



Manual de Enfermagem

Toma de Observação Direta em Doentes com Tuberculose

Março 2016

Índice

1.	Introdução	6
1.1.	Estratégia “ <i>Direct Observed Therapy Short Course Treatment</i> ”	6
2.	Toma de Observação Direta.....	7
2.1.	Conceitos e Objetivos.....	8
2.2.	Vantagens	9
2.3.	Grupo alvo	9
3.	Modelo organizacional dos serviços para a realização de TOD a doentes com TB	10
3.1.	O conceito de enfermeiro gestor da TOD.....	11
3.2.	O conceito de enfermeiro responsável pela administração da TOD	11
3.3.	Abordagem multidisciplinar	11
3.4.	Intervenientes	12
3.5.	Responsabilidades e papéis	13
3.5.1.	Coordenação Regional do Programa Nacional para a Tuberculose	13
3.5.2.	Médico que prescreve a medicação e acompanha o doente	13
3.5.3.	Enfermeiro gestor da TOD	13
3.5.4.	Enfermeiro responsável pela administração da TOD	14
3.5.5.	Doente.....	14
3.6.	Organigrama da prescrição, gestão e supervisão da TOD.....	15
3.7.	Fatores que afetam a adesão ao regime de tratamento	15
3.8.	Procedimento no caso de o doente não comparecer à TOD.....	17
3.9.	Procedimento no caso de o doente ser transferido	17
3.10.	Procedimento no caso de o doente ter alta hospitalar.....	18
4.	Registos.....	19
5.	Nota final.....	21
6.	Bibliografia	23
ANEXOS		25
Anexo I - Carta de transferência de doente com TB em TOD.....		26

Ficha Técnica

Título

Manual de Enfermagem em Tuberculose - Toma de Observação Direta (TOD)

Autoria

Assunção Magalhães

Belmiro Rocha

Carla Natal

Helena Pestana

Luz Rodrigues

Margarida Abreu

Marta Gomes

Agradecimentos

Os autores expressam o seu mais profundo agradecimento à Prof.^a Raquel Duarte pela sua sábia revisão científica e confiança que demonstrou na realização deste manual.

Lista de siglas e abreviaturas

CDP - Centro de Diagnóstico Pneumológico

CH - Centro Hospitalar

CIE - Conselho Internacional de Enfermeiros

CS - Centro de Saúde

CSH - Cuidados de Saúde Hospitalares

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção Geral da Saúde

DOTS - *Direct Observed Therapy Short Course Treatment*

ER - Estruturas Residenciais

ER - Estruturas Residenciais

IP - Instituições Privadas

OMS - Organização Mundial da Saúde

PDS - Plataforma de Dados de Saúde

PNT - Programa Nacional para a Tuberculose

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

TB- MR - Tuberculose Multirresistente

TCD - Tratamento de Curta Duração

TOD - Toma de Observação Direta

UCC - Unidades de Cuidados de Saúde na Comunidade

UCSP - Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

UICTER - União Internacional Contra Tuberculose e Doenças Respiratórias

USF - Unidades de Saúde Familiares

1. Introdução

A Toma de Observação Direta (TOD) é essencial para o sucesso do tratamento dos doentes com tuberculose (TB)¹. O tratamento da TB é prolongado no tempo² e implica a toma de vários fármacos diariamente, existindo o risco de não adesão ao tratamento prescrito. A adesão assume assim, especial importância porque a TB é quase sempre curável, se os doentes aderirem ao regime de tratamento. A Organização Mundial da Saúde (OMS), no âmbito da estratégia *Direct Observed Therapy Short Course Treatment* (DOTS)³, recomenda vivamente que a toma de medicação, nestes doentes, seja sempre supervisionada pelo profissional de saúde, por observação direta.

Dada a complexidade do seguimento destes doentes, uma vez que frequentemente à TB se associam outros problemas de saúde e de ordem social (implicando regimes medicamentosos complexos), torna-se imprescindível o acompanhamento multiprofissional de longa duração⁴. Esta necessidade de acompanhamento deve-se ainda à discrepância entre os objetivos de controlo da TB estabelecidos pelos profissionais e os objetivos do doente em manter uma forma de viver congruente com o seu projeto de vida. Este é um dos motivos que contribui para a ineficácia de uma das estratégias convencionais centradas no fornecimento de informação, comumente designados por “ensinos”⁴.

Assim, emerge a necessidade de promover uma estratégia multidisciplinar centrada no doente e com o objetivo de melhorar as suas respostas aos processos de vida, saúde e doença, sendo o enfermeiro o facilitador do processo.

Considerando o potencial da TOD para atingir as metas da OMS, principalmente no que se refere à diminuição do abandono do tratamento, com o presente manual pretende-se, essencialmente, sistematizar o trabalho dos profissionais de enfermagem que supervisionam o tratamento da TB, garantindo a adesão ao mesmo.

1.1. Estratégia “*Direct Observed Therapy Short Course Treatment*”

A TB tem acompanhado a evolução das sociedades humanas. Em 1993 ocorreu um aumento considerável do número de casos de TB a nível mundial. A OMS, preocupada com este facto, declarou um conjunto de medidas para que esta doença deixasse de ser uma ameaça à saúde pública e para diminuir os custos sociais e económicos da mesma.

