



# **Curso de Mestrado em Enfermagem**

Área de Especialização

**Enfermagem Comunitária**

**TUBERCULOSE**

**“UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA”**

**Cármén Laurinda Branco Marmelo**

**2012**



# **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Enfermagem Comunitária**

## **TUBERCULOSE**

**“UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA”**

**Cármén Laurinda Branco Marmelo**

**Relatório de Estágio Orientado por:**

**Prof. Luís Seixo**

**Lisboa**

**2012**



“A cura está ligada ao tempo e às vezes também às circunstâncias”

**HIPÓCRATES**

## **AGRADECIMENTOS**

Ao orientador, Prof. Luís Seixo, pela sua colaboração e disponibilidade e por me ter ajudado neste desafio.

À Enfermeira Ana Paula Jesus, especialista em Enfermagem Comunitária pela sua boa-disposição, disponibilidade, tendo acompanhado e colaborado neste projeto como se fosse seu.

Aos participantes do projeto e suas famílias, que me receberam nas suas vidas e nos seus problemas de saúde, partilhando comigo momentos tão íntimos e difíceis. Obrigada pela confiança e colaboração.

Aos meus colegas de curso, pela partilha e apoio, em especial à Natércia Ramos, com quem tive o privilégio de trabalhar mais de perto, pela força, apoio e disponibilidade para as horas que passamos a discutir e partilhar ideias para seguir em frente nos momentos difíceis e concluir este projeto!

À Equipa do CDP S, pela sua colaboração imprescindível, por ajudarem na recolha de dados, na validação das atividades e pela participação no projeto.

À minha família, que me deu apoio psicológico, físico e económico desde o início deste desafio. À minha irmã, Helena Marmelo, pela presença e ajuda constante ao longo do curso e do projeto. Ao meu sobrinho Tomas que me ajudou a descontrair e divertiu nos momentos de stress.

Aos meus amigos, que sempre me apoiaram e com toda a paciência e compreensão da minha ausência, souberam esperar pelo meu regresso a minha vida normal.

A equipa profissional, pela motivação, força e incentivo e compreensão nas minhas ausências que tanto sentiram.

A ti JB, com amor agradeço a força, o incentivo a paciência a liberdade, o teu respeito pelo tempo que dediquei a este projeto. Obrigado pelos momentos bons e menos bons, todos importantes, sempre com a tua presença. Desculpa toda sobrecarga a que te expus, e da qual obtive colaboração e dedicação singular.

## **RESUMO**

A Organização Mundial de Saúde (1993), ao analisar as taxas de incidência e de mortalidade da Tuberculose, verificou que estas eram alarmantes, e reconheceu-a, como um problema de Saúde Pública global, considerando-a uma Emergência Mundial.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, estes têm um papel essencial na implementação de medidas que permitam dar resposta a este problema de Saúde Pública, devendo as mesmas ser dirigidas ao indivíduo, à sua família e comunidade, de forma a quebrar a cadeia epidemiológica desta patologia e contribuindo assim, para a melhoria da saúde da nossa comunidade.

O projeto realizado no Agrupamento dos Centros Saúde PS, no Centro Diagnostico Pneumológico S, teve como Objetivo Geral, capacitar um grupo de pessoas com Tuberculose Pulmonar, para a adesão ao tratamento. A metodologia utilizada foi o Planeamento em Saúde, de acordo com Tavares, Imperatori e Giraldes, e como referencial teórico, Dorothea Orem. No diagnóstico de situação, recorreu-se a entrevista semidirectiva, tendo sido aplicada a nove pessoas com Tuberculose Pulmonar.

O tratamento dos dados foi realizado através de “Análise de Conteúdo”. Os resultados obtidos permitiram identificar as necessidades relacionadas com a falta de informação sobre a doença e a importância do tratamento. As estratégias e o processo de capacitação para a adesão ao tratamento, foram promovidas através de sessões de educação para a saúde e pelo acompanhamento diário dos participantes no Centro Diagnostico Pneumológico.

A realização do projeto contribuiu para perceber a importância da capacitação das pessoas portadoras de Tuberculose Pulmonar para conhecerem a doença, e a importância da adesão ao tratamento. Permitiu o desenvolvimento de competências na área do planeamento em saúde e a aquisição de competências especializadas em enfermagem comunitária.

**Palavras-chave:** Tuberculose Pulmonar, adesão ao tratamento, capacitação, enfermagem comunitária, planeamento em saúde,

## **ABSTRACT**

The World Health Organization (1993), when analyzing the incidence and mortality of tuberculosis, found that these were alarming, and recognized it as a global public health problem, considering it an Emergency World.

According to the Order of Nurses, nurses have a role in the implementation of measures to address this public health problem, which should be directed not only to the individual but also to their family and community in order to break the chain epidemiology of this disease and contribute to improving the health of our community.

The project carried out in the Group of health centers SP, Pulmonology Diagnostic Center of S, had the general objective, to train a group of people with pulmonary TB, adherence to treatment. The methodology used was the Health Planning, according to Tavares, Imperatori and Giraldes, and as a theoretical, Dorothea Orem. In the diagnosis of the situation, we used the interview semi directive, having been applied to nine persons with Pulmonary Tuberculosis.

Data analysis was performed using "content analysis". The results obtained allowed to identify the needs related to the lack of information about the disease and the importance of treatment. The strategies and training process for adherence to treatment, was promoted through education sessions for health and the daily monitoring of participants in Diagnosis Center Pulmonology.

The completion of the project has helped to recognize the importance of empowerment of people with pulmonary TB disease to know and adhere to treatment. Allowed the development of capacities in the area of health planning and provided the acquisition of expertise in community nursing.

Keywords: Pulmonary tuberculosis, treatment adherence, empowerment<sup>1</sup>, community nursing, health planning,

---

<sup>1</sup> In this context, the word "empowerment" means "to enable for" and "to train", rather than "to give power".

## INDICE

1.	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
2.	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>13</b>
2.1.	<b>Foco de Intervenção.....</b>	<b>13</b>
2.2.	<b>Tuberculose.....</b>	<b>14</b>
2.2.1.	<b>Tuberculose Pulmonar.....</b>	<b>15</b>
2.3.	<b>Adesão ao Tratamento.....</b>	<b>16</b>
2.4.	<b>Justificação.....</b>	<b>18</b>
2.4.1.	<b>Tuberculose no Centro Diagnostico Pneumológico S.....</b>	<b>18</b>
2.4.2.	<b>Tuberculose Pulmonar a Adesão ao Tratamento no Centro Diagnóstico Pneumológico S.....</b>	<b>19</b>
3.	<b>INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA PROBLEMÁTICA DA TUBERCULOSE.....</b>	<b>21</b>
3.1.	<b>Modelo de Dorothea Orem.....</b>	<b>22</b>
4.	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>24</b>
4.1.	<b>Diagnóstico de Situação.....</b>	<b>24</b>
4.1.1.	<b>Contextualização do Local de Intervenção.....</b>	<b>25</b>
4.1.2.	<b>Questões Éticas.....</b>	<b>26</b>
4.1.3.	<b>População-Alvo e Amostra.....</b>	<b>26</b>
4.1.4.	<b>Técnicas e Procedimentos de Colheita de Dados.....</b>	<b>27</b>
4.1.5.	<b>Tratamento de Dados e Resultados.....</b>	<b>28</b>
4.1.6.	<b>Diagnósticos de Enfermagem.....</b>	<b>34</b>
4.2.	<b>Determinação de Prioridades.....</b>	<b>34</b>
4.3.	<b>Fixação de Objetivos.....</b>	<b>34</b>
4.4.	<b>Seleção de Estratégias.....</b>	<b>36</b>
4.5.	<b>Preparação Operacional-Programação.....</b>	<b>37</b>
5.	<b>AVALIAÇÃO.....</b>	<b>43</b>
5.1.	<b>Limitações do Projeto.....</b>	<b>45</b>
6.	<b>REFLEXAO SOBRE AS COMPETENCIAS DESENVOLVIDAS NA AREA DE ESPECIALIZACAO EM ENFEMAGEM COMUNITARIA</b>	<b>47</b>
7.	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>51</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>56</b>

<b>Anexo I</b>	<b>Ficha de Tratamento/ Registo da TOD</b>	
<b>Anexo II</b>	<b>Perfil de Saúde do ACES S P</b>	
<b>Anexo III</b>	<b>Entrevista</b>	
<b>Anexo IV</b>	<b>Autorização da Enfermeira Maria da Luz Rosa</b>	
	<b>APENDICES.....</b>	<b>67</b>
<b>Apêndice I</b>	<b>Consentimento Informado de Participação no Projeto</b>	
<b>Apêndice II</b>	<b>Análise de Conteúdo das Entrevistas</b>	
<b>Apêndice III</b>	<b>Plano da 1ª Sessão de Educação para a Saúde</b>	
<b>Apêndice IV</b>	<b>Plano do 2º Sessão de Educação para a Saúde</b>	
<b>Apêndice V</b>	<b>Panfleto de Informação sobre Tuberculose</b>	
<b>Apêndice VI</b>	<b>Folheto Informativo Recomendações Tuberculose e o Tratamento</b>	
<b>Apêndice VII</b>	<b>Folheto Informativo do Atendimento Telefónico de Enfermagem</b>	
<b>Apêndice VIII</b>	<b>Modelo de Registo do Atendimento Telefónico de Enfermagem</b>	
<b>Apêndice IX</b>	<b>Instrumento de Avaliação das Sessões de Educação para a Saúde</b>	
<b>Apêndice X</b>	<b>Avaliação da 1ª Sessão de Educação para a Saúde</b>	
<b>Apêndice XI</b>	<b>Avaliação da 2ª Sessão de Educação para a Saúde</b>	
<b>Apêndice XII</b>	<b>Cronograma de Atividades do Projeto</b>	

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b>	Distribuição do nº de participantes por sexo.....	28
<b>Gráfico 2</b>	Distribuição dos participantes por estado civil.....	29
<b>Gráfico 3</b>	Distribuição do nº de participantes por agregado familiar.....	30
<b>Gráfico 4</b>	Distribuição do nº de participantes por profissão.....	30
<b>Gráfico 5</b>	Distribuição do nº de participantes pela situação atual de emprego.....	30
<b>Gráfico 6</b>	Distribuição do nº de participantes segundo as habilitações literárias.....	31
<b>Gráfico 7</b>	Distribuição do nº de participantes pelo tempo de residência no concelho....	31
<b>Gráfico 8</b>	Condições habitacionais, eletricidade, esgotos.....	31
<b>Gráfico 9, 10</b>	Consumo de tabaco.....	32
<b>Gráfico 11, 12</b>	Consumo de álcool.....	32
<b>Gráfico 13</b>	Consumo de drogas.....	32
<b>Gráfico 14</b>	Disponibilidade dos participantes para serem entrevistados.....	33

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro nº1</b>	Incidência TB estimada por 100 mil pessoas em 2008.....	13
<b>Quadro nº2</b>	Distribuição geográfica das taxas de incidência de tuberculose notificada no Continente em 2009.....	14
<b>Quadro nº3</b>	Dados do número de doentes com TB, referentes aos anos de 2008, 2009 e 2010 no CDP S.....	18
<b>Quadro nº4</b>	Dados do número de doentes com TP, referentes aos anos de 2008, 2009 e 2010 no CDP S.....	19
<b>Quadro nº5</b>	Taxa de adesão ao tratamento de doentes com TP referentes aos anos de 2008, 2009 e 2010 no CDP S.....	20
<b>Quadro nº6</b>	Distribuição do nº de participantes por cultura /etnia.....	29
<b>Quadro nº7</b>	Distribuição do nº de participantes por faixa etária.....	29

## **SIGLAS**

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ARS - Administração Regional de Saúde

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

CDP – Centro Diagnostico Pneumológico

CDP – Cuidados Saúde Primários

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

EC – Enfermagem Comunitária

EEC – Especialista em Enfermagem Comunitária

EESC- Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

HIV - vírus da imunodeficiência humana

ICN – Internacional Council of Nurses

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNLT – Plano Nacional Luta Contra Tuberculose

TB – Tuberculose

TP- Tuberculose Pulmonar

TOD – Toma Observada Diretamente

UCSP – Unidade Cuidados Saúde Personalizados

USF – Unidade Saúde Funcional

## **1.INTRODUÇÃO**

Integrado no plano de estudos do 2º Curso de Mestrado Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, a elaboração do presente relatório, resulta do projeto de estágio elaborado e implementado, segundo a temática selecionada, tendo como base a elevada incidência de doentes, com Tuberculose Pulmonar (TP), no Distrito de Setúbal 27casos/100mil habitantes em 2009, segundo PNLT (Março 2010), e sendo este considerado um problema de Saúde Pública. O tratamento destas pessoas e famílias é de extrema importância na contribuição da erradicação desta doença infecciosa.

A TB tem vindo a destacar-se como um problema, associado ao desenvolvimento da humanidade. Durante algumas décadas, esta doença foi controlada, tendo reaparecido novamente na década de 80 de forma mais marcante e de elevada preocupação (Valente, 2009). Este ressurgimento associa-se a outras patologias e à diminuição das condições de vida da população. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS 2009), surgem cerca de 9,4 milhões de casos por ano.

O projeto visou a realização de um estágio no Centro Diagnostico Pneumológico S (CDP), inserido no Agrupamento de Centros de Saúde de SP (ACSSP), subordinado à intervenção comunitária, tendo como foco de intervenção, a adesão ao tratamento da TP.

A primeira fase do relatório de estágio engloba o enquadramento teórico baseando-se na escolha do tema, abordando os principais índices de prevalência a nível mundial e nacional, as evidências fisiopatológicas da doença, fatores necessários para a compreensão da TB no âmbito da prevenção e diagnóstico precoce, bem como da adesão ao tratamento.

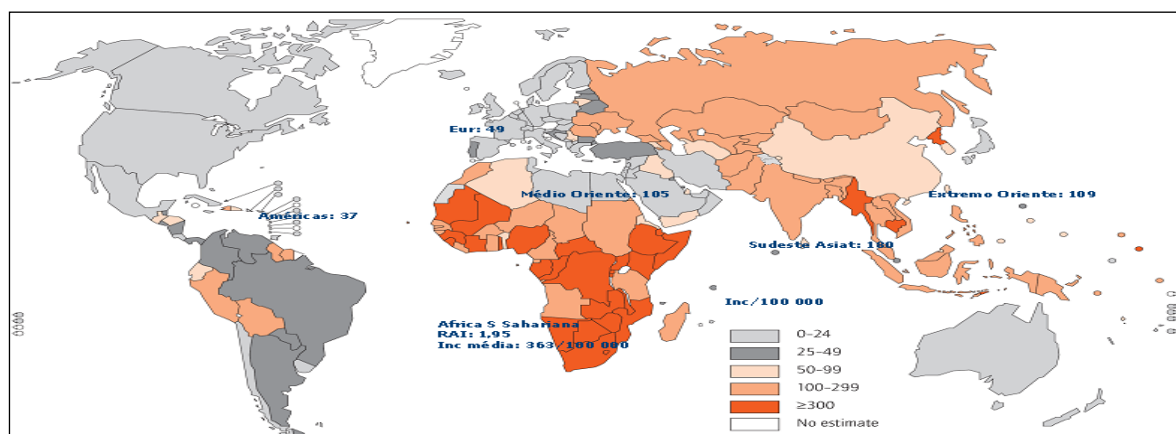
A segunda fase do relatório descreve a implementação do projeto de intervenção aplicado no CDP S, elaborado segundo o planeamento em saúde e suportado pelo modelo teórico Doroteia de Orem. Posteriormente serão definidos os objetivos, planeamento de atividades do projeto e conclusões da sua aplicação. Finalizamos o relatório com uma reflexão sobre a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem comunitária.

## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1. Foco de Intervenção

A nível mundial a TB, é a principal causa de morte provocada por uma doença infetocontagiosa curável, segundo o relatório do Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose (PNLT), Março de 2010. A TB é um problema global que em números absolutos, continua a crescer. Em 2008 estimava-se uma incidência de 9,4 milhões casos em todo o mundo, 139 casos/100 mil habitantes, com uma mortalidade de 1,3 milhões de pessoas 20 casos/100 mil habitantes. A maior parte (cerca de 85%) dos casos são na Ásia (50%) e África (30%). As taxas de incidência mais elevadas *per capita* encontram-se nos países da África Subsaariana. Como se pode verificar no Quadro nº1, em que em alguns países atinge os 1000 casos/100 mil habitantes.

