

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem
Comunitária

Relatório de Estágio

Adesão terapêutica na promoção da qualidade de vida:
Intervenções de Enfermagem centradas na pessoa com
VIH

Sara Isabel Alcobia Valente Costa

Lisboa

2017

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem
Comunitária

Relatório de Estágio

Adesão terapêutica na promoção da qualidade de vida:
Intervenções de Enfermagem centradas na pessoa com
VIH

Sara Isabel Alcobia Valente Costa

Orientadora: Professora Doutora Maria Lourdes Varandas

Co-Orientador: sem co-orientador

Lisboa

2017

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer à minha orientadora Professora Doutora Maria de Lourdes Varandas, pela disponibilidade, acompanhamento e simplificação de todas as confusões que ao longo desta etapa se iam formando na minha cabeça.

Ao meu orientador do local de estágio Sr. Enfermeiro João Geraldo, pelo apoio e orientação nas ideias que foram surgindo para enriquecimento do trabalho, o que facilitou a sua realização.

Aos meus colegas de trabalho que me socorreram nas minhas ausências, e especialmente ao meu chefe Enfermeiro Nuno Carrão, pelo interesse, força e motivação para que não esmorecesse. Somos uma equipa fantástica!

À minha família e namorado pelo apoio incondicional nos momentos em que tudo é posto em dúvida, e que tantas vezes ficaram prejudicados da minha presença física. Sem o seu apoio, não teria estrutura para continuar.

Aos meus amigos, que apesar do afastamento temporário, eu sei que estavam sempre presentes e preocupados comigo.

A todos os utentes que aceitaram participar neste projeto, confiando no meu profissionalismo. Nada disto seria possível sem eles.

Por fim, um sincero agradecimento a todos que de forma direta ou indireta, possibilitaram a realização deste trabalho e cumprimento de um objetivo pessoal.

Muito obrigada!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Av. – Avenida

CDC – *Centers for Disease Control and Prevention*

CEAT-VIH – Questionário para avaliação da adesão ao tratamento anti-retrovírico – VIH

CIPE – Classificação para a Prática de Enfermagem

CSMM – Centro Santa Maria Madalena

D. – Dona

DGS – Direção Geral da Saúde

Dr. – Doutor

Dra. – Doutora

EpS – Educação para a Saúde

et. al – entre outros

E.U.A – Estados Unidos da América

HAART – *highly active antiretroviral therapy*

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IB's – Intervenções breves

LS – Literacia em saúde

Nº – Número

O.E – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – página

Profª – Professora

Qdv – Qualidade de Vida

SCML – Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

s.d – Sem data

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

Sr. – Senhor

TARV – Terapêutica antirretroviral

TDAC – Teoria do Défice de Autocuidado

UAT – Unidade de Acompanhamento Terapêutico

WHO – *World Health Organization*

WHOQOL-HIV-BREF – escala da WHO para avaliação da qualidade de vida na infecção VIH, versão abreviada

1^a – Primeira

2^a – Segunda

3^a – Terceira

4^a – Quarta

5^a – Quinta

7^o – Sétimo

% – por cento

I – Um

II – Dois

III – Três

IV – Quatro

V – Cinco

VI – Seis

VII – Sete

VIII – Oito

IX – Nove

X – Dez

XI – Onze

XII – Doze

XIII – Treze

< – Menor

> – Maior

RESUMO

Segundo a literatura, adesão terapêutica à medicação antirretroviral é fundamental para a manutenção do estado de saúde e melhoria da qualidade de vida nas pessoas com o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH). A falta de apoio socioeconómico e familiar torna-se um fator acrescido de exclusão social e vulnerabilidade, dificultando por isso, a efetividade do tratamento e agravando a qualidade de vida desta população. Assim, é imprescindível que o enfermeiro dotado de conhecimento, experiência, capacidades e habilidades, mobilize as ferramentas adequadas para avaliar as necessidades deste grupo, e desenvolva intervenções ou projetos com vista à educação, capacitação e promoção da sua saúde. Este processo desenvolve-se através do Planeamento em Saúde, que visa um conjunto de etapas procurando uma mudança no comportamento e hábitos da população, e com isso ganhos efetivos em saúde.

Este projeto de intervenção comunitária intitula-se “Adesão terapêutica na promoção da qualidade de vida: Intervenções de Enfermagem centradas na pessoa com VIH” foi desenvolvido no Centro Santa Maria Madalena (CSMM), com o objetivo geral de “promover a qualidade de vida das pessoas com VIH acompanhadas no CSMM, através do desenvolvimento de competências na adesão terapêutica”.

Foi utilizado como referencial teórico neste trabalho a Teoria do Défice do Autocuidado de *Dorothea Orem*.

Para o diagnóstico da situação foram aplicados dois instrumentos de avaliação, a WHOQOL-HIV-BREF e o CEAT-VIH, dos quais todos os resultados foram trabalhados pela aplicação *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Identificados posteriormente os problemas, foi utilizada a Grelha de Análise que permitiu priorizar, resultando os seguintes diagnósticos: Défice de conhecimentos relacionados com o bem-estar; Bem-estar diminuído e Atitude face ao cuidado comprometida.

As estratégias de intervenção basearam-se em técnicas cognitivo-comportamentais numa metodologia de grupo e individual com foco na

mudança de comportamento e avaliadas tendo em conta indicadores de processo.

Palavras-Chave: Vulnerabilidade; VIH; Adesão terapêutica; Qualidade de Vida; Educação para a Saúde.

ABSTRACT

According to literature, adhesion to HIV HAART therapy is fundamental to maintain people who live with HIV infection's health, and improve quality of life. The lack of socio-economical and family support becomes has a heavy impact on social exclusion and vulnerability, reducing this population's quality of life. It's imperative that the nursing staff is gifted with knowledge, experience, capacity and abilities to mobilize the right set of tools do evaluate the real necessities of this group and develop interventions or projects that are incisive in terms of health promotion, planning and capacitation. The process is developed through Health Plannification, with a series of steps emphasizing behavioral and customs changes with the objective of effective health gains.

This community health project, entitled "Therapeutic adhesion in promotion of quality of life: Nursing interventions focused on people living with VIH", was carried out in Centro de Santa Maria Madalena (CSMM), and the general objective was "promoting quality of life in people living with HIV, followed on CSMM, through the development of competencies in therapeutic adherence".

It was based on the theoretical reference by *Dorothea Orem*: Self-Care Deficit.

Two separate instruments of evaluation were used to diagnose the situation, WHOQOL-HIV-BREF and CEAT-VIH, and the data retrieved was applied on the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). The results were submitted to an Analyses Grid to establish priorities and resulted in the following diagnosis: Knowledge deficits on well-being, Diminished well-being, Self-care attitude compromised.

The intervention strategies were based on cognitive-behavioral techniques, with group and individual exercises focusing on behavioral changes, evaluated by indirect indicators since the limited time to apply the study makes it impossible to evaluate based on results.

Key Words: Vulnerability, HIV, Therapeutic adhesion, Life Quality, Health education.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
1.1 Foco de Intervenção	15
1.1.1 População Vulnerável	15
1.1.2 Vírus da Imunodeficiência Humana	17
1.1.3 Adesão Terapêutica e Qualidade de Vida	19
1.1.4 Educação para a Saúde	22
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	24
2.1 Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem	24
3. METODOLOGIA DO PLANEJAMENTO	26
3.1 Diagnóstico da Situação	27
3.1.1 Contextualização do local de estágio	27
3.1.2 Caracterização da população-alvo e amostra	28
3.1.3 Instrumentos de coleta de dados	28
3.1.4 Questões éticas	29
3.1.5 Análise dos resultados	30
3.1.6 Problemas identificados	32
3.2 Priorização e diagnósticos de enfermagem	34
3.3 Fixação de Objetivos	37
3.4 Seleção de Estratégias	39
3.4.1 Preparação Operacional	39
3.4.2 Avaliação	49
4. LIMITAÇÕES DO PROJETO	55
5. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	56
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
ANEXOS	
ANEXO I - WHOQOL-HIV-BREF	
ANEXO II - Resultados Estatísticos	
ANEXO III - Grilha de Análise	

APÊNDICES

APÊNDICE I - Artigos da *Scoping Review* utilizados no enquadramento teórico

APÊNDICE II - Cronograma do planeamento do PIC

APÊNDICE III - Pedido de autorização aos autores dos instrumentos de recolha de dados

APÊNDICE IV - Descrição dos instrumentos de recolha de dados

APÊNDICE V - Pedido de autorização ao Sr. diretor da UAT

APÊNDICE VI – Consentimento informado, livre e esclarecido

APÊNDICE VII – Plano Operacional e avaliação das sessões individuais de EpS

APÊNDICE VIII – Plano Operacional e avaliação da 1ª Atividade: World Café

APÊNDICE IX - Plano Operacional e avaliação da 2ª Atividade: Role-Playing

APÊNDICE X - Plano Operacional e avaliação da 3ª Atividade: Fixação de metas e objetivos

APÊNDICE XI - Plano Operacional e avaliação da 4ª Atividade: Quiz sobre acessibilidade aos serviços de saúde

APÊNDICE XII - Plano Operacional e avaliação da 5ª Atividade: Viagem pela Montanha

APÊNDICE XIII - Plano Operacional e avaliação das sessões de informação à equipa de enfermagem

INTRODUÇÃO

A justificação da escolha por esta temática resulta de um processo de reflexão entre a minha experiência profissional atual e os conhecimentos que adquiri no curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem Comunitária, tentando identificar necessidades na minha prática de cuidados que exijam resposta e intervenções planeadas e adequadas, contribuindo não só para a aquisição de conhecimentos e competências enquanto futura enfermeira especialista, mas também para a melhoria dos cuidados prestados.

Exercemos atividade profissional na área da vulnerabilidade social, trabalhando diretamente com população que, infelizmente aos olhos da sociedade, passa muitas vezes despercebida. A rejeição e o estigma são algo que ainda se encontram muito presentes, sendo esse facto perceptível também através da falta de respostas assistenciais na comunidade. Assim, a população doente sem apoio económico, familiar e social, encontra-se ainda mais vulnerável por todos os constrangimentos, principalmente a dificuldade de acesso aos cuidados de saúde. Mas não são só esses os fatores que interferem na adesão a um regime terapêutico exigido numa doença crónica como é o VIH.

