



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

**Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de
Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública**

**A PERSPETIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA
ABORDAGEM PRÁTICA DO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA
HUMANA: PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS NA ÁREA DE
ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE ENFERMAGEM
COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA**

**THE HEALTHS PROFESSIONALS PERSPECTIVE IN
PRACTICAL APPROACH OF HUMAN IMMUNODEFICIENCY
VÍRUS: PROJECT TO DEVELOP SPECIALIZES CLINICAL
SKILLS IN THE AREA OF COMMUNITY NURSING IN THE
AREA OF COMMUNITY NURSING AND PUBLIC HEALTH**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO PROFISSIONAL

Patrícia Isabel Ferreirinha do Nascimento

Porto, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde
Comunitária e de Saúde Pública

A PERSPETIVA DOS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE NA ABORDAGEM PRÁTICA DO VÍRUS
DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA: PROJETO
DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS
CLÍNICAS ESPECIALIZADAS NA ÁREA DE
ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DE
ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE
PÚBLICA

Relatório de estágio de natureza profissional
orientado pela Professora Doutora Margarida Abreu

Porto, 2024

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, que são a essência da minha existência e sem o esforço deles não seria quem sou, nem estaria onde estou. Obrigado por me motivarem neste percurso de procura contínua pelo saber e em tantos outros na vida. Obrigado pelos valores e pela educação. Obrigado por ainda hoje me darem colo!

Ao meu marido, o meu pilar nos momentos mais cinzentos, o meu porto seguro, o meu Norte. Obrigado por conseguires aguentar as rédeas, em prol desta causa, para ti não tenho palavras suficientes.

Aos meus filhos, Vicente e Maria, os que mais tempo abdicaram de mim, isto é, por vocês, só assim faz sentido, que eu seja exemplo e força na vossa vida.

Para todos aqueles que VIHvem!

AGRADECIMENTOS

Findado este percurso árduo, mas muito prazeroso, percebo o desassossego que isto foi, percebo que não foi fácil e deparo-me com a quantidade de vezes, que pensei em desistir ou em quantas vezes achei que não iria chegar ao fim desta etapa. Mas consegui e chegou o momento de agradecer.

Primeiro que tudo, aos que mais sofreram com este percurso, a minha família, pelo amor incondicional e apoio constante. Obrigado por não desistirem de mim.

À Professora Margarida, pela oportunidade que me deu em ter o prazer da sua orientação, pela disponibilidade e dedicação e por ser exemplo de conhecimento e sabedoria.

Às minhas orientadoras de estágio, obrigado primeiro que tudo pelo acolhimento em todos os momentos deste percurso. Obrigado por tantas vezes me darem a força necessária e o exemplo. Sei que o caminho também não foi fácil para vocês, tantas vezes cansadas e cheias de trabalho... e nunca falharam! Acreditem que foram uma bênção no meu caminho, trouxeram-me o melhor deste trabalho... conhecer-vos e encontrar prazer nesta arte e em trabalhar nos cuidados de saúde primários.

Obrigado à Alexandra, à Joana e à Sofia, por serem as verdadeiras parceiras nesta aventura e por continuarem no meu caminho, com a verdadeira essência de cada uma e a vossa amizade.

Obrigado à minha Ana Luísa, pelo amor ao longo desta vida, não me imagino sem ti, tantas vezes foste conforto e força. À minha Maria Louro, por sempre encontrares luz e força nos piores momentos.

À minha Cármen, por ser o exemplo de revolução e força da natureza nesta vida, obrigado por continuares ao meu lado.

Obrigado a todos os profissionais que se cruzaram neste caminho e o tornaram mais rico e prazeroso.

RESUMO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, realizou-se o estágio de natureza profissional (Módulo I e II) na Unidade de Saúde Pública e na Unidade de Cuidados na Comunidade e do qual resulta este relatório. Este tem como principal objetivo descrever e analisar as atividades que contribuíram para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, surge como o profissional de eleição para atuar na capacitação de grupos e/ou comunidades, através da implementação de programas e projetos de intervenção comunitária, onde desenvolve um papel primordial na promoção da saúde.

Neste relatório é enfatizada a metodologia do planeamento em saúde, sendo uma das competências a ser desenvolvida de acordo com a proposta da Ordem dos Enfermeiros para a atribuição do título de especialista referido anteriormente. Durante o módulo I desenvolveram-se as etapas de diagnóstico de situação, definição de prioridades e fixação de objetivos e no módulo II a seleção de estratégias, previsão de recursos, preparação da execução e avaliação. O tema central deste relatório emerge de um diagnóstico de situação prévio do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS).

Tendo em conta o papel que desenvolvem junto da população na temática do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) e pela proximidade que apresentam com o utente e com a comunidade, a população-alvo foi os enfermeiros, médicos e assistentes técnicos do ACeS. As estratégias utilizadas neste projeto foram a educação para a saúde, estabelecimento de parcerias e a elaboração de um processo assistencial do rastreio da infeção pelo VIH com teste rápido no ACeS. Para a avaliação do projeto, foram definidos indicadores de atividade, resultado e de impacto.

Como principais resultados das atividades, destaca-se o aumento em 40,1% (54,5% para 94,6%) dos conhecimentos dos médicos e enfermeiros sobre a Profilaxia Pré-Exposição; o aumento em 29,4% (40,9% para 70,3%) dos conhecimentos dos médicos e enfermeiros sobre as características dos novos casos de VIH no ACeS e ainda o aumento em 25% (47,2% para 72,2%) dos conhecimentos dos assistentes técnicos sobre princípios éticos.

Concluindo, a oferta de testes de rastreio a todos os utentes, de forma oportunista e rotineira, contribui para o aumento do diagnóstico precoce e do acesso atempado a cuidados especializados. É assim importante o papel que estes profissionais desenvolvem junto da comunidade no rastreio da infeção pelo VIH, sensibilizando e aconselhando o indivíduo, sobre a temática da infeção.

Palavras-chave: competências do enfermeiro especialista, enfermagem, saúde pública, saúde comunitária, infeção pelo VIH

ABSTRACT

As part of the Master's Degree in Community Nursing in the area of Community Health and Public Health, the professional internship (Module I and II) was carried out in the Public Health Unit and in the Community Care Unit, which resulted in this report. The main aim of this report is to describe and analyze the activities that contributed to the development of the common and specific competences of the Specialist Nurse in Community Nursing in the area of Community Health and Public Health.

The Specialist Nurse in Community and Public Health Nursing emerges as the professional of choice for working to empower of groups and/or communities, through the implementation of community intervention programs and projects, where they play a key role in health promotion. This report emphasizes the methodology of health planning, being one of the skills to be developed in accordance with the proposal of the Order of Nurses for the award of the title of specialist referred to above. During module I, the stages of situation diagnosis, defining priorities and setting objectives were developed, and in module II the selection of strategies, forecasting resource, preparation for execution and evaluation. The central theme of this report emerges from a previous situation diagnosis of the Health Center Group (ACeS).

Given the role they play with the population in Human Immunodeficiency Virus (HIV) and their proximity to users and the community, the target population was the ACeS's nurses, doctors and technical assistants. The strategies used in this project were health education, establishing partnerships and development of a care process for screening HIV infection with a rapid test at ACeS. Activity, result and impact indicators were defined to evaluate the project.

The main results of the activities were a 40,1% increase (54,5% to 94.6%) in in doctors and nurses' knowledge of Pre-Exposure Prophylaxis; a 29,4% increase (40,9% to 70,3%) in doctors and nurses knowledge of the characteristics of new HIV cases in the ACeS and a 25% increase (47,2% to 72,2 %) in technical assistants' knowledge of ethical principles.

In conclusion, offering screening tests to all users, opportunistically and routinely, helps to increase early diagnosis and timely access to specialized care. The role that these professionals play in the community in screening for HIV infection is therefore important, raising awareness and counselling the individual about infection.

Keywords: specialist nurse skills, nursing, public health, community health, HIV infection

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

AIDS - *Acquired Immune Deficiency Syndrome*

APA - *American Psychological Association*

ARS - Administração Regional de Saúde

ARSN - Administração Regional de Saúde do Norte

AT - Assistentes Técnicos

CAD - Centro de Aconselhamento e Detecção Precoce

CDP - Centro de Diagnóstico Pneumológico

CS - Centros de Saúde

CPLP - Comunidade dos Países de Língua Portuguesa

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DARE - Decision Alternative Regional Evaluation

DGS - Direção-Geral de Saúde

DICAD - Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

DNO - Doenças de Notificação Obrigatória

DSTs - Doenças Sexualmente Transmissíveis

EACS - European AIDS Clinical Society

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECDC - Centre for Disease Prevention and Control

ECTS - European Credit Transfer and Accumulation System

ELISA - Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay

EMA - European Medicine Agency

EPA - European Pathways Association

EU - União Europeia

EUA - Estados Unidos da América

G8 - Grupo dos 8 (França, Alemanha, Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Itália, Japão e Rússia)

HIV - Human Immunodeficiency Vírus

HSH - Homens que têm Sexo com Homens

I - Indicador

IHME - Institute for Health Metrics and Evaluation

INSA - Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

ISTs - Infecções Sexualmente Transmissíveis

ml - Mililitros

MDH - Minnesota Department of Health

N.º - Número

NOCS - Normas de Orientação Clínica

NUTS - Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

OE - Objetivo Específico

OG - Objetivo Geral

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONG/OBC- Organizações Não-Governamentais/Organizações de Base Comunitária

ONU - Organização das Nações Unidas

ONUSIDA - Organização das Nações Unidas (Programa contra a sida)

PA - Processo Assistencial

PAP - Programa de Acesso Precoce

PNISTVIH - Programa Nacional para as Infecções Sexualmente Transmissíveis e Infecção pelo VIH

PNS - Plano Nacional de Saúde

PPE - Profilaxia Pós-Exposição

PreP - Profilaxia Pré-Exposição

PS - Profissionais de Saúde

QR - Quick Response

REVIVE - Rede de Vigilância de Vetores

SIDA - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

SINAVE - Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SNS - Serviço Nacional de Saúde

TARV - Terapêutica antirretroviral

TasP - Tratamento como Prevenção

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UDI - Utilizadores de drogas injetáveis

UF - Unidade Funcional

ULS - Unidade Local de Saúde

UNAIDS - United Nations Programme on HIV/AIDS

UNGASS - United Nations General Assembly Against Corruption

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidade de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

VHA - Vírus Hepatite A

VHB - Vírus da hepatite B

VHC - Vírus da Hepatite C

VHC - Vírus da hepatite C

VIH-1 - Vírus da Imunodeficiência Humana do tipo 1

VIH-2 - Vírus da Imunodeficiência Humana do tipo 2

€ - Euro

% - Percentagem

INDICE

NOTA INTRODUTÓRIA	14
1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DO ESTÁGIO CLÍNICO.....	19
1.1 Caraterização da Unidade de Saúde Pública	20
1.2 Caraterização da Unidade de Cuidados na Comunidade	21
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCETUAL	23
2.1 A infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana	23
2.2 Rastreo da Infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana	30
2.3 Medidas Políticas para o Vírus da Imunodeficiência Humana.....	35
2.4 Papel dos Profissionais de Saúde	38
3. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE	43
3.1 Diagnóstico de Situação.....	43
3.1.1 População-alvo	44
3.1.2 Variáveis e Operacionalização das variáveis.....	44
3.1.3 Instrumento de Colheita de Dados	46
3.1.4 Pré-teste	47
3.1.5 Procedimento de colheita de dados	47
3.1.6 Considerações Éticas.....	47
3.1.7 Previsão dos recursos	48
3.1.8 Apresentação dos dados obtidos.....	48
3.1.8.1 Caraterização sociodemográfica e profissional.....	48
3.1.8.2 Caraterização dos conhecimentos, práticas e atitudes sobre o VIH	50
3.1.9 Apresentação dos problemas	56
3.2 Definição de Prioridades.....	57
3.3 Fixação de objetivos	59
3.3.1. Fixação de objetivos gerais e específicos	60
3.3.2. Seleção de indicadores e metas.....	60
3.4 Seleção de estratégias	64
3.5 Previsão de Recursos	71
3.6 Preparação da Execução.....	72

3.6.1	Educação para a saúde	72
3.6.2	Parcerias	74
3.6.3	Elaboração de um Processo Assistencial do Rastreamento da Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana com Teste Rápido no ACeS.....	76
3.7	Monitorização e Avaliação do projeto	76
4	OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	82
5	ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	85
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	93
	Anexos	100
	Anexo 1 - Questionário sobre conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde sobre o VIH 101	
	Anexo 2 - Pedido de autorização ao Conselho Clínico do ACeS	118
	Anexo 3 - Cronograma	121
	Anexo 4 - Método de priorização DARE	123
	Anexo 5 - Logotipo.....	124
	Anexo 6 - Cartaz de divulgação	125
	Anexo 7 - Plano de sessão I.....	127
	Anexo 8 - Apresentação da sessão online para médicos e enfermeiros	129
	Anexo 9 - Plano de sessão II	148
	Anexo 10 - Plano de sessão III	150
	Anexo 12 - Plano de sessão - Apresentação aos Conselhos Técnicos	193
	Anexo 13 - Apresentação do PA aos conselhos técnicos	195
	Anexo 14- Questionário de avaliação de conhecimentos pré-intervenção online para médicos e enfermeiros -Estratégia I	213
	Anexo 15 - Questionário de avaliação de conhecimentos pré-intervenção para enfermeiros e médicos - Estratégia II	216
	Anexo 16 - Questionário de avaliação de conhecimentos pré-intervenção para AT - Estratégia III .	218
	Anexo 17 - Questionário de avaliação de conhecimentos pós-intervenção online para médicos e enfermeiros - Estratégia I	220
	Anexo 18 - Questionário de avaliação de conhecimentos pós-intervenção para enfermeiros e médicos - Estratégia II	224
	Anexo 19 - Questionário de avaliação de conhecimentos pós-intervenção para AT - Estratégia III .	228

INDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Classes profissionais.....	22
Tabela 2 - Novos casos com diagnóstico em 2022.....	29
Tabela 3 - Operacionalização das variáveis.....	47
Tabela 4 - Caracterização sociodemográfica e profissional.....	51
Tabela 5 - Temática da formação.....	52
Tabela 6 - Necessidade de formação.....	52
Tabela 7 - Influência que a formação tem na abordagem à temática.....	52
Tabela 8 - Disponibilização de material preventivo nas Unidades Funcionais.....	53
Tabela 9 - Disponibilização de material de informação nas Unidades Funcionais.....	54
Tabela 10 - Abordagem dos AT ao rastreio do VIH.....	54
Tabela 11 - Registos.....	55
Tabela 12 - Procedimento no caso de um teste rápido de rastreio reativo.....	56
Tabela 13 - Utilização/ indicação de websites.....	57
Tabela 14 - Profilaxia PreP.....	58
Tabela 15 - Profilaxia PPE.....	58
Tabela 16 - Lista de problemas identificados.....	58
Tabela 17 - Objetivos específicos.....	62
Tabela 18 - Metas e indicadores de resultado.....	64
Tabela 19 - Indicadores de impacto.....	66
Tabela 20 - Previsão de recursos.....	73
Tabela 21 - Atividades desenvolvidas com a primeira sessão.....	75
Tabela 22 - Atividades desenvolvidas com a segunda sessão.....	76
Tabela 23 - Atividades desenvolvidas com a terceira sessão.....	76
Tabela 24 - Indicadores de atividade.....	80
Tabela 25 - Avaliação das metas definidas.....	82

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Novas infeções por VIH 2010-2022 e nº de novas infeções no mundo e por região em 2022.....	28
Gráfico 2 - Número de testes rápidos e proporção de resultados reativos nos CSP.....	33
Gráfico 3 - Número de testes rápidos e proporção de resultados reativos nos em ONG/OBC.....	34
Gráfico 4 - Número de testes rápidos e proporção de resultados reativos nos CAD	34
Gráfico 5 - Número de testes rápidos e proporção de resultados reativos nos DICAD da ARS Norte e Algarve (2015-2022).....	35
Gráfico 6 - Número de testes com prescrição do SNS realizados (2010-2022).....	35
Gráfico 7 - Número de autotestes vendidos nas farmácias (2019-2022).....	36

NOTA INTRODUTÓRIA

O presente relatório, foi elaborado no âmbito das Unidades Curriculares: Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulos I e II, do Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) a decorrer no ano de 2022 a 2024.

Por forma a darem resposta às exigências da Ordem dos Enfermeiros, as unidades curriculares organizaram-se em dois módulos com um total de 420 horas de trabalho (módulo I) e 840 horas totais de trabalho (módulo II), respetivamente, conforme o Despacho 51/2022.

A componente de estágio, realizou-se de forma igualitária em duas Unidades Funcionais (UF): Unidade de Saúde Pública (USP) e Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) da zona Norte do país. Neste relatório, estão espelhadas as atividades realizadas no decorrer dos estágios que permitiram o desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem comunitária e de saúde pública, preconizadas nos Regulamentos nº140/2019 e o nº428/2018, respetivamente.

Neste sentido, os estágios foram desenvolvidos seguindo a metodologia de planeamento em saúde, em que na unidade curricular de estágio de natureza profissional- módulo I, foram desenvolvidas as seguintes etapas: diagnóstico de situação, definição de prioridades e fixação de objetivos. No decorrer do Módulo II, desenvolveram-se as etapas seguintes desta metodologia: seleção de estratégias, previsão de recurso, preparação da execução e por fim a avaliação. Foram ainda desenvolvidas outras atividades, de forma a dar resposta ao desenvolvimento das competências anteriormente referidas.

É essencial salvaguardar, que o módulo II do estágio de natureza profissional, decorreu num momento de reestruturação a nível nacional dos cuidados de saúde, com a publicação do Decreto-Lei 102/2023, de 7 de novembro, onde os ACeS, foram integrados em Unidades Locais de Saúde (ULS). Neste sentido, como a colheita de dados e o diagnóstico de situação foram realizados ainda na vigência da estrutura organizativa ACeS, manteve-se como referência os centros de saúde que o agrupavam. Ainda assim, em alguns momentos deste estágio (módulo II), foi necessária a referência à ULS, para que fosse possível a realização das atividades.

O objetivo geral proposto para os estágios de natureza profissional (módulo I e II) corresponde ao desenvolvimento de um perfil de competências condizentes com o de enfermeiro especialista em enfermagem comunitária – Na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública (Ordem dos Enfermeiros, 2018). De acordo com o Regulamento nº140/2019 (p.4744) o enfermeiro especialista deve reunir competências comuns, que “(...) envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante

e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem”. Naquilo que se refere às competências específicas segundo o Regulamento nº428/2018, este profissional deve ser capaz de avaliar o estado de saúde de uma população, com recurso ao planeamento em saúde; 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 (PNS); realizar e cooperar na vigilância epidemiológica do âmbito geodemográfico do ACeS.

No módulo II deu-se continuidade aos objetivos específicos, propostos no primeiro módulo, nomeadamente na prossecução do desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, tais como as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária – na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Foram definidos para este estágio de natureza profissional os seguintes objetivos específicos:

- Promover a responsabilidade pessoal, de forma a aprofundar competências de conceção, gestão e supervisão de cuidados, no âmbito da enfermagem comunitária e de saúde pública;
- Desenvolver uma consciência profissional sobre o papel do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária – Na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública (Ordem dos Enfermeiros, 2018);
- Contribuir para a melhoria contínua de cuidados de enfermagem, em especial da enfermagem comunitária e de saúde pública;
- Desenvolver competências no âmbito da prática clínica da USP e UCC;
- Desenvolver e consolidar um perfil de competências clínicas específicas de enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública;
- Incorporar na prática clínica a melhor e mais atual evidência científica, para a aquisição das competências necessárias ao exercício profissional do enfermeiro especialista de enfermagem comunitária e de saúde pública.

A nível pessoal espera-se com a frequência deste mestrado, o aprofundamento de conhecimentos na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública contribuindo para o desenvolvimento de uma enfermagem cada vez mais relevante para os grupos e comunidades.

Para alcançar os objetivos propostos é necessário que o enfermeiro tenha conhecimento sobre as necessidades da sua população e comunidade, colaborando na procura de soluções para os problemas de saúde identificados, tendo por base um trabalho interdisciplinar em programas que visem responder às necessidades dessa comunidade (Cerqueira et al., 2015). Desta forma, elaborou-se e concretizou-se um projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde comunitária e de

saúde pública, no âmbito do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), intitulado “A Perspetiva dos profissionais de saúde na abordagem prática do Vírus da Imunodeficiência Humana” segundo a metodologia de planeamento de saúde.

A enfermagem de saúde comunitária e saúde pública, enquanto área especializada da enfermagem em Portugal, no que diz respeito à regulamentação profissional, tem competências publicadas em Diário da República assim como diretrizes para o percurso educativo dos enfermeiros, no que se refere às experiências clínicas que tem de ter desenvolvido para adquirir as competências indicadas pela regulamentação (Melo, 2020). A valorização destas competências, sobressai até nas organizações mundiais de maior renome, onde o papel do enfermeiro especialista de saúde comunitária e saúde pública é fundamental, de modo a assegurar os Cuidados de Saúde Primários (CSP) na comunidade, de forma a promover a saúde e os programas nacionais [Organização Mundial de Saúde (OMS), 2020].

É desta forma, que a saúde se apresenta como um direito fundamental de qualquer ser humano, sem distinção. Sendo a saúde pública um dos diversos ramos que a saúde assume, é desta forma que a saúde pública é descrita como a ciência que estuda a saúde dos indivíduos e das suas comunidades, os seus determinantes e os seus impactos, tendo como objetivo primordial a proteção e promoção dessa mesma saúde (Winslow, 1920). Perante os desafios enfrentados nos últimos anos, pelas comunidades, nomeadamente no que diz respeito a doenças infecciosas e pandémicas, a saúde pública tem auferido cada vez mais relevo na sociedade. Segundo Rabello (2010), a área da saúde pública, deveria ser responsável pelo estado de saúde das populações e desta forma, informar e monitorizar todas as iniciativas políticas e governamentais, que interfiram com o estado de saúde da população. Assim, um dos principais objetivos da saúde pública e comunitária, que vai de encontro à definição de saúde, é garantir que toda a população tem acesso aos serviços de saúde, independentemente da classe social, género, raça ou etnia.

O maior desafio da saúde pública surge na década de 70, com o aparecimento da SIDA (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida), tendo-se assistido à propagação do vírus pelos seis continentes do mundo, dando desta forma início à pandemia pelo VIH, tornando esta infeção, uma prioridade mundial de saúde pública (Silva, 2023). Oliveira (2018), refere que vivemos numa civilização caracterizada pela facilidade em interagir e viajar, pela liberação de hábitos e práticas sexuais, pelo que a doença rapidamente se tornou uma pandemia, ultrapassando qualquer classe social, faixa etária ou raça.

Conforme descrito no PNS 2030, a infeção pelo VIH é um problema de elevada magnitude, no âmbito das doenças infecciosas e parasitárias, pois, em concordância com o painel de monitorização dos objetivos de Desenvolvimento Sustentável do Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), em Portugal no ano de 2017, verificou-se, o pior desempenho em relação a diversos problemas e determinantes de saúde, entre os quais a incidência de infeção por VIH. A grande linha de orientação estratégica do PNS 2030, é a cobertura universal de saúde, onde

existe a necessidade de manter ou reforçar as estratégias que funcionam; e recuperar e melhorar o acesso e a intervenção em saúde, com estratégias como a deteção precoce, rastreios de base comunitária ou rastreios oportunisticos por exemplo [Direção Geral de Saúde (DGS), 2021].

Até ao ano de 2022, o número de casos no ACeS onde decorreram os estágios de natureza profissional, apresentaram uma tendência decrescente. No referido ano, surgiu um pico de novos casos (22 casos), talvez justificado pela pandemia da COVID-19 ou pelo atraso na notificação causado por esta.

Um dos indicadores contratualizados pelos CSP é o indicador com o código SIARS 2015.306.01, designado “Proporção de utentes consultados nos últimos 12 meses e sem rastreio VIH/SIDA que o efetuaram nesse período”, este tem por objetivo monitorizar o cumprimento da norma de orientação clínica da DGS 58/2011 (revista em 10-12-2014) sobre “Diagnóstico e Rastreio laboratorial da infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH)”, segundo a referida norma todos os utentes entre os 18 e os 64 anos que não o tenham efetuado previamente, devem efetuar o rastreio VIH/SIDA. Este indicador apenas foi atingido em cinco das 14 UF do ACeS que efetuam o rastreio da infeção pelo VIH (SDM, BI 2023).

Atualmente ainda é notório a existência de entraves no que respeita a divulgação do diagnóstico precoce e do próprio diagnóstico da infeção em si, o que torna a aceitação na oferta de testes rápidos de rastreio pela infeção do VIH à comunidade, um fator que depende da postura do profissional de saúde em relação à temática (Lima, 2019).

O papel que os CSP desenvolvem junto da população, é fulcral nesta temática, pela proximidade que estes apresentam com o utente e comunidade, sendo o primeiro ponto de contato com os cuidados de saúde. Para esta parceria funcionar na sua plenitude, é necessário desenvolver políticas e programas que considerem as diferentes realidades e necessidades, dos indivíduos, grupos ou comunidades, só assim é possível promover a igualdade de oportunidades e a justiça social (DGS, 2021).

É desta forma, que surge a necessidade de intervir nesta temática, e junto da comunidade de profissionais do ACeS, para deste modo manter os profissionais capacitados, motivados e empoderados para as boas práticas de saúde numa temática, onde a dúvida e o estigma ainda surgem como barreiras (Lima, 2019). Face às competências específicas anteriormente citadas, considera-se que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública pode desempenhar um papel fundamental na capacitação das comunidades, potenciando ganhos em saúde e contribuindo para a redução da carga de doença transmissível e não transmissível (Regulamento 348/2015; Regulamento 428/2018).

O presente trabalho é constituído por seis capítulos, seguindo-se os anexos que permitem conferir o trabalho desenvolvido. O primeiro capítulo corresponde à descrição sumária dos

contextos clínicos onde o estágio se desenvolveu (Módulo I e II).

No segundo capítulo é feito o enquadramento teórico da temática do VIH e dos temas considerados elementares para o desenvolvimento deste relatório no âmbito desta temática.

O terceiro capítulo, refere-se à metodologia do planeamento em saúde definida por Imperatori e Giraldes (1993), constituído por sete subcapítulos que correspondem às etapas que espelham o planeamento e execução deste projeto ao longo do diagnóstico de situação, definição de prioridades, fixação de objetivos e indicadores de avaliação, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos e preparação para a execução e avaliação.

Num quarto capítulo, estão descritas outras atividades executadas durante os estágios de natureza profissional, nas duas UF onde o mesmo ocorreu, USP e UCC, bem como a importância para o desenvolvimento de competências enquanto enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública.

No quinto capítulo é efetuada uma reflexão crítica das competências desenvolvidas com a implementação deste projeto, e de todo o processo de planeamento em saúde.

Por fim, o capítulo seis apresenta de forma sucinta as conclusões obtidas com a elaboração deste relatório.

Todos os dados utilizados foram tratados de forma anonimizada, confidencial e informada, salvaguardando a população em estudo e todos os seus intervenientes.

1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DO ESTÁGIO CLÍNICO

O módulo I e II da unidade curricular do estágio de natureza profissional, insere-se no mestrado em enfermagem comunitária na área de saúde comunitária e de saúde pública, da Escola Superior de Enfermagem do Porto e incluiu a componente prática e a componente de orientação tutorial, com o intuito de desenvolver este projeto de estágio de forma a possibilitar o desenvolvimento de competências gerais e específicas enquanto enfermeira especialista em enfermagem comunitária na área de saúde comunitária e de saúde pública (Regulamento nº 428/2018).

Segundo a OMS (2023b), os CSP integram o Sistema Nacional de Saúde (SNS) e contribuem para o desenvolvimento da sociedade tanto a nível social como económico. De acordo com Pisco e Pinto (2020), estes podem definir-se como cuidados essenciais de saúde acessíveis a todos os indivíduos e assentam em métodos e tecnologias práticas, com base na evidência científica e que são socialmente aceites.

É função dos CSP garantir a satisfação das necessidades de saúde dos indivíduos ao longo do seu ciclo vital, atuando nos diferentes níveis de prevenção, abordando de forma recorrente os diversos determinantes de saúde e capacitando os indivíduos, famílias e comunidades para a melhoria da sua saúde (OMS, 2023b).

Para além disso e dado que se apresentam como o primeiro nível de contacto dos indivíduos, famílias e comunidades com o SNS, estes cuidados devem ser prestados o mais circunvizinho do seu contexto, nomeadamente em relação ao local de habitação, trabalho e estudos (Pisco & Pinto, 2020).

À data de início do módulo I e módulo II, os CSP encontravam-se organizados em ACeS (Decreto-Lei n.º 52/2022) contudo, à data de término do estágio, havia arrancado uma reforma organizativa no SNS, que decretou a criação de uma nova ULS na qual estavam integradas as duas UF onde o mesmo decorreu (Decreto-Lei n.º 102/2023). Desta forma, parece oportuno caracterizar o ACeS, a USP e a UCC onde o estágio de natureza profissional decorreu, tendo por base a estrutura organizativa do início do mesmo.

Segundo o Decreto-Lei n.º 52/2022, os ACeS são serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por diversas UF, que garantem a prestação de CSP à população de determinada área geográfica. É desta forma, que assume um modelo organizacional de serviços de saúde com foco nos CSP, que tem como missão, a promoção da saúde e prevenção da doença, a prestação de cuidados na doença e a articulação com outros serviços de saúde e com a comunidade para a continuidade de cuidados, tem ainda por missão desenvolver atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde e participam na formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases, pré-graduada, pós-graduada e contínua (Decreto-Lei n.º 52/2022).

Neste sentido, este ACeS da zona do Norte, é um dos 21 ACeS da Autoridade Regional de Saúde (ARS) do Norte, e é constituído por três concelhos, que serão designados por A, B e C, ao longo deste trabalho, abrangendo um total de 282,2Km². Este é constituído por três UCC, uma USP, uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), um Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP), duas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e 12 Unidades de Saúde Familiar (USF). Encontra-se disponível para consulta na Tabela 1 a distribuição por classes profissionais no ACeS (BI CSP, 2023).

Tabela 1 - Classes profissionais

Classes profissionais	N	%
Assistentes técnicos	103	24,1
Enfermeiros	161	37,6
Médicos de medicina geral e familiar e de saúde pública	98	22,9
Médicos internos de medicina geral e familiar e de saúde pública	34	7,9
Outros profissionais	32	7,5
Total	428	100

Segundo os últimos censos (2021), na região do ACeS onde decorreu o estágio, existem 408 878 habitantes, menos 5,6% que no ano nos censos de 2011, sendo que destes 212 025 são do sexo feminino e 196 853 do sexo masculino.

O nível de escolaridade da população desta área geográfica, em 2021 era maioritariamente o ensino básico (65,9%), sendo que 20% não possuem nenhum nível de escolaridade. Nesta zona para 57,3% da população o setor secundário é a principal fonte de emprego, seguindo-se o setor terciário com 41,5% e apenas 1,1% encontra-se empregado no setor primário.

Existem 162.186 utentes inscritos no ACeS, onde 99,9% tem médico de família atribuído e 98,6% tem enfermeiro de família.

1.1 Caracterização da Unidade de Saúde Pública

No que se refere à USP, esta funciona como observatório de saúde da sua área geográfica, e é sua competência executar planos e informações em domínios da saúde pública. Na área geodemográfica que integra, procede à vigilância epidemiológica, gere programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população ou de grupos específicos e dentro da legislação respetiva, colaborando no exercício das funções de autoridade de saúde (Decreto-Lei n. °137/2013). Segundo a base 34 da Lei de Bases da Saúde (Lei nº95/2019), as autoridades de saúde situam-se a nível nacional, regional e concelhio, para garantir a intervenção oportuna e discricionária do estado em situações de grave risco para a

saúde pública, e estão hierarquicamente dependentes do Ministro da Saúde, através do diretor-geral competente (Lei n. °95/2019).

A equipa multidisciplinar da USP é constituída por sete enfermeiros, quatro médicos de saúde pública, três médicos internos de saúde pública, três assistentes técnicos e nove técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica - saúde ambiental.

A USP do ACeS apresenta distintas áreas de trabalho, onde agrupa diversas tipologias de profissionais da unidade, conforme as necessidades de cada área de trabalho, sendo elas: administração e planeamento em saúde; programa legionella na comunidade; plano contingência específico para temperaturas extremas; Rede de Vigilância de Vetores (REVIVE); vigilância epidemiológica de águas para consumo humano; vigilância epidemiológica de águas de piscinas; vigilância epidemiológica de das doenças transmissíveis; vacinação; equipamentos sociais; saúde ocupacional; prescrição social; formação, investigação e comunicação; saúde oral; saúde escolar e Programa Nacional para as Infecções Sexualmente Transmissíveis e Infecção pelo VIH (PNISTVIH). Dentro de cada área de trabalho desenvolvem-se grupos de trabalho como a comissão da qualidade e segurança do doente; gestão de resíduos hospitalares; grupo local energia carbono; núcleo de apoio a crianças e jovens em risco; programa prevenção e controlo de infeção e de resistência aos antimicrobianos; VIH/SIDA, entre outros.

1.2 Caraterização da Unidade de Cuidados na Comunidade

A UCC onde decorreu o estágio de natureza profissional, tem como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população, tendo em vista, os ganhos em saúde. É desta forma, que presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de cariz domiciliário e comunitário, em especial às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, dentro da sua área geográfica, que se encontrem em situação de maior risco ou dependência física e funcional.

A UCC, atua ainda no âmbito da educação para a saúde, na integração em redes de apoio às famílias e na implementação de unidades móveis de intervenção (Decreto-Lei n. °137/2013). É através desta Unidade, que o ACeS integra a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, agregando assim a equipa coordenadora local, conforme o previsto no Decreto-Lei n.º 101/2006.

Segundo os últimos censos, a área geográfica que abrange esta UCC, tem 25 freguesias e um total de 47376 habitantes (INE, 2021).

A equipa multidisciplinar desta unidade é composta por 15 enfermeiros, uma assistente técnica, uma nutricionista, duas assistentes sociais, um psicólogo e um médico, estando a sua coordenação a cargo de um enfermeiro com o título de enfermeiro especialista e com experiência efetiva na área (Decreto-Lei n. °137/2013).

Relativamente à carteira básica de serviços, esta UCC presta serviços nas áreas de gestão da saúde, através de projeto de preparação para o parto e parentalidade, recuperação pós-parto

e cursos de massagem infantil. Na área de gestão da doença, através de projetos da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), Reabilitação respiratória e capacitação e apoio ao cuidador; na área de intervenção comunitária, através da saúde escolar, necessidades de saúde especiais, núcleo local de intervenção, ação para crianças e jovens em risco e rede de apoio social.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

O presente capítulo visa enquadrar teoricamente a infeção pelo VIH, o rastreio da infeção, as medidas políticas nacionais e internacionais existentes para esta infeção, tal como o papel do enfermeiro na prevenção da infeção por VIH, bem como alguns conceitos considerados fundamentais para este projeto.

2.1 A infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana

No início dos anos 80 verificou-se nos Estados Unidos da América (EUA), um crescimento do número de casos de doenças pouco comuns até àquela data, como a pneumonia - *pneumocystis carini* e o *sarcoma de Kaposi*, estas têm em comum a deteriorização do sistema imunitário, em particular dos linfócitos TCD4, levando os indivíduos infetados à morte. Em 1983, surge o primeiro registo de uma “nova” entidade nosológica, a *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS), que só mais tarde se viria a conhecer o agente causador, o Vírus da Imunodeficiência Humana (Lopes, 2018).

Segundo Duque (2006), citado por Lopes (2018), os primeiros casos de doentes com síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA) associados à infeção por VIH em Portugal, foram analisados na enfermaria de Doenças Infeciosas e Medicina Tropical do Hospital Egas Moniz. Estes primeiros casos, foram descobertos em homossexuais do sexo masculino de etnia branca. Pensa-se que esta infeção tenha chegado a Portugal, vinda pela Europa e por África. Através da Europa, por meio de consumidores de drogas intravenosas; e de África por meio de grupos de heterossexuais que teriam residido e praticado comportamentos de risco naquele continente. Nesta década, a pandemia por VIH parecia imparável, a cada ano cerca de 2,5 milhões de pessoas eram infetadas, e 2 milhões de pessoas morriam anualmente devido ao estágio avançado do vírus - SIDA [United Nations Programme on HIV/AIDS(UNAIDS), 2023]. A teoria atualmente aceite para a origem do VIH, após anos de investigação, é de que o VIH poderá ter evoluído a partir do vírus de imunodeficiência dos símios encontrado nos chimpanzés da África Ocidental, e ter sido transferido aos humanos daquela região, através do consumo de carnes e, posteriormente, ao resto do mundo, na primeira metade do século XX (Lopes, 2018).

O Center for Disease Prevention and Control [(ECDC), 2022] define o VIH como um vírus que afeta o sistema imunitário e que quando não tratado pode conduzir ao estágio de SIDA, este é um retrovírus, que pertence à família lentivírus, sendo um vírus caracterizado por ser constituído por um invólucro que contém duas cópias idênticas de ácido ribonucleico. O seu genoma está rodeado de proteínas estruturais formando a nucleocapside e a matriz viral, à qual está ligado o invólucro lipídico derivado da membrana da célula hospedeira.

O VIH possui uma elevada diversidade genética, quer a nível intra e interindividual, processo

que resulta da acumulação progressiva de mutações durante a transcrição reversa e da recombinação entre vírus que infetam a célula (Antunes et al., 2021). A variedade genética existente no vírus, é tão elevada, que dificulta o processo de encontrar uma vacina, que proteja o indivíduo contra a infeção ou mesmo de encontrar a cura (UNAIDS, 2023).

O VIH ataca os glóbulos brancos, deixando o sistema imunológico do indivíduo enfraquecido, é por este motivo que os portadores da infeção, tornam-se mais suscetíveis de adoecer com doenças associadas, como a tuberculose, infeções sexualmente transmissíveis e alguns tipos de cancro (OMS, 2023a). Este retrovírus, do qual são conhecidos dois tipos de VIH, o VIH-1, responsável por uma distribuição a nível global, e o VIH-2, que tem uma disposição praticamente restrita à Guiné-Bissau, países circundantes da África Ocidental e mais recentemente alguns países da Europa como é o caso de Portugal e França (Antunes et al., 2021).

Esta infeção tem início por entrada direta do vírus no sistema sanguíneo, através de transfusões de sangue, injeção com seringas contaminadas ou através da transmissão de mãe para filho, que pode ocorrer na gestação, parto ou durante a amamentação - designada transmissão vertical; ou ainda através da mucosa genital e anal (fluidos vaginais, anais e sémen) de um indivíduo infetado (UNAIDS, 2023).

Após um período de incubação, que poderá ir até quatro semanas, acabam por se desenvolver subitamente sintomas como: febre, faringite, mialgias, cefaleias, erupções cutâneas, linfadenopatia, ulcerações orais e genitais e distúrbios gastrointestinais.

Segundo Ferreira (2019), a presença de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), constitui um importante marcador de risco, para o aparecimento da infeção por VIH. Este facto acontece, devido à rápida multiplicação viral, que existe no organismo do hospedeiro. Na fase aguda da infeção, é diminuta a apresentação de sintomas. Contudo, conforme foi descrito em 1985 e mantem-se igual aos dias de hoje, quando os sintomas se começam a manifestar, a síndrome mononucleósica é a mais frequente (Lopes, 2018).

Atualmente, podemos assumir que esta infeção apresenta um percurso crónico, com um aumento da esperança e qualidade de vida, devido à Terapêutica Antirretroviral (TARV). Para tal é necessário existir um diagnóstico efetivo e quanto mais precoce melhor (DGS, 2021). Aos dias de hoje, sabe-se que cerca de pelo menos 50% dos indivíduos diagnosticados com VIH, já são diagnosticados em estádios avançados da infeção, esta deteção tardia da infeção, conduz a consequências epidemiologicamente importantes, reduzindo a expectativa de vida e aumentando a transmissão e disseminação viral na população (Ferreira, 2019). Quando não tratado, o indivíduo com VIH terá, em média, uma esperança de vida de cerca de três anos (ECDC, 2022).

Para além do impacto no indivíduo, o diagnóstico tardio, tem um forte impacto económico no

sistema de saúde, devido ao maior risco de infeções e comorbilidades associadas, tal como à probabilidade de um maior número de internamentos hospitalares (Lima, 2019).

Por forma a permitir a prevenção, tratamento e cuidados de saúde adequados a DGS, emitiu uma norma de orientação clínica - 058/2011, revista em 10/12/2014 sobre “Diagnóstico e rastreio laboratorial da infeção pelo VIH”, que reforça a importância do acesso alargado ao rastreio da infeção e aconselhamento, estabelecendo a indicação de realização do rastreio do VIH/SIDA em forma de teste rápido, a todos os utentes entre os 18 e os 65 anos que não o tenham previamente efetuado. Esta orientação, pretendeu introduzir o teste rápido, nas consultas de rotina, dos Profissionais de saúde (PS) com o utente, contribuindo para que mais pessoas conheçam o seu estado serológico, que as pessoas infetadas realizem o diagnóstico precoce e possam assim iniciar o tratamento antirretroviral o mais rápido possível, tendo em vista diminuir também o número de recém-nascido infetados, tal como o estigma associado ao VIH e à realização do teste de rastreio e que as pessoas com VIH positivo, consigam adotar comportamentos responsáveis para impedir a transmissão da infeção (DGS, 2014).

É desta forma, que o diagnóstico precoce assume-se como uma estratégia primordial para o controlo da infeção. Este possibilita ao utente ter conhecimento do seu estado serológico, não só pela importância de iniciar precocemente o tratamento adequado, reduzindo assim a longo prazo a morbidade e mortalidade existente associada à infeção, como pela importância da consciencialização necessária face à redução de riscos de transmissão (ECDC, 2022).

O VIH é uma Doença de Notificação Obrigatória (DNO) em Portugal, conforme previsto pelo Despacho nº1150/2021. Isto significa que quando detetado um caso, seja este suspeito ou confirmado, deve ser notificado no Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), segundo a Lei n.º 81/2009 (Diário da República, 2009). O sistema de vigilância em saúde pública, identifica situações de potencial risco, recolhe, atualiza, analisa e divulga os dados relativos a doenças transmissíveis e de outros riscos para a saúde pública, bem como prepara os planos de contingência face a situações de emergência ou tão graves como de calamidade pública (Diário da República, 2009). Este sistema funciona em rede e é acessível às instituições do setor público e privado. O SINAVE, é gerido pela DGS e é operacionalizado em duas plataformas informáticas que permitem a notificação das doenças: desde 2015 o SINAVEmed, referente a notificações clínicas e o SINAVElab a partir de 2017 referente a notificações laboratoriais.

Em Portugal o primeiro caso de VIH, surgiu em 1983, numa altura em que a esperança média de vida de uma pessoa portadora do vírus, desde o diagnóstico até à morte era muito diminuta. Passados 40 anos e embora o VIH, continue a ser considerada uma infeção incurável, a evolução da ciência, da medicina e da indústria farmacêutica, permitiu que pessoas sob tratamento possam ter, uma esperança média de vida semelhante a pessoas não infetadas (Sermais, 2023). Contudo, apesar dos desenvolvimentos neste campo, as determinantes da transmissão desta infeção e as implicações que têm na sociedade e na saúde individual, continuam a conceder-

lhe um carácter de intervenção prioritário (OMS, 2022).

Sabendo que o VIH continua a apresentar-se como um problema de saúde pública preocupante a nível mundial, no ano de 2022, aproximadamente 39 milhões de pessoas no mundo, viviam com a infeção, onde apenas 29,8 milhões recebiam tratamento, sendo que destas 86% conheciam o seu estado serológico; 76% recebiam TARV e 71% tiveram supressão da sua carga viral (UNAIDS, 2023).

As previsões de 1,3 milhões de novas infeções pelo VIH, no ano de 2022 foram as menores das últimas décadas, com especial declínio em regiões como a África Subariana (Gráfico 1) (UNAIDS, 2023).

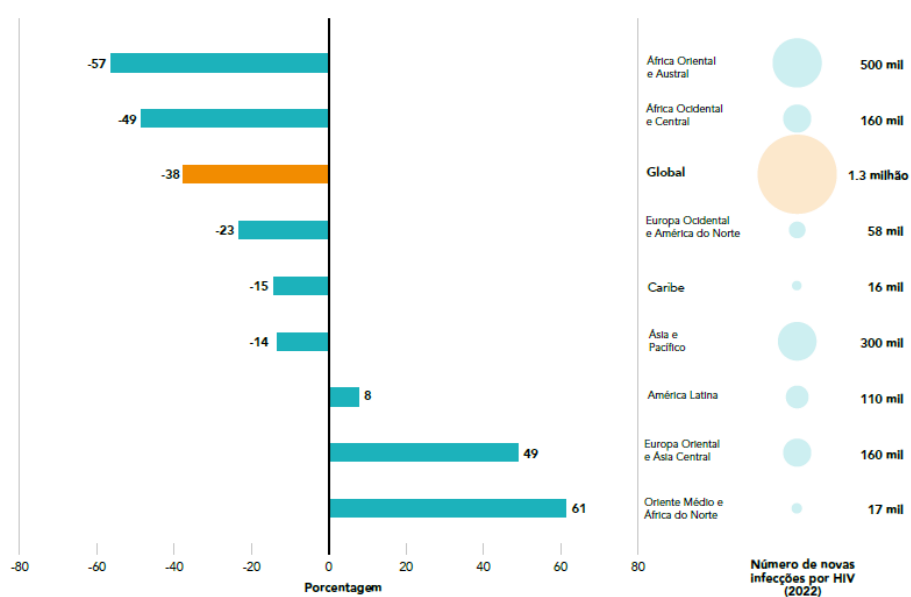


Gráfico 1 - Novas infeções por VIH 2010-2022 e nº de novas infeções no mundo e por região em 2022 (UNAIDS, 2023)

Em 2021, segundo dados da OMS, na Europa existiram 16 624 novos casos de diagnóstico de VIH, o que corresponde a uma taxa de 4.3 por 100 000 habitantes (OMS, 2022). O sexo entre homens, continua a ser a via de transmissão predominante na Europa, representando 40% (6 649 casos) de todos os novos diagnósticos em 2021 e mais de metade (55%) dos diagnósticos em que a via de transmissão é conhecida. Esta via de transmissão foi responsável por mais de 60% de novos diagnósticos em países da Europa como: Áustria, Croácia, República Checa, Alemanha, Hungria, Irlanda, Malta, Países Baixos, Polónia, Eslováquia e Espanha (OMS, 2022).

Segundo a mesma fonte (OMS, 2022), a via de transmissão heterossexual, foi a segunda mais comum na Europa, representando 29% (4 821) dos diagnósticos de VIH e 40% dos diagnósticos em que a via de transmissão é conhecida. Esta via de transmissão, foi a mais comum em países da Europa, como: Estónia, França, Letónia, Noruega e Roménia. A transmissão devido ao uso

de drogas injetáveis, representa 4% de novos diagnósticos de VIH em 2021, 24% dos casos diagnosticados na Letónia e 20% na Grécia.

O diagnóstico tardio da infeção, continua a ser o maior desafio na Europa - a percentagem de pessoas diagnosticadas tardiamente, varia em função da via de transmissão e da faixa etária. A maior via de transmissão, foi a via heterossexual (homens - 63% e mulheres - 56%), seguindo-se o uso de drogas injetáveis com 48% e por último a via homossexual com 44%. As proporções de diagnóstico tardio mais baixas, verificaram-se nos grupos etários mais jovens, 39% com idades entre 15 e 24 anos, sendo que destes a via de transmissão, homens que tiveram sexo com homens (HSH) representa 47% e 42% através de migrantes de outros países da Europa Ocidental (OMS, 2022).

Mesmo a nível nacional, a infeção pelo VIH não foge à regra e constitui um desafio para a Saúde Pública, mantendo-se de entre os países da União Europeia, o que apresenta as taxas mais altas de casos diagnosticados. (ECDC, 2022). Em Portugal, entre o ano de 1983 e 2021, foram diagnosticados 64 257 novos casos de VIH, dos quais 23 399 atingiram o estadió de SIDA (INSA, 2023).

A nível nacional, no período entre 1 de janeiro e 31 de dezembro de 2022, foram notificados 804 novos casos, onde a maioria são indivíduos com idade superior ou igual a 15 anos. A taxa de novos diagnósticos durante o ano de 2022 foi de 7,7 casos por 10^5 habitantes (INSA, 2023).

Os casos diagnosticados no ano de 2022 em adultos e adolescentes, ocorreram maioritariamente em homens, representando 75,5% dos casos e 24,5% em mulheres, correspondendo a uma razão de homem/mulher de 3,1 (INSA,2023).

Em 54,5% dos novos casos de VIH, a idade compreende-se entre os 20 e os 39 anos, contudo 23% dos casos foram diagnosticados em indivíduos com idade igual ou superior a 50 anos. Ainda que, o maior número de novos casos tenha ocorrido entre os 30-39 anos, a taxa mais elevada 21,7 casos/ 10^5 habitantes, verificou-se no grupo etário entre os 25-29 anos.

Aquando da estratificação por sexo, verificou-se o mesmo padrão, no caso dos homens, constatou uma taxa de diagnóstico no grupo etário 25-39 anos, de 35,6 casos/ 10^5 homens. No caso das mulheres, o maior número de novos casos (57 casos) e a taxa mais alta de diagnósticos (9,5/ 10^5 mulheres), ocorreu no grupo etário dos 30-39 anos (Tabela 2).

Tabela 2 - Novos casos com diagnóstico em 2022 (INSA, 2023)

Homens			Mulheres			Total			
Grupo	N	%	Casos/ 10^5	N	%	Casos/ 10^5	N	%	Casos/ 10^5

etário			habitantes			habitantes			habitantes
15-19 anos	11	1,8	4,1	3	1,5	1,2	14	1,7	2,7
20-24 anos	75	12,4	26,1	16	8,1	5,8	91	11,3	16,2
25-29 anos	100	16,5	35,6	19	9,6	7,1	119	14,8	21,7
30-39 anos	171	28,2	28,8	57	28,9	9,5	228	28,4	19,1
40-49 anos	117	19,3	15,7	49	24,9	6,1	166	20,7	10,8
50- 59anos	75	12,4	10,4	28	14,2	3,5	103	12,8	6,8
≥60 anos	57	9,4	4,0	25	12,7	1,4	82	10,2	2,5
Total	606	100	12,1	197	100	3,6	803	100	7,7

No ACeS onde decorreu o estágio de natureza profissional, desde 2014 até ao ano de 2023 foram confirmados 49 casos de VIH, destes 61,2% são do sexo masculino. Destes casos, 38,8% ocorreram no grupo etário 35-44 anos, sendo nove mulheres e 10 homens, seguindo-se o grupo etário 25-34 anos com 22,4% sendo seis do sexo masculino e cinco do sexo feminino.

Dos casos referidos anteriormente só durante o período entre o ano de 2020 e 2023, foram notificados 30 casos, a maioria 76,7% ocorreram em indivíduos com nacionalidade portuguesa, 13,3% em indivíduos brasileiros e ainda existiu um caso em indivíduos de nacionalidade angolana (3,3%), guineense (3,3%) e costa-marfinense (3,3%). O contexto do diagnóstico dos casos referidos anteriormente, é desconhecido em 48,8% dos casos, contudo em 32,6% dos casos, sabe-se que os CSP, foram o local onde foram efetuados os diagnósticos destes indivíduos. O modo de transmissão mais comum, foi a via sexual, sendo a heterossexual a predominante em todas as faixas etárias (SINAVE 2.0, 2024).

No ano de 2023 existiam 183 casos ativos da infeção pelo VIH no ACeS, num universo de 161 722 utentes. O grupo etário com maior prevalência é dos 80-84 anos, dos quais 119 são homens e 64 são mulheres (BI CSP, 2023).

De forma a fazer face a estes números, em 2015 a OMS, emanou diretrizes para o início da TARV, independentemente da fase clínica em que o utente se encontre, dado o benefício que esta terapêutica tem na redução da morbilidade e mortalidade, na redução da transmissão sexual e ainda devido ao facto destes fármacos serem cada vez mais seguros na sua utilização (DGS, 2018).