Este conjunto de medidas designou-se por DOTS. Esta é uma estratégia de intervenção que implica o reforço de cinco elementos essenciais³:

- ✓ Compromisso político para assegurar os recursos humanos e financeiros adequados ao controlo da TB;
- ✓ Garantia de acesso a serviços de microscopia de expectoração de qualidade. Este elemento é essencial para o diagnóstico da TB;
- ✓ Garantia de acesso ao tratamento de curta duração (TCD) e à Toma de Observação Direta (TOD);
- ✓ Acesso assegurado a medicamentos de qualidade, de forma contínua;
- ✓ Garantia de um sistema de notificação/avaliação de todos os casos que permita avaliar e monitorar o resultado do tratamento e funcionamento integral do programa de controlo da TB.

É importante que estas orientações sejam implementadas, dada a evidência dos seus bons resultados, conforme se concluiu em diversos estudos que foram feitos neste domínio¹.

Dos cinco elementos acima referidos salienta-se a TOD, pois é nesta componente que os enfermeiros podem desempenhar um importante papel, contribuindo para a cura da doença.

2. Toma de Observação Direta

A TOD constitui-se uma das componentes da estratégia DOTS. Sabe-se que as pessoas tratadas em regime TOD têm uma maior probabilidade de cura e de não desenvolver formas multirresistentes (TB- MR) ou extremamente resistentes (TB-XDR) da doença, do que aquelas que não têm acesso a esta estratégia⁵. A utilização do regime de TOD aproxima os profissionais de saúde do contexto social dos indivíduos e permite o estabelecimento de vínculos entre o serviço de saúde, o doente e a família⁵.

Trata-se de um momento ímpar em que o enfermeiro tem a oportunidade de realçar a importância do papel do doente e da família no tratamento e de realizar educação para a saúde sobre alguns temas, tais como o conceito de tuberculose e a sua forma de transmissão, os fatores de risco, os sinais e sintomas mais frequentes da doença e o seu tratamento, reforçando sempre que a TB tem cura, se o doente cumprir rigorosamente a medicação prescrita. O enfermeiro deve ainda ensinar sobre o regime terapêutico, nomeadamente alertar para os efeitos secundários da medicação, esclarecer sobre as

medidas de prevenção, identificar os conviventes para que realizem o rastreio da TB indicando o local e o momento de rastreio, assim como os documentos necessários para o realizar.

O momento da TOD é, sobretudo, uma ocasião fundamental para que se detetem as necessidades específicas de cada doente, identificando fatores de risco suscetíveis de dificultarem a adesão à TOD (quadro 1), definindo estratégias de intervenção, assim como procedendo ao encaminhamento do doente, quando necessário, para outros profissionais de saúde.

2.1. Conceitos e Objetivos

A TOD consiste na toma diária da medicação sob supervisão de profissionais de saúde¹. Na prática, significa que existe um observador do tratamento, aceite pelo doente, que o auxilia na gestão da sua medicação.

Segundo a União Internacional Contra Tuberculose e Doenças Respiratórias (UICter)⁶ a TOD deve realizar-se uma vez por dia, em todos os serviços ou unidades de saúde ou em outras instituições da comunidade e o enfermeiro que administra o tratamento tem a responsabilidade de estabelecer uma comunicação permanente e contínua com o doente e mantê-lo motivado até à cura, evitando que abandone o tratamento.

Os objetivos da TOD são os seguintes⁵:

- ✓ Melhorar a prestação de cuidados ao doente através de um acolhimento humanizado;
- ✓ Garantir a adesão ao tratamento;
- ✓ Aumentar a percentagem de doentes curados;
- ✓ Reduzir a taxa de abandono;
- ✓ Interromper a cadeia de transmissão da doença;
- ✓ Evitar o aparecimento de bacilos multirresistentes;
- ✓ Reduzir a mortalidade;
- ✓ Reduzir o sofrimento humano, uma vez que se trata de uma doença infecciosa com custos sociais elevados;
- ✓ Educar para a saúde, de forma individualizada para orientar e corresponsabilizar o indivíduo, a família e a comunidade nas ações de saúde.

2.2. Vantagens

É essencial que se aborde com os doentes em tratamento as vantagens da TOD, salientando que esta não é uma estratégia de tratamento punitiva, mas uma forma de ajudá-los no tratamento da sua doença e na toma da medicação, potenciando a sua saúde e de todos os que o rodeiam.

As vantagens³ da TOD incluem:

- ✓ A confirmação de que o doente é apoiado para concluir com êxito a terapêutica instituída;
- ✓ A identificação precoce de efeitos adversos aos fármacos;
- ✓ A garantia de proximidade e de acompanhado por profissionais capazes de identificar precocemente/informar sobre os efeitos secundários da terapêutica;
- ✓ A estimulação do doente para manter uma vigilância de saúde regular a adequada;
- ✓ O desenvolvimento de uma relação de confiança entre o doente e o enfermeiro reduzindo a possibilidade de surgirem dúvidas/medos sobre a TB e o seu tratamento;
- ✓ O estabelecimento de uma relação de confiança para que o doente esclareça as suas dúvidas;
- ✓ A redução da possibilidade da TB se tornar resistente à medicação.

2.3. Grupo alvo

Numa perspetiva de saúde pública, o objetivo prioritário é a identificação precoce e a cura de todos os casos de TB, prevenindo-se assim a transmissão a outras pessoas e a emergência de resistências aos tuberculostáticos. Para se atingir este objetivo é fundamental garantir a adesão ao tratamento, sendo a TOD essencial neste processo⁷. Considerando as elevadas taxas de abandono do tratamento e a emergência da TB-MR e TB-XDR, a TOD está indicada para todos os casos de TB, sejam casos novos ou retratamentos. No entanto, o enfermeiro deve ter em conta que o risco de abandono do tratamento pode diferir de doente para doente, exigindo respostas organizacionais diferentes, que permitam adequar o serviço prestado ao perfil de cada doente. É o caso dos doentes consumidores de substâncias aditivas, de álcool, dos sem-abrigo, dos reclusos, dos institucionalizados em hospitais psiquiátricos e dos retratamentos⁸.

