processo com maior evolução neste

percurso. Esta diferença é notável desde o início do curso de Mestrado, no qual foi instigada a reflexão sobre as relações terapêuticas e multiprofissionais com rumo ao autoconhecimento e assertividade na relação com o Outro, e durante o estágio foi possível efetivar essa confrontação. O trabalho em equipa multidisciplinar, em várias áreas pertencentes a um contexto novo, foi desafiante e incitador de uma nova forma de pensar e de estar.

7. PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE E ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

A apreciação da mestranda quanto ao seu percurso no Estágio Final, rege-se de acordo com o desenvolvimento de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em ESCSP, presentes nos regulamentos n.º 140/2019 – Diário da República n.º 26/2019, Série II de 6 de fevereiro de 2019 e n.º 428/2018 – Diário da República n.º 135/2018, Série II de 16 de julho de 2018, expressos pela Ordem dos Enfermeiros. Deste modo, e seguindo o estabelecido no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista é relevante esclarecer os conceitos de “competências comuns” - “são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”. E as “competências específicas” – “são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.”.

Foi solicitada a elaboração de objetivos para o estágio, tendo em conta as competências mencionadas. Foram traçados os seguintes objetivos específicos de estágio:

1. Compreender a função do Enfermeiro Especialista em ESCSP;
2. Participar nas atividades desenvolvidas pelos projetos da USP;
3. Contribuir para a conceção e implementação da Consulta de Enfermagem no CDP;
4. Colaborar para a promoção da saúde e prevenção do contágio de TB na comunidade.

A consecução dos objetivos propostos culminou no desenvolvimento de competências específicas de Enfermeiro Especialista ESCSP.

Com a realização do estágio foi possível conhecer a função de uma unidade de saúde pública, bem como, a função do enfermeiro especialista nesta área. Tal foi proporcionado através do acompanhamento da enfermeira orientadora, da integração na equipa multidisciplinar e da participação nas atividades dos projetos em curso na USP.

A compreensão do conceito de comunidade e a mudança de pensamento de cuidados ao indivíduo para cuidados à comunidade, traduziu-se num processo de aprendizagem sobre a realidade dos cuidados de saúde primários. E, em última análise, impulsionou o desenvolvimento de competências de interpretação e avaliação de diagnósticos da comunidade e respetivo planeamento de intervenções com base no julgamento clínico.

Foi na perspetiva de ação na comunidade que se traçou o diagnóstico de situação, orientador de todo o projeto elaborado. Nesse seguimento, procedeu-se à conceção da consulta de Enfermagem para o CDP, através da elaboração e disponibilização de documentos de apoio para a prática do enfermeiro em consulta. Tendo contribuído para a abertura do CDP e para o início da consulta de Enfermagem, considera-se que, indiretamente haverá repercussão na promoção da saúde e prevenção do contágio de TB na comunidade.

No que respeita as competências específicas:

“Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade”, constata-se que o projeto foi estruturado com base na metodologia do Planeamento em Saúde e que foram concluídas cada uma das suas etapas guiando o processo de tomada de decisão, como resultado da interação entre planeamento e execução. Para a avaliação do estado de saúde da comunidade foi fundamental a caracterização da população do Concelho e a revisão bibliográfica.

“Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades”, é de destacar a importância da revisão bibliográfica como fonte de informação pertinente que foi gerida e transmitida aos profissionais da USP na sessão de formação em serviço e nos documentos de apoio produzidos para a consulta de Enfermagem, com foco nos enfermeiros (procedimentos e guia orientador) e com foco nos utentes (panfleto e folheto informativos).

“Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde”, é reconhecido que, mais uma vez, a integração na equipa na USP foi essencial para a participação nas atividades das várias áreas de intervenção da unidade. Sempre que foi pertinente para a sua formação, a mestranda

participou em atividades mesmo com outros enfermeiros da unidade, com as técnicas de saúde ambiental e com a assistente social.

“Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico”, ressalta-se a realização de inquéritos epidemiológicos, a caracterização de surtos de COVID-19 e a familiarização com os sistemas de notificação.

Uma vez alcançados os objetivos de estágio propostos, considera-se que a prestação da mestrandia no local de estágio foi de grande utilidade para a instituição, mas principalmente, para a sua formação profissional e pessoal, permitindo o desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências de especialista. A nível pessoal, considera-se que o maior crescimento surgiu do ganho referente a uma nova forma de pensamento, o planeamento em saúde.

Em síntese, no decorrer do estágio, o processo de aprendizagem respeitou as competências delineadas pela Ordem dos Enfermeiros.

8. CONCLUSÃO

Neste trabalho foi apresentado o percurso desenvolvido o longo do estágio da UC “Estágio e Relatório Final”.

Este estágio foi o culminar de experiências de aprendizagem ao longo do curso de Mestrado, uma vez que forçou a mobilização de conhecimentos adquiridos em toda a formação e dessa forma, proporcionou o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em ESCSP.

Devido ao background profissional de prestação de funções em contexto hospitalar, considera-se que a maior aprendizagem foi no reajustar da forma de pensar, passando de cuidados ao indivíduo para cuidados à comunidade, ganhando com isso, uma capacidade de visão alargada de grupo.

Quanto ao local de estágio, considera-se que o trabalho em equipa representa uma mais valia para os seus profissionais e foi possível beneficiar dessa vantagem através da recetibilidade e pela forma como se deu a integração na equipa. O que proporcionou a participação em atividades de várias áreas de intervenção da unidade, tornando esta experiência rica em conhecimento sobre vigilância epidemiológica, vacinação, saúde escolar, saúde ambiental e gestão de projetos. É de mencionar que o estágio decorreu num período de pós-pandemia COVID-19, e a unidade estava sobrecarregada com um grande número de encargos nesse aspeto, mesmo tendo sido um período desafiante, foi proporcionador de aprendizagens a nível pessoal e profissional, na resolução de problemas e desenvolvimento de competências. Ter continuado no mesmo local de estágio, demonstrou ser vantajoso, uma vez que se deu continuidade ao projeto iniciado anteriormente e se ganhou tempo para conhecer melhor os diferentes projetos da USP e assim, adquirir uma maior perspetiva sobre a sua ação na comunidade.

Para o desenvolvimento do projeto de intervenção foi crucial a Metodologia de Planeamento em Saúde para sistematizar as etapas e orientar a trajetória até à meta final.

Essa meta foi, manifestamente, a conclusão do projeto com sucesso, mas também a própria aplicação da metodologia, reconhecendo a sua importância para a avaliação do estado de saúde de uma comunidade. Foi uma oportunidade de aperfeiçoar uma ferramenta essencial para a uma prática futura.

O Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender surge como referencial de suporte do projeto uma vez que, Pender, defende que o conceito de Enfermagem está relacionado com as intervenções e estratégias que o enfermeiro deve dispor para promover o comportamento de promoção da saúde (Victor, et al., 2005), e no projeto está subjacente a necessidade de promover a alteração de comportamentos característicos dos utentes com TB, nomeadamente, quanto à adesão terapêutica.

Tanto a revisão bibliográfica como a Scoping Review, foram fontes de investigação valiosas para a evolução do projeto, chegando a ser difícil a filtragem de informação pertinente devido ao grande volume de informação sobre vários aspetos da doença. Contudo, a maior parte da bibliografia encontrada refere-se a contextos estrangeiros, o que também dificultou a categorização da informação como boas práticas ou prática local. Por esse motivo, é evidente a necessidade de produção de mais bibliografia nacional sobre a tuberculose em Portugal e o seu tratamento.

A Scoping Review corroborou o valor da função do enfermeiro na liderança de atividades de saúde pública e na implementação de ações de controlo da tuberculose, assegurando a supervisão do tratamento de forma a contrariar a possível tendência de abandono e certificando-se assim, do sucesso terapêutico (Guimarães, et al, 2018). Obteve-se resultados determinantes para direcionar a intervenção do projeto, centrando-se na atuação do enfermeiro, que está implicada em todas as fases do tratamento da TB.

Um projeto em saúde deve ser sustentável e ter a capacidade de proporcionar benefícios num prolongado período de tempo, tendo as seguintes características: produzir benefícios que possam perdurar e que mesmo na ausência do projeto possam perpetuar os seus efeitos; criar dinâmica para outras iniciativas na equipa multidisciplinar, particularmente nos Enfermeiros; e por fim, permitir o desenvolvimento global, inovador e irreversível, de modo autónomo tendo em conta os recursos existentes (Brissos, 2004). O projeto desenvolvido correspondeu a estas características uma vez que o CDP, estabelecido no edifício da USP, apresenta condições para se manter em funcionamento e através da sua operacionalização trará benefícios para os seus utentes que já não precisarão de se deslocar a outro concelho para uma consulta especializada, e assim, se terá derrubado uma potencial barreira na sua adesão ao tratamento.

O impacto do projeto apenas poderá ser avaliado a longo prazo, com a variação da taxa de incidência do Concelho, este aspeto é limitador no que concerne à avaliação da intervenção da mestranda no projeto.

Chegando ao fim deste relatório, considera-se que foi possível apresentar os resultados da aprendizagem e uma análise sobre o percurso realizado.

Os objetivos propostos foram alcançados: o projeto de intervenção foi pertinente e bem sucedido, foram desenvolvidos instrumentos de apoio de grande utilidade para a unidade e, à data deste documento, o CDP já está a funcionar pelo que, a capacidade de resposta do Concelho às necessidades de saúde dos utentes com TB, está a crescer, potenciando a promoção da saúde e a prevenção do contágio de TB na comunidade.

A realização do estágio trouxe benefícios para todas as partes envolvidas, para a USP e principalmente para a mestranda, no que se refere à sua evolução pessoal e profissional, sendo possível afirmar que todo o processo foi impulsionador de mudança e crescimento, terminando-se com um saldo bastante positivo.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adisa, Rasaq; Ayandokun, Teju T.; Ige, Olusoji M. (2021). *Knowledge about tuberculosis, treatment adherence and outcome among ambulatory patients with drug-sensitive tuberculosis in two directly-observed treatment centers in Southwest Nigeria*. BMC Public Health. 21:677

Administração Regional de Saúde e Lisboa e Vale do Tejo (2022). *Autoridade de Saúde*. <https://www.arslvt.min-saude.pt/pages/196>

Aguair, C. A., Barbosa e Silva, M. C., Queiroz, S. A., & Santos, R. L. (2021). *Modelo de promoção da saúde como aporte na prática de Enfermagem*. Saúde Coletiva, 11(64), 5604-5615.

Assembleia Geral das Nações Unidas (1948). Declaração Universal dos Direitos do Homem. o Diário da República, I Série, n.º 57/78, de 9 de Março de 1978

Azevedo, C. A. M., & Azevedo, A. G. (2008). Metodologia científica: contributos práticos para a elaboração de trabalhos académicos (9ª ed.). Universidade Católica Editora

Brissos, M. A. (2004). O planeamento no contexto da imprevisibilidade: algumas reflexões relativas ao sector da saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 22(1), 43–55.

Câmara Municipal de Sintra (2022). *Sobre o Conselho de Sintra*. <https://cm-sintra.pt/institucional/sobre-o-concelho>

Conselho Empresarial para o Desenvolvimento Sustentável (BCSD) (2022). *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável*. <https://www.ods.pt/objectivos/3-vida-saudavel/>

Despacho nº12513-B/2019. Diário da República n.º 251/2019, 1º Suplemento, Série II de 2019-12-31, páginas 25 – 69.

Direção Geral da Saúde (2016). *Manual de Enfermagem – Toma de Observação Direta em Doentes com Tuberculose*. Programa Nacional para a Tuberculose.

Direção Geral de Saúde (2016). Norma nº 001/2016.

Direção Geral da Saúde (2020). *Programa Nacional para a Tuberculose*. 2020. <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/tuberculose1.aspx>.

Direção Geral da Saúde (2020). *Tuberculose- Centro de Diagnóstico Pneumológico*.
<https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/tuberculose1/centros-de-diagnostico-pneumologico.aspx>

Direção Geral da Saúde (2020). *Tuberculose – Sistema de SVIG-TB*.
<https://www.dgs.pt/saude-a-a-z.aspx?v=%3d%3dBAAAAB%2bLCAAAAAAABABLszU0AwArk10aBAAAAA%3d%3d#saude-de-a-a-z/tuberculose1/sistema-svig-tb>

European Centre for Disease Prevention and Control (2018). *Social determinants and risk factors in tuberculosis surveillance in the EU/EEA*. Stockholm: ECDC.

Ferrito, C., Nunes, L., Ruivo, M.A. (2010) Metodologia do projeto: coletânea descritiva de etapas. Revista Percursos. ISSN 1646-5067.nº 15

Global Tuberculosis Report (2022). Geneva: World Health Organization.

Guimarães, T. M. R., Amorim, C. T., Ferreira, F. M. da S., Barbosa, E. F. F., Farias, C. E. L., & Lopes, B. S. (2018). Cuidados de Enfermagem a um Paciente Portador de Tuberculose Pulmonar e Comorbilidades: Relato de Caso. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 10(3), 683–689. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.683-689>

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

Instituto Nacional de Estatística – INE (2022). *Resultados Provisórios*.
https://censos.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html.

International Council of Nurses (2015). *TB Guidelines for Nurses in the Care and Control of Tuberculosis and Multi-drug Resistant Tuberculosis - 3rd Edition*.

International Council of Nurses (2023). ICNP Browser. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

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

Lonnroth K, Jaramillo E, Williams BG, Dye C, Raviglione M. (2009) *Drivers of tuberculosis epidemics: the role of risk factors and social determinants*. *Soc Sci Med.*;68(12):2240-6

Observatório Local de Saúde (2018). *Plano Local de Saúde de Sintra 2018-2020*

Observatório Regional de Saúde (2017). *Perfil Local de Saúde – ACeS Sintra*

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Tuberculose – Guia Orientador de Boa Prática*.

Ministério da Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*.

- Ministério da Saúde (2015). *Plano Nacional de Saúde, Revisão e Extensão a 2020*
- Ministério da Saúde (2021). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030 - Saúde Sustentável: de todos para todos.*
- Murdaugh, C. L., Parsons, M. A., & Pender, N. J. (2019). *Health Promotion in Nursing Practice* (8th ed.). Pearson.
- Pires, R. de C. C., Lucena, A. D., & Mantesso, J. B. de O. (2022). Atuação do enfermeiro na atenção primária à saúde (APS): uma revisão integrativa da literatura. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*, 12(37), 107–114. <https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.37.107-114>
- Pordata (2022). *Óbitos de residentes em Portugal por algumas causas de morte.* <https://www.pordata.pt/Portugal/%c3%93bitos+de+residentes+em+Portugal+por+algumas+causas+de+morte-156-235706>
- Pordata (2022). *Tuberculose: Casos por 100000 habitantes.* <https://www.pordata.pt/Portugal/Tuberculose+casos+por+100+mil+habitantes-608>
- Portaria n.º 207/2017, de 11 de Julho. Diário da República n.º 132, 1.ª série de 11-07-2017
- Programa Nacional para a Tuberculose (2016). *Exemplo de Boa Prática – TOD CDP Beja*
- Programa Nacional para a Tuberculose (2013). *Manual de Boas Práticas de Enfermagem em Tuberculose*
- Programa Nacional para a Tuberculose (2020). *Manual de Tuberculose e Micobactérias não tuberculosas*
- Programa Nacional para a Tuberculose (2022). *Relatório de Vigilância e Monitorização da Tuberculose em Portugal*
- Regulamento n.º 140/2019 – Diário da República n.º 26/2019, Série II de 6 de fevereiro de 2019
- Regulamento n.º 428/2018 – Diário da República n.º 135/2018, Série II de 16 de julho de 2018
- Rodrigues, F. (2021). *A Saúde Planeada: Metodologia Colaborativa com a Comunidade.* LisbonPress
- Royal College of Nursing (2022). *A Case Management Tool for TB Prevention, Care and Control in the UK*
- Royal College of Nursing (2020). *Tuberculosis Nurse Competency Framework for TB Prevention, Care and Control*

Rustan, E., & Hasriani, S. (2019). Application of Therapeutic Nurse Communication to Self Concept as Reviewed from the Anxiety Level of Tuberculosis Patients. *International Journal of Caring Sciences*, 12(2), 979.

Sá, A. M., & Paz, E. P. (2009). *Cotidiano do tratamento a pessoas doentes de tuberculose e unidades básicas de saúde: uma abordagem fenomenológica*. *Revista Latino-am Enfermagem*, 17 (2).

Sá, L. D. de, Oliveira, A. A. V. de, Gomes, A. L. C., Nogueira, J. de A., Villa, T. C. S., & Collet, N. (2012). Cuidado ao doente de tuberculose na Estratégia Saúde da Família: percepções de enfermeiras. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 46(2), 356–363. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342012000200013>

Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (2017). *ACeS Sintra*. 2017. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30030/Pages/default.aspx>

Silva, M. Araújo, B., & Amado, J. (2021). *O tratamento diretamente observado na estratégia de controlo da tuberculose em Portugal*. *Revista de Enfermagem Referência*, V Série (nº7). <https://doi.org/10.12707/rv20129>

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

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.

Teixeira, B. S., Machado, D. dos S., Sousa, V. K. da S., Magaldi, F. M., Freitas, M. M. de, Oliveira, P. O. S. de, & Rosado, S. R. (2021). Desafios da enfermagem na assistência às pessoas com tuberculose. *Enfermagem Brasil*, 20(4), 478–490. <https://doi.org/10.33233/eb.v20i4.4726>

Temoteo, R. C. de A., Carvalho, J. B. L. de, Lira, A. L. B. de C., Lima, M. A. de, & Sousa, Y. G. de. (2019). Nursing in adherence to treatment of tuberculosis and health technologies in the context of primary care. *Escola Anna Nery*, 23(3). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0321>

Unidade de Saúde Pública (2016). *Carteira de Serviços -Unidade de Saúde Pública – ACES Sintra*

Unidade de Saúde Pública (2016). *Regulamento interno da Unidade de Saúde Pública – ACES Sintra*

Victor, J. F., Lopes, M. V., & Ximenes, L. B. (2005). *Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender*. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18(3), 235-240

World Health Organization (2017). *A people-centered model of tuberculosis care - A blueprint for eastern European and central Asian countries, first edition*

World Health Organization (2004). *Brief Guide on Tuberculosis Control for Primary Health Care Providers*

World Health Organization. (1974). *Community health nursing: Report of a WHO expert committee. Technical Report Series No. 558. Geneva, Switzerland: WHO.*

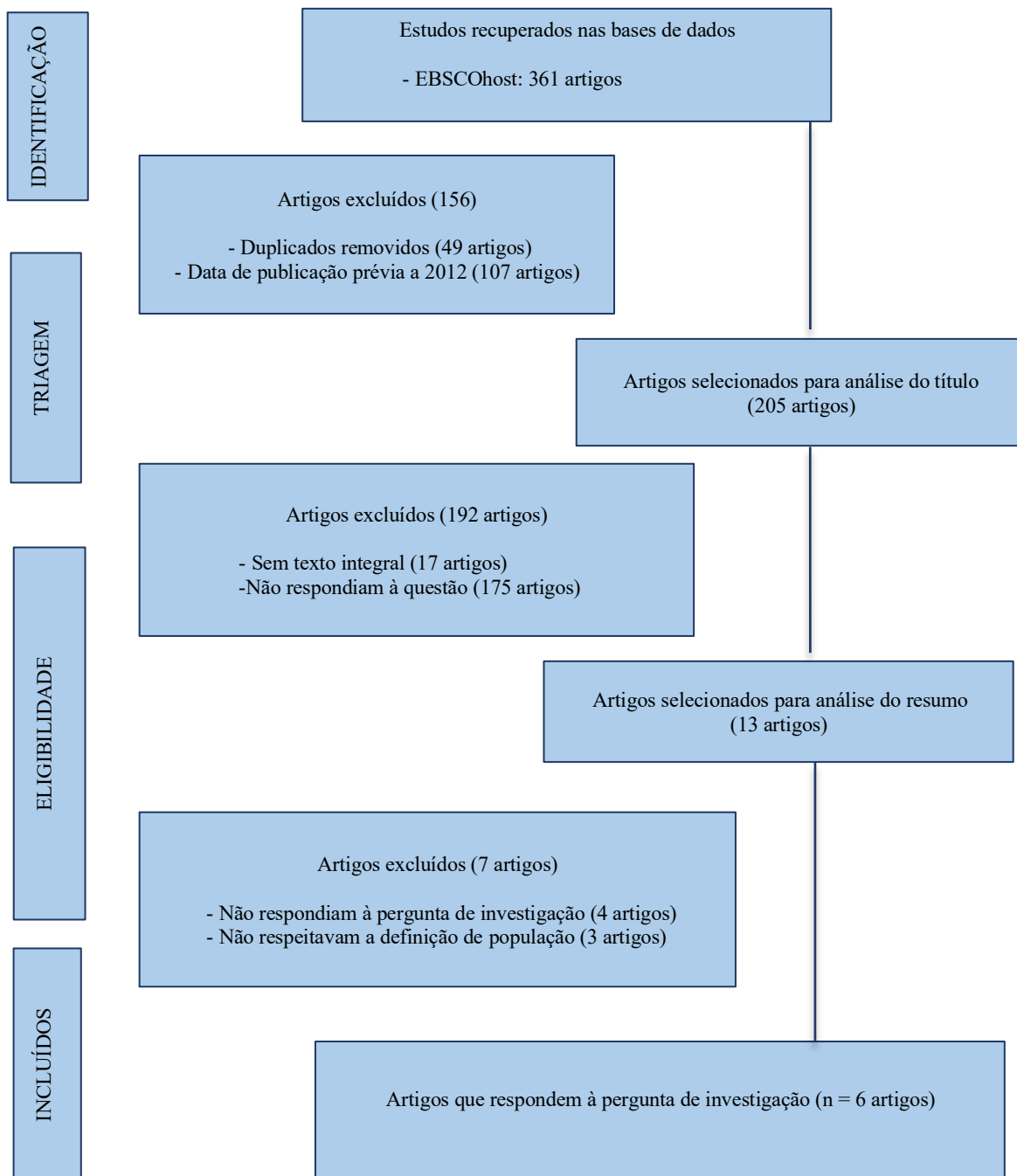
World Health Organization (2021). *Cuidados de Saúde Primários.* <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>

