

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

**Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica**

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

GESTÃO DA DOENÇA CRÓNICA NA PESSOA COM INFEÇÃO VIH

Desenvolvimento profissional de competências clínicas
especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

MANAGEMENT OF CHRONIC DISEASE IN PEOPLE WITH HIV
INFECTION Professional development of specialized clinical
skills in Medical-Surgical Nursing, in the Area of Nursing for
People in Chronic Conditions

Autor

Raquel de Fátima Quintas do Couto

Porto, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

GESTÃO DA DOENÇA CRÓNICA NA PESSOA COM INFEÇÃO VIH Desenvolvimento profissional de competências clínicas especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

MANAGEMENT OF CHRONIC DISEASE IN PEOPLE WITH HIV INFECTION Professional development of specialized clinical skills in Medical-Surgical Nursing, in the Area of Nursing for People in Chronic Conditions

Orientador(es)

Inês Maria da Cruz
Professor Adjunto, Mestre

Maria Alice Correia de Brito
Professor Coordenador, Doutor

Autor

Raquel de Fátima Quintas do Couto

Porto, 2025

FRASE OU PENSAMENTO

"I enjoy being the messenger for God in terms of letting people know about HIV and AIDS."

— Magic Johnson

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as pessoas que vivem com VIH, sendo este escrito com o coração de quem escolheu a enfermagem para cuidar, apoiar e promover a vida.

Durante o meu percurso profissional, tenho tido o privilégio de testemunhar de perto a força, a coragem e a capacidade inigualável de renascer a cada desafio destas pessoas. O exemplo de superação, muitas vezes atingido entre obstáculos pessoais, sociais e de saúde, contribuiu para que, além dos cuidados habituais e das soluções existentes, tantas vezes insuficientes, eu continuasse em busca de mais conhecimento, mais humanismo e mais inclusão.

Aprendi, como enfermeira, que o ato de cuidar não se resume a procedimentos ou orientações clínicas, mas também a um encontro empático, em que a escuta e o respeito pela história de cada pessoa se traduzem em gestos de verdadeira solidariedade. Foi na partilha de esperanças, medos e conquistas que compreendi o real significado de resiliência, a coragem de continuar a sonhar, a amar e a projetar o futuro, porque a esperança floresce sempre, quando a compaixão e a empatia andam de mãos dadas.

Que estas páginas reflitam o respeito e a admiração que sinto pelos exemplos de superação e que sirvam como mais um passo no caminho para um cuidado em saúde cada vez mais competente, humano e solidário.

Este trabalho é apenas uma singela homenagem à determinação e um incentivo, para que nunca falem vozes que defendam o direito a uma vida plena, livre de estigma e rodeada de oportunidades.

Sem vós, esta caminhada teria sido bem menos iluminada.

AGRADECIMENTO

A realização deste trabalho representa não só o culminar de um percurso académico, mas também o resultado de um processo de aprendizagem pessoal marcado por desafios e conquistas. Em primeiro lugar, expresso a minha profunda gratidão às minhas orientadoras, Professora Inês Cruz e Professora Alice Brito, cuja orientação, experiência e palavras de encorajamento foram fundamentais para a concretização deste objetivo. Agradeço ainda aos demais Professores que, ao longo do meu trajeto académico, me ensinaram a importância da investigação rigorosa e do pensamento crítico na Enfermagem.

Nenhuma jornada seria completa sem o amor e o apoio incondicional da família. Aos meus pais, que, com a sua presença constante, paciência e fé na minha capacidade, me motivaram a superar cada etapa. Ao meu irmão Miguel, que se viu mais privado da minha companhia, sem nunca deixar de me dar alento nos momentos mais exigentes. Agradeço-lhes por serem uma fonte de inspiração, de força e de equilíbrio.

Aos meus amigos e amigas, o meu sincero reconhecimento por terem estado ao meu lado, partilhando não só as alegrias e conquistas, mas também as incertezas e obstáculos que se apresentaram neste caminho. A vossa amizade e companheirismo tornaram cada desafio mais leve e cada objetivo mais próximo de ser alcançado. Obrigada por acreditarem em mim e por me lembrarem de que as grandes conquistas acontecem com dedicação, mas também com momentos de descontração e harmonia.

Não posso deixar de dirigir um agradecimento muito especial aos colegas de Enfermagem que, ao partilharem as suas vivências, experiências e perspetivas, tornaram possível a construção deste trabalho. A sua humanidade, resiliência e dedicação inspiraram-me a olhar para a prática de Enfermagem com ainda mais empatia e respeito.

Por fim, a todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização desta etapa, o meu sincero “muito obrigada”. Sem cada um de vós, esta não seria possível. O vosso apoio, incentivo e compreensão fizeram toda a diferença e continuarão a ser a base da minha caminhada profissional e pessoal.

RESUMO

As doenças crónicas são um dos principais desafios do século XXI. Entendidas como doenças de longa duração e, na sua maioria, de progressão lenta, exigem cuidados e tratamentos contínuos ao longo do tempo, destacando-se a infeção por VIH.

O presente relatório foi elaborado no âmbito do estágio de natureza profissional, módulo II, inserido no plano de estudos do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crónica, da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Este documento reflete o pensamento descritivo e crítico-reflexivo sobre o desenvolvimento das competências comuns e específicas, inerentes à especialização em Enfermagem nesta área.

No contexto deste estágio, foi desenvolvido inicialmente um projeto de âmbito académico intitulado “Gestão da Doença crónica na pessoa com infeção VIH”, com o objetivo de auxiliar no desenvolvimento de competências em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, mais especificamente no âmbito do cuidado à pessoa que vive com VIH. Este projeto foi implementado no estágio de natureza profissional realizado em contexto de internamento de Doenças Infeciosas e na Consulta externa da mesma especialidade, num Serviço de Ambulatório, na área da Consulta de enfermagem de Doenças Infeciosas. Tendo por base as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros, foram estabelecidos objetivos específicos com orientação para os resultados pretendidos, bem como atividades que permitiram a sua operacionalização.

Como forma de demonstração do impacto do papel do enfermeiro especialista, bem como da atividade e dos cuidados de enfermagem, direcionados a estas pessoas, foi incluído neste relatório a conceção de cuidados a um caso clínico experienciado, na área da consulta externa. Na explanação do processo de tomada de decisão especializada, relacionada com a vivência da doença crónica na pessoa com Infeção VIH, recorreu-se ao aplicativo educacional e4nursing, que integra a ontologia de enfermagem. Norteados pelo propósito de promover uma transição fluida e de capacitar a pessoa que vive com infeção VIH para a autogestão da doença e do regime terapêutico, foram implementados cuidados de enfermagem especializados afetos a este contexto, orientados às respostas humanas ao processo de transição da pessoa que vive com VIH, através da definição de estratégias de intervenção adequadas e eficazes.

Palavras-chave: Enfermagem médico-cirúrgica; Doença crónica; Infeção VIH; Competências; Gestão do regime terapêutico

ABSTRACT

Chronic diseases are one of the main challenges of the 21st century. For the most part, understood as long-term diseases and slow progression, which gives rise to the need of continued care and treatment over time, as HIV infection.

This report was prepared within the scope of the professional internship, module II, included in the study plan of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing in the area of People in Chronic Situations, at the Escola Superior de Enfermagem do Porto. This document reflects descriptive and critical-reflective thinking on the development of common and specific skills inherent to specialization in Nursing in this area.

In the context of this internship, an academic project entitled “Management of Chronic Disease in People with HIV Infection” was initially developed, with the aim of assisting in the development of skills in Medical-Surgical Nursing, in the area of Nursing for People in Chronic Situations, more specifically in the scope of care for people living with HIV. This project was implemented in the professional internship carried out in the context of hospitalization for Infectious Diseases and in the external consultation of the same specialty, in Outpatient Service, in the area of Nursing Consultation for Infectious Diseases. Based on the competencies defined by the Order of Nurses, specific objectives were established with guidance towards the intended results, as well as activities that allowed their operationalization.

As a way of demonstrating the impact of the role of the specialist nurse, as well as the nursing activity and care directed at these people, the design of care for a clinical case experienced in the area of outpatient consultation was included in this report. In the explanation of the specialized decision-making process, related to the experience of chronic illness in people with HIV infection, the educational application e4nursing, which integrates the nursing ontology, was used. Guided by the purpose of promoting a fluid transition and empowering people living with HIV infection to self-manage the disease and the therapeutic regimen, specialized nursing care was implemented for this context, oriented towards human responses to the transition process of people living with HIV, through the definition of appropriate and effective intervention strategies.

Keywords: Medical-surgical nursing; Chronic disease; HIV infection; Skills; Management of the therapeutic regimen

CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

3TC - Lamivudina

ABC - Abacavir

Ac/Ag (VIH) - Anticorpo/Antigénio do VIH

ARN - Ácido Ribonucleico (mais comum em português europeu)

AZT - Zidovudina

BIC - Bictegravir

BIC/FTC/TAF - Bictegravir (BIC) + Emtricitabina (FTC) + Tenofovir Alafenamida (TAF)

CAB - Cabotegravir

CDC - Centers for Disease Control and Prevention

cDNA - DNA Complementar

CIPE ® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DNA - Ácido Desoxirribonucleico

DRV - Darunavir

EACS - European AIDS Clinical Society

EE - Enfermeiro Especialista

EFV - Efavirenz

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

ETR - Etravirina

FTC - Emtricitabina

GPC- Global Prevention Coalition (Coligação Global de Prevenção)

HSH - Homens que fazem Sexo com Homens

HTLV - Human T-Lymphotropic Virus

INE - Instituto Nacional de Estatística

INIs - Inibidores da Integrase

INSA - Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

IP/r e IP/c - Inibidor da Protease Reforçado com ritonavir (r) ou com cobicistate (c)

IPs (ou IP) - Inibidores da Protease

IRIS - Síndrome de Reconstituição Imunológica (Immune Reconstitution Inflammatory Syndrome)

ITRNNs - Inibidores da Transcriptase Reversa Não Análogos de Nucleósidos

ITRNs - Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleósidos (ou Nucleótidos)

LPV/r - Lopinavir/ritonavir

MEMCPSCr - Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

NVP - Nevirapina

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

OMS (ou WHO, em inglês) - Organização Mundial da Saúde (World Health Organization)

PCR - Reação em Cadeia da Polimerase

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

PPE - Profilaxia Pós-Exposição

PrEP - Profilaxia Pré-Exposição

PROMs - Patient-Reported Outcome Measures

PVVIH - Pessoas que Vivem com VIH (PVVIH)

RNase H - Ribonuclease H

RPV - Rilpivirina

SDI - Serviço de Doenças Infeciosas

SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SIE - Sistemas de Informação de Enfermagem

SK - Sarcoma de Kaposi

SNS- Sistema Nacional de Saúde

TAF - Tenofovir Alafenamida

TARV - Terapia Antirretroviral

TDF - Tenofovir Disoproxil Fumarato

UC - Unidade Curricular

UDI - Utilizadores de Droga Injetável

UL- PPCIRA - Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

UNAIDS - Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre VIH/SIDA)

VIH - Virus da Imunodeficiência Humana

ÍNDICE

FRASE OU PENSAMENTO	3
DEDICATÓRIA	5
AGRADECIMENTO	7
RESUMO	9
ABSTRACT	11
CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS	13
ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS	19
1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	21
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	27
3. CLIENTE COM DIAGNÓSTICO INAUGURAL DE INFECÇÃO VIH	35
3.1. Enquadramento teórico	35
3.2. Clientes	56
3.3. Medicação	56
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	56
3.4. Domínios	58
3.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	58
3.5. Conceção de Cuidados	61
3.6. Especificação das intervenções	64
3.7. Síntese relativa ao caso	67
4. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	71
5. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	93
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
ANEXOS	109

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Estádios da Infecção VIH	35
---	----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Virião do HIV-1	36
Figura 2 - Ciclo replicativo do VIH-1.....	37
Figura 3 - Risco de transmissão de VIH por tipo de comportamento sexual	43

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define as doenças crónicas, também chamadas de doenças não transmissíveis, como condições de longa duração e, em geral, de progressão lenta, cujos tratamentos são continuados ao longo de um período de anos ou mesmo décadas. A OMS salienta ainda que este conceito é utilizado, muitas vezes, de forma abrangente, incluindo algumas doenças transmissíveis, como a Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) (OMS, 2002).

As doenças crónicas são uma realidade à escala global, percebidas como um problema de elevada magnitude, prevendo-se um agravamento deste cenário nos próximos anos. Estas doenças são responsáveis por mortes prematuras, perda da qualidade de vida e por um elevado impacto económico (OMS, 2018).

De acordo com dados divulgados em fevereiro de 2025 pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), em Portugal, 42,3% das pessoas com 16 ou mais anos referiram ter doença crónica ou problema de saúde prolongado em 2024, o que representa um aumento de 10,2 pontos percentuais em relação a 2004. Esta condição afeta mais os idosos (68,1%) e as mulheres (45,9%). Os resultados obtidos, colocam Portugal como terceiro país da EU com a maior proporção de pessoas com doença crónica, relativos a 2023 (INE, 2025).

No mesmo contexto, sabemos que as pessoas em situação crónica são mais do que a sua própria doença, estando a atravessar transições complexas, com necessidades de cuidados de saúde, podendo apresentar grande diversidade de patologias e situações clínicas adversas. Os cuidados devem estar assentes numa prática implicada e refletida, centrada nas pessoas e nas suas necessidades. O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica é aquele que “cuida da pessoa e família/cuidadores (...), maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 3).

A evolução do tratamento da infeção VIH, ao longo das últimas décadas modificou radicalmente o seu curso natural, passando de uma condição fatal, sobretudo no início da epidemia, para uma doença considerada crónica (Deeks et al., 2013). Esta mudança de paradigma deveu-se à introdução e ao aperfeiçoamento contínuo da terapêutica antirretroviral (TARV), sendo hoje possível manter uma carga viral indetetável e um sistema imunológico relativamente preservado, garantindo, para além da sobrevivência, uma maior qualidade de vida e uma longevidade próxima da população em geral (OMS, 2022).

A infeção VIH é, portanto, uma doença crónica, na qual as Pessoas que Vivem com VIH (PVVIH)

necessitam de acompanhamento clínico, adesão rigorosa à medicação e práticas de autocuidado ao longo de toda a vida. Esta perspetiva crónica exige uma abordagem multidisciplinar, contemplando não apenas o controlo virológico, mas também a saúde mental, a nutrição, o suporte social e a prevenção de infeções (Faria et al., 2018).

Nesta perspetiva, o enfermeiro desempenha um papel decisivo, dado que atua na promoção da adesão terapêutica, na monitorização das necessidades específicas destas pessoas e na implementação de cuidados personalizados. A educação e o aconselhamento contínuo, sobre a importância da autogestão da doença e do regime terapêutico, privilegiam o regime antirretroviral, bem como, a identificação de barreiras que dificultam a adesão e a facilitação de estratégias de autocuidado, direcionadas para a otimização do controlo da doença (Cooper et al., 2017). Além disso, a avaliação integral do estado de saúde, abrangendo aspetos nutricionais, emocionais e sociais, permite ao enfermeiro direcionar os clientes para recursos de apoio e articular com outros profissionais (psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos), garantindo a continuidade dos cuidados (Faria et al., 2018).

Neste sentido, o presente relatório surge no âmbito da unidade curricular “Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II”, no curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica (MEMCPSCr), nos anos letivos 2023/2024 e 2024/2025, na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). Este estágio, de natureza profissional, foi norteado por um projeto individual de competências, focado na aquisição de Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, orientado à PVVIH.

O objetivo primordial deste relatório é descrever e refletir o processo de desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e do título de enfermeiro especialista (EE) em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, tendo sido este, o principal foco do Estágio de Natureza Profissional desenvolvido.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), o “enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem”. Descreve, também, as competências comuns do enfermeiro especialista como as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da área de especialidade. Estas competências são demonstradas através da elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado na formação, investigação e assessoria, enquadrado no Regulamento n.º 140/2019.

As Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à pessoa em situação crónica, integram o cuidar da pessoa e família ou cuidadores que estejam a vivenciar a doença crónica e a otimização do ambiente terapêutico,

em colaboração com os mesmos (OE, 2018).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à pessoa em situação crónica, desempenha um papel crucial na facilitação do processo de transição saúde/doença que estas pessoas vivenciam. Afaf Meleis na sua teoria descreve as transições de saúde, como mudanças importantes que os indivíduos experienciam no seu estado físico e emocional e às quais se têm de adaptar. No contexto da PVVIH, estas transições envolvem o diagnóstico da doença, a adaptação ao tratamento antirretroviral e as mudanças no estilo de vida necessárias para a correta gestão da doença. Segundo a autora, "as transições são processos dinâmicos que afetam a pessoa em múltiplos níveis, sendo essenciais para o desenvolvimento da saúde e da adaptação" (Meleis, 2010).

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista apresenta um conjunto de competências especializadas, focadas nos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e apresentam-se tanto em competências comuns como em competências específicas, definidas em regulamentos próprios de cada área de especialidade (Regulamento n.º 140/2019). O mesmo regulamento refere que a certificação das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades, que permitem o diagnóstico das necessidades de saúde do grupo-alvo e a implementação da sua ação no sentido de agir, em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção. Estas competências são apresentadas nas diferentes áreas de ação, sendo que, quando interligadas por um fio condutor semelhante, definem-se como "Domínios de Competências Comuns do Enfermeiro especialista". São eles, o domínio da responsabilidade profissional, o da ética e legal, o da melhoria contínua da qualidade, o da gestão dos cuidados e o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Partindo dessa base, de competências comuns, inserem-se as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. O Regulamento n.º 429/2018, estipula o perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que aliado às competências gerais do Enfermeiro especialista mencionadas anteriormente, constitui o conjunto de competências clínicas especializadas, direcionadas ao público-alvo e ao contexto de intervenção, nomeadamente no âmbito dos cuidados à pessoa em situação crónica. Estas, fornecem um enquadramento regulamentar para a certificação profissional, bem como, um esclarecimento aos cidadãos sobre o que esperar destes profissionais especializados (Regulamento n.º 429/2018).

Deste modo, são competências específicas do especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica:

- Cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;
- Otimizar o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a

vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;

- Maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrente de doença aguda ou crónica (Regulamento n.º 429/2018).

Aprofundando a esfera de ação, para a área da pessoa em situação crónica, o mesmo regulamento, estreita ainda mais estas competências, destacando duas:

- Cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica;
- Maximizar o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica (Regulamento n.º 429/2018).

Enquanto enfermeira a exercer funções num serviço de Doenças Infeciosas, onde são realizadas consultas de enfermagem dedicadas à PVVIH, deparo-me, diariamente, com a necessidade de estar em constante atualização e de possuir conhecimentos e competências diferenciados, de forma a atender às necessidades destes clientes. Neste âmbito, propus-me a desenvolver competências especializadas com a frequência deste mestrado. A seleção dos locais de estágio de natureza profissional não foi aleatória, mas sim orientada para acompanhar e intervir junto destes clientes em dois contextos distintos: no Serviço de internamento de Doenças Infeciosas e na Consulta de Enfermagem de Doenças Infeciosas, ambos num Hospital do Sistema Nacional de Saúde (SNS), com o objetivo de implementar o projeto delineado e adquirir competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica.

O presente relatório, que espelha o culminar deste percurso, está dividido em três partes. Na primeira, é feita a caracterização dos contextos clínicos onde desenvolvi os estágios de natureza profissional; na segunda, é apresentado um caso clínico de uma pessoa com diagnóstico inaugural de VIH; e, na terceira parte, é explanada uma reflexão crítica sobre o desenvolvimento de competências e o impacto que os contextos clínicos e as experiências que vivenciei tiveram para o desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica.

O caso clínico foi elaborado, com recurso à plataforma académica E4Nursing disponibilizada pela ESEP. Esta plataforma tem na sua génese a Ontologia de Enfermagem e baseia-se nas etapas do processo de decisão clínica e de conceção de cuidados de enfermagem, onde são documentados os dados, identificados os diagnósticos, objetivos e intervenções de enfermagem. Nesse sentido, são criadas sessões, correspondentes a cada momento de contacto com o cliente.

O estágio profissional foi organizado em dois módulos. O Módulo I decorreu do dia 15 de abril a 22 de junho de 2024, com um total de 180 horas, cujo objetivo principal foi a integração nos contextos de exercício profissional avançado, na área da enfermagem médico-cirúrgica, com a

realização de atividades conducentes à aquisição de competências clínicas diferenciadas, nomeadamente de conceção de cuidados, face à pessoa em situação crónica. Outro objetivo, foi a elaboração de um projeto de desenvolvimento profissional de competências na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica com foco na assistência à pessoa em situação crónica (Unidade Curricular Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo I). Este projeto teve como finalidade a sua implementação posterior no Módulo II (Unidade Curricular Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II), tendo sido elaborado após uma integração nos contextos da prática clínica especializada, proporcionada no Módulo I. O Módulo II previa a elaboração de um relatório final onde se explanam as atividades relativas ao projeto de desenvolvimento profissional de competências na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, com foco na assistência à pessoa em situação crónica. Esta Unidade Curricular (UC) desenvolveu-se no primeiro semestre do ano letivo 2024/25, sendo indispensável para a atribuição do título de enfermeiro especialista pela Ordem dos Enfermeiros (OE). Neste sentido, o presente relatório foi orientado ao desenvolvimento profissional de competências clínicas especializadas no âmbito da enfermagem médico-cirúrgica, na área da enfermagem à pessoa em situação crónica. Os dois períodos de estágio que compõem o Módulo II desenvolveram-se nas mesmas unidades de cuidados que no Módulo I, totalizando 360 horas, divididas em dois períodos de 180h em cada uma das unidades, tendo decorrido entre 17 de setembro de 2024 e 17 de janeiro de 2025. Tendo em consideração os dois contextos, propus-me a desenvolver e aprofundar competências especializadas, relacionadas, por um lado, com o meu interesse individual pela temática e experiência profissional prévia e, por outro lado, com os objetivos preconizados no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. A Gestão da Doença Crónica na Pessoa com Infecção VIH foi a temática escolhida para o desenvolvimento do meu projeto, pela sua pertinência e contributos para a minha prática atual e futura.

Um projeto funciona como um plano, ao permitir a organização e o planeamento metódico das etapas permitidas para concretizar um objetivo, antecipando os recursos envolvidos até à sua conclusão. Para que a monitorização seja eficaz, os objetivos do projeto devem ser claros, de forma a possibilitar a execução de atividades bem estruturadas, coordenadas, controladas e com prazos definidos. O meu projeto teve como foco o desenvolvimento de competências profissionais e a sua implementação em contexto real confere a esta metodologia a ponte entre a fundamentação teórica e a aplicação prática (Ruivo et al., 2010). Neste âmbito, propus-me aos seguintes objetivos:

- Desenvolver competências na identificação das necessidades da pessoa com infeção VIH, assegurando a adaptação à doença crónica;
- Desenvolver competências para aumentar o envolvimento da pessoa com infeção VIH com a sua doença;
- Desenvolver competências de intervenção especializada no domínio da autogestão do regime terapêutico na pessoa com infeção VIH;
- Melhorar as competências na identificação de sintomas e sinais associados à

descompensação da infeção VIH;

- Desenvolver competências na área da prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde e de resistência a antimicrobianos;
- Desenvolver competências para facilitar a aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade;
- Desenvolver competências de prevenção do risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança, nos vários contextos de atuação.

Os objetivos delineados no projeto exigiram a realização de pesquisa da literatura, que cedidos pela Escola Superior de Enfermagem do Porto, no agregador de conteúdos EBSCOhost Web® (CINAHL Complete, MEDLINE Complete e MedicLatina), bem como nas plataformas Pubmed®, Google Académico e em literatura cinzenta. O conhecimento extraído dessas pesquisas forneceram conteúdos essenciais durante o estágio de natureza profissional, contribuindo para o desenvolvimento de competências no cuidado a pessoas em situação crónica. Foram ainda, uma mais-valia para a tomada de decisão, permitindo que esta fosse baseada na melhor evidência disponível, o que possibilitou uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados à PVVIH.

Este documento segue as orientações para elaboração de trabalhos científicos, determinadas pela ESEP, das quais fazem parte as normas da American Psychological Association, 7.^a edição, para orientações na elaboração das citações e referências bibliográficas e também, ao abrigo da lei de proteção de dados, no respeito pelos direitos, liberdades e garantias fundamentais, foram omitidos todos os dados pessoais da cliente, alvo da conceção de cuidados, bem como a identificação da instituição do contexto clínico.

2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)

Tal como estabelecido no plano de estudos do curso, o desenvolvimento de competências especializadas concretizou-se em dois contextos de estágio distintos, designadamente num Serviço de Internamento de Doenças Infeciosas e numa Consulta de Enfermagem de Doenças Infeciosas, que serão apresentados de seguida.

Serviço das Doenças Infeciosas - Internamento

É missão do Serviço de Doenças Infeciosas (SDI) colocar a pessoa no centro da atividade, privilegiando a segurança, a qualidade e a satisfação da pessoa, através de uma organização eficiente, numa lógica de inovação e melhoria contínua, focada nos ganhos em saúde, tendo por base a prestação de cuidados individualizados.

O Serviço de Internamento, a nível estrutural, é composto por dez quartos individuais com casa de banho privativa e regulação de pressão. Existe também uma zona administrativa, com uma assistente técnica, uma sala de trabalho atribuída à equipa médica, uma “ilha” de trabalho de enfermagem, com monitores de telemonitorização de todos os quartos, zona de preparação da medicação e zona de registos e de passagem de turno. O serviço tem também uma copa de preparação das refeições para os clientes, uma copa para profissionais, dois vestiários para os profissionais, três WC para os profissionais e uma sala de reuniões, dotada de equipamentos digitais para reuniões online. A entrada no serviço é condicionada ao uso do cartão digital de identificação da instituição, sendo só permitida a profissionais do serviço, as restantes pessoas só podem entrar mediante autorização. Existe uma sala de espera para as visitas, sendo que o horário das mesmas e dos acompanhantes depende da situação clínica, assim, existem diferentes horários permitidos para as visitas.

Neste serviço são internados clientes com diversas patologias infecciosas, incluindo a infeção por VIH, a endocardite, a osteomielite, as infeções por citomegalovírus, entre outras infeções bacterianas, víricas ou fúngicas. O serviço também recebe clientes com indicação para isolamento por contaminação, como a tuberculose pulmonar, *Clostridium difficile*, methicillin-susceptible *Staphylococcus aureus* (MSSA), methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA), e também para isolamento por imunossupressão, como é o caso das neutropenias.

A equipe do serviço é diferenciada e constituída por sete médicos especialistas em Infeciologia, 17 enfermeiros, dos quais dois são especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, oito técnicos auxiliares de saúde, um assistente social (não exclusiva do SDI) e uma assistente técnica.

O número definido de enfermeiros por turno é de três no turno da manhã e dois nos turnos da

tarde e noite. A dotação de enfermeiros nos serviços é um tema fulcral para a segurança dos clientes e para a qualidade dos cuidados prestados. Níveis adequados de enfermeiros evitam os riscos, mantêm a segurança, e ao mesmo tempo estabelecem uma previsão da carga de trabalho adequada, fator com impacto na saúde e bem-estar dos profissionais.

Utilizando a Calculadora de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, disponibilizada no site da OE, foi realizada a simulação para este serviço, que indicou a necessidade de 11 enfermeiros, pelo que é possível constatar que o serviço tem um número de enfermeiros acima das dotações seguras. Também através da mesma aplicação, são transmitidas pela OE algumas indicações, sendo que estaria recomendado que o mapa de enfermeiros deste serviço tivesse, na sua composição global, pelo menos, quatro enfermeiros especialistas, os quais deveriam ser alocados por área de especialidade, de acordo com a tipologia de cuidados.

Esta equipa de enfermagem é composta por uma enfermeira gestora, Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e, em cada turno, fica destacado um enfermeiro como responsável de turno. Estão nomeados dois elementos como elos PPCIRA, dois como elo da Comissão da Gestão de Risco e dois responsáveis pelos Sistemas de Informação em Enfermagem.

A avaliação dos enfermeiros é feita pelo Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na função pública (SIADAP). Os enfermeiros no serviço público português são avaliados através do Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública (SIADAP), estabelecido como um sistema integrado e coerente de avaliação para toda a função pública portuguesa (Ministério das Finanças, 2007).

Para os profissionais de enfermagem, em particular, aplica-se o SIADAP 3, adaptado às especificidades da carreira através da Portaria n.º 242/2011, de 21 de junho, que regulamenta a adaptação do subsistema de avaliação do desempenho dos trabalhadores da Administração Pública à carreira especial de enfermagem (Ministério da Saúde, 2011).

As características principais da avaliação dos enfermeiros pelo SIADAP incluem uma periodicidade bienal, com avaliações realizadas a cada dois anos, e baseiam-se em objetivos individuais alinhados com os da unidade orgânica. O sistema contempla também competências comportamentais previamente escolhidas para cada enfermeiro (Ferreira et al., 2019).

Como destacam Rato et al. (2021), o processo inclui parâmetros específicos como a qualidade dos cuidados prestados, a segurança dos clientes e a eficiência na gestão de recursos. Este sistema prevê quotas para as menções qualitativas de Relevante e Excelente, sendo um aspecto frequentemente debatido entre os profissionais.

A avaliação é realizada pelo enfermeiro-chefe ou responsável pela unidade, sendo posteriormente homologada pelo dirigente máximo do serviço ou entidade (Nunes et al., 2018). Segundo Carapeto e Fonseca (2023), este sistema visa não apenas avaliar o desempenho

individual, mas também promover o desenvolvimento profissional dos enfermeiros e a melhoria contínua dos serviços de saúde prestados.

O SIADAP integra-se numa estratégia mais ampla de gestão de recursos humanos na administração pública portuguesa, procurando valorizar as competências e resultados dos profissionais de enfermagem, contribuindo assim para a promoção da excelência e qualidade dos cuidados de saúde (Rocha & Dantas, 2020).

Neste serviço, o método de organização do trabalho adotado pela equipe de enfermagem é o método individual de trabalho. Na prática atual, o método individual caracteriza-se pela atribuição de um enfermeiro para prestar cuidados globais a um ou mais clientes durante o seu turno de trabalho. Esta abordagem rejeita a fragmentação do cuidado enquanto o profissional está de serviço, permitindo uma assistência integral por parte do enfermeiro designado, embora possa haver descontinuidade entre turnos ou dias devido à rotatividade das escalas e variação no número de clientes atendidos (Maia et al., 2022).