**Quadro nº 1-** Incidência TB estimada por 100 mil pessoas em 2008

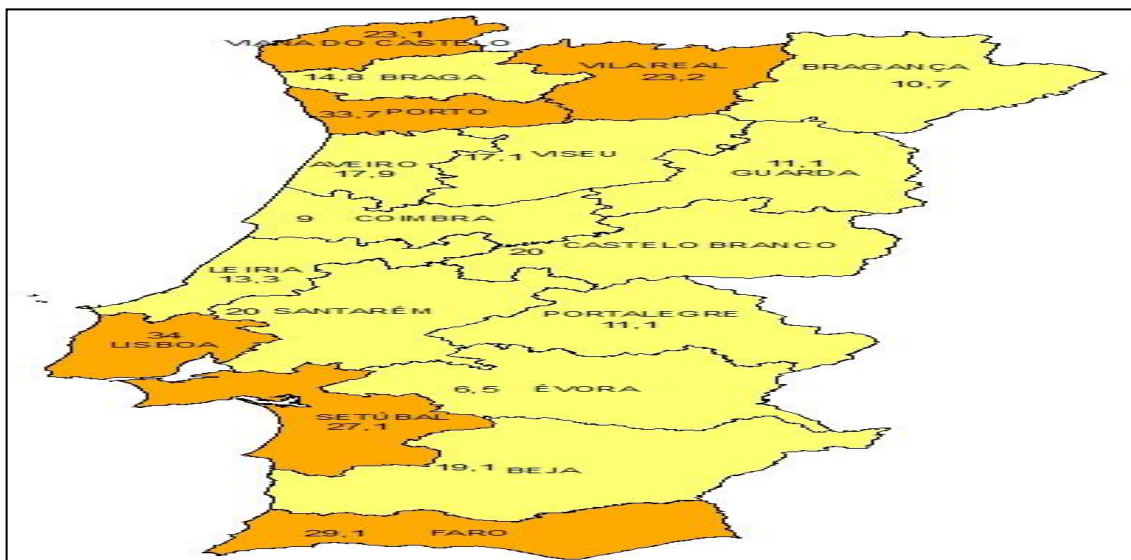


**Fonte:** Adaptado de Global tuberculosis control: a short update to the 2009 report. Geneva, World Health Organization; WHO/HTM/TB 2009.426

Segundo o mesmo relatório, Portugal, apresentava em 2009, 24 casos/100 mil habitantes, menos 8% que em 2008, verificando-se um decréscimo anual médio de 7,3%. No entanto por ainda não passar para baixo dos 20 casos/100mil habitantes, ainda não se lhe pode conferir a categoria de país de baixa incidência.

Os distritos com maior incidência são os de, Lisboa e Porto e Setúbal, como se pode observar no Quadro nº 2, indicando a necessidade de medidas de intervenção, de forma a tentar controlar a propagação da doença.

**Quadro nº 2 - Distribuição geográfica das taxas de incidência de tuberculose notificada no Continente em 2009**



Fonte: Relatório Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose, Março de 2010

Tendo em atenção a situação existente atualmente, contextualizada pela má adesão ao tratamento, levou ao surgimento da Tuberculose Multirresistente. Neste sentido a OMS, inserido no Plano Global “Stop TB 2006-2015”, está a promover medidas em conjunto com os programas nacionais de luta contra a TB, com o objetivo de aumentar a adesão ao tratamento através de medidas efetivas de controlo da doença, tendo por base a estratégia TOD (Toma Observada Diretamente). Esta estratégia teve início na década de 1990 e, desde a sua introdução, verificou-se um progresso global no controlo da TB, em termos de adesão ao tratamento.

## 2.2 Tuberculose

A TB é uma doença infecciosa, causada pela bactéria (*Mycobacterium Tuberculosis*) que pode atingir qualquer órgão do organismo humano, as manifestações clínicas relacionam-se com o órgão que é afetado. Neste contexto, o órgão mais afetado é o pulmão, em cerca de 90% dos casos (Pina, 2000). A TB continua a ser uma doença presente em todo o mundo e apesar do seu tratamento ser eficaz e a custos reduzidos (Teles de Araújo, 2007), continua a apresentar uma elevada taxa de incidência mundial. Ser portador desta doença infecciosa, tem implicações muito particulares, que a distinguem de qualquer outra doença, pois quando se fala em TB associamos a doença, à pobreza, exclusão social, aos sem-abrigo, alcoolismo, à emigração e à toxicod dependência.

Nesta perspectiva, o enfermeiro tem um papel crucial quer pelo apoio aos doentes e famílias, quer pelo combate ao estigma associado às pessoas com TB, que podem colocar em causa o sucesso do tratamento, não só pela negação da doença como pela não adesão ao tratamento. O estigma pode estar associado a uma diversidade de falsas crenças e mitos, as pessoas pensam, que a TB é incurável. O estigma e a falta de conhecimentos sobre a doença e o tratamento têm de ser expostos e esclarecidos através da educação da população.

### **2.2.1 Tuberculose Pulmonar**

A TP é a forma mais comum da doença. A transmissão processa-se pelo ar, através de gotículas de Pflugge, pela tosse, espirro ou pela própria fala. Em termos de sintomatologia as manifestações mais frequentes são: Tosse persistente, frequentemente acompanhada por expectoração hemoptoica; febre habitualmente baixa de predomínio vespertino; existência e persistência de suores noturnos; dores no tórax; cansaço fácil; perda de peso, lenta e progressiva, falta de apetite, anorexia, astenia e apatia.

A TB é uma doença progressiva e que em alguns casos passa despercebida, com sintomas pouco visíveis, durante alguns anos, culminando na maior parte dos casos, em formas graves, que se fossem diagnosticados precocemente não aconteceria (Ávila, 2000).

Estima-se que uma pessoa infetada, se não tratada, pode contaminar outras 15 no espaço de um ano. De referenciar que apenas os doentes bacilíferos são capazes de transmitir a doença e tem indicação de internamento em isolamento.

#### **Diagnóstico e Tratamento**

A análise bacteriológica de amostras de expectoração é o método mais fiável e efetivo para a identificação de casos infecciosos de TP. O tratamento da TP é assegurado pelos Serviços de Saúde mais especificamente os CDP de forma gratuita.

Os medicamentos utilizados no tratamento da TB têm três características principais: a atividade bactericida, a atividade esterilizante e a capacidade de prevenção de resistência (Direção Geral Saúde, 2004). Os anti bacilares utilizados para a TB, são os medicamentos de primeira linha (mais eficazes e menos tóxicos) e pelos quais se inicia o tratamento: Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida, Etambutol, Estreptomina.

No que concerne à duração do tratamento, este pode ir de 6 a 12 meses, podendo em alguns casos prolongar-se até aos 18 meses. Devido ao aumento da incidência da TB, uma das estratégias utilizadas no controlo da doença como já referido é a TOD. Este é um procedimento efetuado pelos enfermeiros, e é essencial, o processo/ficha de tratamento (anexo I), do doente com TP. Nestas, são registadas a TOD do doente e, deverão conter os dados básicos sobre a pessoa, as informações clínicas a medicação e respetiva dosagem. As fichas possuem um calendário para o registo de cada dose de medicação. Estas são um instrumento importante para monitorizar a adesão ao tratamento.

O enfermeiro que acompanha o doente deve avaliar a perceção e aceitação do tratamento por este, garantindo que toma a medicação pelo tempo estipulado, bem como detetar precocemente possíveis efeitos tóxicos dos anti bacilares. Pode assim afirmar-se, que o enfermeiro possui um papel preponderante na implementação das medidas/estratégias que visem dar resposta ao problema da TB.

Em Portugal, tendo presente a competência dos profissionais de enfermagem, é sem dúvida uma mais-valia para o doente individualmente e comunidade, usufruir dos cuidados prestados por estes profissionais, no combate e controlo da TB.

### **2.3 Adesão ao Tratamento**

Cada vez mais os doentes pretendem ser incluídos nos processos clínicos, exigindo como consequência, uma maior interação do profissional. Logo, é essencial uma abordagem a nível biopsicossocial que englobe os doentes no processo terapêutico (Donovan & Blake, 1992).

Perante a situação de doença, a pessoa é confrontada com inúmeros desafios, que por si só, exigem uma grande capacidade de adaptação, de mobilização de determinados recursos (coping) e principalmente a capacidade de se auto cuidar, no que corresponde à adesão do regime terapêutico.

Neste sentido, torna-se importante o conceito de adesão, no âmbito da contextualização dos contributos da Enfermagem. Segundo Sacket & Haynes (1976, in Ribeiro, 1998), adesão é o comportamento que o paciente tem e que deve coincidir com as instruções da equipa médica. Já Haynes Garg (2002:12) definem adesão como, “ *A medida em que o comportamento do paciente coincide com os conselhos médicos, ou de saúde*”

O comportamento da adesão terapêutica do paciente é assim influenciado, pelo profissional de saúde que o responsabiliza. O médico fornece as competências necessárias para a padronização de

determinadas respostas e dá o diagnóstico. O Enfermeiro complementa a intervenção médica e, valoriza o papel do doente, no sentido em que estabelece uma relação interpessoal de confiança, contextualizando e respeitando a doença (Amendoeira, 2006). O enfermeiro, prescreve e implementa atividades com o doente, que têm como objetivo, ir ao encontro das suas necessidades. Proporciona uma diferença na vida do paciente, através do cuidar, ao possibilitar toda a mobilização dos recursos interiores que correspondem às suas expectativas de saúde (Wolf, 1989, in Kérouac et al, 1996).

Para a OMS (2001), o próprio conceito de adesão para além de cumprir as orientações do médico, depende também da adoção e manutenção de comportamentos terapêuticos acompanhada de uma autogestão de fatores comportamentais e sociais e, envolve todos os profissionais da saúde, nomeadamente e principalmente os enfermeiros.

Segundo a CIPE (2005), a adesão ao tratamento é definida para o doente como uma “Ação Auto iniciada para a promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos” e cujas características/indicadores são: cumprimento do regime terapêutico, toma dos medicamentos como prescrito, mudança do comportamento para melhor, sinais de cura, procura dos medicamentos na data indicada, interiorização do valor de um comportamento de saúde e obediência às instruções relativas ao tratamento.

É nesta perspetiva que a adesão implica essencialmente, um papel ativo da pessoa e da equipa de enfermagem, em seguir um planeamento e implementação do regime terapêutico. Uma vez que a adesão ao tratamento, é um fato influenciado por diversos fatores, sociais, económicos e culturais, relacionados com o sistema de saúde, com os serviços e os profissionais de saúde, com a doença, com o tratamento e os fatores que são relacionados com a pessoa doente.

Para o International Council of Nurses (ICN) a gestão do regime terapêutico é um foco da prática de Enfermagem que designa,

*“Um comportamento de adesão com as características: executar as atividades, cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, atividades essas que são satisfatórias para atingir objetivos específicos para a saúde, integrar atividades para tratamento ou prevenção da doença na vida diária” (2002: 58)*

OS Enfermeiros, enquanto prestadores de cuidados de saúde, nos quais as pessoas confiam, encontram-se numa posição privilegiada para avaliar, diagnosticar, intervir e avaliar resultados, nas questões relacionadas com a adesão.

## 2.4. Justificação

Nas últimas décadas tem-se verificado um aumento significativo de casos de TP, relacionado sobretudo com a deficiente aderência ao tratamento e geralmente associado a grupos de risco como os alcoólicos, toxicodependentes e sem-abrigo (Rodrigues e Domingos, 1999).

A prática baseada na evidência, demonstra que um dos principais problemas da população com o sistema de saúde é o abandono ou incorreto cumprimento dos tratamentos que são prescritos pelos médicos, cujas consequências se vão refletir na morbidade e mortalidade, bem como no aumento da resistência aos antibióticos, pela não adesão a terapêutica.

### 2.4.1 Tuberculose no Centro Diagnostico Pneumológico S

Como podemos constatar no Quadro n.º 3 e, de forma a justificar de uma forma mais concreta, a pertinência deste projeto de intervenção, procedeu-se ao levantamento do nº de casos de TB no CDP S, reportados aos anos de 2008, 2009 e 2010. De salientar que estes dados foram obtidos através do programa SVIG-TB.

**Quadro n.º 3** – Numero casos TB, 2008, 2009 e 2010 - CDP de S

Ano	Número total de casos de TB
2008	139
2009	69
2010	57

Fonte: Programa SVIG-TB (sistema de vigilância e controle da tuberculose).

Contrariamente aos dados estatísticos, do relatório do PNLT, de Março de 2010, podemos observar no quadro anterior, que desde 2008 até 2010, houve um decréscimo significativo de casos de TB no CDP S.

Relativamente aos casos de TP no CDP S, procedeu-se igualmente ao levantamento de dados referentes aos anos de 2008, 2009 e 2010 conforme Quadro nº4.

**Quadro nº 4 – Número de casos TP, 2008, 2009 e 2010 - CDP S**

Ano	Número de casos de TP
2008	63
2009	36
2010	36

Fonte: Programa SVIG-TB

Analisando o quadro apresentado, mais uma vez e apesar dos dados estatísticos do relatório do PNLT de Março de 2010, podemos observar que desde 2008 até 2010, houve um decréscimo significativo de casos de TP no CDP S o que contraria os dados do referido relatório.

#### **2.4.2. Adesão ao Tratamento no Centro Diagnostico Pneumológico S**

A adesão ao tratamento é um processo multifatorial estruturado entre quem cuida e quem é cuidado e, na sua abordagem, recorre-se a concetualizações para tentar explicar comportamentos de não adesão e identificar os fatores que determinam a tendência dos indivíduos para aderirem ou não às recomendações da equipa de saúde. Para isso é extremamente importante focarmo-nos, na identificação das características dos doentes, da doença e dos profissionais de saúde que antevem a não adesão, visando promover os índices de adesão ao tratamento.

Atualmente, a TB pode ser curada. No entanto, para tal, é necessário o cumprimento rigoroso da medicação prescrita, pois apenas os antibióticos são eficazes no tratamento desta doença. Todos os doentes com TP devem ser tratados, em regime de TOD, de forma a garantir o cumprimento do tratamento.

Relativamente à adesão ao tratamento, a avaliação realizada nos anos 2008, 2009 e 2010, através de consulta individual de cada processo, mais precisamente da avaliação do cartão de registo TOD.

**Quadro nº 5 – Taxa de adesão ao tratamento de doentes com TP, 2008,2009 e 2010 - CDP S.**

Ano	Taxa de adesão ao tratamento
2008	57,1%
2009	70,38%
2010	62,9%

Fonte: Cartões de registo TOD do processo clinico do doente

No Quadro nº5 podemos observar que a taxa de adesão aumentou de 2008 para 2009, voltando a diminuir no ano de 2010, de ressaltar que durante os anos 2008 e 2009, exerciam funções dois enfermeiros no CDP S e no ano 2010 passou apenas a exercer funções no serviço um enfermeiro.

O fenómeno da adesão tem vindo a ser alvo de estudo, tendo em consideração o fato de que a sua deficiência pode causar danos irreversíveis para a saúde. A não adesão à terapêutica irá resultar na maioria dos casos, no agravamento do estado de saúde do doente. Segundo Bogalho e Carneiro (2004: 22), a não adesão pode igualmente ter efeitos na qualidade dos serviços médicos, pois segundo os autores, “os custos diretos da falta de controlo da terapêutica adequada, aplicada a cada doença são três a quatro vezes superiores aos do bom controlo”.

A educação para a prevenção, fundamentado na clínica, justifica os métodos de controlo, como é o caso da TOD. Consideramos que os profissionais de saúde devem ter consciência da verdadeira importância e amplitude da problemática da não adesão ao tratamento e dos aspetos que a condicionam, uma vez que se exige a estes doentes, uma adaptação rápida ao diagnóstico, que afeta totalmente o seu projeto de vida, conduzindo a uma série de mudanças profundas e simultâneas no seu estilo de vida.

### **3.INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA PROBLEMÁTICA DA TUBERCULOSE**

Em qualquer tratamento de enfermagem, nomeadamente no da TP, a interação entre o enfermeiro e o doente é a base do sucesso em termos de resultados terapêuticos. Segundo Lopes (1999) o “agir com” a pessoa é a base do trabalho em enfermagem.

O cuidar, constitui a essência da Enfermagem. Este representa a pedra basilar de uma disciplina, que tem evoluído ao longo do tempo, com aquisição de competências próprias e específicas da sua área de intervenção. Esta afinidade entre Enfermagem e o processo de cuidar, não é de toda uma noção moderna, podendo ser referenciada ao tempo de Florence Nightingale, como constante na construção dessa mesma disciplina que é a Enfermagem. Leininger citada por Amendoeira (2000).