World Health Organization (2022). *Tuberculosis.* https://www.who.int/health-topics/tuberculosis#tab=tab_1

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

Apêndices

Apêndice I – Fluxograma Prisma



Apêndice II - Quadro de análise de artigos da Scoping Review

Artigo	Tipo de estudo	Participantes	Conceito	Contexto
<p>“Atuação do enfermeiro na atenção primária à saúde (aps): uma revisão integrativa da literatura” 2022</p>	<p>Revisão integrativa da literatura</p>	<p>Enfermeiros</p>	<p>O Enfermeiro tem atividades de caráter complexo e amplo, visto que também contribui para o alcance de metas em relação aos indicadores de saúde, através de habilidades de gestão, trabalho com grupos de risco, conhecimento de protocolos em saúde, encaminhamentos e cuidado contínuo dos utentes.</p> <p>A adesão ao tratamento da tuberculose, está diretamente ligada à substancial atuação do enfermeiro, o qual apresenta potencialidades para contribuir de forma significativa para uma articulação maior com os demais profissionais envolvidos e com o planejamento das ações necessárias ao sucesso do tratamento, diminuindo, assim, as fragilidades.</p>	<p>Cuidados Primários, TB</p>
<p>“Cuidado ao doente de tuberculose na Estratégia Saúde da Família: percepções de enfermeiras” 2012</p>	<p>Exploratório-descriptivo com abordagem qualitativa</p>	<p>Enfermeiros</p>	<p>O enfermeiro lidera as ações de cuidado voltadas aos doentes de TB sendo o profissional que mais realiza ações junto ao doente, fato que concorre para o fortalecimento das relações de vínculo. Nessa perspectiva, foram identificados benefícios na relação de cuidado quando a atenção é centrada, apenas, num profissional de saúde. Entende-se que, tendo o utente, um profissional de saúde como referência, torna-se possível um melhor reconhecimento de suas necessidades/problemas, possibilitando uma gestão terapêutica mais adequada.</p> <p>Considerando o controlo da TB, o enfermeiro está responsável por identificar os sintomáticos respiratórios, solicitar baciloscopia para diagnóstico, realizar a consulta de Enfermagem, supervisionar a TOD, notificar a doença, entre outras. A partir dessas diretrizes, os enfermeiros afirmaram desenvolver atividades relacionadas à identificação de casos,</p>	<p>Cuidados Primários, TB, Brasil</p>

			<p>diagnóstico, notificação e tratamento, fato que revela um significativo potencial para o estabelecimento de relações de vínculo com os utentes, uma vez que o vínculo depende do modo como as equipas se responsabilizam pelo conjunto de pessoas que vivem na área de abrangência, a comunidade.</p> <p>O enfermeiro realiza atividades de notificação e tais atividades têm se mostrado uma importante ferramenta para o controlo da doença, pois, a partir dessa ação, são desencadeadas medidas de controlo e ações que convergem para aprimorar o cuidado ao usuário e às famílias.</p> <p>A rotatividade de profissionais reduz a autonomia do enfermeiro e compromete a formação e fortalecimento de vínculos entre profissionais e entre estes e os utentes.</p>	
<p>“Desafios da Enfermagem na assistência às pessoas com tuberculose” 2021</p>	<p>Qualitativo, descritivo e exploratório</p>	<p>Enfermeiros</p>	<p>Desafios enfrentados pela Enfermagem durante a assistência às pessoas com tuberculose vão desde a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • captação e formação de vínculo com o utente, seja através da identificação, triagem, encaminhamento, consulta e livre demanda; • adesão ao tratamento pela pessoa com TB devido à longevidade do tratamento, efeitos adversos; • não aceitação da doença ou até mesmo pela situação de vulnerabilidade, consumo de álcool e drogas. <p>A assistência de Enfermagem referente à TB ainda está muito focada na cura, necessitando uma reflexão por parte dos enfermeiros, no desenvolvimento de estratégias de educação em saúde, principalmente para as pessoas em situação de vulnerabilidade.</p>	<p>Assistência a pessoas com TB, Brasil</p>
<p>“Application of Therapeutic Nurse</p>	<p>Quantitativo não experimental</p>	<p>Enfermeiros e utentes com TB</p>	<p>A comunicação terapêutica dos enfermeiros é capaz de afetar os utentes direcionando-os para uma postura mais positiva, contribuindo para o seu próprio auto-conceito, através da avaliação do utente sobre si mesmo.</p>	<p>Instituição de saúde,</p>

<p>Communication to Self Concept as Reviewed from the Anxiety Level of Tuberculosis Patients” 2019</p>			<p>O desespero, sentir-se rejeitado, medo de contagiar familiares ou outras pessoas à sua volta, são sentimentos que provocam baixa autoestima e que pode afetar outros auto-conceitos.</p> <p>Estudos demonstram que a comunicação terapêutica realizada por enfermeiros, conseguiu reduzir o nível de ansiedade de utentes com TB.</p> <p>Os enfermeiros são capazes de reduzir a ansiedade fomentando uma relação mútua de confiança com os utentes, mostrando boas atitudes e comportamentos, e partilhando informação sobre a doença, complicações e tratamento, numa atmosfera propícia.</p> <p>Os enfermeiros tornam-se bons ouvintes, demonstram empatia, promovem motivação e educação, fundamentais para o aparecimento de perceções e perspetivas positivas, bem como, auto-confiança. Ou seja, a comunicação terapêutica afeta a ansiedade dos utentes, indiretamente, por promover alterações no seu autoconceito.</p>	<p>Indonésia, TB</p>
<p>“Enfermagem na adesão ao tratamento da tuberculose e tecnologias em saúde no contexto da atenção primária” 2019</p>	<p>Reflexão analítica de contexto</p>	<p>Enfermeiros</p>	<p>Destaca-se o papel do enfermeiro como fundamental na orientação sobre a relação entre infeção latente da TB e a doença, a transmissibilidade bacilar, a importância de aderir completamente ao tratamento, as consequências da não adesão, inclusive as reações adversas que repercutem na adesão, solucionando-as na própria unidade.</p> <p>O enfermeiro atua de modo sistemático no processo assistencial à pessoa com TB desenvolvendo ainda: visitas (conhece as condições de moradia), orientações gerais faladas e por escrito, ações educativas, acompanhamento do tratamento, consultas mensais acompanhadas por alguém de confiança do doente para facilitar o bem-estar e segurança, solicitação de medicamentos, exames, controlo dos conviventes, identificação de sintomáticos respiratórios e reuniões operacionais.</p>	<p>Cuidados primários, TB</p>

			<p>É, portanto, notório dentre os profissionais dos cuidados primários, que o enfermeiro é um agente participativo e decisivo nas ações de organização do cuidado em TB, o que acaba acarretando uma sobrecarga de funções desse profissional, mas também faz com que seja referência para as pessoas com TB, tornando sua atuação relevante.</p> <p>Para tanto, a Enfermagem deve favorecer a prestação de um cuidado estruturado e voltado às necessidades do utente; nesse contexto, a utilização da tecnologia permite maior aproximação entre o profissional e o utente, pois o enfermeiro pode usá-la para tentar esclarecer dúvidas. O acolhimento e o vínculo, ferramentas importantes para a prática do cuidado de Enfermagem, são fundamentais para otimizar esse cuidado.</p> <p>A adesão é favorecida quando os profissionais de saúde dão liberdade de escolha aos utentes e tempo suficiente (recomenda-se duas semanas) para pensar no local para realizar o tratamento (domicílio ou unidade de saúde), bem como informações sobre prevenção da transmissão e sob quais efeitos colaterais.</p>	
<p>“Cuidados de Enfermagem a um Paciente Portador de Tuberculose Pulmonar e Comorbilidades: relato de caso” 2018</p>	<p>Descritivo</p>	<p>Enfermeiros</p>	<p>O papel do enfermeiro é fundamental para liderar atividades de saúde pública, especialmente importante, na implementação de ações de controlo da tuberculose. Os enfermeiros assumem uma função central para assegurar a supervisão do tratamento e também para contrariar os elementos favorecedores do abandono, recaídas e resistências aos antibacilares, certificando-se da adesão ao tratamento e sucesso terapêutico.</p> <p>Os cuidados de Enfermagem devem ser individualizados, com vista a reduzir os riscos associados à doença e intercorrências que podem favorecer o abandono. A confiança é um elemento fundamental para manter o vínculo enfermeiro-utente.</p>	<p>Internamento hospitalar Brasil; TB</p>

			O cuidado aos utentes TB é essencial, pois trata-se de uma ação privada do enfermeiro relativa à saúde individual e comunitária, visando o sucesso do tratamento, prevenção de recaídas e estabilização para manutenção da saúde.	
--	--	--	---	--

Apêndice III - Guião para reunião de pesquisa de consenso entre peritos

Guião para reunião de pesquisa de consenso entre peritos

1. Que tipo de consultas são realizadas no CDP? Quais as principais orientações para cada abordagem? (consulta de primeira vez, TB, TL, continuidade, TOD, rastreios)
2. Existe alguma check-list para as consultas?
3. Quais os focos e intervenções fundamentais no processo de Enfermagem do SClínico?
4. Como é feita a articulação com os Serviços Farmacêuticos? Como é feita a distribuição da medicação?
5. Onde é feito o registo dos utentes inscritos?
6. Qual o material essencial para o funcionamento do CDP? Quais os níveis recomendados para a farmácia?
7. Que tipo de informação é fornecida aos utentes?
8. Como caracteriza a abordagem ao doente com tuberculose?
9. O que lhe parece estar em falta?

Apêndice IV – Guia Orientador para Funcionamento do CDP

GUIA ORIENTADOR PARA FUNCIONAMENTO DO CDP

Elaborado por: Enf^ª Liliana Miranda
Supervisão Clínica: Enf^ª Milena Piedade
Supervisão Pedagógica: Professora Dra. Ana Resende
junho de 2022; revisto em novembro de 2022

Para: Profissionais da Unidade de Saúde Pública (USP)

Enquadramento: O Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) é a unidade de saúde diferenciada para o tratamento da tuberculose (TB), e é responsável por gerir o diagnóstico e tratamento desta doença de forma integrada na comunidade e estabelecendo parcerias de atuação com os cuidados de saúde primários, instituições hospitalares e diversas estruturas comunitárias (DGS, 2020). O rastreio e tratamento da tuberculose baseia-se numa política de facilidade e proximidade para o utente (OE, 2013).

Os enfermeiros que desempenham funções nos cuidados de saúde primários são os primeiros a identificar e gerir suspeitas de casos de TB. A sua formação é fulcral para garantir a identificação adequada de situações de risco, fazendo uso da sua proximidade com as pessoas, famílias e comunidades. Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros, a sua atuação centra-se sobretudo na promoção da saúde no âmbito da TB, o que inclui prevenir que a população fique vulnerável à doença, prevenir a transmissão da TB na comunidade, detetar e tratar casos ativos de TB, restabelecendo a saúde e apoiando os utentes conforme as suas necessidades individuais (OE, 2013).

Objetivos: Pretende-se que este documento seja orientador no sentido de uniformizar a abordagem aos utentes do CDP. Pretende-se também sistematizar procedimentos nas várias fases de acompanhamento do utente: Consulta de Enfermagem, Rastreio de Contactos, Vigilância do Utente em Tratamento, e situações de Não Adesão Terapêutica.

No final da norma encontra-se o algoritmo orientador para o tratamento do utente com TB.

1. Medidas de Segurança no CDP

O CDP é considerado uma unidade de saúde com alto risco de transmissão da bactéria *Mycobacterium tuberculosis* (Mt). A presença de muitos utentes com TB contagiosa e sujeitos a procedimentos de alto risco, proporciona uma alta probabilidade de exposição (PNT, 2013). Por isso foram destacadas medidas para a prevenção da transmissão.

1.1. Medidas Administrativas

Estudos demonstram que as medidas administrativas são as mais eficazes na redução da transmissibilidade e devem ser as primeiras a ser implementadas, uma vez que são aplicáveis em todas as situações e não requerem intervenções prévias, de natureza tecnológica ou estrutural (PNT, 2013). Estas medidas implicam a execução de políticas e procedimentos inerentes a uma rápida e correta deteção de casos de TB (OE, 2013).

Criação de uma Comissão de Controlo de Infecção

- Atribuir a responsabilidade a um profissional de saúde pelo controlo da infeção;
- Desenvolver e implementar um programa de controlo de infeção por Mt de acordo com as áreas de risco e as medidas de precauções básicas emanadas pela DGS e as medidas específicas para Mt;
- Monitorizar e implementar medidas corretivas.

A identificação das áreas de risco

- Realizar a avaliação de risco de transmissão do Mt;
- Identificar, classificar e sinalizar todas as áreas de risco (p. ex.: salas de espera e de consulta, salas de exames e de administração de aerossóis).

A formação e integração dos profissionais de saúde

- Proceder à integração dos novos profissionais;
- Desenvolver um plano de formação contínua;

O diagnóstico e tratamento precoces

- Garantir práticas eficazes para detetar a doença o mais rápido possível;
- Garantir o tratamento precoce das pessoas com infeção latente ou doença TB;

- Garantir a colheita de expetoração e a obtenção de resultados em tempo útil;
- Garantir o isolamento das pessoas suspeitas ou com TB contagiosa;
- Minimizar o tempo de espera;
- Controlar a propagação da infeção.

A avaliação do risco nos profissionais de saúde

- Implementar um programa de vigilância periódica dos profissionais em risco, pelo serviço de saúde ocupacional;
- Individualizar os espaços (p. ex.: salas de espera, salas de consulta, salas de administração de aerossóis e colheita de expetoração), de acordo com o risco.
- Capacitar o utente e contactos sobre a etiqueta respiratória;
- Cumprir as recomendações para transporte da pessoa com TB contagiosa.

1.2. Medidas de Controlo Ambiental

O controlo da infeção é efetuado através da ventilação dos espaços, de forma a prevenir a disseminação e promover a redução da concentração de partículas (OE, 2013). Deve ser realizada a manutenção frequente dos equipamentos (PNT, 2013).

Medidas primárias - Controlam a fonte de infeção diluindo e removendo o ar contaminado através de (PNT, 2013):

- uso de ventilação natural (abertura de portas e janelas);
- uso de ventilação mecânica (equipamento para fazer circular o ar);
- uso de ventilação por exaustores.

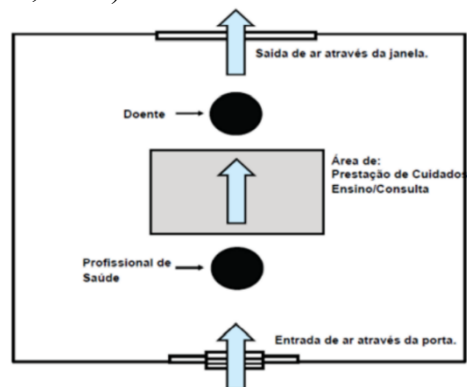


Figura 1 – Ventilação Natural num gabinete de consulta de TB; (PNT, 2013)

Medidas secundárias - Controlam o fluxo do ar em áreas adjacentes à fonte de infeção e limpam o ar através de (PNT, 2013):

- filtragem HEPA (High-Efficiency Particulate Air);
- irradiação ultravioleta (UV).

No caso de ser difícil determinar o correto fluxo de ar, o profissional de saúde deverá situar-se no local mais próximo da entrada de ar e o utente no local de saída (PNT, 2013).

1.3. Medidas de Proteção Individual

Em situações em que exista alto risco de transmissão de Mt, os profissionais de saúde devem utilizar respiradores de partículas tipo PFF2 (PNT, 2013), em conjunto com as medidas de controlo administrativo e ambiental, (OE, 2013). Estes respiradores de partículas são recomendados pela DGS e estão indicados para reduzir a inalação de partículas em suspensão no ar. Não devem ser usados pelo utente (PNT, 2013).

A máscara cirúrgica (PFF1) está recomendada para a pessoa com TB em situação de potencial risco de transmissão ou conviventes próximos, pois limita o número de bacilos que são libertados para o ambiente (OE, 2013). A máscara cirúrgica não confere proteção ao profissional de saúde (OE, 2013) (PNT, 2013).

Em complemento à proteção respiratória deverá ser usada proteção ocular em todos os procedimentos de alto risco que possam produzir salpicos: colheita de expetoração, entre outros (OE, 2013).

2. O Enfermeiro na prevenção e tratamento de TB

A atuação do Enfermeiro na prevenção e tratamento de TB requer uma visão de saúde pública em simultâneo com a prestação de cuidados à comunidade e ao indivíduo. O Enfermeiro deve considerar as desigualdades, prevenção e proteção da saúde da comunidade, bem como ter conhecimento sobre a doença e o impacto emocional, psicológico e social na pessoa, familiares e amigos. Considerando as particularidades no tratamento da TB, o enfermeiro deverá trabalhar em parceria com outros serviços e organizações, p. ex. serviço social, instituições comunitárias (RCN, 2020).

As equipas multidisciplinares têm o objetivo de promover o conhecimento entre profissionais de saúde e de ação social, de modo a que os casos suspeitos sejam prontamente referenciados (RCN, 2022).

Cada utente em tratamento deverá ter um **enfermeiro gestor de caso** responsável por assegurar a realização de exames complementares de diagnóstico e a sua documentação, e pela monitorização do regime terapêutico. (RCN, 2022).

2.1.Principais Competências do Enfermeiro na prevenção e controlo de TB (ICN, 2015)

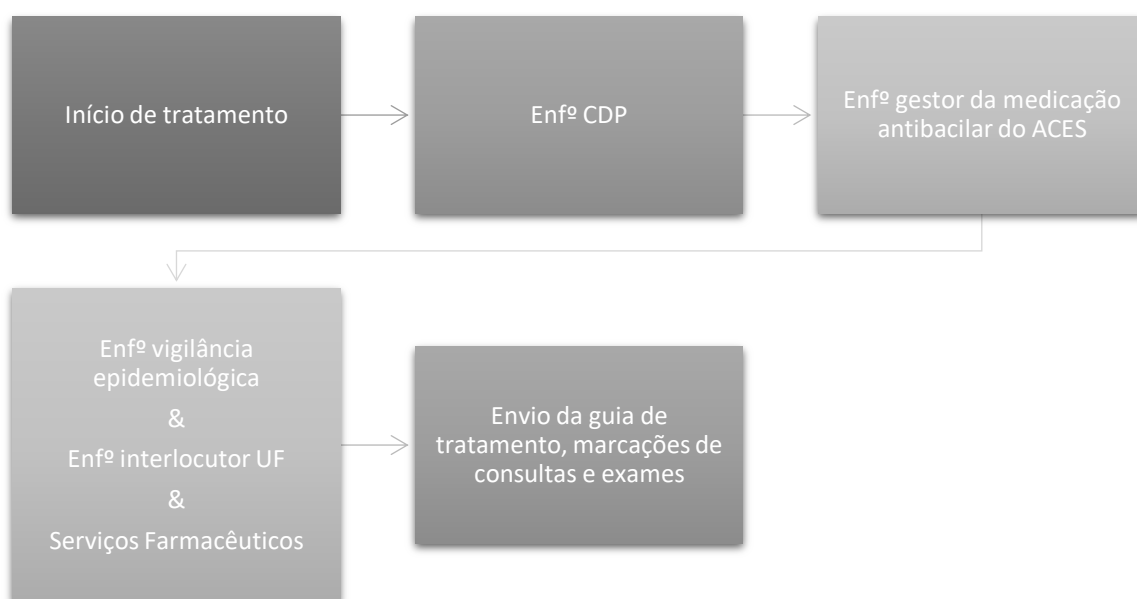
Competências	Conhecimentos
Geral Reconhecer um caso suspeito; Descrever a situação local, quanto a TB; Explicar como a TB se propaga; Discutir os princípios de gestão de TB;	Sinais e sintomas de TB; Estatísticas locais e nacionais; Vias de transmissão de TB; Políticas locais e nacionais para gestão e tratamento de TB.
Em CSP Garantir a realização dos exames de diagnóstico; Instruir o utente e família sobre a TB; Referenciar para os cuidados de saúde necessários; Completar a documentação requerida.	Exames necessários para o despiste e diagnóstico de TB; Intervenções de suporte ao utente suspeito de TB; Unidade para tratamento de TB; Norma de procedimentos para a gestão de TB.
Em CDP Apoiar e monitorizar os utentes durante o tratamento; Registar os efeitos secundários no processo do utente e gerir a medicação; Comunicar com serviços de apoio de acordo com as necessidades do utente; Completar os registos no processo do utente.	Procedimentos recomendados para controlo e gestão de TB; Possíveis efeitos adversos da medicação; Complexidade das necessidades dos utentes e métodos para maximizar a adesão terapêutica; Progresso do utente; Procedimentos de registo.

3. Consulta de Enfermagem

Em termos organizacionais, em cada ACES deve existir um enfermeiro responsável pela área da tuberculose, que se responsabiliza pela operacionalização das tomas controladas e pelos rastreios locais dos conviventes de utentes com TB, o **interlocutor** (PNT, 2016) (RCN, 2022).

Em termos práticos, após a consulta médica do CDP, na qual é efetuada uma guia de tratamento, segue-se a consulta de enfermagem (PNT, 2016). De acordo com a indicação médica, a medicação poderá ser dispensada em regime de Toma Observada Direta (TOD) ou, os utentes poderão levantar a medicação mensal na unidade funcional que lhes for mais conveniente.