A disponibilização da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) na infecção por VIH, em associação com comportamentos sexuais e consumos intravenosos seguros, é uma abordagem importante e eficaz para o controlo e eliminação da infecção (DGS, 2018). Em 2017 a DGS procedeu à elaboração da Norma nº025/2017, atualizada a 16/05/2018 (DGS, 2018b) sobre a PrEP no Adulto, onde é evidente que devem ser referenciados para a consulta de especialidade hospitalar, no prazo máximo de 30 dias, pessoas com risco acrescido de aquisição da infecção por VIH. A definição de pessoas com risco neste documento da DGS é semelhante à da European AIDS Clinical Society (EACS, 2020), contudo acrescentam os UDI, que não são referidos na norma europeia, tal como os parceiros serodiscordantes em situação de preconceção ou gravidez. Ainda segundo a norma da DGS, que dita um período temporal (últimos seis meses), para avaliação dos comportamentos de risco, refere também, que em todas as consultas ou avaliações clínicas, o PS deve educar para a saúde. As principais contra-indicações para a toma da PrEP são indivíduos com fatores de risco como doença renal crónica, em tratamento com terapêutica potencial nefrotóxica ou com doença óssea, como osteopenia, osteomalacia e osteoporose (DGS, 2018).

O regime de toma da PrEP aprovado pela European Medicine Agency [EMA, (2017)] é a administração diária, contudo o regime “*on demand*” já provou a sua eficácia em HSH, sendo o seu uso já recomendado atualmente pelas diretrizes europeias. Em relação aos procedimentos clínicos necessários, é obrigatório o registo de um resultado negativo de um teste serológico, uma semana antes de iniciar a profilaxia, visto que esta terapêutica é um método destinado de forma exclusiva a indivíduos seronegativos. Após o início da PrEP, o estado serológico deve ser confirmado a cada três meses e devem ainda ser feitos rastreios a outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) como a sífilis, clamídia, gonorreia, Vírus Hepatite A (VHA) e Vírus da Hepatite B (VHB) (EACS, 2020).

Segundo a declaração da ONUSIDA (2021), três milhões de pessoas a nível mundial, apresentam alto risco de se infetarem com VIH, em áreas de elevada incidência do vírus, pelo que estas deveriam ter acesso à PrEP (UNAIDS, 2016). No continente europeu, o primeiro país a disponibilizar e compartilhar a 100% da PrEP, foi a França em janeiro de 2016 (McCormack, et al., 2016). Neste mesmo ano, dos países que fazem parte da União Europeia (UE), apenas três já teriam iniciado projetos de demonstração desta terapêutica (Bélgica, Itália e Países Baixos) e onze (Croácia, Dinamarca, Grécia, Irlanda, Luxemburgo, Malta, Noruega, Roménia, Portugal, Espanha e Suécia) planeavam iniciar em breve a distribuição e participação a 100%. Em Portugal, a PrEP, ficou disponível ao utente, em fevereiro de 2018 através do Programa de acesso precoce (PAP), associando a terapêutica a práticas de sexo seguro (Infarmed, 2018).

Instituições de renome mundial, como a ECDC (2022), reforçam a importância do início precoce da TARV, visto que a epidemia do VIH na Europa, tem uma tendência persistente. Uma em cada duas pessoas diagnosticadas com VIH, apresenta um estágio já avançado da infecção, num

patamar onde o sistema imunitário não consegue responder de forma eficaz. Controversamente ao que vem sendo referido ao longo deste relatório sobre a importância do diagnóstico precoce, existe uma elevada proporção de diagnósticos tardios na Europa. Estes dados demonstram que na última década surgem problemas de acesso aos testes de rastreio e de aceitação na realização dos mesmos, aconselhamento e em muitos países existe uma lacuna de informação, num estadio inicial da infeção. Assim, as necessidades de vigilância e monitorização do VIH vão muito para além das cobertas pelo sistema e pela legislação associada, desenhadas para as DNO (UNAIDS, 2023).

Desta forma, é essencial perceber que o rastreio precoce é o caminho a seguir, sendo que a referenciação atempada e o acompanhamento de novos casos reativos, garantem que o indivíduo portador da infeção pelo VIH aceda ao tratamento adequado e ganhe qualidade de vida. A supressão viral, devido à TARV, permite que as pessoas que vivem com a infeção, tenham uma vida longa e saudável, com um risco nulo de transmissão sexual (UNAIDS, 2023).

Não existe cura para esta infeção, contudo o acesso à prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados direcionados para o VIH e infeções oportunistas, tornam a infeção, numa condição crónica de saúde, permitindo assim que tenham uma maior qualidade de vida (UNAIDS, 2023).

2.2 Rastreio da Infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana

O diagnóstico da infeção por VIH, numa primeira abordagem ao indivíduo, requer diversos recursos básicos, como a anamnese, exame físico e o teste rápido de rastreio da infeção por VIH de quarta geração, podendo numa outra fase, ser necessário efetuar exames laboratoriais específicos, de forma a cotejar a evolução da infeção e o nível de comprometimento sistémico. Os anticorpos de VIH surgem no sangue, após um intervalo de tempo que pode variar de seis semanas até três meses, este acontecimento é relevante no sentido em que justifica o facto de muitas vezes os indivíduos procurarem os cuidados de saúde para efetuar o rastreio, fora deste período designado de “janela”, onde o teste de rastreio poderá ainda não ser reativo (Antunes et al., 2021).

O método utilizado para confirmar o resultado do teste rápido de rastreio do VIH, é o teste de Enzyme linked immuno Sorbent Assay (ELISA), este é amplamente utilizado para diagnosticar doenças autoimunes, infecciosas e alérgicas. Isto porque, a fisiopatologia destas doenças, desenvolve a produção de imunoglobulinas que é a base deste teste. Assim, este método permite tanto a identificação de antígenos, quanto a de anticorpos específicos no plasma sanguíneo. Devido ao seu baixo custo e alta especificidade e sensibilidade, este teste tornou-se imprescindível, para o diagnóstico de algumas doenças, como o VIH e mais recentemente, na pandemia do Covid-19 (Franco et al., 2021).

Em Portugal existem diversos locais, onde o indivíduo se pode dirigir, para efetuar o rastreio da infeção por VIH. Os CSP são um desses locais, sendo responsáveis pela realização de 19% do

total de testes rápidos efetuados em Portugal. Os CSP apresentam uma proporção de resultados reativos de 0,1%, sendo que 75% foram reportados por UF da região Norte (Gráfico 2). A região do Alentejo, em semelhança aos anos anteriores, não reportou a realização de testes rápidos. A tendência crescente de realização destes testes, já se verificava antes da pandemia de COVID-19 (2015-2019), contudo esta dinâmica ainda não foi recuperada pós pandemia (INSA, 2023).

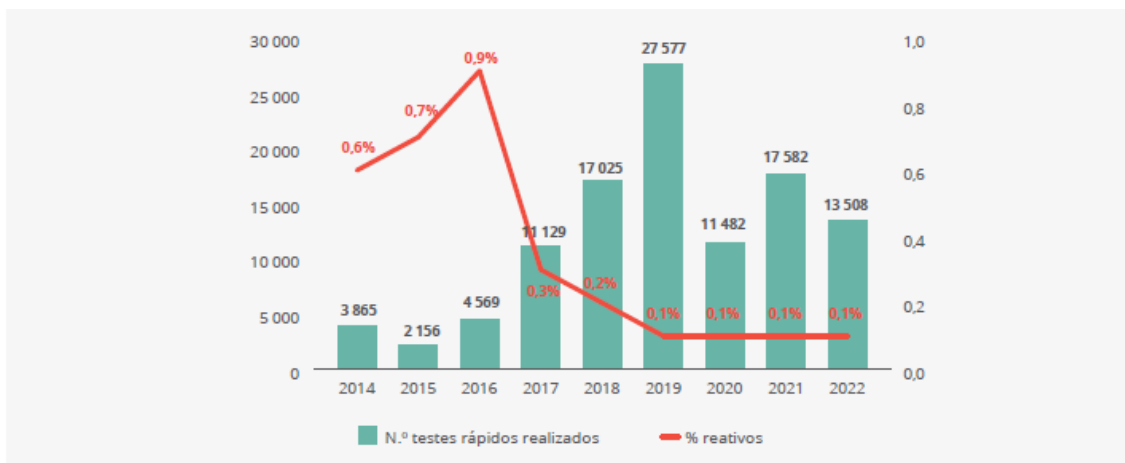


Gráfico 2 - N.º de testes rápidos realizados e proporção de resultados reativos nos CSP (INSA, 2023)

Os testes utilizados atualmente para o rastreio do VIH nos CSP, são os de quarta geração, estes detetam o mesmo que os de gerações anteriores, mas em simultâneo detetam uma proteína da cápside vírica, antigénio p24, este antigénio apenas é identificado na fase aguda da infeção e, mais tarde, na fase de SIDA. Com estes testes, foi possível reduzir a janela imunitária para uma média de 16 dias (Antunes et al., 2021).

Atualmente, “Os testes rápidos são cada vez mais utilizados em diferentes contextos, desde a situação de emergência ao diagnóstico da infeção” (Antunes et al., 2021, p.35). Estes testes, são práticos, visto que são dispositivos descartáveis, de utilização única, que testam diretamente no sangue capilar, sangue venoso, plasma ou fluido oral, identificando a presença de anticorpos para o VIH-1 e VIH-2. O resultado destes testes de rastreio, fica disponível entre cinco e trinta minutos (Antunes et al., 2021).

Outra forma de efetuar o rastreio da infeção pelo VIH, é através de Organizações Não-Governamentais/Organizações de Base Comunitária (ONG/OBC). No ano de 2022, estas ONG/OBC, efetuaram 67% dos testes de rastreio, com uma taxa de reatividade de 1,0% (Gráfico 3), sendo que em 50% destes casos, o teste era efetuado pela primeira vez ao utente. Nos casos de teste de rastreio reativo, 85% foram referenciados para os cuidados de saúde hospitalares para confirmação de resultado e possível seguimento clínico (INSA, 2023).

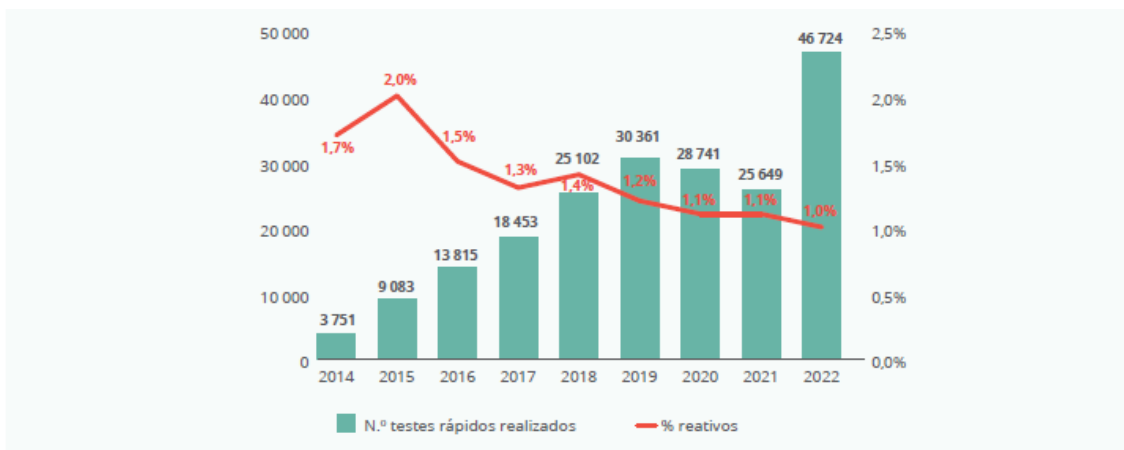


Gráfico 3 - N.º de testes rápidos realizados e proporção de resultados reativos em ONG/OBC (INSA, 2023)

Os Centros de Aconselhamento e Detecção Precoce (CAD) do VIH, funcionam desde 1998 e têm vindo a diminuir a sua intervenção desde 2010. O CAD do Porto, Braga, Bragança, Aveiro, Viseu, Coimbra, Castelo Branco, Leiria, Évora, Beja e Faro, no ano de 2022 reportaram 4 649 testes rápidos realizados, sendo a maioria - 3 245 (70%), realizados pelo CAD do Porto (Gráfico 4). A proporção de resultados reativos foi de 3,5%, um número elevado que poderá ser justificado por um grande número destes casos, já estarem previamente diagnosticados e que utilizaram o CAD como forma de acesso/conexão aos cuidados de saúde (INSA, 2023).

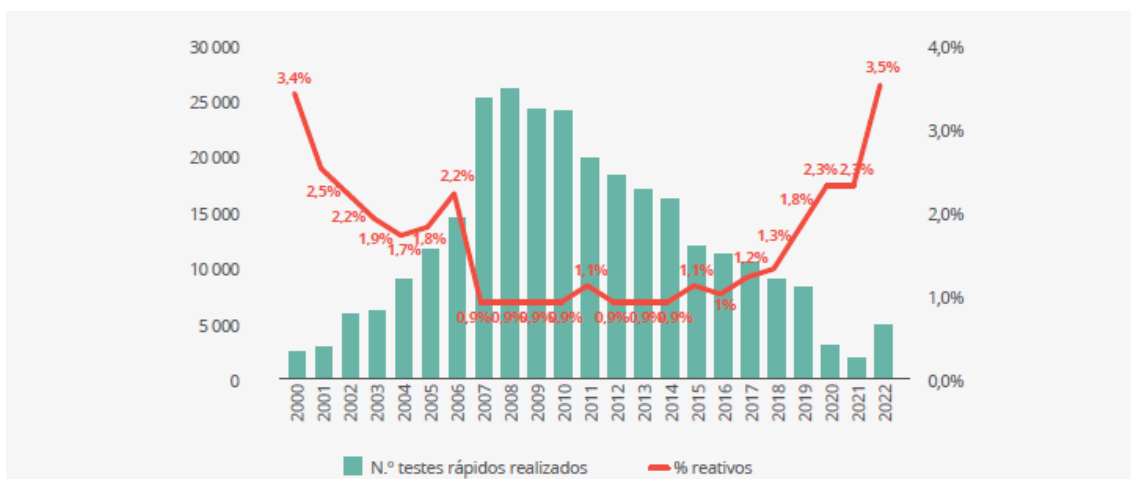


Gráfico 4 - N.º de testes rápidos realizados e proporção de resultados reativos nos CAD (INSA, 2023)

A Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD) da ARS Norte e da ARS Algarve, no ano de 2022, reportaram 4 844 testes rápidos de rastreio do VIH, efetuados no âmbito de pessoas que utilizam drogas. Neste contexto foram identificados 37 resultados reativos em novos utentes, correspondendo a uma proporção de 0,8% de resultados reativos (Gráfico 5) (INSA, 2023).

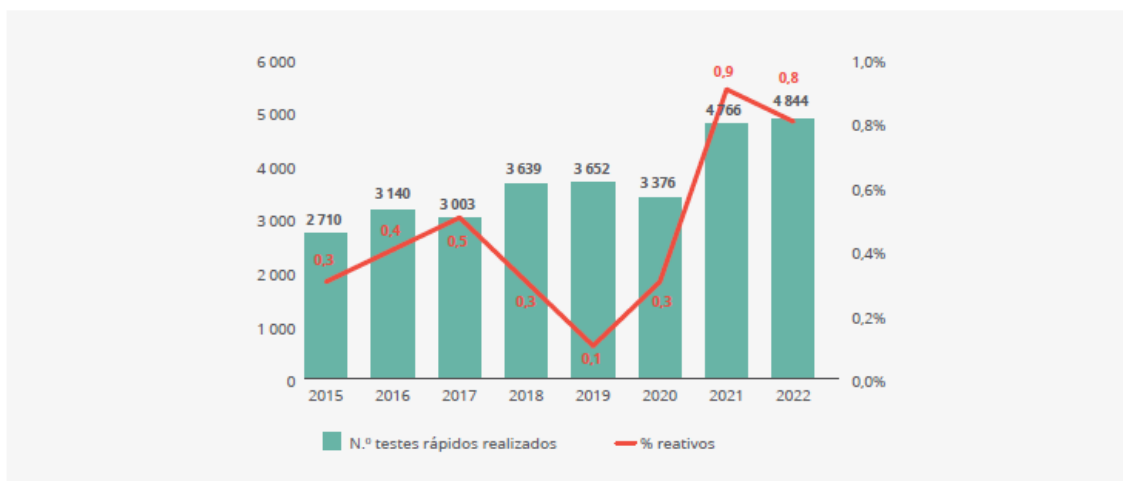


Gráfico 5 - N.º de testes rápidos realizados e proporção de resultados reativos nas DICAD da ARS Norte e Algarve (2015-2022) (INSA, 2023)

Existem ainda outras duas formas de efetuar o rastreio da infeção pelo VIH, sendo que uma delas é através de testes com prescrição do SNS. Por esta via, foram realizados 373 031 testes, com prescrições efetuadas pelos CSP (Gráfico 6), traduzindo-se num aumento de 63% desde 2020 (INSA, 2023).

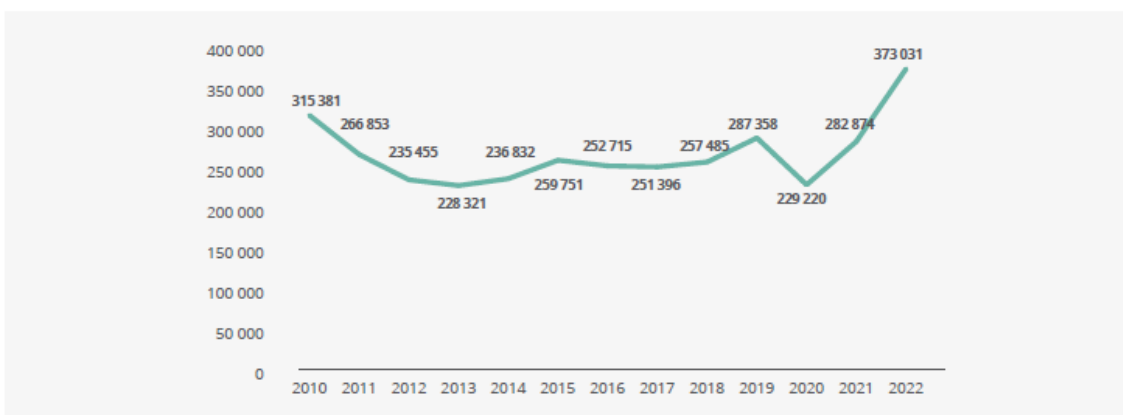


Gráfico 6 - N.º de testes com prescrição do SNS realizados (2010-2022) (INSA, 2023)

Por último os Autotestes de VIH, são a outra forma possível de rastreio. Estes são cada vez mais reconhecidos como uma ferramenta opcional para se conhecer o estado serológico do indivíduo. Direcionado especialmente para populações que se recusam a realizar o teste de rastreio, através das respostas existentes na comunidade e nos serviços de saúde. Estes autotestes, estão disponíveis desde 2019 em Portugal, através do Decreto-Lei n.º 79/2018. Em Portugal, no ano de 2022, foram disponibilizados 12 387 autotestes para o VIH, verificando-se um aumento anual na procura deste tipo de rastreio (Gráfico 7) (INSA, 2023).

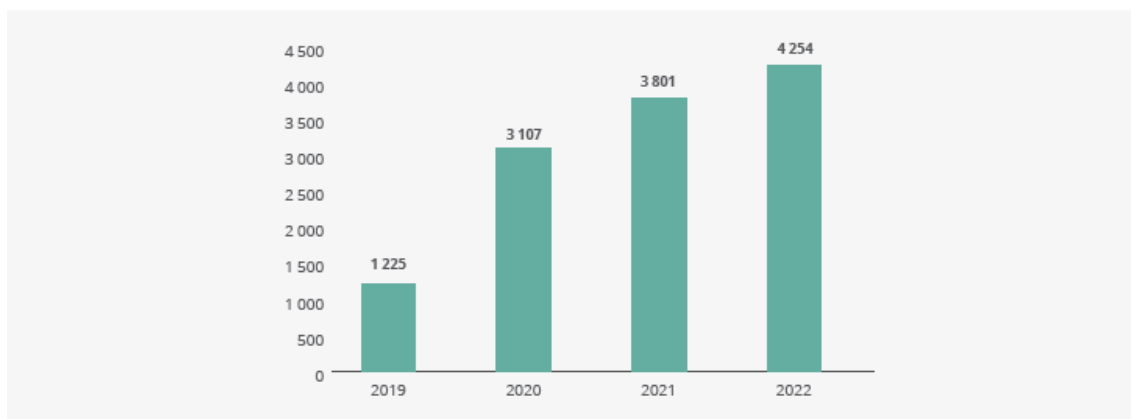


Gráfico 7- N° de autotestes vendidos nas farmácias (2019-2022) (INSA, 2023).

O rastreio da Infecção pelo VIH apresenta diversas formas como descrito acima, é por isso, considerada uma estratégia preventiva, consistente e efetiva, com impactos quer a nível epidemiológico, quer a nível económico, relativamente à transmissão desta infeção e possível ocorrência da doença, permitindo diminuir o tempo de diagnóstico, o início precoce do tratamento, aumentando desta forma os comportamentos protetores relativos à saúde do indivíduo (Lima, 2019).

Os testes de diagnóstico mais comumente utilizados, são os testes rápidos de quarta geração, que permitem a deteção de anticorpos e antígeno p24, por meio de uma amostra de sangue em combinação com o reagente que indica um resultado em cerca de 20 minutos. São testes gratuitos, pautados pelo caráter voluntário na sua realização (Silva, 2023). Para a realização do teste rápido é requisito fundamental a confidencialidade e voluntariedade na sua decisão e realização, não podendo ser efetuado sem o consentimento do utente. Este consentimento deve ser esclarecido e provido de informação adequada. No caso de o resultado ser reativo, deve ser garantido o apoio psicossocial, assim como a referência hospitalar em tempo útil (máximo 7 dias), conforme a norma da DGS n.º 058/2011, atualizada a 10/12/2014 (SNS, 2024).

A realização dos testes rápidos de rastreio da infeção por VIH, é um método fulcral, para gerir os sentimentos como as incertezas e angústia da população, que advém da prática de comportamentos de risco, permitindo que o indivíduo tenha acesso gratuito e imediato ao seu estado serológico, permitindo assim um diagnóstico e tratamento precoce. É indiscutível, que o tempo é um fator fundamental para um prognóstico da infeção por VIH, tornando assim basilar que, quer o diagnóstico, quer o início do acompanhamento e tratamento com TARV, ocorram o mais cedo possível. A realização deste tipo de testes, permite que o tempo decorrido entre o possível resultado reativo e o início do acompanhamento em consulta de especialidade hospitalar seja minimizado, o que é fundamental nesta infeção (Ribeiro & Sacramento, 2014, citado por Silva, 2023).

É válido que um teste rápido de rastreio da infecção por VIH reativo, obrigue a uma confirmação da sua reatividade através de um teste confirmatório analítico. De acordo com Silva (2023), em outubro de 2022, conclui-se que o custo de um teste rápido de rastreio da infecção por VIH rondava 1,65€ valor unitário do Kit, em contrapartida, de acordo com a Portaria n.º 254/2018 do Ministério da Saúde, o rastreio laboratorial do VIH através de análise sanguínea, tem um valor unitário de 18,10€ - estes custos não são imputados ao utente, uma vez que o rastreio é gratuito, contudo é imputado ao SNS, pelo que se evidencia mais uma vantagem da realização de testes rápidos de rastreio da infecção por VIH.

De forma a capacitar e educar o utente para a adoção de comportamentos saudáveis e protetores, existem dois momentos de aconselhamento o pré-teste e pós-teste. Estes momentos visam trabalhar e modificar os conhecimentos do utente, como crenças, normas, comportamentos individuais ou coletivos e relações interpessoais, através de sessões de educação para a saúde individuais sobre: prevenção e tratamento da infecção por VIH, utilização de preservativos, custos e benefícios da mudança comportamental e da regulação de emoções, valores culturais, fatores de stress ambientais e transmissão vertical. Assim, constata-se que a oferta de testes de rastreio da infecção por VIH a todos os utentes das UF, ou seja, de forma oportunista, contribui para o aumento do acesso da população ao rastreio, bem como ao número de diagnóstico precoce (Silva, 2023).

A realização destes testes a par de possibilitar ao utente de conhecer o seu estado serológico, permite também que o profissional de saúde sensibilize e aconselhe o utente, em relação à temática da infecção por VIH. Desta forma, o teste rápido de rastreio da infecção por VIH, é também uma ferramenta que permite contribuir para o empoderamento do indivíduo e da comunidade, para a tomada de decisão e mudança de comportamentos, revelando-se uma ferramenta essencial para a criação de uma cultura de prevenção (Silva, 2023).

2.3 Medidas Políticas para o Vírus da Imunodeficiência Humana

A UNAIDS, através da Declaração Política da Assembleia Geral das Nações Unidas para acabar com a SIDA em 2016, divulgou a agenda para 2030, onde traça como meta pôr fim à epidemia da SIDA, este compromisso foi assumido e assinado, pelos diferentes países-membros das Nações Unidas e convidou os diversos líderes políticos mundiais a atingir as três metas para um desenvolvimento sustentável: Que 95% das pessoas que vivem com a infecção por VIH sejam diagnosticadas; Que 95% das pessoas diagnosticadas com a infecção por VIH tenham acesso ao tratamento antirretroviral e que 95% de todas as pessoas que recebem tratamento antirretroviral, apresentem carga viral suprimida (UNAIDS, 2016).

Subjacente aos dados epidemiológicos, apresentados no primeiro sub-capítulo, verifica-se várias diferenças entre algumas regiões e países, entre homens e mulheres, entre jovens e idosos e entre comunidades mais específicas, que requerem intervenções direcionadas, de

modo a ser possível por fim à pandemia da SIDA em 2030, como ameaça à saúde pública (Antunes & Maltez, 2021). A UNAIDS em 2023, referiu que o caminho para esta meta está traçado, mas para isso tem de existir uma perseguição à liderança dos países que estabeleceram um compromisso político, em que as pessoas são colocadas em primeiro lugar e onde existe um investimento em programas de prevenção e tratamento do VIH baseados na evidência científica. A UNAIDS (2023), pensa que o caminho para atingir este objetivo estabelecido já em 2016 passa também, por respeitar os dados e as evidências atuais, ou seja, enfrentar as desigualdades que impedem a evolução na resposta ao VIH, assim como a outras pandemias, fortalecendo as comunidades e as organizações na sociedade, no seu papel ativo e vital diário e garantir o financiamento suficiente e sustentável, a estas organizações

A conciliação de esforços a nível mundial, tem sido notória e tem resultado na implementação de medidas preventivas, aos vários níveis da saúde. A nível da prevenção primária, a disponibilização gratuita de preservativos masculinos e femininos e a educação para a saúde, em particular a nível das escolas e junto das populações-chave, contribui para o aumento da literacia em saúde e para a capacitação das pessoas e das populações na tomada de decisão, empoderamento e aguçamento da comunidade para a adoção de comportamentos preventivos. Em relação à prevenção secundária realça-se a importância de intervenções junto de mulheres grávidas, por forma a evitar a transmissão vertical. No que diz respeito à prevenção terciária, salienta-se o acompanhamento de indivíduos portadores de VIH em consulta de especialidade hospitalar, como forma de evitar a progressão da infeção (Werle et al, 2022).

Posto isto, é importante destacar a preponderância dos determinantes sociais de saúde como potenciadores do aumento da fragilidade do indivíduo para a infeção por VIH/SIDA, de entre os quais a fraca ou inexistente rede de suporte familiar ou social, o baixo nível de escolaridade e literacia em saúde, o desemprego, a doença mental, o limiar de pobreza, a pobreza ou a pobreza extrema, que podem levar a situações de sem abrigo (Werle et al, 2022).

A par de tudo o que foi referido anteriormente, durante a pandemia COVID-19, existiu um aditamento ainda maior de fragilidades no que diz respeito à infeção por VIH. O foco da saúde durante a pandemia, foram medidas de prevenção e combate à infeção pelo SARS CoV-2, levando à suspensão de diversos serviços de saúde, não considerados como prioritários, de entre os quais os serviços relacionados com a prevenção da infeção pelo VIH, em especial os serviços de cariz comunitário, que dão auxílio a populações-chave, como as ações de sensibilização e educação para a saúde, o fornecimento e disponibilização de preservativos e rastreio da infeção por VIH, através da realização de testes rápidos. Tudo isto, associado ao diagnóstico tardio e à subnotificação da infeção, refletem-se num desafio em crescendo para a saúde.

Apesar da retoma à “normalidade” por parte dos serviços de saúde, surge a necessidade de intervenções interdisciplinares, que envolvam diversos setores, nomeadamente o setor da saúde, o setor da educação, social e político. O foco deverá não só corrigir a lacuna causada

pela pandemia, como possibilitar uma intervenção a nível dos diversos determinantes e fatores de risco modificáveis, que se relacionam com os comportamentos de risco, como por exemplo as práticas de sexo inseguro, a partilha de agulhas e seringas, o baixo nível de literacia, a pobreza, o desemprego, o estigma e o preconceito (Silva, 2023).

O PNS 2030, em concordância com a Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável das Nações Unidas, tem como principal objetivo alcançar os objetivos de desenvolvimento sustentável para Portugal (DGS, 2021). Apesar do reconhecimento do sucesso a Portugal, no que diz respeito à área das doenças transmissíveis, a infeção pelo VIH/SIDA, em 2017, foi considerada como um dos problemas de saúde sobre os quais o nosso país revelou o pior desempenho, sendo por isso categorizado como um problema de elevada magnitude neste PNS 2030 (DGS, 2021).

Assim, é fulcral estratégias delineadas que façam frente à problemática e que tenham em atenção a sua complexidade, bem como os determinantes, de forma a direcionar a uma perspetiva adaptada, e à implementação de estratégias que permitam investir em fatores protetores e desta forma diminuir os fatores de risco (DGS, 2021).

O Programa Nacional para a Infeção por VIH, SIDA e Tuberculose, foi renomeado em 2021, passando a intitular-se Programa Nacional para as Infeções Sexualmente Transmissíveis e Infeção pelo VIH (PNISTVIH) (Despacho n.º 5868/2021), este tem por objetivos diminuir a vulnerabilidade e converter Portugal num país sem infeção por VIH e como missão pretende informar a comunidade sobre a possibilidade de interrupção da transmissão e aquisição de entre diversas infeções, a infeção por VIH; ampliar a abordagem pública; promover iniciativas de carácter comunitário, tendo como base as populações mais vulneráveis ou em situação de risco acrescido; aumentar a frequência de testes de rastreio da infeção por VIH e referenciar de forma atempada os indivíduos diagnosticados para a consulta de especialidade hospitalar (DGS, 2021).

O PNISTVIH, de forma a atingir as três metas de desenvolvimento sustentável, define ainda na esfera das suas competências (DGS, 2017a):

1. Liderar estratégias de prevenção e controlo da infeção por VIH em Portugal, defendendo os interesses dos indivíduos que vivem com a infeção;
2. Dinamizar e promover a organização de um sistema de vigilância e monitorização epidemiológica;
3. Impulsionar a criação de estratégias de prevenção e de diagnóstico precoce da infeção por VIH, em especial nas populações vulneráveis, ao nível de diversos setores;
4. Garantir o acesso universal aos cuidados de saúde aos utentes que vivem com a infeção por VIH, através da elaboração de normas de orientação clínica e terapêutica, baseado na evidencia científica mais atualizada, num quadro de sustentabilidade para o SNS;

5. Estimular a participação da comunidade nas estratégias nacionais de prevenção e controlo da infeção por VIH;
6. Promover os direitos das pessoas que vivem com a infeção por VIH e contribuir para a eliminação do estigma associado;
7. Apoiar e estimular a área de investigação, como forma de conhecimento e resposta à infeção por VIH;
8. Impulsionar atividades de prevenção, controlo e cuidados de combate à Tuberculose multirresistente e na abordagem da tuberculose em indivíduos que vivem com a infeção por VIH.

Este Programa manteve, o apoio financeiro e técnico às instituições coletivas privadas sem fins lucrativos, através do financiamento de nove projetos de cariz social e extra-hospitalar e de 16 projetos de rastreio do VIH e de outras ISTs. De modo a perseguir as metas preconizadas pela Organização das Nações Unidas (Programa contra a sida) (ONUSIDA) e que foram adotadas a nível nacional, como: a diminuição da proporção de diagnósticos tardios, o conhecimento o mais precoce possível do estado serológico do indivíduo, a percentagem de pessoas em tratamento antirretroviral e a supressão vírica, o PNISTVIH apoiou no valor de 983 770,49€, projetos de rastreio integrado de VIH, Vírus da hepatite B (VHB), Vírus da hepatite C (VHC) e sífilis. Estes projetos abrangeram 20 021 testes rápidos do VIH, com 1,04% de resultados reativos. Nos casos dos reativos identificados, 80,9% foram referenciados para consulta hospitalar, sendo que destes 36,1% houve a necessidade de os acompanhar às consultas. A percentagem de indivíduos que realizou o teste pela primeira vez, foi de 54,7%. Através destes projetos foi possível garantir a referenciação de 617 indivíduos para a consulta de Profilaxia Pré-Exposição (PreP) e de 106 indivíduos para a Profilaxia Pós-Exposição (PPE) de VIH. Cerca de 32 344 pessoas usufruíram de material informativo e 31 286 receberam preservativos (INSA, 2023).

O PNS 2030, também acompanha outros compromissos estabelecidos internacionalmente, particularmente através do ECDC, OMS-Europa, UNUSIDA, Fundo Global e Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), compromissos esses transmitidos em diversas declarações, entre as quais se evidenciam a Declaração de Compromisso das Nações Unidas - United Nations General Assembly Against Corruption (UNGASS, 2021) e a Declaração de Dublin (2004). Estas declarações têm por objetivos, estabelecer uma quebra na incidência global da infeção, de modo a reverter a tendência de crescimento, que se observa em algumas subpopulações, garantindo o acesso universal e justo aos cuidados de saúde, com o intuito de melhorar o prognóstico das pessoas que vivem com a infeção pelo VIH (DGS, 2021).

2.4 Papel dos Profissionais de Saúde

A infeção pelo VIH, tomou um percurso crónico nos últimos anos, conforme já foi referido

anteriormente, porém não existiu um acompanhamento da sociedade a este progresso, assim, parece ser necessário um trabalho preventivo ao nível da divulgação sobre a doença na sociedade em geral e, simultaneamente, sobre o diagnóstico precoce, a vigilância e monitorização do VIH, de modo a alterar a sua transmissibilidade. Atualmente sabe-se que as pessoas detetadas precocemente têm melhores resultados em saúde (Antunes et al., 2021).

Para isto, foi necessário efetuar alguns avanços, de forma a enfrentar a epidemia, como: a recomendação de testes de rastreio para a infeção pelo VIH regulares e o protocolo denominado Tratamento como Prevenção (TasP), constituindo uma das medidas mais significativas no controle da transmissão do vírus (Sabapathy et al., 2022), esta estratégia conta com medidas como a circuncisão, o uso de preservativo e gel lubrificante durante as relações sexuais, programas específicos e direcionados para os UDI, utilização de profilaxia PrEP e PPE e programas de educação para a saúde (Correia, 2021). A TARV, que faz parte do protocolo TasP, que tem por objetivo modular a progressão da infeção pelo VIH, através da supressão da sua carga viral, melhorando a reorganização imunológica do indivíduo portador do vírus e impedindo a sua transmissão (Rodger et al., 2019). Existem, contudo, indivíduos que por se encontrarem num estado tal de imunodepressão, favorecendo porventura infeções oportunistas, necessitando de se manter isolados. É dentro desta conjuntura que o PS deve ter uma intervenção precisa e coerente para tais condições. Torna-se inegável que este controlo aos indivíduos que vivem com a infeção, necessita de acompanhamento de um PS, visto que na maioria das situações o abandono da TARV, comportamentos sexuais de risco e o abuso de álcool e outras drogas, contribui para o agravamento da infeção (Souza et al., 2022).

Tendo em conta que a eficácia do tratamento depende forçosamente da adesão à TARV por toda a vida, por parte do utente (Carvalho et al., 2019), é importante que estes profissionais, estejam cientes que esta adesão envolve mais do que questões farmacológicas e que para isso, é necessário que tenham capacidades humanas e técnicas para alcançar aspetos subjetivos do indivíduo como o seu psicossocial (Souza et al., 2022).

Segundo um estudo efetuado por Maia e Gonçalves em 2016, na zona norte de Portugal, 18% dos portadores da infeção apresentam humor deprimido, 41% referiu ideação suicida e 24% referiu necessidades do foro afetivo e relacional. Num estudo mais recente, Gonçalves et al., (2022) refere que é necessário sensibilizar os PS e os profissionais das áreas sociais, para as repercussões emocionais e sociais, nomeadamente o desenvolvimento de sintomas psicopatológicos relacionados com o estigma de forma a prevenir o aparecimento destas necessidades psicossociais nas pessoas que vivem com VIH/SIDA. O aparecimento de depressão nesta população, aumenta três vezes a probabilidade de não adesão ao regime terapêutico, já que o estado depressivo, influencia negativamente a motivação pessoal ao tratamento, o autocuidado e a autoestima do indivíduo (Rocha, 2018).

Sabe-se que as alterações nos indivíduos que vivem com a infeção, vai além do biológico e

físico, afetando também o psicológico (conforme referido anteriormente), o social e o económico, refletindo-se no processo de revelação e aceitação do diagnóstico. À luz destes factos, os PS devem ter por base comportamentos éticos, visto que muitos indivíduos deixam de procurar os serviços de saúde, pela principal vantagem que os CSP possuem, a proximidade à sua residência e medo de não existir sigilo de informação (Angelim et al., 2018).

É pelo estigma que escolta a infeção desde o seu aparecimento, que o individuo acaba por erguer uma barreira que não permite uma prevenção e controlo ajustado à realidade epidemiológica. Esta estigmatização resulta de ideias pré-concebidas que se refletem na sociedade em geral. A população de risco, como é o caso dos trabalhadores do sexo, reclusos, UDI e HSH, em muitos países são estigmatizados, criminalizados e marginalizados, o que dificulta o acesso aos cuidados de saúde (Antunes et al., 2021). Estes fatores em conjunto com o sigilo profissional, apresentam repercussões negativas quer no acompanhamento por parte dos utentes, quer na adesão ao tratamento (Rocha, et al., 2021).

A infeção pelo VIH é uma temática difícil de abordar junto da comunidade, os PS reconhecem esta dificuldade, referem que falar com o utente sobre a temática do VIH e sobre o diagnóstico em si, atravessa os aspetos da territorialidade e da privacidade. Ao abordar a infeção pelo VIH, pode transparecer ao utente, invasão da sua privacidade e ofensa, proporcionando o distanciamento deste com o profissional e consequentemente a marginalização dessas pessoas nos serviços de saúde. Assim, o status sorológico positivo pode ter influência na efetividade das possíveis estratégias de cuidado (Rocha et al., 2020).

A bibliografia encontrada sobre o papel dos PS na temática do VIH, direciona as atividades dos enfermeiros para o âmbito comunitário. Não existindo bibliografia atual que suporte a importância do papel dos enfermeiros de saúde pública mas considerando que a enfermagem de saúde pública tem por finalidade contribuir para a preservação e melhoria da saúde da população dirigindo a sua intervenção ao indivíduo, família e aos grupos/comunidade, ao tentarmos definir o papel que este tem, é necessário identificar os objetivos da enfermagem de saúde pública, o perfil e as competências do enfermeiro que integra a USP e o enquadramento legislativo e ético/deontológico da profissão.

A Enfermagem de saúde pública interliga a sua atividade profissional com a de outras profissões, articulando e desenvolvendo um trabalho que decorre em parceria, denominando assim uma visão holística e transdisciplinar da identificação dos problemas, intervenção e avaliação de resultados. Os objetivos da Enfermagem de saúde pública, são (Nogueira & Madaleno, 2009):

- Promover a saúde, prevenir a doença e a incapacidade junto dos indivíduos, famílias e comunidade;
- Identificar situações problemas no âmbito da saúde pública, nos indivíduos, comunidade e ambiente, recorrendo a metodologias epidemiológicas e de investigação;

- Contribuir para adoção de estilos de vida saudáveis na população/comunidade;

Considerando que as áreas de atuação deste PS na temática do VIH são (Nogueira & Madaleno, 2009):

- Observatório de saúde na área de abrangência do ACeS - Participar e colaborar, com os restantes profissionais da USP na elaboração de informação e planos de saúde pública, na monitorização do estado de saúde da população e na realização de diagnósticos de saúde da população;
- Vigilância e investigação epidemiológica - O enfermeiro de saúde pública participa na vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis (DNO) e não transmissíveis e nas decorrentes emergências de saúde pública existentes;
- Gerir, realizar e avaliar programas e projetos de intervenção comunitária;
- Promoção da saúde comunitária - Onde propõe e/ou integra projetos de intervenção comunitária com o objetivo de promover estilos de vida saudáveis, devendo intervenção ser direcionada a grupos vulneráveis de risco

Assim, como membros da equipa de saúde, o enfermeiro deve atuar de forma responsável na sua área de competência, reconhecendo as especificidades de outras profissões, trabalhando em articulação com os restantes profissionais presentes na USP e integrando a equipa com responsabilidade em qualquer serviço, contribuindo para a promoção de saúde, prevenção de doença e promovendo a qualidade dos serviços (Nogueira & Madaleno, 2009).

As competências definidas anteriormente estão em concordância com o definido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, segundo o Decreto-Lei n.º 104/98.

Segundo Silva (2023), o investimento na capacitação dos PS é fundamental, para que estes adquiram competências que os predisponham a atuar e vigiar o fenómeno em torno da infeção pelo VIH e também para a promoção da literacia em saúde. Assim, as estratégias de comunicação para com o utente, tornam-se fundamentais para a aquisição de conhecimentos através da informação disponibilizada pelo PS, para que desta forma sejam tomadas decisões de forma consciente e promotoras da saúde.

Para a eficácia das intervenções, relacionadas com a prevenção da infeção pelo VIH, é necessário que os PS demonstrem um nível elevado de conhecimentos relativamente a esta temática, bem como capacidades culturais e linguísticas (Silva, 2023). Desta forma, quando se fala em capacitação dos PS, visa-se o aumento da triagem de risco, o número de testes rápidos e de diagnóstico precoce de VIH, tudo isto quando existe uma ligação oportuna aos cuidados de saúde (Silva, 2023).

Para os PS, a educação para a saúde, por vezes, resume-se à minimização dos riscos de uma determinada doença, contudo, devemos ir mais longe, de forma a estimular o utente a

verbalizar o que sabe, o que pensa e o que sente sobre a infecção por VIH (Lima, 2019).

Esta estratégia, permite uma capacitação biopsicossocial do individuo se mantiver um ambiente humanizado, acolhedor, individualizado e promovendo a escuta ativa, percecionando os fatores que interferem no processo saúde-doença (Souza et al., 2022).

É desta forma, que as intervenções dos PS, devem concentrar-se não só a nível físico e no controlo do vírus, mas também ao nível de estratégias que façam jus às consequências psicossociais da doença, como: promover a qualidade de vida e o bem-estar, desmistificar crenças e por vezes a auto culpabilização muitas vezes associada ao diagnóstico (Gonçalves et al., 2022). Uma boa relação com os PS é crucial, para uma correta adesão terapêutica, A comunicação, através de um diálogo aberto e livre de julgamentos, é fundamental para que os utentes se sintam apoiados, motivados e comprometidos com o tratamento. Alicerçado a isto, é também importante que os PS tenham predisposição para compreender as carências dos utentes com infecção pelo VIH, como necessidades psicossociais, emergências de processos transicionais, com vista a antecipar e intervir junto destes, de modo que estas transições ocorrem de forma saudável. É importante que os PS capacitem os portares da infecção pelo VIH, de forma que estes percebam os sinais e as manifestações psicológicas, tão cedo quanto possível, investindo em intervenções de educação para a saúde nesta população (Rocha, 2018).

Os PS devem ser capazes de realizar uma abordagem holística e humanizada, no cuidado às pessoas com VIH. No contexto de procura de saúde por parte desta população, é preocupante os comportamentos preconceituosos e desprovidos de imparcialidade, por parte daqueles que lhes prestam cuidados e que têm o dever de proteger, apoiar e tratar, em especial aos grupos de risco como: profissionais do sexo, população homossexual, HSH e UDI. Estes acontecimentos, têm influência direta no papel preventivo dessas populações-alvo, dificultando o acesso à prevenção, à concretização de testes de rastreio e ao tratamento da própria infecção (Lima, 2019). É desta forma, que o diagnóstico tardio e o atraso no acesso ao tratamento adequado, são fatores importantes que estão diretamente associados à transmissão continua da infecção pelo VIH. Assim, o tratamento deverá ser visto como preventivo e não apenas como meio para reduzir a mortalidade e morbidade (DGS, 2021).

3. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE

A metodologia utilizada para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária - Na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, conforme o descrito no Despacho n.º 6860/2018, foi o Planeamento em Saúde.

Segundo Melo (2020), a metodologia do planeamento em saúde tem por objetivo planear, organizar, dirigir e controlar. Desta forma, Imperatori e Giraldes (1993), referem que o planeamento em saúde, surge para dar resposta à utilização de recursos, de forma racional, com o desígnio de atingir objetivos que conduzam à redução dos problemas, garantindo assim a eficiência das intervenções em saúde. Estes autores, referem ainda que é crucial para a execução desta metodologia, uma correta caracterização das necessidades de saúde da população e dos serviços e uma adequada gestão de recursos para a concretização de objetivos exequíveis, com vista à promoção da saúde, prevenção da doença, cura e reabilitação.

O planeamento em saúde deve ser entendido como dinâmico e contínuo, visto que uma fase nunca poderá ser dada como terminada, visto que é sempre possível voltar atrás e recolher mais informação de forma a reformular essa etapa. Assim, esta metodologia inclui as seguintes fases, que serão descritas ao longo deste relatório: diagnóstico de situação, definição de prioridades, definição de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos e avaliação (Imperatori & Giraldes, 1993).

3.1 Diagnóstico de Situação

Para elaborar um diagnóstico de situação, parte-se de um problema/necessidade da população, identificando os principais problemas de saúde que a afetam e cujo conhecimento se torna indispensável para programar atividades que vão de encontro à solução desses problemas. A concordância entre diagnóstico e necessidades determinará a pertinência do plano, programa ou atividade (Imperatori & Giraldes, 1993). O diagnóstico de situação é o primeiro caminho para as etapas seguintes do planeamento em saúde. Pelo, que os dados colhidos devem permitir identificar as necessidades, que futuramente terão intervenções associadas (Melo, 2020).

Durante o desenvolvimento desta primeira etapa do planeamento em saúde, o enfermeiro especialista deve inteirar-se sobre os determinantes de saúde, tendo em conta as variáveis socioeconómicas e ambientais na identificação dos principais determinantes de saúde, reconhecendo os determinantes dos problemas em saúde e as necessidades em saúde dos grupos ou comunidades, estabelecendo para isso uma rede de causalidade dos problemas, sistematizando indicadores relevantes ao diagnóstico de saúde, disponibilizando os resultados obtidos no diagnóstico de saúde efetuado nos diversos setores, serviços e instituições da comunidade e assim definir o perfil de saúde da sua comunidade, conforme referido no Regulamento n.º 428/2018.

Embora a infeção pelo VIH em Portugal, tenha apresentado uma tendência decrescente, onde se observou uma redução de 47 % nos novos casos de infeção por VIH e uma redução de 65 % nos novos casos de SIDA (PNS, 2021), ainda é considerada uma doença negligenciada na sociedade e em alguns serviços de saúde. Isto porque os determinantes sociais de saúde, como os sociais, económicos, comportamentais, biológicos e os relacionados com o sistema de saúde e a prestação de cuidados de saúde, representam diversos fatores como o contexto de vida, a literacia, os comportamentos, questões económicas e sociais, podendo influenciar a suscetibilidade de agravamento do estado de saúde (Werle et al., 2021).

A desigualdade no acesso à educação e à saúde, são exemplos que levam a infeção pelo VIH a ser considerada um problema de elevada magnitude ou em crescimento segundo o PNS 2030 (2021). Segundo o mesmo documento, apesar da incidência decrescente em Portugal, a infeção pelo VIH foi identificada como uma necessidade de saúde, a deteção precoce dos rastreios de base comunitária ou rastreios de forma oportunística, como é o caso da deteção precoce da infeção por VIH, são estratégias fundamentais que necessitam de ser reforçadas. Como grande linha de orientação estratégica o PNS 2030 (2021), refere a necessidade de reforçar ou manter a vigilância epidemiológica desta infeção.

Face a estes dados, às necessidades do ACeS e às prioridades de saúde estabelecidas no PNS 2030, em reunião com as enfermeiras especialistas em Enfermagem Comunitária da USP e da UCC, determinou-se que seria oportuno caracterizar o estado da infeção pelo VIH no ACeS.

3.1.1 População-alvo

A descrição da população, é um elemento fundamental para o diagnóstico de situação (Imperatori e Giraldes, 1993). Segundo Fortin (2009, p.70) a população-alvo “é um grupo de pessoas ou de elementos que têm características em comum”.

Deste modo, a população-alvo, foram todos os Assistentes Técnicos (AT), enfermeiros e médicos a exercer funções em USF, USP, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e UCC do ACeS. Perfazendo 20 UF e 396 profissionais, dos quais 98 são médicos de medicina geral e familiar e de saúde pública 34 são estudantes de medicina a efetuar o internato médico, 161 enfermeiros e 103 assistentes técnicos (BI CSP, 2024). Existiu uma UF, o CDP que inicialmente não fez parte do diagnóstico de situação, visto que a população desta UF é muito específica e que realizam rotineiramente testes de rastreio do VIH e de outras ISTs. Contudo ao longo do planeamento da intervenção, esta UF demonstrou interesse em participar, pelo que acabou por ser abrangida pelas intervenções planeadas.

3.1.2 Variáveis e Operacionalização das variáveis

Para medir as variáveis é necessário proceder à sua operacionalização. Uma variável só é mensurável quando o conceito passa a fenómeno e para esse efeito, é necessário primeiramente definir teoricamente as variáveis e determinar as suas dimensões. Para operacionalizar um termo é necessário defini-lo, de maneira que seja observado e medido (Fortin, 2009). As

variáveis e a sua operacionalização encontra-se disponível na Tabela 3. A definição das variáveis foi elaborada recorrendo ao dicionário da língua portuguesa.

Tabela 3 - Operacionalização das variáveis

Variável	Definição	Caracterização
Idade	Número de anos que uma pessoa contabiliza desde o seu nascimento até à altura em questão	Resposta aberta
Sexo	Conjunto de características físicas e funcionais que distinguem o homem da mulher	Feminino e Masculino
Estado civil	Condição matrimonial de uma pessoa perante a lei	Casado(a)/União de facto; Solteiro; Viúvo(a); Separado(a)/Divorciado(a) Não há relevância para o estudo separar as situações: casado(a)/união de facto e separado(a)/divorciado(a), pelo que foram agrupadas no mesmo item.
Município	Restrição territorial em que uma vereação exerce a sua jurisdição	A, B e C
Profissão	Exercício de uma atividade económica como meio de subsistência	Assistente técnico, enfermeiro e médico
Literacia	Capacidade de individuo em ler e escrever e de usar isso como forma de adquirir conhecimentos, desenvolver potenciais e participar ativamente na sociedade	6ºano, 9ºano, 12ºano, Licenciatura, Mestrado, Mestrado integrado e Doutoramento. Apesar de atualmente o ensino obrigatório ser o 12ºano, tendo em conta a idade dos participantes, optou-se por englobar as opções «6ºano» e «9ºano».
Estigma	Perceção negativa que pode estar associada a certo comportamento,	Resposta aberta

	característica, grupo, etc.	
Conhecimento	Domínio teórico e/ou prático de determinada área	Questionário sobre conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde sobre o VIH (Anexo 1)
Práticas	Forma habitual de agir, de proceder; conduta; costume	Questionário sobre conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde sobre o VIH (Anexo 1)
Comportamento	Reação de um indivíduo perante uma determinada situação ou um conjunto de estímulos	Questionário sobre conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde sobre o VIH (Anexo 1)

3.1.3 Instrumento de Colheita de Dados

Para o processo de construção do instrumento de colheita de dados, foram tidas em consideração as etapas sugeridas por Fortin (2009): determinação da informação a recolher; estruturação de um banco de questões; elaboração e disposição das questões; submissão do esboço do questionário, revisão e redação da introdução e diretrizes de preenchimento.