Percebe-se que a pobreza pelas suas características inerentes pode tornar a pessoa vulnerável, deixando esta de ser capaz de suprir autonomamente as suas necessidades ou limitações associadas à saúde, sendo assim uma unidade de cuidar-dependente. Um estudo de Galvão, Soares, Pedrosa, Fiuza & Lemos (2015) realizado no Brasil, demonstra bem esta relação ao afirmar que uma parcela significativa das pessoas que vivem com VIH encontra-se em condição indicativa de vulnerabilidade social, vivendo em situações de pobreza, com baixa escolaridade e rendimentos. Refere ainda que estas condições trazem dificuldades de acesso ao tratamento, o que pode ocasionar prejuízo para se viver com a doença, repercutindo negativamente na qualidade de vida.

Ainda neste âmbito Webel, Cuca, Okonsky, Kaihura, Asher & Salata (2013), num estudo realizado nos E.U.A com 260 mulheres infetadas com VIH

onde analisaram a influência dos determinantes sociais, entre eles, algumas vulnerabilidades como a pobreza e ser sem-abrigo, na autogestão da doença; enfatizaram a importância de serem integrados nos cuidados prestados às pessoas, o capital e os papéis sociais de forma a melhorar a saúde da população.

Assim, é imprescindível a intervenção adequada dos enfermeiros como agentes de cuidados, principalmente para o cumprimento da adesão terapêutica, no que se refere ao VIH. Por este motivo, baseei o referencial teórico do meu projeto na Teoria do Défice de Autocuidado de *Dorothea Orem*, uma vez que esta defende que o autocuidado tende a ser aprendido e executado deliberadamente e continuamente em conformidade com as necessidades reguladoras do indivíduo, podendo estas estar associadas a etapas de crescimento e desenvolvimento, estados de saúde, características específicas de saúde ou fatores ambientais (*Orem*, 2001).

Segundo *Dias et. al* (2011), os doentes portadores de patologia crónica são os que menos aderem à terapêutica, estimando-se que, nos países desenvolvidos, apenas 50% destes cumprem o tratamento acordado com o profissional de saúde. Devido a este panorama vários estudos têm sido implementados nesta área, como o de *Beer, et al* (2012), que foi realizado tendo por base as barreiras na adesão terapêutica e cuidados relacionados ao VIH, apoiando por isso, a necessidade de transmitir mais e melhor informação sobre os tratamentos e benefícios da vigilância clínica que não tenham a ver diretamente com o acesso à medicação, pois muitas pessoas acreditam que a vigilância e cuidados de saúde relacionados ao VIH passam pela prescrição passiva de medicação que pode prejudicar mais do que beneficiar.

Embora muitos estudos associem o termo adesão apenas à medicação, o mesmo pode ser aplicado a outros aspetos relacionados com o serviço de saúde, como o facto de seguir uma dieta adequada ou modificar certos hábitos de vida.

Um estudo de *Margalho, Pereira, Ouakinin & Canavaro* (2011) defende que a adesão como padrão comportamental contribui para o funcionamento do utente no dia-a-dia expresso num bem-estar emocional, sensação de

autonomia e realização pessoal. Refere ainda que sendo a adesão um comportamento de cooperação entre o utente e o seu tratamento, esta “pode contribuir diretamente, para uma melhor QdV em todas as suas vertentes, dado que quando a doença fica controlada existe a possibilidade de desempenhar as suas tarefas ao nível profissional, social e relacional” (2011, p.545).

A pertinência dos dados encontrados durante a pesquisa levou à questão orientadora de todo este trabalho: Quais as intervenções do enfermeiro especialista para melhorar a qualidade de vida da pessoa com VIH através do desenvolvimento de competências na área da adesão terapêutica? Por este motivo, o projeto implementado procurou desenvolver além de competências como enfermeira especialista, estratégias e intervenções com a finalidade de contribuir para a qualidade de vida da pessoa com VIH através da promoção e capacitação para a adesão terapêutica.

Assim, tendo em conta os pressupostos previstos no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e as características da população-alvo com quem se desenvolveu este projeto de intervenção comunitária, delineou-se o seguinte objetivo geral, seguido dos objetivos específicos:

Objetivo Geral: Promover a qualidade de vida das pessoas com VIH acompanhadas no CSMM, através do desenvolvimento de competências na adesão terapêutica.

Objetivos Específicos:

- i. Avaliar a adesão terapêutica identificando fatores de risco;
- ii. Avaliar a qualidade de vida de modo a identificar os fatores que carecem de intervenção;

Este trabalho encontra-se estruturado em seis capítulos distintos. O primeiro diz respeito ao foco de intervenção onde se desenvolve todo o referencial teórico e a problemática; o segundo, descreve o enquadramento conceptual onde se faz referência ao Modelo do Défice de Autocuidado de

Dorothea Orem; no terceiro encontra-se desenvolvida a metodologia do Planeamento em Saúde, descrevendo as diferentes fases do processo; no quarto capítulo enumera-se as limitações encontradas no decorrer do projeto; o quinto capítulo faz uma análise das competências do enfermeiro especialista de enfermagem comunitária adquiridas, e por último, o sexto capítulo apresenta as considerações finais de todo este trabalho.

Em suma, e como citam Galvão *et al* (2015), o conhecimento produzido acerca da qualidade de vida prejudicada pela adesão inadequada aos medicamentos antirretrovirais possibilita planejar estratégias e estabelecer cuidados direcionados às pessoas que vivem com VIH, contribuindo para uma melhor qualidade de vida, e da melhoria da prática assistencial e acompanhamento em saúde.

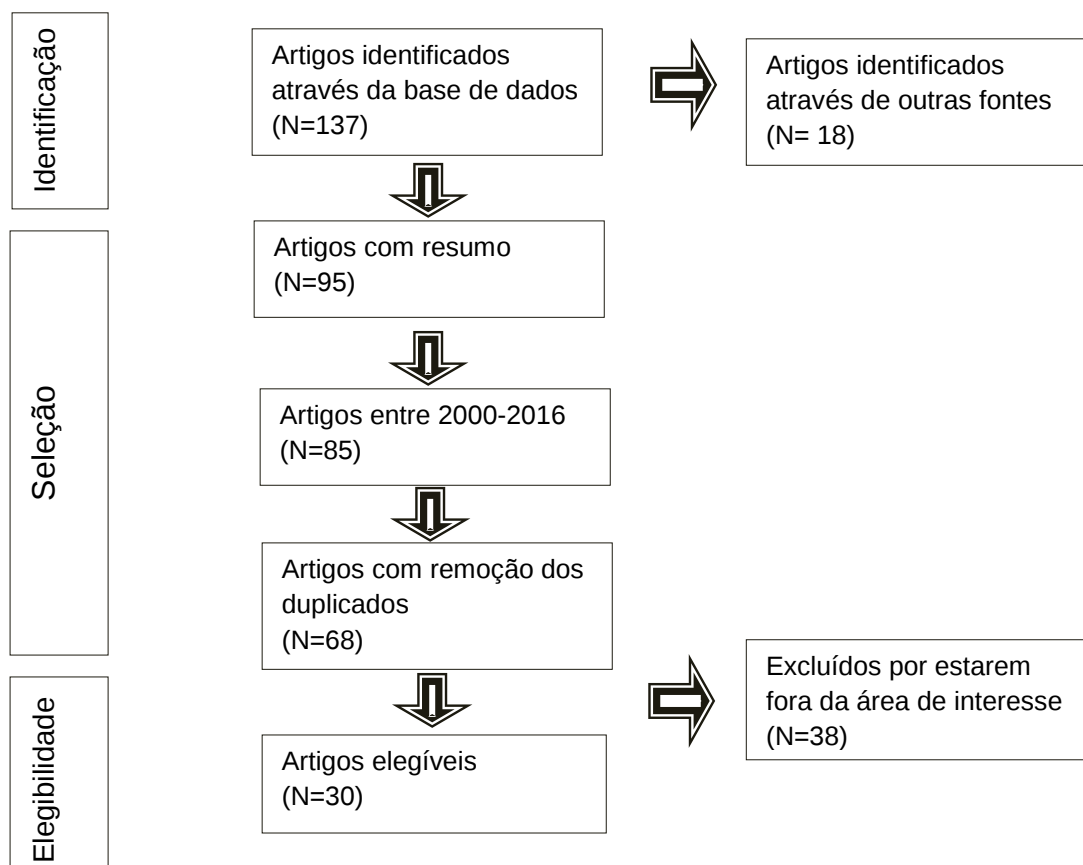
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Para fundamentar o enquadramento teórico deste trabalho, foi necessário realizar uma *scoping review* com conceitos indexados e em linguagem natural que foram orientadores da pesquisa como se pode verificar no seguinte quadro:

CINAHL			MEDLINE		
População	Conceito	Contexto	População	Conceito	Contexto
AdultsandHIV	MH Vulnerability	MH Self Care	AdultsandHIV	Vulnerability	MH Self-care
	Or	Or		or	Or
	MH Medicationcompliance	MH Healtheducation		MH Medicationadherence	MH Healthpromotion
	Or			or	
	MH QualityofLife			MH QualityofLife	
41,820	223,692	127,431	41,820	268,584	154,664
Total (P and C and C)			Total (P and C and C)		
67			70		

O *Flow Diagram* (The PRISMA Group, 2009) que se segue demonstra as etapas de seleção dos artigos encontrados nas duas bases de dados. Para isso, foram utilizados alguns critérios de exclusão: artigos que não fossem escritos em português e inglês, artigos sem resumo, fora do intervalo de anos 2000-2016 e que estivessem fora da área de interesse ou que abrangessem uma população ou patologia diferente à pretendida.

Houve necessidade de complementar a informação para além das bases de dados supracitadas, analisando ainda artigos presentes em motores de busca como a b-On ou Google Académico, artigos enviados pelos autores dos instrumentos de recolha de dados utilizados neste projeto, informação de livros de autores, teses e dissertações de mestrado.



É possível observar quais os artigos encontrados na base de dados que foram selecionados e utilizados para fundamentar este trabalho no Apêndice I.

1.1 Foco de Intervenção

1.1.1 População Vulnerável

Por população vulnerável entende-se o grupo populacional que incorre em maior risco de saúde e maior dificuldade na acessibilidade aos cuidados de saúde, tendo por isso, maior probabilidade de desenvolver problemas de saúde. A vulnerabilidade é entendida como dinâmica e multidimensional, isto é, não estanque e com vários fatores desencadeantes. São alguns exemplos de fatores que predispõem a pessoa à vulnerabilidade, a falta de recursos sociais, o estado de saúde da pessoa, instabilidade habitacional, pobreza, experiências de vida altamente desgastantes, entre outras. O resultado destes fatores, ou

em alguns casos a combinação de vários, leva a efeitos negativos como a desigualdade do estado de saúde em relação à restante população, provocando uma maior vulnerabilidade, e desencadeando o chamado ciclo da vulnerabilidade (Sebastian, 2011).