O circuito de informação sobre o utente, está exemplificado no esquema abaixo.



3.1. Avaliação inicial

A avaliação inicial deve ser realizada no primeiro contacto com o CDP ou o mais cedo possível para todos os casos suspeitos, casos de TB ativa confirmada ou TB latente. O objetivo é estabelecer uma relação de confiança, apoiar o utente usando um discurso motivacional, avaliar a condição física e psicossocial e a necessidade de apoio nesses aspetos, identificar potenciais barreiras para o diagnóstico e tratamento e, iniciar a identificação de contactos de acordo com as indicações sobre o período de contagiosidade vigentes (RCN, 2022).

A primeira interação com o utente pode influenciar toda a entrevista. Por isso, é fundamental respeitar e realçar a confidencialidade dos dados e a privacidade da pessoa, sensibilizá-la para a importância fundamental do seu papel, no controlo da TB. Isto inclui a sua responsabilização na proteção da saúde das outras pessoas (PNT, 2013).

3.2. Educação

Os utentes a iniciar o tratamento devem ser informados sobre a transmissão, patogénese e prevenção da TB, a distinção entre infeção e doença, o desenvolvimento de resistência à medicação, duração do tratamento em TB ativa, TB doença e TB resistente, a

medicação padrão (nomes, dosagens, efeitos secundários, interações com outros medicamentos, incluindo antirretrovirais); mostrar a medicação e explicar como tomar; promover TOD se prescrito; apresentar o apoio disponível durante o tratamento e explicar o processo de rastreio de contactos e a sua importância (RCN, 2022).

Explicar as medidas de controlo de transmissão (PNT, 2013):

- Uso de máscara cirúrgica;
- Tapar sempre a boca, com um lenço, para tossir ou espirrar. Explicar que é uma medida importante para proteger os outros;
- Lavar sempre as mãos após tossir ou espirrar;
- Efetuar o arejamento natural das instalações;
- Evitar transportes/ lugares públicos.

Avaliar o conhecimento que a pessoa tem da doença (PNT, 2013):

- Usar perguntas abertas;
- Fornecer suporte informativo (p. ex.: folheto)

Elaborar a história sintomática, registando datas de início e duração de (PNT, 2013):

- Tosse, hemoptise, rouquidão ou laringite, perda de peso, suores noturnos, toracalgia, perda de apetite, febre, calafrios, fadiga.

3.3. Informações de localização e forma de comunicação

Obter e registar informação clara e detalhada sobre a melhor forma de comunicação, telemóvel, e-mail, contacto de casa/trabalho, contacto de pessoa de referência (RCN, 2022).

É conveniente identificar uma pessoa de referência que possa ajudar a localizar o utente, caso seja necessário e, em utentes com necessidades sociais complexas, a informação deve incluir detalhes sobre as outras instituições envolvidas, bem como, o consentimento do utente (RCN, 2022).

3.4. Avaliar necessidades psicossociais e potenciais barreiras para adesão terapêutica

A avaliação deve corresponder às necessidades da pessoa para assegurar que é aplicado um plano de cuidados apropriado (RCN, 2022).

Devem ser abordadas questões como a situação de habitação, capacidade física, emocional e cognitiva, o estigma associado à TB, barreiras de linguagem e literacia, crenças culturais e religiosas que possam ter impacto na adesão terapêutica; abuso de substâncias; meio de transporte; situação de emprego e fontes de rendimento; suporte familiar e social; questões legais ou de imigração (RCN, 2022).

Deve ser reforçada a importância do cumprimento regime terapêutico (PNT, 2013):

- Explicando que os medicamentos podem curar a doença, quando tomados adequadamente;
- Reforçando a importância da colaboração da pessoa, imprescindível para debelar a doença;
- Reforçando os benefícios para a saúde pessoal e pública.

3.5. Identificação de contactos

É importante ter-se em conta que o utente é a principal “fonte de informação” dos profissionais sobre os contactos próximos e os locais frequentados e deve ser explicado ao utente a importância da identificação das pessoas com quem teve contacto para serem avaliadas o mais cedo possível (RCN, 2022).

Será necessário questionar sobre contactos em casa, não só o agregado, mas também visitas com quem passaram determinado tempo; obter nomes, forma de contacto e detalhes da exposição (RCN, 2022).

3.6. Consentimento

O consentimento informado do utente deve demonstrar a sua aceitação do enfermeiro gestor de caso e da partilha de informação pessoal com outras instituições e profissionais. O consentimento pode ser retirado a qualquer momento (RCN, 2022).

3.7. Seguimento Padrão do utente com TB (RCN, 2022)

Tempo	Intervenção
Diagnóstico	Entrevista inicial, inclui história clínica e outras investigações relevantes;
Início do tratamento	Avaliado pelo médico e pelo enfermeiro gestor de caso; Iniciar o rastreio de contactos; Fornecer medicação para um mês;
Uma semana	Contactar o utente por telefone ou visita domiciliária (avaliar o utente e o seu ambiente – permite uma melhor apreciação das suas necessidades e também identificação de contactos); Completar lista de contactos;
Duas semanas	Consulta com o enfermeiro gestor de caso;
Um mês	Consulta com o enfermeiro gestor de caso; Fornecer medicação até à próxima consulta;
Dois meses	Consulta com médico e enfermeiro gestor de caso; Mudança de medicação para regime de manutenção; Providenciar medicação para um mês; Verificar sensibilidade à medicação;
Três meses	Igual ao primeiro mês
Quatro meses	Igual ao primeiro mês
Cinco meses	Igual ao primeiro mês
Seis meses	Consulta com médico e enfermeiro gestor de caso; Conclusão do tratamento; Registo nos sistemas de vigilância de TB;

3.8. TOD

A operacionalização das tomas controladas é definida a nível local. As tomas iniciais, enquanto os utentes se mantêm muito contagiosos devem ser efetuadas no domicílio dos utentes, supervisionadas pelos enfermeiros de família, pelos enfermeiros das UCC / equipas domiciliárias, e nos casos dos lares de 3ª idade ou estabelecimento prisional pelos enfermeiros das respetivas instituições (PNT, 2016).

Após esta fase, consoante a condição do utente, a toma pode continuar a ser efetuada no domicílio ou o utente passa a deslocar-se às unidades de saúde para a respetiva toma. Aos fins-de-semana, a toma mantém-se sob a responsabilidade dos enfermeiros das UCC / equipas domiciliárias, ou pelos enfermeiros de serviço nas consultas de reforço de cada centro de saúde, de acordo com as disponibilidades locais (PNT, 2016).

As tomas devem ser registadas no processo clínico do utente. A equipa de enfermagem no CDP, mantém-se como apoio aos enfermeiros das unidades funcionais (PNT, 2016).

4. Rastreio de contactos

Corresponde à ação multidisciplinar que envolve técnicos do serviço social, administrativos, enfermeiros, técnicos de radiologia e médicos de saúde pública, com o objetivo de detetar, precocemente, novos casos de doença e infeção, conduzindo ao respetivo tratamento (OE, 2013).

Consiste na avaliação clínica com a realização de radiografia de tórax e o teste IGRA (*Interferon-gamma release assays*). Para casos especiais, pessoas imunocomprometidas e crianças com idade inferior a 6 anos, é recomendado também o teste de sensibilidade à tuberculina (TST) também designada prova de Mantoux (PNT, 2020). Para o diagnóstico de TB é necessário a identificação de Mt no exame cultural ou o exame direto e o TAAN (Teste de amplificação de ácidos nucleicos) estarem positivos (PNT, 2020).

O rastreio de contactos deve priorizar-se de acordo com a infecciosidade do caso índice, intensidade da exposição e a suscetibilidade dos contactos (crianças com menos de 6 anos, utentes imunocomprometidos, diabéticos, transplantados, utentes crónicos renais ou utentes com silicose).

A intensidade da exposição e o risco de contágio correspondem ao determinado pelas orientações em vigor (Figura 2), não obstante, os primeiros contactos a avaliar devem ser aqueles próximos de uma TB ativa (pulmonar ou laríngea), não devendo passar os 15 dias desde a identificação do caso índice (RCN, 2022) (PNT, 2020).

São definidos como contactos próximos as pessoas com 8 ou mais horas cumulativas de contacto (durante o período de contagiosidade), nos casos em que o utente tem baciloscopia positiva, ou com 40 ou mais horas cumulativas de contacto (durante o período de contagiosidade) nos casos em que o utente tem baciloscopia negativa e cultura positiva (PNT, 2020).

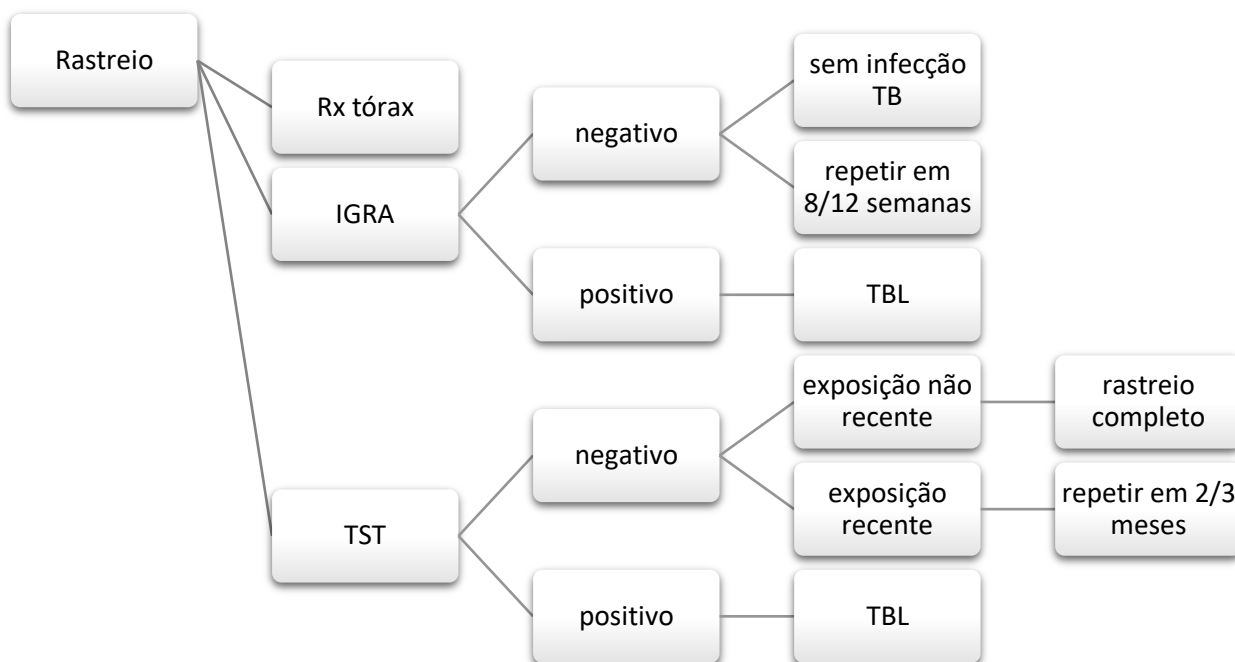
Presença de sintomas	Microscopia direta positiva	Radiografia de tórax com cavitação	Período de contagiosidade
Sim	Não	Sim ou Não	3 meses antes do início dos sintomas ou do primeiro achado consistente com a doença.
Sim	Sim	Sim	3 meses antes do resultado do exame direto ou do primeiro achado consistente com a doença.
Não	Sim	Sim	3 meses antes do primeiro achado consistente com a doença.
Não	Não	Não	4 semanas antes do resultado do exame cultural

Figura 2 – Período de contagiosidade TB (PNT, 2020)

4.1. Consulta de Conviventes

As pessoas identificadas como um contacto próximo pelo caso índice, devem ser contactadas para a realização de exames de rastreio, e agendadas para consulta no CDP.

Esquema para rastreio de conviventes (PNT, 2020):



Às pessoas diagnosticadas com tuberculose latente, deverá ser implementado o procedimento de consulta de enfermagem para início de tratamento preventivo.

5. Vigilância do utente em tratamento de TB

O tratamento de TB é realizado com recurso a terapêutica antibacilar. Estes, em comprimidos ou xaropes, devem ser tomados diariamente, em jejum e deve ser evitado o consumo de álcool durante o tratamento. O desenvolvimento de efeitos adversos é mais frequente em indivíduos idosos, infetados pelo VIH, desnutridos, diabéticos, alcoólicos, com anemia, doença hepática ou renal crónica, com TB extensa ou disseminada, na gravidez, em indivíduos sob terapêutica intermitente e em utentes polimedicados devido a outras patologias (PNT, 2020).

	Efeitos adversos principais	Efeitos adversos raros
Isoniazida	Neuropatia periférica <i>Rash</i> cutâneo Hepatite Sonolência e letargia	Convulsões Psicose Artralgia Anemia
Rifampicina	Gastrointestinais (dor abdominal, náusea, vômitos) Hepatite Reação cutânea generalizada Púrpura trombocitopênica	Osteomalacia Colite pseudomembranosa Insuficiência renal aguda Anemia hemolítica
Pirazinamida	Artralgias Hepatite Gastrointestinais	Reações cutâneas Anemia sideroblástica
Etambutol	Nevrite ótica retrobulbar	Reação cutânea generalizada Artralgia Neuropatia periférica
Estreptomomicina	Lesão vestibular ou do nervo auditivo Lesão renal Reação de hipersensibilidade	Dor <i>Rash</i> Induração no local de injeção

Figura 3 – Efeitos adversos associados aos fármacos para tratamento de TB (PNT, 2020)

5.1.Recomendações

Perante a ocorrência de reações adversas (PNT, 2020):

- I. Confirmar a dose dos fármacos utilizados;
- II. Excluir outras causas para os sinais e sintomas apresentados pelo utente;
- III. Estimar a gravidade dos efeitos adversos;
- IV. Suspender os fármacos responsáveis pelos efeitos adversos;
- V. Avaliar a necessidade de internamento hospitalar;
- VI. A reintrodução dos fármacos deverá ser efetuada caso a caso.

Perante a ocorrência de náuseas, vômitos e epigastralgias:

- I. Excluir a hipótese de toxicidade hepática através de análises clínicas:
 - Se apresentar elevação das transaminases 3x o limite superior do normal, na presença de sintomas – suspender a medicação (PNT, 2020);
 - Se apresentar elevação das transaminases 5x o limite superior do normal, na ausência de sintomas – suspender a medicação (PNT, 2020);
- II. Administração da medicação 2h após a primeira refeição, podendo também ser necessária medicação sintomática (metoclopramida, ranitidina ou omeprazol) (PNT, 2013).

Perante a ocorrência de reações cutâneas:

- I. Excluir reação de hipersensibilidade grave – suspender toda a medicação (PNT, 2013);
- II. Administração de medicação anti-histamínica e corticoide (PNT, 2013);
- III. Encaminhar para consulta de Imunoalergologia para realização de estudo (PNT, 2020);
- IV. Reiniciar tratamento com esquema alternativo, com fármacos não utilizados no esquema inicial (PNT, 2020).

5.2. Utentes Imunocomprometidos

Grupos de risco – pessoas com VIH, em programa de diálise, em processo de transplante, pessoas com silicose e pessoas a iniciar tratamento com fármacos inibidores do fator de necrose tumoral alfa (anti-TNF- α) (WHO, 2020).

A terapêutica biológica é recomendada no tratamento de doenças inflamatórias crônicas. Estes fármacos inibem o TNF α e por consequência aumentam a suscetibilidade de desenvolver TB. Todos os utentes candidatos a iniciarem terapêutica biológica, devem ser rastreados antes do início de qualquer terapêutica imunossupressora e preferencialmente à data do diagnóstico da doença (PNT, 2020). Devem manter rastreios regulares (PNT, 2020):

- Anualmente, se o primeiro rastreio foi negativo e se mantém terapêutica biológica;
- Sempre que ocorrer exposição a caso de TB (se rastreios anteriores negativos);
- Sempre que apresentar sintomas sugestivos de tuberculose – tosse, expectoração, emagrecimento, sudorese intensa, astenia.

Em casos de TB latente, fará o tratamento preventivo e ao fim de 4 semanas poderá iniciar a medicação biológica (PNT, 2020).

6. Situações de Não Adesão Terapêutica

A avaliação da adesão terapêutica deve ser realizada regularmente para evitar intervalos no tratamento. Episódios de não adesão devem ser identificados, registados e

discutidos com o utente e equipa multidisciplinar de forma a abordar os motivos e implementar as intervenções adequadas (GTI, 2017).

É importante desenvolver capacidades de observação e de avaliação e manter em consideração a singularidade do utente. Alguns podem estar a sofrer com os efeitos secundários, com o isolamento e possivelmente com a culpa de ter transmitido a doença a outros. A comunicação e diferenças culturais também podem representar questões relevantes (GTI, 2017).

O Enfermeiro gestor de caso deve estar alerta para potenciais indicadores de não adesão, nomeadamente:

➤ Não comparecer às consultas, não haver sinais de melhoria clínica (como não recuperar peso) ou deterioração do estado clínico durante o tratamento; incapacidade de verificar as doses corretas de medicação, discrepâncias na contagem de comprimidos; não aceitação de diagnóstico; efeitos adversos da medicação (RCN, 2022).

O utente deve ser contactado pelo Enfermeiro gestor de caso por telefone, quando falta a uma consulta (RCN, 2022):

- Deve ser agendada nova consulta;
- Se não se conseguir contacto telefónico deve ser realizada uma visita domiciliária e entregue em mãos uma carta com nova data de consulta e folheto com a importância de cumprir o tratamento;
- Em caso de não se conseguir contactar o utente ou voltar a faltar à consulta, o médico deve ser informado. Continuar a tentar o contacto com o utente por telefone ou visita domiciliária;
- Se o utente está incontactável por mais de 10 dias desde a data da primeira consulta que faltou, é considerado “lost to follow up”. Devem ser ativadas instituições da comunidade, médico de família e assistente social no sentido de tentar localizar a pessoa e, em casos de crianças, deve ser considerada a necessidade de referenciar para a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens ou contactar a criança através da escola.

No caso das crianças em tratamento, estas dependem dos seus cuidadores para a administração da medicação, por isso as barreiras identificadas à adesão terapêutica nos seus cuidadores adultos podem contribuir para a falha nas administrações (WHO, 2020).

6.1. Medidas preventivas

- Manter ética profissional, deontologia e confidencialidade (WHO, 2017).
- Providenciar um horário flexível. Horários rígidos, longos tempos de espera, consultas em diferentes locais com profissionais diferentes tendem a afastar os utentes (RCN, 2022).
- Providenciar educação, aconselhamento e suporte na língua materna do utente (RCN, 2022).
- Referenciar para outras instituições que sejam relevantes para o caso, por exemplo, para o uso de drogas ou álcool, saúde mental, apoio social, apoio psicológico, refugiados (RCN, 2022).
- Estabelecer um contrato de saúde entre enfermeiro e utente, no qual, este se compromete a aceitar aconselhamento e cumprir a medicação sob supervisão (RCN, 2022).
- TOD com possibilidade de se realizar em vários locais, para além das unidades de saúde: em casa, num centro de distribuição de metadona ou outro local supervisionado na comunidade (RCN, 2022).
- Garantir que o interlocutor da TOD seja aceite pelo utente (PNT, 2013).
- Providenciar incentivos e elementos facilitadores, não monetários, como apoio para as deslocações, bilhetes para transportes, vouchers de alimentação ou acesso ao banco alimentar, roupa ou produtos de higiene pessoal (RCN, 2022) (WHO, 2017) (GTI, 2017).
- Assegurar relações de confiança e de proximidade entre a equipa de saúde, utente e famílias (WHO, 2017).
- Manter contacto com o utente, por chamada telefónica, mensagens de texto ou visita domiciliária (WHO, 2017).
- Propor o agendamento de alarmes no telemóvel para lembrar as tomas (WHO, 2020)
- Assegurar que as crianças cumprem a forma de medicação mais apropriada. Muitas crianças preferem comprimidos a xaropes (RCN, 2022).
- Propor a alteração do tipo de comida da criança para disfarçar o sabor dos comprimidos esmagados ou colocá-los no meio da comida sólida (WHO, 2020).
- Oferecer uma recompensa à criança pela toma da medicação (WHO, 2020).
- Fornecer doses extras de medicação, para o caso de a criança vomitar até 30 minutos depois da toma. Nestes casos é necessário repetir a toma (WHO, 2020).

7. Registos de Enfermagem

A uniformização dos procedimentos de registo de atos de enfermagem em Cuidados de Saúde Primários é indispensável para garantir a normalização da informação e sua comparabilidade pelos profissionais de saúde (Circular Normativa nº19/2013).

O objetivo dos registos de saúde é permitir cuidados seguros e eficazes, centrados na pessoa, garantindo a tomada de decisão clínica informada e continuidade de cuidados. Os dados contemplados pelos registos de saúde também poderão apoiar a melhoria e garantia de qualidade, alocação de recursos, planeamento de pessoal e criação de conhecimento (OE, 2015).

Os registos são realizados na plataforma informática *SClinico* através da linguagem CIPE®. O *SClinico* permite desenvolver o processo de enfermagem do utente, realização de avaliação inicial, seleção de programas e focos, determinação de diagnósticos e intervenções. Permite também realização de registos no mapa de cuidados, aquando da consulta do utente (presencial ou não) e o registo da medicação prescrita (no separador prescrição médica), bem como da quantidade fornecida ao utente e a posologia.

O *SClinico* disponibiliza também a opção de “criar comunidade” onde é possível juntar todos os utentes relacionados ao caso índice e programar um plano de cuidados em conjunto. Informação mais aprofundada sobre esta questão poderá ser consultada na “Formação: Registos em *SClinico*”, disponibilizada na USP.