3. Modelo organizacional dos serviços para a realização de TOD a doentes com TB

A Estratégia *The End TB Strategy* prevê um mundo livre de TB até 2035, com zero mortes, doença e sofrimento⁹. Esta Estratégia fundamenta a necessidade de os governos e parceiros adotarem medidas que permitam uma prestação de cuidados de saúde centrados no doente.

A Diretora Geral da OMS, Dr^a. Margaret Chan, afirma “*Todas as pessoas com TB devem ter acesso a todos os serviços de que necessitem para um rápido diagnóstico e tratamento. Esta é uma questão de justiça social, fundamental...*”⁹.

Caminhando neste sentido, é desejável que a organização dos serviços assegure que¹:

- ✓ O doente receba o tratamento de TB na unidade de saúde mais próxima da sua residência, no seu domicílio, no Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP), nas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), nas Unidades de Saúde Familiares (USF), nas Unidades de Cuidados de Saúde na Comunidade (UCC), na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), nas Estruturas Residenciais (ER), nas Instituições Privadas, ou noutro local decidido conjuntamente com o mesmo;
- ✓ O enfermeiro que administra os medicamentos seja aceite pelo doente;
- ✓ A unidade de saúde possua um sistema de informação para a realização de registos dos doentes em regime de TOD (nome do doente, dia, dose, nome do enfermeiro que administrou, intercorrências);
- ✓ Seja disponibilizado um conjunto de recursos humanos, técnicos, informáticos e outros, essenciais para a realização da TOD a doentes com TB. Entre esses recursos destacam-se os recursos médicos para prescrever e acompanhar o tratamento do doente, os recursos de enfermagem para proceder à gestão e administração da TOD, o serviço social quando necessário e os recursos logísticos (veículos de transporte e outros).

A realização da TOD deve integrar todos os níveis de cuidados (da comunidade e do hospital), assegurando a articulação entre eles, de modo a garantir a continuidade da mesma.

É crucial que esta atividade seja avaliada, para que se saiba se gerou os resultados esperados. A avaliação poderá ser anual, devendo tomar como indicador de medida o número de pessoas com TB que não abandonaram a TOD, durante o ano, relativamente

ao número de pessoas com TB em TOD, nesse período (Nº de pessoas com TB, que não abandonaram a TOD durante o ano/Nº de pessoas com TB em TOD nesse período *100).

3.1. O conceito de enfermeiro gestor da TOD

O conceito de enfermeiro gestor da TOD proposto neste modelo corresponde a uma figura que acompanha o doente, de forma personalizada, ao longo de um *continuum* de cuidados até ao fim do tratamento. Sugere-se que este enfermeiro:

- ✓ Faça parte da equipa da consulta TB (CDP ou outra unidade¹).
- ✓ Se articule de uma forma estreita com todos os profissionais de saúde relevantes neste processo;
- ✓ Disponha de uma formação específica sobre TB, uma vez que a figura do enfermeiro gestor da TOD requer um conjunto de competências técnicas, comportamentais e científicas específicas, para o adequado desempenho das suas funções.

3.2. O conceito de enfermeiro responsável pela administração da TOD

O conceito de enfermeiro diretamente responsável pela TOD, proposto neste modelo, corresponde ao enfermeiro que administra a TOD. Este profissional de saúde pode eventualmente ser o próprio gestor da TOD ou outro enfermeiro da equipa da consulta TB. Nestes dois casos, a TOD está centralizada no CDP.

Quando a TOD está descentralizada, qualquer enfermeiro, ligado a uma instituição pública ou privada, poderá assumir este papel, desde que seja detentor da formação específica adequada no âmbito da TB e da TOD e esteja em articulação contínua com o enfermeiro gestor da TOD.

3.3. Abordagem multidisciplinar

A complexidade do tratamento dos doentes com TB exige uma abordagem multidisciplinar, com comunicação constante entre os membros da equipa, respeitando a

¹ O exemplo de centros de saúde/unidades de saúde distantes do CDP, devendo constituir um elo de ligação da equipa TB.

confidencialidade. Sabe-se que as necessidades, as dúvidas, as preocupações, as angústias, os medos, manifestos ou latentes, vivenciados pelo doente não se limitam às questões médicas. Os aspetos biopsicossociais devem ser tidos em consideração em qualquer momento do processo de diagnóstico, tratamento e reabilitação. O acolhimento também é muito importante, como processo inicial da relação profissional de saúde - doente.

A estratégia do *Stop TB Partnership* considera fundamental a participação dos doentes, e uma abordagem centrada no mesmo. Esta estratégia defende ainda a participação das comunidades para a defesa da TOD. A mobilização da comunidade é essencial para que a adesão ao tratamento seja melhorada, reduzindo a taxa de abandono e aumentando a taxa de cura⁵.

É necessária a consolidação de uma rede de parceiros que ajude a desenvolver estratégias para aumentar a participação comunitária na área da TB, que forneça informação aos indivíduos e comunidades, que sensibilize as autoridades para as carências e necessidades emergentes da sociedade e que envolva os indivíduos e as comunidades na execução de projetos e programas⁵.