Face à inexistência de qualquer diagnóstico da saúde dos profissionais do ACeS, não foi possível caracterizar o mesmo anteriormente, pelo que os dados existentes serão os recolhidos neste instrumento de colheita de dados.

Assim, com base no referido anteriormente, foi construído um questionário em Office 365, dividido em três partes: a primeira parte visa a caracterização sociodemográfica e profissional da população, onde foram consideradas importantes as variáveis idade, sexo, estado civil, profissão, habilitações literárias, município onde exerce funções e anos de profissão; a segunda incluía um grupo de perguntas que se reportavam a conhecimentos dos profissionais de saúde relativamente à temática da infeção por VIH e a terceira parte, sobre as práticas e atitudes dos profissionais em relação à infeção. Os itens do questionário foram construídos sob a forma de perguntas fechadas (37 questões), cinco por escala de Likert e cinco em forma de questões abertas. A elaboração e seleção dos itens, foi realizada com base na revisão da literatura que suporta a temática da infeção pelo VIH, bem como as diretrizes e normas da DGS existentes sobre a infeção por VIH. Desta forma, o instrumento de colheita de dados, foi designado como: “Questionário sobre conhecimentos atitudes e práticas dos profissionais de saúde sobre o VIH” e encontra-se disponível no Anexo 1.

3.1.4 Pré-teste

De forma a validar a clareza, compreensão e pertinência do questionário em questão, para que este pudesse ser aplicado, foi necessário a realização do pré-teste. Esta etapa é indispensável para verificar a eficácia e a importância do questionário junto de profissionais com as mesmas características (entre 10 e 20 pessoas), daquela que será a população alvo (Fortin, 2009). Esta fase é fundamental, pois permite descobrir erros, reformular questões e introduzir alterações. O pré-teste foi realizado no período de 3 a 14 de abril de 2023, a 10 PS, no Concelho do Porto com características semelhantes aos elementos da população alvo. Assim, verificou-se a necessidade de clarificar algumas questões e opções de resposta, conforme sugerido pelos PS que responderam ao pré-teste, validando desta forma a importância da realização desta etapa.

3.1.5 Procedimento de colheita de dados

O questionário sobre conhecimentos atitudes e práticas dos PS sobre o VIH, foi enviado via email pela URAP, para todos os PS e para todas as UF do ACeS, para a eventualidade de algum PS não visualizar o seu email profissional. A primeira parte do questionário era constituída por um pedido de autorização ao PS, só após este consentimento, é que teve acesso ao mesmo. A colheita de dados decorreu de 28 de abril a 19 de maio de 2023.

3.1.6 Considerações Éticas

A ética reporta-se a um ramo prático da filosofia, que tem por objetivo refletir sobre o agir humano e as suas finalidades; no fundo é o estudo entre os conflitos do que se pode considerar moralmente justificável e aquilo que não pode ser considerado dessa forma. Teve-se com cada participante o cuidado e respeito e salvaguardados os seguintes direitos: direito à autodeterminação, à confidencialidade, à intimidade, à proteção contra o desconforto e o prejuízo, e direito a um tratamento justo e equitativo (Polit & Beck, 2011). Com o desígnio de aplicar o instrumento de colheita de dados, nas diferentes UF, foi feita uma solicitação de autorização formal ao Conselho Clínico do ACeS (Anexo 2). O primeiro domínio das competências comuns do enfermeiro especialista, é a responsabilidade profissional, ética e legal (Regulamento 140/2019), assim no período de colheita de dados, foram contemplados os seguintes princípios:

- Autonomia - os profissionais foram convidados a participar de forma voluntária, após lhes serem explicados os objetivos e finalidade do trabalho;
- Não Maleficência - a participação não implica qualquer dano para os intervenientes, podendo cada profissional abandonar o estudo quando e se assim o entendesse;
- Beneficência - os profissionais estarão a contribuir para a melhoria contínua dos cuidados em saúde;
- Justiça - foi garantido a todos os participantes, a oportunidade de manifestar o seu

contributo. Foi ainda dado cumprimento, ao Decreto de Lei n.º 58/2019 - artigo 10.º de 8 de agosto, relativo à proteção de dados, em que o responsável pelo tratamento dos dados, tem a obrigação de confidencialidade, que acresce aos deveres de sigilo profissional, previsto na lei.

3.1.7 Previsão dos recursos

A elaboração de um trabalho complexo como a realização de um diagnóstico de situação e determinação de prioridades, necessita da mobilização de recursos. É importante ressaltar, que todas as despesas ficam a cargo da mestranda. Os recursos utilizados foram os seguintes:

- Recursos humanos: Mestranda; Coordenadora do Estágio de natureza profissional da Escola Superior de Saúde do Porto (ESEP); Orientadores do campo de estágio - USP e UCC; e equipa da URAP para divulgação do questionário;
- Recursos materiais: Computador; Automóvel e Telemóvel;
- Recursos financeiros: Telemóvel (10€); Combustível (60€); Internet (40€);
- Recursos de tempo: encontra-se disponível para consulta no Anexo 3.

3.1.8 Apresentação dos dados obtidos

Apresentam-se neste subcapítulo, os dados relativos ao questionário que decorreu via *Office 365*, designado por: “Questionário sobre conhecimentos atitudes e práticas dos profissionais de saúde sobre o VIH”. Em primeiro lugar, serão apresentados os dados relativos à caracterização sociodemográfica e profissional, dos profissionais envolvidos. Em seguida serão mostrados os resultados obtidos a nível dos conhecimentos, das práticas e atitudes sobre o VIH.

3.1.8.1 Caracterização sociodemográfica e profissional

Conforme referido anteriormente, dos 396 profissionais elegíveis (AT, enfermeiros e médicos), 145 acederam ao questionário e destes um não consentiu em participar. Assim, 144 profissionais responderam de forma livre e informada ao questionário sobre conhecimentos atitudes e práticas no âmbito do VIH, representando 36,4% dos profissionais elegíveis. A média de idades dos profissionais era de 43,8 anos (DP ±8,4 anos). Em relação ao sexo, 88,2% são do sexo feminino e relativamente ao estado civil 77,1% são casados ou encontram-se em união de facto. Dos participantes 48,6% tem como habilitações literárias a licenciatura, 27,8% o 12ºano, 12,5% o mestrado, 10,4% o mestrado integrado e 0,7% possui o doutoramento. Dos profissionais que responderam ao questionário 52,8% são enfermeiros, 28,5% AT e 18,8% médicos. A maior parte dos participantes 40,3% exerce funções no município C, sendo que 38,2% no município A e 21,5% no município B (Tabela 4).

Em relação ao contexto profissional, os participantes apresentavam uma média de exercício profissional de 18,2 anos, com (DP \pm 9,9 anos) e em relação à média de anos que trabalham especificamente, em contexto de CSP esta era de 12,9 anos (DP \pm 9,2 anos).

Tabela 4 - Caracterização sociodemográfica e profissional

Caraterística		N	%
Sexo	Feminino	127	88.2
	Masculino	17	11.8
		n=144	100
Estado civil	Solteiro	25	17.4
	Divorciado/Separado	7	4.9
	Casado/União facto	111	77.1
	Viúvo	1	0,7
		n=144	100
Habilitações académicas	9ºano	0	0
	12ºano	40	27.8
	Licenciatura	70	48.6
	Mestrado	18	12.5
	Mestrado Integrado	15	10.4
	Doutoramento	1	0.7
		n=144	100
Classe Profissional	Assistente Técnico	41	28.5
	Enfermeiro	76	52.8
	Médico	27	18.8
		n=144	100
Município onde exerce funções	A	55	38.2
	B	31	21.5
	C	58	40.3
		n=144	100

Constata-se ainda que a maioria (89,6%; n=129), referiram que não tiveram formação nos últimos 5 anos sobre a temática do VIH. Dos 10,4% (n=15) que referiram que tiveram formação nos últimos 5 anos, 53,3% (n=8) foi em contexto de formação em serviço e 26,7% (n=4) referiu que foi em Seminário/Congresso/Jornadas/etc., 6,7% (n=1) referiu que foi em forma de panfleto, 6,7% (n=1) na disciplina de Mestrado de Enfermagem em Saúde Pública e por fim 6,7% (n=1) referiu que foi na ARSN.

Quando questionados sobre a temática da formação, 33,3% (n=5) não referiu a temática, 13,3% (n=2), referiu que a temática foram as DSTs, 20% (n=3) referiu a prevenção da infeção, 6,7% (n=1) indicou as formas de transmissão como temática, 20% (n=3) referiu que a temática foi a Infeção por VIH e 6,7% (n=1) indicou a temática dos registos dos testes de VIH (Tabela 5).

Tabela 5 -Temática da formação

Temática da formação	N	%
Prevenção	3	20
Doenças. Sexualmente transmissíveis	2	13,3
Formas de transmissão	1	6,7
Infeção por VIH	3	20
Registos dos testes VIH	1	6,7
Sem resposta	5	33,3
Total	15	100

3.1.8.2 Caraterização dos conhecimentos, práticas e atitudes sobre o VIH

Quanto à necessidade de formação no âmbito do VIH para a prática profissional, a maioria dos inquiridos 67,4% (n=97) referiu que sente ou já sentiu necessidade (Tabela 6).

Tabela 6 -Necessidade de formação

Necessidade de formação no âmbito do VIH para a sua prática?	N	%
Não	47	32,6
Sim	97	67,4
Total	144	100

Os PS quando questionados se alguma vez sentiram ou sentem, que a falta de formação sobre o VIH tem influência na forma como aborda a temática, a maioria 56,9% (n=82) refere que sim (Tabela 7).

Tabela 7 -Influência que a formação tem na abordagem à temática

Influência que a formação tem na abordagem à temática?	N	%
Não	62	43,1
Sim	82	56,9
Total	144	100

Em relação à questão “Quando pensa em VIH, qual a primeira palavra que associa?”, existiu a possibilidade dos participantes escreverem uma palavra, pelo que, existiu uma grande variedade de respostas, assim verificou-se a necessidade de agrupar em nuvem, sendo que 27,2% (n=39) referiu doença, doença contagiosa, doença crónica, patologia ou vírus; 21% (n=30) associou a infeção, contágio, DST, transmissão ou transmissível; 36,9% (n=53) referiu palavras relacionadas com estigma, como: preconceito, morte, descuido, homossexualidade, grave, e SIDA; 10,5% (n=15) relaciona com prevenção, proteção, vigilância, rastreio, preservativo ou informação; 2,8% (n=4) referiu palavras como comportamentos de risco e consumos e 0,7% (n=1) associou a custos, sendo que houve 1,4% (n=2) de respostas omissas.

Quando questionados, se do seu ponto de vista existe estigma/repercussões na sociedade, associado à pessoa com VIH positivo, a maioria 88,9% (n=128) respondeu que sim. Em relação à questão “Do seu ponto de vista, a forma como aborda a temática, no contexto do seu desempenho profissional, tem influência no estigma/repercussões vivido pelo utente?”, a maioria dos inquiridos 55,6% (n=80) respondeu que do seu ponto de vista, não tem influência no estigma/repercussões vivido pelo utente. A maioria dos participantes 66% (n=95) referiu que a sua perceção sobre o VIH, não influencia a sua prática em contexto profissional.

A maioria dos profissionais 80,6% (n=116), não tem conhecimento do perfil epidemiológico da infeção pelo VIH no ACeS onde exerce funções. Contudo a maioria dos inquiridos 87,5% (n=126), tem conhecimento da existência de testes rápidos de rastreio/diagnóstico do VIH, na UF onde trabalha. Quanto à disponibilização de preservativos, através de dispensador em local visível ao utente, na UF onde o profissional exerce funções, 82,6% (n=119) respondeu que sim (Tabela 8).

Tabela 8 -Disponibilização de material preventivo nas UF

A Unidade Funcional onde trabalha, promove a disponibilização de preservativos através de dispensador, colocado em local acessível ao utente?	N	%
Não	25	17,4
Sim	119	82,6
Total	144	100

Em relação à questão sobre se as UF têm de forma visível material de informação como por exemplo cartazes e/ou panfletos, em locais acessíveis ao utente, 84,7% (n=122) dos profissionais, referiu que sim (Tabela 9).

Tabela 9 -Disponibilização de material de informação nas UF

A Unidade Funcional onde trabalha, promove a disponibilização de material de informação (cartazes/panfletos), em locais acessíveis ao utente?	N	%
Não	22	15,3
Sim	122	84,7
Total	144	100

A questão dirigida apenas aos AT (n=41): “Quando um utente se dirigir à sua unidade funcional, para solicitar um teste de rastreio para o VIH, qual a sua primeira abordagem?”, a maioria 68,3% (n=28) respondeu que contacta o/a enfermeiro(a) e os restantes responderam 31,7% (n=13) que agenda uma consulta de enfermagem, sendo que outras opções como: “Agendo consulta médica”; “Contato o/a médico(a)”; “Agendo consulta médica”; “Não aplicável” e “Outro” não tiveram respostas (Tabela 10).

Tabela 10 -Abordagem dos AT ao rastreio do VIH

Quando um utente se dirigir à sua Unidade Funcional, para solicitar um teste de rastreio para o VIH, qual a sua primeira abordagem?	N	%
Agendo consulta de enfermagem	13	31,7
Contato o/a enfermeiro(a)	28	68,3
Contato o/a médico(a)	0	0
Agendo consulta médica	0	0
Não aplicável	0	0
Outro	0	0
Total	41	100

A questão dirigida apenas a enfermeiros (n=76): “Apenas realiza testes rápidos de rastreio da infeção pelo VIH com prescrição médica?”, 77,6% (n=59), respondeu que sim.

Os resultados apresentados seguidamente, referem-se às questões destinadas a enfermeiros e médicos (n=103). Relativamente à forma como aborda fisicamente (exemplo: toque, exame físico), um utente com VIH, se é igual a outro utente sem o diagnóstico, 84,5% (n=87), referiu que sim. Em relação à necessidade de maior precaução, nomeadamente no uso de medidas de proteção, no caso de um utente com VIH positivo, efetuar um procedimento invasivo, 53,4% (n=55) respondeu que é igual a qualquer outro doente e 44,7% (n=46), respondeu que existe maior precaução no uso de medidas de proteção, sendo que 1,9 (n=2) referiu que não.

Dos profissionais inquiridos 87,4% (n=90), referiu que sempre que um utente o questiona sobre a temática do VIH, tem em atenção o seu comportamento na abordagem do caso e preserva as questões éticas do mesmo.

Os testes rápidos de rastreio da infeção por VIH, na maior parte das UF 40,8% (n=42) encontra-se armazenado/disponível numa sala/armário partilhado por toda a equipa, em 36,9% (n=38) das UF nos gabinetes de enfermagem, sendo que 5,8% (n=6) desconhece e 16,5% (n=17) respondeu não aplicável nenhuma das opções anteriores.

O teste que mais se prescreve/realiza nas UF é em 72,8% (n=75) o teste rápido de quarta geração, sendo que 5,8% (n=6) prescreve o teste laboratorial e 21,4% (n=22) respondeu não aplicável as opções de resposta anteriores (visto que poderia ser enfermeiro).

Quando questionados se tem por hábito propor o teste de rastreio da infeção pelo VIH nas consultas, 61,2% (n=63) respondeu que sim; 25,2% (n=25) referiu que não e 13,6% (n=14) respondeu não aplicável as opções de resposta (visto que poderia ser enfermeiro).

Em relação à frequência com que propõem o teste nas consultas, 50,8% (n=32) referiu que o faz “às vezes”; 34,9% (n=22) refere que o faz de forma “frequente” sendo que 14,3% (n=9) respondeu que o faz “sempre”.

Quando solicitam/realizam o teste de rastreio do VIH ao utente, 96,1% (n=99) dos profissionais, referiu que pede consentimento ao utente e 3,9% (n=4) referiu que não.

Relativamente aos registos, 46,6% (n=48) regista o resultado do rastreio no “Mapa de cuidados: Intervenção e atitude terapêutica” e 26,2% (n=27) nos “Meios Complementares de Diagnostico e Terapêutica (MCDT)”. No caso de recusa por parte do utente em realizar o rastreio, 31,1% (n=32) referiu que não regista a recusa (Tabela 11).

Tabela 11 - Registos

Onde regista o resultado do rastreio?	N	%
Meios Complementares de Diagnostico e Terapêutica (MCDT)	27	26,2
Plataforma da DGS "SINAVE"	4	3,9
Base de dados "QES" da ARSN	4	3,9
Mapa de cuidados: Intervenção e atitude terapêutica	49	47,6
SClinico	1	1,0
SAPE	1	1,0
Mapa do ACES	1	1,0
Folha partilhada para posterior introdução no "QES"	2	2
Não aplicável	7	6,7

Não sei onde registar	7	6,7
Total	103	100

Dos inquiridos 33% (n=34), referiu que não tem conhecimento sobre as normas e orientações da DGS relativas ao controlo da infeção por VIH, contudo quando questionados sobre quais os grupos vulneráveis, que tem indicação, segundo Norma da DGS, para o rastreio da infeção por VIH, 23,3% (n=24) referiu, os sem abrigo, reclusos, grávidas; dadores de sangue, dadores e recetores de órgãos transplantados e hemodialisados, esta questão possibilitava ao inquirido selecionar várias opções de resposta.

Quando questionados, como devem proceder segundo a norma da DGS, se um teste rápido de rastreio for reativo, a maior parte 56,3% (n=58) referiu que pede um teste laboratorial (Tabela 12).

Tabela 12 - Procedimento no caso de um teste rápido de rastreio reativo

Segundo a Norma da DGS para o rastreio da infeção por VIH, como se deve proceder no caso de um teste rápido de rastreio ser reativo?	N	%
Não sei	12	11,7
Pedir teste laboratorial	58	56,3
Referenciar para a consulta de especialidade	23	22,3
Repetir o teste rápido	10	9,7
Total	103	100

Em relação, ao facto dos profissionais se sentirem confortáveis em conversar com o utente, sobre os comportamentos de risco do mesmo, apenas 9,7% (n=10) referiu que não. Quando questionados de que forma abordam a prevenção de comportamentos de risco e/ou de transmissão da infeção por VIH, com o utente, 30,1% (n=31) referiu que o faz através de fornecimento de material preventivo (exemplo: preservativos) e em simultâneo de fornecimento de material informativo (exemplo: panfletos), ainda 20,4% (n=21), referiu só trabalhar a prevenção através de fornecimento de material preventivo (exemplo: preservativos), esta questão possibilitava aos inquiridos de selecionar várias opções de resposta em simultâneo. Em relação à frequência com que trabalha a prevenção de comportamentos de risco e/ou a transmissão da infeção por VIH anualmente com o utente, através de material preventivo (preservativos por exemplo), 47,6% (n=49) referiu frequentemente, sendo que 8,7% (n=9) referiu que nunca o faz; relativamente ao trabalhar a prevenção de comportamentos de risco e/ou transmissão da infeção por VIH anualmente através de material informativo (panfletos) 39,8% (n=41) referiu fazê-lo às vezes e 18,4%

(n=19) raramente o faz;

Em relação à questão sobre a referenciação para consulta de especialidade devido à necessidade de profilaxia para a infeção pelo VIH, 49,5% (n =51) referiu que nunca referenciou o utente para a consulta de especialidade para efetuar profilaxia, sendo que apenas 5,8% (n=6) referiu fazê-lo sempre que existe a necessidade.

Quanto à frequência com que trabalha os comportamentos de risco através de utilização/indicação de websites de instituições anualmente 28,2% (n=29) referiu que nunca o fez, contudo, a mesma percentagem 28,2% (n=29) e apenas 1% (n=1) que o faz sempre (Tabela 13).

Tabela 13 - Utilização/indicação de websites

Com que frequência trabalha a prevenção de comportamentos de risco e/ou transmissão da infeção por VIH, com o utente anualmente através da utilização de websites de instituições?	N	%
Às vezes	29	28,2
Frequentemente	17	16,5
Nunca	29	28,2
Raramente	27	26,2
Sempre	1	1,0
Total	103	100

Relativamente a outros métodos possíveis utilizados pelos profissionais de saúde, para trabalhar os comportamentos de risco com o utente, 46,6% (n=48) referiu nunca utilizar outros métodos para trabalhar a prevenção de comportamentos de risco e/ou transmissão da infeção por VIH com o utente.

Quando questionados, se considerava que tem conhecimentos/técnicas para abordar os comportamentos de risco do utente, 32% (n=33) dos profissionais de saúde referiu que não tem conhecimentos/técnicas para abordar estes comportamentos.

Em relação aos comportamentos de risco que os profissionais, pensam que tem influência direta na transmissão do VIH, podiam selecionar mais do que uma resposta, sendo que 76,7% (n=79) referiu que utentes com UDI tem muita influência, 56,3% (n=58) referiu que HSH também tem muita influência e 94,2% (n=97) que as relações desprotegidas com diversos parceiros sexuais também têm muita influência na transmissão da infeção.

Relativamente à periodicidade com que os utentes com comportamentos sexuais de risco, devem efetuar o rastreio da infeção por VIH, 50,5% (n=52) referiu anualmente pelo menos e

49,5% (n=51) de seis em seis meses, sendo que a opção “uma vez na vida” não obteve respostas.

Em relação ao conhecimento dos profissionais sobre a profilaxia PreP (Tabela 14), a maior parte 64% (n=66) referiu que tem conhecimento, mas que necessitava de mais formação neste âmbito.

Tabela 14 -Profilaxia PreP

Tem conhecimento sobre a profilaxia Pré-Exposição?	N	%
Não, necessito de formação	37	36
Sim, mas necessitava de mais formação	66	64
Total	103	100

Relativamente à Profilaxia PPE (Tabela 15), a maioria 70,9% (n=73) referiu que tem conhecimento, mas necessitava de mais formação, sobre a temática.

Tabela 15 -Profilaxia PPE

Tem conhecimento sobre a profilaxia Pós-Exposição?	N	%
Não, necessito de formação	30	29,1
Sim, mas necessitava de mais formação	73	70,9
Total	103	100

Segundo os resultados obtidos neste questionário, o motivo que leva os PS a não propor/realizar o teste de rastreio do VIH a um maior número de utentes, a maioria 60,2% (n=62) referiu não ter nenhum motivo, sendo que 24,3% (n=25) referiu que o motivo é a demora na realização do teste e 15,5% (n=16) referiu que é por “medo” de comunicar o resultado ao utente.

Quando questionados sobre a importância de existir um procedimento no ACeS para o rastreio da infeção por VIH, 64,1% (n=66) referiu ser muito importante, 34% (n=35) importante e 1,9% (n=2) nada importante.

3.1.9 Apresentação dos problemas

Após apresentação dos resultados obtidos, identificam-se os seguintes problemas (Tabela 16):

Tabela 16 - Lista de problemas identificados (Problema - P)

Lista de problemas	
P1	67,4% dos profissionais sente que necessitava de formação no âmbito do VIH
P2	56,9% dos profissionais sente que a falta de formação/informação sobre o VIH influencia a

	forma como aborda a temática
P3	36,9% quando pensa em VIH associa à palavra estigma
P4	21% quando pensa em VIH associa a contágio/transmissão
P5	88,9% dos profissionais pensa que existe estigma à pessoa com VIH positivo
P6	80,6% dos profissionais não tem conhecimento do perfil epidemiológico do seu ACeS
P7	77,6% dos profissionais apenas realiza testes rápidos com prescrição médica
P8	25,2% dos profissionais não propõe o teste rápido nas consultas ao utente
P9	31,1% dos profissionais não regista a recusa do utente em realizar o teste rápido no sistema
P10	33% referiu não ter conhecimento da norma da DGS para o rastreio do VIH
P11	23,3% referiu que os grupos vulneráveis que tem indicação para serem rastreados, segundo a norma da DGS, são: os sem abrigo, reclusos, grávidas; dadores de sangue, dadores e recetores de órgãos transplantados e hemodialisados
P12	56,3% dos médicos e enfermeiros referiu que se o teste rápido de rastreio for reativo, segundo a norma da DGS, deve pedir um teste laboratorial
P13	30,1% referiu que trabalha apenas os comportamentos de risco com o utente através de material preventivo (preservativos) e informativo (panfletos)
P14	47,6% dos profissionais referiu trabalhar frequentemente, apenas através de material preventivo (preservativos), os comportamentos de risco com o utente durante o ano
P15	49,5% referiu que nunca trabalhou a prevenção de comportamentos de risco com o utente, através de referência para a consulta hospitalar (medicação de profilaxia)
P16	28,2% referiu nunca utilizar/indicar os websites de instituições para trabalhar a prevenção de comportamentos de risco
P17	32% referiu que considera não ter conhecimentos/técnicas para abordar os comportamentos de risco do utente
P18	14,6% dos profissionais, referiu que homens que tiveram sexo com outros homens não tem influência na transmissão direta do VIH
P19	23,9% não tem conhecimento sobre a profilaxia PrEP e refere necessitar de formação
P20	29,1% não conhece a profilaxia PPE e referiu necessitar de formação
P21	24,3% dos profissionais refere não propor/realizar o teste a um maior número de utentes pela demora na realização do teste
P22	64,1% dos profissionais considera “Muito importante” existir no ACeS um procedimento de rastreio da infeção por VIH

3.2 Definição de Prioridades

Esta etapa, corresponde à segunda fase da metodologia do planeamento em saúde. Nesta fase selecionar-se-ão os problemas de saúde que deverão ser resolvidos em primeiro lugar (Imperatori & Giraldes, 1992). O método de priorização dos problemas, escolhido é o método de Decision Alternative Retional Evaluation (DARE), este coloca ênfase no peso relativo dos critérios selecionados para avaliar as alternativas (Tavares, 1990). Este método exige que sejam selecionados e definidos critérios de avaliação das alternativas, por forma a serem tão

mutuamente exclusivos quanto possível (Pineault & Daveluy, 1987). Para a obtenção do peso relativo de cada critério, faz-se uma hierarquização dos critérios e a comparação de cada um com o que o precede, em termos de relevância, determinando um múltiplo que exprima a diferença de importância que se atribui a esse par e que será utilizado no cálculo do peso relativo de cada critério. Independentemente do peso relativo do critério, as alternativas são comparadas por pares para cada um dos critérios (Tavares, 1990). Deste modo, o valor de cada alternativa será igual ao somatório dos valores atribuídos a cada uma, em cada critério, multiplicados pelo peso relativo de cada critério, conforme a fórmula: Valor da alternativa= Critério 1 x Peso 1 + Critério n x Peso n (Pineault & Daveluy, 1987). O Método de Dare contempla os seguintes passos:

1. Definição dos critérios de avaliação do problema, que foi definido em conjunto com um grupo de peritos na área: um enfermeiro de uma UCC, um enfermeiro de uma USF, um coordenador de uma UF, um perito no acompanhamento das UF a nível regional e a autora deste projeto, em consenso decidiu-se serem os seguintes: Impacto para o doente, problema com mais consequências, impacto para os profissionais e impacto para as UF (Anexo 4);
2. Determinação do peso relativo de cada critério escolhido: 1 a 4, sendo 1 o menor peso relativo e o 4 o maior peso relativo. Assim o grupo de peritos considerou que: Impacto para o doente 4, problema com mais consequências 3, impacto para os profissionais 2 e impacto para as UF 1;
3. Avaliação relativa dos critérios. Pretende-se neste ponto atribuir uma pontuação ao critério, em função dos problemas sobre os quais se vão determinar as prioridades;
4. Aplicação da fórmula seguinte, permitindo obter o valor total de cada problema:

$$\text{Problema1} = C1 \times P1 + Cn \times Pn \quad C = \text{pontuação do critério e } P = \text{peso do critério}$$

A hierarquização dos problemas conforme a pontuação atribuída pelos peritos é a seguinte:

- 1º - P17 - 32% refere que considera não ter conhecimentos/técnicas para abordar os comportamentos de risco do utente;
- 2º - P1 - 67,4% dos profissionais sente que necessita de formação no âmbito do VIH;
- 3º - P2 - 56,9% dos profissionais sente que a falta de formação/informação sobre o VIH influencia a forma como aborda a temática;
- 4º - P21 - 24,3% dos profissionais refere não propor/realizar o teste a um maior número de utentes pela demora na realização do teste;
- 5º - P15 - 49,5% dos refere que nunca trabalhou a prevenção de comportamentos de risco com o utente, através de referência para a consulta hospitalar (medicação de profilaxia);
- 6º - P14 - 47,6% dos profissionais refere trabalhar frequentemente no ano, os comportamentos

de risco com o utente, através de material preventivo (preservativos);

7º- P10 - 52,1% refere não ter conhecimento da norma da DGS para o rastreio do VIH;

8º- P8 - 25,2% dos profissionais não propõe o teste rápido nas consultas ao utente;

9º- P9 - 27,2% dos profissionais não regista o resultado do teste rápido no sistema;

10º- P13 - 30,1% refere que trabalha os comportamentos de risco com o utente através de material preventivo (preservativos) e informativo (panfletos);

11º- P11 - 23,3% refere que os grupos vulneráveis que tem indicação para serem rastreados, segundo a norma da DGS, são: os sem abrigo, reclusos, grávidas; dadores de sangue, dadores e recetores de órgãos transplantados e hemodialisados;

12º- P5 - 88,9% dos profissionais pensa que existe estigma à pessoa com VIH positivo;

13º- P3 - 36,9% quando pensa em VIH associa à palavra estigma;

14º- P7 - 77,6% dos profissionais apenas realiza testes rápidos com prescrição médica;

15º- P22 - 64,1% dos profissionais considera “Muito importante” existir no ACeS um procedimento de rastreio da infeção por VIH.

16º- P12 - 11,7% dos médicos e enfermeiros refere que se o teste rápido de rastreio for reativo, não sabe como proceder;

17º- P19 - 23,9% não tem conhecimento sobre a profilaxia PrEP, e refere necessitar de formação

18º- P20 - 29,1% não conhece a profilaxia Pós-Exposição e refere necessitar de formação

19º- P6 - 80,6% dos profissionais não tem conhecimento do perfil epidemiológico do seu ACeS;

20º- P8 - 61,2% dos profissionais propõe o teste rápido nas consultas ao utente;

21º- P4 - 21% quando pensa em VIH associa a contágio/transmissão;

22º- P16 - 28,2% refere que nunca o faz, quanto à utilização/indicação de websites de instituições para trabalhar a prevenção de comportamentos de risco;

Dos problemas priorizados, todos serão alvo de intervenção, dentro da janela temporal deste projeto.

3.3 Fixação de objetivos

Nesta etapa, são definidos os objetivos a atingir, relativamente a cada um dos problemas identificados, em objetivos executáveis ou metas a atingir. Segundo Imperatori e Giraldes (1993), um objetivo pode ser definido como um enunciado de um resultado que se pretende obter e tecnicamente exequível, do progresso de um problema, alterando a tendência do seu

percurso natural, sendo traduzido em indicadores mensuráveis de resultado ou de impacto. Os objetivos devem ser concretos, suscetíveis de serem atingidos, bem formulados, fornecendo normas e critérios às atividades posteriores, quer do planeamento, quer da própria gestão dos projetos. (Tavares, 1990). É através de uma adequada formulação dos objetivos, que é possível definir a direção das estratégias de intervenção, pois é possível identificar, a partir do atual estado da comunidade o estado que pretendemos alcançar, onde e até quando (Melo, 2020).

3.3.1. Fixação de objetivos gerais e específicos

É por isso importante o Objetivo Geral (OG), estar relacionado aos focos de atenção centrais da temática, que dependendo do número de focos centrais, poderá existir mais do que um objetivo geral (Melo, 2020). Assim, para este projeto estabeleceram-se dois objetivos gerais:

1. Capacitar os profissionais do ACeS no âmbito da prevenção e gestão da infeção pelo VIH;
2. Definir o processo assistencial do rastreio da infeção por VIH no ACeS.

Os objetivos específicos (OE), estão relacionados com as dimensões dos focos de atenção principais. Estes devem ser quantificáveis, na medida de mudança que queremos estabelecer (Melo, 2020). Deste modo, definem-se os objetivos específicos na Tabela 17.

Tabela 17 - Objetivos Específicos

Objetivos Específicos	
OG 1	<p>OE1 - Melhorar os conhecimentos dos médicos e enfermeiros do ACeS sobre os testes rápidos do VIH;</p> <p>OE2 - Melhorar os conhecimentos dos AT do ACeS sobre questões éticas;</p> <p>OE3 - Melhorar os conhecimentos dos médicos e enfermeiros do ACeS sobre o rastreio da infeção por VIH, segundo a norma da DGS nº58/2011 atualizada a 10/12/2014;</p> <p>OE4 - Melhorar os conhecimentos dos médicos e enfermeiros sobre o perfil epidemiológico do ACeS;</p> <p>OE5 - - Melhorar os conhecimentos dos médicos e enfermeiros do ACeS sobre a profilaxia disponível para a infeção pelo VIH.</p>
OG 2	<p>OE6 - Definir os padrões de qualidade do registo clínico nos CSP, relacionados com o VIH.</p>

3.3.2. Seleção de indicadores e metas

Após a etapa de definição dos objetivos pretendidos para a implementação do projeto, é necessário ter em conta outro género de objetivos, que se referem aos resultados expectáveis, ou seja, às suas próprias atividades (Tavares, 1992). Designados estes, por objetivos operacionais ou metas, refletem a dinâmica do trabalho, definindo as atividades e os resultados pretendidos com a sua execução. As metas de um projeto, surgem como uma consequência dos objetivos definidos anteriormente. A fixação de objetivos consiste em definir exatamente para

onde se vai. A forma como se chega lá, é parte integrante da seleção de estratégias, etapa seguinte da metodologia de Planeamento em Saúde (Tavares, 1992).

Imperatori e Giraldes (1993) afirmam que a seleção de indicadores dos problemas priorizados, é uma das fases mais importantes para a consecução da fixação de objetivos. Um indicador retrata a relação, entre uma determinada situação e a população em risco dessa mesma situação (Tavares, 1992). Deste modo, existem dois tipos de indicadores (Imperatori & Giraldes, 1993):

- Indicadores de resultado ou de impacto - medem o impacto que o projeto obteve nos problemas identificados na população;
- Indicadores de atividade ou execução - medem o efeito das atividades implementadas no âmbito do projeto.

Tenciona-se assim, com os indicadores de resultado, quantificar os problemas de acordo com os objetivos definidos, ao passo que os indicadores de execução quantificam as atividades, de acordo com as metas estipuladas, contribuindo assim para que os objetivos possam ser atingidos (Tavares, 1992).

Foi efetuado o desenho dos indicadores de atividade ou de execução, que pretendem avaliar as atividades desenvolvidas, com vista a atingir os indicadores de resultado, importa salvaguardar que algum destes indicadores, poderão servir para uma avaliação a longo prazo, pelo que se considera o projeto bem-sucedido se as metas e consequentemente os objetivos estabelecidos, forem atingidos ou ultrapassados. Apresentam-se de seguida na Tabela 18, as metas e os indicadores de resultado, e a sua relação com os objetivos previamente estabelecidos.

Tabela 18 - Metas e indicadores de resultado

OE	Meta	Indicador de resultado
<p>1 - Melhorar os conhecimentos dos médicos e enfermeiros do ACeS sobre o rastreio da infeção por VIH, segundo a norma da DGS n.º58/2011 atualizada a 10/12/2014;</p>	<p>1 - Aumentar em 20% os conhecimentos dos médicos e enfermeiros do ACeS sobre a população-alvo a rastrear segundo a norma n.º 058/2011 atualizada a 10/12/2014 da DGS</p>	<p>$\frac{\text{N.º de PS que aumentaram o conhecimento sobre a população-alvo a rastrear segundo a norma n.º 058/2011 atualizada a 10/12/2014 da DGS}}{\text{N.º de PS presentes na formação em serviço}} \times 100$</p>
<p>2 - Melhorar os conhecimentos dos médicos e enfermeiros sobre o perfil epidemiológico do ACeS;</p>	<p>2 - Aumentar em 20% os conhecimentos dos médicos e enfermeiros do ACeS sobre as características dos novos casos de VIH no ACeS</p>	<p>$\frac{\text{N.º de PS que aumentaram o conhecimento sobre as características dos novos casos de VIH no ACeS}}{\text{N.º de PS presentes na formação em serviço}} \times 100$</p>
<p>3 - Melhorar os conhecimentos dos médicos e enfermeiros do ACeS sobre a profilaxia disponível para a infeção pelo VIH.</p>	<p>3 - Aumentar em 20% os conhecimentos dos médicos e enfermeiros do ACeS sobre quais os grupos de risco em que a OMS sugere a implementação da PrEP</p>	<p>$\frac{\text{N.º de PS que aumentaram o conhecimento sobre quais os grupos de risco em que a OMS sugere a implementação da PrEP}}{\text{N.º de PS presentes na formação em serviço}} \times 100$</p>

OE	Meta	Indicador de resultado
	4 - Aumentar em 20% os conhecimentos dos médicos e enfermeiros do ACeS sobre a Profilaxia PreP	$\frac{\text{N.º de PS que aumentaram o conhecimento sobre profilaxia PreP}}{\text{N.º de PS presentes na formação em serviço}} \times 100$
4 - Melhorar os conhecimentos dos médicos e enfermeiros do ACeS sobre os testes rápidos do VIH;	5 - Aumentar em 20% os conhecimentos dos médicos e enfermeiros do ACeS sobre a forma como se efetua o teste rápido de rastreio do VIH	$\frac{\text{N.º de PS que aumentaram o conhecimento sobre o funcionamento do teste rápido de rastreio do VIH}}{\text{N.º de PS presentes na formação em serviço}} \times 100$
5 - Melhorar os conhecimentos dos AT do ACeS sobre questões éticas;	6 - Aumentar em 20% os conhecimentos dos AT sobre princípios éticos	$\frac{\text{N.º de AT que aumentaram o conhecimento sobre princípios éticos}}{\text{N.º de AT presentes na formação em serviço}} \times 100$
6 - Definir os padrões de qualidade do registo clínico nos CSP, relacionados com o VIH.	7 - Melhorar em 20% a qualidade dos registos dos PS do ACeS	Auditoria aos registos clínicos dos PS do ACeS

Devido ao tempo de duração do estágio ser curto, não é possível avaliar o impacto que o projeto teve na população-alvo, uma vez que as mudanças só são visíveis a longo prazo. Contudo os indicadores definidos, têm um papel fundamental na avaliação de impacto que as atividades efetuadas tiveram nos profissionais do ACeS, nomeadamente nas mudanças que são passíveis de acontecer devido à nossa intervenção e que se irão refletir na mudança de práticas, atitudes e comportamentos dos mesmos, pelo que foram planeados de modo a serem passíveis de avaliação à posteriori (Tabela 19). O indicador de resultado do OE6 (Tabela 18) - Auditoria aos registos clínicos dos PS do ACeS, foi pensado de forma a poder ser avaliado o impacto da atividade, contudo não foi possível a sua realização pelo tempo de duração do estágio de natureza profissional.

Tabela 19 - Indicadores de impacto

Indicadores de impacto do projeto	
<p>Indicador do ACeS - Indicador 306</p> <p><u>Designação:</u> Proporção de utentes consultados nos últimos 12 meses e sem rastreio VIH/SIDA que o efetuaram nesse período (SDM, 2023).</p>	<p>Número de utentes que efetuaram o rastreio VIH/SIDA no período em análise (12 meses) $\times 100$</p> <p>Número de utentes consultados no período em análise (12 meses), sem rastreio prévio ao VIH/SIDA e sem diagnóstico prévio de VIH/SIDA.</p>
<p>Indicador de variação</p>	<p>Nº de testes rápidos efetuados nos Concelhos A, B e C de janeiro até junho de 2024 - N.º de testes rápidos efetuados nos Concelhos A, B e C de janeiro até junho de 2023</p>

Relativamente ao período em análise do indicador de variação (janeiro a junho), este não se refere a todo o período de intervenção, contudo é a única forma possível de extrair os dados do BI CSP, por semestre. Assim, a comparação poderá ser feita relativamente ao semestre homólogo do ano anterior e analisar a variação existente, permitindo assim perceber se a intervenção teve impacto ou não nos práticas, atitudes e comportamentos.

3.4 Seleção de estratégias

A seleção de estratégias é uma das etapas mais importante num processo de planeamento em saúde, pois nesta fase, pretende-se conceber o método mais adequado para reduzir os problemas de saúde identificados anteriormente como prioritários. A finalidade desta etapa, é propor novas formas de atuação que permitam alcançar os objetivos fixados e inflétir a tendência de evolução natural dos problemas (Imperatori & Giraldes, 1993). De acordo com estes autores, pode definir-se uma estratégia de saúde como um conjunto de técnicas específicas, organizadas de modo a atingir um determinado objetivo, reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde. As estratégias utilizadas foram:

- ✓ Educação para a Saúde;
- ✓ Parcerias;
- ✓ Processo Assistencial do Rastreamento da Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana com teste rápido no ACeS.

A enfermagem comunitária, desde Florence Nightingale, que engloba cuidados de saúde primários e de saúde pública (ICN, 2015 citado por Santos, 2019). A primeira perspectiva comunitária na saúde, visa a 1978, com a conferência de Alma Ata, onde a intervenção na comunidade era médico-centrada, orientando as atividades de prevenção para as patologias médicas (Silva, 2002, citado por Santos, 2019). Em 2000 surgiu a declaração de Munique, que veio trazer mudanças aos CSP, em particular, apoiando e salientando as capacidades dos enfermeiros na contribuição para a saúde da população e na melhoria da qualidade de vida. Aqui surgiu uma conscientização da importância do papel dos CSP, provocando desta forma uma necessidade de reorganização do SNS, onde existiu a criação de novas UF: USF, UCC e USP, todas elas com papéis e objetivos bem definidos, para dar resposta a problemas reais da população. É desta forma, que surge a necessidade de existirem profissionais cada vez mais preparados para lidar com os desafios da sociedade (Santos, 2019). O enfermeiro nesta área, pelas suas competências específicas, assume um papel chave. Neste sentido e por forma a contribuir para a capacitação de grupos e comunidades, através da elaboração deste trabalho, Laverak (2008), sugere uma mudança de paradigma para o “fazer com”, onde se promove o envolvimento da comunidade que vê o enfermeiro como um elemento fulcral, para a maximização do empoderamento de uma comunidade, passando da prática individual para a coletiva. Este mesmo autor, estabeleceu ainda uma relação entre empoderamento comunitário e promoção da saúde, definindo o conceito como um processo interativo e contínuo em que o promotor de saúde (médico ou enfermeiro), pode intervir em qualquer momento, em qualquer sistema, mas também como resultado, sempre com os olhos postos na melhoria da saúde e do bem-estar da comunidade, para isso existe dependência do ambiente e de todos os outros sistemas de interação (indivíduo, grupo ou comunidade).

O conceito de empoderamento, surge dos movimentos sociais pelos direitos civis na década de 1970. Este é um processo que se ergue das interações sociais, nas quais as pessoas problematizam a realidade, combinando a consciência e a liberdade. Possuindo dois sentidos, o empoderamento individual e o empoderamento social ou comunitário. Este segundo, resulta de lutas coletivas sociais, onde os profissionais de saúde devem assumir um papel ativo, como promotores de saúde, sempre conscientes que as estratégias de empoderamento são também estratégias de promoção de saúde, contudo nem todas as estratégias de promoção de saúde são empoderadoras de uma comunidade (Freire, P., 2001 citado por Santos, 2019).

A educação para a saúde tem apresentado um papel dinâmico ao longo do tempo, que varia de região para região. Inicialmente numa perspectiva meramente informativa, e aos dias de hoje, numa perspectiva mais ativa, de discussão em grupo, de empoderamento. Segundo o MDH (2019), a educação para a saúde refere-se à partilha de informações e experiências por meio de

atividades educativas destinadas a influenciar e melhorar conhecimentos, atitudes e comportamentos em saúde dos indivíduos/famílias, comunidades ou sistemas.

A base da educação para a saúde, é o diagnóstico do ponto de partida e o planeamento da intervenção, tendo como pilar a autorreflexão, partilha de experiências e de ideias, com vista a determinados objetivos que podem ser definidos ou não, em conjunto (Loureiro & Miranda, 2021).

O objetivo deste tipo de estratégias é capacitar os indivíduos e comunidades a assumirem o controlo das suas vidas e do ambiente, evidenciando as perceções e experiências dos mesmos (MDH, 2019). Para que a educação para a saúde seja concreta na mudança de comportamentos do indivíduo e da comunidade, é necessário que este possua a informação imprescindível e as capacidades que conduzem à sensação de bem-estar e motivação, para desta forma o indivíduo estar munido das condições necessárias, para proceder à implementação de mudanças (Loureiro & Miranda, 2021).

Segundo a OMS (2012), para o planeamento de uma educação para a saúde utilizam-se diversos modelos, sendo que muitos apresentam seis etapas, sendo elas:

- Compreender e envolver a população-alvo;
- Avaliar as necessidades da população-alvo;
- Definir objetivos;
- Planear a intervenção educativa;
- Implementar;
- Avaliar.

Após isto, importa frisar que para o sucesso da educação para a saúde nos CSP, é fulcral a existência de uma comunidade informada, isto significa que existe uma comunidade envolvida e empoderada para a gestão dos cuidados (Silva, 2023).

Segundo Loureiro e Abreu (2022), existem diversos autores como Cosme et al. (2021), que indicam a existência de quatro metodologias pedagógicas para a implementação de uma intervenção de educação para a saúde, sendo elas: expositiva, interrogativa, demonstrativa e ativa. Uma abordagem educativa sobre uma temática pode envolver diferentes estratégias e/ou recursos pedagógicos, consoante as características sociodemográficas e socioprofissionais dos profissionais. Importa referir que qualquer planeamento de educação para a saúde, poderá necessitar de adaptações ou alterações em qualquer momento da execução. Assim, algumas das estratégias e recursos pedagógicos mais frequentes são:

- Exposição participativa - abordagem clássica que recorre à apresentação de materiais didáticos, com recurso à metodologia expositiva (Cosme et al., 2021 citado por Loureiro & Abreu, 2022);
- Educação por pares - envolvimento dos indivíduos no seu processo de aprendizagem, reconhecendo o formador como parte integrante do grupo (Cosme et al., 2021 citado

por Loureiro & Abreu, 2022);

- *Brain* ou *Write storming* - Designada em português por tempestade de ideias, resulta da imaginação e criatividade de cada um, estimulando a formação de novas ideias de modo natural e espontâneo (Cosme et al., 2021 citado por Loureiro & Abreu, 2022);
- Técnica de afixação - Sustentada por metodologias ativas, trata-se de uma atividade estruturada de afixação de textos, desenhos, fotografias, etc. É uma das estratégias pedagógicas mais estimulantes para fomentar a adesão ao cenário de mudança (Batista, 2007 citado por Loureiro & Abreu, 2022);
- Fórum - Nesta estratégia promove-se a discussão de um tema/problema, decorrente da apresentação de um caso. Envolve o indivíduo no desenvolvimento das suas habilidades de observação, intervenção, explicação, argumentação e capacidade de síntese (Cosme et al., 2021 citado por Loureiro & Abreu, 2022);
- Jogo - É uma estratégia lúdica para educar em saúde, que estimula a motivação, cooperação, competitividade e o espírito de equipa (Leonard, 2009 citado por Loureiro & Abreu, 2022);
- Aplicações digitais - Esta intervenção é interessante para indivíduos mais jovens, são orientadas de forma anónima e flexível, e são consideradas intervenções em grande escala. Esta intervenção promove a comunicação através de sistemas como a internet (Domhardt et al., 2021 citado por Loureiro & Abreu, 2022).

Assim, a promoção de saúde deve ser um processo contínuo, as estratégias e os recursos utilizados devem ser facilitadores de mudanças, de atitudes e comportamentos dos trabalhadores (Loureiro & Abreu, 2022).

A formação em serviço, nas profissões da área da saúde, trabalha em conjunto com a educação por pares, orientando os trabalhadores para melhorar o desempenho, numa lógica de qualidade e competitividade, subvalorizando por vezes o potencial de educação que pode ter e a promoção de valores basilares de humanização. É por isso que cada vez mais, a formação tem como responsabilidade de procurar ser um processo interativo e dinâmico, aproximando assim a visão da formação, enquanto um processo educativo e de humanização (Proença et al., 2021).

Considerando o potencial da formação, em especial da formação em serviço, esta permite promover um pensamento crítico-reflexivo, inspirando o compromisso ético e profissional. Neste sentido, a formação contínua de qualquer profissional assume aos dias de hoje, uma importância crescente, enquanto promotora de conhecimentos não só teóricos, como práticos e processuais orientados para cada tipo de atividade profissional (Proença et al., 2021).

A formação permite ao formando refletir sobre as práticas e os cuidados que presta, podendo ainda, ser um meio de contestação às necessidades sentidas pelos profissionais, permitindo assim criar uma forma de atualização de conhecimentos e práticas, recorrendo para isso, à criatividade e responsabilidade de cada indivíduo (Relvas, 2018). Assim a formação é vista como um elemento fulcral, para a excelência que se pretende obter nos cuidados em saúde.

É assim devido ao referido anteriormente, que formar pessoas pressupõe, acrescentar algum valor às suas competências e atitudes, para que esse acréscimo se faça sentir, na melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, tendo como conquista - ganhos em saúde. Atualmente a sociedade assiste a tempos de mudanças constantes, onde as novas tecnologias e os sistemas de informação providenciam uma fonte inesgotável de conhecimento, desta forma a formação alcança um papel preponderante, devido à necessidade contante de renovação ou de atualização de conhecimentos, quer a sociedade em geral, quer as profissões da área da saúde em particular (Relvas, 2018).

A formação em serviço, é uma das parcelas da formação permanente, adota os mesmos objetivos, mas alinha-se com a prática profissional e que tende a refletir-se, na resolução de problemas das diferentes unidades e serviços. Este tipo de formação atua como um dos principais veículos para o desenvolvimento de competências que resultam da resolução de problemas, que possam surgir dos diferentes contextos ou situações de trabalho na produção de nova evidência em enfermagem, em concordância com uma prestação de cuidados mais eficaz e eficiente. De acordo com a legislação em vigor, a formação em serviço deve ir de encontro não só às necessidades dos profissionais, como também às necessidades individuais de classe profissional, sendo planeada e organizada de acordo com o contexto de formação da instituição, promovendo o desenvolvimento de competências nos contextos e para os contextos de trabalho. É através da formação em serviço que se observa uma dualidade nos profissionais de saúde, onde existe um confronto entre a teoria e a prática, entre o que é o contexto real e contexto ideal, o que pode e deve levar a uma mudança de comportamento nos profissionais (Relvas, 2018). É esta dualidade que é pressuposto existir ao programar estas formações para os PS e AT do ACeS, levando a uma ponderação sobre a sua prática profissional e conseqüente mudança de comportamentos, práticas e atitudes, corroborando o referido pela autora acima.

Em relação à profissão de enfermagem o Decreto -Lei 71/2019, de 27 de maio, no artigo 20º indicia uma abordagem à formação profissional dos enfermeiros, mencionando que a formação dos enfermeiros tem uma natureza de continuidade com o objetivo de uma atualização técnica e científica, sublinhando que esta deve ser “planeada e programada, de modo a incluir informação interdisciplinar e desenvolver competências de organização e gestão de serviços.” (Portugal, Decreto-Lei nº71/2019, p. 6764). Neste domínio, o artigo 10º acrescenta ainda, que os enfermeiros devem “Assumir a responsabilidade pelas atividades de formação e de desenvolvimento profissional contínuo da organização onde exerce atividade (Portugal, Decreto-Lei nº71/2019).

