



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM S. JOÃO DE DEUS

Mestrado em Enfermagem Comunitária

Relatório Estágio

**“TUBERCULOSE: UM DESAFIO NO CUIDAR - VISITA DOMICILIÁRIA AOS
DOENTES COM TUBERCULOSE DO CDP DE SETÚBAL”**

Ana Paula Lopes de Jesus

Orientadora:

Professora Doutora Felismina Rosa Pereira Mendes

Évora, março 2012

Mestrado em Enfermagem Comunitária

Relatório Estágio

**“TUBERCULOSE: UM DESAFIO NO CUIDAR - VISITA DOMICILIÁRIA AOS
DOENTES COM TUBERCULOSE DO CDP DE SETÚBAL”**

Ana Paula Lopes de Jesus

Orientadora:

Professora Doutora Felismina Rosa Pereira Mendes

*“Nós mesmos sentimos que o que fazemos é uma gota no oceano.
Mas o oceano seria menor se essa gota faltasse”*

(Autor Desconhecido)

AGRADECIMENTOS

⇒ À Professora Doutora Felismina Mendes, pela orientação dada, pelo incentivo e pela disponibilidade demonstrada;

⇒ À Direção do Centro de Saúde de São Sebastião, pela autorização e disponibilidade fornecida para a realização deste trabalho;

⇒ À Equipa Multidisciplinar do CDP de Setúbal, pelo apoio e carinho demonstrado;

⇒ À Enfermeira Cármen, colega e amiga, pela parceria, apoio, disponibilidade e palavras de incentivo;

⇒ À Idália, colega de Mestrado e amiga, por todas as indas e vindas, pela força e companheirismo nas conquistas e stresses, pelas horas que passámos a discutir e partilhar ideias e pelos momentos de descontração que passámos juntas;

⇒ A todos os que no dia a dia me ofereceram a possibilidade de repensar e reavaliar a minha prática profissional e pelo afeto que me dedicaram;

⇒ A todos as pessoas com tuberculose que participaram neste estudo, por se terem disponibilizado a colaborar comigo, partilhando a sua experiência, os seus sentimentos e emoções;

⇒ Aos **AMIGOS** sempre presentes. Eles certamente saberão....

⇒ E por fim, mas não com menor importância, à minha **FAMÍLIA**, pela paciência que tiveram e pela compreensão, que sempre demonstraram.

O MEU MUITO OBRIGADA!

RESUMO

Tuberculose: Um Desafio no Cuidar – Visita Domiciliária aos Doentes com Tuberculose Pulmonar do CDP de Setúbal

O Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) de Setúbal dedica-se ao tratamento de doentes com Tuberculose. Os casos diagnosticados iniciam tratamento antibacilar, ficando em regime de Toma Observada Directamente (TOD) neste serviço. Sempre que o doente não apresentava condições para se deslocar diariamente a este serviço, a toma de medicação passava a ser assegurada pela Unidade de Cuidados na Comunidade, não havendo feedback da sua monitorização.

O presente trabalho versa sobre “Tuberculose: Um Desafio no Cuidar” e teve como objetivo geral “Implementar Visita Domiciliária (VD) aos doentes com Tuberculose Pulmonar, do CDP de Setúbal”. Para tal desenvolveram-se várias estratégias como caracterizar sócio demograficamente a população, estabelecer parcerias com os recursos da comunidade, realizar sessões de educação para a saúde e implementar VD.

Os resultados demonstraram que o objetivo foi alcançado pois a VD está a ser realizada a todos os doentes impossibilitados de se deslocarem ao CDP e este conseguiu uma taxa de 100% de adesão ao tratamento.

Palavras-chave: Tuberculose, visita domiciliária, doente, toma observada diretamente

ABSTRACT

Tuberculosis: A Challenge to Care – Domiciliary Visit to Patients with Pulmonary Tuberculosis in CDP of Setúbal

The Diagnostic Center Pulmonology (CDP) in Setúbal is dedicated to the treatment of patients with tuberculosis. The cases diagnosed that initiated antituberculous treatment, stay under the Directly Observed Treatment (DOT) in this service. When the patients don't have conditions to move to this daily service, the medication was provided by Continuing Care, not having feedback of its monitoring.

The present paper it's about "Tuberculosis: A Challenge to Care" and had as general objective "Implementing Domiciliary Visit in patients with Pulmonary Tuberculosis, on the CDP of Setubal." For this have developed various strategies to characterize socio-demographically the population, establish partnerships with community resources, conduct education sessions for health and implement Domiciliary Visit. The results showed that the objective has been achieved because the DV is being performed to all patients unable to move to the CDP and this achieved a rate of 100% adherence on the treatment.

Keywords: Tuberculosis, home visits, patient, directly observed treatment

LISTA DE SIGLAS

ACSSP – Agrupamento dos Centros de Saúde de Setúbal e Palmela

ANT – Assistência Nacional aos Tuberculosos

CAT – Centro de Atendimento a Toxicodependentes

CDP – Centro Diagnóstico Pneumológico

DGS – Direção Geral de Saúde

DOTS – Directly Observed Therapy Short - Course

D.R. - Diário da República

LATI – Liga dos Amigos da Terceira Idade

IANT – Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos

OMS – Organização Mundial Saúde

PNLT – Plano Nacional Luta Contra a Tuberculose

RSI - Rendimento Social de Inserção

SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida Humana

SLAT – Serviço de Luta Antituberculosa

TB – Tuberculose

TB-MR – Tuberculose Multirresistente

TOD – Toma Observada Directamente

TP – Tuberculose Pulmonar

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UE – União Europeia

VIH – Vírus Imunodeficiência Humana

VD – Visita Domiciliária

WHO - World Health Organization

INDICE

1 -	Introdução	12
2 -	Análise do Contexto	17
2.1 -	Caracterização do ambiente de realização do Estágio Final	22
2.2 -	Caracterização dos recursos materiais e humanos	22
2.3 -	Descrição e fundamentação do processo de aquisição de competências ...	23
3 -	Análise da população/utentes	27
3.1 -	Caracterização geral da população/utentes	28
3.2 -	Cuidados e necessidades específicas da população alvo	30
3.3 -	Estudos sobre programas de intervenção com população alvo	31
3.4 -	Recrutamento da população alvo	34
4 -	Análise reflexiva sobre os objetivos	35
4.1 -	Objetivos da intervenção profissional	35
4.2 -	Objetivos a atingir com a população alvo	37
5 -	Análise reflexiva sobre as intervenções	40
5.1 -	Fundamentação das intervenções	41
5.2 -	Metodologias	46
5.3 -	Análise reflexiva sobre as estratégias acionadas	48
5.4 -	Recursos materiais e humanos envolvidos	76
5.5 -	Contatos desenvolvidos e entidades envolvidas	78
5.6 -	Análise da estratégia orçamental	78
6 -	Análise reflexiva sobre o processo de avaliação e controlo	80
6.1 -	Avaliação dos objetivos	80
6.2 -	Avaliação da implementação do programa	82
6.3 -	Descrição dos momentos de avaliação intermédia e medidas corretivas introduzidas	83
7 -	Análise reflexiva sobre competências mobilizadas e adquiridas	84
	Conclusão	88
	Referências bibliográficas	91

ANEXOS

Anexo I -	Plano de Sessão das Ações de Educação para a Saúde realizadas aos doentes/famílias	98
Anexo II -	Cronograma de Agendamento de Reuniões	103
Anexo III -	Exemplar do Projeto	106
Anexo IV -	Questionário de Avaliação à Equipa Multidisciplinar de Saúde do CDP (Apresentação do Projeto)	111
Anexo V -	Questionário de Avaliação à Equipa Multidisciplinar de Saúde do CDP (Identificação Fatores de Risco)	113
Anexo VI -	Plano de Sessão das Formação aos Recursos/Parceiros da Comunidade	115
Anexo VII -	Questionário de Avaliação aos Recursos da Comunidade (Estabelecimento de parcerias)	118
Anexo VIII -	Questionário de Avaliação aos Recursos da Comunidade (Ações de Formação Realizadas)	121
Anexo IX -	Folheto Informativo “Tuberculose – Conhecer é prevenir”	123
Anexo X -	Folheto Informativo “Tuberculose – A Importância da Medicação feita no Domicílio”.....	129
Anexo XI -	Questionário de Avaliação à Equipa Multidisciplinar de Saúde do CDP (Programação de Sessões de Educação a desenvolver junto dos Doentes/Famílias)	132
Anexo XII -	Questionário de Avaliação à Equipa Multidisciplinar de Saúde do CDP (Realização dos Folhetos Informativos)	135
Anexo XIII -	Questionário de Avaliação à Equipa Multidisciplinar de Saúde do CDP (Apresentação dos Folhetos Informativos)	137
Anexo XIV -	Questionário de Avaliação aos Doentes/Famílias (Sessões de Educação para a Saúde ao Doente/Família com TP e a realizar TOD Domiciliária)	139
Anexo XV -	Questionário de Avaliação à Equipa Multidisciplinar do CDP e Parcerias (Necessidade de Encaminhamento)	142
Anexo XVI -	Plano de Organização e Funcionamento da VD	145
Anexo XVII -	Guião de Apoio à realização de VD a doentes com TP a fazer TOD	150

Anexo XVIII -	Guia de Colheita de Dados de Enfermagem.....	155
Anexo XIX -	Folha de Visita Domiciliária	162
Anexo XX -	Folha de Articulação de Cuidados	165
Anexo XXI -	Questionário de Avaliação à Equipa de Enfermagem/Equip Multidisciplinar do CDP (Planeamento das Atividades a desenvolver na VD)	169
Anexo XXII -	Questionário de Avaliação à Equipa Multidisciplinar do CDP (Apresentação/Melhoramento dos Instrumentos de Colheita e Análise de Dados)	171
Anexo XXIII -	Caracterização dos doentes seleccionados para inclusão em TOD Domiciliária.....	174
Anexo XXIV -	Avaliação da Implementação da VD.....	177

ÍNDICE DE FIGURAS, QUADROS E GRÁFICOS

FIGURAS

Figura I	Incidência de casos de TB notificados por 100 mil habitantes em 2009 na UE e EFTA.....	18
Figura II	Incidência de casos novos de TB notificados por 100 mil pessoas: distribuição geográfica e evolução desde há 10 anos.....	19

QUADROS

Quadro I	Importância atribuída pelos profissionais da equipa multidisciplinar à implementação de VD.....	49
Quadro II	Importância atribuída pelos doentes à existência de VD/TOD Domiciliária	50
Quadro III	Justificação da importância atribuída pelos doentes/família à implementação de VD para TOD.....	50

GRÁFICOS

Gráfico I	Número de doentes inscritos no CDP de Setúbal durante os anos de 2010/ 202011/2012 (1 a 31 Janeiro)	27
Gráfico II	Número de TP diagnosticadas nos anos de 2010, 2011 e 2012 (1 a 30 Janeiro)	27
Gráfico III	Distribuição por sexo dos doentes com TP inscritos de 15/11/2011 a 31/01/2012.....	28
Gráfico IV	Distribuição etária dos casos de TP no sexo masculino (entre 15/11/2011 a 31/01/2012)	28
Gráfico V	Distribuição etária dos casos de TP no sexo feminino (entre 15 /11/2011 a 31/01/2012)	29
Gráfico VI	Distribuição por situação profissional dos doentes com TP (entre 15/11/2011 a 31/01/2012)	29
Gráfico VII	Distribuição por habilitações literárias dos doentes com TP (entre 15 /11/2011 a 31/01/2012)	29

1 – Introdução

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem S. João Deus - Évora, foi solicitada a realização de um Relatório de Mestrado referente ao trabalho desenvolvido no estágio em Enfermagem de Saúde Comunitária, que decorreu no período compreendido entre 15 de Novembro de 2011 e 31 de Janeiro de 2012.

Neste documento pretende-se conseguir uma reflexão sobre a Tuberculose (TB) e o cumprimento da terapêutica nos doentes com Tuberculose Pulmonar (TP) em Toma Observada Directamente (TOD) Domiciliária, considerando-se esta como uma temática de importância comunitária, em que a intervenção especializada de enfermagem pode promover ganhos em saúde à população alvo.

Quando a 24 de Março de 1882, o Dr. Robert Koch isolava pela primeira vez o agente causador da TB – *Mycobacterium tuberculosis*, também denominado bacilo de tuberculose ou bacilo de Koch (pertencente à família das micobactérias), dava-se o primeiro passo para o diagnóstico e cura da doença.

Contudo, passados 129 anos sobre a descoberta e mais de 60 anos sobre o uso de antibióticos altamente eficazes, o número de novos casos de TB continua a aumentar em todo o mundo, atingindo cerca de dez milhões e matando aproximadamente 2 milhões de pessoas por ano, 98% das quais em países em desenvolvimento... apesar de se tratar de uma doença que é possível curar ao fim de seis meses de tratamento, pelo valor de 20 euros (DGS, 2008a).

Durante algum tempo acreditou-se que a TB estava controlada e que deixaria de ser um problema de saúde pública. No entanto, o abandono do tratamento, o aumento da pobreza, o crescimento populacional, a migração, o aumento da influência do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) e as políticas de saúde inadequadas, levaram a Organização Mundial de Saúde (OMS) a concluir que os *“governos de muitos países, com alta prevalência de tuberculose, negligenciaram, no passado, o controlo da tuberculose”* (DGS, 2006a).

Em Abril de 1993, a OMS declarou a TB como uma emergência global. Reconheceu a doença como um importante problema de saúde pública até então descurado e sem controlo em muitas regiões do mundo (Comissão Nacional de Luta Contra a Tuberculose, 1995).

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

Esta declaração gerou um efeito positivo em várias áreas de atuação e junto de muitas instituições e financiadores internacionais, tendo originado que cerca de dez milhões de pessoas com TB completassem com sucesso o tratamento necessário, ao abrigo da estratégia Directly Observed Therapy Short Course (DOTS). Trata-se de uma das mais bem sucedidas iniciativas de Saúde Pública com baixos custos alguma vez implementada a nível mundial, que permitiu salvar vidas e reduzir significativamente a propagação da doença, representando atualmente uma cobertura de mais de 60% da população mundial. Portugal é um dos 150 países que já adotaram esta estratégia.

O aumento assustador de doentes toxicodependentes e com o Síndrome da Imunodeficiência Humana (SIDA), associado a uma previsível emergência de estirpes de bacilos de Koch resistentes à terapêutica existente e, a acrescer a estes factos, a grande afluência de imigrantes oriundos de países onde a TB é altamente prevalente, constituem grande preocupação, segundo a Comissão Nacional de Luta contra a Tuberculose (1995) e poderão, caso não sejam atempadamente adotadas as medidas adequadas, contribuir para um agravamento da situação.

Em 2006, a World Health Organization (WHO) afirmou que *“a soma dos sofrimentos e das perdas económicas causadas pela tuberculose é uma afronta às nossas consciências. É preciso agir com urgência para intensificar os nossos esforços de luta contra uma doença que é curável e evitável”* (WHO, 2006a).

O impacto económico da doença, estudado pela WHO em 2000, reforça ainda a ideia de que a TB pode ter um grande alcance económico e consequências sociais, não só para as pessoas infetadas como também para as suas famílias e comunidades, sendo que *“embora os pobres sejam desproporcionadamente afetados pela tuberculose, a doença não é exclusivamente uma doença dos pobres”*.

No entanto, a crise económica que Portugal atravessa, pode potenciar o número de casos de TB, pois uma população empobrecida estará mais sujeita ao desenvolvimento desta patologia.

O Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose faz especial enfoque nas metas prioritárias definidas pela OMS: sucesso terapêutico, capacidade de deteção e prevenção da resistência. A sistematização dos indicadores tem em vista o acompanhamento da implementação da Estratégia DOTS (Directly Observed Therapy Short Course) da OMS, adotada em Portugal desde 1994 (DGS, 2003).

Com a adoção do regime DOTS, elemento estratégico importante, conseguiu-se uma grande redução no tempo de tratamento. A quimioterapia sob Toma Directamente

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

Observada (TOD) é o principal componente do tratamento utilizado para o controlo da TB. O abandono do tratamento por parte dos doentes constitui um desafio antigo para os profissionais que trabalham no controlo desta doença, o qual só se reduz com o êxito na obtenção da adesão do doente. Os casos de desistência, abandono e interrupções da toma da medicação, favorecem o aparecimento de mutações do bacilo que se tornam resistentes às drogas, causando um emergente problema na atualidade que é a TB resistente e extensivamente resistente (REIGOTA; CARANDINA, 2002).

Assim, a principal preocupação dos profissionais que tratam esta doença é a TB multirresistente e extensivamente resistente, que apresenta níveis de cura muito baixos e pode ser transmissível a terceiros.

Para vários autores (MARRA, COX, PALEPU & FITZGERALD, 2004; PANDIT & CHOUDHARY, 2006), a implementação da estratégia DOTS na gestão do tratamento da TB traz benefícios inquestionáveis. No entanto, muito embora a TB seja curável, existe ainda *“um impacto significativo sobre a qualidade de vida”* da pessoa doente (MARRA et al., 2004, p. 1).

Para SCHMETANA, FLEITAS, PEREIRA E NAKAMURA (2008), *“a tuberculose exige programas que visem a melhoria da qualidade de vida”* (p. 12), sendo o seu controlo um grande desafio, que impõe a resolução de problemas no sentido de promover o cumprimento dos esquemas terapêuticos. Vários autores defendem que a monitorização dos problemas vivenciados por estes doentes pode otimizar a adesão ao tratamento, aumentando o número de casos de sucesso terapêutico (MARRA et al., 2004), pelo que os gestores de cuidados de saúde devem incluir na sua análise, para além de indicadores de mudança na frequência e agravamentos da doença, indicadores de bem-estar, pois só assim poderão compreender a essência dos cuidados de saúde prestados (DHURIA, SHARMA & INGLE, 2008).

Como já referido anteriormente, a adesão à terapêutica é um problema complexo, pela existência de diversos fatores que podem ter um impacto adverso na concretização do tratamento, por isso, os enfermeiros de saúde comunitária devem conhecer as dificuldades dos doentes à adesão da terapêutica instituída e reduzir ou eliminar essas contrariedades. Em Portugal, dos serviços dedicados ao tratamento e prevenção da TB, destacam-se os Centros de Diagnóstico Pneumológico (CDP).

O CDP de Setúbal dedica-se exclusivamente ao diagnóstico precoce e tratamento de doentes com TB. Sempre que um doente é referenciado a este CDP e lhe é confirmado o diagnóstico de TP, inicia um esquema de terapêutica antibacilar, ficando em regime de

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

TOD nesta unidade. Esta é necessária para assegurar a regularidade e rigor no tratamento. É uma medida que ajuda a reforçar a motivação do doente para continuar o tratamento e contrariar a tendência de alguns para o interromper. De outra forma, é impossível prever quem vai ou não cumpri-lo. A TOD é também um fator de reforço do compromisso dos CDP'S para a vigilância dos resultados do tratamento. É por isso também, uma medida com forte impacto na prevenção da multirresistência. Para que tal aconteça, os enfermeiros que exercem funções nestes serviços, têm de ser flexíveis e ajustar-se às necessidades do doente/família, dos cuidadores e da comunidade em geral, realizando-se este trabalho em complementaridade com outros parceiros sociais e profissionais.

Assim, sempre que o doente/família/cuidadores não apresenta condições para se deslocar diariamente a este serviço, é proposta a realização de TOD Domiciliária. Para que esta se torne possível, é indispensável a existência/implementação de uma Visita Domiciliária (VD), tendo esta como objetivo último a garantia da adesão ao tratamento e a cura completa destes doentes.

Como enfermeira especialista em saúde comunitária, integrada numa equipa de saúde de cuidados (neste caso no CDP de Setúbal), consciente desta problemática e testemunha do crescente número de doentes com TP, a realizarem TOD, portadores de critérios de inclusão (previamente definidos e referidos mais à frente) para TOD Domiciliária e realização de VD, considero urgente a minha intervenção de forma a colmatar as necessidades identificadas, procurando estratégias e intervenções comunitárias sustentadas, que garantam a estes doentes a sua adesão ao tratamento. Pretendo desta forma contribuir para a cura destes doentes e para que a Tuberculose não se torne um problema exponencial, a nível da saúde pública.

Assim, por se tratar de um tema atual e com pertinência para a atuação do Enfermeiro na comunidade, decidi realizar um projeto cuja temática versa sobre **“Tuberculose: Um desafio no Cuidar - Visita Domiciliária aos Doentes com Tuberculose do CDP de Setúbal”**.

Com a sua elaboração, proponho alcançar o seguinte **Objetivo Geral:**

⇒ Implementar Visita Domiciliária (VD) aos doentes com Tuberculose Pulmonar (TP) em regime de Toma Observada Directamente (TOD) do Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) de Setúbal.

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

Para a sua concretização, tracei os seguintes **Objetivos Específicos**:

- ⇒ Apresentar e adquirir aprovação da Direção do Centro de Saúde S. Sebastião para a implementação do projeto “**Tuberculose: Um desafio no Cuidar - Visita Domiciliária aos Doentes com Tuberculose do CDP de Setúbal**”
- ⇒ Identificar fatores de risco na população alvo;
- ⇒ Identificar recursos da comunidade e estabelecer parcerias;
- ⇒ Sensibilizar doentes/famílias sobre a importância da doença e duração do tratamento;
- ⇒ Articular a equipa multidisciplinar do CDP com os recursos da comunidade, tendo em vista a melhoria das condições sociais/saúde dos doentes/famílias/cuidadores;
- ⇒ Implementar Visita Domiciliária ao doente com TP;
- ⇒ Promover através da VD uma taxa de adesão ao tratamento (dos doentes com tuberculose pulmonar) de 85%.

Considero assim que este projeto se insere no âmbito das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, artigo 4º, ponto 1, *alínea b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades; c) integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde; d) realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geo-demográfico* (Diário da República - 2º série - Nº 35, 2011).

O relatório justifica toda a intervenção comunitária e encontra-se estruturado em nove partes: a introdução, onde surge uma visão geral do trabalho; a análise do contexto, que apresenta a contextualização da temática; a análise da população, onde é feita a caracterização da população alvo; a análise reflexiva sobre os objetivos, onde se descreve o que se pretende adquirir com este trabalho, a nível profissional e a nível do grupo da comunidade que se está a trabalhar; a análise reflexiva sobre as intervenções, onde se relatam as atividades desenvolvidas; a análise reflexiva sobre o processo de avaliação e controle, respeitante às medidas escolhidas para o processo de avaliação das estratégias selecionadas e verificação da sua pertinência; a análise reflexiva sobre as competências mobilizadas e adquiridas, onde se analisa como as competências referentes ao enfermeiro especialista em saúde comunitária, foram adquiridas ou aprofundadas, graças à realização deste projeto; no final surgem a conclusão, onde é feita uma reflexão global sobre todo o trabalho realizado e a menção à bibliografia consultada

2 – Análise de Contexto

Reflexão sobre as Medidas de Controlo da Tuberculose em Portugal

Durante toda a segunda metade do século XIX e os primeiros 30 anos do século XX a TB esteve em aumento em Portugal, atingindo a sua mortalidade o valor máximo de cerca de 200/1 000 000 habitantes, no ano de 1930 e correspondendo a 10% de todos os casos de morte. No nosso país, o primeiro estabelecimento de luta contra a TB por internamento de doentes, foi fundado no Funchal em 1862. Só em 1899 se desenvolveu a luta organizada contra esta doença, pela criação da Assistência Nacional aos Tuberculosos (ANT) e da Liga Nacional contra a Tuberculose, que preconizavam a criação de estabelecimentos de diagnóstico e acompanhamento (dispensários) e de internamento (sanatórios). Foram também criadas estratégias para apoio a famílias carenciadas, através da distribuição de alimentos e colónias de férias. Em 1911, é reorganizada a assistência nacional aos tuberculosos, que passou a ser considerada serviço de saúde estatal. A eficiência dos serviços e das medidas de controlo e prevenção leva a uma diminuição acentuada da tuberculose, que se revela mais eficaz na década de 50 e 60, mas sem que se possa pensar na erradicação da doença.

Em 1945, pelo Decreto - Lei 35 /108 de 7 de Novembro, a ANT passa a ser organismo do estado, com o nome de Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos (IANT).

Em 1961 é estabelecida a declaração obrigatória para os casos de tuberculose.

A mortalidade por TP desce para valores de 4,33/1 000 000 habitantes no início da década de 80, o que leva a que as políticas e medidas de intervenção para o controlo da tuberculose sejam desvalorizadas. Ao IANT sucede o Serviço de Luta Antituberculosa (SLAT) e a este a Direção de Serviços de Tuberculose e Doenças Respiratórias dos Cuidados de Saúde Primários. Leva também à desativação gradual dos sanatórios, passando os internamentos a decorrer nos hospitais distritais.

Por exigir um tratamento prolongado, muitas vezes o doente com cumpre tratamento em regime ambulatorio, o que frequentemente contribui para o aumento do abandono do regime terapêutico, tendo como consequência direta o aumento da multirresistência do bacilo de Koch. Foi só em 1995 que o Programa Nacional Luta Contra a Tuberculose implementa a TOD, tendo esta medida conduzido a uma diminuição significativa das taxas de prevalência e incidência da tuberculose.

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

Epidemiologia da Tuberculose

Epidemiologicamente, a TB continua a ser uma problemática nos países em desenvolvimento.