A enfermagem comunitária desenvolve um conjunto de práticas centradas na comunidade (OE, 2010), que comumente sucedem, novas necessidades de intervenção da enfermagem, decorrentes da mudança de perfil demográfico e dos indicadores de morbilidade. Neste contexto, o papel dos cuidados saúde primários (CSP), elevaram a sua importância na capacidade de resposta para problemas que se colocam pelos cidadãos e, com a finalidade de desenvolver uma sociedade forte e dinâmica (OE, 2010).

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária deve estabelecer, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde da comunidade, contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades e, realizar e cooperar, de forma frequente, na vigilância epidemiológica da comunidade. O impacto económico que é causado pela TB a nível do paciente e família é fundamental, isto porque a despesa que leva ao conhecimento do diagnóstico e à realização do tratamento é elevada.

A educação para a saúde, representa um importante fator nas necessidades da comunidade, bem como na própria equipa de saúde, nomeadamente os enfermeiros que desenvolvem com os doentes diferentes planos de gestão dos regimes terapêuticos. Pelo que, é essencial, esclarecimentos e informação sobre a doença e o tratamento, tanto com o doente como com os familiares e pessoas mais próximas, bem como necessidade de algumas modificações do estilo de vida or parte dos doentes. Deste modo, é o enfermeiro que assegura a promoção de adesão ao tratamento, após ter identificado as diversas necessidades dos doentes e das suas famílias (ICN, 2008).

A educação para a saúde do doente e família, é importante e imprescindível para as tomadas de decisão e participação no tratamento. O processo educativo representa um processo que leva à saúde do indivíduo tal como refere Gonzales (1998).

A finalidade de intervenção da enfermagem consiste em assegurar o cuidado ao doente e ao mesmo tempo promover o autocuidado em tudo o que este não consegue realizar sozinho. Neste contexto, a família representa igualmente, um alvo de intervenção em enfermagem (Cunha, Cardoso & Oliveira, 2005).

Segundo Orem (1980), a enfermagem é essencial na educação bio-psico-social dos utentes, no sentido que contribui para a educação em saúde e da mesma forma, para a avaliação do comportamento da doença. Contribui ainda, para responder de forma adequada no âmbito do autocuidado, especificamente, na promoção da qualidade de vida e sua manutenção.

O cuidar, tem como objetivo um conjunto de ações, organizadas e desenvolvidas com determinadas estratégias. Utiliza instrumentos próprios, com uma intenção que se revela como uma atitude para com o outro, para com a pessoa, enquanto ser único, e parte integrante do ambiente, com o qual coexiste e interage. O cuidar não é um ato, mas sim uma atitude. A equipa de saúde deve apoiar o portador de TP, a ter um papel mais ativo, informado e competente para o ajudar a atingir as metas dos tratamentos com a finalidade da cura.

### **3.1 Modelo de Dorothea Orem**

Para Orem (1980), a prática de atividades efetuadas pelos doentes, em seu próprio benefício e para a manutenção da vida, é designado por autocuidado. Segundo a autora, existem três principais exigências. Requisitos universais, que estão relacionados com a manutenção da integridade da estrutura, como as atividades de quotidiano; de desenvolvimento, quando associados a um evento determinado; de desvio de saúde, quando é decorrente de doença ou ferimento; para corrigir uma situação específica.

É importante compreender a teoria de autocuidado para o contexto de tratamento da TP. A fase de diagnóstico, determina e identifica as necessidades e cuidados a ter ao nível da enfermagem. Neste contexto, o enfermeiro identifica as necessidades, realizando a colheita de dados sobre o doente. Os objetivos são diretamente associados ao diagnóstico de enfermagem, no sentido de orientar o paciente a tornar-se agente de mudança no seu autocuidado.

A teoria de enfermagem de deficits de autocuidado é segundo Foster (2000; 83), constituída por três teorias que se relacionam entre si, nomeadamente o autocuidado, os deficits de autocuidado e os sistemas de enfermagem.

A teoria geral de enfermagem atua, no caso em que o doente seja totalmente incapaz de cuidar de si mesmo, necessitando de assistência permanente, em termos de orientação e ensino. Todas estas teorias têm por princípio a base de orientar e auxiliar o profissional de enfermagem na procura de soluções “*no cuidar*” do doente. Qualquer patologia, segundo Santos (2002;94), necessita que sejam conhecidos diversos fatores como as formas de tratamento, medidas de promoção da saúde e a própria prevenção dos seus sintomas.

A teoria de autocuidado relaciona-se com os fatores que influenciam e que contribuem para o benefício da saúde e bem-estar do doente. Os deficits de autocuidado ocorrem, quando o doente não consegue ajudar-se a si próprio, necessitando da ajuda de um profissional. E, neste caso, o papel da enfermagem, consiste em guiar e apoiar, agindo de forma a permitir o desenvolvimento do autocuidado pelo próprio. Para Torres (1999), o autocuidado é a prática de atividades que o indivíduo inicia e executa em seu próprio benefício, na manutenção da vida, da saúde e bem-estar.

Segundo Dorothea Orem (1986), todo o processo de enfermagem começa com o reconhecimento do doente, como uma pessoa com necessidades afetadas e alteradas, que não consegue prestar cuidados a si próprio, necessitando de ajuda para colmatar essas necessidades. A autora refere igualmente, que “*os enfermeiros na sua prática diária, conhecem os fatores humanos e ambientais que geralmente, impedem e limitam as necessidades de autocuidado*” (p. 38). Ainda segundo Orem (1986), os “*métodos de ajuda*” são intervenções de enfermagem que tendem a compensar as limitações que estão associadas à saúde das pessoas, e desta forma, contextualiza os métodos que possibilitam a ajuda ao outro:

Para Orem (1986), as técnicas principais de ajuda, segundo a teoria dos sistemas, resumem-se essencialmente, ao apoio, orientação, ensino e promoção, suportado no modelo teórico pelo sistema de apoio-educativo

## **4. METODOLOGIA**

Neste capítulo, irão ser descritos os procedimentos relacionados com a metodologia de intervenção comunitária, baseada no Planeamento em Saúde e no Modelo Teórico de Dorothea Orem, com a finalidade de determinar um conjunto de atividades que têm como objetivo obter ganhos em saúde.

Segundo Tavares (1990), o Planeamento em Saúde é um processo contínuo que apresenta seis etapas consecutivas. Neste capítulo apresenta-se a descrição de cada etapa, conforme decorreu na consecução do projeto: diagnóstico da situação; determinação de prioridades; fixação de objetivos; seleção de estratégias; preparação operacional-programação; e avaliação.

A pesquisa bibliográfica e a revisão da literatura auxiliaram a definir e clarificar a moldura teórica e conceptual do presente trabalho face à natureza e objetivos propostos. A revisão bibliográfica dirigiu-se para aspetos metodológicos, no sentido de encontrar os processos de recolha de informação mais adequados. Com os dados recolhidos procurámos identificar as linhas de investigação a explorar.

### **4.1 Diagnóstico de Situação**

O Planeamento em Saúde é uma ferramenta fundamental para o Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária (EESC), pois permite uma monitorização da saúde da população e os seus determinantes, ao nível regional e local.

A conjuntura atual, tendo em conta a problemática da situação da TP a nível nacional, coloca desafios particulares no exercício profissional dos EESC, relativamente à otimização das suas atividades e competências, tendo em conta o planeamento estratégico em saúde dos grupos comunitários, bem como o desenvolvimento de variados projetos de intervenção, junto das populações e, conseqüente elaboração de indicadores, que possam facilitar a identificação dos diversos fatores que podem influenciar, os níveis de qualidade das atividades e conseqüentes ganhos em saúde.

Neste contexto o Enfermeiro Especialista em EC tem a capacidade de desenvolver as suas competências e definir estratégias de intervenção, com a finalidade de promover a manutenção da vida e da saúde, tentando corresponder às necessidades essenciais do indivíduo, família e comunidade, relativamente a esta problemática.

Planear, engloba um conjunto de conhecimentos aos níveis prático e teórico, de modo a interagir com a realidade, programar determinadas estratégias, com a finalidade de alcançar os objetivos desejados.

Mintzber (1994), efetuou uma revisão de diversos autores, no sentido de definir Planeamento. Para este autor, significa “pensar no futuro” ou tomar decisões”.

Já Imperatori e Giraldes (1993) definem Plano como um “instrumento de implementação de uma política, que ocorre num determinado prazo, com o intuito de obter um resultado específico”

Nos subcapítulos seguintes, faremos uma contextualização do local de estágio e posteriormente a caracterização da população-alvo e da amostra. De seguida, serão apresentadas as técnicas e procedimentos de colheitas de dados, com o respetivo tratamento de dados e resultados obtidos, que conduziram à formulação dos diagnósticos de enfermagem do projeto.

#### **4.1.1 Contextualização do Local de Intervenção**

A principal missão do ARSLVT (Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do tejo) é garantir o acesso à prestação de cuidados de saúde de qualidade à população, adequando os recursos disponíveis às necessidades de saúde e igualmente, cumprir o Plano Nacional de Saúde na sua área de intervenção.

Este organismo tem 13% do território nacional e 34% da população em Portugal. Composto por 22 ACES e no ano de 2009 apresentava 79 USF, 4 256 436 Utentes inscritos, dos quais 22,8% não tinham médico de família (ARS, 2009).

O ACES SP tem como primeiro objetivo, definir o perfil de saúde no processo de planeamento em saúde. O perfil demográfico do ACES (anexo II), tem 634.9 km<sup>2</sup> e, engloba os concelhos de S e P, com um total de 13 freguesias. Em 2010 apresentava uma população residente de 190959 pessoas, segundo o INE (2011),

O projeto proposto foi implementado no CDP S, serviço que se dedica exclusivamente ao diagnóstico e tratamento da tuberculose, da população dos conselhos de S e P. Este serviço, funciona nas instalações adjacentes à Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de S (UCSP). O acesso ao serviço é efetuado através da alta hospitalar do doente internado com TP, ou por referência do médico de família, ou saúde ocupacional por suspeita de TB. Este serviço dedica-se

igualmente ao rastreio dos conviventes dos doentes com TP, bem como rastreio para despiste de TB em pessoas com sintomatologia sugestiva. Intervém também em grupos de risco, tais como os toxicodependentes, sem-abrigo, idosos e doentes com VIH positivos e reclusos.

#### **4.1.2 Questões Éticas**

Tendo em conta os princípios ético-deontológicos que servem de base à investigação, foi solicitado a autorização para aplicação do projeto, aos responsáveis do ACES como o Diretor Executivo, bem como ao Diretor do CDP S, tendo sido aprovado por ambos.

Os estudos de investigação, levantam um conjunto de considerações éticas, relacionadas com os direitos fundamentais das pessoas, direitos que devem ser sempre salvaguardados.

A enfermagem, que apresenta como base o cuidar, a dimensão ética constitui um importante componente. Esta deve ser contextualizada segundo três princípios básicos: o respeito pelas pessoas, a beneficência e justiça. Tem como pressuposto, assegurar aos participantes a confidencialidade e o anonimato no que diz respeito às experiências partilhadas e, garantir-lhes que serão tratados com dignidade e respeito.

No que respeita ao consentimento informado (apêndice I), é de referir que na investigação, este foi obtido de forma livre e esclarecida, o que implicou o dever de informação, que se traduziu na transmissão dos princípios essenciais à participação dos indivíduos.

#### **4.1.3 População – Alvo e Amostra**

Os indivíduos, grupos ou comunidades abrangidos por um projeto são designados por população-alvo (Marôco, 2010). A seleção depende das características do estudo ou projeto em si (Malhotra, 2006). Relativamente à população alvo deste projeto, consideraram-se as pessoas com diagnóstico de TP. Da amostra fizeram parte, apenas as pessoas com diagnóstico de TP, que iniciaram tratamento no CDP S, no mês de Outubro de 2011.

### **Foram considerados os seguintes Critérios de inclusão:**

- Serem portadores de Tuberculose Pulmonar;
- Estarem orientados no tempo e no espaço;
- Terem conhecimento da sua situação de saúde/doença;
- Expressarem-se em língua portuguesa;
- Iniciarem tratamento no mês de Outubro 2011 no CDP S;
- Ficarem em regime terapêutico de TOD, no CDP S;
- Disponibilizarem-se a participar neste projeto;
- Aceitarem responder a entrevista e autorizarem a gravação da mesma.

Desta forma, a população alvo resultou numa amostra de nove participantes, tendo em conta os critérios de inclusão; de ressaltar que todos os participantes aceitaram participar no projeto.

#### **4.1.4 Técnicas e Procedimentos de Colheita de Dados**

Para Tuckman (2000: 516), as fontes de obtenção de dados que se podem utilizar num estudo de caso são normalmente de três tipos: entrevistas, documentos vários e observação.

Como fonte de informação primária principal, utilizou-se a entrevista semiestruturada. Esta, enquanto “método de recolha de informações, no sentido mais rico da expressão, (...) adequa-se particularmente à análise do sentido que os atores dão às suas práticas e aos acontecimentos com os quais são confrontados”, (Quivy e Campenhoudt 1998: 192). O objetivo, consiste em abrir a área livre dos dois interlocutores, no que respeita à matéria da entrevista, reduzindo por consequência, a área secreta do entrevistado e a área cega do entrevistador, (Carmo e Ferreira 1998: 126). A entrevista é então, uma técnica que implica uma grande atenção por parte do investigador, não só em relação ao que é transmitido pelo entrevistado, mas também através das palavras e das comunicações não-verbais, como as feições, entoações, hesitações, alterações do ritmo, etc. A captação é bastante importante para a análise do estudo (Albarelo: 1997). Optou-se neste estudo por uma entrevista semiestruturada (ou semidirectiva) para que os entrevistados tivessem uma grande liberdade na abordagem da temática em questão, para que, através das perguntas abertas, houvesse possibilidade do discurso do entrevistado, decorrer com liberdade e com criatividade ao mesmo tempo que o investigador o orienta, no sentido de dar resposta aos objetivos e questões de investigação, permitindo uma maior liberdade de expressão relativamente às questões colocadas.

A construção ou seleção de instrumentos de recolha de dados constitui um aspeto de grande relevância em qualquer trabalho de investigação. Neste projeto de intervenção, os dados foram recolhidos através da técnica de entrevista, no CDP S, durante o mês de Outubro de 2011.

A entrevista utilizada (anexo III), é composta por duas partes. A primeira, na qual se pretende obter a caracterização sociodemográfica da amostra/participantes, e a segunda, um modelo de entrevista para avaliação da perceção sobre a doença, por parte dos participantes.

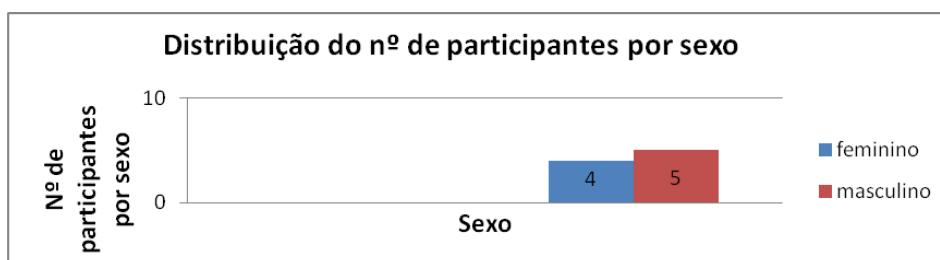
A entrevista em causa foi utilizada por Maria da Luz Rosa, na “Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde – implicações psicossociais e familiares da doença na pessoa com tuberculose” (2007). A autorização para a sua utilização poderá ser consultada, (anexo IV). Foi escolhida, pelo facto de já ter sido aplicada, testada e validada num estudo com doentes com Tuberculose do Distrito de Setúbal. Foi feito um pré-teste, em 3 doentes com TP, em tratamento no CDP S, com o objetivo de verificar se as respostas iriam de encontro ao pretendido com este projeto. Após a sua aplicação no pré-teste, verificámos com a análise de conteúdo das mesmas, que se conseguia perceber as principais necessidades dos doentes, relativamente ao seu comportamento perante a doença bem como os seus deficits de conhecimento relativamente à doença e seu tratamento.

A entrevista foi aplicada à amostra em estudo, constituída por nove doentes com TP, que iniciaram tratamento em regime de TOD no CDP S, durante o mês de Outubro de 2011.

#### 4.1.5 Tratamento de dados e resultados

Para o tratamento dos dados obtidos, utilizou-se a estatística descritiva. No que concerne à primeira parte da entrevista, que permite a caracterização sociodemográfica da amostra, foi utilizado o programa informático Microsoft Office Excel.

