



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

A Toma de Observação Direta em doentes com Tuberculose

Um contributo para os cuidados centrados no doente

Carla Soledade da Silva Costa

Novembro, 2022

Escola Superior de Saúde



**INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO**

Carla Soledade da Silva Costa
Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

**A Toma de Observação Direta em doentes com
Tuberculose
Um contributo para os cuidados centrados no doente**

II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária
Trabalho efetuado sob a orientação de: Prof. Mestre Maria Cândida Cracel Viana

Novembro de 2022

AGRADECIMENTOS

À professora Cândida Cracel pela presença, disponibilidade, orientação, apoio ao longo deste percurso académico que em muito me ajudou na elaboração deste relatório.

À professora Carminda Morais por cada incentivo, por cada palavra certa no momento certo e por me mostrar o verdadeiro caminho da saúde pública.

À Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Anabela Alves que me orientou neste Estágio de Natureza Profissional, possibilitando o meu desenvolvimento profissional e contribuindo para o seu sucesso.

Ao presidente do Conselho Executivo Dr. Domingos Araújo e Sousa, ao presidente do Conselho Clínico Dr. Rui Macedo e à Sra. Enfermeira Diretora Olindina Sá do ACeS onde decorreu este Estágio de Natureza Profissional pela possibilidade da realização deste processo formativo.

Aos participantes do estudo de investigação pela sua disponibilidade e pelo seu contributo.

Às minhas colegas deste curso pela amizade que fizemos que, com certeza, ficarão para futuro.

Ao meu marido e aos meus filhos pela ajuda, paciência, incentivo e compreensão que me transmitiram e que foram uma pedra basilar neste intenso percurso.

Aos meus pais pela ajuda nas minhas ausências.

A todos vós o meu muito obrigada!

PENSAMENTO

“O período de maior ganho em conhecimento e experiência é o período mais difícil da vida de alguém.”

Dalai Lama

RESUMO

O Estágio de Natureza Profissional, inserido no II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária visa a aquisição de competências para a obtenção do grau académico de Mestre e o título profissional de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. Neste percurso académico pretende-se a aquisição e o desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

Este relatório procura descrever e efetuar uma reflexão crítica, objetiva e contextualizada das atividades desenvolvidas nos estágios integrantes do referido curso, analisando os seus contributos para o desenvolvimento das competências comuns e específicas supramencionadas. Expõe ainda, uma componente de investigação baseada na prática clínica cuja finalidade é contribuir para a melhoria dos cuidados prestados aos doentes com Tuberculose e que se encontram em regime de Toma de Observação Direta (TOD).

A Tuberculose mantém-se como uma emergência de saúde pública a nível mundial, apesar de todos os esforços multissectoriais. A TOD é uma das cinco estratégias lançadas pela Organização Mundial de Saúde para o controlo desta doença e visa a supervisão do tratamento preconizado, assegurando o vínculo entre doente e família e a equidade no cuidar. O Enfermeiro, em especial o Enfermeiro de cuidados de saúde primários, é o profissional de saúde de excelência para alcançar o sucesso terapêutico, antecipando as dificuldades e minimizando as barreiras que conduzem ao seu abandono (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2013). Já o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, pelas competências específicas intrínsecas à sua área de intervenção no desenvolvimento das diretrizes subjacentes aos programas de saúde, tem um papel preponderante na implementação de medidas para dar resposta a um dos principais problemas de saúde pública como é a Tuberculose (OE, 2008).

Com o objetivo de conhecer a perceção dos Enfermeiros que integram o Conselho Técnico de um Agrupamento de Centros de Saúde da região Norte e que exercem funções nas Unidades de Saúde Familiar/Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, quanto à realização da TOD nos doentes com Tuberculose, na unidade funcional que representam, desenvolveu-se um estudo descritivo, com uma abordagem qualitativa, com recurso a um questionário semiestruturado. Os dados obtidos foram sujeitos a uma análise de conteúdo, segundo Bardin (2016). Verificou-se que os participantes reconhecem os principais objetivos da TOD e identificam os benefícios e as dificuldades da sua execução nas unidades funcionais que representam. Foram ainda, elencadas um conjunto de estratégias

fundamentais para facilitar a implementação da TOD nas unidades onde exercem funções, nomeadamente a formação dos profissionais, o melhoramento dos circuitos de informação e a reorganização dos serviços.

Descritores: Enfermeiro; Tuberculose; Terapia Diretamente Observada; Enfermagem Comunitária.

ABSTRACT

The Professional Training Course, which is part of the II Master's Degree in Community Nursing, aims at acquiring the skills required to obtain the academic degree of Master and the professional title of Nurse Specialist in Community Nursing in the area of Community Health Nursing and Public Health Nursing. This academic journey aims to acquire and develop the Common Competences of the Nurse Specialist and the Specific Competences of the Nurse Specialist in Community Nursing in the area of Community Health and Public Health Nursing.

This report, pretends to describe and make a critical, objective and contextualised reflection on the activities developed in the internships which were part of this course, analysing their contributions to the development of the previously mentioned, specific competencies. It also exposes a research component based on clinical practice whose purpose is to contribute to the improvement of the care provided to patients with Tuberculosis who are on Direct Observation treatment (DOT).

Tuberculosis remains a public health emergency worldwide despite all multisectoral efforts. DOT is one of the five strategies set up by the World Health Organization for the control of this disease and aims a supervising the recommended treatment, ensuring the link between patient and family and equity in care. The Nurse, particularly the Primary Health Care Nurse, is the health professional of excellence in achieving therapeutic success, anticipating difficulties and minimising the barriers that lead to abandonment (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2013). As for the Nurse Specialist in Community Nursing, due to the specific skills intrinsic to his/her area of intervention in the development of the guidelines underlying the health programmes, he/she plays a leading role in the implementation of measures to address one of the main public health problems, such as Tuberculosis (OE, 2008).

With the purpose of understanding the perception of the nurses, who are members of the Technical Board of a Health Care Cluster of the Northern Region, and work at Family Health Units/Personalized Health Care Units, about the performance of DOT in patients with Tuberculosis in the functional unit they represent, a descriptive study with a qualitative approach was developed using a semi-structured questionnaire. The data obtained were subjected to content analysis, according to Bardin (2016). It was found that participants recognise the main objectives of DOT and identify the benefits and difficulties of its implementation in the functional units they represent. They also listed a set of key strategies to facilitate the implementation of DOT in the units where they work, namely training professionals, improving information circuits and reorganising services.

Descriptors: Nurse; Tuberculosis; Directly Observed Therapy; Community Nursing.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ARS – Administração Regional de Saúde

BI – CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

CDP – Centro de Diagnóstico Pneumológico

CIE – Conselho Internacional de Enfermeiros

CMEC – Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

EC - AESCSP – Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

EEEC - AESCSP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

ENP – Estágio de Natureza Profissional

ml - Mililitro

Mtb – *Mycobacterium tuberculosis Complex*

PNS – Plano Nacional de Saúde

NUT – Nomenclatura das Unidades Territoriais

OE – Ordem dos Enfermeiros

TB – Tuberculose

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

WHO – World Health Organization

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

DOTS – *Directly Observed Treatment Short Course*

SVIG-TB – Sistema de Vigilância da Tuberculose em Portugal

TOD – Toma de Observação Direta

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	III
PENSAMENTO	V
RESUMO	VII
ABSTRACT	IX
ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS	X
SUMÁRIO	XI
INDICE DE TABELAS	XIII
INTRODUÇÃO GERAL	1
1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA	5
2. INVESTIGAÇÃO	11
2.1 INTRODUÇÃO	12
2.2 A TUBERCULOSE COMO UMA EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA	15
2.2.1 A Tuberculose: panorama atual	15
2.2.2 Definição da doença	17
2.2.3 Diagnóstico e tratamento	19
2.2.4 Estratégias DOTS	22
2.2.4.1 TOD – Toma de Observação Direta	23
2.3 METODOLOGIA	25
2.3.1 Justificação da problemática de investigação	25
2.3.2 Questão de Partida, Objetivos e Finalidade	26
2.3.3 Tipo de Estudo	27
2.3.4 Contexto e Participantes	28
2.3.5 Procedimentos de Recolha de dados	29
2.3.5.1 Instrumento de recolha de dados	30
2.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	31
2.5 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS	32
2.6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	34
2.6.1 Caracterização sociodemográfica e profissional	34
2.6.2 Perceção dos Enfermeiros relativamente à TOD	35

2.7 CONCLUSÕES.....	43
2.8 CONTRIBUTO PARA A PRÁTICA CLÍNICA	44
3. PROCESSO FORMATIVO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS	47
3.1 INTRODUÇÃO	48
3.2 TEORIA DE ENFERMAGEM TRANSCULTURAL.....	49
3.3 DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	52
3.4 DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA	55
CONCLUSÃO GERAL	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
ANEXOS	73
ANEXO I - Protocolo de estágio com relatório final do II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária	74
ANEXO II - Autorização do Conselho Executivo do ACeS	80
ANEXO III - Parecer favorável da Comissão de Ética da ARS Norte	84
APÊNDICES.....	87
Apêndice I – Cronograma	88
Apêndice II – Instrumento de colheita de dados.....	90
Apêndice III - Formação em serviço.....	93

INDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Categorias e subcategorias identificadas após análise de conteúdo	33
Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes	34
Tabela 3 - Unidade de registo da Subcategoria: Objetivos da TOD	36
Tabela 4 - Unidade de registo da Subcategoria: Descentralização da TOD	37
Tabela 5 - Unidade de registo da Subcategoria: Aspetos positivos da TOD	39
Tabela 6 - Unidade de registo da Subcategoria: Dificuldades para a administração da TOD	40
Tabela 7 - Unidade de registo da Subcategoria: Estratégias para implementação da TOD	42

INTRODUÇÃO GERAL

A unidade curricular Estágio de Natureza Profissional (ENP), integra o 2º ano do II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária (CMEC), da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

O ENP visa complementar a formação académica através do desempenho do exercício profissional em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (EC - AESCSP) em contexto da prática clínica, permitindo assim, o desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista na área do presente Curso¹.

Todo o percurso da prática clínica deve ser sustentado num pensamento teórico de Enfermagem articulado com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019), o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EC - AESCSP (Regulamento n.º 428/2018), os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (Regulamento n.º 348/2015) e o Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2015).

De acordo com a OE (2010) o Enfermeiro especialista é o profissional de saúde que detém saberes específicos sobre um domínio e revela elevado conhecimento para um julgamento clínico e consequente tomada de decisão, baseado num conjunto de competências especializadas referente a determinado âmbito de intervenção.

Neste contexto, e atendendo aos objetivos preconizados para o ENP (anexo I) optou-se por o desenvolver na Unidade de Saúde Pública (USP) do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Cávado I – Braga (doravante Cávado I), no período de 1 de março a 31 agosto de 2022.

A USP caracteriza-se por ser o observatório de saúde de uma determinada área geodemográfica, identificando as necessidades de saúde da população, em articulação com parcerias intersectoriais, no sentido da prevenção e promoção da saúde. Desenvolve também, atividades de planeamento em saúde com a avaliação do seu impacto na saúde das populações, de vigilância epidemiológica, de investigação em saúde e de gestão em programas de saúde pública (Decreto-Lei n.º 28/2008, 2008). Perante estas características, considerou-se que a realização do ENP numa USP, seria uma mais-valia para o desenvolvimento das competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (EEEC -

¹ De acordo com as nas Normas Regulamentares dos Ciclos de Estudos Conducentes ao Grau de Mestre do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (2012).

AESCSP), assim como para a realização do trabalho de investigação, como forma de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. A problemática da Tuberculose, particularmente a TOD, foi o tema escolhido para a componente de investigação.

A Tuberculose continua a desafiar a saúde pública pelas consequências provocadas na saúde individual e coletiva e ao nível económico e social. Segundo o Plano Nacional de saúde (PNS) 2021 – 2030, em Portugal, a taxa de incidência desta doença apresenta-se nos 16,5 casos por 100.000 habitantes em 2019, valores ligeiramente mais baixos face ao ano transato (17,0 casos por 100.000), ainda assim valores superiores à média dos países europeus. Apesar da tendência decrescente da taxa de incidência da Tuberculose no país, a comissão de acompanhamento do PNS 2021 – 2030 salienta a importância de priorizar este problema de saúde pela sua magnitude relevante, em termos de carga de mortalidade, carga de doença e incapacidade.

O controlo desta doença passa por uma intervenção concertada multisectorial para a implementação, a nível mundial, de um conjunto de estratégias, das quais se salienta a TOD. Esta estratégia consiste na administração medicamentosa preconizada sob supervisão do profissional de saúde, perspetivando os cuidados centrados no doente, sendo por isso considerada a chave para o sucesso do tratamento.

Atendendo a que ENP é objeto de um Relatório Final, com a sua elaboração, através de uma metodologia descritiva e de uma reflexão crítica sustentada nos objetivos que orientam o percurso formativo, numa prática apoiada em evidências científicas e nos referenciais teóricos e da profissão, pretende-se:

- que constitua um instrumento de avaliação;
- apresentar o estudo de investigação relativo à perceção dos Enfermeiros que integram o Conselho Técnico do ACeS Cávado I e que exercem funções nas USF/UCSP quanto à realização da TOD nos doentes com Tuberculose, na unidade funcional que representam;
- descrever as atividades e intervenções desenvolvidas nos estágios que integram o plano de estudos do II CMEC, analisando de forma crítico-reflexiva o seu contributo no desenvolvimento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e as Competências Específicas do EEEC – AESCSP.

Estruturalmente este Relatório Final segue um alinhamento dividido em três partes fundamentais, sendo a primeira referente à caracterização do contexto da prática clínica onde decorreu o ENP, nomeadamente a descrição detalhada do ACeS, das unidades funcionais integrantes e da população da sua área de abrangência. Integra ainda, uma breve abordagem aos ensinamentos clínicos de Enfermagem de Saúde Pública e Enfermagem

de Saúde Comunitária, que integram o plano curricular do II CMEC e que contribuíram, também, para a aquisição e desenvolvimento de competências.

Na segunda parte apresenta-se a componente de investigação, que corresponde ao desenvolvimento de competências na prática de investigação em Enfermagem, onde se descreve a justificação do problema, intitulado “A Toma de Observação Direta em doentes com Tuberculose: Um contributo para os cuidados centrados no doente”, assim como as opções metodológicas do estudo adotadas para a sua operacionalização.

Como conclusões verifica-se que os participantes do estudo reconhecem os principais objetivos da TOD, nomeadamente a adesão ao tratamento da doença e o seu cumprimento de forma integral. Apontam como dificuldades para a operacionalização desta estratégia o modelo organizacional dos serviços, o excesso de trabalho e a gestão terapêutica diária. Foram ainda elencadas como estratégias fundamentais para facilitar a sua implementação nas unidades funcionais onde exercem funções a formação dos profissionais, o melhoramento dos circuitos de informação e a reorganização dos serviços.

Por fim, na terceira parte, apresenta-se uma descrição, análise e reflexão crítica objetiva e contextualizada do percurso formativo em contexto da prática clínico, identificando o seu contributo para a aquisição/desenvolvimento de conhecimentos e competências científicas, técnicas, humanas, éticas e culturais balizadas pelas competências comuns do Enfermeiro Especialista e das Competências Específicas do EEEC – AESCSP e que conduzirão certamente a uma prática especializada de excelência.

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA

O presente ENP decorreu na USP de Braga, do ACeS Cávado I. Este ACeS compreende a área geodemografia do Concelho de Braga e encontra-se inserida na NUT II – região Norte e na NUTT III - sub-região do Cávado (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2022).

O ACeS Cávado I tem como missão assegurar a prestação de cuidados de saúde primários à sua população, através da promoção da saúde e prevenção da doença, garantindo os princípios de equidade, solidariedade e dos cuidados de excelência, sem esquecer a satisfação dos seus utentes e profissionais (Portugal, 2022).

De acordo com Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP) (2022), este ACeS tem uma população inscrita de 205299 utentes distribuídos por 25 unidades funcionais: 18 USF; 2 UCSP; 3 Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), 1 Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e 1 USP.

Em 2021, segundo o Instituto Nacional de Estatística (2022), este concelho compreendia uma população de 193349 habitantes, correspondendo a uma variação positiva de 6,5% dado o aumento populacional referente ao ano 2011 (181382 habitantes). Estratificando por grupos etários, verifica-se que a população em idade jovem (inferior a 15 anos) é de 13,8%, a população em idade ativa (15 aos 64 anos) é de 68% e a população idosa (idade igual ou superior a 65 anos) é de 18,2%. Estes valores refletem-se no índice de envelhecimento, verificando-se um crescimento ao longo dos anos, pois em 2017 apresentava um valor de 111 e em 2021 um valor de 131,5. De referir que estes dados acompanham a tendência da região Norte e do País.

De acordo com os dados do Plano Local de Saúde – extensão 2020 deste ACeS, em 2017 a taxa bruta de mortalidade foi de 7 óbitos por 1000 pessoas, representando um valor inferior ao verificado na Região Norte (9,6) As quatro principais causas de morte (mortalidade específica) entre 2014 e 2016 foram os tumores malignos (31,5 em 2014; 28,5 em 2015 e 29,3, em 2016), as doenças cerebrovasculares (11,2; 10,1; 10,7), a cardiopatia isquémica (5,4 em 2014; 7,0 em 2015 e 5,8 em 2016) e a pneumonia (4,7 em 2014; 6,8 em 2015 e 4 em 2016). Ainda no ano 2017, relativamente à morbilidade, os problemas de saúde mais frequentes nos utentes inscritos no ACeS foram, em ambos os sexos, as alterações do metabolismo lipídico (20,1) e hipertensão (18,2), o terceiro problema de saúde mais frequente foram as perturbações depressivas (10,3), salientando-se a diferença de valores entre o sexo feminino (15,4) e no sexo masculino (4,6). Segundo o último Perfil Local de Saúde (2018), e ainda sobre os anteriores problemas de saúde, mantem-se nos dois primeiros lugares as alterações do metabolismo lipídico (22,3) e hipertensão (18,4), contudo com valores ligeiramente superiores. O terceiro problema de saúde passa a ser a obesidade (12,1), ultrapassando as perturbações depressivas (11,3).

No que concerne às Doenças de Notificação Obrigatória foram participadas 133 doenças, sendo que a Tuberculose foi a doença onde se verificou um maior número de notificações – 28 pessoas. Segundo o mesmo documento, neste concelho havia 51 pessoas com diagnóstico da doença.

As estratégias de intervenção em saúde em curso no ACeS, encontram-se divididas em três grandes eixos: o eixo da promoção da saúde através de diferentes programas nomeadamente o programa de escolas livres de tabaco – PELT, o programa de alimentação saudável em saúde escolar – PASSE, o programa de educação sexual em saúde escolar - PRESSE e o programa autoestima. O eixo correspondente à prevenção da doença e de incapacidade, operacionalizado através da consulta de vigilância de exposição ao fumo do tabaco, da vigilância do consumo de sal nas cantinas escolares e dos cuidados continuados integrados e o eixo das estratégias e tratamento precoce, através do rastreio do cancro de mama feminino e do rastreio de cancro de colon e reto. Salienta-se que a consulta de vigilância da saúde nos cuidados de saúde primários é transversal aos três eixos (Plano Local de Saúde – extensão 2020, 2018).

A USP de Braga é uma unidade funcional do ACeS Cávado I operando como o observatório de saúde da sua área geodemográfica, ou seja, a sua comunidade. Tem como âmbito de intervenção a realização de planos de saúde pública, a vigilância epidemiológica, a gestão de programas de saúde da população em geral e grupos específicos e colaborar no exercício de funções da autoridade de saúde (Portugal, 2022).

Esta unidade é composta por uma equipa multiprofissional, constituída por 7 Médicos de Saúde Pública, sendo que um destes acumula funções de coordenação da unidade funcional, 7 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária, sendo que 1 Enfermeiro também exerce funções no Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) de Braga funcionando como um elo de ligação entre estas unidades funcionais, 3 Técnicos de Saúde Ambiental e 5 Assistentes Técnicos.

As competências e intervenções do Enfermeiro enquanto parte integrante da equipa da USP, destacam-se nos diferentes programas, projetos e atividades em desenvolvimento. O seu campo de ação estende-se em quatro grandes grupos:

- Observatório de Saúde na área influência do ACeS onde participa e elabora o plano local de saúde, monitorização do estado de saúde da sua população, na sistematização de indicadores prioritários e na realização de diagnósticos de saúde da comunidade;
- Vigilância e investigação epidemiológica de doenças transmissíveis e não transmissíveis:
 - vigilância epidemiológica no âmbito dos estudos epidemiológicos;

- Monitorização de Doenças de Notificação Obrigatória (ex. Tuberculose);
 - Vigilância das Doenças Evitáveis pela Vacinação.
- Gestão, Execução e Avaliação de programas de saúde como:
- Programa Nacional de Vacinação, vacinação da BCG aos utentes previamente elegíveis, vacinação COVID-19 e gripe sazonal;
 - Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral;
 - Programa Nacional para a Tuberculose;
 - Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeções e das Resistências aos Antimicrobianos;
 - Programa Nacional de Eliminação do Sarampo;
 - Programa Nacional de Saúde Escolar.
- Promoção da saúde através de atividades como:
- Monitorização de acidentes em meio escolar;
 - Elaboração dos planos de contingências para temperaturas extremas adversas;
 - Colaboração na realização da consulta do viajante;
 - Avaliação das condições de organização, funcionamento e instalação de estruturas residenciais para idosos e creches, assim como queixas em contexto de saúde pública (ex. lares ilegais).

Para melhor compreensão deste capítulo importa contextualizar o que são os CDP e especificamente o CDP de Braga, dado que esta unidade funcional é parte integrante da componente de investigação. Assim, os CDP são unidades de saúde diferenciadas na área da Tuberculose, com gestão do diagnóstico e do tratamento da doença, através do estabelecimento de parcerias de atuação com os cuidados de saúde primários, os cuidados hospitalares e as estruturas comunitárias como por exemplo os estabelecimentos prisionais. Estas unidades podem estar inseridas no próprio ACeS ou de forma independente e são constituídos por equipas multiprofissionais que dão seguimento às intervenções definidas para o combate à doença, operacionalizando os rastreios de contactos identificados e a instituição do tratamento precoce. O acesso a esta unidade de saúde pode ser feito após referência médica ou sem referência, com o doente a apresentar-se voluntariamente, permitindo assim uma política de proximidade a facilidade de acesso para todas as pessoas (Portugal, 2022).

A equipa do CDP de Braga engloba 4 Médicos a tempo parcial, sendo 1 médico de Medicina Geral e Familiar, 2 Médicos Pneumologistas e 1 Médico Infeciologista, num

conjunto total de 22 horas semanais. É formada ainda por 3 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária ou Saúde Pública vinculados ao ACeS Cávado I, sendo que 2 Enfermeiros estão em regime de tempo integral e 1 Enfermeiro em tempo parcial, que também exerce funções na USP local. E por fim 2 Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica e 1 Assistente Técnico.