Segundo o Relatório do Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose (PNLT), de Março de 2011, estima-se que em 2009 tenham ocorrido 9,4 milhões de casos em todo o mundo, ou seja, 139 novos casos por 100 mil habitantes, com uma mortalidade de 1,3 milhões de pessoas (20/100 mil), chegando a incidência em alguns países a atingir os mil casos por 100 mil habitantes.

Em 2009, a União Europeia (UE), com uma incidência de 16,7/100mil habitantes, é considerada uma região de baixa incidência (21 dos 27 países têm <20/100 mil), conforme se pode verificar pela análise da **figura I**, sendo que, os novos casos continuam a diminuir ao ritmo médio de 3,3% ao ano. O peso dos imigrantes é de 23,6%, havendo vários países com mais de 70% de casos importados.

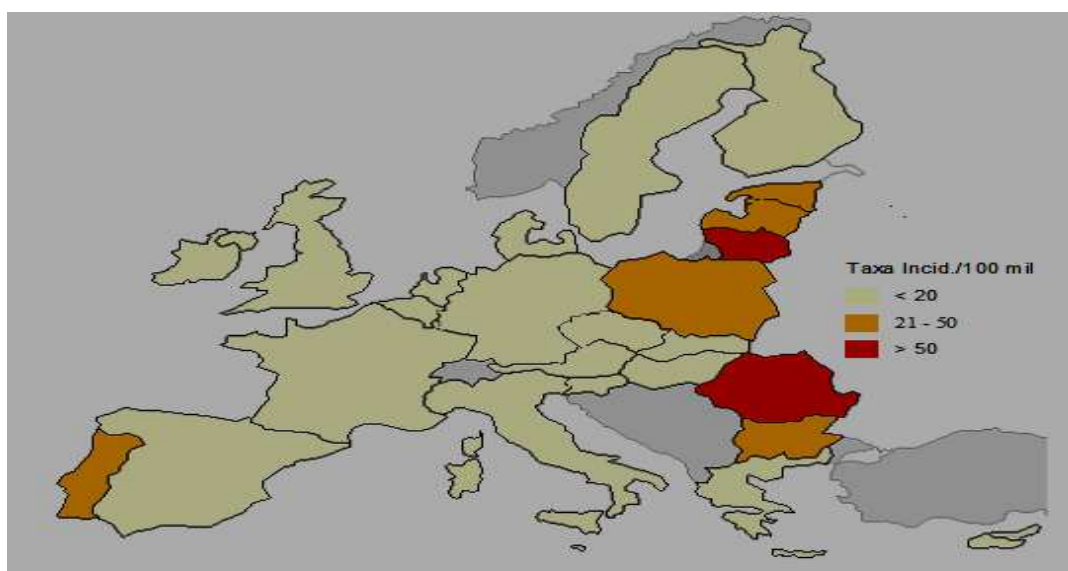


Figura I - Incidência de casos de TB notificados por 100 mil habitantes em 2009 na UE e EFTA. *Surveillance Report WHO/ECDC*. A amarelo assinalam-se os países de baixa incidência (< 20/100 mil), a laranja os países de incidência intermédia; em encarnado, os países de alta incidência

Também de acordo com o Relatório do PNLT (Março de 2011), em 2010 foram diagnosticados 2 388 casos de TB em Portugal, incluindo casos novos e retratamentos. A incidência de casos novos foi de 2 438, menos 8,5 % relativamente a 2009, dando continuidade à evolução para uma diminuição consistente de 6,3% ao ano nos últimos 10 anos (Fonte: Sistema de Vigilância do Programa de Tuberculose (SVIG-TB) Direcção Geral da Saúde; INE: População média residente 2010).

Apesar dos ganhos alcançados, Portugal ainda não se encontra abaixo da fasquia dos 20 casos por 100 mil habitantes, que lhe conferiria a categoria de país de baixa incidência.

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

O mesmo relatório refere ainda que as assimetrias na distribuição geográfica já são menos acentuadas, tendo deixado de existir regiões de alta incidência (definidas por terem 50 ou mais casos por 100 mil); 13 distritos do continente e as Regiões Autónomas dos Açores e Madeira são agora áreas de baixa incidência (<20/100 mil). Numa situação de incidência intermédia encontram-se ainda sete distritos do continente: Viana do Castelo, Vila Real, Bragança, Setúbal, Faro, Lisboa e Porto. Três distritos (Aveiro, Beja e Braga) estão agora abaixo da fasquia para serem considerados de baixa incidência, após um percurso de declínio nos últimos 10 anos, no entanto, verifica-se uma estagnação recente, no limiar, fazendo temer um aumento a breve prazo. Notável tem sido a evolução na última década, dos distritos que à partida tinham os mais elevados índices de morbilidade e que apresentam um declínio da incidência muito acentuado e consistente – trata-se dos distritos do Porto e Setúbal, que assim refletem o impacto das medidas de controlo apesar da elevada prevalência dos principais fatores de risco. Esta situação pode ser comprovada pela análise da **figura II**.

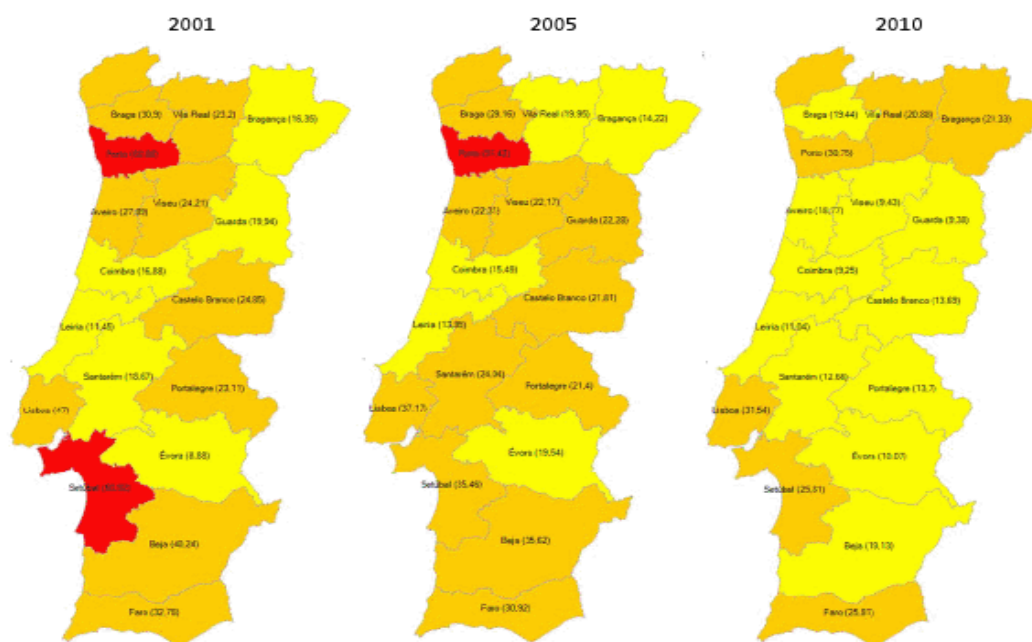


Figura II. Incidência de casos novos de TB notificados por 100 mil pessoas: distribuição geográfica e evolução desde há 10 anos (2001 à esquerda, 2005 ao centro e 2010 à direita). Distritos com alta incidência > 50/100 mil a encarnado, incidência intermédia (>20 < 50/100 mil) a laranja e distritos com baixa incidência (<20/100 mil) a amarelo. A Região Autónoma da Madeira tem <20/100 mil (amarelo) de 2001 a 2010. A Região Autónoma dos Açores tem >20/100 mil (laranja) em 2001 e 2005, e <20/100 mil (amarelo) em 2010.

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

Estratégia DOTS

Grandes progressos têm sido realizados nos últimos 15 anos, desde a implementação da estratégia DOTS. Os progressos globais têm-se refletido claramente nos indicadores de resultado da estratégia DOTS: a taxa de detecção teve em 2009 um enorme crescimento (63%), tendo sido já alcançada a meta proposta de 70% em todas as Regiões, exceto na África e Sudeste Asiático. A taxa de cura (87%) superou pela primeira vez, em 2007, a meta dos 85%. Entre 1995 e 2008, foram tratados com sucesso um total de 36 milhões de doentes em programa DOTS, tendo sido evitadas mais de 8 milhões de mortes. Os mais baixos índices de sucesso terapêutico encontram-se na Europa, onde não ultrapassou os 66%.

Educação para a Saúde na Tuberculose Pulmonar

A educação para a saúde tem que ser entendida como relevante pelos serviços disponíveis e fundamental como resposta às necessidades da comunidade. Na equipa de saúde, são sobretudo os enfermeiros que desenvolvem com os doentes planos de gestão de regime terapêutico, os quais envolvem muitas vezes orientações de diferentes profissionais e compreendem medidas que vão desde a terapêutica medicamentosa, a modificações no estilo de vida e a acompanhamentos diversos, muitas vezes difíceis de adotar. O enfermeiro através de um plano de educação para a saúde, centrado na pessoa com TP e seus familiares, após identificação das necessidades e realização dum diagnóstico de situação, prescrição de intervenção, implementação e avaliação, assegura também a promoção da adesão ao tratamento (ICN, 2008).

A educação do doente/família reveste-se de grande importância na obtenção de participação/envolvimento deste, quer nas tomadas de decisão, quer no regime terapêutico definido; no entanto, é imprescindível o respeito pela vontade do doente/família em receber informação. Questões como barreiras emocionais, motivação, limitações físicas ou cognitivas, podem condicionar a receptividade à informação/educação.

Visita Domiciliária

Inicialmente, o foco dos cuidados na comunidade incidia sobre os indivíduos doentes. HANSON (2001) refere que *“a família era a fonte dos cuidados para membros doentes. Geralmente os cuidados eram prestados nas casas dos doentes e as enfermeiras eram chamadas enfermeiras “visitadoras”*(p.731). DIAS (2010), afirma que já em 1928,

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

GARDNER, faz descrições deste tipo de enfermeiras, referindo a sua existência desde a Era Pré-Cristã, na Índia, no Egito, Grécia e Roma.

RUE (1944), citado pela mesma autora, defende que a enfermagem de visita domiciliária está documentada na Europa *“desde o século XI ao século XVI, com ambas as ordens seculares e religiosas a prestarem cuidados”*. Também segundo DIAS (2010), em meados do século XIX, a importância da promoção da saúde e da prevenção da doença começou a ser reconhecida, ideia que sustenta na citação de GARDNER (1928) e RUE (1944): *“As enfermeiras de saúde na comunidade, ou enfermeiras “visitadoras” alargavam os seus papéis, para incluírem a educação para a saúde, bem como os cuidados a doentes, e para que estes funcionassem eficazmente, orientaram os seus cuidados não só para indivíduos, mas também para as famílias”*.

Ao longo dos anos, os cuidados prestados pelos enfermeiros têm tido sempre em conta as necessidades físicas, emocionais e sociais das pessoas e visam um ou mais objetivos fundamentais desta profissão: a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reintegração social.

Sendo assim, a VD teve que passar por um intenso processo de reflexão, maturação e desenvolvimento, que se caracterizou pela identificação de objetivos e de especificação, até adquirir o significado que atualmente detém.

Presentemente a VD pode ser definida como uma atividade fundamental das equipas em cuidados de saúde primários e uma das estratégias de intervenção na prestação de cuidados. As definições de VD podem variar, contudo todas elas integram as componentes dos cuidados de saúde domiciliários, nomeadamente: o doente, a família, o profissional de saúde e os meios para apoiar o doente na aquisição de determinado nível de saúde e independência.

É através da VD que o enfermeiro de saúde comunitária inicia um acompanhamento permanente a determinados doentes/famílias, o que facilita o trabalho de prevenção e promoção da saúde.

Tal como referem SOUZA; LOPES; BARBOSA (2004), a VD pode ser considerada no contexto da educação em saúde, por contribuir para a mudança de padrões de comportamento e promover a qualidade de vida através da prevenção de doenças e promoção da saúde, garantindo um atendimento holístico por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente pelos enfermeiros de saúde comunitária.

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

2.1 – Caracterização do ambiente de realização do Estágio Final

O projeto foi implementado no CDP de Setúbal, serviço que se dedica única e exclusivamente ao diagnóstico precoce e tratamento da tuberculose. O serviço funciona nas instalações contíguas à Unidade de Cuidados Personalizados (UCSP) de S. Sebastião, do Agrupamento dos Centros de Saúde de Setúbal e Palmela (ACSSP). O CDP de Setúbal abrange a população dos concelhos de Setúbal e Palmela. O seu objetivo primordial é a cura dos doentes com TB Pulmonar, sendo que o sucesso da terapêutica depende do cumprimento integral do plano terapêutico na sua fase inicial, o qual deve ser sempre monitorizado por um enfermeiro do serviço/da especialidade.

A OMS tem incentivado amplamente a implementação do Tratamento Observado Directamente (TOD) como parte da estratégia DOTS.

A estratégia TOD trata-se de um programa grátis, destinado a curar a TB. Neste programa, o doente deve dirigir-se diariamente (incluindo fins de semana) ao CDP, para tomar a medicação antibacilar/tuberculostática, sob observação do enfermeiro.

No entanto, por diversas vezes, a equipa de saúde é confrontada com determinado tipo de situações que não permitem ao doente deslocar-se a este serviço para realizar TOD. Por isso, sempre que identificadas condições que não permitiam ao doente descolar-se diariamente a este serviço, a equipa de saúde passou a realizar uma avaliação global das suas necessidades e sempre que se verifica que o doente possui pelo menos um dos critérios previamente definidos para inclusão em TOD Domiciliária, esta passou a ser realizada no domicílio do doente através de VD.

Assim sendo, no que se refere ao ambiente de realização do estágio, este projeto para além de estar sediado no CDP, passou também pelo domicílio dos doentes com TP, que se encontravam a realizar TOD Domiciliária.

2.2 – Caracterização dos Recursos materiais e humanos

No que se refere às condições para a implementação do projeto, foi fundamental assegurar que a equipa do serviço aceitasse e colaborasse no mesmo, sendo de igual modo importante que os participantes se sentissem envolvidos e motivados para a sua implementação.

Neste projeto, os beneficiários foram não só os doentes com TP, admitidos em consulta no CDP de Setúbal, a partir do dia 15 de Novembro de 2011 até ao momento atual e que apresentavam os critérios previamente definidos para realização de VD, como o próprio

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

serviço, uma vez que ao promover a adesão ao tratamento, os ganhos em saúde pública irão ser visíveis com a diminuição da taxa de TB, a longo prazo.

De ressaltar que os recursos materiais não representaram custos acrescidos ao serviço, pois foram utilizados todos os já existentes e utilizados pela equipa do CDP.

Relativamente aos Recursos Humanos, o projeto contou também com recursos já existentes: 2 Enfermeiras (1 Especialista em Enfermagem Comunitária; 1 a realizar Curso de Especialização em Enfermagem Comunitária); 1 Médico; 1 Administrativa; 1 Psicóloga; 1 Assistente Social; 1 Fisioterapeuta.

No que se refere a parcerias com outras instituições foram estabelecidos contactos com o Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E., Cáritas Diocesanas de Setúbal, Sonho, LATI e CAT.

2.3 – Descrição e fundamentação do processo de aquisição de competências

A profissão de enfermagem tem vindo a evoluir nos últimos anos, exigindo assim a aquisição de novos saberes e de diferentes competências profissionais. LE BOTERF (2003), refere que possuir conhecimentos ou capacidades, não é suficiente para se ser competente; é preciso saber mobilizar esses conhecimentos, saber utilizá-los no momento certo, numa situação de trabalho, para ser competente. Ainda segundo este autor, a competência não é só um “*constructo operacional*”, mas também um “*constructo social*”. A competência profissional é assim demonstrada através da capacidade de adaptação, de mobilização e de transferência de saberes, num contexto de trabalho, levando ao reconhecimento quer pelos pares, quer por outros. Em sintonia com este pensamento, BENNER (2001), realça a perspectiva de que “*o conhecimento clínico é conseguido ao longo do tempo, e os profissionais, eles próprios, estão muitas vezes desatentos à sua aquisição*”. É no contexto da prática, que os profissionais constroem as suas competências, que são manifestações de um saber agir, que tem subjacente o saber interpretar, o saber inovar, o saber antecipar, o saber resolver um problema ou responder a uma solicitação: o saber o que fazer.

No âmbito da prática profissional, a competência distingue-se pela formação, mas essencialmente pela experiência, que nos permite compreender e respeitar os outros numa perspectiva multicultural, de forma a prestar cuidados de enfermagem de qualidade à pessoa.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2009), enfermeiro especialista é o profissional «*com um curso de especialização em Enfermagem ou com um curso de estudos*

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

superiores especializados em Enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de Enfermagem gerais, cuidados de Enfermagem especializados na área da sua especialidade.» In REPE art. 4 n.º3, Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril.

Neste sentido, o Enfermeiro Especialista detém um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, e tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde/doença, demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção.

A definição do perfil de competências do enfermeiro especialista surge então, como um imperativo, não só enquanto enquadramento regulador para a certificação de competências, mas também como forma de comunicar aos cidadãos os padrões de cuidados que podem esperar, sendo assim também uma forma de os tornar mais informados e exigentes quanto aos cuidados a que têm direito.

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (n.º 128/2011, publicado no *Diário da República*, 2.ª série - N.º 35 - 18 de Fevereiro de 2011), define da seguinte forma o perfil das competências específicas destes enfermeiros especialistas: a enfermagem comunitária e de saúde pública desenvolvem uma prática globalizante centrada na comunidade, intervém em múltiplos contextos, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados, nomeadamente a grupos sociais com necessidades específicas, decorrentes de contextos marcados por condições economicamente desfavoráveis ou por diferenças étnicas, linguística e culturais.

Assim, evidenciam-se as atividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade. Responsabiliza -se por identificar as necessidades dos indivíduos/famílias e grupos de determinada área geográfica e assegurar a continuidade dos cuidados, estabelecendo as articulações necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários, num determinado contexto social, económico e político.

Sobre as competências atrás descritas e enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, considero que ao longo do desenvolvimento do meu projeto

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

de estágio, desenvolvi novas competências e consolidei outras já adquiridas no que se refere especificamente ao **avaliar o estado de saúde de uma comunidade, podendo, assim, identificar os problemas e necessidades de saúde da mesma, bem como pesquisar e diagnosticar problemas e fatores de risco de uma população específica.**

O diagnóstico de saúde da comunidade constitui a primeira etapa do planeamento em saúde e consiste no conhecimento da população com a qual se pretende desenvolver trabalho, através da identificação dos seus principais problemas de saúde, das variáveis socioeconómicas e ambientais, dos grupos de risco atuais, bem como recursos existentes ou necessários quer a nível da saúde, quer na área social. Assim, através da realização deste diagnóstico identifiquei o problema e a população sobre a qual decidi realizar a minha intervenção: **“Os doentes com TP (grupo vulnerável) a realizarem TOD e que se vêm impossibilitados de se deslocar ao CDP de Setúbal”.**

Para dar resposta a este problema pretendi **liderar um projeto de intervenção comunitária**, através da implementação de VD aos doentes com TP a realizarem TOD e que não se podem deslocar ao CDP.

No entanto, para que este projeto fosse desenvolvido tornou-se indispensável o **estabelecimento de parcerias com outras instituições da comunidade.** Com esta intervenção, pretendi contribuir para que a estes doentes e suas famílias (grupos vulneráveis), fosse dado o direito ao **acesso a serviços de saúde e recursos da comunidade adequados**, de forma a restabelecerem o seu estado de saúde e simultaneamente conquistarem uma melhoria da sua qualidade de vida.

A VD implica um **trabalho em equipa multiprofissional** utilizando a interdisciplinaridade como guia, incorporando tecnologias, saberes e a identificação de uma nova perspetiva de trabalho em saúde. Para tal, deve haver formação de **equipas interprofissionais**, em prol de um objetivo comum, em que os seus conhecimentos específicos são complementares e não concorrentes entre si.

Para uma melhor visão da organização e da realização das VD, é importante considerar que o trabalho da equipa deve valorizar todos os elementos que concorrem para o sucesso das intervenções formuladas e planeadas, sendo para tal importante elaborar e normalizar procedimentos, tendo em vista o objetivo final (os doentes com TP e a realizarem TOD Domiciliária).

Através da VD obtêm-se **benefícios para os doentes, família e comunidade**, uma vez que os doentes continuam no seu meio e com a assistência de cuidados de saúde que necessitam, fomentando, envolvendo e fortalecendo os laços familiares, assim como a

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

relação com o enfermeiro de referência de cuidados de saúde primários (neste caso o enfermeiro do CDP), o que contribui para o reconhecimento do real valor social da profissão. Por outro lado, a realização da mesma (VD) **diminui o número de internamentos hospitalares e/ou noutras instituições**, reduzindo custos decorrentes desses internamentos.

Neste modelo de intervenção, os enfermeiros de saúde comunitária devem estar devidamente capacitados e preparados, não só de competências técnicas, mas também de **competências de comunicação e relacionamento**, tendo como base o **código deontológico que facilita uma relação ética**, respeitando e potenciando a autonomia de cada pessoa/família em busca de soluções em termos de ganhos em saúde.

No âmbito deste projeto e de acordo com as intervenções e competências específicas do enfermeiro de saúde comunitária, **a educação para a saúde é fundamental no trabalho com populações vulneráveis, particularmente nos doentes portadores de TP**, uma vez que capacita os doentes/famílias a serem capazes de tomar as suas próprias decisões, tendo como finalidade a melhoria do seu estado de saúde.

O primeiro passo para a capacitação dos indivíduos e grupos dá-se quando o enfermeiro se preocupa com a defesa de saúde das populações, nomeadamente na área das políticas da saúde, daí que enquanto enfermeira a gerir todo este projeto, considero que todos estes processos necessitam de ser acompanhados e por vezes impulsionados através da implementação de políticas públicas e exigem a verificação dos resultados de saúde que foram atingidos, quer seja a nível individual, de grupo ou da comunidade. Resta referir que como enfermeira Especialista em Saúde Comunitária, ao identificar fatores de vulnerabilidade numa determinada população que ocorre ao Centro de Saúde, especificamente ao CDP, onde presto cuidados de enfermagem, pretendi intervir na minha prática diária, acionando os meios disponíveis ao meu alcance, no sentido de os reduzir ou minimizar, contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida dos indivíduos, famílias ou comunidades. Assim sendo, durante a realização deste projeto pretendi adquirir e aprofundar competências na comunidade, com um grupo vulnerável como é o dos doentes portadores de TP em TOD e sem condições para se deslocarem ao CDP de Setúbal.

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

3 – Análise da população/utentes

Durante o ano de 2010 foram registados no distrito de Setúbal um total de 246 casos (28,3/100 000 habitantes) de TB. Destes, 232 (26,7/100 000 habitantes), referiram-se a **novos casos** e 14 (1,6/1000 000 habitantes) a **retratamentos** (Fonte: Sistema de Vigilância do Programa de Tuberculose; Direcção-Geral da Saúde; INE: População média residente 2010).

No que se refere especificamente aos concelhos de Setúbal e Palmela, conforme análise do **Gráfico I**, foram inscritos no CDP de Setúbal (consulta), durante o ano de 2010, 113 utentes. Já em 2011, foram inscritos no mesmo serviço 166 utentes e de 1 a 31 de Janeiro de 2012, foram inscritos 24 utentes.

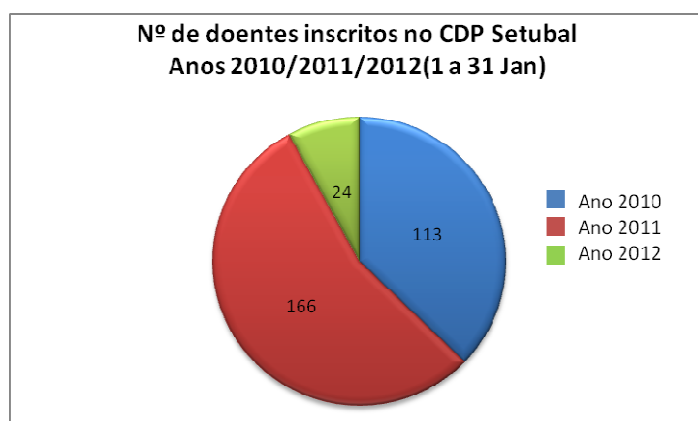


Gráfico I – Número de doentes inscritos no CDP de Setúbal durante os anos de 2010/ 2011/2012 (1 a 31 Jan.)

Dos 113 utentes inscritos no ano de 2010 e conforme é visível no **Gráfico II**, 37 foram notificados com o diagnóstico de TP. Dos 166 novos utentes inscritos em 2011, 35 foram diagnosticados com TP. No mês de Janeiro de 2012, perante 24 novos inscritos, verificou-se o diagnóstico de TP em 9 utentes.

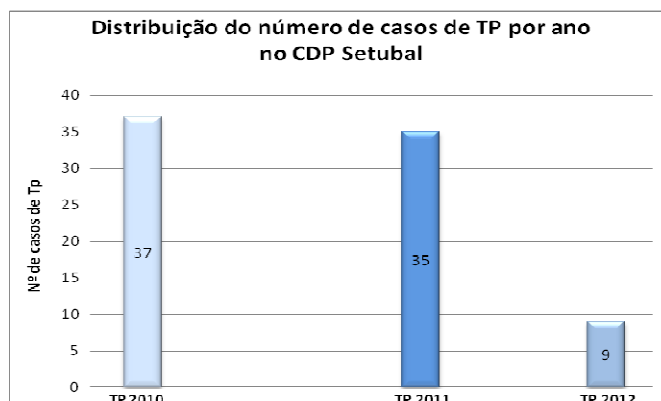


Gráfico II – Número de TP diagnosticadas nos anos de 2010, 2011 e 2012 (1 a 31 Jan.)