Em complementaridade, é possível desenvolver uma base de dados em *Excel* para garantir um acesso alternativo aos dados do utente. Poderão constar: dados administrativos, caso índice, tratamento, resultados laboratoriais, conviventes, vigilância, tratamento, alta.

7.1. Demonstração de Processo de Enfermagem no SClínico

Programas	Focos	Diagnósticos*	Intervenções
Saúde do Adulto	Adesão à vacinação	Adesão à vacinação	1. Planejar vacinação 2. Avaliar adesão à vacinação
Saúde do Idoso	Comportamento de Adesão	Não adesão ao regime terapêutico	1. Avaliar adesão ao regime terapêutico 2. Ensinar sobre complicações de não adesão ao regime terapêutico 3. Ensinar sobre comportamento de adesão 4. Incentivar adesão ao regime terapêutico 5. Incentivar comportamento de adesão 6. Orientar para o serviço de saúde
Saúde da Comunidade			
Acompanhamento de utentes com TB	Comportamento de procura de saúde	Comportamento de procura de saúde	1. Avaliar comportamento de procura de saúde 2. Orientar para o serviço de saúde
	Conhecimento	Potencial para melhorar o conhecimento sobre a doença	1. Avaliar conhecimento sobre a doença 2. Ensinar sobre complicações da doença 3. Ensinar sobre a doença
Acompanhamento de conviventes de utentes com TB	Gestão do regime terapêutico	Gestão do regime terapêutico	1. Avaliar capacidade para gerir regime medicamentoso 2. Avaliar conhecimento sobre regime medicamentoso 3. Avaliar gestão do regime terapêutico 4. Ensinar sobre regime medicamentoso 5. Providenciar medicação 6. Providenciar material de leitura
	Promoção da saúde	Manutenção de saúde comprometida	1. Promover comportamento de manutenção de saúde

*Associado aos diagnósticos selecionados é possível introduzir observações que sejam pertinentes para complementar o processo, p.ex. “utente em tratamento de tuberculose pulmonar”, ou outros.

8. Reuniões de equipa

As reuniões de equipa representam oportunidades de coordenar o cuidado nos diferentes contextos disciplinares e de assegurar uma resposta em tempo útil (RCN, 2022).

É recomendado que se realizem reuniões multidisciplinares com regularidade, com base na taxa de incidência, para que se possam discutir os casos novos, os casos suspeitos, utentes que não têm comparecido às consultas, crianças que não foram trazidas às consultas, e todos os outros casos com complexidade clínica ou social (RCN, 2022).

9. Algoritmo Decisional para o tratamento de TB

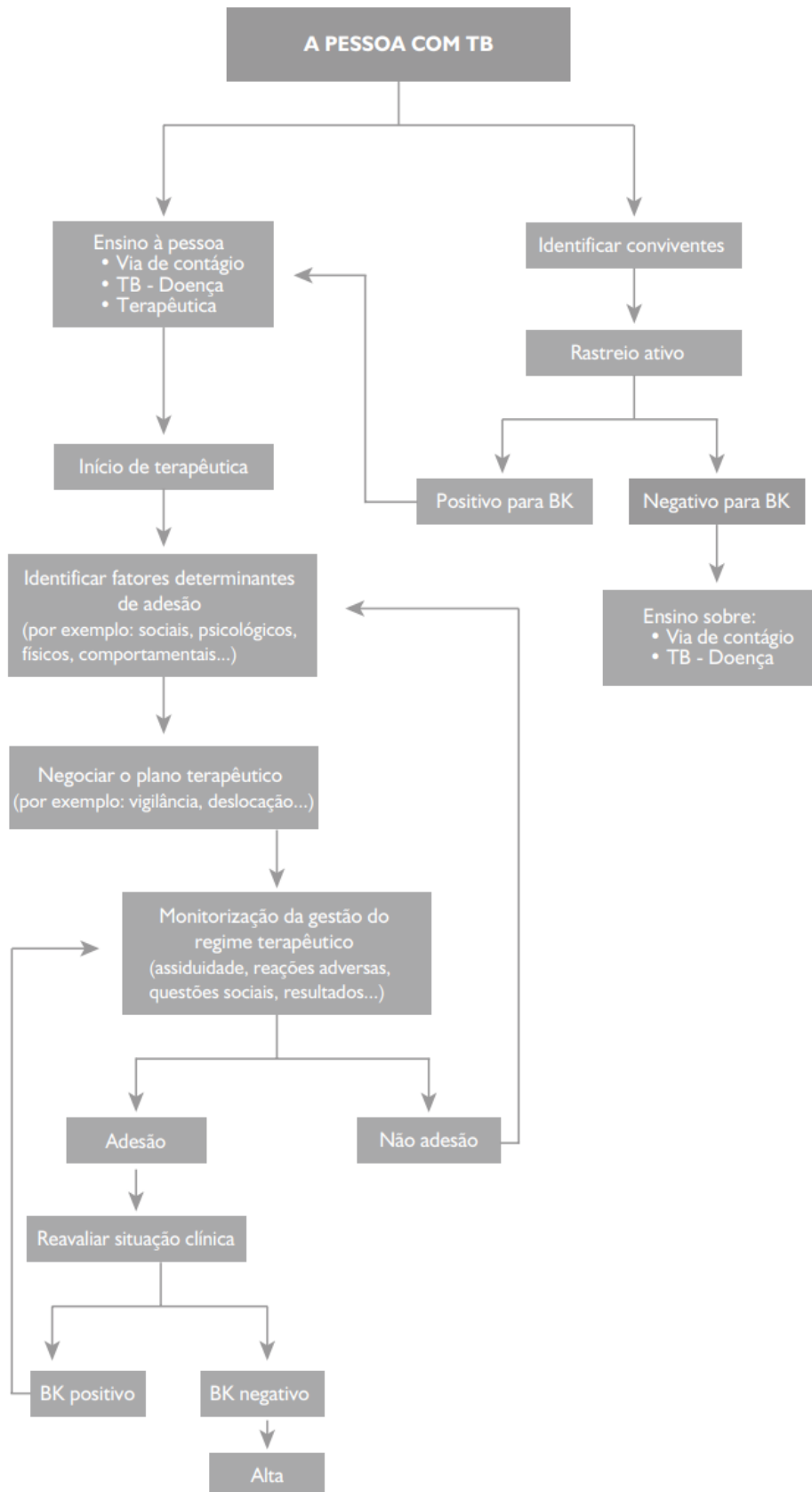


Figura 4 – Algoritmo Decisional no tratamento de TB (OE, 2013)

Referências Bibliográficas

Circular Normativa nº19/2013 – *Uniformização dos Registos de Enfermagem em Cuidados de Saúde Primários*. Administração Central de Cuidados de Saúde

Direção Geral da Saúde (2020). *Tuberculose: Centros de Diagnóstico Pneumológico*.
<https://www.dgs.pt/saude-a-a-z.aspx?v=%3d%3dBAAAAB%2bLCAAAAAABABLszU0AwArk10aBAAAAA%3d%3d#saude-de-a-a-z/tuberculose1/centros-de-diagnostico-pneumologico>

Global Tuberculosis Institute (2017). *Tuberculosis Case Management: A Guide For Nurses*.

International Council of Nurses (2015). *TB Guidelines for Nurses in the Care and Control of Tuberculosis and Multi-drug Resistant Tuberculosis - 3rd Edition*.

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Enfermagem Comunitária: um projeto partilhado com o governo escocês e o Serviço Nacional de Saúde da Escócia – Catálogo da Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE®)*.

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Tuberculose – Guia Orientador de Boa Prática*.

Programa Nacional para a Tuberculose (2016). *Exemplo de Boa Prática – TOD CDP Beja*.

Programa Nacional para a Tuberculose (2013). *Manual de Boas Práticas de Enfermagem em Tuberculose*.

Programa Nacional para a Tuberculose (2020). *Manual de Tuberculose e Micobactérias não tuberculosas*.

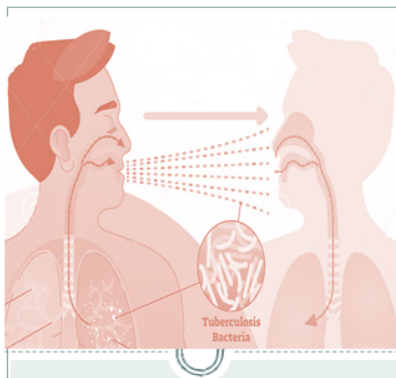
Royal College of Nursing (2022). *A Case Management Tool for TB Prevention, Care and Control in the UK*.

Royal College of Nursing (2020). *Tuberculosis Nurse Competency Framework for TB Prevention, Care and Control*.

World Health Organization (2017). *A people-centered model of tuberculosis care - A blueprint for eastern European and central Asian countries, first edition*.

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

Apêndice V – Folheto Informativo sobre Tuberculose



Tuberculose Pulmonar

A tuberculose é causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*. É uma doença **curável** que geralmente afeta os pulmões.

A bactéria multiplica-se nos pulmões, mas pode entrar na corrente sanguínea e aceder a todo o organismo (por exemplo: cérebro, nódulos linfáticos, ossos, rins).

A doença é contagiosa, transmite-se quando uma pessoa com tuberculose pulmonar espalha partículas infetadas no ar, através da fala, tosse, espirros, etc.

RESPOSTA IMUNITÁRIA

Quando a bactéria é inalada e se deposita nos pulmões, pode acontecer:

- O organismo conseguir combater a bactéria e controlar a infeção, não havendo manifestação de sintomas. A bactéria fica inativa. As pessoas com **tuberculose latente** não transmitem a infeção. Contudo, não havendo tratamento, a doença pode manifestar-se mais tarde.
- As defesas do organismo são vencidas pela bactéria e começam a aparecer sintomas. As pessoas com **tuberculose doença** podem transmitir a infeção.

SINTOMAS

- Tosse crónica (no mínimo por três semanas)
- Expetoração com sangue
- Dor no peito
- Febre
- Suores noturnos
- Perda de apetite
- Cansaço
- Perda de peso

Mesmo que não se sinta doente, pode estar infetado.

DIAGNÓSTICO

- ◇ Após a infeção podem passar em média 4 a 12 semanas para a deteção dos primeiros sintomas.
- ◇ O **rastreio da tuberculose** consiste na realização de radiografia do tórax, colheita de sangue (IGRA) e prova de **Mantoux** (injeção no antebraço), para casos específicos.
- ◇ O **diagnóstico da tuberculose** é confirmado pela identificação laboratorial da bactéria em produtos orgânicos, como a expetoração.

Os exames e consultas são gratuitos.

**NÃO FIQUE
NA DÚVIDA,
FIQUE LIVRE DA
TUBERCULOSE**

TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

O tratamento da tuberculose é feito através da toma, por via oral (comprimidos ou xaropes), de medicamentos (antibacilares), fornecidos **gratuitamente**.

A duração do tratamento é uma decisão do médico, que avalia caso a caso. Pode variar entre 6 a 24 meses.

A Tuberculose Pulmonar tem cura se o tratamento for cumprido rigorosamente.

⇒ Efeitos Secundários

A medicação pode provocar efeitos secundários, por isso é importante manter contacto com os profissionais de saúde que o acompanham.

Náuseas | Vômitos | Comichão ou manchas na pele | Sonolência | Alteração da cor da pele, lágrimas, urina|

CONTACTOS:



Elaborado por: Enf^a Líliliana Miranda
Supervisão Clínica: Enf^a Milena Piedade
Supervisão Pedagógica: Prof^a Dra Ana Resende

Referências:

DGS (2022) <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/tuberculose/>

DGS (2022) <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/tuberculose1/perguntas-e-respostas.aspx>

WHO (2022) https://www.who.int/health-topics/tuberculosis#tab=tab_1

Tuberculose Pulmonar

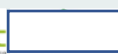


Centro de Diagnóstico
Pneumológico de



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

ars
i|v|t
INSTITUTO DE INVESTIGACÃO E INOVAÇÃO EM SAÚDE



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Apêndice VI - Folheto informativo sobre o Rastreio de Tuberculose

O que é a Tuberculose?

Doença curável, causada pela inalação de partículas respiratórias, infetadas com a bactéria *Mycobacterium tuberculosis*. A bactéria multiplica-se nos pulmões, pode entrar na corrente sanguínea e aceder a todo o organismo (por exemplo: cérebro, nódulos linfáticos, ossos, rins).

A resposta imunitária normal origina a **tuberculose latente (sem sintomas)**. Se o sistema imunitário não for capaz de controlar a infeção, a bactéria multiplica-se e a situação progride para **doença ativa (com sintomas)**.

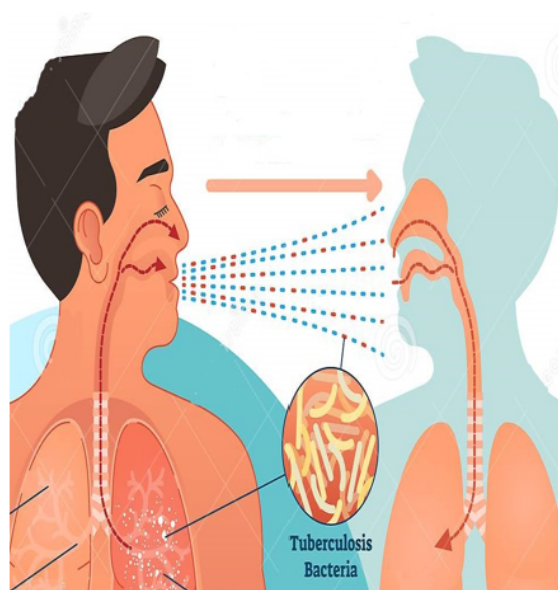
Quais são os sintomas?

- Tosse crónica (no mínimo por três semanas)
- Expetoração com sangue
- Dor no peito
- Febre
- Suores noturnos
- Perda de apetite
- Fadiga
- Perda de peso

Mesmo que não se sinta doente, pode estar infetado.

Quais são os fatores de risco ?

- Imunossupressão
- Diabetes Mellitus
- Uso de drogas intravenosas
- Baixo peso corporal
- Crianças com Idade inferior a cinco anos
- Grupos de comunidades com acesso limitado a cuidados de saúde: sem-abrigo, migrantes, refugiados, áreas isoladas.



Quem deve ser rastreado?

- Conviventes ou contatos próximos de pessoas com tuberculose doença;
- Pessoas com VIH;
- Residentes em instituições;
- Pessoas que trabalhem expostas a sílica;
- Pessoas com uma lesão pulmonar identificada, mas não tratada;
- Pessoas a cumprir terapêutica biológica.

Contacto de risco?

- O **contágio** pode acontecer quando passamos mais de 8h (cumulativas) com uma pessoa com tuberculose pulmonar bacilífera; ou mais de 40h com uma pessoa com tuberculose pulmonar não bacilífera.
- É **importante** saber se está infetado porque mais tarde pode desenvolver tuberculose com sintomas -> RASTREIO

Rastreo de Tuberculose

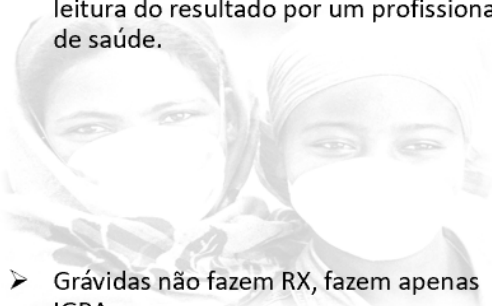
➤ Exames de rastreio (gratuitos)

- **Radiografia pulmonar (RX)** – em qualquer clínica que lhe seja conveniente – Permite perceber se está com tuberculose neste momento.
- **IGRA** – análise de sangue – são realizadas no Instituto Ricardo Jorge (marcação prévia). Permite perceber se tem a bactéria mesmo sem apresentar sintomas. Com um resultado positivo, pode desenvolver a doença mais tarde.

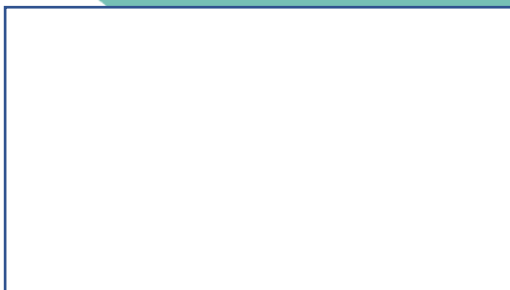
➤ *Casos especiais* – pessoas imunocomprometidas e crianças com idade inferior a 6 anos devem fazer TAMBÉM:

- **Teste tuberculínico (Mantoux)** – injeção na pele. Em 48-72h, requer leitura do resultado por um profissional de saúde.

➤ Grávidas não fazem RX, fazem apenas IGRA.



CONTACTOS:



Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge

Av. Padre Cruz 1600-056 Lisboa
Contatos para marcação do IGRA:
atendimento@insa.min-saude.pt; entre 4ª e 6ª - 217519344 / 217519200 ext.1344



Elaborado por: Enfª Líliliana Miranda
Supervisão Clínica: Enfª Milena Piedade
Supervisão Pedagógica: Profª Dra Ana Resende

Referências:

DGS (2022) <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/tuberculose/>
Hartman-Adams, H.; Gerbo, R. M.; George, S. (2022) Tuberculosis: Common Questions and Answers. *American Family Physician* 106 (3)
PNT (2020). *Manual de Tuberculose e Micobactérias não tuberculosas*
WHO (2021) *WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 2: screening – systematic screening for tuberculosis disease*






Rastreo Tuberculose

Centro de Diagnóstico Pneumológico de



Apêndice VII - Procedimentos para Consulta de Enfermagem no CDP

 		<p style="text-align: center;">REFERÊNCIA DO DOCUMENTO</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Nº doc. / ano</div>
<p style="text-align: center;">Orientação: Procedimentos para Consulta de Enfermagem do CDP</p>		
<p>Publicação: Unidade de Saúde Pública/ CDP</p>		

1. ÂMBITO: PROCEDIMENTOS PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM AO UTENTE COM TUBERCULOSE (TB)

2. OBJETIVOS:

- UNIFORMIZAR A ABORDAGEM DE ENFERMAGEM AOS UTENTES NO CDP;
- SISTEMATIZAR PROCEDIMENTOS DA CONSULTA DE ENFERMAGEM NAS DIFERENTES FASES DE ACOMPANHAMENTO DO UTENTE.

3. POPULAÇÃO ALVO: ENFERMEIROS A EXERCER FUNÇÕES NO CDP

4. DEFINIÇÃO DE CONCEITOS

O Centro de Diagnóstico Pneumológico é a unidade de saúde diferenciada para o tratamento da tuberculose, sendo responsável por gerir o diagnóstico e tratamento desta doença de forma integrada na comunidade e estabelecendo parcerias de atuação com os cuidados de saúde primários, instituições hospitalares e diversas estruturas comunitárias.

Consulta é o “(...) ato em saúde no qual um profissional de saúde avalia a situação clínica de uma pessoa e procede ao planeamento da prestação de cuidados de saúde. A consulta pressupõe um registo que contenha a identificação da pessoa, a data e a hora, os profissionais envolvidos e as ações tomadas, podendo ser presencial e/ou mediada por tecnologias de informação, ou não presencial, e ser realizada por um profissional de saúde ou por vários” (alínea d), nº1, art.º 3º, Secção I, Anexo I, Portaria n.º 207/2017, p.3552.

Consulta de Enfermagem é a “(...) consulta realizada por enfermeiro (alínea e), nº 1, art.º, Secção I, Anexo I, da Portaria n.º 207/2017, p. 3552.




5. SUPORTE TEÓRICO OU FUNDAMENTAÇÃO PARA O DOCUMENTO

A tuberculose é causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis* (Mt), é transmitida por via inalatória e tem capacidade de afetar qualquer órgão, mais frequentemente, os pulmões.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, todos os anos cerca de 10 milhões de pessoas são diagnosticadas com tuberculose e, embora seja uma doença evitável e com cura, se seguido tratamento, cerca de 1.5 milhões morrem todos os anos, tornando esta infeção uma das principais causas de morte a nível mundial.

Estima-se que cerca de ¼ da população mundial esteja infetada com a bactéria da tuberculose, no entanto, apenas 5-15% terão doença ativa e o restante manter-se-á com doença latente.

Versão nº1	Elaborado por Ana Oliveira, Liliana Miranda	Aprovado por:	A Rever em (3 em 3 aos)
	Data: 30/11/2022		Data: 11/2022

 		REFERÊNCIA DO DOCUMENTO <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Nº doc. / ano</div>
Orientação: Procedimentos para Consulta de Enfermagem do CDP		
Publicação: Unidade de Saúde Pública/ CDP		

Portugal continua a ser o país da Europa Ocidental com as taxas de incidência mais elevadas de TB. Em 2020, a taxa de incidência de TB em Portugal, foi de 13,2/100000 habitantes. O concelho de (), na mesma data, registou uma taxa de incidência de 20,7/100000 habitantes.

O cuidado centrado no utente é um dos pilares da estratégia “End TB”, atual política de controle da TB, enunciada pela OMS. Esta organização defende que a integração e valorização do utente no plano de cuidados está associada a uma melhor adesão ao tratamento, melhores prognósticos e qualidade de vida.

A consulta de enfermagem, representa um momento oportuno para o desenvolvimento da prática clínica, pela qual ocorre a interação mais próxima entre utente e profissional. Neste contato, o Enfermeiro tem oportunidade de conhecer o utente, identificar as suas necessidades, avaliar as condições de saúde biopsicossociais e espirituais, referenciar para outras áreas de especialidade que se apliquem e estabelecer um plano de cuidados adequado, facilitando a sua integração nos cuidados de saúde.