Nesta abordagem, e para que esta equipa multidisciplinar, nas suas intervenções, cumpra os seus objetivos, é preciso não perder nunca o “doente de vista”, no sentido de saber sempre onde ele se encontra, acompanhando-o constantemente, escutando-o e valorizando o seu discurso, levantando questões que o estimulem a expressar os seus sentimentos e crenças.

3.4. Intervenientes

A equipa de saúde deve estar em articulação com a Coordenação Regional do Programa Nacional para a Tuberculose (PNT) e incluir todos os funcionários dos serviços de saúde: médicos e enfermeiros da consulta TB, médicos e enfermeiros de família, técnicos do serviço social, ginecologistas, pediatras, dentistas e psicólogos, sendo que o doente será sempre o elemento central da equipa.

O encaminhamento do doente e a discussão de casos clínicos são momentos que dependem da integração dos profissionais da equipa. A realização de reuniões regulares é fundamental, para que estas ações possam ocorrer de forma articulada.

3.5. Responsabilidades e papéis

As responsabilidades e papéis de todos os intervenientes na TOD devem estar claramente definidos, garantindo-se que o doente receba o tratamento certo, nas doses e nos intervalos certos.

3.5.1. Coordenação Regional do Programa Nacional para a Tuberculose

- ✓ Entidade responsável pela formação dos profissionais que fazem parte da equipa TB.

3.5.2. Médico que prescreve a medicação e acompanha o doente

- ✓ Prescreve e acompanha o tratamento;
- ✓ Explica ao doente a necessidade da TOD;
- ✓ Discute o regime terapêutico instituído ao doente com o enfermeiro gestor da TOD;
- ✓ Referencia para cuidados de apoio social ou outros, se necessário;
- ✓ Articula-se com o hospital e com o delegado de saúde, se necessário.

3.5.3. Enfermeiro gestor da TOD

- ✓ Avalia a adesão do doente à TOD, tendo em conta os fatores que afetam a adesão ao tratamento da TB e define as intervenções para melhorar a adesão (quadro 1) e implementa o plano de tratamento. O plano de tratamento detalha o regime terapêutico instituído ao doente, incluindo a monitorização periódica das reações adversas e os cuidados de acompanhamento para cada doente;
- ✓ Regista a morada e o telefone do doente, logo no primeiro contacto;
- ✓ Articula-se com o enfermeiro que vai realizar a supervisão da TOD (CDP, UCSP,USF, ER, RNCCI, outra);
- ✓ Fornece a medicação do doente e cópia da prescrição médica ao colega que vai realizar a supervisão da TOD;

- ✓ Fornece respiradores de partículas tipo PFF2 para o colega que vai realizar a supervisão da TOD utilizar, no caso de TB em fase de contágio e alerta para a uso de máscara cirúrgica pelo doente em ambientes fechados;
- ✓ Em caso de transferência do doente, envia carta de transferência (anexo I) e entra em contacto por via telefone e *e-mail* com o enfermeiro da unidade de saúde de destino que vai realizar a supervisão da TOD;
- ✓ Em caso de falta ou abandono ao tratamento, em conjunto com a equipa, implementa o plano de intervenção para melhorar a adesão;
- ✓ Procede à avaliação anual de acordo com o indicador de medida estipulado.

3.5.4. Enfermeiro responsável pela administração da TOD

- ✓ Verifica se há efeitos adversos e intervém de acordo com a situação;
- ✓ Verifica se a medicação está correta;
- ✓ Informa sempre o doente acerca do nome dos medicamentos a administrar;
- ✓ Escolhe um local ventilado e com privacidade ao ministrar a TOD ao doente;
- ✓ Assiste o doente a tomar a medicação;
- ✓ Regista a toma da medicação;
- ✓ Encoraja o doente a continuar o tratamento e agendar o próximo contacto;
- ✓ Pergunta ao doente se tem dúvidas quanto à doença e ao tratamento e se necessário esclarece o doente;
- ✓ Certificar-se da realização dos exames de controlo;
- ✓ Articula-se com o enfermeiro gestor da TOD sempre que necessário.

3.5.5. Doente

De acordo com a carta de direitos e deveres dos doentes, o doente deve assumir-se como um parceiro ativo no tratamento da sua doença¹. É importante que o doente compreenda que a adesão ao tratamento é crucial para alcançar a cura e evitar a transmissão da TB a outras pessoas (família, amigos, outros). Assim, deve:

- ✓ Expor as suas dúvidas, crenças e medos aos profissionais de saúde;
- ✓ Cumprir o plano terapêutico;
- ✓ Partilhar informação importante com os profissionais de saúde (ex alteração de morada);

- ✓ Colaborar na redução de estigma da doença.

3.6. Organigrama da prescrição, gestão e supervisão da TOD

A realização da TOD integra diferentes etapas, cuidados e profissionais, todos devidamente articulados, com o objetivo comum de assegurar o sucesso no tratamento e na cura do doente, como se pretende demonstrar com o organigrama apresentado na figura 1.