**Gráfico nº 1** – Distribuição do nº de participantes por sexo



A amostra é constituída por 9 doentes, dos quais 4 são do sexo feminino e 5 do sexo masculino, como se pode observar no Gráfico nº 1.

**Quadro nº 6** – Distribuição do nº de participantes por cultura /etnia

Cultura /etnia	Nº de participantes por cultura /etnia
Angola	0
Cabo Verde	0
Guiné	2
Portugal	7

Analisando o Quadro nº 6, constatamos que a população é maioritariamente portuguesa.

**Quadro nº 7** – Distribuição do nº de participantes por faixa etária

Idade	Nº de participantes por faixa etária
0-20	0
21-30	2
31-40	1
41-50	4
51-60	1
61-70	1
71-80	0

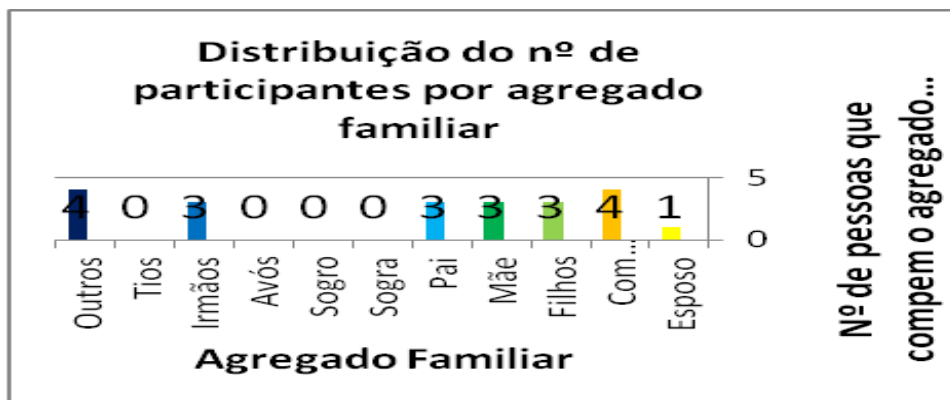
Verificamos no Quadro nº 7 que é na faixa etária entre os 41-50 anos, que predomina o maior número de doentes.

**Gráfico nº 2** – Distribuição dos participantes por estado civil



Da análise do Gráfico nº2, indica-nos que maior a parte dos participantes do estudo são solteiros.

**Gráfico nº 3 – Distribuição do nº de participantes por agregado familiar**



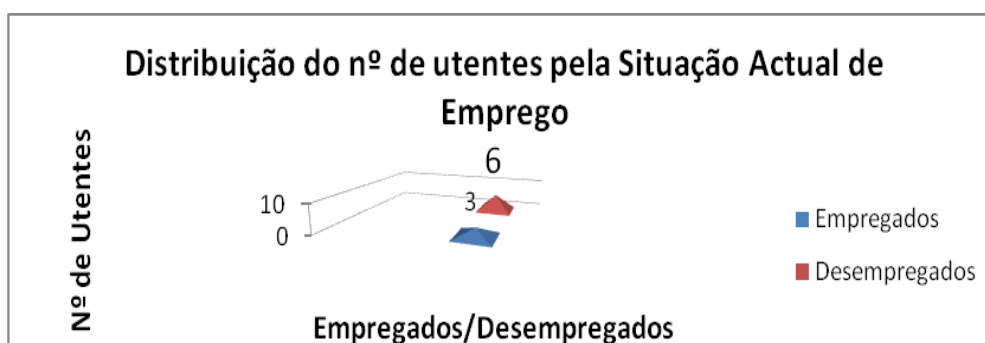
Da análise dos Gráficos nº 3, indica que maior parte dos participantes, apresentam maioritariamente como agregado familiar 3 pessoas.

**Gráfico nº 4 – Distribuição do nº de participantes por profissão**



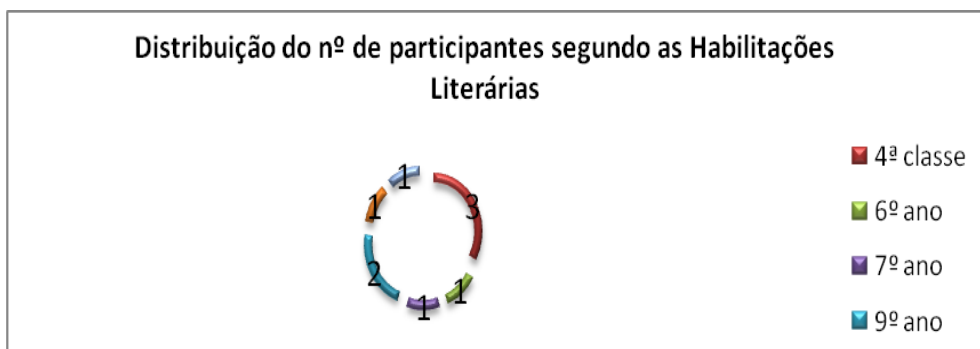
Observamos no Gráfico nº4, que as profissões dos participantes são diversificadas.

**Gráfico nº 5 – Distribuição do nº de utentes pela situação atual de emprego**



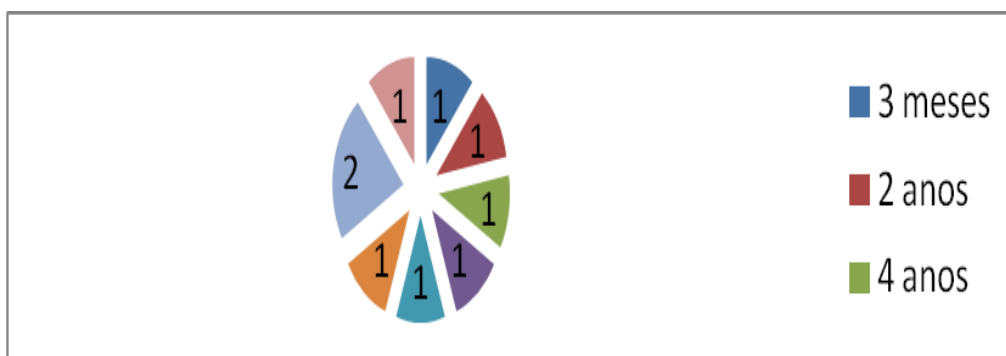
A maioria dos participantes, encontram-se desempregados, como se pode constatar no Gráfico nº5.

**Gráfico nº 6 – Distribuição do nº de participantes segundo as habilitações literárias**



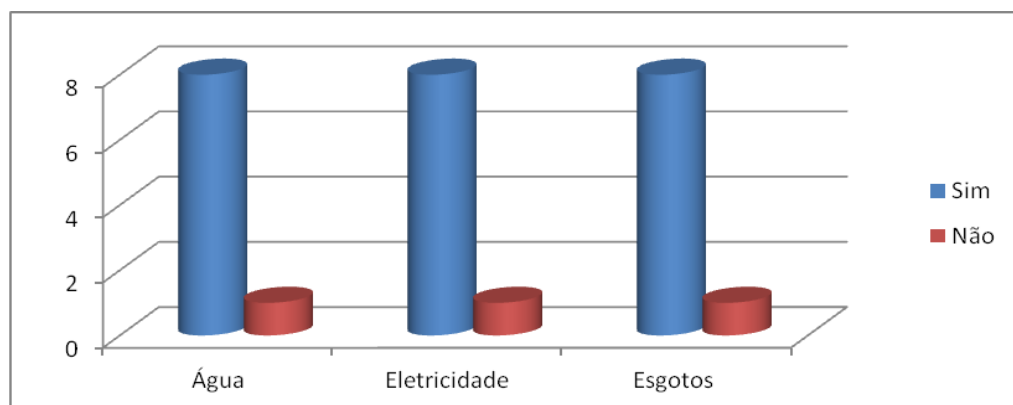
Analisando o Gráfico nº6, verificamos que relativamente às habilitações literárias, a maioria dos participantes possui apenas o 4ºano.

**Gráfico nº 7 – Distribuição do nº de participantes pelo tempo de residência no concelho**



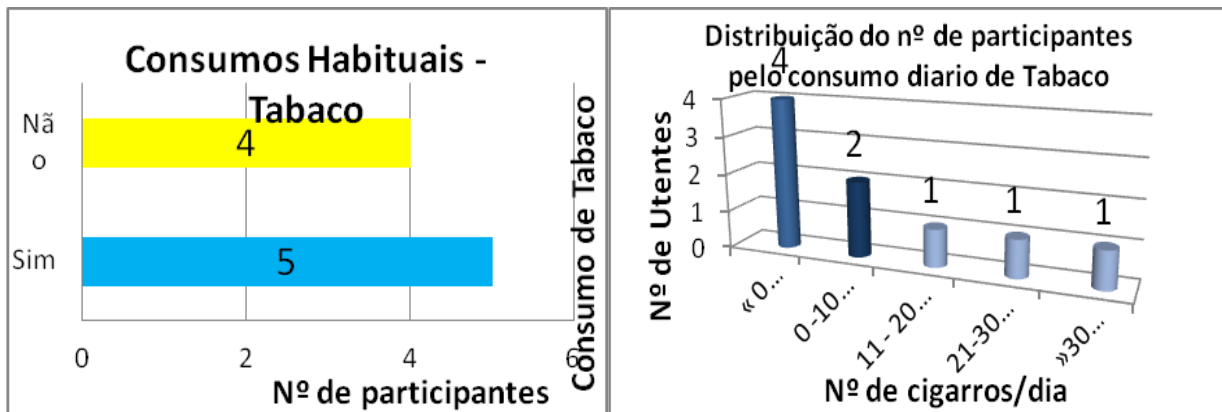
Maioritariamente, os participantes residem na zona central de Setúbal, como pode ser observado no Gráfico nº 7. Já o tempo de residência varia bastante, estando contextualizada entre os 3 meses e os 4 anos.

**Gráfico nº 8 – Condições habitacionais, eletricidade e esgotos**



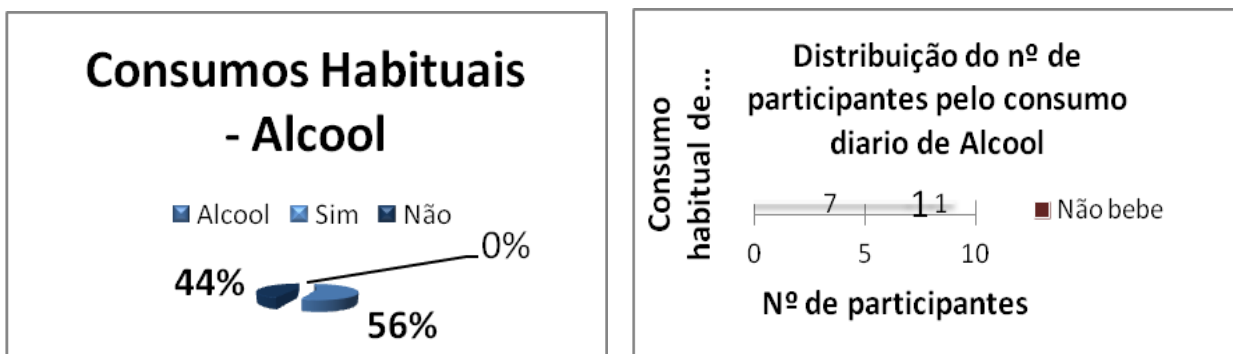
Relativamente ao tipo de saneamento básico, foi possível apurar que a maior parte dos entrevistados, apresentam saneamento básico, em termos de existência de água, eletricidade e esgotos, como se pode observar no Gráfico nº8.

**Gráfico nº 9 e 10 – Consumo de tabaco**



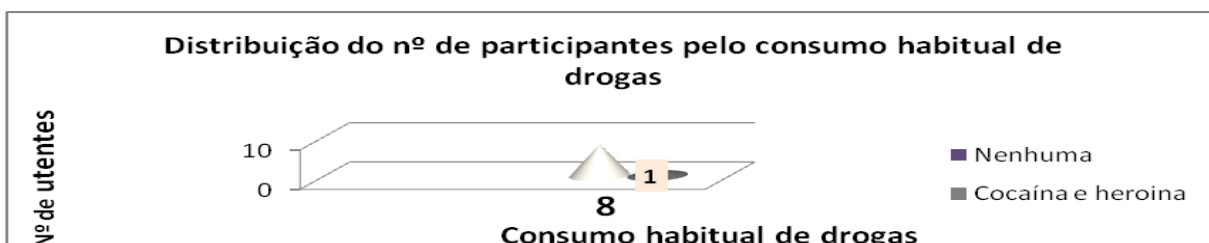
Da análise dos Gráficos nº 9 e 10, verificamos que a maioria dos participantes consome tabaco, sendo o consumo diário variado.

**Gráfico nº11 e 12 – Consumo de álcool**



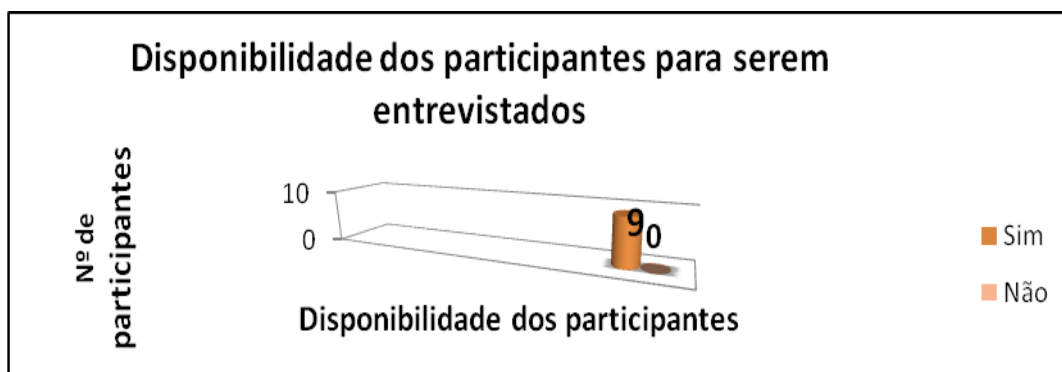
Relativamente ao consumo de álcool podemos observar nos Gráficos nº 11 e 12, que a maioria dos participantes (56%) consome álcool.

**Gráfico nº 13 – Consumo de drogas**



Já no que diz respeito ao consumo de drogas, apenas um dos entrevistados refere ser toxicodependente, como verificamos no Gráfico nº 13.

**Gráfico nº 14** – Disponibilidade dos participantes para serem entrevistados



Como podemos constatar no Gráfico nº 14, todos os participantes apresentaram disponibilidade para serem entrevistados.

No que concerne à segunda parte das entrevistas, estas foram gravadas em formato áudio e posteriormente transcritas. O tratamento dos dados foi realizado sob a forma de análise de conteúdo (apêndice II). Segundo Rodrigues (2002), esta passa por um trabalho de identificação, reconhecimento, seleção ou “recorte” do “conteúdo pertinente”, que posteriormente vai permitir classificar, catalogar, codificar ou distribuir em função de uma “grelha de análise e de codificação” que pode integrar categorias de análise. A Homogeneidade, exaustividade e exclusão recíproca de “categorias de análise”, são condições que indubitavelmente se associam a uma redução da ambiguidade do trabalho e promovem uma maior consistência, nitidez e clareza do resultado, redundando numa maior precisão e, conseqüentemente, num maior grau de reprodutibilidade e fiabilidade da análise, consistência à qual a pertinência das “categorias” conferirá validade.

As entrevistas foram transcritas após o consentimento dos entrevistados e, posteriormente, separados por assunto, de acordo com o próprio guia, utilizados na sua obtenção, o que facilitou a sua análise. Mantivemos, nessa fase, a quantificação dos entrevistados, já que para atingir os objetivos da pesquisa, era relevante quantificar as respostas com o número de entrevistados que as referiram. Os principais problemas sentidos pelos participantes foram apurados após a análise de conteúdo das entrevistas e, recaíram essencialmente, sobre a falta de informação, no que respeita à doença e tratamento, falta de apoio psicológico e social, baixa auto-estima e depressão.

#### **4.1.6. Diagnósticos de Enfermagem**

No contexto desta investigação, os diagnósticos de enfermagem, foram definidos através da aplicação do processo de enfermagem, baseado na teoria do défice de autocuidado de Orem. Considerando esta, autocuidado como o cuidado que cada indivíduo consegue executar diariamente de modo a regular o seu próprio desenvolvimento (Orem, 1991).

A fase de diagnóstico determina e identifica as necessidades e cuidados a ter ao nível da enfermagem. Neste contexto, o enfermeiro identifica as necessidades, realizando a colheita de dados sobre o doente. Os objetivos são diretamente associados ao diagnóstico de enfermagem, no sentido de orientar o paciente a tornar-se agente de mudança no seu autocuidado.