A organização dos cuidados continua a depender da orientação do enfermeiro em priorizar o cliente ou as tarefas, com a avaliação de resultados baseada nos objetivos estabelecidos e no tempo disponível (Aiken et al., 2018). A responsabilidade pelos cuidados recai principalmente sobre o enfermeiro designado, que avalia e coordena as intervenções (Fagerstrom et al., 2018), embora estudos recentes reforcem que a responsabilidade final permanece com o enfermeiro-chefe da unidade (Santos et al., 2021). O enfermeiro gestor mantém um papel fundamental na supervisão e avaliação dos cuidados, conservando autoridade decisória em todas as etapas do processo assistencial, atuando como facilitador da qualidade dos cuidados prestados (Ribeiro et al., 2022).

As vantagens mencionadas são corroboradas por estudos contemporâneos, que evidenciam como este método fortalece a relação de confiança entre enfermeiro e cliente, permite uma abordagem holística no planeamento dos cuidados, e proporciona maior estruturação do pensamento crítico, contribuindo para a excelência da assistência (Copanitsanou et al., 2020; Needleman et al., 2018).

Na minha opinião, este método tem declarada vantagem na prestação de cuidados de enfermagem, pois potencia a proximidade e a confiança enfermeiro/cliente. Também permite ao enfermeiro definir um plano de cuidados orientado para as necessidades do cliente, como um todo e, desta forma, possibilita uma maior estruturação do pensamento e da ação no sentido da excelência dos cuidados.

Em relação à liderança da equipa de enfermagem, e como mencionado, a enfermeira gestora é especialista em enfermagem médico-cirúrgica. O enfermeiro chefe é o elemento de ligação no seio da equipa de enfermagem, sendo determinante na motivação dos colaboradores que são responsáveis por garantir a eficácia da organização. Os enfermeiros gestores, ou enfermeiros

chefes, são responsáveis por garantir a qualidade dos serviços prestados ao cliente, possuindo o papel de motivar e elucidar a equipa para boas práticas de enfermagem. Além disso, com os clientes cada vez mais informados sobre os seus direitos e deveres, é reforçada a necessidade de os serviços serem avaliados, para assegurar que estão a ser prestados os melhores cuidados, garantindo a satisfação dos clientes (Freitas et al., 2022).

A abordagem de Likert continua a ser uma das teorias universais mais utilizadas para compreender o comportamento do líder no contexto organizacional. Esta teoria estabelece quatro sistemas de liderança: o sistema autocrático/explorador; o sistema autocrático/benevolente; o sistema consultivo e o democrático/participativo (Franco & Almeida, 2021).

No contexto deste estágio, observei que o sistema de liderança preponderante é o de líder consultivo. Este tipo de líder procura ativamente recolher as opiniões de todos os membros da equipa, pois reconhece as limitações de seu próprio conhecimento e valoriza os pareceres dos colaboradores para informar sua decisão final, ainda que a responsabilidade decisória permaneça consigo (Ribeiro et al., 2020).

É também evidente que a gestora deste serviço incentiva o desenvolvimento dos seus elementos tanto ao nível da formação como do crescimento pessoal. Conforme destacam Santos et al. (2022), este comportamento de estímulo ao desenvolvimento profissional é uma característica fundamental dos líderes consultivos eficazes no contexto da saúde. Neste sentido, ela atua como um elemento motivador da união da equipa como um todo, facilitando o envolvimento e a coesão grupal que são essenciais para o alto desempenho em ambientes de cuidados de saúde (Carvalho et al., 2023).

Consulta de Enfermagem de Doenças Infeciosas-Ambulatório

O Serviço de doenças Infeciosas de Ambulatório funciona de segunda a sexta-feira, das 8H às 18H. Está integrado num pavilhão com 24 gabinetes médicos, um gabinete de gestão de enfermagem, cinco salas de médicos, das várias especialidades, seis salas de tratamentos de enfermagem, uma sala destinada à valência de doenças infecciosas, duas salas de imunoalergologia, uma sala de cuidados paliativos, uma de consulta de enfermagem de oncologia e uma sala, a maior, de tratamentos polivalentes das mais variadas especialidades e tratamentos oncológicos. Tem também quatro wc para clientes, três wc para profissionais, dois vestiários, uma sala para a farmácia de ambulatório e duas salas da farmácia para preparação de quimioterápicos. Tem uma sala de reuniões, uma copa para preparação de refeições para os clientes, uma copa para os profissionais, dois armazéns de material e uma zona de despejos e lixos.

A equipa da Consulta de Doenças Infeciosas é composta por dez médicos, dos quais sete são Infeciologistas e três são médicos de Medicina Interna, que também fazem consultas de Infecção

VIH. A equipa de enfermagem alocada às Doenças Infeciosas é constituída por quatro enfermeiras, sendo uma especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e uma especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Um dos elementos é o Enfermeiro Coordenador da equipa, que gere a equipa de enfermagem e serve também, como elo de ligação com os elementos das outras categorias profissionais. A Enfermeira Gestora é especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, e é responsável por todas as valências alocadas a este pavilhão, para além das Doenças Infeciosas, também gere a Imunoalergologia, a Reumatologia e a Oncologia. À semelhança do internamento, também aqui, existem elementos de referência e elos de ligação a dinâmicas hospitalares. Estão então destacados para o efeito seis elementos para manutenção dos dois Carros de Emergência, de forma rotativa, três dinamizadores da Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (UL- PPCIRA), um elemento para a Formação em Serviço, um cinco dinamizadores dos Padrões da Qualidade, quatro dinamizadores dos Sistemas de Informação de Enfermagem (SIE), dois elementos responsáveis pelos Estupefacientes, quatro elementos com vinculação aos Equipamentos de Perfusão, Monitorização, Oxigenação e Aspiração, um dinamizador da Comissão de Feridas em conjunto com um elemento da equipa médica, um Gestor Local de Risco, cinco na Humanização e nove na organização de eventos.

A Consulta de Enfermagem de Doenças Infeciosas, dedicada especificamente à infeção VIH, funciona num gabinete que garante a privacidade e organização exigidos para o efeito, de forma a promover uma comunicação eficaz com o cliente. A primeira consulta tem a duração de 60 minutos, enquanto as subsequentes têm a duração de 30 minutos. Nesta consulta, são também realizados contactos telefónicos com os clientes para vigilância de sinais e sintomas da doença, assim como para resgate de clientes com infeção VIH que abandonaram o seguimento hospitalar, sendo incentivados a retomar o acompanhamento. No ano de 2024, foram realizadas 611 consultas de enfermagem dedicadas à infeção VIH.

De referir que, esta consulta existe desde 2014, como consulta estruturada, independente e autónoma. No que concerne à referenciação, os clientes podem ser referenciados pela equipa médica, podem comparecer diretamente no serviço e solicitar observação pela enfermagem, ou podem ser marcados por iniciativa da enfermagem. O sistema de informação em enfermagem utilizado para a documentação dos cuidados é o Sclínico, como descrito anteriormente para o serviço de internamento.

Geralmente, uma enfermeira é alocada à consulta, mas qualquer uma das quatro enfermeiras da equipa está apta a realizar a Consulta de Enfermagem. As restantes enfermeiras ficam no Hospital de Dia de Doenças Infeciosas. Esta distribuição pretende favorecer uma continuidade dos cuidados e um conhecimento mais aprofundado dos clientes em consulta, mantendo a proximidade e a confiança destes clientes.

A consulta de enfermagem é definida como uma "...intervenção visando a realização de uma

avaliação, ou estabelecimento de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado;" (Diário da República n.º 242/2011, pg. 5348). Este autocuidado é avaliado pelos enfermeiros, com a finalidade de traçar um plano de intervenção que permita colmatar as dificuldades encontradas e capacitar a pessoa para o autocuidado.

Nesta consulta, o domínio mais trabalhado com os clientes é, sem dúvida, o da autogestão do regime terapêutico, mais concretamente o regime medicamentoso, com o objetivo de promover uma adesão massiva e consistente ao tratamento. Neste momento, 96% dos 1.577 clientes seguidos na consulta de VIH apresentam carga viral indetectada, o que significa que estes 96% têm adesão efetiva ao tratamento. Outro domínio muito abordado é o da emoção, visto serem clientes com ansiedade, medo e tristeza, relacionado com o seu diagnóstico, mas muito agravado pelo significado negativo e de vergonha atribuído pelo cliente à infeção VIH.

Na consulta de Infeção VIH, utiliza-se um sistema de acompanhamento de consultas pela KnockCare, que consiste, de modo geral, na utilização de uma plataforma digital que centraliza e otimiza a gestão do atendimento em saúde, desde o agendamento até ao seguimento clínico (KnockCare, nd). Embora as funcionalidades possam variar em função da versão ou do contexto de implementação, destacam-se os seguintes pontos principais. A plataforma permite a marcação de consultas de forma ágil, integrando a disponibilidade dos profissionais de saúde e enviando notificações ou lembretes ao cliente, o que favorece a adesão aos serviços agendados. Além disso, permite manter um registo sistematizado dos dados de cada consulta, tais como resultados de exames, anotações clínicas e planos terapêuticos. Essa funcionalidade facilita o acompanhamento da evolução do cliente e facilita a tomada de decisões clínicas. São canais disponibilizados que permitem esclarecer dúvidas, realizando teleconsultas ou trocar mensagens entre o cliente e a equipe de saúde, reduzindo barreiras de acesso e garantindo suporte.

Neste caso, o KnockCare integra um sistema de telemonitorização, com a aplicação de questionários implementados na consulta, facilitando a colheita de dados para posteriormente se aferirem os resultados relatados pelo paciente (PROs) e medidas de resultados relatados pelo paciente (PROMs). Estes são dados ou informações sobre o estado de saúde, sintomas, qualidade de vida ou funcionalidade, relatados diretamente pelos próprios clientes, sem a intermediação ou interpretação por profissionais de saúde. Inclui também instrumentos padronizados e validados que avaliam, de forma sistemática, a perceção do cliente sobre o seu estado de saúde. Estas medidas permitem compreender, de forma mais aprofundada, o impacto subjetivo de uma doença, tratamento ou intervenção, indo além dos indicadores clínicos tradicionais, possibilitando uma avaliação contínua. Desta forma, é possível uma intervenção precoce em caso de alterações relevantes (Snoswell et al., 2020). Neste sistema, estão a ser avaliados nesta área:

- WHOQOL-BREF-HIV: *World Health Organization Quality of Life - Brief Version - HIV* (Organização Mundial da Saúde - Qualidade de Vida - Versão Breve para HIV)
- HADS: *Hospital Anxiety and Depression Scale* (Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão)
- MAT: *Medida de Adesão à Terapêutica* (Medida de Adesão aos Tratamentos)
- HSS: *HIV Stigma Scale Short Version* (Escala de Estigma de HIV - Versão Reduzida)
- IPAQ-SF: *International Physical Activity Questionnaire - Short Form* (Questionário Internacional de Atividade Física - Forma Curta)
- ASSIST: *Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test* (Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Tabaco e Substâncias)
- HIVTSQ: *HIV Treatment Satisfaction Questionnaire* (Questionário de Satisfação com o Tratamento do HIV)
- PRO-CTCAE: *Patient-Reported Outcomes version of the Common Terminology Criteria for Adverse Event* (Versão de Resultados Reportados pelo Paciente dos Critérios Terminológicos Comuns para Eventos Adversos).

Estes instrumentos são PROMs (*Patient-Reported Outcome Measures* / Medidas de Resultados Reportados pelos Pacientes) utilizadas para avaliar diversos aspetos da saúde e qualidade de vida dos pacientes com VIH na unidade.

Portanto, o recurso nas consultas à KnockCare impulsiona a comunicação entre as equipas de saúde e os clientes, simplifica o controlo de agendas e dos resultados clínicos, e promove a continuidade dos cuidados em vários níveis, contribuindo para o fornecimento de serviços de saúde mais eficazes, seguros e centrados no cliente.

Neste serviço, ao nível da gestão, verifiquei que existe uma liderança consultiva, em que a Enfermeira Gestora ouve efetivamente os elementos da equipa, de forma a tomar melhores decisões, mais informadas e consistentes, uma vez que lidera várias equipas de diferentes especialidades. Nesta equipa, estão nomeados, um elo de ligação da Gestão de Risco, três elementos como elos de ligação PPCIRA, três elementos da equipa de Humanização e um elemento como elo de ligação à equipa de Gestão de feridas.

Em suma, estes dois locais de diferentes contextos de estágio profissional, apesar de dispares, complementam-se no cuidado ao cliente com infeção VIH, nos seu diferentes estadios e complicações da doença crónica. Desta forma permitiram-me obter o máximo de experiências nesta caminhada.

3. CLIENTE COM DIAGNÓSTICO INAUGURAL DE INFECÇÃO VIH

Cliente do sexo feminino, de 50 anos, admitida na consulta de doenças infecciosas por infeção VIH.

3.1. Enquadramento teórico

CONTEXTUALIZAÇÃO DO CASO CLÍNICO

Antes de avançar para o enquadramento teórico, faço uma breve contextualização do caso clínico para facilitar a compreensão do mesmo:

Cliente natural do Rio de Janeiro, está em Portugal desde 2023 e é esposa de um cliente internado à data com infeção VIH. Não tem atividade profissional, vive com o marido e um filho de 32 anos.

Após ter conhecimento do diagnóstico do marido, há duas semanas, realizou rastreio de infeção VIH tendo resultado positivo, comprovado analiticamente com anticorpo e antigénio (Ac/Ag) VIH positivo. Admite ter apresentado alguma perda de peso no último ano, mas atualmente encontra-se assintomática.

Ao exame objetivo apresenta:

Peso corporal 57 kg e altura 159 cm.

Tensão Arterial: 121/63 mmHg.

Pele com alguma palidez de mucosas.

Apresenta adenopatias: alguns gânglios de características reativas a nível cervical.

Orofaringe sem candidíase.

Medicação crónica: Ferro forte, 30mg 1 comprimido/dia, que já tomava no Brasil.

PLANO: Consulta de enfermagem e inicia tratamento com Biktarvy, bictegravir 50 mg/emtricitabina 200 mg/tenofovir alafenamida 25 mg - BIC/FTC/TAF) 1 comprimido/dia.

Cerca de um mês após a primeira consulta foi novamente observada com resultados analíticos de ARN - VIH1: 28900 cópias/mL e contagem de Linfócitos TCD4: 222 células/ mm³ (22%).

INFEÇÃO VIH, O APARECIMENTO

A síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) foi identificada pela primeira vez em 1981, nos Estados Unidos, pelos *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), aquando do aparecimento de pneumonia por *Pneumocystis jiroveci* (anteriormente denominado *Pneumocystis carinii*) em cinco homens que faziam sexo com homens (HSH), previamente saudáveis, em Los Angeles. Concomitantemente, foram diagnosticados casos de sarcomas de Kaposi (SK), com ou sem pneumonia associada, e outras infeções oportunistas em 26 HSH, também previamente saudáveis, nas zonas de Nova Iorque, São Francisco e Los Angeles. Pouco tempo após a doença foi também diagnosticada nos usuários de drogas injetáveis (UDI), bem como nos hemofílicos, nos recetores de transfusões sanguíneas, nas parceiras dos homens com infeção VIH e nos latentes nascidos de mães seropositivas para VIH (Kasper et al., 2015).

Dois anos mais tarde, em 1983, foi possível isolar o vírus da imunodeficiência humana (VIH) de um cliente com linfadenopatia. Em 1984, comprovou-se que esse vírus era o agente etiológico da SIDA. No ano seguinte, foi desenvolvido um ensaio baseado na sensibilidade à enzima (ELISA), permitindo a deteção laboratorial do vírus e proporcionando uma melhor compreensão da evolução epidemiológica do VIH. A evolução mundial surpreendente da pandemia do VIH foi acompanhada por um aumento significativo de informações nos campos da virologia, da patogénese (imunológica e virológica), do tratamento da doença causada pelo vírus, do tratamento e da profilaxia das doenças oportunistas associadas e da prevenção da infeção (Kasper et al., 2015).

CLASSIFICAÇÃO DA INFEÇÃO VIH

O sistema de classificação da infeção por VIH foi desenvolvido pelos CDC, nos Estados Unidos, classificando os indivíduos com base nas manifestações clínicas associadas à infeção e ao mesmo tempo na contagem de linfócitos T CD4+. Um resultado confirmado de VIH pode ser classificado em um dos cinco estadios clínicos da infeção (0, 1, 2, 3 ou desconhecido). Considera-se que a pessoa está no estadio 0 aquando do diagnóstico, se tiver um teste de VIH negativo há menos de 6 meses. Entre o estadio 1 e 2, a classificação da doença é baseada na redução da contagem de linfócitos T CD4+ e por critérios imunológicos, sendo normalmente assintomática. O estadio 3 é atribuído à doença avançada pelo VIH/SIDA e é classificada pela deteção de uma ou mais doenças oportunistas específicas, de acordo com classificação apresentada na Tabela 1. Se não existir informação suficiente, ou algum dos critérios anteriores não se aplicar, atribui-se o estadio D (desconhecido) (Kasper et al., 2015).

Tabela 1: Estádios da Infecção VIH

Estágio ^a	Idade na data do teste de linfócitos T CD4+					
	< 1 ano		1-5 anos		6 anos até adulto	
	Células/ μ L	%	Células/ μ L	%	Células/ μ L	%
1	≥ 1.500	≥ 34	≥ 1.000	≥ 30	≥ 500	≥ 26
2	750-1.499	26-33	500-999	22-29	200-499	14-25
3	< 750	< 26	< 500	< 22	< 200	< 14

^aO estágio baseia-se primariamente na contagem de linfócitos T CD4+; a contagem de linfócitos T CD4+ é mais importante que a percentagem de linfócitos CD4 e a percentagem é considerada apenas se não houver a contagem.

Fonte: MMWR 63(No RR-03), 11 de abril de 2014.

Na prática clínica, é habitualmente utilizada a classificação em três estádios, utilizando-se para distinguir: a síndrome aguda, ou seja, a fase inicial da infecção VIH, sintomática ou assintomática, com duração de duas a quatro semanas, em que a carga viral se encontra em valores extremamente elevados; o período de infecção crónica assintomática, que pode perdurar por anos, durante o qual há uma estabilização da carga viral, sem o aparecimento de sintomas; e o período avançado de doença, estadio 3 ou SIDA, associado a doenças oportunistas, ou seja, a fase sintomática (EACS, 2019).

MORFOLOGIA E CICLO REPLICATIVO DO VIH

O VIH pertence à família dos retrovírus humanos, retroviridae e à subfamília dos lentivírus. Estes vírus não oncogénicos causam doença em diferentes espécies. Os retrovírus, que comprovadamente causam doença nos seres humanos pertencem a dois grupos distintos: os vírus linfotrópicos de células T humanas HTLV-1 e HTLV-2, os quais são retrovírus transformadores e os vírus da imunodeficiência humana, VIH-1 e VIH-2, que causam efeitos citopáticos diretos ou indiretos. A nível mundial, a maioria da doença é originada pelo VIH-1, que engloba vários subtipos, com distribuições geográficas diferentes e específicas (Kasper et al., 2015).

O VIH é um virião com uma estrutura icosaédrica, com espículas externas formadas pelas duas proteínas principais do envelope, a gp120 externa e a gp41 transmembranar. O virião brota da superfície da célula infetada e incorpora várias proteínas do hospedeiro na sua bicamada lipídica (Kasper et al., 2015), conforme representado na figura 1.

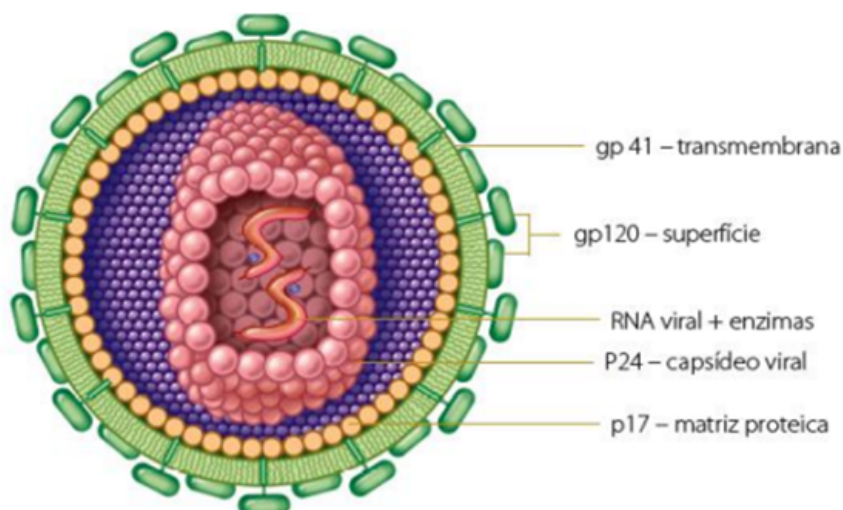


Figura 1 – Virião do HIV-1; Fonte: Tratado de Infeciologia (Veronesi & Foccacia, 2015, p.166)

O ciclo de replicação do VIH é um processo bastante complexo que permite ao vírus invadir células hospedeiras, replicando o seu material genético e produzindo novos viriões capazes de continuar esse processo.

Este ciclo envolve várias etapas distintas. Inicia-se com a sua ligação às células que expressam o recetor CD4, sendo elas, os linfócitos T CD4+ e macrófagos. Esta etapa depende da interação entre proteínas virais e recetores celulares específicos. São eles a glicoproteína viral gp120, localizada na superfície do envelope do HIV que reconhece o recetor CD4 na célula hospedeira, e com ele, estabelece uma íntima ligação. Após esta ligação inicial, ocorrem alterações conformacionais na gp120, permitindo a sua interação com um dos dois co-recetores, o CCR5, predominante nos macrófagos e nas células T, durante as fases iniciais da infeção, e o CXCR4, geralmente utilizado em fases mais avançadas da doença. Após a ligação da gp120 ao co-recetor, a gp41, outra glicoproteína viral, sofre alterações estruturais que aproximam o envelope viral da membrana plasmática da célula hospedeira, culminando na fusão das duas membranas e na entrada do nucleocapsídeo viral no citoplasma (hivinfo, 2021).

Depois de entrar na célula, o capsídeo viral é parcialmente desconstruído. Este passo liberta no citoplasma o RNA viral de cadeia simples, bem como as enzimas virais associadas, a transcriptase reversa, a integrase, e ainda outras proteínas reguladoras e estruturais. Esta libertação prepara o material genético viral para a próxima etapa do ciclo.

No citoplasma, a enzima viral transcriptase reversa converte o RNA viral numa molécula de DNA complementar (cDNA) de dupla cadeia. Este processo ocorre em várias etapas, primeiramente a cadeia de RNA viral é usada como molde para a síntese de uma cadeia de DNA complementar, de seguida, o RNA viral é degradado pela atividade RNase H da transcriptase reversa e é sintetizada uma segunda cadeia de DNA, resultando num DNA de cadeia dupla. Este processo é altamente propenso a erros, devido à ausência de mecanismos de correção na transcriptase

reversa, o que gera mutações frequentes no genoma viral. Estas mutações são uma das principais razões da variabilidade genética do VIH e da sua capacidade de desenvolver resistência aos medicamentos (Kasper et al., 2015).

De seguida, o DNA de cadeia dupla, recém-formado, é transportado para o núcleo celular no interior de um complexo pré-integração, que inclui a enzima viral integrase. Esta, uma vez no núcleo, insere o DNA viral no genoma da célula hospedeira de forma permanente, formando o provírus, que integrado pode permanecer em estado latente (sem ser transcrito) ou ser ativado para iniciar a produção de novos viriões, dependendo do estado da célula hospedeira e de fatores externos, como sinais de ativação imunológica (Kasper et al., 2015).

Quando ativada, a célula hospedeira inicia a transcrição do DNA proviral em RNA genómico viral, que serve como material genético para novos viriões. Estas proteínas virais incluem a Gag, que forma o núcleo do virião, a Pol, que inclui enzimas como a transcriptase reversa, integrase e protease e a Env, que codifica as glicoproteínas de envelope gp120 e gp41, sendo estas processadas no retículo endoplasmático e no aparelho de Golgi antes de serem incorporadas na membrana plasmática (Kasper et al., 2015).

Já no citoplasma da célula hospedeira, o RNA viral genómico e as proteínas estruturais e enzimáticas associam-se para formar partículas virais imaturas que migram para a membrana plasmática, onde se associam às glicoproteínas virais previamente incorporadas. Aí, os viriões imaturos deixam a célula hospedeira e o vírus adquire um envelope derivado da membrana plasmática da célula, que contém as glicoproteínas virais gp120 e gp41. Após a libertação do virião, a protease viral atua para clivar as poliproteínas virais em componentes individuais, sendo este processo essencial para a maturação do virião, transformando-o numa partícula totalmente funcional e capaz de infetar novas células. A Figura 2 ilustra o ciclo replicativo do HIV-1.

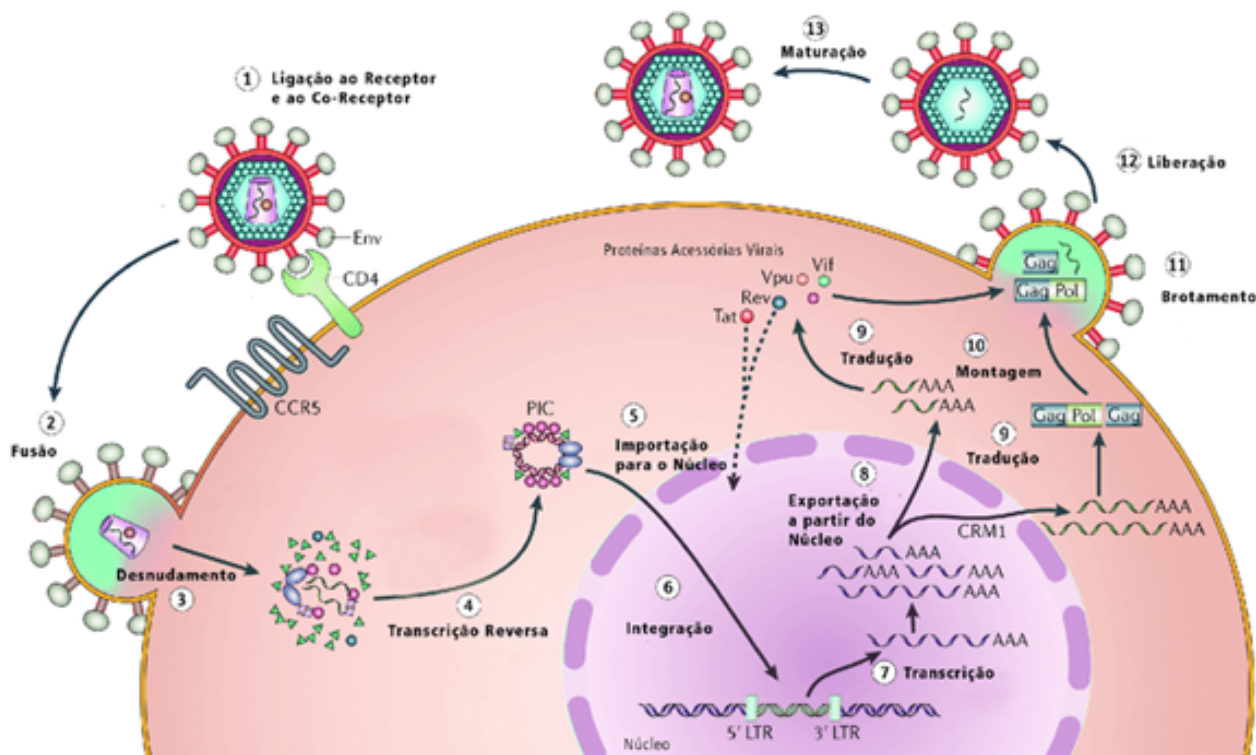


Figura 2 - Ciclo replicativo do VIH-1; fonte: Adaptado de The structural biology of HIV-1: mechanistic and therapeutic insights (Angelman & Cherepanov, 2012, p.280).

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA INFECÇÃO VIH

As manifestações clínicas da infeção VIH, abrangem uma ampla gama de sintomas e sinais que refletem a interação entre a replicação viral, a imunodeficiência progressiva e a resposta imunológica do hospedeiro. Estas manifestações podem ser agrupadas em fases clínicas que correspondem ao curso natural da infeção, bem como às condições oportunistas associadas (Kasper et al., 2015).

A fase inicial, onde ocorre a síndrome retroviral aguda, acontece duas a quatro semanas após a exposição ao VIH e caracteriza-se por uma virémia intensa e uma resposta imunitária inicial. Os sintomas podem assemelhar-se aos de uma gripe ou mononucleose infecciosa, sendo eles sintomas constitucionais, como a febre, a fadiga intensa e o mal-estar geral. Outros sintomas, nomeadamente: sintomas respiratórios, como a faringite; sintomas cutâneos, como o rash maculopapular, frequentemente no tronco, face e extremidades; sintomas gastrointestinais, como a diarreia, as náuseas e os vómitos, também podem estar presentes. É comum a presença de linfadenopatia generalizada, associada a resultados analíticos que evidenciam leucopenia,

trombocitopenia e discreta elevação das transaminases. Nesta fase, os testes de anticorpos são frequentemente negativos (diagnóstico via RNA viral ou teste de antígeno p24) (Bennett et al., 2017).

A fase crónica assintomática é um período de latência clínica, que em muitos casos pode prolongar-se por vários anos (média de oito-dez anos sem tratamento). Esta fase caracteriza-se por baixa virémia e pela destruição progressiva dos linfócitos T CD4+. Embora, geralmente assintomática, algumas pessoas podem apresentar linfadenopatia generalizada persistente, bem como episódios recorrentes de candidíase oral ou vulvovaginal (Kasper et al., 2015).

A fase sintomática inicial caracteriza-se pela diminuição progressiva dos valores dos linfócitos T CD4+ (<500 células/ μ L) e pelo aparecimento de manifestações leves a moderadas. Entre essas manifestações destacam-se a fadiga persistente, a febre baixa recorrente, a sudorese noturna e a perda de peso de até 10% do peso corporal. Podem ocorrer também manifestações mucocutâneas como: a candidíase oral (sinal precoce); a candidíase vaginal persistente; a leucoplasia pilosa oral (causada pelo vírus Epstein-Barr); as dermatoses como herpes zóster; a dermatite seborreica; a foliculite; e infeções bacterianas recorrentes, como a sinusite e a pneumonia bacteriana (Kasper et al., 2015).