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

Todos os casos anteriormente referidos e confirmados com TP ficaram em regime de TOD no CDP de Setúbal, local onde se desenvolveu o projeto. De referir que no período de realização do estágio em Enfermagem de Saúde Comunitária, que decorreu entre 15 de Novembro de 2011 e 31 de Janeiro de 2012, foram diagnosticados 12 novos casos de TP.

3.1- Caracterização geral da população/utentes

O CDP de Setúbal encontra-se integrado no ACSSP e abrange a população dos concelhos de Setúbal e Palmela.

A área geodemográfica deste ACSSP corresponde a 634,9Km² (2 concelhos e 13 freguesias). Segundo dados do INE (2011), no ano de 2010, residiam no concelho de Setúbal 12 013 habitantes (subdivididos por 8 freguesias) e no concelho de Palmela 64 946 habitantes (subdividido por 5 freguesias).

O grande número de doentes que ocorre à consulta de TB do CDP Setúbal é do sexo masculino, com uma prevalência de idades no grupo etário dos 41 aos 60 anos (em ambos os sexos) e para além da doença, apresenta uma taxa de desemprego elevada e habilitações literárias reduzidas, como se pode confirmar pelos **Gráfico III, IV, V, VI e VII.**

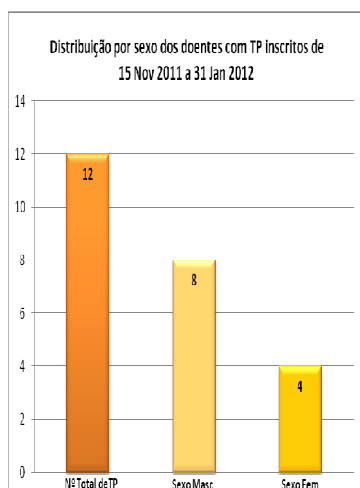


Gráfico III – Distribuição por sexo dos doentes com TP, inscritos de 15/11/2011 a 31/01/2012

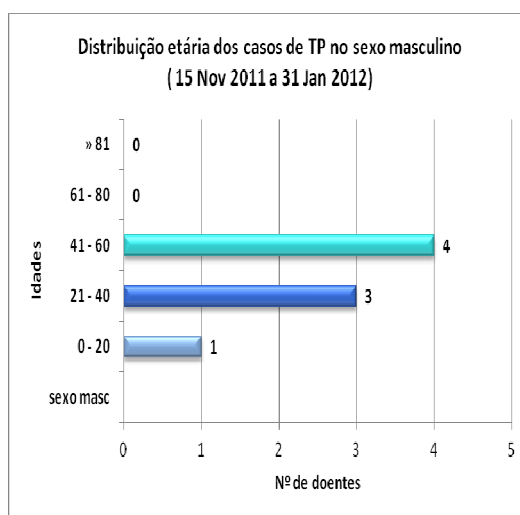


Gráfico IV – Distribuição etária dos casos de TP no sexo masculino (entre 15/11/2011 a 31/01/2012)

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

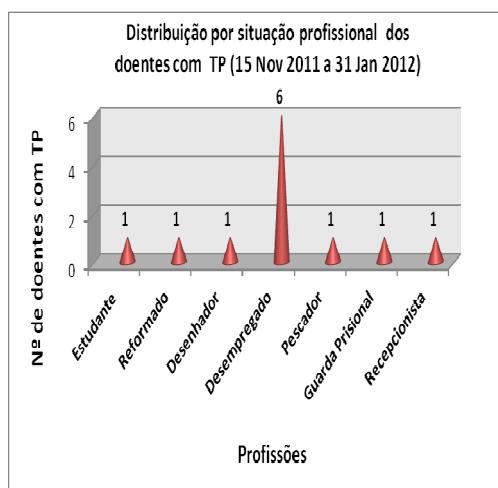


Gráfico V – Distribuição etária dos casos de TP no sexo feminino (entre 15 /11/2011 a 31/01/2012)

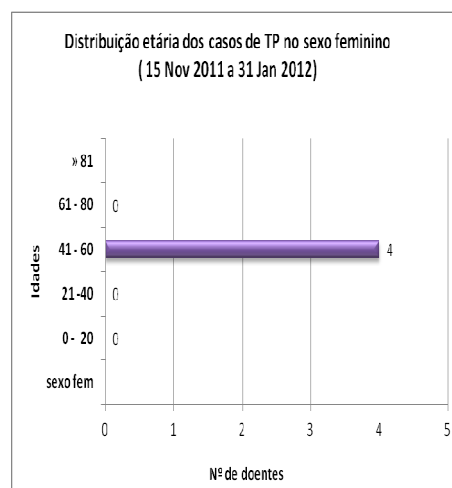


Gráfico VI - Distribuição por situação profissional dos doentes com TP (15 /11/2011 a 31/01/2012)

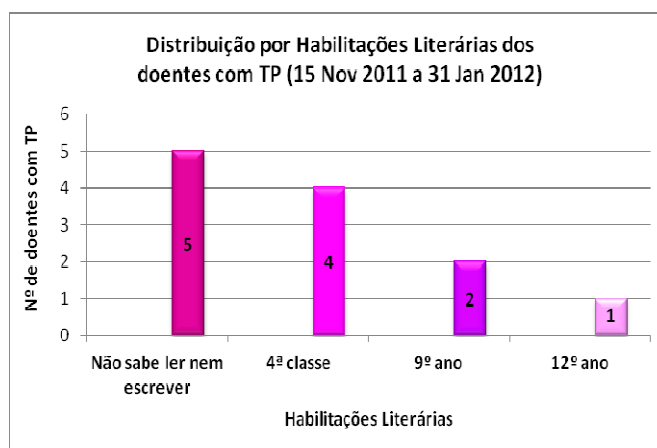


Gráfico VII – Distribuição por habilitações literárias dos doentes com TP (15/11/2011 a 31/01/2012)

Estes problemas associados a outros fatores de risco (condição socioeconómica precária, habitações degradadas...) e necessidades específicas (apoio psicológico, apoio domiciliário...), contribuíram para que considerasse que a VD necessitava de surgir como uma resposta social de prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a estas pessoas e famílias, que por motivo de doença (ou outro impedimento), não podiam assegurar, temporária ou permanentemente as suas atividades de vida diária e/ou o tratamento da doença. Refletindo noutra perspetiva, posso afirmar que considerei que a VD poderia tornar-se importante e ter incidência não só no campo da saúde, mas também a nível social, psicológico ou outros.

Assim, a população alvo deste projeto foram todos os doentes **com diagnóstico de TP inscritos na consulta do CDP (de 15 Novembro 2011 a 31 de Janeiro de 2012), a**

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

realizarem TOD e que apresentavam os critérios de inclusão previamente definidos para a VD.

A tomada de decisão para inclusão do doente em TOD/VD, foi realizada em equipa multidisciplinar, tendo ficado definido que o doente seria avaliado numa primeira consulta podendo ser de imediato referenciado para VD, ou em consultas subsequentes dependendo da evolução clínica deste.

Os Critérios definidos para inclusão de doentes em VD foram:

- ⇒ Doentes portadores de TP em TOD;
- ⇒ Doentes sem cuidador;
- ⇒ Doentes com alterações das Atividades de Vida Diárias (temporárias ou definitivas);
- ⇒ Identificação de situações de franca carência económica e social;
- ⇒ Dificuldade na mobilidade;
- ⇒ Elevado grau de debilidade.

Segundo a OE, os enfermeiros têm um papel essencial e preponderante na implementação de medidas necessárias que dêem resposta a este grave problema de Saúde Pública, devendo as mesmas ser dirigidas não só ao indivíduo doente, como também à sua família e comunidade, de forma a quebrar a cadeia epidemiológica desta patologia e contribuir para a melhoria da saúde da nossa comunidade.

De acordo com o **n.º 128/2011 do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública**, “... o enfermeiro responsabiliza -se por identificar as necessidades dos indivíduos/famílias e grupos de determinada área geográfica e assegurar a continuidade dos cuidados, estabelecendo as articulações necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político” (*Diário da República*, 2.ª série - N.º 35 - 18 de Fevereiro de 2011).

3.2 – Cuidados e necessidades específicas da população alvo

Ser portador de uma doença infecto-contagiosa tem implicações muito peculiares, que a distinguem de qualquer outra doença. Quando se fala em TB associamos a doença à pobreza, à exclusão social, aos sem-abrigo, ao alcoolismo, à emigração e à toxicod dependência. Nesta perspetiva o enfermeiro tem um papel crucial, quer no apoio aos doentes/famílias, quer no combate do estigma associado às pessoas com TB, que pode colocar em causa o sucesso do tratamento, tanto pela negação da doença, como

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

pela não adesão ao tratamento. O estigma pode estar associado a uma diversidade de falsas crenças e mitos. As pessoas podem pensar, que a TB é incurável, que é hereditária, que está associada à pobreza ou que é resultado de uma maldição. Os estigmas têm de ser expostos e esclarecidos através de educação para a saúde da população.

Para além desta necessidade de informação, sentida pela maioria dos doentes portadores de TP, que se prende essencialmente com o conhecimento sobre a doença e seu tratamento, assim como com os recursos da comunidade local disponíveis e dos quais podem usufruir, subsiste também o fato desta patologia provocar o afastamento do doente do seu local de trabalho por um período prolongado (superior a 6 meses), o que inevitavelmente conduz a uma deterioração da condição socioeconómica, que quando já é precária tende a agravar-se ainda mais.

Assim grande número dos doentes que ocorre à consulta do CDP, apresentam várias necessidades alteradas, que vão desde as necessidades mais básicas (casa, alimentação), até à necessidade de segurança (estabilidade, extrato sócio económico baixo, desemprego), sociais (não aceitação da doença por parte dos outros), de auto estima (nível cultural baixo, necessidade de aprovação e respeito social, falta de confiança e de autonomia) e as necessidades de auto realização (necessidades de cada individuo realizar o seu próprio potencial e de se desenvolver continuamente).

Para além da TB estes doentes possuem muitas vezes outras patologias associadas (sendo o VIH e a Hepatite C as mais frequentes), assim como hábitos de adição, entre os quais se destacam o consumo de álcool e/ou droga, fatores que vão comprometer ainda mais as necessidades humanas básicas já referidas.

Numa população com as características/necessidades afetadas descritas, é previsível uma taxa de adesão terapêutica baixa, e uma vez que é à equipa de enfermagem que compete monitorizar a toma diária dos tuberculostáticos, decerto estes doentes/famílias irão beneficiar com a implementação de uma VD onde será realizada a TOD, assim como do estabelecimento de uma relação terapêutica e de ajuda.

3.3 – Estudos sobre programas de intervenção com população alvo

Estudos realizados em alguns países sobre a TOD no domicílio mostraram que a estratégia tem contribuído de maneira fundamental para a adesão e conclusão do tratamento.

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

KAMOLRATANAKUL P, et al. (1999), realizaram um estudo no Botswana e Tailândia sobre supervisão do tratamento da TB no Domicílio, tendo concluído que os doentes seguidos no domicílio apresentavam resultados de aumento da taxa de cura.

Outro estudo realizado no Brasil por BERTOLLOZI MR (2005), mostra que a adesão ao tratamento da TB depende do vínculo e do acolhimento proporcionado pelos profissionais ao doente durante a prática da TOD.

Ainda no que se refere à adesão, KAONA FAD, et al (2004); JAISWAL, A., et al (2003), atribuem que a não adesão dos doentes de TB ao tratamento está relacionada com o fato dos doentes terem que se deslocar ao serviço de saúde para receber a medicação.

Segundo KOCHI (1997), a estratégia DOTS foi idealizada inicialmente para ser usada em grandes populações urbanas ou rurais. Mundialmente mais de 1,2 milhões de pessoas têm recebido esta forma de tratamento, alcançando taxas de cura à volta de 80%. Países como a Republica Unida da Tanzânia, Estados Unidos, China, Peru e Nepal, adotaram a estratégia DOTS e neles já se observava melhoria nos indicadores epidemiológicos, resultantes do aumento das taxas de cura e diminuição das taxas de abandono.

KATIYAR, et al (2008) alertam que *“é importante analisar as falhas que ocorrem na implementação desta estratégia – DOTS, de forma a torná-la mais útil”* (p. 129). Desta forma, devem ser adotadas medidas e estratégias no sentido de promover o sucesso da terapêutica, prevenindo o abandono ou a sua interrupção. Estas medidas devem ser adaptadas às características do doente e mutuamente aceites, quer pelo doente, quer pelos profissionais de saúde responsáveis pela vigilância do tratamento (DGS, 2008b).

Os doentes que iniciam TOD, têm maior probabilidade de cura ou de não virem a manifestar Tuberculose Multirresistente (TB-MR) do que aqueles que não têm acesso a esta estratégia (THORN, 2008). A realização de TOD aproxima os profissionais de saúde, especificamente os enfermeiros, do contexto social dos doentes/famílias, diminui o risco do estigma que a doença “ainda provoca na população” e estabelece vínculos entre serviços de saúde-doente-família (RUFFINO-NETTO, 2000). É um momento impar em que o profissional de saúde cria a oportunidade para envolver/responsabilizar o doente em relação ao processo de tratamento.

Durante o ano de 2008, foi realizado um estudo pela equipa de enfermagem do CDP que teve como objetivo monitorizar a adesão dos doentes portadores de TB à TOD, no CDP de Setúbal.

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

Os instrumentos de colheita de dados utilizados foram a análise documental (processo clínico e de enfermagem do doente) e observação e monitorização da administração dos antibacilares.

Com este estudo pretendeu-se perceber a adesão à TOD nos 125 doentes inscritos nesse ano na Consulta de Tuberculose. Destes doentes, 70 eram do sexo masculino (com idades compreendidas entre os 20 e os 60 anos) e 58 do sexo feminino (com idades entre os 22 e os 65 anos). Das TB diagnosticadas pudemos concluir que a **TP** era a predominante, com 51 doentes. **Destes 51 doentes**, 34 ficaram em TOD no CDP de Setúbal e os restantes 17 noutras Unidades de Saúde/Instituições, por essas serem mais próximas da área de residência.

Um dos critérios previamente definidos para que os doentes fossem incluídos na estratégia TOD, era terem microscopias e culturas iniciais positivas, o que significa que eram doentes bacilíferos, ou seja, que se encontravam na fase ativa da doença. Assim, 15 destes doentes apresentavam microscopias positivas e 19 culturas iniciais positivas.

Para que se possa avaliar se a adesão é ou não eficaz, deve ter-se em conta determinados indicadores tais como: conversão da cultura de positivo para negativo; melhoria dos sintomas e melhoria clínica.

O tempo de tratamento previsto pelo médico, pode nem sempre corresponder à realidade, sendo que pode variar entre os 6 e 12 meses. Nestes 34 doentes, o tempo de tratamento previsto foi de 12 meses para 1 doente, 9 meses para 12, 6 meses para 20 e 2 meses para 1.

De acordo com o tempo previsto de tratamento, concluímos que dos 34 doentes em regime de TOD no CDP, 12 cumpriram o tratamento na totalidade durante o ano de realização do estudo, 14 mantiveram-se em tratamento no CDP no ano seguinte, 1 foi transferido para o país de origem e 1 abandonou o tratamento. Pudemos assim constatar que apesar de alguns constrangimentos, a adesão terapêutica em regime de TOD neste CDP teve uma taxa de adesão de 91,6%, pelo que podemos afirmar que os enfermeiros têm um papel preponderante na implementação de medidas que visem dar resposta ao problema da TB, devendo ser estas dirigidas não só ao doente, mas também à sua família, de forma a quebrar a cadeia epidemiológica desta patologia, contribuindo assim para a melhoria de saúde da nossa comunidade.

Há a referir que dos 34 doentes deste estudo 6 estiveram com terapêutica no domicílio (TOD Domiciliária), mas por na altura não existir no CDP um procedimento para TOD Domiciliária, não foi possível ser a equipa de enfermagem deste a acompanhar estes

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

doentes, tendo sido solicitado o apoio da equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados na Comunidade, que se disponibilizou para assegurar a sua medicação. Apesar de terem a possibilidade de realizar a terapêutica, não havia por parte desta equipa uma vigilância/supervisão da toma dos antibacilares, sendo apenas relatada a entrega da medicação.

3.4 – Recrutamento da população alvo

A admissão dos doentes no CDP pode ser feita através da alta hospitalar do doente internado com TP, ou mediante referência do médico de família (que pode vir com diagnóstico confirmado ou para confirmação). Além do tratamento exclusivo de TB, o serviço dedica-se também ao rastreio de conviventes e de grupos vulneráveis, tais como toxicodependentes, sem-abrigo, idosos, doente VIH positivo, entre outros.

A maioria dos doentes com TP é encaminhada para o CDP após a alta hospitalar. Apesar do internamento por vezes poder ir até aos 3 meses, é quando chega a este serviço que o doente/família vai adquirir conhecimentos sobre a doença e o tratamento, que vão ter que continuar durante pelo menos 6 meses.

Sempre que os doentes são inscritos na consulta e diagnosticados/notificados com TP, é passada uma declaração de isenção, que prevalece durante todo o tempo em que estão a cumprir tratamento, e que lhes permite serem isentos de taxas moderadoras de consultas ou meios complementares de diagnóstico.

Os que não possuem Segurança Social são encaminhados para o Serviço Social do ACSS de Setúbal e Palmela, com o qual nos articulamos, sendo dada prioridade no atendimento e na atribuição do Rendimento Social de Inserção (RSI) a estes doentes.

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

4 - Análise reflexiva sobre os objetivos

No que concerne a este projeto pretendeu-se alcançar os seguintes objetivos:

Objetivo Geral:

⇒ Implementar Visita Domiciliária (VD) aos doentes com Tuberculose Pulmonar (TP) em regime de Toma Observada Directamente (TOD) do Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) de Setúbal.

Objetivos Específicos:

⇒ Apresentar e adquirir aprovação da Direção do Centro de Saúde S. Sebastião para a implementação do projeto “**Tuberculose: Um desafio no Cuidar - Visita Domiciliária aos Doentes com Tuberculose do CDP de Setúbal**”;

⇒ Identificar fatores de risco na população alvo;

⇒ Identificar recursos da comunidade e estabelecer parcerias;

⇒ Sensibilizar doentes e cuidadores sobre a importância da doença e duração do tratamento;

⇒ Articular a equipa multidisciplinar do CDP com os recursos da comunidade, tendo em vista a melhoria das condições sociais/saúde dos doentes/cuidadores;

⇒ Implementar VD ao doente com TP;

⇒ Promover através da VD uma taxa de adesão ao tratamento (dos doentes com TP) de 85%.

4.1 – Objetivos de intervenção profissional

O desenvolvimento profissional não se processa de uma forma automática, este é suscetível de atualização mediante a participação do enfermeiro em atividades e experiências inovadoras.

Como objetivos de intervenção profissional pretendi adquirir ao longo do desenvolvimento do projeto:

⇒ **Competências** específicas na intervenção comunitária, dirigida a grupos com maior vulnerabilidade (doentes com TP) através da VD - pois considero que os enfermeiros podem ser os principais responsáveis pelos processos de mudança, sendo que o contexto onde estes são desenvolvidos são por mim entendidos como fator determinante do desenvolvimento dessas competências;

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

⇒ **Ser líder do projeto** - para tal assumi a gestão do desenvolvimento e implementação do projeto “Tuberculose: Um desafio no Cuidar - Visita Domiciliária aos Doentes com Tuberculose do CDP de Setúbal”. Este constituiu um processo complexo que passou pela harmonização de funções entre os diversos intervenientes. Foi também minha intenção implementar estratégias que proporcionassem aos membros da equipa multidisciplinar a aquisição de competências na área da saúde comunitária, quer a nível pessoal, quer a nível profissional, que lhes permitissem lidar/relacionar-se com as variadas situações presentes nos doentes com TP, em caso de gravidade ou em situação especial, quer a nível dos cuidados de saúde primários, quer na comunidade, de forma a participarem ativamente neste projeto;

⇒ **Articulação com a equipa multidisciplinar** - foram desenvolvidas intervenções que conduziram à tomada de decisão conjunta e que foram ao encontro das necessidades dos doentes, realizando atendimento/acompanhamento, diagnóstico das situações, visitas domiciliárias, ações de sensibilização e articulação com entidades locais. Desta forma, interagi quer no contexto de saúde, quer no contexto social;

⇒ **Satisfação profissional** - sendo a enfermeira responsável pelo desenvolvimento do projeto e possuindo a especialidade na área da saúde comunitária, foi com satisfação pessoal e profissional que planeei e coordenei todas as atividades que conduziram à consecução do objetivo geral, assegurando todos os recursos necessários para que estes doentes cumprissem com sucesso o tratamento. Por outro lado, permitiu-me continuar a construir a minha própria identidade profissional, sendo no entanto necessário continuar a adquirir novas competências, mas principalmente reinterpretar a experiência adquirida;

⇒ **Elemento de referência do CDP** – entendendo que o caminho para auto responsabilizar os doentes pelo seu regime terapêutico passa pela informação, mas que essencialmente se constrói com base na comunicação, na qualidade de interação que se consegue estabelecer com os doentes/famílias, na capacidade de envolvimento, de negociar e de perceber as crenças/religiões/mitos dos outros, pois só assim se conseguirá simplificar regimes terapêuticos complexos, transformando grandes percursos em pequenas etapas. Por reconhecer a adesão à terapêutica antibacilar como uma arma terapêutica decisiva na tuberculose, que necessita dum aperfeiçoamento da sensibilidade por parte dos enfermeiros, fui o elemento de referência deste projeto, de

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

forma que sempre que os doentes/famílias/colegas se depararam com dificuldades, soubessem a quem se podiam dirigir para tentar ultrapassar as barreiras encontradas.

A TOD/VD é um fator de satisfação profissional ao implicar a interiorização da representação social do enfermeiro como elemento de referência nos doentes portadores de TP/famíliares /comunidade;

⇒ **Elo de ligação com os recursos da comunidade** – sabendo que a combinação de fatores como as necessidades físicas do doente, o apoio social e económico de que a família dispõe, o ambiente físico e psicológico que existe no domicílio, exige uma avaliação contínua por parte da equipa multidisciplinar e o envolvimento dos diferentes recursos da comunidade, de forma a promover uma melhoria da sua qualidade de vida, como enfermeira responsável pelo projeto atuei como elemento de ligação entre o CDP e os restantes recursos da comunidade envolvidos no projeto.

4.2 – Objetivos a atingir com a população alvo

⇒ **Identificar fatores de risco na população alvo** - Através da VD, o enfermeiro tem como propósito conhecer o contexto do doente, incluindo as condições do ambiente familiar e sócio económicas, de habitação, o número de pessoas que coabitam no domicílio, identificar a existência de contactos próximos que possam ser portadores de outras doenças, o uso de substâncias nocivas e assim, realizar uma avaliação quer das necessidades de cuidados de saúde, quer de outras necessidades específicas, pontuais e individualizadas a cada doente/família.

Após seleção dos doentes para realização de TOD/VD e através da análise individual de cada um dos processos clínicos e de enfermagem dos referidos doentes, assim como da consulta de dados obtidos a partir do programa SVIG-TB (Sistema de Informação da Tuberculose no qual devem ser registados todos os casos de TB ativa, confirmados ou prováveis e os casos de TB infeção desde que sejam submetidos a tratamento. Neste sistema são classificados todos os casos de TB para efeitos de registo, notificação e monitorização de resultados, a nível nacional) concluí que os fatores de riscos mais evidentes neste grupo são:

- ✓ O baixo extrato socioeconómico (devido à elevada taxa de desemprego, que se revelou de 80%);
- ✓ As condições habitacionais degradadas (surgidas em 40% dos casos);
- ✓ O analfabetismo (presente em 60% dos indivíduos);

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

- ✓ As outras patologias associadas, como o VIH (com uma percentagem de 40%) e,
- ✓ Os hábitos nocivos/de adição (como o alcoolismo, que surge em 40% desta população).

Os fatores de risco encontrados neste grupo estão de acordo com a literatura, pois a toxicod dependência, o alcoolismo, a reclusão e a situação de sem abrigo são os fatores de risco mais referidos para esta doença e são considerados como determinantes para o seu prognóstico. A Infecção VIH é considerada o fator de risco mais importante entre os casos de TB e na população em análise, ele surge com grande expressão.

A TB como infecção oportunista, é a principal causa de morte nas pessoas portadoras de VIH. Dos 9,4 milhões de casos de TB em 2009, 1 a 1,2 milhões estavam coinfectados pelo VIH.

⇒ **Identificar recursos da comunidade e estabelecer parcerias** - Este objetivo foi indispensável para a consecução do projeto, pois foi através do reconhecimento dos recursos da comunidade que identifiquei a necessidade de estabelecimento de parcerias. Por outro lado, estas parcerias constituiriam uma mais valia, pois os doentes/famílias ao terem conhecimento sobre quais os recursos existentes na comunidade a que podiam recorrer para os apoiar, sentiram-se mais protegidos e com a possibilidade de reorganizarem as suas vidas, que durante o tempo de doença/tratamento, fica na maioria das vezes destruturada.

⇒ **Sensibilizar doentes e cuidadores sobre a importância da doença e duração do tratamento** - Os enfermeiros através da VD devem privilegiar uma abordagem centrada nas necessidades e características do doente/família, garantindo a equidade no acesso aos serviços clínicos, independentemente do estado clínico e fatores psicossociais.