Assim, após termos caracterizado e tratado os dados colhidos, foram definidos dois diagnósticos de enfermagem para o estudo:

- Défice de conhecimentos sobre a Tuberculose e o seu tratamento
- Défice da autoestima, relacionado com a doença

#### **4.2 Determinação de Prioridades**

Segundo Tavares (1990), a determinação de prioridades, relaciona-se com o processo de tomada de decisão, no sentido em que se pretende utilizar os recursos e os resultados, selecionando prioridades. Tendo em conta o Planeamento em Saúde de Tavares, o método utilizado para a priorização do diagnóstico de enfermagem, foi a pesquisa de consenso em reunião com a equipa de peritos do CDP S. Assim, a intervenção foi desenvolvida no âmbito da prevenção terciária na área da tuberculose, com base no Modelo Teórico de promoção de autocuidado de Dorothea Orem, tendo em conta o sistema de apoio e educação, habilitando os participantes para o autocuidado em termos de adesão ao regime terapêutico. Tendo como premissa o tempo de intervenção do projeto e a exequibilidade do mesmo, foi priorizado o seguinte diagnóstico de enfermagem:

- Défice de conhecimentos sobre a Tuberculose e o seu tratamento.

#### **4.3 Fixação de Objetivos**

Apos a priorização do problema procedeu-se à fixação dos objetivos a atingir. Este é um passo fundamental já que apenas, mediante um correto estabelecimento de objetivos se pode executar uma avaliação dos resultados obtidos (Imperatori e Giraldes, 1986).

Tendo em conta o diagnóstico de enfermagem priorizado, foi estabelecido como objetivo geral:

- Capacitar um grupo de pessoas com tuberculose pulmonar que iniciaram tratamento no CDP S em regime de TOD no mês de Outubro 2011, para a adesão ao tratamento no período compreendido entre Outubro de 2011 a Fevereiro 2012.

Objetivos Específicos:

- Transmitir conhecimentos sobre Tuberculose ao grupo dos participantes;
- Transmitir conhecimentos sobre o tratamento e a importância do seu cumprimento;
- Obter 100% de adesão dos participantes ao tratamento em regime de TOD, entre Outubro 2011 e Fevereiro 2012;
- Implementar atendimento telefónico de enfermagem para os participantes no projeto

De forma a podermos tirar conclusões entre os objetivos propostos e as atividades realizadas considerámos dois tipos de indicadores:

▪ **Indicadores de atividade**

- $(\text{N}^\circ \text{ de sessões de educação para a saúde realizadas} / \text{N}^\circ \text{ sessões de educação para a saúde previstas}) \times 100$ ;
- $(\text{N}^\circ \text{ total de participantes presentes nas sessões de educação para a saúde} / \text{N}^\circ \text{ total de participantes previstos para as sessões de educação para a saúde}) \times 100$ ;
- $(\text{N}^\circ \text{ total de participantes que aderiram ao atendimento telefónico de enfermagem} / \text{N}^\circ \text{ total de participantes}) \times 100$

▪ **Indicadores de resultado:**

- $\text{N}^\circ \text{ total de participantes com TP que aderiram ao tratamento em regime de TOD no período compreendido entre Outubro 2011 e Fevereiro 2012} / \text{N}^\circ \text{ total de participantes com TP, que participaram no projeto no período compreendido entre Outubro 2011 e Fevereiro 2012}$ .

#### 4.4 Seleção de Estratégias

As estratégias constituem “o processo mais adequado para reduzir os problemas prioritários (...) em termos inovadores e criativos” de forma a “alcançar os objetivos fixados” (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 87).

Para definir as estratégias teve-se em conta as características da intervenção, principalmente o nível de intervenção e especificidades da população-alvo. As estratégias delineadas neste projeto remetem-se para a Prevenção Terciária, tendo em conta os fatores de risco e conhecimento sobre a TP e o seu tratamento, de forma a diminuir o risco de mortalidade e morbidade causado pela doença, se o tratamento não for realizado com sucesso.

Segundo o modelo de Dorotheia Orem (1986: 187) as diversas ações do autocuidado são amplificadas com o intuito de transmitir o conhecimento necessário sobre uma determinada doença, utilizando métodos adequados à pessoa. Os enfermeiros têm neste contexto, a capacidade de contribuir com a sua experiência e conhecimentos técnicos, para o autocuidado, através da ajuda para ultrapassar as limitações que se apresentam.

Orem (1986), contextualiza a informação como a forma de adaptação do homem com o meio e, igualmente, como uma sobrevivência. Para a autora, os seres humanos necessitam de entrada de informação de forma contínua para si próprios e para o seu ambiente, para poderem permanecer vivos e funcionar de acordo com as suas crenças e valores (p.18).

Delinearam-se estratégias de intervenção, com prioridade para as intervenções de grupo tendo, como finalidade o esclarecimento e a informação. Disponibilizaram-se um conjunto de meios para esclarecimentos de informação específica e individual.

Na equipa de saúde, são sobretudo os enfermeiros, quem desenvolve com os doentes, planos de gestão de regime terapêutico, que envolvem as orientações dos diferentes profissionais. Destas, salientamos a terapêutica, modificações no estilo de vida e, um acompanhamento adequado nestas situações que são sempre difíceis para as pessoas e as suas famílias. 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).

Existem outros aspetos que deverão ser considerados como pertinentes para o sucesso das mudanças pois, as pessoas não mudam os seus comportamentos de risco, apenas porque alguém

lhes dá indicação da necessidade de mudança. Os enfermeiros devem disponibilizar toda a atenção a este princípio, pois os conhecimentos científicos e técnicos que possuem são necessários para as ações de educação para a saúde e devem ser mobilizados para que a mudança de atitude ou comportamento aconteça de fato.

A educação do doente e família ou pessoa significativa assume uma grande importância na participação/envolvimento deste, quer nas tomadas de decisão, quer no regime terapêutico definido. É imprescindível o respeito pela vontade do doente ou família em receber informação em determinado momento. Questões como barreiras emocionais, motivação, limitações físicas ou cognitivas podem condicionar a receptividade à informação/educação.

#### **4.5 Preparação operacional - programação**

Segundo (Imperator e Giraldes, 1993), é nesta fase que são implementadas as atividades e a forma como se podem executar, bem como a definição de resultados que se pretendem obter.

As atividades implementadas, suportadas no modelo teórico Orem (1986), segundo a teoria dos sistemas, através do sistema de apoio-educativo, tendo em conta o apoio, orientação, ensino e promoção. No caso específico da TP, é de extrema importância na medida em que é através deste sistema que assenta toda a promoção de educação para a saúde ao doente em termos de fornecimento de conhecimentos sobre a doença o seu tratamento e a importância da adesão ao mesmo.

As atividades que foram desenvolvidas no projeto foram as seguintes:

- Acompanhamento diário dos participantes em TOD no CDP;
- Realização da TOD aos participantes diariamente
- Encaminhamento dos participantes com carta de referência de enfermagem para realização da TOD aos fins-de-semana no Serviço de Consulta Aberta da UCSP S, (preparação de terapêutica a 6º feira, acompanhada com cartão de registo de TOD de cada participante, com a respetiva recolha do cartão para verificação á 2º feira)
- Realização de 1 Sessão de Educação para a Saúde dia 2 de Dezembro de 2011 – Plano da sessão (apêndice III);

- Realização de 1 Sessão de Educação para a Saúde dia 20 de Janeiro 2012 – Plano da sessão (apêndice IV);
- Elaboração de um Panfleto de Informação sobre Tuberculose (com linguagem mais acessível tendo em conta as habilitações literárias dos participantes), (apêndice V);
- Elaboração de um Folheto Informativo com Recomendações relativamente a TB e ao seu Tratamento (com linguagem acessível tendo em conta as habilitações literárias dos participantes (apêndice VI);
- Implementação do atendimento telefónico de enfermagem (estratégia utilizada com o objetivo de reforçar o plano de apoio e educação, criando um ambiente de proximidade e, com o intuito de estabelecer uma relação de confiança e parceria entre o projeto de saúde do participante e o serviço);
- Elaboração de um Folheto informativo do contato e horário do atendimento telefónico de enfermagem telefónico (apêndice VII);
- Elaboração de um modelo de registo do atendimento telefónico de enfermagem e respetivo registo do assunto e sua resolução/ encaminhamento (apêndice VIII);

A partir da programação das atividades, é que se definem os resultados a obter, a forma como se vão executar as atividades e as necessidades de recursos.

Tendo em conta os objetivos e estratégias definidas, delinearam-se atividades dirigidas aos participantes, validadas com a equipa do serviço e enfermeira de referência do estágio.

Nesta fase teve-se em conta as características da amostra dos participantes, nomeadamente, as variáveis sociodemográficas, tais como a idade, escolaridade e atividade profissional na adaptação das atividades aos participantes. Tendo presente as características do grupo, optou-se sempre tanto nas sessões de educação para a saúde, como na informação escrita fornecida aos participantes, por uma linguagem acessível simples e de fácil compreensão.

Para uma melhor organização e perceção das atividades, apresenta-se seguidamente o planeamento das mesmas, sob a forma de quadros referentes a cada uma das atividades.

## ATIVIDADES

ATIVIDADE	RECURSOS	QUANDO	ONDE	COMO	OBJETIVOS	AVALIAÇÃO
<b>Sessão de Educação para a Saúde</b>	<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Participantes</li> <li>✓ Enfermeira Mestranda</li> <li>✓ Enfermeira do CDP</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Computador</li> <li>✓ Projetor</li> <li>✓ Cadeiras</li> <li>✓ Canetas</li> </ul>	2 de Dezembro de 2011	Sala de reuniões CDP Setúbal	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Apresentação dos intervenientes</li> <li>✓ Exposição oral e data show</li> <li>✓ Abordagem do tema TP</li> <li>✓ Fisiopatologia da doença</li> <li>✓ Transmissão</li> <li>✓ Sintomas</li> <li>✓ Tratamento</li> <li>✓ TOD</li> <li>✓ Abordagem da doença e o estigma social</li> <li>✓ Incentivo a partilha de experiência pessoal de cada doente</li> <li>✓ Partilha de experiência de uma ex. doente com história de TP, relato da sua vivência com a doença e o tratamento efetuado no CDP S</li> <li>✓ Convite à participação dos doentes sobre a pertinência da sessão e preenchimento de questionário de avaliação de conhecimentos e da sessão</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Transmitir conhecimentos sobre a doença e tratamento</li> <li>✓ Gerar um ambiente de partilha sobre emoções relacionadas com doença e seu tratamento;</li> <li>✓ Promover esclarecimento de dúvidas e expectativas;</li> <li>✓ Promover socialização entre participantes;</li> <li>✓ Proporcionar momentos de convívio.</li> </ul>	<p>Taxa de presença=</p> $\frac{\text{N.º total participantes presentes} \times 100}{\text{N.º total participantes previstos}}$ <p>Aplicação de questionário de avaliação de conhecimentos</p>

Atividade	Recursos	Quando	Onde	Como	Objetivos	Avaliação
<p align="center"><b>Sessão de Educação para a Saúde</b></p>	<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Participantes</li> <li>✓ Enfermeira Mestranda</li> <li>✓ Enfermeira do CDP</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cadeiras</li> <li>✓ Canetas</li> </ul>	<p align="center">20 de Janeiro de 2012</p>	<p align="center">Sala de reuniões CDP S</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Apresentação dos intervenientes</li> <li>✓ Relembrar oralmente conteúdos: <ul style="list-style-type: none"> <li>-TP</li> <li>- Fisiopatologia da doença</li> <li>- Transmissão</li> <li>- Sintomas</li> <li>- Tratamento</li> <li>-TOD</li> </ul> </li> <li>✓ Incentivo a partilha de experiencias e expetativas pessoais de cada participante</li> <li>✓ Convite à participação dos participantes sobre a pertinência da sessão e preenchimento de questionário de avaliação de conhecimentos adquiridos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Transmitir conhecimentos sobre a doença e tratamento</li> <li>✓ Gerar um ambiente de grupo propício à partilha sobre emoções relacionadas com doença e tratamento;</li> <li>✓ Promover o esclarecimento de dúvidas;</li> <li>✓ Promover socialização entre participantes;</li> <li>✓ Proporcionar momentos de convívio.</li> </ul>	<p align="center"> <u>N.º total participantes presentesx100</u>   N.º total participantes previstos   Aplicação questionário avaliação de conhecimentos </p>

ATIVIDADE	RECURSOS	QUANDO	ONDE	COMO	OBJETIVOS	AVALIAÇÃO
<b>Atendimento Telefónico de Enfermagem</b>	- Pesquisa bibliográfica - Telefone	Em funcionamento a partir de Dezembro.	CDP S	- Diagnóstico: recolha dos principais motivos de contacto - Elaboração de um algoritmo de resolução/ encaminhamento dos casos - Elaboração de um panfleto informativo da linha - Divulgação aos participantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Melhorar o apoio aos participantes, através de um período de atendimento telefónico de enfermagem, durante um período limitado por dia e em horário de expediente, para colocação de questões/dúvidas.</li> </ul>	: N.º de participantes que aderiram/ N.º total de participantes
<b>Modelo de Registo do atendimento Telefónico de Enfermagem</b>	- Modelo registo	O período de aplicação, decidido pela equipa, Dezembro 2011 a Fevereiro.2012	CDP S	Aprovação e colaboração de Enfermeira responsável de Serviço Colaboração da administrativa para receber e encaminhar a chamada	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apurar os principais motivos de contacto, emissores e formas de resolução dos profissionais;</li> <li>Monitorizar o seguimento/resolução dos casos;</li> </ul>	N.º telefonemas recebidos

ATIVIDADE	RECURSOS	QUANDO	ONDE	COMO	OBJETIVOS	AVALIAÇÃO
<b>Panfleto Informativo Tuberculose</b>	Papel Pesquisa bibliográfica	A partir de Dezembro 2011	CDP S	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pedido formal a enfermeira responsável do serviço para utilização no serviço</li> <li>• Elaboração do panfleto</li> <li>• Colaboração do serviço de informática</li> <li>• Distribuição dos panfletos pelos participantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar informação com linguagem simples e adequadas as habilitações literárias dos participantes</li> </ul>	Interesse demonstrado e recetividade
ATIVIDADE	RECURSOS	QUANDO	ONDE	COMO	OBJETIVOS	AVALIAÇÃO
<b>Panfleto Informativo Recomendações Tratamento Tuberculose</b>	Papel Pesquisa bibliográfica	A partir de Dezembro 2011	CDP S	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pedido formal a enfermeira responsável do serviço para utilização no serviço</li> <li>• Elaboração do panfleto</li> <li>• Colaboração do serviço de informática</li> <li>• Distribuição dos panfletos pelos participantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar informação com linguagem simples e adequadas as habilitações literárias dos participantes</li> </ul>	Interesse demonstrado e recetividade

---

## 5. AVALIAÇÃO

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

Os indicadores constituem uma mais-valia no processo de avaliação, sendo que, os de processo ou atividade expõem a quantificação das atividades realizadas (Tavares, 1990).

Tendo em conta os indicadores propostos para avaliar os resultados do projeto, passamos a analisá-los individualmente:

- **Indicadores de atividade**

- $(\text{n}^\circ \text{ de sessões de educação para a saúde realizadas} / \text{n}^\circ \text{ sessões de educação para a saúde previstas}) \times 100$ ;

Neste indicador, realizamos duas sessões de educação para a saúde tendo em conta que foram duas as sessões de educação para a saúde programadas, pelo que o indicador foi atingido em 100%.

- $(\text{n}^\circ \text{ de participantes presentes nas sessões de educação para a saúde} / \text{n}^\circ \text{ total de participantes convocados para as sessões de educação para a saúde}) \times 100$ ;

Neste indicador, o número de participantes presentes nas sessões foi de nove participantes que corresponde a totalidade da amostra, sobre o número de participantes convocados que foram os nove pertencentes a totalidade da amostra, pelo que este indicador também foi atingido em 100%.

- $(\text{n}^\circ \text{ de participantes que aderiram ao atendimento telefónico de enfermagem} / \text{n}^\circ \text{ de participantes}) \times 100$ ;

Relativamente a adesão ao atendimento telefónico de enfermagem, verificou-se pelo instrumento de registo, que todos os participantes aderiram ao atendimento telefónico de enfermagem.