A fase avançada, que corresponde ao estadio SIDA é caracterizada pela presença de infeções oportunistas, por neoplasias associadas ao VIH ou por um nível de linfócitos T CD4+ inferior a 200 células/ μ L. Tem como manifestações constitucionais graves, a perda de peso significativa (>10% do peso corporal, caquexia), a febre prolongada e a diarreia crónica (frequentemente infecciosa). Relativamente às infeções oportunistas destacam-se as pulmonares, como a *Pneumocystis jirovecii* que conduz à pneumonia intersticial grave, a tuberculose (muitas vezes extrapulmonar) e a aspergilose. As afeções neurológicas, podem apresentar-se pelo *Toxoplasma gondii*, a encefalite com lesões focais no cérebro, a meningite criptocócica, a própria demência associada ao VIH e a leucoencefalopatia multifocal progressiva pelo vírus John Cunningham (JC vírus). Já no trato gastrointestinal, pode existir a *Cryptosporidium*, *Isospora belli*, a diarreia refratária e a esofagite por *Candida* ou Herpes simplex. Podem também existir manifestações hematológicas, como a anemia e a trombocitopenia. Quanto às neoplasias associadas ao VIH, destaca-se o sarcoma de Kaposi (causado pelo herpes vírus humano-8), os linfomas não Hodgkin, frequentemente de alto grau e associados ao vírus Epstein-Barr e o carcinoma invasivo do colo do útero (Bennett et al., 2017).

Podem também estar associadas a esta fase complicações cardiovasculares, como a aterosclerose precoce e o risco de eventos cardiovasculares. Adicionalmente, podem existir complicações renais, como a nefropatia associada ao VIH. Outra área passível de estar alterada é a área metabólica, pela lipodistrofia - atualmente menos frequente, em virtude da evolução terapêutica - mas também pela dislipidemia agravada pelos antirretrovirais. No âmbito das doenças reumatológicas e autoimunes, destaca-se a síndrome de reconstituição imunológica

(IRIS), que pode surgir após o início da terapêutica antirretroviral (Kasper et al., 2015).

As manifestações clínicas do VIH refletem a imunossupressão progressiva e requerem uma abordagem multidisciplinar tanto para o diagnóstico precoce, como para o tratamento das complicações e controlo da progressão da doença. A introdução precoce da terapia antirretroviral (TARV) é essencial para prevenir a progressão para o estadio de SIDA e melhorar a qualidade de vida dos clientes.

TRATAMENTO DA INFEÇÃO VIH

Desde o início da infeção VIH, foram sendo desenvolvidos fármacos antirretrovirais para tratar a infeção. Existem diferentes classes de antirretrovirais que atuam de diferentes formas, evitando a replicação vírica. Estes, quando combinados, são muito mais eficazes, levando à menor probabilidade de o vírus se tornar resistente aos medicamentos do que quando administrados isoladamente. O tratamento combinado com três fármacos diferentes é o tratamento padrão para todas as pessoas diagnosticadas com VIH. Assim, a terapêutica combinada impede a multiplicação do VIH levando à sua supressão e a níveis indetetáveis da carga viral no sangue. Desta forma, o sistema imunológico da pessoa fica com a capacidade de se recuperar, evitando as infeções oportunistas, prevenindo também a evolução da infeção VIH para o estadio SIDA (UNAIDS, 2018).

Os antirretrovíricos usados no tratamento da infeção pelo HIV são divididos em várias classes, cada uma com um mecanismo de ação específico e com implicações distintas para os clientes. O tratamento antirretroviral (TAR) é essencial para controlar a replicação do vírus, preservar a função imunológica e reduzir o risco de transmissão (Panel on Antiretroviral Guidelines, 2023; WHO, 2022). As principais classes são, os Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleósidos/Nucleotídeos (ITRNs), tais como Zidovudina (AZT), Lamivudina (3TC), Abacavir (ABC), Tenofovir (TDF/TAF), Emtricitabina (FTC). Estes Interferem na replicação viral ao incorporarem-se no DNA viral e interromperem a sua síntese (Deeks et al., 2015). Estes são, geralmente bem tolerados, mas podem causar efeitos adversos como toxicidade mitocondrial, acidose láctica e toxicidade renal, particularmente com o tenofovir (Günthard et al., 2016). O abacavir pode causar hipersensibilidade em indivíduos com o alelo HLA-B*5701 (Arribas & Pulido, 2020).

Os Inibidores da Transcriptase Reversa Não Análogos de Nucleósidos (ITRNNs), como Efavirenz (EFV), Nevirapina (NVP), Etravirina (ETR), Rilpivirina (RPV), ligam-se à transcriptase reversa e inibem a replicação do vírus de forma não competitiva (Bartlett & Gallant, 2018). Podem causar efeitos adversos no sistema nervoso central, como insónia e sonhos vívidos, especialmente com

efavirenz (Günthard et al., 2016). São fármacos com maior risco de interações medicamentosas e a resistência viral pode desenvolver-se rapidamente se a adesão ao tratamento não for rigorosa (Panel on Antiretroviral Guidelines, 2023).

Os Inibidores da Protease (IPs), como Lopinavir/Ritonavir (LPV/r), Atazanavir (ATV), Darunavir (DRV) impedem a clivagem das proteínas virais imaturas, resultando em vírus não funcionais (Deeks et al., 2015). São geralmente combinados com ritonavir ou cobicistate para aumentar a sua concentração podendo causar efeitos metabólicos, como dislipidemia, resistência à insulina e alterações na distribuição de gordura corporal (Günthard et al., 2016). No entanto, apresentam alta barreira genética à resistência (WHO, 2022).

Os Inibidores da Integrase (INIs), como Raltegravir (RAL), Dolutegravir (DTG), Bictegravir (BIC), Cabotegravir (CAB), bloqueiam a integração do DNA viral no DNA da célula hospedeira (Arribas & Pulido, 2020). Estes são geralmente bem tolerados e eficazes, com menos efeitos adversos metabólicos do que os IPs, no entanto, podem causar insónia e alterações de humor (WHO, 2022). Apresentam elevada barreira à resistência, especialmente os mais recentes (DTG, BIC) (Panel on Antiretroviral Guidelines, 2023). O Cabotegravir é uma opção de longa duração administrada por injeção intramuscular, concomitantemente com a Rilpivirina intramuscular, o que pode melhorar a adesão terapêutica (Günthard et al., 2016).

Os Inibidores da Fusão, Enfuvirtida (T-20), impede a fusão do VIH com a membrana celular da célula hospedeira (Deeks et al., 2015). A administração subcutânea (não oral), pode causar reações locais no local da injeção e raramente são usados, devido à disponibilidade de alternativas mais convenientes (WHO, 2022).

Os Inibidores do Correceptor CCR5, como o Maraviroc (MVC), bloqueia a entrada do VIH nas células ao impedir a interação com o correceptor CCR5 (Günthard et al., 2016), no entanto só é eficaz em clientes com vírus que usam exclusivamente o correceptor CCR5, requerendo por isso teste genotípico antes do uso e tem potencial risco de toxicidade hepática, sendo por isso raramente usado (Panel on Antiretroviral Guidelines, 2023).

Os Inibidores da Fixação (*Attachment Inhibitors*), como o Fostemsavir, bloqueia a ligação do HIV à célula hospedeira (WHO, 2022). É indicado para clientes com opções de tratamento limitadas, com várias resistências, podendo causar efeitos gastrointestinais (Arribas & Pulido, 2020).

Os Inibidores da Capsídeo, como o Lenacapavir, afeta a montagem e desmontagem da cápsula viral (Panel on Antiretroviral Guidelines, 2023). Administrado por injeção de longa duração de seis em seis meses, é indicado para clientes já altamente resistentes (WHO, 2022).

A adesão rigorosa ao tratamento é essencial para evitar falha virológica e desenvolvimento de resistência (Deeks et al., 2015). Os regimes atuais combinam múltiplas classes num único comprimido diário para simplificar a adesão e melhorar a qualidade de vida (Günthard et al., 2016). O acompanhamento médico regular é fundamental para monitorizar efeitos adversos,

interações medicamentosas e a eficácia do tratamento (WHO, 2022).

Quando para além da infeção VIH, existe também uma infeção oportunista, o início da TAR pode ser adiado, sendo primeiramente abordado o tratamento para a infeção oportunista em causa. O teste genotípico de resistências está recomendado, idealmente no momento de diagnóstico, caso contrário, imediatamente antes de iniciar TAR. Se o início de TAR for importante, e antes dos resultados do teste de resistências, deve existir a preferência por medicamentos com elevada barreira genética no regime de primeira linha como um IP/r, IP/c (inibidores da protease/potenciado) ou DTG (dolutegravir) ou BIC (bictegravir) combinado com (tenofovir/emtricitabina) TDF/FTC, TAF/FTC, TDF/3TC ou ABC/3TC (tenofovir ou abacavir/lamivudina) (EACS, 2019).

O início da TAR é recomendado a todas as pessoas que vivem com VIH (PVVIH), independentemente da contagem de linfócitos TCD4, no sentido de reduzir a morbilidade e mortalidade associadas a infeção por VIH e prevenir a sua transmissão. O início da TAR no dia do diagnóstico é possível, para as pessoas que vivem com VIH. Neste sentido, é muito importante avaliar a preparação da pessoa antes de iniciar a TAR. De destacar que cumprimento rigoroso da TAR é necessário para que a pessoa obtenha sucesso terapêutico (EACS, 2019).

Nos últimos tempos estamos a assistir a uma mudança de paradigma no tratamento e prevenção da infeção VIH, reduzindo a dependência de regimes orais diários. Combinações como cabotegravir + rilpivirina, esquema bimestral, lenacapavir (semestral) e anticorpos monoclonais (ibalizumab) possibilitam maior flexibilidade terapêutica. Apesar dos avanços clínicos, persistem desafios: custos elevados, infraestrutura de saúde para administração e logística de acompanhamento a longo prazo. No entanto, as tecnologias injetáveis apontam para um futuro em que o VIH seja gerido com menores barreiras à adesão, favorecendo a supressão viral sustentada e a redução da transmissão (Landovitz & al, 2021).

TRANSMISSÃO E PREVENÇÃO DO VIH

Quanto à transmissão, o VIH transmite-se essencialmente por relações sexuais (heterossexuais e homossexuais masculinas), pelo sangue e por transmissão vertical, onde as mães podem transmitir o VIH aos seus filhos nos períodos intraparto e perinatal ou durante o aleitamento materno. Depois de mais de 30 anos de experiência e observações, não há evidência, quanto a outras potenciais modalidades de transmissão (Kasper et al., 2015).

A infeção pelo HIV é uma infeção sexualmente transmissível (IST), sendo o mecanismo de infeção mais comum a transmissão heterossexual. No entanto, em muitos países ocidentais,

este padrão tem vindo a ser ultrapassado pela transmissão em homens que fazem sexo com homens (HSH). Existem fatores, como carga viral, a coexistência de doenças genitais ulcerativas, ou traumatismo da mucosa que afetem a eficiência da transmissão. Sabe-se também que o VIH existe no líquido seminal, no interior das células mononucleares infetadas e em materiais acelulares, no entanto, concentra-se no líquido seminal, em particular nas situações em que ocorre aumento do número de linfócitos e monócitos no líquido, ou seja, em estados inflamatórios genitais. Existe também no colo uterino e na secreção vaginal. O risco de transmissão do VIH aumenta nas relações anais recetivas sem proteção, isto, quando comparado com o risco associado ao coito vaginal (Kasper et al., 2015), conforme Figura 3.

Está comprovado que em casais serodiscordantes, em que a pessoa que vive com VIH em supressão virológica, ou seja que tem PCR do VIH indetetável definido pela carga viral de VIH inferior a 50 cópias/ml de sangue, não existe transmissão vírica. Assim sendo, confirma-se que “Indetetável = Intransmissível” (UNAIDS, 2018).

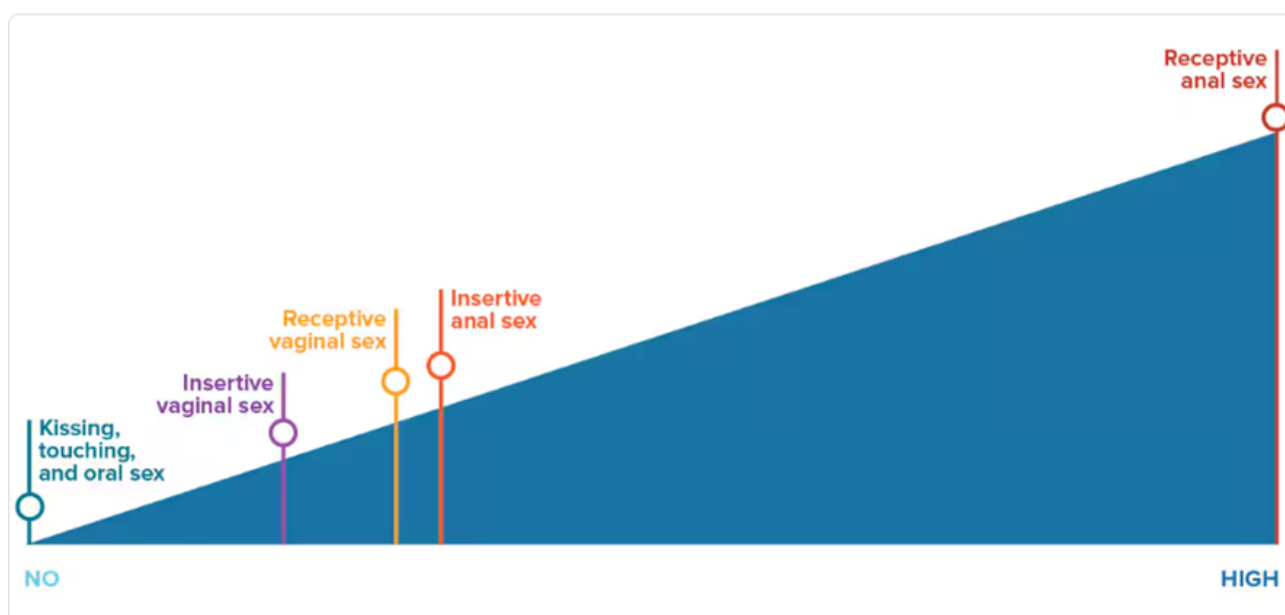


Figura 3: Risco de transmissão de VIH por tipo de comportamento sexual; fonte: How HIV Spreads (CDC, 2024).

No que concerne à prevenção da infeção VIH, são cada vez mais eficazes e impactantes a nível mundial as medidas no combate a esta doença. A UNAIDS, desenvolveu com a Coligação Global de Prevenção do VIH (GPC), um plano de ação de dez passos para alinhar corretamente os programas dos países com a finalidade de atingir as suas metas de prevenção do VIH para 2025 e acabar com a ameaça de saúde pública da SIDA até 2030 (GPC, 2022).

Os dez passos deste roteiro são dedicados a realizar uma avaliação baseada em dados, sobre as necessidades e os obstáculos dos programas de prevenção do VIH, dando ferramentas para o efeito. São eles, adotar uma abordagem de prevenção de precisão centrada nas populações chave e prioritárias, incluindo objetivos nacionais diferenciados de prevenção para 2025. Definir as necessidades de investimento dos países para uma resposta ao VIH de escala adequada e que assegure um financiamento sustentável. Reforçar as entidades de liderança no domínio da prevenção do VIH para a colaboração multissetorial, a supervisão e a gestão das respostas de prevenção. Reforçar e expandir os serviços de prevenção do VIH liderados pela comunidade e criar mecanismos de contratação social. Remover as barreiras sociais e jurídicas aos serviços de prevenção do VIH para as populações chave e prioritárias. Promover a integração da prevenção do VIH em serviços conexos essenciais para melhorar os resultados em termos de VIH. Instituir mecanismos para a rápida introdução de novas tecnologias de prevenção do VIH e inovações programáticas. Estabelecer sistemas de controlo dos programas de prevenção em tempo real com relatórios regulares. E, por último, reforçar a responsabilização de todas as partes interessadas pelos progressos realizados na prevenção do VIH (GPC, 2022).

Os compromissos assumidos pelos países, estão enraizados nas metas da Estratégia Global contra a SIDA de 2025, que incluem: as metas 95-95-95 para o acesso a serviços VIH, onde se pretende que 95% das pessoas com infeção VIH sejam conhecedoras do seu estado serológico, destas, 95% estejam em seguimento com tratamento para o VIH e 95%, destas segundas, estejam com carga viral do VIH suprimida e que em 2025 haja menos de 370.000 novos diagnósticos de infeção VIH. O Roteiro de 2025 objetiva a ampliação da prevenção primária da infeção VIH e na introdução de políticas, facilitadores legais e sociais que evitem que as pessoas adquiram esta infeção (GPC, 2022).

Sem dúvida, que a profilaxia pré-exposição (PrEP) é das maiores e mais eficazes estratégias na prevenção da infeção VIH. Apesar dos progressos alcançados com a PrEP, em alguns países focados pela Coligação, o acesso continua a ser muito baixo em países de baixo e médio rendimento (menos de 10% da meta de 2025). É importante que populações-chave e outras populações em locais com elevada incidência de VIH, tenham acesso a esta TAR. Esse aumento requer um maior investimento e ações que reduzam a consistência à sua utilização. Pressupõe também, a ligação da PrEP com outros serviços e com redes sociais de apoio. Também serão uma mais-valia a implementação de novas fármacos e abordagens de prevenção à medida que estas se tornam disponíveis, tais como o anel vaginal Dapivirine, que amplia as escolhas para a prevenção do VIH em mulheres e adolescentes com aumento do risco e também os antirretrovirais injetáveis de ação prolongada para a PrEP. Quanto à profilaxia pós-exposição (PPE), esta tem sido pouco usada na prevenção da infeção VIH. Tem sido crucial na questão das pós-violações e na redução do risco ocupacional (GPC, 2022).

EPIDEMIOLOGIA DA INFEÇÃO VIH

A nível mundial, os números relativos ao VIH indicam que, em 2023, existiam 39,9 milhões de pessoas com infeção. Destes, 38,6 milhões eram adultos (>15 anos) e 1,4 milhões eram crianças (<15 anos). Além disso, 53% das pessoas afetadas eram mulheres e meninas (UNAIDS, 2024).

Em 2023, registaram-se cerca de 1,3 milhões de novas infeções por VIH a nível mundial, representando uma redução de 39% em relação a 2010 e uma diminuição de 60% desde o pico, registado em 1995. No final de 2023, 77% de todas as pessoas a viver com o VIH (PVVIH), correspondendo a 30,7 milhões de indivíduos, tinham acesso à terapêutica antirretroviral (TARV).

O acesso ao tratamento para a infeção VIH é essencial para o esforço global de erradicação da SIDA como uma ameaça à saúde pública. As pessoas que vivem com VIH, que estão cientes da sua condição, tomam a TARV conforme prescrito e obtêm e mantêm uma carga viral indetetável podendo viver vidas longas e saudáveis, além de não transmitirem a infeção VIH aos seus parceiros seronegativos por via sexual (UNAIDS, 2024).

Em Portugal, segundo o relatório anual de VIH do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), até 30 de junho de 2024, foram notificados 924 casos de infeção por VIH com diagnóstico efetuado em 2023, dos quais 876 tiveram o diagnóstico confirmado. No grupo de adolescentes e adultos (≥ 15 anos), 71,7% dos novos diagnósticos ocorreram em homens, correspondendo a uma proporção de 2,6 casos masculinos para cada caso em mulheres. A mediana de idade no momento do diagnóstico foi de 36 anos, com 57,4% dos casos concentrados na faixa etária dos 20 e 39 anos e 22,0% diagnosticados em pessoas com 50 anos ou mais. Quanto à via de transmissão, a transmissão heterossexual continua a ser a mais frequente, representando 54,0% dos casos (INSA, 2024).

Com estes números, verifica-se que, apesar de todas as campanhas implementadas e das estratégias em ação, a infeção VIH continua a ser um desafio e está longe de ser erradicada. Neste sentido, a enfermagem desempenha um papel fundamental, atuando na prevenção, diagnóstico precoce, adesão ao tratamento e redução do estigma social. Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2022), os enfermeiros são essenciais na expansão do acesso aos serviços de saúde, particularmente em comunidades vulneráveis (OMS, 2022).

No sentido de diminuir o número de novos casos de infeção, através da prevenção e educação em saúde, os enfermeiros desempenham um papel crucial na educação da população sobre medidas preventivas, como o uso do preservativo, a profilaxia pré-exposição (PrEP) e a profilaxia pós-exposição (PEP). Além disso, trabalham na promoção de comportamentos saudáveis e na redução do estigma, ajudando na adesão às medidas de prevenção (Deeks et al.,

2015). A enfermagem tem assim, um papel ativo quanto à disseminação de informação baseada em evidências e desta forma promove estratégias de prevenção nos comportamentos de risco entre populações mais vulneráveis (WHO, 2022).

É também da competência dos enfermeiros a realização de testes rápidos de VIH, o que tem sido uma estratégia eficaz para ampliar o diagnóstico precoce e reduzir a transmissão (Günthard et al., 2016). Também o aconselhamento pré e pós-teste fornecido pelos enfermeiros promove a compreensão dos resultados e a orientação para as etapas seguintes (Panel on Antiretroviral Guidelines, 2023).

A enfermagem é, sem dúvida, um pilar essencial na erradicação do VIH, atuando na prevenção, diagnóstico precoce, adesão ao tratamento e combate ao estigma. Com uma abordagem centrada no cliente e na educação em saúde, os enfermeiros desempenham um papel crucial na redução da transmissão do HIV e na melhoria da qualidade de vida dos clientes.

DESAFIOS DA PESSOA QUE VIVE COM VIH E O PAPEL DA ENFERMAGEM

O panorama da infeção VIH evoluiu significativamente, passando de uma doença fatal para uma condição crónica. Entretanto, esta evolução mostra-se como um desafio tanto para os clientes como para os profissionais de saúde, que neste novo contexto de cronicidade devem encarar a infeção pelo VIH, não como uma sentença de morte, mas como um potencial entrave na qualidade de vida. Atualmente, tratar os clientes com infeção VIH, exige mais do que somente tratar a doença, pois estes necessitam de lidar diariamente com desafios de várias áreas, que envolvem a área psicológica, como os sintomas depressivos, o estigma, a discriminação, os efeitos adversos relacionados com o regime medicamentoso e a adesão ao regime terapêutico (Oliveira et al., 2017).

Diversas são as dificuldades vivenciadas pelas pessoas que vivem com VIH, ao tentar alcançar uma qualidade de vida satisfatória. Estas dificuldades incluem interrupções da sua trajetória de vida, alteração das relações interpessoais e ocupacionais, que podem levar ao isolamento social, bem como problemas relacionados com a sexualidade e as relações sociais, os quais podem comprometer a sua saúde mental e física. Por vezes, a adaptação a essas mudanças pode ser desafiadora. Uma das barreiras é sem dúvida o estigma, a discriminação e o preconceito que são fatores que afetam a saúde mental das PVVIH, o que se reflete na procura dos serviços de saúde e na adesão ao tratamento, além de dificultarem a convivência social e familiar (WHO, 2022).

Em 2024, o Estigma Index 2.0 recolheu dados de uma amostra de 1.200 pessoas que vivem com VIH em Portugal, com o objetivo de avaliar os níveis de estigma (interno e externo), as

experiências de discriminação e o impacto na saúde mental desses indivíduos. Os resultados quantitativos evidenciam avanços e desafios persistentes no combate ao estigma associado à infecção VIH. Verificou-se que 42% dos participantes relataram estigma internalizado, com sentimentos intensos de culpa e vergonha, evidenciando um impacto negativo na autoestima e na disposição para procurar apoio social e cuidados de saúde (Duarte et al., 2023).

Aproximadamente 30% dos entrevistados afirmaram ter enfrentado discriminação direta no acesso a serviços de saúde, como consultas e testes, refletindo barreiras que podem comprometer o diagnóstico precoce e o tratamento. Além disso, cerca de 25% relataram experiências de exclusão ou discriminação no ambiente de trabalho, evidenciando a persistência de preconceitos que afetam tanto a esfera profissional quanto a pessoal. Cerca de 60% dos entrevistados indicaram que as experiências de estigma e discriminação tiveram efeitos negativos na sua saúde mental. Destes, 35% apresentaram sintomas evidentes de ansiedade e 28% relataram sintomas depressivos acentuados, reforçando a necessidade de intervenção psicológica e emocional específicas para apoiar as pessoas que vivem com VIH (Duarte et al., 2023).

O medo da rejeição por parte da família ou amigos foi referido por 38% dos entrevistados. Este facto levou a que escondessem o seu diagnóstico de familiares e amigos. No entanto, isto contribuiu para o sentimento de isolamento, que, associado à perceção de exclusão social, foi apontado por 52% dos participantes como um dos principais obstáculos para a sensação de bem-estar geral e para o fortalecimento das suas redes de apoio, sentindo-se isolados (Duarte et al., 2023).

Este estudo realizado em Portugal demonstrou que, apesar dos avanços na informação e no tratamento do VIH, o estigma e a discriminação continuam a ser obstáculos críticos que afetam a saúde mental e a qualidade de vida da PVVIH. Assim, é fundamental implementar iniciativas para reduzir o impacto negativo do estigma e promover uma maior inclusão e qualidade de vida destas pessoas (Duarte et al., 2023).

No plano de ação do Programa Nacional para as Infecções Sexualmente Transmissíveis e Infecção pelo VIH (PNISTVIH) foi definido o combate ao estigma e à discriminação como área de intervenção prioritária. Sendo, por isso, dada maior atenção aos contextos em que estes acontecem, como por exemplo, nos serviços de saúde e nas populações mais vulneráveis (DGS & INSA, 2022).

O estigma e a discriminação relacionados com o VIH, têm um impacto significativo na saúde, na vida e no bem-estar das pessoas que vivem com VIH, sendo mesmo identificados como obstáculos para a eliminação da pandemia. Estes fatores aumentam o risco de contrair a infecção e da sua progressão para SIDA, assim como a violência e marginalização, reduzindo simultaneamente o acesso à educação, ao emprego e à justiça. Neste sentido, foram definidas metas globais de capacitação social em 2025. As medidas a serem implementadas para estas

metas assentam em seis contextos: saúde, justiça, educação, local de trabalho, comunidade e contextos humanitários e de emergência (UNAIDS, 2021). Assim, pretende-se que menos de 10% das pessoas que vivem com VIH relatem estigma interno ou que sofram de estigma e discriminação nas instituições de saúde; menos de 10% das populações chave refiram ter sofrido estigma e discriminação; menos de 10% da população em geral refiram ter atitudes e comportamentos discriminatórios para com estas pessoas e, que, menos de 10% dos agentes de autoridade relatem atitudes negativas para com as populações-chave (UNAIDS, 2021).

Estas metas são consideradas como marcos para que, em 2030, se consiga alcançar o objetivo de zero discriminação (UNAIDS, 2021). Os enfermeiros, como elementos que integram a equipa multidisciplinar, devem trabalhar no sentido de capacitar as pessoas que vivem com VIH para a tomada de decisão segura sobre a sua doença, analisando os riscos e os benefícios para si e para as outras pessoas. Os profissionais de saúde devem mobilizar sistemas de suporte, otimizando os cuidados que são prestados e a qualidade de vida da PVVIH, não esquecendo o seu direito à privacidade e confidencialidade (Thoth et al., 2014).

O estigma associado ao VIH, conhecido como sorofobia, persiste em diversas sociedades, levando à exclusão social, discriminação no ambiente de trabalho e isolamento. Essas atitudes podem desencorajar os indivíduos a serem rastreados, diagnosticados e a aderirem a um tratamento adequado, perpetuando assim a transmissão do vírus e agravando, por sua vez, a saúde mental das pessoas que vivem com VIH (UNAIDS, 2021).

O estigma e a discriminação são barreiras significativas para o controle do VIH. Neste contexto, os enfermeiros desempenham um papel ativo na defesa dos direitos dos clientes, no combate ao preconceito e na criação de ambientes acolhedores e inclusivos nos serviços de saúde (WHO, 2022). Estratégias como aconselhamento e apoio comunitário ajudam a reduzir o impacto do estigma na adesão ao tratamento (Günthard et al., 2016).

A presença de transtornos de saúde mental, como depressão, ansiedade ou transtorno de stress pós-traumático, pode afetar profundamente a adesão ao tratamento. Muitas pessoas com VIH enfrentam desafios emocionais relacionados ao diagnóstico e à gestão da doença, e essas questões podem ser exacerbadas pela falta de apoio social ou estigma (HIVinfo, 2024).

O momento do diagnóstico provoca um forte impacto emocional, já que muitos clientes o interpretam como uma sentença de morte, por se tratar de uma doença crónica e sem cura. Esse choque inicial, frequentemente acompanhado de descrença, pode desencadear um processo depressivo, alimentado pela crença da morte iminente, mitos e preconceitos associados ao VIH. Sentimentos de angústia e tristeza estão intimamente ligados ao receio de rejeição social e ao isolamento, contribuindo para a omissão do diagnóstico por parte de algumas pessoas (Massignani et al., 2017).

Ao receber a notícia de um resultado positivo para VIH, a pessoa frequentemente passa por um

processo de luto, interpretando o diagnóstico como um veredito fatal e, conseqüentemente, desenvolvendo pensamentos sobre a incerteza e o fim da vida. Esse cenário evidencia a necessidade de capacitação constante dos profissionais de saúde para a comunicação sensível do diagnóstico, com o objetivo de esclarecer dúvidas e desmistificar a ideia de uma sentença inevitável (HIVinfo, 2024).

Além disso, o diagnóstico desencadeia sentimentos de angústia e depressão, consequência de uma sobrecarga emocional relacionada à incerteza e ao temor do futuro. De acordo com Massignani e colaboradores (2017) o medo do preconceito e da discriminação intensifica esses sentimentos, levando à negação do diagnóstico e, por consequência, à baixa adesão à terapêutica antirretroviral. Assim, o suporte emocional, fornecido pelos enfermeiros, também aumenta a confiança do cliente no tratamento e na equipa (Deeks et al., 2013).

O conceito de "Indetetável = Intransmissível" (I=I) reforça que os clientes com carga viral indetetável não transmitem o VIH (WHO, 2022). São os enfermeiros, os responsáveis por educar os clientes e as comunidades sobre esta aspeto, incentivando a testagem e adesão ao tratamento como uma ferramenta essencial para a erradicação do VIH (Panel on Antiretroviral Guidelines, 2023). A adesão ao tratamento antirretroviral (TAR) é essencial para alcançar a supressão viral e são os enfermeiros que desempenham um papel importante no acompanhamento dos clientes, na identificação de efeitos secundários e a gestão da adesão terapêutica (Arribas & Pulido, 2020).