O CPD de Braga abrange a população do ACeS Cávado I e do ACeS Cávado II – Gerês/Cabreira (doravante Cávado II), este último por protocolo entre os dois ACeS. Em março 2022, segundo dados da plataforma de Sistema de Vigilância da Tuberculose (SIVG-TB), eram acompanhados nesta unidade de saúde 54 doentes em fase ativa da doença: 48 doentes pertencentes ACeS Cávado I e 16 doentes pertencentes ao ACeS Cávado II. Os doentes com Tuberculose do ACeS Cávado II, têm a possibilidade de realizar a totalidade do tratamento na unidade de saúde onde estão inscritos - USF/UCSP, pela proximidade à área de residência e sob vigilância permanente do CDP, por outro lado os doentes do ACeS Cávado I têm de fazer o tratamento no CDP, independentemente da sua opção poder ser a de o fazer na unidade de saúde onde está inscrito, pela resistência de algumas USF/ UCSP em operacionalizar esta estratégia. De salientar que dos 48 doentes referentes ao ACeS Cávado I apenas 6 têm possibilidade de realizar o seu tratamento na sua unidade de saúde, o que representa 8% deste grupo.

Finda a caracterização do ACeS Cávado I e do CDP, é importante referir que o percurso académico em contexto da prática clínica, teve início com dois estágios realizados no 1º ano do II CMEC. O primeiro, decorrente da unidade curricular de Estágio - Enfermagem de Saúde Pública, realizou-se na USP de Barcelos do ACeS Cávado III e o segundo, decorrente da unidade curricular de Estágio - Enfermagem Comunitária, realizou-se na UCC Barcelos Norte do mesmo ACeS. Estrategicamente os dois estágios decorreram no mesmo ACeS, uma vez que se complementavam.

Assim, no Estágio de Saúde Pública, através da metodologia de Planeamento em Saúde, foi efetuado o diagnóstico de saúde da comunidade Escolar da área de intervenção da UCC Barcelos Norte. Neste âmbito, foi identificada como área prioritária de intervenção, a Diabetes *Mellitus* tipo 1 nas crianças e jovens, com foco principal na identificação do nível de conhecimentos sobre a doença e a perceção de sobrecarga nos cuidados prestados pelos encarregados de educação, docentes e não docentes das escolas da área de abrangência da UCC Barcelos Norte. Como resultado e após identificação das prioridades sustentadas na magnitude, transcendência social e económica, vulnerabilidade e exequibilidade do projeto, foi tomada a decisão de intervir na melhoria dos conhecimentos sobre a Diabetes *Mellitus* tipo 1 na comunidade docente e não docente.

No Estágio de Enfermagem Comunitária, deu-se continuidade ao trabalho iniciado no estágio anterior através do planeamento, implementação e avaliação de um projeto de

capacitação e cocriação. O objetivo foi habilitar o grupo intervencionado, também ele interventor, na gestão dos cuidados prestados, contribuindo para uma mudança comportamental que visasse a inclusão e equidade das crianças e jovens portadoras de *Diabetes Mellitus* tipo 1.

O referido projeto de intervenção com o tema “Crescer com *Diabetes Mellitus* tipo 1: co-construção de uma comunidade escolar mais inclusiva”, englobou quatro atividades: uma sessão de educação para a saúde com os docentes e não docentes, na qual, através de uma metodologia participativa, foram desenvolvidos conteúdos e identificadas soluções de resolução de problemas, contribuindo, assim, para a gestão eficaz dos cuidados de saúde prestados em contexto escolar; a elaboração de um procedimento de atuação em caso de hipoglicemia grave homologado pelo Conselho Clínico do ACeS para posterior colocação em locais estratégicos da escola; a realização de um vídeo demonstrativo sobre a administração de medicação perante uma hipoglicemia grave, podendo ser replicado em futuras intervenções da UCC no sentido de uniformizar a atuação dos docentes e não docentes; e a elaboração de um poster com a divulgação dos dados obtidos aos envolvidos no projeto (Diretor Executivo do ACeS, Conselho Clínico e Diretores de Agrupamentos das escolas envolvidas) permitindo a partilha de informação.

2. INVESTIGAÇÃO

2.1 INTRODUÇÃO

O trabalho de investigação que se apresenta insere-se no ENP e procura responder ao disposto no Decreto-Lei nº 74/ 2006, de 24 de março, o qual refere na alínea 4, do artigo 18º, que para a obtenção do grau de mestre no Ensino Superior Politécnico, o ciclo de estudos “deve assegurar, predominantemente, a aquisição pelo estudante de uma especialização de natureza profissional e o recurso à atividade de investigação baseada na prática” (p. 2247).

Descreve o mesmo artigo 18º, na alínea 3, que a obtenção do grau de mestre “pode ainda habilitar ao acesso a profissões sujeitas a requisitos especiais de reconhecimento, nos termos legais e institucionais previstos para o efeito” (Decreto-Lei nº 74/ 2006, p. 2247), sendo a obtenção do título profissional de Enfermeiro Especialista uma das situações integrada nesta alínea.

Neste contexto, a OE (2021), sublinha que para a obtenção do título profissional de Enfermeiro Especialista, no que concerne ao referido ciclo de estudo, a realização do estágio em contexto de prática clínica com elaboração do respetivo relatório final, é a modalidade que permite atingir os objetivos de aprendizagem e a aquisição das competências exigidas a este título profissional.

Perante a necessidade realizar um estudo de investigação baseado na prática optou-se por direcionar a componente de investigação para uma área que refletisse uma necessidade da equipa da USP onde se realizou o ENP, sobressaindo a área da Tuberculose, mais especificamente a TOD, pelas dificuldades sentidas na implementação desta estratégia nas USF/UCSP do ACeS.

A Tuberculose emerge como uma problemática mundial pelas consequências ao nível da saúde, da economia e das condições sociais, implicando assim, uma intervenção concertada de vários parceiros na prevenção da doença e na promoção da saúde. Em Portugal, o Programa Nacional para a Tuberculose visa otimizar a resposta à doença em consonância com as orientações providas da World Health Organization (WHO), perspetivando a diminuição da incidência da doença, através da vigilância epidemiológica com a identificação e referenciação de casos suspeitos e tratamento gratuito e acesso livre a consultas em centros especializados com equipas multidisciplinares, conhecidos por CDP (Portugal, 2022).

A WHO (2022), refere que a nível mundial, por dia, ocorrem cerca de 4 mil mortes por Tuberculose e aproximadamente 30 mil pessoas são diagnosticadas com a doença. Acredita ainda que em 2019, no mundo, cerca de 10 milhões de pessoas desenvolveram esta doença e em 1,2 milhões de pessoas a causa de morte foi a Tuberculose. De acordo com o último relatório global da WHO (2022) os diferentes sectores não estão a

conseguir dar resposta à doença infecciosa mais fatal, prevendo-se assim, que as metas estabelecidas que consistem em reduzir até 2035 em 95% o número de mortes e em 90% a taxa de incidência por esta doença, dificilmente serão alcançadas.

Em Portugal tem-se observado uma diminuição da prevalência e incidência da Tuberculose fruto das estratégias aplicadas nos últimos anos, tais como os rastreios preventivos, a facilidade no acesso às consultas e o tratamento gratuito (WHO, 2022), no entanto “o aparecimento de novas doenças transmissíveis e a emergência de outras, que se pensavam controladas, representam um desafio crescente para a Saúde Pública” (OE, 2013, p.II).

Segundo o Relatório da Vigilância e Monitorização da Tuberculose em Portugal: dados definitivos 2020 (Portugal, 2020) no ano em monitorização, foram notificados 1465 casos de Tuberculose, com uma taxa de notificação de 14,2 casos por 100 mil habitantes. O PNS 2021-2030 relata que em 2019, Portugal apresentava uma taxa de incidência desta doença de 16,4 casos por 100.00 habitantes (17,0 por 100.000, em 2018), contudo e apesar da tendência decrescente dos valores, os mesmos são superiores aos países Europeus, sendo, portanto, importante priorizar este problema de saúde pela sua magnitude relevante.

De forma a reverter os dados epidemiológicos, a WHO traçou um conjunto de estratégias globais a ser implementadas pelos parceiros multisectoriais, intensificando o compromisso político através dos objetivos para o desenvolvimento sustentável, no combate à doença.

A TOD é uma das estratégias basilares propostas pela WHO para o controlo da doença e comporta tratamentos padronizados sob supervisão de um profissional de saúde. Este processo de cura implica a realização de tratamentos prolongados que conduzem, muitas vezes, ao seu abandono ou ineficácia, com consequências devastadoras ao nível do descontrolo da doença e/ou multirresistências medicamentosas (Conselho Internacional de Enfermeiros [CIE], 2008).

Neste sentido, é importante agir sobre os determinantes que condicionam o sucesso do tratamento, quer ao nível do doente na centralização dos cuidados prestados e que fomentem a sua participação ativa e a adesão ao tratamento instituído, quer ao nível dos profissionais na sua capacitação, prevendo-se uma atuação concertada. Percebe-se então, que o Enfermeiro de cuidados de saúde primários, particularmente o Enfermeiro que exerce funções nas USF/UCSP, assume um papel de destaque pela sua proximidade ao doente e família nas diferentes fases do seu ciclo de vida, permitindo realçar a importância do papel do doente e família no tratamento e realizar educação para a saúde sobre alguns temas como conceito da doença, regime

terapêutico, efeitos secundários da medicação ou medidas de prevenção (Portugal, 2016).

Já o EEEEC - AESCSP é o pilar central no controlo desta doença, pelo seu conhecimento aprofundado e competências reconhecidas na avaliação do estado de saúde desta comunidade e na tomada de decisão sobre este problema de saúde pública, através do estabelecimento de um processo sistemático de planeamento em saúde em consonância com o respetivo programa de saúde. Este profissional, intervém ainda, em diferentes contextos por meio de projetos que conduzam ao empoderamento das comunidades através da participação comunitária para a capacitação e gestão de cuidados de saúde “assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados, nomeadamente a grupos sociais com necessidades específicas, decorrentes de contextos marcados por condições economicamente desfavoráveis ou por diferenças étnicas, linguística e culturais” (OE, 2010, p. 1).

Após consulta dos dados sobre o número de doentes em fase ativa da doença, em tratamento sob regime de TOD e local de realização do mesmo, verificou-se que no ACeS Cávado I somente 8% dos doentes com Tuberculose realizam a TOD na unidade funcional onde estão inscritos. Face à intervenção crucial do Enfermeiro das USF/UCSP na supervisão da TOD como referido anteriormente, pretendeu-se, com este estudo, conhecer a perceção dos Enfermeiros que integram o Conselho Técnico do ACeS Cávado I e que exercem funções nas USF/ UCSP quanto à realização da TOD nos doentes com Tuberculose, na unidade funcional que representam.

Perante o objetivo delineado, foi realizado um estudo qualitativo, descritivo, com recurso a um questionário semiestruturado, de autopreenchimento. Os dados colhidos foram sujeitos a uma análise de conteúdo segundo Bardin (2016).

Este trabalho de investigação encontra-se dividido em três partes. A primeira, refere-se à fundamentação teórica que sustenta a problemática, fundamentada numa revisão de literatura aprofundada, evidenciando a melhor e mais recente evidência científica e que permitisse o enriquecimento do trabalho. A segunda parte principia com uma breve justificação do tema de investigação, seguida da questão de partida e dos objetivos que deram corpo a esta investigação. Seguem-se as opções metodológicas, argumentando-se o tipo de estudo, o contexto e os participantes, a construção do instrumento de colheita da informação, com descrição das etapas realizadas para a concretização empírica do referido estudo. São ainda, fundamentadas as questões éticas e a procedimento para o seu cumprimento. Na terceira parte, de acordo com cada objetivo específico, apresentam-se e discutem-se os resultados em articulação com o enquadramento teórico, e destacando-se, nas conclusões, as ideias mais relevantes do estudo, os principais resultados e a sua relação com os objetivos, identificam-se as

dificuldades e limitações do estudo e apontam-se recomendações/sugestões para futuros trabalhos.

2.2 A TUBERCULOSE COMO UMA EMERGÊNCIA DE SAÚDE PÚBLICA

Este subcapítulo comporta o enquadramento teórico realizado através de uma revisão bibliográfica que sustenta este trabalho de investigação. Inicia com os dados epidemiológicos atuais mundiais e nacionais, seguindo-se a caracterização da doença, assim como o seu diagnóstico e tratamento.

Posteriormente aborda as estratégias adotadas pela WHO no combate à Tuberculose, incidindo na TOD como estratégia basilar neste combate.

2.2.1 A Tuberculose: panorama atual

A Tuberculose mantém-se como uma das principais causas de morte a nível mundial dentro das doenças infecciosas curáveis, constituindo um grave problema de saúde pública pelas consequências devastadoras em diferentes sectores, nomeadamente na saúde, economia e social (Portugal, 2022).

Para Almeida (2003, p. 619) esta doença evitável e curável é “sobejamente conhecida de todo o mundo, e conhecido perfeitamente o ciclo biológico, e o “*«behaviour»*” do bacilo no hospedeiro humano, só por negligência da humanidade, a diversos níveis, se pode chegar a esta situação lastimável”.

A inadequação dos regimes de tratamento assim como a não adesão ao mesmo, contribuem para a resistência medicamentosa constituindo um desafio das entidades competentes na tentativa de controlo da doença (WHO, 2009).

Segundo o Relatório Global da Tuberculose, no ano de 2020 e comparativamente ao ano de 2019, assistiu-se a uma diminuição da taxa de notificações da doença (-2%) e do número de novos diagnósticos (-18%), traduzindo-se num aumento do número de mortes, pela não identificação de novos casos e referenciação para tratamento, prevendo-se impactos maiores nos anos 2021 e 2022 (WHO, 2021). Estes valores, em muito se devem, à necessidade de reajustamento que os serviços de saúde fizeram para travar uma das mais duras batalhas mundiais - a pandemia provocada pelo novo coronavírus SARS-COV-2.

Esta pandemia provocou um retrocesso nos ganhos obtidos com as estratégias adotadas na luta contra a Tuberculose. Pela primeira vez, em mais de 10 anos, observou-se um aumento das mortes por Tuberculose devido ao diagnóstico e tratamento tardio, assim como a uma redução à acessibilidade dos cuidados de saúde

e, consequente, diminuição das notificações da doença. “Até à pandemia do Coronavírus (COVID-19), a Tuberculose era a principal causa de morte por um único agente infeccioso, ficando acima do HIV/AIDS” (WHO, 2021, p. 1).

Face ao exposto e no sentido de não se deixar perder todo o trabalho desenvolvido até ao período pré-pandémico a WHO sugere

“ações para mitigar e reverter esses impactos são urgentes. A prioridade imediata é restaurar o acesso e a prestação de serviços essenciais de Tuberculose, de modo que os níveis de deteção e tratamento de casos de Tuberculose possam se recuperar para pelo menos os níveis de 2019, especialmente nos países mais afetados.” (WHO, 2021, p. 1).

No ano de 2019 e de acordo com o Relatório de Vigilância e Monitorização da Tuberculose em Portugal (Portugal, 2020), foram notificados 1848 casos, destes 1696 reportaram-se a novos casos e 152 a retratamentos. Sublinha que Portugal encontrava-se entre os seis países da União Europeia com maior taxa de incidência de novos casos, com 16,5 casos por 100 mil habitantes, no entanto, abaixo do limiar da baixa incidência definido (20/100.000). O género masculino, em especial na idade adulta, representa o grupo mais afetado com cerca de 70% dos casos notificados, ou seja, mais de dois terços dos casos totais. Os emigrantes, considerado um grupo vulnerável, representavam cerca de 24% dos casos notificados, repercutindo uma taxa de notificação 4 vezes superior à média nacional (Portugal, 2020).

A Tuberculose, sendo uma Doença de Notificação Obrigatória, deve ser notificada através de uma plataforma nacional - Sistema de Vigilância da Tuberculose em Portugal (SVIG-TB), que permite o follow-up dos casos de Tuberculose em Portugal, cumprindo um dos objetivos prioritários do programa. Permite também, caracterizar o doente sempre que inicia um tratamento. Após a introdução da informação do doente no SVIG-TB, é possível fazer o acompanhamento de todo o processo de tratamento até à sua cura, estando também em constante atualização, permitindo uma visão global do número de casos no país (Portugal, 2018).

Portugal integra as orientações internacionais através do Programa Nacional para a Tuberculose, operacionalizando-o nas diferentes unidades funcionais. À USP compete atuar aos diferentes níveis do programa, tais como na monitorização da execução do programa e avaliação do seu impacto na sua área geodemográfica, garantir a coordenação, a execução e o acompanhamento das atividades ligadas à Tuberculose, onde se insere a vigilância epidemiológica da doença que, em sinergia com as diferentes unidades funcionais, identifica e referencia os casos suspeitos de doença ativa, faz os rastreios de contactos. e aplica as medidas de prevenção e controlo necessárias. A USP

tem ainda, o dever de realizar ações integradas de educação para a saúde privilegiando a participação e co-responsabilização da comunidade (Portugal, 2007).

O EEEEC - AESCSP assume um lugar de destaque neste processo pelo seu trabalho junto dos indivíduos, famílias e comunidade pois participa ativamente na implementação do Programa Nacional para a Tuberculose, na operacionalização dos inquéritos epidemiológicos e nos rastreios de contactos de modo a garantir um menor número de casos infecciosos, pois este é um ponto fulcral do controlo da Tuberculose. Lidera processos comunitários para a capacitação da comunidade no acesso aos cuidados de saúde, intervindo na prevenção e promoção da saúde em diferentes contextos, cooperando, ainda, na vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde-doença.

Conhecer a epidemiologia da Tuberculose e os seus determinantes assume, assim, um ponto vital no controlo da doença e deve envolver não só as dimensões físicas e biológicas, mas também os processos políticos, económicos e sociais (Antunes, 2003). Pressupõe-se, então, que esta luta exige uma consciência coletiva multisectorial de forma integradora e integrada num trabalho em parceria efetiva e dinâmica para atuar como um todo e não como a soma das partes.

2.2.2 Definição da doença

A Tuberculose caracteriza-se como uma doença transmissível, causada pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis Complex* (Mtb), ou bacilo de Koch. A sua transmissão é direta, através de gotículas expelidas pelo doente numa fase bacilífera, ou seja, com presença do bacilo na expetoração.

Em termos práticos, esta transmissibilidade fica limitada a doentes com tuberculose pulmonar, que é a forma mais comum da doença e também a mais contagiosa, logo é a que tem mais implicações para a saúde pública. “O desafio consiste em identificar as pessoas nas fases iniciais, de modo a prevenir a transmissão” (CIE, 2008, p. 13).

Após a inalação do Mtb inicia-se o processo de infeção, com alojamento nos alvéolos pulmonares, provocando comprometimento pulmonar - Tuberculose pulmonar - ou alojamento em outros locais tais como, laringe, pleura, gânglios, rim, fígado, ossos entre outras – Tuberculose extrapulmonar (Antunes, 2003).

Para evoluir para uma fase de doença, ou seja, com presença de sintomas e lesões, é necessário que a multiplicação bacteriana seja superior à resposta imunológica da pessoa (Antunes, 2003).

Verifica-se também, que em “cerca de 90% dos indivíduos infetados, não há progressão para a doença tuberculosa face a mecanismos imunológicos de «auto-defesa»” (Raymundo & Correia, 2003).

O risco de exposição ao agente infeccioso depende do número de casos presentes na comunidade, da duração do período infeccioso no doente e do tipo de contacto que mantêm entre si, ou seja, áreas de grande densidade populacional e conviventes próximos do doente apresentam maior risco de contágio. Os ambientes fechados e pouco ventilados atuam também como um fator de agravamento do referido risco (Rieder, 2001).

Já Antunes (2003) sublinha que, apesar da exposição ao Mtb, só 10% das pessoas infetadas vão desenvolver a doença durante o seu ciclo de vida, sendo o risco consideravelmente maior nos dois primeiros anos após a infeção.

A Tuberculose diferencia-se das outras infeções, pela presença prolongada do bacilo após infeção (Dennison, 2010). A resposta imunológica do doente pode conter a infeção e posterior eliminação do bacilo ou permanecer no organismo em estado latente durante anos com um quadro clínico referido como uma "infeção Tuberculose latente". Neste caso, o doente apresenta provas cutâneas positivas, mas encontram-se assintomático, pelo que não é contagioso (CIE, 2008).

As manifestações clínicas mais frequentes da doença dependem da sua localização, contudo existem sintomas comuns às duas formas, ou seja, à Tuberculose pulmonar e à extrapulmonar. Assim, verifica-se uma febrícula com predomínio vespertino, seguido de um período noturno apirético acompanhado por suores noturnos, anorexia, astenia que devem ser persistentemente questionados pois tendem a ser desvalorizados (Raymundo & Correia, 2003).

Quando existe afetação pulmonar surgem, ainda, sintomas como tosse seca ou com expectoração, com evolução para hemoptise, dor torácica e dispneia. A forma extrapulmonar associa, além dos sintomas anteriores, a dor ou edema localizado. A existência de um vasto leque de sintomatologia associada à doença, conduz muitas vezes a um atraso do diagnóstico, pelo que uma pessoa que apresente três ou mais sintomas característicos de Tuberculose por um período de três ou mais semanas aumenta a suspeita da doença (Raymundo & Correia, 2003).

Relativamente à classificação da doença esta pode ser classificada como caso novo quando não apresenta antecedentes de Tuberculose ou com tratamento inferior a 1 mês, ou como recidiva, ou seja, novo diagnóstico de doença ativa após tratamento e cura. A maioria dos doentes em novo tratamento são indivíduos que recidivam após a cura, no entanto o conhecimento de casos por interrupção do tratamento é fundamental pelo risco de resistência medicamentosa (Antunes, 2003).

A definição de caso de Tuberculose assenta em três parâmetros essenciais, nomeadamente: a localização das lesões, se pulmonar ou extrapulmonar; o histórico de tratamento anteriores; e o resultado do exame direto de expectoração. "A definição de

caso é de extrema importância para a caracterização epidemiológica, e, essencialmente, para categorizar os doentes com vista à escolha do regime terapêutico mais adequado” (Antunes, 2003, p. 630).

Quanto à sua resistência e de acordo com o teste de sensibilidade, esta doença pode ser classificada como monorresistente, quando apresenta resistência a um fármaco de 1ª linha, polirresistente com resistência a mais de um fármaco de 1ª linha que não a isoniazida e a rifampicina em simultâneo, multirresistente com resistência a outros fármacos além dos de 1ª linha e extensivamente resistente, com resistência a vários fármacos (Portugal, 2020).

Entende-se por fármacos de 1ª linha o conjunto de medicamentos utilizados na primeira fase de tratamento da doença. Sendo que o tratamento básico preconizado da Tuberculose passa por duas fases, na primeira fase ou intensiva e com duração de 2 meses, é prescrito ao doente a administração de 4 fármacos - Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida e Etambutol. Nesta fase o objetivo é reduzir drasticamente o número de bactérias e prevenir a resistência medicamentosa. Após a fase inicial o tratamento continua por mais 4 meses com a administração de 2 medicamentos - Isoniazida e Rifampicina (Fernandes, 2019).