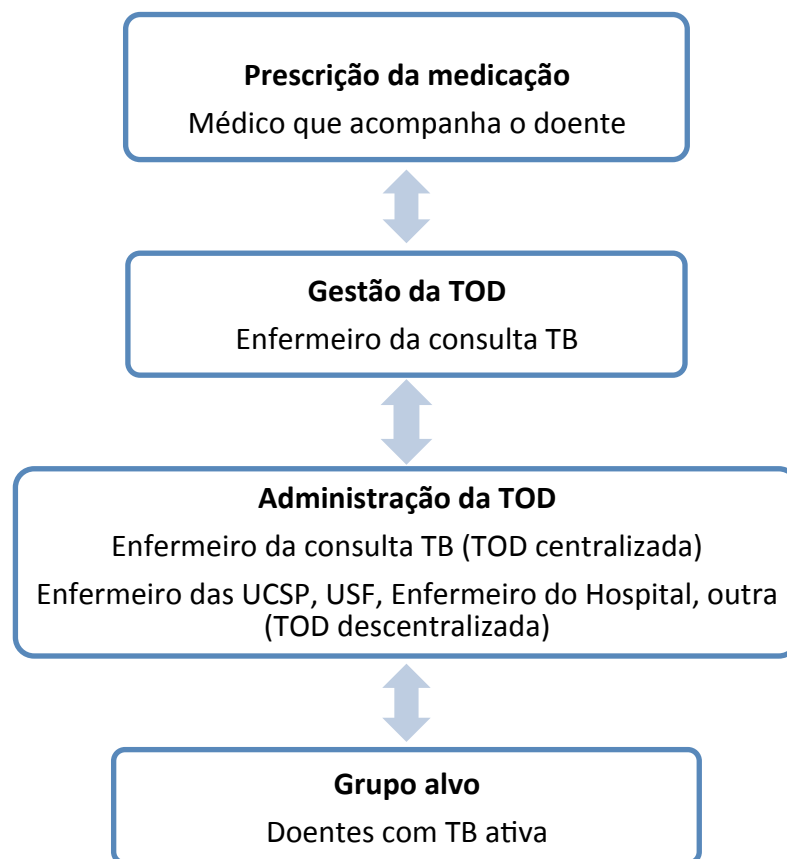


Figura 1-Organigrama da prescrição, gestão e supervisão da TOD

3.7. Fatores que afetam a adesão ao regime de tratamento

O enfermeiro deve compreender as barreiras de adesão ao regime de tratamento e reduzir ou eliminar as mesmas. Deve adotar uma abordagem centrada no doente, que permita a facilidade do acesso ao tratamento, decidindo com o mesmo a hora e locais mais convenientes para a TOD¹⁰.

As dificuldades de adesão ao regime de tratamento podem dever-se a vários e complexos fatores, incluindo os socioeconómicos, os relacionados com o sistema/equipe de saúde, os relacionados com o estado mental, os relacionados com a terapia e os relacionados com o doente (quadro I). Estes fatores devem ser identificados e compreendidos caso a caso para se poder avaliar o risco de não adesão, para identificar os diagnósticos e os motivos dessa não adesão e para se desenvolverem as intervenções apropriadas e adaptadas a cada doente.

Quadro 1- Fatores que afetam a adesão ao tratamento da TB e as intervenções utilizadas para melhorar a adesão

TB	Fatores que afetam a adesão	Intervenções para melhorar a adesão
Fatores socioeconómicos	(-) Baixa escolaridade, falta de redes de apoio social efetivo e circunstâncias de vida instáveis; Cultura e crenças sobre a doença e o tratamento; Etnia, género e idade; Elevado custo de transporte; Envolvimento criminal; Envolvimento em tráfico de drogas.	Avaliação das necessidades sociais, de suporte social, habitação, alimentos e medidas legais; Fornecer transporte para o local de tratamento; Apoio dos pares; Mobilização das organizações comunitárias; Otimizar a cooperação entre os serviços.
Fatores relacionados com o sistema/equipe de saúde	(-) Serviços de saúde pouco desenvolvidos; relação inadequada entre profissional de saúde e doente; prestadores de cuidados inexperientes, excesso de trabalho, supervisão inadequada ou falta de apoio nas suas tarefas; incapacidade para prever os doentes potencialmente não aderentes. (+) Boa relação entre o doente e os profissionais de saúde; conhecimentos; ligações com os sistemas de apoio aos doentes; flexibilidade nos horários.	Disponibilidade de informações; flexibilidade face aos tratamentos disponíveis; processos de formação e de gestão que visam melhorar a forma de cuidar doentes com TB; gestão da doença e tratamento em parceria com os doentes; atendimento multidisciplinar; supervisão intensiva; capacitação em monitorização da adesão; Estratégia DOTS
Fatores relacionados com a condição	(-) Os doentes assintomáticos; uso de drogas; alteração do estado mental causado por abuso de substâncias; depressão e stresse psicológico (+) Conhecimento sobre TB	Educação sobre o uso dos medicamentos; fornecimento de informações sobre a TB e a necessidade de comparecer ao tratamento
Fatores relacionados com a terapia	(-) Complexidade do regime terapêutico; efeitos adversos do tratamento; toxicidade, história de não adesão	Educação sobre o uso de medicamentos; educação sobre adesão; tratamento de acordo com as necessidades dos doentes em risco de não adesão; acordos (escrito ou verbal) para o estabelecimento de compromisso ou curso de tratamento; monitorização contínua e reavaliação do tratamento
Fatores relacionados com o doente	(-) Esquecimento; abuso de álcool e outras drogas, depressão; stresse psicológico (+) A crença na eficácia do tratamento; motivação	Relação terapêutica; definição de metas mútuas; ajudas e lembretes de memória; incentivos e/ou reforços cartas de aviso; lembretes de telefone ou visitas domiciliárias

Adaptado: Directly observed therapy; TB, tuberculose; (+) factors having a positive effect on adherence; (-) factors having a negative effect on adherence. Fonte: WHO (2003) Adherence to Long-Term Therapies - Evidence for Action. WHO

3.8. Procedimento no caso de o doente não comparecer à TOD

Cada doente é único e pode ter as suas próprias razões para não aderir à TOD. A responsabilidade da não adesão ao tratamento não recai apenas sobre o doente mas também sobre os profissionais envolvidos e sobre os serviços de suporte de que os doentes necessitam.