Os efeitos secundários da TAR, mais frequentes, como fadiga ou náusea, podem agravar os sintomas de saúde mental, criando um entrave, o que torna mais difícil seguir o tratamento. Além das condições clínicas de saúde mental, o estigma psicológico, como o medo da discriminação, pode levar a sentimentos de vergonha e desesperança. Isso pode fazer com que as pessoas evitem o acompanhamento médico ou tratem a sua condição de forma menos eficaz. A perceção de ser "menos digno" de receber cuidados, devido ao estigma, pode contribuir para a baixa adesão à TAR (HIVinfo, 2024).

Embora a TAR esteja amplamente disponível em muitos países, em locais com recursos limitados, os custos associados ao tratamento, as deslocações aos serviços de saúde, os exames regulares e outros cuidados médicos relacionados podem ser desafiantes para os clientes. Mesmo quando os medicamentos são fornecidos gratuitamente, o custo indireto de acesso aos serviços, como a falta de transporte ou o tempo de trabalho perdido, podem representar barreiras adicionais (Kazemian et al., 2022). Estas desigualdades socioeconómicas podem também limitar o acesso a recursos essenciais, como educação e emprego, agravando a vulnerabilidade ao VIH e dificultando o acesso ao tratamento e suporte necessários, impedindo, desta forma a adesão consistente ao tratamento (UNAIDS, 2021).

Outro desafio enfrentado por estes clientes, é o facto de poderem manifestar uma maior vulnerabilidade a outras infeções, como tuberculose e hepatites virais, aumentando a

complexidade do seu tratamento e comprometendo a sua qualidade de vida, tendo de introduzir novos hábitos e rotinas (UNAIDS, 2021).

A enfermagem desempenha um papel crucial no cuidado ao cliente com infeção VIH, promovendo a autogestão do regime medicamentoso e como resultado a adesão ao tratamento, prevenindo complicações e prestando suporte emocional. As principais intervenções de enfermagem realizadas durante a consulta, têm como ênfase o acompanhamento clínico, a educação para a saúde, a prevenção de infeções oportunistas e o suporte psicossocial. As intervenções baseiam-se em diretrizes internacionais e na melhor e mais atual evidência para proporcionar o melhor cuidado ao cliente com infeção VIH (Andrade et al., 2023).

O papel dos enfermeiros é essencial no cuidado multidisciplinar, fornecendo suporte individualizado para atender às necessidades físicas, emocionais e sociais dos clientes. Essa intervenção assenta na avaliação integral do cliente, com o objetivo de identificar sinais e sintomas relacionados à infeção VIH, estado nutricional, adesão ao tratamento e o bem-estar emocional. A educação em saúde, focada na promoção da autogestão do regime medicamentoso e na adesão ao tratamento, constitui uma componente fundamental da intervenção. A prevenção de infeções oportunistas para reduzir o risco de complicações relacionadas ao VIH, bem como o suporte psicológico e emocional, de forma a minimizar os impactos do diagnóstico de VIH e melhorar o bem-estar, assim como a promoção de um estilo de vida saudável, de forma a melhorar a qualidade de vida e prevenir comorbidades, são também áreas do domínio de intervenção da enfermagem (Fernandes et al., 2022).

Em suma, os enfermeiros, no cuidado ao cliente com VIH, têm uma oportunidade valiosa para abordar aspetos clínicos, educativos e emocionais de forma integrada, baseados em evidências e direcionados às necessidades dos clientes. Isso é essencial para a capacitação dos clientes e para a adesão ao tratamento, prevenção de complicações e aumento da qualidade de vida. Investir na capacitação dos enfermeiros e na ampliação de serviços especializados pode contribuir significativamente para tratamento e erradicação da infeção VIH.

GESTÃO DA DOENÇA CRÓNICA E AUTOCUIDADO - MODELOS DE ENFERMAGEM

O autocuidado corresponde a um conjunto de ações desenvolvidas pelo próprio cliente para cuidar de si e alcançar, manter ou promover o bem-estar e a saúde (Orem, 2001). O significado de autocuidado difere de pessoa para pessoa, não sendo um processo estático nem consistente ao longo do ciclo de vida, podendo sofrer influência de vários fatores, como o autoconceito, a motivação, a perceção sobre a própria saúde, as características da pessoa, as características do regime terapêutico, os recursos e o suporte social (Martins & Brito, 2021).

A Teoria do Déficit de Autocuidado, desenvolvida por Dorothea Orem, é uma das mais influentes no campo da enfermagem. A sua proposta central é que a enfermagem atua quando as pessoas não conseguem atender às suas necessidades de autocuidado, seja por limitações físicas, cognitivas ou emocionais (Orem, 2001).

A teoria de Orem é composta por três conceitos principais, a Teoria do Autocuidado que enfatiza que cada indivíduo tem a capacidade inata de cuidar de si mesmo, mas essa capacidade pode ser comprometida por condições de saúde ou fatores ambientais (Orem, 2001). A Teoria do Déficit de Autocuidado onde se denota que a enfermagem é necessária quando o indivíduo não consegue realizar as suas próprias necessidades de autocuidado de forma eficaz. Sendo aí o papel do enfermeiro, ajudar o cliente a recuperar ou compensar essa incapacidade (Taylor & Renpenning, 2011). Já a Teoria dos Sistemas de Enfermagem identifica três níveis de assistência que o enfermeiro pode oferecer, desde o suporte total, quando o cliente é totalmente dependente do enfermeiro; o parcialmente compensatório, quando o cliente consegue realizar algumas atividades, mas ainda necessita de auxílio; e o sistema de apoio-educação, quando o enfermeiro apenas orienta o cliente para que ele possa desempenhar o seu autocuidado de forma independente (Orem, 2001).

Esta teoria é amplamente utilizada na enfermagem, pois permite a formulação de planos de cuidado individualizados aos vários níveis de intervenção, também em clientes com doenças crónicas, tais como as pessoas que vivem com VIH, que muitas vezes enfrentam desafios no seu autocuidado, necessitando de assistência para aderir ao tratamento e modificar hábitos de vida (Sousa et al., 2020).

A Teoria das Transições de Meleis é um modelo conceptual amplamente utilizado na enfermagem para compreender e apoiar indivíduos que passam por mudanças significativas nas suas vidas. No contexto do VIH, esta teoria permite entender as transições vivenciadas por pessoas que recebem o diagnóstico, iniciam o tratamento e enfrentam desafios emocionais, sociais e físicos decorrentes da doença. Segundo Meleis (2010), as transições podem ser classificadas em diferentes tipos, sendo as de saúde- doença e as situacionais as mais relevantes para indivíduos que vivem com VIH. A transição de saúde-doença refere-se ao impacto do diagnóstico e à adaptação ao tratamento antirretroviral (TARV), enquanto a transição situacional envolve ajustes na vida social, profissional e familiar, especialmente devido ao estigma e à discriminação frequentemente associados à infeção pelo vírus.

A teoria destaca que uma transição bem-sucedida é caracterizada pela aceitação do diagnóstico, a adesão ao tratamento e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento eficazes. No entanto, existem diversos fatores que influenciam esse processo, incluindo: características pessoais, como nível de conhecimento sobre a doença e tratamento, resiliência emocional, e os condicionalismos pessoais, como crenças, valores, experiências de vida e a história prévia do indivíduo, que moldam sua interpretação e reação diante do diagnóstico e do

tratamento; fatores comunitários, como suporte social e acesso aos serviços de saúde; bem como fatores sociais, como o impacto do estigma e da discriminação (Meleis, 2010).

Estudos indicam que o suporte da enfermagem é essencial para facilitar essa transição, promovendo intervenções que fortaleçam o autocuidado e reduzam barreiras emocionais e sociais (Berenguer & Pesce, 2017).

Uma das principais intervenções baseadas na Teoria das Transições, é a educação para a saúde, que visa fornecer informações claras e acessíveis sobre o VIH, ajudando a pessoa a compreender a sua condição e a aderir ao tratamento. Além disso, o apoio psicológico e social é fundamental para fortalecer a autoeficácia do cliente e minimizar os impactos emocionais associados ao diagnóstico e ao convívio com a doença (Silva & Monteiro, 2020). O papel da enfermagem também se estende à promoção de ações para redução do estigma, como campanhas de consciencialização sobre a relação do uso de medidas de proteção e a prevenção da infeção e no acompanhamento de grupos de apoio comunitário, que ajudam a melhorar a qualidade de vida das pessoas que vivem com VIH.

Em suma, a Teoria das Transições de Meleis proporciona um referencial teórico fundamental para compreender os desafios e necessidades das pessoas que vivem com esta infeção. Essa abordagem permite aos profissionais de saúde oferecer um cuidado mais humanizado, auxiliando os clientes a lidar com as mudanças impostas pela doença de forma mais saudável e adaptativa. Dessa maneira, a enfermagem desempenha um papel essencial na facilitação dessas transições, contribuindo para a melhoria da adesão ao tratamento e da qualidade de vida desses indivíduos.

A adesão terapêutica é um conceito amplamente discutido na literatura e é considerada essencial para o êxito no tratamento de diversas condições de saúde. No contexto do VIH, a adesão à Terapia Antirretroviral (TARV) é um fator determinante para um prognóstico positivo, permitindo uma melhor qualidade de vida e prevenindo complicações associadas à progressão da doença, além de impactos psicossociais, económicos e de saúde pública. No entanto, a baixa adesão ao tratamento continua a representar um desafio significativo para os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, que desempenham um papel central na assistência e acompanhamento dos clientes (Melo et al., 2020).

Atualmente, a principal dificuldade não reside na ausência de recursos diagnósticos e terapêuticos, mas na eficácia com que esses recursos são utilizados pelos clientes (Correia & Águas, 2015). Segundo a Organização Mundial da Saúde, a falta de adesão ao tratamento é um problema global de grandes proporções, com taxas de adesão em doenças crónicas, de 50% nos países desenvolvidos, sendo ainda menores em regiões menos favorecidas (OMS, 2003). Em 1973, a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) reconheceu a não adesão como um diagnóstico de enfermagem (Russel, 2003, citado por Machado, 2009), associando-a a fatores como o não cumprimento da prescrição medicamentosa, ausência em consultas médicas

e dificuldades na incorporação de mudanças no estilo de vida recomendadas (Telles-Correia et al., 2008).

A literatura distingue três conceitos relacionados à adesão: *compliance* (concordância), *adherence* (adesão) e *self-management* (autogestão). O termo *compliance* era inicialmente utilizado para descrever a obediência dos clientes às orientações médicas, inserido num modelo biomédico tradicional e hierárquico (Haynes et al., 1979). Com a evolução do entendimento sobre o papel ativo dos clientes, a terminologia foi substituída por *adherence*, que enfatiza uma relação colaborativa entre profissionais de saúde e clientes, dentro de um modelo biopsicossocial (Camarneiro, 2002). Segundo Bugalho e Carneiro (2004), a adesão envolve a participação voluntária e ativa do cliente no tratamento, em conjunto com a equipe de saúde.

Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), a adesão é definida como uma "ação autoiniciada para a promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios" (Ordem dos Enfermeiros, 2011). A OMS define a adesão terapêutica como o grau em que um cliente segue as recomendações médicas relacionadas ao uso de medicamentos, dieta e mudanças no estilo de vida (WHO, 2003). Essa mudança terminológica visou enfatizar o papel ativo dos clientes no seu tratamento e promover uma abordagem mais participativa.

Com o tempo, o conceito de *adherence* evoluiu para *self-management*, que destaca a capacidade do cliente em gerir a sua condição de saúde de forma autónoma e informada. Introduzido por Thomas Creer na década de 1960, o conceito de autogestão tem sido amplamente estudado e demonstrado como uma ferramenta para o empoderamento dos clientes e das suas redes de apoio (Richard & Shea, 2011). De acordo com Velde et al. (2019), a autogestão envolve a capacidade de lidar com aspetos médicos, emocionais e sociais das doenças crónicas em parceria com os profissionais de saúde.

A CIPE® incluiu o conceito de autogestão em 2017, abordando tanto a gestão dos sintomas quanto a gestão da própria doença (International Council of Nurses [ICN], 2017). A autogestão integra diferentes perspetivas, combinando os objetivos dos clientes, família e comunidade, visando um cuidado mais abrangente e inclusivo. Sabe-se também que transcende a abordagem tradicional das doenças, incorporando práticas preventivas essenciais para a promoção da saúde pública (WHO, 2019).

O impacto da infeção pelo VIH gera desafios emocionais e sociais significativos, exigindo dos enfermeiros um papel fundamental na promoção da saúde, na prevenção de complicações e no suporte ao autocuidado dos clientes. A autogestão da doença e do tratamento surge como uma estratégia indispensável para melhorar os desfechos clínicos, incentivando a autonomia dos clientes e garantindo um acompanhamento mais eficaz. Dessa forma, a abordagem centrada na pessoa e na autogestão estabelece-se como um modelo de referência no cuidado de doenças crónicas, promovendo um maior envolvimento dos indivíduos na gestão da sua própria saúde.

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 50 anos | Feminino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-10-29 10:00:00	Folifer 1 comprimido/ dia, via Oral	
2024-10-29 10:00:00	TAF/FTC/BIC (BiKtarvy) 1 comprimido/ dia, via Oral	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Biktarvy

O Biktarvy é um regime completo para a infeção VIH, pertencente ao grupo dos antirretrovirais, que contém três moléculas antirretrovirais (ARVs) em um comprimido único. São elas o bictegravir, a emtricitabina (FTC) e o fumarato de tenofovir alafenamida (tenofovir AF ou TAF). Foi aprovado pelo FDA em 2018. Um dos fármacos do Biktarvy, o bictegravir, é um inibidor da integrase, ou seja, bloqueia a integrase, impedindo a replicação viral. Os outros dois medicamentos, emtricitabina e tenofovir AF, são inibidores nucleosídeos da transcriptase reversa (NRTIs). Estes bloqueiam a transcriptase reversa (uma enzima do HIV), e este bloqueio da transcriptase reversa e da transcrição reversa impede a replicação viral (IAPAC, 2024).

Biktarvy é um comprimido tomado por via oral. Cada comprimido de Biktarvy contém 50 mg de bictegravir, 200 mg de emtricitabina e 25 mg de tenofovir AF. A dose recomendada de Biktarvy para adultos e crianças, com peso igual ou superior a 25 kg, é um comprimido uma vez/dia, dentro do mesmo horário, todos os dias com ou sem alimentos (Gilead, 2024). Em caso de esquecimento, dentro de um período de 18 horas, após a hora em que é habitualmente administrada, a pessoa deve tomar Biktarvy logo que possível e continuar com o esquema de administração habitual. Se se esquecer de uma dose de Biktarvy e tiverem decorrido mais de 18

horas, a pessoa não deve tomar a dose esquecida e deve continuar com o esquema de administração habitual. Se a pessoa vomitar no espaço de uma hora após tomar Biktarvy, deve tomar outro comprimido. Se vomitar mais de uma hora após tomar Biktarvy, não necessita de tomar outra dose até à próxima dose programada habitual (Gilead, 2022).

Ao iniciar qualquer ARV, podem surgir efeitos colaterais temporários, como dores de cabeça, náusea, indigestão ou uma sensação geral de mal-estar. Esses efeitos colaterais geralmente melhoram ou desaparecem com o tempo, os mais comuns do Biktarvy são a diarreia, a náusea e as dores de cabeça (IAPAC, 2024).

Aquando do início da toma da TARV, deve alertar-se a pessoa para a possibilidade de existir uma síndrome inflamatória de reconstituição imunológica (IRIS). Este é um efeito colateral que pode acontecer pela recuperação do sistema imunológico, que fica mais eficiente e pode começar a combater infeções, provocadas por microrganismos que estavam até à data "escondidos". Isso pode resultar numa resposta inflamatória que pode exigir avaliação e tratamento adicionais. Deste modo, deve alertar-se a pessoa para que recorra aos serviços de saúde, caso surjam quaisquer novos sintomas, após o início do tratamento com Biktarvy. Em casos raros, podem ocorrer problemas hepáticos graves, assim a pessoa também deve ser alertada para o aparecimento de pele e olhos ictéricos, urina escura ou "cor de chá", fezes de cor clara, anorexia, náuseas ou vômitos e dor na região gástrica (Gilead, 2024).

Folifer 1mg/90mg

Cada comprimido de Folifer é revestido por película e contém Ácido fólico um mg e Ferro (sob a forma de sulfato ferroso) 90 mg. A dose recomendada é de um comprimido por dia e a duração do tratamento será estabelecida pelo médico. Os comprimidos não devem ser chupados, mastigados nem mantidos na boca, devendo ser engolidos inteiros com água e devem ser tomados antes das refeições ou durante as refeições, dependendo da tolerância gastrointestinal (Índice Nacional Terapêutico, 2024).

O ferro encontra-se na forma de sulfato ferroso sendo lentamente libertado a partir do núcleo do comprimido, enquanto o ácido fólico presente no revestimento é de libertação mais rápida. O ferro é indispensável para a síntese dos compostos de hemoglobina e mioglobina que são necessários ao transporte e utilização de oxigénio. Entra também na composição de um grande número de enzimas envolvidas na transferência de energia, como a citocromoxidase, o succinato desidrogenase na xantinaoxidase. O ácido fólico é uma vitamina indispensável a várias reações metabólicas, tais como a síntese de purinas, síntese de nucleotídeos pirimidínicos, interconversão de aminoácidos (serina em glicina, histidina em ácido glutâmico, homocisteína

em metionina) (Vallerand et al, 2016).

O ferro e o ácido fólico são, essencialmente, dois fatores necessários em fases sucessivas da hematopoiese. Quanto a efeitos secundários, deve incentivar-se os doentes a estarem atentos às doenças gastrointestinais, sendo elas frequentes, como a dor abdominal, a pirose, a náusea, os vómitos, obstipação ou diarreia (relacionados com a ingestão de ferro). Fezes escuras (relacionadas com a excreção de ferro). Raramente ocorrem reações alérgicas, como broncospasmo, eritema, rash cutâneo ou prurido (Infomed, 2018).

3.4. Domínios

Início	Domínios	Fim
29-10-2024 10:00	Conservação de energia	
29-10-2024 10:00	Emoção	
29-10-2024 10:00	Autogestão do regime medicamentoso	
29-10-2024 10:00	Autogestão da doença crónica	

3.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Os domínios serão desenvolvidos por ordem de priorização de cuidados de Enfermagem na abordagem à pessoa com infeção VIH. Para a seleção e priorização dos domínios tive por base a ontologia de enfermagem e as orientações da European AIDS Clinical Society (EACS) guidelines, que serviram de bússola na colheita de dados direcionada à condição da cliente e possibilitou a formulação de hipóteses de diagnóstico. A escolha dos domínios da Emoção, Conservação de Energia, Autogestão do Regime Medicamentoso e Autogestão da Doença Crónica fundamenta-se também nas particularidades desta condição e na literatura científica mais recente.

EMOÇÃO

O domínio da Emoção revela-se prioritário considerando o impacto psicológico profundo que o diagnóstico de VIH provoca. O momento da confirmação do diagnóstico representa um ponto de

crise emocional, desencadeando reações como choque, negação e medo que podem evoluir para quadros de ansiedade e depressão (Evangeli et al., 2023). Estudos recentes demonstram que até 40% das pessoas que vivem com VIH apresentam sintomas depressivos clinicamente significativos, uma prevalência substancialmente superior à população geral (Remien et al., 2022). Esta vulnerabilidade emocional é exacerbada pelo estigma social ainda associado à infeção, que segundo Pantelic et al. (2023), continua a ser um dos principais obstáculos à adaptação psicológica e à gestão do regime terapêutico. A intervenção precoce neste domínio é essencial para prevenir o desenvolvimento de transtornos de humor mais graves e facilitar a aceitação do diagnóstico. Neste sentido, é importante confirmar ou refutar a hipótese de diagnóstico de humor depressivo. Para tal, importa recolher dados como a verbalização de tristeza persistente há mais de uma semana, desesperança e pessimismo e também auto desvalorização. Desta forma será possível ajustar o plano de cuidados, promovendo o bem-estar emocional do cliente.

CONSERVAÇÃO DE ENERGIA

A conservação de energia destaca-se como um ponto de avaliação importante nos clientes com infeção VIH, principalmente quando já há uma evolução marcada da doença. A intolerância à atividade corresponde à energia fisiológica ou psicológica insuficiente para suportar ou completar as atividades diárias requeridas ou desejadas (NANDA, 2018). Relativamente ao domínio da Conservação de Energia, a sua seleção justifica-se pelas alterações metabólicas e imunológicas inerentes à patologia. Pesquisas recentes de Barroso et al. (2024) indicam que a fadiga afeta entre 33% a 88% das pessoas que vivem com VIH, mesmo naquelas com carga viral indetetável, impactando significativamente na qualidade de vida e na capacidade funcional. Este sintoma resulta de uma complexa interação entre fatores diretamente relacionados à infeção viral, efeitos secundários da terapêutica antirretroviral, distúrbios do sono e processos inflamatórios crónicos (Webel et al., 2023). A avaliação sistemática da tolerância à atividade e a implementação de estratégias de conservação de energia são fundamentais para manter a autonomia e funcionalidade do cliente, especialmente considerando que a progressão da doença frequentemente provoca perda de apetite e consequente redução da massa muscular, agravando o quadro de astenia (Rodriguez-Penney et al., 2023).

Neste sentido, a seleção do domínio releva para apoiar ou refutar a hipótese de diagnóstico de intolerância à atividade.

AUTOGESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO

A seleção da Autogestão do regime medicamentoso é justificada pelo facto do tratamento da infeção VIH, exigir a toma da TARV. É fundamental que a pessoa reconheça a importância da toma consistente e sem falhas da TARV. Sendo também importante o conhecimento da ação da TARV sobre a infeção, bem como a posologia e os efeitos secundários possíveis e também as estratégias para evitar esquecimento da toma da medicação.

Este domínio assume particular importância pela criticidade da adesão à terapêutica antirretroviral (TARV). De acordo com as diretrizes da Organização Mundial de Saúde (2024), a adesão rigorosa à TARV é determinante para a supressão viral, redução da morbimortalidade e prevenção da resistência medicamentosa. Estudos de Nachega e colaboradores (2023) evidenciam que taxas de adesão inferiores a 95% comprometem significativamente os resultados terapêuticos. A intervenção de enfermagem neste domínio deve focar-se na educação sobre o mecanismo de ação dos antirretrovirais, posologia, potenciais efeitos secundários e estratégias para integrar a medicação na rotina diária. Moore e colaboradores (2024) salientam que as intervenções educativas realizadas imediatamente após o diagnóstico têm maior impacto na adesão terapêutica a longo prazo, justificando a abordagem precoce deste domínio.

AUTOGESTÃO DA DOENÇA CRÓNICA

Por considerar fundamental, a autogestão da doença crónica, onde a infeção por VIH se enquadra, e, uma vez que este conteúdo não está presente na ontologia de enfermagem, decidi acrescentá-lo.

Este domínio de autogestão da doença crónica inclui o conhecimento acerca da infeção VIH, os significados atribuídos que podem modificar a gestão desta doença, como o sentimento de vergonha, a perceção de finitude e ainda a prevenção de complicações associadas à gestão desta infeção que podem estar conexas à imunossupressão provocada pelo VIH, mas também ao risco de transmissão da infeção (EACS, 2019).

Finalmente, o domínio da Autogestão da Doença Crónica complementa os domínios já justificados ao promover o autoconhecimento e a capacitação da cliente. Segundo o modelo conceptual de Swendeman e colaboradores (2023), a gestão eficaz da infeção VIH enquanto doença crónica requer competências específicas para lidar com a doença e o regime terapêutico, prevenir complicações e adaptar-se psicossocialmente à condição de saúde. Um

estudo multicêntrico desenvolvido por Duarte et al. (2023) demonstrou que intervenções estruturadas neste domínio melhoram significativamente os resultados clínicos e a qualidade de vida. Adicionalmente, Deeks et al. (2024) reforçam a importância do conhecimento sobre prevenção da transmissão e das infeções oportunistas, particularmente nos casos de imunossupressão avançada, para uma gestão eficaz da doença.

A seleção destes domínios possibilita uma abordagem completa e individualizada, respondendo aos desafios biopsicossociais enfrentados pela pessoa com infeção VIH. Esta perspetiva multidimensional alinha-se com as recomendações da European AIDS Clinical Society (2024), que preconiza cuidados integrados centrados no cliente, considerando tanto os aspetos biomédicos quanto as dimensões psicossociais da infeção. Desta forma, a prática de enfermagem baseada em evidência contribui significativamente para a adaptação bem sucedida à condição crónica, melhorando a adesão terapêutica, a qualidade de vida e os resultados clínicos da pessoa que vive com VIH.

3.5. Conceção de Cuidados

Conservação de energia

29-10-2024 10:00

29-10-2024 10:00 - Comunica cansaço para grandes esforços e recuperação da energia com o repouso.

29-10-2024 10:00 - Intolerância à atividade

29-10-2024 10:00 - Determinar evolução da intolerância à atividade

29-10-2024 10:00 - Avaliar evolução da tolerância à atividade [Próximo contacto]

18-11-2024 10:00 - Comunica cansaço para grandes esforços e recuperação da energia com o repouso [MANTEVE].

29-10-2024 10:00 - Referenciar intolerância à atividade ao médico [Hoje]

29-10-2024 10:00 - Promover autogestão: atividade/repouso

29-10-2024 10:00 - Conhecimento sobre conservação da energia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

18-11-2024 10:00 - Consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

29-10-2024 10:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre conservação da energia

29-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre conservação da energia [Próximo contacto]

18-11-2024 10:00 - Conhecimento sobre conservação da energia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

29-10-2024 10:00 - Ensinar sobre conservação de energia [Hoje e SOS]

29-10-2024 10:00 - Ensinar sobre gestão dos períodos de atividade/repouso [Hoje e SOS]

29-10-2024 10:00 - Ensinar sobre vigilância da resposta física à atividade [Hoje e SOS]

18-11-2024 10:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a gestão da atividade/repouso e a conservação de energia

18-11-2024 10:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a gestão da atividade/repouso e a conservação de energia [Próximo contacto]

18-11-2024 10:00 - Analisar com o cliente a relação entre a gestão da atividade/repouso e a conservação de energia [Hoje e SOS]

29-10-2024 10:00 - Avaliar evolução da autogestão da atividade/repouso [Terceiro contacto]

18-11-2024 10:00

Emoção

29-10-2024 10:00

29-10-2024 10:00 - Com indícios de humor depressivo.

29-10-2024 10:00 - Humor depressivo

29-10-2024 10:00 - Tristeza persistente (há mais de uma semana), Desesperança e pessimismo, Autodesvalorização.

29-10-2024 10:00 - Determinar evolução do humor

29-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do humor depressivo [Próximo contacto]

18-11-2024 10:00 - Com indícios de humor depressivo [MANTEVE].

18-11-2024 10:00 - Tristeza persistente (há mais de uma semana) [MANTEVE].

29-10-2024 10:00 - Referenciar humor depressivo ao médico [Hoje]

Autogestão do regime medicamentoso

29-10-2024 10:00

29-10-2024 10:00 - Promover autogestão: regime medicamentoso

29-10-2024 10:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

29-10-2024 10:00 - Capacidade para gerir regime medicamentoso

29-10-2024 10:00 - Dispositivo: Caixa de comprimidos - facilitadora.

29-10-2024 10:00 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: dependência e efeitos secundários.

29-10-2024 10:00 - Acesso a dispositivos face ao compromisso na autogestão do regime medicamentoso

29-10-2024 10:00 - Dispositivo: Caixa de comprimidos - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

29-10-2024 10:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [RESOLVIDO] 18-11-2024 10:00

29-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [Próximo contacto] [FIM] 18-11-2024 10:00

18-11-2024 10:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: facilitador [MELHOROU].

29-10-2024 10:00 - Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso [Hoje e SOS] [FIM] 18-11-2024 10:00

29-10-2024 10:00 - Ensinar sobre regime medicamentoso [Hoje e SOS] [FIM] 18-11-2024 10:00

29-10-2024 10:00 - Ensinar sobre resposta à medicação [Hoje e SOS] [FIM] 18-11-2024 10:00

29-10-2024 10:00 - Ensinar sobre efeitos secundários da medicação [Hoje e SOS] [FIM] 18-11-2024 10:00

29-10-2024 10:00 - Potencial para melhorar significado atribuído ao regime medicamentoso

29-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do significado atribuído ao regime medicamentoso [Próximo contacto]

18-11-2024 10:00 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: efeitos secundários [MANTEVE].

29-10-2024 10:00 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador [Hoje e SOS]

29-10-2024 10:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso [Quarto contacto]

18-11-2024 10:00

18-11-2024 10:00 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

18-11-2024 10:00 - Dispositivo: Caixa de comprimidos - Organiza a medicação conforme horário.

18-11-2024 10:00 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose

18-11-2024 10:00 - Prepara a medicação conforme a dose.

18-11-2024 10:00 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

18-11-2024 10:00 - Administra a medicação pela via adequada.

18-11-2024 10:00 - Capaz de armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas

18-11-2024 10:00 - Armazena a medicação de acordo com as recomendações.

Autogestão da doença crónica

29-10-2024 10:00

29-10-2024 10:00 - Autogestão da doença crónica

29-10-2024 10:00 - Promover autogestão da doença crónica

29-10-2024 10:00 - Conhecimento sobre autogestão da doença crónica: necessita de ser melhorado para progredir para a mestria, é o momento próprio para intervir

29-10-2024 10:00 - Significado atribuído à doença crónica: vergonha e percepção de finitude

29-10-2024 10:00 - Potencial para melhorar o conhecimento sobre a autogestão da doença crónica

29-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão da doença crónica [Próximo contacto]

29-10-2024 10:00 - Ensinar sobre autogestão da doença crónica [Hoje e SOS]

29-10-2024 10:00 - Potencial para melhorar o significado atribuído à doença crónica.

29-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do significado atribuído à doença crónica [Próximo contacto]

29-10-2024 10:00 - Assistir cliente a analisar o significado atribuído à doença crónica [Hoje e SOS]

29-10-2024 10:00 - Promover autogestão da doença crónica: prevenção de complicações

29-10-2024 10:00 - Conhecimento sobre prevenção de complicações da doença crónica: necessita de ser melhorado para progredir para a mestria, é o momento próprio para intervir

29-10-2024 10:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de complicações da doença crónica

29-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de complicações da doença crónica [Próximo contacto]

29-10-2024 10:00 - Ensinar sobre prevenção de complicações da doença crónica [Hoje e SOS]

29-10-2024 10:00 - Avaliar autogestão da doença crónica [Quarto contacto]

3.6. Especificação das intervenções

Ensinar sobre conservação de energia

- Sentar-se ao realizar as atividades, como tomar banho, cozinhar.
- Organizar o ambiente para ter tudo ao alcance, reduzindo a necessidade de deslocações.
- Priorizar tarefas mais importantes e delegar ou adiar as menos urgentes.
- (Bulechek et al., 2018).

Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso

- Explorar o que a paciente já sabe sobre os seus medicamentos (nomes, doses, horários, efeitos desejados e efeitos colaterais).
- Explicar nome do medicamento, indicação, dosagem, frequência e via de administração de cada fármaco.
- Esclarecer possíveis efeitos adversos e interações.
- Sugerir estratégias de organização, como tabelas, alarmes no telemóvel ou uso de caixas organizadoras de comprimidos.
- Enfatizar a importância de regularidade no horário das doses para manter níveis terapêuticos adequados.
- Explicar o que fazer em caso de esquecimento de uma dose (por exemplo, ingerir a dose assim que lembrar, respeitando intervalos mínimos ou seguindo orientações específicas).
- Incentivar o paciente a compartilhar dúvidas ou problemas com a enfermeira. Fornecer contatos de emergência ou canais de comunicação (telefone, aplicativo de mensagens, etc.) para suporte imediato, se necessário.
- Solicitar que o paciente reproduza as instruções, para verificar se realmente compreendeu.
- (Bulechek et al, 2018).

Ensinar sobre resposta à medicação

- Explicar que a TARV age no organismo de forma a controlar a replicação viral, inibindo-a.
- À medida que desce a carga viral, há uma recuperação imunológica, pelo aumento dos linfócitos TCD4.
- (Bulechek et al 2018).

Ensinar sobre gestão dos períodos de atividade/repouso

- Auxiliar a paciente a distribuir as tarefas ao longo do dia, alternando períodos de atividade e descanso.
- (Bulechek et al, 2018).

Ensinar sobre vigilância da resposta física à atividade

- Orientar para a percepção de sinais de fadiga ou desconforto (por exemplo, tontura, dor torácica, dispneia).
- Reconhecer os próprios limites e a ajustar o ritmo ou a intensidade do exercício conforme necessário.
- Orientar sobre pausas de descanso e técnicas de respiração ou relaxamento para evitar sobrecarga.
- (Bulechek et al, 2018).

Ensinar sobre regime medicamentoso

- Explicar o esquema antirretroviral: nome do medicamento, dose, horário de administração.
- Elucidar a importância da adesão: esclarecer como a falta de doses ou atrasos podem levar à resistência viral e à redução da eficácia do tratamento.
- Abordar efeitos colaterais comuns: informar como identificar sinais de toxicidade ou reações adversas e quando buscar auxílio profissional.

- (Bulechek et al, 2018).

Assistir cliente a analisar o significado dificultador

- Estabelecer relacionamento de confiança: demonstrar empatia, respeito e disponibilidade para ouvir, favorecendo a abertura do cliente em compartilhar sentimentos e pensamentos.
- Manter postura não julgadora: permitir que o cliente se sinta seguro para falar sobre as suas dificuldades, percepções e crenças.
- Estimular verbalização: fazer perguntas abertas sobre o que o cliente entende por “significado dificultador” e como isso afeta a sua vida quotidiana.
- Facilitar a identificação de emoções: ajudar o cliente a reconhecer e nomear sentimentos.
- (NANDA, 2021)

Ensinar sobre efeitos secundários da medicação

- Orientar sobre sinais de alerta, como rash cutâneo extenso, falta de ar, febre alta persistente, dores musculares severas, alterações neurológicas.
- Náuseas, diarreia e desconforto abdominal são relatados com frequência. Pode haver alterações de apetite em alguns pacientes.
- Dor de cabeça e cansaço podem ocorrer, principalmente nas primeiras semanas de uso.
- Bulechek, et al (2018); Gilead Sciences (2023).

Ensinar sobre autogestão da doença crónica

- A Infecção VIH é uma doença crónica onde existe a utilização das células de defesa, linfócitos TCD4 para a sua replicação vírica.
- A doença é possível de controlar com terapêutica antirretrovírica.
- O controlo da infeção determina o controlo da carga viral, para nível indetetado.
- O controlo da carga viral permite a recuperação imunológica.
- Doença infecciosa transmissível através de relações sexuais desprotegidas, sangue, ou de mãe para filho, se a pessoa não estiver com carga viral indetetada.
- Todo o tratamento da infeção VIH é gratuito.
- Para controlar a infeção VIH deve haver uma adesão consistente à TARV.
- A vigilância da doença é feita a nível hospitalar com cerca de duas consultas e estudo analítico duas vezes por ano em fase de manutenção, ou seja carga viral indetetada.
- A transmissão sexual do VIH é evitada pelo uso do preservativo e/ou carga viral indetetada.
- Em fase de imunossupressão, com linfócitos TCD4 inferiores a 200 cél/ml de sangue, deve evitar locais com muita gente, visitar doentes, usar máscara para sua proteção.
- Doença infecciosa que induz a um estilo de vida saudável pela imunocenesência acelerada.
- Deve contar acerca da infeção à pessoa com quem tenha um relacionamento e aos profissionais de saúde que a tratam.
- Kasper et al. (2015); Bulechek et al. (2018); Moorhead et al. (2018); Potter et al. (2018).

Assistir cliente a analisar o significado atribuído à doença crónica

- A infeção VIH é uma condição crónica tratável, desmistificando conceitos errados.

- Indetetável é sinónimo de intransmissível.
- VIH é uma infeção transversal a todas as idades, profissões e estratos sociais.
- Não se deteta pela imagem corporal a infeção VIH.
- A TARV é cada vez mais simplificada.
- Não é transmissível pela saliva, nem pelo abraço, nem pelas loiças nem pelos mosquitos.
- Identificar e abordar sentimentos de vergonha ou medo relacionados ao estigma.
- Reforçar mensagens positivas sobre aceitação e superação.
- UNAIDS (2023); WHO (2022); EACS (2023).

Ensinar sobre prevenção de complicações da doença crónica

- Atrasos ou esquecimentos na toma da TARV podem levar ao surgimento de resistência viral, dificultando o controle da doença.
- Alimentação cuidada, redução do consumo de álcool e cessação do tabagismo.
- Exercícios físicos adequados, respeitando possíveis limitações clínicas.
- Detetar sintomas de possíveis Infeções oportunistas, febre, candidíase esofágica, dores neurológicas, tosse produtiva persistente.
- Manter peso adequado.
- Participar em grupos de apoio de pares a fim de evitar o isolamento e estigma interno.
- Para controlar a infeção VIH deve haver uma adesão consistente à TARV.
- Em fase de imunossupressão, com linfócitos TCD4 inferiores a 200 células/ml de sangue, deve evitar locais com muita gente, visitar doentes, usar máscara para sua proteção.
- Doença infecciosa que induz a um estilo de vida saudável pela imunocenesência acelerada.
- Atrasos ou esquecimentos na toma da TARV podem levar ao surgimento de resistência viral, dificultando o controle da doença.
- Evitar transportes públicos na fase da imunossupressão.
- Usar máscara em locais públicos enquanto estiver imunossuprimida.
- EACS (2023); Kasper et al. (2015); Bulechek et al. (2018); Moorhead et al. (2018); Potter et al. (2018).

Analisar com o cliente a relação entre a gestão da atividade/repouso e a conservação de energia

- Identificar com a cliente as atividades que são mais cansativas.
- Atribuir, com a cliente uma conexão entre as atividades mais cansativas e a conservação de energia.
- (Bulechek et al, 2018)

3.7. Síntese relativa ao caso

O acompanhamento de uma cliente recentemente diagnosticada com infeção VIH durante duas sessões consecutivas permitiu-me desenvolver uma profunda reflexão sobre a complexidade do cuidado especializado neste contexto. O momento da confirmação do diagnóstico, coincidente

com a primeira consulta, representou um marco de grande intensidade emocional na vida da cliente, desencadeando reações que, conforme apontam Moraes e Santos (2020), são frequentemente caracterizadas por choque, negação, tristeza e medo.

A abordagem inicial exigiu uma avaliação multidimensional, baseada na melhor evidência científica disponível, permitindo identificar quatro domínios fundamentais para intervenção: humor depressivo, conservação de energia, autogestão do regime medicamentoso e autogestão da doença crónica. A presença de sintomas depressivos, amplamente documentada na literatura em pessoas com infeção VIH, orientou a colheita de dados inicial, confirmando manifestações como tristeza persistente, desesperança e autodesvalorização. Este achado corrobora os estudos de Thoth e colaboradores (2014), que destacam o impacto emocional significativo do diagnóstico e a necessidade de intervenções específicas neste domínio.

A intolerância à atividade, definida pela NANDA (2018) como energia fisiológica ou psicológica insuficiente para suportar atividades diárias, emergiu como outro foco relevante. A cliente apresentava cansaço para grandes esforços com recuperação da energia após repouso, sintomatologia frequentemente associada à progressão da infeção e à consequente perda de peso e fadiga, conforme documentado na literatura.

Na primeira sessão, com o início imediato da terapêutica antirretroviral, tornou-se imperativo introduzir o domínio da autogestão do regime medicamentoso, enfatizando a natureza crónica da condição e a importância da adesão terapêutica. Este momento crucial de aprendizagem exigiu sensibilização para a toma consistente da medicação, informação sobre a sua ação, posologia e potenciais efeitos secundários, bem como estratégias preventivas para evitar esquecimentos, elementos essenciais para o sucesso terapêutico conforme apontam as diretrizes da EACS (2019) e do CDC (2024). De salientar que, no primeiro contacto, não avançamos para a recolha de dados relativos à forma como a pessoa gere o seu regime medicamentoso, deixando isso para a sessão seguinte, uma vez que a pessoa ainda não iniciou a toma dos medicamentos. Neste sentido, considerou-se relevante promover os comportamentos de autogestão do regime medicamentoso, por via dos fatores que influenciam o processo de autogestão, nomeadamente o conhecimento sobre o regime medicamentoso, e os significados atribuídos ao mesmo. Os dados recolhidos centraram-se nestes condicionalismos do processo de autogestão.

A autogestão da doença crónica, como quarto domínio de intervenção, mostrou-se fundamental por abranger o conhecimento sobre a doença, os significados atribuídos à mesma e a prevenção de complicações associadas à imunossupressão e ao risco de transmissão. Este domínio, menos explorado inicialmente pela ausência de contacto prévio da cliente com a patologia, revela-se central na intervenção especializada em enfermagem (Duarte et al., 2023).

A reavaliação realizada na segunda sessão evidenciou uma evolução parcialmente positiva. No

domínio emocional, constatou-se uma melhoria do humor depressivo, persistindo apenas a tristeza. Quanto à conservação de energia, manteve-se o padrão de cansaço, tendo sido reforçada a necessidade de melhorar a gestão da atividade/repouso. Relativamente à autogestão do regime medicamentoso avançamos para a recolha dos sobre a forma como a pessoa a realizava sendo identificado o receio da falha por esquecimento, implementando-se como estratégia a utilização de uma caixa de distribuição diária de comprimidos. Porém, relativamente à autogestão da doença crónica, apesar da aquisição de conhecimentos, permaneciam comportamentos desadequados, como a não utilização de máscara em locais com aglomerados e a ausência de práticas preventivas na transmissão.

A fundamentação teórica que orientou a intervenção especializada baseou-se na Teoria das Transições de Afaf Meleis (2000), particularmente pertinente para a compreensão do processo de vulnerabilidade experienciado pela cliente. Como enfatizam Meleis e Trangenstein (1994), o papel do enfermeiro consiste em capacitar o cliente para gerir o seu processo de transição durante o ciclo vital, implementando intervenções que proporcionem bem-estar e estabilidade. Esta teoria reconhece que as transições envolvem mudanças a diferentes níveis – identidade, papéis, relações e comportamentos – e que o indivíduo atribui significados e perceções específicas às suas experiências de saúde e doença.

Neste contexto específico, a intervenção especializada em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente do doente crónico revela-se imprescindível. De acordo com Ordem dos Enfermeiros (2018), o enfermeiro especialista nesta área possui competências diferenciadas para responder às complexas necessidades do doente com patologia crónica, possuindo conhecimentos aprofundados sobre fisiopatologia, manifestações clínicas, complicações e gestão terapêutica, neste caso, da infeção VIH. Esta especialização permite uma abordagem holística que integra não apenas a componente clínica, mas também os aspetos psicossociais associados à vivência de uma doença estigmatizante e potencialmente incapacitante (Sousa, 2021).

A atuação especializada contribui significativamente para a melhoria dos resultados clínicos, nomeadamente na adesão terapêutica, crucial em doentes com infeção VIH, onde a supressão viral depende diretamente da conformidade com o regime medicamentoso. Como evidencia Pinto (2022), os enfermeiros especialistas na área do doente crónico demonstram maior capacidade para identificar precocemente sinais de não adesão e implementar estratégias personalizadas que promovam comportamentos de saúde adequados. Além disso, a sua intervenção é fundamental na gestão de comorbilidades frequentemente associadas à infeção VIH, como as alterações metabólicas, cardiovasculares e neurológicas, exigindo uma monitorização contínua e ajustada às necessidades individuais do cliente (Costa et al., 2023).

O nosso papel revelou-se como facilitador no processo de tomada de decisão da cliente, intervindo no desenvolvimento de condições que permitissem a integração de novos comportamentos face aos múltiplos desafios inerentes à infeção VIH. A forma como o processo

de liderança foi implementado, incluindo a recolha de dados, constituiu por si só uma intervenção terapêutica. A componente mental representou parte fundamental na abordagem, compreendendo o estigma como um dos maiores desafios imposto aos significados e ao processo de transição saúde/doença.

Refletindo sobre esta experiência clínica, destaco a importância da individualização dos cuidados de enfermagem especializados em clientes com infeção VIH, fundamentada em evidência científica e em quadros conceptuais robustos. A relevância de compreender o impacto emocional do diagnóstico e os seus efeitos na autogestão da doença, a necessidade de intervenções progressivas e sensíveis ao processo de adaptação à condição crónica e a importância de ultrapassar a mera transmissão de informação para alcançar a verdadeira consciencialização sobre comportamentos preventivos constituem aprendizagens fundamentais desta experiência.

O *empowerment*, como estratégia central para promover a mestria no autocuidado, confirma o verdadeiro mandato social da enfermagem especializada e demonstra ser essencial para facilitar a transição saúde/doença em clientes com infeção VIH. A evolução observada entre as duas sessões sugere um processo de adaptação positivo, embora com necessidade de continuidade na intervenção, especialmente nos domínios da autogestão da doença, do regime medicamentoso e na prevenção da transmissão.

Em conclusão, o acompanhamento estruturado e fundamentado na especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente do doente crónico demonstra ser indispensável para facilitar a transição saúde/doença em clientes com infeção VIH, contribuindo para uma vivência positiva e para a evolução progressiva em direção à mestria no autocuidado. Esta especialidade, ao articular conhecimentos avançados sobre processos fisiopatológicos com competências na gestão de regimes terapêuticos complexos e na abordagem psicossocial, posiciona o enfermeiro especialista como elemento-chave na equipa multidisciplinar, promovendo cuidados de excelência que melhoram significativamente a qualidade de vida destes clientes (Ferreira, 2023).

4. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A mudança epidemiológica contemporânea tem revelado uma mudança significativa no perfil de saúde das populações, caracterizada pelo aumento progressivo das doenças crónicas. Este fenómeno global representa um desafio complexo para os sistemas de saúde, exigindo respostas assistenciais inovadoras e especializadas.

A infeção VIH, como doença crónica, envolve uma gestão complexa, com implicações pessoais, familiares e sociais, que impactam na capacidade da pessoa para realizar as atividades do autocuidado, um fator essencial para a sua recuperação e bem-estar (Orem, 2001).

O recurso ao modelo de autocuidado de Dorothea Orem na prática de enfermagem no cuidado das pessoas que vivem com VIH, foca na promoção da autonomia e da responsabilidade do cliente sobre a sua própria saúde. Este modelo busca identificar as necessidades de autocuidado do cliente e ajudar na sua capacitação, promovendo a sua autonomia em atividades como a gestão do seu regime terapêutico (Orem, 2001).

À medida que uma pessoa vivencia diferentes fases de uma condição crónica, experimenta múltiplas transições que desafiam a adaptação contínua. É essencial que o enfermeiro, no exercício do seu papel especializado, identifique e apoie o indivíduo na vivência dessas transições, promovendo uma adaptação saudável (Meleis et al., 2000). No contexto específico do VIH, a pessoa enfrenta um conjunto complexo de desafios ao longo da evolução da doença, cabendo ao enfermeiro intervir estrategicamente para facilitar essas transições, auxiliando o cliente a compreender e ajustar-se a cada nova etapa de sua trajetória (Relf et al., 2021).

De acordo com Meleis (2007), as transições específicas de momentos de mudança na vida das pessoas são potencialmente geradoras de incertezas, mas também descobertas de crescimento e desenvolvimento pessoal. Estes períodos representam intervalos contínuos de transformação na trajetória vital dos indivíduos, frequentemente caracterizados por vulnerabilidades e questionamentos (Im, 2011). No entanto, quando avançamos geridas, estas transições podem transformar-se em oportunidades inovadoras para o desenvolvimento de novas competências adaptativas e crescimento pessoal significativo (Kralik et al., 2006).

Compete aos enfermeiros identificar estas transições, compreender as suas dimensões e dinâmicas particulares e implementar políticas de suporte que facilitem uma adaptação saudável, promovendo o bem-estar e prevenindo possíveis complicações decorrentes deste processo de mudança (Schumacher & Meleis, 2010). A abordagem terapêutica deve considerar não apenas os aspectos fisiológicos, mas também as dimensões psicológicas, sociais e espirituais da experiência da doença (Chick & Meleis, 2010).

A complexidade do cuidado ao doente crónico exige dos enfermeiros uma abordagem multidimensional e altamente especializada, fundamentada tanto em evidências científicas quanto na compreensão profunda da experiência vívida pelo indivíduo (Ordem dos Enfermeiros, 2019). As competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros constituem um marco fundamental para qualificar e orientar a prática profissional neste contexto de desafios, onde a cronicidade se apresenta como uma realidade cada vez mais prevalente e impactante no panorama da saúde contemporânea, exigindo respostas integradas, personalizadas e longitudinais (Organização Mundial da Saúde, 2020).

Assim, o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crónica emerge neste contexto como um profissional fundamental, capacitado para responder às múltiplas e complexas necessidades dos clientes com condições crónicas. A sua atuação transcende o modelo tradicional de cuidados curativos, posicionando-se como um agente de promoção da saúde, prevenção de e deteção precoce de complicações e suporte integral ao cliente e sua família.

O Enfermeiro Especialista é um profissional reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros pela sua "competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas diferentes áreas de especialidade em enfermagem". Segundo o Regulamento n.º 140/2019, transcende a mera dimensão técnica, abrangendo uma perspetiva holística da prática profissional.

A Ordem dos Enfermeiros define competência como a capacidade de integrar conhecimentos, habilidades, atitudes e valores para responder de forma eficaz a situações complexas e desafios profissionais. Esta definição vai além do domínio técnico-científico, abrangendo a capacidade de agir de forma ética, respeitando os direitos e a dignidade das pessoas, assim como a capacidade de trabalhar em equipa, de comunicar de forma clara e efetiva, de gerir conflitos e de aprender continuamente (OE, 2005).

Segundo o Regulamento n.º 140/2019, as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista são "competências partilhadas por todos os Enfermeiros Especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria" (Regulamento n.º 140/2019).

Relativamente às competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crónica, estas são aplicadas de forma adaptada ao contexto e ao alvo de intervenção. O objetivo, conforme estabelecido pelo Regulamento n.º 429/2018, é fornecer uma estrutura reguladora para a certificação dessas competências.

As duas grandes áreas de competência, relativas exclusivamente ao Enfermeiro Especialista em

Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crónica prendem-se com o cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica e com a maximização do ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica (Regulamento n.º 429/2018).

A teoria de Patricia Benner (2004), baseada no modelo de aquisição e desenvolvimento de competências proposto por Dreyfus, é bastante relevante para a validação de Estádios de Competência da prática de enfermagem. Benner descreve o desenvolvimento das habilidades e competências dos enfermeiros através de cinco estádios: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Esta validação da aquisição das habilidades e conhecimentos dos enfermeiros, à medida que ganham experiência ao longo do tempo, reflete uma forma crescente de experiência e compreensão no cuidado do cliente.

Assim, considera-se Iniciado o enfermeiro com pouca ou nenhuma experiência prática na profissão, cujas decisões e ações são baseadas em regras e diretrizes, e o conhecimento adquirido é basicamente teórico. A competência neste estágio é limitada e a tomada de decisão é rígida com respostas tendencialmente mecânicas e prescritivas (Benner, 2004).

O enfermeiro Iniciado Avançado já tem algum conhecimento prático e experiência em situações clínicas, reconhecendo aspetos mais complexos da prática de enfermagem, embora as suas decisões assentem principalmente em regras e critérios, o que se reflete na capacidade de priorizar as suas ações. Ainda requer, desta forma, orientação regular de enfermeiros mais experientes, especialmente na tomada de decisão (Benner, 2011).

O enfermeiro Competente já possui uma boa quantidade de experiência prática, conseguindo identificar rapidamente as prioridades na prestação de cuidados, atendendo não só ao aspeto patológico do cliente, mas considerando-o de forma holística. Ele tem um entendimento mais profundo das interações entre as diferentes variáveis que afetam o cuidado ao cliente. Neste estágio, o enfermeiro já tem um bom controle das habilidades técnicas e é capaz de planejar e coordenar cuidados de forma mais eficaz. O enfermeiro também começa a antecipar problemas e a tomar decisões mais informadas, sem a necessidade constante de diretrizes rígidas. A tomada de decisão baseia-se mais na sua experiência prática do que apenas em regras (Benner, 2011).

O enfermeiro Proficiente tem uma compreensão profunda e intuitiva das situações de cuidado, começando a perceber o que é importante em cada situação e a adaptar sua abordagem com base nas necessidades específicas do cliente. Neste estágio, o enfermeiro tem a capacidade de analisar rapidamente as situações e a sua tomada de decisão é apropriada ao contexto, permitindo-lhe fornecer cuidados individualizados e otimizar o tratamento do cliente. Além disso, eles desenvolvem a capacidade de ajustar as estratégias de cuidado com base nas mudanças das circunstâncias ou necessidades específicas do cliente (Benner, 2011).

O enfermeiro Perito tem uma compreensão excecional do cuidado ao cliente e a capacidade de lidar com situações complexas de forma eficaz e eficiente. A sua expertise vem da experiência prática acumulada e do profundo conhecimento da teoria e da prática de enfermagem, demonstrando a capacidade de ver a situação de forma holística, podendo identificar as questões subjacentes atempadamente. A sua tomada de decisão é baseada num pensamento crítico altamente refinado, levando em conta uma ampla gama de variáveis e informações. Este enfermeiro é um líder na sua área, podendo influenciar outros profissionais de saúde (Benner, 2011).

De acordo com este modelo de aquisição e desenvolvimento de competências, e mediante os estadios descritos por Benner, no decorrer do meu estágio profissional e após reflexão crítica relativa aos contributos da minha prática na aquisição das competências atribuídas ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crónica, posicionava-me no estadio de proeficiente, numa fase inicial do meu percurso e posso neste, momento e após esta caminhada de aprendizagem e aperfeiçoamento, colocar-me no estadio de perito. Não obstante, toda a prática, que já tinha nesta área, enquanto background, que me permitiu o crescimento até o referido estadio. Nesse sentido, a partir da matriz conceptual supramencionada e com o intuito de evidenciar a aquisição de competências específicas adquiridas no decurso no meu estágio, estabeleci como objetivo geral o desenvolvimento de competências na gestão da doença crónica na pessoa com infeção VIH. Este objetivo geral subdivide-se nos seguintes sete objetivos específicos, conforme o meu Projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, à Pessoa em Situação Crónica (Anexo I) :

- Desenvolver competências na identificação das necessidades da pessoa com infeção VIH, assegurando a adaptação à doença crónica;
- Desenvolver competências para aumentar o envolvimento da pessoa com infeção VIH com a sua doença;
- Desenvolver competências de intervenção especializada no domínio da autogestão do regime terapêutico na pessoa com infeção VIH;
- Melhorar as competências na identificação de sintomas e sinais associados à descompensação da infeção VIH;
- Desenvolver competências na área da prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde e de resistência a antimicrobianos;
- Desenvolver competências para facilitar a aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade;
- Desenvolver competências de prevenção do risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança, nos vários contextos de atuação.

Estes objetivos serviram como contributos e fio condutor para a aquisição das competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crónica, especificamente:

- Cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica;
- Maximizar o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica (Regulamento n.º 429/2018).

Para a apropriação destas competências desenvolvi atividades nos dois contextos de estágio e procurei basear a minha prática em evidência científica tanto no serviço de internamento, como na consulta de enfermagem. Apresentarei, a seguir, uma reflexão e análise crítica sobre o meu processo de desenvolvimento de competências, que contribuiu para o meu crescimento pessoal e profissional.

Cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica

Na prática especializada, o enfermeiro desenvolve uma avaliação abrangente que considera não apenas a condição clínica específica, mas também o estado emocional do cliente, os seus recursos familiares e de suporte, e as suas necessidades individuais e contextuais. Esta perspetiva permite a criação de um ambiente terapêutico verdadeiramente personalizado, que promove segurança física e emocional, conforto e comunicação efetiva (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

As intervenções especializadas abrangem múltiplas dimensões. Na dimensão física, o enfermeiro adapta o espaço às necessidades específicas do cliente, gere a dor e o desconforto, previne complicações e realiza uma monitorização contínua e personalizada. Simultaneamente, na dimensão emocional e relacional, proporciona suporte psicológico ao cliente e família, auxilia na gestão da ansiedade e do medo, facilita processos de comunicação e promove estratégias de coping eficazes (Benner, 2011).

O enfermeiro especialista emerge como um profissional fundamental no cuidado a pessoas e famílias que vivenciam processos médicos e cirúrgicos complexos, desenvolvendo competências especializadas que transcendem a dimensão técnica tradicional (Benner, 2011).

Deste modo, durante o estágio, aprofundei conhecimentos no sentido de desenvolver competências para aumentar o envolvimento da pessoa com infeção VIH com a sua doença, realizando para o efeito, pesquisa na literatura, que serviu de base à fundamentação do caso que apresentei e que analisei com a enfermeira tutora. Os aspetos que percecionei estão associados à dificuldade que as pessoas demonstram em aceitar a sua condição clínica e intrinsecamente relacionados com o significado atribuído à infeção VIH, tanto por elas próprias como pela sociedade.

A infeção por VIH representa um dos mais significativos exemplos contemporâneos de transformação de uma condição inicialmente percebida como fatal para uma doença crónica que é possível gerir. Esta mudança de paradigma não apenas alterou o prognóstico médico, mas redesenhou profundamente a experiência das pessoas que vivem com o VIH. Não obstante, a perceção das pessoas relativamente a esta condição continua “agarrada” aos primórdios da

infecção, confirmado durante os contactos que tive com os clientes tanto durante as consultas de enfermagem, como em contexto de internamento, em que os clientes verbalizaram expressões de desespero e finitude de vida: “a minha vida terminou”, “nunca mais vou ter saúde”, “entretanto vou morrer com isto”, “é o meu fim”, sendo que estas expressões eram acompanhadas de um sentimento de desalento e medo.

Nas últimas décadas, os avanços terapêuticos permitiram que o VIH se aproximasse de outros modelos de doenças crónicas, com características específicas de gestão prolongada e convivência contínua. A terapêutica antirretrovírica atual possibilita não apenas a sobrevivência, mas uma expectativa de vida praticamente equivalente à população geral, desde que a pessoa desenvolva comportamentos de autogestão do regime terapêutico que resulte numa adesão adequada ao tratamento.

A gestão do VIH, exige uma abordagem multidimensional, na qual, os indivíduos necessitam desenvolver competências complexas de autocuidado, que incluem adesão terapêutica rigorosa, monitorização contínua de parâmetros clínicos, prevenção de complicações e adaptação permanente ao regime terapêutico (WHO, 2021). Este facto esteve muito vincado durante os contactos com os clientes, na missão de os ajudar a integrar o regime terapêutico no seu estilo de vida, cumprindo com as recomendações dos profissionais, com especial atenção ao regime medicamentoso, cuja importância na gestão da doença crónica é inquestionável.

Segundo Almeida e colaboradores (2019), a educação em saúde dirigida aos clientes é fundamental para o controlo das doenças crónicas e para a redução de complicações associadas ao VIH. O enfermeiro especialista orienta sobre o uso correto de medicamentos, a importância de hábitos saudáveis e a importância de comparecer às consultas regulares, ao mesmo tempo, em que oferece suporte psicológico frente às dificuldades emocionais que os clientes possam enfrentar, nomeadamente em resposta ao estigma relacionado ao VIH (Costa, 2021).

Do ponto de vista psicossocial, a experiência assemelha-se a outras doenças crónicas, caracterizando-se por processos de reformulação da sua identidade, desenvolvimento de estratégias de aceitação e reconstrução de projetos de vida. No entanto, o VIH apresenta especificidades que o distinguem, como o estigma social mais acentuado e as complexidades relacionadas à dimensão sexual e íntima, como pude constatar pelas seguintes verbalizações dos clientes: “é uma vergonha”, “nunca posso contar isto a ninguém, nem à minha família”, “nunca mais vou ter vida íntima, com a minha companheira”, “até tenho medo de me encostar ao meu filho, ainda lhe passo”. Com estas expressões vinha um medo e uma tristeza enorme, onde durante a consulta de enfermagem e também no contexto de internamento, em conjunto com a enfermeira tutora, ouvimos os clientes e desmistificamos estes preconceitos, associados a esta patologia, no momento em que a pessoa toma efetivamente conta da sua realidade e a vai integrando em si.

Organizações internacionais como a UNAIDS e a Organização Mundial de Saúde têm destacado

a importância de compreender o VIH não como uma sentença de morte, mas como uma condição com a qual é possível conviver com qualidade de vida. Os avanços científicos permitiram que a cronicidade do VIH se caracterizasse menos por limitações e mais por possibilidades de reformular significados.

A investigação científica contemporânea ressalta que a experiência com VIH ultrapassa significativamente a dimensão biomédica. Trata-se de um fenómeno complexo que envolve aspetos biomédicos, psicológicos, sociais e existenciais. Cada pessoa constrói a sua própria narrativa de convivência com a condição, transformando desafios em estratégias de resiliência. Neste sentido, a infeção VIH configura-se como um modelo exemplar de transformação das compreensões atuais da doença crónica. Mais do que uma condição médica, representa uma jornada de adaptação, construção ou redefinição de significados e construção contínua de sentidos e significados (Persson et al., 2017).