A resistência medicamentosa aos fármacos utilizados durante o tratamento resulta da inadequação do esquema terapêutico por má adesão dos doentes, pela interrupção abrupta ou pela toma parcial dos esquemas preconizados (Antunes, 2003), refletindo um indevido acompanhamento durante o processo de tratamento. Portanto, “importa detetar e gerir precocemente os efeitos dos antibacilares, de modo a evitar a irregularidade do tratamento ou suspensão do mesmo” (OE, 2013, p. 23) dado que um efeito secundário de um fármaco não deve ser sentenciado como uma contraindicação, pelo que a abordagem deve ser centrada no doente e gerida caso a caso.

2.2.3 Diagnóstico e tratamento

O diagnóstico da Tuberculose abrange uma avaliação clínica detalhada multidimensional onde se inclui o exame físico com pesquisa e observação dos sinais e sintomas do doente, a história clínica e social para identificar o contexto de contágio e possíveis contactos de risco e o recurso a exames e técnicas avançadas que incluem o exame físico, a história clínica e social, o tipo de exposição e exames de diagnóstico, nomeadamente análises, testes cutâneos e Raio-x do tórax (Portugal, 2013).

Analiticamente o diagnóstico é feito através da identificação laboratorial com a presença da bactéria Mtb nos tecidos ou líquidos biológicos, como por exemplo expectoração ou secreções brônquicas que, em caso positivo, reflete a fase bacilífera do doente. Nesta

situação confirma-se ainda, a sensibilidade aos fármacos preconizados para o tratamento.

O Raio-x do tórax constitui a primeira abordagem diagnóstica pelas informações que proporciona na identificação da fase ativa ou na exclusão de doença na fase latente. Outros exames utilizados na fase latente são a prova de teste cutâneo de Mantoux ou prova tuberculina, que consiste na injeção intradérmica de 0,1 ml de tuberculina e leitura da reação da pele após 48 a 72h e o teste *Interferon Gamma Release Assays*, que permite avaliar a produção do interferão gama por linfócitos em resposta a antigénicos específicos da bactéria causadora da doença (Portugal, 2013).

Após o diagnóstico da Tuberculose o doente deve iniciar de imediato o tratamento preconizado com o objetivo de diminuir drasticamente o número de bacilos que se multiplicam no organismo a cada dia que passa, evitar as estirpes resistentes e eliminar por completo do organismo do hospedeiro, desta forma consegue-se diminuir a fase ativa da doença e o doente passa a não estar infeccioso (Telhada, 2003).

O tratamento da doença baseia-se em esquemas padronizados mediante a fase clínica em que se encontra o doente: se infeção ativa ou latente ou novo caso/ recidiva, assim como a sua sensibilidade aos fármacos preconizados (OE, 2013).

Os esquemas de associação de fármacos recomendados para a fase intensiva ou inicial são 2 meses com Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida e Etambutol. Posteriormente o doente fica com um esquema terapêutico com 2 fármacos – Isoniazida + Rifampicina por mais 4 meses (Domingos & Barbado, 2003).

Para Domingos e Barbado (2003) a TOD é um dos pilares fundamentais para a adesão e para o cumprimento da terapêutica preconizada pois diminui a possibilidade de aparecimento das estirpes multirresistentes e reduz o custo de cada tratamento pela boa relação custo-eficiência, sublinham, contudo, que esta estratégia simples e eficaz tem falhado pela não adesão ao tratamento por parte do doente, mas também por parte das equipas de saúde.

O início precoce deste processo contribui eficazmente para a cura do doente e conseqüente prevenção dos efeitos já referidos anteriormente - recidiva e resistências medicamentosas, assim como a interrupção da sua transmissão na comunidade (WHO, 2021). O acompanhamento regular destes doentes é um processo de extrema importância pois permite garantir que a terapêutica é cumprida, vigiando os seus efeitos secundários e que no final o doente seja declarado como sucesso terapêutico (Duarte et al., 2017).

Antunes e Dennison (2003; 2010) destacam que a eficácia da farmacologia, quer no plano individual quer no plano comunitário, permanece como um ponto essencial do controlo da Tuberculose e o seu sucesso carece que se assegure de forma regular uma

vigilância ativa para detetar precocemente as fontes de não adesão, já que a individualização do tratamento fomenta a sua adesão.

Desde 2007 que a Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte defende, através da Proposta de Programa de Luta contra a Tuberculose, que os centros de saúde, atualmente as USF/ UCSP, devem promover o diagnóstico rápido em caso de suspeita de Tuberculose com o devido encaminhamento para o CDP. Devem também, colaborar no tratamento dos doentes da sua área de afluência especificamente no que se refere à administração da TOD e colaborar nas atividades desenvolvidas na área da Tuberculose (Portugal, 2007).

Os princípios basilares do tratamento da doença passam por (Portugal, 2020, p. 15):

- “Terapêutica combinada;
- Duração mínima de 6 meses (182 tomas);
- Toma única diária em regime de Toma Observada Diretamente (TOD)”.

O Boyle et al. (2002) num estudo sobre a adesão ao regime terapêutico na Tuberculose, evidenciaram que o tempo despendido na deslocação diária é um fator preponderante para o abandono e que o fornecimento gratuito da medicação não é, por si, só uma motivação para que o doente adira à TOD.

Neste sentido o Enfermeiro a exercer funções nas USF/UCSP assume um papel de agente ativo como elemento de referência do doente, pela proximidade e o estabelecimento de vínculos de confiança durante o seu ciclo de vida. Compete também a este profissional, motivar o doente e família na percussão da sua cura, identificar as necessidades e problemas que possam dificultar o tratamento, através de um acompanhamento individual de cuidados centrado no doente inserido na sua família e comunidade.

A Tuberculose é uma doença curável, contudo exige um tratamento longo que conduz muitas vezes ao seu abandono. Durante este percurso o Enfermeiro assume-se como o profissional de excelência na promoção da adesão ao regime terapêutico e, conseqüentemente, o sucesso do mesmo. É importante que os serviços de saúde sejam “flexíveis para dar ao doente a escolha relativamente ao local onde recebe o tratamento” e estabelecer estrategicamente um compromisso do doente para a toma da terapêutica (CIE, 2008, p. 38).

O tratamento é o eixo estratégico no combate da doença e o seu sucesso implica um conjunto de fatores como motivação do doente e família, nível de conhecimento da doença, fatores socioeconómicos, conhecimento dos efeitos secundários da medicação e que devem ser valorizados, pois podem atuar como facilitadores ou como barreiras neste processo. Neste sentido, a abordagem do Enfermeiro, deve ser centrada no

doente/família, com estabelecimento de parcerias que permitam a tomada de decisão informada sobre o seu estado de saúde. Reforça-se a importância do Enfermeiro que exerce funções nas USF/UCSP na supervisão do tratamento através da execução da TOD, pelo conhecimento, pela proximidade e relação de confiança que detém com doente e família ao longo do seu ciclo de vida e, principalmente, neste processo de doença.

2.2.4 Estratégias DOTS

Para fazer face ao crescente aumento de casos a nível mundial, a WHO em parceria com a “STOP TB”, adotou um conjunto de estratégias designadas por DOTS - *Directly Observed Treatment Short Course*, que visam aumentar as medidas de controlo da doença e diminuir os custos associados. Em Portugal, o Programa Nacional para a Tuberculose encontra-se alinhado com as metas prioritárias definidas pela WHO e pelas estratégias DOTS resultando num esforço coletivo no controlo da doença (CIE, 2013).

As estratégias DOTS apresentam-se então, como um conjunto de medidas práticas sustentadas por cinco princípios: compromisso político para assegurar os recursos necessários; a deteção de casos através do acesso a serviços especializados; o regime padronizado por meio da TOD; o fornecimento de fármacos de qualidade de forma contínua e um sistema de registo e notificação padronizado de forma a monitorizar o controlo da doença. A irradicação desta doença vai muito além da visão biomédica do seu diagnóstico, implica um conhecimento aprofundado dos determinantes de saúde e sociais (Portugal, 2016).

Os cuidados de saúde primários mostram-se como um contexto crucial, permitindo atuar em diferentes campos de ação, nomeadamente na prevenção da vulnerabilidade da doença (quimioprofilaxia preventiva), na transmissão da doença na comunidade (rastreios de contacto a grupos de risco), tratamento de casos em fase ativa da doença ou avaliação da evolução da doença e na adesão ao regime terapêutico (CIE, 2008).

O Enfermeiro que exerce funções em cuidados de saúde primários tem uma participação de destaque na implementação destas estratégias pela sua proximidade ao doente e pela oportunidade na identificação e gestão precoce na suspeita de casos de Tuberculose. É o primeiro contacto dos doentes com o sistema de saúde e quem melhor conhece os seus processos de saúde e doença, além de que possui uma posição determinante no diagnóstico de situação, na intervenção, implementação e avaliação dos resultados (OE, 2013), além de garantir o acesso equitativo e o estabelecimento de parcerias de coresponsabilização.

2.2.4.1 TOD – Toma de Observação Direta

A TOD assume-se como uma pedra basilar da estratégia DOTS. Consiste na administração da medicação para o tratamento da doença sobre supervisão do profissional de saúde (Portugal, 2016).

Todavia, esta intervenção não é só a simples administração da medicação, é a chave para o sucesso de todo o tratamento e da concretização da estratégia DOTS, na medida que fomenta a adesão ao tratamento, avalia fatores como “organização e tratamento da Tuberculose na comunidade, ... deteção precoce, monitorização e registo de efeitos adversos da terapêutica, promoção da educação para a saúde e gestão do regime terapêutico” (OE, 2013. p. 12), constituindo, assim, um contributo fundamental no combate à doença e a uma das maiores emergências de saúde pública, a resistência aos antibióticos de 1ª linha.

Como vantagens, esta estratégia compreende o apoio e acompanhamento do doente no seu processo de cura, reconhecimento precoce dos efeitos secundários da medicação, criação de relações de confiança que potenciam a saúde, sendo, portanto, uma ocasião privilegiada para a deteção das necessidades específicas de cada doente (Portugal, 2016), exigindo um tratamento individual, reciprocidade e confiança entre o profissional de saúde e o doente (Cecília & Marcon, 2016).

Rocha et al. (2021) referem que este processo multidimensional requer uma atitude de colaborativa entre o profissional, o doente e as redes sociais de apoio. Compreende-se esta visão, porque os doentes quando sujeitos a tratamentos prolongados, como é o caso da Tuberculose, ficam mais propensos ao seu abandono, tornando difícil a gestão e controlo da doença (O'Boyle et al., 2002).

É um facto, sob o prisma biomédico, que pessoas tratadas em regime da TOD têm maior probabilidade de cura e menor possibilidade de desenvolver formas multirresistentes da doença, todavia, holisticamente esta modalidade assegura o vínculo entre o doente, família e serviços de saúde, favorecendo a aproximação dos profissionais ao contexto social do doente. É um momento primordial para o empoderamento do doente e família no seu processo de cura, com um papel ativo no tratamento, assim como na promoção da adesão ao mesmo. “Os Enfermeiros são, de longe, o maior grupo de profissionais de saúde em qualquer parte do mundo e, na maioria das áreas de cuidados de saúde, muitas vezes efetuam a maior parte do trabalho no controlo da Tuberculose” (CIE, 2008, p. 40).

Reconhece-se então, que nesta luta o Enfermeiro “surge, assim, claramente na linha da frente no concretizar de um tratamento padronizado como é a TOD – que se quer

verdadeiramente efetivo na sua plenitude de objetivos, muito além da simples e redutora vigilância da ingestão de comprimidos” (OE, s/d, s/p).

Embora a TOD centre os seus objetivos no doente, os ganhos em saúde repercutem-se a longo prazo na comunidade, pois ao garantir a adesão ao tratamento instituído e redução da taxa de abandono, consegue-se interromper a transmissão da doença na comunidade, evitar as formas multirresistentes e reduzir a taxa de mortalidade (Portugal, 2016).

Reconhecidos os objetivos e as vantagens da TOD entende-se que a sua realização na USF/UCSP, como escolha preferencial do doente, vá ao encontro dos objetivos propostos na procura de cuidados humanizados, na garantia de proximidade e acompanhamento, na redução da taxa de abandono e nos ganhos em saúde.

“No âmbito do tratamento ambulatorio deve-se possibilitar à pessoa o acesso aos serviços de saúde, o mais próximo possível da sua residência (ou local de trabalho). Esta é uma abordagem centrada na pessoa, que facilita o acesso ao tratamento, a escolha do local e da hora mais conveniente para a TOD” (Portugal, 2013, p. 11).

Realça-se também, o disposto na Portaria n.º 1368/2007 (2007), de 18 de outubro, sobre a carteira básica de serviços das USF e o seu compromisso assistencial no que concerne às áreas de intervenção, dado que é da sua competência os cuidados ao doente em situação de doença aguda, nomeadamente no apoio à adesão ao plano terapêutico, na administração de medicamentos e reabilitação e a interligação e colaboração com outros serviços em estreita colaboração com os serviços de saúde pública e autoridade de saúde, tanto nos casos de doenças de declaração obrigatória. No caso das UCSP, e devido à analogia de cuidados, destaca-se o artigo nº 10 do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 fevereiro, que sublinha que esta unidade funcional tem uma estrutura idêntica à prevista para USF, pelo que deve prestar cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos (Decreto-Lei n.º 28/2008, 2008).

Se esta modalidade de tratamento compreende o doente como centro de todo o cuidar, é igualmente fundamental frisar que o seu sucesso depende, em larga escala, do conhecimento dos Enfermeiros sobre esta modalidade de tratamento, benefícios e dificuldades.

Estudos revelam que a falta de tempo disponível pela sobrecarga com as restantes atividades (Cecília & Marcon, 2016) e a ineficácia dos circuitos comunicacionais entre as diferentes unidades de saúde (Mendez et al., 2015) são as dificuldades que os

profissionais mais identificam. Sugerem ainda, que o investimento deve passar pela capacitação dos profissionais de saúde (Cecília & Marcon, 2016).

Monteiro e Rodrigues (2011) enfatizam a importância dos cuidados centrados no doente, com profissionais flexíveis, promotores de estratégias que vão ao encontro das suas necessidades.

Santana et al. (2020), num estudo qualitativo sobre dificuldades, caminhos e potencialidades da descentralização do atendimento à Tuberculose, expuseram que a efetividade de um serviço de saúde resulta de um conjunto de fatores como o comprometimento dos objetivos a alcançar, das estruturas físicas adequadas e da capacitação e motivação das equipas que constituem o serviço de saúde.

Na verdade, o controlo da Tuberculose não representa somente um desafio para os doentes e famílias, mas também para os Enfermeiros, enquanto profissionais de referência, quer ao nível da operacionalização dos cuidados ao doente quer ao nível organizacional, prevendo-se que os cuidados individualizados centrados no doente sejam um ponto fundamental para a eficácia do tratamento.

2.3 METODOLOGIA

A investigação científica caracteriza-se pela aquisição de conhecimentos, através de um processo sistemático e ordenado na busca de respostas aos problemas identificados. A teoria e a investigação encontram-se em estreita ligação, dado que a teoria permite a compreensão dos fenómenos enquanto a investigação permite o desenvolvimento da teoria através da descrição, explicação ou relação dos fenómenos em estudo (Fortin, 2003).

A Enfermagem deve basear a sua prática clínica em evidência produzida através da investigação científica. A passagem do conhecimento empírico para o conhecimento baseado em resultados permite a tomada de decisão sustentada e conduz a cuidados de excelência (Danski et al., 2017).

De seguida será apresentada a justificação que conduziu à escolha do tema assim como as etapas delineadas para dar resposta à metodologia desta investigação.

2.3.1 Justificação da problemática de investigação

No ENP desenvolvido na USP do ACeS Cávado I sob orientação de uma Enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária, responsável pela gestão do Programa Nacional para a Tuberculose e que também exerce funções no CDP de Braga, considerou-se prioritário investigar uma área que traduzisse as preocupações da equipa

multidisciplinar da USP e que, simultaneamente, fosse um problema identificado pela Enfermeira orientadora e passível de resolução.

Neste âmbito, e porque 92% dos doentes com Tuberculose residentes em Braga, realizam a TOD diária no CDP e não na USF/UCSP onde estão inscritos, contrariando as orientações da Direção Geral de Saúde (Portugal, 2006) que preconiza uma abordagem centrada no doente/família, emergiram algumas preocupações que nos levaram a procurar conhecer mais pormenorizadamente a dimensão deste problema.

Assim, num primeiro momento, optamos por auscultar a equipa multiprofissional do CDP, no sentido de identificarmos os motivos que levam a que a TOD seja efetuada no CDP e não na USF/UCSP. No entender desta equipa, apesar dos doentes com Tuberculose manifestarem algum desagrado por terem que se deslocar ao CDP, a maioria das USF/UCSP não mostra disponibilidade para operacionalizar a TOD e não sentem esta situação como um problema. Revelam ainda, que quando solicitada a sua colaboração para a realização da TOD apresentam alguns obstáculos, realizando-a como último recurso.

Face a esta constatação e considerando as vantagens da realização da TOD nas USF/UCSP pela proximidade do contexto social e pelo estabelecimento de vínculos entre o serviço de saúde, o doente e a família, justifica-se a pertinência da realização deste trabalho de investigação. Os resultados obtidos pretendem identificar as dificuldades e estratégias para melhoria dos cuidados que conduzirão, certamente, à coparticipação entre as unidades funcionais que trabalham na prevenção e tratamento da Tuberculose, em busca de cuidados de excelência para o doente e no controlo desta doença enquanto problema de saúde pública.

O EEEC - AESCSP pelos domínios das suas competências, assume um papel preponderante na identificação dos problemas e necessidades que limitem a implementação das orientações do Programa Nacional para a Tuberculose e operacionalização de uma estratégia basilar no controlo da Tuberculose como é o caso da TOD, pois sabe-se que o sucesso terapêutico é um fator determinante para a diminuição da incidência e prevalência desta doença.

2.3.2 Questão de Partida, Objetivos e Finalidade

Uma investigação tem como ponto de partida uma problemática que exige uma melhor compreensão ou explicação de um fenómeno causador de inquietação e irá orientar e delimitar o percurso metodológico (Fortin, 2003).

A questão de investigação é um enunciado claro, colocado sob forma interrogativa, no presente, que inclui a população alvo e conceitos elementares que sugerem uma investigação empírica, especificando os aspetos a estudar (Fortin, 2003).

Para este trabalho de investigação definiu-se como questão de investigação: Qual a perceção dos Enfermeiros que integram o Conselho Técnico do ACeS Cávado I e que exercem funções nas USF/ UCSP quanto à realização da TOD nos doentes com Tuberculose, na unidade funcional que representam?

Como objetivo geral pretende-se conhecer a perceção dos Enfermeiros que integram o Conselho Técnico do ACeS Cávado I e que exercem funções nas USF/ UCSP quanto à realização da TOD nos doentes com Tuberculose, na unidade funcional que representam.

Face ao objetivo geral, estabeleceram-se os seguintes objetivos específicos:

- Identificar a importância atribuída pelos Enfermeiros das USF/UCSP do ACeS Cávado I à realização da TOD nas respetivas unidades funcionais;
- Identificar os aspetos positivos e as dificuldades para a realização da TOD nas USF/ UCSP do ACeS Cávado I;
- Identificar soluções para a implementação da TOD nas USF/UCSP do ACeS Cávado I.

Este estudo tem como finalidade contribuir para a descentralização da TOD do CDP através da identificação das dificuldades que os Enfermeiros sentem com a operacionalização desta estratégia na unidade funcional onde exercem funções, especificamente na USF/UCSP e elencar um conjunto de estratégias que os participantes considerem fundamentais para que isso possa ocorrer.

2.3.3 Tipo de Estudo

Face ao objetivo do estudo, foi utilizada uma abordagem qualitativa, efetuando um estudo descritivo, dado que se pretende conhecer a perceção dos participantes sobre um tema, especificamente sobre a realização da TOD nos doentes com Tuberculose nas USF/UCSP, de um ACeS.

A investigação qualitativa para Malhotra (2004) é uma metodologia de pesquisa não estruturada, que desenvolve uma compreensão inicial. “Procura-se descrever, ... para informar sobre a compreensão de um determinado fenómeno” (Gonçalves et al., 2021, p. 10).

Em investigação científica, a abordagem qualitativa adquire importante relevância em estudos cujo objetivo é aprofundar o conhecimento que vai além da quantificação estatística, permitindo um entendimento mais detalhado sobre o problema.

O investigador qualitativo considera que os participantes do estudo possuem um conhecimento, uma experiência e um saber fundamental sobre determinado fenómeno que os diferencia dos restantes (Fortin, 2013), para tal deve descrever e interpretar os factos tal como se apresentam, sem os controlar (Freixo, 2011).

2.3.4 Contexto e Participantes

O estudo foi efetuado nas USF/UCSP do ACeS Cávado I onde também se integra a USP e onde foi desenvolvido o ENP. Assim, uma vez que no capítulo da Caracterização do Contexto da Prática Clínica, apresentamos os aspetos sociodemográficos do ACeS, interessa agora identificar algumas especificidades das USF/UCSP.

Com a reforma dos cuidados de saúde primários em 2005, a constituição das USF foi a primeira mudança relevante e que conduziu à criação dos ACeS após reestruturação organizacional dos serviços públicos (Biscaia & Heleno, 2017).

A criação dos ACeS encontra-se regulamentada pelo Decreto-Lei n.º 28/2008 e são serviços públicos com autonomia administrativa, formados por um conjunto de unidades funcionais provenientes de um ou mais centros de saúde, com a missão comum de garantir a prestação de cuidados de saúde primários à comunidade da sua área geográfica. Das unidades funcionais integrantes dos ACeS salientam-se as USF e as UCSP pela importância neste estudo de investigação.

O Decreto-Lei n.º 298/2007, no 3º artigo, define as USF como unidades de saúde prestadoras de cuidados de saúde individuais e familiares, com autonomia organizativa e funcional, integradas em rede com outras unidades funcionais do centro de saúde. O mesmo artigo define que a USF deve englobar uma equipa multiprofissional composta por médicos, enfermeiros e administrativos que garanta a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos cuidados prestados. O Decreto-Lei n.º 28/2008, no 10º artigo, refere que as UCSP têm estrutura idêntica às USF, prestando cuidados personalizados e são compostas por elementos que não integraram as USF.

A carteira básica de serviços das unidades funcionais acima referidas implica um compromisso assistencial que deve ser contratualizado em termos dos cuidados a serem prestados à população. Deste compromisso assistencial, destacam-se duas áreas de intervenção: o acompanhamento clínico em caso de doença crónica, como é o caso dos doentes com Tuberculose e os cuidados à pessoa em situação de doença aguda. Esta última engloba atividades como a execução de planos terapêuticos através

da administração de medicação como é a TOD, o apoio ao doente e família na adesão ao seu plano terapêutico e a educação para a saúde para a recuperação e promoção da saúde.