O Enfermeiro deve considerar as desigualdades, prevenção e proteção da saúde da comunidade, bem como ter conhecimento sobre a doença e o impacto emocional, psicológico e social na pessoa, familiares e amigos. Considerando as particularidades no tratamento da TB, o enfermeiro deverá trabalhar em parceria com outros serviços e organizações, p. ex. serviço social, instituições comunitárias.

Neste contexto a atuação do Enfermeiro, centra-se, sobretudo na promoção da saúde no âmbito da TB e a sua intervenção consiste em prevenir que a população fique vulnerável à doença, prevenir a transmissão da TB na comunidade, detetar e tratar casos ativos de TB, restabelecendo a saúde e apoiando os utentes conforme as suas necessidades individuais.

Desde que cumpridos os critérios da DGS, qualquer utente pode solicitar consulta no CDP, mesmo sem referênciação. No dia da marcação, após consulta médica é encaminhado para a consulta de enfermagem.



6. COMPETENCIAS/FUNÇÕES/ATIVIDADES:

1.ª Consulta ao utente com tuberculose




A primeira interação com o utente pode influenciar toda a entrevista. Por isso, é fundamental respeitar e realçar a confidencialidade dos dados e a privacidade da pessoa, sensibilizá-la para a importância fundamental do seu papel, no controlo da TB. Isto inclui a sua responsabilização na proteção da saúde das outras pessoas.


- I. Esclarecer diagnóstico e motivar adesão ao tratamento para a cura;
- II. Realizar a história clínica: antecedentes pessoais, medicação habitual, alergias, nacionalidade, viagens a países estrangeiros, último contato com o caso índice e inquérito de sintomas;
- III. Registrar informação detalhada sobre a melhor forma de comunicação, telemóvel, e-mail, contato de casa/trabalho, contato de pessoa de referência;
- IV. Educação para a saúde:
 - ✓ Informar sobre a transmissão, patogénese e prevenção da TB, a distinção entre infeção e doença e o desenvolvimento de resistência à medicação;

Versão nº1	Elaborado por Ana Oliveira, Liliana Miranda	Aprovado por:	A Rever em (3 em 3 aos)
	Data: 30/11/2022		Data: 11/2022

 		REFERÊNCIA DO DOCUMENTO <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Nº doc. / ano</div>
Orientação: Procedimentos para Consulta de Enfermagem do CDP		
Publicação: Unidade de Saúde Pública/ CDP		




<p>✓ Explicar o tratamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Duração média entre 6 a 9 meses, podendo alcançar os 24 meses; ○ Medicação (posologia, nomes, dosagens, efeitos secundários, interações com outros medicamentos, incluindo antiretrovirais), e cuidados a ter; ○ Explicar as medidas para controlo de transmissão: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Uso de máscara cirúrgica; ▪ Tapar sempre a boca, com um lenço, para tossir ou espirrar; ▪ Lavar sempre as mãos após tossir ou espirrar; ▪ Efetuar o arejamento natural das instalações; ▪ Evitar transportes/ lugares públicos ○ Avaliar o conhecimento que a pessoa tem da doença e seus direitos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Usar perguntas abertas; ▪ Providenciar suporte informativo; <p>V. Avaliar necessidades psicossociais e potenciais barreiras para adesão terapêutica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Situação de habitação, capacidade física, emocional e cognitiva, o estigma associado à TB, barreiras de linguagem e literacia, crenças culturais e religiosas que possam ter impacto na adesão terapêutica; ○ Abuso de substâncias; ○ Meio de transporte, situação de emprego e fontes de rendimento; ○ Suporte familiar e social; ○ Questões legais ou de imigração; ○ Referenciar para o serviço social, se necessário; <p>VI. Reforçar a importância do cumprimento terapêutico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Explicar que os medicamentos podem curar a doença, quando tomados adequadamente; ○ Reforçar a importância da colaboração da pessoa, imprescindível para debelar a doença; ○ Reforçar os benefícios para a saúde pessoal e pública; ○ Fornecer medicação para 5d e aferir com o utente a unidade funcional onde o utente vai fazer a toma observada diária (TOD) ou proceder ao levantamento da terapêutica antibacilar nas situações em que o utente é responsável pela toma da medicação no domicílio (Não TOD) <p>VII. Reforçar a importância de comparecer às consultas e realizar os exames prescritos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Análises antes da consulta seguinte; ○ Baciloscopias para vigilância da eficácia do tratamento; <p>VIII. Reforçar a importância do rastreio de contactos quando estamos perante um caso de TB com atingimento das vias aéreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Explicar que será contactado para a realização de inquérito epidemiológico e que lhe serão solicitados alguns dados das pessoas com quem teve contacto; ○ Disponibilizar folha de identificação de contactos próximos do utente, elegíveis para rastreio; <p>IX. Realizar os registos</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Registos de enfermagem em SClínico, conforme as boas práticas recomendadas (Anexo 1). ○ Atualização dos registos no excel dos utentes seguidos no CDP; ○ Envio de email com indicação e informação dos utentes em consulta nesse dia no CDP, para a gestora e interlocutores das unidades funcionais da medicação antibacilar; <p>Consultas de seguimento de um utente com tuberculose</p> <p>I. Avaliar o estado geral do utente desde a última consulta;</p>			
Versão nº1	Elaborado por Ana Oliveira, Líliliana Miranda	Aprovado por:	A Rever em (3 em 3 aos)
	Data: 30/11/2022		Data: 11/2022

 		REFERÊNCIA DO DOCUMENTO <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">Nº doc. / ano</div>
Orientação: Procedimentos para Consulta de Enfermagem do CDP		
Publicação: Unidade de Saúde Pública/ CDP		

<p>II. Discutir e avaliar potenciais barreiras à adesão ao regime terapêutico, tais como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Abuso de substâncias; ○ Verificar sensibilidade à medicação e possíveis efeitos adversos dos fármacos (ex; erupções cutâneas, icterícia, perturbações da visão, vertigem, dificuldades auditivas, problemas gastrointestinais, formigueliro nos dedos dos pés ou das mãos, etc.) ○ Garantir que o utente sabe quando são as consultas de seguimento; ○ Alterar o plano de cuidados sempre que se justifique; <p>III. Reforçar a importância do cumprimento terapêutico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Reforçar a importância da colaboração da pessoa, imprescindível para debelar a doença; ○ Reforçar os benefícios para a saúde pessoal e pública; <p>IV. Realizar registos de enfermagem (SClínico, atualização dos registos no excel e envio de email);</p>
<p>Notas:</p> <p>As prescrições devem ser colocadas na pasta com a identificação das diferentes unidades funcionais responsáveis pela receção e entrega da medicação antibacilar dos utentes.</p> <p>A pasta deve ser entregue no final do dia à Assistente técnica para que a mesma envie as prescrições por email para os serviços farmacêuticos e os contatos referentes a cada unidade funcional (interlocutor da medicação antibacilar e enfermeiro responsável da equipa de Enfermagem)</p>
<p>Fluxograma: Acompanhamento de Enfermagem de um utente com TB</p>  <pre> graph TD A[Identificação de um caso TB] --> B[Consulta de Enfermagem Ensinos] A --> C[Vigilância da Adesão Terapêutica] B --> D[Início de medicação • TOD • Não TOD] C --> E[Identificação de contatos] D --> E E --> F[Vigilância do progresso do utente] F --> G[Conclusão do tratamento] G --> H[Alta Vigilância até 2 anos] </pre>

<p>7. SIGLAS:</p> <p>CDP – Centro de Diagnóstico Pneumológico</p> <p>DGS – Direção Geral da Saúde</p> <p>OMS – Organização Mundial de Saúde</p>
--

Versão nº1	Elaborado por Ana Oliveira, Liliana Miranda	Aprovado por:	A Rever em (3 em 3 aos)
	Data: 30/11/2022		Data: 11/2022

 		<p style="text-align: center;">REFERÊNCIA DO DOCUMENTO</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Nº doc. / ano</div>
---	--	---

Orientação: Procedimentos para Consulta de Enfermagem do CDP

Publicação: Unidade de Saúde Pública/ CDP

TB – Tuberculose

TOD – Toma Observada Direta

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central do Sistema de Saúde (2013). Circular Normativa nº19/2013: Uniformização dos registos de enfermagem em Cuidados de Saúde Primários

Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (2022). Manual de registo em SClínico Enfermagem – USF / UCSP (Versão 1)

Direção Geral da Saúde (2020). Tuberculose: Centros de Diagnóstico Pneumológico. <https://www.dgs.pt/saude-a-a-z.aspx?v=%3d%3dBAAAAB%2bLCAAAAAAABABLszU0AwArk10aBAAAAA%3d%3d#saude-de-a-a-z/tuberculose1/centros-de-diagnostico-pneumologico>

Ordem dos Enfermeiros (2015). Enfermagem Comunitária: um projeto partilhado com o governo escocês e o Serviço Nacional de Saúde da Escócia – Catálogo da Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE®).

Ordem dos Enfermeiros (2013). Tuberculose – Guia Orientador de Boa Prática.

Ordem dos Enfermeiros (2021). Parecer do Conselho de Enfermagem N.º 53/2021

Pires RCC, Lucena AD, Mantesso JBO (2022). Atuação do enfermeiro na atenção primária à saúde (APS): uma revisão integrativa da literatura. São Paulo: Rev Recien.; 12(37):107-114

Pordata (2022). Tuberculose: casos por 100 mil habitantes. <https://www.pordata.pt/Portugal/Tuberculose+casos+por+100+mil+habitantes-608>

Portaria n.º 207/2017, de 11 de Julho. Diário da República n.º 132, 1.ª série de 11-07-2017

Programa Nacional para a Tuberculose (2013). Manual de Boas Práticas de Enfermagem em Tuberculose.

Programa Nacional para a Tuberculose (2020). Manual de Tuberculose e Micobactérias não tuberculosas.



Royal College of Nursing (2020). Tuberculosis Nurse Competency Framework for TB Prevention, Care and Control.

Royal College of Nursing (2022). A Case Management Tool for TB Prevention, Care and Control in the UK.

Sicsú AN, Gonzales RIC, Mitano F, Sousa LO, Silva LMC, Ballester JGA, et al. (2019). Nursing practices centered on individuals with tuberculosis: an interface with democracy Rev Bras Enferm.;72(5):1219-25. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0380>

World Health Organization (2017). A people-centered model of tuberculosis care - A blueprint for eastern European and central Asian countries, first edition.

Versão nº1	Elaborado por Ana Oliveira, Liliana Miranda	Aprovado por:	A Rever em (3 em 3 aos)
	Data: 30/11/2022		Data: 11/2022

 		REFERÊNCIA DO DOCUMENTO <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">Nº doc. / ano</div>
Orientação: Procedimentos para Consulta de Enfermagem do CDP		
Publicação: Unidade de Saúde Pública/ CDP		

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

9. ANEXO I

A uniformização dos procedimentos de registo de atos de enfermagem em Cuidados de Saúde Primários é indispensável para garantir a normalização da informação e sua comparabilidade pelos profissionais de saúde. O objetivo dos registos de saúde é permitir cuidados seguros e eficazes, centrados na pessoa, garantindo a tomada de decisão clínica informada e a continuidade de cuidados.



O SClínico é o sistema de informação que suporta o registo dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde, sendo utilizado pelos enfermeiros para a realização do registo clínico, em todas as unidades funcionais dos ACES. O SClínico Enfermagem tem uma parametrização normalizada, que utiliza a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

Padrão de Registo no Âmbito da Área Clínica da Tuberculose no SClínico

FOCO	ATIVIDADE DIAGNÓSTICA
Aceitação de Estado de Saúde	Avaliar aceitação do estado de saúde
Adesão à Vacinação	Avaliar adesão à vacinação
Autocontrolo: Infecção	Avaliar autocontrolo: infeção
Comportamento de Adesão	Avaliar adesão ao regime terapêutico
Comportamento de Procura de Saúde	Avaliar comportamento de procura de saúde
Gestão do Regime Terapêutico	Avaliar gestão do regime terapêutico
Uso de Álcool	Avaliar uso de álcool
Uso de Substâncias	Avaliar uso de substâncias
Uso de Tabaco	Avaliar uso de tabaco

Versão nº1	Elaborado por Ana Oliveira, Liliana Miranda	Aprovado por:	A Rever em (3 em 3 aos)
	Data: 30/11/2022		Data: 11/2022

Apêndice VIII - Procedimentos para colheita, conservação e transporte de amostras para baciloscopias

		<p>REFERÊNCIA DO DOCUMENTO</p> <p>Nº doc. / ano</p>
<p>Orientação: Procedimentos para colheita, conservação e transporte de amostras para baciloscopia</p>		
<p>Publicação: Unidade de Saúde Pública /CDP</p>		

1. ÂMBITO: PROCEDIMENTOS DO CENTRO DE DIAGNÓSTICO PNEUMOLÓGICO (CDP)

2. OBJECTIVOS: DEFINIR PROCEDIMENTOS PARA CAPACITAR O UTENTE NA COLHEITA, CONSERVAÇÃO E TRANSPORTE DE EXPETORAÇÃO PARA BACILOSCOPIA

3. POPULAÇÃO ALVO: ENFERMEIROS A EXERCER FUNÇÕES NO CDP

4. DEFINIÇÃO DE CONCEITOS

O diagnóstico de TB exige a identificação do agente infeccioso, *Mycobacterium tuberculosis* (Mt), nos tecidos ou líquidos biológicos, sendo a expetoração o produto mais utilizado. O utente deve ser instruído sobre como fazer a colheita de forma adequada e de como proceder ao seu acondicionamento e transporte.



A baciloscopia é a pesquisa de Bacilos Ácido-Álcool Resistentes (BAAR) no esfregaço da amostra através do microscópio. Trata-se de uma técnica simples, de fácil execução, porém de baixa sensibilidade (25% a 65%) quando comparado à cultura, pois o número mínimo de bacilos para um resultado positivo varia de 5.000 a 10.000 bacilos/ml da amostra.

5. SUPORTE TEÓRICO OU FUNDAMENTAÇÃO PARA O DOCUMENTO

A realização da baciloscopia no caso da tuberculose pulmonar é importante pois permite detetar a maioria dos casos bacilíferos (70%), limitar a cadeia de transmissão, avaliar o sucesso ou falência do tratamento, e é um método simples, rápido e de baixo custo.

A baciloscopia tem indicação para ser realizada nos casos de TB pulmonar e extra-pulmonar. Nos casos de TB pulmonar, permite obter o diagnóstico e serve como controlo de tratamento. A cultura deve ser realizada para a confirmação diagnóstica em amostras de sintomáticos respiratórios com baciloscopia negativa e para casos de controlo de tratamento. Nos casos de TB extra-pulmonar, deve realizar-se simultaneamente a baciloscopia e a cultura.



Versão nº1	Elaborado por Liliana Miranda, Sónia Nascimento	Aprovado por:	A Rever em (3 em 3 anos)
	Data: 21/11/2022		Data: 11/2022

		<p>REFERÊNCIA DO DOCUMENTO</p> <p>Nº doc. / ano</p>
<p>Orientação: Procedimentos para colheita, conservação e transporte de amostras para baciloscopia</p>		
<p>Publicação: Unidade de Saúde Pública /CDP</p>		

<p>Ao longo do tratamento, é recomendável a realização da baciloscopia ao final do 2º e 5º mês, e após o final do tratamento. No entanto, o ideal é realizar a baciloscopia mensal para que se possa construir a curva de baciloscopia e monitorizar a eficácia do tratamento.</p> <p>É recomendado que sejam colhidas três amostras, após tosse produtiva profunda, preferencialmente de manhã, em jejum, em três dias consecutivos, com volume mínimo de 5 ml. A colheita de amostras seriadas baseia-se no facto de menos de metade dos casos serem detetados numa única amostra de expetoração.</p> <p>Os utentes que não conseguem expelir espontaneamente expetoração suficiente de forma a obter uma amostra em quantidade adequada às necessidades laboratoriais, devem ser encaminhados para realização de expetoração induzida. Se, ainda assim não for possível, deverão ser referenciados para a realização de broncofibroscopia com lavado brônquico e lavado broncoalveolar, ou a realização de aspirado gástrico, em contexto hospitalar.</p> <p>A expetoração induzida é realizada através da nebulização com aerossol de solução salina hipertónica (3 a 15%), resultando no aumento de volume de expetoração e no aumento da mobilização, melhorando a qualidade da amostra. As colheitas devem ser identificadas como obtidas de forma induzida, como são mais fluídas e aquosas podem ser mal interpretadas pelo laboratório.</p> <p>Existem fatores que influenciam os resultados da baciloscopia, nomeadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicação correta para pesquisa de micobactérias (hipótese diagnóstica correta); • Requisição laboratorial corretamente preenchida; • Seleção da amostra mais representativa; • Preparação psicológica do utente para a colheita das amostras; • Cuidados na colheita, conservação, transporte e receção das amostras; • Cuidados na análise técnica; • Interpretação dos resultados; • Emissão do resultado em tempo útil.
--



<p>6. COMPETÊNCIAS/FUNÇÕES/ATIVIDADES:</p> <p>Uma das competências do enfermeiro é proceder ao ensino do utente utilizando linguagem simples e de fácil entendimento. Deverá informar o utente de que a melhor amostra é a proveniente da árvore brônquica, que a saliva ou secreções nasais são inadequadas para o exame e que são necessárias, pelo menos, duas amostras de expetoração para o diagnóstico ideal.</p>
--

Versão nº1	Elaborado por Liliana Miranda, Sónia Nascimento	Aprovado por:	A Rever em (3 em 3 anos)
	Data: 21/11/2022		Data: 11/2022

		<p>REFERÊNCIA DO DOCUMENTO</p> <p>Nº doc. / ano</p>
<p>Orientação: Procedimentos para colheita, conservação e transporte de amostras para baciloscopia</p>		
<p>Publicação: Unidade de Saúde Pública /CDP</p>		

<p>Indicações para o profissional de Saúde - Ensinos para a Colheita das amostras</p> <p>A amostra deverá ser colhida num recipiente próprio, estéril, com tampa de rosca, larga e de plástico transparente. O enfermeiro deve verificar a integridade dos recipientes, identificá-los com o nome, número do Sistema Nacional de Saúde (SNS) e número de processo do utente no CDP.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar o utente que a colheita deve ser realizada ao acordar, pois nesta altura é garantida a sua melhor qualidade, já que provém das secreções acumuladas na árvore brônquica durante a noite. • O utente deve ser instruído para reforçar a ingestão hídrica nos dias prévios às colheitas e a dormir sem almofada, caso tenha dificuldades em expetorar. • Disponibilizar o folheto informativo e ilustrado com as instruções para a colheita e acondicionamento das amostras no domicílio (Anexo I). • Informar o utente que o acondicionamento das amostras no frigorífico deve ser no máximo até cinco dias; • Explicar que o transporte das amostras até ao CDP deve ser feito em saco próprio, protegidas do sol e de preferência, no dia da terceira colheita. <p>Instruções de capacitação do utente para colheita e acondicionamento das amostras de expetoração em casa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quando acordar não comer, beber, fumar ou escovar os dentes antes de colher a expetoração; • Passar apenas a boca por água para eliminar possíveis resíduos de alimentos; • Ir para o ar livre ou ficar perto de uma janela aberta (o ar dilui rapidamente os aerossóis e a luz ultra-violeta dos raios solares inativam os bacilos). Certificar-se de que outras pessoas, especialmente crianças, não se encontram por perto; • Abrir o frasco e manter a tampa perto; • Segurar o recipiente perto da boca; • Inspirar fundo pelo nariz, prender a respiração por alguns segundos e expirar lentamente pela boca (realizar este procedimento duas vezes). • À terceira vez deve prender a respiração por um instante e de seguida expetorar (escarrar) após forçar a tosse; • Se necessário repetir estes procedimentos até atingir um volume de 5 a 10ml de expetoração. Se após a repetição deste procedimento não tiver ainda os 5 ml, deve acondicionar o produto que conseguiu obter; • Fechar muito bem o frasco, coloca-lo num saco de plástico bem fechado dentro do frigorífico, na gaveta dos legumes (não congelar). • Repetir este procedimento durante 3 dias seguidos; • Colher a expetoração apenas uma vez por dia; • Lavar as mãos com água e sabão após cada colheita. <p>Receção e Conservação das amostras durante a sua permanência no CDP</p> <ul style="list-style-type: none"> • A entrega das amostras deve ser feita idealmente às 3ªf e 5ªf das 8h00 às 10h00*. • O recipiente de cada amostra deve ser colocado num saco de plástico para prevenir a contaminação;
--

Versão nº1	Elaborado por Liliana Miranda, Sónia Nascimento	Aprovado por:	A Rever em (3 em 3 anos)
	Data: 21/11/2022		Data: 11/2022

		<p>REFERÊNCIA DO DOCUMENTO</p> <p>Nº doc. / ano</p>
<p>Orientação: Procedimentos para colheita, conservação e transporte de amostras para baciloscopia</p>		
<p>Publicação: Unidade de Saúde Pública /CDP</p>		

- A Assistente técnica atende o utente, confere as requisições que tem arquivadas e indica o local onde as amostras devem ser colocadas (recipiente devidamente identificado);
- Se o envio das amostras de expetoração ao laboratório ocorrer dentro de 24 horas, ou seja, no mesmo dia de colheita, as amostras poderão estar a temperatura ambiente, desde que protegidas da luz solar;
- Se a amostra não seguir no dia da colheita deve ser conservada num frigorífico de amostras, com uma temperatura entre 2 a 8°. Não conservar no congelador;
- Registrar a data em que a amostra é rececionada e em que é enviada para o laboratório do INSA (excel criado para o efeito);
- Tratar todas amostras como potencialmente patogénicas.

Transporte das amostras para o INSA

Para o transporte de amostras deve-se considerar três condições importantes: a refrigeração, a proteção contra a luz solar para garantir a qualidade da amostra, e o acondicionamento adequado para que não haja risco de derramamento.