No decurso da doença, tal como em outras condições crónicas, a família e as redes de suporte social assumem um papel fundamental. Observam-se reorganizações dos sistemas familiares, redefinição de papéis e dinâmicas relacionais, e potencial sobrecarga dos cuidadores. A revelação do diagnóstico torna-se um processo delicado e estratégico, com implicações profundas nas relações interpessoais, tendo o enfermeiro um papel preponderante neste contexto, na desmistificação desta condição, no apaziguamento da ansiedade e na educação acerca da doença e do processo com que a pessoa vai conviver ao longo da vida.

Desta forma, as estratégias de intervenção contemporâneas na gestão de doenças crónicas têm evoluído para integrar uma abordagem mais holística e multidisciplinar, centrada no cliente e focada no acompanhamento contínuo. O enfermeiro especialista tem um papel crucial neste processo, sendo um facilitador no acompanhamento e na implementação destas estratégias, especialmente no que diz respeito à comunicação clara e ao apoio contínuo aos clientes e aos seus familiares (Costa et al., 2020).

A literacia em saúde e a capacidade de gestão proativa tornam-se pilares essenciais na adaptação do cliente à sua condição crónica, que empodera o cliente, ajudando-o a gerir de forma mais eficaz os sintomas, aderir ao tratamento e prevenir complicações (Silva & Ferreira, 2019). Nesse contexto, a atuação do enfermeiro especialista, ao fornecer informações de forma acessível e compreensível, contribui diretamente para a capacitação do cliente na autogestão da sua condição de saúde (Oliveira et al., 2021), oferecendo ferramentas e recursos para que eles possam tomar decisões informadas sobre o seu tratamento, contribuindo diretamente para a melhoria da gestão e dos resultados clínicos (Lima & Souza, 2020). Para isso, é importante desenvolver estratégias de promoção da compreensão do regime terapêutico antirretrovírico, dos mecanismos de ação dos medicamentos, dos potenciais efeitos secundários e das estratégias de gestão, tornando o cliente num agente ativo no seu próprio processo de cuidado (Oliveira et al., 2021).

A atuação do enfermeiro especialista no atendimento à pessoa que vive com VIH envolve, desta forma, a incorporação de inovações tecnológicas, como a telemedicina e as plataformas de educação online, que facilitam a aprendizagem e o acompanhamento remoto dos clientes. Segundo Souza e colaboradores (2022), essas tecnologias têm-se mostrado eficazes no aumento do acesso ao cuidado e na promoção de uma educação contínua e personalizada.

Este objetivo foi alcançado através do esclarecimento dos clientes acerca da infecção VIH, cuidados inerentes à transmissão, bem como da suscetibilidade à infecção decorrente da imunossupressão. Evidencio a importância do conhecimento sobre a qualidade de vida da pessoa que vive com infecção VIH, dando especial atenção aos cuidados inerentes ao regime medicamentoso. Esta abordagem foi realizada em ambos os contextos de estágio, atendendo que os clientes se apresentavam em diferentes momentos da doença, senti a necessidade de adaptar os conteúdos, bem como a minha forma de abordar cada um deles, respeitando a sua individualidade e o momento que vivenciavam, o que permitiu que adquirissem os conhecimentos necessários para lidar com a gestão da doença.

Relativamente ao objetivo a que me propus na identificação de sinais e sintomas de descompensação da infecção VIH é crucial a capacidade de atuação precoce do enfermeiro especialista. Segundo Pacheco e colaboradores (2018), as competências especializadas neste contexto envolvem uma abordagem holística, baseada em conhecimentos científicos aprofundados e numa prática clínica fundamentada.

As competências técnico-científicas do enfermeiro especialista centram-se primeiramente na avaliação sistemática do estado de saúde do cliente, com especial atenção aos marcadores de progressão da doença. Ferreira e Silva (2020) destacam que a monitorização regular da PCR VIH-1 quantitativo (carga viral), contagem de linfócitos TCD4+ e manifestações clínicas são essenciais para a identificação precoce de descompensação. Neste sentido, no intuito de melhorar a habilidade para a realização do exame físico à pessoa que vive com infecção VIH, observei a tutora durante os estágios, na realização desta atividade. Após a realização do mesmo procedimento, com a supervisão da enfermeira tutora e a reflexão sobre o tema, senti-me mais confiante e preparada para a sua realização. Tomei consciência da importância do enfermeiro na identificação de sinais e sintomas associados à descompensação da doença. Desta forma, o enfermeiro especialista deve estar atento a múltiplos indicadores, nomeadamente:

- Alterações imunológicas, como a diminuição significativa de linfócitos TCD4+ abaixo de 200 células/mm³, que sinaliza maior vulnerabilidade a infeções oportunistas;
- Manifestações clínicas, como o aparecimento de perda de peso inexplicada, febre persistente, sudorese noturna, linfadenopatia generalizada e fadiga extrema;
- Manifestações dermatológicas, como lesões cutâneas atípicas, candidíase oral ou genital recorrente e sarcoma de Kaposi;
- Sintomas respiratórios, como tosse persistente ou dispneia;

- Sintomas neurológicos, afetos às alterações cognitivas, neuropatia periférica e sinais de meningite.

Neste sentido, foi elaborado um guia orientador de observação dos clientes em contexto da consulta de enfermagem, apresentado em anexo II.

Considerando todas as funções do enfermeiro, a comunicação desempenha um papel fundamental nos processos de saúde, especialmente no que diz respeito à sua interação com o cliente. As competências comunicacionais assumem particular relevância neste contexto, pois a comunicação eficaz e empática facilita tanto a colheita de informações detalhadas sobre a sintomatologia quanto a adesão ao tratamento, ambos essenciais para o sucesso terapêutico. Cordeiro e colaboradores (2019) enfatizam que uma comunicação empática, caracterizada pela capacidade de entender e compartilhar os sentimentos do cliente, contribui significativamente para uma melhor compreensão dos sintomas e, conseqüentemente, para o aprimoramento do diagnóstico e do plano de tratamento. Esta comunicação não se limita ao cliente, mas também envolve os seus familiares e cuidadores, assegurando que todos os envolvidos no processo de cuidado tenham a compreensão necessária para apoiá-lo de forma eficaz (Gonçalves & Almeida, 2020).

No exercício da profissão, e do ponto de vista ético e legal, o enfermeiro especialista deve garantir a confidencialidade, o respeito pela dignidade do cliente e promover uma abordagem não discriminatória. A Ordem dos Enfermeiros (2015) estabelece como princípio fundamental o respeito pelos direitos humanos na prestação de cuidados.

A intervenção do enfermeiro especialista, segundo Silva e Figueiredo (2023), caracteriza-se por uma abordagem ética e não punitiva, com foco na aprendizagem organizacional e na melhoria contínua dos processos assistenciais. O cliente é reconhecido como protagonista no processo de cuidado, valorizado na sua individualidade e complexidade, integrando dimensões técnicas, científicas e humanísticas, essenciais para uma cultura de segurança hospitalar (Amaral et al., 2024). O plano de cuidados é personalizado, considerando as preferências e valores do cliente, promovendo o seu envolvimento ativo e o da sua família no processo terapêutico (Ferreira & Sousa, 2023), desenvolvendo-se conseqüentemente uma relação terapêutica baseada na confiança, confidencialidade e respeito mútuo, elementos fundamentais para estabelecer um ambiente de cuidado seguro e acolhedor.

Estes aspetos foram facilmente percebidos no contacto com as pessoas que vivem com VIH. Em ambos os contextos de estágio, pude observar como a adoção de uma atitude empática e não discriminatória com estes clientes foi determinante para estabelecer uma relação terapêutica efetiva. Conforme destacam Dias e Moreira (2023), o enfermeiro especialista em formação desenvolve progressivamente uma consciência ampliada da importância destas competências relacionais, que transcendem o conhecimento técnico-científico e constituem a base para intervenções verdadeiramente transformadoras.

Durante os períodos de estágio, compreendi que a abordagem inicial com o cliente é crucial para todo o processo terapêutico subsequente. A forma como o enfermeiro se apresenta, estabelece contacto visual, demonstra disponibilidade e escuta ativa, sem julgamentos ou preconceitos, determina significativamente a qualidade da relação que se estabelecerá (Santos & Oliveira, 2024). A construção desta relação de confiança não ocorre instantaneamente, mas resulta de um processo contínuo e consistente de demonstração de respeito pela individualidade e autonomia do cliente.

No contacto diário com pessoas que vivem com VIH, observei que clientes que inicialmente se mostravam relutantes em partilhar informações sobre dificuldades na adesão terapêutica ou na gestão dos efeitos secundários da medicação, mas gradualmente tornavam-se mais abertos e sinceros. Esta mudança ocorreu à medida que percebi a minha genuína preocupação com o seu bem-estar e ausência de julgamento face às suas escolhas ou comportamentos. Esta abertura, alicerçada na confiança estabelecida, revelou-se fundamental para identificar barreiras à adesão terapêutica e implementar estratégias personalizadas para ultrapassá-las, conforme descrito por Ferreira e colaboradores (2023) em estudos sobre a prática especializada em contextos de doença crónica.

A credibilidade profissional, outro elemento essencial destacado por Rodrigues e Costa (2024), foi construída não apenas através da demonstração de conhecimentos técnicos atualizados sobre a infeção por VIH e o seu tratamento, mas principalmente pela coerência entre o discurso e a prática, pela honestidade nas respostas (incluindo o reconhecimento dos limites do próprio conhecimento) e pela demonstração consistente de disponibilidade e interesse genuíno pelas preocupações expressas pelos clientes.

Esta credibilidade possibilitou uma melhor aceitação das intervenções do tipo “ensinar” que realizei, uma vez que os clientes reconheciam não apenas a minha competência técnica, subjacente às informações e orientações fornecidas, mas também o meu compromisso ético e humano, que as fundamentava. Como refere Matos e Pinto (2023), o desenvolvimento destas competências comunicacionais e relacionais constitui um dos maiores desafios e simultaneamente uma das maiores conquistas do enfermeiro especialista em formação, representando um salto qualitativo na sua capacidade de influenciar positivamente os comportamentos de saúde e o autocuidado dos clientes.

No contexto específico do VIH, onde o estigma e a discriminação permanecem, a demonstração consistente de uma abordagem inclusiva e respeitosa contribuiu significativamente para a redefinição dos significados dos clientes. Os momentos de interação individual durante as consultas de enfermagem revelaram-se oportunidades privilegiadas para clarificar dúvidas, desmistificar conceitos erróneos e reforçar comportamentos positivos de autocuidado, num ambiente de segurança psicológica que permitia aos clientes expressarem vulnerabilidades e receios frequentemente silenciados noutros contextos (Cardoso & Lima, 2024).

A experiência de estágio na especialidade permitiu-me, assim, constatar o que a literatura científica já evidenciava: que o estabelecimento de uma relação terapêutica efetiva, baseada na empatia e na não discriminação, constitui não apenas um requisito ético da prática de enfermagem especializada, mas um instrumento terapêutico em si, com impacto direto nos resultados clínicos e na qualidade de vida das pessoas que vivem com VIH.

No contexto do atendimento à pessoa que vive com VIH, a gestão do regime terapêutico constitui um dos elementos fulcrais da intervenção especializada do enfermeiro, auxiliando o cliente na compreensão e adesão ao tratamento antirretroviral, monitorizando possíveis efeitos secundários e desenvolvendo estratégias de gestão medicamentosa (Pinto & Martins, 2023). Segundo Costa e Oliveira (2024), a educação sobre a importância da adesão terapêutica, técnicas de autogestão e prevenção de complicações são componentes essenciais deste processo.

Neste sentido, realizei uma pesquisa na evidência científica de instrumentos de avaliação da autogestão do regime terapêutico medicamentoso, na pessoa que vive com VIH. Após análise com a enfermeira tutora, consideramos que a escala MAT, apresentada no SClinico da instituição, continua a ser adequada para o efeito, mas com possibilidade de melhoria da informação por meio de um guia complementar de entrevista que se tornou uma ferramenta importante para a recolha de dados centrada na autogestão do regime medicamentoso. No decorrer dos dois estágios e com a utilização desta ferramenta auxiliar pude observar uma melhoria na gestão do regime medicamentoso, bem como uma maior satisfação por parte dos clientes.

No cuidado à pessoa a viver com VIH, a prevenção da transmissão e a promoção de comportamentos saudáveis assumem um papel fundamental. Conforme apontam Gonçalves e Santos (2023), o enfermeiro implementa estratégias de educação sexual segura, redução de riscos, rastreio de infeções sexualmente transmissíveis e aconselhamento sobre práticas seguras. A intervenção estende-se ao contexto familiar e social, reconhecendo-se a sua importância no processo de adaptação e recuperação (Rodrigues & Almeida, 2024). O enfermeiro especialista envolve a família no cuidado, identifica redes de suporte e desenvolve estratégias de ação coletiva, assumindo um papel ativo na defesa dos direitos humanos e combate ao estigma associado ao VIH (Lopes et al., 2023).

As competências especializadas neste contexto requerem conhecimento científico atualizado, comunicação empática, sensibilidade cultural e pensamento crítico (Neves et al., 2024). A abordagem do enfermeiro especialista transcende os aspetos meramente clínicos, constituindo uma intervenção integral que reconhece a complexidade da experiência humana diante da doença crónica, com o objetivo final de melhorar a qualidade de vida, promover a adesão terapêutica, reduzir a carga viral e empoderar o indivíduo e a sua família (Santos et al., 2023). Estudos recentes demonstram que esta abordagem integral resulta em melhores indicadores

clínicos e maior satisfação dos clientes (DGS, 2024), confirmando a importância do papel do enfermeiro especialista na gestão do cuidado à pessoa que vive com VIH.

Nos dois contextos onde desenvolvi o estágio profissional, um dos meus focos foi o combate ao estigma e à discriminação, promovendo ativamente a inclusão social e o respeito pela dignidade dos clientes. A experiência permitiu-me entender profundamente a importância da não discriminação, tanto no contexto clínico como em diferentes ambientes sociais e institucionais. As situações que vivi durante o estágio demonstraram que, ao combater o estigma associado ao VIH, conseguimos criar um ambiente mais acolhedor e seguro para os clientes, o que é crucial para o seu bem-estar emocional e psicológico.

A intervenção do enfermeiro especialista vai além do cuidado técnico; envolve também um compromisso com a justiça social e a equidade no atendimento. No cuidado à pessoa que vive com VIH, tive sempre a preocupação de garantir que cada cliente fosse tratado com respeito e dignidade, independentemente da sua condição de saúde. Promover a inclusão social e trabalhar para garantir que as pessoas com VIH tenham acesso ao tratamento adequado é parte integrante da prática diária de um enfermeiro especialista. Além disso, em cada interação, procurei garantir que os clientes se sentissem apoiados e as suas preocupações fossem ouvidas, o que contribuiu para fortalecer a confiança e a adesão ao tratamento.

As competências especializadas adquiridas durante o estágio foram vitais para a minha prática. O conhecimento científico atualizado foi constantemente requerido para que eu pudesse proporcionar cuidados eficazes, fundamentados em evidências científicas. Além disso, melhorei a comunicação empática, essencial para lidar com clientes que enfrentam não apenas desafios de saúde, mas também o impacto emocional de viver com uma doença crónica como o VIH. A sensibilidade cultural também foi crucial, pois muitos clientes vinham de contextos socioculturais diferentes, o que exigiu uma abordagem personalizada e respeitadora.

O pensamento crítico foi uma competência essencial para a realização dos estágios, especialmente ao analisar o estado de saúde dos clientes e decidir as melhores intervenções. Em ambos os contextos tive de gerir informação complexa, tanto clínica como emocional, para ajustar os cuidados e fornecer soluções práticas. A capacidade de integrar esse conhecimento e transmitir de forma clara e acessível informações sobre o tratamento foi essencial para garantir que os clientes compreendessem o seu regime terapêutico e as medidas de autocuidado necessárias.

O objetivo da minha intervenção foi sempre proporcionar cuidados que melhorassem a qualidade de vida dos clientes, promovendo a adesão terapêutica através da correta gestão do seu regime terapêutico. Mediante uma abordagem holística, consegui integrar os aspetos clínicos com o cuidado emocional e psicológico, reconhecendo a complexidade da experiência humana diante da doença crónica, o que contribuiu para o empoderamento dos clientes e das suas famílias, garantindo que estivessem informados e preparados para gerir a sua condição ao

longo do tempo.

Esta experiência foi uma oportunidade única para consolidar o meu papel enquanto enfermeira, que é não apenas técnico, mas também advogada dos direitos humanos, comprometida com a promoção da saúde, a inclusão e o bem-estar de cada cliente e da sua família/ cuidador.

Maximizar o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica (Regulamento n.º 429/2018).

A prevenção de riscos é um dos pilares do exercício profissional do enfermeiro especialista. A cultura de segurança no contexto hospitalar implica a implementação de processos e práticas de gestão de risco que vão desde a educação contínua de profissionais e clientes até à avaliação sistemática de incidentes e à implementação de melhorias. O enfermeiro especialista tem um papel crucial na formação e capacitação da equipa de enfermagem e de outros profissionais de saúde, garantindo que todos conheçam e sigam as melhores práticas de segurança e os protocolos estabelecidos. Além disso, ele deve ser capaz de analisar e aprender com os erros, promovendo uma cultura de transparência e aprendizagem contínua (Gonçalves & Almeida, 2021). A capacidade de liderar a equipa na identificação de falhas no sistema e a implementação de melhorias também é um dos aspetos-chave do papel do enfermeiro especialista na promoção da segurança no cuidado.

A comunicação eficaz é, mais uma vez, um aspeto central no trabalho do enfermeiro especialista, desta vez, na criação de uma cultura de segurança no trabalho. Ele deve promover a comunicação dentro das equipas, incentivando os profissionais a reportarem incidentes sem medo de represálias. Estudos mostram que quando os membros da equipa se sentem à vontade para discutir erros e quase erros, a segurança do cliente é significativamente melhorada, pois as causas dos erros podem ser identificadas e corrigidas antes de ocorrerem danos maiores (Lima et al., 2020). Além disso, o enfermeiro especialista deve atuar como um líder educador, orientando a equipa sobre a importância da segurança do cliente e a implementação de práticas seguras no quotidiano do cuidado.

Durante o meu estágio, a constante avaliação dos ambientes de cuidado revelou-se um desafio complexo, mas fundamental. A identificação proativa de situações de risco exigiu um olhar atento e crítico sobre as práticas estabelecidas no serviço. A supervisão da equipa foi um componente crucial do meu papel como enfermeira especialista em formação. Procurei assegurar que todas as práticas estivessem alinhadas com os protocolos institucionais de segurança, o que implicou um conhecimento aprofundado destes protocolos e a capacidade de orientar outros profissionais.

Com esta análise, refleti sobre a cultura de culpabilização que persiste, se bem que disfarçada, na enfermagem, dificultando a notificação espontânea de incidentes. Este reconhecimento motivou-me a trabalhar mais intensamente na promoção de uma cultura justa, onde o erro deve

ser encarado como oportunidade de melhoria coletiva.

A criação de um ambiente onde os profissionais se sentem seguros para reportar incidentes e discutir abertamente situações de risco foi um dos maiores desafios que enfrentei. No entanto, a participação nestas discussões não foi uniforme entre todos os membros da equipa, evidenciando a necessidade da implementação de estratégias adicionais para envolver profissionais mais resistentes à mudança. Reconheço que a verdadeira transformação cultural requer persistência e consistência ao longo do tempo, ultrapassando o período limitado do estágio. A sustentabilidade das intervenções implementadas é um aspeto que merece reflexão e planeamento cuidadoso.

Entre os pontos fortes da minha atuação, destaco a capacidade de identificação proativa de riscos nos processos de cuidados, a implementação de estratégias efetivas para melhorar a comunicação interprofissional, a abordagem sistemática na análise de eventos adversos e as competências educativas na promoção de práticas seguras. Como oportunidades de melhoria, identifico a necessidade de maior assertividade na comunicação com a equipa multidisciplinar alargada, o desenvolvimento de estratégias para superar barreiras organizacionais e a promoção mais efetiva de uma cultura não punitiva.

O estágio de especialidade em enfermagem médico-cirúrgica na enfermagem à pessoa em situação crónica, proporcionou-me oportunidades valiosas para desenvolver competências cruciais na promoção da segurança do cliente e na criação de uma cultura de segurança, representando um percurso de crescimento significativo. A integração efetiva de teoria e prática, particularmente no que concerne à criação de ambientes seguros e à promoção de comunicação eficaz, constitui um desafio permanente que transcende o período de formação especializada. O compromisso com a excelência e a melhoria contínua deve caracterizar a atuação do enfermeiro especialista, reconhecendo que a segurança do cliente é uma responsabilidade partilhada que exige vigilância constante e adaptação às circunstâncias dinâmicas dos contextos de cuidados. Esta experiência fortaleceu a minha convicção de que o enfermeiro especialista deve ser simultaneamente um avaliador crítico, um supervisor atento, um analista sistemático, um comunicador eficaz e um educador inspirador. São estes múltiplos papéis, desempenhados com competência e compromisso, que contribuem decisivamente para a qualidade e segurança dos cuidados de saúde.

Em termos práticos, a atuação do enfermeiro especialista envolve a realização de avaliações constantes dos ambientes de cuidado, identificando situações que possam representar risco para o cliente, tais como o erro na administração de medicamentos. Mediante uma supervisão contínua, o enfermeiro especialista assegura que as práticas seguidas pela equipa estejam alinhadas com os protocolos de segurança e que as medidas corretivas sejam implementadas imediatamente, caso algum risco seja identificado (Silva et al., 2020). Além disso, o enfermeiro especialista é responsável por monitorizar e analisar eventos adversos e quase erros, propondo

ações corretivas que envolvam todos os membros da equipa multidisciplinar.

Durante o meu estágio, desenvolvi progressivamente competências avançadas na gestão de riscos relacionados à administração de medicamentos, uma área que reconheci como crítica para a segurança do cliente e qualidade dos cuidados prestados. Este processo de desenvolvimento profissional exigiu de mim uma análise sistemática e crítica dos processos assistenciais, transcendendo a perspetiva simplista da administração medicamentosa como um mero ato técnico para uma compreensão mais abrangente e complexa deste processo.

Assim, em contexto organizacional, identifiquei potenciais riscos no processo de administração de medicamentos, dedicando especial atenção aos medicamentos LASA (Look-Alike, Sound-Alike), para os quais, os serviços desenvolvem estratégias específicas de identificação, diferenciação e prevenção de erros, o que envolve a catalogação detalhada, desenvolvimento de sistemas visuais de distinção e treino específico das equipas.

Com este propósito, acompanhei a tutora na deteção de situações que poderiam comprometer a segurança dos clientes e profissionais. Foi identificado um incidente, relacionado com o armazenamento dos fármacos, que não se encontram organizados segundo a metodologia LASA. Ao debater a situação com a enfermeira tutora, concluímos que esta situação já se encontrava diagnosticada, mas pelo facto de estar sob a responsabilidade dos serviços farmacêuticos, através do sistema de armazém avançado, impossibilitou-nos de realizar a sua correção.

A utilização de protocolos bem definidos facilita a prática clínica, reduzindo erros e promovendo um cuidado mais seguro e eficaz (Pereira et al., 2017). O enfermeiro especialista, com os seus conhecimentos, contribui ativamente na elaboração e implementação de protocolos de cuidados, fundamentais para a padronização do atendimento a clientes com VIH e doenças crónicas, bem como, na revisão desses protocolos, sempre com base nas melhores evidências científicas disponíveis. No estágio tive a oportunidade de consultar as normas e protocolos dos serviços, chegando à conclusão de que alguns procedimentos ainda não têm protocolo de atuação, uma vez que são novos no serviço, nomeadamente, o protocolo relativo à terapêutica Long Acting Injectable (LAI) para infeção VIH.

Esta lacuna representou, simultaneamente, um desafio e uma oportunidade significativa para o desenvolvimento das minhas competências enquanto enfermeira especialista em formação. Compreendi que o enfermeiro especialista desempenha um papel fundamental na elaboração e implementação de protocolos de cuidados, contribuindo decisivamente para a padronização do atendimento e para a segurança do cliente, conforme destacado por Pereira et al. (2017). A ausência de orientações claras e sistematizadas para a administração da terapêutica LAI gerava inconsistências nas práticas entre diferentes profissionais, potenciando riscos para a segurança do cliente e comprometendo a eficácia terapêutica.

Perante esta constatação, tomei a iniciativa de propor à enfermeira tutora e à enfermeira chefe o desenvolvimento de um protocolo específico para esta terapêutica. Este processo revelou-se extremamente enriquecedor, exigindo uma pesquisa aprofundada sobre as especificidades farmacológicas dos antirretrovirais injetáveis de longa duração, as técnicas de administração recomendadas, os cuidados pré e pós-administração e a monitorização de efeitos adversos. Consultei as diretrizes internacionais mais recentes, estudos clínicos relevantes e recomendações dos laboratórios fabricantes, procurando fundamentar cada aspeto do protocolo na melhor evidência científica disponível.

Durante este processo de pesquisa, deparei-me com desafios significativos relacionados com a relativa novidade desta abordagem terapêutica. A literatura científica, embora crescente, ainda apresentava algumas lacunas, particularmente no que concerne a estratégias para a gestão de efeitos adversos a longo prazo e recomendações específicas para populações especiais, como pessoas idosas ou com comorbilidades significativas. Esta constatação reforçou a minha compreensão sobre a natureza dinâmica e evolutiva dos protocolos clínicos, que devem ser regularmente revistos e atualizados à medida que novas evidências emergem.

O desenvolvimento do protocolo, que se encontra em fase de elaboração, envolve uma articulação estreita com a equipa multidisciplinar, incluindo médicos, farmacêuticos e outros enfermeiros do serviço. Participei em reuniões para a discussão dos aspetos críticos do protocolo, procurando integrar diferentes perspetivas e conhecimentos específicos. Esta abordagem colaborativa revelou-se fundamental para assegurar a exequibilidade e adequação do protocolo às realidades e constrangimentos do serviço, bem como para promover a sua aceitação e implementação pelos diferentes profissionais envolvidos.

Um aspeto particularmente desafiante foi a definição dos critérios de elegibilidade para a terapêutica LAI, considerando fatores como, a adesão prévia à terapêutica oral, o perfil psicossocial do cliente, a presença de comorbilidades e potenciais interações medicamentosas. Estas decisões exigiram não apenas conhecimentos técnico-científicos aprofundados, mas também uma sensibilidade ética para equilibrar considerações de eficácia clínica, sustentabilidade económica e respeito pela autonomia e preferências do cliente.

O protocolo, em elaboração, incluiu diretivas sobre a preparação, o acondicionamento e administração dos fármacos, destacando-se aspetos críticos como a necessidade de administração intramuscular na região ventro-glútea.

Outro dos aspetos alvo da minha atenção está relacionado com o facto das pessoas com doença crónica, nomeadamente aquelas que vivem com VIH, serem particularmente vulneráveis a infeções devido à diminuição da função imunológica, o que as torna mais suscetíveis a infeções hospitalares, como pneumonia, infeções urinárias e da corrente sanguínea (Oliveira et al., 2020). Nesse contexto, o enfermeiro especialista deve adotar práticas rigorosas de controlo de infeções, como a higienização das mãos, o uso de equipamentos de proteção individual (EPIs) e

o controlo da limpeza e desinfeção de superfícies e equipamentos. Estas medidas são vitais para minimizar o risco de infeções adquiridas no ambiente hospitalar (Barros et al., 2021). Deve também estar atento aos sinais de infeção precoces e implementar estratégias de prevenção específicas, como a profilaxia de infeções oportunistas e a vacinação, além de monitorizar de forma regular os indicadores imunológicos destes clientes, como a contagem de linfócitos T CD4+ (Lima et al., 2020).

O enfermeiro especialista assume um papel crucial na prevenção, intervenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde (IACS) e na gestão da resistência antimicrobiana, especialmente em contextos de processos médicos e cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica, conforme estabelecido no Regulamento n.º 429/2018 (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A resistência aos antimicrobianos (RAM) é uma preocupação crescente em clientes com doenças crónicas como o VIH. O uso indiscriminado de antimicrobianos, que pode ocorrer devido ao tratamento prolongado e à presença de infeções associadas, contribui para a resistência bacteriana, tornando os tratamentos menos eficazes e complicando a gestão dessas condições (Costa, 2021). O enfermeiro especialista deve estar atento ao uso racional de antibióticos, intervindo para evitar a prescrição desnecessária e garantindo que os clientes completem corretamente os ciclos de tratamento, evitando o uso inadequado ou a automedicação (Barros et al., 2021).

No contexto do VIH, o tratamento antirretroviral (TAR) é frequentemente associado a interações medicamentosas que podem alterar a eficácia de outros medicamentos, incluindo os antimicrobianos. O enfermeiro especialista deve ser capaz de monitorizar esses tratamentos, garantindo que as interações entre os TAR e os antimicrobianos sejam compreendidas, colaborar com a equipa médica para ajustar os regimes terapêuticos e minimizar os riscos de resistência e de falha terapêutica (Santos et al., 2022).

Como enfermeira especialista em formação, reconheço que a gestão eficaz da RAM depende significativamente da educação adequada do cliente, percebendo que o meu papel vai além da simples administração de medicamentos, englobando a vertente da educação terapêutica. Ao esclarecer os clientes sobre a importância da adesão rigorosa às recomendações médicas, estabeleço uma base sólida para o combate à RAM. Quando consigo fazer com que o cliente compreenda por que deve tomar o antibiótico na dose e horário corretos e completar todo o ciclo prescrito mesmo após a melhora dos sintomas, transformo-o num parceiro ativo no processo terapêutico.

No decurso do estágio profissional, tive a oportunidade de intervir ao nível do conhecimento da pessoa, ensinando de forma individualizada, considerando o nível de literacia em saúde de cada cliente, as suas crenças e as barreiras específicas à adesão terapêutica. Mais uma vez, a utilização de uma linguagem acessível e de materiais ilustrativos, bem como uma comunicação

empática, aumentaram significativamente a compreensão e conhecimento dos clientes, contribuindo para o combate a este desafio global de saúde pública. A educação e sensibilização constituem ferramentas essenciais neste processo, nomeadamente para a compreensão dos mecanismos de transmissão, a importância da higiene e os procedimentos preventivos (Tavares et al., 2020).