Também o Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, publicado em Diário da República, 2ª série - N. 26 de seis de fevereiro de 2019, faz referência à formação, por exemplo no Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, o Enfermeiro Especialista participa na criação e operacionalização de programas a nível da instituição na área da qualidade e participa na divulgação, até ao ponto operacional, para isso deve mobilizar conhecimentos e habilidades, que atestem a melhoria contínua dos cuidados. Também no Domínio do

desenvolvimento das aprendizagens profissionais, O Enfermeiro Especialista baseia a sua praxis clínica especialidade em evidência científica atualizada, sendo responsável por ser um veículo de aprendizagem, no seu contexto profissional e deve ser promotor da implementação e conceção de normas e procedimentos para uma prática especializado no seu local de trabalho.

Relativamente à formação em serviço dos médicos e AT, pouca informação é encontrada sobre o assunto. Em relação aos médicos, estes têm um internato médico, que corresponde a um processo de formação médica especializada (teórica e prática), que tem como finalidade capacitar o médico ao exercício tecnicamente diferenciado na sua área de especialização [Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), S/D].

Relativamente aos AT, sendo estes o rosto dos CSP, visto que surgem na primeira linha quando os utentes se dirigem às UF, esta classe profissional manifestou interesse em participar na formação em serviço. Os AT, têm entre outras funções o atendimento e encaminhamento dos cidadãos, como por exemplo a programação e marcação de consultas, devendo para isso, ter competências comunicacionais, relacionais, organizacionais e de trabalho de equipa, técnico-administrativas e de participação nos processos de saúde da UF (SNS, 2018). Desta forma foram incluídos na formação em serviço, com o intuito de capacitá-los no atendimento ao utente. Assim, os AT serão portadores de ferramentas que lhes permite oferecer melhores soluções ao utente, no que diz respeito à temática e em específico sobre o rastreio da infeção por VIH, mas também de forma a que esta classe profissional, possa ostentar capacidades e técnicas de comunicação mais avançadas e eficientes, preservando os mais altos padrões de sigilo profissional, quer no acesso à saúde, quer na gestão e processamento de toda a informação relevante para o utente, tendo sempre presente os princípios éticos e de informação, de forma a garantir os direitos do utente (SNS, 2022).

Outra estratégia utilizada foi as parcerias. Esta tem por objetivo, que os profissionais adquiram competências que lhes permitam procurar e desenvolver soluções reais e necessárias no seu local de trabalho, favorecendo a formação contínua. Estas ações designadas por “capacitação” tem um significado de partilha e equilíbrio entre profissionais, que se demonstram vitais para o desenvolvimento global de uma instituição (Sottomayor et al., 2019). É primordial, que o estabelecimento de parcerias capacite os recursos humanos, particularmente os mais jovens e inexperientes. Estas parcerias devem apresentar uma vertente básica, que se deve cingir à implementação prática, orientando sempre as classes profissionais para o seu trabalho no terreno. Se ambos os lados da parceria reconhecerem fronteiras físicas, é inevitável tentar encontrar e desenhar soluções em conjunto, não esquecendo que é importante que ambos os intervenientes se sintam em plano de igualdade e beneficiem de forma justa da parceria estabelecida (Sottomayor et al., 2019). A grande vantagem de estabelecer uma parceria, é que ambos os parceiros trazem para o seu ramo de atuação, o que de melhor têm para oferecer (António, 2014).

Foi nos anos 90, devido à falta de capacidade das Nações Unidas na orientação e resolução de

problemas de saúde, que as parcerias em saúde ganharam o seu lugar de destaque. Atualmente e de forma progressiva, as parcerias tornaram-se peças-chave na saúde, nomeadamente na sua arquitetura e governação, onde poderão ser verdadeiramente efetivas, levando a novas formas de conexão, implementação e financiamento (Sottomayor et al., 2019).

De uma forma geral, quando se fala em parcerias, pressupõe-se uma partilha e um esforço de todas as partes em busca da realização de um objetivo comum. Para isto, é necessário que haja um reconhecimento da riqueza e potencial de cada parceiro, sendo fundamental o respeito pela diversidade, multiculturalidade, agendas locais e nacionais e pelos diferentes contextos socioeconómicos.

Foi importante estabelecer parcerias para a formação das três classes profissionais, que apresentavam necessidades diferentes de intervenção, conforme demonstrado acima e para o local físico de formação, esta estratégia será descrita em maior detalhe mais a frente.

A última estratégia utilizada foi, a elaboração de um Processo Assistencial do Rastreo da Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana com Teste Rápido no ACeS. Os Processos Assistenciais são alicerçados numa metodologia organizacional que coloca o utente no centro do sistema, priorizando a continuidade assistencial e a conjugação entre os diferentes níveis de cuidados de saúde, em tempo útil, adequados e com base na evidência e no consenso científico [Normas de Orientação Clínica (NOCS), S/D].

Os Processos Assistenciais, sendo uma orientação clínica, tem por objetivo transpor as recomendações de diretrizes de práticas clínicas em processos clínicos de atendimento dentro da cultura e ambiente de cada UF. Os Processos Assistenciais são um plano de cuidados multidisciplinar estruturado, por forma a ser usado para traduzir as diretrizes nacionais ou locais, detalhando as etapas do processo, com um caminho, algoritmo, diretriz, protocolo ou outra forma de ação, padronizando assim o atendimento clínico, procedimento ou episódio de saúde, numa população específica (Rotter et al., 2019).

Este tipo de estratégia, já é utilizado na Europa desde a década de 1990, tendo começado no Reino Unido. Com o intuito de apoiar o desenvolvimento, implementação e avaliação de orientação clínicas assistenciais na Europa, em 2004 foi criada a European Pathways Association (EPA) (Rotter et al., 2019).

As orientações clínicas estão associadas a melhores resultados em saúde para os utentes e podem desempenhar um papel importante na segurança do mesmo. Para a implementação de um Processo Assistencial é necessário visualizá-lo como um processo ativo, sendo necessário o apoio dos PS e superiores hierárquicos, para superar a resistência inerente à sua implementação. Salienta-se que o desenvolvimento e implementação de orientações clínicas, quando feitos conforme o recomendado num processo ativo, consomem uma quantidade respeitável de recursos, contudo os resultados serão positivos para os utentes, além de reduzir os custos hospitalares (Rotter et al., 2019).

De modo a concretizar as estratégias acima mencionadas, foram efetuadas diversas atividades, cuja descrição da sua execução, conteúdos e recursos serão explanados no capítulo seguinte.

3.5 Previsão de Recursos

Para a execução deste projeto, foram identificados recursos humanos, materiais, logísticos, tecnológicos e temporais, conforme descrito na Tabela 20.

Tabela 20 - Previsão de recursos

Tipo de recurso	Descrição dos recursos
RECURSOS HUMANOS	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeira mestranda; • Enfermeiras tutoras da USP e UCC do ACeS; • Médica responsável pela vigilância epidemiológica da USP; • Professora Orientadora da Escola Superior de Enfermagem do Porto; • Enfermeira da Instituição Privada de Solidariedade Social (parceria); • Médico infeciologista (parceria); • Profissional de saúde capacitado para efetuar o rolle play; • Enfermeira de uma UF (Grupo de trabalho); • AT de uma UF do ACeS (Grupo de trabalho); • Médica de uma UF do ACeS (Grupo de trabalho);
RECURSOS MATERIAIS E FINANCEIROS	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeira especialista (30,09€) • 200 folhas de papel (3€); • 100 canetas (80€); • 100 águas 0.33cl (35€) • 40 testes rápidos de rastreio do VIH (66€); • 1 contentor corto perfurantes (3€); • 1 lixo biológico - Grupo III (2,48€); • 1 caixa de luvas (4,30€); • 40 compressas (24€); • Solução alcoólica a 90% (3,85€); • 40 lancetas (4,20€); • Combustível (60€); • Internet (40€) • Telemóvel (10€);
RECURSOS LOGÍSTICOS OU FISICOS	<ul style="list-style-type: none"> • Sala de reuniões ou auditório; • 40 cadeiras; • Mesa de apoio; • Viatura para deslocações;

	<ul style="list-style-type: none"> • Combustível;
RECURSOS TECNOLÓGICOS	<ul style="list-style-type: none"> • Computador; • Internet; • Telemóvel; • Retroprojektor; • Pen USB;

A aplicabilidade do projeto implica custos, sendo que para o enfermeiro especialista seria exigido segundo o valor de tabela 10,03€ por hora, sendo necessário efetuar cerca de 3 horas de formação, perfazendo um valor de 30,09€. A participação da Médica de Saúde Pública, Enfermeira da Associação Humanitária e do Médico Infeciologista para ministrar as formações, não acarreta qualquer custo, devido à parceria estabelecida. Os restantes custos, estão estimados na Tabela 20 apresentada acima.

3.6 Preparação da Execução

A preparação da execução “é a etapa do planeamento da saúde que tem mais pontos em comum com as fases que lhe são anterior e posterior” (Imperatori e Giraldes, 1993, p.149). No início desta etapa devem ser especificadas as atividades constituintes do projeto. Estas devem ser estabelecidas em função dos objetivos definidos, não devendo ser criadas atividades que não satisfaçam os objetivos previamente estabelecidos, tal só conduz ao desperdício de recursos (Tavares, 1990).

3.6.1 Educação para a saúde

Compete ao enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde comunitária e saúde pública estabelecer “programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados” (Regulamento nº428/2018, p.19355). Desta forma deve gerar, planear e executar intervenções para os problemas complexos de saúde pública, otimizando e maximizando os recursos disponíveis e necessários à consecução das atividades inerentes ao projeto e responder às orientações estratégicas, como os programas de saúde (Regulamento nº428/2018).

Alicerçado nas etapas iniciais do planeamento em saúde e de forma a responder às necessidades identificadas, em consonância com um dos objetivos gerais: Capacitar os profissionais do ACeS no âmbito da prevenção e gestão da Infecção pelo VIH, desenvolveu-se, um projeto individual de intervenção para os profissionais do ACeS, designado “VIHver por um dia”. que consistiu em três sessões de formação, onde cada uma aborda diferentes áreas da infeção pelo VIH.

O projeto “VIHver por um dia”, surgiu da motivação da equipa de VIH da USP pela temática e do departamento de formação do ACeS, demonstraram entusiasmo e necessidade de melhoria na área, mais especificamente na aplicação/acesso ao rastreio da infeção por VIH. Com este projeto, pretende-se a capacitação dos profissionais do ACeS no rastreio da infeção por VIH, na

abordagem ao utente sobre a prevenção de comportamentos de risco, assim como na melhoria contínua dos cuidados ao utente.

O nome do projeto representa a área de atuação e o facto de os profissionais, durante um dia de formação, poderem desenvolver competências que lhes permitam melhorar a qualidade dos cuidados no âmbito desta temática e consequentemente diminuir o estigma associado à infeção pelo VIH. No sentido de dinamizar o projeto e de o tornar mais apelativo no ACeS, foi desenvolvido um logotipo (Anexo 5) e um cartaz (Anexo 6), que foi distribuído pela URAP aos profissionais do ACeS, via e-mail

O projeto designado “VIHver por um dia”, incluiu três sessões de formação, sendo elas:

Sessão um: A primeira sessão destinada a médicos e enfermeiros (Anexo 7), contou com a parceria estabelecida com o médico especialista em infeciologista do hospital de referência do ACeS, para lecionar os seguintes conteúdos: fisiopatologia do vírus, formas de transmissão da infeção pelo VIH, diagnóstico da infeção, testes rápidos de quarta geração e TARV da infeção pelo VIH. Nesta primeira sessão a mestranda também interveio, onde abordou a temática da realização de testes rápidos no ACeS, baseado na norma de orientação clínica n.º 58/2011, revista em 10/12/2014 sobre “Diagnóstico e rastreio laboratorial da infeção pelo VIH” e recordou o indicador contratualizado pelo ACeS, indicador - 306, apresentando o gráfico disponível no BI CSP, onde é possível observar o “estado” de cada UF em relação ao denominador deste indicador. Para terminar esta formação, foi possível contar ainda com a parceria da médica interna de saúde pública, que abordou a epidemiologia do ACeS, assim como o número de incidência e prevalência dos casos de VIH e o “doente tipo” dos novos casos de VIH no ACeS, ou seja, a idade mediana e o sexo mais comum, que se mostra bem diferente da idade mediana onde mais se rastreia no ACeS e o sexo (anexo 8).

Para alcançar o objetivo de capacitar os profissionais do ACeS no âmbito da prevenção e gestão da infeção pelo VIH, foram delineadas para esta primeira intervenção um conjunto de atividades, que se apresentam na Tabela 21.

Tabela 21- Atividades desenvolvidas com a primeira sessão

Atividades	Reuniões com as enfermeiras orientadoras para orientação da formação online
	Formação de um grupo de trabalho para a construção da formação teórica online
	Reuniões com a médica interna de saúde Pública para apresentação da formação teórica online (Parte II -Epidemiologia do ACeS)
	Contato com a URAP para divulgação da formação junto dos profissionais de saúde do ACeS
	Elaboração da apresentação para a formação teórica online
	Construção do pré-teste e pós-teste de avaliação da formação teórica online

Sessão dois: A segunda sessão, foi direcionada também para médicos e enfermeiros (anexo 9) e que contou com a parceria da enfermeira responsável pela Associação Humanitária de

promoção da saúde da zona norte do país. Os conteúdos ministrados nesta sessão foram o estigma associado à infeção por VIH e na acessibilidade ao rastreio; ensinamentos/aconselhamento pré e pós-teste de rastreio, triagem para a aplicação do teste, colheita de informação junto do utente, aplicação do teste rápido (banca prática) e ligação/religação à rede de cuidados de saúde formais. As atividades desenvolvidas para a execução desta formação, estão descritas na Tabela 22.

Tabela 22 - Atividades desenvolvidas com a segunda sessão

Atividades	Reuniões com as enfermeiras orientadoras para orientação da formação prática de VIH;
	Reuniões com a enfermeira da Associação Humanitária para organização da formação
	Contato com a URAP para divulgação da formação junto dos profissionais de saúde do ACeS
	Construção do pré-teste e pós-teste de avaliação da banca prática de VIH para médicos e enfermeiros

Sessão três: Esta sessão, direcionada para AT (anexo 10), foi ministrada por um profissional capacitado em técnicas de comunicação e habilitado em formações nesta área. De forma, a capacitar esta classe profissional e lembrá-los de alguns pontos necessários para o exercício da sua profissão, como o atendimento ao utente numa sala de espera com outros utentes presentes, onde não existe privacidade, contou com um rolle play de comunicação assertiva, visto que a comunicação é um dos pilares da participação comunitária (Melo, 2020). Os conteúdos abordados junto desta classe profissional, foram: Ser profissional num contexto de relação com pessoas; A comunicação e a ética, como se ligam; Ser Humano e Pessoa Humana, o que escolher ser profissionalmente? e os dados pessoais e sensíveis e a sua salvaguarda no contexto profissional. As atividades desenvolvidas com o planeamento e execução desta formação, estão descritas na Tabela 23.

Tabela 23 - Atividades desenvolvidas com a terceira sessão

Atividades	Reuniões com as enfermeiras orientadoras para orientação da formação de rolle play de comunicação
	Reuniões com o profissional de saúde habilitado para ministrar o rolle play de comunicação, para organização da formação
	Contato com a URAP para divulgação da formação junto dos AT do ACeS
	Construção do pré-teste e pós-teste de avaliação do rolle play de comunicação assertiva para AT

3.6.2 Parcerias

De forma a responder ao objetivo geral proposto anteriormente: Capacitar os profissionais do ACeS no âmbito da prevenção e gestão da infeção pelo VIH, foi necessário estabelecer parcerias, que serão descritas adiante, para abordar as diferentes temáticas sobre o VIH, aos profissionais, como: Testes rápidos de rastreio da infeção por VIH, Fisiopatologia do vírus,

formas de transmissão, diagnóstico e referência, estratégias de comunicação, questões éticas e legais no atendimento ao utente e ainda sobre a epidemiologia do ACeS.

Desta forma, as parcerias estabelecidas para a formação em serviço foram: Uma médica da USP do ACeS, que se demonstrou disponível para abordar a epidemiologia do ACeS e as notificações via SINAVE que chegam até esta UF.

Para abordar a fisiopatologia, formas de transmissão do vírus, profilaxia e referência de utentes, foi contatado o serviço de infeciologia do hospital de referência deste ACeS, que demonstrou de imediato o seu interesse em colaborar, destacando assim um médico especialista.

Para abordar a realização de testes rápidos, era necessário um profissional com um percurso diferente, em relação ao teste rápido do VIH. Pelo que após uma longa conversa com a coordenadora de uma Associação Portuguesa de apoio aos utentes com VIH/SIDA na comunidade, da zona de Lisboa e Vale do Tejo, ficou explícito o trabalho que fazem nos ACeS daquela zona e as diferentes abordagens que existiam junto dos mesmos, pelo que esta parceria necessitava de ser presencial, de forma que os PS pudessem praticar a forma como é feito o teste rápido do VIH. Devido ao facto de ser uma Associação da zona de Lisboa e Vale do Tejo, a distância não era facilitadora do estabelecimento desta parceria, visto que são Associações com orçamentos muito restritos para o trabalho que desenvolvem na comunidade. Contudo a coordenadora desta associação, indicou o contacto de uma Associação da zona Norte que também faz este tipo de dinamização, com PS.

Desta forma, foi contactada a Associação Humanitária, que tem por objetivo a promoção da saúde através do desenvolvimento de projetos de prevenção, tratamento e reinserção social de pessoas toxicodependentes, trabalhadores do sexo e em condição de sem abrigo, a enfermeira responsável por esta associação, demonstrou de imediato interesse em colaborar e capacitar estes PS no rastreio da infeção pelo VIH, através do rastreio pelo teste rápido, e não só. Esta Associação tem um longo percurso junto comunidade e em especial junto de populações-chave, tendo um albergue para toxicodependentes e trabalhadores do sexo. Assim, a enfermeira responsável desta Associação Humanitária, acrescentou à formação a experiência que possuía junto destas populações, que outrora já haviam sido utentes do SNS, mas que neste momento se sentiam marginalizados, abordando assuntos como o estigma vivido por estes indivíduos e de que forma mantêm o contacto com estes grupos de risco, mostrando o trabalho efetuado na comunidade e junto destas populações-chave, apresentando também soluções à realização do teste rápido de rastreio do VIH de forma anónima, algo que neste momento não é possível nos CSP.

Para abordar os aspetos éticas e legais, junto dos AT num rolle play de comunicação, estabeleceu-se a parceria com um profissional de saúde, que apresentava um percurso consolidado na área da comunicação.

Para o decorrer destas sessões presenciais, foi necessário encontrar um espaço físico com capacidade física e estrategicamente bem localizado, de forma a aliciar os profissionais, dos três Concelhos que compõem este ACeS. Assim, foi escolhido o Concelho B, que compõe este ACeS, para o decorrer das sessões, visto que é um Concelho central, mais calmo e que tinha uma Associação de formação que possuía espaço físico e recursos logísticos, como estacionamento e de forma gratuita, para estas decorrerem sem intercorrências. Esta associação de formação, tinha diversas salas com capacidade para cerca de 30 pessoas, com mesas, cadeiras, retroprojektor e um bar. Tendo-se verificado disponibilidade da mesma e assim foi estabelecida uma parceria para o decorrer destas sessões neste local.

3.6.3 Elaboração de um Processo Assistencial do Rastreamento da Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana com Teste Rápido no ACeS

Este documento (Anexo 11), foi desenvolvido com o intuito de dar resposta às necessidades sentidas pelos profissionais do ACeS, quer no percurso do utente nas UF, quer na identificação dos utentes que têm critérios para efetuar o rastreio da infeção pelo VIH, quer no reencaminhamento dos mesmos para a consulta hospitalar.

Deste modo emergiu o objetivo: Definir o processo assistencial do rastreio da infeção por VIH no ACeS. Para isso, foi criado um grupo de trabalho constituído por um AT, um enfermeiro e dois médicos de UF diferentes do ACeS, em conjunto com a enfermeira orientadora da USP e da UCC, uma enfermeira que integra o grupo do VIH da USP, uma médica de saúde pública e a mestranda, que coordenou o grupo de trabalho. A constituição deste grupo de trabalho, foi pensada, de forma a possibilitar uma maior partilha de experiências e conhecimentos entre diferentes classes profissionais e UF, para assim ser um documento viável de operacionalização nas UF e junto dos profissionais, de uma forma adaptada à realidade prática de cuidados diários e ao circuito dos utentes, visando a melhoria contínua dos cuidados em saúde.

Este Processo Assistencial foi baseado na norma de orientação clínica da DGS n.º 58/2011 revista em 10/12/2014 sobre “Diagnóstico e rastreio laboratorial da infeção pelo VIH”, onde estabelece a indicação de realização de rastreio de VIH/SIDA e na experiência dos profissionais que integraram este grupo de trabalho. De modo a que este Processo Assistencial, fosse um documento passível de passar da teoria à prática e adaptado à realidade clínica dos CSP.

Após elaborado o documento, planeou-se e executou-se uma sessão online para a sua divulgação (Anexo 12). Este documento foi apresentado aos conselhos técnicos das UF (Anexo 13).

3.7 Monitorização e Avaliação do projeto

Avaliar compreende comparar alguma coisa a um padrão/modelo, tendo em consideração um valor de referência, e compromete uma finalidade operativa que é preciso corrigir ou melhorar. No caso da metodologia do planeamento em saúde, os valores de referência são o diagnóstico de situação efetuado no início do processo, assim como os objetivos ou metas definidas. Neste

sentido, a avaliação usa de maneira sistemática, a experiência de forma a existir uma melhoria da atividade em curso e desta forma planejar eficazmente, baseando-se em informações pertinentes, sensíveis e fáceis de obter (Imperatori & Giraldes, 1986)

Tavares (1992), acrescenta que a avaliação deve ser precisa e pertinente, determinando desta forma o êxito de um objetivo. Esta etapa, executada de uma forma correta permite uma comparação entre o estado inicial e final do processo de planeamento, relacionando as estratégias selecionadas e a pertinência dos objetivos estabelecidos, com as necessidades previamente identificadas.

Na opinião de Melo (2020), quando se concretiza esta etapa, completa-se o ciclo da metodologia do planeamento em saúde. “Depois de avaliados os resultados, comparam-se com as metas estabelecidas e analisa-se se foram atingidas as metas, se não foram atingidas ou se foram superadas e o processo de planeamento em saúde reinicia-se para a continuidade dos cuidados à comunidade, com uma resposta contínua, dinâmica e cíclica, mas em espiral, porque nada é igual ao que fora antes, dado a experiência modificar sempre o estado da comunidade” (Melo, 2020, p. 32).

É uma das competências do enfermeiro especialista em saúde comunitária na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública, avaliar programas e projetos de intervenção que visem à resolução dos problemas identificados. Para isso, este profissional deve monitorizar a eficácia dos programas e projetos de intervenção, tendo em conta os ganhos em saúde da comunidade (Regulamento nº428/2018).

Como referido já anteriormente o estágio de natureza profissional, realizou-se num momento de transição a nível nacional dos ACeS para ULS (Decreto-Lei n.º 52/2022 do Ministério da Saúde, 2022), o que acabou por afetar o trabalho desenvolvido, visto que a recolha de dados quando o momento das intervenções, já se encontrava em formato ULS. As atividades realizadas e o documento de trabalho do Processo Assistencial foi, contudo, enviado para o conselho de administração da ULS, para que pudesse ser analisado e generalizado à mesma. Assim, em relação ao indicador de resultado do PA, este só é possível medir quando o documento se encontrar em vigor no ACeS e após uma auditoria aos registos clínicos dos PS do ACeS, visto que com a implementação deste documento pretende-se melhorar os padrões de qualidade do registo clínico nos CSP (Anexo 11), relacionados com a temática do VIH, em especial a uniformização de informação, para assim visar a melhoria contínua dos cuidados em saúde, de forma a facilitar a consulta de informação sobre o utente. Na sessão online de divulgação do documento aos conselhos técnicos, estavam presentes 100% (n=19) dos conselhos técnicos das UF, exceto o CDP, que apesar de ter um percurso clínico próprio dos seus utentes, onde inclui o rastreio do VIH, esta UF acabou por estar presente em todas as outras formações, o que expressa o envolvimento que este projeto conseguiu a nível de todas as UF. Nesta sessão estiveram presentes 94,7% (n=54) de profissionais que fazem parte dos conselhos técnicos (n=57) do ACeS, ficando este documento à data de término do estágio, em discussão e

aprovação pelos conselhos técnicos de cada UF.

Para monitorizar cada atividade desenvolvida ao longo deste projeto, foram definidos indicadores de atividade. Neste subcapítulo pretende-se apresentar a monitorização de cada uma delas. Assim, os indicadores de atividade, encontram-se apresentados na Tabela 24.

Tabela 24 - Indicadores de atividade

Atividade	Indicador de atividade
Formação em serviço (1ª sessão)	$\frac{\text{N.º de PS que participaram na 1ª sessão}}{\text{N.º total de PS do ACeS}} \times 100$
Formação em serviço (2ª sessão)	$\frac{\text{N.º de PS que participaram na 2ª sessão}}{\text{N.º de PS do ACeS}} \times 100$
Formação em serviço (3ª sessão)	$\frac{\text{N.º de AT que participaram na 3ª sessão}}{\text{N.º de AT do ACeS}} \times 100$
Elaboração de um Processo Assistencial do Rastreo da Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana com Teste Rápido no ACeS.	$\frac{\text{Nº de conselhos técnicos presentes na discussão do Processo Assistencial}}{\text{N.º de conselhos técnicos do ACeS}} \times 100$

Ao longo das sessões formativas, todas as UF do ACeS selecionaram pelo menos um PS para se encontrar presente, tendo existido UF que em algumas sessões tiveram mais do que um PS presente, garantindo assim 100% de representatividade de todas as UF do ACeS.

Na sessão formativa online, designada primeira sessão, foi aplicado um questionário inicial (Anexo 14), que permitiu uma avaliação prévia dos conhecimentos existentes sobre os conteúdos que iriam ser ministrados e após o término das sessões foi aplicado o mesmo questionado, de modo a avaliar os conhecimentos adquiridos durante a formação, acrescentando apenas questões de satisfação da formação (Anexo 17), estes questionários foram apresentados através de um código Quick Response (QR) e de um link que ficou disponível no chat da formação, para quem tivesse dificuldade em aceder.

Na primeira sessão estiveram presentes 21,5% (n=63) PS de um total de 293 PS do ACeS, incluindo estudantes de medicina a efetuar o internato médico.

Quanto ao conhecimento adquirido nesta sessão, sobre a população-alvo a rastrear segundo a norma n.º 058/2011 atualizada a 10/12/2014 da DGS, os PS aumentaram 20,5% os seus conhecimentos, sendo que no questionário pós-intervenção os PS (n=63) atingiram 100% de respostas corretas, pelo que a meta foi atingida.

Relativamente ao conhecimento adquirido sobre as características dos novos casos de VIH no

ACeS, este aumentou 29,4%, tendo a meta sido superada.

Quanto ao conhecimento adquirido dos médicos e enfermeiros do ACeS sobre quais os grupos de risco em que a OMS sugere a implementação da PrEP, este aumentou 5,5% não tendo a meta sido atingida.

Relativamente ao conhecimento dos médicos e enfermeiros do ACeS sobre a profilaxia PrEP, este aumentou 40,1% tendo a meta sido superada.

Em relação ao questionário de satisfação da atividade 88,8% (n=56) dos PS, apresentaram uma satisfação global ≥ 4 , numa escala de 0 a 5.

Relativamente à sessão presencial para médicos e enfermeiros designada segunda sessão de formação em serviço, a forma de avaliação foi similar à primeira sessão, existindo um questionário inicial em formato de papel para enfermeiros e médicos (Anexo 15) e um questionário final igual ao inicial, que acrescia questões de satisfação da formação (Anexo 18).

Nesta sessão estiveram presentes 9,2% (n=27) de PS de um total de 293 no ACeS, incluindo estudantes de medicina a efetuar o internato médico.

Quanto aos conhecimentos dos profissionais presentes sobre a forma como funciona os testes rápidos de rastreio da infeção por VIH, estes aumentaram 22,7% tendo superado a meta de aumentar em 20% os conhecimentos dos PS sobre o funcionamento dos testes rápidos de rastreio da infeção pelo VIH.

Em relação ao questionário de satisfação da atividade 92,6% (n=25) dos PS, apresentaram uma satisfação global ≥ 4 , numa escala de 0 a 5.

Referente à terceira sessão presencial dirigida a AT, a forma de avaliação foi igual à segunda sessão, existiu um questionário inicial (Anexo 16) em formato de papel e um questionário final, que acrescia as questões de satisfação relativamente à formação (Anexo 19).

Nesta sessão estiveram presentes 17,5% (n=18) AT num total de 103 profissionais no ACeS.

Em relação aos conhecimentos adquiridos pelos AT sobre princípios éticos, estes aumentaram 25%, tendo superado a meta estabelecida de aumentar em 20% os conhecimentos desta classe profissional.

Em relação ao questionário de satisfação da atividade 100% (n=18) dos AT presentes na formação, apresentaram uma satisfação global ≥ 4 , numa escala de 0 a 5.

Com base na análise destes dados, de forma resumida, apresenta-se a avaliação das metas na Tabela 25.

Tabela 25 - Avaliação das metas definidas

Meta	Ganhos em saúde	Resultado
1 - Aumentar em 20% os conhecimentos dos médicos e enfermeiros do ACeS sobre a população-alvo a rastrear segundo a norma n.º 058/2011 atualizada a 10/12/2014 da DGS	Aumentaram 20,5% (De 70,5% para 100%)	Atingida
2 - Aumentar em 20% os conhecimentos dos médicos e enfermeiros do ACeS sobre as características dos novos casos de VIH no ACeS	Aumentaram 29,4% (De 40,9% para 70,3%)	Superada
3 - Aumentar em 20% os conhecimentos dos médicos e enfermeiros do ACeS sobre quais os grupos de risco em que a OMS sugere a implementação da PrEP	Aumentaram 5,5% De 57,4% para 62,9%)	Não atingida
4 - Aumentar em 20% os conhecimentos dos médicos e enfermeiros do ACeS sobre a Profilaxia PrEP	Aumentaram 40,1% (De 54,5% para 94,6%)	Superada
5 - Aumentar em 20% os conhecimentos dos médicos e enfermeiros do ACeS sobre a forma como se efetua o teste rápido de rastreio do VIH	Aumentaram 22,7% (De 43,6% para 66,3%)	Superada
6 - Aumentar em 20% os conhecimentos dos AT sobre princípios éticos	Aumentaram 25% (De 47,2% para 72,2%)	Superada

À data de elaboração do presente relatório não é possível avaliar o impacto do projeto desenvolvido, visto que o tempo necessário para avaliar o impacto deste, ultrapassa o limite temporal do estágio de natureza profissional. No entanto, foram definidos dois indicadores de impacto para o projeto, o indicador do ACeS - Indicador 306, que é de fácil consulta no website do BI CSP e o indicador de variação desenhado também apresenta os resultados no mesmo website. Assim, estes indicadores, serão monitorizados posteriormente, pelo que se considera o projeto bem-sucedido se forem alcançadas ou ultrapassadas as metas e os objetivos estabelecidos.

Quanto às estratégias utilizadas, considera-se que foram adequadas aos objetivos definidos. No caso específico das parcerias estabelecidas, estas demonstraram-se uma mais-valia para o projeto, acrescentando qualidade aos conteúdos ministrados e mostraram níveis de cuidados diferentes aos PS dos CSP, quer a nível hospitalar quer na comunidade, em especial no trabalho desenvolvido em contexto hospitalar e no terreno, junto de indivíduos portadores da infeção pelo VIH ou mesmo em população-chave como trabalhadores do sexo, UDI e HSH.

Ainda nesta etapa foram identificados possíveis obstáculos à execução deste projeto, sendo que as estratégias de resolução estabelecidas foram eficazes. Reforça-se a importância que a comunicação entre todos os envolvidos e os canais de comunicação encontrados (e-mail das UF e profissional) tiveram para a execução das atividades e na procura da consecução dos objetivos estabelecidos.

Segundo Imperatori e Giraldes (1993), a avaliação de atividades e projetos tem por objetivo produzir informações que possam ser utilizadas para melhorar a qualidade e eficácia dos mesmos. A aplicação da metodologia de planeamento em saúde, conduziu este processo até aqui, e é palpável a obtenção de ganhos, para a comunidade que de forma direta se traduz em ganhos em saúde e na melhoria contínua de cuidados, devido à mudança de conhecimentos, atitudes e práticas dos PS.

4 OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Durante o estágio de natureza profissional, que decorreu na USP e na UCC, quer no módulo I quer no módulo II foram propostas atividades inerente às unidades, de forma a desenvolver competências comuns e específicas enquanto futura enfermeira especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública.

Durante a passagem pela USP, foi possível participar em atividades de todas as áreas de intervenção da USP, permitindo uma melhor compreensão do trabalho desenvolvido.

Em relação às temperaturas extremas adversas, recebeu-se atempadamente o plano da DGS para o período de verão e de inverno, que foi posteriormente divulgado junto dos coordenadores das UF. Semanalmente é efetuado o controlo das temperaturas e no caso de temperaturas extremas é divulgado junto dos respetivos coordenadores, juntamente com as orientações para a população. No caso de temperaturas extremas no verão, é aconselhável beber água, usar roupas claras e frescas, andar pela sombra evitando as horas de maior calor. No inverno, devem usar roupas quentes por camadas, evitar roupas justas que dificultem a circulação sanguínea, proteger as extremidades com luvas, gorro, cachecol e meias e a temperatura da habitação deve ser mantida entre os 18°C e os 21°C. Normalmente estes conselhos seguem para a população em forma de cartaz ou vídeo.

Outra área que foi possível explorar foi a Rede de vigilância de vetores (REVIVE). Esta área é responsável pelas doenças transmitidas por vetores como mosquitos e carraças, que surgem das constantes alterações climáticas, demográficas e sociais, alterações genéticas de agentes infecciosos. Para isto é necessário um estudo da zona geodemográfica do ACeS (que é efetuada pelos técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica - saúde ambiental), para se conhecer quais as espécies existentes e predominantes daquela zona. Anualmente o INSA, emana um relatório sobre os cuidados a ter com determinada espécie, portas de entrada e de saída e cabe à USP fazer esta monitorização.

Relativamente aos equipamentos sociais, foi possível fazer uma visita a uma escola do 1.º CEB, em conjunto com a equipa de saúde ocupacional e dos técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica - saúde ambiental, para verificar as condições de trabalho, bem como o cumprimento das leis de trabalho e as normas da Análise de Perigos e Controlo de Pontos Críticos, comumente conhecida por HACCP. Nesta visita foi possível averiguar casas de banho sem luz, salas de aula com exposição solar direta sem estouros ou outro tipo de proteção para os alunos, fios expostos junto às mesas dos alunos, zonas da área comum interior sem chão, etc. Foi feita ainda a verificação da mala de primeiros socorros, que se encontrava com o material e medicação dentro da validade, e em que dentro desta se encontrava um folheto distribuído pela UCC (anteriormente) com o material necessário, prazos de validade após abertura e como devem ser armazenados após abertos.

No âmbito da vigilância epidemiológica, foi possível participar numa visita domiciliária com a médica de saúde pública responsável por esta área. Esta visita foi a um conjugue de um utente internado com Tuberculose, em que existia uma rede de contactos bastante extensa, pelo que era necessária perceber os locais que este frequentava, tal como as condições da habitação própria. Este último ponto é importante perceber, para se realizar os ensinamentos necessários ao isolamento e às rotinas diárias do casal quando a alta do utente.

A nível da saúde oral, encontrava-se na fase de apresentar dados semestrais, em reunião de equipa da USP, pelo que foi possível verificar o número de cheques distribuídos versus os que foram utilizados e fazer o reforço junto das escolas e das USF para a atribuição e uso dos mesmos.

O programa nacional VIH/SIDA e ISTs, foi aquele que me foi mais próximo, e foi possível perceber o que a USP faz junto das outras UF. Cabe ainda à USP pedir o material preventivo e informativo à ARS, para posteriormente distribuir por cada UF do ACeS. No âmbito deste programa foi possível fazer a vistoria a algumas USF, de modo averiguar se os expositores destes materiais se encontravam de forma acessível e visível ao utente.

Ainda na USP no âmbito do projeto que esta UF tem de formação e investigação, foi possível apresentar o documento de trabalho criado (Processo Assistencial do rastreio da infeção por VIH no ACeS), de modo a recolher ideias e melhorias dos diversos profissionais (assistentes técnicos, enfermeiros e médicos), para aperfeiçoar o percurso do utente e perceber se este documento teria viabilidade de funcionamento nas UF do ponto de vista da Saúde Pública.

Já na UCC existiram oportunidades de acompanhamento de outros enfermeiros especialistas, além do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária na área de Saúde Comunitária e Saúde Pública, para melhor conhecer o serviço prestado à população bem como a dinâmica intra e interprofissional, como se complementam e apoiam. Foi possível assistir a uma consulta de reabilitação respiratória de um utente. Outra das atividades consistiu no acompanhamento de uma enfermeira à atividade dinamizadas pela DGS, diabetes em movimento, um programa comunitário de exercício físico para pessoas com diabetes tipo dois. Esta atividade decorre todas as terças e quintas-feiras num pavilhão disponibilizado pela autarquia, onde uma enfermeira da UCC em conjunto com os utentes pratica exercícios de mobilidade.

No âmbito da saúde escolar, foi possível elaborar uma apresentação sobre ISTs, que foi apresentada a duas turmas de 10ºano de uma escola secundária da área de abrangência da UCC. Esta temática cruza-se com a temática deste projeto. Inicialmente, foi necessário verificar os conhecimentos existentes sobre a transmissão destas doenças, formas de prevenção e as manifestações das mesmas, junto dos adolescentes. Tendo em conta esta faixa etária, optou-se em conjunto com a enfermeira orientadora, por recorrer a um método que acabasse por chamar a atenção, pelo que foi mostrado imagens dos sinais e sintomas de algumas ISTs.

Todas as oportunidades experienciadas procuraram acrescentar valor tendo em vista o

desenvolvimento das competências gerais e específicas a adquirir e melhorar, enquanto futura especialista, desde oportunidades de formação, vistorias e visitas domiciliares, participação em projetos e acompanhamento dos profissionais em projetos específicos.

5 ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

No decorrer do percurso acadêmico inerente ao mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública é expectável o desenvolvimento de um conjunto de competências e aquisição de ferramentas para a atribuição de título de especialista, nesta área, pela Ordem dos Enfermeiros, conforme o referido anteriormente. Para isso ser passível de acontecer, é necessário encarar o estágio, como uma aproximação à realidade profissional, sendo suposto que neste ambiente formativo, exista por parte da mestrandia o desenvolvimento de atitudes e processos de autorregulação e que esta estimule, integre e mobilize os conhecimentos teórico-práticos adquiridos em contexto de sala de aula, através da simulação de situações reais em contextos distintos. Só com um papel ativo, o estudante que se apresenta como o ator principal neste processo, poderá aprender (Ferreira, 2013).

Os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área específica, devem possuir competências comuns que orientem a prática clínica, sendo estas regulamentadas pela Ordem dos Enfermeiros e publicadas em Diário da República. Estas competências encontram-se divididas em quatro domínios: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados; e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Neste sentido, e tendo em vista a consecução das competências esplanadas nos quatro domínios referidos anteriormente, com o desenvolvimento do estágio de natureza profissional, foram cumpridas as considerações éticas e legais inerentes e necessárias à elaboração deste projeto e às atividades desenvolvidas durante o mesmo, sendo sempre respeitados os direitos do indivíduo e da comunidade envolvida no projeto, agindo de acordo com as normas legais. Com as minhas intervenções enquanto mestrandia, apresentei uma conduta profissional ajustada ao contexto e norteada pelo código de ética de enfermagem, particularmente através das relações com os profissionais de saúde, elementos da comunidade deste projeto de intervenção, onde procurei sempre garantir o respeito pelo outro, suportar as tomadas de decisão com base nos conhecimentos adquiridos em contexto de sala de aula e da experiência prática. Em simultâneo as relações desenvolvidas com as enfermeiras orientadoras de estágio, com o departamento de formação do ACeS, coordenadora da USP e da UCC, departamento de recursos humanos do ACeS, grupo do VIH da USP, grupos de trabalhos para o desenvolvimento das atividades, e até das parcerias estabelecidas com os profissionais para ministrar as atividades, estas foram assentes num código de conduta ético profissional, que serviu de base para respeitar a diversidade individual de cada profissional e a sua experiência profissional e pessoal. A necessidade e a importância de estabelecer parcerias interinstitucionais sólidas de forma a garantir o sucesso deste projeto comunitário, são exemplo da importância desta dinâmica para a concretização deste projeto e para a robustez das atividades desenvolvidas, permitindo que os AT e os PS, deem resposta às necessidades dos seus utentes e comunidades, por forma a

efetuarem uma gestão de cuidados adequada a cada uma delas, assente em evidência científica atualizada e de forma articulada entre si, garantindo a qualidade dos cuidados prestados.

O desenvolvimento deste projeto teve como base a melhoria contínua da qualidade dos cuidados no ACeS. Através das atividades de intervenção junto das diferentes classes profissionais, foi necessário identificar os riscos, avaliá-los e conseqüentemente hierarquizá-los, de forma a identificar ações de melhoria. Foram assim, executadas intervenções para problemas específicos desta comunidade, de forma a melhorar a prestação segura de cuidados de saúde aos vários níveis de atendimento nos CSP, de forma integrada e num processo de melhoria contínua da qualidade do SNS (Despacho n.º 9390/2021).

Relativamente ao domínio da gestão dos cuidados, enquanto gestora do projeto, foi possível perceber a necessidade de otimizar a resposta das diferentes classes profissionais envolvidas, e melhorar a articulação entre os vários elementos, de forma a gerir os recursos disponíveis e a obter os melhores resultados.

Por fim, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais as competências foram alcançadas por meio do envolvimento pessoal e profissional da mestranda, que tiveram por objetivo capacitar a população-alvo, através de uma intervenção baseada na evidência científica, o que fomentou os meus conhecimentos teóricos e o desenvolvimento de competências comuns e específicas enquanto profissional de enfermagem e futura enfermeira especialista em saúde comunitária na área de saúde comunitária e de saúde pública, através disso foi possível promover a melhoria contínua do conhecimento para a prestações de cuidados de qualidade à comunidade. Durante todo o processo a constante resiliência apresentada foi a chave para dar respostas às dificuldades que pudessem surgir, só desta forma o meu envolvimento enquanto oradora em duas formações ministradas, onde foi necessário o recrutamento de competências comunicacionais, de confiança e de pensamento crítico-reflexivo junto da equipa de saúde, permitiu liderar o conteúdo apresentado. É uma verdade inquestionável que aos dias de hoje, os cuidados de saúde em geral, e os de enfermagem em especificamente, arcam cada vez mais peso e exigem cada vez mais capacidades técnicas e científicas, sendo a diferenciação e a especialização, um facto que inclui a generalidade dos PS (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

O estágio de natureza profissional torna-se desta forma, essencial para o desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista, sendo que estas, “são as que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área da especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades das pessoas” (Regulamento nº 140/2019, Diário da República, 2ª série- nº26 de 6 de fevereiro de 2019, p.4745). Assim a concretização deste relatório, permitiu o desenvolvimento destas competências comuns, que envolvem as dimensões da educação dos utentes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita

evoluir e melhorar de forma contínua os cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Como já foi referido anteriormente, a frequência de um curso de especialização em enfermagem, garante a aquisição de competências científicas, técnicas, humanas e culturais, adequadas à prestação de cuidados de enfermagem especializados numa determinada área clínica, provocando mudanças no modo como o enfermeiro exerce as suas funções (Moura, 2020). O estágio de natureza profissional aliado ao desenvolvimento deste projeto, teve também por objetivo o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem comunitária na área de Enfermagem de saúde Comunitária e de saúde pública, previstas no regulamento de competências, nomeadamente:

- a) Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
- d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018, p. 19354).

As atividades desenvolvidas através do estágio de natureza profissional, foram ao encontro das etapas do planeamento em saúde, esta surge como um processo de tomada decisão, exatamente o diagnóstico da situação, a determinação de prioridades, a fixação de objetivos, a seleção das estratégias, a elaboração e execução de um projeto de intervenção comunitária e a sua avaliação. Todas estas etapas foram explicadas nos subcapítulos anteriores e a cada uma delas está inerente às unidades de competência das primeira específica.

Para o desenvolvimento da competência específica “contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades” (Regulamento n.º 428/2018 da OE, 2018, p. 19354), participou-se numa atividade de saúde escolar que tem como principal objetivo promover estilos de vida saudáveis e a saúde da comunidade, melhorar a literacia em saúde. Esta atividade abordava as ISTs junto de adolescentes de duas turmas de 10ºano. Ainda para o desenvolvimento desta específica, as intervenções desenvolvidas ao longo deste projeto de intervenção, junto da comunidade de profissionais do ACeS, permitiu capacitar este grupo na temática do VIH, com vista à melhoria contínua dos cuidados em saúde.

De forma a cumprir a terceira específica, integrar a coordenação de Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do PNS, a realização deste relatório de estágio integrou programas nacionais, como PNISTVIH e pretendeu ir de encontro as necessidades de saúde identificadas no PNS 2030. A temática do VIH, em concreto, a deteção precoce da infeção por VIH, são estratégias fundamentais que necessitam de ser reforçadas, e neste sentido o PNS 2030, como grande linha de orientação estratégica indica a necessidade de reforçar ou manter a vigilância epidemiológica do VIH/SIDA.

O estágio de natureza profissional decorreu num momento a nível nacional em que existia um surto de sarampo, com alguns casos dispersos pela zona de Lisboa e Vale do Tejo e pela zona norte. Neste sentido a USP, procedeu à execução de um plano de contingência do sarampo para o ACeS e necessitou de averiguar a vacinação dos seus profissionais. Junto com a USP efetuei o levantamento de necessidades de vacinação e posteriormente efetuei algumas visitas às UF, para administrar a vacina a alguns profissionais do ACeS, de forma a completar o esquema vacinal necessário contra o sarampo. Esta atividade em conjunto com o desenvolvimento deste projeto, no sentido em que foi necessário conhecer o perfil epidemiológico do ACeS relativo à infeção por VIH e todas as intervenções são com o intuito de contribuir para a vigilância e deteção precoce, ajudou a cumprir a específica “Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico”.

Assim, todas as atividades relatadas no presente relatório contribuíram para a consecução dos objetivos de estágio, pelo que se considera ter adquirido um perfil de competências condizente com o de Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, conforme os Regulamentos n.º 140/2019 e n.º 428/2018 da Ordem dos enfermeiros.

Do mesmo modo, as atividades realizadas permitiram alcançar os objetivos inicialmente definidos, particularmente o desenvolvimento de uma consciência profissional sobre o papel do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública; aprofundamento das competências de conceção, gestão e supervisão de cuidados; desenvolvimento de competências no âmbito da prática clínica no contexto da USP e da UCC; e o contributo para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, no contexto da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Foi também possível consolidar a capacidade de suportar e incorporar a melhor evidência disponível na prática clínica.

Ao longo do desenvolvimento das atividades foram sentidas algumas dificuldades, transversais a cada sessão de formação, como a dificuldade em consolidar as datas e horários de preparação para as apresentações com as parcerias estabelecidas e a divulgação das sessões tardiamente junto dos profissionais do ACeS.

Em síntese, todas as oportunidades de aprendizagem e atividades executadas no âmbito do estágio de natureza profissional foram mais-valias para o desenvolvimento de competências e aquisição de conhecimentos no âmbito da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, permitindo a concretização dos objetivos inicialmente definidos. Todas as atividades relatadas no presente relatório contribuíram para a consecução do objetivo do estágio, pelo que se considera adquirido um perfil de competências condizente com o de Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, conforme os Regulamentos n.º 140/2019 e n.º 428/2018.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório do estágio de natureza profissional, permitiu explicar o percurso formativo, onde se pretendeu o desenvolvimento do perfil de competências de enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de saúde comunitária e de saúde pública. O decurso da sua elaboração exigiu o estudo e a pesquisa por adequadas e atualizadas referências teóricas, integrando os conhecimentos adquiridos durante o curso de mestrado em enfermagem comunitária na área de saúde comunitária e de saúde pública. Só desta forma foi possível refletir, planejar, prestar e avaliar os cuidados de saúde adequados e eficazes a grupos e comunidades, em contexto e articulação multidisciplinar.

O planeamento em saúde foi a metodologia que norteou a elaboração deste relatório, enquanto processo permanente, contínuo e dinâmico, revelando-se um excelente recurso para avaliar e capacitar a população-alvo.

Durante o decorrer do módulo I do estágio de natureza profissional, que ocorreu em duas UF distintas - USP e UCC, foi possível na USP efetuar a vigilância epidemiológica da zona de abrangência do ACeS e desta forma verificar as necessidades de saúde daquela população. Assim durante este primeiro módulo, devido à colaboração estreita das duas UF mencionadas anteriormente, utilizando a metodologia de planeamento em saúde foram desenvolvidas as etapas de diagnóstico de situação, definição de prioridades e fixação de objetivos. Sendo esta metodologia algo complexa, reconhece-se os desafios enfrentados ao longo das diversas etapas como o diagnóstico de situação e na preparação da execução do projeto. O módulo II, que decorreu nas duas mesmas UF do primeiro módulo, demonstrou-se mais operacional pelo que se desenvolveram as etapas de seleção de estratégias, previsão de recursos, preparação da execução e avaliação.

O desenvolvimento deste onde é enfatizada a metodologia de planeamento em saúde, a capacitação de grupos e comunidades, a coordenação de programas e projetos e a vigilância epidemiológica foram essenciais para atingir os objetivos do estágio de natureza profissional e o desenvolvimento de um perfil de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de saúde comunitária e de saúde pública.

Os objetivos pessoais e os estabelecidos para o decorrer do estágio (módulo I e II) foram atingidos, de uma forma gradual e consistente, as metas propostas foram alcançadas, exceto uma, que apesar de não atingida, teve um pequeno aumento. De referir que, com todo o esforço colocado ao longo do caminho trilhado, este relatório atingiu o meu propósito individual (aprendizagem), considerando-o assim como bem-sucedido.

Apesar da escolha da temática sobre o VIH, já estar relativamente pré-definida, foi uma experiência interessante e desafiadora poder trabalhar este conteúdo, vítima de tanto estigma, mas que me permitiu atualizar conhecimentos, conhecer as profilaxias, aprender normas,

procedimentos e *guidelines*. Além disso, uma das principais motivações para trabalhar a temática da infecção pelo VIH, foi a desmistificação da mesma, junto dos que detêm o papel principal na prevenção e rastreio da infecção por VIH, os profissionais dos CSP (DGS, 2021).

Através do desenvolvimento deste estágio, foi possível perceber a importância da atualização contínua de conhecimentos numa das muitas temáticas (VIH/SIDA) que encaram os CSP e que se encontra em constante desenvolvimento e melhoria, permitindo a esta infecção ser atualmente considerada uma doença crónica sob a profilaxia adequada, afastando cada vez mais a ideia de epidemia e de morte iminente, como nos primórdios da infecção. Conforme a pesquisa bibliográfica e a revisão da literatura efetuada ao longo deste relatório, estas indicam e reforçam a importância de um diagnóstico precoce, sublinhando para isso o acesso transversal e descomplicado de toda a população, ao teste rápido de rastreio da infecção pelo VIH. Só assim, é possível o indivíduo conhecer o seu estado serológico e travar a transmissão da infecção. Para este ponto ser linear e atingir as metas preconizadas pela DGS e por entidades mundiais como a ONUSIDA (INSA, 2023), é essencial identificar a população que cumpre os critérios de rastreio, conforme a norma da DGS n.º 58/2011 atualizada a 10/12/2014 sobre o “Diagnóstico e Rastreio laboratorial da Infecção pelo VIH” e a periodicidade com que estes indivíduos o devem fazer.

Em associação aos novos desafios demográficos da sociedade atual e às emergências sociais e de saúde, existe uma necessidade de atenção contínua por parte das organizações políticas e para isso é necessária uma manutenção do investimento em estratégias de prevenção, diagnóstico e tratamento da infecção de uma forma equitativa, sem estigma nem discriminação associado. No setor da saúde este trabalho, só é passível de ser efetuado, com a ajuda de organizações comunitárias, sociedade civil, parceiros científicos e o empenho político dos governos.