O conceito de pobreza e sem-abrigo encontram-se intimamente relacionados e são exemplos de populações vulneráveis. Segundo Bolla (2011), a pobreza pode levar à condição de sem-abrigo, afetando diretamente a saúde e o bem-estar da pessoa em todo o seu ciclo vital, na medida em que esta população tem um défice na educação para a saúde e prevenção da doença, e por isso, maior incidência de patologias crónicas

A educação, segundo Sebastian (2011), desempenha um papel fundamental no estado de saúde, pois pode influenciar a perceção do indivíduo perante fatores stressantes e problemáticos, possibilitando mais alternativas de resposta. Assim, a educação juntamente com as competências linguísticas contribuem diretamente para a literacia em saúde, na medida em que a pessoa se torna mais capaz de aceder, compreender, usar a informação e agir conforme a mesma tomando decisões para a promoção da sua saúde.

De acordo com Saboga, Sorensen & Pelikan (2014), a literacia em saúde tem um impacto significativo na qualidade de vida e bem-estar dos indivíduos quando as sociedades atravessam condições adversas como crises financeiras ou económicas. Assim, é perceptível a degradação da qualidade de vida e bem-estar das populações, especialmente das pessoas em situação de risco e vulnerabilidade social, devido à sua baixa literacia.

Sebastian (2011) defende que estes factos levam a que os enfermeiros que trabalham com esta população de risco atuem através de vários papéis, como a identificação e monitorização de casos de vulnerabilidade, aconselhamento e prestação de cuidados diretos, apreciação e desenvolvimento da comunidade, planeamento de programas de saúde, e uma postura de advocacia através da defesa das necessidades desta população com recurso a estratégias de promoção da saúde “cultural e linguisticamente” apropriadas, que só são conseguidas através da educação para a saúde com vista a capacitação da pessoa, pois pessoas que se sentem mais capacitadas

tendem a perder a noção de impotência, e tornam-se mais aptas para tomar decisões relativas aos cuidados de saúde.

1.1.2 Vírus da Imunodeficiência Humana

Como já foi referido, os grupos com vulnerabilidade acrescida estão mais propensos a desenvolver problemas de saúde devido à sua dificuldade na acessibilidade aos serviços de saúde. Uma das patologias mais descritas na literatura associada a este grupo é a infeção pelo VIH/SIDA, pois segundo a Direção Geral de Saúde (DGS, 2012) no Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção VIH/SIDA 2012-2016, a pobreza e a marginalização social são importantes determinantes da infeção e proporcionam contextos de vida que contrariam os comportamentos preventivos.

De acordo com o Observador (¶1) estudos recentes da comunidade científica apontam a origem do VIH/SIDA para os anos 20. Contudo, esta doença foi reportada pela primeira vez nos Estados Unidos em 1981 pelo CDC, e em 1986, encontrava-se já espalhada por todo o mundo. No início, chegou a estar associado apenas a determinados grupos sociais de risco como a comunidade *gay*, fazendo com que estas primeiras associações acabassem por determinar a forma como a doença foi sendo percecionada ao longo do tempo tanto pela comunidade científica, como pela população em geral, levando a um leque de interpretações erradas sobre a mesma (André, 2005).

O VIH é um vírus que deprime o sistema imunitário da pessoa, e que pode ser transmitido através de sangue, fluidos vaginais, sémen e transmissão vertical - de mãe para filho. A história natural do VIH inclui três estádios: a fase de latência, caracterizada por um período assintomático em que há grande reprodução do vírus apesar dos anticorpos conseguirem contrabalançar esta rápida progressão; a fase sintomática, 6 semanas a 3 meses após o contágio, onde começam a aparecer os primeiros sintomas, caracterizada por uma repentina depressão do sistema de defesa; e por fim, a última fase, referente à Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) caracterizada por ser uma doença crónica incapacitante e ameaçadora da vida, devido à possibilidade de infeções oportunistas provocadas por diversos microrganismos (Hale, 2011).

A World Health Organization (WHO, 2016), referia haver no ano 2015, 36,7 milhões de pessoas no mundo a viver com VIH. Ainda no mesmo ano registaram-se dois milhões de novos casos e 1,1 milhões de mortes em todo o mundo. No que respeita a Portugal a DGS (2015), diz ter havido um decréscimo de 17,3% de novos casos de VIH notificados no ano 2014 em relação ao ano anterior, mantendo-se uma maior incidência nos homens em idades entre os 20 e os 44 anos. Em relação à via de transmissão, no ano de 2014 manteve-se o padrão registado nos últimos anos, sendo a via sexual (90%) a maior responsável pela transmissão, maioritariamente nas relações heterossexuais. Há um ligeiro aumento na transmissão sexual no que respeita aos homens que fazem sexo com homens, e uma diminuição na transmissão por utilizadores de drogas injetáveis.

Segundo a DGS (2012) no Plano Nacional para a Infecção por VIH/SIDA esta epidemia é reconhecida a nível internacional como prejudicial ao desenvolvimento social e económico das populações e por isso, faz parte de um programa prioritário do Plano Nacional de Saúde - “Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção por VIH/SIDA 2012-2016”, que visa cumprir as novas recomendações da Organização Mundial de Saúde que estabelece como meta para 2020 a expansão do acesso ao tratamento, com o objetivo de acabar com a doença em 2030. Estas metas incluem ainda que 90% das pessoas que vivem com VIH tenham conhecimento do seu diagnóstico, aumentar para 90% as pessoas infetadas a receber tratamento antirretroviral, e chegar a 90% das pessoas infetadas com a sua carga viral indetetável (WHO, 2015).

Estas metas remetem-nos para a importância da adesão ao tratamento cuja equipa de saúde tem um papel facilitador na adequação, educação e melhoria dos cuidados prestados. Neste sentido, e para manter o decréscimo que se tem vindo a assistir, é importante que o enfermeiro continue a investir nos três níveis de prevenção. Na prevenção primária é imprescindível obter informação acerca da história sexual da pessoa e comportamentos de risco, identificando fatores que possam pôr em causa a sua saúde ou de outros, atuando como educadores relativamente aos modos de transmissão do VIH e

de comportamentos promotores da saúde e preventivos da doença. Na prevenção secundária deve ser feito o rastreio de doenças para a identificação precoce, evitar a propagação posterior e promover o tratamento atempado. O enfermeiro incidirá na educação para redução do risco, e dará apoio psicossocial quando o resultado do teste causar grande ansiedade ou algum tipo de constrangimento. Os esforços que dizem respeito à prevenção terciária focam-se maioritariamente na gestão de sintomas e controlo da infeção, apoio psicossocial à pessoa e família para lidar com a doença e baixa autoestima, educação sobre a gestão da doença à pessoa e cuidadores informais, desenvolvimento de programas de observação direta da toma da medicação, entre outros. Neste sentido, o enfermeiro deverá partilhar a responsabilidade da adesão terapêutica com o doente, através de estratégias que promovam a adesão ao regime medicamentoso (Hale, 2011).

1.1.3 Adesão Terapêutica e Qualidade de Vida

O conceito de adesão sofreu nos últimos tempos algumas alterações na sua definição. Antes, era entendido como o cumprimento (*compliance*) da prescrição médica, o que fazia transparecer um comportamento passivo e de obediência, em que a responsabilidade pelo incumprimento e insucesso da terapêutica recaía apenas sobre a pessoa. Hoje em dia, adesão refere-se a um conceito muito mais abrangente, sendo entendida como o grau em que o comportamento de uma pessoa é representado não só pela ingestão de medicamento, mas também pelo seguimento da dieta, das mudanças no estilo de vida e ainda se corresponde e concorda com as recomendações do médico ou de outro profissional de saúde (WHO, 2003).

A adesão é um fator fundamental para a efetividade do tratamento, pois uma má adesão tem impacto na qualidade de vida do utente devido a resistências aos fármacos que levam a uma redução das opções terapêuticas no futuro. Grande parte da literatura sobre o tema considera um tratamento efetivo no caso do VIH/SIDA quando há adesão de 95% da HAART. Segundo a WHO (2003) a não adesão é considerada como um problema mundial de

magnitude impressionante que afeta a população tanto do ponto de vista económico, como da qualidade de vida, sendo esta última definida pela WHO (2012) como a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

De acordo com André (2005) avaliar a adesão tornou-se uma tarefa fundamental em todo o processo terapêutico desta doença, não só com vista a diagnosticar a não adesão, mas também para diferenciar os fatores causais que levam à mesma, uma vez que esta é considerada como multidimensional e complexa.

Os métodos de avaliação da adesão ao tratamento subdividem-se em diretos e indiretos. Os métodos diretos são técnicas analíticas laboratoriais que estimam se o medicamento foi utilizado na dose e frequência necessárias, enquanto os métodos indiretos são fundamentados em informações produzidas pelo utente ou outras estimativas indiretas (Obreli-Neto *et al*, 2012).

Não sendo uma categorização fixa, a maior parte dos autores agrupa os fatores que influenciam a adesão em económicos e culturais, relacionados com os serviços e profissionais, relacionados com a doença, relacionados com o tratamento, e por fim, fatores relacionados com a pessoa doente.

Este conhecimento torna-se pertinente na medida em que a evolução ao longo dos anos na resposta à doença fez com que houvesse um aumento da sobrevivência e a progressiva tendência crónica da mesma. Assim, os doentes infetados pelo VIH passaram a preocupar-se não só com a quantidade da sua vida, mas também com a qualidade da mesma (Catarino, 2010; Margalho, *et al*, 2011). Exemplos nacionais recentes de estudos sobre essa tríade adesão terapêutica/saúde/qualidade de vida são o de Catarino (2010) que concluiu que a progressão da doença tem efeitos negativos na qualidade de vida das pessoas com VIH; e o de Margalho, *et al* (2011) concluindo que alguns fatores sociodemográficos e clínicos como menor idade, maior tempo de diagnóstico e de tratamento e menor contagem de células linfocitárias TCD4, estão associadas à não adesão e pior qualidade de vida.

Neste sentido, os enfermeiros que trabalham nos cuidados de saúde primários têm um papel fundamental na educação para a saúde aos utentes infetados, com vista à tomada de decisão por comportamentos promotores de saúde. Alguns estudos têm revelado vantagens na utilização de técnicas baseadas nos princípios cognitivo-comportamentais e intervenções breves com foco na mudança de comportamento, sendo o objetivo principal ajudar na autonomia das pessoas, atribuindo-lhes a capacidade de assumir a responsabilidade pelas suas decisões de saúde (Micheli, Formigoni & Carneiro, 2014). Embora a técnica de intervenção breve, tenha sido inicialmente proposta para pessoas com consumo abusivo de álcool, Flores (2012) defende que os moldes que a técnica cognitiva-comportamental usa, podem ser alargados às pessoas com VIH facilitando o seu tratamento na medida em que auxilia no entendimento do modo de pensar como fator-chave das emoções e comportamentos destas pessoas face à doença e tratamento, visando também auxiliá-las a adaptarem-se ao diagnóstico, aderirem ao tratamento medicamentoso, conviverem melhor com as implicações decorrentes da doença, reduzirem sintomas ansiosos e depressivos, melhorarem a sua autoestima e construírem redes de apoio. Ou seja, por meio da modificação de pensamentos negativos e da consequente mudança comportamental, é possível contribuir para que a realidade seja encarada de modo mais resiliente e funcional.