Ao utente devem ser dadas as seguintes instruções:



- Transportar o recipiente voltado para cima;
- Proteger as amostras da luz solar;
- Não agitar os recipientes;
- Entregar a amostra o mais rápido possível idealmente deve evitar locais muito frequentados (mercados, lojas, etc.).

O Enfermeiro deve:

- Conferir cada uma das requisições com a amostra correspondente;
- Colocar os recipientes voltados para cima dentro da caixa térmica;
- Não colocar a requisição médica junto à amostra;
- Confirmar a identificação: o nome completo do utente e a data da colheita, a requisição e a integridade do recipiente;
- Caso haja derramamento das amostras devem solicitar-se novas ao utente e proceder imediatamente à inutilização das amostras derramadas, e seguir protocolo de desinfeção de produtos biológicos;
- Para o transporte dos recipientes com expetoração do CDP para o INSA, recomenda-se a utilização de caixas térmicas com acumuladores de frio;
- As requisições dos exames devem ser enviadas fora da caixa de transporte.

As amostras deverão ainda ser acompanhadas de uma folha com a listagem das amostras enviadas onde seja possível assinar a entrega e a receção das amostras.

Versão nº1	Elaborado por Liliana Miranda, Sónia Nascimento	Aprovado por:	A Rever em (3 em 3 anos)
	Data: 21/11/2022		Data: 11/2022

		<p>REFERÊNCIA DO DOCUMENTO</p> <p>Nº doc. / ano</p>
<p>Orientação: Procedimentos para colheita, conservação e transporte de amostras para baciloscopia</p>		
<p>Publicação: Unidade de Saúde Pública /CDP</p>		

<p>7. SIGLAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ACES: Agrupamento dos Centros de Saúde • BAAR: Bacilo Álcool-Ácido Resistente • CDP: Centro de Diagnóstico Pneumológico • Mt: Micobacterium Tuberculosis • SNS: Sistema Nacional de Saúde • TB: Tuberculose

<p>8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</p> <p>Bento, João; Silva Anabela Santos; Rodrigues Filomena; Duarte Raquel, 2011. Métodos Diagnósticos em Tuberculose. Acta Médica Portuguesa 24:145-54.</p> <p>Conselho Internacional de Enfermeiras, 2008. Linha de Orientação para enfermeiros no cuidado e controlo da tuberculose e da tuberculose multirresistente. 2ª ed.</p> <p>Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis - Ministério da Saúde do Brasil, 2019. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil.</p> <p>Manual MSD, 2018. Tuberculose. Disponível em: Tuberculose (TB) - Doenças infecciosas - Manuais MSD edição para profissionais (msdmanuals.com) .</p> <p>Ordem dos Enfermeiros (2013). <i>Tuberculose – Guia Orientador de Boas Práticas</i> para a Tuberculose.</p> <p>Programa Nacional de Controlo da Tuberculose – Instituto Nacional de Saúde de Moçambique, 2012. Manual de Baciloscopia da Tuberculose.</p>

Versão nº1	Elaborado por Liliana Miranda, Sónia Nascimento	Aprovado por:	A Rever em (3 em 3 anos)
	Data: 21/11/2022		Data: 11/2022

Apêndice IX - Panfleto informativo para Baciloscopias

COMO COLHER EXPETORAÇÃO PARA BACIOSCOPIA?

A melhor amostra é proveniente dos pulmões; a saliva ou secreções nasais são inadequadas para o exame.

➤ Preparação

- No dia anterior beba muita água e durma sem almofada;
- Quando acordar não pode comer, beber, fumar ou escovar os dentes antes de colher a expetoração;
- Pode passar a boca apenas por água para eliminar possíveis resíduos de alimentos;



➤ Instruções

1. Deve ir para o ar livre ou ficar perto de uma janela aberta. Garanta que não tem ninguém por perto, especialmente crianças;
 2. Abra o frasco e mantenha a tampa perto;
 3. Segure o recipiente perto da boca, não encoste a boca ou coloque os dedos dentro do recipiente;
 4. Inspire fundo pelo nariz, prenda a respiração por alguns segundos e expire lentamente pela boca (repita duas vezes).
 5. À terceira vez, depois de prender a respiração, deve expetorar (escarrar) forçando a tosse profunda;
 6. Se necessário repita estes procedimentos até atingir um volume de 5 a 10ml de expetoração (saliva não conta);
 7. Se repetindo a operação não tiver ainda os 5 ml, entregue o produto que conseguiu obter;
- Repita este procedimento durante 3 dias seguidos, apenas uma vez por dia;
 - Lave as mãos com água e sabão após cada colheita.



Cuidados a ter com a amostra

- Feche o frasco, coloque-o num saco de plástico bem fechado dentro do frigorífico, na gaveta dos legumes (não congelar);
- Transporte o recipiente com tampa voltada para cima, em saco próprio e protegido do sol;
- Entregue as amostras no CDP ao terceiro dia, dia da última colheita.

| Horário para receção de baciloscopias:

2^{as} e 5^{as} das 8h às 10h |



Apêndice X – Plano de Sessão de Formação

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

Caracterização da Sessão

Curso	Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública
Unidade Curricular	Estágio Final e Relatório
Tema	A Consulta de Enfermagem Centro de Diagnóstico Pneumológico
Destinatários	Profissionais da USP
Duração da Sessão	30 minutos
Data	14 de dezembro de 2022
Local	On-line via plataforma Teams
Objetivo	Apresentar o projeto desenvolvido no âmbito da reabertura do CDP

Conteúdos	Metodologia	Material didático	Orador	Tempo (min)
Introdução – apresentação e enquadramento	Expositivo	Computador e projetor	Liliana Miranda	5
Desenvolvimento – diagnóstico de situação, objetivos e construção da norma	Expositivo	Computador e projetor	Liliana Miranda	15
Conclusão – esclarecimento de dúvidas e sugestões	Expositivo/participativo	Computador e projetor	Liliana Miranda	10

Apêndice XI – Apresentação da Sessão de Formação


PLANEAMENTO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM EM CDP:
PROJETO DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

 UC: ESTÁGIO FINAL E RELATÓRIO
 XV CURSO DE Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública
 14 de dezembro 2022

 Mestranda: Liliana Miranda
 Orientadora pedagógica: Professora Dra Ana Resende
 Orientadora Clínica: Enfª Milena Piedade

Índice

<p>1. Introdução</p> <p>1.1 Pertinência e justificação do Projeto</p> <p>2. Planeamento em Saúde</p> <p>2.1. Etapas do Planeamento</p> <p>2.2. Diagnóstico de Situação</p> <p>2.3. Caracterização da população</p> <p>2.4. Unidade de Saúde Pública</p>	<p>2.5. Centro de Diagnóstico Pneumológico</p> <p>3. Tuberculose</p> <p>4. Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender</p> <p>5. Projeto de Intervenção</p> <p>6. Conclusão</p> <p>7. Referências bibliográficas</p>
---	--

1. Introdução

- O presente estágio foi realizado no âmbito do Mestrado e Especialidade em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.
- A realização do estágio, que decorreu em duas fases, de 26 de abril a 30 de maio, e 5 de setembro e 14 de dezembro, proporcionou oportunidades de aprendizagem para a concretização do projeto de intervenção.
- O projeto de intervenção incidiu sobre o projeto de abertura do CDP no concelho, já a decorrer, para o qual colaborei com a realização de instrumentos baseados na literatura disponível, na observação de consultas no CDP Venda Nova e na auscultação de peritos.
- O objetivo é desenvolver competências do plano de estudos, articulando com as necessidades encontradas na USP, e no decorrer da evolução do projeto de abertura de CDP.

1.1 Pertinência e Justificação do Projeto

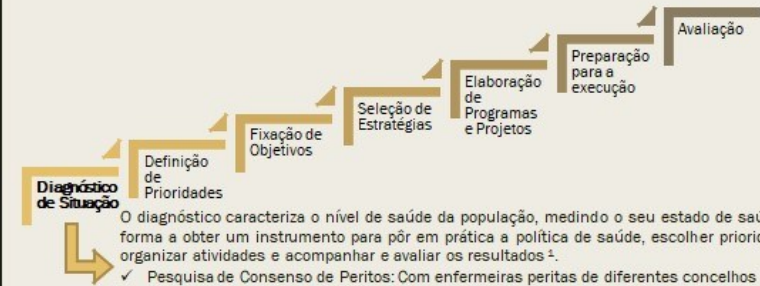


- Necessidade de conhecer o funcionamento do CDP e as guidelines atuais (OMS e DGS).
- Identificação de recursos materiais e humanos essenciais, bem como a sua organização.
- Elaboração de orientações e instrumentos de apoio para a consulta de Enfermagem no CDP.

2. Planeamento em Saúde

- "...racionalização dos escassos recursos para a saúde ...
...redução dos problemas de saúde considerados como prioritários ...
...coordenação de esforços provenientes dos vários setores
socioeconómicos." 4
- Procura um estado de saúde, através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças no comportamento das populações 2.

2.1. Etapas do Planeamento



- ✓ Pesquisa de Consenso de Peritos: Com enfermeiras peritas de diferentes concelhos
- ✓ Revisão de Literatura
- ✓ Reunião Observatório Local de Saúde

2.2 Diagnóstico de Situação 26 de abril a 30 de maio

- Incidência de TB no concelho superior à incidência nacional.
- Concelho sem CDP próprio, implica a deslocação dos utentes a outro concelho; em novembro 2021, 264 utentes do concelho estavam a ser seguidos no CDP vizinho:
 - 165 em tratamento TB doença
 - 69 em vigilância (pós tratamento)
 - 17 seguidos por infeção latente
 - 13 a aguardar consulta

2.2 Diagnóstico de Situação 26 de abril a 30 de maio

➤ Estudos comprovam que a proximidade é uma **peça chave para a adesão ao tratamento**3.

Não adesão ao tratamento3

- Dificuldade de acesso aos serviços de saúde, (custo de deslocação a uma unidade de saúde, diariamente quando em TOD, associado a baixos níveis socioeconómicos;
- A toma de muitos comprimidos de uma vez; aceitação da sua condição de saúde;
- Dificuldade na conciliação de horários da unidade de saúde com os seus empregos.

2.3 Caracterização da População

- 2º município mais populoso de Portugal ⁴;
- 385.606 habitantes⁵;
- Pirâmide etária mais equilibrada da região envolvente; saldo natural positivo; ⁴
- ACoS - 34 unidades funcionais.⁶



Perfil Local de Saúde Censos 2021⁷

- População residente (Portuguesa nascida no estrangeiro - N.^o) por Local de residência (à data dos Censos 2021), Naturalidade (País)
 - População residente (N.^o) por Local de residência (à data dos Censos 2021), Sexo, Grupo etário e Naturalidade (País)
 - População desempregada (N.^o) por Local de residência (à data dos Censos 2021), Nível de escolaridade mais elevado completo
 - População desempregada (N.^o) por Local de residência (à data dos Censos 2021), Nível de escolaridade mais elevado completo
- Migração entre países com alta carga⁸ de TB: Brasil, Angola, Guiné Bissau, entre outros.
- Condição socioeconómica baixa.

2.4 Unidade de Saúde Pública

Contribui para a melhoria do estado de saúde da população residente no concelho. Compete-lhe^(8,10):

- elaborar informação e planos nos domínios da saúde pública;
- proceder à vigilância epidemiológica;
- gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos;
- cumprir as funções de autoridade de saúde.

Está organizada em equipas técnicas multidisciplinares.

2.5 Centro de Diagnóstico Pneumológico¹¹

- Unidade de saúde diferenciada na área da Tuberculose.
- As equipas são compostas por médico (pneumologista ou MGF), enfermeiro, técnico de saúde e assistentes técnicos.
- Devem recorrer aos CDP todos os indivíduos com:
 - Exposição a tuberculose;
 - Suspeita de tuberculose;
 - Tuberculose em tratamento;
 - Imunodeprimidos ou candidatos a tratamentos imunossupressores;
 - Provenientes de países com elevada incidência de tuberculose;
 - Crianças com indicação para vacina da tuberculose e com necessidade de rastreio prévio;

3. Tuberculose

- Doença infecciosa que se mantém como um problema de saúde pública à escala mundial¹²;
- É estimado que cerca de ¼ da população mundial esteja infetada com bactéria da tuberculose, no entanto, apenas 5-15% terão doença ativa e o restante manter-se-á com doença latente¹³.
- Os tratamentos devem respeitar as indicações internacionais e nacionais, pelo que os países são aconselhados a desenvolver um plano de tratamento centrado na pessoa com TB, com o objetivo de promover adesão terapêutica, qualidade de vida e aliviar o sofrimento associado.
- Portugal continua a ser o país da Europa Ocidental com as taxas de incidência mais elevadas de Tuberculose ¹⁴.

Taxa de incidência em Portugal (2021)¹⁵ - 16/100000 habitantes
Taxa de incidência do concelho (2021)* - 19,7/ 100000 habitantes

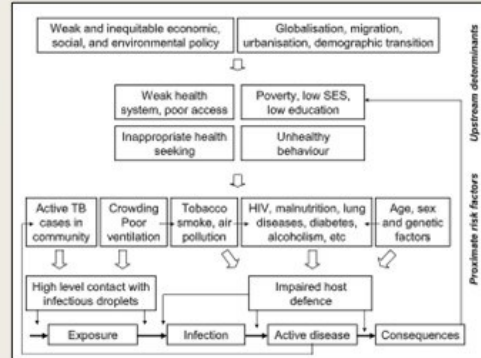
* Dados fornecidos pela USP

Determinantes de Saúde e Fatores de Risco para TB

- O risco de ser infetado depende das características do caso índice, do meio ambiente e do tempo de exposição;
- O risco de desenvolver TB doença depende da integridade do sistema imunitário das pessoas¹⁶.

Top 5 fatores de risco 2021⁸

- 2,2 milhões de pessoas desnutridas;
- 0,86 milhões de pessoas HIV +;
- 0,74 milhões de pessoas com abuso de álcool;
- 0,69 milhões de pessoas com hábitos tabágicos;
- 0,37 milhões de pessoas com diabetes.



Toma de Observação Direta

- Uma das medidas da estratégia da DOTS, delineada pela OMS em 1993, como resposta ao aumento do número de TB a nível mundial¹⁷;
- Visa reduzir a incidência da doença, bem como os seus custos sociais e económicos¹⁷.
- Proporciona uma maior probabilidade de cura e de não desenvolver formas multirresistentes (TB-MR) ou extremamente resistentes (TB-XDR) da doença¹⁷.
- Estudos demonstram que a TOD em Portugal, apresenta-se como fonte de insatisfação, potencia o agravamento dos recursos económicos da pessoa doente e do estigma social¹⁸.
- Evidências demonstram que a TOD fora de unidades de saúde apresenta taxas mais altas de sucesso no tratamento e taxas mais baixas de mortalidade³.

Tuberculose Infantil

- A Tuberculose infantil constitui **um dos indicadores mais importantes** para a vigilância desta doença. Considerando a passagem em 2016, a uma estratégia de vacinação seletiva de BCG em grupos de risco (Norma 006/2016 da DGS), mantém-se a monitorização regular dos casos de TB em crianças com idade inferior a 6 anos¹⁹.
- Em 2020 foram notificados 25 novos casos em crianças com idade ≤ a 5 anos, o que corresponde a uma taxa de incidência de **4,78 casos/100000** crianças do grupo etário 0-5 anos¹⁹.
- Comparativamente a 2018 e 2019, verificou-se uma diminuição na taxa de incidência de Tuberculose neste grupo etário¹⁹.

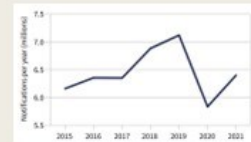
Evolução da taxa de incidência de TB em Portugal e no Concelho

Indicadores	2013	2014	2016	2017	2018	2019	2020	Meta PLS 2020	2021	Meta PLS 2025
Taxa incidência TB (por 100000 habitantes)										
Concelho	26,5	26,8	28,2	23,5	25,0	24,4	20,7	22	19,7	
Portugal	22,9	21,8	17,8	16,9	18,3	18	13,2	-	16	
Início de sintomas até diagnóstico (dias)	-	86	83	82	-	-	76	70		50
Taxa sucesso terapêutico (%)	74,8	80,5	78,1	-	83,5	91,6	71,6	86		84%

Segundo dados da DGS, desde 2013, a taxa de incidência de TB no concelho é superior à incidência verificada a nível nacional.

Tuberculose e Pandemia COVID-19

- A pandemia de COVID-19 é apontada como a causa de interrupções no tratamento e da queda acentuada do número de novas pessoas diagnosticadas com tuberculose e notificadas em 2020, quando comparado com os dados de 2019 ¹⁸. Recuperação parcial em 2021.



O uso de máscara e o distanciamento social, poderão ter representado um fator importante na contenção de casos secundários, no entanto poderá ter contribuído para a **tendência crescente dias até ao diagnóstico**, resultando num diagnóstico mais tardio e, assim, num maior risco de contagiosidade e potencial maior número de mortos por TB ¹⁹.

Metas do Plano Local de Saúde (2018-2020 extensão a 2025)²⁰

- Quebrar a cadeia de transmissão da infeção o mais cedo possível através da deteção precoce de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera;
- Melhorar a adesão ao rastreio e tratamento preventivo dos contactos vulneráveis;
- Estabelecer parcerias com a sociedade civil ou intersectoriais para a supervisão do tratamento e apoio social eficiente aos doentes mais vulneráveis.

Programa Nacional contra a Tuberculose (PNT)

EndTB Strategy - Organização Mundial de Saúde

Plano Nacional de Saúde (2021-2030)³ - Até 2030, uma taxa de incidência de tuberculose de 12,1/100.000 habitantes

Objetivo de Desenvolvimento Sustentável nº3 - "Garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos"

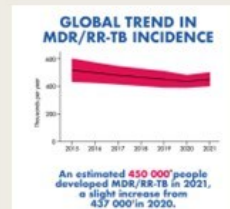
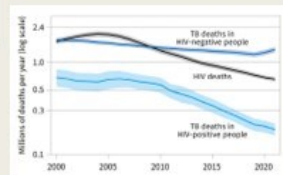
- Até 2030, acabar com as epidemias de Sida, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água e outras doenças transmissíveis.

PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2021-2030

Tuberculose 2021 Global Tuberculosis Report 2022⁸

DISTRIBUTION OF TB CASES IN 2021

57% Men
33% Women
11% Children

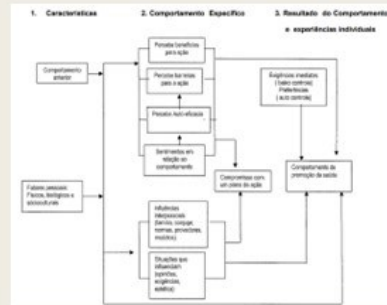


Promoção de Saúde em Tuberculose

- Os enfermeiros estão numa posição ideal para afetar os resultados nas doenças transmissíveis e sua influência começa na prevenção ²¹.
- A prevenção foca-se na alteração de comportamentos e de práticas pessoais e sociais, no sentido da promoção da saúde individual e coletiva ²².
 - Prevenção Primária: proporcionar educação comunitária sobre prevenção da TB ²¹;
 - Prevenção Secundária: rastreio de contactos ²¹;
 - Prevenção Terciária: observar TOD, identificar recursos na comunidade para prestar cuidados de suporte (referenciação) ²².

4. Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender

- Suporte à prática de enfermagem, permite a construção do plano de cuidados visando a promoção da saúde e **participação ativa do indivíduo** no seu auto-cuidado²³.
- O principal objetivo é ajudar os profissionais na identificação dos principais determinantes comportamentais de saúde, no sentido de **aconselhar uma mudança de comportamento**, resultando na promoção de um estilo de vida mais saudável²⁴.
- Tentativa de retratar a natureza multidimensional da pessoa, como ser que interage com o ambiente físico e interpessoal, em busca do estado de saúde²⁵.



5. Projeto de Intervenção 26 de abril a 30 de maio

- **Objetivo: Identificar os aspetos essenciais para o funcionamento do CDP**

No 1º estágio, procedeu-se à compilação dos resultados da revisão de literatura sobre o tratamento da TB na comunidade. Foi realizado um guia orientador que permite uma consulta rápida do estado da arte sobre:

1. Medidas de Segurança no CDP
2. O Enfermeiro na Prevenção e Tratamento de TB
3. Consulta de Enfermagem
4. Rastreio de Contactos
5. Vigilância do utente em Tratamento de TB
6. Situação de Não-adesão Terapêutica
7. Registos de Enfermagem
8. Reuniões de Equipa



Este guia foi apresentado à equipa de enfermagem que prestou funções no CDP Venda Nova.

5. Projeto de Intervenção 5 de setembro a 14 de dezembro

- **Objetivo: Desenvolver instrumentos para consulta de enfermagem no CDP.**

No 2º estágio, pela necessidade de mais informação específica, foram desenvolvidos os folhetos e as normas de procedimento, considerados essenciais para o início de atividade, nomeadamente:

- Procedimentos para consulta de enfermagem no CDP e checklist;
- Procedimentos para colheita, conservação e transporte de amostras para baciloscopias;
- Panfleto informativo para Baciloscopias;
- Folheto informativo sobre Tuberculose;
- Folheto informativo sobre o Rastreio de Tuberculose.

Procedimentos a ser aferidos e ajustados pela equipa responsável pelo CDP, de acordo com a realidade encontrada, até agora baseados nas recomendações de boas práticas e observação no CDP VN.



Orientação: Procedimentos para Consulta de Enfermagem do CDP

Publicação: Unidade de Saúde Pública/ CDP Sintra

Objetivos:

- Uniformizar a abordagem de enfermagem aos utentes no CDP;
- Sistematizar procedimentos da consulta de Enfermagem nas diferentes fases de acompanhamento do utente.