A representação médica da doença mudou, mas os significados sociais da infecção, profundamente marcados pelo estigma e discriminação construídos desde o início da epidemia, continuam preponderantes, com uma forte carga psicológica e social nas pessoas infetadas. A par com a integrante biológica da infecção e emoções, como o medo da discriminação, da rejeição e do estigma, são ilustrações que esta tem e que não podem ser descuidadas. Tornando-se fundamental, a capacitação dos profissionais de saúde para as emergências de intervenções psicológicas para pessoas que vivem com a infecção (Silva, 2022).

A enfermagem apresenta-se cada vez mais integrada não só na formação base como na formação contínua (que se pode apresentar de diversas formas), com o intuito de desenvolvimento e aquisição de novas competências para o desempenho da prática clínica. Isto acontece devido aos constantes desenvolvimentos tecnológicos e científicos, no entanto o principal objetivo dos profissionais que procuram esta diferenciação, será sempre a melhoria contínua de cuidados. Face ao referido anteriormente já em 1998 a Ordem dos Enfermeiros, no disposto na alínea c do Artigo 88º, refere que de forma a procurar a excelência do exercício da profissão, o enfermeiro assume a obrigação de “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos (...),

sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril, p.1755-1756). Foi com esse intuito que foram pensadas as sessões de formação sobre a infeção pelo VIH desenvolvidas neste relatório, de forma a que os profissionais do ACeS pudessem atualizar conhecimentos e trabalhar para a melhoria contínua dos cuidados em saúde. Sendo o Enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, o profissional de eleição para atuar na capacitação de grupos e/ou comunidades, foi também através do planeamento destas sessões de formação que me foi permitindo desenvolver e fortalecer competências comuns e específicas do enfermeiro especialista. Este profissional acaba a desenvolver um papel primordial na promoção da saúde, através da capacitação de grupos e/ou comunidades mediante a implementação de programas e projetos de intervenção comunitária.

Ao longo da confraternização efetuada com os profissionais do ACeS nas formações ministradas, foi possível perceber algumas dificuldades sentidas na prática clínica do seu dia-a-dia, referentes à temática da formação, em específico relacionadas com a prevenção e o rastreio da infeção pelo VIH. Todas estas dificuldades eram reflexo de aspetos organizacionais e estruturais do modelo de atenção básica em saúde, que obrigam o profissional de saúde a uma porção importante de respostas, às necessidades de saúde de grupos populacionais diversos e complexos. Outra dificuldade sentida durante o desenvolvimento deste trabalho, foi referente ao processo de transição dos ACeS para ULS, um processo que ainda se encontrava numa fase inicial e bastante desorganizado, com poucas normativas que orientem os profissionais e até a própria estrutura de funcionamento das UF. Este aspeto, teve algum peso no desenvolvimento do trabalho, como por exemplo na organização das formações, nos pedidos de autorização para as mesmas ocorrerem e na divulgação das mesmas junto dos profissionais do ACeS.

Outro facto que importa ter em conta, também ele referido pelos profissionais de saúde do ACeS, foi que ao momento da formação, não existia fornecimento de testes rápidos de rastreio para a infeção por VIH nas suas UF. Existindo mesmo UF que ao momento da formação não tinham stock de testes rápidos. Este aspeto, poderá ter algum peso na avaliação a longo prazo das atividades ministradas, visto que o número de testes rápidos de VIH realizados no ACeS, poderá ser menor do que o expectável, não porque as intervenções não tenham tido impacto nas práticas, comportamentos e atitudes dos profissionais, mas porque não existe material para rastrear a população e consequentemente aplicar os conhecimentos adquiridos.

Assim, é importante a implementação das estratégias políticas referidas anteriormente e a capacitação dos profissionais com vista a diminuir o número de pessoas diagnosticadas tardiamente ou que desconheçam o seu estado serológico. Não esquecendo que é fulcral adaptar-nos enquanto profissionais, às necessidades dos diferentes grupos de riscos e normalizar o rastreio por teste rápido, nos diferentes contextos sociais, reduzindo o estigma associado à infeção por VIH (Lima, 2019).

Futuramente, é fundamental continuar a investir nesta temática, não só junto dos profissionais,

que carecem de formação contínua, mas de uma forma extensível junto da comunidade, de forma a rastrear mais e mais precocemente a população em geral e os grupos de risco em específico. O trabalho inacreditável que as ONG/OBC efetuam na comunidade, necessita de ser estendido aos CSP, mas para isso é preciso encarar a temática com outros olhos e com outros bolsos.

Apesar de toda a satisfação com o trabalho desenvolvido e com os resultados alcançados, esta jornada foi marcada por desafios variados, porém levada a cabo com um grande compromisso e entusiasmo pelas atividades realizadas. Assim, das atividades de intervenção destaca-se a importância significativa da relação com os profissionais da área da saúde, o que se verificou uma das mais-valias deste projeto, permitindo o contato presencial com estes através das ações de formação, possibilitando assim momentos de reflexões importantes para a prática clínica e para a melhoria dos cuidados.

De todo o *feedback* recebido, o mais crucial, neste caminho foi o dos próprios profissionais, durante a participação nas formações ministradas. Também o interesse demonstrado quer por parte dos profissionais que coordenam o programa de VIH/SIDA, quer por parte do próprio departamento de formação do ACeS, foi motivador para continuar. Sabe-se que a importância de uma boa liderança é fundamental na implementação de qualquer intervenção comunitária e, aqui, determinou o envolvimento de todas as partes, quer no estabelecimento de parcerias, na aquisição de recursos importantes, na definição dos resultados que me propunha a obter e que poderiam ser traduzidos em potenciais ganhos em saúde, como a melhoria contínua de cuidados. Acredito que o trabalho realizado até aqui vai ter frutos, visto que existiu interesse por parte dos profissionais que coordenam o programa de VIH/SIDA, em estender atualmente ao formato de ULS (que engloba atualmente outros ACeS), estas capacitações dos seus profissionais, de modo a uniformizar procedimentos, tornando palpável o trabalho desenvolvido com este projeto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Serviço de Saúde (S/D). Internato médico. Administração Central do Serviço de Saúde, I.P. Administração Central do Serviço de Saúde. <https://www.acss.min-saude.pt/2016/09/12/internato-medico/>
- Administração Regional de Saúde do Norte. (2017). Infeção VIH/Sida - região norte - relatório 2017. Administração regional de saúde do norte, I.P. Departamento de saúde pública. https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/06/Relatorio_Infecao_VIH_Sida_Regiao_Norte_2017.pdf
- Angelim, R., Brandão, B., Marques, S., Oliveira, D., & Abrão, F. (2018). Representações e práticas de cuidados de profissionais de saúde às pessoas com hiv. Revista da Escola de Enfermagem da USP. Journal of School of nursing-University of São Paulo. <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/WQkCsgN5JQzVhc5hGJYM9DR/?lang=pt>
- Antunes, F., Maltez, F., Martins, A. & Roseira, M. (2021). Manual sobre SIDA (6ª edição). Permanyer.
- Bilhete de Identidade Cuidados de Saúde Primários (2024). Bilhete de identidade dos cuidados de saúde primários. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>
- Bilhete de Identidade de Indicadores de Monitorização e Contratualização (2023). Indicador 306 - Proporção de utentes consultados nos últimos 12 meses e sem rastreio VIH/SIDA que o efetuaram nesse período. <https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id=306&clusters=S>
- Carvalho, P., Barroso, S., Coelho, H., & Penaforte, F. (2019). Fatores associados à adesão à terapia antirretroviral em adultos: Revisão integrativa de literatura. Ciências & Saúde Coletiva, 24(7), 2543-2555. <https://www.scielo.br/j/csc/a/hwgHkxJgkv5TpcVPVTsLxs/?format=pdf&lang=pt>
- Censos (2021). Censos de Portugal em 2021: Resultados por tema e por concelho. PORDATA - Estatísticas sobre Portugal e Europa. <https://www.pordata.pt/censos/resultados/emdestaque-portugal-1075>
- Cerdeira, A., Germano, A., Magalhães, A., Malha, A., Trindade, A., Pimentel, E., Figueira, F., Cerqueira, J., Nunes, L., Vieira, M., Carvalho, M., Martins, M., Amaral, M., Bettencourt, M., Gonçalves, R., Deodato, S. & Carneiro, T. (2015). Deontologia profissional de enfermagem. ordem dos enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Correia, M., (2021). O impacto da profilaxia pré-exposição (prep) ao vih na europa [Obtenção do grau de Mestre em Ciência Farmacêuticas, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/52703>
- Decreto-lei n.º 104/1998, de 21 de abril. Ministério da Saúde. Diário da República: I-A série, n.º 93. <https://diariodarepublica.pt/dr/analise-juridica/decreto-lei/104-1998-175784>
- Decreto-lei n.º 101/2006, de 6 de junho. Ministério da Saúde (2006). Diário da República: I-A série, n.º 109. <https://ucccb.pt/wp-content/uploads/2014/04/Decreto-Lei-n%C2%BA-101-2006-de-6-de-junho.pdf>
- Decreto-lei n.º 137/2013, de 7 de outubro. Ministério da Saúde (2013). Diário da República: I série, n.º 193. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/137-2013-500071>

Decreto-lei n.º 79/2018, de 15 de outubro. Presidência do Conselho de Ministros (2018). Diário da República: I série, n.º 198. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/79-2018-116673879>

Decreto-lei n.º 58/2019, de 8 de agosto. Assembleia da República. (2019). Diário da República: I série, n.º 151. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/58-2019-123815982>

Decreto-lei n.º 71/2019, de 27 de maio. Presidência do Conselho de Ministros (2019). Diário da República: I série, n.º 101. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/71-2019-122403266>

Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto. Ministério da Saúde (2022). Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República: I Série, n.º 150. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/52-2022-187049881>

Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro. Presidência do Conselho de Ministros (2023). Diário da República: I Série, n.º 215. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>

Despacho n.º 10143/2009. Ministério da saúde (2009). Diário da República, II série, n.º 74. <https://files.dre.pt/2s/2009/04/074000000/1543815440.pdf>

Despacho n.º 1400-A/2015. Ministério da Saúde (2015). Diário da República: II série, n.º 28. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/02/028000001/0000200010.pdf>

Despacho n.º 15385-A/2016. Ministério da Saúde (2016). Diário da República: II série, n.º 243. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/sinave-lista-de-ddo-pdf.aspx>

Despacho n.º 1225/2018. Ministério da Saúde (2018). Diário da República: II série, n.º 1. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/1225-2018-114627297>

Despacho n.º 6860/2018. Ministério da Saúde (2018). Diário da República: II série, n.º 135. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>

Despacho n.º 1150/2021. Ministério da Saúde (2021). Diário da República: II série, n.º 19. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/1150-2021-155575942>

Despacho n.º 9390/2021. Ministério da Saúde (2021). Diário da República: II série, n.º 187. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

Despacho n.º 51/2022. Escola Superior de Enfermagem do Porto (2022). Diário da República: II série, n.º 2. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/doc/51-2022-177078760>

Direção Geral de Saúde. (2011). Orientação 018/2011. Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde, de 23/05/2011. <https://direitodamedicina.sanchoeassociados.com/arquivo/orientacao-n-0182011-de-23052011-mecanismos-e-procedimentos-de-identificacao-inequivoca-dos-doentes-em-instituicoes-de-saude/>

Direção Geral de Saúde. (2013). Norma 029/2012. Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI), de 29/12/2012, atualizada a 31/10/2013. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2012/12/28/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci/>

Direção Geral de Saúde. (2014). Norma 058/2011. Diagnóstico e Rastreio Laboratorial da Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), de 28/12/2011, atualizada a 10/12/2014. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2011/12/28/diagnostico-e-rastreio-laboratorial-da-infecao-pelo-virus-da-imunodeficiencia-humana-vih/>

- Direção Geral de Saúde. (2015). Norma 013/2014 - Uso e Gestão de Luvas nas Unidades. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2014/08/25/uso-e-gestao-de-luvas-nas-unidades-de-saude/>
- Direção Geral de Saúde. (2017a). Programa nacional para a infeção vih, sida e tuberculose 2017. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde. <https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/programa-nacional-para-a-infecao-vihsida/>
- Direção Geral de Saúde. (2017b). Norma 025/2017. Profilaxia de pré-exposição da infeção por vih no adulto, de 28/11/2017, atualizada a 16/05/2018. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/11/28/profilaxia-de-pre-exposicao-da-infecao-por-vih-no-adulto/>
- Direção Geral de Saúde. (2018). Infeção vih e sida I desafios e estratégias 2018. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde. <https://www.sip-spp.pt/media/nxklqszb/vih-e-sida-desafios-e-estrategias-2018-dgs.pdf>
- Direção Geral de Saúde. (2019). Norma 007/2019 - Higienização das Mãos, de 16/10/2019. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2021). *Plano nacional de saúde 2021-2023 - saúde sustentável: de todos para todos*. https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf Direção Geral de Saúde/Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge (2022). Infeção por vih em portugal 2022. DGS/INSA. <http://hdl.handle.net/10400.18/8383>
- Direção Geral de Saúde. (S/D). Normas de orientação clínica - nocs. processos assistenciais integrados. <https://nocs.pt/processos-assistenciais-integrados/>
- Diário da República (2016). Sistema de informação nacional de vigilância epidemiológica. Diário da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/lexionario/termo/sistema-informacao-nacional-vigilancia-epidemiologica>
- European Aids Clinical Society. (2020). Guidelines version 10.1 october 2020 english. https://www.eacsociety.org/media/guidelines-10.1_30032021_1.pdf
- European Center for Disease Control. (2022). Hiv/aids surveillance in europe 2021. https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/2022-Annual_HIV_Report_final.pdf
- Ferreira, C. (2013). O testemunho de uma professora-estagiária para um professor-estagiário: um olhar sobre o estágio profissional [Relatório de estágio com vista à obtenção do grau de Mestre, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. https://sigarra.up.pt/fep/pt/pub_geral.show_file?pi_doc_id=2465
- Ferreira, A. (2019). Mononucleose infecciosa e síndromes mononucleósicas: etiologia, fisiopatologia, diagnóstico e terapêutica [Dissertação de mestrado em ciências farmacêuticas, Faculdade de farmácia - universidade de lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/43299/1/MICF_Rita_Ferreira.pdf
- Fortin, M. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Lusodidacta - Sociedade portuguesa de material didático, Lda.
- Franco, V., Marques, L., Diniz, S., Assunção, V., Nogueira, A., Bragagnolo, J., Barezani, A. & Paim, M. (2021). A técnica de elisa e a sua importância para o diagnóstico clínico. Brazilian Journal of Development. Vol. 7, N.9, página 89877-89885.

<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/download/35988/pdf/91718>

- Gonçalves, M., Morgado, D., Sousa, B. & Maia, A. (2022). Hiv stigma scale: translation and validation of the short version to the portuguese population. *Revista psicologia*. Vol.36 (1), página 39-50. <https://revista.appsicologia.org/index.php/rpsicologia/article/download/1729/1057/7323>
- Heyman, J. & Congress, E. (2018). *Health and social work - practice, policy and research*. Springer Publishing Company.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Escola Nacional de Saúde Pública.
- INFARMED/ACSS/DGS/SPMS (2018). Circular normativa conjunta n.º 02/2018/Infarmed/ACSS/DGS/SPMS. Programa de acesso precoce para profilaxia de pré-exposição da infeção por vih-1 no adulto. <https://www.infarmed.pt/documents/15786/2398909/Programa+de+Acesso+Precoce+para+Profilaxia+de+Pr%C3%A9-exposi%C3%A7%C3%A3o+da+infe%C3%A7%C3%A3o+por+VIH-1+no+Aduto/68185369-bbc3-41c9-9f3a-4704881adbc8>
- Infopédia (2023). Dicionário infopédia da língua portuguesa. <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa>
- Instituto Nacional de Estatística (2021). Censos 2021. https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21_populacao&xpid=CENSOS21
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS: UNAIDS 2016-political-declaration-HIV-AIDS_en.pdf (unaids.org)
- Lei n.º 81/2009 de 21 de agosto de 2009. Diário da República: I série n.º 162. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/81-2009-488301>
- Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro de 2019. Diário da República: I série n.º 169. <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>
- Lima, I. (2019). ECAPC-VIH_CSP: perceção de competências dos enfermeiros de csp no controlo da infeção vih /sida: construção e validação de instrumento de medida. [Dissertação de mestrado em Enfermagem comunitária, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/31948>
- Lopes, A. (2018). *Qualidade de vida/bem-estar em pessoas com vih/sida. Estudo sobre uma população carenciada na cidade de lisboa* [Tese para obtenção do grau de Doutor no ramo de Ciências Sociais, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <https://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/15689>
- Loureiro, H. & Abreu, M. (2022). Modelos e estratégias de promoção da saúde dos trabalhadores e dos ambientes laborais. *International Congress of occupational health nursing (ICOHN)*
- Maia, A. & Gonçalves, M. (2016). *Necessidades psicossociais das pessoas que vivem com vih/sida na região norte de Portugal*. Centro de Investigação em Psicologia (CIPSI). Escola de Psicologia da Universidade do Minho. Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2017/12/Relatorio_necPsicossociais_dezembro_2016.pdf

- McCormack, S., Nosedá, V., & Molina, J. M. (2016). *Prep in Europe - expectations, opportunities and barriers*. Wiley Online Library. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.7448/IAS.19.7.21103>
- Melo, P., Silva, R., & Figueiredo, M. H. (2018). Os focos de atenção em enfermagem comunitária e o empoderamento comunitário: um estudo qualitativo. *Revista de Enfermagem Referência, IV* (19), 81-90. <https://doi.org/10.12707/riv18045>
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública*. (1ª edição). LIDEL
- Ministério da Saúde. (2016). *Classificação internacional de cuidados de saúde primários*. (2ª edição). ICPC-2e v4.4. http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/1_ICPC_2_4_4_VF.pdf
- Minnesota Department of Health. (2019). *Public health interventions: Applications for public health nursing practice* (2nd ed.).
- Moura, M. (2020). A unidade de saúde pública e o empoderamento comunitário [Relatório para a obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de saúde Pública]. Veritatis - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/35904/1/202505464.pdf>
- Oliveira, A. (2018). Para uma história do VIH/sida em Portugal e dos 30 anos da epidemia (1983-2013). Imprensa da Universidade de Coimbra. <https://ucdigitalis.uc.pt/pombalina/item/55103>
- Organização Mundial de Saúde. (1986). The 1st international conference on health promotion, Ottawa. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>
- Organização Mundial de Saúde. (2023a). Hiv & aids. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids?gclid=CjwKCAjwgsqoBhBNEiwAwe5w02jrbSz_sHv7ToN4v134JIQPAVsAhguegJbeC7JusWPosx2kUBUFyBoCFMMQAvD_BwE
- Organização Mundial da Saúde. (2023b). *Cuidados de saúde primários*. <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>
- Pisco, L., & Pinto, L. F. (2020). De Alma-Ata a Astana: o percurso dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, 1978-2018 e a génese da Medicina Familiar. *Ciência & Saúde Coletiva, 25*(4), 1197-1204. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31222019>
- Polit, D. & Beck, C. (2011) *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. (7ª edição). Artmed.
- Portaria n.º 22/2016 de 10 de fevereiro da Saúde. (2016). Diário da República: I série, n.º 28. <https://files.dre.pt/1s/2016/02/02800/0043600441.pdf>
- Portaria n.º 254/2018 de 7 de setembro da Saúde. (2018). Diário da República: I série, n.º 173. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/254-2018-116353279>
- Portugal. Ministério da saúde. Direção Geral de saúde/Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge: INSA. (2023). *Relatório infeção por VIH em Portugal*. <https://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/8786>
- Rabello, L. (2010). *Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspetiva comparada*. FIOCRUZ

- Regulamento n.º 348/2015. (2015). Diário da República: II série – N.º 118. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/06/118000000/1648116486.pdf>
- Regulamento nº428/2018. (2018). Diário da república: II série - n.º135. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Regulamento nº140/2019. (2019). Diário da república: II série - n.º26. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Relvas, R. (2018). Implementação e organização da formação em serviço na usf salus [Relatório de estágio final para obtenção do grau de mestre em Enfermagem Especialização em Gestão de Unidades de Saúde, Instituto Politécnico de Portalegre]. Repositório Comum. <https://comun.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23528/1/ESSTFC620.pdf>
- Rocha, A. (2018). Saúde mental, suporte social e adesão ao regime terapêutico: que associações no contexto da infeção pelo VIH/sida [Dissertação para obtenção de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. <https://comun.rcaap.pt/handle/10400.26/25738>
- Rocha, K., Silveira, A., Gazzola, A., Silva, D. & Eifler, R. (2020). O trabalho dos agentes comunitários de saúde (acs) na política de hiv/aids. *Psicologia, Conocimiento y Sociedad - version on-line* ISSN 1688-7026. <https://doi.org/10.26864/pcs.v10.n3.2>
- Rodger, A., Cambiano, V., Bruun, T., Vernazza, P., Collins, S., Degen, O., Corbelli, G. M., Estrada, V., Gerrett, A., Beloukas, A., Raben, D., Coll, P., Antinori, A., Nwokolo, N., Rieger, A., Prins, J., Blaxhult, A., Weber, R., Eeden, A. V., Brockmeyer, N. H., ... Lundgren, J. (2019). Risk of hiv transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the hiv-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (partner): final results of a multicentre, prospective, observational study. *National Library of Medicine (NIH)*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31056293/>
- Rotter, T., Jong, R., Lacko, S., Ronellenfitshch, U. & Kinsman, L. (2019). Improving healthcare quality in europe: characteristics, effectiveness and implementation of diferente strategies. *National Library of Medicine (NIH)*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549262/>
- Sabapathy, K., Baltzer, L., Larmarange, J., Block, L., Floyd, S., Iwuji, C., Wirth, K., Ayles, H., Fidler, S., Kanya, M., Petersen, M., Havlir, D., Dabis, F., Moore, J. & Hayes, R. (2022). Achieving the unaids 90-90-90 targets: a comparative analysis of four large community randomised trials delivering universal testing and treatment to reduce hiv transmission in sub-saharan africa. *BMC Public Health*. <https://researchonline.lshtm.ac.uk/id/eprint/4668905/1/Sabapathy-et-al-2022-Achieving-the-UNAIDS-90-90-90-targets.pdf>
- Santos, S. (2019). O empoderamento comunitário para a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem [Relatório de estágio para obtenção do mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Comunitária, Universidade Católica]. Veritati - Repositório Intitucional da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/36375>
- Silva, V. (2023). Empoderamento dos enfermeiros para a prevenção do VIH/sida - intervenção do enfermeiro de saúde pública [Relatório de estágio para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com a especialidade em Enfermagem Comunitária: Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, Universidade Católica]. Veritati - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/43592>

- Sistema Nacional de Saúde. (2018). Perfil de funções e competências dos secretários clínicos dos cuidados de saúde primários. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/06/PerfilFuncoesCompSecClinicoCSP.pdf>
- Sistema Nacional de Saúde. (2022). Despacho. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2023/01/C%C3%B3digo-%C3%89tica-e-Conduta-SGMS-final-16.12.2022.pdf>
- Sistema Nacional de Saúde (2024). Testes rápidos de rastreio de infeções por vih, vhb, vhc. <https://www.sns24.gov.pt/servico/testes-rapidos-de-rastreio-de-infecoes-por-vih-vhb-e-vhc/>
- Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. (2024). Dados de notificação da doença obrigatória vih/sida. [Dados consultados em abril 2024].
- Sottomayor, A., Brito, C., Castro, J., Barros, F., Carvalho, A., & Craveiro, I. (2019). Parcerias em saúde global e saúde das populações - O que esperar e como melhorar?. Repositório científico da Universidade de Coimbra. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/96718?locale=pt>
- Souza, G., Silva, V., Bandeira, E., Araújo, P., Mendes, A., Souza, M., & Silva, M. (2022). Papel do enfermeiro no cuidado do hiv/aids na terapia intensiva:revisão. *Research, Society and Development*, v.11, n9: e27511931762. <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/31762/27126/360666>
- Tavares, A. (1992). Métodos e técnicas de planeamento em saúde. (2.ª Edição). Lisboa: Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional do Ministério da Saúde.
- Werle, J., Teston, E., Rossi, R., Marcon, S., Sá, J., Frota, O., Júnior, M., & Andrade, G. (2021). HIV/AIDS e os determinantes sociais da saúde: estudo de série temporal. *Revista Brasileira de enfermagem* 2022;75 (4): e 20210499, 1-7. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0499>
- Werle, J., Teston, E., Rossi, R., Frota, O., Júnior, M., Cunha, G., Marcon, S., & Sato, D. (2022). Factors associated with death due to hiv/aids. *Acta Paulista de enfermagem*, 35:eAPE02837, 1-8. https://acta-ape.org/wp-content/uploads/articles_xml/1982-0194-ape-35-eAPE02837/1982-0194-ape-35-eAPE02837-en.pdf
- Winslow, C. (1920). The untilled fields of public health. *The American Association for the Advancement of Science*. <https://www.science.org/doi/10.1126/science.51.1306.23>

ANEXOS

Anexo 1 - Questionário sobre conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde sobre o VIH

Questionário sobre conhecimentos atitudes e práticas dos profissionais de saúde sobre o VIH

Este questionário insere-se no âmbito do Estágio de natureza profissional – Módulo I, do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. O objetivo geral deste questionário, é identificar os conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde (assistentes técnicos, enfermeiros e médicos), sobre o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), num Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) da região Norte de Portugal.

O preenchimento deste questionário demora cerca de **12 minutos** e o seu contributo é essencial para o sucesso deste diagnóstico de situação.

As respostas são **anónimas** e os dados serão tratados de forma **confidencial**, respeitando as indicações do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados.

É-lhe garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar no preenchimento deste questionário, sem qualquer tipo de consequências.

Em caso de dúvidas ou sugestões, envie e-mail para patrynascimento@hotmail.com

Agradeço a atenção dispensada!
Patrícia Nascimento

* Obrigatória

1. Declaro que consinto a participação neste questionário *

Sim

Não

2. Idade: *

3. Sexo: *

Feminino

Masculino

4. Estado Civil: *

Casado(a)/ União de facto

Solteiro(a)

Viúvo(a)

Separado(a)/ Divorciado(a)

5. Município onde exerce funções: *

Felgueiras

Lousada

Paços de Ferreira

6. Há quantos anos exerce a sua função? *

7. Há quantos anos trabalha nos Cuidados de Saúde Primários? *

8. Qual a sua habilitação académica? *

- 6ºano
- 9º ano
- 12º ano
- Licenciatura
- Mestrado
- Mestrado integrado
- Doutoramento

9. Nos últimos 5 anos teve alguma formação, sobre VIH? *

- Sim
- Não

10. Se respondeu que sim na pergunta anterior, que tipo de formação? *

- Seminário/Congresso/Jornadas/etc.
- Formação em Serviço
- Pós-graduada
- Outro

11. Qual a temática da formação ?

12. Sente ou alguma vez sentiu a necessidade da existência de formação no âmbito do VIH para a sua prática? *

- Sim
- Não

13. Alguma vez sentiu ou sente, que a falta de formação ou de informação sobre o VIH influencia na forma como aborda esta temática? *

- Sim
- Não

14. Quando pensa em VIH, qual a primeira palavra que associa? *

15. Do seu ponto de vista, existe estigma/repercussões na sociedade, associado à pessoa com VIH positivo? *

Sim

Não

16. Do seu ponto de vista, a forma como aborda esta temática, no contexto do seu desempenho profissional, tem influencia no estigma/repercussões vivido pelo utente? *

Sim

Não

17. A sua percepção sobre o VIH, influencia a sua prática profissional? *

Sim

Não

18. Tem conhecimento do perfil epidemiológico do VIH no seu ACES? *

Sim

Não

19. Tem conhecimento da existência de testes rápidos de rastreio/diagnóstico do VIH, na Unidade Funcional onde trabalha? *

Sim

Não

Não aplicável

20. A unidade funcional onde trabalha, promove a disponibilização de preservativos através de dispensador, colocado em local acessível ao utente? *

Sim

Não

21. A unidade funcional onde trabalha, promove a disponibilização de material de informação (cartazes/panfletos), em locais acessíveis aos utentes? *

Sim

Não

22. Classe profissional: *

- Assistente Técnico
- Enfermeiro(a)
- Médico(a)

23. Quando um utente se dirigir à sua unidade funcional, para solicitar um teste de rastreio para o VIH, qual a sua primeira abordagem? *

- Não sei como proceder
- Contato o/a enfermeiro(a)
- Contato o/a médica
- Agendo consulta médica
- Agendo consulta de enfermagem
- Não aplicável
- Outro

24. Apenas realiza testes rápidos de rastreio da infeção pelo VIH com prescrição médica? *

- Sim
- Não
- Não aplicável

25. A forma como aborda fisicamente (exemplo: toque, exame físico), um utente com VIH positivo é igual a qualquer outro utente? *

Sim

Não

26. Quando um utente com VIH positivo tem a necessidade de efetuar algum procedimento invasivo, tem maior precaução, nomeadamente no uso de medidas de proteção individual?

Sim

É igual no caso de qualquer outro utente

Não

27. Quando um utente o questiona sobre a temática do VIH, tem em atenção o seu comportamento na abordagem do caso e preserva a ética? *

Sempre

Frequente

Às vezes

Raramente

Nunca

28. Onde estão armazenados/disponíveis os testes rápidos de rastreio da infeção por VIH na sua Unidade Funcional? *

- Em todos os gabinetes de enfermagem
- Em todos os gabinetes médicos
- Numa sala/armário partilhado por toda a equipa
- Desconheço
- Não aplicável

29. Qual o teste que usa (prescreve/realiza) na sua unidade funcional, para rastreio da infeção por VIH aos seus utentes? *

- Laboratorial
- Teste rápido de 4ª geração
- Não aplicável

30. Tem por hábito propor o teste de rastreio de infeção por VIH nas consultas ao seu utente? *

- Sim
- Não
- Não aplicável

31. Com que frequência propõe ao utente nas suas consultas, a realização do rastreio de infeção por VIH? *

- Sempre Frequente Às vezes Raramente Nunca
-

32. Quando solicita/realiza um teste de rastreio da infeção por VIH, pede consentimento ao utente? *

- Sim
- Não

33. Onde regista o resultado do rastreio? *

- "Meios Complementares de Diagnostico e Terapêutica (MCDT)"
- Mapa de cuidados: Intervenção e atitude terapêutica
- Plataforma da DGS "SINAVE"
- Base de dados "QES" da ARSN
- Outro

34. Quando o utente recusa a realização do rastreio, faz o registo dessa recusa? *

Sim

Não

35. Tem conhecimento sobre as normas e orientações da DGS relativas ao controlo da infeção por VIH? *

Sim

Não

36. Que grupos vulneráveis tem indicação segundo Norma da DGS para o rastreio da infeção por VIH, para serem rastreados? *

- Grávidas
- Hemodialisados
- Dadores de Sangue
- Crianças menores de 18 anos
- Utentes com comportamentos de risco
- Sem abrigo
- Reclusos
- Dadores e recetores de órgãos transplantados
- Toda a população quando houver tempo de consulta
- Utentes com Tuberculose ou Hepatite(s)
- Não sei

37. Segundo a Norma da DGS para o rastreio da infeção por VIH, como se deve proceder no caso de um teste rápido de rastreio ser reativo? *

- Repetir o teste rápido
- Pedir teste laboratorial
- Referenciar para consulta de especialidade
- Não sei

38. Sente-se confortável em conversar, sobre os comportamentos de risco do utente? *

Sim

Não

39. De que forma aborda a prevenção de comportamentos de risco e/ou de transmissão da infeção por VIH, com o utente? *

Fornecimento de material preventivo (exemplo: preservativos)

Fornecimento de material informativo (exemplo: panfletos)

Referenciar para consulta de especialidade (Exemplo: medicação Profilaxia Pré Exposição)

Não me sinto à vontade para abordar este tema com os utentes

Não tenho tempo nas consultas para abordar esta temática

Utilizo/indico websites de instituições próprias

40. Com que frequência, trabalha a prevenção de comportamentos de risco e/ou de transmissão da infeção por VIH, com o utente anualmente? *

	Sempre	Frequente mente	Às vezes	Raramente	Nunca
Fornecimento de material preventivo (exemplo: preservativos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fornecimento de material informativo (exemplo: panfletos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Referenciar para consulta de especialidade (Exemplo: medicação Pr ofilaxia Pré Exposição)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizo/indico websites de instituições próprias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outro(s)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

41. Considera que tem conhecimentos/técnicas de abordar os comportamentos de risco do utente? *

Sim

Não

42. Enquanto profissional de saúde, quais os comportamentos de risco que têm influência direta na transmissão do VIH? *

	Muita influência	Alguma Influência	Não tem influência
Utentes com historial de utilização de drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Homens que tiveram sexo com outros homens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relações desprotegidas com diversos parceiros sexuais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

43. Os utentes com comportamentos sexuais de risco, com que periodicidade devem realizar o rastreio de infeção pelo VIH? *

- De 6 em 6 meses
- Anualmente (pelo menos)
- Uma vez na vida

44. Tem conhecimento sobre a profilaxia Pré-Exposição? *

- Sim
- Sim, mas necessitava de mais formação
- Não, necessito de formação

45. Tem conhecimento sobre a Profilaxia Pós-Exposição? *

- Sim
- Sim, mas necessitava de mais formação
- Não, necessito de formação

46. Do seu ponto de vista porque motivo não propõe/realiza o teste a um maior número de utentes? *

- Demora na realização do teste
- Não saber como propor/abordar o tema
- "Medo" de comunicar o resultado ao utente
- Ter um resultado reativo sem prescrição médica
- Não saber qual o próximo passo, no caso de um resultado reativo
- Não ter acesso/Não saber os contatos de referência hospitalar
- "Medo" da reação do utente à realização do teste
- "Medo" de não corresponder às dúvidas do utente
- Nenhum

47. Considera importante a existência no seu ACES, de um procedimento para o rastreio da infeção por VIH aos utentes? *

Muito importante


Importante


Nada importante


Este conteúdo não foi criado nem é aprovado pela Microsoft. Os dados que submeter serão enviados para o proprietário do formulário.

 Microsoft Forms

Anexo 2 - Pedido de autorização ao Conselho Clínico do ACeS

 **REPÚBLICA PORTUGUESA**
SAÚDE

 **SNS** SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

 **ARS NORTE**
Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.

Projeto / Estudo n.º ____ / ____
Data de Receção: ____ / ____ / ____

PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO

Identificação do(s) investigador(es) do estudo

Nome Completo: Patrícia Isabel Ferreirinha do Nascimento

Contacto telefónico: 917953299

E.Mail: patrynascimento@hotmail.com

Qualificação Académica: Licenciatura

Funções que desempenha: Enfermeira
Instituição: _____

Designação do Estudo: Uma perspetiva na abordagem à prevenção e controlo da infeção por Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) em Cuidados de Saúde Primários (CSP)

Área científica em que se enquadra o estudo: Ciências da Saúde (Código CORDIS 01) – Infeções (Código CORDIS 01.02.01.24)

Vigência do Estudo (Data de princípio e de fim): Data de início: 01 maio 2023 | Data de fim: 31Maio 2024

Tipo de análise (quantitativa, qualitativa): Quantitativa

Palavras – chave: (Termos DeCS/MeSH) Atenção Primária à Saúde; Pessoal de Saúde; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

Co-Investigador(es) (quando aplicável)

Nome(s) Completo(s): _____



OUTROS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS (Exemplo: Orientador)

Nome Completo:
Instituição: ACES

Nome Completo:
Instituição: ACES

Nome Completo: Margarida Abreu
Instituição: ESEP

OUTRAS INFORMAÇÕES SOBRE ESTUDO

Objetivo Geral: Contribuir para o diagnóstico de situação sobre a implementação do rastreio da infeção por VIH nas equipas de saúde familiar (UCSP/USF

Metodologia: Planeamento em Saúde

População alvo: Assistentes técnicos, Enfermeiros e Médicos de Família do ACES

Critérios de inclusão: Exercer funções r

Método de recolha dados (anexar instrumento recolha): Questionário de desenho próprio aplicado via Forms Office 365.

Descrição do que consiste a colaboração do ACES:

- Colaboração na divulgação/envio via e-mail institucional do questionário online, aos enfermeiros e médicos das USF e UCSP para efetuar o diagnóstico de situação;

- Divulgação de outras informações decorrentes das estratégias definidas no projeto de intervenção

Termo de Responsabilidade

Declaro assumir a liderança científica do projeto / estudo e as responsabilidades decorrentes da sua boa execução, bem como a dar feedback do estudo em causa e suas conclusões ao [redacted] sa Norte.

Data: 11/5/2023

Assinatura: [redacted]

PARECER CONSELHO CLÍNICO E DE SAÚDE

Favorável

Não Favorável

Data: ____/____/____

Assinatura: _____





PARECER RESPONSÁVEL PELO ACESSO À INFORMAÇÃO (RAI)

Favorável

Assin
Cam
Num.
Data:

ção Favorável

Data: ____/____/____



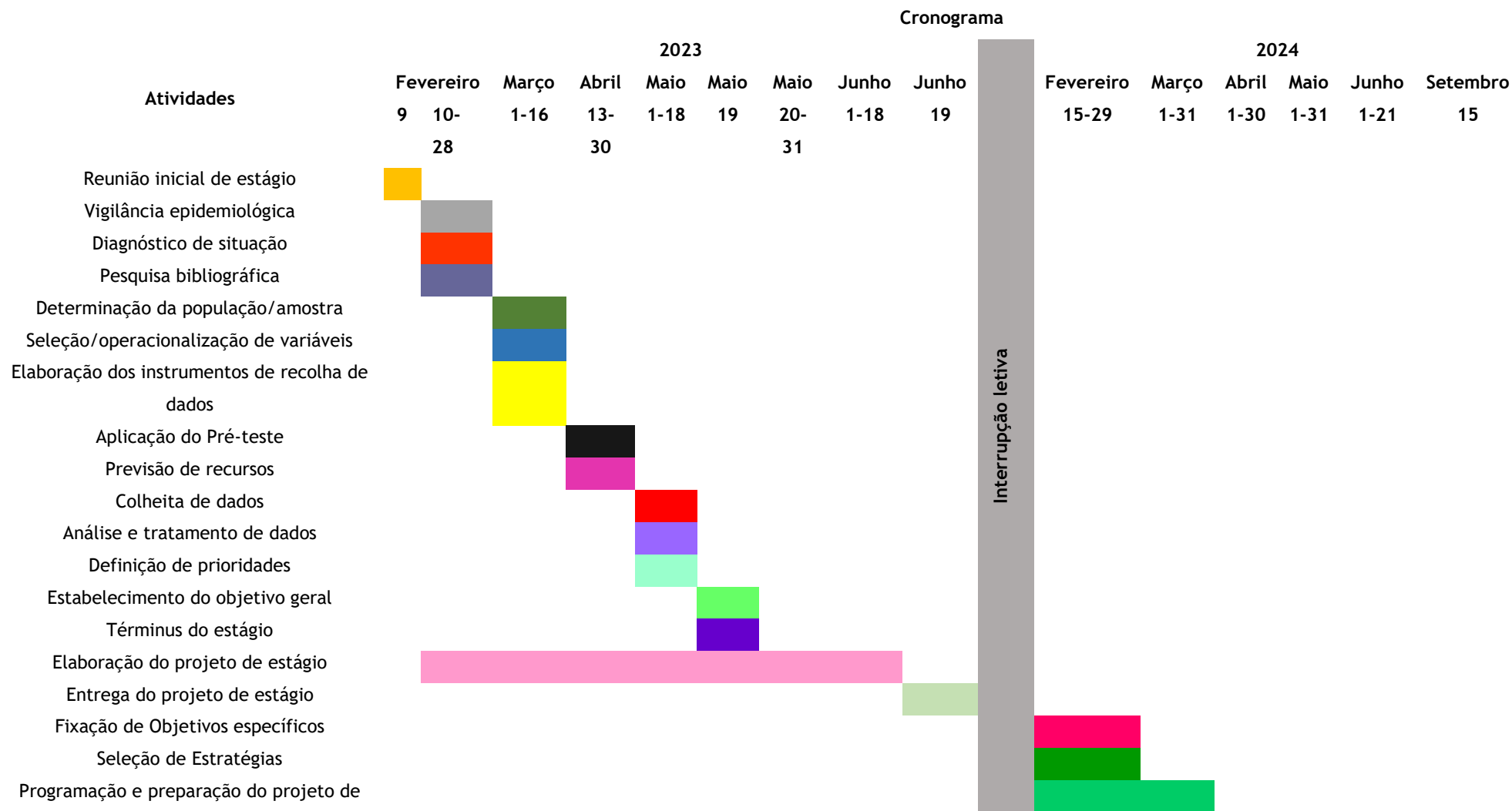
Assinatura: _____

DIRETOR EXECUTIVO

N
Assinado p
Num. de l
Data: 2023



Anexo 3 - Cronograma



intervenção
Identificação dos métodos e recursos das
intervensões
Implementação das intervenções
Monitorização e avaliação das intervenções
Elaboração do relatório final
Entrega do relatório final



Anexo 4 - Método de priorização DARE

P	UCC	USF	Coordenador		Aluna	Média
			UF	Regional		
P1	96	93	96	100	80	93
P2	96	93	79	98	94	92
P3	86	86	63	84	82	80,2
P4	69	69	37	50	70	59
P5	90	90	51	90	82	80,6
P6	58	58	49	68	88	64,2
P7	73	73	69	100	85	80
P8	90	90	73	90	91	86,8
P9	90	90	86	90	65	84,2
P10	90	90	87	90	80	87,4
P11	90	94	40	90	90	80,8
P12	82	78	70	81	81	78,4
P13	90	89	69	84	82	82,8
P14	90	87	90	89	82	87,6
P15	90	86	92	88	93	89,8
P16	55	55	30	55	63	51,6
P17	100	100	100	100	95	99
P18	55	55	70	45	96	64,2
P19	67	67	82	67	91	74,8
P20	67	67	73	67	91	73
P21	91	88	98	91	86	90,8
P22	100	70	64	80	80	78,8

Anexo 5 - Logotipo



SESSÃO DE FORMAÇÃO
PRÁTICA

VIHVER POR UM DIA

21 DE MAIO 2024



LOCAL: CENTRO DE FORMAÇÃO DE X

ENQUADRAMENTO

Passados mais de 40 anos desde o primeiro caso do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), em Portugal, foram notificados 66 061 casos em Portugal¹.

Os profissionais de saúde, reconhecem a infeção como um assunto de difícil abordagem na comunidade. Ao abordar a infeção do VIH com o utente, transparece a ideia de invasão da privacidade e ofensa, proporcionando o distanciamento do mesmo com o profissional de saúde e consequentemente a marginalização dessas pessoas nos serviços de saúde². Num contexto de procura de saúde, torna-se preocupante os comportamentos preconceituosos e desprovidos de imparcialidade, em especial com a população de risco, por parte daqueles que lhes prestam cuidados, que têm o dever de proteger, apoiar e tratar. Estes acontecimentos, têm influência direta no papel preventivo dessas populações-alvo, dificultando o acesso à prevenção a estas populações, à concretização de testes de rastreio e tratamento da própria infeção, sabendo que decorrem desta situação serológica, outras infeções, mais co morbilidades, tal como uma maior taxa de mortalidade³. É por isso, fundamental que os profissionais de saúde sejam capazes de realizar uma abordagem holística e humanizada, no cuidado às pessoas com infeção por VIH.

1 INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DOUTOR RICARDO JORGE, IP. [INSA]. (2023). INFEÇÃO POR VIH EM PORTUGAL. NOVEMBRO DE 2023. MINISTÉRIO DA SAÚDE: LISBOA, PORTUGAL;
2 ROCHA, K., SILVEIRA, A., GAZZOLA, A., SILVA, D. & EFLER, R. (2020). O TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS) NA POLÍTICA DE HIV/AIDS. PSICOLOGIA, CONOCIMIENTO Y SOCIEDAD - VERSION ON-LINE ISSN 1688-7026. [HTTPS://DOI.ORG/10.26844/PCS.V10.N3.2](https://doi.org/10.26844/PCS.V10.N3.2)
3 LIMA, I. (2019). ECAPC-VIH_CSP: PERCEÇÃO DE COMPETÊNCIAS DOS ENFERMEIROS DE CSP NO CONTROLO DA INFEÇÃO VIH /SIDA: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO DE MEDIDA. DISSERTAÇÃO DE MESTRADO. ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO). [HTTP://HDL.HANDLE.NET/10400.24/31948](http://hdl.handle.net/10400.24/31948);

SESSÃO DE FORMAÇÃO
PRÁTICA

VIHVER POR UM DIA

21 DE MAIO 2024



LOCAL: CENTRO DE FORMAÇÃO DE X

PROGRAMA

MÉDICOS E
ENFERMEIROS

SESSÃO PRÁTICA

Enfermeira C
Associação Y

9-12H

TESTES RÁPIDOS DE VIH

ASSISTENTES
TÉCNICOS

SESSÃO PRÁTICA

Prof. Doutor P
Escola Superior de Enfermagem
do Porto
14-17H

COMUNICAÇÃO ASSERTIVA

Anexo 7 - Plano de sessão I

Tema: VIHver por um dia	Local: Online
População Alvo: Médicos e enfermeiros do ACeS	Data(s): 5 de maio de 2024
Formadora: Enfermeira Patrícia Nascimento; Médica interna de Saúde Pública e Médico especialista de infeciologia	Hora: 11:00- 13:00h
	Duração: 120 min
Objetivo geral: Capacitar os profissionais do ACeS no âmbito da prevenção e gestão da Infeção pelo VIH até junho de 2024;	Sessão: 1 de 3

Etapa	Objetivo Específico	Conteúdo	Método	Recursos	Avaliação	Duração
Introdução	-Divulgar os objetivos estipulados para esta sessão de formação; -Verificar os conhecimentos pré-existentes.	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação pessoal e profissional dos formadores; • Apresentação do projeto; • Apresentação da formação e objetivos. 	Expositivo	Computador com Ligação à Internet; Apresentação em PPT.		10min

<p style="text-align: center;">Desenvolvimento</p>	<p>-Aumentar o conhecimento sobre o estado epidemiológico do ACeS; -Mostrar a incidência e prevalência de VIH no ACeS; -Indicar o número de testes rápidos efetuados a nível Nacional, ARS Nortes e ACeS; -Consciencializar para a importância da realização de testes rápidos do VIH e consequentemente para um diagnóstico precoce; -Habilitar os profissionais de conhecimentos básicos acerca do ciclo de vida e fisiopatologia do vírus bem como da evolução natural da infeção por VIH; -Educar acerca das principais vias de transmissão do vírus; -Informar acerca do papel do tratamento, da PrEP e da PPE/PEP como forma de prevenir a transmissão.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Epidemiologia do ACeS; • Testes rápidos de rastreio da infeção por VIH; • Testes rápidos de quarta geração; • Diagnóstico da infeção pelo VIH; • Etiologia e fisiopatologia do VIH; • Formas de transmissão da infeção pelo VIH; • Tratamento da infeção pelo VIH. 	<p style="text-align: center;">Expositivo</p>	<p>Computador com Ligação à Internet; Apresentação em PPT.</p>	<p>Avaliação pré-formação e após a sessão, através de questionário de autopreenchimento</p>	<p>100min</p>
<p style="text-align: center;">Conclusão</p>	<p>-Esclarecimento de questões; -Síntese e avaliação dos conteúdos abordados.</p>	<p>Revisão dos conteúdos ministrados na sessão; Avaliação da sessão; Efetuar ponte para a 2ª sessão.</p>	<p style="text-align: center;">Expositivo</p>	<p>Computador com Ligação à Internet; Videoprojector; Apresentação em PPT.</p>		<p>10min</p>

Anexo 8 - Apresentação da sessão online para médicos e enfermeiros



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



VIHVER POR UM DIA

MAIO 2024



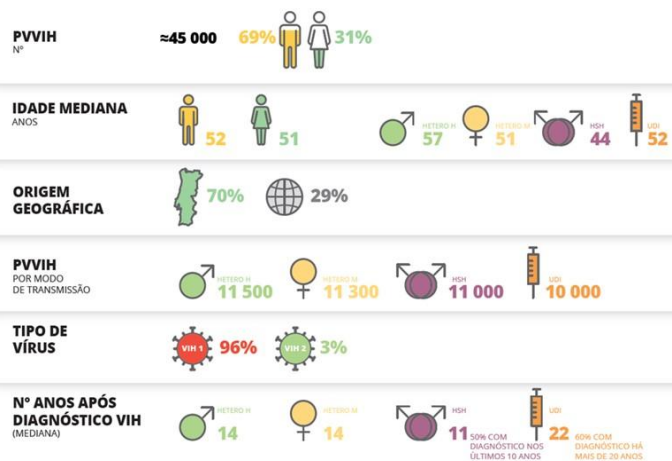
QR CODE – pré-intervenção



Sumário

- Perfil epidemiológico nacional e local;
- Rastreamento da infeção por VIH
 - Norma de orientação clínica - 58/2011, revista em 10/12/2014 sobre “Diagnóstico e rastreio laboratorial da infeção pelo VIH”
 - Realização de testes rápidos de VIH nos Cuidados de Saúde Primários;

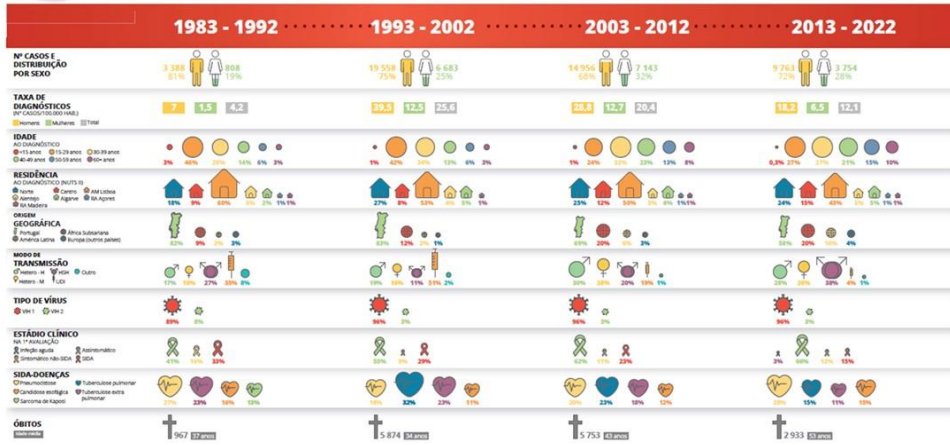
Características das pessoas que vivem com VIH em Portugal, em 2022, conhecendo o seu diagnóstico



Infeção por VIH em Portugal – 2023. Lisboa: DGS/INSA; 2023

4 DÉCADAS DE INFEÇÃO VIH EM PORTUGAL

(DADOS A 30/06/2023)



Infeção por VIH em Portugal – 2023. Lisboa: DGS/INSA; 2023

Rastreo VIH



Norma de orientação clínica - 58/2011, revista em 10/12/2014 sobre “Diagnóstico e rastreio laboratorial da infeção pelo VIH”

Objetivos:

- Mais pessoas conhecerem o seu estado serológico relativamente à infeção por VIH;
- As pessoas infetadas efetuarem o diagnóstico mais precocemente e poderem iniciar mais cedo o tratamento;
- Diminuir o número de recém-nascidos infetados por VIH;
- Diminuir o estigma e a discriminação associados à realização do teste;
- As pessoas infetadas por VIH tomarem as medidas indispensáveis para impedir a transmissão da infeção a outras pessoas.

Pelo menos uma vez na vida entre os 18 e os 64 anos;

Rastreo VIH



Mais específico em:

- Utentes a quem seja necessário realizar diagnóstico diferencial de infeção por VIH;
- Utentes a quem foi diagnosticada uma infeção sexualmente transmissível;
- Parceiros sexuais de homens e mulheres a quem foi diagnosticada infeção por VIH;
- Homens que tiveram sexo com outros homens;
- Mulheres parceiras de homens que tiveram sexo com outros homens;
- Pessoas com história de utilização de drogas;
- Homens e mulheres originários de países com elevada prevalência de infeção por VIH (> 1%);
- Homens e mulheres que tiveram sexo no estrangeiro ou em Portugal com pessoas de países de elevada prevalência;
- Reclusos;
- Populações nómadas;
- Sem abrigo;
- Utentes de centros de aconselhamento e deteção precoce da infeção por VIH (CAD).