Após identificar algumas especificidades das USF/UCSP segue-se a identificação dos participantes deste estudo de investigação.

Os participantes na investigação qualitativa são sujeitos inseridos em determinado contexto com informação desejada, sendo por isso considerados “informantes-chave” pois “concentram entre si os conteúdos que dizem respeito aos objetivos da pesquisa” (Fontanella, 2021, p. 35).

Estes são selecionados intencionalmente e detêm significações que vão ao encontro do objetivo traçado de forma a obter os significados que atribuem ao fenómeno em estudo. A sua elegibilidade não é feita através de cálculos das suas características, pois são escolhidos pela sua especificidade e importâncias. Por esta razão o processo de amostragem caracteriza-se por ser flexível, sendo que o número previsto inicialmente pode ser revisto depois do processo de análise (Fontanella, 2021).

Para definir os participantes deste estudo de investigação foi necessário identificar o número de Enfermeiros que exercem funções nas USF/ UCSP do ACeS Cávado I. Pelo elevado número de Enfermeiros (100 profissionais) e dada a natureza qualitativa do tema, optou-se por delimitar a amostra, definindo como participantes no estudo os Enfermeiros que integram o Conselho Técnico deste ACeS, enquanto representantes da USF/UCSP onde trabalham, perfazendo um total de 20 Enfermeiros.

Optou-se por este grupo tendo em conta as competências regularizadas no artigo 14º, do Decreto-Lei nº 298/2007, que descreve o Enfermeiro que integra o Conselho Técnico como detentor de qualificação profissional elevada e de vasta experiência profissional em cuidados de saúde primários, sendo eleito pelos seus pares. Como tal, tem o dever de orientar para o cumprimento das normas emitidas pelas entidades competentes, através da elaboração do manual de boas práticas, supervisão e organização de atividades de formação contínua e do conhecimento aprofundado da satisfação dos profissionais e dos utentes, no sentido da melhoria continua da qualidade dos cuidados de saúde.

2.3.5 Procedimentos de Recolha de dados

A recolha de dados em investigação requer o uso de instrumentos apropriados mediante a sua abordagem metodológica. A origem do problema que se pretende responder determina o tipo de método de colheita de dados a utilizar, sendo que a abordagem qualitativa requer instrumentos de medida subjetivos para obter informação dos

participantes conforme o seu testemunho. Fortin (2003) define o questionário como um método de colheita de dados para obter informações relativos a factos ou ideias, preferências expectativas ou atitudes.

2.3.5.1 Instrumento de recolha de dados

Para a colheita dos dados optou-se pela utilização de um questionário semiestruturado. Segundo Gil (2008, p.128), o questionário é uma “técnica de investigação composta por ... questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, aspirações”.

O questionário semiestruturado é um método de colheita de dados composto por um conjunto de questões fechadas pré-definidas e questões abertas com recurso a respostas escritas, preenchido pelos participantes (Fortin, 2003).

Estruturalmente o questionário foi dividido em duas partes, sendo a primeira composta por questões fechadas de caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes. A segunda parte compreende as questões abertas relativas à perceção dos participantes sobre a TOD, visando a descrição do seu conhecimento sobre a TOD e a possibilidade da administração nas USF/UCSP e consequente descentralização do CDP (Apêndice II).

Tal como foi descrito anteriormente, o tema desta investigação foi reconhecido pela equipa da USP como sendo particularmente complexo, dada a fraca adesão dos profissionais para a execução da TOD nas USF/UCSP, tendo a investigadora sido alertada para possíveis obstáculos à participação neste estudo. Por ser um tema sensível e de forma a oferecer uma maior comodidade e anonimato aos participantes, optou-se pelo envio do questionário por e-mail via institucional proporcionando, a cada elemento: a oportunidade de responder às questões num local da sua preferência; não se sentir pressionado a responder pela presença do investigador; a preservação da sua identidade; e, desta forma, enviar as suas respostas.

O uso do questionário online na investigação qualitativa em saúde não é muito frequente, contrariamente ao que se verifica nas ciências sociais. Contudo, começa a surgir interesse de pesquisa neste sentido. Salvador et al. (2020) num artigo científico de *scoping review* sobre as estratégias da colheita de dados online na área da saúde, verificaram que, apesar de incipiente, esta estratégia tem vindo a ser cada vez mais utilizada. Salientam ainda que, com a utilização de um instrumento de colheita de dados via online, existe uma maior possibilidade de reflexão sobre as respostas por parte dos participantes pois o acesso pode ser feito num desejado momento, de forma mais

cómoda. Para Chaer et al. (2011) este método não expõe os participantes à influência das opiniões e do aspeto pessoal do entrevistado. A baixa adesão de resposta é um risco associado neste processo e que deve ser colmatado com recurso a estratégias que motivem os participantes. Marconi e Lakatos (2003) destacam a importância do envio de uma nota explicativa da investigação, salientando o papel dos participantes no estudo e quais os contributos das suas respostas, com o objetivo de motivar à sua participação.

Face ao depreendido, o questionário deste estudo foi enviado para o e-mail institucional através da Enfermeira Diretora do ACeS, explicando, em nota introdutória, a importância da participação no estudo e reforçando o seu anonimato e confidencialidade de forma a promover uma maior adesão. De salientar que o investigador não teve acesso aos dados dos participantes, pois o formulário foi pré-definido para que esta informação não ficasse disponível. Para colmatar a baixa adesão, duas semanas após o envio do formulário, foi endereçado novo e-mail por parte da direção de Enfermagem a reforçar a importância do estudo, apelando novamente à participação.

2.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Para este trabalho de investigação foram tidas em conta todas as considerações éticas essenciais à sua realização, nomeadamente o consentimento informado, esclarecido e livre, bem como a confidencialidade e proteção dos dados.

“A investigação em seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades da pessoa” (Fortin, 2003 p. 116). É, portanto, importante tomar todas as disposições necessárias para proteger as pessoas que participam nas investigações (Fortin, 2003).

Para tal encontram-se regulamentadas desde 1995 as comissões de ética para a saúde de forma a garantir todas as considerações éticas numa investigação, garantindo a dignidade e a integridade humana (Decreto-Lei 80/2018, 2018). Para Flick (2005 in Gonçalves et al., 2021) o papel deste órgão é assegurar que a investigação cumpre todos os princípios de ética previstos nos códigos de ética, focando-se essencialmente na qualidade científica, ou seja, no gerar de novo conhecimento, no bem-estar dos participantes pesando os riscos e os benefícios da participação na investigação. Foca-se ainda no respeito pela dignidade humana, na beneficência, na justiça e na autonomia dos participantes para um consentimento livre e informado.

Assim, este processo teve início com o pedido de autorização ao Conselho Executivo do ACeS Cávado I (anexo II), seguido do pedido de parecer à Comissão de Ética da ARS Norte (anexo III). Finalizada esta etapa e após as devidas autorizações, solicitou-

se à direção de Enfermagem a divulgação do questionário aos Enfermeiros que integram o Conselho Técnico do ACeS, enquanto representantes das USF/UCSP, via e-mail institucional solicitando a sua colaboração para a participação no estudo.

O texto introdutório, parte inicial do questionário, foi elaborado com base no modelo de consentimento para participação em investigação da ARS Norte e foi constituído por uma explicação clara e concisa da finalidade e dos objetivos do estudo, do respetivo pedido de consentimento legal livre e informado, garantido o direito à confidencialidade das respostas e o anonimato das informações, bem como o direito a mudar de ideias ficando sem obrigatoriedade de justificar o eventual abandono, em consonância com a declaração de Helsínquia e a convenção de Oviedo (Portugal, 2022).

Foi também tido em conta o fornecimento de dados do investigador, nomeadamente e-mail e número de telemóvel pessoal para esclarecimentos de dúvidas. A codificação utilizada para identificar os instrumentos de colheita de dados que continha as respostas dos participantes foi realizada por meio de elementos alfanuméricos garantindo o seu anonimato.

O investigador comprometeu-se a destruir todos os dados obtidos após o término do estudo de investigação.

2.5 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS

Dado que o instrumento de recolha de dados integrou questões fechadas de caracterização sociodemográfica e profissional, o tratamento destas variáveis foi efetuado através do programa estatístico IBM *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) – versão 26.0.

Relativamente à segunda parte do questionário que se refere a questões abertas, a análise dos dados foi desenvolvida através da técnica de análise de conteúdo das respostas dadas pelos participantes, segundo Bardin (2016). Esta autora define a análise de conteúdo como uma técnica de investigação com descrição quantitativa, objetiva e sistemática do conteúdo manifestado por um sujeito com o intuito de interpretar o mesmo e que permitam a inferência de conhecimentos.

O seu processo compreende três fases: a pré-análise, a exploração do material e, por fim, o tratamento dos resultados obtidos (Bardin, 2016). Na pré-análise, o investigador organiza e compila todo material a analisar. O investigador deve realizar uma “leitura flutuante” para ficar já com algumas impressões sobre os dados, ou seja, familiarizar-se com o que foi respondido pelos participantes e assim poder constituir o *campo do corpus*, ou seja o material que será submetido a análise. A escolha do *corpus* deve

obedecer a algumas regras como a exaustividade, a representatividade, a homogeneidade e a pertinência dos dados para responder ao problema em estudo. Ultrapassada a primeira fase, o investigador passa para a fase da exploração do material onde vai selecionar as *unidades de registo* que podem ser palavras ou temas dentro do interesse da pesquisa e agrupa-as por categorias objetivas. Classificar as *unidades de registo* em categorias, implica que cada elemento tem algo em comum entre si. Primeiramente isolam-se os elementos, para depois organiza-los. A escolha destas categorias deve estar orientada com a fundamentação teórica e o tema de investigação. “Tratar o material é codifica-lo. A codificação corresponde a uma transformação - efetuada segundo regras precisas - dos dados brutos do texto” (Bardin, 2016, p. 103).

A última fase deste processo é o *tratamento e a interpretação* dos resultados obtidos tornando-os significativos e válidos. A inferência vai para além do descrito pelo emissor pois interessa a verdadeira essência da mensagem, ou seja, o que está por trás do imediato e é da relação entre os dados obtidos e a teoria que emerge a interpretação (Bardin, 2016).

Utilizando-se a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2016), após leitura flutuante das respostas e da organização do material, identificaram-se e agregaram-se as unidades de registo mediante os temas, resultando em três grandes categorias por aproximação semântica: Importância da TOD; Operacionalização da TOD e Estratégias de melhoria.

Das três categorias identificadas emergiram ainda cinco subcategorias. Para a categoria Importância da TOD identificaram-se as subcategorias: Objetivos da TOD e Descentralização da TOD; para a categoria Operacionalização da TOD identificaram-se as subcategorias: Aspectos positivos da TOD efetuada na USF/UCSP e Dificuldades para a administração da TOD na USF/UCSP. Por fim, para a categoria Estratégias de melhoria identificou-se a subcategoria: Estratégias para implementação da TOD na USF/UCSP (tabela 1).

Tabela 1- Categorias e Subcategorias identificadas após análise de conteúdo

Categorias	Subcategorias
Importância da TOD	a) Objetivos da TOD b) Descentralização da TOD
Operacionalização da TOD	c) Aspectos positivos da TOD efetuada na USF/UCSP d) Dificuldades para a administração da TOD na USF/UCSP
Estratégias de melhoria	e) Estratégias para implementação da TOD na USF/UCSP

2.6 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste item são apresentados os resultados do estudo, iniciando-se pela caracterização sociodemográfica e profissional, seguida dos objetivos específicos do estudo, e, simultaneamente, a sua análise e discussão. Posteriormente, faz-se uma reflexão sobre as limitações identificadas e sugestões para investigações futuras.

Os resultados que se seguem são referentes a dez participantes, o que corresponde uma taxa de adesão de 50%.

2.6.1 Caracterização sociodemográfica e profissional

Relativamente à caracterização sociodemográfica e profissional (tabela 2) verifica-se que a maior parte dos participantes são do género feminino (n= 8), com uma média de idade de 43,9 anos, e um desvio padrão de 4,84.

A idade mínima é de 38 anos e a idade máxima é de 53 anos. O grupo etário dos [40-49] é o mais representado com sete Enfermeiros.

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes

	n	%
Género		
Masculino	2	20%
Feminino	8	80%
Grupo etário		
[30-39]	2	20%
[40-49]	7	70%
[50-59]	1	10%
Habilitações académicas		
Licenciatura	9	90%
Mestrado	1	10%
Doutoramento	0	0%
Tempo de exercício profissional		
Menos 10 anos	4	40%
10 a 15 anos	4	40%
Mais de 15 anos	2	20%

Quase a totalidade de amostra possui o grau académico de licenciatura (n=9) e um participante é detentor do grau de mestre.

No que concerne ao tempo de exercício profissional a maioria dos participantes (n=8) trabalha há menos de 15 anos, ou seja, coincidindo este início de funções com a criação das unidades funcionais, dado que o processo de lançamento e implementação das USF iniciou-se em 2006 com o Despacho Normativo n.º 9/2006, de 16 de fevereiro, reforçado com a criação dos ACeS e das unidades funcionais que estes devem compreender, entre as quais, as USF e as UCSP, através do Decreto-Lei nº 28/2008, 22 de fevereiro.

Para Rocha et al. (2021), a experiência profissional confere uma autonomia profissional baseada num corpo de saberes que facilmente é mobilizado para os contextos diários de trabalho, promovendo uma tomada de decisão sustentada e segura.

No que respeita à execução da TOD em doentes com Tuberculose, apenas 3 participantes referem que na USF/UCSP onde exercem funções realizam esta modalidade de tratamento. Da totalidade dos participantes somente 3 participantes nunca efetuaram a TOD no seu trajeto profissional.

Estes dados vão ao encontro do exposto anteriormente pela equipa do CDP no que respeita à implementação da TOD, onde existem algumas USF/UCSP que o fazem ou já o fizeram, no entanto, denotam alguma resistência por parte da maioria destas unidades funcionais.

2.6.2 Perceção dos Enfermeiros relativamente à TOD

Como foi descrito anteriormente a análise de dados das respostas referentes às questões abertas do questionário foi sustentada pela análise de conteúdo segundo Bardin (2016) seguindo todos os pressupostos exigidos.

Para facilitar a compreensão do estudo, apresentam-se, analisam-se e discutem-se os dados de acordo com os objetivos específicos do estudo.

Identificar a importância atribuída pelos Enfermeiros das USF/UCSP do ACeS Cávado I, à realização da TOD nas respetivas unidades funcionais

A análise dos dados possibilitou a identificação da categoria **Importância da TOD** e das subcategorias “Objetivos da TOD” e “Descentralização da TOD”.

Verifica-se que igual número de Enfermeiros participantes neste estudo (quatro), consideram que os principais “Objetivos da TOD” em doentes com Tuberculose (tabela 3) são *Garantir a Toma integral da medicação* e *a Adesão ao regime terapêutico*, como se pode verificar nos seguintes excertos de frases:

P1: "...garantir a **toma integral** sem falhas..."

P2: "...que a medicação seja **tomada corretamente** sem falhas..."

Três Enfermeiros consideram que o principal objetivo da TOD em doentes com Tuberculose é o *Cumprimento da medicação*, tal como se pode verificar nos seguintes discursos:

P1: "...**garantir a toma integral** da medicação..."

P6: "...**garantir o cumprimento** do tratamento, **fomentar a adesão/ aceitação** do utente..."

P8: "**Garantia que cumpre** a gestão do regime medicamentoso..."

A *Eficácia do medicamento* é mencionada por um Enfermeiro, plasmada da seguinte forma:

P4: "...**eficácia** da medicação/ ter a certeza que o utente toma a medicação."

Tabela 3 - Unidade de registo da Subcategoria: Objetivos da TOD

Participante	Toma integral da medicação	Cumprimento da medicação	Eficácia	Adesão ao regime terapêutico
1	X			
2	X	X		
3	X			
4	X		X	
5		X		X
6		X		X
7				X
8		X		
9				X
10	X			

Quanto à possibilidade dos doentes em regime de TOD poderem realizar o seu tratamento numa USF/ UCSP à sua escolha, promovendo desta forma a "Descentralização da TOD" do CDP (tabela 4), verifica-se que metade dos Enfermeiros (cinco) reconhece os benefícios desta possibilidade, dado que atende à escolha do doente pela *Proximidade* ao local de residência do doente (quatro Enfermeiros), pela *Continuidade de cuidados* e pela *Facilidade para o tratamento*, sendo cada unidade da subcategoria mencionada por um Enfermeiro. Como exemplos de discurso, destacamos:

P1: “Se o utente tiver um CDP **na sua área de residência**, penso que será mais adequado...”

P3: “Deve realizar **na sua unidade** para garantir a **continuidade de cuidados...**”

P9: “...parece-me bem, deveria ser na **USF mais próxima.**”

P10: “Para o utente: escolher por exemplo **uma unidade mais perto** da sua residência (...)”

Contudo, a outra metade dos Enfermeiros participantes (cinco) não concorda com a realização TOD nas USF/UCSP, considerando que esta deverá continuar a ser realizada no CDP. Como principais argumentos utilizam a maior possibilidade de ocorrer *erro na medicação a administrar, a incompatibilidade com o modelo organizacional* das unidades funcionais em questão, a *maior sobrecarga* dos Enfermeiros que exercem funções na USF/UCSP e ainda, a diminuição no compromisso de administração da TOD, tal como se pode verificar nos excertos dos seguintes participantes:

P7 “pode facilitar a toma ao utente, mas levar a **mais erros**”

P6 “**não se coaduna** com o modelo organizativo da USF”

P10 “(...) **mais sobrecarga** de trabalho com o utente não inscrito na USF; o atendimento de um utente não inscrito na USF será feito em consulta aberta, ou seja, o agendamento é feito no próprio dia, correndo o risco de não ter possibilidade de agendamento, caso falte, ninguém monitoriza esta ausência (**não existe compromisso**)”.

Tabela 4 - Unidade de registo da Subcategoria: Descentralização da TOD

Participante	Na própria unidade	Continuidade de cuidados	Facilidade para o tratamento	Proximidade ao domicílio	Compromisso	Não concorda/ no CDP
1				X		
2						X
3	X	X				
4						X
5	X					
6						X
7			X			
8						X
9	X	X				
10				X		

No que respeita à importância da TOD os dados obtidos com este estudo corroboram os resultados dos estudos realizados por Rocha et al. (2021) e Cecília e Marcon (2016) sobre a percepção dos Enfermeiros quanto à importância da TOD.

Rocha et al. (2021), verificaram que estes profissionais reconhecem os objetivos da implementação e operacionalização da TOD para garantir a toma da medicação e evitar o seu abandono, dado que esta modalidade permite a continuidade do tratamento pois fomenta vínculos de confiança.

Já Cecília e Marcon (2016) destacaram que o compromisso terapêutico é alcançado através da aproximação entre o doente, família e o profissional de saúde, sendo a comunicação um ponto essencial neste processo dinâmico.

Relativamente à descentralização da TOD Santana et al. (2020), identificaram que a descentralização da TOD aumenta a possibilidade do diagnóstico precoce, potencia a adesão ao tratamento e, conseqüentemente, a cura do doente, conduzindo à eficácia e eficiência desta estratégia.

A literatura encontrada sobre estudos similares vai ao encontro da importância atribuída pelos Enfermeiros deste estudo sobre os objetivos centrais da operacionalização da TOD numa USF/UCSP, pois consideram que esta é uma estratégia basilar no tratamento da Tuberculose. Por outro lado, perspetivam que a possibilidade de o doente poder realizar o seu tratamento numa USF/ UCSP potencia o cumprimento do regime terapêutico e permite ainda, a prestação de cuidados de saúde numa prática continuada. Neste sentido, estes são os profissionais de excelência para a execução da TOD, pela relação de proximidade, de confiança e, acima de tudo, pela relação terapêutica entre o Enfermeiro e o utente/ família, fortemente balizada nos padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem, dado que esta relação evidencia a relação interpessoal, através do estabelecimento de parcerias, fomenta a proatividade da pessoa na procura do seu projeto de saúde, respeitando as suas capacidades e limitações (OE, 2001).

Identificar os aspetos positivos e as dificuldades para a realização da TOD nas USF/ UCSP do ACeS Cávado I

A análise dos dados possibilitou a identificação da categoria **Operacionalização da TOD** e das subcategorias “Aspetos positivos da TOD efetuada na USF/UCSP” e “Dificuldades para a administração da TOD na USF/UCSP”.

Três participantes identificam como “Aspetos positivos da TOD efetuada na USF/UCSP” (tabela 5) a *Proximidade ao domicílio* e a *Relação de ajuda e confiança* com os profissionais pois beneficia o doente, tal como se verifica no discurso de três Enfermeiros:

P2: “...**proximidade** do domicílio para o utente...”

P6: “...possivelmente a **proximidade com a residência** do utente...”

P9: “Maior **proximidade** e relação de confiança...”

Para dois Enfermeiros as dimensões da *Continuidade de cuidados*, o *Facilitar a toma*, e o *Atendimento personalizado*, também são realçados como aspetos positivos desta estratégia efetuada nas USF/ UCSP, como está visível nos seguintes segmentos de frases:

P3: “... permite a **continuidade de cuidados** assegurada pela equipa de família”

P7: “...**facilitar** a toma...”

Tabela 5 - Unidade de registo da Subcategoria: Aspetos positivos da TOD

Participante	Continuidade de cuidados	Relação com o doente	Facilidade para o Tratamento	Proximidade	Não concordo
1					X
2				X	
3	X				
4					X
5		X			
6				X	
7			X		
8					X
9		X		X	
10	X				

Os participantes identificaram como “Dificuldades para a administração da TOD na USF/UCSP” (tabela 6) a *Gestão dos agendamentos* e o *Tempo despendido* com esta intervenção e que impedem a realização de outras atividades, sendo, portanto, as dificuldades sentidas e expressas pelos participantes e que se confirma pelos discursos seguintes:

P7: “Conciliar outras atividades. **Dificuldade em agendar hora** com os utentes...”

P9: “...**Agendas sobrecarregadas, salas de espera sem condições** para manter distância social....”

Quatro participantes identificaram ainda outras dificuldades como o *Excesso de trabalho*, a *Gestão dos recursos físicos dos serviços* e a *Gestão da medicação*, como se verifica, também, pelos seguintes discursos:

P1: “... exige um **trabalho de retaguarda** para solicitação da medicação ao CDP, **preparação da medicação diária** e para os fins de semana e feriados.”

P2: “...**excesso de trabalho**...”

P4: “...**gerir o stock** de medicação, **formação** a todos os profissionais, **dúvidas** e necessidade de consulta no dia da toma, quando existem centros só para este problema com profissionais qualificados para a patologia.”

P10: “**Garantir a marcação diária** para a mesma hora (mais dificultada quando é preciso fazer a TOD em casa); **não existir circuitos** diferentes para doentes com tuberculose e outros grupos de risco/vulneráveis; a TOD à semana é feita na USF, no fim de semana já não é necessária a TOD!?”