Definição de Conceitos

Suporte Teórico


Competências, funções/atividades:

- 1.ª Consulta ao utente com tuberculose
- Consultas de seguimento de um utente com tuberculose
- Fluxograma: Acompanhamento de Enfermagem de um utente com TB


Padrão de Registo no Âmbito da Área Clínica da Tuberculose no SClinico



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



ARS IVT
INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

REFERÊNCIA DO DOCUMENTO

Nº doc. / ano

Orientação: Procedimentos para colheita, conservação e transporte de amostras para baciloscopia

Publicação: Unidade de Saúde Pública /CDP Sintra

Objetivos: definir procedimentos para capacitar o utente na colheita, conservação e transporte de expectoração para baciloscopia

Definição de Conceitos

Suporte Teórico

Competências/funções/atividades:

- Indicações para o profissional de Saúde- Ensinos para a Colheita de Amostras
- Instruções de capacitação do utente para colheita e acondicionamento das amostras de expectoração em casa
- Receção e Conservação das amostras durante a sua permanência no CDP
- Transporte das amostras para o INSA

COMO COLHER EXPECTORAÇÃO PARA BACILOSCOPIA?
A melhor amostra é proveniente dos pulmões; a saliva ou secreções nasais são inadequadas para o exame.

➤ **Preparação**

- No dia anterior beba muita água e durma sem almofada;
- Quando acordar não pode comer, beber, fumar ou escovar os dentes antes de colher a expectoração;
- Pode passar a boca apenas por água para eliminar possíveis resíduos de alimentos;

➤ **Instruções**

1. Deve ir para o ar livre ou ficar perto de uma janela aberta. Garanta que não tem ninguém por perto, especialmente crianças;
2. Abra o frasco e mantenha a tampa perto;
3. Segure o recipiente perto da boca, não encoste a boca ou coloque os dedos dentro do recipiente;
4. Inspire fundo pelo nariz, prenda a respiração por alguns segundos e expire lentamente pela boca (repita duas vezes);
5. À terceira vez, depois de prender a respiração, deve expectorar (escarrar) forçando a tosse profunda;
6. Se necessário repita estes procedimentos até atingir um volume de 5 a 10ml de expectoração (saliva não conta);
7. Se repetindo a operação não tiver ainda os 5 ml, entregue o produto que conseguiu obter;

- Repita este procedimento durante 3 dias seguidos, apenas uma vez por dia;
- Lave as mãos com água e sabão após cada colheita.



Cuidados a ter com a amostra

- Feche o frasco, coloque-o num saco de plástico bem fechado dentro do frigorífico, na gaveta dos legumes (não congelar);
- Transporte o recipiente com tampa voltada para cima, em saco próprio e protegido do sol;
- Entregue as amostras no CDP ao terceiro dia, da última colheita.

[Horário para receção de baciloscopias: 2ª e 5ª das 8h às 10h]





Rastreio de Tuberculose

➤ **Exames de rastreio (gratuitos)**

- **Radiografia pulmonar (RX)** – em qualquer clínica que lhe seja conveniente – Permite perceber se está com tuberculose neste momento.
- **IGRA** – análise de sangue – são realizadas no Instituto Ricardo Jorge (marcação prévia). Permite perceber se tem a bactéria mesmo sem apresentar sintomas. Com um resultado positivo, pode desenvolver a doença mais tarde.

➤ **Casos especiais** – pessoas imunocomprometidas e crianças com idade inferior a 6 anos devem fazer **TAMBÉM:**

- **Teste tuberculínico (Mantoux)** – injeção na pele. Em IS-723, requer leitura do resultado por um profissional de saúde.

➤ **Grávidas não fazem RX, fazem apenas IGRA.**

CONTACTOS:

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge
Av. Padre Cruz 1600-056 Lisboa
Contactos para marcação do IGRA:
atendimento@insa.mn.saude.pt; entre 4ª e 6ª - 217519344 / 217519200 ext.1344





Elaborado por: Enf.ª Liliana Miranda
Supervisão Clínica: Enf.ª Mária Piedade
Supervisão Pedagógica: Prof.ª Dra Ana Resende

Referências:
DSS (2022) <https://www.us24.gov.pl/tema/konsumpcja>
Infectious Tuberculosis
Hartman-Adams, H., Gerber, R. M., George, S. (2020) Tuberculosis: Common Questions and Answers. American Family Physician, 100 (3)
FNU (2020). Manual de Tuberculose e Micobacterias não Tuberculosas
WHO (2021) WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 2: screening – systematic screening for tuberculosis disease



Rastreio Tuberculose

Centro de Diagnóstico Pneumológico de

O que é a Tuberculose?

Doença curável, causada pela inalação de partículas respiratórias, infetadas com a bactéria *Mycobacterium tuberculosis*. A bactéria multiplica-se nos pulmões, pode entrar na corrente sanguínea e aceder a todo o organismo (por exemplo: cérebro, nódulos linfáticos, ossos, rins).

A resposta imunitária normal origina a **tuberculose latente (sem sintomas)**. Se o sistema imunitário não for capaz de controlar a infeção, a bactéria multiplica-se e a situação progride para **doença ativa (com sintomas)**.

Quais são os sintomas?

- Tosse crónica (no mínimo por três semanas)
- Expectoração com sangue
- Dor no peito
- Febre
- Suores noturnos
- Perda de apetite
- Fadiga
- Perda de peso

Mesmo que não se sinta doente, pode estar infetado.

Quais são os fatores de risco?

- Imunossupressão
- Diabetes Mellitus
- Uso de drogas intravenosas
- Baixo peso corporal
- Crianças com idade inferior a cinco anos
- Grupos de comunidades com acesso limitado a cuidados de saúde: sem-abrigo, migrantes, refugiados, áreas isoladas.

Quem deve ser rastreado?

- Conviventes ou contactos próximos de pessoas com tuberculose doença;
- Pessoas com VIH;
- Residentes em instituições;
- Pessoas que trabalhem expostas a sílica;
- Pessoas com uma lesão pulmonar identificada, mas não tratada;
- Pessoas a cumprir terapêutica biológica.

Contacto de risco?

➤ O contágio pode acontecer quando passamos mais de 8h (cumulativas) com uma pessoa com tuberculose pulmonar bacilífera, ou mais de 40h com uma pessoa com tuberculose pulmonar não bacilífera.

➤ **É importante saber se está infetado** porque mais tarde pode desenvolver tuberculose com sintomas → RASTREIO



TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

O tratamento da tuberculose é feito através da toma, por via oral (comprimidos ou xaropes), de medicamentos (antibióticos), fornecidos gratuitamente.

A duração do tratamento é uma decisão do médico, que avalia caso a caso. Pode variar entre 6 a 24 meses.

A Tuberculose Pulmonar tem cura se o tratamento for cumprido rigorosamente.

Efeitos Secundários

A medicação pode provocar efeitos secundários, por isso é importante manter contacto com os profissionais de saúde que o acompanham.

Náuseas | Vômitos | Condição ou manchas na pele | Sonolência | Alteração da cor da pele, fezes, urina]


CONTACTOS:

STOP
tuberculose

Elaborado por: En^h Liliana Miranda
Supervisão Clínica: En^h M. Diana Pinheiro
Supervisão Pedagógica: Prof.^a Dina Rosa Mendes


Tuberculose Pulmonar

Centro de Diagnóstico Pneumológico de



SNS **ARS** **live**

Referências:
DQV (2012) <https://www.arsna.gov.pt/brasil/boletim-informacao-tuberculose/>
DQV (2012) <https://www.dqvgg.org/signo-de-sistema-saude-de-a-e/>
Médicos (2019) <https://www.medicos.pt/pt/boletim-informacao-tuberculose/>
WHO (2010) <https://www.who.int/health-topics/tuberculosis-tb-1>



Tuberculose Pulmonar

A tuberculose é causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*. É uma doença curável que geralmente afeta os pulmões.

A bactéria multiplica-se nos pulmões, mas pode entrar no corrente sanguíneo e viajar a todo o organismo (por exemplo, cérebro, nódulos linfáticos, ossos, rins).

A doença é contagiosa, transmite-se quando uma pessoa com tuberculose pulmonar expulsa partículas infectadas no ar, através da fala, tosse, espirros, etc.

RESPOSTA IMUNITÁRIA

Quando a bactéria é inalada e se deposita nos pulmões, pode acontecer:

- O organismo conseguir combater a bactéria e controlar a infeção, não havendo manifestação de sintomas. A bactéria fica inativa. As pessoas com **tuberculose latente** não transmitem a infeção. Contudo, não havendo tratamento, a doença pode manifestar-se mais tarde.
- As defesas do organismo são vencidas pela bactéria e começam a aparecer sintomas. As pessoas com **tuberculose doença** podem transmitir a infeção.

SINTOMAS

- Tosse crónica (no mínimo por três semanas)
- Expetoração com sangue
- Dor no peito
- Febre
- Suores noturnos
- Perda de apetite
- Cansaço
- Perda de peso

DIAGNÓSTICO

Após a infeção podem passar em média 4 a 12 semanas para a deteção dos primeiros sintomas.

O **rastreamento da tuberculose** consiste na realização de radiografia do tórax, colheita de sangue (IGRA) e prova de Mantoux (injeção no antebraço), para casos específicos.

O **diagnóstico da tuberculose** é confirmado pela identificação laboratorial da bactéria em produtos orgânicos, como a expectoração.

Os exames e consultas são gratuitos.

NÃO FIQUE NA DÚVIDA, FIQUE LIVRE DA TUBERCULOSE

Mesmo que não se sinta doente, pode estar infetado.

■ Documentos disponíveis em pasta partilhada One Drive:

✓ CDP > Geral > Doc partilhados teste > CDP > Normas e Procedimentos

4. Conclusão

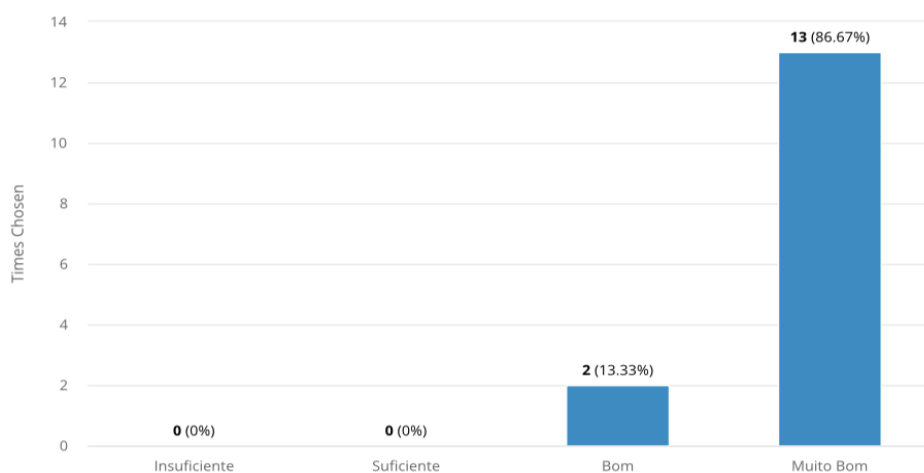
- O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública assume funções que abrangem o Planeamento em Saúde, a capacitação de grupos e comunidades, a coordenação de programas de saúde e a vigilância epidemiológica.
- O estágio na USP proporcionou múltiplas oportunidades de aprendizagem e de trabalho em equipa multidisciplinar, culminando no desenvolvimento de competências de EEESCSP.
- A realização dos dois estágios no mesmo local foi uma mais-valia para o acompanhamento do projeto em várias fases e para o aperfeiçoamento da minha intervenção.
- Mesmo em contexto de pós-pandemia, em que se evidenciou uma sobrecarga de atividades, a disponibilidade e orientação da equipa multidisciplinar, foi notável.

Muito Obrigada!

Apêndice XII – Avaliação da Sessão-Formação

Obrigada pela sua participação. Considerando que a sua opinião é muito útil para apurar o nível de satisfação e utilidade desta sessão, agradeço o preenchimento deste questionário e sugestões para melhoria. Como classifica a sessão quanto ao interesse da temática?

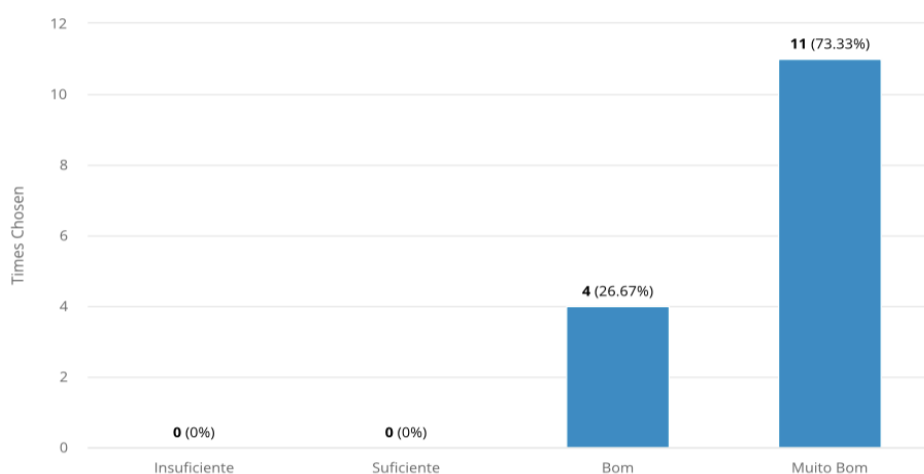
Number of responses: 15



+ Add comment

Como classifica a sessão quanto à utilidade dos temas abordados?

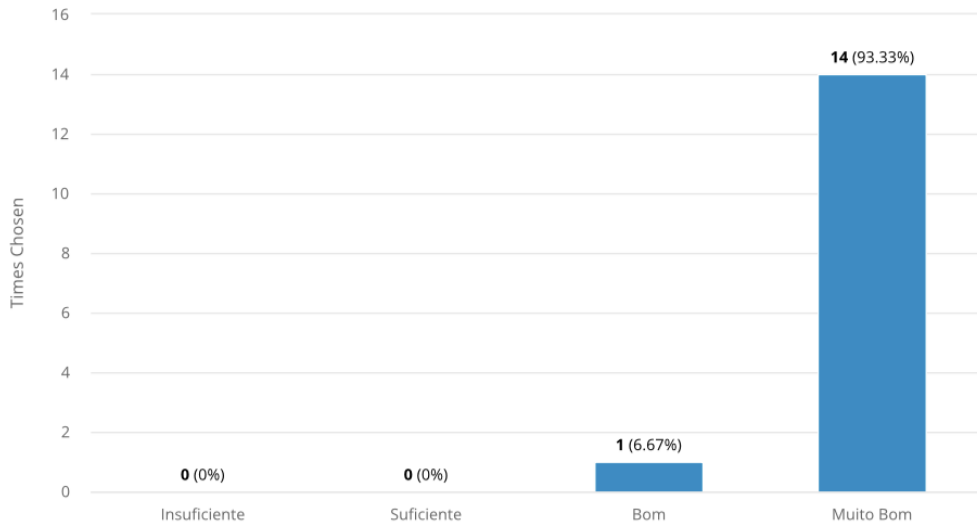
Number of responses: 15



+ Add comment

Como classifica a sessão quanto à abordagem da temática?

Number of responses: 15



+ Add comment

Deixe a sua sugestão.

Number of responses: 2

Text answers:

Excelente apresentação em todos os níveis

Integrar a equipa da USP/CDP logo que possível:-)

Muitos parabéns e obrigada pelo excelente trabalho.

..)

Apêndice XIII – Cronograma de Atividades

Atividades	26 de Abril	Maio	Junho	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro
Diagnóstico de situação									
Revisão de literatura									
Visitas ao CDP									
Guia Orientador do Funcionamento do CDP									
Relatório de Aprendizagem									
Consenso de Peritos									
Scoping Review									
Folheto sobre TB									
Folheto sobre Rastreio de TB									
Procedimentos para consulta de Enfermagem em CDP									
Procedimentos para baciloscopias									
Folheto sobre baciloscopias									
Sessão-Formação em serviço									
Relatório de Estágio									

Apêndice XIV – Poster para o V Seminário Internacional do Mestrado em
Enfermagem



Causas para a hesitação vacinal em crianças e adolescentes: a Scoping Review

EDET, Audrey (1); MIRANDA; Liliana (2), FERRITO; Candida (3)

(1) audrey_edet@hotmail.com – ACES Almada/Seixal, USF Amora Saudável - Mestranda na Universidade Católica Portuguesa do XV Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública;
(2) lilianamiranda@gmail.com - CUF Tejo - Mestranda na Universidade Católica Portuguesa do XV Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública;
(3) Escola de Enfermagem (Lisboa) do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

INTRODUÇÃO

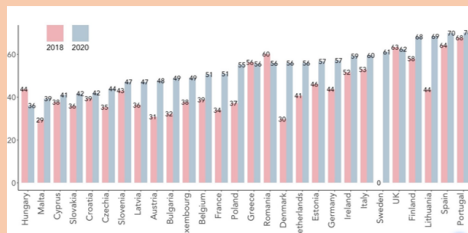
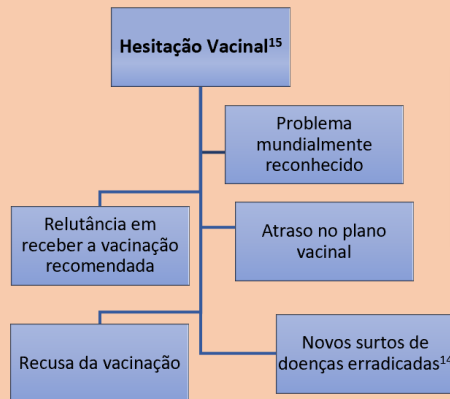


Figura 1: Confiança na vacinação

OBJETIVO

Identificar as causas para a hesitação vacinal dos pais e representantes legais de crianças e adolescentes.

Quais são as causas para a hesitação vacinal dos pais e representantes legais de crianças e adolescentes?

População - pais e representantes legais de crianças e adolescentes até aos 18 anos
Conceito - causas para a hesitação vacinal
Contexto - não especificado

METODOLOGIA

- Joanna Briggs Institute Manual for Evidence Synthesis¹;
- Pesquisa preliminar por outras scoping reviews sobre o tema - JBI Evidence Synthesis e Pubmed, no dia 12 de março de 2022. Resultado: sem informação relevante;
- A pesquisa foi realizada no mês de março de 2022, por dois revisores;
- Critérios de inclusão: estudos escritos em inglês e português, a partir de 2015- Queda do número de crianças vacinadas em 2011, no entanto, é partir de 2015 que surgem os primeiros estudos fenómeno;
- Limitador de pesquisa foi a disponibilidade de texto completo e como expansores, o assunto: *parents attitudes*;
- Medical Subject Headings (MeSH), descritores: *vaccine hesitancy, vaccine refusal, children, adolescents, youth, child and teenagers*;
- Análise dos títulos, resumos, termos de índice usados para descrever o artigo, e respetivas referências bibliográficas (possíveis estudos adicionais);
- Incluídos artigos, diretrizes, dissertações e teses de repositórios universitários, disponíveis em texto completo e de forma gratuita online;
- Excluíram-se os estudos que não responderam à questão de pesquisa proposta.

RESULTADOS

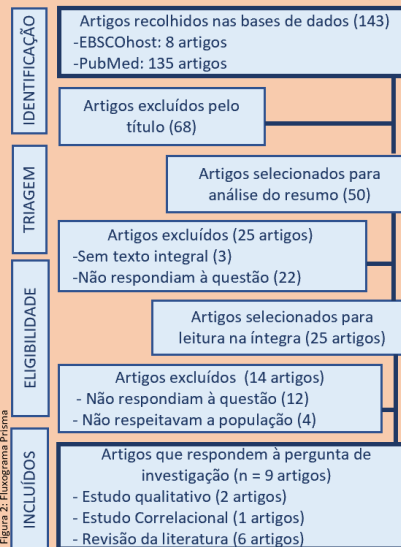


Figura 2: Fluxograma Prisma

DISCUSSÃO

Modelo 3C- OMS^{18, 24, 26}

- ❖ **Confiança** na eficácia e segurança das vacinas;
- ❖ **Complacência** por baixa perceção do risco de contrair doença, (vacinas são desnecessárias);
- ❖ **Conveniência** inclui acessibilidade, disponibilidade física e económica;

Outras causas identificadas^{18 a 26}

- Receio de reações adversas a curto e longo prazo;
- Medo de causar dano aos filhos;
- Dúvidas quanto à eficácia e composição da vacina;
- Dúvidas quanto aos interesses da indústria farmacêutica (teorias da conspiração);
- Influências históricas, geográficas, políticas, culturais, religiosas, e instrução da população;
- Rejeição da ciência.

CONCLUSÃO

- A vacinação é a forma terapêutica mais eficaz disponível para a erradicação e controlo de doenças. O conceito de hesitação vacinal é um fenómeno caracterizado pela sua complexidade e multidimensionalidade.
- O **Enfermeiro**: compreende a dinâmica da hesitação vacinal, identifica situações de risco, avalia as questões subjacentes, desmistifica possíveis crenças e aconselha, tendo em vista a promoção de saúde da criança/adolescente envolvida. Mantém-se disponível como recurso à comunidade.
- Sustentado pelo Regulamento nº 428/2018, os **Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública** desempenham uma função preponderante no sucesso do Programa Nacional de Vacinação.