Rastreo VIH



Por rotina:

- Grávidas (de acordo com a Circular Normativa n.º 01/DSMIA, de 04/02/04 - “Gravidez e Vírus da Imunodeficiência”);
- Crianças nascidas de mães que recusaram a realização do teste para pesquisa de VIH durante o período pré-natal;
- Nas mulheres em idade fértil no âmbito dos cuidados pré-concepcionais (de acordo com a Circular Normativa n.º 2/DSMIA de 16/01/06 “Prestação de Cuidados Pré-Concepcionais”);
- Dadores de sangue;
- Utentes em diálise;
- Dadores e recetores de órgãos transplantados.

Rastreo VIH



Referenciação hospitalar:

- VIH-1 positivo;
- VIH-2 positivo;
- VIH positivo;

Rastreo VIH

Situação	Quando repetir	Recomendação para futura realização
Parceiro VIH positivo	4 semanas	Anualmente, se exposição sexual continuada
Trabalhadores do sexo	4 semanas	Pelo menos anualmente
Utilizadores de drogas	4 semanas	Pelo menos anualmente
Após violência sexual/violação	4 a 12 semanas	Não
Parceiro com estado VIH desconhecido mas de alto risco	4 semanas	Anualmente, se exposição sexual continuada

Rastreio VIH



Metas do Plano Nacional para a Infecção VIH/SIDA (INSA, 2023):

- Reforço do acesso ao rastreio;
- Redução da proporção de diagnósticos tardios da infeção por VIH;
- Diversidade de estratégias em Portugal (extra-hospitalar e na comunidade);
 - ✓ Metas 95-95-95 da ONUSIDA;

Rastreio VIH



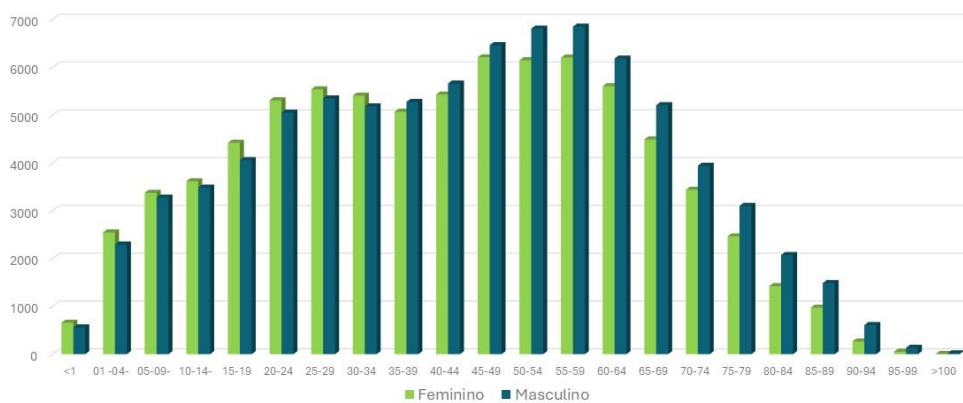
69 725 testes de rastreio (INSA, 2023)

- Cuidados de Saúde Primários (CSP);
- Organizações Não-Governamentais/Organizações de Base Comunitária (ONG/OBC);
- Centros de Aconselhamento e Deteção Precoce do VIH (CAD);
- Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD);
- Autotestes VIH;
- Testes prescritos no SNS.

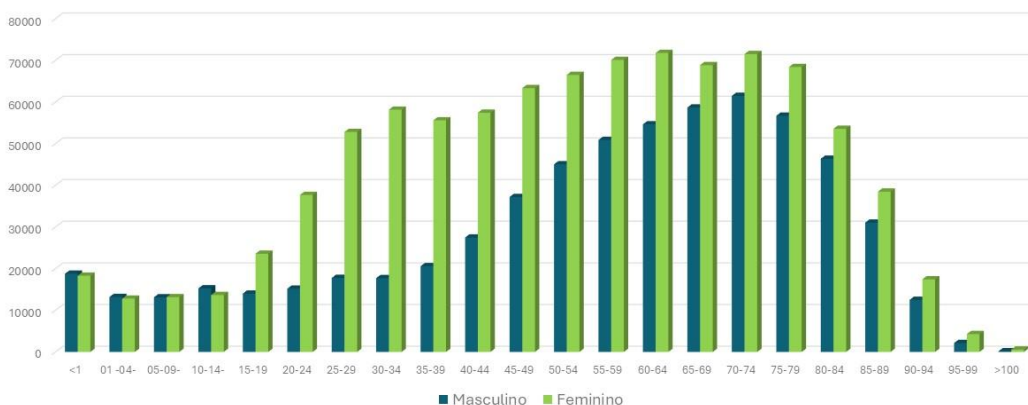
População Portuguesa (Censos, 2021)



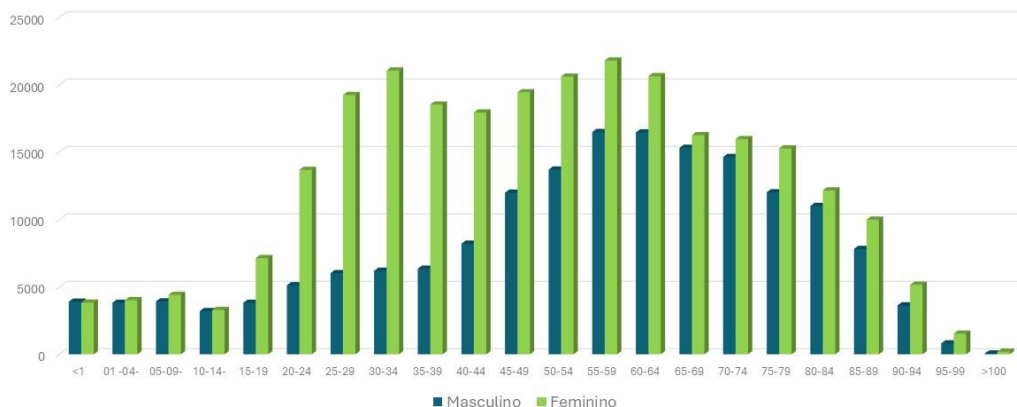
Utentes do ACES – Faixa etária e Sexo (BI CSP, 2023)



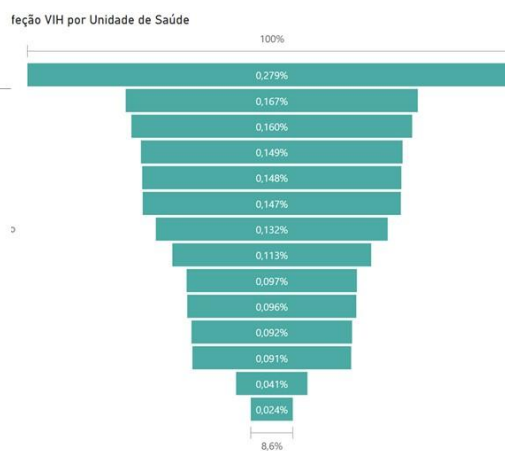
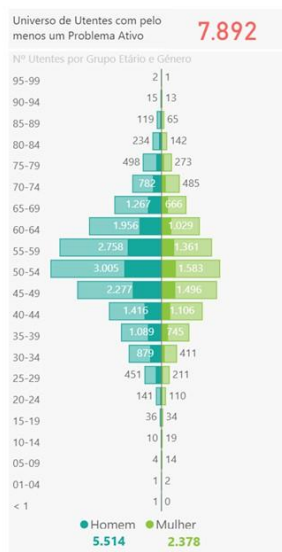
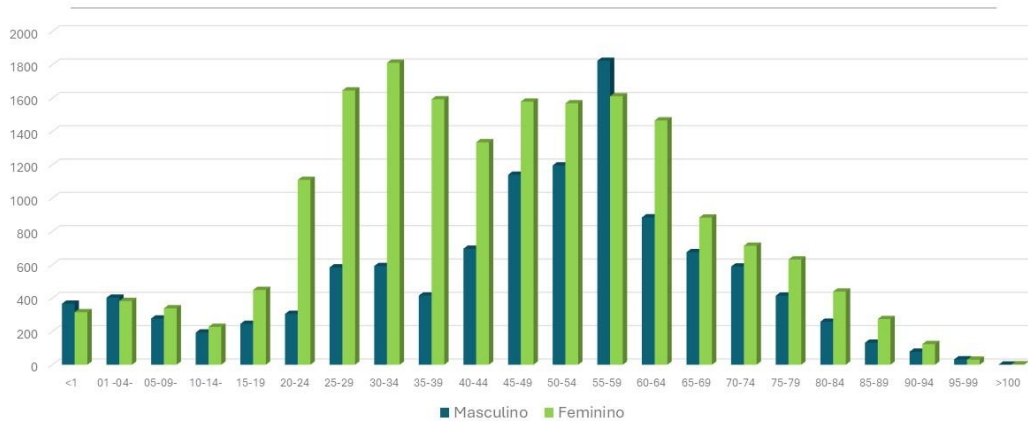
Realização de testes rápidos VIH nos CSP – Nacional (BI CSP, 2023)



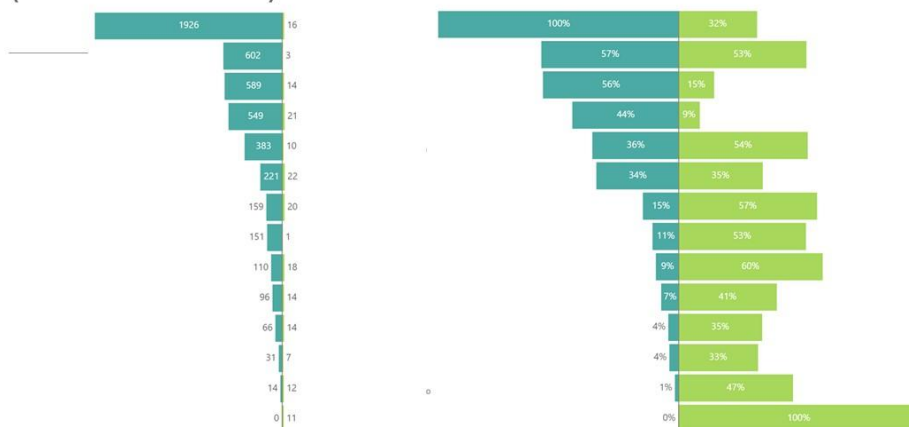
Realização de testes rápidos VIH nos CSP - ARS Norte (BI CSP, 2023)



Realização de testes rápidos VIH nos CSP – ACES (BI CSP, 2023)



Testes realizados e utentes com problemas ativos por UF (Absoluto/relativo)



Indicador 306

Bilhete de Identidade de Indicadores de Monitorização e Contratualização

306	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	6.61.01	2015.306.01	Propor. ute. s/ rastr. VIH/SIDA que o efetuaram

Designação

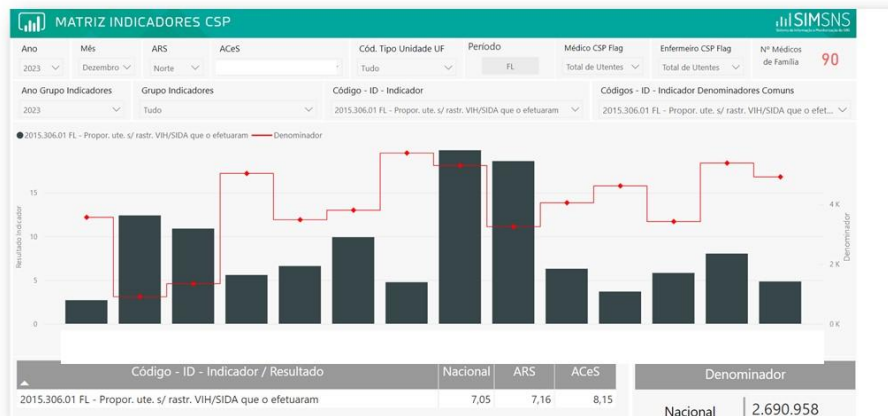
Proporção de utentes consultados nos últimos 12 meses e sem rastreio VIH/SIDA que o efetuaram nesse período

Objetivo

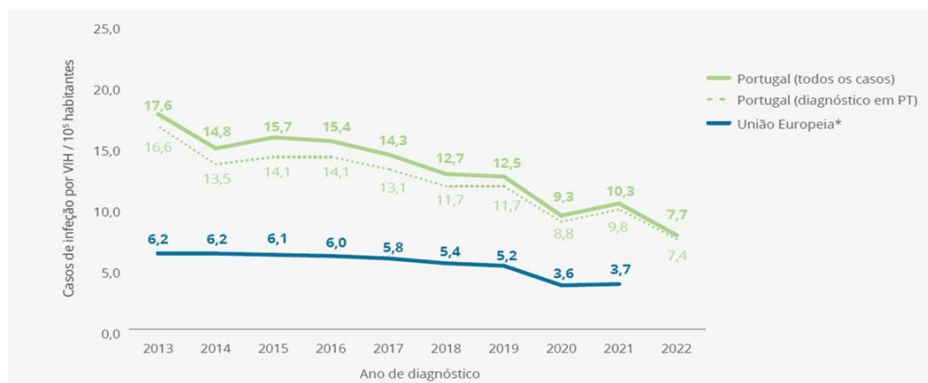
Monitorização do cumprimento da norma de orientação clínica da DGS 58/2011 (revista em 10-12-2014) sobre "Diagnóstico e Rastreio Laboratorial da Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH)". De acordo com a referida norma, existe indicação para a realização do rastreio VIH/SIDA a todos os utentes entre os 18 e os 64 anos que o não tenham previamente efetuado.

<https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id=306&clusters=S>

Indicador 306 (BI CSP, 2023)



Casos de infeção por VIH (2013-2022): taxa de novos casos por ano de diagnóstico, Portugal e União Europeia



WHO Europe/ECDC. HIV/AIDS surveillance in Europe report, 2022 (2021 data)



SINAVE
SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA



SIVIDA
Sistema de Informação
VIH/SIDA

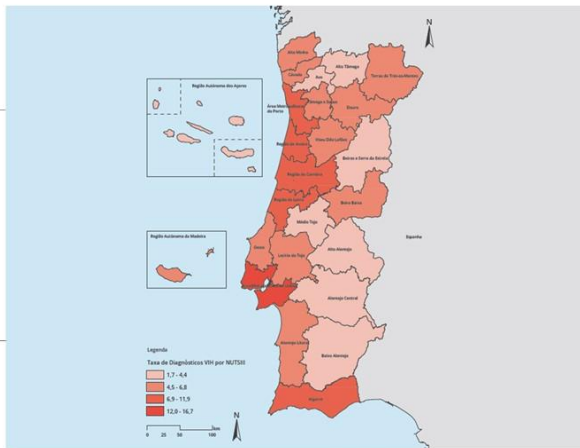
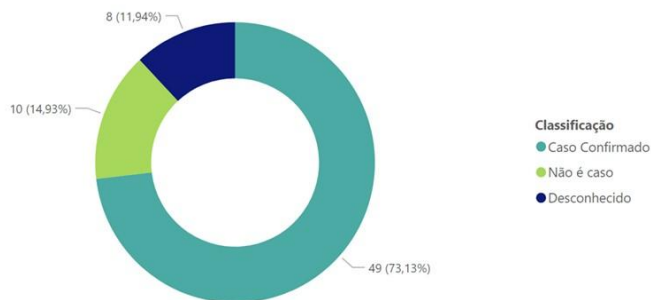
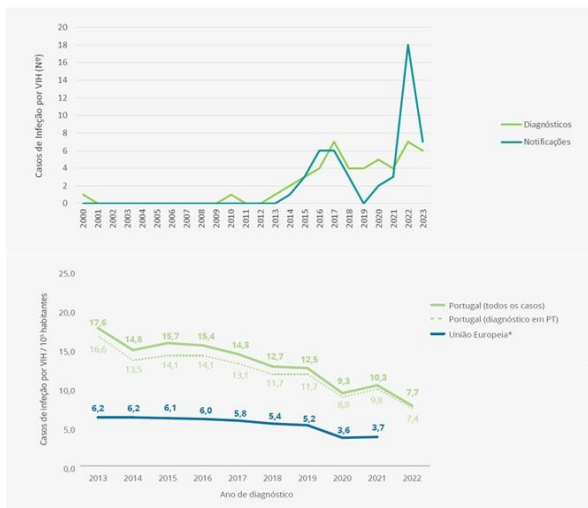


Figura 14. Taxa média de novos diagnósticos de infeção por VIH (2018-2022) por região NUTS III

Infeção por VIH em Portugal – 2023. Lisboa: DGS/INSA; 2023

Classificação das notificações VIH (2014-2023)





Casos confirmados notificados (2014-2023) em Portugal e respetivo ano de diagnóstico

Dados SINAVE 1.0 e 2.0

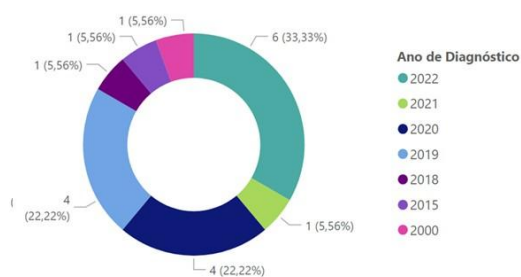
Casos confirmados notificados (2014-2023) em Portugal e respetivo ano de diagnóstico

WHO Europe/ECDC. HIV/AIDS surveillance in Europe report, 2022

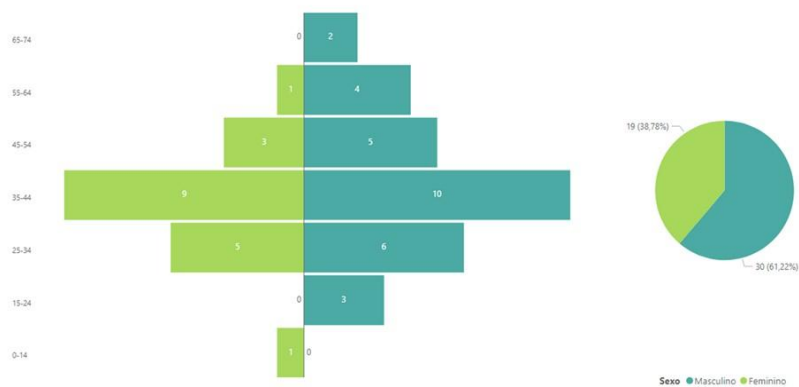
Ano de diagnóstico VS Ano de notificação

Ano de Diagnóstico	2014	2015	2016	2017	2018	2020	2021	2022	2023	Total
2000									1	1
2010			1							1
2013		1								1
2014	1	1								2
2015		1	1					1		3
2016			4							4
2017				6			1			7
2018					3			1		4
2019								4		4
2020						1		4		5
2021							3	1		4
2022								6	1	7
2023									6	6
Total	1	3	6	6	3	2	3	18	7	49

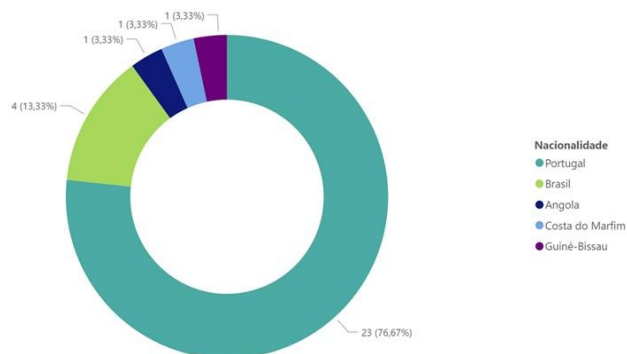
Ano de diagnóstico das notificações de 2022



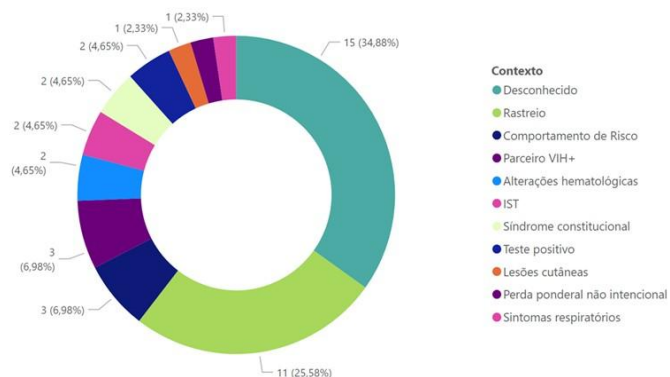
Novos casos confirmados por grupo etário e sexo (2014-2023)



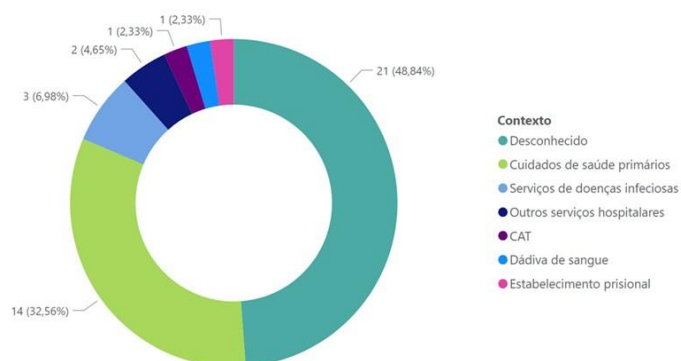
Nº de casos por nacionalidade (2020-2023)



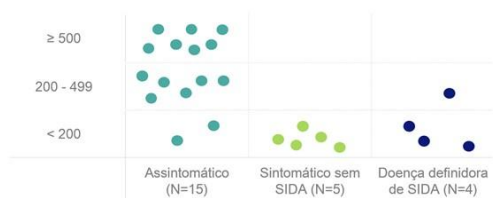
Motivo da consulta onde ocorreu a notificação (excl. SIDA)



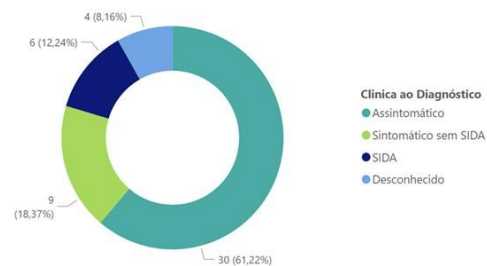
Contexto do diagnóstico (excl. SIDA)



Classificação da infecção VIH (CDC)

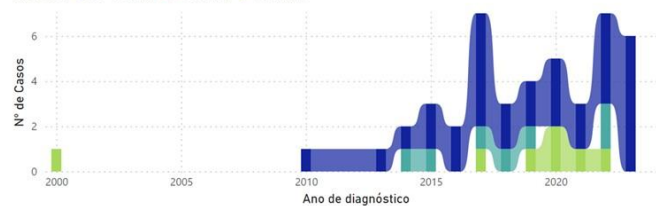


Apresentação clínica ao diagnóstico



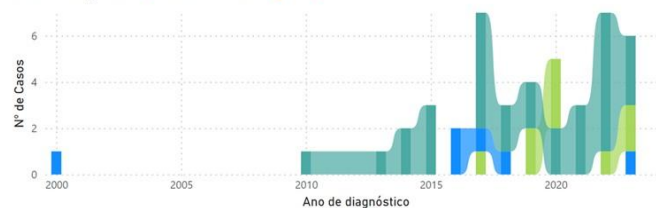
CD4 por ano de diagnóstico

Valor CD4 ● 200-499/mm³ ● >500/mm³ ● <200/mm³

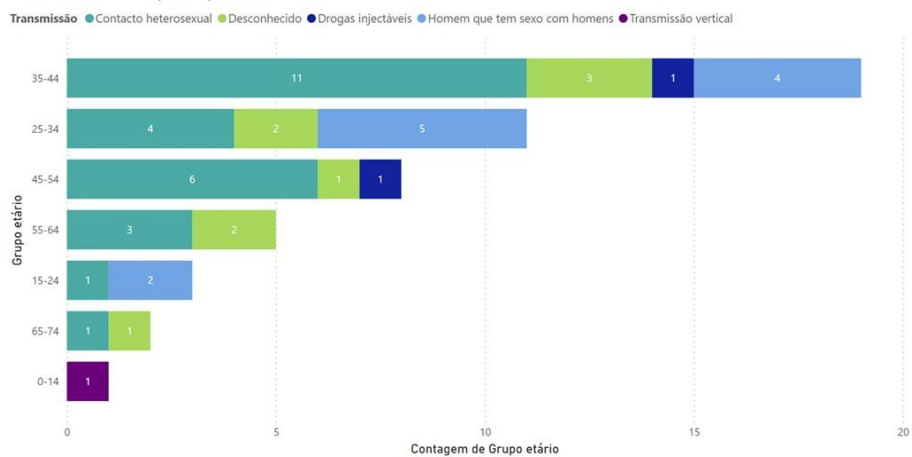


Clinica por ano de diagnóstico

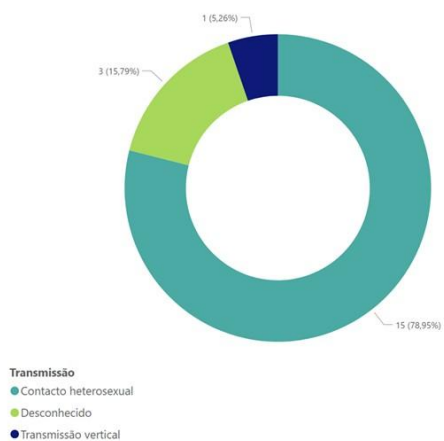
Clinica ao Diagnóstico ● Sintomático sem SIDA ● SIDA ● Assintomático



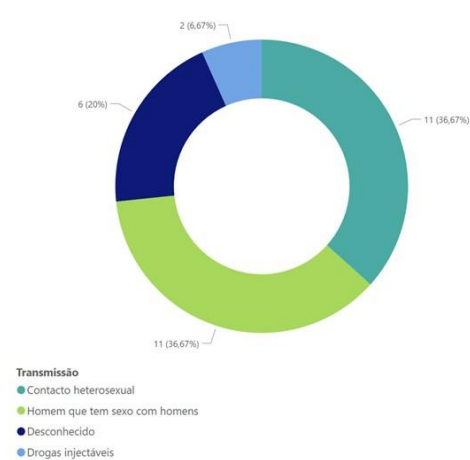
Modo de Transmissão por Grupo Etário



Modo de transmissão no sexo feminino

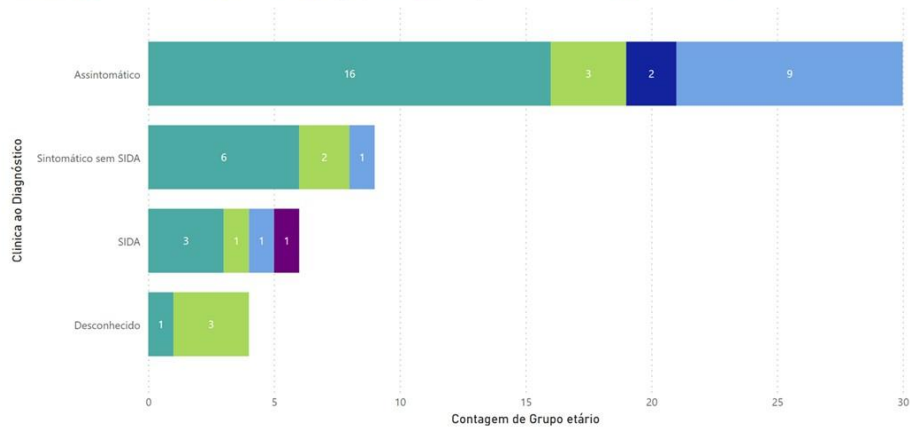


Modo de transmissão no sexo masculino

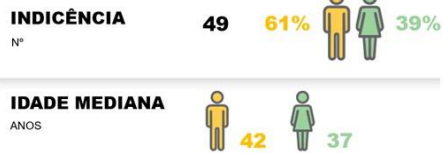


Modo de Transmissão por clínica ao diagnóstico

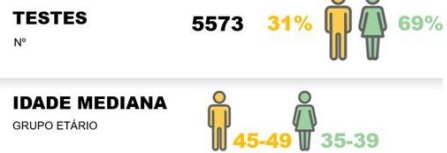
Transmissão ● Contacto heterossexual ● Desconhecido ● Drogas injectáveis ● Homem que tem sexo com homens ● Transmissão vertical



NOVOS CASOS DE INFEÇÃO
VIH
NO ACES



TESTES RÁPIDOS VIH
REALIZADOS NO ACES



QR CODE – pós intervenção



Anexo 9 - Plano de sessão II

Tema: VIHver por um dia	Local: Centro de formação da localidade X
População Alvo: Médicos e enfermeiros do ACeS	Data(s): 21 de maio de 2024
Formadora: Enfermeira de uma Associação Humanitária da região Norte	Hora: 09:00- 12:00h
	Duração: 180 min
Objetivo geral: Capacitar os profissionais do ACeS no âmbito da prevenção e gestão da Infeção pelo VIH até junho de 2024;	Sessão: 2 de 3

Etapa	Objetivo Específico	Conteúdo	Método	Recursos	Avaliação	Duração
Introdução	-Divulgar os objetivos estipulados para esta sessão de formação; -Verificar os conhecimentos pré-existentes.	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação pessoal e profissional dos formadores; • Apresentação do projeto; • Apresentação da formação e objetivos. 	Expositivo	Computador com Ligação à Internet; Videoprojector; Apresentação em PPT;		10min

Desenvolvimento	<p>-Aumentar o conhecimento sobre a realização de testes de rastreio da infeção por VIH;</p> <p>-Relembrar quais os ensinamentos a efetuar antes e após a realização do teste rápido do VIH ao utente;</p> <p>-Demonstrar como se efetua o teste rápido do VIH da infeção por VIH;</p> <p>-Recordar o impacto que a educação para a saúde no âmbito da prevenção dos comportamentos de risco do utente tem no diagnóstico precoce da infeção pelo VIH;</p> <p>-Sensibilizar para o estigma associado ao rastreio e à infeção pelo VIH.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinos/aconselhamento Pré e Pós-teste de rastreio da infeção por VIH; • Triagem para aplicação do teste rápido de rastreio da infeção por VIH; • Colheita de informação ao utente; • Aplicação de teste rápido de rastreio; • Ligação/religação à rede de cuidados de saúde formais; • Estigma na acessibilidade ao rastreio; 	Expositivo e demonstrativo	<p>Computador com Ligação à Internet;</p> <p>Videoprojector;</p> <p>Apresentação em PPT;</p> <p>Kit de testes rápidos de VIH;</p> <p>Cortoperfurantes;</p> <p>Álcool;</p> <p>Compressas;</p> <p>Lancetas;</p> <p>Lixo biológico-tipo II;</p> <p>Luvas.</p>	Avaliação pré- formação e após a sessão, através de questionário de autopreenchimento	160min
Conclusão	<p>-Esclarecimento de questões;</p> <p>-Síntese e avaliação dos conteúdos abordados.</p>	<p>Revisão dos conteúdos ministrados na sessão;</p> <p>Avaliação da sessão;</p>	Expositivo	<p>Computador com Ligação à Internet;</p> <p>Videoprojector;</p> <p>Apresentação em PPT.</p>		10min

Anexo 10 - Plano de sessão III

Tema: VIHver por um dia	Local: Centro de formação da localidade X
População Alvo: Assistentes técnicos do ACeS	Data(s): 21 de maio de 2024
Formador: Profissional de saúde	Hora: 14:00- 17:00h
	Duração: 180 min
Objetivo geral: Capacitar os profissionais do ACeS no âmbito da prevenção e gestão da Infeção pelo VIH até junho de 2024;	Sessão: 3 de 3

Etapa	Objetivo Específico	Conteúdo	Método	Recursos	Avaliação	Duraçã o
Introdução	-Divulgar os objetivos estipulados para esta sessão de formação; -Verificar os conhecimentos pré-existentes.	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação pessoal e profissional dos formadores; • Apresentação do projeto; • Apresentação da formação e objetivos. 	Expositivo	Computador com Ligação à Internet; Videoprojector; Apresentação em PPT;		10min

Desenvolvimento	<p>-Aumentar as capacidades/técnicas de comunicação;</p> <p>-Consciencializar os AT para o impacto que a comunicação tem no utente com VIH;</p> <p>-Explicar em que consiste alguns valores e princípios como: código de ética e sigilo profissional;</p> <p>-Ensinar sobre a importância do código de ética e sigilo profissional no desempenho da atividade profissional;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ser profissional num contexto de relação com pessoas; • A comunicação e a ética, como se ligam; • Ser Humano e Pessoa Humana, o que escolher ser profissionalmente? • Dados pessoais e sensíveis e a sua salvaguarda no contexto profissional. 	Expositivo e demonstrativo	<p>Computador com Ligação à Internet;</p> <p>Videoprojector;</p> <p>Apresentação em PPT;</p>	Avaliação pré-formação e após a sessão, através de questionário de autopreenchimento	160min
Conclusão	<p>-Esclarecimento de questões;</p> <p>-Síntese e avaliação dos conteúdos abordados.</p>	<p>Revisão dos conteúdos ministrados na sessão;</p> <p>Avaliação da sessão;</p>	Expositivo	<p>Computador com Ligação à Internet;</p> <p>Videoprojector;</p> <p>Apresentação em PPT.</p>		10min

PROCESSO ASSISTENCIAL

RASTREIO DE INFECÇÃO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (VIH) COM TESTE RÁPIDO

PROCESSO ASSISTENCIAL

RASTREIO DE INFECÇÃO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (VIH) COM TESTE RÁPIDO

Data de elaboração: 27.05.2024

Data de aprovação:

Data de revisão:

Versão: 1.0

Autores: Patrícia Nascimento¹

Consultores:

¹ Coordenação do Grupo de Trabalho criado no âmbito do Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

SIGLAS E ABREVIATURAS

%	Percentagem
Ab	Anticorpo
ACeS	Agrupamento de Centros de Saúde
ACeS VSN	Agrupamentos de Centros de Saúde Tâmega III - Vale do Sousa Norte
Ag	Antigénio
BI CSP	Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários
“C”	Controlo
CDP	Centro de Diagnóstico Pneumológico
CH	Cuidados Hospitalares
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DGS	Direção-Geral de Saúde
DNO	Doença de Notificação Obrigatória
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
ENF	Enfermeiro(a)
ESF	Equipa de Saúde Familiar
HSH	Homens que têm sexo com homens
INSA	Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge
INF	Informação
IST	Infeção Sexualmente Transmissível
M	Médico
NA	Não aplicável
PA	Processo Assistencial
RNU	Registo Nacional de Utentes
SAC	Serviço de Atendimento Complementar
SC	Secretário Clínico
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida
SINAVE	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SINAVE MED	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica Médico
SNS	Sistema Nacional de Saúde
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UF	Unidade Funcional
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
URAP	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana Adquirida
X	XXXX XX XXXXX
TARV	Terapêutica Antirretroviral

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	157
1. DEFINIÇÃO FUNCIONAL DO PROCESSO	159
2. DESCRIÇÃO GERAL.....	160
3. COMPONENTES.....	163
4. ROTEIRO DE INFORMAÇÃO	169
5. COMPETÊNCIAS NECESSÁRIAS	170
6. REPRESENTAÇÃO GRÁFICA	173
ANEXOS	174
ANEXO 1 REALIZAÇÃO TESTE RÁPIDO VIH	
ANEXO 2 REGISTO SCLÍNICO DE ENFERMAGEM	
ANEXO 3 VISUALIZAÇÃO DO RESULTADO DO TESTE RÁPIDO	
ANEXO 4 NOTIFICAÇÃO SINAVE	
ANEXO 5 REFERENCIAÇÃO INTERNA CSP	
ANEXO 6 GESTÃO DA REFERENCIAÇÃO INTERNA	

INTRODUÇÃO

A infeção pelo VIH constitui um importante desafio para a Saúde Pública, sendo Portugal, entre os países da União Europeia, o país com as taxas mais altas de casos diagnosticados (European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), 2022). A nível mundial, em 2022, aproximadamente 39 milhões de pessoas viviam com a infeção VIH, embora apenas 29,8 milhões tivessem acesso a tratamento, sendo que 86% destas conheciam o seu estado serológico. Sabe-se também que 76% tomavam Terapêutica Antirretroviral (TARV) e 71% tiveram supressão da carga viral (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), 2023).

Atualmente considerada uma infeção com um percurso crónico, o VIH apresenta manifestações clínicas inespecíficas ou inexistentes quando a infeção é primária ou aguda, pelo que as necessidades de diagnóstico, vigilância e monitorização devem ser efetuadas o mais precoce possível, de modo a alterar a sua transmissibilidade. Desta forma, as pessoas detetadas precocemente têm maiores ganhos em saúde (Antunes et al, 2021). Cerca de pelo menos 50% dos indivíduos diagnosticados com HIV, já estão em estádios avançados da infeção, esta deteção tardia, conduz a consequências epidemiologicamente importantes, reduzindo a expectativa de vida e aumentando a transmissão e disseminação viral na população (Ferreira, 2019).

A Direção-Geral de Saúde (DGS), emitiu a norma de orientação clínica - 58/2011, revista em 10/12/2014 sobre “Diagnóstico e rastreio laboratorial da infeção pelo VIH”, onde estabelece a indicação de realização de rastreio de VIH/SIDA a todos os utentes entre os 18 e os 65 anos, que não o tenham previamente efetuado. Esta norma, pretende introduzir o teste rápido, nas consultas de rotina dos utentes e contribuir para que: mais pessoas conheçam o seu estado serológico, as pessoas infetadas efetuem um diagnóstico precoce e possam assim iniciar o mais cedo possível o tratamento antirretroviral, diminuir o número de recém-nascidos infetados, diminuir o estigma associado ao VIH e à realização do teste de rastreio e que assim, as pessoas com VIH positivo, consigam adotar comportamentos responsáveis para impedir a transmissão da infeção (DGS, 2014).

Em Portugal, no ano de 2022, foram notificados 804 casos, onde a maioria dos casos ocorreu em homens (3,1 casos por cada caso nas mulheres). A mediana de idades foi de 37 anos e em 27,9% dos casos, foram referidas idades inferiores a 30 anos, onde em 71,6% corresponde a homens que têm sexo com homens (HSH). A faixa etária dos 25-29 anos, registou a taxa de diagnóstico mais elevada (21,7casos/10⁵ habitantes). A maioria destes novos casos (51,7%) verificou-se em indivíduos naturais de Portugal, sendo que em 73,6% dos casos este também foi o país indicado como local de provável contágio. A transmissão por via sexual, foi em 91,9% dos casos referida, sendo a heterossexual a mais frequente (47,7%). Os HSH representam 61,8% de novos diagnósticos em homens. Quando o momento da primeira avaliação clínica, os casos assintomáticos predominaram, porém, em 12,1% existiu um diagnóstico concomitante de SIDA,

onde 57,2% apresentaram contagem de TCD4+ < 350 células/mm³, proporção esta que se torna mais elevada nos casos de homens que referiram a transmissão heterossexual, 68,1%. Os diagnósticos de novos casos de SIDA no ano de 2022, foi de 138 (1,3/10⁵ habitantes), sendo em 26,8% dos casos a pneumocistose a doença mais frequente definidora de SIDA (INSA, 2023).

No Agrupamento de Centros de Saúde XXXX XXXXX, num universo de 161 722 utentes inscritos, o VIH tem uma prevalência de 183 casos na faixa etária entre os 80-84 anos, dos quais 119 são homens e 64 são mulheres. Desde 2014 a 2023 foram confirmados 49 casos de VIH, no ACeS VSN, destes 61,2% são no sexo masculino (30 casos), e 38,8% (19 casos) ocorreram na faixa etária dos 35-44 anos, sendo 9 mulheres e 10 homens, seguindo-se a faixa etária dos 25-34 anos com 22,4% (11 casos), sendo 6 do sexo masculino e 5 do sexo feminino. No período de 2020 a 2023, foram notificados 30 casos, a maioria destes (76,7%) ocorreram em indivíduos com nacionalidade portuguesa, 13,3% em indivíduos brasileiros e ainda existiu um caso em indivíduos de nacionalidade angolana (3,3%), guineense (3,3%) e costa-marfinense (3,3%). O contexto do diagnóstico dos casos referidos anteriormente, é desconhecido em 48,8% dos casos, porém, entre 2020-2023, em 32,6% dos casos, os Cuidados de saúde Primários (CSP), foram o local, onde foram efetuados os diagnósticos, destes indivíduos. O modo de transmissão mais comum, foi a via sexual, sendo a heterossexual a predominante em todas as faixas etárias (SINAVE 2.0, 2024).

Relativamente à intervenção “teste rápido do VIH” a nível Nacional é a sexta intervenção mais realizada, sendo a nível do ACeS XXX, a segunda, com 5644 execuções, das quais 3859 foram efetuadas em mulheres na faixa etária 30-34 anos (BI CSP, 2024). Desta forma, ao analisar os dados explanados anteriormente, verifica-se que existe uma testagem significativa na população do ACeS XXX, contudo não se enquadra no perfil de novos casos diagnosticados, quer a análise seja efetuada por sexo ou faixa etária.

Perante isto, os profissionais do ACeS XXX, sentiram a necessidade da elaboração de um documento operacional, baseado na norma da DGS, adaptado à realidade prática e ao circuito do utente pelas diferentes unidades funcionais e níveis de cuidados, visando a melhoria contínua dos cuidados em saúde ao utente. Este processo assistencial surge como tentativa de colmatar essa necessidade.

Assim, o presente processo assistencial (PA) de rastreio de Infecção VIH com teste rápido, foi concebido para a realidade do ACeS XXX, tendo por base as normas e orientações em vigor, a experiência dos profissionais de saúde das diferentes unidades funcionais e a expectativa percecionada dos utentes. Será, por isso, aplicável aos utentes inscritos nas unidades funcionais do ACeS XXX, aos que residem na sua área de abrangência, de forma temporária ou permanente; e ainda aos utentes que se desloquem às unidades funcionais que expressem a necessidade/vontade de realizar o rastreio, independentemente da sua situação.

1. DEFINIÇÃO FUNCIONAL DO PROCESSO

Conjunto de atividades através das quais se identifica no utente a necessidade de efetuar o teste de rastreio da infeção pelo VIH e em função do resultado, existe uma planificação dos cuidados com o utente, quer seja de natureza preventiva ou de acompanhamento terapêutico entre diferentes profissionais de saúde e os diferentes níveis de cuidados de saúde.

Objetivo Geral

- Definir as atividades relacionadas com o percurso clínico do utente com necessidade de realizar rastreio de Infeção VIH através de teste rápido.

Objetivos Específicos

- Melhorar a qualidade do atendimento ao utente;
- Promover a acessibilidade do utente ao rastreio do VIH;
- Garantir o correto encaminhamento do utente;
- Estabelecer o percurso clínico do utente.

Definição de responsabilidades na Equipa

A definição das responsabilidades inerentes a cada classe profissional encontra-se descrita, por atividade, no capítulo 3, e as competências inerentes agrupadas e descritas no capítulo 5.

CrITÉRIOS entrada/admissÃO no processo

O critério de admissão é a necessidade de efetuar o teste rápido de rastreio do VIH, estando inscrito ou não no ACeS.

A entrada no processo assistencial pode ocorrer por:

1. Utentes a quem seja necessário realizar diagnóstico diferencial de infeção por VIH;
2. Utentes a quem seja diagnosticada uma infeção sexualmente transmissível;
3. Parceiros sexuais de homens e mulheres a quem foi diagnosticada infeção por VIH;
4. Homens que tiveram sexo com outros homens;
5. Mulheres parceiras de homens que tiveram sexo com outros homens;

6. Pessoas com história de utilização de drogas;
7. Homens e mulheres originários de países com elevada prevalência de infeção por [VIH > 1 por cento (%)]²;
8. Homens e mulheres que tiveram sexo no estrangeiro ou em Portugal com pessoas de países de elevada prevalência;
9. Reclusos;
10. Populações nómadas;
11. Sem abrigo;
12. Grávidas- incluído no estudo analítico do 1 e 3^a trimestre.
13. Crianças nascidas de mães que recusaram a realização do teste para pesquisa de VIH durante o período pré-natal;
14. Nas mulheres em idade fértil no âmbito dos cuidados pré-concecionais (de acordo com a Circular Normativa n.º 2/DSMIA de 16/01/06. “Prestação de Cuidados Pré-Concecionais”);
15. Dadores de sangue
16. Utentes em diálise
17. Dadores e recetores de órgãos transplantados

Critério de saída do processo

Utentes com teste de rastreio negativo que deixe de ter critério para a realização de teste rápido.

Critérios Marginais/de exclusão (situações particulares não incluídas neste PA)

Utentes em acompanhamento no Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) (situação particular não incluída neste PA)³;

Utentes seropositivos.

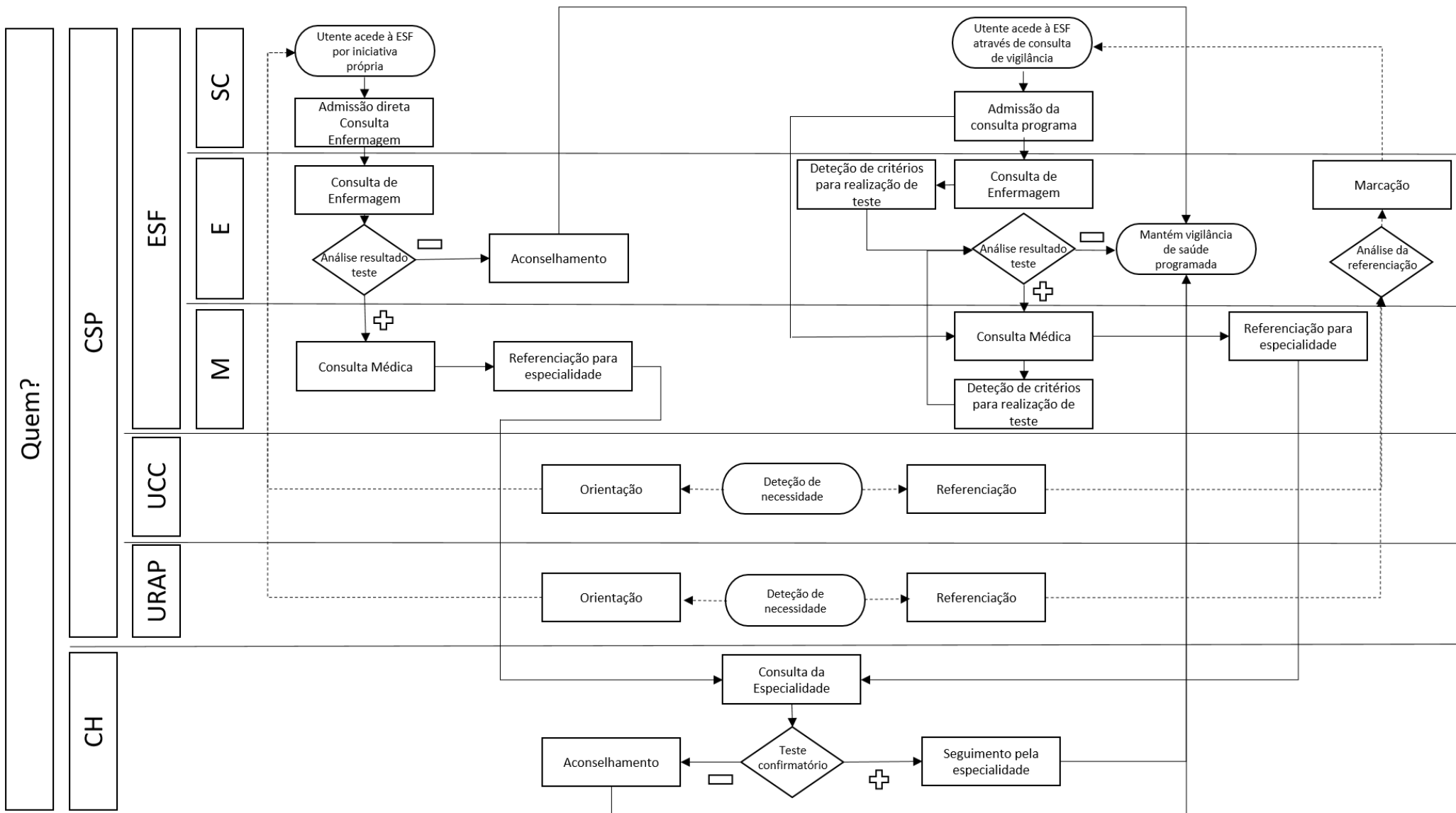
2. DESCRIÇÃO GERAL

² Podem ser consultados os países com prevalência de infeção por VIH >1% em: <https://ourworldindata.org/grapher/new-cases-of-hiv-unaided-vs-ihme>

³ Apesar do percurso clínico do utente em acompanhamento no CDP ser distinto do descrito neste PA, salienta-se que as atividades, atitudes e competências descritas relativamente aos profissionais de saúde é análoga, bem como a forma de documentação descrita nos anexos;

A descrição geral do PA teve por base a operacionalização da norma de orientação clínica - 58/2011, revista em 10/12/2014 sobre “Diagnóstico e rastreamento laboratorial da infecção pelo VIH”, nos Cuidados de Saúde Primário, representado graficamente no esquema da página seguinte.

A descrição inclui os seguintes componentes: os profissionais que desenvolvem as diferentes atividades assistenciais (Quem); o âmbito ou nível de atuação (Onde); a atividade que se presta (O quê); as suas características de qualidade (Como) e a sequência lógica da realização das diferentes atividades (Quando).



3. COMPONENTES

Ao longo deste capítulo descrevem-se as atividades a executar pelos diferentes intervenientes no PA do VIH, em cada fase do circuito do utente nos CSP.

Na descrição das atividades integram-se dimensões e elementos da qualidade considerados necessários, especialmente:

- Normas e Orientações Clínicas relacionadas com o diagnóstico e rastreio do VIH;
- aspetos éticos, legais e de sigilo profissional;
- A informação que deve ser prestada ao utente incluído no PA, pelo profissional de saúde em momentos específicos e que, quer por se tratar de simples informação ou por assumir caráter formativo, educativo, identifica-se sempre com o símbolo **INF**, no início da descrição da atividade;
- As atividades clínicas incluindo o registo clínico (Como exemplo de ferramenta informática, este PA cita a versão SCLINICO em vigor);
- Recomendações especiais dos peritos que elaboraram este PA. Sempre que as mesmas derivem de uma norma ou orientação publicada, aparecerá o símbolo **NORMA/ORIENTAÇÃO**, cujo conteúdo é uma referência de leitura completa e obrigatória.

De forma sequencial, ao longo do percurso do utente, descreve-se neste capítulo quem faz o quê, quando, onde, como e nos casos. Para permitir uma melhor compreensão das possibilidades de circuito efetuado pelo utente, irá apresentar-se as componentes divididas em 3 circuitos:

- Circuito 1 | Consulta programada;
- Circuito 2 | Consulta aberta;
- Circuito 3 | Referência/Orientação.