O doente deve diariamente tomar da medicação, sendo que, muitas vezes, a sua decisão depende da informação fornecida pelos profissionais. Estes devem motivar o doente para aderir ao regime terapêutico⁸.

A falta de adesão ao tratamento pode ter consequências graves, tais como um maior risco de contágio, o desenvolvimento de resistências aos tuberculostáticos, as recidivas, podendo implicar tratamentos mais prolongados, com mais efeitos adversos, menos eficazes, com custos mais elevados e até um risco acrescido de morte⁸.

Se o doente não comparecer à TOD, não avisar a equipa de saúde e não estiver contactável, considera-se falta. Em caso de falta à TOD, deve ser seguido o procedimento indicado no quadro 2.

Quadro 2- Procedimento no caso de falta à TOD

Enfermeiro Responsável pela TOD

- ✓ Telefona ao doente;
- ✓ Efetua uma visita domiciliária a fim de identificar e eliminar os fatores que levaram à não adesão;
- ✓ Regista a falta no SClínico ou noutra suporte de registos existente na instituição;
- ✓ Articular-se com o enfermeiro gestor da TOD e com a enfermeira da unidade de saúde pública.

Enfermeiro gestor da TOD

- ✓ Comunica à equipa;
- ✓ Elabora, implementa e avalia, conjuntamente com outros profissionais, um plano de intervenções para eliminar os fatores que levaram à falta da TOD.

3.9. Procedimento no caso de o doente ser transferido

Faz parte da competência do enfermeiro a organização do processo de trabalho nas atividades de controlo da TB, incluindo os procedimentos a implementar no caso de o doente ser transferido.

No caso de transferência do doente com TB de um serviço para outro, é necessário enviar uma carta de transferência (anexo I) e seguir o procedimento apresentado no quadro 3.

Quadro 3 - Procedimento no caso de o doente ser transferido

Enfermeiro responsável pela TOD

- ✓ Notifica o enfermeiro gestor da TOD da transferência do doente, nomeadamente o local para onde é transferido;
- ✓ Regista nos suportes de informação.

Enfermeiro gestor da TOD

- ✓ Entra em contacto por telefone e envia carta de transferência ao enfermeiro responsável pela TOD no local de transferência (anexo I);
- ✓ Dá conhecimento à equipa e junta cópia da carta de transferência ao processo de transferência do doente.

3.10. Procedimento no caso de o doente ter alta hospitalar

A nota de alta visa garantir a continuidade dos cuidados ao doente e a articulação entre cuidados de saúde hospitalares e cuidados de saúde primários. Assim, ela deve incluir informações relevantes para assegurar o processo da TOD, nomeadamente a descrição do internamento, os diagnósticos e intervenções de enfermagem ativos.

A nota de alta tem, pois, como objetivo, e segundo a Ordem dos Enfermeiros “*garantir o aumento da qualidade e quantidade da informação relativa aos registos clínicos, disponíveis em formato eletrónico no SNS, de forma estruturada e normalizada*”¹¹.

A nota de alta deve ainda traduzir as necessidades do doente em cuidados de enfermagem, no momento da alta, designadamente os focos, as intervenções, alergias, as atitudes terapêuticas e conter um breve resumo do internamento, em notas descritivas. Este registo deve ser realizado de acordo com o despacho n.º 2784 de 2013¹².

No sentido de facilitar o regresso à comunidade, o enfermeiro do hospital deverá entrar em contacto com o enfermeiro do CDP ou da Unidade de Saúde (US) onde o doente está inscrito, preferencialmente por telefone e e-mail, dando informação relevante para a continuidade da TOD, nomeadamente sobre:

- ✓ Ensinos efetuados;
- ✓ Adesão ao regime terapêutico;
- ✓ Reações adversas;
- ✓ Suporte social;

- ✓ Os acompanhantes que foram sinalizados para rastreio e se efetuaram ou não esse rastreio.

O enfermeiro do hospital deverá ainda articular a alta hospitalar com o regresso a casa, de forma a garantir a continuidade do tratamento, registando toda a informação em suporte de papel ou suporte eletrónico, no processo clínico do doente, tendo de informar o doente/família/cuidador da alta.

O enfermeiro da comunidade, ao saber que o doente da sua US teve alta, deverá contactá-lo de imediato e proceder ao agendamento prévio de uma visita domiciliária ou consulta na US, aceder à Plataforma de Dados de Saúde (PDS) e assegurar o seu devido acompanhamento.

Quadro 4 - Procedimentos no caso de o doente com TB ter alta hospitalar

Enfermeiro do hospital

- ✓ Contacta o enfermeiro do CDP (gestor da TOD);
- ✓ Envia nota de alta com informação relevante para a continuidade da TOD no domicílio;
- ✓ Nos casos de risco previsível de abandono da terapêutica, o enfermeiro do hospital deverá alertar o enfermeiro gestor da TOD.

Enfermeiro gestor da TOD

- ✓ Articula-se com o enfermeiro responsável pela TOD no acompanhamento do doente. Em caso de falta à TOD, após a alta, em conjunto com a equipa, deverá elaborar o plano de intervenção, para efetivar a adesão ao tratamento.