Na opinião de RAYMUNDO (2000), “ *é da maior importância para o êxito de um tratamento, explicar a cada doente em termos simples, porque adoeceu e a progressão da sua doença, até ao diagnóstico, tranquilizando-o, no entanto que se trata de uma doença curável*” (p. 421).

Assim, defendo que o bom relacionamento entre o doente e o enfermeiro/equipa multidisciplinar e a informação e educação sobre a doença, a importância e eficácia do tratamento para a obtenção da cura, a questão do estigma social, o preconceito, o acompanhamento durante todo o tempo do tratamento nomeadamente na supervisão de medicação (TOD) e na sua adesão, assim como a flexibilidade e disponibilidade dos serviços, devem ser exaltados e potenciados no sentido de se obter um impacto positivo

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

na adesão ao tratamento. Com este entendimento foram agendadas sessões de educação para a saúde, de forma individualizada e em grupo e direcionadas para orientar e coresponsabilizar o doente, a família e a comunidade.

⇒ **Articular a equipa multidisciplinar do CDP, com os recursos da comunidade, tendo em vista a melhoria das condições sociais/saúde dos doentes/cuidadores** - É sabido que a interdisciplinaridade numa equipa de saúde não exclui nem a independência, nem a autonomia de cada profissional. A articulação de outros saberes, de outras disciplinas e de outras experiências, resulta na formação duma equipa multidisciplinar que tem um objetivo comum: prestar cuidados de qualidade ao doente/família, quer sejam cuidados de saúde ou sociais, de forma a suprimir algumas necessidades e reduzir dificuldades. Para tal foi importante proceder à realização de reuniões multidisciplinares no CDP de modo a avaliar o processo do doente, a sua evolução clínica e a existência ou não de necessidade de encaminhamento para outras estruturas da comunidade.

Como enfermeira responsável pelo projeto estive presente em todas as reuniões multidisciplinares realizadas, assim como estiveram sempre presentes o médico e a assistente social do CDP; nelas também participaram pontualmente o médico de família e a enfermeira do centro de saúde a que o doente pertencia.

⇒ **Implementar VD ao doente com TP** - A VD é um conjunto de ações de saúde direcionadas para o atendimento, tanto educativo como assistencial. Como é realizada no âmbito domiciliário, proporciona uma dinâmica nos programas de vigilância de saúde.

Para o sucesso de uma VD é necessário em primeiro lugar, elaborar um plano de organização e funcionamento da mesma. Enquanto responsável por este projeto coube-me realizar o planeamento da VD, onde tive que ter em consideração a colheita de dados, a seleção dos doentes a visitar e posteriormente realizar um plano de VD.

⇒ **Promover através da VD uma taxa de adesão ao tratamento (dos doentes com TP) de 85%** - A VD deve ser realizada a todos os doentes com TP que tenham critérios para iniciarem TOD no Domicílio. Através desta pretende-se maximizar a adesão terapêutica garantindo a cura e reduzindo a taxa de abandono e assim diminuir o aparecimento de bacilos/estirpes multirresistentes. Pretende-se também reduzir a mortalidade, reduzir os internamentos hospitalares, identificar fatores de risco e encaminhar para outros recursos da comunidade.

5- Análise reflexiva sobre as Intervenções

Apesar dos progressos alcançados ao longo dos últimos anos, a luta contra a TB falhou nalguns dos seus objetivos básicos, como prova o aumento continuado da epidemia a nível mundial. Os dados oficiais da OMS referem que a carga global da TB no mundo está a aumentar e de acordo com dados publicados por esta organização, um terço da população mundial encontra-se infetada com o bacilo de Koch, pelo que estipulou como meta até 2015, reduzir para metade a prevalência e o número de mortes por TB (em relação a 1990), em consonância com os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio, e também eliminar até 2050, a TB como problema de Saúde Pública (reduzindo a doença a um caso por milhão de habitantes).

Considerando que atualmente, os enfermeiros têm uma responsabilidade social reconhecida pela sociedade, necessitando esta de atores capazes de definirem os seus papéis e, como numa sociedade dinâmica e reativa os profissionais devem **ser atores capazes de definirem os seus contributos nas diferentes áreas em saúde**, tendo como objetivos desenvolver intervenções que se traduzam efetivamente em ganhos de saúde, este projeto surge como um pequeno contributo para o atingimento da meta definida pela OMS, acima referida.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária tem que ter um conhecimento profundo sobre os problemas de saúde da sua comunidade, devendo planear, implementar e avaliar programas e projetos. Deve intervir junto de grupo/ comunidades com necessidades específicas, de modo a que os cuidados sejam eficazes, integrados, continuados e ajustados.

Por a população alvo deste projeto ser vulnerável e os indicadores em saúde relacionados com o aumento de números de casos de TP não serem “bem vistos” pela sociedade e pelos responsáveis políticos deste país, há por isso necessidade de dar a volta a esta situação, que é real e que tem fortes impactos individuais e sociais.

Neste projeto, é junto do doente/família, no seu domicílio, que encontramos pessoas “carentes de saúde”, como é o caso dos doentes portadores de TP, que muitas vezes para não serem discriminados preferem esconder o seu “status” de doença. O analfabetismo, muito presente nestes doentes, cria dificuldades na obtenção de informações e oportunidades. Além disso, estes indivíduos vivem frequentemente em habitações com condições indesejáveis, às vezes em situação de pobreza extrema, sem qualquer suporte

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

de cuidador ou com cuidadores desesperados e/ou desgastados, que necessitaram de abdicar da sua própria vida particular/profissional para cuidar destes doentes.

Assim as intervenções realizadas incidiram especificamente na promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, reinserção social e na promoção do bem-estar e auto cuidado da população alvo.

5.1- Fundamentação das intervenções

A prestação de cuidados na comunidade sempre existiu. Cuidar é inerente à vida humana e não há saúde sem enfermagem.

Desde Nightingale, que a enfermagem desenvolve trabalhos na área da saúde comunitária, o que contribuiu para a acumulação de saberes que hoje desfrutamos. Tal como refere VIEIRA (2007), citando um trabalho de Fry, a enfermagem tinha como principal objetivo cuidar dos doentes “(...) *de todas as classes sociais nas suas próprias casas*” (pp.18-19).

Atualmente, o enfermeiro de saúde comunitária adota um papel de relevo ao assumir a responsabilidade/compromisso de ir ao encontro das necessidades de saúde reais das populações, onde centra as suas práticas na promoção da saúde, dando enfoque à educação para a saúde, prevenção da doença, recuperação e manutenção da saúde, planeamento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos doentes, famílias e grupos que constituem uma comunidade.

A saúde comunitária por ser uma área de especialização da enfermagem, faz com que o enfermeiro incorpore uma visão holística e contextual do doente/família, o que potencializa a adequação de respostas face à especificidade dos problemas identificados. Neste sentido, as intervenções realizadas neste projeto tiveram como foco primordial os doentes com TP em regime de TOD do CDP de Setúbal e a promoção da adesão ao tratamento.

A realização de reuniões com o diretor de serviço e com os diferentes elementos da equipa multidisciplinar tiveram como finalidade a apresentação do projeto e a sua aceitação por parte destes, assim como a proposta de mudança e inovação em cuidados de enfermagem na saúde, procurando sempre cuidados de excelência.

Tal como refere o Código Deontológico do Enfermeiro, Artigo 80º, alínea a), o enfermeiro assume o dever de conhecer as necessidades da população e da comunidade onde está inserido.

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

Assim, depois de realizados os diagnósticos de enfermagem, cujo enfoque se direcionou para a **identificação das diferentes necessidades/riscos da população alvo**, foram realizadas as intervenções previamente delineadas, que tiveram como fim selecionar os doentes com os quais pretendia intervir.

Pretende-se que o enfermeiro especialista em saúde comunitária assuma um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, bem como uma elevada capacidade de responder de forma adequada às necessidades específicas dos diferentes doentes/famílias/comunidade, proporcionando efetivos ganhos em saúde. Tendo em conta estas funções, procedi posteriormente, à **identificação de recursos da comunidade** que pudessem dar resposta aos problemas de saúde identificados na população alvo, o que foi feito através de dados colhidos em reunião com a Assistente Social do ACSSP. Depois, foram realizadas reuniões com os responsáveis das instituições selecionadas, com o intuito de apresentar o projeto e **estabelecer parcerias/protocolos** com o CDP. Posteriormente foram realizadas a estes parceiros, duas ações de formação sobre a temática do projeto, para que estes pudessem ficar mais esclarecidos quer sobre a doença, quer sobre os doentes que futuramente iriam acompanhar. Estas tiveram também como intuito que os parceiros formandos pudessem posteriormente partilhar os conhecimentos adquiridos com os restantes elementos da sua instituição, de forma a que a globalidade das pessoas envolvidas no projeto estivesse à altura do seu desempenho.

Este foi um passo importante no desenvolvimento e sucesso deste projeto, pois sem o seu apoio, não seria possível o acompanhamento desta população alvo, nas atividades a realizar fora do CDP. Estas tornaram-se igualmente indispensáveis na reinserção social dos doentes.

Após o estabelecimento das parcerias, houve a necessidade de mobilizar recursos e competências técnicas e relacionais, de forma a possibilitar esclarecer, informar e educar a população alvo face às necessidades sentidas, assim como colaborar e orientar os cuidados e supervisionar a tomada de decisão, de forma a contribuir para o empowerment dos doentes/famílias.

Foi através destas intervenções que consegui **promover ações de educação para a saúde quer aos doentes, quer às famílias sobre a importância da doença e duração do tratamento.**

Em relação às sessões de educação para a saúde realizadas, em número de três, entendi que a informação não devia ser fornecida de forma compacta, de uma só vez, mas sim

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

em momentos oportunos. Devido às características destes doentes/famílias, nomeadamente as condições socioeconómicas, a perda de emprego, o estigma provocado pela doença, muitas vezes senti necessidade de despertar o doente/família para a realidade, contudo foi necessário ter em atenção os aspetos culturais e as habilitações literárias dos intervenientes neste processo, para que a informação fosse recebida, integrada, refletida e sistematizada, dando origem a processos conscientes de tomada de decisão autónoma, individual e familiar.

Esta intervenção passou também pela realização de dois folhetos informativos dirigidos ao doente/família portador de TP, ação que considero fundamental, pois o cumprimento do tratamento para a TB em TOD é significativamente mais alto entre os doentes/famílias que já possuem conhecimentos sobre os vários aspetos da doença, sendo o maior obstáculo para o cumprimento da TOD a falta de conhecimentos sobre saúde, sendo por isso necessário encontrar estratégias inovadoras no que diz respeito à educação para a saúde.

Numa fase seguinte foi necessário **articular a equipa multidisciplinar do CDP (enfermeiro, médico, assistente social, psicóloga, fisioterapeuta) com os recursos da comunidade, tendo em vista a melhoria das condições sociais/saúde dos doentes/cuidadores.**

São múltiplas as necessidades (sociais, económicas, de habitação adequada, de educação para a saúde, de educação sobre a doença/tratamento/alimentação, de existência de um cuidador) do doente/família com este tipo de patologia, que procuram as mais diversas respostas, que vão desde a ajuda monetária e reinserção social, até à presença de alguém com quem esclarecer dúvidas.

A credibilidade, qualidade e garantia dessas respostas só podem ser encontradas no seio duma equipa multidisciplinar. Assim, cada profissional deve tomar consciência da importância das suas capacidades e competências específicas. A multidisciplinaridade pode ser definida como a complementaridade de atuação entre diferentes especialidades profissionais. A existência de uma equipa multidisciplinar que trabalhe de modo coordenado dará respostas às mais variadas necessidades do doente/família.

Seguiu-se a fase de implementação da VD e a elaboração de um plano de organização e funcionamento. A VD pode ser definida como uma atividade fundamental das equipas em cuidados de saúde primários e uma das principais estratégias de intervenção na prestação de cuidados, com a qual se podem obter

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

benefícios para os doentes/família, sendo talvez o principal o facto de os doentes poderem continuar no seu meio, mas tendo acesso aos cuidados de saúde.

A família é uma estrutura privilegiada de suporte afetivo, facilitando a colaboração e promoção do auto cuidado. A VD tem também benefícios para a comunidade, já que a realização da mesma diminui o número de recaídas/agravamento do estado clínico, evitando os internamentos hospitalares e/ou a recorrência a outros serviços, reduzindo custos decorrentes desses internamentos.

Neste tipo de intervenção, os enfermeiros têm que estar providos de competências de comunicação, relacionamento, trabalho de equipa com familiares e outros profissionais, tudo isto enquadrado no código deontológico que facilita uma relação ética, respeitando e potenciando a autonomia de cada pessoa.

É premente a necessidade de aumentar a qualidade dos cuidados prestados ao doente portador de TP. Assim, para garantir uma maior qualidade de cuidados de enfermagem, foi necessário implementar novos métodos de trabalho, desenvolver novas competências, mudar atitudes e comportamentos. A preparação da implementação de uma VD implicou a realização de sete reuniões e a realização de três instrumentos de colheita de dados (Guia de Colheita de Dados ao doente com TP, Folha de VD e Folha de Articulação de Cuidados) onde ficassem registados todos os dados dos doentes (condições económicas, sociais, psicológicas, apoios necessários e encaminhamentos para recursos da comunidade....).

A primeira visita é de extrema importância, uma vez que é nesta que se inicia a colheita de dados, tendo como objetivo a identificação de diagnósticos de enfermagem, que visem o planeamento das intervenções mais adequadas. Este tipo de atividade está também relacionado com a comunicação. Esta deve ser aberta de forma a contribuir e encorajar o doente/família a expressarem os seus sentimentos e assim estabelecer uma relação de ajuda, na qual a capacidade de escutar assume grande relevância. Escutar, tal como LAZURE (1994) diz “...*não é sinónimo de ouvir (...) é também cuidar e neste caso, é cuidar inteiramente*” (p.15-17), estando atento também a linguagem não verbal do doente/família. O preenchimento correto dos dados na folha de VD é importante que seja feito com exatidão pois estes são significativos, permitindo que os outros profissionais tenham acesso a informação de forma a dar continuidade aos cuidados.

Por fim, **implementou-se a VD** de forma a promover através desta **uma taxa de adesão ao tratamento (dos doentes com tuberculose pulmonar) de 85%**. A necessidade que o enfermeiro tem de conhecer as diversas dinâmicas sociais e culturais presentes no

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

processo de doença e cura da população alvo faz com que este se aproxime do domicílio do doente/família e que tenha sempre presente que, como refere COUVREUR (2001) *“obter-se-á uma melhor adesão ao tratamento se as escolhas possíveis forem apresentadas, explicando as vantagens e os inconvenientes”* (p.142). Para SAVASSI, LCM; DIAS, MF (2006), a Visita Domiciliar é um *“instrumento formado por um conjunto de ações sistematizadas para viabilizar o cuidado a pessoas e famílias com algum nível de alteração de saúde ou para realizar atividades ligadas aos programas de saúde”*.

Já para TAKAHASHI (2001), a Visita Domiciliária constitui uma atividade cujo intuito é o de subsidiar a intervenção no processo saúde-doença de indivíduos ou no planeamento de ações, visando a promoção da saúde da comunidade.

Realizada geralmente por enfermeiros a VD é uma das metodologias prioritárias no controlo do TB. Através das VD é possível identificar condições sociais e sanitárias/habitacionais do doente/família, obtendo um diagnóstico da realidade local e favorecendo a identificação das áreas de risco, que não seriam visualizadas na unidade de Cuidados de Saúde Primários/CDP.

A prática da TOD no Domicílio exige capacitação e supervisão permanente dos profissionais envolvidos no acompanhamento do doente/família com TB, aquisição de novos conhecimentos para o planeamento e execução de ações de saúde e articulação entre o CDP, recursos da comunidade e o doente/família. Através da realização de VD, foi possível promover uma maior eficácia das medidas de prevenção, detetar precocemente as abordagens terapêuticas possíveis, evitando assim que estes doentes com menos possibilidades ou mobilidade tivessem de se deslocar diariamente ao CDP para realizarem a terapêutica antibacilar. Neste projeto, a particularidade da VD passou por garantir a adesão à TOD do doente portador de TB, assegurando a sua conclusão e igualmente constituiu-se como um instrumento de vigilância epidemiológica. Promover a cura dos doentes pode significar mudanças nos indicadores de saúde e conseqüente impacto epidemiológico.

Em suma, o papel do enfermeiro na comunidade consiste em possibilitar a autonomia, criar com sabedoria a oportunidade, reforçando crenças e capacidades, respeitando as decisões e os ritmos de aprendizagem, fomentando, a partir da célula familiar, a reprodução e herança de modelos comportamentais e experiências de saúde individuais, num processo de crescimento e desenvolvimento.

5.2– Metodologias

Uma metodologia é um conjunto de técnicas e procedimentos utilizados para estudar qualquer aspeto da realidade social, que permite prever, orientar e preparar o caminho que os intervenientes irão fazer ao longo da realização do projeto, centrando-se na investigação, análise e resolução de problemas (LEITE et al, 2001).

Durante a realização deste projeto houve necessidade de desenvolver estratégias de planeamento e de programação que fossem integradoras e de atuação intersectorial e multidisciplinar, com a participação ativa da população, para que cada doente/família percebesse a importância da saúde e assumisse o seu controle consciente.

A OMS, através da Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde – Carta de Ottawa – realizada em 1986, no Canadá, veio orientar e propor formas de ação para operacionalizar a Promoção da Saúde que definiu como sendo “ *o processo que permite às populações exercerem um controlo muito maior sobre a sua saúde e melhorá-la.*”

Assim, as metodologias utilizadas tiveram sempre como objetivo a prevenção, a promoção ativa de saúde dos doentes/famílias com TP e a sua adesão ao tratamento, de forma a garantir a melhoria efetiva dos cuidados.

As alterações no quotidiano destes doentes/famílias, tornaram imprescindível uma avaliação das suas necessidades globais na resolução dos problemas sociais e de saúde, pelo que foi considerado relevante o **envolvimento da equipa multidisciplinar do CDP.**

Todas as atividades realizadas implicaram o trabalho em equipa, pois estas subentenderam a implicação de todos os intervenientes (equipa multidisciplinar e parcerias) e da população a que se destinava este projeto. Foi por isso fundamental o envolvimento de todos os profissionais de saúde em equipa multidisciplinar, no qual a participação de cada um foi ponte indispensável para o sucesso das várias ações desenvolvidas.

Para GOMES PEDRO, citado por MARINHEIRO (2002), “ *A equipa é, ela própria, o modelo de uma associação de pessoas ligada por um objetivo comum e por ligações profissionais envolventes que derivam da crença do seu empenho solidário em prestar cuidados a uma sociedade por quem se sentem responsáveis*” (p.59). Pode assim considerar-se que a abordagem multidisciplinar realizada pela equipa do CDP, teve como fim promover a proximidade com o doente/família/comunidade, identificando/avaliando com mais precisão os problemas e as necessidades reais da

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

população afetada pela problemática em questão, permitindo também uma melhor planificação e uma ação mais direta e dirigida para melhorar essa realidade.

Assim na continuidade desta avaliação, surgiu a necessidade do **estabelecimento de parcerias** que possibilitassem a continuidade dos cuidados destes doentes nas entidades /recursos locais da comunidade. Estas contribuíram para o acompanhamento/apoio dos doentes/famílias com TP, mas também para a inclusão social destes, numa perspetiva multicultural, promovendo a redução das desigualdades em saúde e em simultâneo intervirem em proximidade em situações de maior risco, nomeadamente nos doentes com outras patologias associadas como o VIH ou com aqueles que estão na eminência de perder a sua dignidade, devido às alterações da sua auto imagem e do seu estatuto social. Mas a identificação de riscos, necessidades e capacidades não nos levam a melhorar a saúde das pessoas e grupos; apenas a **educação para a saúde** permite que os próprios tomem decisões sobre a sua saúde. Desta forma, foram promovidas 3 sessões de educação para a saúde aos doentes/famílias com TP e a realizarem TOD, encontrando-se o plano das referidas sessões no **Anexo I**, tendo sido todas elas adaptadas à situação específica individual, familiar, de grupo ou comunidade (estando aqui incluídos os parceiros com os quais se estabeleceram protocolos/parcerias). Ao Enfermeiro de Saúde Comunitária compete uma constante otimização deste recurso, uma vez que conhece e interage com o doente/família, podendo levá-los a querer saber e agir em favor da sua saúde. Todas as atividades desenvolvidas foram dirigidas de forma a potencializar a auto responsabilidade dos doentes/famílias, para o cuidado com a sua própria saúde. Como refere ZURRO Y PÉREZ (1994), *“todas as atividades desenvolvidas deverão ter uma vertente educativa; é nas atividades de assistência, onde se estabelece um contacto pessoal e de confiança entre o profissional de saúde e o paciente para tratar de um problema concreto, onde são maiores as possibilidades de intervenção positiva e eficaz nesta área”*.

As ações de educação para a saúde devem transpor os conteúdos relativos à doença e ao tratamento, incluindo aspetos sociais, ambientais, o estigma e preconceito da doença; a informação, por si só, não garante mudança de comportamentos, mas deve ser dirigida ao doente para que este compreenda o que precisa fazer para ter saúde e não apenas um saber sobre a doença; devem também contribuir para o reconhecimento da saúde como direito fundamental, garantindo o acesso à saúde e reduzindo a incidência das principais doenças, como a TB, de forma a respeitar os princípios e as estratégias da Saúde para Todos no Século XXI, da Organização Mundial de Saúde.

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

A necessidade que o enfermeiro teve de conhecer as diversas dinâmicas sociais e culturais presentes no processo de doença e cura da população alvo, fez com que este se aproximasse do domicílio do doente/família, através da **realização de Visitas Domiciliárias**. Assim, com a implementação da VD tornou-se uma realidade o acompanhamento do doente/família com TP e a realizar TOD, sendo seu objetivo propiciar o aumento da taxa de adesão ao tratamento, aumentar a probabilidade de cura destes doentes, de não virem a apresentar no futuro Tuberculose Multirresistente e simultaneamente, quebrar a cadeia de transmissão da doença.

Compreender o conceito alargado de saúde e o contexto cultural em que as abordagens na saúde se inserem, reconhecer a importância das parcerias no desenvolvimento e implementação das ações locais de saúde pública e promover o empowerment das populações neste domínio, são três pilares fundamentais para o desenvolvimento da saúde social e comunitária e para o desenvolvimento e alteração das políticas que intervêm em cada determinante social da saúde, que por vezes não se ajustam aos programas.

Com base nesta perspetiva, foi possível reunir todos os meios previamente delineados e que se encontraram ao nosso alcance, de forma a conseguir centrar sinergias nesta problemática de saúde que define critérios de prioridade no âmbito da Saúde Pública em Portugal.

5.3- Análise reflexiva sobre as estratégias acionadas

Segundo GUERRA e AMORIM (2001), a seleção das estratégias serve de guia para as opções face às atividades que se pretendem desenvolver. Assim, as atividades programadas para a concretização deste projeto foram as que de seguida se discriminam:

1º Objetivo: Apresentar e adquirir aprovação da Direção do Centro de Saúde S. Sebastião para a implementação do projeto “**Tuberculose: Um desafio no Cuidar - Visita Domiciliária aos Doentes com Tuberculose do CDP de Setúbal**”

Estratégia: Realização de reuniões para apresentação/divulgação do projeto

Atividades Desenvolvidas:

⇒ *Realização de reuniões com a Equipa Multidisciplinar do CDP e com os Doentes /Famílias com TP para perspetivar importância atribuída à VD*

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

Para uma melhor contextualização da problemática em estudo e para que pudesse ter aprovação para a implementação deste projeto, decidi efetuar pequenas reuniões informais com os diferentes elementos da equipa multidisciplinar nos dias 27, 28 e 29 Setembro de 2011. Estas reuniões tiveram como principal objetivo:

- ⇒ Perspetivar a importância atribuída pela equipa à implementação de uma VD para realização de TOD e do acompanhamento efetuado ao doente com TP;
- ⇒ Compreender se a existência desta VD é considerada significativa e se o déficit no seu funcionamento atual é sentido realmente como um problema.

Número de Profissionais da Equipa Multidisciplinar	Considera a implementação duma VD para realização de TOD domiciliaria aos doentes portadores de TP (com maior grau de dificuldade) importante?	Considera que através da realização de VD a estes doentes é possível aumentar a taxa de adesão ao tratamento?
1 Médico	Sim	Sim
1 Enfermeira	Sim	Sim
1 Assistente social	Sim	Sim
1 Psicóloga	Sim	Sim
1 Fisioterapeuta	Sim	Sim

Quadro I – Importância atribuída pelos profissionais da equipa multidisciplinar à implementação de VD

Dos 5 profissionais, com os quais se realizaram estas reuniões, todos consideraram pertinente a existência de uma VD (conforme se pode observar pelo Quadro I), na qual sejam identificadas as necessidades dos doentes e se atue de forma eficaz no seu tratamento, reabilitação, melhoria do seu estado clínico, prevenção de complicações e aumento da taxa de adesão ao tratamento/cura.

Também aos doentes/famílias foi realizado uma entrevista sumária através da qual se pretendia perspetivar a importância que atribuíam ao facto de lhes poder ser realizada a medicação no domicílio por uma enfermeira do CDP, monitorizando simultaneamente a evolução do estado clínico do doente. A população inquirida foi constituída por 7 doentes/famílias que se deslocaram ao CDP para consulta, no período compreendido entre 27 de Setembro e 1 de Outubro de 2011. Nas pequenas entrevistas que tive a oportunidade de realizar, as questões colocadas foram apenas duas:

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

⇒ Considera importante que a equipa de enfermagem do CDP vá realizar diariamente a medicação da TB ao domicílio?