Em suma, as ações educativas dirigidas a esta população específica são hoje uma grande arma que pode diminuir a propagação do VIH e, ainda, aumentar a adesão à terapêutica e aos cuidados de saúde, melhorando a qualidade de vida. Portanto, cuidar destes doentes implica um programa centrado nos mesmos, que pode também compreender a assistência médica, o alojamento, o tratamento das pessoas no seu domicílio, o encaminhamento para aconselhamento com técnicos especializados, entre outros (Bolla, 2011).

1.1.4 Educação para a Saúde

A saúde de cada pessoa depende de vários aspetos, nomeadamente do seu sentido de felicidade, dos comportamentos que adota e do estilo de vida que leva. Neste sentido, cada pessoa é responsável pelo caminho que traça ao longo do seu percurso de vida que influência não só a sua saúde, mas como a saúde dos que interagem consigo. Assim, a Educação para a Saúde surge como um meio facilitador para ajudar a preparar a pessoa para a tomada de decisão e responsabilizar-se pela saúde comum (Simões, Nogueira, Lopes, Santos & Peres, 2011).

Segundo a WHO (s.d) a EpS ajuda os indivíduos e comunidades a melhorar a sua saúde, através da promoção dos seus conhecimentos ou influenciando as suas atitudes por via da combinação de experiências de aprendizagem.

Para Redman (s.d), a necessidade de cuidadores informais e pessoal não especializado para o autocuidado do utente levou a que fossem desenvolvidos recursos de ensino e novas competências profissionais nesta área; pois a EpS é prestada por profissionais de saúde durante a realização dos próprios cuidados e também em grupos nos vários setores e contextos, com o objetivo de capacitar a pessoa e torná-la mais competente no seu autocuidado.

É praticada tendo por base um modelo processual de diagnóstico, intervenção e avaliação, em que esta última está presente e todo o processo, na avaliação à necessidade de aprendizagem, na avaliação da motivação para aprender e na avaliação da compreensão da informação e necessidade de reensino (Redman, s.d.).

Também Simões *et al.* (2011) concordam que a EpS não pode ser considerada apenas uma mera transmissão de informação e por isso, é importante que seja planeado um programa que dê resposta às necessidades da população, valorizando as suas preocupações, as barreiras existentes à aprendizagem e as estratégias que facilitem a mesma, envolvendo os sujeitos como ativos e participantes e tornando o processo dinâmico e flexível. Este processo demonstra a importância do papel do enfermeiro especialista em

enfermagem comunitária nesta área, como tendo as competências necessárias para coordenar a implementar programas de saúde nos vários setores da comunidade.

Ainda de acordo com Redman (s.d) a população sem-abrigo poderá beneficiar muito da EpS centrada na comunidade e que incida nas diferentes formas de lidar com os problemas decorrentes do seu estilo de vida. Neste âmbito, novas abordagens terão de ser tidas em conta no que diz respeito à adesão terapêutica e doenças sexualmente transmissíveis.

Por último, e como citam Simões *et al.* (2011), para que a EpS integrada numa vertente de promoção da saúde em geral, seja uma aliada para a mudança de comportamento, deve ser encarada como uma tarefa de cidadania organizada e previamente planeada por profissionais de saúde.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Sendo os constructos teóricos o que orienta a prática, foi necessário encontrar um modelo teórico que servisse como base de sustentação para o desenvolvimento deste projeto. O modelo do Déficit de Autocuidado de *Dorothea Orem* tendo em conta os seus pressupostos torna-se uma ferramenta facilitadora neste processo no que diz respeito à conceptualização, à fundamentação das intervenções e ao dar significado à prática.

2.1 Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem

A promoção do autocuidado como base da prática dos enfermeiros especialistas em saúde comunitária, tem como função principal capacitar e maximizar a autonomia do indivíduo, grupo e/ou comunidade através da responsabilização pelo seu próprio processo de saúde. Neste sentido, o modelo teórico norteador escolhido no desenvolvimento deste projeto foi a Teoria do Déficit de Autocuidado (TDAC) de *Orem*.

Apresentada como uma teoria geral de enfermagem, a TDAC foi criada e desenvolvida por *Dorothea E. Orem*, sendo expressa através da conjugação de três teorias: a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Déficit de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

Orem (2001), formulou o seu conceito de enfermagem em relação ao autocuidado, definindo este último, como o cuidado pessoal que os seres humanos necessitam diariamente e que pode ser modificado pelo estado de saúde, as condições ambientais, os efeitos dos cuidados médicos e outros fatores. Ou seja, a capacidade complexa adquirida para atingir a maturidade e amadurecer pessoas para saberem colmatar as suas necessidades, regulando o seu próprio funcionamento e desenvolvimento humano.

Um importante conceito desenvolvido pela teórica é o de requisito de autocuidado, que apresenta três categorias: os requisitos universais de autocuidado, relacionados com os processos de vida e manutenção do funcionamento humano; os requisitos de desenvolvimento do autocuidado,

inerentes às diferentes etapas do ciclo de vida das pessoas e eventos a elas associados; e os requisitos do autocuidado no desvio da saúde associados às situações de doença.

Segundo esta teoria todo o indivíduo é capaz de cuidar de si mesmo, sendo portanto um agente de autocuidado dotado de conhecimentos, capacidades e experiência própria. Quando o indivíduo passa a necessitar de ajuda, este designa-se antes de agente dependente de cuidados e se esses cuidados forem prestados pelo enfermeiro, passa a ser considerado agente de autocuidado terapêutico.

Assim, a TDAC refere que o défice no autocuidado surge como uma relação desajustada entre as propriedades humanas de autocuidado, e as necessidades de autocuidado, na qual as capacidades de autocuidado não estão adequadas ao conhecimento e preenchimento de alguns ou todos os componentes da necessidade do autocuidado. Neste sentido, a enfermagem usará métodos de ajuda que se revelam como uma série sequencial de ações que, desempenhadas irão ultrapassar ou compensar as limitações associadas à saúde das pessoas (Orem, 2001). Essas ações são desenvolvidas através de três Sistemas de Enfermagem: sistema totalmente compensatório – quando o indivíduo está incapaz de cuidar de si mesmo e o enfermeiro assiste-o substituindo-o; sistema parcialmente compensatório – quando o indivíduo e enfermeiro participam em conjunto nas atividades de ação terapêuticas; e sistema de apoio-educação – quando o indivíduo apenas necessita de apoio a nível de ensino e orientação (Orem, 2001).

Por ser uma teoria que tem vindo a desenvolver o conhecimento pelo autocuidado, e que integra a importância do papel do enfermeiro no *empowerment*, promoção da autonomia e responsabilização do indivíduo pela gestão do seu próprio processo de saúde através da educação; consideramos que fornece a base conceptual e teórica para este trabalho, no que se refere à capacidade que a população-alvo terá para cuidar de si própria e o papel que o enfermeiro poderá ter na satisfação das suas necessidades de autocuidado associadas à saúde, mais especificamente no que concerne à adesão terapêutica.

3. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO

Fruto do conhecimento e experiência clínica, o perfil de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, integra além das competências comuns do enfermeiro generalista, um conjunto de competências que permitem a participação nos processos de tomada de decisão e avaliação das causas dos principais problemas de saúde pública, bem como o desenvolvimento de projetos e programas de intervenção com vista à capacitação de pessoas, grupos ou comunidades com necessidades específicas decorrentes de contextos marcados por condições economicamente desfavoráveis (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Assim, estabelece com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade através da vigilância epidemiológica, e promove a sua capacitação através de atividades de educação para a saúde, da manutenção, restabelecimento e avaliação dos cuidados prestados e da consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde (O.E, 2010).

O processo de Planeamento em Saúde pode definir-se como “a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários setores sócio-económicos.” (Imperatori & Giraldes, 1982, p. 6).

Do próprio conceito decorre a essência do processo, uma sequência de etapas que nunca podem considerar-se inteiramente concluídas pois, na fase seguinte, é sempre possível voltar atrás e recolher mais informações que permitem refazê-la (Imperatori & Giraldes, 1982). As diferentes etapas do processo de Planeamento em Saúde são as seguintes: diagnóstico da situação, definição de prioridades, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução e avaliação.

Com vista à orientação e estruturação do trabalho, bem como a gestão do tempo na sua realização, foi efetuado um cronograma do planeamento do projeto que pode ser observado no Apêndice II.

3.1 Diagnóstico da situação

O primeiro passo do processo de Planeamento em Saúde é o diagnóstico da situação, que deverá ser rico em diferentes características de forma a identificar os principais problemas de saúde e respetivos fatores condicionantes, correspondendo assim às necessidades de saúde da população. Só através da concordância entre o diagnóstico e as necessidades da população é que é possível determinar a pertinência do plano e ter um padrão de comparação no momento de avaliação (Tavares, 1990).

Para esta fase do projeto definiu-se os seguintes objetivos específicos: i) avaliar a adesão terapêutica identificando fatores de risco; e ii) avaliar a qualidade de vida de modo a identificar os fatores que carecem de intervenção.

3.1.1 Contextualização do local de estágio

Este projeto foi implementado na Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, fundada em 1498 pela Rainha D. Leonor, que desenvolveu desde sempre a sua atividade tendo em conta os princípios da caridade cristã, com uma prática social de prevenção e/ou apoio às pessoas em situações de exclusão ou de vulnerabilidade social. Por sua vez, a UAT teve a sua génese em 1989, com a criação do Projeto Solidariedade, apoiando as pessoas infetadas pelo VIH/SIDA. Só em 2013 com a reestruturação da área da Ação Social do Departamento de Ação Social e Saúde, e após algumas alterações de nomenclatura e abertura de novas respostas, é criada a UAT. Esta Unidade faz parte de um Serviço da Direção de Intervenção em Públicos Vulneráveis, integrado no Departamento de Ação Social e Saúde da SCML. É constituída por duas Unidades Residenciais e dois Centros, da qual faz parte o Centro Santa Maria Madalena.