Enfermeiro Responsável pela TOD

- ✓ Efetua contacto telefónico com o doente, com agendamento de contacto de enfermagem até às 24h após a alta hospitalar;
- ✓ Dá continuidade à TOD.

4. Registos

Os registos elaborados por todos os intervenientes são um requisito indispensável, pois permitem o conhecimento do caso clínico e das intervenções realizadas pelos membros da equipa, otimizando o acompanhamento médico e psicossocial do doente.

Numerosos estudos apontam para o aumento do risco clínico com a falta de circulação de informação clara e atempada entre todos os intervenientes no processo de prestação de cuidados de saúde¹². Por isso, os registos constituem um elemento essencial, quer

para garantir a prestação de cuidados quer para a sua continuidade, ocupando um lugar de destaque insubstituível no quotidiano de qualquer profissional de saúde¹³.

É de referir que a inovação e a evolução tecnológica têm contribuído, no âmbito dos sistemas de informação e documentação em saúde, para que a informatização do processo clínico seja hoje uma realidade. Na maioria das instituições, os registos são efetuados em suporte eletrónico, em substituição do suporte de papel¹⁴, estando disponíveis em tempo real e facilitando o processo de comunicação. Estes registos em suporte eletrónico ficam também disponíveis para consulta na Plataforma de Dados de Saúde (PDS)¹², permitindo aos profissionais de saúde, devidamente habilitados para o efeito, o acesso a esses registos em formato digital, quando necessário.

Reconhece-se que os registos são uma poderosa fonte de informação para todos os intervenientes no processo de acompanhamento do doente, nomeadamente para o enfermeiro¹³, contendo especificamente os registos de enfermagem, o enquadramento legal de diversos documentos, tais como: Registos Clínicos Eletrónicos¹², Carreira de Enfermagem¹⁵, o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro¹⁶ e o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros¹⁷.

Por registos de enfermagem entende-se o conjunto de informações escritas, produzidas pelo enfermeiro. Estes reúnem as informações resultantes do diagnóstico das necessidades de cuidados de enfermagem, as informações do processo de tomada de decisão e de implementação de prescrições de outros profissionais, assim como toda a restante informação necessária para assegurar a continuidade de cuidados¹⁴. Esses registos traduzem legalmente a concretização dos cuidados prestados¹⁸.

O enfermeiro, no respeito do direito ao cuidado na saúde ou doença, assume o dever de *“assegurar a continuidade dos cuidados, registando com rigor as observações e intervenções realizadas”*¹⁹, devendo *“responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega”*²⁰.

É preciso ter sempre em conta que é através dos registos que se obtém uma visão clara e holística da evolução do doente,¹³ nomeadamente do doente com TB, sendo imprescindível a informação devidamente documentada para a tomada de decisão.

Deve referir-se que estes registos em suporte eletrónico ou manuscrito em instituições que não utilizem o Sclinico devem ser realizados numa Linguagem Classificada para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]), garantindo-se, deste modo, a uniformização e a continuidade de cuidados.

Assim, e para garantir a qualidade e a continuidade de cuidados ao doente com TB, é fundamental que o enfermeiro desenvolva um sistema de registos que contemple todas as fases do processo de atendimento ao doente e à família¹³. Estes registos devem ser assinados, para permitirem a identificação de quem os faz, devendo conter toda a informação relevante, descrita de forma precisa e global, nomeadamente:

- ✓ A avaliação inicial;
- ✓ Os diagnósticos de enfermagem;
- ✓ As intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes realizadas:
 - A medicação que se administrou ao doente em regime (TOD);
 - A medicação que não se administrou e os motivos dessa não administração;
 - As queixas e efeitos adversos ocorridos e as intervenções realizadas;
 - Os ensinamentos realizados ao doente e/ou à família;
 - A educação para a saúde realizada;
 - Os comportamentos específicos do doente ou da família;
 - Os novos dados para reavaliação dos diagnósticos;
 - O encaminhamento para outro profissional.
 - Medicação que, excepcionalmente, foi entregue ao doente e o motivo pelo qual a mesma lhe foi entregue.

Face ao exposto, compreende-se que é através dos registos que se comparam, avaliam, alteram, ajustam e adequam constantemente os cuidados prestados ao doente com TB, não sendo possível garantir a qualidade do cuidar sem registar¹³.

5. Nota final

A Toma de Observação Direta (TOD) é essencial para o sucesso do tratamento dos doentes com tuberculose e representa muito mais de que uma simples administração observada de terapêutica. Trata-se de um momento ímpar, em que o enfermeiro tem a oportunidade de realçar a importância do doente e da família no tratamento, identificar e intervir nos fatores que interferem na adesão ao regime terapêutico. A TOD proporciona ainda, uma maior inserção da pessoa doente na sociedade, uma vez que o vínculo criado através da interação doente/enfermeiro conduz à emergência de sentimentos significativos que contribuem para a adesão, tais como a segurança e o sentir-se cuidado.

O enfermeiro surge como determinante na implementação da estratégia DOTS, nomeadamente na implementação da TOD, tendo em consideração a sua maior proximidade da pessoa doente.

Este manual pretende ajudar os enfermeiros a tornar esta estratégia mais robusta, consciencializando-os do seu papel para cuidar da pessoa doente face às suas numerosas exigências e necessidades, que vão além da toma dos medicamentos e da melhoria da sua situação de saúde.