⇒ Se sim, porquê?

Em relação à primeira pergunta, 100% da população (7 doentes), referiu considerar importante a existência de uma equipa que pudesse ir a sua casa diariamente e acompanhá-lo (a si ou ao seu familiar) durante o tempo previsto de tratamento (Quadro II).

Número de Doentes Questionados	Considera importante que a equipa de enfermagem do CDP vá diariamente a sua casa fazer-lhe a medicação da TB?
7	Sim

Quadro II – Importância atribuída pelos doentes à existência de VD/TOD Domiciliária

Relativamente à segunda questão, doentes/familiares expressaram que se esta atividade existisse, se sentiriam mais seguros e “aliviados” se uma enfermeira fosse a sua casa, quer para dar a medicação (a si ou ao seu familiar), quer para o ajudar a resolver outras situações relacionadas com a doença (Quadro III).

Número de doentes questionados = 7	Porquê?
2	<i>“Sentir-me-ia mais seguro. Desta forma nunca me esqueceria de fazer a medicação e podia ficar curado mais depressa”</i>
2	<i>“Explicavam-me como se deve tomar os medicamentos, quais as precauções a ter e podiam ajudar-me noutras situações...”</i>
1	<i>“Assim nunca deixaria de tomar a medicação e conseguiria levar o tratamento até ao fim”</i>
1	<i>“Era uma forma de me ajudarem a adaptar mais facilmente a esta doença e de me ajudarem a reintegrar na comunidade”</i>
1	<i>“Era uma ótima ajuda uma vez que não consigo estar em casa a horas de dar a medicação ao meu familiar”</i>

Quadro III – Justificação da importância atribuída pelos doentes/família à implementação de VD para TOD

Também os familiares manifestaram que se sentiriam mais seguros com a VD realizada por uma enfermeira, quer pelo estado de saúde/debilidade do seu familiar que dificulta a deslocação ao CDP, quer por não se sentirem à vontade para supervisionar a medicação, quer pelos horários de trabalho não serem coincidentes com a hora da toma de medicação e não poderem estar presentes. Embora a amostra seja pequena é reveladora

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

dos desejos sentidos e expressos pelos doentes/famílias. Todos verbalizaram considerar importante a existência de VD para realização de TOD Domiciliária e simultânea realização de ensino sobre a terapêutica, assim como referiram sentir a necessidade de adquirir conhecimentos sobre a patologia.

Durante estas conversas informais tive ainda a oportunidade de me aperceber da necessidade que estes doentes/famílias têm de “serem escutados”, de serem acolhidos por alguém que lhes possa dar um pouco de atenção, de terem alguém com quem possam partilhar as suas dúvidas, angústias e receios. Pode considerar-se então que o acompanhamento ao doente/família implica mostrar interesse, preocupação, disponibilidade e compreensão pelas necessidades, reconhecer e aceitar a perspetiva sobre o processo de saúde/doença, perceber qual a informação que realmente pretendem, e por fim, em articulação multidisciplinar, fornecer orientação/ensino estruturado e congruente de modo contínuo e sistemático.

Facultar/estimular o acompanhamento do doente com TP por um familiar ou pessoa significativa, que o apoiará em meio domiciliário, é também de contemplar neste projeto.

Neste contexto, penso que este projeto tem pertinência para a organização e para o próprio serviço, pois o ensino/acompanhamento/orientação adequados decrescem os custos a nível do sistema de saúde, através da redução do número de recorrências ao CDP/Urgência Hospitalar e evitando a necessidade de internamento devido a complicações.

Mas para que a mudança aconteça, torna-se fundamental que para além do envolvimento de todos os elementos da equipa, as tomadas de decisão sejam assertivas e consensuais, de forma a tornar as decisões mais criativas e com pouca ou nenhuma dificuldade na fase de implementação.

Por fim, pode concluir-se que as necessidades específicas desta população recaem essencialmente no acompanhamento/supervisão da equipa de enfermagem durante todo o processo de tratamento, de ensinamentos específicos e individualizados sobre a situação de doença de cada um e no apoio das parcerias da comunidade, quer a nível social quer a nível da saúde, tendo sempre como objetivo último a adesão ao tratamento e cura da doença.

Assim, a prestação de cuidados humanizados ao doente/família é essencial para alcançar elevados níveis de qualidade em saúde. E isso tornou-se possível através da implementação de VD ao grupo alvo deste projeto.

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

⇒ Realização de reunião com a Diretora Executiva do ACSSP e com o Médico Coordenador do CDP

A reunião, conforme cronograma (**Anexo II**), teve lugar no dia **10 de Outubro de 2011**, na sala de reuniões do CDP, tendo como objetivo principal a apresentação, divulgação e aprovação do Projeto. Durante a reunião, foi entregue um exemplar do projeto aos elementos presentes (**Anexo III**).

No decurso da reunião foram abordados diversos temas, do qual se destacou a importância da implementação da VD aos doentes portadores de TP seguidos na consulta do CDP para realização de TOD e estratégias de não abandono do tratamento.

A pertinência da existência de uma VD aos doentes portadores de TP, com os fatores de risco reais identificados (o baixo extrato sócio económico, derivado da elevada taxa de desemprego; condições habitacionais degradadas; outras patologias associadas, como VIH; hábitos de adição, como o alcoolismo e a toxicodependência) através da qual pudessem ser desenvolvidas atividades de forma a dar resposta às necessidades desta população, constituiu outro ponto do sumário da reunião.

Tanto o médico do serviço, como a diretora do ACSSP, consideraram a realização deste projeto ambiciosa e exequível, manifestando que os enfermeiros de saúde comunitária são o grupo profissional que mais pode contribuir para o desenvolvimento e sucesso na concretização e operacionalização de projetos nesta área de intervenção tão problemática, que é o acesso e equidade dos cuidados e a educação para a saúde na comunidade, a grupos mais vulneráveis/de risco.

⇒ Realização de reunião com a Equipa Multidisciplinar de Saúde do CDP

Quando da elaboração do projeto, programei em cronograma de atividades, a realização de uma reunião com a equipa multidisciplinar (médico do serviço, enfermeiras, assistente social, psicóloga, fisioterapeuta), para a sua divulgação, sensibilização e envolvimento na problemática deste tema.

Devido à existência de uma equipa coesa, mas também pelo facto do número de profissionais que compõem a equipa ser pequeno, optei pela realização de uma reunião inicial com todos os elementos da equipa e posteriormente reuniões pontuais e informais. Os elementos foram contactados pessoalmente ou via telefónica (na semana de 04 a 10/10) para esta primeira reunião, que ocorreu no dia **12 de Outubro, no CDP** e que teve como objetivos a apresentação do projeto e evidenciar os fatores de risco mais prementes da população alvo e a necessidade de realização de VD.

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

No decurso da reunião, foram colocadas por parte dos elementos da equipa várias questões sobre o desenvolvimento/implementação do projeto, questões às quais dei resposta de forma clara e objetiva, explicando pormenorizadamente as atividades que pretendia desenvolver e as diferentes etapas do projeto, de forma a atingir o meu objetivo geral.

No final, pude constatar o interesse de toda a equipa na realização deste projeto, quer através das manifestações de apoio e de incentivo, quer através da verbalização de garantia de colaboração/participação no seu desenvolvimento.

Recursos Espaço-Temporais

⇒ As reuniões com a equipa multidisciplinar para contextualização da área problemática do projeto ocorreram nos dias 27, 28 e 29 de Setembro de 2011 e tiveram a duração de 1h 30 minutos.

⇒ As entrevistas realizadas aos 7 doentes/famílias para perspetivar a importância que atribuíam ao facto de lhes poder ser realizada a medicação no domicílio por uma enfermeira, decorreram entre o dia 27 de Setembro e o dia 6 de Outubro de 2011, tendo sido despendidas 2 h na sua concretização.

⇒ Na preparação da reunião com o médico do CDP e a Diretora do ACSSP gastei 30 minutos.

⇒ A reunião com o *Médico Coordenador do CDP (Dr. Vítor Santos) e com a Diretora do ACSSP (Dr.ª Cristina Cabeçadas)* durou cerca de 1h e 30 minutos.

⇒ Na preparação das reuniões com a equipa multidisciplinar despendi aproximadamente 3 h.

⇒ Nas reuniões com a equipa multidisciplinar de saúde foram consumidas cerca de 3 h.

Recursos Materiais

⇒ Bibliografia específica sobre a área temática

⇒ Exemplar do Projeto

⇒ Computador, impressora, fotocopiadora, papel

⇒ Sala de reuniões do CDP

Recursos Humanos

⇒ Diretora do Centro de Saúde (Dr.ª Cristina Cabeçadas) e Médico do CDP

⇒ Equipa multidisciplinar do CDP (5)

⇒ Doentes/famílias (7)

⇒ Preletor nas reuniões: Enfermeira Paula Jesus

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

Avaliação

Após a realização da reunião com a diretora do ACSSP e com o médico do CDP, considero ter conseguido sensibilizá-los para um problema de saúde pública cada vez mais presente na população abrangida pelo ACS Setúbal e Palmela, assim como motivá-los para a urgência da implementação deste projeto, visto este ter como finalidade diminuir a transmissão da doença (TP) /promover a cura, obtendo evidentes ganhos em saúde. O projeto foi aceite e aprovado por ambos.

No que se refere aos elementos da equipa multidisciplinar entendo que consegui transmitir a importância da implementação deste projeto, tendo os mesmos ficado motivados para colaborar/participar no desenvolvimento do mesmo, como pode ser confirmado pelas respostas dadas aos questionários realizados no final da reunião (**Anexo IV**). Importante foi também a opinião transmitida pelos doentes/familiares uma vez que foi para estes que o projeto foi direcionado.

2º Objetivo: Identificar fatores de risco na população alvo

Estratégia: Obter caracterização sociodemográfica da população alvo, através da consulta dos processos clínicos dos doentes inscritos na Consulta de Tuberculose do CDP de Setúbal.

Atividades Desenvolvidas:

⇒ *Consulta dos processos dos doentes com diagnóstico confirmado de TP (de 1 de Janeiro a 1 Outubro de 2011)*

No período compreendido entre 1 de Setembro e 1 de Outubro de 2011, procedi à consulta de 132 processos correspondentes aos doentes inscritos na consulta de tuberculose do CDP de Setúbal, de 1 Janeiro a 1 de Outubro 2011. Dos processos consultados, 31 correspondiam a casos de TP confirmados, podendo constatar-se que o sexo masculino predominou (com 17 doentes).

Relativamente às idades, no sexo masculino variaram entre os 20 e os 75 anos, sendo de salientar que 41% se encontra na faixa etária dos 43-49 anos. No sexo feminino, as idades variaram entre os 19 e os 64 anos, concentrando-se a maioria (35%) na faixa etária entre os 20 e os 28 anos. Através desta avaliação pude também constatar que o nível de desemprego é elevado (cerca de 50%), assim como o número de doentes que se encontra reformado (22%) e que 10 dos 31 doentes (32%) apresentavam outras

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

patologias associadas (VIH) e hábitos aditivos (alcoolismo e toxicod dependência). A análise do fator «habilitações literárias» mostrou que o analfabetismo é frequente, surgindo em 42% dos indivíduos.

⇒ Realização de reunião com a Equipa Multidisciplinar do CDP para divulgação dos dados referentes aos fatores de risco identificados na população

Após apresentação dos dados e de uma abordagem geral sobre a temática, toda a equipa multidisciplinar foi unânime em considerar que a carência económica acentuada e cada vez mais grave, conduz a situações de desemprego e de pobreza; situações como a dependência física e social e situações de debilidade extrema, podem provocar alteração nas atividades de vida diária, permanentes ou transitórias; a falta de informação devido a níveis culturais baixos, assim como a ausência de um cuidador/familiar origina o não cumprimento da medicação, a falta às consultas, a falta de interesse pela casa e imagem própria – foram também estes os principais fatores de risco que identificaram na população alvo deste projeto. Foi referida ainda a importância da VD e da constituição de parceiros (recursos sociais e de saúde da comunidade local), de forma a que esta população pudesse ser apoiada sempre que se encontrasse em situações de vulnerabilidade.

Foi ainda fácil perceber que para desenvolver trabalho de forma a orientar/solucionar os “graves problemas reais”, nesta área problemática de intervenção, seria fundamental conhecer os recursos existentes na comunidade. Desta forma, ficou acordado que se iria proceder ao levantamento das entidades locais/sociais, com as quais poderia existir interesse em estabelecer parcerias. No final, pude constatar a disponibilidade de toda a equipa para a realização deste projeto, através da verbalização de garantia de colaboração/participação no seu desenvolvimento.

Esta reunião decorreu no dia **14 de Outubro**, na sala de reuniões do CDP.

Recursos Espaço-Temporais

- ⇒ A consulta e análise dos dados dos processos dos doentes com TP foram realizadas no CDP, distribuída por vários dias (16), num total de 40 h.
- ⇒ Na preparação das reuniões com a equipa multidisciplinar despendi aproximadamente 3 h.
- ⇒ Nas reuniões com a equipa multidisciplinar de saúde foram consumidas cerca de 3 h.

Recursos Materiais

- ⇒ Bibliografia específica sobre a área temática
- ⇒ Processos clínicos

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

⇒ Computador, impressora, fotocopiadora, papel

⇒ Sala de reuniões do CDP

Recursos Humanos

⇒ Equipa multidisciplinar de saúde (5 elementos)

⇒ Preletor nas reuniões: Enfermeira Paula Jesus

Avaliação

Após a realização de todas as atividades descritas anteriormente, considero ter conseguido sensibilizar/motivar a equipa multidisciplinar de saúde (através dos dados apresentados e pelos questionários realizados no final de cada sessão), para a importância dos fatores de risco existentes neste grupo de doentes, para a necessidade de se constituírem parcerias com as entidades locais e para a implementação urgente de VD aos doentes/família portadores de TP, seguidos no CDP. O acompanhamento destes doentes no domicílio, quer pela equipa de enfermagem/equipa multidisciplinar do serviço e parcerias a constituir, irão decerto permitir uma maior taxa de adesão ao tratamento, bem como criar outro tipo de condições sociais ao doente/família. Com a colaboração/articulação de todos os intervenientes foi possível o desenvolvimento e sucesso deste projeto. Desta forma considero atingido o objetivo proposto.

A Folha de Avaliação relativa a esta reunião encontra-se no **Anexo V**.

3º Objetivo: Identificar recursos da comunidade e estabelecer parcerias

Estratégia: Obter dados sobre recursos da comunidade e realização de reuniões

Atividades desenvolvidas:

⇒ Realização de reunião informal com a Assistente Social do ACES

Esta reunião decorreu no dia **7 de Outubro de 2011**, no Serviço Social do ACES Setúbal e Palmela, tendo a finalidade de ser informada sobre as entidades sociais e de saúde existentes em Setúbal, mais direcionadas para o apoio pretendido. Foram identificadas cinco instituições (Sonho, Caritas Diocesanas de Setúbal, Lati, Centro Hospitalar de Setúbal, CAT Setúbal).

⇒ Realização de reuniões com a Equipa Multidisciplinar do CDP e os diferentes Recursos da Comunidade, para estabelecimento de parcerias, tendo em vista a resolução de problemas identificados na população alvo

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

Após a identificação dos diferentes fatores de risco existentes na população alvo deste projeto, realizada através da caracterização sócio demográfica da mesma, houve a necessidade de reunir com os recursos da comunidade que pretendíamos que se tornassem nossos parceiros (**Cáritas Diocesanas de Setúbal, Sonho, Centro Hospitalar de Setúbal, Lati, CAT**), considerando ser estes os que melhor respondem às necessidades destes doentes. Estes contactos foram realizados no período compreendido entre **11 e 14 de Outubro 2011**, via telefónica ou através de contactos pessoais, tendo sido marcada uma reunião com os responsáveis de cada uma destas organizações.

Todos os responsáveis se mostraram disponíveis para estar presentes. A reunião com os 6 elementos (responsáveis) das 5 entidades contactadas, decorreu no dia **19 de Outubro de 2011** e teve como intenção apresentar e dar a conhecer o projeto, identificando os contributos para a sua operacionalização.

A constituição e incentivo às parcerias com redes de apoio social local é fundamental, pois são estas instituições cujo trabalho assenta muitas vezes num regime de voluntariado, que fazem apelo aos direitos dos doentes/famílias, exigem respeito pela pessoa, justiça, autonomia e tolerância, de forma a manterem ou atingirem um lugar social digno. A sua força desenvolve-se no acolhimento e escuta personalizada do doente que sofre e das respetivas famílias. Atuam como defensoras dos direitos de cidadania, lutando contra a marginalização, o abandono e o isolamento, em defesa da dignidade dos mais carenciados, combatendo assim de uma maneira mais eficaz as iniquidades e desigualdades em saúde.

De uma forma geral todos os presentes consideraram o projeto pertinente e mostraram a sua disponibilidade para estabelecer parcerias com o CDP, quer no desenvolvimento do projeto, quer no acompanhamento destes doentes, tendo em conta a especificidade e natureza de cada um. No entanto, algumas das parcerias (CAT, LATI), tiveram menos envolvimento neste trabalho, tendo a sua participação sido pontual (conforme explicitado na atividade imediatamente referida).

Nesta fase, ficou determinado que o passo seguinte seria uma reunião com os restantes elementos (30) das parcerias constituídas (área da intervenção social, área hospitalar), para realização de formação sobre a temática do projeto.

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

⇒ *Realização de Ações de Formação aos Parceiros sobre a área temática do projeto*

Após a realização de reunião com as entidades locais (**Sonho, Caritas Diocesanas de Setúbal, Lati, Centro Hospitalar de Setúbal, CAT Setúbal**) e de terem ficado definidas as parcerias, considerou-se importante partilhar a experiência da equipa de enfermagem do CDP com os novos parceiros. Para tal decidiu-se realizar ações de formação sobre o tema do projeto e em simultâneo esclarecer dúvidas, partilhar expectativas dos pares nesta área e definir as atividades que cada um deles iria desenvolver junto dos doentes. Assim, foram realizadas duas ações de formação (plano de sessão no **Anexo VI**), nos dias **24 e 27 Outubro**, nas quais estiveram presentes 30 elementos (18/12 em cada sessão) das entidades locais que conosco se passaram a articular. Nestas ações de formação foi realizada uma breve abordagem sobre a doença (TP); formas de contágio e prevenção da doença; medidas de controlo de infeção e equipamento de proteção individual e sua correta utilização; tipo de tratamento; necessidade de TOD domiciliária e desmistificação da doença. Houve, como se pretendia, partilha de saberes e experiências e ficou definido qual a área de intervenção e tarefa de cada uma das parcerias:

✓ **SONHO e CARITAS DIOCESANAS SETUBAL** – área de intervenção social: apoio a nível social, apoio domiciliário, acompanhamento a consultas, exames, fisioterapia, bem como a reinserção destes doentes a nível social.

✓ **CENTRO HOSPITALAR de SETÚBAL** (Serviço de Urgência e Serviço de Medicina-Infeciologia) – área de intervenção hospitalar. A articulação do CDP com o Hospital incide na necessidade de encaminhamento de doentes com suspeita de TP do CDP para o Serviço de Urgência e no encaminhamento de doentes hospitalares para o CDP (para seguimento em consulta de TP), que após internamento no serviço de medicina apresentam condições para ter alta. A articulação entre cada um destes serviços privilegia ainda o esclarecimento de dúvidas, o conhecimento da evolução do estado clínico do doente e a discussão de alguns casos clínicos/enfermagem.

Quando um doente com TP tem alta do internamento, esta pode ser realizada de duas formas. Referenciando a alta do doente para o CDP, através de contacto telefónico, podendo o doente dirigir-se ao serviço no dia seguinte. Ou então, durante o planeamento da alta poderá ser delineada uma visita do doente ao CDP, para que este tenha um primeiro contacto e crie alguma empatia com o serviço/equipa de saúde (estes casos são realizados normalmente em internamentos muito prolongados ou quando durante o

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

internamento, os doentes não cumprem regras e/ou medicação prescritas, antevendo-se a possibilidade destes doentes serem propostos para VD e TOD Domiciliaria).

✓ **Na articulação do CAT com o CDP** existe um envolvimento menor. O CAT é uma organização que integra a área de intervenção na saúde, mas também o da reinserção social. A parceria estabelecida baseia-se na supervisão da medicação de doentes que são seguidos em simultâneo no CAT e no CDP. No entanto, ficou determinado que sempre que exista algum caso que necessite de internamento ou de realização de VD para TOD Domiciliaria, será a equipa de saúde do CDP a assumir essa responsabilidade.

✓ **A articulação do CDP com o LATI** baseia-se essencialmente no acompanhamento de doentes com TP, que após a alta hospitalar e por não terem condições sócio económicas, por ausência de cuidador, serem sem abrigo ou em situação de abandono por parte da família, são internados nesta instituição temporariamente. A articulação com a equipa multidisciplinar do CDP e do Hospital, nomeadamente com o Serviço Social/Equipa de Gestão de Altas é essencial na procura de respostas para estas situações. Por outro lado, a necessidade de realizarem o tratamento da tuberculose sem interrupções, faz com que estes doentes sejam seguidos na consulta do CDP, tendo sido necessário providenciar uma articulação com a equipa de saúde da instituição (LATI), para que todos os doentes com TP tenham acesso às consultas e aos medicamentos, que são um direito de todos os cidadãos.

Recursos Espaço-Temporais

⇒ A reunião com a Assistente Social demorou 2 h.

⇒ Os contactos e as marcações de reunião com as entidades locais decorreram em 2 dias diferentes (11 e 18 Outubro), tendo sido consumidas nestas tarefas cerca de 7 h.

⇒ A preparação da reunião com os recursos da comunidade demorou cerca de 2 h.

Na reunião com os recursos da comunidade foram consumidas 3 h.

⇒ Na preparação das sessões de formação aos parceiros da comunidade foram gastas cerca de 4 h.

⇒ As sessões de formação com os elementos das parcerias, decorreram na sala de reuniões do CDP, nos dias **24 e 27 de Outubro**, tendo sido despendidas cerca de 3 h na realização de cada uma delas.

Recursos Materiais

⇒ Bibliografia específica sobre a área temática

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

- ⇒ Exemplar do projeto
- ⇒ Telefone, Telemóvel
- ⇒ Meio de transporte próprio
- ⇒ Computador, impressora, papel; Data show
- ⇒ Sala de reuniões do CDP

Recursos Humanos

- ⇒ A equipa de saúde/multidisciplinar do CDP (5 elementos)
- ⇒ Os elementos das diferentes parcerias/recursos da comunidade (30 elementos)
- ⇒ Preletores nas reuniões: Equipa enfermagem CDP (2 enfermeiras)

Avaliação

As reuniões com os 5 **recursos da comunidade (12 elementos)** e a disponibilidade dos seus responsáveis para o estabelecimento de parcerias/protocolos com o CDP, tendo em vista integrar o projeto, foi considerado como uma mais-valia no desenrolar do mesmo, pois sem o apoio destes, dificilmente nos teríamos conseguido articular/encaminhar os doentes com TP seguidos no CDP, para recursos da comunidade e contar com o seu trabalho.

Ao terem aceite a sua participação/articulação, considero que esta atividade foi alcançada com sucesso. As parcerias foram estabelecidas numa primeira fase verbalmente, encontrando-se a sua formalização em curso.

A formação na área da TP aos parceiros das entidades locais foi manifestada por todos como de grande interesse e considerada como uma boa estratégia, pois através dela, os elementos envolvidos tiveram oportunidade de adquirir conhecimentos nesta área, ficando preparados para participarem nas atividades que se pretendia virem a desenvolver no decurso deste projeto.

Após a exposição das atividades, considero que os recursos da comunidade foram totalmente formados e envolvidos de uma forma ativa e participativa em todo este processo.

Desta forma, considero ter atingido este objetivo com sucesso, numa fase tão importante deste processo.

As afirmações anteriormente descritas podem ser confirmadas através dos questionários de avaliação, efetuados no final de cada reunião/ação de formação e que se encontram nos **Anexo VII e VIII**.

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

4º Objetivo: Sensibilizar doentes e cuidadores sobre a importância da doença e duração do tratamento

Estratégia: Realização de sessões de educação para a saúde

Atividades Desenvolvidas:

⇒ Reunião com a Equipa de Enfermagem/Multidisciplinar do CDP para programação de sessões de educação para a saúde aos doentes/cuidadores sobre a doença e tratamento

Após a divulgação do projeto e das atividades a serem desenvolvidas, houve necessidade de se realizarem 3 reuniões tendo em vista a programação das sessões de educação para a saúde a realizar aos doentes/famílias/cuidadores com TP e em tratamento. Assim, começou por se efetuar uma primeira reunião, apenas com a equipa de enfermagem, de forma a seleccionar os conteúdos a apresentar, programar datas, local, número de sessões a realizar, assim como a forma como iriam ser seleccionados os doentes/formação de grupos. Esta reunião decorreu no dia **25 Outubro** na sala de enfermagem do CDP.