Relativamente às sessões de educação para a saúde realizadas e segundo o instrumento de avaliação formativa (apêndice IX), verificou-se uma evolução da primeira sessão, (apêndice X), para a segunda em termos de aumento de conhecimentos sobre a doença bem como do

---

tratamento (apêndice XI). Verificou-se que os participantes conseguiram identificar formas de transmissão da tuberculose, falar sobre a doença e reconhecimento da terapêutica bem como das implicações da não adesão ao tratamento. Os participantes manifestaram que as sessões foram de grande interesse tanto a nível informativo, como de partilha de experiências, nomeadamente a experiência da convidada da 1ª sessão (pessoa com história de TP que realizou tratamento no CDP S), partilhada na sessão, esta experiência de partilha com um ex-doente, deu um significado de esperança real e concretizável de cura da doença, bem como da desmistificação do estigma da doença, que foi abordado abertamente e muito explorado pelos participantes.

No que se relaciona com as atitudes emocionais, que foram vivenciadas pelos participantes tendo em conta a doença, observamos no acompanhamento diário dos participantes na TOD, que além dos déficits de conhecimento, que se verificaram desde o início da implementação do projeto, posteriormente confirmado através da análise de conteúdo das entrevistas. Os sentimentos face a doença variam entre os sentimentos relacionados diretamente com a doença e o significado que percebem sobre esta assumem e conduzem a uma ocultação da doença, quer da família, quer da sociedade. As principais reações são o medo, o choque a depressão e o isolamento. A nível social podemos observar que maior parte dos doentes manifestam a ocultação da doença, que está associado ao medo e a discriminação.

No entanto o acompanhamento diário pelo enfermeiro na gestão do regime terapêutico, bem como na relação de empatia e ajuda que se cria, intensifica a criação e cumprimento do projeto de saúde face a doença.

▪ **Indicador de resultado:**

- N° de participantes com TP que cumpriram o tratamento em regime de TOD diária no período compreendido entre Outubro 2011 a Fevereiro 2012.

Relativamente ao indicador de resultado verificamos que no período do estágio, todos os participantes, realizaram TOD no CDP S. A verificação de cumprimento da TOD foi feita através cartão de registo individual de cada participante. Em termos de indicador de resultado obteve-se uma adesão ao tratamento de 100%, no referido período de outubro 2011 a fevereiro 2012.

Os resultados obtidos permitem contextualizar que a informação correta sobre a doença e o tratamento, tanto a nível de grupo como individual, e o apoio dos enfermeiros relativamente

---

aos sentimentos face a doença, mostram frutos a vários níveis, nomeadamente, ao nível dos relacionamentos interpessoais, sociais, e sobretudo a adesão ao tratamento como um projeto de saúde do indivíduo

Relativamente aos folhetos informativos, tanto sobre a TB, como o folheto das recomendações sobre a terapêutica, os participantes consideraram de grande importância e utilidade a nível da informação contida, reagindo com grande satisfação e receptividade na entrega dos mesmos.

O acompanhamento diário no CDP bem como a possibilidade de manutenção de contato com a equipa através do atendimento telefónico de enfermagem foi considerado por todos os participantes de uma forma geral, como um aspeto de aproximação entre a equipa/serviço e o participante, bem como da relação criada através destes, pela constante disponibilidade da mesma.

A relação criada através de todas as atividades implementadas permitiu criar entre enfermeiro e participantes, um projeto de saúde em benefício próprio e da comunidade de forma a tentar cortar o elo de transmissão da doença bem como travar o aumento da TB Multiresistente.

Podemos considerar que as intervenções desenvolvidas durante o período de estágio, traduziram-se num contributo para que os participantes com TP pudessem adquirir conhecimentos sobre a Tuberculose, assim como os principais riscos de contaminação, e a necessidade de cumprimento da terapêutica prescrita e das consequências da não adesão a mesma.

## **5.1 Limitações do Projeto**

Relativamente às limitações de implementação do projeto há a realçar alguns fatores que tiveram influência na sua execução e conclusão bem como condicionaram os resultados do Projeto, tais como:

✓ Utilização do instrumento, nomeadamente, na elaboração de algumas questões que limitaram a resposta dos entrevistados, tal deve-se ao fato de as habilitações literárias maioritariamente serem a 4ª classe,

---

✓Período de tempo para efetuar o tratamento dos dados colhidos no CDP S, foi insuficiente de acordo com o programado (apêndice XII) no projeto;

✓Período de tempo para intervenção no CDP S e a entrega do projeto também se revelou insuficiente;

✓Desenvolvimento de atividades interdependentes; condicionadas pela colaboração de outros intervenientes e disponibilidades dos mesmos.

---

## **6. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

Cada vez mais, a Enfermagem é entendida como uma ciência e arte do “Cuidar”, englobando cuidados científicos, técnicos e humanos, baseados no relacionamento interpessoal entre enfermeiro e o utente. Neste sentido, a Enfermagem assume uma posição preponderante na essência da prestação de cuidados às pessoas, com base num modelo holístico. A relação de ajuda que se estabelece entre o profissional de saúde e o utente/família têm-se tornado num dos aspectos mais importantes do contexto de enfermagem. É nesta linha de pensamento, que a enfermagem tem sustentado a sua prática para “... *um modelo holístico, subjetivo, interativo, humanista e orientado para a experiência única de cada pessoa.*” (Moniz, 2003, p.29).

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (R.E.P.E.), o Enfermeiro Especialista, segundo o Dec. Lei nº104/98, de 21 de Abril, artigo 4º do capítulo II é:

*“O enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos 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”.*

A Enfermagem Comunitária desenvolve uma prática a nível global centrada na comunidade. As novas necessidades de saúde alteraram-se de forma marcante, pois observa-se uma mudança no perfil demográfico, nos indicadores de morbilidade e a emergência das doenças infecciosas cada vez mais evidenciadas mundialmente. Estes fatores tiveram como consequência, uma consciencialização cada vez maior dos cuidados de saúde primários, com ênfase principal na resposta a resolução de problemas dos cidadãos (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária).

A Especialidade em Enfermagem Comunitária possibilitou a aquisição de um saber específico da área permitindo desenvolver a sua ação no indivíduo, família e comunidade. E, tendo como base a formação especializada, adquirindo competências que propiciaram participar na avaliação multicausal e igualmente, nos processos de tomada de decisão.

---

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária intervém em inúmeros contextos, sempre com o objetivo de assegurar o acesso aos cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados às necessidades específicas. Neste contexto, as atividades de educação para a saúde, manutenção e restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados aos utentes bem como de programas e projetos, são parte integrante das suas competências.

Na prestação de cuidados, em Enfermagem, especialmente no campo da Saúde Comunitária, a relação terapêutica, desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objetivo ajudar o utente a ser proativo na consecução do seu projeto de saúde. Várias são as circunstâncias em que a parceria deve ser estabelecida, envolvendo as pessoas significativas para o utente (família, cuidador principal), sobretudo, quando as intervenções visam a alteração de comportamentos, tendo em vista a adoção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde.

A enfermagem deve integrar profissionais com capacidades para desempenharem o papel de gestores de cuidados, pois além de todos os fatores inerentes à profissão, assentam a sua prática numa defesa dos direitos dos utentes, por conseguinte, a gestão de cuidados revela-se uma tarefa bastante complexa. Exige uma abrangência que ultrapassa os aspectos da relação, pois, aplicar cuidados de qualidade implicam conhecimentos científicos, de gestão (do tempo e de recursos) e, sem dúvida, valores que estão na base da humanização dos cuidados, na solidariedade e empatia das relações.

A adesão ao regime terapêutico é um outro foco de atenção dos enfermeiros e uma necessidade em cuidados de enfermagem. Perante a situação de doença, a pessoa é confrontada com inúmeros desafios que, por si, exigem uma grande capacidade de adaptação, de mobilização de determinados recursos (*coping*) e, principalmente, a capacidade de se auto cuidarem, o que corresponde à gestão do regime terapêutico.

Segundo a OMS (2001) o próprio conceito de adesão, para além de cumprir as orientações do médico, depende da adoção e manutenção de comportamentos terapêuticos acompanhada de uma auto - gestão de fatores comportamentais e sociais que envolve todos os profissionais da saúde, nomeadamente, os enfermeiros. Para o *International Council of Nurses* (ICN), a gestão do regime terapêutico é um foco da prática de enfermagem e define-se como:

---

*“Um comportamento de adesão com as características específicas: executar as atividades, cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, atividades essas que são satisfatórias para atingir objetivos específicos de saúde, integrar atividades para tratamento ou prevenção da doença na vida diária” (ICN, 2002, p. 58).*

Nesta perspectiva, a adesão implica um papel ativo e de colaboração da pessoa no planeamento e implementação do seu regime terapêutico, não comparando os seus comportamentos com um modelo *standard*, mas tendo em conta a sua capacidade de tomar decisões, assumir as suas responsabilidades para conquistar a sua autonomia. Para Watson (1985) *“ser humano é sentir.”* Os sentimentos podem corresponder a mudanças de pensamentos e mudar comportamentos; o mesmo ocorre nos regimes de adesão terapêutica em que determinados sentimentos como a confiança no médico, o auto - controlo, a percepção da susceptibilidade e a confiança na restante equipa de saúde podem influenciar o sistema de adesão terapêutica.

O objetivo deste trabalho, enquanto estagiária em Enfermagem na especialidade em Saúde Comunitária, baseado nas competências específicas do enfermeiro especialista, visou mobilizar todo o contexto e dinâmica individual, familiar, de grupo e comunitário, de modo a manter, melhorar e recuperar a saúde.

Reconheço a enorme importância da relação com os doentes pela minha experiência profissional junto de portadores de TP, dependentes de tratamento. A compreensão empática, o respeito, a autenticidade, a compaixão e a esperança são os pilares da relação de ajuda que se estabelece entre o enfermeiro e o seu doente. O Enfermeiro especialista em EC compreende os processos de sofrimento, a alteração e perturbação mental que possa ocorrer no doente, assim como as implicações desta situação na vida diária.

Sob este paradigma do cuidar, foram desenvolvidas intervenções terapêuticas, capazes de possibilitar ao utente a identificação dos fatos que não tinham conhecimento na totalidade, elaborar uma interpretação pessoal da situação, assim como, identificar os recursos e estratégias a mobilizar, reconhecendo a capacidade e habilidade para lidar com a situação.

As sessões de educação para a saúde foram realizadas com a finalidade de transmitir conhecimentos aos participantes e desenvolver estratégias que os levassem a tornar-se num “colaborador ativo, aliado dos profissionais de saúde envolvidos e, conseqüentemente, tornar o procedimento terapêutico mais efetivo” (Justo & Calil, 2004), citado por Figueiredo [et al]

---

As pessoas portadoras de doenças como a Tuberculose, tem de aderir a um tratamento que se prolonga por muito tempo. Esta realidade é geradora de uma crise emocional em que a pessoa vivência sentimentos de perda, ansiedade, angustia, revolta, medos e frustrações que em muitos casos evoluem para depressão. As intervenções passam, sem dúvida, também pela atuação dos enfermeiros junto dos utentes, quer no seu processo de saúde/doença, quer no seu projeto terapêutico.

O presente projeto de intervenção possibilitou-nos aprofundar e clarificar conhecimentos que se relacionam com o processo e metodologia de investigação, bem como do planeamento em saúde comunitária. Permitiu-nos igualmente, refletir sobre a utilização de um modelo teórico, neste caso o de Dorotheia Orem, enquanto modelo norteador, de recolha de dados, interpretação, diagnósticos de enfermagem e estratégias de intervenção existentes, de forma a atingir os objetivos propostos, tendo em conta neste projeto o modelo de cuidar de Dorotheia Orem.

---

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBARELLO, L., DIGNEFFE, F. & al (1997) - **Práticas e métodos de investigação**. Lisboa: Gradiva.

AMENDOEIRA, José (2006) - **Fontes e uso do conhecimento em enfermagem. A cooperação como estratégia**. CID. Universidade de Aveiro.

ÁVILA, R. (2000) - **Aspectos da Organização do Combate à Tuberculose**.

PINA, J. ANO - **Tuberculose na viragem do milénio**. Lisboa: Lidel, p. 571-575.

BARDIN, L. (1977) - **Análise de conteúdo**. Lisboa. Edições 70.

BERMEJO M, Clavera I, Michel de la Rosa F, et al. (2007) - **Epidemiología de la tuberculosis**. An Sist Sanit Navar.

BUGALHO, A., & Carneiro, A. V. (2004) - **Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas**. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

CARMO E FERREIRA, (1998) - **Metodologia de Investigação**. Lisboa: Universidade Aberta.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS, (2003) – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. 2.ªed. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros. ISBN 972-98149-5-3.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2009) - **Situação epidemiológica da tuberculose e resultados em Dezembro de 2008**. PNT.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE, Detecção **rápida da Tuberculose Multirresistente**, DGS Lisboa: Circular Normativa, 17/07/08, nº 12/DSC

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2002) - **Ganhos de Saúde em Portugal: Ponto de Situação**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2005) - **Elementos Estatísticos**. Informação Geral: Saúde 2003. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

---

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2008) - **Elementos Estatísticos**. Informação Geral: Saúde 2006. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

ROSA, Maria, L. J. M. A. F. (2007) - **Implicações psicossociais e familiares da doença na pessoa com tuberculose**. Lisboa: UNIVERSIDADE ABERTA. Tese de Mestrado.

DONOVAN, J. L. & Blake, D. R. (1992) - **Patient non-compliance: Deviance or reasoned decision-making?** Social Science and Medicine, 34(5), 507-513.

FAUCI [et al] (2009) – **Harrison. Medicina Interna**. 17<sup>a</sup>ed. Vol I. Rio de Janeiro: McGraw-Hill. ISBN 978-85-7726-050-8.

FORTIN, Marie-Fabienne (2009) – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-18-5.

FOSTER, P.C.; JANSSENS, N.P. D.E.O. In: GEORGE, J.B. et al. (1993) - “**Teorias de Enfermagem**”. Porto Alegre: Artes Médicas, Cap. 7, p.90-107.

FOSTER PC, Benett AM, Dorothea E (2000) - Orem. In: George JB. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. [tradução de Ana Maria Vasconcellos Thorell]. 4a ed. Porto Alegre (RS): ARTMED; p. 83-101;375.

HAYNES RB, YAO X, DEGANI A, KRIPALANI S, GARG A, McDonald HP. (2002) - **Interventions for enhancing medication adherence** (Cochrane review). The Cochrane Library, Issue 4. Oxford: Update software.

HONORÉ, B. (2002) – **A Saúde em projeto**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-31-2.

KEROUAC, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., Major, F. (1996) - **El pensamiento enfermero**. Barcelona: Masson, S. A.

---

International Council of Nurses (2002) - **Classificação Internacional para a prática de Enfermagem** - Versão BETA 2 (1ª ed.). Genebra: International Council of Nurses, NUTBEAM, D. Healt (1998) - **Promotion Glossary, Health promotion Internationals**. [s.n].

IMPERATORI, E. (1985) – **Avaliação de centros de saúde: aspetos conceptuais**. Lisboa: Direção- Geral de Cuidados de Saúde Primários.

IMPERATORI, E.; GIRALDES, M. (1986) - **Metodologia do Planeamento da Saúde** – Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. 2ª ed. Lisboa: Edições Saúde.

IMPERATORI, E.; GIRALDES, M.R. (1993)- **Metodologias de Planeamento em Saúde**.edª3. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. ISBN, 972-675-085-7.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA (2011) – **Censos 2011** – Resultados Preliminares. Lisboa: INE. ISBN 978-989-25-0135-2.

MACHADO, Maria Manuela Pereira (2009) – **Adesão ao regime terapêutico: representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros**. Universidade do Minho. Tese de mestrado.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2004) - **Programa Nacional De Luta Contra A Tuberculose, Ponto da situação epidemiológica e indicadores de desempenho em Fevereiro de 2004**. Lisboa: SVIG-TB, p. 12.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003) - **Código Deontológico do Enfermeiro**: anotações e comentários. Ordem dos Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) – **Código Deontológico do Enfermeiro**.Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) – **Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento** – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Cipe ®). (Obra original publicada em 2008). ISBN: 978-989-96021-1-3.

Disponível em:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Texto\\_CatalogoCIPE\\_publicacoes.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Texto_CatalogoCIPE_publicacoes.pdf)

---

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) – **Código Deontológico do Enfermeiro**. Disponível em:  
<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem Comunitária e Saúde Pública**. Lisboa.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007) – **Proposta de sistema de individualização de especialidades em enfermagem**. Assembleia Geral de 17 de Março de 2007.

OREM, D.E. **Nursing: concepts of practice**. (1980) - 2. Ed. New York: McGraw-Hill, Ch.3, p. 35-54: Nursing and self-care.

OREM, D. (1986) - **Research testing theory: a selective review of Orem's self-care theory**, 1986–1991, *Journal of Advanced Nursing* Volume 18, Issue 10, pages 1626–1631, October.