Inaugurado em 2005, o CSMM, situado na Av. Almirante Reis, é um estabelecimento destinado ao atendimento, acompanhamento e prestação de cuidados a pessoas com necessidades terapêuticas que se encontrem em situação social, familiar e económica precária, visando a adesão terapêutica e

a sua integração social e profissional. Este Centro tem como objetivos orientar e aconselhar as pessoas residentes na cidade de Lisboa, contribuir para a adesão terapêutica, prestar apoio na prevenção de patologias e comportamentos aditivos, e encaminhar o utente em articulação com outros técnicos das áreas de saúde, social e educação (Santa Casa da Misericórdia, 2016; André, 2005).

3.1.2 Caracterização da população-alvo e amostra

Para o desenvolvimento deste projeto procedeu-se primeiramente à escolha da população-alvo, constituída pelos utentes infetados de ambos os sexos, inscritos na UAT que frequentassem o CSMM.

A amostra constituída por 42 indivíduos foi selecionada segundo alguns critérios de inclusão. Foram estes: estarem inscritos na UAT, terem mais de 18 anos de idade, ambos os sexos, terem diagnóstico de VIH, estarem sob TARV, serem acompanhado no CSMM, e por fim, aceitarem e estarem em plena função das suas faculdades para responder aos questionários. Assim, optou-se por uma amostra acidental ou de conveniência (Fortin, 1999) dado terem-se incluído os utentes que foram à consulta de Ambulatório ou que se encontravam no CSMM na valência de Centro de Dia nas duas semanas em que se procedeu à recolha de dados entre 3 e 17 de maio.

3.1.3 Instrumentos de recolha de dados

Tendo por base os objetivos que se pretendeu alcançar com este trabalho, recorreu-se para a colheita de dados a dois questionários já validados. Assim, após o devido pedido aos autores (Apêndice III), utilizou-se o questionário para avaliação da adesão ao tratamento antirretrovírico (CEAT-VIH) estruturado em 20 questões que englobam as dimensões do cumprimento do tratamento e dos fatores moduladores do tratamento e a WHOQOL-HIV-BREF, um instrumento de avaliação da qualidade de vida na infeção VIH, que apresento no Anexo I, com 31 questões organizadas em seis domínios (físico,

psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e espiritualidade) e uma faceta geral, relativa à avaliação global da Qdv e percepção geral de saúde, como se pode observar no Apêndice IV.

Das 42 pessoas que fizeram parte da amostra 25 auto preencheram os questionários e 17 necessitaram de ajuda no seu preenchimento, ou por não saberem ler, ou terem alguma incapacidade física que os impediu de o fazer.

3.1.4 Questões éticas

Para a realização deste projeto respeitou-se os princípios éticos e deontológicos fundamentais e consagrados no Código Deontológico do Enfermeiro e no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, sendo para isso necessário pedir as devidas autorizações.

Assim, para a aplicação dos instrumentos de recolha de dados, foi solicitada a autorização para a utilização da WHOQOL-HIV-BREF aos autores da validação para a versão portuguesa - Dra. Maria Cristina Canavarro e Dr. Marco Pereira, na pessoa do Dr. Marco Pereira, uma vez ser este o contato no trabalho de validação do questionário. Para a utilização do CEAT-VIH, foi feito o pedido aos autores – Dra. Ana Catarina Reis, Dra. Leonor Lencastre e Dra. Marina Prista Guerra da Universidade do Porto e Dr. Eduardo Remor da Universidade de Madrid, na pessoa do Dr. Eduardo Remor, uma vez ser o contato deste que se encontra no trabalho de validação para a versão portuguesa. Após o preenchimento dos formulários exigidos por parte de cada autor, foi então autorizada a aplicação dos instrumentos.

Posteriormente, foi solicitado ao Sr. diretor da UAT, a autorização para realização da colheita de dados aos utentes que frequentam o Centro da referida Unidade (Apêndice V).

Assim, tendo a autorização por parte do diretor da Unidade para a colheita de dados naquele local, e a autorização dos autores para a aplicação dos devidos instrumentos, foi solicitada às pessoas autorização para a sua participação através da explicação e assinatura do consentimento livre e esclarecido (Apêndice VI).

O questionário CEAT-VIH não será apresentado em anexo, respeitando as normas de difusão do mesmo, sendo a sua publicação considerada uma violação aos direitos do autor.

3.1.5 Análise dos resultados

Devido à quantidade e complexidade dos dados, estes foram tratados através do programa SPSS versão 21 e remetidos para Anexo II, onde se pode verificar a veracidade dos resultados que se seguem.

Participaram do estudo 42 pessoas infetadas com VIH/SIDA sob TARV, sendo 28 (66,7%) homens e 14 (33,3%) mulheres, com idade média de 54 anos, variando entre a idade mínima de 34 e a máxima de 77 anos. A maioria dos entrevistados, 16 pessoas (38,1%) encontrava-se na faixa etária dos 45-55 anos. Quanto à escolaridade, verificou-se que 17 (40,5%) dos participantes têm, no máximo o 1º ciclo de ensino básico, sendo estes ciclos incompletos, e 4 (9,5%) não frequentou o ensino escolar. Ao analisar-se o cruzamento das variáveis sociodemográficas, verifica-se que existe uma maior percentagem (50%) de homens na faixa etária dos 45-55 anos de idade, sendo a população feminina a que tem maior percentagem de população mais jovem (21,4%) e também mais envelhecida (35,7%). A população masculina no geral apresenta um nível de escolaridade superior à população feminina, correspondendo a maior percentagem de nível de escolaridade aos homens no 1º ciclo do ensino básico (42,9%) e a faixa etária entre os 45-55 anos é a que apresenta maior percentagem de utentes com estudos, correspondendo ao 1º nível de ensino básico (50%); nenhuma mulher frequentou o ensino secundário. O grupo etário entre os 67-77 anos apresenta maior percentagem (42,9%) de participantes que não frequentaram a escola e nenhum participante dentro desta faixa etária frequentou o ensino secundário.

Procedeu-se à categorização do grupo etário e nível de escolaridade baseado no Instituto Nacional de Estatística por considerar o mais adequado à população em estudo. A categorização dos diferentes níveis de adesão em “adesão insuficiente/não adesão”, “adesão insuficiente/dificuldade no

cumprimento” e “adesão estrita/boa”, bem como os seus *scores* adaptados, teve por base o trabalho de revisão sistemática das propriedades psicométricas do CEAT-VIH do autor do questionário em questão.

No que se refere à adesão ao tratamento, pode verificar-se que é uma amostra com fraca adesão, apenas 19% apresenta boa adesão. Esta baixa percentagem prende-se com alguns indicadores que se foi percebendo ao longo das respostas ao questionário, principalmente com o esquecimento do nome da medicação que tomam, assim como o desconhecimento da mesma, o grau de esforço que consideram fazer para cumprir o tratamento, a satisfação com o tratamento e com a saúde desde o seu início, a percentagem de pessoas que já deixou de tomar a medicação mais de um dia seguido, ou que não cumpre os horários da mesma e a falta de estratégias para se lembrar de tomar a terapêutica. Analisando os dados sociodemográficos (sexo, grupo etário e nível de escolaridade) com os níveis de adesão resultantes dos *scores* da CEAT-VIH, percebe-se que é a população masculina (70%) que tem pior adesão ao tratamento estando na categoria não adesão, que corresponde a um percentil <78 pontos; tanto as mulheres como os homens tem uma percentagem igual (50%) no que corresponde à categoria boa adesão, percentil >83 pontos. A nível do grupo etário, são os participantes entre os 56-66 anos que têm uma maior percentagem (30%) de não adesão e a faixa etária entre os 45-55 anos têm um maior número de ocorrências com boa adesão; no que se refere ao nível de escolaridade, é o 1º ciclo que menos adere ao tratamento com maior percentagem (40%) de não adesão e 42,9% de adesão insuficiente/dificuldade no incumprimento.

Fazendo testes estatísticos para relacionar as mesmas variáveis sociodemográficas com o nível de adesão do CEAT-VIH e os 6 domínios e faceta geral da Qdv, percebe-se que estas não apresentam associações ou correlações estatisticamente significativas com as duas variáveis em estudo. Através de testes de associação (*Eta*) observou-se que o sexo tem uma associação muito fraca a fraca com os níveis de adesão do CEAT-VIH e todos os domínios incluindo o da faceta geral da Qdv. No que diz respeito ao grupo etário e utilizando outro teste estatístico que avalia a correlação entre variáveis

(*Spearman*), percebe-se que o grupo etário apenas tem correlação positiva com o domínio psicológico da Qdv, sendo esta uma correlação muito fraca, quase inexistente ($p= 0,049$). O nível de escolaridade apresenta também apenas uma correlação com o domínio psicológico, sendo esta correlação muito fraca ($p= 0,134$). Em relação às correlações entre os vários domínios da Qdv, pode-se destacar apenas as estatisticamente fortes ($p>0,6$), que dizem respeito à correlação entre o domínio do ambiente com a faceta geral, o domínio psicológico com a faceta geral e o domínio psicológico com o domínio físico. Estes dados tornam-se pertinentes na medida em que, ao estarmos a intervir num destes domínios estamos também a contribuir para a melhoria do outro.

Quando foram analisadas as médias dos valores de Qdv, segundo a categorização da adesão terapêutica, identificou-se que os participantes dentro da categoria “adesão insuficiente/não adesão” tiveram piores médias em todos os domínios da Qdv, bem como na faceta geral. Existem também diferenças estatisticamente significativas nos níveis de adesão dentro dos domínios da faceta geral e domínio do ambiente que influenciam o resultado da Qdv. Sabendo que há pelo menos uma categoria da adesão na qual há diferença de médias da qualidade de vida dentro destes dois domínios, avaliou-se através de testes de comparação de médias, quais as categorias de que se tratam. No caso do domínio da faceta geral há influência no nível de adesão insuficiente/não adesão e adesão estrita/boa. No caso do domínio do ambiente há diferenças estatísticas nos três níveis de adesão.

3.1.6 Problemas identificados

Como já foi referido anteriormente, as diferenças estatisticamente significativas da Qdv observadas nos níveis de adesão da faceta geral e do domínio do ambiente, indica-nos que estas duas componentes da Qdv estão estatisticamente relacionadas com o grau de adesão terapêutica da pessoa. Assim, centrando-nos nos resultados das questões destes dois domínios,

identificamos os problemas que têm influência por parte da adesão terapêutica relativa à população em estudo.