No dia **26 de Outubro**, ocorreu uma segunda reunião de enfermagem, na qual foi apresentado o primeiro esboço do conteúdo das sessões de educação para a saúde. Esta teve também como objetivo chegar a um consenso sobre a forma de apresentação das referidas sessões. Determinou-se que as apresentações iriam ser efetuadas em PowerPoint com data show e que estas dariam informação em linguagem acessível. Posteriormente, seriam distribuídos os folhetos informativos (sobre a doença e sobre TOD Domiciliaria). Ficou também decidido que as sessões se realizariam na sala de reuniões do CDP e se necessário na sala de reuniões da UCSP, sempre que o numero de doentes/família com TP ultrapassasse a capacidade da sala de reuniões do CDP.

Quando se considerou que o planeamento das sessões de educação para a saúde estava finalizado, contactaram-se todos os membros da equipa multidisciplinar para uma reunião informal que decorreu no **dia 28 de Outubro de 2011**, no CDP, tendo como finalidade a apresentação do trabalho realizado. Os membros da equipa (médico, assistente social, enfermeira, psicóloga e fisioterapeuta) revelaram o seu agrado e consentimento/concordância quer com os conteúdos seleccionados, quer com a forma de apresentação escolhida.

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

⇒ Reunião com a Equipa de Enfermagem/ Multidisciplinar do CDP para realização de folhetos informativos dirigidos ao doente/família/cuidador com TP e a realizar TOD Domiciliária

No decurso do planeamento das atividades a desenvolver durante a VD, foram realizados 2 folhetos informativos. Inicialmente, foi prevista apenas a realização de um folheto, no entanto, verificou-se ser também importante a realização de um segundo, dirigido ao doente/família que realiza TOD Domiciliária.

Quando uma pessoa adquire este tipo de doença não se encontra familiarizada, nem com a própria doença, nem com os procedimentos/cuidados a ter relativamente à mesma e desconhece que o tratamento tem que ser mantido durante um período de tempo prolongado, de forma a atingir a cura e evitar as multirresistências – toda esta informação está incluída no folheto “*Tuberculose - Conhecer é Prevenir*” (Anexo IX). Como alguns doentes têm necessidade de iniciar/manter TOD Domiciliária até ao final do tratamento, e para que a informação não fosse excessiva, decidiu-se realizar o segundo folheto “*Tuberculose – A Importância da Medicação feita no Domicílio*” (Anexo X). Estes folhetos apresentam uma linguagem acessível, de forma a todos poderem adquirir conhecimentos sobre a doença/tratamento/outras informações pertinentes e para que posteriormente possam esclarecer todas as dúvidas com a equipa de enfermagem. Estes acabam por ser um complemento/resumo das sessões de educação para a saúde realizadas.

Esta reunião decorreu no dia **31 de Outubro de 2011** e contou com a presença dos 2 elementos de enfermagem do CDP.

⇒ Reunião para apresentação dos folhetos à Equipa Multidisciplinar do CDP

Esta reunião de trabalho, realizada no dia **2 de Novembro**, teve por objetivo apresentar à equipa o primeiro esboço dos folhetos informativos dirigido ao doente com TP e aos doentes a realizarem TOD Domiciliária.

Os folhetos foram dados por concluídos no **dia 8 de Novembro**, dia em que se reuniu a equipa do serviço para apresentação dos folhetos finais.

Para a realização gráfica destes folhetos, foi pedido o apoio de um laboratório da indústria farmacêutica, que desde logo se disponibilizou para a sua impressão/conceção gráfica.

Os folhetos encontram-se atualmente em vigor no CDP, sendo distribuídos a todos os doentes com TP.

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

⇒ Realização de Sessões de Educação para a Saúde ao Doente/Família com TP e em TOD Domiciliária

As sessões de educação para a saúde aos doentes/famílias com TP e a realizarem TOD no domicílio, foram realizadas em três momentos diferentes. Os doentes /famílias foram contactados pessoalmente (nos dias em que se dirigiram ao CDP para consulta ou para realizar TOD) ou por via telefónica, tendo sido explicado o objetivo da sessão e pedida a sua colaboração/participação na mesma.

Os doentes foram distribuídos por 3 grupos (dois com 5 elementos e um com 6), tendo em conta as idades, as habilitações literárias e o nível sociocultural dos mesmos. Estas sessões tiveram um total de 84 intervenientes, foram realizadas na sala de reuniões da UCSP, nos dias **11, 14 e 18 de Novembro**, e para além dos doentes/famílias/cuidadores (48), contaram também com a presença de um dos elementos de cada uma das parcerias estabelecidas (6) e com a equipa multidisciplinar do CDP (6), num total de 27/30 intervenientes por sessão. O plano de sessão destas Sessões de Educação para a Saúde encontra-se no **Anexo I**.

Em cada uma, começou por se realizar uma breve abordagem sobre a doença (TP); formas de contágio e prevenção da doença; tipo de tratamento a realizar, sua duração e importância; necessidade de TOD Domiciliária; desmistificação da doença. Foi também abordada a necessidade de rastrear os conviventes/familiares próximos, de forma a evitar que possam vir a contrair a doença. Foram ainda apresentados os elementos dos recursos da comunidade local presentes (6), com que nos articulamos e aos quais os doentes/famílias/cuidadores podem recorrer.

No final, como pretendido, houve colocação de dúvidas por parte dos doentes/famílias/cuidadores, tendo estes ficado mais informados/formados e desta forma mais sensibilizados para participarem nesta nova atividade conjunta.

A troca de experiências entre os participantes foi uma constante, tendo sido bastante enriquecedora.

Recursos Espaço-Temporais

⇒ Nas 2 primeiras reuniões com a equipa de enfermagem, para seleccionar os conteúdos a apresentar, programar datas, local, número de sessões a realizar e como iriam ser seleccionados os doentes/formação de grupos, foram gastas 4h.

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

⇒ Quando o planeamento das sessões de educação para a saúde se encontrou finalizado, foi realizada uma reunião informal com os membros da equipa multidisciplinar, tendo durado cerca de 1h 30 minutos.

⇒ A reunião com a equipa de enfermagem para decisão da informação a incluir nos folhetos dirigidos aos doentes/família com TP e a realizarem TOD Domiciliaria, demorou cerca de 5 h.

⇒ As 2 reuniões com a equipa multidisciplinar para apresentação do esboço do folheto e posteriormente os folhetos finais duraram 2 h.

⇒ As sessões de educação para a saúde aos doentes/famílias, decorreram em 3 momentos, tendo sido despendidas cerca de 2h 30 minutos na realização de cada uma delas (num total de 7h 30 minutos).

Recursos Materiais

⇒ Bibliografia específica sobre a área temática

⇒ Telefone, Telemóvel

⇒ Computador, impressora, papel; data show

⇒ Folhetos Informativos

⇒ Sala de reuniões do CDP

⇒ Sala de reuniões da UCSP

Recursos Humanos

⇒ A equipa de saúde/multidisciplinar do CDP (5 elementos)

⇒ Os elementos das diferentes parcerias/recursos da comunidade (6)

⇒ Os doentes /família com TP e em TOD domiciliária (48)

⇒ Preletores nas reuniões: 2 enfermeiras do CDP

Avaliação

As reuniões com a equipa de enfermagem/equipa multidisciplinar para a realização e apresentação dos conteúdos a apresentar nas sessões de educação para a saúde aos doentes/famílias/cuidadores, assim como da informação a incluir nos folhetos foi de extrema importância já que os enfermeiros, que mais tempo passam com o doente, são também os quem melhor conhecem as suas necessidades de esclarecimento/aprendizagem sobre a doença, tratamento e cuidados a prestar. O papel desta equipa, para além do envolvimento em todo o projeto, foi também essencial na articulação, participação e apoio que transmitiu, pelo que considero que esta atividade foi alcançada com sucesso.

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

A formação na área da TP/TOD Domiciliária aos doentes/família foi expressa por todos (doentes/famílias, equipa multidisciplinar e elementos dos recursos da comunidade) como uma mais-valia e considerada como uma útil e boa estratégia, pois foi através dela que os doentes/famílias foram formados, tendo adquirido conhecimentos quer no que se refere à doença, quer em relação aos apoios sociais que podem usufruir, assim como das atividades de vida diária que podem executar sem preconceitos e sem correrem o risco de estigma por parte da sociedade, ficando envolvidos de uma forma ativa e participativa em todo este processo.

Desta forma, considero que este objetivo foi atingido com êxito, podendo este ser observado pelas respostas dadas após a aplicação dos questionários realizados no final de cada reunião/sessões de educação para a saúde (**Anexo XI, XII, XIII e XIV**).

5º Objetivo: Articular a equipa multidisciplinar do CDP com os recursos da comunidade, tendo em vista a melhoria das condições sociais/saúde dos doentes/cuidadores

Estratégia: Realização de reuniões multidisciplinares para avaliação da necessidade de cuidados/apoio das parcerias ao doente/família com TP

Atividades Desenvolvidas:

⇒ Realização de reunião com a Equipa Multidisciplinar/Recursos da Comunidade para identificação da necessidade de encaminhamento dos doentes com TP para recursos da comunidade

A interdisciplinaridade numa equipa de saúde não exclui nem a independência, nem a autonomia de cada profissional. A articulação de outros saberes, de outras disciplinas e de outras experiências resulta na formação duma equipa multidisciplinar que tem um objetivo comum: prestar cuidados de qualidade ao doente/família, quer seja cuidados de saúde ou sociais, de forma a suprimir algumas necessidades e reduzir dificuldades. Desta forma, foi importante proceder-se à realização de uma outra reunião com a equipa multidisciplinar do CDP e os recursos da comunidade, que decorreu no **dia 9 de Novembro**, com o intuito de desenhar as estratégias a desenvolver durante a realização das primeiras consultas e posteriormente nas VD. Ficou assente que após o doente ter alta do hospital/internamento, teria que ser efetuada uma reunião multidisciplinar,

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

avaliar as necessidades de cuidados do doente/família, identificar a necessidade de encaminhamento para as parcerias, bem como a realização de TOD/VD.

Sempre que exista necessidade, esta avaliação deve também contar com a presença do médico de família do doente e a enfermeira do centro de saúde a que o doente pertence.

Recursos Espaço-Temporais

⇒ Os contactos e marcação da reunião com as entidades locais e equipa multidisciplinar de saúde, decorreram em 2 dias diferentes (4 e 7 Novembro), tendo sido gastas cerca de 3 h

⇒ A preparação da reunião demorou cerca de 2 h

⇒ Na reunião foram despendidas 3 h

Recursos Materiais

⇒ Bibliografia específica sobre a área temática

⇒ Telefone, Telemóvel

⇒ Computador, impressora, papel

⇒ Sala de reuniões do CDP

Recursos Humanos

⇒ A equipa de saúde/multidisciplinar do CDP (5 elementos)

⇒ Os elementos das diferentes parcerias/recursos da comunidade (12 elementos)

⇒ Preletor na reunião: Enfermeira Paula Jesus

Avaliação

A reunião com as parcerias e a equipa de saúde do CDP teve por finalidade a partilha de ideias sobre as estratégias a desenvolver após a alta do doente e encontrar a melhor forma, em equipa, de se acompanhar/vigiar o doente no seu processo de reabilitação, proporcionando-lhe condições condignas e apoio nas dificuldades encontradas no percurso do tratamento.

Sempre que sejam identificadas situações menos favoráveis deverá realizar-se VD, podendo através desta apercebermo-nos de algumas das dificuldades existentes aos mais diversos níveis: sociais, psicológicos, económicos, degradação do meio ambiente, entre outros. A articulação com os parceiros é acionada, sempre que identificada uma situação de risco, procedendo-se ao encaminhamento adequado.

A TOD Domiciliaria é outra estratégia a considerar nestes casos, uma vez que esta contribuirá sem dúvida para a adesão ao tratamento.

A avaliação desta reunião encontra-se no **Anexo XV**.

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

6º Objetivo: Implementar Visita Domiciliária ao doente com TP

Estratégias: Planear atividades a desenvolver durante a VD/TOD Domiciliária

Elaborar plano de organização e funcionamento de VD ao doente com TP

Atividades Desenvolvidas:

⇒ *Aquisição de novos conhecimentos sobre VD*

Desde o início da realização deste projeto, foi meu objetivo proceder à aquisição de novos conhecimentos e à consolidação de outros, relacionados com o tema em estudo e principalmente com a área problemática identificada.

Uma revisão da literatura impõe-se durante todo o processo de realização de qualquer trabalho, tal como no caso dos projetos, pois deve-se recorrer a esta sempre que seja necessário, para garantir a qualidade dos cuidados prestados.

Ao proceder à realização da revisão da literatura pude inventariar e selecionar um conjunto de publicações que considerei serem as mais pertinentes nesta área. Assim, tive acesso a vários trabalhos, selecionando os que considerei serem os mais adequados/específicos no domínio da TB Pulmonar e VD relacionadas com TOD Domiciliária, conseguindo assim identificar os principais conceitos em estudo, relações teóricas estabelecidas, métodos de ensino utilizados (ensino dirigido ao utente) e metodologias usadas na realização da VD. A síntese e o resumo destes documentos forneceram-me o material essencial à conceptualização deste trabalho.

⇒ *Visita de Observação ao CDP de Almada, onde se desenvolvem atividades relacionadas com a VD*

Na sequência da atividade anteriormente descrita, considerei importante a realização de uma visita de observação a um serviço congénere, mas no qual se realiza VD. Desta forma, no dia **21 de Outubro de 2011** e após contacto telefónico com a Enfermeira Maria do Céu, responsável pelo CDP de Almada, realizei uma visita de observação a este serviço. Teve como principal objetivo, a aquisição/aprofundamento de conhecimentos relacionados com atividades desenvolvidas neste CDP, no âmbito da Visita Domiciliária/TOD Domiciliária. Durante esta visita, a enfermeira apresentou-me o serviço e explicou as suas rotinas/funcionamento, bem como as atividades que aí são desenvolvidas.

A equipa é composta por 5 enfermeiras (2 delas apenas a exercer funções na Unidade Móvel, responsável pelas TODS em regime domiciliário), 2 médicas pneumologistas

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

(uma pertence ao Hospital Garcia D’ Orta (HGO), fazendo apenas consulta em regime de part-time), 1 técnica de radiologia que desempenha funções apenas 2 vezes por semana e 2 administrativos. Articulam-se diretamente com 3 assistentes sociais, delegada de saúde e uma enfermeira especialista em saúde pública.

Neste serviço, todos os doentes após a alta hospitalar ou com diagnósticos no ambulatório e até confirmação da bacteriologia, em exame cultural dos 30 dias, ser negativa, todos os casos de cumprimento irregular da medicação ou que tenham alguma dificuldade física ou outra, têm medicação domiciliária nos sete dias da semana. Após o exame cultural ser negativo e/ou as suas limitações se encontrarem ultrapassadas, os utentes passam a fazer a toma dos tuberculostáticos no CDP ou nas extensões de saúde mais acessíveis ao indivíduo.

Desde a implementação da unidade móvel para as TODS o insucesso terapêutico, o abandono do regime terapêutico e as dificuldades relacionadas com a toma de medicação, ficaram bastante minimizados. Os casos sociais e as condições de vida são igualmente observados e avaliados no local, através da observação no terreno das condições domiciliárias reais. Desta forma, os enfermeiros e outros profissionais de saúde que também trabalham no terreno, têm um conhecimento privilegiado da situação social do doente e de outros problemas associados, permitindo-lhes uma melhor resposta às suas necessidades.

Há que salientar que mesmo os doentes que passaram pelo internamento e tem alta para o CDP com baciloscopias diretas negativas, algumas vezes voltam a apresentar baciloscopias diretas positivas, havendo necessidade de uma avaliação mais cuidada antes de poderem passar a toma no CDP ou extensões de saúde.

⇒ Realização de reuniões com a Equipa de Enfermagem para planeamento das atividades a desenvolver na VD

Estas reuniões ocorreram em dois momentos diferentes, a primeira no dia **24 de Outubro** e a segunda no dia **3 de Novembro de 2011**, na sala de reuniões do CDP. Tiveram por finalidade numa primeira fase, elaborar um **Plano de Organização e Funcionamento da VD (Anexo XVI)**, no qual constam os pontos essenciais do planeamento de uma VD, assim como os critérios/atividades a serem seguidos/desenvolvidos, de modo a que todas as VD’s sejam realizadas com sucesso; posteriormente planear as diversas atividades a desenvolver/implementar aquando do

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

atendimento do doente com TP na primeira consulta no CDP e depois na realização das VD.

Numa segunda fase, com base na pesquisa bibliográfica previamente realizada e na visita de observação ao CDP de Almada, passámos à elaboração de um guião das referidas atividades.

A elaboração deste **Guião de Apoio à realização de VD a doentes com TP a fazer TOD (Anexo XVII)**, no qual se encontram descritas todas as atividades a desenvolver na realização das VD foi imprescindível, pois foi desta forma que a sequência das atividades a realizar durante as várias fases do processo passaram a estar padronizadas, sendo que em todas estas, sobressai o papel privilegiado do enfermeiro no ensino ao doente/família. Este guião passou a ser utilizado como guia de orientação para os novos elementos a integrar no CDP.

Embora não estivesse toda a equipa multidisciplinar incluída nestas reuniões, esta foi envolvida neste processo através de reuniões informais, em que as suas experiências e mais saberes foram levados em linha de conta e consideração. Foram também apresentadas as atividades delineadas e as que se pretendiam desenvolver no decurso das VD. Todos concordaram relativamente à sua concretização/elaboração. Foi consensual que os enfermeiros são o grupo profissional com maior capacidade para acolher/informar/ensinar/acompanhar/identificar e promover uma articulação com as parcerias, a todos os doentes que são seguidos no CDP.

⇒ Reuniões com a Equipa Multidisciplinar para criação de instrumentos de colheita e análise de dados

Deste projeto fez parte a elaboração de 3 documentos que servem de instrumento de colheita de dados. Estes foram criados, utilizados e considerados como elementos facilitadores das atividades de enfermagem dando uma resposta eficaz às necessidades deste grupo de doentes. São eles: **um guia de colheita de dados de enfermagem** a ser preenchido na realização das primeiras consultas do doente com TP (no CDP), uma **folha de VD** a ser preenchida na realização da primeira VD e em todas as VD subsequentes e uma **folha de articulação de cuidados**, a ser introduzida quando identificada a necessidade de envolver qualquer uma das diferentes parcerias.

Ao primeiro documento foi dado o nome de **“Guia de Colheita de Dados de Enfermagem” (Anexo XVIII)**, cujo objetivo é possibilitar uma avaliação mais ajustada aos doentes a integrar o projeto e melhorar a gestão da primeira visita domiciliária.

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

Através deste documento pretendeu-se obter uma percepção global do utente, tendo em conta várias dimensões: caracterização do doente/família; síntese de antecedentes pessoais e familiares; percepção que o doente tem relativamente à sua doença; impacto da doença nas suas atividades de vida diária; conhecimento que tem sobre a terapêutica e forma correta e ininterrupta de a fazer. Tem ainda a finalidade de identificar condições socioeconómicas do doente/família e suas dificuldades, para que todas as atividades sejam dirigidas à sua resolução/encaminhamento.

Desta forma as questões foram colocadas de uma forma perceptível e simples, para que os doentes/famílias percebessem o seu conteúdo, tornando mais fácil o seu preenchimento. Considero ter realizado um protótipo de guia adequado.

Sendo a colheita de dados uma fonte importante de informação para reunião e avaliação de situações de risco/dificuldade, tornou-se necessário dispor de um instrumento onde essas fossem registadas. Surge assim o segundo documento a que foi dado o nome de **“Folha de Visita Domiciliária” (Anexo XIX)**. Este deverá ser preenchido em todas as primeiras VD realizadas ao doente/família com TP e a realizar TOD no Domicílio, assim como nas visitas subsequentes, pela equipa de enfermagem.

Por outro lado, sendo os registos considerados um suporte de informação para a equipa de saúde planear os seus cuidados, permitem também a sua continuidade e avaliação. Nesta folha de registos é realizada uma primeira avaliação do doente/família com TP no domicílio, sendo realizada através da observação das condições de vida destes no local, pela observação/identificação da situação social e económica, física, emocional, dependência física, condições habitacionais e de todos os problemas/dificuldades que estes apresentem, para que as intervenções necessárias sejam dirigidas e orientadas à sua resolução/encaminhamento para melhor dar resposta às suas necessidades

Nesta fase, e no caso de identificação de fatores de risco, haverá necessidade de complementar a informação com o preenchimento de uma **“Folha de Articulação de Cuidados”**.

A **“Folha de Articulação de Cuidados” (Anexo XX)**, teve como propósito ser um instrumento privilegiado que promove/orienta a articulação/comunicação entre as parcerias e a equipa multidisciplinar.

Desta forma, o seu preenchimento deve ser efetuado após a realização duma VD em que se identifiquem necessidades/dificuldades a nível social ou a nível de saúde, e posteriormente enviada aos parceiros, de forma a dar encaminhamento às situações encontradas e assim podermos promover cada vez mais a humanização dos cuidados.

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

Nas VD seguintes os registos irão incidir essencialmente sobre o ensino ao doente/família. Sabendo que na educação do doente/família é importante que estes adotem novos hábitos e mudem de uma forma sustentada comportamentos incorretos, os ensinamentos a realizar serão personalizados, por considerarmos que só assim irão permitir uma maior interação educativa e dinâmica, capaz de estabelecer uma relação empática e privilegiada com o doente.

As orientações/informações sobre a doença (TP), o controle dos contactos, o acompanhamento do tratamento, o incentivo à adesão terapêutica por meio do tratamento supervisionado, a manutenção das atividades a serem realizadas no dia a dia, o apoio social e a ausência de complicações são também alguns exemplos das atividades a desenvolver nas VD seguintes (SMELTZER et al, 2005).

Pretende-se desta forma, que o doente/família participe de forma ativa no controlo da sua doença e no seu tratamento, numa perspectiva de auto-cuidado.

Estas reuniões decorreram nos dias **7 e 10 Novembro de 2011** e nelas estiveram envolvidas as enfermeiras do CDP e os restantes elementos da equipa multidisciplinar.

⇒ Reunião com a Equipa Multidisciplinar para apresentação dos instrumentos elaborados

No dia **15 de Novembro de 2011**, e após a realização de algumas alterações que foram sendo sugeridas e apresentadas pelos elementos constituintes da equipa, obteve-se o que se pode designar por “produto final” e que no fundo, reflete a força dinâmica dos elementos envolvidos neste trabalho. Esta reunião contou com a presença das duas enfermeiras e com os restantes elementos da equipa multidisciplinar e também com os responsáveis das parcerias.

Na consecução deste trabalho foram despendidas muitas horas, mas no final considero ter conseguido obter aquilo que todos desejávamos: 3 instrumentos de colheita de dados que nos permitirão obter uma avaliação integral do doente/família com TP e através desta, facultar respostas mais eficazes e adequadas a cada uma das situações identificadas como sendo de risco.

⇒ Implementação da VD

Após terem sido planeadas e elaboradas todas as atividades que se pretendiam pôr em prática durante a realização da VD, esta teve o seu início no dia 16 de Novembro de 2011.

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

Recursos Espaço-Temporais

- ⇒ Aquisição de novos conhecimentos sobre VD- realizada ao longo de todo o projeto.
- ⇒ A visita de observação ao CDP de Almada teve a duração aproximada de 4 h, tendo decorrido entre as 9 e 13 h, do dia 21 de Outubro.
- ⇒ Para a definição e elaboração do guião de atividades a desenvolver na 1ª consulta no CDP e posteriormente nas VD, as enfermeiras reuniram-se 2 vezes (nos dias 24 de Outubro e 3 Novembro 2011), tendo sido utilizadas aproximadamente 6 h. O grupo reuniu-se na sala de reuniões e na sala de enfermagem do CDP.
- ⇒ Para a realização do guia de colheita de dados de enfermagem a ser preenchido na realização das primeiras consultas do doente com TP (no CDP), da folha de VD a ser preenchida na realização da primeira e em todas as VD subsequentes e folha de articulação de cuidados, foram realizadas duas reuniões com o grupo de trabalho (equipa de enfermagem), nos dias 7 e 10 Outubro 2011, tendo sido despendidas cerca de 12h de trabalho; o grupo reuniu na sala de enfermagem do CDP. Durante a realização destas atividades, sempre que se considerou oportuno, estiveram presente os restantes membros da equipa multidisciplinar (3).
- ⇒ A reunião com a equipa multidisciplinar do CDP teve lugar no dia 15 de Novembro 2011, tendo sido apresentados todos os instrumentos de colheita de dados e teve a duração total de 3h. Esta reunião ocorreu na sala de reuniões do CDP; nela estiveram também presentes 3 elementos das parcerias envolvidas (Caritas, Sonho e Hospital Setúbal - internamento), num total de 8 intervenientes.
- ⇒ Nos contactos e marcação de reunião com as entidades locais foram gastas 2 h.
- ⇒ A preparação da reunião com a equipa multidisciplinar e parcerias levou cerca de 1 h.
- ⇒ As reuniões com a equipa multidisciplinar do CDP, ocorreram sempre que se julgou pertinente introduzir alterações ou esclarecer dúvidas, num total de 4h.