OREM, D. (1991) - **Nursing: concepts of practice**. St. Louis: Mosby – Year Book.

PROGRAMA NACIONAL DE LUTA CONTRA A TUBERCULOSE. Março 2010-

Ponto da Situação Epidemiológica e de desempenho. **R e l a t ó r i o p a r a o**

**D i a m u n d i a l d a t u b e r c u l o s e**,

PINA, J. (2000) - Clínica da tuberculose, in PINA, J. **A tuberculose na viragem do milénio**, Lisboa: Lidel, pp. 89-120.

QUIVY, R., & Campenhoudt, L. (1992) - **Manual de investigação em ciências sociais**. Lisboa: Gradiva.

RODRIGUES, F.F.; DOMINGOS (1999) - **Tuberculose. 25 Perguntas frequentes em pneumologia**, Lisboa: SPP.

RIBEIRO, J.L.P. (1998) - **A promoção da saúde e da qualidade de vida em pessoas com doenças crónicas**, in RIBEIRO, J.L., “2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde”, Lisboa: ISPA, pp. 253-282.

RODRIGUES, Renato. (2002) - **A hora e a vez do líder**. Revista Vida e Trabalho Melhor. São Paulo, n.153, Fevereiro

---

STANHOPE, M. ; LANCASTER, J. (2011) – **Enfermagem de Saúde Pública - Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População**. Loures: Lusodidatica. ISBN 978-989-8075-29-1.

TAVARES, J. [et al] (1990) - **Ativação do desenvolvimento psicológico nos sistemas de formação**. Aveiro: Cidine.

TELES DE ARAÚJO A. (2008). **Observatório Nacional de Doenças Respiratórias**. Relatório do Observatório Nacional de Doenças Respiratórias.

TELES DE ARAÚJO (2007) - **Relatório do observatório nacional das doenças respiratórias**

TORRES, D & NÓBREGA (1999) - **Aplicação do Processo de Enfermagem Baseado na Teoria de Orem: Estudo de Caso com uma Adolescente Grávida**”. Rev. Latino am. enfermagem - Ribeirão Preto - v. 7 - n. 2 - p. 47-53.

YIN, Robert K. (1989) - **Case Study Research - Design and Methods**. Sage Publications

VALENTE, Alice Mercês de Pinho (2009) – **Tuberculose: Reflexão sobre a atual situação da doença**. Covilhã: Universidade da Beira Interior. Tese de mestrado.

World Health Statistics (2009) – Disponível em:

<http://www.who.int/whosis/whostat/2009/en/index.html>

WHO (2003) - **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Geneva.

WOO, H., & Frisbie, W. P. (2005) - **Self-regulated health behavior and chronic disease: a longitudinal analysis of a healthy population**. Austin: University of Texas.

---

## **ANEXOS**

---

## **Anexo I**

Ficha de Tratamento/ Registo da TOD



Administração Regional de Saúde  
de Lisboa e Vale do Tejo  
Sub-Região de Saúde de Setúbal  
Centro de Diagnóstico Pneumológico

**TOMA DE OBSERVAÇÃO  
DIRECTA – TOD  
CDP**

Nº Utente / Nº Processo \_\_\_\_\_  
Médico Assistente \_\_\_\_\_  
Início da Terapêutica \_\_\_\_\_  
Duração Provável do Tratamento \_\_\_\_\_  
Diagnóstico \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Morada \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_

MÊS \_\_\_\_\_ ANO \_\_\_\_\_ PRÓXIMA CONSULTA \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_

MEDICAMENTO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

OBSERVAÇÕES \_\_\_\_\_

MÊS \_\_\_\_\_ ANO \_\_\_\_\_ PRÓXIMA CONSULTA \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_

MEDICAMENTO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

OBSERVAÇÕES \_\_\_\_\_

MÊS \_\_\_\_\_ ANO \_\_\_\_\_ PRÓXIMA CONSULTA \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_

MEDICAMENTO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

OBSERVAÇÕES \_\_\_\_\_

MÊS \_\_\_\_\_ ANO \_\_\_\_\_ PRÓXIMA CONSULTA \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_

MEDICAMENTO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

OBSERVAÇÕES \_\_\_\_\_

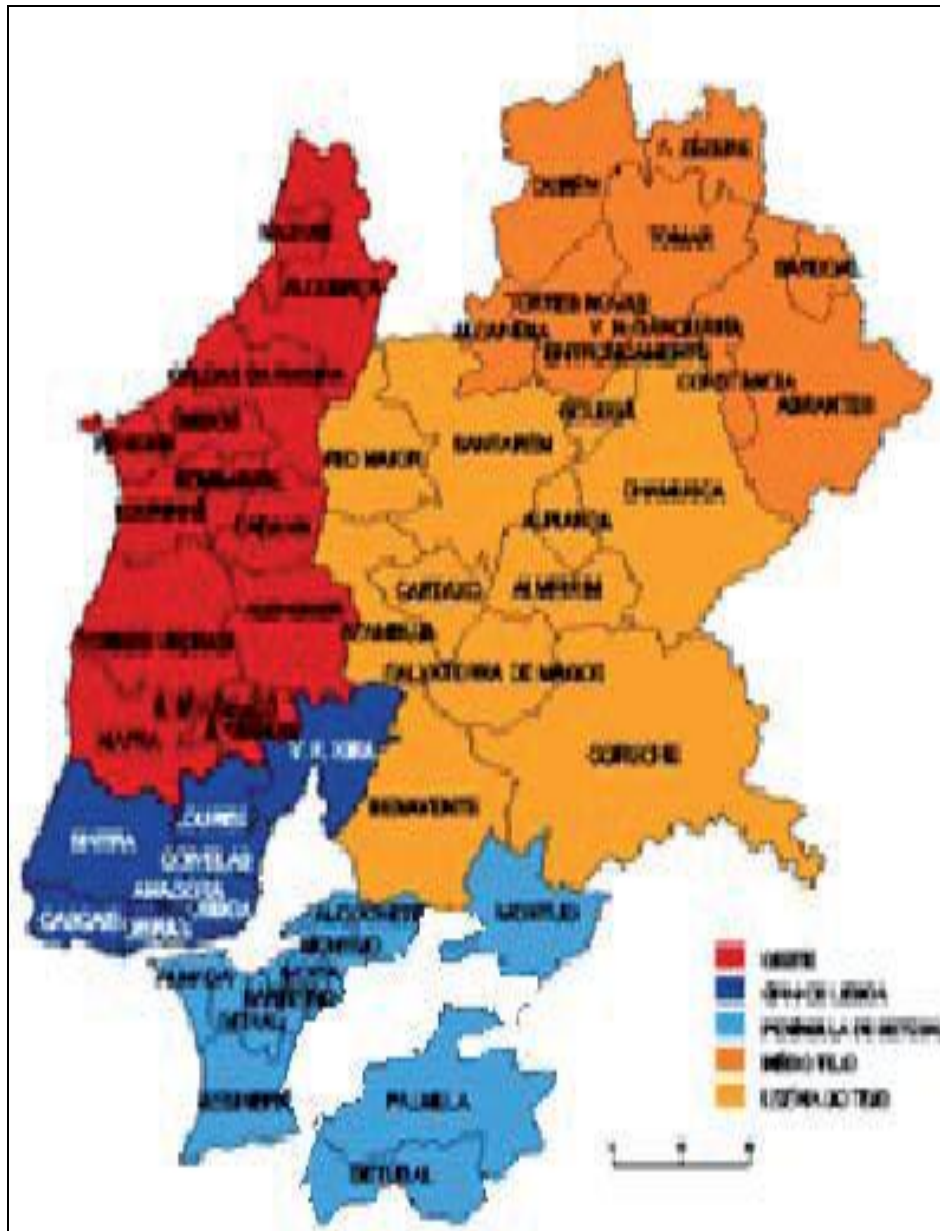
---

## **Anexo II**

### **Perfil Demográfico do ACES SP**

## Anexo II

### Perfil Demográfico do ACES SP



---

## **Anexo III**

### Entrevista

## I PARTE

## CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES – DADOS SOCIÓ-DEMOGRÁFICOS

## 1 - Sexo

Masculino Feminino 

## 2 – Cultura/etnia

Angolana	
Brasileira	
Caboverdiana	
Caucasiana	
Cigana	
Moçambicana	
Russa	
Ucraniana	
Outra. Qual?	

## 3 - Idade \_\_\_\_\_

## 4 - Estado civil

Solteiro Casado União de facto Viúvo Divorciado Separado 

## 5 - Composição do agregado familiar

Esposa/o	
Companheira/o	
Filhos	
Mãe	
Pai	
Sogra	
Sogro	
Avós	
Irmãos	
Tios	
Outros. Quem	

## 6 - Profissão \_\_\_\_\_

## 6.1. Situação actual

Empregado Sim  Não Desempregado Sim  Não

---

7 - Habilitações literárias \_\_\_\_\_

8 - Naturalidade \_\_\_\_\_

9 - Local de residência \_\_\_\_\_

Urbana

Rural

10 - Há quanto tempo reside no concelho? \_\_\_\_\_

11 - Condições habitacionais

Saneamento básico		
Tipo	Sim	Não
Água		
Luz		
Esgotos		

12 - Consumos habituais

12.1. Tabaco: Sim  Não

Quantos cigarros fuma por dia? \_\_\_\_\_

12.2. Álcool: Sim  Não

Quantos copos bebe por dia? \_\_\_\_\_

12.3. Drogas: Sim  Não

Quais? \_\_\_\_\_

13 - Está disponível para ser entrevistado

Sim

Não

---

## II PARTE

- 1 – Há quanto tempo sabe que tem tuberculose?
- 2 – Quem é que lhe transmitiu essa informação?
- 3 – O que é que lhe foi dito?
- 4 – O que é que sentiu no momento em que teve conhecimento que estava com tuberculose?
- 5 - Que significado tem para si “estar com tuberculose”?
- 6 – Possui outras doenças associadas à tuberculose? Quais?
- 7- Que problemas tem sentido relacionados com a sua doença?
- 8- O que é que tem feito para ultrapassar esses problemas?
- 9 – Que apoios tem tido dos técnicos de saúde?
- 9.1 – E dos enfermeiros?
- 10 - Que apoio tem tido da sua família?
- 11 – Que apoio tem tido dos amigos?
- 12 – Que apoio tem tido dos colegas de trabalho?
- 13 – Que outros apoios não tem e gostaria de ter?
- 14 - Existem outras pessoas na sua família com a mesma doença? Quem?
- 15 – Como está a sua família a lidar com a sua doença?

---

## **Anexo IV**

Autorização da Enfermeira Maria da Luz Rosa,

---

**Autorização**

---

**CARMEN MARMELO <carmenmarmelo@gmail.com>**

**Thu, Jul 14, 2011 at  
9:43 PM**

To: mljrosa@hotmail.com

Boa noite Enf.<sup>a</sup> MARIA DA LUZ JANSÉNIO MONTEIRO DE ALMEIDA FONSECA  
ROSA

Eu Enf.<sup>o</sup> Cármen Laurinda Branco Marmelo a frequentar o II curso de Mestrado em  
Enfermagem Área de Especialização em Enfermagem Comunitária na ESEL, no âmbito do  
projecto da unidade curricular Opção - Estágio, pretendo elaborar um projecto de  
intervenção comunitária no âmbito da Tuberculose, mais especificamente, "A PROMOÇÃO  
DA ADESÃO AO TRATAMENTO DOS DOENTES COM TUBERCULOSE  
PULMONAR".

Pelo que venho por este meio pedir autorização para utilizar no meu projecto o  
questionário e a entrevista, utilizado por vossa Ex.<sup>a</sup> no âmbito da sua tese de Mestrado,  
"IMPLICAÇÕES PSICOSSOCIAIS E FAMILIARES DA DOENÇA NA PESSOA COM  
TUBERCULOSE".

Sem outro assunto

Desde já, muito obrigado pela sua atenção.

Cumprimentos

Enf.<sup>a</sup> Cármen Marmelo

---

**Maria da Luz Rosa <mljrosa@hotmail.com>**

**Thu, Jul 14, 2011 at 10:24 PM**

To: CARMEN MARMELO <carmenmarmelo@gmail.com>

Boa Noite, Enf.<sup>a</sup> Cármen Marmelo

Felicito-a pela escolha do tema do seu projeto de intervenção comunitária, no âmbito da  
tuberculose. O tema escolhido, vem ao encontro de uma das sugestões que faço ao nível da  
Investigação na minha tese de mestrado.

Autorizo-a a utilizar no seu projeto, o questionário bem como a entrevista por mim utilizada  
na minha tese de Mestrado: "IMPLICAÇÕES PSICOSSOCIAIS E FAMILIARES DA  
DOENÇA NA PESSOA COM TUBERCULOSE".

Estou disponível para qualquer dúvida ou esclarecimento.

Com os melhores cumprimentos,

Maria da Luz Rosa

---

Date: Thu, 14 Jul 2011 21:43:16 +0100

Subject: Autorização

From: [carmenmarmelo@gmail.com](mailto:carmenmarmelo@gmail.com)

To: [mljrosa@hotmail.com](mailto:mljrosa@hotmail.com)

---

## APENDICES

---

## **Apêndice I**

Declaração de Consentimento Informado de Participação no Projeto

---

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Conforme a “Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial”

(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983)

### Designação do estudo:

“TUBERCULOSE

UM PROBLEMA DE SAUDE PUBLICA”

**Investigadora:** Enf. Cármen Marmelo (919304580)

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo em que estou a participar, tendo-me sido dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias.

Tomei também conhecimento que, de acordo com as recomendações da declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos e o eventual desconforto.

Por isso, consinto a participação no estudo, respondendo a todas as questões propostas e autorizando gravação de dados em formato áudio. Permito que estas informações sejam utilizadas em futuros estudos, podendo desistir de participar a qualquer momento, sem que daí resulte qualquer prejuízo para a minha pessoa.

Setúbal, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011

Assinatura \_\_\_\_\_

Assinatura da investigadora \_\_\_\_\_

---

## **Apêndice II**

### Análise de Conteúdo das Entrevistas

## ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS

E- Entrevistados

Exemplo – E2 - 2 entrevistados sabem que tem a doença a 2 semanas

Categoria	Sub-categoria	Registo	Unidades de registo
Doença	Tempo de doença	2 Semanas 3 Semanas 1 Mês 1,5 Mês	2E 2E 3E 2E
Doença	Quem transmitiu informação	Medico Equipa médica	8E 1E
Doença	Tipo de informação	Diagnostico Informação do internamento	9E 4E
Sentimentos	Relação ao diagnóstico	Medo Tristeza Discriminação Diminuição de autoestima Choque Desconhecimento sobre a doença	E3 E3 E3 E7 E5 E7
Sentimentos	Significado da doença	Medo de não ter cura Traumatizante Desconhecimento da doença	E7 E2 E7
Relação com a doença	Doenças associadas	HIV1,2 Hepatite C Não tem	2E 2E 5E

Relação com a doença	Problemas sentidos	Falta de informação sobre a doença Falta de informação sobre tratamento Falta apoio psicológico Falta de apoio social Medo de contagiar outros Autoestima baixa Depressão	E9 E9 E7 E9 E5 E9 E6
Problemas sentidos	Tentativa de Resolução	Nada Procura de informação Procura de apoio nos profissionais	E6 E2 E1
Apoio	Técnicos de saúde	Pouco apoio São os únicos que entendem Consultas	E8 E5 E9
Apoio	Enfermeiros	Ajudam mais Tentam dar apoio Dão mais informações Explicam se perguntarmos	E9 E7 E6 E4
Apoio	Família	Não sabem Algum apoio Razoável O suficiente O possível Monetário	E2 E5 E4 E7 E6 E5
Apoio	Colegas de trabalho	Desempregado Pouco apoio Afastaram-se	E4 E5 E4

Apoio	Apoio que gostaria de ter	Social Psicológico Mais informação sobre a doença Mais informação sobre o tratamento	E9 E5 E9 E9
Antecedentes pessoais	TB	Não Não sabe Avô	E5 E3 E1
Família	Lidar com a doença	Necessidade de informação sobre doença e tratamento Apoio psicológico Apoio social	E6 E8 E9

---

## **Apêndice III**

Plano da 1ª Sessão de Educação para a Saúde

## PLANO DA SESSÃO

### TUBERCULOSE

#### “UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA”

DATA: 2 de Dezembro 2011

HORA: 10:30

DURAÇÃO: 40 min

LOCAL: CDP S

POPULAÇÃO ALVO: 9 Doentes com tuberculose Pulmonar em TOD no CDP S

	Atividades	Métodos	Tempo	Avaliação
Introdução	Apresentação dos objetivos e partes constituintes da sessão	Expositivo	5 min	
Desenvolvimento	.Abordagem do tema TP -Fisiopatologia da doença -transmissão -Sintomas -Tratamento -TOD .Abordagem da doença e o estigma social Incentivo a partilha de experiência pessoal de cada doente .Partilha de experiência de uma doente com história de TP relato da sua vivência na doença TP Convite à participação dos doentes sobre a pertinência da sessão	Expositivo Interrogativo Observação	20 min	Participação ativa dos participantes
Conclusão	Resumo da sessão Agradecimentos	Expositivo	5 min	Aplicação de questionário de avaliação de conhecimentos

---

## **Apêndice IV**

Plano do 2º Sessão de Educação para a Saúde

## PLANO DA SESSÃO

### TUBERCULOSE

#### “UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA”

DATA: 27 DE JANEIRO 2012

HORA: 10:30

DURAÇÃO: 40 min

LOCAL: CDP S

POPULAÇÃO ALVO: 9 Doentes com tuberculose Pulmonar em TOD no CDP S

	Atividades	Métodos	Tempo	Avaliação
Introdução	Apresentação dos objetivos e partes constituintes da sessão	Expositivo	5 min	
Desenvolvimento	.Abordagem revisão tema TP -Fisiopatologia da doença -transmissão -Sintomas -Tratamento -TOD Incentivo a partilha de experiência e expectativas pessoais de cada doente relativo a doença e tratamento Convite à participação dos doentes sobre a pertinência da sessão	Expositivo Interrogativo Observação	20 min	Participação ativa dos participantes
Conclusão	Resumo da sessão Agradecimentos	Expositivo	5 min	Aplicação de questionário de avaliação de conhecimentos

---

## **Apêndice V**

Panfleto de Informação sobre Tuberculose

**TUBERCULOSE**  
**“CONHECER É PREVENIR”**



**CENTRO DIAGNÓSTICO PNEUMOLÓGICO**

---

## ✓ O QUE É A TUBERCULOSE?

♦É uma doença infecciosa causada por um micróbio, mais conhecido por “**Bacilo de Koch**”.