Faceta Geral	7,1% avalia a sua qualidade de vida como muito má	Problema 1 – Má qualidade de vida
	16,7% avalia a sua qualidade de vida como má	
	45,2% avalia a sua qualidade de vida como nem boa, nem má	
Domínio do Ambiente	11,9% está muito insatisfeito com a sua saúde	Problema 2 – Insatisfação com a sua saúde
	9,5% está insatisfeito com a sua saúde	
	21,4% não está satisfeito nem insatisfeito com a sua saúde	
	7,1% sente-se nada ou pouco seguro no seu dia-a-dia	Problema 3 – Insegurança no dia-a-dia
	38,1% não se sente nem muito nem pouco seguro no seu dia-a-dia	
	31% acha o seu ambiente físico pouco saudável	Problema 4 – Ambiente físico pouco saudável
	42,9% refere ter pouco dinheiro para as suas necessidades	Problema 5 – Pouco dinheiro para as suas necessidades
	21,4% refere ter pouca informação para organizar a sua vida diária	Problema 6 – Pouca informação para organizar a sua vida
	23,8% refere ter poucas oportunidades para realizar atividades de lazer	Problema 7 – Poucas oportunidades para realizar atividades de lazer
	16,7% está muito insatisfeito com o lugar em que vive	Problema 8 – Insatisfação com o lugar em que vive
	4,8% está muito insatisfeito com o acesso que tem aos serviços de saúde	Problema 9 – Insatisfação com o acesso aos serviços de saúde
	7,1% está insatisfeito com os transportes que utiliza	Problema 10 – Insatisfação com os transportes que utiliza

Pode observar-se através destes resultados que grande parte da população não tem uma opinião formada sobre o seu estado de saúde, não emitindo um parecer concreto acerca do mesmo, o que explica a grande percentagem de pessoas que dão uma resposta ambígua em cada questão. O

motivo pelo qual isso acontece seria interessante ser estudado no âmbito de um outro trabalho académico.

3.2 Priorização e diagnósticos de enfermagem

Segundo Tavares (1990), a etapa de priorização de problemas trata-se de uma tomada de decisão, visando a pertinência dos planos, a utilização eficiente dos recursos e a otimização dos resultados. Embora seja uma etapa com alguma subjetividade, dependendo da experiência e preferência do próprio planificador, ela deverá ser tão objetiva quanto possível, utilizando para isso alguns critérios ponderados, com base nos quais se opta entre as alternativas possíveis.

“poder-se-á dizer que a escolha da técnica a utilizar deve ter como bases mais importantes a afinidade do planificador por alguma delas, assim com a sua adequação ao tipo de aplicação a fazer...” (Tavares, 1990, p. 101).

Assim, tendo em conta a afinidade na utilização desta técnica e o facto de se considerar os critérios de ponderação os mais adequados aos problemas apresentados, escolheu-se a grelha de análise (ver Anexo III) que permite determinar prioridades partindo de quatro critérios – importância do problema, relação entre o problema e o fator de risco, capacidade técnica para resolver o problema e exequibilidade do projeto ou intervenção (Tavares, 1990). Estes critérios parecem ser os mais adequados no sentido de: a importância traduzir a dimensão, gravidade e urgência na resolução do problema; a relação entre o problema e fatores de risco, traduzir as consequências que a falta de adesão terapêutica e má qualidade de vida poderão ter no aparecimento de fatores de risco, que por si só, poderão incrementar ainda mais os problemas resultantes desta mesma falta de adesão e piorar a Qdv; e da capacidade técnica de resolver o problema, bem como a exequibilidade do projeto ou intervenção, se tornarem também pertinentes pois alguns problemas aqui apresentados, embora sejam da área de intervenção da enfermagem, estão também dependentes do apoio da área social, podendo ser por isso, de difícil resolução.

	Importância	Problemas/fatores de risco	Capacidade técnica de intervenção	Exequibilidade do projeto	Prioridade
P1	+	+	+	+	1
P2	+	+	+	-	2
P3	-	+	-	-	12
P4	-	+	-	-	12
P5	+	+	-	-	4
P6	+	-	+	+	5
P7	-	+	+	+	9
P8	-	-	+	-	14
P9	+	+	-	-	4
P10	-	-	-	-	16

Foi definido como um dos critérios intervir apenas nos problemas priorizados com ponderação inferior a 5 por questões temporais e de recursos diminutos. Assim, os problemas de saúde priorizados são: Má qualidade de vida em primeiro lugar, em segundo Insatisfação com a sua saúde, e posteriormente surgem dois problemas com igual ponderação: Dinheiro insuficiente para as necessidades e Insatisfação com a acessibilidade aos serviços de saúde. Contudo, o problema do dinheiro insuficiente para as necessidades, embora seja alvo importante de intervenção dos enfermeiros da área social através do encaminhamento para instituições de formação remunerada, encaminhamento para técnicos de serviço social, entre outros; será excluído, uma vez que a avaliação das intervenções para a resolução deste problema não será exequível no período de tempo deste projeto.

O termo Qdv associado à saúde é muito frequente na literatura. A maior parte dos autores é unânime em assumir que a Qdv, embora subjetiva e multidimensional, influencia as políticas e práticas na área da saúde. O conceito de saúde numa perspetiva salutogénica, deixou de estar ligado à mera ausência de doença, e passou a ser entendido como uma condição de bem-estar físico, mental e social. Assim, tendo em conta a definição destes dois conceitos, quando este bem-estar físico, mental e social (saúde) é perturbado por algum processo de doença, a perceção deste estado (qualidade de vida) também será afetada. Segundo Freire, Sawada, França, Costa & Oliveira

(2014), é neste âmbito que a relação entre saúde e Qdv está associada a modificações na percepção da sua posição na vida, bem-estar, ou atitude perante a saúde, decorrente de um processo de doença. Ainda de acordo com esta perspetiva salutogénica de promoção da saúde, cabe ao enfermeiro orientar a pessoa a valorizar positivamente os fatores que a determinam, e a realizar as suas potencialidades de saúde respondendo positivamente às exigências (físicas, biológicas, psicológicas e sociais) dum ambiente em constante mutação, adquirindo maior domínio sobre a sua saúde (Saboga, 1997).

Neste sentido, é evidente o papel do enfermeiro como educador, realçando a importância de uma boa adesão terapêutica e orientando também para outros comportamentos promotores de saúde. Contudo, não basta só passar informação, é necessário avaliar a aquisição e compreensão da mesma por parte do utente, tornando-o capaz de fazer uso desta nas situações necessárias. AWHO (2016) diz-nos que a capacidade dos indivíduos para terem acesso à informação, compreendendo-a e utilizando-a de forma a promover e manter uma boa saúde, refere-se ao que se chama literacia em saúde.

Um estudo de Méndez, Pérez & Báez (2015), realizado em Porto Rico com pessoas VIH positivas, procurou determinar a associação entre o nível de alfabetização em saúde com a adesão à medicação, gestão de sintomas e estratégias de autocuidado. Os resultados indicaram que, para além de outras características sociodemográficas, o nível de alfabetização em saúde de um indivíduo tem interações significativas na adesão à medicação. Ou seja, pessoas com maior nível de alfabetização em saúde, apresentaram maiores médias na escala de adesão à medicação.

Assim, percebe-se que as pessoas com baixo nível de LS e com doenças crónicas são menos capazes de cuidar de si, fazendo uso dos serviços de saúde de forma indevida. Este uso incorreto leva muitas vezes à insatisfação do seu estado de saúde, considerando-se por isso, a LS como um dos recursos que desempenha um papel relevante no acesso adequado aos

serviços de saúde, e no incremento da resiliência e do bem-estar individual (Saboga, Sorensen & Pelikan, 2014).

Neste sentido, Gaston (2013), reforça o papel da competência cultural dos profissionais de saúde no atendimento aos utentes, especialmente de grupos vulneráveis, que determina a perceção que estes têm sobre os cuidados que lhes são prestados e, potencia ou não, a adesão ao tratamento e consequentemente os resultados a nível de saúde e qualidade de vida.

Identificando os problemas acima mencionados em linguagem CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (versão 2) chegamos aos seguintes diagnósticos de enfermagem:

- i. Défice de conhecimentos relacionados com o bem-estar;
- ii. Bem-estar diminuído;
- iii. Atitude face ao cuidado comprometida.

Tendo por base o modelo norteador deste trabalho e os problemas de saúde encontrados nesta população, podemos constatar que a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, no que se refere ao sistema de apoio-educação, é a que melhor se adequa no planeamento das estratégias a implementar na fase seguinte, no sentido em que o enfermeiro irá assumir um papel norteador, de apoio e orientação, na partilha de conhecimento e estratégias promotoras do autocuidado, auxiliando a pessoa a ser de forma autónoma “agente do seu autocuidado”.

3.3. Fixação de Objetivos

Segundo Imperatori & Giraldes (1982), a palavra *objetivo* remete-nos para um resultado desejável, exequível e mensurável, que implique alterar positivamente a tendência natural de um problema, permitindo-nos definir exatamente a direção que um projeto irá tomar.

Uma vez que faz parte também das competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública a participação, implementação, coordenação e avaliação de programas de saúde (O.E, 2010),

que nos remete à monitorização e orientação de outros profissionais de saúde, interviu-se não só com os utentes, mas também junto dos profissionais de enfermagem, no sentido de os sensibilizar para a importância da educação na promoção da saúde deste grupo, tendo em conta as problemáticas por eles identificadas, e promovendo assim uma maior abrangência e continuidade dos cuidados (não se cingindo àquele momento, naquelas pessoas).

Assim, de acordo com a problemática do trabalho e os diagnósticos de enfermagem definidos, os objetivos das intervenções são os seguintes:

Objetivo Geral: Contribuir para a melhoria da qualidade de vida através de medidas de promoção e educação para a saúde.

Objetivos Específicos:

- i. Sensibilizar os profissionais de enfermagem para as necessidades de EpS da população;
- ii. Identificar as dificuldades manifestadas pelos enfermeiros na realização das consultas de enfermagem;
- iii. Planear as intervenções de educação para a saúde fundamentadas nas problemáticas priorizadas;
- iv. Adequar as técnicas e estratégias para a intervenção;
- v. Promover junto dos utentes os conhecimentos para que possam desenvolver *competências básicas em saúde* que facilitem a adoção de comportamentos protetores de saúde e de prevenção da doença;
- vi. Promover junto dos utentes os conhecimentos para que possam desenvolver *competências do doente*, para se orientarem no sistema de saúde e agir como um parceiro ativo dos profissionais.

3.4 Seleção de Estratégias

Chegada esta fase, pretendeu-se propor novas formas de atuação que respondam aos objetivos anteriormente fixados, reduzindo assim, os problemas de saúde identificados (Imperator & Giraldes, 1982).