Recursos Materiais

- ⇒ Pesquisa bibliográfica sobre VD e TOD Domiciliária
- ⇒ Telefone, Telemóvel
- ⇒ Meio de transporte próprio
- ⇒ Computador, impressora, papel; data show
- ⇒ Impressos utilizados noutra instituição
- ⇒ Cópias dos instrumentos de colheita de dados
- ⇒ Sala de reuniões e sala de enfermagem do CDP

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

Recursos Humanos

- ⇒ Os intervenientes na visita de observação ao CDP Almada (Enfermeira Chefe Maria do Céu, Enfermeira Paula Jesus, outros profissionais do serviço)
- ⇒ A equipa de saúde/multidisciplinar do CDP (5)
- ⇒ Os elementos responsáveis das parcerias/recursos da comunidade (6)
- ⇒ Preletores nas reuniões: Equipa enfermagem CDP (2)
- ⇒ 7 Doentes/famílias

Avaliação

Através da realização da visita de observação, considero ter atingido o meu propósito inicial, pois consegui perspetivar e adequar estratégias de intervenção, que puderam ser adaptadas à realidade dos doentes com TP seguidos no CDP de Setúbal e a realizarem TOD domiciliária, que posteriormente foram introduzidas nas consultas e nas VD.

Relativamente à produção dos diferentes instrumentos de colheita de dados, foi considerada como uma peça decisiva no desenvolvimento deste projeto, pois só através de uma correta utilização/preenchimento destes instrumentos é possível obter e manter uma monitorização eficaz do estado clínico/evolução de cada doente/situação/ trabalho efetuado.

O envolvimento, apoio e colaboração da equipa de enfermagem/multidisciplinar e a cooperação das parcerias em todo este processo, pode ser considerado como uma nova dinâmica e um progresso no desenvolvimento dos cuidados de enfermagem, tendo em vista não só a cura mas também e essencialmente o bem-estar biopsicosocial deste grupo de doentes.

Estas afirmações podem ser confirmadas através do instrumento de avaliação que se encontra no Anexo **XXI e XXII**.

7º Objetivo: Promover através da VD uma taxa de adesão ao tratamento (dos doentes com tuberculose pulmonar) de 85%

Estratégia: Realização de VD aos doentes portadores de TP e a realizarem TOD no Domicílio

Atividades Desenvolvidas:

⇒ *Acompanhar os diferentes Parceiros nas primeiras VD ao Doente/Família com TP*
Quando se iniciou a programação para a realização das VD, considerou-se pertinente

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

que nas primeiras VD a equipa de enfermagem fosse acompanhada pelas parcerias, de forma a identificar em conjunto as necessidades sociais que o doente/família apresentava e poder ser diretamente encaminhado para as parcerias indicadas.

Contudo, no decorrer de todo este processo considerou-se que seria mais importante a primeira visita domiciliária ser realizada apenas pelas duas enfermeiras do CDP, de forma a poder estabelecer-se uma relação de confiança e empatia com o doente/família. Só depois de estabelecido este primeiro contacto no domicílio, de percebermos o acolhimento destes em relação à nossa presença, de termos realizado uma avaliação da situação e identificado as necessidades/dificuldades/fatores de risco, considerámos ser o momento mais oportuno para solicitar o apoio da equipa multidisciplinar e das parcerias com as quais estabelecemos protocolos.

Assim, ficou determinado, que os elementos das parcerias/equipa multidisciplinar, só nos passariam a acompanhar nas VD seguintes, tendo já nessa ocasião a conceção de quais nos deveriam acompanhar. As visitas com as parcerias foram previamente agendadas, explicado ao doente/família o propósito da sua presença e pedida autorização a todos para que estes nos pudessem acompanhar.

⇒ Iniciar VD de acordo com os critérios previamente definidos

No período compreendido entre 15 de Novembro de 2011 e 30 de Janeiro de 2012, foram identificados e seleccionados 5 doentes com TP a serem seguidos na consulta de Tuberculose do CDP de Setúbal e que necessitavam de iniciar VD para realização de TOD Domiciliária. Todos estes doentes se inseriam nos critérios de inclusão dos doentes para VD.

Os doentes seleccionados, pertenciam 3 ao sexo masculino e 2 ao sexo feminino, o que corresponde a 42% dos doentes diagnosticados com TP neste período.

Para uma melhor caracterização dos doentes, consultar **Anexo XXIII**.

Iniciaram-se as VD a estes doentes em dias diferentes, sendo a primeira VD realizada no dia **16 Novembro de 2011**, a segunda no dia **17 de Novembro**, a terceira e a quarta no dia **21** e por fim, a quinta no dia **25 Novembro de 2011**.

As visitas domiciliárias foram realizadas diariamente, incluindo fins de semana e feriados, sendo estas distribuídas pelas duas enfermeira do CDP. Durante este período os doentes referidos anteriormente, foram sempre acompanhados pela equipa de enfermagem do CDP, na supervisão da toma dos antibacilares e prestados outro tipo de cuidados, de acordo com as necessidades apresentadas no dia a dia e de acordo com as

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

outras patologias associadas, assim como os encaminhamentos necessários para os recursos da comunidade, sempre que estes se consideraram necessários. As parcerias envolvidas acompanharam-nos na realização de VD sempre que se considerou oportuno, e funcionaram sempre que os doentes necessitaram de apoio no que respeita a deslocação e acompanhamento a consultas/exames e/ou dando apoio noutra tipo de situações.

Durante este período foram realizadas **365 VD**. O tempo médio de VD por cada doente foi de 30 minutos; ao Doente A foram realizadas 77 VD, ao Doente B foram realizadas 76, aos Doente C e D foram realizadas 72VD /cada e ao Doente E foram realizadas 68 VD.

No que se refere à taxa de adesão terapêutica, até ao final do estágio (31 Jan. 2012), esta foi de 100%, visto que todos os doentes em VD cumpriram a medicação integralmente sob supervisão TOD - o **Doente A** cumpriu 2 meses e 15 dias de terapêutica; o **Doente B** cumpriu 2 meses e 14 dias de terapêutica; o **Doente C e D** cumpriram 2 meses e 10 dias de terapêutica/cada; e o **Doente E** cumpriu 2 meses e 5 dias de terapêutica.

Recursos Espaço-Temporais

- ⇒ As conversas informais com os elementos das parcerias decorreram no dia 4 de Novembro de 2011
- ⇒ Cada consulta de 1ª vez no CDP com o doente /família demorou cerca de 1h
- ⇒ A seleção dos doentes que necessitavam de realizar TOD no Domicilio foi realizada em 5 dias tendo sido gastas 10 h
- ⇒ O agendamento das visitas domiciliarias com as parcerias foram efetuadas após realização das 1ªs visitas e sempre que se considerou imprescindível a sua presença (num total de 10 h).
- ⇒ As reuniões com a equipa multidisciplinar do CDP, ocorreram sempre que se julgou oportuno introduzir alterações ou esclarecer dúvidas, num total de 3 h aproximadamente
- ⇒ As VD iniciaram-se no dia 16 de Novembro de 2011.

Recursos Materiais

- ⇒ Bibliografia específica sobre área temática
- ⇒ Telefone, Telemóvel
- ⇒ Meio de transporte próprio
- ⇒ Computador, impressora, papel
- ⇒ Folhetos informativos sobre a doença (Tuberculose Pulmonar e TOD Domiciliária)

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

- ⇒ Sala de enfermagem do CDP
- ⇒ Impressos próprios (folhas de registos)

Recursos Humanos

- ⇒ A equipa de saúde/multidisciplinar do CDP (5)
- ⇒ As enfermeiras do CDP (2)
- ⇒ Os elementos das diferentes parcerias/recursos da comunidade (6);
- ⇒ Os doentes/familiares (5/9)

Avaliação

Sendo objetivo deste projeto implementar VD aos doentes com TP do CDP de Setúbal com necessidade de TOD Domiciliária e tendo como finalidade contribuir para a melhoria dos cuidados e promover o aumento da taxa de adesão ao tratamento para 85%, foram selecionados 5 doentes para integrar este projeto.

Do número de doentes selecionados pôde constatar-se que todos possuíam pelo menos dois dos critérios definidos previamente para inclusão em TOD/ VD.

Verificou-se também que, após todas as atividades desenvolvidas e relatadas anteriormente e com o envolvimento de todos os profissionais intervenientes neste projeto, foi possível aumentar a taxa de adesão terapêutica para 100%.

Após análise das Folhas de VD e das Folhas de Articulação de Cuidados, constata-se que foi conseguido o encaminhamento de todos os doentes do estudo para as parcerias adequadas.

Como este projeto se revelou um ganho em termos de saúde deste grupo, continua em desenvolvimento/avaliação, mantendo-se o acompanhamento dos doentes anteriormente referidos e tendo já depois de terminado o estagio, sido incluídos neste projeto mais dois doentes.

5.4-Recursos materiais e humanos envolvidos

Quando se tem em mente a realização de um projeto qualquer que ele seja, a sua realização implica sempre custos e utilização de recursos.

Os recursos materiais, bem como os recursos humanos e financeiros, são essenciais para o funcionamento de qualquer projeto, constituindo um fator que possibilita o alcance dos objetivos propostos.

Ao envolver a equipa de enfermagem/multidisciplinar na organização da VD, contei desde o início com o seu apoio, tendo sido imprescindível a existência de comunicação

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

entre a equipa enfermagem e os restantes elementos da equipa multidisciplinar. Sendo a cultura organizacional do serviço, uma cultura de consenso e uma vez que esta proporciona o trabalho em equipa e coesão, o apoio dos elementos da equipa foi entendido como uma garantia à implementação do projeto. As parcerias envolvidas tiveram um desempenho fundamental no desenvolvimento e sucesso deste trabalho, principalmente no apoio social proporcionado a este grupo de doentes (população alvo). Assim, na realização deste projeto, e no que se refere aos recursos humanos estiveram envolvidas um total de 103 pessoas:

⇒ Equipa multidisciplinar do CDP (1 médico, 2 enfermeiras, 1 fisioterapeuta, 1 assistente social, 1 psicóloga) = 6

⇒ Diretora do ACSSP = 1

⇒ Administrativa do CDP = 1

⇒ Enfermeira do CDP Almada = 1

⇒ Elementos das parcerias:

- Hospital de Setúbal (internamento) = 3 enfermeiros; 1 assistente social (4)
- Hospital de Setúbal (serviço urgência) = 4 enfermeiros (4)
- Cáritas Diocesanas de Setúbal = 1 assistente social; 3 técnicas de apoio social (4)
- Lati = 2 enfermeiras + 2 assistentes operacionais (4)
- Sonho = 1 psicóloga; 2 técnicas de apoio social; 1 assistente operacional (4)
- CAT = 1 psicóloga; 1 assistente social; 2 enfermeiras (4)

⇒ Doentes/famílias presentes nas sessões de educação para a saúde (16 doentes, 32 familiares) = 48 indivíduos.

⇒ Doentes a realizarem TOD Domiciliária = 5

⇒ Familiares dos 5 doentes a realizarem TOD Domiciliária = 10

⇒ Doentes que responderam ao questionário inicial = 7

Ainda no que se refere aos recursos humanos, o número de horas de enfermagem necessário para a realização da VD, não afetou a qualidade da assistência de enfermagem prestada aos restantes doentes do CDP, pois estas corresponderam a trabalho extraordinário.

No que diz respeito aos recursos materiais, o espaço onde o projeto se desenvolveu já existia, assim como todo o material considerado necessário, como tal não houve gastos adicionais com estes.

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

Relativamente ao meio de transporte utilizado para realização das VD, todas foram efetuadas em transporte próprio das enfermeiras, após solicitação e autorização da utilização do mesmo, por parte da Direção do ACSSP. No entanto, encontra-se em negociação a aquisição de uma viatura própria para o efeito, por parte da referida direção.

5.5- Contactos desenvolvidos e entidades envolvidas

Os contactos estabelecidos (com as parcerias anteriormente descritas) foram desenvolvidos com entidades dos recursos sociais e de saúde da comunidade.

O estabelecimento destas parcerias tiveram sempre como intuito selecionar aquelas que poderiam ser mais adequadas ao doente/família com TP e a realizar TOD, no que diz respeito ao seu acompanhamento a nível da saúde, quer a nível social, quer pelo apoio a nível de condições socioeconómicas e da sua reinserção a nível social.

Numa fase inicial, no período de 11 a 18 Outubro de 2011, os contatos foram desenvolvido por via telefónica, conforme cronograma de agendamento de reuniões

(**Anexo II**). Foram contactadas as seguintes entidades:

⇒ **Área de intervenção social:** Sonho; Caritas Diocesanas de Setúbal; CAT Setúbal;

⇒ **Área da intervenção de saúde:** Lati; Centro Hospitalar de Setúbal

5.6- Análise da estratégia orçamental

Apesar deste projeto decorrer numa instituição de saúde e não ter sido necessário recorrer a financiamento exterior, ele custou tempo e dinheiro.

Os maiores custos relacionados com a implementação deste projeto prendem-se com o tempo despendido por cada profissional nele envolvido. Assim, durante a realização deste projeto foram realizadas:

⇒ 3 Reuniões informais para realização de entrevista ao doente/família para perspetivar a importância da implementação da VD = 2h

⇒ 1 Reunião com o Médico do CDP e com a Diretora do ACSSP = 1h 30m

⇒ 5 Reuniões com a Equipa Multidisciplinar = 24h

⇒ 2 Reuniões com os Parceiros = 8h

⇒ 8 Reuniões com a Equipa de Enfermagem = 71h

⇒ 2 Ações de Formação aos Parceiros = 4h

⇒ 3 Sessões de Educação para a Saúde aos Doentes/Famílias com TP = 7h 30m

⇒ 365 Visitas Domiciliárias, com a duração média de 30mn = 182h 30mn

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

⇒ Consulta dos processos clínicos = 40 h

⇒ 1 Entrevista a 7 Doentes/Família = 2h

⇒ 1 Reunião com Assistente Social = 2h

Aos doentes /famílias que se deslocaram ao CDP para as sessões de educação para a saúde, foram distribuídos bilhetes de autocarro a todos os que não tinham meio de transporte próprio.

A terapêutica antibacilar é muito dispendiosa (um tratamento que tenha a duração de nove meses, tem um custo aproximado de 650 €); no entanto os doentes incluídos neste projeto, independentemente da sua implementação teriam os mesmos custos com a terapêutica antibacilar. Há a referir que toda a medicação antituberculosa é fornecida gratuitamente pelas instituições responsáveis pela luta contra a tuberculose, os CDP's.

No que se refere aos gastos com as deslocações há apenas a considerar o pagamento de 3080 Km, que corresponde a um gasto total de 1232 euros (preço/Km = 40 cêntimos).

A impressão dos folhetos informativos não representou qualquer custo, pois foi realizada, totalmente pelo patrocínio de um Laboratório da Industria Farmacêutica.

Assim, no que se refere aos custos despendidos neste projeto, temos:

RECURSOS HUMANOS	PREÇO / HORA	NÚMERO DE HORAS	TOTAL PARCIAL
Diretora	125 €	1h30	187,50 €
1 Médico	63 €	25 h	1575 €
2 Enfermeiros	57 €	6 h	684 €
1 Enfermeira	40 €	62 h	2480 €
1 Enfermeira	36 €	46 h	1656 €
2 Enfermeiras	40 €	6 h	480 €
7 Enfermeiras	34 €	6 h	1428 €
2 Enfermeiro	46 €	6 h	552 €
1 Assistente social	46 €	6 h	276 €
1 Assistente social	40 €	12 h	480 €
1 Psicóloga	40 €	21 h	840 €
1 Psicóloga	40 €	6 h	240 €
6 Téc. Apoio social	23 €	6 h	828 €
1 Fisioterapeuta	40 €	8 h	320 €
2 Assist. Operacionais	17 €	6 h	204 €
			12 230 €
TERAPÊUTICA ANTIBACILAR	CUSTO/DOENTE	NÚMERO DE DOENTES	TOTAL PARCIAL
HRZE	650 €	5	3250 €
DESLOCAÇÕES	PREÇO	NÚMERO DE KM	TOTAL PARCIAL
Domicílio dos doentes	40 Cêntimos/km	3080	1232 €
16 Doentes ao CDP	1,20 €/ Bilhete	19 €
			TOTAL
			16 731 €

6- Análise reflexiva sobre o processo de avaliação e controlo

A reflexão, enquanto fonte de conhecimento surge como um momento privilegiado de integração de competências, como oportunidade para representar mentalmente a qualidade do produto final e apreciar a própria capacidade de agir. Ao longo da realização deste trabalho houve necessidade de se avaliar as ações que iam sendo implementadas, na perspetiva do conhecimento dos seus resultados e da necessidade de introduzir alterações.

6.1 - Avaliação dos objetivos

A avaliação é fundamental na determinação da eficácia e pertinência do percurso efetuado, confrontando os objetivos com as estratégias realizadas (TAVARES, 1990).

Para alcançar o 1º objetivo considerei que seria importante numa primeira fase questionar a equipa multidisciplinar do CDP e os doentes/famílias portadores de TP sobre a pertinência atribuída à implementação de uma VD. As respostas obtidas a estas questões encontram-se descritas nas actividades desenvolvidas referentes ao objectivo 1, tendo todos considerado importante a sua existencia. Posteriormente, foram realizadas reuniões para apresentação/divulgação do projeto aos coordenadores e à equipa multidisciplinar, tendo verificado que o projeto tinha sido bem aceite por todos, assim como obtida a garantia do seu envolvimento, como pode ser comprovado pelas respostas dadas aos questionários efetuados no final de cada uma das reunião (**Anexo IV**). Considero por isso este objetivo atingido.

Para a concretização do 2º objetivo foi realizada a caracterização sociodemográfica da população alvo, através da consulta dos processos clínicos dos doentes inscritos na Consulta de Tuberculose do CDP de Setúbal. Esta possibilitou-me realizar um diagnóstico de saúde da população alvo e identificar as áreas/fatores de risco, assim como a urgência em se atuar perante tais circunstâncias através da realização de VD. Após esta identificação, foi realizada uma reunião com a equipa multidisciplinar, onde foi feita a divulgação dos dados obtidos sobre os fatores de risco identificados na população alvo, que teve também como propósito motivá-los para o seu envolvimento neste projeto. Pela análise dos questionários (**Anexo V**) realizados no final desta reunião, posso considerar este objetivo atingido.

Posteriormente e para a consecução do 3º objetivo, foi necessário obter dados sobre recursos locais da comunidade e realizar reuniões com os elementos responsáveis, para perspetivar o estabelecimento de parcerias. A aceitação de envolvimento por parte de

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

todas as instituições contactadas pode ser avaliada pela sua presença nas reuniões e pela análise das respostas dadas ao questionário realizado no final de cada reunião (**Anexo VII**).

Posteriormente e atendendo a que os elementos das parcerias estabelecidas não detinham conhecimentos específicos e necessários para poderem lidar no dia a dia com este grupo de doentes, foi necessário facultar-lhes formação na área temática do projeto. Assim, foram realizadas duas ações de formação sobre TB, tendo estas correspondido às expectativas iniciais, uma vez que todos os participantes consideraram de «muito útil a formação adquirida», conforme pode ser observado nas respostas dadas ao questionário realizado no final de cada formação (**Anexo VIII**). Considero este objetivo atingido.

A realização de sessões de educação para a saúde aos doentes/famílias com TP foi uma das estratégias utilizadas para atingir o objetivo 4 e para preencher a lacuna da falta de informação sobre a doença e sua desmistificação, mas principalmente para os envolver, motivar e auto responsabilizar pela sua saúde. Por outro lado, a possibilidade de conhecerem quais os recursos disponíveis na comunidade e como recorrer a estes proporcionou-lhes um novo estímulo para se envolverem no processo de cura. A sua disponibilidade para estarem presentes nas sessões de educação e a avaliação dos questionários realizados no final desta foi positiva, conforme pode ser verificado pela leitura do **Anexo XIV**. Também, o terem acesso a informação mais pormenorizada sobre a tuberculose/terapêutica, que lhes foi fornecida através dos folhetos realizados, penso ter conseguido sensibilizá-los sobre a sua importância. Considero este objetivo atingido.

A realização de reuniões multidisciplinares e com as parcerias tiveram como intuito a avaliação da necessidade de cuidados do doente/família com TP e o posterior encaminhamento para as parcerias mais adequadas de acordo com a situação de cada doente/família com TP, destinando-se a dar resposta ao 5º objetivo, que se prende com a articulação da equipa do CDP com os recursos da comunidade (**Anexo XV**). Considero este objetivo atingido.

O planeamento das atividades a desenvolver durante a TOD/ VD foram o primeiro passo para que a VD pudesse ser realizada de forma uniformizada por toda a equipa, elaborar o plano de organização e funcionamento de VD ao doente com tuberculose foi o passo seguinte e nestas atividades obtive colaboração de todos os elementos que nelas pretendi envolver, conforme visível no **Anexo XXI e XXII**. Assim a realização de VD aos doentes portadores de TP e a realizarem TOD no Domicílio passou a ser uma

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

realidade, visto se ter iniciado a 16 de Novembro de 2011, pelo que considero o 6º objetivo atingido.

Considero o objetivo 7 totalmente atingido, pois a implementação da VD é uma realidade diária, que é efetuada a todos os doentes com critérios para inclusão, sendo que até ao final do estágio foi atingida uma adesão terapêutica superior ao perspetivado, que era de 85%, tendo sido conseguida em 100% dos casos.

6.2- Avaliação da implementação do programa

A avaliação é considerada como um conjunto de procedimentos para julgar os méritos de um programa e fornecer uma informação sobre os seus fins, as suas expectativas e os seus resultados, quer sejam previstos ou imprevistos, bem como os seus impactos. Permite como tal, averiguar sobre a eficácia da intervenção, conhecendo e compreendendo os fatores associados ao êxito ou ao fracasso dos seus resultados.

Durante a realização e implementação deste projeto posso considerar que as expectativas iniciais deste trabalho foram superadas, pois todos os objetivos previamente planeados/propostos foram atingidos.

Sendo objetivo primordial deste projeto promover o aumento da taxa de adesão ao tratamento para os 85%, posso afirmar que ao finalizar o estágio/projeto, os resultados apurados ultrapassaram essa percentagem, tendo sido atingida uma taxa de 100%. O impacto pode por isso ser considerado positivo, quer a nível pessoal (uma vez que este projeto nasceu de uma necessidade também por mim sentida e com a vontade de lhe dar resposta, pelo que a implementação da VD me deu uma grande satisfação), quer a nível profissional, pois foi ultrapassado mais um desafio ... Com esta conquista, foi possível fazer doentes mais felizes, menos carentes de saúde, mais informados e melhorar a sua qualidade e condições de vida. A taxa de adesão ao tratamento foi conseguida, os apoios acionados e a sua reintegração social possível. Para tal foi imprescindível a formação realizada aos parceiros, principalmente aos parceiros da área de intervenção social.

De forma a poder realizar uma avaliação inicial da implementação da VD realizei questionários aos diversos intervenientes no desenvolvimento e implementação da mesma (equipa enfermagem/multidisciplinar, parceiros da comunidade, doentes/famílias); da análise destes questionários (**Anexo XXIV**), salienta-se que os três grupos inquiridos atribuem grande importância à existência de Visita Domiciliária e que consideram que este projeto deve ter continuidade.

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

6.3 - Descrição dos momentos de avaliação intermédia e medidas corretivas introduzidas

Durante a realização de qualquer projeto, existem sempre momentos nos quais se torna necessário proceder à verificação e controle da situação, ou seja, momentos de reflexão que possibilitem a execução de alterações, que podem ser pontuais, ou até bastante profundas.

Neste projeto, considerei três pausas para reflexão, nas quais efetuei o “ponto da situação”. O primeiro momento reflexivo ocorreu quando decidi realizar alguns questionários informais à equipa multidisciplinar de saúde e aos doentes/familiares para contextualizar/percecionar a importância atribuída por estes à implementação da visita domiciliária. Pois de que serviria realizar um projeto se os envolvidos não partilhassem da sua necessidade.

A segunda foi feita após as reuniões com as chefias (diretora do ACSSP e médico coordenador do CDP) e com a equipa de saúde, de forma a perceber se o projeto fora aprovado e se era viável. Pela receptividade obtida por parte de todos, pude concluir que o projeto fora bem aceite, tendo condições para ser implementado.

O terceiro e último momento decorreram após a realização de todos os instrumentos de colheita de dados. No início do projeto, apenas tinha sido programada a realização de instrumentos referentes à elaboração de um plano de organização e funcionamento de VD ao doente com tuberculose. Esses instrumentos foram criados e aceites/adotados por todos os elementos da equipa multidisciplinar/parcerias, servindo como aporte para os registos e monitorização da evolução do estado do doente, bem como da perceção/avaliação da taxa de adesão ao tratamento por parte dos doentes.

No entanto, aquando da realização das sessões de educação para a saúde aos doentes /famílias considerou-se que seria pertinente a realização de dois folhetos informativos (...), através dos quais estes pudessem esclarecer de forma acessível as suas questões/dúvidas.

Esta foi uma etapa decisiva neste processo, pois a equipa para além de os utilizar, validou também os instrumentos criados.

As opiniões expressas quer pela equipa multidisciplinar/parcerias/doentes, foram bastante encorajadoras, elogiando o trabalho desenvolvido/realizado, facto que me deixou muito satisfeita e com vontade de continuar. Penso que o fato da equipa ser pequena, jovem, dinâmica e empreendedora, foi relevante no sucesso deste trabalho. Sinto que a criação e implementação desta Visita para realização de TOD Domiciliária, pode ser considerada um pequeno contributo para o desenvolvimento da enfermagem.

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

7– Análise reflexiva sobre competências mobilizadas e adquiridas

O relatório é o momento final de reflexão do percurso académico que permitiu mobilizar os conhecimentos teóricos na prática profissional. Tendo como base as Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública (2011), faz-se uma reflexão de todo o percurso, bem como das competências desenvolvidas.