CIRCUITO 1 | CONSULTA PROGRAMADA

Profissional(is) envolvido(s): Secretário Clínico (CSP)	
Atividade	Características da Qualidade
1 Atendimento e Inscrição na consulta	<p>1.1 O Secretário clínico identifica devidamente a pessoa no momento da inscrição para a consulta, cumprindo o definido no âmbito da orientação da identificação inequívoca (ORIENTAÇÃO 018/2011 DGS).</p> <p>1.2 O Secretário clínico confirma a atualização e a completude de dados do utente no RNU.</p> <p>1.3 O Secretário Clínico efetiva a consulta programa no SClínico.</p> <p>1.4 INF A pessoa (ou o seu familiar/cuidador) é atendida de forma adequada e recebe todas as informações necessárias.</p>

Profissional(is) envolvido(s): Enfermeiro de família (CSP) ⁴	
Atividade	Características da Qualidade
2 Anamnese sobre os comportamentos de risco	<p>2.1 O utente é atendido pelo enfermeiro que verifica a necessidade de efetuar o teste rápido de rastreio do VIH.</p> <p>2.2 INF Deve ser explicado ao utente de forma clara e concisa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A confidencialidade de qualquer que seja o resultado do teste, assim como qualquer informação partilhada com o profissional de saúde; • As vias de transmissão do VIH; • Formas de prevenção do VIH; • Benefícios da realização do teste; • Significado de um resultado de teste reativo ou não reativo; • Avaliação do período janela.
3 Realização do teste	<p>3.1 INF É explicado ao utente de forma clara e precisa em que consiste a realização do teste rápido de rastreio do VIH e como se efetua.</p> <p>3.2 Obtido consentimento oral do utente ou do seu representante legal de forma voluntária para a realização do rastreio.</p> <p>3.3 O enfermeiro higieniza as mãos (NORMA 007/2019 DGS) e calça luvas (NORMA 029/2012 DGS; NORMA 013/2014 DGS).</p> <p>3.4 O enfermeiro efetua o teste rápido do VIH (Anexo 1), remove as luvas e separa os resíduos (NORMA 029/2012 DGS).</p> <p>3.5 O enfermeiro higieniza as mãos (NORMA 007/2019 DGS).</p>
4 Pós-teste	<p>4.1 Em função do resultado:</p> <p>a) No caso de o resultado ser negativo - o utente é aconselhado sobre a prevenção de comportamentos de risco/fornecimento de material preventivo;</p> <p>b) No caso de o resultado ser reativo o utente é reencaminhado para uma consulta médica no imediato, aguardando na sala de espera.</p> <p>4.2 INF O utente deve ser aconselhado independentemente do resultado do teste rápido sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevenção de transmissão da infeção pelo VIH; • Ensinos sobre material preventivo (gel lubrificante e preservativos) disponível na UF;

⁴ Esta atividade poderá também ser efetuada pelo Médico de Família.

	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamento disponível para o VIH;
<p>5</p> <p>Registo Clínico</p>	5.1 O enfermeiro realiza o registo clínico da consulta no SClínico, incluindo o registo do resultado do teste (Anexo 2).

Profissional(is) envolvido(s): Médico de família (CSP)	
Atividade	Características da Qualidade
<p>6</p> <p>Análise do resultado</p>	6.1 Confirmação do teste rápido de rastreio do VIH do utente reativo, visualizando resultado no SClínico (Anexo 3).
<p>7</p> <p>Notificação⁵</p>	7.1 Efetuar a notificação do resultado reativo no Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE) (Anexo 4).
<p>8</p> <p>Referenciação para consulta de especialidade</p>	<p>8.1 INF O utente deve ser informado que a escolha do hospital para onde será referenciado é sua.</p> <p>8.2 INF Deve ser explicado que irá efetuar um teste confirmatório no hospital e caso se confirme o resultado, iniciará tratamento.</p> <p>8.3 INF Informar o utente que o tratamento para o VIH através do SNS é gratuito.</p> <p>8.4 Efetuar a referência hospitalar para consulta de Infeciologia no SClínico (Referenciação Externa - RSE SIGA - Doenças Infeciosas (Infeciologia)).</p>
<p>9</p> <p>Registo Clínico</p>	9.1 Efetuar o registo clínico da consulta com o utente no SCLINICO (código ICPC B90 - Infecção VIH/SIDA).

⁵ A notificação deverá ser tão completa quanto possível e poderão os Médicos de Saúde Pública ter de contactar o médico notificador para obter mais informações (exemplo: resultado de teste confirmatório). Uma vez que, para já, os dados dos utentes com VIH e outras IST's aparecem anonimizados no Sistema SINAVE.

CIRCUITO 2 | CONSULTA ABERTA⁶

Secretário Clínico (CSP)

Profissional(is) envolvido(s): Secretário Clínico (CSP)	
Atividade	Características da Qualidade
1 Atendimento e Inscrição na consulta	<p>1.1 O Secretário clínico questiona o utente sobre a necessidade de consulta aberta (exige atendimento no próprio dia ou se pode ser agendada para os próximos 5 dias).</p> <p>1.2 Confirmando-se a necessidade de atendimento no próprio dia, o Secretário clínico identifica devidamente a pessoa momento da inscrição para a consulta, cumprindo o definido no âmbito da orientação da identificação inequívoca (ORIENTAÇÃO 018/2011 da DGS).</p> <p>1.3 O Secretário clínico confirma a atualização e a completude de dados do utente no Registo Nacional de Utentes (RNU).</p> <p>1.4 O Secretário Clínico efetiva a consulta no SClínico.</p> <p>1.5 INF A pessoa (ou o seu familiar/cuidador) é atendida de forma adequada e recebe todas as informações.</p>

Profissional(is) envolvido(s): Enfermeiro de família (CSP) ⁷	
Atividade	Características da Qualidade
2 Anamnese sobre os comportamentos de risco	<p>2.1 O utente é atendido pelo enfermeiro que verifica a necessidade de efetuar o teste rápido de rastreio do VIH.</p> <p>2.2 INF Deve ser explicado ao utente de forma clara e concisa:</p> <ul style="list-style-type: none">• A confidencialidade de qualquer que seja o resultado do teste, assim como qualquer informação partilhada com o profissional de saúde;• As vias de transmissão do VIH;• Formas de prevenção do VIH;• Benefícios da realização do teste;• Significado de um resultado de teste reativo ou não reativo;• Avaliação do período janela.
3 Realização do teste	<p>3.1 INF É explicado ao utente de forma clara e precisa em que consiste a realização do teste rápido de rastreio do VIH e como se efetua.</p> <p>3.2 Obtido consentimento oral do utente ou do seu representante legal de forma voluntária para a realização do rastreio.</p> <p>3.3 O enfermeiro higieniza as mãos (NORMA 007/2019 DGS) e calça luvas (NORMA 029/2012 DGS; NORMA 013/2014 DGS).</p> <p>3.4 O enfermeiro efetua o teste rápido do VIH (Anexo 1), remove as luvas e separa os resíduos (NORMA 029/2012 DGS).</p> <p>3.5 O enfermeiro higieniza as mãos (NORMA 007/2019 DGS).</p>
4 Pós-teste	<p>4.1 Em função do resultado:</p> <ol style="list-style-type: none">a) No caso de o resultado ser negativo - o utente é aconselhado sobre a prevenção de comportamentos de risco/fornecimento de material preventivo;b) No caso de o resultado ser reativo o utente é reencaminhado para uma consulta médica no imediato, aguardando na sala de espera;

⁶ A atuação em contexto de Serviço de Atendimento Complementar (SAC) é semelhante.

⁷ Esta atividade poderá também ser efetuada pelo Médico de Família.

	<p>4.2 INF O utente deve ser aconselhado independentemente do resultado do teste rápido sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevenção de transmissão da infeção pelo VIH; • Tratamento disponível para o VIH; • Ensinos sobre a existência de material preventivo (gel lubrificante e preservativos) disponível na UF.
<p>5 Registo Clínico</p>	<p>5.1 O enfermeiro realiza o registo clínico da consulta no SClínico, incluindo o registo do resultado do teste (Anexo 2).</p>

Profissional(is) envolvido(s): Médico de família (CSP)	
Atividade	Características da Qualidade
<p>6 Análise do resultado</p>	<p>6.1 Confirmação do teste rápido de rastreio do VIH do utente reativo, visualizando resultado no SClínico (Anexo 3).</p>
<p>7 Notificação⁸</p>	<p>7.1 Efetuar a notificação do resultado reativo no Sistema SINAVE (Anexo 4).</p>
<p>8 Referenciação para consulta de especialidade</p>	<p>8.1 INF Informar o utente que o tratamento para o VIH através do SNS é gratuito. 8.2 INF O utente deve ser informado que a escolha do hospital para onde será referenciado é sua. 8.3 INF Deve ser explicado que irá efetuar um teste confirmatório no hospital e caso se confirme o resultado, iniciará tratamento. 8.4 Efetuar a referência hospitalar para consulta de Infeciologia no SClínico (Referenciação Externa - RSE SIGA - Doenças Infeciosas (Infeciologia)).</p>
<p>9 Registo Clínico</p>	<p>9.1 Efetuar o registo clínico da consulta com o utente no SCLINICO (código ICPC B90 - Infeção VIH/SIDA).</p>

⁸ A notificação deverá ser tão completa quanto possível e poderão os Médicos de Saúde Pública ter de contactar o médico notificador para obter mais informações (exemplo: resultado de teste confirmatório). Uma vez que, para já, os dados dos utentes com VIH e outras IST's aparecem anonimizados no Sistema SINAVE.

CIRCUITO 3 | ORIENTAÇÃO E REFERENCIAÇÃO

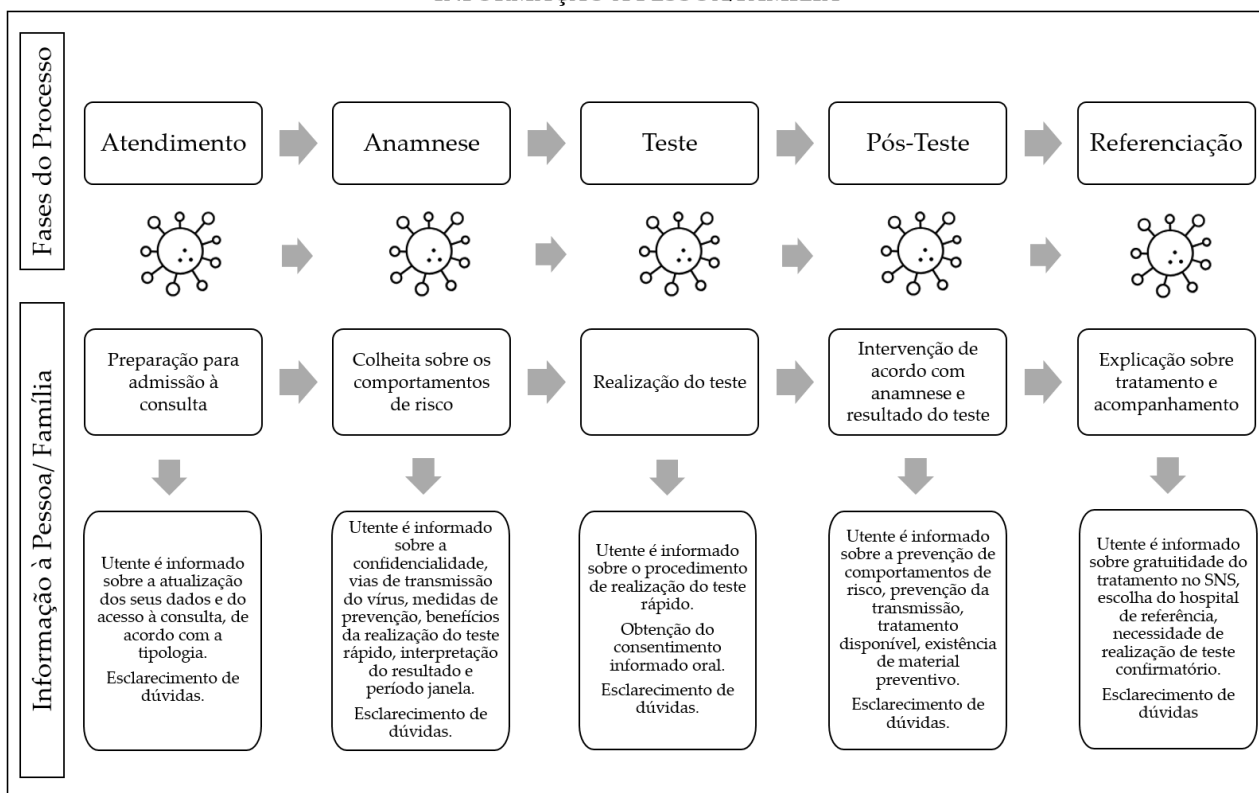
Profissional(is) envolvido(s): Profissionais de saúde da UCC e da URAP (CSP)	
Atividade	Características da Qualidade
<p>1</p> <p>Deteção da necessidade</p>	<p>1.1 Durante a realização das atividades assistenciais da UCC e da URAP, o profissional de saúde pode detetar uma necessidade de realização de teste rápido do VIH.</p>
<p>2</p> <p>Orientação/ Referenciação</p>	<p>1.2 INF No caso da necessidade detetada não ser urgente (verifica-se que o utente nunca fez um teste do VIH, mas não existem históricos de comportamentos de risco), o profissional de saúde pode orientar o utente para a sua unidade funcional de origem, sugerindo o pedido de realização do teste por iniciativa do utente.</p> <p>1.3 INF No caso da necessidade detetada ser urgente (verifica-se que o utente apresenta comportamentos de risco), o profissional de saúde deve efetuar a referenciação interna via SClínico para realização do teste rápido (Anexo 5).</p> <p>1.4 Na eventualidade da deteção de necessidade estar relacionada com um menor de idade, deverá ser obtido o consentimento do seu tutor legal para efetuar a referenciação.</p>

Profissional(is) envolvido(s): Enfermeiro de família (CSP)	
Atividade	Características da Qualidade
<p>3</p> <p>Gestão da Referenciação</p>	<p>3.1 O ícone da gestão das referenciações internas no SClínico fica a amarelo, para avisar o enfermeiro da existência de uma nova referenciação.</p> <p>3.2 INF O enfermeiro de família analisa a referenciação, contacta o utente telefonicamente e agenda a consulta para a realização do teste (Anexo 6).</p>

4. ROTEIRO DE INFORMAÇÃO

O roteiro de informação descreve a informação fornecida à pessoa que necessita ou pretende efetuar o rastreio de infeção VIH com teste rápido, nos diferentes momentos do desenvolvimento do processo assistencial. Tem como objetivo facilitar o conhecimento do processo assistencial, bem como identificar a informação clínica a prestar em cada momento nas diferentes fases do processo de cuidados e no âmbito da intervenção dos diferentes profissionais de saúde e das atividades a desenvolver.

PROCESSO ASSISTENCIAL DE RASTREIO DE INFEÇÃO VIH COM TESTE RÁPIDO – ROTEIRO DA INFORMAÇÃO À PESSOA/FAMÍLIA



5. COMPETÊNCIAS NECESSÁRIAS

Com o intuito, do processo assistencial integrado, entende-se por competência, “a atitude do profissional de saúde e a sua capacidade de integrar os conhecimentos associados às boas práticas na prática clínica diária e na resolução de problemas”.

A gestão por competências é fulcral para uma implementação eficaz dos processos assistenciais e consequente obtenção de ganhos em saúde.

Neste contexto, falar de competências indica a abordagem de comportamentos observáveis e mensuráveis, suscetíveis de melhoria e que estão diretamente relacionados com o desempenho que se pretende obter por parte da UF.

Caracteriza-se sinteticamente as competências necessárias para este processo assistencial do VIH, relacionadas com cada categoria profissional, com foco nos resultados desejados.

Competências 1 - Informação ao Cidadão	Evidências específicas	AT	Enf	M	PS UCC	PS URAP
O profissional de saúde proporciona a informação necessária para promover a participação e decisão da pessoa que deseje/necessite de efetuar o rastreio do VIH	Informar de forma clara e precisa o utente	•	•	•	•	•
	Consentimento informado sempre que aplicável		•	•	•	•
	Registrar adequadamente a informação fornecida		•	•	•	•

Competências 2 – Educação terapêutica, educação para a saúde, aconselhamento e medidas de prevenção	Evidências específicas	AT	Enf	M	PS UCC	PS URAP
O profissional de saúde assegura a realização de atividades educativas, a avaliação dos comportamentos de risco e medidas de proteção com o intuito de promoção de saúde e prevenção da aquisição da infeção pelo VIH	Informação clara e orientações simples e precisas compreensível, fornecidas ao utente	•	•	•	•	•
	Análise do risco de adquirir a infeção por VIH e informação ao utente sem VIH		•	•	•	•
	Registo adequado no processo clínico do utente		•	•	•	•
	Incentivo à adoção de boas práticas sexuais e de outras formas de transmissão da infeção por VIH		•	•	•	•
	Informação sobre os comportamentos de risco		•	•	•	•

	Fornecimento de material preventivo (preservativos por exemplo)		•	•		
	Realização de ações de formação e de reflexão crítica e ativa sobre o desempenho, de modo a melhorar a intervenção do profissional	•	•	•	•	•

Competências 3 – Comunicação/ entrevista clínica/ consulta	Evidências específicas	AT	Enf	M	PS UCC	PS URAP
O profissional de saúde assegura a comunicação eficaz a cada pessoa que deseje/necessite de efetuar o rastreio do VIH, aplicando as técnicas de comunicação próprias do seu âmbito profissional	Informação clara e orientações simples e precisas compreensível, fornecidas ao utente	•	•	•	•	•
	Informação ao utente sobre os benefícios de efetuar o rastreio		•	•	•	•
	Consentimento informado		•	•	•	•
	Ensinos sobre a prevenção de comportamentos de risco		•	•	•	•
	Registrar adequadamente a informação fornecida e plano de cuidados		•	•	•	•

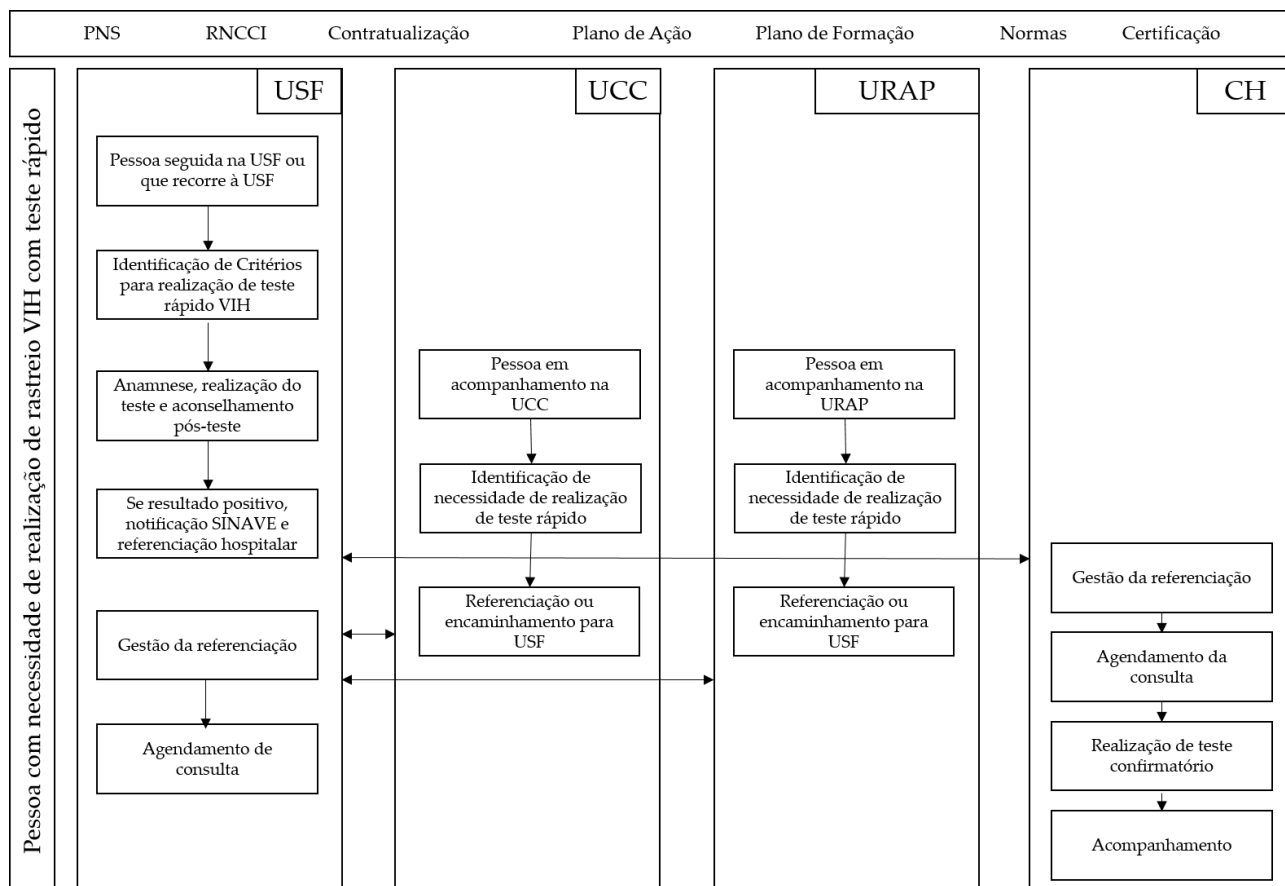
Competências 4 – Capacidade para a tomada de decisão clínica, de diagnóstico e terapêutica	Evidências específicas	AT	Enf	M	PS UCC	PS URAP
O profissional de saúde assegura cuidados clínicos de qualidade, atualizados e baseados na melhor evidência científica, no âmbito da sua especialidade profissional	Realização da avaliação clínica correta, pedido para a realização do rastreio do VIH e interpretação do resultado, estabelecimento de uma conclusão clínica e de um plano de cuidados à pessoa		•	•		
	Cumprimentos e monitorização da norma de orientação clínica 58/2011, revista em 10/12/2014 sobre “Diagnóstico e rastreio laboratorial da infeção pelo VIH”	•	•	•	•	•
	Registo de todas as intervenções e plano de cuidados no processo clínico do utente		•	•	•	•
	Referenciação clínica para a consulta de especialidade, quando aplicável			•		
	Notificação da infeção por VIH no SINAVE, quando aplicável			•		

Competências 5 – Continuidade	Evidências específicas	AT	Enf	M	PS UCC	PS URAP
--------------------------------------	-------------------------------	-----------	------------	----------	---------------	----------------

assistencial						
O profissional de saúde assegura a continuidade de cuidados assistenciais à pessoa com rastreio VIH reativo, para meio hospitalar	Continuidade assistencial assegurada e apoiada nos registos do processo clínico: registo do rastreio reativo		•	•	•	•
	Divulgação de ensinamentos de prevenção de transmissão da infeção		•	•	•	•
	Explicação da referenciação para meio hospitalar			•		

6. REPRESENTAÇÃO GRÁFICA

A representação gráfica do Processo Assistencial do Rastreamento de Infecção VIH com Teste Rápido permite visualizar a sua abrangência. Depois da identificação de necessidades, inicia-se o processo, garantido os profissionais de saúde a continuidade assistencial à pessoa e família.



DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Antunes, F. et al. (2021). Manual sobre SIDA (6ª edição). Lisboa: Permanyer.

BI CSP (2024). Relatórios de dados do BI Self Service: Problemas Ativos e Intervenções de Enfermagem. Dados referentes ao ano de 2023. [Dados consultados em abril 2024].

Direção-Geral da Saúde (2011). Orientação 018/2011 - Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde, de 23/05/2011.

Direção-Geral da Saúde (2013). Norma 029/2012 - Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI), de 29/12/2012, atualizada a 31/10/2013.

Direção-Geral da Saúde (2014). Norma 058/2011. Diagnóstico e Rastreio Laboratorial da Infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), de 28/12/2011, atualizada a 10/12/2014.

Direção-Geral da Saúde (2015). Norma 013/2014 DGS - Uso e Gestão de Luvas nas Unidades de Saúde, de 25/08/2014, atualizada a 07/08/2015.

Direção-Geral da Saúde (2019). Norma 007/2019 - Higienização das Mãos, de 16/10/2019.

ECDC (2022). HIV/AIDS surveillance in Europe 2021 data. URL disponível em: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/2022-Annual_HIV_Report_final.pdf [consultado em abril 2024].

INSA (2023). Relatório Infeção por VIH em Portugal. URL disponível em: <https://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/8786>

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2023) - with minor processing by Our World in Data. “New cases of HIV per 1000 individuals (UNAIDS)” [dataset]. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, “Global AIDS Update” [original data].

SINAVE (2024). Dados de Notificação da Doença Obrigatória VIH/SIDA. [Dados consultados em abril 2024].

ANEXOS

ANEXO 1 | REALIZAÇÃO DO TESTE RÁPIDO VIH

ANEXO 2 | REGISTO SCLÍNICO DE ENFERMAGEM

ANEXO 3 | VISUALIZAÇÃO DO RESULTADO DO TESTE RÁPIDO

ANEXO 4 | NOTIFICAÇÃO SINAVE

ANEXO 5 | REFERENCIAÇÃO INTERNA CSP

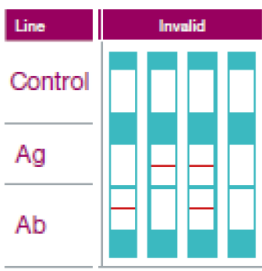
ANEXO 6 | GESTÃO DA REFERENCIAÇÃO

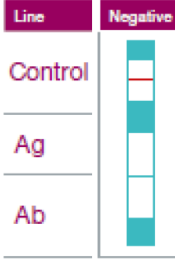
ANEXO 1 | REALIZAÇÃO TESTE RÁPIDO VIH

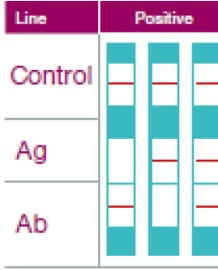
Material Necessário:

- Kit de teste rápido de quarta geração (Cumprimento da Circular Normativa n.º 058/2011 de 28/12, atualizada a 10/12 /2014, da DGS): (Teste + Sol. Tampão);
- Lancetas;
- Compressas com álcool;
- Penso rápido;
- Luvas;
- Contentor de corte perfurantes.

Interpretação do resultado:

TESTE INVÁLIDO (NENHUMA BARRA DE CONTROLO)	
	Se não aparecer nenhuma barra vermelha na janela de controlo, o teste é considerado inválido, mesmo que numa das janelas do Ab e do Ag, apareça uma barra vermelha. O teste deve ser repetido

TESTE NÃO-REATIVO (UMA BARRA - BARRA DE CONTROLO)	
	Aparece uma barra vermelha na janela de controlo da tira (com a indicação “C”) e não aparece nenhuma barra vermelha nas janelas Ab e Ag da tira.

TESTE REATIVO PARA ANTICORPOS E REATIVO PARA ANTIGÉNIOS (P24) - (TRÊS BARRAS - CONTROLO, AB E AG)	
	Aparecem três barras vermelhas na janela do controlo (com a indicação “C”, na janela do Ab (com a indicação “Ab”) e na janela do Ag (com a indicação “Ag”) da tira. Interprete qualquer barra vermelha visível nas janelas do Ab e do Ag como reativa.

ANEXO 2 | REGISTO SCLÍNICO DE ENFERMAGEM

Programa de Saúde: Saúde do Adulto ou Saúde do Idoso

Processo de Enfermagem:

Comportamento de Procura de Saúde	Avaliar comportamento de procura de saúde
Uso de contraceptivos	Avaliar uso de contraceptivos Avaliar conhecimento sobre o uso de contraceptivos
Autocontrolo: Infecção	Avaliar autocontrolo: Infecção Avaliar conhecimento sobre autocontrolo: infecção

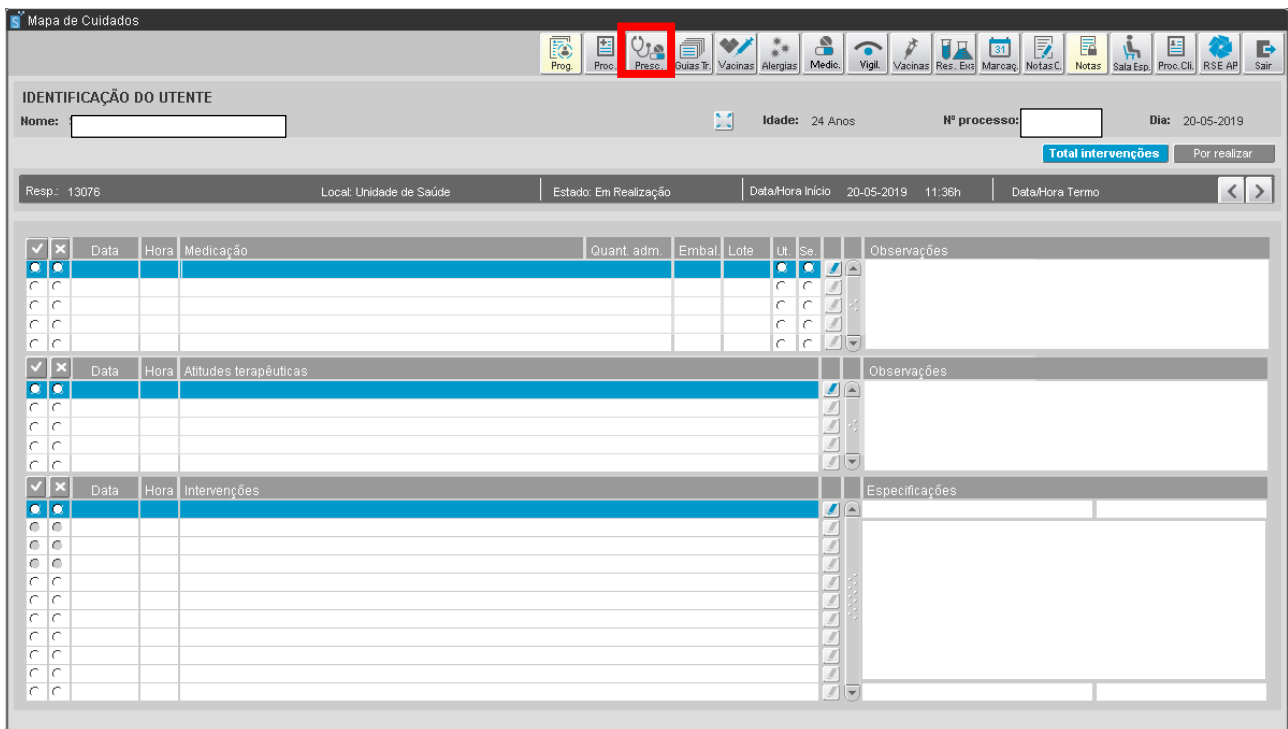
Registo do Teste Rápido VIH

No perfil de Enfermagem, clicar no ícone das atitudes terapêuticas no painel de entrada do processo do utente ou no mapa de cuidados:

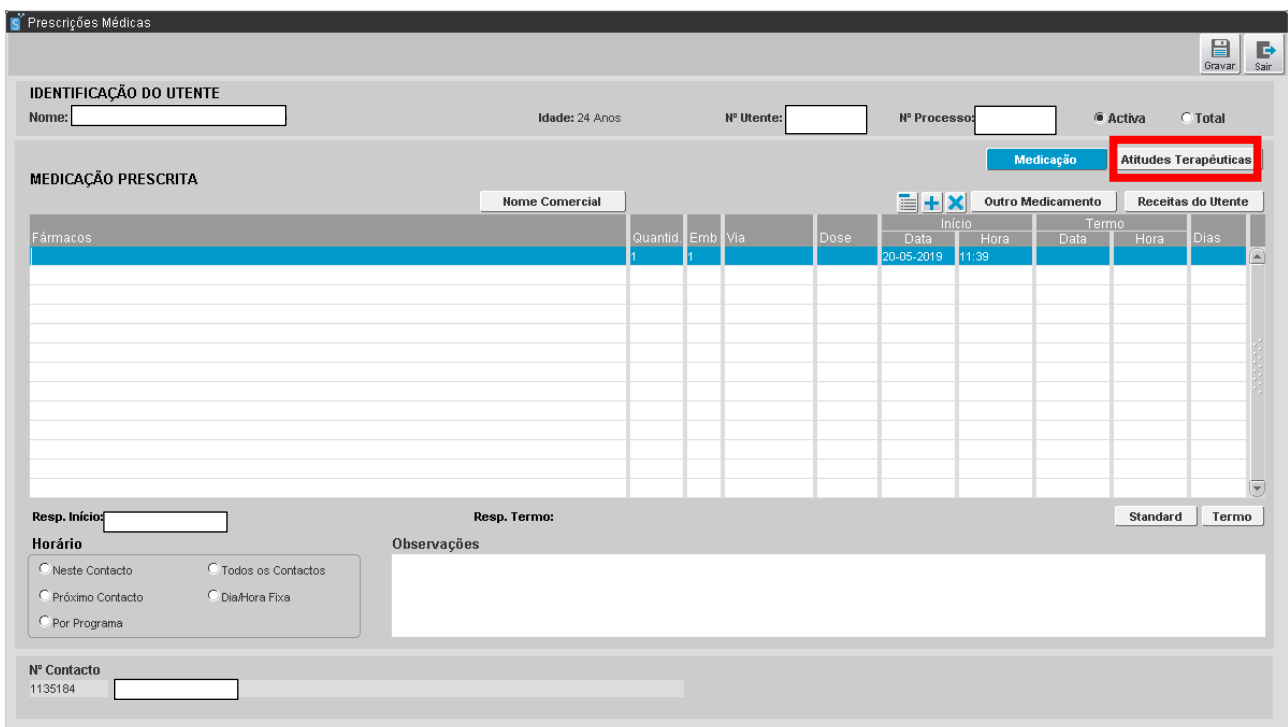
The screenshot displays the SCLínico software interface for a patient profile. The top toolbar contains several icons, with the 'Proced.' icon (representing therapeutic attitudes) highlighted in a red box. The main interface is divided into several sections:

- Alertas:** A list of alerts, including 'E) Avaliar uso de tabaco (29-11-2017)' and '(E) Td em 2015 (25-06-2010)'.
- Painel de Entrada:** Fields for patient information: Nome, Idade (24 anos), Nº contacto (1135184), Local contacto (Unidade De Saúde), Nº utente, Nº processo, Enfermeiro, Proveniência, Enfermeiro de Família, Médico de Família (Bessa Cardoso), Tipo (U), and Agendado.
- Antecedentes Pessoais:** A list of personal history items, such as '29-10-2014 Cistite / Infecção Urinária Outra', '20-03-2014 Manutenção De Saúde / Medicina Preventiva', '22-08-2013 Píriase Rosada', '29-07-2013 Abuso Do Tabaco', and '09-03-2009 Unha Encravada'.
- Vacinas:** A table showing vaccination records:

Vacinas	Dt. Inoculação
Td	12-08-2015
HPV Tetravalente	07-05-2009
HPV Tetravalente	08-01-2009
HPV Tetravalente	06-11-2008
MenC	15-11-2007
VHB	24-02-2006
VHB	02-09-2005
Td	27-06-2005
- Vigilância Médica:** A section for medical monitoring with status indicators (Vigado, Não Vigado) and counts for 'Nº fact. monitorizados' (1) and 'Nº fact. de risco' (0). It also includes a 'Vigilância Cardiovascular' indicator.
- Intervenções a Realizar no Contacto:** A list of interventions to be performed, including 'ALGALIAÇÃO', 'Ethinilestradiol + Gestodeno, Minigeste, 0.02 mg + 0.075 mg, Comprimido revestido [0.02 mg + 0.075 mg]', 'Monitorizar perímetro abdominal', 'Ensinar sobre coping', 'Instruir a auto-vigilância da mama', and 'Assistir no auto cuidado: atividade física'.

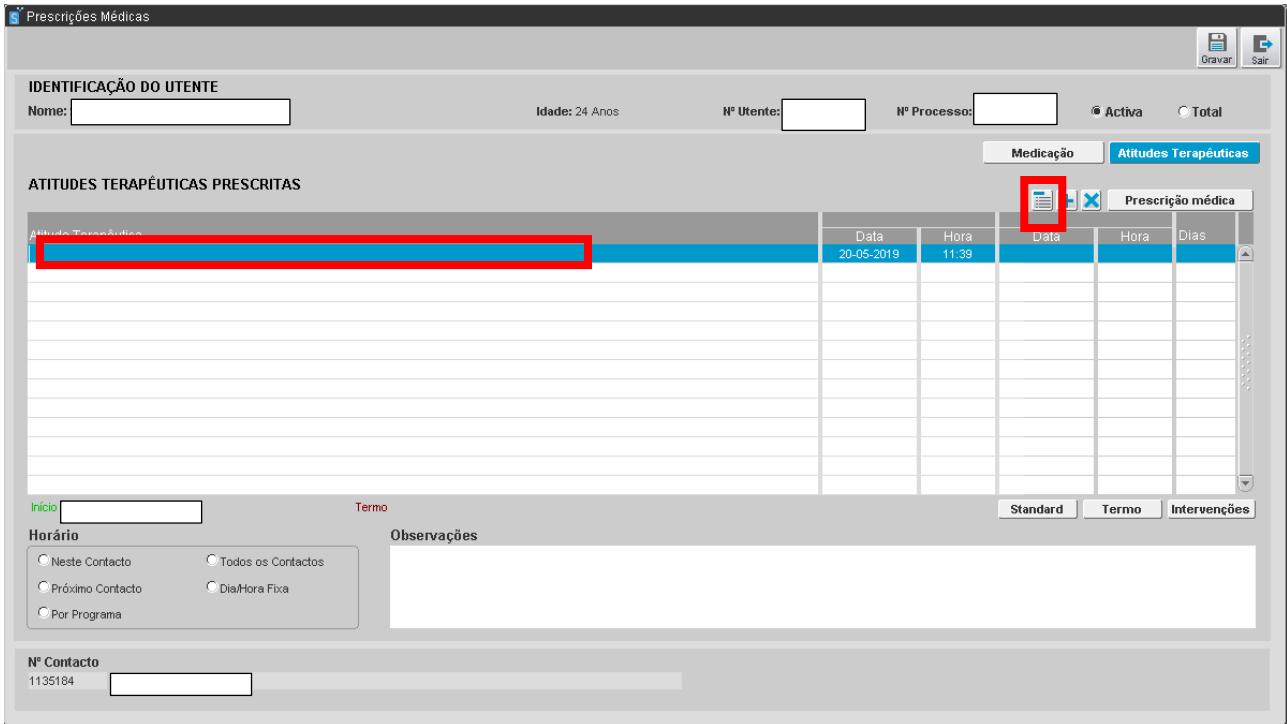


- Clicar em “Atitudes Terapêuticas”:

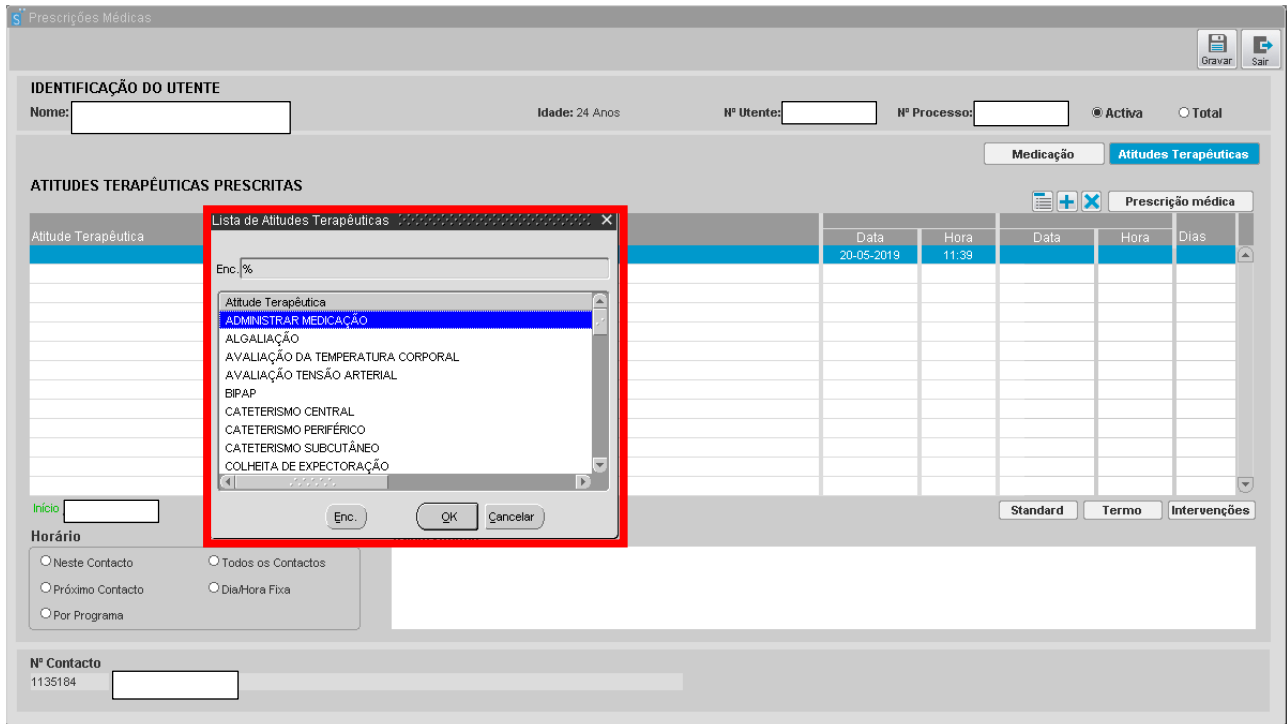


- Clicar na lista de atitudes terapêuticas ou utilizar a pesquisa rápida, escrevendo as primeiras letras da

atitude numa linha em branco e clicar em “Enter”:



- Selecionar a atitude terapêutica “Teste rápido VIH” na lista de atitudes terapêuticas:



- Clicar num dos horários pré-definidos e, de seguida, clicar em “intervenções”:

- Seleccionar a intervenção “Avaliar teste diagnóstico”:

Intervenções Sugeridas

Tipo: Fenómenos e Atitudes Terapêuticas

TESTE RAPIDO VIH

Intervenções

- Avaliar teste de diagnóstico

Seleção

Sugeridas Todas

Programas de Saúde do contacto Projectos do contacto

Sair

Idade: 24 Anos Nº Processo:

Horário	Início		Termo	
	Data	Hora	Data	Hora
	20-05-2019	11:41		

Tratamento Férias Normas Termo

Nº Contacto: 1135184

- Atribuir o horário:

Intervenções

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome: Idade: 24 Anos Nº Processo:

Intervenções Fenómenos Tipo

Horário	Início		Termo	
	Data	Hora	Data	Hora
Avaliar teste de diagnóstico	20-05-2019	11:41		

Início: Termo:

Horário

Neste Contacto Todos os Contactos

Próximo Contacto Dia/Hora Fixa

Por Programa

Especificações

Início: 20-05-2019 11:42 [AT: TESTE RAPIDO VIH]

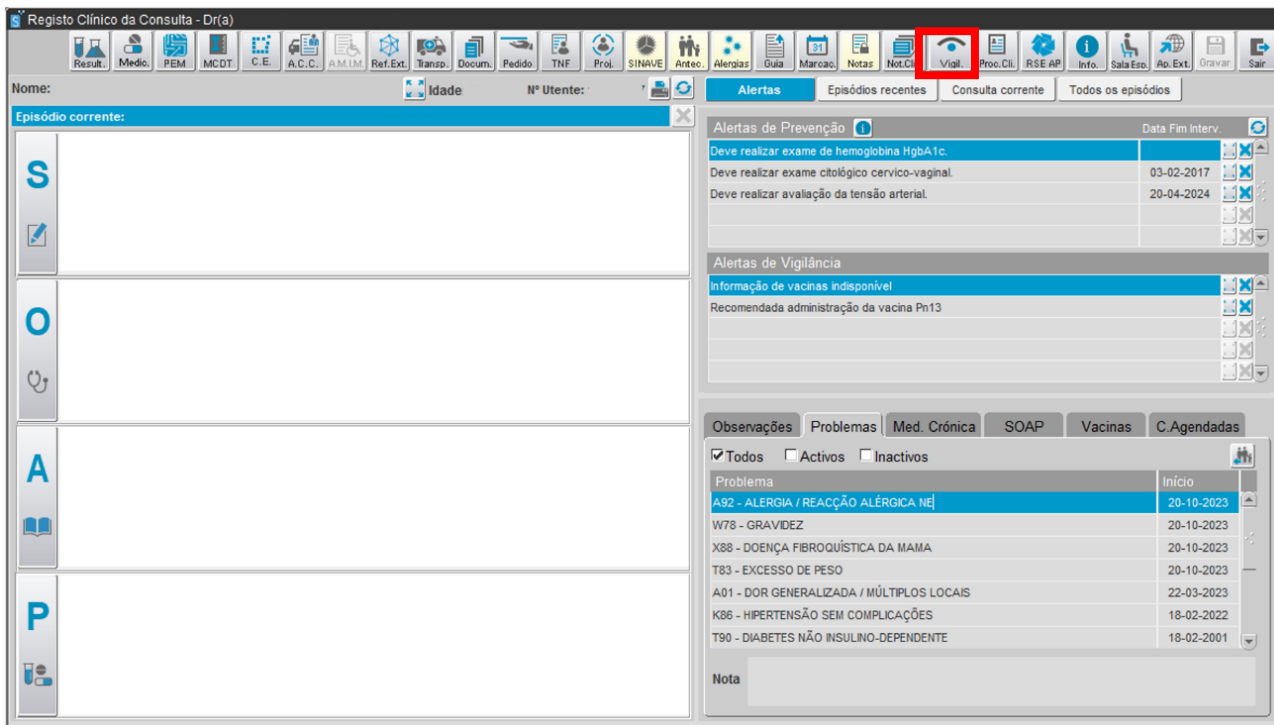
Termo:

Tratamento Férias Normas Termo

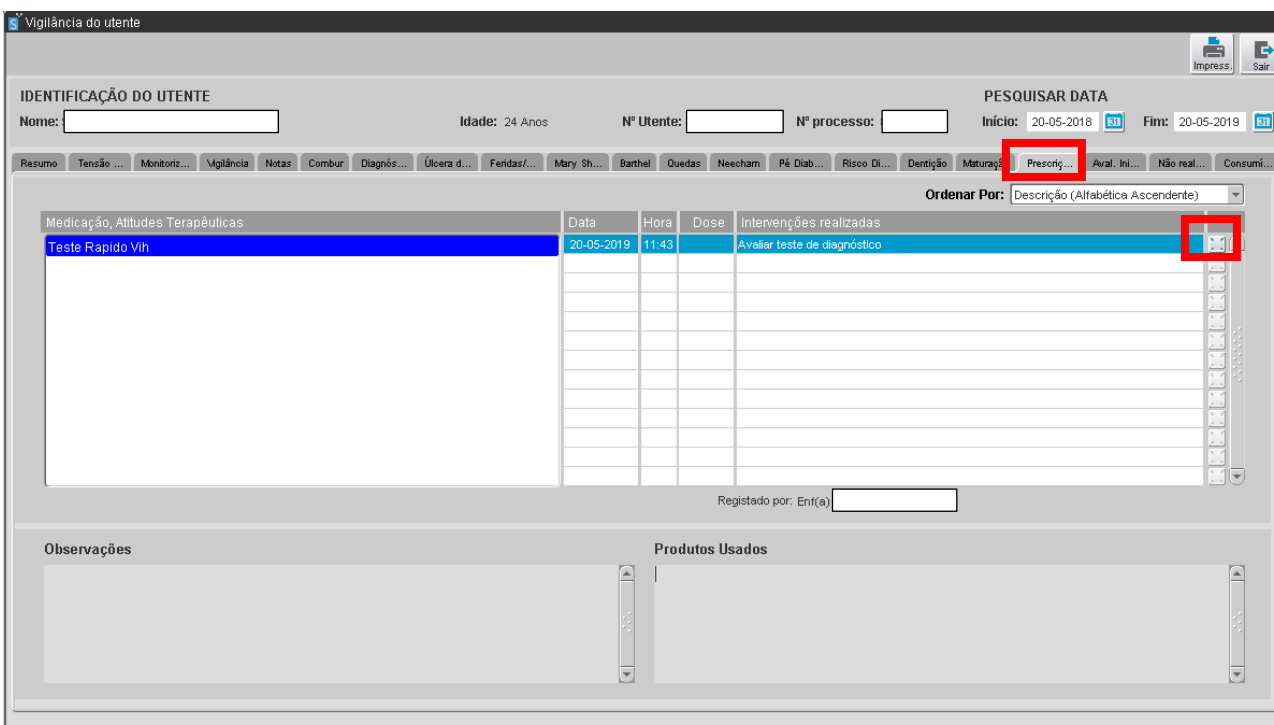
Nº Contacto: 1135184

ANEXO 3 | VISUALIZAÇÃO DO RESULTADO DO TESTE RÁPIDO

Para visualizar o resultado da atitude terapêutica, aceder ao painel da “vigilância”:



Selecionar o separador “prescrições” e clicar no expansor localizado à frente da atitude terapêutica “teste rápido VIH”.



Após abertura do expansor é possível visualizar o resultado registrado:

Consulta da escala: teste_diagnóstico

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE
Nome: Idade: N° Utente: N° Processo:

teste_diagnóstico Data: 25-05-2024 Hora: 17:08

Registrar Escala | Histórico

GRUPOS
Teste rápido VIH
TDAR (teste diagnóstico antigénico rápido)
IGRA (interferon gamma release assay)

ITEMS DO GRUPO
-[TESTE RÁPIDO VIH]

PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor
Teste rápido VIH	reativo - Ag (+)

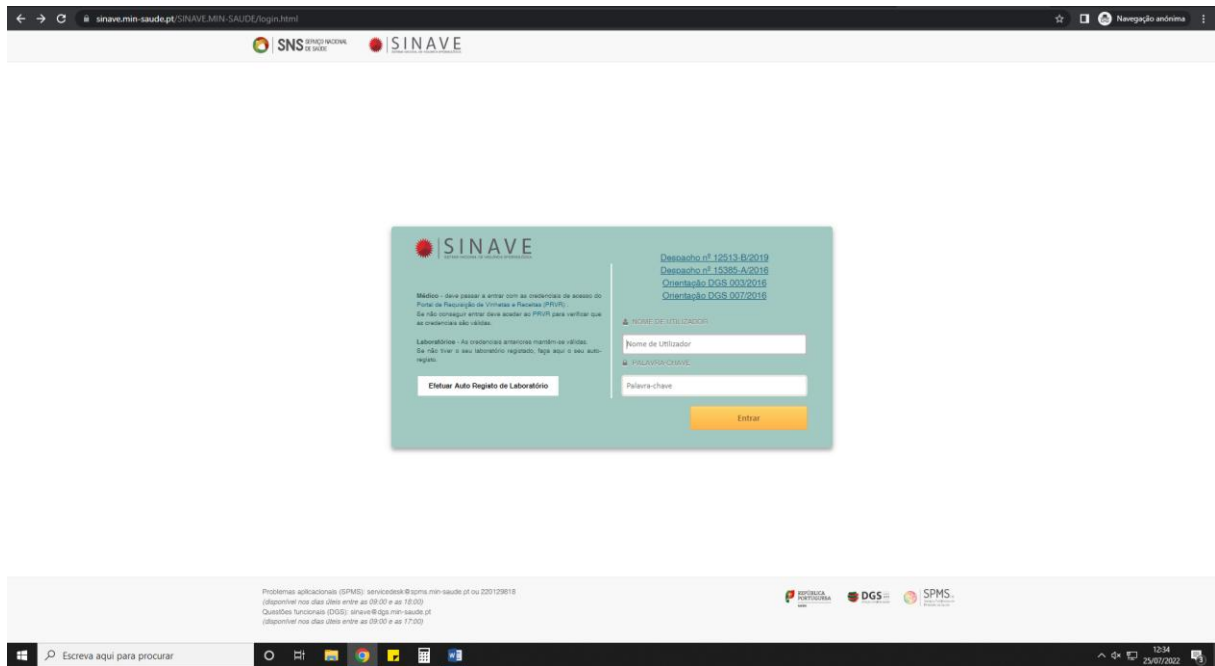
GRUPOS DE SCORE

Grupo	Score

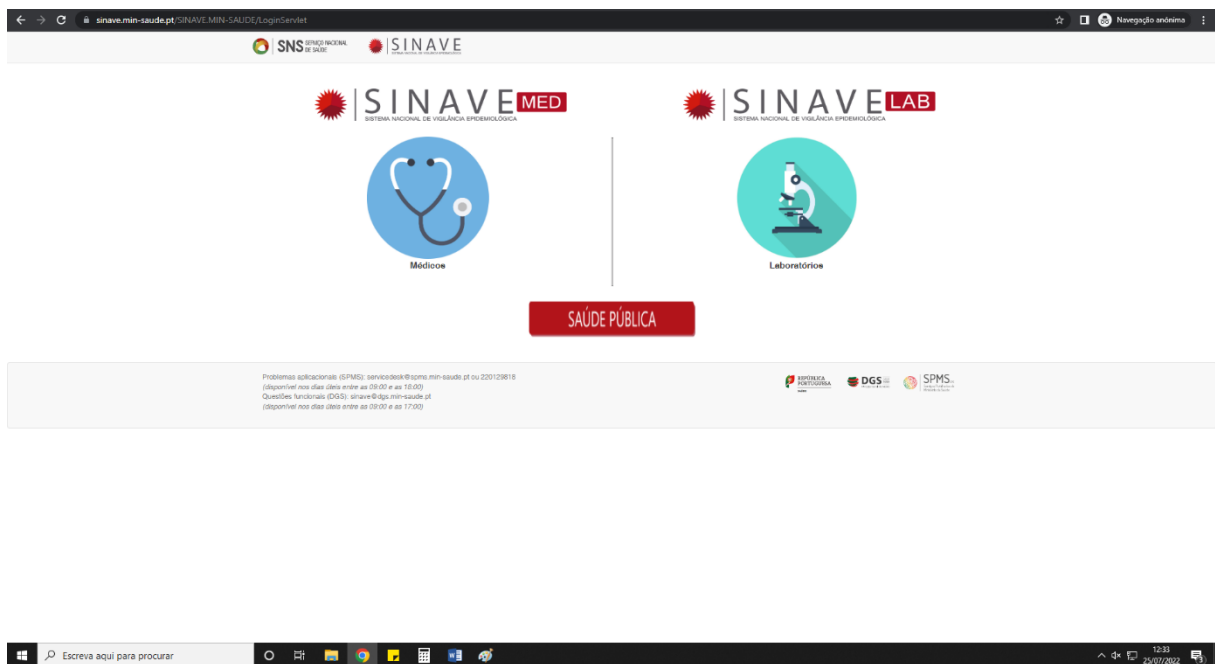
Score total

ANEXO 4 | NOTIFICAÇÃO SINAVE

Aceder ao site SINAVE e fazer login;



Aceder ao perfil notificador (SINAVE Med);



Iniciar a notificação;

The screenshot shows the SINAVE web application interface. At the top, there is a navigation bar with the SINAVE logo and user information: 'Perfil: Médico' and 'Nr. Ordem:'. Below the navigation bar, there are two main buttons: 'Listar Notificações' (blue) and 'Registrar Notificação' (red). The 'Listar Notificações' button shows 'A aguardar IE: 0' and 'Total: 71'. At the bottom of the page, there is a footer with contact information for SPMS and logos for the Portuguese Republic, DGS, and SPMS. The Windows taskbar at the bottom shows the search bar and system tray with the date 25/07/2022 and time 15:39.