O enfermeiro especialista, ao realizar trabalhos de investigação, contribui para o desenvolvimento de práticas baseadas na evidência e para a melhoria contínua dos protocolos de prevenção e controlo de infeção (Rodrigues et al., 2018), atuando como líder educacional nas unidades de saúde. É sua responsabilidade assegurar que os profissionais de saúde, incluindo médicos, farmacêuticos e técnicos, estejam atualizados sobre as melhores práticas no controlo de infeções e na prescrição de antimicrobianos, adotando protocolos de antibiotic stewardship. A formação contínua das equipas de saúde ajuda a prevenir a propagação de infeções resistentes e a garantir que os clientes recebem cuidados mais eficazes (Oliveira et al., 2020). Para além disso o enfermeiro especialista tem também um papel ativo na vigilância epidemiológica e em programas de monitorização de infeções resistentes nas unidades de saúde. A participação em estudos de resistência antimicrobiana, a análise de dados sobre a eficácia de tratamentos e a vigilância ativa das infeções em clientes crónicos e com VIH permitem um ajuste precoce das estratégias de tratamento.

A complexidade dos processos de saúde-doença exige uma abordagem especializada e diferenciada, onde o enfermeiro desenvolve competências específicas de intervenção preventiva e terapêutica. Neste contexto, o profissional implementa estratégias sistemáticas de controlo de infeção, fundamentadas em evidências científicas e protocolos institucionais rigorosos (Pina et al., 2016).

As intervenções do enfermeiro especialista centram-se em múltiplas dimensões, nomeadamente: identificação precoce de focos de infeção, avaliação de riscos microbiológicos, implementação de medidas de assepsia, monitorização de indicadores epidemiológicos e promoção de boas práticas de higienização (Mendonça et al., 2019). A vigilância permanente e a adoção de precauções baseadas na transmissão constituem elementos fundamentais na prevenção da disseminação de microrganismos multirresistentes.

O enfermeiro especialista tem uma responsabilidade decisiva na prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde e na gestão da resistência aos antimicrobianos, especialmente no cuidado a clientes com doenças crónicas e infeção por VIH. O seu trabalho envolve não só a aplicação de práticas rigorosas de controlo de infeções, mas também a educação contínua, a gestão cuidadosa da terapêutica antimicrobiana, a monitorização regular dos clientes e a participação em programas de vigilância epidemiológica. Essas ações são essenciais para garantir a segurança do cliente e melhorar os resultados clínicos a longo prazo.

A minha experiência no Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos

Antimicrobianos (PPCIRA) permitiu-me compreender a existência de disposições específicas para atuação, englobando formação profissional, monitorização epidemiológica e padronização de procedimentos clínicos. A prevenção constitui, sem dúvida, o elemento fundamental na abordagem às Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). Durante o meu percurso académico, particularmente na unidade curricular relacionada com prevenção e controlo de infeções, aprofundei conhecimentos prévios e adquiri novas competências nesta área. Para alcançar o objetivo estabelecido no planeamento do projeto relativamente ao PPCIRA, passei a garantir cuidados seguros com base em evidências atuais, realizando análise bibliográfica de diversos documentos relevantes.

Desta análise, destaco a consulta do Programa de Prevenção e Controle de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (Direção-Geral da Saúde, 2017), as diretrizes internacionais do Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2017) relativas ao cateter venoso periférico, e as recomendações do European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC, 2018) sobre medidas de isolamento básicas considerando as vias de transmissão microbiana. Além disso, examinei as orientações especificadas como "feixes de intervenção" elaboradas pela Direção-Geral da Saúde, incluindo as normas sobre "Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde" (Norma n.º 007/2019), "Uso e Gestão de Luvas nas Unidades de Saúde" (Norma n.º 013/2014 atualizada a 07/08/2015), e "Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico" (Norma n.º 020/2015 atualizada em 17/11/2022).

Particularmente importante, foi a análise do "Feixe de Intervenções para Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical" (Norma n.º 019/2015 atualizada a 30/05/2017), que enfatiza a importância da documentação de todos os procedimentos relacionados ao cateter urinário, incluindo dados de inserção, calibre utilizado, volume de balão, e justificação clínica para cateterização, segundo as recomendações da Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC, 2014).

Uma das atividades que realizei foi a análise dos protocolos existentes nos contextos de estágio, em conjunto com a enfermeira elo de ligação ao PPCIRA, confirmando que estes estavam disponíveis para consulta na plataforma interna da instituição. Durante o estágio de internamento, tive a oportunidade de acompanhar este profissional numa auditoria e no estágio de ambulatório também. As auditorias que acompanhei baseiam-se em dois instrumentos de observação. O primeiro instrumento, intitulado "Uso de luvas nos cuidados de saúde", um formulário interno de observação dos profissionais de diferentes categorias. Nesta avaliação, identificaram-se falhas na higienização das mãos antes da colocação de luvas e no uso de luvas fora do ambiente de fornecimento de cuidados pelos profissionais, não cumprindo com os requisitos do protocolo, tal como identificado por Pina et al. (2014) em estudos anteriores.

O segundo instrumento, denominado "Formulário para Observação da Higiene das Mãos", deriva da norma sobre monitorização desta prática e contempla os "5 Momentos" para higienização

preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2019). Constatou-se que diversos profissionais ainda não cumpriam todos os momentos recomendados, verificando-se falhas nas cinco etapas, o que corresponde aos dados reportados no programa nacional (Direção-Geral da Saúde, 2017).

Nesta experiência, tive a oportunidade de acompanhar a equipa da Unidade Local do PPCIRA em reuniões com os serviços onde estão implementadas estas medidas, experiência que considerei muito importante para o desenvolvimento do meu pensamento crítico-reflexivo sobre este tema.

O acesso a cuidados de saúde protegidos é um direito universal, devendo ocorrer de forma oportuna e clinicamente adequada. Estes cuidados devem ser prestados com respeito, seguindo as melhores evidências científicas e seguindo boas práticas de qualidade e segurança. Por isso, é essencial que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) seja regulado por princípios como qualidade, humanização, precisão técnica e individualização do cuidado (Despacho n.º 9390/2021).

A gestão de risco e prevenção de complicações representa outro domínio crítico de intervenção. O enfermeiro especialista implementa estratégias direcionadas para a prevenção de resistências virais, promoção da saúde sexual e reprodutiva e identificação precoce de potenciais complicações associadas à não adesão terapêutica.

No âmbito clínico, o enfermeiro especialista implementa intervenções complexas que incluem a identificação proativa de potenciais eventos adversos nos processos assistenciais, a implementação de protocolos de segurança baseados em evidências científicas, a análise crítica dos sistemas e processos de trabalho e o desenvolvimento de estratégias de comunicação efetivas entre equipas multidisciplinares.

Studart et al. (2017) destacam que a gestão de riscos clínicos requer do enfermeiro uma compreensão sistémica dos fatores que contribuem para a ocorrência de incidentes, permitindo intervenções preventivas e corretivas.

A gestão de risco e a prevenção de complicações emergiram como domínios críticos da minha intervenção enquanto enfermeira especialista em formação, exigindo uma abordagem sistemática e baseada em evidências científicas. Durante o estágio, identifiquei que o acompanhamento do cliente que vive com VIH exige uma vigilância contínua e personalizada, considerando não apenas os aspetos fisiopatológicos da infeção, mas também as dimensões psicossociais que influenciam significativamente a evolução clínica e a qualidade de vida. A implementação de estratégias direcionadas para a prevenção de resistências virais constituiu um dos focos prioritários da minha intervenção. Para tal, desenvolvi um processo estruturado de monitorização da adesão terapêutica, utilizando instrumentos validados para identificação de barreiras à adesão e implementando intervenções personalizadas para ultrapassá-las. Constatei que a abordagem individualizada, considerando o contexto sociocultural e as rotinas diárias de cada cliente, resultou em melhorias significativas nos padrões de adesão. No entanto,

reconheço que nem sempre consegui antecipar adequadamente algumas dificuldades enfrentadas pelos clientes no seu ambiente domiciliário, como é o exemplo de um jovem que tinha de esconder a medicação da família, o que dificultava a gestão do seu regime medicamentoso, o que limitou parcialmente a eficácia das intervenções implementadas em contexto hospitalar. Este aspeto evidencia a necessidade de desenvolver estratégias mais efetivas de articulação entre os cuidados hospitalares e domiciliários, assegurando uma continuidade assistencial que promova a autogestão eficaz do regime terapêutico. No caso de dificuldade no acesso à terapêutica antirretrovírica ou em caso de alterações cognitivas, que não são raros nesta valência, pude articular com a Associação Abraço, no sentido de haver um acompanhamento domiciliário destes clientes, permitindo a continuidade de cuidados, inclusive de vigilância diária da toma da terapêutica antirretrovírica, em caso de necessidade.

A promoção da saúde sexual e reprodutiva constituiu outro pilar fundamental da minha atuação, requerendo sensibilidade e competência cultural para abordar temas frequentemente envoltos em tabus e preconceitos. Na implementação de intervenções do tipo "ensinar", abordei temas como práticas sexuais seguras, direitos reprodutivos e estratégias de comunicação com parceiros. Esta intervenção revelou-se particularmente desafiante, exigindo um equilíbrio delicado entre o respeito pela autonomia e privacidade do cliente e a necessidade de fornecer informação cientificamente válida e pertinente. Observei que a criação de um ambiente não discriminatório e confidencial foi determinante para estabelecer uma relação terapêutica eficaz, permitindo discussões abertas sobre comportamentos de risco e estratégias preventivas. Aprofundei os meus conhecimentos quanto à diversidade de orientações sexuais e identidades de género, reconhecendo a importância da abordagem destes clientes considerando as suas particularidades neste âmbito.

No âmbito clínico, a implementação de intervenções complexas constituiu um desafio constante, exigindo uma compreensão aprofundada dos processos fisiopatológicos da infeção pelo VIH e das interações medicamentosas potencialmente prejudiciais, facilitada pela concretização de pós-graduação em Infeção VIH, ministrada pelo Professor Doutor Henrique Lecour.

Visando a melhoria dos cuidados prestados à pessoa que vive com VIH e família/cuidador, o enfermeiro especialista é responsável por capacitar os restantes elementos da equipa de enfermagem. De acordo com Silva (2020), a educação contínua dos profissionais de saúde é essencial para garantir que a equipa esteja atualizada relativamente às melhores práticas na gestão dessas condições, promovendo uma abordagem holística e integrada no cuidado. O enfermeiro especialista, nesse sentido, atua como facilitador, proporcionando formações para a equipa de saúde, além de incorporar metodologias como a aprendizagem baseada em problemas e a educação em grupo, que favorecem a troca de experiências e partilha das práticas clínicas (Gonçalves et al., 2018).

A avaliação contínua das práticas educativas é essencial para garantir que as intervenções atinjam os objetivos desejados. Como destaca Oliveira (2021), o enfermeiro especialista deve estar sempre atento aos resultados das ações educativas, realizando ajustes necessários para melhorar a qualidade do atendimento e a eficácia das intervenções, o que depreende uma colheita de dados sobre a adesão dos clientes ao tratamento, a satisfação dos familiares e o impacto das atividades educativas no comportamento dos clientes.

O enfermeiro especialista, ao desenvolver competências pedagógicas, contribui significativamente para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com doenças crônicas e VIH e as suas ações no âmbito da educação, tanto para os profissionais de saúde quanto para os clientes e as suas famílias, garantindo que o cuidado seja mais eficaz, integral e humanizado.

No âmbito dos estágios nos dois contextos, em colaboração com a enfermeira tutora, identifiquei as necessidades formativas dos enfermeiros dos serviços, através da aplicação de um questionário. Posteriormente, planeei, com a referida enfermeira, três formações visando colmatar as necessidades identificadas. As três temáticas abordadas foram: “A infeção VIH - novo paradigma” (anexo III); “Administração dos novos fármacos de ação prolongada (Long Acting Injectables)” (anexo IV); e “Plataforma digital das jornadas do cliente com VIH” (anexo V). Na prática, pude observar que as necessidades formativas foram colmatadas, promovendo não só o desenvolvimento de competências, mas motivando também as equipas para novas abordagens e para um cuidado mais efetivo e humanizado ao cliente com infeção VIH.

Como enfermeira especialista em formação, assumi progressivamente um papel educativo junto da equipa. Estas intervenções educativas foram bem recebidas, mas notei que a transferência de conhecimento para a prática nem sempre foi imediata ou sustentada. Isto sugere a necessidade da implementação de estratégias educativas mais inovadoras e centradas na mudança comportamental, possivelmente incorporando simulações e ‘feedback’ em tempo real.

5. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

Este relatório tem como propósito, descrever e analisar de forma crítica e reflexiva o desenvolvimento das atividades realizadas, a que me propus, com vista à concretização dos objetivos definidos para a aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente de cuidados à pessoa em situação crónica, com particular enfoque na pessoa com VIH.

Os estágios decorreram em unidades de saúde integradas numa instituição de referência, com experiência consolidada na abordagem multidisciplinar à pessoa com infeção por VIH. Este contexto clínico permitiu o contacto com uma diversidade de situações clínicas, fundamentais para o desenvolvimento de competências especializadas e para uma reflexão crítica sustentada em referenciais teóricos e práticos, adquiridos ao longo da formação.

A aquisição de competências ocorreu de forma progressiva e alinhada com os objetivos delineados, contribuindo para o desenvolvimento profissional e para a consolidação de competências especializadas. Os ensinamentos clínicos foram orientados pelas premissas definidas nos Regulamentos n.º 140/2019 e n.º 429/2018, relativos às competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, respetivamente, aplicando-se tanto aos objetivos definidos como aos padrões de qualidade dos cuidados prestados.

Foi possível aprofundar competências na gestão e priorização de cuidados à pessoa/família em processo de transição saúde-doença, com foco na infeção por VIH, fazendo uso dos conhecimentos adquiridos ao longo do percurso formativo. A pesquisa de evidência científica centrou-se na adesão ao regime antirretroviral, na promoção da literacia em saúde e na autogestão da doença crónica, aspetos essenciais na intervenção junto desta população. A conceção de planos de cuidados, realizadas em contexto de internamento e consulta de enfermagem, permitiu-me refletir sobre os desafios e a intervenção do enfermeiro especialista no apoio à pessoa com VIH, promovendo a autonomia, a adesão terapêutica e a qualidade de vida.

A discussão destes planos com os tutores e orientadores de estágio possibilitou a contratualização de cuidados individualizados e a avaliação contínua da evolução clínica e psicossocial dos clientes. Este processo facilitou o desenvolvimento da capacidade de identificação de necessidades específicas e da implementação de intervenções eficazes, nomeadamente na prevenção de infeções oportunistas, na promoção de hábitos de vida saudáveis e na articulação com redes de apoio.

A consulta de normas técnicas e protocolos sobre o controlo de infeção, bem como o

acompanhamento de atividades desenvolvidas pelas equipas de prevenção e controlo de infeção hospitalar, permitiu conhecer em profundidade os desafios que o enfermeiro especialista enfrenta no contexto da infeção por VIH, especialmente no que diz respeito à confidencialidade, estigma, adesão terapêutica e resistência aos antimicrobianos.

Um dos domínios em que se verificou maior desenvolvimento de competências foi o da Gestão de Risco Local. A análise crítica da documentação institucional, a clarificação do conteúdo funcional do enfermeiro gestor de risco e a participação ativa em atividades relacionadas com a segurança do doente foram determinantes para a aquisição de conhecimentos sólidos nesta área.

Simultaneamente, houve um investimento contínuo na promoção de estratégias de prevenção do risco clínico e não clínico, com especial atenção à segurança da prestação de cuidados em pessoas com VIH. A reflexão sistemática sobre os processos desenvolvidos, em articulação com os tutores, orientadores e colegas, contribuiu para o desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo e para a melhoria da capacidade de tomada de decisão clínica.

Ao longo de todo o percurso académico, foi evidente o contributo do enfermeiro especialista na melhoria dos resultados em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem junto da pessoa com VIH, nomeadamente através do reforço da adesão terapêutica, da redução de hospitalizações evitáveis e da melhoria da qualidade de vida. Estas conclusões, entre outras, estão patentes neste relatório, onde são descritas as experiências vividas e os conhecimentos adquiridos ao longo do estágio.

Em termos globais, considero que os objetivos estabelecidos foram plenamente atingidos. Apesar das limitações impostas pelo volume de trabalho das enfermeiras tutoras, os contextos clínicos mostraram-se adequados ao desenvolvimento das competências previstas. As revisões narrativas, utilizadas no estudo de caso bem como nas ações formativas desenvolvidas nos contextos de estágio, permitiram aprofundar conhecimentos e fomentar uma visão crítica sobre os cuidados especializados à pessoa que vive com VIH.

A prática baseada na evidência constituiu um pilar fundamental deste percurso formativo, permitindo-me moldar uma consciência crítica e reflexiva que orientará a minha prática futura enquanto enfermeira especialista. Neste âmbito, destaca-se a importância do trabalho colaborativo com tutores e orientadores, cuja orientação foi essencial para a aquisição de um conjunto alargado e sólido de competências.

Por fim, expresso um agradecimento sentido a todos os intervenientes neste processo formativo. Embora não seja possível nomear todos, destaco os colegas dos serviços, bem como as colegas do meu serviço e enfermeira gestora, as enfermeiras tutoras e os Professores, pelo apoio e incentivo constantes.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Ball, J., Bruyneel, L., Rafferty, A. M., & Griffiths, P. (2018). Patient satisfaction with hospital care and nurses in England: An observational study. *BMJ Open*, 8(1), Article e019189. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019189>
- Almeida, M. R., Silva, P. A., & Costa, D. F. (2019). Educação em saúde: Estratégias para a promoção da adesão ao tratamento de doenças crônicas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(5), 1174-1181.
- Andrade, J. M. V. de, Carvalho, M. de L. F., Silva, J. P. M. da, & Santos, M. I. F. (2023). A importância da enfermagem no tratamento dos pacientes portadores de HIV+. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, 6(13), 2066-2077. <https://doi.org/10.55892/jrg.v6i13.796>
- Angelman, A., & Cherepanov, P. (2012, March 16). *The structural biology of HIV-1: Mechanistic and therapeutic insights*. <https://doi.org/10.1038/nrmicro2747>
- APIC (Associação para Profissionais em Controle de Infecções e Epidemiologia). (2014). *Guia para prevenção de infecções do trato urinário associadas a cateter*. APIC.
- Barbosa, R., & Silva, M. (2018). *Cuidados centrados na pessoa: Fundamentos e práticas*. Climepsi Editores.
- Barros, S. A., Oliveira, L. R., & Silva, P. M. (2021). O papel do enfermeiro especialista no cuidado ao paciente com HIV. *Revista de Enfermagem*, 46(3), 212-219.
- Barros, S. A., Oliveira, L. R., & Silva, P. M. (2021). Uso racional de antimicrobianos: O papel do enfermeiro na gestão da resistência aos antimicrobianos em unidades de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem*, 45(3), 134-142.
- Barroso, J., Leserman, J., Harmon, J. L., Hammill, B., & Pence, B. W. (2024). Fatigue in people living with HIV: Prevalence, correlates, and management strategies. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 35(1), 24-38. <https://doi.org/10.1097/JNC.0000000000000341>
- Basch, E., Reeve, B. B., Mitchell, S. A., Clauser, S. B., Minasian, L. M., Dueck, A. C., Mendoza, T. R., Hay, J., Atkinson, T. M., Abernethy, A. P., Bruner, D. W., Cleeland, C. S., Sloan, J. A., Chilukuri, R., Baumgartner, P., Denicoff, A., St. Germain, D., O'Mara, A. M., Chen, A., ... Schrag, D. (2014). Development of the National Cancer Institute's patient-reported outcomes version of the common terminology criteria for adverse events (PRO-CTCAE). *Journal of the National Cancer Institute*, 106(9), dju244. <https://doi.org/10.1093/jnci/dju244>

- Bekker, L. G., et al. (2014). Advancing global health and strengthening the HIV response in the era of the Sustainable Development Goals. *The Lancet*, 384(9939), 428–438.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Addison-Wesley.
- Benner, P. (2011). *De iniciante a expert: Excelência e poder na prática de enfermagem* (1ª ed.). Artmed.
- Bennett, J., Dolin, R., & Blaser, M. (2017). *Infectious disease essentials*. Elsevier.
- Berenguer, N. G., & Pesce, D. (2017). Application of Transitions Theory in nursing care for people living with HIV. *Journal of Nursing Scholarship*, 49(3), 280–287. <https://doi.org/10.1111/jnu.12291>
- Berger, B. E., Ferrans, C. E., & Lashley, F. R. (2001). Measuring stigma in people with HIV: Psychometric assessment of the HIV stigma scale. *Research in Nursing & Health*, 24(6), 518–529. <https://doi.org/10.1002/nur.10011>
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., & Dochterman, J. M. (2018). *Classificação das intervenções de enfermagem* (NIC) (6ª ed.). Elsevier.
- Carapeto, C., & Fonseca, F. (2023). *Administração pública: Modernização, qualidade e inovação* (6ª ed.). Edições Sílabo.
- Carvalho, E., Silva, F. R., & Costa, R. (2023). Estilos de liderança e motivação da equipe de enfermagem: Uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(2), e20220167. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0167>
- Carvalho, J. et al. (2021). Avaliação multidimensional em contextos de doença complexa. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 45(2), 78–92.
- Cassiani, S. H. B. (2018). Enfermagem e a segurança do paciente: Contribuições para uma prática mais segura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(Suppl. 4).
- Centers for Disease Control and Prevention. (2017). *Diretrizes para a prevenção de infeções relacionadas a cateteres intravasculares*. CDC.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2022). *Sobre doenças crónicas*. Centro Nacional de Prevenção de Doenças Crónicas e Promoção da Saúde.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024). *HIV treatment*. <https://www.cdc.gov/hiv/causes/index.html>
- Centro Europeu de Prevenção e Controle de Doenças. (2018). *Precauções de contato: Um guia para pacientes e visitantes*. ECDC. https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Director2018_Citizen%20-%2027%20Aug%202019_PT.pdf

- Chesney, M. A. (2003). Factors affecting adherence to antiretroviral therapy. *Clinical Infectious Diseases*, 37(2), 161-167. <https://doi.org/10.1086/375671>
- Chick, N., & Meleis, A. I. (2010). Transições: Uma preocupação da enfermagem. In A. I. Meleis (Ed.), *Teoria das transições: Teorias de médio alcance e específicas da situação na pesquisa e prática de enfermagem* (pp. 24-38). Editora Springer.
- Cohen, M. R. (2007). *Medication errors*. American Pharmaceutical Association.
- Cooper, V., Clatworthy, J., Youssef, E., Llewellyn, C., Miners, A., Lagarde, M., Sachikonye, M., Perry, N., Nixon, E., Fisher, M., & Horne, R. (2017). Quais aspectos da prestação de cuidados de saúde são vivenciados de forma mais positiva por pessoas vivendo com HIV no Reino Unido? Um estudo transversal. *International Journal of STD & AIDS*, 28(10), 978-987. <https://doi.org/10.1177/0956462416677385>
- Copanitsanou, P., Fotos, N., & Brokalaki, H. (2020). Effects of organizational culture on nursing care quality and patient satisfaction. *Journal of Nursing Management*, 28(3), 692-700. <https://doi.org/10.1111/jonm.12977>
- Cordeiro, M., et al. (2019). *Comunicação em saúde e VIH: Desafios contemporâneos*. Lidel.
- Costa, J. et al. (2017). Estratégias de controlo da resistência antimicrobiana. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 35(2), 123-135.
- Costa, J., Ribeiro, P., & Santos, M. (2020). Comorbilidades em doentes com VIH: O papel do enfermeiro especialista. *Revista Portuguesa de Enfermagem Avançada*, 4(2), 89-97.
- Costa, L. D. (2021). A resistência aos antimicrobianos no contexto da infeção VIH. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(4), 519-526.
- Costa, L. D. (2021). O impacto do estigma na adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV: Um estudo de caso. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(7), e00071220.
- Deeks, S. G., Lewin, S. R., & Havlir, D. V. (2013). O fim da AIDS: a infecção pelo HIV como doença crónica. *The Lancet*, 382(9903), 1525-1533. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61809-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61809-7)
- Deeks, S. G., Lewin, S. R., & Havlir, D. V. (2024). The end of AIDS: HIV infection as a chronic disease. *The Lancet*, 403(10387), 1561-1571. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02467-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02467-8)
- Delgado, A. B., & Lima, M. L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2(2), 81-100.
- Despacho n.º 9390/2021. (2021, 24 de setembro). Diário da República n.º 187/2021, Série II. Ministério da Saúde.
- Dias et al. (2023). Avaliação de competências do enfermeiro de prática avançada: Validação de

um instrumento para atenção primária. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6958.4450>

Direção-Geral da Saúde. (2017a). *Programa de prevenção e controle de infeções e de resistência aos antimicrobianos*. DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2017b). Norma nº 019/2015 atualizada em 30/05/2017: "Feixe de intervenções" de prevenção de infeção urinária associada a cateter vesical. DGS.

Direção-Geral da Saúde/Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2022). *Infeção por VIH em Portugal*. Lisboa: DGS/INSA. <http://hdl.handle.net/10400.18/8383>

Duarte, A. et al. (2023). Gestão da doença crónica: Intervenções de enfermagem na infeção por VIH. *Revista Portuguesa de Enfermagem*.

Duarte, A., Brito, J., Subtil, A., & Dias, S. (2023). *Stigma Index 2.0. People Living with HIV Stigma Index*.

Duarte, A., Santos, R., Antunes, F., & Pereira, B. (2023). Effectiveness of a nurse-led chronic disease management program for people living with HIV: A multicenter randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 139, 104395. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104395>

Dubois, C. A., D'Amour, D., Pomey, M. P., Girard, F., & Brault, I. (2020). Which priority indicators to use to evaluate nursing care performance? A discussion paper. *Journal of Advanced Nursing*, 76(4), 1058-1072. <https://doi.org/10.1111/jan.14293>

European AIDS Clinical Society. (2019). *European AIDS Clinical Society, Guidelines versão 10.0*. <https://www.eacsociety.org/media/guidelines-10.0-portuguese.pdf>

European AIDS Clinical Society. (2019). *Guidelines for the clinical management and treatment of HIV-infected adults in Europe*. European AIDS Clinical Society.

European AIDS Clinical Society. (2023). *European guidelines for the treatment of HIV-positive individuals*. <https://www.eacsociety.org/guidelines>

European AIDS Clinical Society. (2024). *EACS guidelines version 12.0*. EACS. <https://www.eacsociety.org/guidelines/eacs-guidelines>

Escola Superior de Enfermagem do Porto. (2023/2024). *Unidade curricular estágio de natureza profissional com relatório - Módulo I*.

Escola Superior de Enfermagem do Porto. (2024/2025). *Unidade curricular estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II*.

Evangelini, M., & Wroe, A. L. (2023). Psychological adaptation to HIV diagnosis: Current evidence and future directions. *AIDS and Behavior*, 27(4), 1258-1270.

<https://doi.org/10.1007/s10461-022-03885-1>

Fagerstrom, L., Kinnunen, M., & Saarela, J. (2018). Nursing workload, patient safety incidents and mortality: An observational study from Finland. *BMJ Open*, 8(4), e016367. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016367>

Faria, J. O., Silva, G. A., Oliveira, A. D. S., Gomes, R. M. T., & Pinheiro, C. A. T. (2018). Adesão ao tratamento antirretroviral em pessoas vivendo com HIV. *Revista Saúde Coletiva*, 8(49), 1503-1508. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2018v8i49p1503-1508>

Ferreira, A., & Silva, R. (2020). Monitorização clínica de doentes VIH: Estratégias de intervenção especializada. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 45(2), 78-92.

Ferreira, C. A., & Passadouro, R. (2019). Avaliação de desempenho dos profissionais de saúde: Satisfação e perceção de justiça dos avaliados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 37(2), 82-93. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2019.07.001>

Ferreira, M. (2023). A enfermagem especializada no cuidado ao doente crónico: Perspetivas atuais e desafios futuros. *Enfermagem em Foco*, 14(1), 15-22.

Fitzpatrick, S., et al. (2014). Adverse drug reactions in HIV treatment: Implications for care. *HIV Medicine*, 15(4), 208-218. <https://doi.org/10.1111/hiv.12145>

Franco, M., & Almeida, J. (2021). Sistemas de liderança e fatores organizacionais: Análise da influência no desempenho organizacional. *Revista de Gestão dos Países de Língua Portuguesa*, 20(1), 46-62. <http://doi.org/10.12660/rgplp.v20n1.2021.81500>

Freitas, I., Teixeira, R., Costa, M., & Pontes, A. (2022). Liderança em enfermagem no contexto hospitalar: Percepção de enfermeiros gestores. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*, 12(40), 93-102. <https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.40.93-102>

Gilead. (2022, June). *Rcm-biktarvy*. https://www.gileadpro.pt/-/media/project/gileadpro/portugal/products/rcms/rcm-biktarvy_06-2022.pdf

Gilead. (2024, July). *Biktarvy*. <https://www.biktarvyhcp.com/>

Global Prevention Coalition. (2022). *UNAIDS*. <https://hivpreventioncoalition.unaids.org/pt-pt>

Gonçalves, A. C., Lima, M. P., & Oliveira, R. L. (2020). A educação continuada na formação de enfermeiros especialistas em cuidados de saúde primários. *Enfermagem em Foco*, 9(2), 56-62.

Harrison, R., et al. (2017). Adherence to antiretroviral therapy in HIV-infected adults: A systematic review and meta-analysis. *AIDS and Behavior*, 21(6), 1810-1820. <https://doi.org/10.1007/s10461-017-1673-4>

hivinfo. (2021, August 4). *Understanding HIV/fact-sheets/hiv-life-cycle*.

IAPAC (International Association of Providers of AIDS Care). (2024, July). IAPAC – *Biktarvy* (Fact sheet). <https://www.iapac.org/fact-sheet/biktarvy/>

Im, E. O. (2011). Teoria das transições: Uma trajetória de desenvolvimento teórico em enfermagem. *Nursing Outlook*, 59(5), 278–285. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2011.03.008>

Índice. (2024, March 25). *Índice terapêutico*. <https://www.indice.eu/pt/medicamentos/medicamentos/folifer/saber-mais>

Infomed. (2018, August 27). *Folifer, RCM*. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml>

Instituto Nacional de Estatística. (2025). *Inquérito nacional de saúde 2024: Resultados preliminares*. INE.

International Council of Nurses. (2017). *Nursing care classification: A comprehensive guide to the development and use of the international classification for nursing practice* (CIPE). International Council of Nurses.

Kasper, D., Hauser, S., Jameson, J., Fauci, A., Longo, D., & Loscalzo, J. (2015). *Harrison's principles of internal medicine* (19^a ed.). McGraw-Hill Global Education Holdings.