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública	Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, Mobilizadas e Adquiridas durante o desenvolvimento do Projeto “Tuberculose: Um desafio no cuidar”
<p>“G1. Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.”</p> <p><u>Unidades de Competência</u></p> <p>G1.1. Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade.</p> <p><u>Critérios de Avaliação</u></p> <p>G1.1.4. Identifica as necessidades em saúde de grupos ou de uma comunidade.</p> <p>G1.1.9. Disponibiliza informação relativa ao diagnóstico de saúde de uma comunidade aos diferentes sectores, serviços e instituições da comunidade.</p>	<p>Para esta competência mobilizei os conhecimentos adquiridos sobre Planeamento em Saúde. Enquanto enfermeira especialista em saúde comunitária, aprofundei capacidades e técnicas específicas sobre a identificação dos principais determinantes dos problemas de saúde da população com que trabalho diariamente, permitindo-me desta forma realizar uma avaliação real do estado de saúde dos doentes portadores de TP e a realizarem TOD, que são seguidos na consulta de Tuberculose do CDP de Setúbal.</p> <p>Foi fundamental para a elaboração deste diagnóstico de saúde obter uma caracterização sociodemográfica, assim como dos principais problemas de saúde e fatores de risco desta população.</p> <p>Após esta caracterização considero que foi mais fácil determinar as situações problemáticas e necessidades específicas desta população, planear e desenvolver estratégias que permitissem dar resolução às mesmas, e simultaneamente, envolver os doentes na procura de soluções dos determinantes da sua saúde.</p> <p>Com as reuniões iniciais realizadas com o Médico do CDP e com a Diretora do ACSSP e seguidamente coma Equipa Multidisciplinar, e também com as ações de formação efetuadas junto dos Parceiros, consegui divulgar a informação que obtive sobre o estado de saúde, necessidades e</p>

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

	fatores de risco da população em estudo.
<p><u>Unidades de Competência</u></p> <p>G1.3. Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas</p> <p><u>Crterios de Avaliao</u></p> <p>G1.3.2. Concebe estratégias de interveno exequíveis, coerentes e articuladas que respondam aos objetivos definidos.</p> <p>G1.3.4. Atende na elaborao das estratégias aos recursos disponveis e aos aspetos socioculturais da comunidade.</p>	<p>O diagnóstico de saúde elaborado possibilitou o estabelecimento de prioridades e a formulao de objetivos e estratégias em saúde, tendo em linha de conta as necessidades inerentes a esta populao alvo (doentes/famlias com TP).</p> <p>Com o aprofundamento desta competncia adquiri principalmente a capacidade de elaborar estratégias exequíveis e coerentes, capazes de darem resposta às principais necessidades de saúde dos doentes envolvidos neste projeto e também aos objetivos inicialmente delineados.</p> <p>As estratégias de interveno equacionadas permitiram o estabelecimento de parcerias com diferentes recursos da comunidade (sociais e de saúde) de forma a promover uma maior articulao de cuidados entre estas e o CDP.</p> <p>Confirmei e estabeleci na prática que o envolvimento de parcerias é essencial para a realizao de uma interveno comunitária bem sucedida e para garantir a sua continuidade.</p> <p>Validei que mobilizar assertivamente os recursos que estão ao nosso alcance e enquadrá-los numa realidade problemática em cuidados de saúde, contribui para um nível de cuidados excelente, contribuindo para alcançar resultados positivos e objetivos em saúde.</p> <p>O ter conseguido estabelecer parcerias foi essencial, pois o encaminhamento realizado, sempre que identificada a sua necessidade, obteve respostas imediatas (acompanharam estes doentes durante todo o tratamento e conseguiram apoiá-los também na sua reinsero social).</p> <p>O ter conseguido implementar a Visita Domiciliária ao grupo alvo deste trabalho, desenvolvendo-se esta diariamente e sempre com o apoio das parcerias constituídas, contribuiu em larga escala para o aumento da adesão terapêutica destes doentes e para a melhoria das suas condições sociais e de saúde, pelo que considero que as estratégias que concebi foram adequadas aos objetivos previamente definidos.</p>

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

<p><u>Unidade de Competência</u></p> <p>G2.1. Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania.</p> <p><u>Critérios de Avaliação</u></p> <p>G2.1.2. Pesquisa e diagnostica problemas e fatores de risco de saúde de comunidades específicas.</p> <p>G2.1.3. Mobiliza parceiros/grupos da comunidade para identificar e resolver os problemas de saúde.</p> <p>G2.1.5. Intervém em grupos e/ou comunidades com necessidades específicas (diferenças étnicas, linguísticas, culturais e económicas) assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados.</p>	<p>Considero ter mobilizado esta competência, pois consegui identificar os principais fatores de risco existentes nesta população e posteriormente assegurar a continuidade de cuidados de saúde, através do estabelecimento de articulações, que foram desde o envolvimento com a equipa de enfermagem, até ao desenvolvimento de complementaridade com a equipa multidisciplinar do CDP e parceiros comunitários.</p> <p>Com a implementação da VD a este grupo específico, assegurei o seu direito à acessibilidade dos cuidados de saúde, que de outra forma estaria comprometida devido a serem portadores de situações desfavoráveis, como sejam a falta de recursos económicos e possuírem déficits motores, que impediam a sua deslocação ao CDP</p>
<p><u>Unidade de Competência</u></p> <p>G2.3. Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade.</p>	<p>A comunicação foi essencial na interação enfermeiro/doente. Através desta tornou-se possível partilhar informações, ideias, expressar sentimentos e emoções. Com os doentes procurei estabelecer uma inter-relação significativa, com o envolvimento e empenho destes, numa</p>

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

Critérios de Avaliação

G2.3.6. Identifica necessidades específicas de informação dos grupos e comunidades.

G2.3.7. Gere e disponibiliza informação adequada às características dos grupos e comunidades.

G2.3.8. Concebe instrumentos inovadores e adequados à disseminação da informação.

abordagem integradora da pessoa - sujeito. Só assim consegui identificar realmente a informação que lhes era adequada sobre a sua situação de doença.

Dado a escassez de informação existente na população alvo relativamente à doença, foi disponibilizada informação quer individual quer em grupo. Promovi ações de educação para a saúde aos doentes com TP no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde, tendo em conta as características de cada um dos doentes/grupos selecionados.

Para além das sessões de educação para a saúde efetuadas considerei importante realizar folhetos informativos, inexistentes no CDP, que adequai às características da população

Com a mobilização desta competência, pretendi que os doentes conseguissem um papel mais ativo, envolvendo-os nas atividades, de forma a tornarem-se responsáveis pela sua própria saúde.

CONCLUSÃO

A Tuberculose tem deixado o seu registo nas gerações e hoje inexoravelmente constituiu-se como um excelente marcador epidemiológico da qualidade de vida dos povos. Mais do que isso, esta doença exige a necessidade de uma reflexão, com vista a uma melhor e mais coerente articulação entre a prática clínica e a saúde comunitária, a fim de que possamos não somente dizer que curamos a doença, mas também que possibilitamos a reinserção social destes doentes que, na sua maioria, estão a viver num estado de abandono no que se refere aos seus direitos de cidadãos, sendo em última análise, esse o principal fator desencadeante da doença no indivíduo.

O domicílio foi desde sempre local de prestação de cuidados de saúde. Na atualidade configuram-se modificações profundas, com a crescente complexidade das situações de cuidados e da necessidade de equipas multidisciplinares que apoiem estas situações o que, associados ao tendencial aumento de indivíduos a serem cuidados em casa, se traduz na necessidade de identificar as necessidades de saúde destas populações e de reequacionar o papel do enfermeiro de saúde comunitária, neste contexto específico.

Sendo a TB considerada como uma área prioritária de saúde por várias organizações de saúde nacionais e internacionais, surgiu a necessidade do CDP de Setúbal formar uma equipa multidisciplinar que acompanhasse os doentes com TP de forma mais assídua, através da realização de VD. Daí ter surgido a ideia da implementação deste projeto, que no seu término, considero ter atingido o objetivo a que me propus inicialmente: “Implementar VD aos doentes com TP e a realizarem TOD no CDP de Setúbal”.

Com este projeto pretendeu-se obter uma maior eficácia das medidas de prevenção, promover a deteção precoce e melhorar as abordagens terapêuticas, evitando que estas pessoas previamente identificadas como tendo mobilidade reduzida, déficits cognitivos, debilidade física acentuada e/ou dependência para as atividades de vida diária, tivessem que se deslocar ao CDP, ou a outras unidades de saúde mais perto da sua área de residência, para realizarem o tratamento. Foi também possível aumentar a taxa de adesão ao tratamento, tão importante nesta doença, que continua a ser um grave problema de saúde pública, podendo assim ser considerado como um ganho em saúde, não só para o doente, mas também para a família e comunidade onde está inserido.

A implementação da Visita Domiciliária permitiu perceber que para a maioria destes doentes, a doença é considerada uma experiência negativa, associada às alterações das rotinas e estilo de vida e que tem grande impacto sobre a qualidade de vida destes. No

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

que se refere às representações sociais da doença observei que muitos associam a doença ao estigma, à morte, à pobreza e também à existência de outras doenças, como o alcoolismo e o VIH. A VD também tornou possível a percepção das reações emocionais vivenciadas/experienciadas pelo doente/família face a esta doença, permitindo-me verificar que estas reações oscilam entre sentimentos diretamente relacionados com a doença e o significado que esta assume, o que leva muitas vezes à ocultação da doença, quer da família, quer da sociedade/comunidade. Mas, considero que com a continuidade da realização da Visita Domiciliária, conseguiu-se melhorar o relacionamento entre a equipa de saúde e o doente e de alguma forma, minimizar estes sentimentos negativos e incentivar a participação no processo de cura e de reintegração social.

Contudo, tenho a noção de que este trabalho é apenas o início de uma longa caminhada, pois ainda muito há a fazer com estes doentes portadores de TP. Por outro lado, considero que os contributos dados pela realização deste trabalho, que tiveram os seus principais pilares nas vivências e experiências partilhadas com os doentes/famílias (que devem ser partilhados com os restantes profissionais na nossa prática diária e com as parcerias/comunidade), levam-me a defender que ao nível da **formação dos profissionais de saúde** se contemple a comunicação interpessoal, nomeadamente, o desenvolvimento de capacidades que nos permitam responder às necessidades emocionais dos indivíduos com doenças prolongadas e que esta seja perspetivada dentro duma visão holística do indivíduo e família.

A noção acima referida e os resultados deste trabalho levam-me a afirmar que, para o futuro da **promoção da saúde** é fundamental continuar a investir na investigação acção, como sejam, estudos relacionados com as representações sociais da tuberculose nos profissionais de saúde e suas atitudes face à doença e que se continuem a desenvolver estudos relacionados com as razões da não adesão ao tratamento da tuberculose por parte dos doentes. No que se refere à **prática clínica**, é importante:

- ⇒ Que a informação sobre o diagnóstico seja dada por profissionais de saúde, que ao longo da sua formação, tenham desenvolvido competências que lhes permitam responder às necessidades emocionais dos indivíduos em situação de crise;
- ⇒ Que a informação fornecida ao doente/família com TP vá ao encontro das suas reais necessidades, para além da terapêutica;
- ⇒ Que se conheçam as representações sociais do indivíduo e família, em relação à doença, as quais vão produzir respostas, que têm implicações a nível psicossocial;

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

⇒ Que a família seja encarada como fazendo parte da equipa multidisciplinar, realçando a sua importância, para uma melhor adesão ao tratamento;

⇒ Que se continuem a desenvolver esforços no sentido de manter/melhorar a articulação com os diferentes profissionais de saúde, tendo em vista proporcionar uma melhor qualidade de vida aos doentes com Tuberculose.

Considero que a VD permite orientar, educar e fornecer meios para que o indivíduo/família se tornem responsáveis pela sua própria saúde, tal como refere (STANHOPE, 1999), «*os cuidados prestados aos doentes e às famílias no domicílio, têm por finalidade promover, manter ou recuperar a saúde, maximizando o nível de independência...*», pelo que é imperioso que os cuidados no domicílio sejam planeados, coordenados e adequados às necessidades do doente e do respetivo suporte familiar, por profissionais preparados para tal. Torna-se por isso necessário que o enfermeiro, para além de possuir competências técnicas, relacionais e científicas, se encontre também dotado de competências de comunicação e de relacionamento, possua conhecimentos sobre rentabilização de tempos e de espaços e saiba trabalhar em equipa com familiares e outros profissionais, respeitando e potenciando a autonomia de cada pessoa.

Os enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária reconhecem que a prática da enfermagem na comunidade tende a ser cada vez mais ampla, diversificada e consequentemente mais complexa. Na VD é relevante e pertinente a humanização e a qualidade dos cuidados prestados, de forma a alcançar a excelência da prática da enfermagem no domicílio.

Este deve ser um objetivo a alcançar por todos os profissionais de saúde, com enfoque nos enfermeiros de saúde comunitária, qualquer que seja a situação e circunstância da prestação de cuidados.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ⇒ ABREU, W - **Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: Que Parceiras para a Excelência em Saúde?** Coimbra: Formasau. 2003.
- ⇒ ANDER-EGG, E; IDAÑEZ, M. J. – **Como elaborar um projecto.** Lisboa: Lúmen – CPIHTS. 1998.
- ⇒ ANDRADE, M; LOBO, E. L – **A importância da visita domiciliária para o idoso Portador de Doença crónica após a alta hospitalar.** Vol. 3, nº2 (2007).pp.12-14.
- ⇒ ANTUNES, A - **Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose: Ponto da Situação Epidemiológica e de Desempenho Relatório para o Dia Mundial da Tuberculose.** Março 2011.
- ⇒ BENNER, Patrícia - **De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem.** Coimbra: Quarteto Editora.2001.
- ⇒ BERTOLLOZI, MR - **A adesão ao tratamento da tuberculose na perspectiva da estratégia do tratamento directamente observado (DOTS) no município de São Paulo -SP.** São Paulo: Escola de Enfermagem/USP. Tese (livre docência). 2005.
- ⇒ CARAPINHEIRO, Graça; LOPES, Noémia M.– **Recursos e Condições de Trabalho dos Enfermeiros Portugueses.** Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.1997.
- ⇒ CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS – **Linhas de orientação para enfermeiros no cuidado e controlo da tuberculose e da tuberculose multirresistente.** 2ªed.2008. ISBN 978-92-95065-51-2.
- ⇒ COUVREUR, C - **Qualidade de vida. Arte para viver no século XXI.** Loures: Lusociência. 2001. 197p.
- ⇒ DIÁRIO DA REPÚBLICA- 2.ª série. N.º 35.18 de Fevereiro de 2011- **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública - n.º 128/2011**
- ⇒ DIAS, Sónia – **Intervenção Comunitária em enfermagem num Bairro do concelho do Seixal.** Tese de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária – Lisboa. Março 2010.

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

⇒ DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Ganhos de Saúde em Portugal: Ponto de situação: Relatório do Diretor Geral e Alto-Comissário da Saúde.** Lisboa: 2002.

⇒ DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE - **Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose (PNT): Ponto da situação epidemiológica e de desempenho ano 2002.** Lisboa: 2003.

⇒ DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais saúde para todos.** Vol.2. Lisboa: 2004.

⇒ DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE - **Tratamento da Tuberculose - Linhas Orientadoras para Programas Nacionais.** 3ªed. Lisboa. 2006a).

⇒ DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Luta Contra a Tuberculose: Desenvolvimento e reorganização do Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose.** Lisboa. 2006 b).

⇒ DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Centro de Referência para a Tuberculose Multirresistente** – Circular Informativa nº 14/DT, de 05/06/07. Lisboa. 2007 a).

⇒ DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Seminário sobre Definição de caso de TB: Notas prévias.** Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose. 17 e 18 Dez. Lisboa. 2008 a).

⇒ DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE - **Tuberculose Multirresistente. Orientações técnicas para controlo, prevenção e vigilância em Portugal.** Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose (Conclusões do Seminário sobre Tuberculose Multirresistente). Lisboa. 2008b).

⇒ DHURIA, M., SHARMA, N., & INGLE, G.K. - **Impact of Tuberculosis on the quality of life.** Indian Journal of Community Medicine. Vol.33, nº1.2008. pp.58-59.

⇒ FABRI, A.; WAIDMAN.M.A.P. - **Visita domiciliar: A actividade do agente comunitário de saúde no programa saúde da família.** Família Saúde Desenvolvimento. Vol.4, nº2. (2002). pp.106-118.

⇒ GARCIA, Elisa – **Visita Domiciliária: Tratar ou Cuidar?** Servir. Vol.45, nº1. (1997). pp.26-28. Lisboa: ISSN 0871-2370.

⇒ GUERRA, Isabel; AMORIM, Alexandra - **Construção de um Projeto.** Lisboa: PROFISSS. 2001. p.32.

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

- ⇒ HANSON, Shirley - **Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família - Teoria, Prática e Investigação**. Lisboa: Lusociência. 2001. ISBN: 972-8383-83-5.
- ⇒ INTERNATIONAL COUNCIL NURSING – **Para enfermeiros no cuidado e controlo da Tuberculose e da Tuberculose Multirresistente**. Génova: ICN. Edição: Ordem dos Enfermeiros. 2008.
- ⇒ INTERNATIONAL COUNCIL NURSING – **Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento**. Catálogo da Classificação para a prática de enfermeiros. Edição: Ordem dos Enfermeiros. 2009.
- ⇒ INSTITUTO NACIONAL ESTATÍSTICA – **Censos 2011**. Disponível em http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_indicadores, acessado em 6 de Outubro de 2011.
- ⇒ JAISWAL, A., et al - **Adherence to tuberculosis treatment: lessons from the urban setting of Delhi**. Trop Med Int Health. 2003.
- ⇒ KAMOLRATANAKUL P, et al - **Randomized controlled trial of directly observed treatment (DOT) for patients with pulmonary tuberculosis in Thailand**. Trans R Soc Trop Med Hyg.1999.
- ⇒ KAONA FAD, et al. - **An assessment of factor contributing to treatment adherence and knowledge of TB transmission among patients on TB treatment**. BMC Public Health. 2004. pp.4-68.
- ⇒ KATIYAR, S. K., et al - **An analysis of failure of category II dots therapy**. Indian Journal of Community Medicine.Vol.32, nº2. 2008. p.129.
- ⇒ KOCHI, A. – **Tuberculosis control: is DOTS the health breakthrough of the 1990s**. World Health Forum. Vol.18, nº3,4. Geneva:1997.
- ⇒ LAZURE, H – **Viver a relação de ajuda – abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira**. Lisboa: Lusodidacta. 1994. 215p.
- ⇒ LE BOTERF, G - **Desenvolvendo a competência dos profissionais**. 2ªed. Porto Alegre: Artmed Editora. 2003.
- ⇒ LEITE, Elvira; MALPIQUE, Manuela; SANTOS, Milice Ribeiro – **Trabalho de projeto: aprender por projetos centrados em problemas**. 4ªed. Porto: Edições Afrontamento. 2001. ISBN:972-36-0216-4.

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

- ⇒ LOPES, W.O.; SAUPE,R.; MASSAROLI. – **Visita Domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa.** Ciência Cuidado Saúde. 2010.
- ⇒ MARINHEIRO, P.P - **Enfermagem de ligação.** Coimbra: Quarteto.2002.150p.
- ⇒ MARRA, C. A., et al. - **Factors influencing quality of life in patients with active tuberculosis.** Health and Quality of Life Outcomes. Vol.2, n°58. (2004). pp.1-10.
- ⇒ NOGUEIRA, M.J.C - **Assistência de enfermagem à família.** Enf. Novas Dimensões N° 3. 1977.
- ⇒ OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE – **Luzes e sombras: A governação em saúde (Relatório da Primavera 2007).** Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra. 2007.
- ⇒ ORDEM DOS ENFERMEIROS – In REPE artigo 4 n.º3, Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril. 2009.
- ⇒ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAUDE – **Carta de Ottawa para a promoção da saúde.** 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Ottawa. Canadá. 1986.
- ⇒ PANDIT, N., & CHOUDHARY, S. K. - **A study of treatment compliance in directly observed therapy for tuberculosis.** Indian Journall of Community Medicine. Vol.31, n°4. (2006).pp.241-243.
- ⇒ PROGRAMA NACIONAL DE LUTA CONTRA A TUBERCULOSE - Diário da República - II Série. N° 218. (1995). p. 11304
- ⇒ PROGRAMA NACIONAL DE LUTA CONTRA A TUBERCULOSE (PNT) – **RELATÓRIO PARA O DIA MUNDIAL DA TUBERCULOSE - Ponto da Situação Epidemiológica e de Desempenho.** Março 2010.
- ⇒ RAYMUNDO, E - O tratamento do doente tuberculoso em ambulatório in PINA, J - **A Tuberculose na viragem do milénio,** Lisboa: Lidel.2000. pp. 417-423
- ⇒ REGULAMENTO DO EXERCICIO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS (REPE) – **Um Instrumento para a Prática Profissional.** Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. 2006.
- ⇒ REIGOTA, R. M. S., & CARANDINA, L - **Implantação do tratamento supervisionado no município de Bauru/SP: Avaliação da tuberculose pulmonar, 1999/2000** - Boletim de Pneumologia Sanitária. Vol.10, n° 1. (2002). pp.23-30.

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

- ⇒ REINALDO, A.M.S.; ROCHA, R. M. – **Visita domiciliar de Enfermagem em Saúde Mental: ideias para hoje e amanhã.** Revista Electrónica de Enfermagem. Vol.4, nº2. (2002).pp.36-41.
- ⇒ RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T. C. S. - **Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil: histórico e peculiaridades regionais.** Ribeirão Preto: REDE-TB. 2000.
- ⇒ SANTOS, José Manuel Oliveira dos - **Parceria nos Cuidados: uma metodologia de trabalho centrada no doente.** Porto: Universidade Fernando Pessoa. 2002. p.153. ISBN 972-8184-83-2.
- ⇒ SAVASSI, LCM; DIAS, MF - **Visita Domiciliar: Grupo de Estudos em Saúde da Família.** AMMFC: Belo Horizonte.2006. Disponível em http://www.smmfc.org.br/gesf/gesf_vd.htm, acessado em 1 Novembro 2011.
- ⇒ SBARBARO, J. A. – **Directly Observed Therapy: who is responsible?** Clin.Chest Med.Vol.18, nº1. (1997). pp.131-133.
- ⇒ SCHMETANA, A., et al - **Tuberculose: Prioridade de saúde pública.** 2008. p.12.
- ⇒ SINGH, V., et al. - **TB control, poverty, and vulnerability in Delhi, India.** Trop Med Int Health. N°7. (2002). p.693–700.
- ⇒ SORENSEN; Luckmann - **Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica.**1ª ed. Lisboa: Lusodidacta. 1998. p.1963. ISBN 972-96610-6-5.
- ⇒ SOUZA, C. R.; LOPES, S. C. F.; BARBOSA, M. A. – **A contribuição do enfermeiro no contexto de promoção à saúde através da visita domiciliar.** Revista da UFG. Vol.6. (2004).
- ⇒ STANHOPE, Márcia; LANCASTER, Jeanette – **Enfermagem Comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos.** 1ªed. Lisboa: Lusociência. 1999. pp.532-538. ISBN 972-8383-05-3.
- ⇒ THORN, P. - **La tuberculosis: información y consejos para vencer la enfermedad.** *StopTB Partnership.* Disponível em: <http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/TB%20TIPS%20SPN%20WEB.pdf>, acessado em 20 de Outubro de 2011.

“Tuberculose: Um Desafio no Cuidar”

- ⇒ TAKAHASHI, R. F; SHIMA, H - **A singularidade e a sociabilidade de vivenciar a “tuberculoids”: a morte anunciada** in TURA, Luiz F.R. MOREIRA, Antónia Paraíba, “Saúde e representações sociais”. Brasil: Editora Universitária. 2004. pp.129-165.
- ⇒ UNGVARSKI, P.J.; FLASKERUD, J.H. - **HIV/AIDS: a guide to primary care management.** 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company. 1999. p.544.
- ⇒ VALENTE, Alice Mercês de Pinho – **Tuberculose: Reflexão sobre a actual situação da doença.** Covilhã: Universidade da Beira Interior. Tese de mestrado. 2009
- ⇒ VIEIRA, Margarida – **Ser Enfermeiro: da compaixão à proficiência.** Edição Universidade Católica Portuguesa, Lda. Lisboa. 2007. pp.-18-19. ISBN 972-54-0146-8
- ⇒ WORLD HEALTH ORGANIZATION - **The Economic Impacts of Tuberculosis.** Ministerial Conference. Amsterdam.Geneva:2000.
- ⇒ WORLD HEALTH ORGANIZATION - **An Expanded DOTS Framework for Effective Tuberculosis Control. Stop TB Communicable Diseases.** Geneva: 2002.
- ⇒ WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Treatment of tuberculosis: Guidelines for national programme.**3^aed. Geneva: 2003a).
- ⇒ WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Adherence to long-term therapies: Evidence for action.** Geneva: 2003b).
- ⇒ WORLD HEALTH ORGANIZATION - **The Global Plan to Stop TB 2006-2015. Actions for Life: Towards a world free of tuberculosis.** Geneva: 2006a).
- ⇒ WORLD HEALTH ORGANIZATION – **The Stop TB Strategy: Building on and enhancing DOTS to meet the TB: related Millennium Development Goals.** Geneva: 2006b).
- ⇒ ZURRO, AM., PEREZ, JFC. - **Atención Primaria.** 3^aed. Barcelona: Mobsy/Doyma Libros. 1994. p.34-47.