Definir local de notificação;

The screenshot shows the 'Registrar Doença de Notificação Obrigatória' (Register Mandatory Notification Disease) form in the SINAVE application. The form is titled 'Registrar Doença de Notificação Obrigatória' and contains a dropdown menu labeled 'Locais de Notificação associados ao Médico com Nr. de Ordem 67478:' with the option 'Selecionar'. Below the dropdown, there is a note: 'Por favor, seleccione o Local de Notificação de onde irá submeter uma Notificação de D.N.D.' and another note: 'NOTA: Caso não encontre o seu Local de Notificação na lista orie, por favor, uma nova associação ao local desejado pressionando o respetivo botão abaixo.' At the bottom of the form, there are three buttons: 'Associar Novo Local de Notificação', 'Cancelar', and 'Seguinte'. The footer and Windows taskbar are identical to the previous screenshot.

Introduzir o número de utente e clicar em pesquisar para autopreenchimento dos dados do utente. Conferir os dados e avançar;

The screenshot shows the 'Registar Doença de Notificação Obrigatória' form in the SINAVE system. The 'Dados do Utente' section is active, containing the following fields:

- Número de Utente:** A text input field with a 'Pesquisar' button to its right.
- Se a pesquisa não devolver dados, por favor, preencha os campos abaixo.**
- Número de Identificação:** A text input field.
- Seleção o tipo de Identificação:** A dropdown menu with 'Selecionar' selected.
- Género:** Radio buttons for 'Masculino' and 'Feminino'.
- Contacto telefónico:** A text input field.
- Nome:** A text input field.
- Data de Nascimento:** A date picker field.
- Nacionalidade:** A dropdown menu with 'Selecionar' selected.
- Naturalidade - País:** A dropdown menu with 'Selecionar' selected.
- Distrito:** A dropdown menu with 'Selecionar' selected.
- Concelho:** A dropdown menu with 'Selecionar' selected.
- Freguesia:** A dropdown menu with 'Selecionar' selected.
- Morada:** A text input field.

Escolher a DNO a notificar;

The screenshot shows the 'Registar Doença de Notificação Obrigatória' form in the SINAVE system, now in the 'Notificação' section. The form displays the following information:

- Nome do doente:** A text input field.
- Residência:** A text input field.
- N. Utente:** A text input field.
- Contacto:** A text input field.
- Data de Nascimento:** 26-01-1989
- Idade:** 33 anos
- Sexo:** F

Below this information, a message states: "Se pretender notificar Doença por novo Coronavírus (COVID-19), deve selecionar Infecção pelo SARS-CoV-2/COVID-19." A dropdown menu labeled 'Selecionar Doença:' is open, showing a list of diseases:

- Selecionar
- Antrax (Infecção por Bacillus anthracis)
- Botulismo
- Brucelose
- Campylobacteriose
- Chikungunya
- Colera
- Criptosporidiose
- Dengue
- Difteria
- Doença de Creutzfeldt-Jakob
- Doença de Hansen (Lepra)
- Doença dos Legionários
- Doença invasiva pneumocócica
- Doença invasiva por Haemophilus influenzae
- Doença Meningocócica
- Ebola
- Encefalite viral transmitida por carrapças
- Equinococose/Hidatidose
- Febre Amarela

Definir a morada de ocorrência;

The screenshot shows the SINAVE notification form. At the top, there are logos for SNS (Serviço Nacional de Saúde) and SINAVE. A message states: "Se pretender notificar Doença por novo Coronavírus (COVID-19), deve seleccionar infeção pelo SARS-CoV-2/COVID-19." Below this, a dropdown menu for "Seleccionar Doença:" is set to "Campilobacteriose".

The "Morada de Ocorrência" section is highlighted in yellow. It includes a sub-header: "Morada de Ocorrência (Morada do doente à data do diagnóstico. Alterar se a morada obtida do RNU não corresponder à residência atual.)". The form contains several dropdown menus: "País:" (Portugal), "Distrito:" (Porto), "Concelho:" (Maia), and "Freguesia:" (Moreira). There is also a text input field for "Morada:".

Below this, the "Notificação" section is shown, with a sub-header "Dados do doente." and a dropdown for "Profissão do utente". Under "Sinais e Sintomas", there are dropdowns for "Diarreia", "Dor abdominal", and "Febre", along with a date selector for "Data do início dos sintomas".

Preencher a notificação e clicar em enviar.

This screenshot shows the same SINAVE notification form, but now with more fields filled out. The "Profissão do utente" dropdown is still "Seleccionar". Under "Sinais e Sintomas", "Diarreia" is selected. "Dor abdominal" and "Febre" are still "Seleccionar". The "Data do início dos sintomas" is set to "Selecione Data".

Additional fields include "Origem provável de infeção" (Seleccionar), "Existe alguma ligação epidemiológica?" (Seleccionar), and "Foi identificada a forma provável de transmissão?" (Seleccionar). There are also date selectors for "Data do diagnóstico" and "Internamento".

At the bottom, there are dropdowns for "Realizou exames laboratoriais", "Agente", and "Faleceu", all currently set to "Seleccionar". A large text area for "Observações (notificação)" is empty.

At the bottom of the form, there are three buttons: "Cancelar Notificação" (purple), "Voltar" (grey), and "Enviar" (blue).

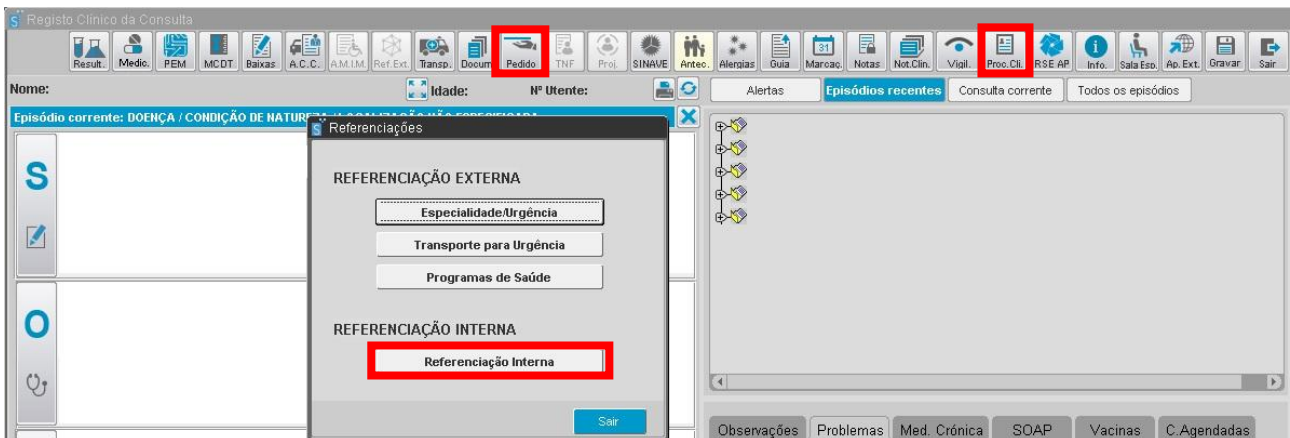
ANEXO 5 | REFERENCIAÇÃO INTERNA CSP

Clicar no ícone da referência interna, conforme cada perfil:

Perfil de Enfermagem



Perfil Médico



Perfil de Nutrição



Perfil de Psicologia



Perfil de Serviço Social



Após clique no ícone da referência interna, surge o painel:

The screenshot shows the 'Referenciação Interna' form with the following fields and options:

- Novo Pedido** / **Histórico de pedidos** (tabs)
- IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE**
 - Nome: _____
 - Idade: _____
 - Nº Utente: _____
 - Nº Processo: _____
- REFERENCIAÇÃO**
 - Especialidade Equipa
 - Especialidade: _____
- Carácter da referência: Normal Urgente
- Motivo da Referência: _____
- Observações: _____

Clicar na lista pendente do campo “Especialidade” e escolher a opção “Enfermagem”. Clicar na lista pendente do campo “Profissional” e escolher o enfermeiro de família. No campo “motivo de referência” escrever “teste rápido VIH” e nas observações “NA” (não aplicável). Clicar em gravar.

The screenshot shows the 'Referenciação Interna' form with the following data entered:

- Novo Pedido** / **Histórico de pedidos** (tabs)
- IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE**
 - Nome: _____
 - Idade: _____
 - Nº Utente: _____
 - Nº Processo: _____
- REFERENCIAÇÃO**
 - Especialidade Equipa
 - Especialidade: ENFERMAGEM
 - Profissional: ALEXANDRA
- Carácter da referência: Normal Urgente Projetos de Saúde
- Motivo da Referência: Teste Rápido VIH
- Observações: NA

ANEXO 6 | GESTÃO DA REFERENCIAÇÃO INTERNA

Quando o enfermeiro de família recebe uma referenciação interna, o ícone da gestão das referenciações fica a amarelo. Para gerir a referenciação o enfermeiro deve clicar no ícone.

The screenshot displays the SClinico - Consulta de Enfermagem interface. The top menu includes options like Param., Ref. Ex., Ref. Int., and others. The main area shows a calendar for April 2024, with the 3rd of April highlighted. Below the calendar, there are sections for 'NOTAS/TAREFAS DIA' and 'MENSAGENS INTERNAS'. The central part of the interface is a table of scheduled consultations. The table has columns for CM, H. Ag., H. Adm, Estado, Processo, Referente a, Idade, Consulta, Tipo, Sala, Local, Enf. Cons, H. Effect, NP, P, and C. Two rows are visible, both with the 'Estado' column set to 'Agendado'. The first row is for a 35-year-old patient, and the second row is for a 42-year-old patient. The 'Referente a' column is empty for both. The 'H. Effect' column shows 18:30 for the first row and 19:00 for the second. The 'NP', 'P', and 'C' columns have checkboxes, some of which are checked. At the bottom, there are sections for 'CONTACTOS/CONSULTAS AGENDADAS' and 'ÚLTIMAS CONSULTAS/CONTACTOS'. The 'CONTACTOS/CONSULTAS AGENDADAS' section shows a table with columns for Data, Hora, Consulta/Contacto, and Profissional. The 'ÚLTIMAS CONSULTAS/CONTACTOS' section shows a table with columns for Data, Hora, Consulta/Contacto, and Profissional. The 'Referenciação' icon in the top menu is highlighted in yellow.

No painel seguinte deve analisar a referenciação e clicar no ícone “marcações” para efetuar o agendamento. Após o agendamento, a referenciação passará do estado “pedido” para o estado “agendado”.



Anexo 12 - Plano de sessão - Apresentação aos Conselhos Técnicos

Tema: VIHver por um dia	Local: Online
População Alvo: Conselhos técnicos das UF do ACeS	Data(s): 28 de maio de 2024
Formador: Mestranda Enfermeira Patrícia Nascimento	Hora: 11:00- 13:00h
	Duração: 120min
Objetivo geral: Apresentar o processo assistencial (PA) do teste rápido do VIH	Sessão: 1

Etapa	Objetivo Específico	Conteúdo	Método	Recursos	Avaliação	Duração
Introdução	-Divulgar os objetivos estipulados para esta sessão de formação; -Divulgar o objetivo da elaboração deste documento e a sua pertinência em contexto laboral;	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação pessoal e profissional dos formadores; • Apresentação do projeto; • Apresentação da formação e objetivos. 	Expositivo	Computador com Ligação à Internet; Apresentação em PPT;		10min

Desenvolvimento	<p>-Aumentar o conhecimento sobre a realização de testes de VIH;</p> <p>-Definir fluxograma do percurso clínico do utente que necessita de realizar o teste rápido do VIH;</p> <p>-Descrever a informação específica destinada ao utente em cada componente do processo assistencial;</p> <p>-Melhorar a qualidade do atendimento ao utente;</p> <p>-Promover a acessibilidade do utente ao rastreio do VIH;</p> <p>-Garantir o correto encaminhamento do utente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Definição de conteúdos; • Critérios de entrada, saída e de exclusão do PA; • Percurso do utente que necessite de realizar o rastreio da infeção pelo VIH, dentro das UF; • Atividades e competências intrínsecas a cada classe profissional envolvida; • Roteiro de informação. 	Expositivo	Computador com Ligação à Internet; Apresentação em PPT;	Avaliação através da adesão das UF à formação	160min
Conclusão	<p>-Esclarecimento de questões;</p> <p>-Síntese dos conteúdos abordados.</p>	<p>Revisão dos conteúdos ministrados na sessão;</p> <p>Avaliação da sessão;</p>	Expositivo	Computador com Ligação à Internet; Apresentação em PPT.		10min

Anexo 13 - Apresentação do PA aos conselhos técnicos



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



esepp
ESCOLA SUPERIOR DE
ENFERMEIROS DO PORTO

VIHVER POR UM DIA

PROCESSO ASSISTENCIAL (PA) - RASTREIO DE INFEÇÃO VÍRUS DA
IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (VIH) COM TESTE RÁPIDO

(Documento de trabalho)

Enf.ª Patrícia Nascimento – Mestranda

Maio 2024



INTRODUÇÃO

Após o Diagnóstico de situação, verificou-se **a necessidade dos profissionais ACeS Vale do Sousa Norte** da elaboração de um documento mais operacional, baseado na norma da DGS.

Este processo assistencial surge como tentativa de colmatar essa necessidade;

Composto por um **grupo de peritos**, de diversas Classes Profissionais (Enfermeiros, Médicos e Assistentes técnicos);

Com vista à melhoria contínua de cuidados em saúde.

INDICE

1. Definição Funcional do Processo
 2. Descrição Geral
 3. Componentes
 4. Roteiro de Informação
 5. Competências Necessárias
 6. Referenciação gráfica
- Anexos

1. DEFINIÇÃO FUNCIONAL DO PROCESSO

OBJETIVO GERAL:

- Definir as atividades relacionadas com o percurso clínico do utente com necessidade de realizar rastreio de Infecção VIH através de teste rápido.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Melhorar a qualidade do atendimento ao utente;
 - Promover a acessibilidade do utente ao rastreio do VIH;
 - Garantir o correto encaminhamento do utente;
 - Estabelecer o percurso clínico do utente.
-

1. DEFINIÇÃO FUNCIONAL DO PROCESSO

Critérios de entrada no PA:

Necessidade de efetuar o teste rápido de rastreio do VIH, estando inscrito ou não no ACeS.

A entrada no processo assistencial pode ocorrer por:

1. Utentes a quem seja necessário realizar diagnóstico diferencial de infeção por VIH;
2. Utentes a quem seja diagnosticada uma infeção sexualmente transmissível;
3. Parceiros sexuais de homens e mulheres a quem foi diagnosticada infeção por VIH;
4. Homens que tiveram sexo com outros homens;

1. DEFINIÇÃO FUNCIONAL DO PROCESSO

5. Mulheres parceiras de homens que tiveram sexo com outros homens;
6. Pessoas com história de utilização de drogas;
7. Homens e mulheres originários de países com elevada prevalência de infeção por VIH (> 1%)*;
8. Homens e mulheres que tiveram sexo no estrangeiro ou em Portugal com pessoas de países de elevada prevalência;
9. Reclusos;
10. Populações nómadas;
11. Sem abrigo;

*<https://ourworldindata.org/grapher/new-cases-of-hiv-unaided-vs-ihme>

1. DEFINIÇÃO FUNCIONAL DO PROCESSO

12. Grávidas- incluído no estudo analítico do 1 e 3ª trimestre.

13. Crianças nascidas de mães que recusaram a realização do teste para pesquisa de VIH durante o período pré-natal;

14. Nas mulheres em idade fértil no âmbito dos cuidados pré-concecionais (de acordo com a Circular Normativa n.º 2/DSMIA de 16/01/06. “Prestação de Cuidados Pré-Concecionais”);

15. Dadores de sangue

16. Utentes em diálise

17. Dadores e recetores de órgãos transplantados

1. DEFINIÇÃO FUNCIONAL DO PROCESSO

Critérios de saída do PA:

- Utentes com teste de rastreio negativo que deixe de ter critério para a realização de teste rápido.






1. DEFINIÇÃO FUNCIONAL DO PROCESSO

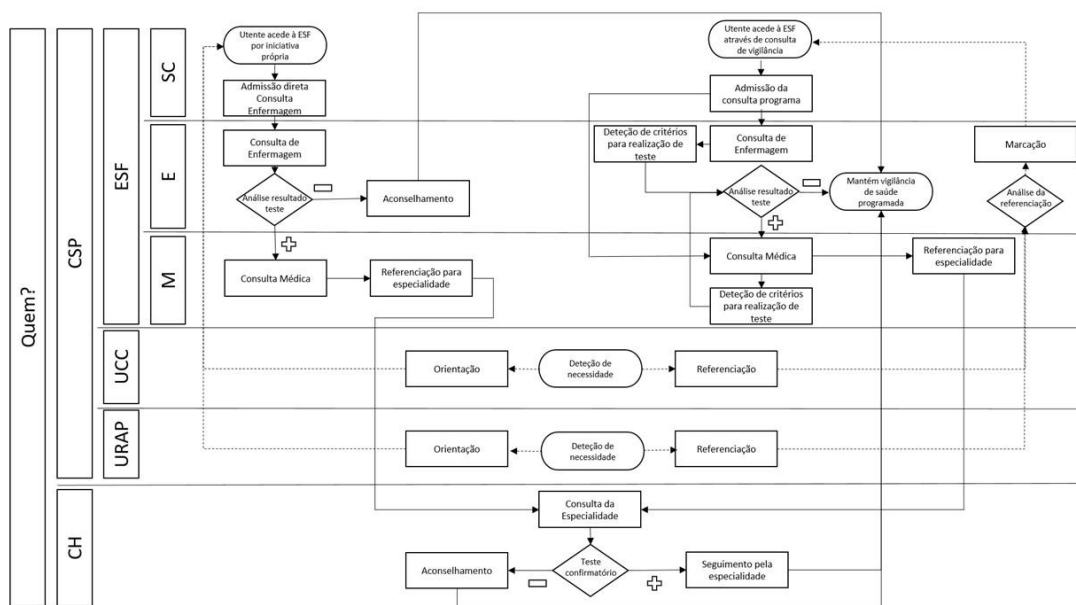
Critérios Marginais/de exclusão (situações particulares não incluídas neste PA):

- Utentes em acompanhamento no CDP (situação particular não incluída neste PA);
- Utentes seropositivos.

2. DESCRIÇÃO GERAL

Norma de orientação clínica - 58/2011, revista em 10/12/2014 sobre “Diagnóstico e rastreio laboratorial da infeção pelo VIH”

-  Quem - Os profissionais que desenvolvem as diferentes atividades assistenciais;
-  Onde - O âmbito ou nível de atuação;
-  O quê - a atividade que se presta;
-  Como - as suas características de qualidade;
-  Quando - sequencia lógica da realização das diferentes atividades.



3. Componentes - Circuitos



3. Componentes

- Circuito 1 (Consulta programada)

Profissional(is) envolvido(s)	Secretário Clínico (CSP)
Atividade	Características da Qualidade
1 Atendimento e Inscrição na consulta	1.1 O Secretário clínico identifica devidamente a pessoa momento da inscrição para a consulta, cumprindo o definido no âmbito da orientação da identificação inequívoca (ORIENTAÇÃO 018/2011 DGS); 1.2 O Secretário clínico confirma a atualização e a completude de dados do utente no RNU; 1.3 O Secretário Clínico efetiva a consulta programa no SClínico; 1.4 INF A pessoa (ou o seu familiar/cuidador) é atendida de forma adequada e recebe todas as informações necessárias.

3. Componentes

- Circuito 1 (Consulta programada)

Profissional(is) envolvido(s)	Enfermeiro de família (CSF) ²
Atividade	Características da Qualidade
2 Anamnese sobre os comportamentos de risco	2.1 O utente é atendido pelo enfermeiro que verifica a necessidade de efetuar o teste rápido de rastreio do VIH; 2.2 INF Deve ser explicado ao utente de forma clara e concisa: <ul style="list-style-type: none">• A confidencialidade de qualquer que seja o resultado do teste, assim como qualquer informação compartilhada com o profissional de saúde;• As vias de transmissão do VIH;• Formas de prevenção do VIH;• Benefícios da realização do teste;• Significado de um resultado de teste reativo ou não reativo;• Avaliação do período janela;

2 - Esta atividade poderá também ser efetuada pelo Médico de Família.

3. Componentes

- Circuito 1 (Consulta programada)

3 Realização do teste	<p>3.1 INF É explicado ao utente de forma clara e precisa em que consiste a realização do teste rápido de rastreio do VIH e como se efetua;</p> <p>3.2 Obtido consentimento oral do utente ou do seu representante legal de forma voluntária para a realização do rastreio;</p> <p>3.3 O enfermeiro higieniza as mãos (NORMA 007/2019 DGS) e calça luvas (NORMA 029/2012 DGS; NORMA 013/2014 DGS);</p> <p>3.4 O enfermeiro efetua o teste rápido do VIH (Anexo 1), remove as luvas e separa os resíduos (NORMA 029/2012 DGS);</p> <p>3.5 O enfermeiro higieniza as mãos (NORMA 007/2019 DGS).</p>
---------------------------------	---

3. Componentes

- Circuito 1 (Consulta programada)

4 Pós-teste	<p>4.1 Em função do resultado:</p> <ul style="list-style-type: none">a) No caso de o resultado ser negativo - o utente é aconselhado sobre a prevenção de comportamentos de risco/fornecimento de material preventivo;b) No caso de o resultado ser reativo o utente é reencaminhado para uma consulta médica no imediato, aguardando na sala de espera; <p>4.2 INF O utente deve ser aconselhado independentemente do resultado do teste rápido sobre:</p>
-----------------------	---

3. Componentes

- Circuito 1 (Consulta programada)

	<ul style="list-style-type: none">• Prevenção de transmissão da infeção pelo VIH;• Tratamento disponível para o VIH;• Ensinos sobre a existência de material preventivo (gel lubrificante e preservativos) disponível na UF;
5 Registo Clínico	5.1 O enfermeiro realiza o registo clínico da consulta no SClínico, incluindo o registo do resultado do teste (Anexo 2).

3. Componentes

- Circuito 1 (Consulta programada)

Profissional(is) envolvido(s): Médico de família (CSP)	
Atividade	Características da Qualidade
6 Análise do resultado	6.1 Confirmação do teste rápido de rastreio do VIH do utente reativo, visualizando resultado no SClínico (Anexo 3);
7 Notificação	7.1 Efetuar a notificação do resultado reativo no Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE) (Anexo 4);

3. Componentes

- Circuito 1 (Consulta programada)

8 Referenciação para consulta de especialidade	8.1 INF Informar o utente que o tratamento para o VIH através do SNS é gratuito; 8.2 INF O utente deve ser informado que a escolha do hospital para onde será referenciado é sua; 8.3 INF Deve ser explicado que irá efetuar um teste confirmatório no hospital e caso se confirme o resultado, iniciará tratamento; 8.4 Efetuar a referência hospitalar para consulta de Infeciologia no SCLínico (Anexo 5);
9 Registo Clínico	9.1 Efetuar o registo clínico da consulta com o utente no SCLINICO (Anexo 6).

3. Componentes

- Circuito 3 (Orientação/Referenciação)

Profissional(is) envolvido(s): Profissionais de saúde da UCC e da URAP (CSP)	
Atividade	Características da Qualidade
1 Detecção da necessidade	1.1 Durante a realização das atividades assistenciais da UCC e da URAP, o profissional de saúde pode detetar uma necessidade de realização de teste rápido do VIH;

3. Componentes

- Circuito 3 (Orientação/Referenciação)

2 Orientação/ Referenciação	<p>1.2 INF No caso da necessidade detetada não ser urgente (verifica-se que o utente nunca fez um teste do VIH, mas não existem históricos de comportamentos de risco), o profissional de saúde pode orientar o utente para a sua unidade funcional de origem, sugerindo o pedido de realização do teste por iniciativa do utente;</p> <p>1.3 INF No caso da necessidade detetada ser urgente (verifica-se que o utente apresenta comportamentos de risco), o profissional de saúde deve efetuar a referenciação interna via SClínico para realização do teste rápido (Anexo 7);</p> <p>1.4 Na eventualidade da deteção de necessidade estar relacionada com um menor de idade, deverá ser obtido o consentimento do seu tutor legal para efetuar a referenciação.</p>
--	--

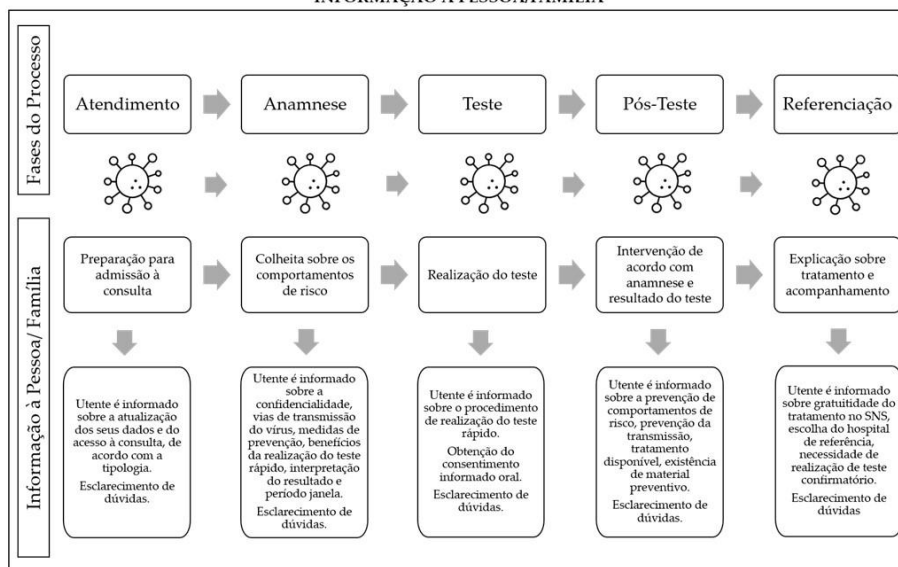
3. Componentes

- Circuito 3 (Orientação/Referenciação)

Profissional(is) envolvido(s): Enfermeiro de família (CSP)	
Atividade	Características da Qualidade
3 Gestão da Referenciação	<p>3.1 O ícone da gestão das referenciações internas no SClínico fica a amarelo, para avisar o enfermeiro da existência de uma nova referenciação;</p> <p>3.2 INF O enfermeiro de família analisa a referenciação, contacta o utente telefonicamente e agenda a consulta para a realização do teste (Anexo 8).</p>

4. Roteiro de Informação

PROCESSO ASSISTENCIAL DE RASTREIO DE INFECÇÃO VIH COM TESTE RÁPIDO – ROTEIRO DA INFORMAÇÃO À PESSOA/FAMÍLIA



5. Competências necessárias

Competências 1 - Informação ao Cidadão	Evidências específicas	AT	Enf	M	PS UCC	PS URAP
O profissional de saúde proporciona a informação necessária para promover a participação e decisão da pessoa que deseje/necessite de efetuar o rastreio do VIH	Informar de forma clara e precisa o utente	•	•	•	•	•
	Consentimento informado sempre que aplicável		•	•	•	•
	Registar adequadamente a informação fornecida		•	•	•	•

5. Competências necessárias

Competências 2 – Educação terapêutica, educação para a saúde, aconselhamento e medidas de prevenção	Evidências específicas	AT	Enf	M	PS UCC	PS URAP
O profissional de saúde assegura a realização de atividades educativas, a avaliação dos comportamentos de risco e medidas de proteção com o intuito de promoção de saúde e prevenção da aquisição da infeção pelo VIH	Informação clara e orientações simples e precisas compreensível, fornecidas ao utente	•	•	•	•	•
	Análise do risco de adquirir a infeção por VIH e informação ao utente sem VIH		•	•	•	•
	Registo adequado no processo clínico do utente		•	•	•	•

5. Competências necessárias

	Incentivo à adoção de boas práticas sexuais e de outras formas de transmissão da infeção por VIH		•	•	•	•
	Informação sobre os comportamentos de risco		•	•	•	•
	Fornecimento de material preventivo (preservativos por exemplo)		•	•		
	Realização de ações de formação e de reflexão crítica e ativa sobre o desempenho, de modo a melhorar a intervenção do profissional	•	•	•	•	•

5. Competências necessárias

Competências 3 – Comunicação/ entrevista clínica/ consulta	Evidências específicas	AT	Enf	M	PS UCC	PS URAP
O profissional de saúde assegura a comunicação eficaz a cada pessoa que deseje/necessite de efetuar o rastreio do VIH, aplicando as técnicas de comunicação próprias do seu âmbito profissional	Informação clara e orientações simples e precisas compreensível, fornecidas ao utente	•	•	•	•	•
	Informação ao utente sobre os benefícios de efetuar o rastreio		•	•	•	•
	Consentimento informado		•	•	•	•
	Ensinos sobre a prevenção de comportamentos de risco		•	•	•	•
	Registar adequadamente a informação fornecida e plano de cuidados		•	•	•	•

5. Competências necessárias


Competências 4 – Capacidade para a tomada de decisão clínica, de diagnóstico e terapêutica	Evidências específicas	AT	Enf	M	PS UCC	PS URAP
O profissional de saúde assegura cuidados clínicos de qualidade, atualizados e baseados na melhor evidência científica, no âmbito da sua especialidade profissional	Realização da avaliação clínica correta, pedido para a realização do rastreio do VIH e interpretação do resultado, estabelecimento de uma conclusão clínica e de um plano de cuidados à pessoa		•	•		
	Cumprimentos e monitorização da norma de orientação clínica 58/2011, revista em 10/12/2014 sobre	•	•	•	•	•

5. Competências necessárias

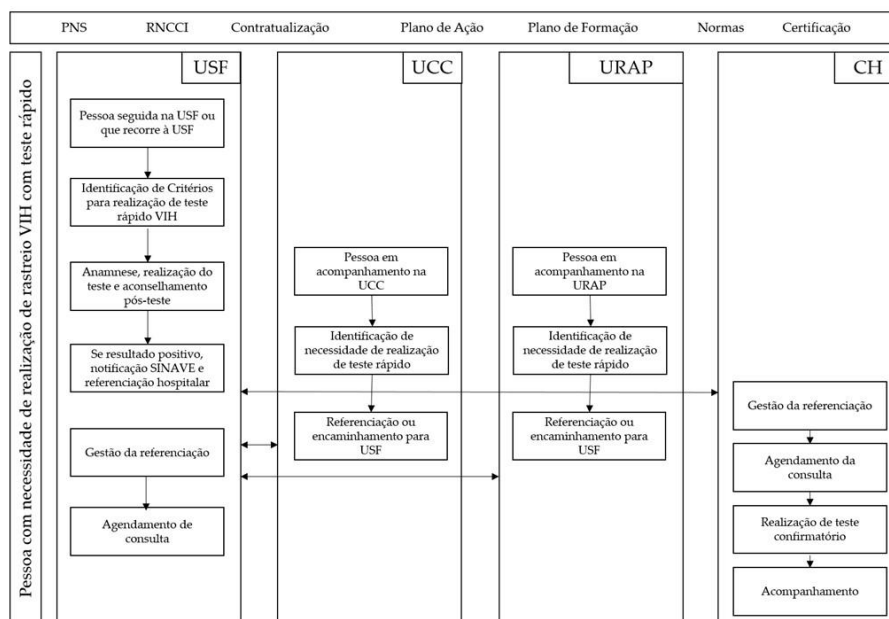
	“Diagnóstico e rastreio laboratorial da infeção pelo VIH”					
	Registo de todas as intervenções e plano de cuidados no processo clínico do utente		•	•	•	•
	Referenciação clínica para a consulta de especialidade, quando aplicável			•		
	Notificação da infeção por VIH no SINAVE, quando aplicável			•		

5. Competências necessárias

Competências 5 – Continuidade assistencial	Evidências específicas	AT	Enf	M	PS UCC	PS URAP
O profissional de saúde assegura a continuidade de cuidados assistenciais à pessoa com rastreio VIH reativo, para meio hospitalar	Continuidade assistencial assegurada e apoiada nos registos do processo clínico: registo do rastreio reativo		•	•	•	•
	Divulgação de ensinios de prevenção de transmissão da infeção		•	•	•	•
	Explicação da referenciação para meio hospitalar			•		



6. Referenciação gráfica



ANEXOS

- ANEXO 1 | REALIZAÇÃO DO TESTE RÁPIDO VIH
- ANEXO 2 | REGISTO SCLÍNICO DE ENFERMAGEM
- ANEXO 3 | VISUALIZAÇÃO DO RESULTADO DO TESTE RÁPIDO
- ANEXO 4 | NOTIFICAÇÃO SINAVE
- ANEXO 5 | REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR NO SCLÍNICO
- ANEXO 6 | REGISTO SCLÍNICO MÉDICO
- ANEXO 7 | REFERENCIAÇÃO INTERNA CSP
- ANEXO 8 | GESTÃO DA REFERENCIAÇÃO

EM SUMA

Definir o percurso do utente e os papeis de cada um dos intervenientes de modo a:

- Melhorar a aproximação das equipas e das UF ao utente que queira/necessite de efetuar um teste rápido de VIH e ao seu percurso;
- Aumentar o diagnóstico precoce e o acesso rápido à terapêutica;
- Melhorar os cuidados em saúde;

Documento de trabalho, fica para análise das equipas e passível de alterações e sugestões

Anexo 14- Questionário de avaliação de conhecimentos pré-intervenção online para médicos e enfermeiros -Estratégia I

Questionário pré-intervenção

* Obrigatória

1. A infeção pelo VIH encontra-se apenas associada a indivíduos com determinadas características físicas (homem/mulher; idade, etc.), orientação sexual e estatuto social? [⋮] *
- Sim
- Não
- Não sei/Não tenho a certeza
2. Em que população é que a Organização Mundial de Saúde (OMS), desde 2012, que a sugere a implementação da Profilaxia Pré-Exposição (PreP)? (Pode selecionar mais um que uma opção) *
- Homens que tem sexo com Homens (HSH)
- Transexuais
- Indivíduos com historia de consumos de drogas
- Dadores de sangue
- Doentes hemodialisados
- Trabalhadores do sexo
- População Presidiária
- População nómada
- Utentes do CAD
3. O perfil do utente que mais realiza teste rápido de rastreio nos CSP é: *
- Homem entre os 40-44 anos
- Mulheres entre os 30-34 anos
- Não sei/Não tenho a certeza

4. A norma de orientação clínica da DGS nº 058/2011 atualizada a 10/11/2014, sobre o diagnóstico e Rastreio do VIH, indica: *

- O rastreio a todos os indivíduos pelo menos uma vez na vida entre os 18 e 64 anos
- Só é necessário o rastreio a utentes que apresentem comportamentos de risco
- O rastreio a populações de risco pelo menos uma vez na vida entre os 18 e os 64 anos
- Não sei/Não tenho a certeza

5. A norma de orientação clínica da DGS nº 058/2011 atualizada a 10/11/2014, sobre o diagnóstico e Rastreio do VIH, indica que no caso de um teste reativo deve: *

- Realizar um segundo teste rápido
- Realizar teste laboratorial de confirmação
- Referenciar para consulta de especialidade
- Não sei/Não tenho a certeza

6. A medicação PreP pode ser utilizada num casal serodiscordante? *

- Sim
- Não
- Não sei/Não tenho a certeza

7. Que utentes se podem referenciar para a consulta de especialidade hospitalar? (Pode seleccionar mais um que uma opção) *

- Homossexuais
- Utentes com teste rápido reativo
- Todos os utentes que queiram
- Utentes com dúvidas sobre a forma de transmissão do VIH

8. A referência hospitalar de utentes com teste de rastreio de VIH reativo deve acontecer, no máximo, em: *

- 3 dias
- 5 dias
- 7 dias
- Não sei/Não tenho a certeza

9. A Profilaxia Pós-Exposição da infeção por VIH (PPE), em associação com a diminuição de comportamentos de risco, é eficaz na transmissão do Infeção? *

- Sim
- Não
- Não sei/Não tenho a certeza

10. Só é possível prevenir a proliferação da infeção pelo VIH se existirem um conjunto de estratégias combinadas, sendo elas (Pode selecionar mais um que uma opção): *

- Promoção da saúde
- Diagnóstico precoce da infeção
- Tratamento de outras IST's
- Educação para a saúde
- Tratamento com profilaxia PreP em doentes com indicação
- Tratamento com profilaxia PPE em doentes com indicação
- Não sei/Não tenho a certeza

Este conteúdo não foi criado nem é aprovado pela Microsoft. Os dados que submeter serão enviados para o proprietário do formulário.

 Microsoft Forms

QUESTIONÁRIO PRÉ-INTERVENÇÃO - VIHVER POR UM DIA

- Enfermeiros e médicos

1. Quando pretendemos efetuar um teste rápido de VIH em consulta, que temáticas devem ser abordadas antes da sua execução, junto do utente? (Pode selecionar mais do que uma opção de resposta)

Verificação do boletim de vacinas em dia	
Vias de transmissão do vírus	
Verificação de comportamentos de risco	
Modos de prevenção da Infeção	
Contactos recentes de risco	
Disponibilidade de material preventivo (preservativos, gel lubrificante, etc.) na UF	
Fiabilidade do teste rápido	
Sigilo profissional	
Confiança no(s) parceiro(s) sexual	

2. Quando pretendemos efetuar um teste rápido de VIH em consulta, que temáticas devem ser abordadas após a sua execução se o resultado for não reativo, junto do utente? (Pode selecionar mais do que uma opção de resposta)

Prevenção de comportamentos de risco	
Modos de prevenção da Infeção	
Fornecimento de material preventivo (preservativos, gel lubrificante, etc.) na UF	
Fiabilidade do teste rápido	
Confiança no(s) parceiro(s) sexual	

3. Existe alguma vacina que possa alterar o resultado do teste rápido de VIH?

Sim	
Não	
Não sei/Não me recordo	

4. Qual a quantidade de sangue que deve ser colocada na tira de teste, para realizar o teste rápido do VIH?

30 µL

50 µL

70 µL

Não sei/Não me recorde

5. Como pode ser assegurada a validade da realização do teste rápido do VIH?

A barra de controlo "C" tem de aparecer, apenas nos resultados reativos

A barra de controlo "C" tem de aparecer, independentemente do resultado do teste

A barra de controlo "C" tem de aparecer, apenas nos resultados não reativos

Não sei/Não me recorde

6. A intensidade das barras AB e AG, está diretamente relacionada com a concentração de anticorpos e antigénios na amostra?

Sim

Não

Não sei/Não me recorde

7. Os testes rápidos de quarta geração detetam anticorpos ao VIH-1 e VIH-2?

Sim

Não

Não sei/Não me recorde

8. O teste rápido é um teste imunológico para a deteção qualitativa do antígeno p24?

Sim

Não

Não sei/Não me recorde

9. Enquanto médico/enfermeiro, existe maior risco no atendimento ao utente com VIH ou que procure fazer um rastreio da infeção pelo VIH?

Sim

Não

QUESTIONÁRIO PRÉ-INTERVENÇÃO - VIHVER POR UM DIA

- Assistentes técnicos

1. O que é o sigilo profissional? (Escolha apenas uma opção)

Trata da manutenção de segredo para informação partilhada	
Trata da manutenção de segredo para informação valiosa, cujo domínio de divulgação deve ser fechado	
Trata-se de uma informação não escrita e não protegida	
Não sei/Não me recordo	

2. Quais são os princípios éticos que incorporam o código de conduta profissional? (Pode seleccionar mais do que uma opção de resposta)

Compromisso profissional	
Lealdade	
Eficiência	
Conhecimentos	
Responsabilidade	
Igualdade	
Humildade	
Humanidade	
Integridade	
Satisfação	
Confidencialidade e sigilo	
Imparcialidade	
Cumprimento da legalidade	
Não sei/Não me lembro	

3. Devo questionar o utente relativamente ao motivo de procura de uma consulta aberta?

Sim, devo questionar apenas o essencial	
Sim, devo saber exatamente o motivo da consulta (exemplo: sintomas/causas)	
Não, não é necessário saber	

4. Enquanto Secretário Clínico, existe maior risco no atendimento ao utente com VIH ou que procure fazer um rastreio da infeção pelo VIH?

Sim	
Não	

**5. A realização de testes rápidos deve ser efetuada preferencialmente em:
(Pode selecionar mais do que uma opção de resposta)**

Centro de Saúde	
Carrinhas	
Hospital	
Farmácias	
Em casa	
Associação Humanitária	
Organização Não Governamental	

6. O secretário clínico deve, no atendimento ao utente: (Pode selecionar mais do que uma opção de resposta)

Garantir a privacidade do utente	
Utilizar um tom de voz alto o suficiente	
Utilizar linguagem técnica	
Questionar exaustivamente o motivo da procura daquela Unidade de Saúde	
Garantir que o utente sabe os seus direitos e deveres	
Não sei/Não me recordo	

Anexo 17 - Questionário de avaliação de conhecimentos pós-intervenção online para médicos e enfermeiros - Estratégia I

Questionário pós-intervenção

* Obrigatória

⋮

1. A infeção pelo VIH encontra-se apenas associada a indivíduos com determinadas características físicas (homem/mulher; idade, etc.), orientação sexual e estatuto social? *

- Sim
- Não
- Não sei/Não tenho a certeza

2. Em que população é que a Organização Mundial de Saúde (OMS), desde 2012, que a sugere a implementação da Profilaxia Pré-Exposição (PreP)? (Pode seleccionar mais um que uma opção) *

- Homens que têm sexo com Homens (HSH)
- Transexuais
- Indivíduos com história de consumos de drogas
- Dadores de Sangue
- Doentes Hemodialisados
- Trabalhadores do sexo
- População Presidiária
- População nómada
- Utentes do CAD

3. O perfil do utente que mais realiza teste rápido de rastreio nos CSP é: *

- Homem entre os 40-44 anos
- Mulheres entre os 30-34 anos
- Não sei/Não tenho a certeza

4. A norma de orientação clínica da DGS nº 058/2011 atualizada a 10/11/2014, sobre o diagnóstico e Rastreio do VIH, indica: *

- O rastreio a todos os indivíduos pelo menos uma vez na vida entre os 18 e 64 anos
- Só é necessário o rastreio a utentes que apresentem comportamentos de risco
- Não sei/Não tenho a certeza

5. A norma de orientação clínica da DGS nº 058/2011 atualizada a 10/11/2014, sobre o diagnóstico e Rastreio do VIH, indica que no caso de um teste reativo deve: *

- Realizar um segundo teste rápido
- Realizar teste laboratorial de confirmação
- Referenciar para consulta de especialidade
- Não sei/Não tenho a certeza

6. A medicação PreP pode ser utilizada num casal serodiscordante? *

- Sim
- Não
- Não sei/Não tenho a certeza

7. Que utentes se podem referenciar para a consulta de especialidade hospitalar? (Pode selecionar mais um que uma opção) *

- Homossexuais
- Utentes com teste rápido reativo
- Todos os utentes que queiram
- Utentes com dúvidas sobre a forma de transmissão do VIH

8. A referência hospitalar de utentes com teste de rastreio de VIH reativo deve acontecer, no máximo, em: *

- 3 dias
- 5 dias
- 7 dias
- Não sei/Não tenho a certeza

9. A Profilaxia Pós-Exposição da infeção por VIH (PPE), em associação com a diminuição de comportamentos de risco, é eficaz na transmissão do Infeção? *

- Sim
- Não
- Não sei/Não tenho a certeza

10. Só é possível prevenir a proliferação da infeção pelo VIH se existirem um conjunto de estratégias combinadas, sendo elas (Pode seleccionar mais um que uma opção): *

- Promoção da saúde
- Diagnóstico precoce da infeção
- Tratamento de outras IST's
- Educação para a saúde
- Tratamento com profilaxia PreP em doentes com indicação
- Tratamento com profilaxia PPE em doentes com indicação
- Não sei/Não tenho a certeza

11. Acha que esta formação contribuiu para melhorar os seus conhecimentos sobre a infeção pelo VIH? (Sendo 0 nada e 5 muito) *

- | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

12. Acha que esta formação contribuiu para diminuir o estigma associado à infeção pelo VIH? (Sendo 0 nada e 5 muito) *

- | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

13. A formação foi de encontro às suas expetativas? (Sendo 0 nada e 5 muito) *

- | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

14. Qual o seu nível de satisfação global com a formação? (Sendo 0 nada e 5 muito) *

0	1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Este conteúdo não foi criado nem é aprovado pela Microsoft. Os dados que submeter serão enviados para o proprietário do formulário.

 Microsoft Forms

QUESTIONÁRIO PÓS-INTERVENÇÃO - VIHVER POR UM DIA

- Enfermeiros e médicos

1. Quando pretendemos efetuar um teste rápido de VIH em consulta, que temáticas devem ser abordadas antes da sua execução, junto do utente? (Pode selecionar mais do que uma opção de resposta)

Verificação do boletim de vacinas em dia	
Vias de transmissão do vírus	
Verificação de comportamentos de risco	
Modos de prevenção da Infeção	
Contactos recentes de risco	
Disponibilidade de material preventivo (preservativos, gel lubrificante, etc.) na UF	
Fiabilidade do teste rápido	
Sigilo profissional	
Confiança no(s) parceiro(s) sexual	

2. Quando pretendemos efetuar um teste rápido de VIH em consulta, que temáticas devem ser abordadas após a sua execução se o resultado for não reativo, junto do utente? (Pode selecionar mais do que uma opção de resposta)

Prevenção de comportamentos de risco	
Modos de prevenção da Infeção	
Fornecimento de material preventivo (preservativos, gel lubrificante, etc.) na UF	
Fiabilidade do teste rápido	
Confiança no(s) parceiro(s) sexual	

3. Existe alguma vacina que possa alterar o resultado do teste rápido de VIH?

Sim

Não

Não sei/Não me recordo

4. Qual a quantidade de sangue que deve ser colocada na tira de teste, para realizar o teste rápido do VIH?

30 µL

50 µL

70 µL

Não sei/Não me recordo

5. Como pode ser assegurada a validade da realização do teste rápido do VIH?

A barra de controlo "C" tem de aparecer, apenas nos resultados reativos

A barra de controlo "C" tem de aparecer, independentemente do resultado do teste

A barra de controlo "C" tem de aparecer, apenas nos resultados não reativos

Não sei/Não me recordo

6. A intensidade das barras AB e AG, está diretamente relacionada com a concentração de anticorpos e antigénios na amostra?

Sim

Não

Não sei/Não me recordo

7. Os testes rápidos de quarta geração detetam anticorpos ao VIH-1 e VIH-2?

Sim

Não

Não sei/Não me recordo

8. O teste rápido é um teste imunológico para a deteção qualitativa do antigénio p24?

Sim	
Não	
Não sei/Não me recordo	

9. Enquanto médico/enfermeiro, existe maior risco no atendimento ao utente com VIH ou que procure fazer um rastreio da infeção pelo VIH?

Sim	
Não	

10. Acha que esta formação contribuiu para melhorar os seus conhecimentos sobre o rastreio da infeção pelo VIH? (Sendo 0 nada e 5 muito)

0	1	2	3	4	5

11. Acha que esta formação contribuiu para diminuir o estigma associado à infeção pelo VIH? (Sendo 0 nada e 5 muito)

0	1	2	3	4	5

12. A formação foi de encontro às suas expetativas? (Sendo 0 nada e 5 muito)

0	1	2	3	4	5

13. Qual o seu nível de satisfação global com a formação? (Sendo 0 nada e 5 muito)

0	1	2	3	4	5

QUESTIONÁRIO PÓS-INTERVENÇÃO - VIHVER POR UM DIA

- Assistentes técnicos

7. O que é o sigilo profissional? (Escolha apenas uma opção)

Trata da manutenção de segredo para informação partilhada	
Trata da manutenção de segredo para informação valiosa, cujo domínio de divulgação deve ser fechado	
Trata-se de uma informação não escrita e não protegida	
Não sei/Não me recordo	

8. Quais são os princípios éticos que incorporam o código de conduta profissional? (Pode seleccionar mais do que uma opção de resposta)

Compromisso profissional	
Lealdade	
Eficiência	
Conhecimentos	
Responsabilidade	
Igualdade	
Humildade	
Humanidade	
Integridade	
Satisfação	
Confidencialidade e sigilo	
Imparcialidade	
Cumprimento da legalidade	
Não sei/Não me lembro	

9. Devo questionar o utente relativamente ao motivo de procura de uma consulta aberta?

Sim, devo questionar apenas o essencial	
Sim, devo saber exatamente o motivo da consulta (exemplo: sintomas/causas)	
Não, não é necessário saber	

10. Enquanto Secretário Clínico, existe maior risco no atendimento ao utente com VIH ou que procure fazer um rastreio da infeção pelo VIH?

Sim	
Não	

11. A realização de testes rápidos deve ser efetuada preferencialmente em: (Pode selecionar mais do que uma opção de resposta)

Centro de Saúde	
Carrinhas	
Hospital	
Farmácias	
Em casa	
Associação Humanitária	
Organização Não Governamental	

12. O secretário clínico deve, no atendimento ao utente: (Pode selecionar mais do que uma opção de resposta)

Garantir a privacidade do utente	
Utilizar um tom de voz alto o suficiente	
Utilizar linguagem técnica	
Questionar exaustivamente o motivo da procura daquela Unidade de Saúde	
Garantir que o utente sabe os seus direitos e deveres	
Não sei/Não me recordo	

13. Acha que esta formação contribuiu para diminuir o estigma associado à infecção pelo VIH? (Sendo 0 nada e 5 muito)

0	1	2	3	4	5

14. A formação foi de encontro às suas expetativas? (Sendo 0 nada e 5 muito)

0	1	2	3	4	5

15. Qual o seu nível de satisfação global com a formação? (Sendo 0 nada e 5 muito)

0	1	2	3	4	5