Tabela 6 - Unidade de registo da Subcategoria: Dificuldades para a administração da TOD na USF/UCSP

Participante	Excesso de trabalho	Gestão da medicação	Gestão dos agendamentos/ tempo despendido	Gestão dos recursos físicos dos serviços	Formação
1		X	X		
2	X				
3			X	X	
4		X			X
5			X	X	
6			X		
7			X		
8		X			
9			X	X	
10			X	X	

As dificuldades sentidas pelos participantes deste estudo encontram-se em consonância com estudos realizados (Távora et al., 2021; Cecília & Marcon, 2016) onde, o aumento do volume de trabalho aliado à falta de tempo, evidenciam-se como impedimento à prestação de cuidados de qualidade, realçando a necessidade de melhorar a organização dos serviços de saúde e, conseqüentemente, condições de trabalho. Também Santana et al. (2020), mostraram que a desestruturação dos serviços de saúde, assim como a má gestão de recursos e o deficit de conhecimentos dos profissionais, levam a maiores dificuldades para a operacionalização da TOD.

Já Mendez et al. (2015) num estudo sobre a articulação dos cuidados de saúde primários no âmbito da Tuberculose num ACeS da região Norte, mostraram que 46% dos Enfermeiros refere existir uma comunicação ineficaz entre o CDP e as restantes unidades funcionais relativamente à informação sobre o diagnóstico da doença e 98,6% sentem necessidade de formação com vista à sua capacitação para a TOD.

Identificar soluções para soluções para a implementação da TOD nas USF/UCSP do ACeS Cávado I

Estratégias de melhoria é a última categoria identificada na análise dos dados convergindo ainda na subcategoria “Estratégias para implementação da TOD na USF/UCSP”.

Os participantes deste estudo apontam diferentes estratégias de melhoria a serem adotadas para implementar a TOD nas USF/UCSP (tabela 7). Para quatro Enfermeiros a solução passa por melhorar a *Gestão dos recursos físicos e dos recursos humanos dos serviços* e pela execução desta estratégia em contexto domiciliário, como é possível verificar nas seguintes exposições:

P1: “Penso que as USF não têm **estruturas adequadas** para implementar TOD, na fase de em que há risco de contágio a outros. Só existe uma sala de espera...”

P6: “Na minha opinião apenas faz sentido a TOD nas USF/UCSP em contexto de **visita domiciliária**, a ser numa UF, deveria ser no centro de doenças respiratórias...”

P9: “... **Melhorar salas** de espera...”

P10: “A estratégia dependerá do n. de utentes: caso seja 1 ou 2, agenda-se para toda a semana para o Enfermeiro disponível.”

Três Enfermeiros reforçam que o sucesso da implementação desta estratégia implica que haja uma ligação contínua entre o CDP e as USF/UCSP para *formação, disponibilidade da equipa e reorganização dos serviços* como se comprova com os seguintes discursos:

P3: “**Formação, disponibilidade** da equipa, tempo para o fazer.”

P7: “Estabelecer um **circuito de logística** para os fármacos.”

P8: “...**envio da medicação** preparada pelos CDP.”

Tabela 7 - Unidade de registo da Subcategoria: Estratégias para implementação da TOD na USF/ UCSP

Participante	Gestão dos Agendamentos	Gestão do regime terapêutico	Relação entre unidades	Formação	Gestão dos recursos físicos e humanos	Contra a hipótese
1					X	
2						X
3	X		X	X		
4						X
5						X
6					X	
7		X				
8		X				
9					X	
10	X				X	

Os dados obtidos corroboram os estudos já referidos durante esta análise e revelam que perante as dificuldades sentidas, são identificadas como estratégias de melhoria, a formação/capacitação dos profissionais para que, também eles, sejam agentes educativos, instituindo uma política de capacitação permanente (Cecília & Marcon, 2016). Apostar na melhoria dos circuitos de informação, é defendido também como uma estratégia fundamental para proporcionar uma articulação entre os diferentes serviços, contribuindo a continuidade dos cuidados e a proximidade dos profissionais (Santana et al., 2020).

O PNS 2021 – 2030 (2021) defende que a partilha de informação e conhecimento sobre os problemas de saúde e a efetividade das estratégias de intervenção permite diminuir o hiato entre o conhecimento científico e a praxis, conduzindo ainda ao estabelecimento de parcerias que facilitam a implementação uniforme das estratégias. Torna-se, portanto, fundamental priorizar um sistema de informação de saúde integrado e multidimensional que fomente abordagens integrais e integradas.

A Direção Geral da Saúde, através da Norma 001/2017 (2017), descreve também que as transições de informação entre profissionais relativamente aos cuidados prestados, implicam a existência de uma comunicação eficaz entre as equipas. Esta transferência de cuidados, frequentemente inter e intra-organizacional, envolve a partilha de informação, devendo ser assegurado que todos os dados de forma precisam e atempada, são efetivamente partilhados, contribuindo, assim, para a segurança do cuidado do doente, resultando na redução da ocorrência de erros que podem colocar em causa a continuidade dos cuidados ou tratamentos.

Profissionais formados e capacitados originam doentes e famílias mais informadas relativamente ao seu papel no seio deste processo de cura. Santana et al. (2020),

salientam que a organização dos serviços e a capacitação permanentes das equipas são estratégias essenciais para a eficácia da TOD.

Perante os resultados do nosso estudo, podemos afirmar que os mesmos vão ao encontro da revisão de literatura. Existem efetivamente algumas dificuldades na operacionalização da TOD, contudo a enumeração das estratégias facilita a sua implementação no futuro que conduzem também a uma maior motivação e compromisso dos profissionais.

2.7 CONCLUSÕES

A Tuberculose ainda é um problema de saúde pública em todo o mundo apesar de todas as estratégias implementadas, obrigando ao estabelecimento de parcerias multissectoriais no combate à doença.

Numa altura em que os serviços de saúde tentam retomar a atividade assistencial na sua plenitude após uma emergência de Saúde Mundial como foi a COVID – 19 e sabendo que, pela primeira vez em 10 anos, os números de mortes por Tuberculose aumentaram, torna-se fundamental recuperar todos os esforços empreendidos até aqui (WHO, 2021).

A TOD em doentes com Tuberculose revela-se uma estratégia preponderante no controlo da doença e o Enfermeiro, enquanto figura de referência na qualidade de cuidador da família, constitui um elemento insubstituível nesta parceria.

Concomitantemente, o EEEEC - AESCSP, pelas competências que lhe são conferidas, torna-se um elemento fundamental na avaliação dos problemas de saúde pública e identificação das necessidades dos indivíduos ou grupos nos diferentes contextos, assim como avaliação de ganhos em saúde.

As suas competências passam por promover a participação de grupos ou comunidades, envolvendo os indivíduos de forma organizada e coesa, num processo comunitário de responsabilização, de empoderamento e na identificação dos obstáculos que impedem esta capacitação, visando ganhos em saúde através de cuidados integrados e ajustados.

Os resultados desta investigação permitiram demonstrar que os participantes do estudo possuem conhecimento sobre a estratégia TOD dado que reconhecem os objetivos e os benefícios da sua realização nas unidades funcionais onde exercem funções pela proximidade ao local de residência do doente, pela continuidade de cuidados e pela facilidade para o tratamento. Contudo, defendem pela sua experiência profissional, a existência de dificuldades que impedem a sua operacionalização. São apontadas como principais dificuldades: o excesso de trabalho, a gestão dos agendamentos a gestão dos

recursos físicos dos serviços e a gestão da medicação. Ainda assim, foram elencados um conjunto de estratégias consideradas fundamentais o que revela uma abertura por parte dos participantes para a implementação desta estratégia, sendo que a aposta passa pela formação, melhoria dos circuitos de informação e pela gestão dos recursos físicos das unidades funcionais. Ultrapassados estes obstáculos perspectiva-se uma uniformização eficaz dos cuidados prestados ao doente, assente na equidade, na proximidade e centralidade do cuidar.

Com a elaboração desta investigação foi possível verificar que ainda existe pouco trabalho empírico sobre a TOD na perspetiva dos Enfermeiros e o mesmo remete-nos para investigações internacionais, nomeadamente no Brasil.

2.8 CONTRIBUTO PARA A PRÁTICA CLÍNICA

A investigação científica em Enfermagem apresenta-se como uma pedra basilar enquanto profissão que pratica cuidados de excelência. O seu grande objetivo é gerar conhecimento que responda às necessidades das diferentes populações ou contextos (Gomes et al., 2012).

O Enfermeiro durante o exercício profissional, age para responder às necessidades das pessoas e perante esta necessidade, a tomada de decisão, reflexo da autonomia e a responsabilidade, é uma realidade impossível escapar (Nunes, 2016).

Para Craig e Smyth (2004) a tomada de decisão é sustentada pela prática baseada na evidência, que por sua vez advém da investigação científica, sendo ainda complementada pela experiência profissional, crenças, atitudes e fatores organizacionais (in Gomes et al., 2012). Neste sentido a tomada de decisão implica uma abordagem sistémica e sistemática (OE, 2012).

O Enfermeiro especialista (Regulamento nº 140/ 2019) baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica, dinamizando um corpo de conhecimentos novos, contribuindo para uma prática, onde incorpora as suas competências no desenvolvimento de aprendizagens profissionais, através da avaliação da qualidade das práticas clínicas, da identificação de necessidades relevantes de investigação e da divulgação de resultados científicos, visando ganhos em saúde, sendo por isso um agente ativo no campo de investigação.

Concomitantemente o EEEC - AESCSP (Regulamento n.º 428/2018) procede à elaboração do diagnóstico de situação de um grupo ou comunidade com base na metodologia de planeamento em saúde, pois integra um conhecimento que lhe permite identificar necessidades, estabelecer prioridades, objetivos e estratégias, com vista à implementação de intervenções para os problemas de saúde e para o processo de

capacitação de projetos de saúde coletivos, em consonância com os programas e projetos nacionais.

Face ao exposto, este trabalho objetivou conhecer as percepções dos Enfermeiros que integram o Conselho Técnico do ACeS Cávado I relativamente à realização da TOD nas unidades funcionais que representam, visto que esta era uma necessidade sentida pela equipa gestora do programa da Tuberculose e pela equipa do CDP. Os resultados visam contribuir para a melhoria dos cuidados prestados ao doente, dado o reconhecimento dos benefícios desta estratégia, para uma prática clínica especializada e de excelência.

Como foi explanado no enquadramento teórico deste trabalho, a Tuberculose como um problema de saúde pública, requer uma intervenção consertada de todos os intervenientes. É, por isso, fundamental que toda a equipa multidisciplinar, onde se inclui o doente e família, sejam dotados de capacidades para atingir os objetivos delineados. Esta investigação permitiu obter um diagnóstico da situação atual, sendo detetados os aspetos positivos e as dificuldades sentidas na implementação da TOD, assim como reunido um conjunto de estratégias passíveis de intervenção, estabelecendo parcerias entre as unidades funcionais, a equipa do CDP e a equipa da USP, enquanto gestora deste programa. Sugere-se então, intervir nas áreas da informação e formação/capacitação dos profissionais, na eficácia dos circuitos comunicacionais, na otimização do trabalho em equipa, que contribuirão, certamente, para a mudança deste paradigma.

Os Enfermeiros durante o seu exercício profissional regem-se por um conjunto de padrões de qualidade que sustentam os cuidados de Enfermagem prestados a todos os cidadãos na realização dos seus projetos de saúde ao longo do seu ciclo vital. A prestação de cuidados de emerge de um conjunto de processos que pode influenciar quer positivamente quer negativamente a forma de atuação do profissional, nomeadamente os modelos organizacionais dos serviços. Segundo a OE (2001) as instituições de saúde devem adequar os recursos e as estruturas para potenciar a qualidade do exercício profissional, sendo, portanto, importante que as organizações de saúde satisfaçam as necessidades dos seus profissionais para a mitigação dos obstáculos sentidos. “Neste contexto, as instituições de saúde desenvolvem esforços para proporcionar condições e criar um ambiente favorecedor do desenvolvimento profissional dos Enfermeiros” (OE, 2001, p. 7).

Perante isto, este trabalho produziu um conhecimento pertinente e atual para a equipa da USP e do CDP de forma a melhorar a implementação da TOD nas USF/UCSP, numa lógica participada, daqueles que deveriam ser os verdadeiros operacionalizadores desta estratégia, pela proximidade aos seus utentes.

A realização deste trabalho de investigação revelou-se um desafio constante apesar das vicissitudes que foram surgindo. A pouca literatura e os trabalhos científicos existentes dificultaram a discussão dos resultados, fica, contudo, uma base para futuros trabalhos na área.

Como limitações deste estudo aponta-se o curto espaço temporal para a sua realização, pois a carga horária definida para este estágio exigia concomitantemente a elaboração de trabalho de investigação. Foram necessárias constantes readaptações, no entanto, importantes para responder ao cumprimento da carga horária estipulada. Por outro lado, o tempo decorrido entre os pedidos de autorização e resposta aos mesmos, provocou alterações no cronograma inicialmente previsto.

Outra limitação prende-se com a baixa adesão dos participantes na investigação, resultando numa amostra mais pequena, hipoteticamente pela escolha de questionário semiestruturado como instrumento de colheita de dados e o formato via online. Foram encetadas medidas para contornar estes obstáculos, como a utilização de um instrumento de colheita de dados que permitisse o anonimato e motivasse a participação e reforçada a importância das respostas ao questionário, mas que não surtiu o efeito desejado.

Dado que esta limitação verificou-se ser essencial para o estudo, sugere-se que em investigações futuras o método de recolha de dados seja alterado, sugerindo a entrevista como método para aprofundar mais e melhor os conteúdos abordados.

Posto isto pode-se então concluir que, apesar de todas as limitações, os objetivos propostos inicialmente foram atingidos. Mesmo sabendo que o tema em estudo poderia comportar baixa adesão, a informação gerada contribuiu para um maior conhecimento da perceção dos participantes sobre o tema e para a identificação de estratégias que permitam a operacionalização da TOD na sua plenitude.

**3. PROCESSO FORMATIVO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS
COMUNS E COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS**

3.1 INTRODUÇÃO

Terminado este percurso académico emerge a necessidade de refletir sobre o mesmo de forma crítica, objetiva e contextualizada enquanto processo formativo e de desenvolvimento das competências comuns e específicas que norteiam o EEEC - AESCSP.

Ao iniciar esta reflexão, importa referir que este caminho começou com uma componente elementar e que permitiu sustentar todo o contexto prático - a componente teórica. Não podemos falar de teoria e prática como dois conteúdos díspares, dado que não existe teoria sem a prática clínica assim como não existe prática clínica sem o apoio dos referenciais teóricos da especialidade. Logo, a sua complementaridade possibilita o desenvolvimento de novos saberes, de novas capacidades, de novas competências e o aprofundar o conhecimento.

O ensino clínico, enquanto contexto real de trabalho, é um momento privilegiado de aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional, pois permite a mobilização e consolidação dos conhecimentos adquiridos no contexto teórico e a aquisição das competências.

Para Caires e Almeida (2000) consiste em desenvolver relações entre a aprendizagem cognitiva, a experiência, a teoria e a prática. Constitui, portanto, um marco importante na exploração, clarificação e resolução de questões inerentes à tomada de decisão pois é o contexto ideal para provocar mudanças na identidade pessoal e profissional do aluno.

Desenvolve ainda a capacidade relacional com outros profissionais, a resolução de problemas e tomadas de decisão relativamente à profissão e ao sistema (Caires & Almeida, 2000).

Durante este segundo ciclo de ensino, a estudante teve a oportunidade de realizar três estágios em diferentes áreas - o primeiro, o estágio em Enfermagem de Saúde Pública, foi desenvolvido na USP do ACeS Cávado II – Barcelos/Esposende, o segundo, o estágio em Enfermagem Comunitária, foi efetuado na UCC Barcelos Norte, do mesmo ACeS e o terceiro, o ENP, decorreu na USP do ACeS Cávado I - Braga. Estes estágios contribuíram para o enriquecimento pessoal e profissional, pois os contextos onde foram desenvolvidos, permitiram desenvolver e adquirir competências descritas no documento que regulamenta as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/ 2019) e as Competências Específicas do EEEC - AESCSP (Regulamento n.º 428/2018).

No ENP foi também facultado pelas orientadoras pedagógicas a participação em reuniões e seminários, funcionando como dinâmicas promotoras de desenvolvimento

das estudantes, objetivando partilha de conhecimento entre os participantes sobre temas relacionados com a especialidade, onde se destaca um seminário sob o tema: “(co)construção do envelhecimento saudável” e um Webinar intitulado “A comunidade como cliente: transferibilidade do conhecimento para o contexto clínico” conduzindo à discussão, ao desenvolvimento do pensamento crítico e à capacidade de resolução e problemas.

De seguida, descreve-se o percurso para o desenvolvimento das competências de forma refletiva, recorrendo, sempre que possível, a uma analogia entre as competências e alguns exemplos da prática clínica. Inicia-se com uma abordagem sobre a teoria de Enfermagem de Madeleine Leininger e a sua importância na prestação de cuidados multiculturais. Segue-se as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e por fim as Competências Específicas do EEEEC - AESCSP.

3.2 TEORIA DE ENFERMAGEM TRANSCULTURAL

Tal como referido anteriormente os referenciais teóricos que norteiam a profissão de Enfermagem assumem uma importância significativa na construção da sua prática clínica, pois conferem um significado ao conhecimento de modo a explicar e a antever os fenómenos, conduzindo por isso, à melhoria da prática e à autonomia profissional (Tomey & Alligood, 2004).

Evidenciam ainda Tomey & Alligood (2004, p. 12) que “o poder de um Enfermeiro é aumentado através do conhecimento teórico, pois os métodos sistematicamente desenvolvidos orientam o pensamento crítico e a tomada de decisões na prática profissional...”. Concomitantemente “os modelos e as teorias de Enfermagem são uma estrutura para compreender e dar sentido à prática, garantindo um exercício profissional rigoroso com base nos pressupostos científicos e filosóficos que cada teórico expõe” (Huitzi-Egilegor et al., 2014, p.773).

No decurso deste ENP evidenciou-se a importância do modelo conceptual de Madeleine Leininger, através da sua teoria de Enfermagem Transcultural, na necessidade emergente do Enfermeiro prestar um cuidar cultural balizado pelas crenças e valores multiculturais.

A cada dia que passa é observável o aumento da diversidade cultural no país e no mundo, o que se impõe que os Enfermeiros estejam preparados para prestar cuidados de Enfermagem cada vez mais individualizados, centrados numa relação interpessoal com o seu cliente para perceber as suas crenças e valores.

A teoria transcultural de Leininger, uma teoria de médio alcance, encontra-se substanciada na corrente do pensamento do paradigma da transformação (Welch,

2004). Este paradigma nasce por volta dos anos 70 com o surgimento da Enfermagem como ciência e após as conferências internacionais de Alma-Ata e Ottawa, onde o foco da promoção da saúde passa pela capacitação da pessoa, grupo ou comunidade (Ottawa, 1986). A pessoa é vista como multidimensional, não podendo separar-se do seu mundo e a sua saúde é o reflexo da vivência individual num determinado ambiente. Este modelo conceptual determinou modificações a nível do pensamento, percepção e valores.

A orientação de Leininger para a transculturalidade inicia-se em meados dos anos 50, enquanto trabalhava num lar de crianças com alterações psiquiátricas. Leininger percebeu que a diferença cultural influenciava os comportamentos das crianças e dos pais e os colaboradores tinham dificuldade em compreender esta culturalidade.

Em 1985, Leininger publica pela primeira vez a sua teoria, reforçando-a em 1988 e 1991 com as noções de cultura, cuidado cultural, diversidade e universalidade do cuidado cultural, contexto ambiental e social.

No entanto, segundo Welch (2004) já no ano de 1979 esta teórica lançava o conceito de Enfermagem transcultural como:

“Uma área principal da Enfermagem que se centra num estudo comparativo e numa análise de culturas e subculturas diferentes em relação aos seus valores de cuidar, expressão, crenças de saúde-doença e padrão de comportamento com o objetivo de desenvolver um conhecimento científico e humanista para fornecer uma prática de cuidados de Enfermagem...” (p. 567).

Deve ser muito mais que um estado de consciência, é uma “prática congruente e responsável” que deve orientar as intervenções de Enfermagem para obter resultados satisfatórios, pois visa sempre um conhecimento científico e holístico para implementar cuidados de Enfermagem adequados à cultura (Welch, 2004).

É imperativo conhecer a cultura do cuidar em Enfermagem para promover cuidados individuais e que servem de base para a tomada de decisão, dado que as diferenças culturais “... são capazes de orientar os profissionais para receber o tipo de cuidados que desejam ou necessitam dos outros” (Welch, 2004, p. 538).

Segundo os pressupostos que sustentam esta teoria se o cuidador não reconhecer as crenças, os valores e os modos de vida da pessoa então enfrentará conflitos culturais. Assim o cuidar é uma visão holística do ser humano, é um cuidar responsável adequado às necessidades do indivíduo, grupo ou comunidade culturalmente inserido e pode ser demonstrado através dos comportamentos, expressões, ações. Quando estes critérios variam entre as culturas, estamos perante uma “diversidade de cuidado cultural”, se similares, então temos uma “universalidade do cuidado cultural”. (George, 2000).

Para Leininger in Welch (2004, p. 540) a Enfermagem transcultural é uma nova prática de Enfermagem “culturalmente definidas e alicerçadas, próprias para orientar o cuidar de Enfermagem para indivíduos, familiar, grupos e instituições”. Consecutivamente a cultura é definida pelos “valores, crenças, normas e modos de vida de um determinado grupo apreendidos, compartilhados e transmitidos e que orientam seu pensamento, suas decisões e ações de maneira padronizada” (George, 2000, p. 298).

Esta partilha de crenças e valores ocorrem dentro de uma comunidade num determinado ambiente. Se o cuidado universal é cultural, então a pessoa é o cuidador universal pela capacidade de cuidar ao longo do tempo e do espaço. Este sobrevive numa “... diversidade de culturas pela sua capacidade de proporcionar a universalidade do cuidado de várias maneiras e de acordo com as diferentes culturas, necessidades e situações” (George, 2000, p. 302).

Ainda na perspetiva deste autor, Leininger não define objetivamente o conceito ambiente/ sociedade pois este é uma visão do mundo e está estritamente relacionado com o conceito de cultura. É, portanto, o contexto em que a pessoa e comunidade se encontram e que permite a aprendizagem, a transmissão de crenças, valores e modos de vida.

A saúde é considerada um conceito importante pois define-se como universal na cultura, mas compete ao Enfermeiro compreender a cultura subjacente porque as crenças, os valores e as práticas de cada cultura orientam a sua definição.

Nos anos 70, Leininger criou um modelo que permite estudar os diferentes constituintes da sua teoria, designando-o de Modelo Sunrise que simboliza o nascer do sol. Tem o formato de um semicírculo onde a parte superior ilustra a estrutura social e a visão do mundo onde fatores religiosos, económicos, educacionais, estilos de vida e valores podem influenciar o cuidar e a saúde. Na parte média encontram-se os sistemas populares e profissional que podem também ser influenciados pelos fatores descritos anteriormente. As duas partes conjugadas formam um sol representativo do campo de ação do Enfermeiro no cuidar cultural (Welch, 2004).