6. Bibliografia

1. World Health Organization Treatment of tuberculosis: guidelines. [Internet]. Fourth edition. 2010. Geneva: WHO. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241547833_eng.pdf?ua=1
2. Magalhães A, Rocha B, Cunha E, Pestana H, Rodrigues L, Abreu M. Manual de Boas Práticas de Enfermagem em Tuberculose. Lisboa: DGS; 2013.
3. World Health Organization. The five elements of DOTS. [Internet] Geneva: WHO; 2006. Available from: <http://www.who.int/tb/dots/whatisdots/en/>
4. Busse R, Blummel M, Scheller-Kreinsen D, Zentner, A. Tackling Chronic Disease in Europe - Strategies, Interventions and Challenges. United Kingdom: WHO; 2010.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Tratamento Diretamente Observado (TDO) da TB na Atenção Básica - Protocolo de Enfermagem. [Internet]. Brasília DF: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3152.pdf>
6. União Internacional Contra Tuberculose e Doenças Respiratórias. Guía de enfermería para la implementación y expansión de la estrategia DOTS/TAES. Paris, 2004. Disponível em: http://www.theunion.org/what-we-do/publications/technical/spanish/pub_guia-enfermeria_spa.pdf
7. Direção Geral da Saúde. Tratamento da Tuberculose: Linhas Orientadoras para Programas Nacionais. [Internet]. Lisboa: DGS; 2006. Disponível em: <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-tratamento-da-tuberculose--linhas-orientadoras.aspx>
8. Centers for Disease Control and Prevention. Patient Adherence to Tuberculosis Treatment Answers to Study Questions. [Internet]. In: Centers for Disease Control and Prevention. Self-Study Modules on Tuberculosis. Atlanta: CDC; 1999. Available from: <http://www.cdc.gov/tb/education/ssmodules/module9/ss9study.htm>
9. World Health Organization. The End TB Strategy. [Internet]. Geneva: WHO; 2015. Available from: <http://www.who.int/tb/strategy/en/>
10. Conselho Internacional de Enfermeiros. Linhas de orientação para enfermeiros no cuidado e controlo da tuberculose e da tuberculose multirresistente. 2ª edição. Genebra: ICN; 2009. 79 p.
11. Conselho Internacional de Enfermeiros. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE: versão 1 / Conselho Internacional de Enfermeiros, trad. Ordem dos Enfermeiros, USINE. – Lisboa. Ordem dos Enfermeiros, 2005. 210 p.
12. Diário da República II série, N° 36 (fevereiro 20, 2013). Despacho n.º 2784 de 2013.

13. Registos de enfermagem. Disponível em: edcosta.no.sapo.pt/DOCS/registos.pdf, Acedido em 4/1/2015.
14. Parecer CJ 196/2014 in Parecer CJ 71/ 2005. Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt. Acedido a 21-12-2015.
15. Diário da República I série, N° 184. Decreto-Lei n° 247 e 248/2009 de 22 de Setembro.
16. Regulamento do exercício profissional do enfermeiro: Decreto-Lei n° 161/96, de 4 de Setembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n°104/98 de 21 de abril.
17. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros aprovado pelo Decreto-Lei n° 104/98 de 21 de abril, alterado e republicado pelo anexo II à lei 156/2015 de 16 de setembro.
18. Parecer CJ 196/2014 in Parecer CJ 126/2009. Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt. Acedido a 21-12-2015.
19. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, art.º104 alínea d) aprovado pelo Decreto-Lei n° 104/98 de 21 de abril, alterado e republicado pelo anexo II à Lei 156/2015 de 16 de Setembro.
20. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, art.º100 alínea b) aprovado pelo Decreto-Lei n° 104/98 de 21 de abril, alterado e republicado pelo anexo II à Lei 156/2015 de 16 de Setembro.
21. Feidhmeannacht na Seirbhíse Sláinte Health Service Executive. Guidelines for the delivery of Directly Observed Therapy in the community to persons with TB disease. Dublin (IE): Health Protection Surveillance Center; 2013. 24 p. Available from: <http://www.hpsc.ie/hpsc/A-Z/VaccinePreventable/TuberculosisTB/Guidance/File,13937,en.pdf>

ANEXOS

Anexo I - Carta de transferência de doente com TB em TOD

Caros Colegas,

A tuberculose constitui ainda um problema de saúde pública, no nosso país. Segundo a OMS, a adesão ao tratamento é fundamental para a cura do doente, para prevenir a resistência aos medicamentos e para evitar a transmissão da doença. Assim, a TOD é um elemento essencial no combate à TB. Neste sentido, é fundamental que seja garantida a continuidade da administração da TOD ao doente

_____.

Agradecemos, pois, que nos confirmassem a vossa disponibilidade para garantir a prestação deste serviço e que, posteriormente, nos enviassem os registos do número de TOD administradas. Anexa a esta carta é enviada a prescrição, com o regime terapêutico instituído ao doente.

Para qualquer esclarecimento sobre este assunto, podem comunicar com os nossos serviços, através do contacto telefónico _____ ou via e-mail: _____.

Poderão, ainda, para esclarecimentos adicionais, consultar o Manual de Enfermagem em Tuberculose 2016 - Toma de Observação Direta, disponível na página oficial da Direção Geral da Saúde.

Com os melhores cumprimentos,

_____/_____
(Enfermeiro Gestor da TOD) (Unidade de Saúde/serviço de origem)

Observações²:

² A considerar apenas no caso de haver informações fundamentais/pertinentes para o seguimento do doente na Unidade de Saúde de destino.