Kazemian, P., Ding, D. D., Scott, J. A., Feser, M. K., Biello, K., Thomas, B. E., Dange, A., Bedoya, C. A., Balu, V., Rawat, S., Kumarasamy, N., Mimiaga, M. J., O'Cleirigh, C., Weinstein, M. C., Kumar, J. P., Kumar, S., Mayer, K. H., Safren, S. A., & Freedberg, K. A. (2022). The cost-effectiveness of a resilience-based psychosocial intervention for HIV prevention among MSM in India. *AIDS* (London, England), 36(9), 1223–1232. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000003231>

Kralik, D., Visentin, K., & Van Loon, A. (2006). Transição: Uma revisão da literatura. *Journal of Advanced Nursing*, 55(3), 320–329. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03899.x>

Landovitz, R., et al. (2021, August 11). Cabotegravir for HIV prevention in cisgender men and transgender women. *New England Journal of Medicine*, 385, 595–608. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2101016>

Lima, M. F., & Souza, R. S. (2020). Autogestão da saúde em pacientes com doenças crônicas: O papel do enfermeiro na educação e capacitação do paciente. *Jornal de Enfermagem Clínica*, 44(3), 431–438.

Lima, M. F., Costa, S. D., & Souza, L. F. (2020). Gestão de cuidados e apoio psicológico a pacientes com HIV: A atuação do enfermeiro. *Journal of Clinical Nursing*, 29(8), 1212–1220.

Lima, M. F., Costa, S. D., & Souza, L. F. (2020). Protocolos de uso de antimicrobianos e a resistência aos antimicrobianos: O papel do enfermeiro especialista. *Journal of Clinical Nursing*, 29(8), 1323–1331.

- Maia, E. G., Pinheiro, A. L. S., Ximenes Neto, F. R. G., Arruda, C. A. M., & Saraiva, R. J. (2022). *Nursing care organization models and their impact on patient outcomes: A systematic review. International Journal of Nursing Studies*, 125, 104093. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104093>
- Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2021). *Leadership roles and management functions in nursing: Theory and application* (10ª ed.). Wolters Kluwer.
- Marshall, A. L., Sjöström, M., Bauman, A. E., Booth, M. L., Ainsworth, B. E., Pratt, M., Ekelund, U., Yngve, A., Sallis, J. F., & Oja, P. (2003). International Physical Activity Questionnaire: 12-country reliability and validity. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 35(8), 1381-1395. <https://doi.org/10.1249/01.MSS.0000078924.61453.FB>
- Martins, T., & Brito, A. (2021). Autocuidado: Uma abordagem com futuro nos contextos de saúde. In *Escola Superior de Enfermagem do Porto, Autocuidado: Um foco central da enfermagem. Escola Superior de Enfermagem do Porto*. <http://hdl.handle.net/10400.26/39415>
- Massignani, L. M., Rabuske, M. M., Schubert Backes, M., & Maria Aparecida Crepaldi, M. (2017). Comunicação de diagnóstico de soropositividade HIV e AIDS por profissionais de saúde. *Psicologia Argumento*, 32. <https://doi.org/10.7213/psicol.argum.32.s02.AO06>
- Meleis, A. I. (2000). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer.
- Meleis, A. I. (2007). *Theoretical nursing: Development and progress* (4ª ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer.
- Meleis, A. I., & Trangenstein, P. A. (1994). Facilitating transitions: Redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42(6), 255-259.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Vivenciando transições: Uma teoria emergente de médio alcance. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Mello, J. F., & Barbosa, S. F. F. (2013). Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: Recomendações da literatura. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 22(4), 1124-1133.
- Melo, A. C., & Oliveira, J. P. (2020). O papel da enfermagem na promoção da adesão à terapia antirretroviral. *Enfermagem em Foco*, 11(6), 18-25.
- Mendonça, A. et al. (2019). Práticas de prevenção de infeções em contexto hospitalar. *Acta Médica Portuguesa*, 32(4), 245-256.

Mills, E. J., et al. (2016). Effectiveness of antiretroviral therapy in HIV-infected adults with comorbidities: A systematic review. *The Lancet HIV*, 3(9), e451-e463. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(16\)30129-X](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(16)30129-X)

Ministério da Saúde. (2011). Portaria n.º 242/2011, de 21 de junho. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 118.

Ministério das Finanças. (2007). Lei n.º 66-B/2007, de 28 de dezembro: Sistema integrado de gestão e avaliação do desempenho na administração pública. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 250.

Moore, R. D., Bartlett, J. G., & Gallant, J. E. (2024). Early educational interventions and adherence outcomes in newly diagnosed HIV patients. *Clinical Infectious Diseases*, 78(3), 454-462. <https://doi.org/10.1093/cid/ciad519>

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2018). *Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)* (6ª ed.). Elsevier.

Morais, P., & Santos, M. (2020). Impacto psicológico do diagnóstico da infeção por VIH. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 38(2), 121-128.

Morais, R., & Santos, M. (2020). Impacto psicológico do diagnóstico de VIH/SIDA em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 38(2), 95-101.

Nachega, J. B., Sam-Agudu, N. A., Mellors, J. W., & Zumla, A. (2023). Adherence to antiretroviral therapy: Challenges and solutions. *The Lancet HIV*, 10(8), e538-e550. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(23\)00101-2](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(23)00101-2)

NANDA International, Inc. (2018). *Diagnósticos de enfermagem: Definições e classificação 2018-2020* (11ª ed.). Thieme.

Needleman, J., Liu, J., Shang, J., Larson, E. L., & Stone, P. W. (2018). Association of registered nurse and nursing support staffing with inpatient hospital mortality. *BMJ Quality & Safety*, 27(8), 613-620. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2017-007390>

Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2018). *Código deontológico dos enfermeiros: Dos comentários à análise de casos* (2ª ed.). Ordem dos Enfermeiros.

Nunes, R. (2019). *Ética em cuidados de saúde*. Editora Afrontamento.

Oliveira, A. C., Santos, D. M., & Pereira, R. S. (2020). Educação em saúde para pacientes com HIV: O papel do enfermeiro na adesão ao tratamento. *Enfermagem Global*, 19(2), 99-106.

Oliveira, A. C., Santos, D. M., & Pereira, R. S. (2020). Práticas de controle de infeções associadas aos cuidados de saúde: Uma revisão crítica da literatura. *Enfermagem Global*, 19(1), 67-75.

Oliveira, A. S. (2021). Avaliação das práticas educativas de enfermeiros especialistas: Um

estudo de caso. *Revista de Educação em Saúde*, 35(4), 512-520.

Oliveira, R. M. et al. (2014). Estratégias para promover a segurança do paciente. *Escola Anna Nery*, 18(1), 122-127.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Código deontológico do enfermeiro. OE.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. OE.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 429/2018. *Diário da República*, 2.ª série, N.º 135, 16 de julho.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2.ª série, N.º 26.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária*. OE.

Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Modelo de desenvolvimento profissional*. OE Publicações.

Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6ª ed.). Mosby.

Organização Mundial da Saúde. (2002). *Cuidados inovadores para condições crónicas: Elementos constitutivos para a ação*. OMS.

Organização Mundial da Saúde. (2018). *Relatório sobre a situação global das doenças não transmissíveis*. OMS.

Organização Mundial da Saúde. (2019). *Diretrizes da OMS sobre higiene das mãos nos cuidados de saúde*. OMS.

Organização Mundial da Saúde. (2020). *Relatório sobre a situação global das doenças não transmissíveis*. Imprensa da OMS.

Organização Mundial da Saúde. (2022). *Diretrizes consolidadas sobre prevenção, testagem, tratamento, prestação de serviços e monitoramento do HIV: Recomendações para uma abordagem de saúde pública*. OMS.

Organização Mundial da Saúde. (2024). *Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: Recommendations for a public health approach*. OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240052192>

Pacheco, S., et al. (2018). *Enfermagem em contextos de complexidade: VIH e outras patologias*. Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Pantelic, M., Sprague, L., & Stangl, A. L. (2023). "It's not HIV that will kill me, it's the stigma": A

qualitative synthesis on HIV stigma 40 years into the epidemic. *BMC Public Health*, 23(1), 542. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15438-9>

Pereira, A., et al. (2019). Família como parceira no cuidado em saúde. *Journal of Advanced Nursing*, 56(3), 215-229.

Pereira, M. L., Costa, T. R., & Silva, S. L. (2017). Protocolos de cuidado para pacientes com HIV: Avaliação de sua eficácia e aplicabilidade na prática clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 25(2), 138-145.

Pereira, M. L., Costa, T. R., & Silva, S. L. (2019). Vigilância epidemiológica de infeções associadas aos cuidados de saúde: Papel do enfermeiro especialista. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(6), 1345-1353.

Pina, E., Paiva, J. A., Nogueira, P., & Silva, M. G. (2014). Prevalência de infecção adquirida no hospital e do uso de antimicrobianos em hospitais portugueses: Inquérito 2012. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32(1), 34-42.

Pina, E., et al. (2016). Infeções associadas aos cuidados de saúde: Fundamentação teórica e intervenções. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(10), 57-66.

Pinto, C. (2022). Adesão terapêutica em doentes com VIH: Contributos da enfermagem especializada. *Acta Paulista de Enfermagem*, 35(3), 310-318.

Potter, P. A., & Perry, A. G. (2018). *Fundamentos de enfermagem* (9ª ed.). Elsevier.

Querido, I., Silva, P., & Santos, C. (2017). *Comunicação em saúde: Perspetivas atuais*. Edições Almedina.

Rato, H., Ferraz, D., & Telo, P. (2021). A avaliação de desempenho na administração pública portuguesa: Evolução e desafios. *Revista de Administração e Emprego Público*, 7(1), 35-54.

Reason, J. (2000). Human error: Models and management. *BMJ*, 320(7237), 768-770. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>

Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. (2019). *Diário da República*, 2ª Série, Nº 26. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho. (2018). *Diário da República*, 2ª Série, Nº 135. <https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/115698617/details/4>

Relf, M. V., Holzemer, W. L., Holtzclaw, B. J., & Slaughter, J. (2021). Uma abordagem holística para o cuidado de enfermagem em HIV. In H. Bradley-Springer & M. V. Relf (Orgs.), *Gestão de enfermagem no cuidado em HIV* (pp. 45-67). Springer.

Remien, R. H., Stirratt, M. J., Nguyen, N., & Robbins, R. N. (2022). *Mental health and HIV: Research priorities related to the implementation and scale up of "treat all" in sub-Saharan*

Africa. Journal of the International AIDS Society, 25(S1), e25919. <https://doi.org/10.1002/jia2.25919>

Ribeiro, O., Martins, M. M., Tronchin, D. M., & Silva, J. M. (2022). *Nursing care delivery models and healthcare quality: An umbrella review. International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1428. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031428>

Ribeiro, O., Vieira, M., Cunha, M., Dias, A., & Martins, R. (2020). Gestão do conhecimento e desenvolvimento de competências dos enfermeiros gestores. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(2), e19088. <https://doi.org/10.12707/RIV19088>

Rocha, J. A. O., & Dantas, J. C. (2020). *Avaliação do desempenho e gestão por objetivos* (3ª ed.). Universidade do Minho - Escola de Economia e Gestão.

Rodrigues, M., Alves, P., Rebola, E., & Rodrigues, R. (2016). Formação para a prevenção e controle de infecções associadas aos cuidados de saúde: Representações dos profissionais. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(9), 41-49.

Rodrigues, M., et al. (2018). Contributos da investigação em enfermagem para o controlo de infeção. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(Supl. 4), 1675-1682.

Rodriguez-Penney, A. T., Ellis, R. J., & Letendre, S. L. (2023). *HIV-associated neurocognitive disorders in the era of effective antiretroviral therapy. Current HIV/AIDS Reports*, 20(2), 136-147. <https://doi.org/10.1007/s11904-023-00639-1>

Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projeto: Coletânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, 15, 1-37.

Santos, J. L. G., Copelli, F. H. S., Balsanelli, A. P., Sarat, C. N. F., & Menegaz, J. C. (2022). Ambientes da prática de enfermagem e liderança: Implicações para a segurança do paciente. *Acta Paulista de Enfermagem*, 35, eAPE02399.

Santos, M., et al. (2020). Suporte familiar em processos de doença crónica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(4), 1-9.

Santos, R. P., Almeida, M. F., & Souza, J. L. (2021). Educação em saúde e o controle da resistência aos antimicrobianos no ambiente hospitalar: O papel do enfermeiro. *Journal of Nursing Education*, 44(7), 1568-1576.

Santos, R. P., Almeida, M. F., & Souza, J. L. (2022). Cuidando do cuidador no contexto do HIV: O papel do enfermeiro especialista. *Journal of Nursing Education*, 45(4), 647-655.

Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (2010). Transições: Um conceito central em enfermagem. In A. I. Meleis (Ed.), *Teoria das transições: Teorias de médio alcance e específicas da situação em pesquisa e prática de enfermagem* (pp. 38-51). Editora Springer.

Serviço Nacional de Saúde. (2022). *Manual de qualidade e segurança*. SNS.

Silva, A. R., & Monteiro, R. G. (2020). O cuidado de enfermagem na transição para o diagnóstico de HIV/AIDS: Um estudo qualitativo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(4), e20190291.

Sousa, P. (2021). A dimensão psicossocial nos cuidados especializados ao doente com infeção VIH. *Pensar Enfermagem*, 25(1), 45-53.

Sousa, P., Uva, A. S., Serranheira, F., Uva, M. S., & Nunes, C. (2018). Investigação em segurança do doente: Um desafio para a saúde pública. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 36(1), 1-2.

Souza, J. S., Almeida, A. F., & Costa, P. S. (2022). Telemedicina e plataformas de ensino no cuidado de pacientes com HIV: Avanços e desafios. *Saúde e Tecnologia*, 16(1), 85-92.

Strauss, A., et al. (2019). Chronic illness trajectories. *Journal of Health and Social Behavior*.

Studart, R. M. B., et al. (2017). Gestão de riscos na perspectiva da equipe de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5), 1039-1044.

Swendeman, D., Ingram, B. L., & Rotheram-Borus, M. J. (2023). Common factors in effective HIV self-management interventions: A systematic review. *Frontiers in Public Health*, 11, 1123344. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1123344>

Tavares, R., et al. (2020). Educação em saúde e controlo de infeção: Estratégias de intervenção. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 38(1), 45-54.

Thoth, C. A., Tucker, C., Leahy, M., & Stewart, S. M. (2014). Self-disclosure of serostatus by youth who are HIV-positive: A review. *Journal of Behavioral Medicine*, 37(2), 276-288.

UNAIDS. (2023). HIV and AIDS: Understanding and reducing stigma. <https://www.unaids.org>

UNAIDS. (2018, July 20). *Undetectable = Untransmittable [Press Centre Feature Stories]*. <https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2018/july/undetectable-untransmittable>

UNAIDS. (2024). *HIV epidemiological estimates*. <http://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>

Vallerand, A., et al. (2016). *Guia farmacológico para enfermeiros* (7ª ed.). Lusociência.

Veronesi, R., & Foccacia, R. (2015). *Tratado de infectologia* (5ª ed., 2 vols.). Editora Atheneu.

Vincent, C. (2009). *Segurança do paciente: Orientações para evitar eventos adversos*. Yendis Editora.

Wachter, R. M. (2010). *Compreendendo a segurança do paciente*. Artmed.

Webel, A. R., Jenkins, T., Longenecker, C. T., & Burant, C. J. (2023). Relationship between inflammation and fatigue in people living with HIV on suppressive antiretroviral therapy. *Journal*

of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 92(3), 267-274.
<https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002982>

World Health Organization [WHO]. (2021). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf>

World Health Organization. (2016). *Medication errors: Technical series on safer primary care*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252274>

World Health Organization. (2020). *WHOQOL-HIV BREF. World Health Organization quality of life HIV - brief version*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MSD-MER-Rev.2012.03>

World Health Organization. (2022). *Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240052390>

World Health Organization. (2002). *Innovative care for chronic conditions: Building blocks for action (Global Report)*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42500/WHO_NMC_CCH_02.01.pdf

World Health Organization. (2010). *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Manual for use in primary care*. <https://www.who.int/publications/i/item/978924159938-2>

Woodcock, A., & Bradley, C. (2006). *Validation of the HIV Treatment Satisfaction Questionnaire (HIVTSQ). Quality of Life Research, 15(7), 1111-1122*. <https://doi.org/10.1007/s11136-006-0054-5>

World Health Organization. (2002). *Innovative care for chronic conditions: Building blocks for action (Global report)*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42500/WHO_NMC_CCH_02.01.pdf

World Health Organization. (2010). *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Manual for use in primary care*. <https://www.who.int/publications/i/item/978924159938-2>

World Health Organization. (2016). *Medication errors: Technical series on safer primary care*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252274>

World Health Organization. (2020). *WHOQOL-HIV BREF: World Health Organization quality of life HIV - brief version*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MSD-MER-Rev.2012.03>

World Health Organization. (2021). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf>

World Health Organization. (2022a). *Consolidated guidelines on HIV prevention, testing,*

treatment, and care for key populations.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240052390>

World Health Organization. (2022b). *Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations.*
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240052390>

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

7. ANEXOS

Anexo I

Objetivos e atividades para o Estágio profissional

1. Desenvolver competências na identificação das necessidades da pessoa com infecção VIH, assegurando a adaptação à doença crónica.

1.1 Aprofundar conhecimentos relativos à identificação das necessidades das pessoas com infecção VIH.

- Pesquisar na evidência científica instrumentos de avaliação da autogestão do regime terapêutico medicamentoso, na pessoa com infecção VIH;
- Realizar uma síntese da evidência encontrada;
- Analisar com a tutora a síntese realizada;
- Colaborar, com a enfermeira tutora, na elaboração de um guia orientador para a recolha de dados centrado na autogestão do regime medicamentoso.

1.2 Melhorar a habilidade para realizar a colheita de dados relacionada com a gestão do Regime terapêutico na pessoa com infecção VIH.

- Observar a enfermeira tutora na colheita de dados relacionada com a gestão do regime medicamentoso na pessoa com infecção VIH;
- Realizar, com a supervisão da tutora, a recolha de dados relacionada com a autogestão do regime terapêutico utilizando o guia orientador desenvolvido;
- Analisar com a enfermeira tutora as dificuldades na recolha de dados e apontar aspetos a melhorar.

2. Desenvolver competências para aumentar o envolvimento da pessoa com infecção VIH com a sua doença.

2.1 Aprofundar conhecimentos sobre os fatores que influenciam o envolvimento da pessoa com infecção VIH com a sua doença.

- Pesquisa na literatura, sobre os fatores que dificultam o envolvimento da pessoa com infecção por VIH com o seu estado de saúde/doença;
- Realizar uma síntese da evidência encontrada;
- Analisar, com a tutora, os aspetos que dificultam o envolvimento das pessoas com infecção VIH com o seu estado de saúde/doença.

2.2 Desenvolver a capacidade para elaborar planos de intervenção de forma a aumentar o envolvimento das pessoas com infecção VIH em relação à sua doença.

- Pesquisar na literatura planos de intervenção para aumentar o envolvimento da pessoa com infecção VIH no processo de transição saúde/doença;
- Realizar uma síntese da evidência encontrada;
- Colaborar com a tutora, na elaboração de um plano de intervenção, no sentido de aumentar o envolvimento da pessoa com infecção VIH no processo de transição saúde/doença;
- Elaborar um plano de cuidados direcionado ao aumento do envolvimento da pessoa com infecção VIH, em relação à sua doença;
- Discutir com a tutora o plano de cuidados realizado.

3. Desenvolver competências de intervenção especializada no domínio da autogestão do regime terapêutico na pessoa com infecção VIH.

3.1 Aprofundar conhecimentos acerca da intervenção especializada no domínio da autogestão do regime terapêutico na pessoa com infecção VIH.

- Pesquisar na literatura sobre a autogestão do regime terapêutico na pessoa com infecção VIH;
- Realizar uma síntese da pesquisa realizada;
- Analisar, com a enfermeira tutora, a síntese das intervenções promotoras da capacidade para a autogestão do regime terapêutico;

3.2 Melhorar a habilidade para capacitar a pessoa com infecção VIH para a autogestão do seu regime terapêutico.

- Observar a enfermeira tutora na implementação de intervenções promotoras da capacidade para a autogestão do regime terapêutico na pessoa com infecção VIH
- Implementar, com a enfermeira tutora, as intervenções promotoras da capacidade para a autogestão do regime terapêutico na pessoa com infecção VIH que resultaram da discussão;
- Analisar com a tutora o resultado das intervenções promotoras da autogestão do regime terapêutico da pessoa com infecção VIH.
- Elaborar pelo menos um plano de cuidados em cada momento de estágio de natureza profissional com recurso à e4nursing.

4. Melhorar as competências na identificação de sintomas e sinais associados à descompensação da infecção VIH.

4.1 Melhorar o conhecimento relativo à identificação de sintomas e sinais associados à descompensação da infecção VIH.

- Pesquisar na literatura evidência científica sobre a manifestações de descompensação da infecção VIH;
- Realizar uma síntese da evidência encontrada;
- Elaborar um guia, para os clientes, em conjunto com a enfermeira tutora, acerca dos sinais e sintomas indicadores da descompensação da infecção VIH;
- Elaborar, com a enfermeira tutora, um guia para os enfermeiros, acerca da realização sistematizada do exame físico da pessoa com infecção VIH.

4.2 Melhorar a habilidade para a realização do exame físico da pessoa com infecção VIH.

- Observar a enfermeira tutora na realização do exame físico à pessoa com infecção VIH;
- Realizar, em colaboração com a tutora, o exame físico à pessoa com infecção VIH.
- Discutir com a enfermeira tutora, acerca dos resultados da avaliação do exame físico da pessoa com infecção VIH.

5. Desenvolver competências na área da prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde e de resistência a antimicrobianos.

5.1 Melhorar a capacidade na prevenção e controlo de infeção associadas aos cuidados de saúde e da resistência aos antimicrobianos.

- Analisar os protocolos existentes nos serviços da instituição onde ocorrerão os estágios, relacionados com as Infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS);
- Acompanhar a enfermeira responsável na área da PPCIRA dos locais de estágio de forma a compreender as dinâmicas das auditorias;
- Refletir com as enfermeiras tutoras acerca dos procedimentos de prevenção e controlo de infeção, em cada local de estágio.

5.2 Desenvolver a capacidade de diagnóstico das necessidades da unidade/contexto de prestação de cuidados em matéria de prevenção, intervenção e controlo da infeção.

- Entrevistar a enfermeira, elo de ligação ao PPCIRA, para compreender as medidas utilizadas, no que concerne ao diagnóstico de situação relativo às necessidades da equipa no âmbito do controlo de infeção;
- Analisar com a tutora os procedimentos realizados pela equipa, no que diz respeito ao cumprimento das medidas implementadas pelo PPCIRA;
- Desenvolver, em colaboração com a enfermeira tutora, o diagnóstico das necessidades da equipa ao nível do controlo de infeção, no serviço.

6. Desenvolver competências para facilitar a aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade.

6.1 Melhorar a capacidade de diagnóstico das necessidades formativas da equipa de enfermagem.

- Analisar com a tutora os comportamentos dos enfermeiros da equipa com vista à identificação das necessidades de formação;
- Elaborar com a tutora um questionário para identificar as necessidades formativas dos enfermeiros do serviço;
- Realizar uma síntese, com a tutora, das necessidades formativas da equipa.

6.2 Desenvolver a capacidade de facilitar a aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade.

- Colaborar com a enfermeira tutora, no âmbito da formação em serviço, e face às necessidades identificadas, no planeamento de formação na área da pessoa com infeção VIH;
- Acompanhar a enfermeira tutora na apresentação do tema selecionado, no âmbito da formação em serviço;
- Colaborar com a enfermeira tutora, na avaliação da formação.

7. Desenvolver competências de prevenção do risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança, nos vários contextos de atuação.

7.1 Aprofundar conhecimentos no âmbito da segurança na administração da medicação.

- Pesquisar evidência científica acerca dos fatores que favorecem a ocorrência de efeitos adversos associados à administração da medicação;
- Pesquisar evidência científica sobre a administração segura de medicamentos;
- Consultar as normas e protocolos existente no serviço;
- Elaborar uma síntese da informação reunida;
- Discutir a síntese efetuada com a enfermeira tutora.

7.2 Desenvolver habilidades no âmbito da segurança na administração da medicação.

- Acompanhar o gestor de risco, do serviço, na identificação de situações de risco clínico e de risco não clínico;
- Acompanhar a tutora na identificação de situações no serviço que possam comprometer a segurança dos clientes e profissionais;
- Colaborar com a enfermeira tutora no registo de incidentes na aplicação HER+ (aplicação hospitalar para registo de incidentes de risco clínico e não clínico);
- Colaborar com a tutora na identificação dos fármacos LASA (*Look Alike Sound Alike*) mais utilizados no serviço e organizá-los.

Anexo II

Checklist de Enfermagem

Vigilância de Sintomas e Sinais Físicos de clientes com infecção HIV

1. Monitorização de Sintomas Clínicos:

- **Fadiga:** Avaliar nível de energia e queixas de cansaço excessivo.
- **Febre:** Verificar presença de febre persistente ou intermitente.
- **Suores Noturnos:** Registrar qualquer ocorrência de suores excessivos à noite.
- **Perda de peso:** Monitorar mudanças no peso corporal, especialmente perda não intencional.
- **Náuseas e vômitos:** Verificar a presença de náuseas ou episódios de vômitos.
- **Diarreia:** Observar ocorrência e duração de episódios de diarreia.
- **Dor generalizada:** Investigar queixas de dor no corpo, articulações ou músculos.

2. Avaliação do Sistema Imunológico:

- **Linfadenopatia:** Verificar aumento de linfonodos (no pescoço, axilas, virilhas).
- **Lesões de pele:** Inspeccionar a presença de erupções cutâneas, úlceras ou lesões de pele (herpes zoster, candidíase, sarcoma de Kaposi, etc.).
- **Infeções oportunistas:** Monitorar sinais de infecções como candidíase oral ou esofágica, tuberculose, pneumonias, etc.
- **Candidíase:** Inspeccionar a boca, língua e órgãos genitais quanto a sinais de candidíase.

3. Monitorização de Sistema Respiratório:

- **Tosse persistente:** Verificar presença de tosse crônica ou com secreções anormais.
- **Dificuldade respiratória:** Avaliar sinais de falta de ar, respiração rápida ou ofegante.
- **Sibilância ou estertores:** Ouvir sons respiratórios anormais durante a auscultação pulmonar.

4. Avaliação do Sistema Gastrointestinal:

- **Alterações no apetite:** Verificar se há falta de apetite ou desejos alimentares anormais.
- **Dificuldade para deglutir:** Investigar sintomas como disfagia.
- **Dor abdominal:** Monitorar queixas de dor ou desconforto abdominal.

5. Avaliação do Sistema Neurológico:

- **Confusão ou dificuldade de concentração:** Observar sinais de alterações cognitivas, confusão ou problemas para se concentrar.
- **Dores de cabeça:** Avaliar a frequência, intensidade e características das dores de cabeça.

- **Alterações motoras:** Observar sinais de fraqueza, paralisia ou dificuldade de movimento.

6. Monitorização Psicológica:

- **Sintomas de depressão:** Observar sinais como tristeza prolongada, perda de interesse em atividades diárias e alterações no comportamento, Escala de HADS.
- **Ansiedade:** Avaliar níveis de estresse ou nervosismo excessivo, Escala de HADS.
- **Distúrbios do sono:** Investigar dificuldades para dormir, insônia ou hipersonia.

7. Monitorização de Medicamentos e Terapia Antirretroviral (TAR):

- **Adesão à medicação:** Verificar se o paciente está seguindo corretamente a terapia antirretroviral, Escala de MAT.
- **Efeitos secundários dos medicamentos:** Monitorar sinais de efeitos adversos dos medicamentos, como náuseas, diarreia ou erupções cutâneas.
- **Interações medicamentosas:** Verificar se o paciente está tomando outros medicamentos que possam interferir na eficácia do tratamento.

8. Avaliação de Comorbidades:

- **Hipertensão:** Monitorar a pressão arterial.
- **Diabetes:** Verificar níveis de glicose no sangue.
- **Dislipidemia:** Avaliar os níveis de colesterol e triglicerídeos.
- **Doenças cardiovasculares:** Observar sinais de angina, edema ou outras manifestações de problemas cardíacos.

9. Aconselhamento e Educação:

- **Conscientização sobre prevenção de infeções:** Oferecer orientações sobre práticas de prevenção, como uso de preservativos e cuidados com a higiene.
- **Educação sobre a adesão ao tratamento:** Reforçar a importância de seguir o tratamento antirretroviral corretamente.
- **Apoio emocional e psicológico:** Disponibilizar acompanhamento psicológico para o paciente, se necessário.

Observações Importantes:

- Documentar qualquer mudança significativa nos sinais e sintomas do paciente.
- Informar imediatamente ao médico qualquer alteração crítica no quadro clínico.
- Monitorar a evolução do paciente ao longo do tempo, com foco no controle da carga viral e na prevenção de complicações.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). (2016). *Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection: Recommendations for a Public Health Approach (2nd ed.)*. Geneva: WHO.

Anexo III



INFEÇÃO VIH

ELABORADO POR: RAQUEL COUTO (ESEP),
JUDITE PACHECO E ROSA OLIVEIRA

2024 / 2025

ÍNDICE:

- VIH - O aparecimento (1981)
- VIH-Dados epidemiológicos
- VIH-Replicação vírica
- Terapêutica antirretrovírica
- Local de ação da TARV dentro do ciclo de replicação
- Evolução da TARV
- Resistências à TARV
- VIH e Comorbilidades
- VIH e Gestão da Doença Crónica
- Consulta de Enfermagem de VIH

Anexo IV

Long Acting Injectables

ELABORADO POR:
RAQUEL COUTO (ESEP),
JUDITE PACHECO
ROSA OLIVEIRA
2024/2025



Índice

- Apresentação dos fármacos: Cabotegravir + Rilpivirina
- Indicações e Critérios de Elegibilidade
- Posologia e Administração
- Perfil de Segurança e Efeitos Adversos
- Adesão, Interações e Resistências
- Monitorização Clínica e Laboratorial
- Educação para a Saúde e Papel do Enfermeiro
- Questões Éticas e Legais
- Implementação em Contexto Clínico

Anexo V

JORNADAS DIGITAIS NO APOIO À CONSULTA



ELABORADO POR: RAQUEL COUTO (ESEP),
JUDITE PACHECO
E ROSA OLIVEIRA
2024/2025

Índice

- Acompanhamento das PVIH mais eficiente e personalizado
- Funcionamento da Plataforma Digital
- Interação com os clientes
- Aplicação de PRO's / PROM,s
- Recolha de dados coletivos/ individuais
- Preparação do atendimento do cliente
- Papel decisor com a pessoa que vive com VIH