Sendo na comunidade o maior campo de ação do EEEC – AESCSP, é de todo pertinente que este possua conhecimentos aprofundados sobre as diferentes perspetivas de cuidar, pois, distingue-se pela sua formação científica em compreender o outro sob uma dimensão multicultural.

Efetivamente a teoria defendida por Leininger está fortemente presente no exercício profissional da prática de Enfermagem, um profissional com conhecimento e competências na diversidade e universalidade cultural é um profissional que promove também cuidados de excelência.

3.3 DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Os cuidados de Enfermagem especializados assumem, nos dias de hoje, uma maior relevância pela elevada capacidade de decisão e competências clínicas, demonstrando a qualidade prestada, dado que o Enfermeiro Especialista apresenta um conjunto de competências científicas, técnicas e humanas, que lhe confere a capacidade de integrar diferentes dimensões como a educação dos clientes, a orientação, o aconselhamento, a liderança e a promoção de saberes através de investigação relevante que conduza às boas práticas da Enfermagem, e que o diferencia dos restantes pares (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Ao Enfermeiro especialista é esperado que a sua esfera de ação compreenda a aplicabilidade dos seus conhecimentos através da conceção, gestão e supervisão de cuidados nos diferentes níveis de cuidar (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Neste contexto as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista regulamentadas em Diário da República (regulamento nº 140/ 2019) que balizaram o seu desempenho e postura, integram-se em quatro domínios:

- Responsabilidade profissional, ética e legal;
- Melhoria continua da qualidade;
- Gestão dos cuidados;
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

O domínio da **responsabilidade profissional, ética e legal** esteve sempre presente neste trajeto, pois todas as intervenções assentaram no respeito pelos direitos da pessoa, pela sua dignidade e autonomia nas suas escolhas, tal como refere o artigo 102 – “*Dos Valores Humanos*”, do código deontológico do Enfermeiro (2015), onde a pessoa tem a capacidade de se autogovernar e decidir por si mesma. Contudo, é competência do Enfermeiro dispor de toda a informação e criar condições para que estas escolhas sejam livres e esclarecidas.

A responsabilidade ética e deontológica profissional sustentou as tomadas de decisão, desenvolvendo uma prática profissional ética e legal, para assegurar os direitos humanos, os valores, as crenças, os costumes e as preferências de todos os elementos contactados, desde utentes aos profissionais de saúde, garantindo, desta forma, melhores práticas de cuidados.

Tal como referido anteriormente, este domínio esteve presente no dia a dia destacando, por exemplo, o trabalho de investigação desenvolvido que implicou o uso de

questionários à população em estudo, pelo que foi necessário proceder aos pedidos de autorização dos participantes e das instituições envolvidas para a recolha de dados. Foi importante fornecer toda a informação para obter um consentimento livre e informado, salvaguardando a confidencialidade, o anonimato e suscitando desta forma, uma tomada de decisão reflexiva, também referida no artigo 105 do código deontológico do Enfermeiro (2015) referente ao “*Dever de Informação*”.

Também nos Estágios que decorreram no primeiro ano do II CMEC, o estágio de Enfermagem de Saúde Pública e o estágio de Enfermagem Comunitária, foi tido em conta o domínio anterior aquando da elaboração de um diagnóstico de situação para identificação das necessidades e, posteriormente, nas intervenções realizadas.

Salienta-se igualmente a conduta da estudante durante as visitas domiciliárias aos doentes portadores de Tuberculose em fase ativa com uma prestação de cuidados humanizados à pessoa e família, criando um ambiente favorável para o desenvolvimento do seu potencial de saúde tal como explana o artigo 110 do suprarreferido código sobre a “*Humanização dos cuidados*”.

O domínio da **melhoria contínua da qualidade** e o domínio da **gestão dos cuidados** também orientaram este percurso académico. As intervenções realizadas foram definidas com base nas prioridades encontradas e na dinamização de estratégias que conduzissem a melhores cuidados, em colaboração permanente com a equipa multiprofissional na procura da “*Excelência do exercício*” – artigo 109 (código deontológico, 2015).

Destaca-se, por exemplo, a participação nas visitas às creches para avaliação das condições de instalação e funcionamento, juntamente com os Técnicos de Saúde Ambiental, de forma a garantir um ambiente seguro e de bem-estar para a comunidade escolar. A USP do ACeS Cávado I definiu que as visitas realizadas aos equipamentos de apoio social intercalam anualmente entre as creches e os lares de idosos. Como no período da pandemia por COVID – 19 estes equipamentos foram profundamente avaliados e monitorizados pelo risco de surto, ficou estipulado para este ano as visitas às creches.

Os equipamentos de apoio social para crianças (creches) assumem um papel importante no dia a dia das famílias com crianças. Estes estabelecimentos de apoio social permitem complementar os cuidados prestados às crianças fora do espaço familiar, proporcionando e contribuindo para o seu desenvolvimento físico e social, reconhecendo a sua singularidade, pelo que se exige que obedeçam a padrões de qualidade devidamente regulamentados. Assim estas ações interventivas visam a prevenção dos riscos, assegurando a segurança, higiene e saúde das crianças e dos

seus funcionários. Posteriormente é feito um relatório com todas as inconformidades detetadas e enviada à instituição para correção.

Nestas visitas objetiva-se conhecer as estruturas físicas e condições em que são prestados os serviços, contribuindo para a melhoria da saúde e da qualidade de vida das crianças e seus funcionários, através da verificação das normas de higiene e saúde e do cumprimento dos requisitos de funcionamento no âmbito da legislação vigente. Antes de se proceder à visita foi importante realizar uma preparação prévia de toda a atividade, promovendo uma articulação entre a equipa de enfermagem e os restantes elementos que compunham a equipa multidisciplinar para garantir a qualidade das ações a ser desenvolvidas. No decorrer da atividade adaptou-se um estilo de liderança face ao contexto, reconhecendo os diferentes papéis de cada profissional e, assim, promover um ambiente positivo, que obedeça a padrões de qualidade compatíveis com este grupo vulnerável, por outro lado foi um momento oportuno para a realização da promoção de saúde como por exemplo na prevenção de acidentes ou segurança na administração de medicação prescrita. As competências de liderança na gestão de programas implicam um conjunto de qualidades no processo de influência social e que levam à motivação, colaboração, comunicação e empoderamento, reconhecendo os esforços dos outros (Frusciante, 2007 in Laverack, 2014).

Os domínios anteriores também estiveram patentes aquando o acompanhamento da estudante com a equipa multiprofissional nas visitas domiciliárias, já anteriormente referidas, aos doentes portadores de Tuberculose com doença ativa e a outros que não cumpriam a seu regime terapêutico, com o propósito de perceber o seu estado de saúde, realizar os inquéritos epidemiológicos e o rastreio de possíveis contactos. Este foi um momento oportuno para capacitar os doentes e famílias sobre sintomas, importância da gestão do regime terapêutico na resolução do seu problema de saúde, medidas preventivas, esclarecimento de dúvidas e disponibilidade diária do CDP.

O domínio do **desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, pressupõe que o enfermeiro desenvolva a capacidade de autoconhecimento e que fomente a aprendizagem baseada em conhecimento científico, através da investigação e da partilha de informação obtida. Este domínio foi alcançado em dois grandes momentos: a praxis especializada baseada na evidência científica com divulgação dos resultados que emergiu do diagnóstico de situação elaborado pelo grupo de mestrandas no estágio de Enfermagem de Saúde Pública sob forma de comunicação oral no VI Congresso da Ordem dos Enfermeiros com o tema: “Crescer com *Diabetes Mellitus* tipo 1: co-construção de uma comunidade escolar mais inclusiva”. Outro momento que permitiu atuar como dinamizador de um novo conhecimento para o empoderamento da comunidade escolar foi a elaboração, no estágio de Enfermagem Comunitária, de um

cartaz informativo sobre atuação perante um caso de hipoglicemia grave e um vídeo demonstrativo sobre a administração de glucagon, a ser divulgado em sessões de educação para a saúde nas escolas contribuindo, assim, para a capacitação da comunidade escolar na prestação de cuidados a crianças e jovens com *Diabetes Mellitus* tipo 1, visando ganhos em saúde. Destaca-se que a construção destas estratégias teve como parceiros a equipa da consulta de *Diabetes* do serviço de pediatria do Hospital de Barcelos e o Conselho Clínico do respetivo ACeS.

Um outro momento de desenvolvimento das aprendizagens profissionais, também importante, e que permitiu atuar como um agente ativo facilitador nos processos de aprendizagem no campo da investigação, foi a realização de uma formação de serviço interna (Apêndice III), planeada, especificamente, para divulgar os dados obtidos com a componente de investigação realizada neste ENP à equipa multiprofissional da USP. Com esta ação a estudante atuou como dinamizadora e gestora de um novo corpo de conhecimentos, potenciando a discussão dos resultados da investigação e, desta forma, contribuir para o desenvolvimento do conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde.

No decorrer dos estágios surgiram obstáculos e dúvidas que contribuíram para o crescimento pessoal e profissional aumentando o autoconhecimento. Como obstáculos aponta-se a dificuldade inicial na gestão dos diferentes horários, nomeadamente, pessoal, profissional e como estudante, no entanto rapidamente superado com uma gestão eficaz das emoções. Concomitantemente a comunicação eficaz com os doentes, equipas e instituições, resultaram na adaptabilidade às diferentes idiossincrasias e que facilitaram a integração nos diferentes contextos. As dúvidas foram sempre solucionadas com o apoio das orientadoras e recorrendo à revisão da literatura para sustentar as tomadas de decisão. Não foi fácil iniciar novamente um percurso académico, voltar a estudar e a reestruturar a vida pessoal e profissional com a exigência que este ciclo de estudos impôs, contudo foi um processo de construção contínuo de sucesso.

3.4 DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Sendo o objetivo da estudante obter o título de EEEC - AESCSP, a aquisição das competências específicas que regulam o perfil deste profissional é um ponto basilar para o sucesso profissional.

Importa expor que, de acordo com as competências regulamentadas em Diário da República (Regulamento nº 428/ 2018), o EEEC - AESCSP deve:

- Estabelecer, com base na metodologia de Planeamento em Saúde a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- Integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
- Realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Prévia à reflexão sobre o desenvolvimento das competências enquanto EEEC - AESCSP, importa referir que foi também, importante analisar e compreender os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (Regulamento n.º 348/2015) os quais são formados por um conjunto de enunciados descritivos que auxiliam a determinação do papel do Enfermeiro Especialista junto do seu público-alvo e permitem a identificação e controlo dos determinantes de saúde e sociais. Estes enunciados estão patentes na satisfação da comunidade, na promoção do seu potencial de saúde e prevenção de complicações através de processos de capacitação, visando o seu bem-estar e a readaptação aos problemas de saúde (OE, 2011).

No decorrer dos estágios curriculares todo o empenho aplicado permitiu desenvolver as competências específicas exigidas ao EEEC - AESCSP procurando, sempre, responder aos padrões de qualidade acima referidos.

Reconhecendo a comunidade como alvo central de cuidados, o EEEC - AESCSP assume um papel fundamental na avaliação e na resolução dos problemas específicos pois detém um conjunto de conhecimentos, habilidades e competências que lhe permite participar ativamente no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção para capacitar e empoderar a comunidade. As suas intervenções estão espelhadas em diferentes domínios, nomeadamente a educação para a saúde, a identificação das necessidades, a implementação das intervenções ou avaliação dos cuidados prestados e que refletem cuidados de saúde coletivos, eficazes e integrados, com recurso a parcerias multissetoriais ao nível da saúde, economia, política, social e organizacional (OE, 2011).

Este perfil de trabalho está também balizado pelo artigo 101 – “*Do Dever para com a Comunidade*”, do Código Deontológico da Profissão (OE, 2015), pela responsabilidade do Enfermeiro conhecer as necessidades da comunidade, ter um papel ativo na promoção da saúde e na procura de soluções dos problemas identificados,

estabelecendo parcerias com a comunidade e com os diferentes recursos existentes que permitam intervenções de sucesso.

No decorrer desta formação foi possível **estabelecer a avaliação do estado de saúde de uma comunidade com base na metodologia do Planejamento em Saúde**. O planejamento em saúde é um processo contínuo e dinâmico, composto por uma sequência de etapas estrategicamente definidas. Reveste-se de particular relevância devido à escassez de recursos, à pertinência da intervenção nas causas dos problemas e aos custos associados com a importância de priorizar para otimizar recursos e ser assim custo-efetivo (Imperatori e Giraldes, 1982). Esta metodologia caracteriza-se por ser um processo contínuo, dinâmico e racional, voltado para a ação.

Destaca-se, o estágio de Enfermagem de Saúde Pública com a oportunidade de elaborar, juntamente com o grupo de colegas de estágio, um diagnóstico de situação de saúde de uma comunidade escolar, permitindo identificar e priorizar as necessidades sentidas e expressas. Para Melo (2020, p.11)

“O diagnóstico de enfermagem comunitária exige a identificação do entrecruzamento entre as necessidades sentidas pela comunidade, aquelas que por ela são expressas (o que demanda a interação em proximidade entre Enfermeiro e comunidade) e as reais, fazendo a sua articulação com as necessidades identificadas no contexto do diagnóstico em Saúde Pública”.

Este diagnóstico de situação de saúde resultou da integração dos conhecimentos sobre os determinantes da saúde, auxiliado pela revisão de literatura e análise de indicadores nacionais e locais, em consonância com as orientações definidas no Plano Nacional de Saúde e legislação em vigor, contribuindo também para o desenvolvimento do plano local de saúde.

Foram posteriormente traçados os objetivos e estratégias a utilizar, otimizando os recursos existentes, para dar resposta às necessidades priorizadas, através da concretização de um projeto de intervenção no âmbito da promoção da saúde, implementado no estágio de Enfermagem Comunitária. O referido projeto de intervenção consistiu no desenvolvimento e dinamização de sessões de educação para a saúde, na concepção, realização e fornecimento de cartazes explicativos e na concepção e realização de um vídeo demonstrativo sobre a preparação e administração do Glucagon, **contribuindo para o processo de capacitação da comunidade**, finalizando com a avaliação da eficácia do projeto e dos ganhos em saúde para comunidade escolar.

Este processo de capacitação/empoderamento exigiu um conhecimento base sobre promoção da saúde e os seus eixos estratégicos de intervenção, que nortearam o

referido projeto. As três estratégias básicas para a promoção da saúde decorrentes da Carta de *Ottawa* (WHO, 1986) - advogar, capacitar e mediar - têm sido fundamentais para mudar o paradigma de saúde pública na forma como analisamos os problemas de saúde e os seus determinantes (WHO, 2021).

A promoção da saúde engloba um conjunto de estratégias onde se inclui a educação e a saúde pública, envolvendo a equidade e o empoderamento através da comunicação, a capacitação e atividades politicamente orientadas (Laverack, 2014). “O objetivo é permitir aos outros ganhar mais controlo sobre as influências das suas vidas e melhorar a sua saúde” (Laverack, 2007, 2014, p. 13).

A promoção da saúde em contexto de saúde pública objetiva a melhoria e a prevenção e os seus profissionais podem ser considerados «promotores de saúde» ou «comunicadores de saúde» pelo papel de capacitador num campo de atuação comum. (Laverack, 2014).

A advocacia em saúde procura criar condições essenciais de equidade em saúde e, conseqüentemente, diminuição das desigualdades entre si, através de ações promotoras de estilos de vida saudáveis, como a construção de políticas e ambientes favoráveis, procurando mobilizar a comunidade, numa lógica participativa, no sentido da sua capacitação. Para Smithies e Webster (1998 in Laverack, 2014, p. 25) “as iniciativas de advocacia geralmente são iniciadas para apoiar causas específicas, grupos de interesse e ideologias”, focando-se na educação.

A capacitação é uma estratégia basilar para o EEEEC - AESCSP e visa empoderar os indivíduos ou comunidade, através um conjunto de ações efetivas de promoção da saúde para modificar os seus determinantes, otimizando um impacto positivo a nível pessoal e coletivo, sob o lema que a saúde é um recurso para a vida. Este processo de empoderamento comunitário leva as pessoas a alcançar uma mudança social e política, importante na diminuição das desigualdades que influenciam as suas vidas (Laverack, 2014).

A mediação é outra estratégia fundamental na promoção da saúde e passa por uma ação concertada e transversal de diferentes sectores e intervenientes na procura do maior potencial de saúde, não sendo somente assegurado pelo sector da saúde.

Mobilizar a comunidade a ser pró-ativa é fazê-la reconhecer os determinantes de saúde e perceber a ligação entre o seu estado de saúde e os diferentes fatores multidimensionais como biológicos, ambientais, sociais, económicos, políticos e culturais.

O trabalho de investigação desenvolvido no ENP mostra verdadeiramente a utilização da advocacia em saúde, na procura dos direitos de igualdade e equidade, na prestação de cuidados aos doentes em regime de TOD, dado que os resultados obtidos permitiram

identificar os obstáculos enfrentados pelos Enfermeiros das USF/UCSP na operacionalização desta modalidade e apresentar um conjunto de estratégias consideradas importantes para a eficácia e eficiência da sua implementação.

Por outro lado, a sua divulgação à equipa de saúde pública, na qualidade de gestora do programa nacional da Tuberculose e aos elementos de ligação com o CDP local, possibilitou que estes tivessem um maior conhecimento das dificuldades sentidas pelos participantes para, desta forma, poderem criar condições que facilitem a realização da TOD nas USF/UCSP.

Também o projeto interventivo na área da promoção da saúde concebido e implementado, respetivamente, nos estágios de Enfermagem de Saúde Pública e Enfermagem Comunitária permitiu, através das diferentes atividades de educação para a saúde, capacitar um grupo profissional para que a sua atuação em contexto escolar fosse uniforme e inclusiva. Ressalva-se que algumas destas atividades envolveram diferentes intervenientes como a equipa de saúde escolar, os diretores do parque escolar e a equipa de saúde hospitalar.

A literacia em saúde é outra estratégia essencial de promoção da saúde que visa o investimento na capacidade dos indivíduos para obter e entender as informações básicas de saúde e o conhecimento dos recursos existentes para a tomada de decisão informada, contribuindo desta forma, para a eficácia e eficiência dos serviços de saúde, sendo considerada "... uma das portas de entrada da população no acesso à melhoria da saúde" (Portugal, 2021, p. 7).

Resulta da educação para a saúde como parte integrante da promoção da saúde, para um julgamento crítico sobre os recursos de saúde e a capacidade para expressar as necessidades pessoais e sociais. A utilização de forma eficaz de informações compreensíveis e confiáveis capacita a tomada de decisão sobre saúde pessoal e permite o envolvimento em ações de promoção da saúde na comunidade (WHO, 2021). A promoção da literacia em saúde deve ser considerada como um investimento ao longo do ciclo de vida, procurando responder às necessidades identificadas. Esta estratégia procura capacitar a pessoa para aceder, compreender e aplicar as informações em saúde para promover e manter uma boa saúde, sendo também um mediador da saúde (Portugal, 2021).

No ENP, a integração na equipa da USP, permitiu também, participar em alguns **programas de saúde de âmbito comunitário** geridos por esta unidade funcional, orientados para a consecução dos objetivos do PNS como foi o caso do Programa Nacional para a Tuberculose, onde foi desenvolvido o projeto de investigação e **cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico** nomeadamente na vigilância epidemiológica da Tuberculose, com a realização de inquéritos

epidemiológicos e a monitorização do perfil epidemiológico no Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE) e no SVIG-TB.

Durante este ENP foi possível também, participar na consulta do viajante. Com a globalidade atual, as viagens internacionais tornaram-se uma atividade recorrente em todo mundo, quer seja em lazer ou em trabalho. Viajar, principalmente para países com doenças endémicas, pode originar riscos para os viajantes pelo contágio de doenças infecciosas de risco baixo ou inexistentes em Portugal, comportando um risco de saúde pública para o país. Por outro lado, a imigração em massa de países em conflito de guerra também acrescenta um maior risco.

A presença do EEEC - AESCSP, pelo seu conhecimento baseado numa praxis especializada em evidência científica, reveste-se de extrema relevância na prevenção da doença e promoção da saúde, na implementação das orientações de saúde em vigor, com a vacinação e educação para saúde dos cuidados inerentes às viagens, reduzindo a possibilidade de importação de doenças atualmente erradicadas, colaborando também como um elo de ligação multisectorial.

Como mencionado anteriormente, foi desenvolvido um trabalho de investigação com o objetivo de conhecer a perceção dos Enfermeiros das USF/UCSP do ACeS Cávado I quanto à realização da TOD nos doentes com Tuberculose, na unidade funcional onde exercem funções, uma vez que este problema foi identificado pela equipa da USP, refletindo-se também na equipa do CDP como uma necessidade, pela dificuldade para a operacionalização desta estratégia nas unidades funcionais. A recolha de dados possibilitou identificar as referidas dificuldades, preconizando uma lógica participativa, pelo envolvimento dos participantes como parte integrante da investigação, elencando um conjunto de problemas passíveis de intervenção futura, com vista à capacitação deste grupo. Com a eficácia da operacionalização da TOD contribui-se para a melhoria dos cuidados prestados ao doente e família, sendo que o sucesso desta estratégia repercutir-se-á na melhoria dos indicadores epidemiológicos como a incidência e a prevalência da doença.

Com o terminar deste percurso académico, foi possível adquirir e desenvolver as Competências Comuns e Competências Específicas do EEEC - AESCSP, apesar das dificuldades sentidas na gestão da vida académica, profissional e pessoal, contudo foram sempre superadas e contribuíram para o crescimento pessoal e profissional da estudante. A possibilidade de, enquanto profissional, já exercer funções numa USP permitiu ter uma visão mais clara sobre o papel do EEEC - AESCSP.

CONCLUSÃO GERAL

Chegada a esta parte, emerge a necessidade de realizar o balanço final deste percurso académico.

A elaboração do Relatório Final permitiu ter uma melhor perceção do trajeto, daquilo que foi feito para atingir o grande objetivo de obter o grau de mestre em Enfermagem Comunitária e o título de EEEC - AESCSP.

O ENP possibilitou um contacto real com o contexto da prática clínica, permitindo aprofundar e desenvolver conhecimentos adquiridos na componente teórica e nos estágios anteriores. A integração da estudante na equipa multidisciplinar possibilitou adquirir mais autonomia e responsabilidade profissional, facilitando a tomada de decisão, a postura de liderança e o cimentar das competências inerentes à profissão e ao EEEC - AESCSP.

A realização do trabalho de investigação confirmou-se ser muito pertinente na identificação dos problemas que impedem a implementação e operacionalizado de uma estratégia basilar no controlo da Tuberculose, a TOD, e que se requer que seja executada com a maior eficácia e eficiência para obter ganhos em saúde individuais e coletivos. Investir na informação e formação dos profissionais de saúde e na reestruturação dos serviços para prestar cuidados aos doentes em regime de TOD maximiza, também, o potencial do doente e família. Esta investigação revelou-se fundamental pois existem poucos estudos portugueses desenvolvidos sobre esta temática.