♦É uma doença contagiosa, que se transmite de pessoa para pessoa. Atinge principalmente os pulmões, no entanto, também pode atingir outros órgãos e outras partes do nosso corpo, como por exemplo: os rins, os ossos, os intestinos e outros.

## ✓ QUAIS SÃO OS SINTOMAS?

♦Tosse persistente (mais de 15 dias); febre (normalmente ao fim da tarde); suores noturnos; dores no peito; falta de apetite; emagrecimento; cansaço fácil.

♦Inicialmente os sintomas não são específicos, mas vão-se agravando com o decorrer do tempo.



## COMO SE TRANSMITE?

♦A transmissão do micróbio da Tuberculose é feita pelo ar, através da respiração.

♦Quando um doente com tuberculose se encontra em fase contagiosa e tem tosse, fala ou espirra, espalha para o ar pequenas gotas que contêm o bacilo de Koch.

♦Este micróbio é altamente resistente, pelo que terá de ter algumas precauções, de forma a não contagiar outras pessoas.

♦Uma pessoa saudável que respire esse ar (com bacilos) pode ficar infectada.

♦Mas para que haja contágio, é necessário que o contacto com o bacilo aconteça em ambientes fechados e durante períodos de tempo prolongados (mais de 8 horas).

---

## ✓ TODOS OS DOENTES COM TUBERCULOSE PODEM TRANSMITIR A DOENÇA?

♦**Não.** Apenas os doentes com o Bacilo de Koch no pulmão e que sejam bacilíferos, isto é, que se encontrem na fase de contágio da doença e que eliminem o bacilo/micróbio para o ar através da tosse, espirro ou fala (contactos prolongados, em ambientes com pouca ventilação).

♦Quem tem Tuberculose noutras partes do corpo não transmite a doença. Os sintomas estão relacionados com o órgão atingido, necessitando de exames específicos e tratamento adequado, para que a doença não se agrave.

♦Os doentes que já estão a ser tratados, após 15 dias de medicação, já não apresentam perigo de contágio, pois a partir desse momento o risco diminui dia após dia.



## ✓ TODAS AS PESSOAS QUE TÊM CONTACTO COM DOENTES COM TUBERCULOSE PODEM SER CONTAGIADAS?

♦**Não.** A maior parte das vezes, o organismo está preparado para resistir e a pessoa não adoece.

No entanto, por vezes, o organismo resiste no momento, mas continua a alojar o micróbio e quando a pessoa fica mais fragilizada por alguma outra doença, acaba por desenvolver a Tuberculose.

♦Os idosos, as crianças e as pessoas debilitadas por outras doenças, são os que têm maior probabilidade de contrair esta infecção.

♦**Se esteve em contacto muito próximo com uma pessoa a quem foi diagnosticada Tuberculose Pulmonar, dirija-se ao seu Centro de Saúde**

---

## 1. ✓ **QUAIS SÃO OS PRINCIPAIS FACTORES DE RISCO PARA CONTRAIR TUBERCULOSE?**

- ♦Estar na presença de um doente bacilífero
- ♦Respirar em ambientes pouco arejados
- ♦Permanecer vários dias em contacto com doentes com Tuberculose
- ♦Alimentação pouco cuidada e deficiente
- ♦Condições de higiene deficientes

### ✓ **COMO SE DIAGNOSTICA?**

- ♦Se tossir todos os dias durante 3 semanas, dirija-se ao seu Centro Saúde.
- ♦O seu médico poderá pedir-lhe um **exame à expectoração, uma radiografia ao tórax e um teste de Mantoux.**



- ♦No caso de lhe ser diagnosticado **Tuberculose**, será encaminhado para os serviços médicos competentes: Hospital da área de residência ou Centro de Diagnostico Pneumológico (CDP).
- ♦Se ocorrer uma situação destas, os familiares que vivem consigo ou as pessoas que mais tempo passam junto de si, deverão ser encaminhadas para o CDP, para iniciarem rastreio da Tuberculose.

### ✓ **COMO SE PREVINE?**

- ♦Através da vacina BCG, que deve ser administrada no primeiro mês de vida. Esta vacina protege contra as formas mais graves de Tuberculose na infância. É por isso, obrigatória e é tomada por milhões de crianças em todo o mundo.

---

## ✓ COMO É FEITO O TRATAMENTO DA TUBERCULOSE?

♦ Todos os doentes com TP devem ser tratados em regime de TOD (Toma Observada Directamente), o que significa que o doente deve dirigir-se todos os dias ao enfermeiro do CDP da área de residência, para lhes ser dada a medicação.



♦ Todos os medicamentos são administrados por via oral (comprimidos) e fornecidos gratuitamente no CDP.



## ✓ QUANDO É QUE SE INTERNA UM DOENTE?

♦ O internamento é necessário quando existe o perigo do doente contagiar as pessoas em seu redor.

♦ A maioria dos casos de Tuberculose é tratada em ambulatório, no CDP mais próximo da sua área de residência, não sendo necessário internamento.



## ✓ QUANTO TEMPO PODE FICAR UM DOENTE INTERNADO?

- 
- ♦O tempo de internamento varia de pessoa para pessoa, podendo ultrapassar os 15 dias.
  - ♦Este depende do tempo que os medicamentos (anti bacilares) demoram a matar o bacilo, para que desta forma não exista risco de contágio.
  - ♦No momento da alta já não existe perigo de contágio, mas o doente ainda não está curado, por isso, tem que continuar a tomar os medicamentos, sob vigilância da equipa de saúde do CDP, durante mais alguns meses, até haver exames que comprovem a sua cura.
  - ♦Caso o doente não cumpra o tratamento, o bacilo torna-se resistente aos medicamentos, podendo complicar o tratamento

### ✓ AS GRÁVIDAS PODEM SER TRATADAS COM MEDICAMENTOS PARA A TUBERCULOSE?

- ♦**Sim.** Os medicamentos são seguros.

Pode esclarecer todas as suas dúvidas **com a equipa de saúde do CDP.**

- ♦A vigilância no seu médico obstetra deve ser mantida e realizada de forma regular.





**Para mais informações ou qualquer esclarecimento não hesite,  
contate o seu enfermeiro do CDP S**

*Elaborado por: Cármen Marmelo*

*Mestranda do 2º Mestrado da Especialidade em Enfermagem Saúde Comunitária*

*Novembro 2011*

---

## **Apêndice VI**

Folheto

Recomendações no Tratamento da Tuberculose

---

## RECOMENDAÇÕES NO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE



Nos dias de hoje, a Tuberculose pode ser curada! No entanto, tem de cumprir rigorosamente a medicação que vai iniciar, pois apenas estes medicamentos são eficazes no tratamento desta doença.

- ◆ Todos os doentes devem ser tratados preferencialmente em regime de toma observada diretamente (TOD), o que significa que o doente se dirige diariamente ao CDP para administração da terapêutica; onde passará a ser seguido até estar curado e ter alta.
- ◆ Todos os medicamentos são administrados por via oral (comprimidos) e fornecidos gratuitamente no CDP (Centro de Diagnóstico Pneumológico).
- ◆ Nunca interrompa a medicação sem ordem médica! Está provado que ao interromper a medicação ou tomá-la irregularmente, está a contribuir para o aparecimento de tuberculose resistente (resistência das micobactérias aos anti bacilares)
- ◆ O tratamento da Tuberculose nunca é inferior a seis meses, podendo mesmo prolongar-se por mais de um ano:
  - Se lhe foi diagnosticada **Tuberculose-Doença**, o tratamento dura geralmente entre 6 e 9 meses. No entanto, a duração do tratamento é decidida caso a caso, pelo médico assistente, em função da gravidade e evolução clínica da doença, podendo atingir os 24 meses de terapêutica.
  - Se lhe foi diagnosticada **Tuberculose-Infeção**, o tratamento dura no mínimo dois meses.
- ◆ O tratamento é composto por vários medicamentos (antibacilares) em simultâneo e devem ser tomados todos os dias de manhã, em jejum.

**É importante que cumpra todas as indicações que lhe sejam fornecidas pela equipa de saúde do serviço!**

- 
- ◆ Antes de iniciar este tratamento, deve comunicar ao médico /enfermeira(s) todos os seus problemas de saúde e medicação que faz habitualmente.
  - ◆ Com esta medicação não deve ingerir bebidas alcoólicas ou fumar!
  - ◆ Geralmente o tratamento não causa grandes incómodos, no entanto numa fase inicial, podem surgir queixas gástricas como: má disposição, náuseas, vómitos, ... mas que habitualmente são passageiras.
  - ◆ Sempre que surjam outras alterações/problemas, que pense estarem relacionados com os medicamentos, deve comunicar à equipa de saúde do serviço, de forma a ser orientado o mais rapidamente possível.
  - ◆ Um dos medicamentos mais importantes no tratamento desta doença é a Rifampicina (Rifadin; Rifinah ou Rifater). Ao tomá-lo, a cor da sua urina e mesmo das lágrimas, poderão ser alaranjadas.
  - ◆ Esta medicação interfere com a eficácia de outros medicamentos, nomeadamente a pílula, os antidiabéticos orais, os antiepilépticos.... Dado a interação com a pílula, todas as mulheres em idade fértil sob tratamento da tuberculose devem utilizar em simultâneo outros métodos anticoncecionais.
  - ◆ No caso de doentes toxicod dependentes sob terapêutica com metadona, há que considerar alteração da dose de metadona durante a terapêutica com anti bacilares.
  - ◆ Se lhe surgirem outras dúvidas ou necessitar de outros esclarecimentos, pode contar com a disponibilidade da equipa de saúde do CDP e contactá-la sempre que precisar.

## **CDP de S**

**Elaborado por:**

**Cármem Marmelo**

**Mestranda do 2º Mestrado Enfermagem Especialista em Enfermagem Comunitária**

**Novembro**

**2011**

---

## **Apêndice VII**

Folheto Informativo

Contato e Horário

Atendimento Telefônico de Enfermagem.

---

## Contato de Atendimento Telefónico de Enfermagem

### **CDP S**

#### **(Centro de Diagnóstico Pneumológico)**

**Sempre que lhe surjam dúvidas ou outras questões e sinta necessidade de contatar a Enfermeira do CDP, poderá fazê-lo de segunda a sexta-feira, no período compreendido entre as 14h00 e 16:30, através dos seguintes contatos:**

**Enf<sup>as</sup>:** Cármen / Paula

**Telefone:** 265708005

**Fax:** 265708093

**C.S.S.S**

**Elaborado por:**

**Cármen Marmelo**

**Mestranda do 2º Mestrado Enfermagem Especialista em Enfermagem Comunitária**

---

## **Apêndice VIII**

Modelo de registo Atendimento Telefónico de Enfermagem

---

## Modelo de Registo de Atendimento Telefónico de Enfermagem

CDP S

HORARIO: 14H – 16:30

Período de aplicação – 5 de Dezembro a 17 de Fevereiro 2012

Data / hora	Identificação do utente	Motivos do telefonema	Finalização
	Utente –		Resolvido Esclarecido Encaminhado Outro Como? _____
Data / hora	Identificação do utente	Motivos do telefonema	Finalização
	Utente –		Resolvido Esclarecido Encaminhado Outro Como? _____
Data / hora	Identificação do utente	Motivos do telefonema	Finalização
	Utente –		Resolvido Esclarecido Encaminhado Outro Como? _____

Elaborado por:

Cármem Marmelo

Mestranda do 2º Mestrado Enfermagem Especialista em Enfermagem Comunitária

---

## **Apêndice IX**

Instrumento de Avaliação das Sessões de Educação para a Saúde

---

## Avaliação

“TUBERCULOSE

UM PROBLEMA DE SAUDE PUBLICA”

1. Escreva V ou F, conforme considerar a afirmação verdadeira ou falsa:
- a. A Tuberculose e uma doença contagiosa –
  - b. Qualquer pessoa pode ficar doente com tuberculose -
  - c. A Tuberculose é uma doença transmitida pelo ar -
  - d. A Tuberculose é uma doença que tem cura –
  - e. A tuberculose e uma doença que só atinge os pulmões -
  - f. A tuberculose tem um tratamento longo -
  - g. O tratamento da tuberculose consiste em vários antibióticos -
  - h. Se não cumprir o tratamento pode ficar curado -
  - i. O tratamento da Tuberculose pode ir de 6 a 12 meses -
  - j. O cumprimento do tratamento pode influenciar o tempo de tratamento –
  - k. Uma boa alimentação, repouso e a toma dos medicamentos diariamente são essenciais para a cura da tuberculose

Comente as propostas:

1. Concorda sessões de esclarecimentos:  
Sim  Não
2. Gostava que existisse um tempo de apoio telefónico de enfermagem:  
Sim  Não

---

Muito Obrigado

Elaborado por:

Cármén Marmelo

Mestranda do 2º Mestrado Enfermagem Especialista em Enfermagem Comunitária

---

## **Apêndice X**

Avaliação da 1ª Sessão de Educação para a Saúde

---

## Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde 2-12-2012

---

Questões	Verdadeiro	Falso
A	3	7
B	1	8
C	3	6
D	8	1
E	9	0
F	5	4
G	3	6
H	1	8
I	2	7
J	3	6
K	2	7

Muito Obrigado

---

Comente as propostas:

1. Concorda sessões de esclarecimentos:

Sim – 9 Não -0

2. Gostava que existisse um tempo de apoio telefónico de enfermagem:

---

Sim - 9 Não- 0

---

---

## **Apêndice XI**

Avaliação da 2ª Sessão de Educação para a Saúde

Avaliação do 2º Sessão de Educação para a Saúde 20-1-2012

---

Questões	Verdadeiro	Falso
A	9	0
B	9	0
C	9	0
D	9	0
E	0	9
F	9	0
G	9	0
H	0	9
I	9	0
J	9	0
K	9	0

Comente as propostas:

1. Concorda sessões de esclarecimentos?

Sim – 9 Não - 0

2. Este satisfeito com o apoio telefónico de enfermagem?

---

Sim - 9 Não -0

---

---

## **Apêndice XII**

### **Cronograma de Atividades do Projeto**

---

**Cronograma      atividades do Projeto**

	<b>Outubro</b>	<b>Novembro</b>	<b>Dezembro</b>	<b>Janeiro</b>	<b>Fevereiro</b>	
<b>Diagnóstico de Situação -Aplicação questionário</b>						
<b>Definição de Prioridades</b>						
<b>Objetivos</b>						
<b>Estratégias</b>						
<b>Intervenção</b>						
<b>Avaliação</b>						
<b>Relatório de estágio</b>						

---