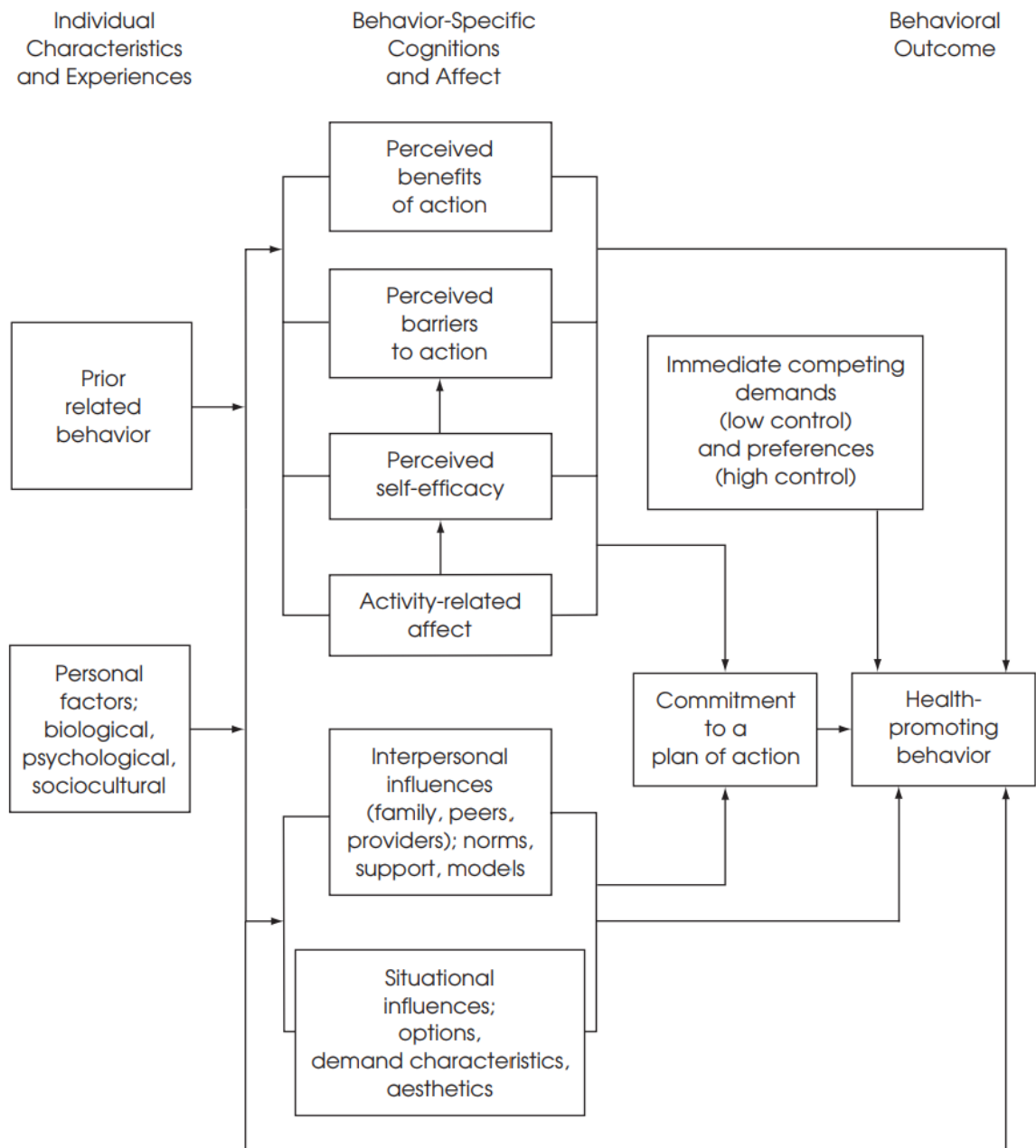
Anexos

Anexo I – Áreas de Vigilância da USP

<ul style="list-style-type: none"> • Identificação e monitorização do estado de saúde da população/Observatório Local de Saúde 	
<ul style="list-style-type: none"> • Vigilância Epidemiológica 	<p>Doenças Transmissíveis; Emergências em Saúde Pública;</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Gestão de Programas / Projetos 	<p>Programa Nacional de Vacinação (PNV); Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE); Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral; Programa de Saúde Ocupacional Externa; Projeto de Intervenção em Saúde Mental; Projeto Comunitário de Articulação com o HFF – Unidade Coordenadora Funcional da Diabetes;</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Saúde Ambiental 	<p>Projeto Rede de Vigilância de Vetores (Revive); Projeto Regional de Qualidade do Ar Interior; Vigilância Epidemiológica Integrada da Doença dos Legionários; Vigilância e Prevenção de Doenças de Origem Alimentar em Lares de Idosos; Vigilância sanitária das Águas; Vigilância sanitária do habitat; Vigilância sanitária das condições de higiene, segurança e saúde de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estabelecimentos Comerciais; - Estabelecimentos Industriais; - Estabelecimentos de Apoio Social; - Unidades Privadas de Saúde;
<ul style="list-style-type: none"> • Qualidade dos Serviços • Formação • Autoridade de Saúde 	

Fonte: USP, 2016

Anexo II – Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender



Fonte: Murdaugh et al., 2019

Anexo III – População residente no concelho – Resultado do Censos 2021

População residente (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2021) e Naturalidade

LOCAL DE RESIDÊNCIA (À DATA DOS CENSOS 2021) ▾	TOTAL	PORTUGUESA	ESTRANGEIRA	EUROPA	OUTROS PAÍSES - EUROPA	FEDERAÇÃO DA RÚSSIA	UCRÂNIA	ÁFRICA	ÁFRICA DO SUL	ANGOLA	CABO VERDE	GUINÉ-BISSAU	MOÇAMBIQUE	SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE	OUTROS PAÍSES - ÁFRICA	AMÉRICA	BRASIL	ÁSIA	BANGLADECHE	CHINA	ÍNDIA	NEPAL	PAQUISTÃO	OUTROS PAÍSES - ÁSIA
Continente	9.855.909	8.799.262	1.056.647	311.715	108.759	6.620	33.232	347.084	10.611	154.970	54.764	25.968	64.153	20.314	16.304	324.267	268.742	71.922	8.975	13.807	17.333	12.969	4.353	14.485
Norte	3.586.586	3.350.674	235.912	85.559	20.460	1.234	4.822	53.747	3.202	29.887	3.115	1.357	12.132	1.311	2.743	88.035	69.571	8.249	619	2.940	1.372	458	297	2.563
Centro	2.227.239	2.031.074	196.165	73.984	25.069	1.201	8.548	49.816	2.289	27.261	2.402	1.947	11.508	1.800	2.609	62.781	45.565	9.225	360	1.893	2.545	1.540	335	2.552
Área Metropolitana de Lisboa	2.870.208	2.394.099	476.109	85.165	32.361	2.973	11.295	213.541	3.569	83.862	45.607	21.083	34.297	16.753	8.370	138.893	124.834	37.976	6.494	7.072	7.876	6.941	2.725	6.868
	19.143	16.978	2.165	707	213	9	80	632	19	346	57	19	145	26	20	590	522	234	1	31	11	25	2	164
	177.238	148.555	28.683	4.934	1.867	188	486	12.540	176	4.931	3.312	647	1.879	1.206	389	9.363	8.597	1.818	215	364	247	521	174	297
	171.454	136.893	34.561	3.579	1.604	145	792	19.749	150	5.248	7.422	2.700	1.755	1.688	786	8.716	8.040	2.499	346	374	721	317	412	329
	78.345	66.940	11.405	1.387	579	69	186	6.127	47	2.328	1.551	778	670	479	274	3.265	2.956	619	92	128	156	130	38	75
	214.124	169.638	44.486	10.776	4.367	447	1.011	14.387	707	6.059	1.646	1.119	3.955	286	615	16.515	14.501	2.709	258	779	308	340	50	974
	545.796	453.998	91.798	20.393	5.631	581	1.614	29.292	557	12.731	4.543	1.785	6.327	1.667	1.682	27.322	23.493	14.612	4.193	2.487	1.937	3.489	528	1.978
	201.590	168.824	32.766	4.530	1.888	134	831	18.292	213	6.171	3.153	2.290	2.353	3.406	706	7.629	6.905	2.296	221	343	877	304	207	344
	86.515	76.121	10.394	2.746	1.148	89	404	2.872	97	1.391	257	161	727	139	100	4.309	3.918	453	5	125	59	115	28	121
	66.255	55.536	10.719	1.229	472	40	148	7.090	58	3.021	1.454	1.085	675	509	288	2.011	1.821	383	21	108	125	32	50	47
	55.682	47.012	8.670	2.335	845	67	301	2.291	69	1.286	211	142	373	134	76	2.772	2.567	1.268	30	97	453	391	129	168
	171.658	144.070	27.588	4.702	1.577	184	500	12.690	294	5.166	2.546	525	3.259	401	499	8.548	7.582	1.630	148	357	358	165	47	555
	68.852	61.451	7.401	2.002	738	51	236	2.706	75	1.370	313	152	563	128	105	2.048	1.873	639	74	110	180	160	28	87
	52.384	46.893	5.491	1.552	587	68	131	1.927	65	1.010	270	74	380	49	79	1.781	1.634	224	16	71	44	16	20	57
	123.496	107.710	15.786	3.292	1.472	141	483	5.897	126	3.083	916	222	1.148	174	228	5.885	5.505	701	30	217	80	90	34	250
	385.606	312.991	72.615	10.036	4.657	369	2.002	41.037	428	15.089	11.103	6.027	4.344	2.667	1.379	18.130	16.617	3.349	356	759	848	350	242	794
	137.529	119.662	17.867	3.340	1.510	126	661	7.919	151	3.327	1.443	719	1.471	509	299	5.707	5.173	892	99	210	281	92	60	150
	704.533	652.217	52.316	17.992	6.890	204	2.501	11.810	312	6.111	1.034	381	3.121	216	635	12.360	10.972	10.091	945	986	3.535	2.697	604	1.324
	148.034	122.231	25.803	3.839	1.843	128	1.050	12.410	143	5.386	1.590	1.769	2.037	995	490	6.930	6.376	2.609	317	295	947	286	499	265
	467.343	371.198	96.145	49.015	23.979	1.008	6.066	18.170	1.239	7.849	2.606	1.200	3.095	234	1.947	22.198	17.800	6.381	557	916	2.005	1.333	392	1.178
	166.507	138.596	27.911	3.786	1.363	137	379	15.683	194	5.919	3.820	869	2.236	2.290	355	7.372	6.754	1.041	72	217	244	118	177	213

Fonte: INE, 2022

População residente (Portuguesa nascida no estrangeiro -N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2021)

LOCAL DE RESIDÊNCIA (À DATA DOS CENSOS 2021) ▾	TOTAL	FEDERAÇÃO DA RÚSSIA	UCRÂNIA	ÁFRICA	ÁFRICA DO SUL	ANGOLA	CABO VERDE	GUINÉ-BISSAU	MOÇAMBIQUE	SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE	OUTROS PAÍSES - ÁFRICA	AMÉRICA	BRASIL	ÁSIA	BANGLADECHE	CHINA	ÍNDIA	NEPAL	PAQUISTÃO	OUTROS PAÍSES - ÁSIA
Continente	569.712	3.485	14.716	260.746	8.966	127.110	32.360	12.514	60.155	11.429	8.212	113.127	77.433	12.239	446	1.019	3.941	632	566	5.635
Norte	148.721	694	2.452	44.513	2.897	25.945	1.438	759	11.358	622	1.494	34.751	21.704	1.460	44	175	268	12	34	927
Centro	118.810	677	3.730	41.151	1.906	23.805	1.270	877	10.831	917	1.545	25.356	12.887	1.227	12	112	250	38	23	792
Área Metropolitana de Lisboa	245.535	1.481	5.006	151.643	3.036	64.864	27.655	10.274	32.123	9.587	4.104	43.566	36.068	8.365	372	609	3.058	476	475	3.375
	1.101	5	26	525	18	279	44	11	143	19	11	205	164	29	0	5	3	0	0	21
	15.082	89	237	9.157	149	3.861	2.086	370	1.764	698	229	2.815	2.360	442	14	33	138	46	36	175
	17.290	85	363	12.107	125	3.762	4.085	1.216	1.625	975	319	2.527	2.119	593	25	34	265	24	64	181
	5.699	34	91	3.911	47	1.624	956	370	565	252	97	817	640	128	4	12	49	18	2	43
	23.012	186	406	12.104	587	5.508	1.057	623	3.787	177	365	6.052	5.074	787	27	76	184	30	12	458
	40.955	240	655	22.345	454	10.311	3.009	912	5.936	1.013	710	8.652	6.933	2.478	207	200	872	265	100	834
	17.313	79	335	11.763	174	4.339	1.851	1.154	2.199	1.680	366	2.386	1.942	630	25	32	359	17	46	151
	5.062	49	191	2.368	77	1.185	161	99	692	90	64	1.251	1.063	90	0	8	24	0	0	58
	6.185	28	69	4.707	49	2.252	925	471	597	280	133	507	403	119	2	6	70	3	11	27
	3.552	41	152	1.627	63	884	131	89	345	78	37	773	664	66	1	4	22	5	3	31
	16.888	78	213	10.782	257	4.651	1.787	345	3.149	275	318	3.024	2.464	670	17	44	235	14	11	349
	3.924	31	118	2.074	64	1.105	194	79	512	76	44	669	558	87	1	11	26	2	2	45
	3.105	31	64	1.586	58	867	174	45	368	34	40	556	480	56	2	4	18	1	2	29
	8.094	70	241	4.562	119	2.452	560	132	1.068	108	123	1.604	1.406	231	1	16	46	5	5	158
	38.857	200	913	26.634	368	10.827	6.383	2.666	4.099	1.658	633	5.572	4.714	938	13	61	337	18	56	453
	9.946	74	315	5.903	127	2.618	905	380	1.390	320	163	1.789	1.459	213	3	23	88	1	12	86
	21.979	121	877	9.608	254	5.322	562	174	2.912	134	250	3.263	2.644	476	2	61	141	36	8	228
	12.887	71	426	8.084	126	3.634	971	801	1.801	520	231	2.086	1.737	489	27	25	195	24	74	144
	34.667	512	2.651	13.831	873	7.174	1.435	430	2.931	169	819	6.191	4.130	711	16	62	224	70	26	313
	16.583	90	191	11.404	174	4.705	2.376	511	2.083	1.334	221	2.281	1.888	319	3	15	127	3	39	132

Fonte: INE, 2022

Anexo IV – População desempregada – Resultado do Censos 2021

População desempregada (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2021) e Fonte de rendimento

LOCAL DE RESIDÊNCIA (À DATA DOS CENSOS 2021) ▾	FONTE DE RENDIMENTO ▾									
	TOTAL	TRABALHO	REFORMA/PENSÃO	SUBSÍDIO DE DESEMPREGO	RENDIMENTO SOCIAL DE INSERÇÃO	OUTRO SUBSÍDIO TEMPORÁRIO (DOENÇA, MATERNIDADE, ETC.,...)	RENDIMENTO DA PROPRIEDADE OU DA EMPRESA	A CARGO DA FAMÍLIA	OUTRA SITUAÇÃO	
Continente	369.937	57.892	2.844	122.467	25.473	4.265	1.736	107.043	48.217	
Norte	142.245	19.118	1.223	47.269	11.322	1.455	624	42.504	18.730	
Centro	59.985	10.389	517	18.661	3.715	782	267	17.334	8.320	
Área Metropolitana de Lisboa	120.894	19.958	818	39.665	7.383	1.479	627	35.429	15.535	
	707	139	6	242	41	16	5	181	77	
	8.217	1.225	51	2.632	683	109	29	2.491	997	
	8.204	1.348	54	2.586	503	100	40	2.515	1.058	
	3.639	625	31	1.199	293	36	19	1.040	396	
	8.129	1.302	69	2.666	357	111	86	2.466	1.072	
	22.111	3.950	151	6.726	2.030	233	162	5.849	3.010	
	8.772	1.381	46	3.025	435	113	30	2.518	1.224	
	2.682	434	11	936	92	36	28	806	339	
	3.623	504	25	1.113	329	52	10	1.120	470	
	2.531	390	17	815	200	38	9	744	318	
	5.991	989	40	2.048	196	73	46	1.759	840	
	2.602	452	25	923	102	40	9	724	327	
	1.996	317	14	638	96	27	6	656	242	
	5.154	921	50	1.637	325	66	33	1.557	565	
	17.736	2.886	112	6.119	724	204	50	5.340	2.301	
	5.466	942	29	2.025	243	72	18	1.557	580	
	21.646	3.815	172	6.586	1.828	262	102	6.101	2.780	
	6.029	963	41	1.986	331	58	26	1.822	802	
	25.167	4.612	114	10.286	1.225	287	116	5.675	2.852	
	7.305	1.190	46	2.349	403	95	21	2.284	917	

Fonte: INE, 2022

Anexo V – Grelha de Análise

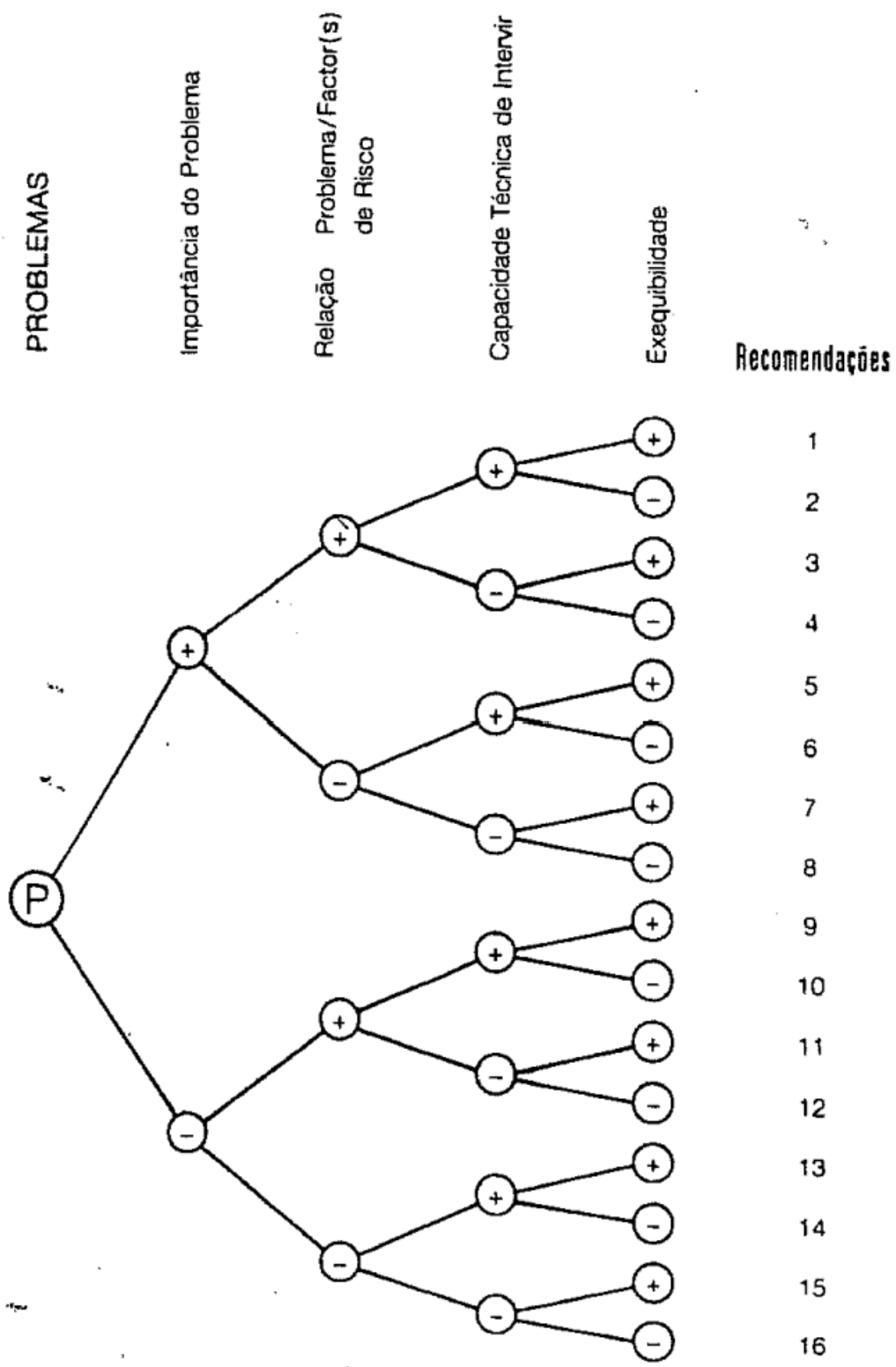


FIG. 9 - GRELHA DE ANÁLISE para determinação de prioridades
(Extraído de Pineault e Daveluy, 1986)

Fonte: Tavares, 1990

Anexo VI – Certificados de Formação



Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD)

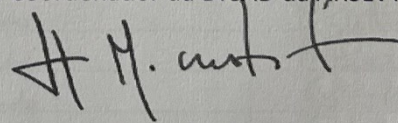
DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO

Declaramos que Liliana Miguel Semedo Miranda participou no Webinar "**O Sono, muito mais do que Dormir...**", que decorreu no dia 11 de outubro de 2022, com a duração total de 2h15.

Este Webinar constituiu a 6.ª Sessão Temática do ciclo de Webinars da Equipa Técnica Especializada de Tratamento de Almada, e foi organizado e apresentado por aquela Equipa do Centro de Respostas Integradas da Península de Setúbal, uma das oito Unidades de Intervenção Local da Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD), da ARSLVT, IP.

Lisboa, 12 de outubro de 2022

O Coordenador da DICAD da ARSLVT, IP



(Joaquim Fonseca)

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO



Certifica-se que **Liliana Miranda**, participou na Formação Kit de Abordagem à Mutilação Genital Feminina/Corte, dirigida a profissionais de saúde, nos dias 19 de outubro e 2 de novembro de 2022, com a duração de 6 horas, dinamizado pela Delegação de Lisboa da Associação para o Planeamento da Família (APF).

A Coordenadora da Delegação de Lisboa da APF

Sónia Duarte Lopes