Os tempos que decorrem, com as alterações das políticas de saúde, onde o foco central são as abordagens salutogénicas, o empoderamento da comunidade numa lógica participada, em sintonia com o desenvolvimento sustentável, mostra que o EEEC - AESCSP é o pilar essencial desta transformação. O seu papel dinamizador na sua esfera de ação, permite-lhe desenvolver estratégias e atividades multisectoriais, num processo de corresponsabilidade.

O desenvolvimento deste trabalho só é possível porque o EEEC - AESCSP possui um conhecimento aprofundado na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos diferentes problemas de saúde pública numa prática globalizante, através da identificação dos problemas de saúde, com base na metodologia do planeamento em saúde, onde realiza um diagnóstico de situação de saúde, define prioridades, formula os objetivos a atingir em consonância com as orientações estratégias das políticas de saúde. Posteriormente implementa projetos de intervenção com vista a resolução dos problemas identificados, visando sempre os ganhos em saúde para o indivíduo e comunidade.

Ficou demonstrado neste relatório, a aplicabilidade das Competências Específicas do EEEC - AESCSP neste percurso académico, pois foi utilizada uma metodologia de planeamento em saúde e todas as suas etapas, uma contribuição para o processo de capacitação da comunidade e colaborando na vigilância epidemiológica no âmbito geodemográfico. Todavia, importa relembrar que as Competências Comuns do Enfermeiro

Especialista também sustentaram este trajeto na procura incessante da excelência do exercício profissional.

Efetivamente foi importante desenvolver os estágios em diferentes unidades de saúde, possibilitando a integração em diferentes equipas de saúde, conhecer diferentes contextos e modelos de trabalho, pois permitiram alcançar os objetivos inicialmente propostos, adquirir as competências inerentes à especialidade, contribuir para a construção da identidade profissional e pessoal, conduzindo assim, ao processo de transição de Enfermeira de Cuidados Gerais para EEEC – AESCSP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, A. R. (2003). História sumária da Tuberculose. In Almeida, A. R. & Raymundo, E. (coords.). *Tratado de Pneumologia*. (pp. 619 – 623). Sociedade Portuguesa de Pneumologia.
- Antunes, A. (2003). Epidemiologia da Tuberculose: Compreender para agir. In Almeida, A. R. & Raymundo, E. (coords.). *Tratado de Pneumologia*. (pp. 625 – 658). Sociedade Portuguesa de Pneumologia.
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. (3ª ed.). Almedina Brasil.
- Biscaia, A. R. & Heleno, L. C. V. (2017). A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, V. (22), 701-711. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33152016>
- Caires, S. & Almeida, L. S. (1997). Vivências e percepções do estágio: Dificuldades na adaptação à instituição e variáveis associadas. *Revista Galego-Portuguesa de Psicologia e Educacion*. 1(1), 33 – 40.
- Caires, S. & Almeida, L. S. (2000). Os estágios na formação dos estudantes do ensino superior: tópicos para um debate em aberto. *Revista Portuguesa de Educação*. 13(2), 219-241.
- Cecília, H. P. & Marcon, S. S. (2016). O tratamento diretamente observado da Tuberculose na opinião dos profissionais de saúde. *Revista Enfermagem UERJ*, 24 (1), 1-6. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.8425>.
- Chaer, G., Diniz, R. P. & Ribeiro, E. A. (2011). A técnica do questionário na pesquisa educacional. *Evidência*, 7 (7), 251 – 266.
- Conselho Internacional De Enfermeiros. (2008). *Linhas de orientação para Enfermeiros no cuidado e controlo da Tuberculose e da Tuberculose multirresistente*. (2ª Ed.). International Council of Nurses.
- Danski, M., Oliveira, G., Pedrolo, E., Lind, J., & Jonhann, D. (2017). Importância da prática baseada em evidências nos processos de trabalho do Enfermeiro. *Revista Ciência, Cuidado e Saúde*. 16 (2), 1-6. <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaúde.v16i2.36304>.
- Decreto-Lei 298/2007 - Estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de modelo B. Diário da República I Série, Diário da República n.º 161 de 22/08/2007. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/298-2007-640665>.
- Decreto-Lei n.º 28/2008 - Caracterização geral e criação dos agrupamentos de centros de saúde. Diário da República I Série, n.º 38 de 22/02/2008. <https://files.dre.pt/1s/2008/02/03800/0118201189.pdf>.

- Decreto-lei n.º 74/2006 - Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Diário da República I Série, n.º 60 de 24/03/2006. <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/2006-75326440-75326358>.
- Decreto-lei n.º 80/2018 - Estabelece os princípios e regras aplicáveis às comissões de ética que funcionam nas instituições de saúde, nas instituições de ensino superior e em centros de investigação biomédica que desenvolvam investigação clínica. Diário da República I Série, n.º 198 de 15/10/2018. <https://files.dre.pt/1s/2018/10/19800/0496504970.pdf>.
- Dennison, P. D. (2010). Problemas respiratórios crónicos. In Monahan, F. D., Sands, J. K., Neighbors, M, Marek, J. F. & Green, C. J. *Enfermagem médico-cirúrgica: perspectivas de saúde e doença*. (8ª ed., pp. 691 – 732). Lusodidacta.
- Despacho n.º 16549/2012 - Normas Regulamentares dos Ciclos de Estudos Conducentes ao Grau de Mestre do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Diário da República II, n.º 251 de 2012 – 12 – 28. <https://files.dre.pt/2s/2012/12/251000000/4105041052.pdf>.
- Despacho Normativo n.º 9/2006 - Aprova o Regulamento para Lançamento e Implementação das Unidades de Saúde Familiar. Diário da República I, N.º 34 de 16/02/ 2006. <https://blook.pt/legislation/diplomas/PT/52597/>.
- Domingos, A. & Barbado, A. (2003). Tratamento da Tuberculose Multirresistente. In Almeida, A. R. & Raymundo, E. (coords.). *Tratado de Pneumologia*. (pp. 765 – 772). Sociedade Portuguesa de Pneumologia.
- Duarte, R., Carvalho, A., Ferreira, D., Saleiro, S., Lima, R., Mota, M., Raymundo, E., Villar, M., Correia, A. (2010). Abordagem terapêutica da tuberculose e resolução de alguns problemas associados à medicação. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 16 (4), 559 – 572. [https://10.1016/S0873-2159\(15\)30052-0](https://10.1016/S0873-2159(15)30052-0).
- Fernandes, E. (2019). Utilização de medicamentos antituberculosos em Portugal. *Revista Infarmed*, 20-21. <https://www.infarmed.pt/documents/15786/2219894/Utiliza%C3%A7%C3%A3o+de+medicamentos+antituberculosos+em+Portugal/b146bf80-cefc-4de4-a827-df55a891c375>.
- Fontanella, B.J.B. (2021). Participantes em investigação qualitativa. In Gonçalves, S.P. Gonçalves, J.P. & Marques (Eds.) *Manual de investigação qualitativa*. (pp. 25-40). Pactor.
- Fortin, M. F. (2003). *O processo de investigação: da conceção à realização*. Lusociência.
- Freixo, M. J. V. (2011). *Metodologia Científica: Fundamentos, métodos e técnicas*. Instituto Piaget.
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2022). PORDATA. <https://www.pordata.pt/home>

- George, J. B. (2000). Teorias de Enfermagem (os fundamentos à prática profissional). 4ª Edição. Porto Alegre: Artmed.
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. Atlas.
- Gomes, R. P. P.; Cardoso, M. J. S. P. & Martins, M. A. C. S. (2012). Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referência*. 7, 55-62.
- Gonçalves, S. P., Gonçalves, J. P., & Marques, C. G. (2021). *Manual de Investigação qualitativa: conceção, análise e aplicações*. (1ª ed). Pactor.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. R. (1982). Metodologia do Planeamento em Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. Edições de saúde Instituto politécnico de Viana do Castelo. (2021). *Normas para a elaboração e apresentação de trabalhos científicos*. Instituto politécnico de Viana do Castelo.
- Laverack, G. (2014). *Guia de Bolso para a Promoção da Saúde*. Universidade Católica Editora.
- Marconi, M. A. & Lakatos, E. M. (2003). *Fundamentos de Metodologia Científica*. (5ª ed). Editora Atlas.
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lidel.
- Mendez, B., Herraéz, C., Rodrigues, J. & Bande, N. (2015). Contribuir para a melhoria do modelo de articulação a nível dos cuidados de saúde primários no âmbito da Tuberculose. *Revista inSaúde*. 9, 1 – 7.
- Monteiro, S. & Rodrigues, V. (2011). A qualidade de Vida da pessoa com Tuberculose em regime de Toma Observada. *Acta Médica Portuguesa*. 24 (S2), 523-530.
- Nunes, L. (2016). Desafios da Tomada de Decisão Autónoma em Enfermagem. Workshop da Área Urgência Geral e Cuidados Intensivos - Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos.
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18072/1/Desafios%20da%20tomada%20de%20decisao%20autonoma%20em%20Enfermagem.pdf>
- O'Boyle, S. J.; Power, J.J.; Ibrahim, M. Y. & Watson, J. P. (2002). Factors affecting patient compliance with anti-tuberculosis chemotherapy using the directly observed treatment, short-course strategy (DOTS). *American Journal of Epidemiology and Infectious Disease* 6(1), 24-29. DOI: 10.12691/ajeid-6-1-5.
- Observatório Português do Sistema de Saúde. (2022). Relatório Primavera 2022: e Agora?.
- Ordem dos Enfermeiros (2021). *Recomendações para estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudo dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es->

[para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf](#)

Ordem dos Enfermeiros (s/d). *STOP TB - A estratégia da Toma Observada Directa (TOD)*.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. *Divulgar*.

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dia Mundial da Tuberculose - Texto da Comissão de Especialidade de Enfermagem Comunitária*.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/dia-mundial-da-tuberculose-texto-da-comiss%C3%A3o-de-especialidade-de-enfermagem-comunit%C3%A1ria/>.

Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Dia Mundial da Tuberculose - Texto do Conselho de Enfermagem - Grupo de Trabalho «Enfermeiros Unidos na Luta contra a Tuberculose - STOP Tuberculose»*.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/ordem/Paginas/EspCid_DiaMundialdaTuberculose2009.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Comunitária*.

<https://www.ordemEnfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaúdeFamiliar.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Cadernos da Ordem dos Enfermeiros. Guia Orientador de Boas Práticas para a Tuberculose*. 5 (1).

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro)*.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*.

Palha, P. F., Silva, L. M. C., Wysocky, A. M., Andrade, R. L. P., Protti, S. T., Scatena, L. M. & Villa, T. C. S. (2012). Acesso aos serviços de atenção à Tuberculose: Análise da satisfação dos doentes. *Revista Escola de Enfermagem USP*. 46 (2), 342 – 348.

<https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000200011>.

- Pardal, L., & Lopes, E. S. (2011). *Métodos e Técnicas de Investigação Social*. Areal Editores.
- Portaria 1368/2007 - Carteira básica de serviços e os princípios da carteira adicional de serviços das unidades de saúde familiar (USF). Diário da República. I série, n.º 201 de 2007-10-18. <https://dre.tretas.org/dre/221058/portaria-1368-2007-de-18-de-outubro>.
- Portugal. ACeS Cávado I. (2022). *Institucional*. <https://aces-braga.webnode.pt/institucional2/>.
- Portugal. Administração Regional de Saúde do Norte (2007). Proposta de Programa de Luta contra a Tuberculose na Região de Saúde do Norte: Parte I - Documento apresentado em reunião com as Sub-Regiões de Saúde e os Adjuntos do Delegado Regional de Saúde do Norte. <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/GRP/Proposta%20Programa%20Luta%20contra%20Tuberculose%20Regi%C3%A3o%20Sa%C3%BAde.pdf>.
- Portugal. Administração Regional de Saúde do Norte (2018). Perfil Local de Saúde 2018. https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2019/12/PeLS2018_A6_Braga.pdf.
- Portugal. Administração Regional de Saúde do Norte (2018). Plano local de Saúde 2014-2016: Extensão 2020. http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2019/12/Braga_PLS_Extensao-2020.pdf.
- Portugal. Administração Regional de Saúde do Norte (2022). Consentimento informado, livre e esclarecido para participação em investigação. <https://www.arsnorte.min-saude.pt/comissao-de-etica/instrucao-pedido-parecer/consentimento-informado/>.
- Portugal. Conselho Nacional de Saúde. (2020). *Participação Pública em Saúde - Todas as Vozes Contam*. Conselho Nacional de Saúde.
- Portugal. Direção Geral da Saúde. (2017). Norma nº 007/2017. 08/02/2017: *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Direção Geral da Saúde.
- Portugal. Direção-Geral da Saúde (2013). Programa Nacional para a Tuberculose. *Manual de Boas práticas de Enfermagem em Tuberculose*. Direção-Geral da Saúde.
- Portugal. Direção-Geral da Saúde (2016). *Manual de Enfermagem: Toma de Observação Direta em Doentes com Tuberculose*. Direção-Geral da Saúde.
- Portugal. Direção-Geral da Saúde (2019). *Plano de Ação Para a Literacia Em Saúde: 2019 – 2021*. Direção-Geral da Saúde.
- Portugal. Direção-Geral da Saúde (2021). *Níveis de literacia em Saúde - 2019*. Direção-Geral da Saúde.
- Portugal. Direção-Geral da Saúde (2022). Sistema de Vigilância de Tuberculose. Direção-Geral da Saúde.

- Portugal. Direção-Geral da Saúde. (2016). Programa Nacional para a Tuberculose. *Manual de Enfermagem: Toma de Observação direta em Doentes com Tuberculose*. Direção-Geral da Saúde.
- Portugal. Direção-Geral da Saúde. (2018). *Tuberculose em Portugal: Desafios e Estratégias*. Direção-Geral da Saúde.
- Portugal. Direção-Geral da Saúde. (2020). *Relatório de Vigilância e Monitorização da Tuberculose em Portugal: Dados Definitivos 2018/19*. Direção-Geral da Saúde.
- Portugal. Direção-Geral da Saúde. (2021). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030: Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*. Direção-Geral da Saúde. https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf
- Portugal. Instituto Nacional de Estatística (2022). *Censos 2021: resultados provisórios*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contecto=pi&indOcorrCod=0011166&selTab=tab0
- Portugal. Ministério da Saúde (2022). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10008/Pages/default.aspx>
- Portugal. Ministério da saúde (2022). *Tuberculose: Centros de Diagnóstico Pneumológico*. <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/tuberculose1/centros-de-diagnostico-pneumologico.aspx>
- Raymundo, E. & Correia, I. (2003). Clínica da Tuberculose. In Almeida, A. R. & Raymundo, E. (coords.). *Tratado de Pneumologia*. (pp. 687 – 694). Sociedade Portuguesa de Pneumologia.
- Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República. II série, n.º 26 de 2019-02-06. <https://www.ordemEnfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>.
- Regulamento n.º 348/ 2015 – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Diário da República. II série, n.º 118 de 2015-06-19. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/348-2015-67540266..>
- Regulamento n.º 428/ 2018 – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República. II série, n.º 135 de 2018-07-16. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Huitzi-Egilegor, J. X., Elorza-Puyadena, M. I., Urkia- Etxabe, J. M., & Asurabarrena-Iraola, C. (2014). Implementação do processo de enfermagem em uma área da saúde: modelos e estruturas de avaliação utilizados. *Revista Latino-Americana de*

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/BGd7m3H6cGG5D8YqkSsZpmM/?format=pdf&lang=pt>

- Rieder, H. (2001). *Bases epidemiológicas do controlo da tuberculose*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Riley, J. (2004). *Comunicação em Enfermagem*. (4ª Edição). Lusociência.
- Rocha, M. A., Ternoteo, R., Figueiredo, C., Pereira, S., R., Menezes, T., & Costa, P. (2021). Importância do tratamento diretamente observado da Tuberculose na percepção dos Enfermeiros. *Saúde coletiva*, 11 (65), 6242-6251. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i65p6242-6251>.
- Salvador, P. T. C., Alves, K. Y., Rodrigues, C.C & Oliveira, L. V. (2020). Estratégias de coleta de dados online nas pesquisas qualitativas da área da saúde: Scoping review. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 41, 1 – 13. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190297>.
- Santana, S.; Teixeira, C. F. S.; Rodrigues, A. S. & Skalinski, L. M. (2020). Dificuldades, caminhos e potencialidades da descentralização do atendimento à tuberculose. *Journal of Health & Biological Sciences*, V (8), 1-5. <http://dx.doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v8i1.2582.p1-5.2020>.
- Silva, M. I., Araujo, B. R., & Amado, J. M. (2021). O tratamento diretamente observado na estratégia de controlo da Tuberculose em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, V (7), 1-8. <https://doi.org/10.12707/RV20129>.
- Taquette, R. S. (2016). Análise de Dados de Pesquisa Qualitativa em Saúde. *investigação Qualitativa em Saúde*. 2, pp. 524 - 533
- Távora, M. M., Rodrigues, I. L., Nogueira, L. M., & Silva, F. (2021) - Percepções de Enfermeiros e doentes sobre a adesão ao tratamento diretamente observado em Tuberculose. *Revista Cogitare Enfermagem*, 26: e74752. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.69930>.
- Telhada, M. F. (2003). Quimioterapia antituberculosa. In Almeida, A. R. & Raymundo, E. (coords.). *Tratado de Pneumologia*. (pp. 711 - 765). Sociedade Portuguesa de Pneumologia.
- Tomey, A. M. & Alligood M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de Enfermagem)*. Lusociência.
- Varela, C. S. (2013). *Comunicação em Saúde: A Consulta do Viajante no IHMT*. [Relatório de estágio de mestrado, Escola Superior de Comunicação Social]. Repositório aberto do Instituto Politécnico de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.21/3398>.
- Welch, A. Z. (2004). Cuidar Cultural: Teoria da Diversidade e da Universalidade in Tomey, A. M. & Alligood, M. R.: *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de Enfermagem)*. Lusociência.

- World Health Organization. (2006). *The Global Plan to stop TUBERCULOSE 2006 – 2015: Actions for Life Towards a world free of Tuberculosis*. WHO.
- World Health Organization. (2006). *The Stop Tuberculose Strategy: Building on and enhancing DOTS to meet the TB-related Millennium Development Goals*. WHO.
- World Health Organization. (2011). *The Global Plan to stop TB 2011 – 2015*. WHO.
- World Health Organization. (2021). *Global Tuberculosis Report 2021*. WHO.
- World Health Organization. (2021). *Health Promotion Glossary of Terms 2021*. WHO.

ANEXOS

ANEXO I - Protocolo de estágio com relatório final do II Curso de Mestrado em
Enfermagem Comunitária

 <p>Instituto Politécnico de Viana do Castelo Escola Superior de Saúde Regente – Caminda Morais camindamorais@ess.ipvc.pt</p>	<p align="center">II CURSO DE Mestrado em Enfermagem Comunitária</p> <p align="center">Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final</p> <p align="center">Ano letivo 2022 -2023</p>
--	--

Nota Introdutória

O presente documento consubstancia as linhas orientadoras do Estágio de Natureza Profissional (ENP), de modo a assegurar a harmonização de procedimentos e critérios subjacente a esta fase do processo formativo do Mestrado de Enfermagem Comunitária, reconhecendo-o como uma experiência formativa nova para toda equipa pedagógica. Assim, dele consta o enquadramento jurídico-normativo inerente à atribuição do grau de mestre e simultaneamente garante das condições de atribuição do título profissional de enfermeir@s especialistas em saúde comunitária, @os mestrand@s, pela Ordem dos Enfermeiros (OE), findo o ENP. Em alinhamento com o enunciado, integra ainda as competências a adquirir, os pressupostos de orientação pedagógica, os aspetos organizativos e a avaliação da unidade curricular.

Assim, no âmbito do enquadramento jurídico-normativo, convoca-se o Plano de Estudos (PE) do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, publicado Despacho n.º 2598/2021, de 8 março, que altera o Despacho n.º 7711/2018, de 5 de julho, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 154, 10 de agosto de 2018, alterado pela Declaração de Retificação n.º 750/2018, de 27 de setembro, publicada no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 198, de 15 de outubro. Este (PE) integra no 2º ano uma Unidade Curricular semestral, de caráter opcional, o Estágio de Natureza Profissional (adiante designado por ENP) com relatório final.

O ENP visa, de acordo com o Regulamento dos Ciclos de Estudos conducentes ao grau de mestre do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, “complementar a formação académica realizada no decorrer da componente de especialização do ciclo de estudos [1º ano], através da integração do mestrando no exercício de uma atividade profissional ou no desenvolvimento de atividades em empresas ou entidades propiciadoras de contactos reais com o mundo do trabalho”.

A UC ENP encontra-se organizada nos termos do disposto do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março e dos demais diplomas legais no âmbito da atribuição de graus e diplomas que sucedem, em articulação com as orientações emanadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), designadamente através do documento “[r]ecomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de enfermeiro especialista” (OE, 2021).

Neste contexto, o ENP é objeto de um Relatório Final, de cariz individual, que deve consistir num relato reflexivo das atividades desenvolvidas em contexto real de trabalho, norteado pelos referenciais teóricos de enfermagem de comunitária e de saúde pública, em que se explicita o processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, bem como, o processo de aquisição de competências específicas nos termos

respetivamente do Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro e do Regulamento nº 428/2018, de 16 de julho, incluindo a componente de investigação (ibidem).

Como em todas as provas conferentes do grau de mestre, o referido relatório será alvo de uma prova pública. Para o efeito, o júri é nomeado pelo Conselho Técnico Científico que, garantirá previamente a qualidade científica do relatório.

Objetivos de aprendizagem/competências a atingir:

No decurso do presente estágio, @s mestrandas devem demonstrar capacidade para:

- Realizar a prática profissional, ética e legal, na área da Enfermagem de Saúde Pública e da Enfermagem de Saúde Comunitária, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;
- Assegurar práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;
- Aplicar conhecimentos aprofundados da Enfermagem de Saúde Pública e da Enfermagem de Saúde Comunitária, designadamente em situações complexas;
- Integrar pressupostos sociopolíticos, ético-legais, ideológicos e teórico-metodológicos norteadores da intervenção especializada em Enfermagem comunitária na área da Saúde Comunitária e da Saúde Pública;
- Avaliar, com base na metodologia do planeamento em saúde, o estado de saúde de uma comunidade;
- Participar na coordenação de programas de saúde de âmbito comunitário e de medidas estratégicas emergentes dos contextos;
- Cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico;
- Comunicar com grupos, comunidade, o poder loco-regional, meios de comunicação social e equipa multidisciplinar no âmbito da enfermagem de saúde pública;
- Contribuir para a capacitação de pessoas, grupos em situação de vulnerabilidade e comunidade bem como de profissionais de saúde/enfermagem, com base na evidência produzida.
- Gerir cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa onde está inserido e a articulação na equipa de saúde;
- Adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados;
- Reconhecer o potencial desenvolvido e a desenvolver no âmbito do autoconhecimento e da assertividade;
- Argumentar a praxis clínica de Enfermagem comunitária na área da Saúde Comunitária e da Saúde Pública com base na evidência;
- Elaborar o relatório final inerente à prática clínica, consubstanciado o processo de aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Saúde comunitária;
- Argumentar a prática clínica com ênfase ao julgamento clínico especializado e complexidade das intervenções;

Equipa Pedagógica:

Em conformidade com o quadro jurídico e com a regulação profissional anteriormente referida, o processo formativo é assegurado pela orientadora/gestora pedagógica (docente) habilitada com o grau de doutor ou com o título de especialista (nos termos do Decreto-lei nº 206/2009, de 31 agosto, que aprova o regime jurídico do título de especialista a que se refere o artigo 48º, da Lei nº 62/2007, de 10 de setembro) e pel@s enfermeir@s tutor@s (orientadora do contexto clínico) habilitad@s no mínimo com o grau de mestre, ambas obrigatoriamente habilitad@s com o título profissional de enfermeir@ especialista em enfermagem comunitária (atribuído pela OE).