Tendo como referencial orientador deste trabalho o sistema de apoio-educação de *Orem*, onde o profissional de saúde tem um papel fundamental no suporte, orientação, e desenvolvimento de um ambiente educativo (*Orem*, 2001), a estratégia selecionada é a educacional. A finalidade é promover juntos dos utentes os conhecimentos e as competências essenciais para a adoção de comportamentos promotores da saúde; bem como, sensibilizar os enfermeiros para diferentes estratégias, desenvolvendo competências para responderem às necessidades da população, no que diz respeito à promoção do seu autocuidado e melhorando assim, a sua qualidade de vida no geral.

Usou-se como critérios para a conceção das estratégias, dar especial ênfase à educação da população através de atividades facilitadoras da compreensão dadas as características específicas desta população, melhorar a eficiência dos recursos humanos existentes e rentabilizar o tempo e os recursos materiais. Não houve modificações especiais na estrutura organizacional ou processos de trabalho, a não ser as que dizem respeito às reuniões com a equipa de enfermeiros o que interferiu com o horário laboral.

3.4.1 Preparação Operacional

É nesta fase que deverão ser especificadas todas as atividades planeadas para a satisfação dos objetivos delineados, tendo em conta alguns parâmetros: “o que deve ser feito; quem deve fazer; quando deve fazer; onde deve ser feito; como deve ser feito; avaliação da actividade; se possível: o objectivo que pretende atingir e eventualmente: o custo da actividade.” (Tavares, 1990, p. 169).

Foi selecionada como estratégia, a educação para a saúde, através de atividades em grupo e individuais. As atividades grupais tiveram como objetivo

o acompanhamento de um grupo de utentes que foram sujeitos a atividades/dinâmicas com foco na mudança de comportamento, ou seja, através de estratégias cognitivo-comportamentais pretendeu-se que os utentes fizessem uma introspeção e reestruturação cognitiva com vista a modelar comportamentos não promotores da saúde, ou manter a mudança de comportamento através de reforço positivo ou outras estratégias motivacionais. Já as intervenções individuais basearam-se em intervenções breves com foco também na mudança de comportamento, e com a finalidade de responder às necessidades pontuais que os utentes apresentassem no atendimento de enfermagem e que correspondessem às problemáticas identificadas inicialmente na população-alvo, bem como aos objetivos das intervenções.

Tanto as atividades grupais como as individuais foram acompanhadas por um enfermeiro da equipa, e ao longo da realização destas, foram desenvolvidas para a equipa de enfermagem três sessões informativas para dar conhecimento do trabalho que se estava a desenvolver com os utentes, bem como para dar resposta a um dos objetivos deste projeto que pretendia sensibilizar os profissionais de enfermagem para as necessidades identificadas pela população, bem como a importância da EpS na resposta às mesmas, adequando os cuidados prestados a esta população.

Sessões individuais de educação para a saúde

As sessões individuais de EpS foram incluídas na metodologia de intervenção devido ao facto de muitos utentes não serem recetivos a participar em atividades que tenham a presença de outras pessoas, necessitando por isso, de um acompanhamento mais individualizado e dirigido. Estas sessões tiveram como principal objetivo promover conhecimentos sobre a doença, cuidados a ter e importância do tratamento, bem como a responsabilização pelo seu processo de saúde. Foram incluídos nestas sessões os utentes da unidade infetados por VIH, a receber tratamento antirretroviral, maiores de idade e que recorriam ao atendimento de enfermagem. Assim, as sessões de educação foram baseadas em intervenções breves direcionadas à necessidade

que o utente apresentava no momento da consulta e que dava resposta também aos objetivos do projeto. Estas intervenções basearam-se maioritariamente na educação sobre a importância de aderir às consultas médicas previamente marcadas, na supervisão da toma de medicação, no acompanhamento e apoio da organização da caixa semanal de medicação, na educação dos cuidados a ter com infeções secundárias ou qualquer lesão apresentada, na resolução de conflitos internos, na ventilação de emoções e na educação dos recursos de saúde que têm disponíveis na comunidade para recorrer em caso de necessidade. Assim, através das atividades acima descritas foram treinadas e promovidas competências básicas em saúde, no que diz respeito à apropriação de informação e conhecimento – educação -, à consciencialização da sua situação de saúde, à autogestão e autocontrolo do seu processo de saúde, à promoção e apoio de estilos de vida saudáveis - principalmente em relação à vigilância de saúde -, competências de resiliência na adaptação a mudanças no processo saúde/doença e na superação de determinadas adversidades, e competências na tomada de decisão sobre a sua saúde. O reforço destas competências através da promoção da LS permitiu não só a equidade de acesso aos serviços de saúde entre os utentes, bem como, a adesão ao tratamento e a capacitação para a tomada de decisão em saúde.

No total foram realizadas 52 sessões individuais. O plano operacional destas bem como a sua avaliação encontra-se no Apêndice VII.

Sessões de grupo de educação para a saúde

Segundo Galvão, Gouveia, Carvalho, Costa, Freitas & Lima (2011),

os atendimentos em grupos direcionados para pessoas portadoras do HIV favorecem uma experiência em conjunto, em especial porque, em face de viverem situações semelhantes, o próprio grupo promove as soluções com a ajuda de um facilitador. Esse cuidado pode propiciar ao paciente melhor enfrentamento da doença, maior adesão ao tratamento e melhoria da qualidade de vida.

Espera-se que o enfermeiro possa, por meio de ações criativas e motivadoras, criar um ambiente no qual os indivíduos sejam respeitados na sua integridade, onde a informação e a educação em saúde possam proporcionar maior sobrevida ao portador do HIV. (2011, p.300)

Uma vez que esta população tem uma baixa literacia em saúde e como tal, baixa capacidade de compreensão, gestão e investimento da informação que lhe é dirigida (Nunes, Sorensen & Pelikan, 2014), foram utilizadas técnicas cognitivo-comportamentais com foco na mudança de comportamento e baseadas nos princípios da entrevista motivacional. O objetivo foi intervir no desenvolvimento pessoal de um grupo de quinze utentes através de um conjunto de competências que facilitem a manutenção do comportamento de adesão à terapêutica, que permitam atualizar e reforçar os conhecimentos acerca da doença e cuidados associados, que promovam a compreensão do acesso aos serviços de saúde e evitem a recaída no comportamento de não adesão.

1ª Atividade: World Café

Esta primeira atividade (Apêndice VIII) teve como principal objetivo perceber o padrão comportamental dos utentes acerca das temáticas lançadas, bem como as diferentes fases motivacionais onde o grupo se insere. Percebeu-se pela interação e participação dos utentes que todos se encontram nas fases de ação ou manutenção. Embora demonstrem ter conhecimentos básicos acerca da doença, riscos e importância da medicação no tratamento e manutenção da qualidade de vida, alguns têm dificuldade na gestão do regime terapêutico no seu dia-a-dia, apresentando como principal fator de recaída o esquecimento e mudanças de rotina. No que se refere ao que os motiva a manter o comportamento de adesão terapêutica, muitos justificam com a vontade de continuar a viver com qualidade, alguns com o gosto de manter os seus papéis sociais (mãe e avó) e outros ainda, com a esperança na cura.

Ainda de acordo com as temáticas lançadas, embora a maior parte do grupo concorde com a importância de andar sempre com um guia terapêutico consigo, alguns elementos discordaram e não demonstraram conhecimentos sobre a função deste documento. Como intervenção para este problema identificado, foi debatido o tema no próprio momento e desenvolvidos conhecimentos dentro desta área sobre o que é um guia terapêutico, o seu objetivo, a importância e vantagens de o ter sempre consigo, e foi também acordado com o enfermeiro que os acompanha no Centro adequar o documento às dificuldades visuais dos utentes e entregar o guia respetivo a cada um. Procurou-se com estas atividades reforçar competências básicas em saúde no que diz respeito ao conhecimento e compreensão sobre a sua patologia, bem como reforçar competências de autogestão e autocontrolo da doença.

Em relação à acessibilidade aos serviços de saúde, a maior parte dos utentes refere recorrer em caso de doença ao serviço de urgência do hospital da área de residência ou diretamente ao médico especialista que os acompanha. Os outros recursos que poucos identificaram foram o médico de família e os enfermeiros do CSMM para poderem obter informação onde se dirigir. Houve apenas um utente que mencionou a linha Saúde24, mas assumiu nunca ter utilizado esse meio. Não foram identificados mais recursos de saúde. Sendo a acessibilidade aos recursos de saúde um problema de base, utilizou-se como intervenção uma dinâmica que resultou num quiz sobre a temática, realizada na 4ª atividade, com o objetivo de promover competências de educação cívica no acesso aos serviços de saúde.

Também as recaídas na não adesão terapêutica são um problema de base verificado aliás, no tratamento de dados na fase de diagnóstico da situação. Assim, decidiu-se intervir recorrendo a duas dinâmicas, o role-playing (2ª atividade) com o objetivo de reforçar o grupo com estratégias que promovam o comportamento de adesão através da partilha de experiências; e a 3ª atividade com o objetivo de promover a responsabilização pelo seu processo de saúde e competências na tomada de decisão através da fixação de metas e objetivos.

2ª Atividade: Role-playing

Esta segunda atividade desenvolveu-se dividindo os utentes presentes em dois grupos. Foi-lhes pedido que cada grupo pensasse em duas ou três situações causadoras de falha na toma da medicação. Posteriormente e de forma alternada, um grupo expôs as situações e o outro tinha como função colocar-se nessa situação e identificar estratégias que evitassem a falha na adesão terapêutica.

O objetivo desta dinâmica foi trabalhar as várias perspetivas de enfrentar um mesmo problema e promover o autoconhecimento de estratégias para evitar a recaída no comportamento de não adesão terapêutica. O plano operacional desta atividade pode ser observado no Apêndice IX.

As situações discutidas potenciadoras da falta de adesão basearam-se muito na mudança de rotinas, falta de conhecimento e treino na gestão da medicação, efeitos secundários da mesma, internamentos hospitalares e circunstâncias da vida (história de consumo de substâncias). As estratégias partilhadas por cada grupo focaram-se na criação de rotinas e no apoio de pares e instituições (hospitalares e outras). Esta necessidade de apoio, foi de resto, constatada num estudo realizado por Duwell, *et al.* (2013), no Sul da África com pessoas infetadas com VIH, em que demonstrou que o uso de apoiantes no tratamento selecionados pelos próprios utentes leva a uma experiência benéfica e satisfatória, pois estes apoiantes não só promovem a adesão à medicação, como podem fornecer apoio instrumental e emocional que reforçam comportamentos saudáveis, otimizando as expectativas e o impacto positivo na saúde do doente.

Algumas estratégias que “fogem” ao comum já começam a ser faladas, como a lembrança nos telemóveis, e a colocação de uma folha para assinar a toma num local visível da casa. O guia terapêutico foi um recurso identificado pelos utentes no que se refere a internamentos hospitalares onde ainda acontece ficarem sem tomar a TARV por desconhecimento da equipa médica, o que nos indica que a sessão anterior reforçou a importância deste documento como recurso.