Para a concretização dos objetivos de aprendizagem e competências enunciadas a equipa pedagógica, constituída pelas gestoras pedagógicas, enfermeiras tutoras e mestrand@s, deve criar espaços/tempos promotores da consecução das competências previstas. Para o efeito, propõe-se um conjunto de compromissos que se passa a explicitar.

Ao/À gestor/a pedagógico compete:

- Estimular e orientar o desenvolvimento do “Projeto” Formativo d@s mestrand@s com base nas competências acima previstas;
- Dinamizar momentos de reflexão e análise do percurso formativo com a equipa pedagógica, de forma a construir uma visão partilhada das potencialidades, concretizações/desenvolvimentos bem como dos problemas e decisões;
- Apoiar a prática clínica em enfermagem comunitária e de saúde baseada na evidência;
- Corresponsabilizar-se pelo processo de desenvolvimento de competências, designadamente no que se refere à avaliação formativa e sumativa d@s mestrand@s;
- Apoiar o processo formativo na globalidade, incluindo preparação das provas públicas de grau de mestre.
- Diligenciar à enfermeira tutora certificação do processo de orientação e supervisão clínica do processo formativo por parte da escola.

À enfermeiro/a tutor/a compete:

- Integrar @s mestrand@s na Unidade de Saúde;
- Apoiar @s mestrand@s no processo de intervenção em enfermagem comunitária e de saúde pública, em especial nas situações de maior complexidade, articulando o projeto institucional em articulação com o projeto formativo em causa, nos termos do contexto jurídico-normativo enunciado anteriormente.
- Promover momentos de reflexão e análise do percurso formativo;
- Solicitar, sempre que necessário, apoio à gestora pedagógica;
- Corresponsabilizar-se pela supervisão, orientação e avaliação formativa d@ mestrand@.

@os mestrand@s compete:

- Desenvolver o estágio com base no “Projeto” Formativo, tendo em conta os referenciais epistemológicos e profissionais inerentes à Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, as suas potencialidades/necessidades pessoais articuladas com o Projeto da Unidade Prestadora de Cuidados;
- Prestar/gerir cuidados no âmbito da Enfermagem Especializada no âmbito da Comunidade e da Enfermagem de Saúde pública, sustentados em evidência científica, nos termos do preconizado pelos referenciais especializados da profissão e com o previsto para uma formação de nível de mestrado de natureza profissional;
- Participar ativamente nos momentos de reflexão e análise do percurso de formativo;

- Elaborar o Relatório Final de Estágio;
- Solicitar, sempre que necessário, apoio à equipa orientador, organizando-se tendo por base a pausa da equipa orientadora no mês de agosto;
- Corresponsabilizar-se em todo o processo formativo, designadamente no que se refere à avaliação.
- Prestar provas públicas de nível de mestrado com qualidade científica.

Aspetos organizativos:

Constituído por 30 ECTS (*European Credit Transfer and Accumulation System*), aos quais correspondem 430 horas de contacto, num total de horas de trabalho de 810, o ENP decorre entre 1 de março e 31 de agosto, de 2022, obrigatoriamente numa das seguintes unidades funcionais dos Agrupamentos de Centro de Saúde: Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), ou em Unidades de Saúde Pública (USP). Deste modo, a carga horária presencial é em média de 20 horas semanais, à exceção das 2 semanas iniciais que é de 15 horas, sendo as horas presenciais realizadas até 31 de julho.

No sentido de assegurar a qualidade dos desenvolvimentos, designadamente no que se refere à prática de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública baseada na evidência, a UC ENP inclui 20 horas de seminário, estando o primeiro previsto para o próximo dia 11 de março, com os demais a decorrerem entre março e julho.

O limite de faltas em horas de contacto é de 15%, considerando a unidade turno ou horas, em conformidade com o horário de cada serviço e necessidades d@ mestrand@ no âmbito do progresso das atividades para responder aos objetivos/competências a desenvolver/adquirir.

O desenvolvimento do estágio deve ter em conta o contexto da sua realização e as seguintes orientações:

1 e 2 ^a semana	<ul style="list-style-type: none"> • Integração ao contexto de ENP. • Integração à organização e dinâmica da(s) Unidade(s) de Prestação de Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. • Observação participada dos cuidados de enfermagem especializados. • Apresentação individual, em seminário, da proposta de planificação do ENP, incluindo a problemática a investigar, a realizar no dia até 11 de março, às 17 horas. • Realização do Plano do ENP, até 15 de março (versão digital em word e pdf, enviada à equipa pedagógica).
3 ^a semana e seguintes	<ul style="list-style-type: none"> • Participar na consecução do Projeto da UCC/USP onde se realiza o ENP. • Prestar/gerir cuidados de enfermagem especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. • Elaboração/entrega do desenho de investigação até 24 de março. • Discussão com a equipa orientadora do Desenho de Investigação a realizar (última semana de março). • Construção do Relatório Final. • Reunião mensal com a equipa pedagógica, via on line.
julho	<ul style="list-style-type: none"> • Continuidade dos desenvolvimentos. • Reunião da equipa pedagógica para discussão da versão final do Relatório de ENP.

-
- Avaliação formativa e sumativa.
-

AVALIAÇÃO

A avaliação do ENP será realizada pela equipa pedagógica (onde se inclui @ mestrand@), com cariz qualitativo, tendo por base o instrumento anexo.

A avaliação final tem por base o previsto no âmbito das provas públicas de mestrado, tendo por base a qualidade científica do relatório bem como das provas efetuadas.

O Júri será composto pela Presidente, ou seja, a Diretora da Escola ou outra entidade sob competências por si delegadas, @ arguente e a orientadora/gestora Pedagógica (detentoras das habilitações académicas e profissionais acima referidas). O reconhecimento do processo de supervisão clínica do contexto de Estágio é, como referido anteriormente, consubstanciado no corpo do Relatório de Estágio e na certificação do processo, por parte da Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viana do Castelo

A Regente,

Assinado por: **Maria Carminda Soares Morais**
Num. de Identificação: 06048328
Data: 2022.03.02 07:53:18+00'00'

PhD Carminda Morais

ANEXO II - Autorização do Conselho Executivo do ACeS

Requerimento de Submissão de projectos de investigação

PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO/ESTUDOS

Identificação do(s) investigador(es) do estudo

Nome Completo: Carla Soledade da Silva Costa

Contacto telefónico: 963955322

E-Mail: carlasscosta13@gmail.com

Qualificação Académica: Licenciatura em Enfermagem

Funções que desempenha: Enfermeira

Instituição: ACeS Tâmega III – Vale de Sousa Norte

Designação do Estudo: Perceção dos Enfermeiros das USF/ UCSP do ACeS Cávado I – Braga sobre a realização da Toma de Observação Direta (TOD) em doentes com Tuberculose na sua unidade funcional.

Área científica em que se enquadra o estudo: Mestrado em Enfermagem Comunitária

Vigência do Estudo (Data de princípio e de fim): 02/03/2022 a 29/07/2022

Tipo de análise (quantitativa, qualitativa): Estudo qualitativo

Palavras – chave: Enfermagem Comunitária; Enfermeiros; Perceção; TOD; Tuberculose.

Co-Investigador(es) (quando aplicável)

Nome(s) Completo(s):

OUTROS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

(Exemplo: Orientador)

Nome(s) Completo(s): Maria Cândida Cracel
Instituição: Instituto Politécnico de Viana do Castelo – Escola Superior de Saúde

OUTRAS INFORMAÇÕES SOBRE ESTUDO

Objetivo Geral: Conhecer as perceções dos Enfermeiros que exercem funções nas USF/ UCSP e que integram o Conselho Técnico do ACeS Cávado I - Braga relativamente à realização da TOD em doentes com Tuberculose na sua unidade funcional.

Metodologia: abordagem qualitativa, descritivo, exploratório.

Participantes: Enfermeiros que integram o Conselho Técnico do ACES enquanto representantes da unidade funcional onde se encontram inseridos.

Crítérios de inclusão: Exercer funções de Enfermeiros na USF/ UCSP e integrar o Conselho Técnico do ACES; aceitar participar no estudo de investigação.

Método de recolha dados (anexar instrumento recolha): questionário semiestruturado, enviado por e-mail aos participantes. O tratamento de dados será feito através da análise de conteúdo das respostas segundo Bardin.

Descrição do que consiste a colaboração do ACeS: Ao ACeS será pedida a colaboração na divulgação e envio via e-mail do instrumento de colheita de dados aos participantes do estudo.

Termo de Responsabilidade

Declaro assumir a liderança científica do projecto / estudo e as responsabilidades decorrentes da sua boa execução, bem como a do estudo em causa e suas conclusões ao ACeS Cávado I – Braga.

Data: 06/04/2022

Assinatura: *[Assinatura]*

PARECER CONSELHO CLÍNICO E DE SAÚDE
Nota a opor, no cumprimento do procedimento.
Data: 09/05/2022
Assinaturas: *[Assinatura]*
Vogal Inf. e Saúde
Conselho Clínico (ACES S)
Enf.ª Olímpia Sá

PARECER DO RESPONSÁVEL ACESSO INFORMAÇÃO
Favorável, uma vez que o projeto de investigação cumpre com a condição de obtenção consentimento informado dos participantes.
Data: 6/05/2022
Assinaturas: *[Assinatura]*

DIRETOR EXECUTIVO

Nada a opor á sua realização,


ACES de Braga
Domingos Sousa
Diretor Executivo

ANEXO III - Parecer favorável da Comissão de Ética da ARS Norte

COMUNICAÇÃO

INFORMAÇÃO

PARECER

DATA: 2022-06-08

REFERÊNCIA: CE/2022/77

PARA: CONSELHO DIRETIVO

DE: COMISSÃO DE ÉTICA

ASSUNTO ...: PI 20220059 - A Toma de Observação Direta em Doentes com
Tuberculose Um contributo para cuidados centrados no utente

A- Apresentação do pedido em apreciação

A Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. recebeu o pedido de parecer sobre o projeto intitulado "A Toma de Observação Direta em Doentes com Tuberculose. Um contributo para cuidados centrados no utente."

A equipa de investigação é composta pela investigadora Carla Soledade da Silva Costa, aluna do 2º ano do curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, sob orientação da Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Anabela Alves e com orientação pedagógica da professora Cândida Cracel Viana.

O estudo será realizado durante o estágio na Unidade de Saúde Pública do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Cávado I - Braga, no período de 2 de março a 31 de agosto de 2022.

O pedido de parecer foi instruído com os documentos obrigatórios para a sua submissão e tem o parecer favorável da orientadora, do Conselho Clínico e de Saúde, do Conselho Executivo e do RAI do ACeS Cávado I - Braga.

B - Identificação de questões com eventuais implicações éticas ou metodológicas

A Toma de Observação Direta (TOD) é uma das estratégias basilares propostas pela Organização Mundial de Saúde para o controlo da tuberculose e comporta tratamentos padronizados sob supervisão de um profissional de saúde, nomeadamente um enfermeiro(a).

O objetivo principal do estudo é conhecer as perceções dos Enfermeiros que exercem funções nas USF/ UCSP e que integram o Conselho Técnico do ACeS Cávado I - Braga relativamente à realização da TOD nos doentes com Tuberculose na sua unidade funcional. Como objetivos secundários, os investigadores pretendem identificar os aspetos positivos e dificuldades para a realização da TOD e identificar possíveis soluções de melhoria para a descentralização da TOD no ACeS Cávado I - Braga.

De natureza qualitativa, o estudo consistirá na aplicação de um questionário semiestruturado, enviado por email à totalidade de Enfermeiros que integram o Conselho Técnico do ACeS Cávado I - Braga. A participação é voluntária, mediante consentimento livre e informado. A informação recolhida será transcrita, o seu conteúdo será guardado em computador privado com palavra-passe e os dados serão tratados de forma anónima e confidencial. Os dados serão posteriormente destruídos após a conclusão do estudo. Os dados a recolher são adequados aos objetivos do estudo e correspondem ao estritamente necessário para alcançar esses mesmos objetivos.

EXARADO NA ATA Nº 2022_25
REUNIÃO DE 2022-06-23

DELIBERADO AUTORIZAR
2022-06-23

Carlos Nunes
Presidente do CD

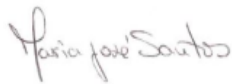
Maria Clara Castro
Vice Presidente do CD

Paula Duarte
Vogal do CD

C - Conclusão

Reconhecendo a relevância do estudo e após análise em reunião ordinária do mês de junho, a Comissão de Ética para a Saúde da ARSN considera que estão assegurados os procedimentos que garantem o respeito das normas éticas relativas à proteção dos dados pessoais, dos direitos e dos interesses dos participantes, pelo que delibera, por unanimidade dar parecer favorável à realização do estudo. A equipa de investigação deve comunicar os resultados, assim que o estudo esteja concluído.

Porto, 7 de junho de 2022



Maria José Ferreira Santos
Presidente da Comissão de Ética



APÊNDICES

APÊNDICE I – Cronograma

Março	<ul style="list-style-type: none"> • Início do estágio de natureza profissional; • Integração na USP Braga; • Escolha do tema de investigação bem como dos objetivos definidos para o projeto; • Pesquisa bibliográfica; • Elaboração do desenho de investigação; • Elaboração do instrumento de recolha de dados.
Abril	<ul style="list-style-type: none"> • Realização e solicitação dos respetivos pedidos de autorização ao ACeS Cávado I – Braga; • Realização e solicitação do pedido de parecer à Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte.
Maio	<ul style="list-style-type: none"> • Início da elaboração do relatório de estágio de natureza profissional.
Junho	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicação do instrumento de colheita de dados. • Recolha dos dados. • Análise dos resultados; • Continuação da elaboração do relatório de estágio de natureza profissional.
Julho	<ul style="list-style-type: none"> • Finalização da elaboração do relatório de estágio de natureza profissional. • Finalização do Estágio.
Agosto	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega do Relatório de Estágio de Natureza Profissional;

APÊNDICE II – Instrumento de colheita de dados

Questionário

A Toma de Observação Direta em doentes com Tuberculose

Um contributo para cuidados centrados no doente

Exmo. (a) Enfermeiro (a):

O presente questionário tem por se conhecer a perceção dos Enfermeiros que integram o Conselho Técnico do ACeS Cávado I e que exercem funções nas USF/UCSP quanto à realização da TOD nos doentes com Tuberculose, na unidade funcional que representam.

Esta investigação insere-se no II Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior do Saúde – Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Agradeço desde já a sua colaboração que terá um contributo importante na concretização deste estudo. Este estudo mereceu o parecer favorável da Comissão de Ética da ARS Norte. Asseguro que a sua participação é anónima, confidencial, não havendo acesso ao seu email e que todas as informações recolhidas só serão utilizadas para fins académicos, sendo destruídas finda a investigação.

Peço que responda de forma espontânea e sincera a todas as questões. Pode a qualquer momento desistir de participar no estudo sem qualquer tipo de consequências.

Desde já o meu agradecimento pela sua colaboração e pelo tempo despendido.

Carla Costa

(carlasscosta13@gmail.com/ 963955322)

Depois do texto introdutório considero-me informado aceito participar neste estudo respondendo a este questionário.

- Sim
- Não

Parte I - Caracterização sociodemográfica:

1. Idade (anos)

2. Género:

- Feminino
- Masculino

3. Habilitações académicas:

- Licenciatura

- Mestrado
- Doutorado

4. Tempo de exercício profissional em CSP (USF/ UCSP) (meses)

5. Na USF/UCSP onde exerce funções executa a TOD a doentes com Tuberculose?

- Sim
- Não

6. Alguma vez executou a TOD a doentes com Tuberculose?

- Sim
- Não

Parte II:

7. Na sua opinião quais são os principais objetivos da TOD em doentes com Tuberculose?

8. Face à sua experiência profissional, como vê a possibilidade de o doente com Tuberculose poder realizar o seu tratamento por regime de TOD numa USF/ UCSP à sua escolha?

9. Na sua opinião quais os aspetos positivos da TOD efetuada na USF/ UCSP?

10. Que dificuldades identifica na administração da TOD em doentes com Tuberculose na USF/UCSP?

11. Na sua opinião, quais as estratégias a adotar para a implementação da TOD nas USF/ UCSP?

Muito obrigada pela sua colaboração!

APÊNDICE III - Formação em serviço

PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS

TOMA DE OBSERVAÇÃO DIRETA

Carla Costa

Componente de Investigação

- Estágio de Natureza Profissional, inserido no 2º ano do II curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Em Março 2022, eram acompanhados no CDP Braga 54 doentes em fase ativa da doença: 48 doentes pertencentes ACeS Cávado I – Braga e 16 doentes pertencentes ao ACeS Gerês/Cabreira (SVG - TB, 2022).
- Estes últimos com a possibilidade de realizar o tratamento na sua unidade de saúde (USF/UCSP), sob vigilância permanente do CDP (proximidade à área de residência), os doentes de Braga têm de o fazer preferencialmente no CDP.
- Auscultados os elementos da equipa multiprofissional do CDP: ainda não existe uma abertura suficiente por parte das unidades funcionais para receber estes doentes.

Tuberculose

A Tuberculose mantém-se como uma das principais causas de morte a nível mundial dentro das doenças infecciosas curáveis, constituindo um grave problema de saúde pública pelas consequências devastadoras ao nível da saúde, da economia e a nível social (Portugal, 2022).

Em 2020 - COVID-19:

- Diminuição da taxa de notificações (2%)
- Diminuição do nº de novos diagnósticos (18%)
- Aumento do número de mortes

MAIOR IMPACTO EM 2021/2022

(Relatório Global da Tuberculose, 2022)

Estratégias DOTS - Directly Observed Treatment Short Course

- Compromisso político
- Detecção de casos
- TOD
- Registo e notificação
- Fármacos de qualidade

TOD – Toma de Observação Direta

Administração da medicação

Deteção precoce

Cuidados centrados no doente

Adesão ao tratamento/
redução do abandono

Proximidade e acompanhamento

Monitorização e registo de
efeitos adversos

Promoção da educação
para a saúde

Enfermeiro

Empoderamento do doente e
família no seu processo de cura

Metodologia

Objetivo geral

Conhecer as perceções dos enfermeiros que integram o Conselho Técnico do ACeS Cávado I – Braga e que exercem funções nas USF/ UCSP relativamente à realização da TOD nos doentes com Tuberculose, na sua unidade funcional.

Objetivos específicos

- Conhecer a perceção dos Enfermeiros relativamente à descentralização da TOD nos doentes com Tuberculose.
- Identificar os aspetos positivos e as dificuldades para a realização da TOD na USF/ UCSP onde trabalham.
- Estudo qualitativo, descritivo
- Participantes: enfermeiros que integram o Conselho Técnico deste ACeS, enquanto representantes da USF/UCSP onde trabalham (20 enfermeiros)
- questionário semiestruturado, enviado por e-mail via institucional
- Análise de conteúdo segundo Bardin

Resultados obtidos

Categorias	Subcategorias
Importância da TOD	a) Objetivos da TOD b) Descentralização da TOD
Operacionalização da TOD	a) Aspetos positivos da TOD efetuada na USF/ UCSP b) Dificuldades da TOD efetuada na USF/ UCSP
Estratégias de melhoria	a) Estratégias para implementação da TOD na USF/ UCSP

Objetivos da TOD

Os participantes deste estudo consideraram que, de uma forma geral, o principal objetivo da TOD em doentes com Tuberculose é garantir a toma integral da medicação:

- Q1: "garantir a **toma integral** sem falhas"
- Q2: "que a medicação seja **tomada corretamente** sem falhas"

Contudo verificou-se ainda outros objetivos como garantir a adesão ao tratamento e sua eficácia:

- Q6: **garantir o cumprimento** do tratamento, **fomentar a adesão/ aceitação** do utente"
- Q4: " **eficácia** da medicação/ ter a certeza que o utente toma a medicação"

Descentralização da TOD

Benefícios da TOD numa USF/ UCSP :

- Q1: "se o utente tiver um CDP na sua área de residência, penso que será mais adequado"
- Q3 "Deve realizar **na sua unidade** para garantir a **continuidade de cuidados**".
- Q5 "**na sua unidade** se possível!".
- Q9: "parece-me bem, deveria ser na **USF mais próxima**"
- Q10 "Para o utente: escolher por exemplo **uma unidade mais perto** da sua residência (...)"

A descentralização traria mais dificuldades:

- Q7 "pode facilitar a toma ao utente, mas levar a **mais erros**"
- Q6 "**não se coaduna** com o modelo organizativo da USF"
- Q10 "(...) **mais sobrecarga** de trabalho com utente não inscrito na USF: o atendimento de um utente não inscrito na USF será feito em consulta aberta, ou seja, o agendamento é feito no próprio dia, correndo o risco de não ter possibilidade de agendamento, caso falte ninguém monitoriza esta ausência (**não existe compromisso**)".

Aspetos positivos e dificuldades da TOD efetuada na USF/ UCSP

- Proximidade ao domicílio
- Continuidade de cuidados
- A relação de confiança
- Atendimento personalizado

- Excesso de trabalho
- Falta de tempo para conciliar outras atividades e as visitas domiciliárias
- A gestão da medicação
- Não organização dos serviços

Estratégias para implementação da TOD na USF/ UCSP

Os participantes apontam em diferentes sentidos a intervirm realçando a formação, a disponibilidade da equipa e a reorganização dos serviços:

- Q1 "Penso que as USF não têm **estruturas adequadas** para implementar TOD, na fase de em que há risco de contágio a outros. Só existe uma sala de espera"
- Q3 "**Formação, disponibilidade** da equipa, tempo para o fazer"
- Q6 "Na minha opinião apenas faz sentido a TOD nas USF/UCSP em contexto de visita domiciliária, a ser numa UF, deveria ser no centro de doenças respiratórias."
- Q7 "Estabelecer um **circuito de logística** para os fármacos"
- Q8 "**envio da medicação** preparada pelos CDP"
- Q9 "**Melhorar salas** de espera"
- Q10 "A estratégia dependerá do n. de utentes: caso seja 1 ou 2, agenda-se para toda a semana para o enfermeiro disponível".

Conclusão