Outro ponto que surgiu e foi discutido foi a necessidade de estabilidade no dia-a-dia para cumprir a medicação, no que diz respeito à ocupação dos tempos-livres de forma útil e saudável. Uma vez que a literatura sobre a temática nos indica que a adesão terapêutica é um processo multidimensional, resultando de fatores externos e também internos, é lógico pensar-se que a motivação, força anímica, crenças, objetivos de vida, entre outros, influenciam a adesão à terapêutica. Assim, para esta necessidade decidi realizar outra dinâmica (3ª atividade) que visou promover um desenvolvimento pessoal saudável com a responsabilização pelo seu processo de saúde através da fixação de metas e objetivos de vida.

Procurou-se com esta sessão desenvolver competências básicas em saúde no que respeita à socialização e comunicação entre pares, e desenvolvimento de competências cognitivas gerais através da procura de estratégias que deem resposta à situação.

À medida que os utentes foram sugerindo estratégias foi-se criando uma boa dinâmica que promoveu a desconstrução de algumas ideias, bem como, a discussão da pertinência de algumas estratégias, e da acessibilidade às instituições de saúde, uma vez que o deixar de tomar a medicação por incompreensão da gestão terapêutica foi comum a muitos dos utentes, e poderia ser evitada se soubessem onde ou como recorrer para pedir ajuda, ao invés de abandonarem o regime terapêutico. Como intervenção para esta necessidade, foi desenvolvida a 4ª atividade.

No final da sessão e em jeito de conclusão, percebeu-se pelos comentários e *feedback* que cada um deu, que algumas estratégias nunca tinham sido pensadas pelos utentes e alguns recursos disponíveis nunca tinham sido equacionados por desconhecimento; o que leva a crer que esta atividade foi pertinente no incremento de competências do utente para promoção da qualidade de vida através da adesão terapêutica.

3ª Atividade: Fixação de metas e objetivos

Esta sessão consistiu em pedir aos utentes que refletissem sobre o ano anterior, e estabelecessem objetivos que pretendem cumprir neste novo ano de 2017, a nível pessoal e de saúde.

Cada utente falou acerca do que pretende este ano, e em conjunto discutiu-se as estratégias que facilitam ou promovem o cumprimento dos mesmos. Com a participação do grupo, percebeu-se que a maior parte dos participantes não pensa em objetivos sequer a curto prazo, mas sim viver o dia-a-dia. Contudo, com o desenvolvimento da dinâmica e desconstruindo alguns preconceitos, foram identificando objetivos que eram quase comuns a todos e estavam muito focados nas necessidades mais básicas e imediatas, como manter a saúde, manter a habitação, ter um emprego e continuar a estabelecer uma boa relação com os demais utentes e com a família com quem ainda mantêm contacto. Zuyderduin, Ehlers & Van der Wal (2008) reforçam a importância deste último ponto no seu estudo sobre a influência do grupo de amigos nos cuidados referentes à infeção por VIH. De facto, o grupo de amigos funciona como um sistema de apoio, motivador, que participa nas condições que influenciam diretamente a saúde, promovendo comportamentos de autocuidado como a adesão à terapêutica, a aceitação da doença e melhorando o bem-estar pessoal e consequentemente a qualidade de vida.

Em discussão todos os participantes chegaram a acordo que as estratégias para cumprir estes objetivos passam por estilos de vida saudáveis, como manter comportamentos promotores da saúde a nível de alimentação, higiene, relações sexuais protegidas, adesão ao regime terapêutico e responsabilização pela sua saúde; ter uma vida estável, no que diz respeito à gestão do dinheiro de forma adequada, definição de prioridades, manutenção do espaço onde habita limpo e organizado; cultivar relações satisfatórias, no que diz respeito a manter o contacto e visitas de familiares sem cobranças, manter relações com colegas e familiares sem conflitos; e também ocupar os seus tempos livres com atividades ou funções de acordo com os seus interesses.

Outros pontos foram abordados pelo grupo, como a dificuldade de conseguirem na comunidade apoio para satisfazer as suas necessidades de recreação. Assim, sugeriu-se que estivessem presentes nas reuniões semanais para os utentes do Centro, para ter conhecimento das atividades lúdicas dessa semana e poderem fazer sugestões aos monitores de outras atividades tendo em conta os seus interesses.

Também durante toda esta dinâmica foram sendo trabalhadas competências motivacionais, de gestão e investimento da saúde que devem acompanhar a pessoa ao longo do seu ciclo de vida na adoção de estilos de vida saudáveis; competências a nível dos papéis sociais que os diferentes utentes assumem e nas diferentes fases das suas vidas, que interferem nas suas opções de saúde; competências de resiliência e atitudes e valores no sentido de mediar a determinação de prioridades no que respeita ao seu processo de saúde.

O plano operacional desta atividade encontra-se no Apêndice X.

4ª Atividade: Quiz sobre acessibilidade aos serviços de saúde

Nesta atividade da qual participaram seis utentes na primeira sessão, foi-lhes solicitado que respondessem a 10 questões de escolha múltipla relacionadas com a acessibilidade aos serviços de saúde (Apêndice XI). Esta dinâmica permitiu perceber que embora os utentes saibam quais os procedimentos corretos a tomar, muitas vezes não é isso que optam por fazer. As questões que mais dúvidas suscitaram foram a questão número 1, 3, 5, 6 e 7, sendo que à medida que se ia observando opiniões contrárias, aproveitou-se para promover momentos de discussão e aprendizagem, através da partilha de conhecimento entre pares. No final, todos referiram ter gostado muito desta interatividade e ter sido bastante produtiva, optando-se por repetir a dinâmica para os utentes que não puderam estar presentes.

Na segunda sessão participaram sete utentes, todos eles com as mesmas dificuldades nas questões em cima identificadas podendo-se, por isso, equiparar os dois grupos no que diz respeito aos conhecimentos nesta área.

Assim, as mesmas competências foram trabalhadas a nível da educação cívica, acesso aos serviços de saúde, e vigilância de saúde, promovendo a sua capacitação na tomada de decisão e parceria ativa junto dos profissionais de saúde.

5ª Atividade: Viagem pela Montanha

Pretendeu-se com esta última sessão trabalhar e reforçar nos utentes competências essencialmente motivacionais, de perseverança, autoconfiança, e autoeficácia, através da visão ainda que simulada do alcance dos seus objetivos (Apêndice XII). Promovendo a sua visão positivado futuro, possibilitou-se também assim a sua superação.

Por isso, foi criada uma dinâmica de relaxamento com os utentes que propiciou o acesso às suas cognições trabalhando-as através de uma viagem guiada que lhes permitisse ver-se a alcançar os seus objetivos, proporcionando-lhes mais coragem, confiança e motivação.

Ao início quando foi explicado no que iria consistir a intervenção, alguns utentes não se mostraram muito interessados. Contudo, com o decorrer da atividade todos os elementos pareciam estar concentrados na “viagem” que se ia fazendo. No final, quando foi solicitado que deambulassem pela sala, pôde-se observar uma postura diferente, mais direita, satisfeita, positiva, segura e alegre, conversando uns com os outros e inclusive dançando juntos a música que tocava no momento. Por iniciativa própria, alguns destes utentes comentaram a analogia entre a viagem pela montanha e o seu próprio percurso de vida, com momentos mais difíceis de ultrapassar em que é necessário olhar para o que já foi feito e ganhar energias para seguir em frente. As posturas e comentários finais levam a crer que esta atividade atingiu o seu objetivo, aumentando a autoeficácia e permitindo uma visão positiva sobre si próprios.

Sessões de informação à equipa de enfermagem

Perante o facto da equipa de enfermeiros manifestar que, embora comecem a trabalhar com a população-alvo a importância da adesão à terapêutica na manutenção da qualidade de vida logo após a integração destes na unidade, mantêm-se ainda muitas falhas na terapêutica. Assim, achou-se pertinente a equipa de enfermagem acompanhar todo o processo através de apresentações periódicas do trabalho que se foi desenvolvendo com os utentes, para perceberem quais as necessidades da população que cuidam, quais os objetivos das intervenções que poderão ser aplicadas para dar resposta às mesmas e quais os seus resultados; permitindo assim, abrir novos caminhos de resposta. Foram por isso realizadas três sessões correspondentes às diferentes fases do projeto: apresentação do diagnóstico da situação; apresentação das intervenções que seriam aplicadas e qual os seus objetivos e por fim, os resultados dessas mesmas intervenções. O intuito destas sessões foi sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da educação para a saúde nesta população, através de estratégias mais adequadas às especificidades da população-alvo, contribuindo também para a atualização de conhecimentos e aquisição de competências profissionais nesta área. O plano operacional destas atividades pode ser observado no Apêndice XIII.

Estas atividades realizaram-se no período compreendido entre novembro de 2016 a fevereiro de 2017.

3.4.2 Avaliação

A avaliação corresponde à última etapa do processo de Planeamento em Saúde e a sua função principal é “determinar o grau de sucesso na consecução de um objetivo, mediante a elaboração de um julgamento baseado em critério e normas” (Tavares, 1990, p. 205). Ainda de acordo com o mesmo autor, sendo um critério uma característica observável, como por exemplo um indicador, e uma norma um ponto de referência do critério que permite atribuir-

Ihe um julgamento, pode dizer-se que a avaliação faz uma confrontação entre objetivos e estratégias ao nível da adequação.

De acordo com o mesmo autor (1990), existem várias classificações de avaliação, entre elas, a avaliação segundo a implementação de atividades que as classifica como internas, tendo em conta o funcionamento e produtividade, ou externas, tendo em conta o impacto e eficácia das mesmas.

As avaliações internas usam sobretudo indicadores de atividade ou execução. No caso deste projeto foi realizada uma avaliação a curto prazo, através de indicadores de processo e atividade, pois o tempo limitado no planeamento e execução do mesmo, não permitiu avaliar o impacto dos resultados.

Todos os resultados dos indicadores podem ser observados nos apêndices relativos ao plano operacional de cada sessão.

Sessões individuais de Educação para a Saúde

Para um total de 35 utentes infetados com VIH acompanhados no Centro, foram efetuadas 52 sessões individuais de EpS. Uma vez que estas sessões tinham como objetivo promover os conhecimentos sobre a doença e tratamento, promovendo a responsabilização pelo seu processo de saúde no momento das consultas de enfermagem, muitas destas sessões foram repetidas pelo mesmo utente, embora as necessidades de educação durante a consulta tenham sido diferentes. Só assim se justifica terem ocorrido 52 sessões individuais por 25 utentes, o que demonstra a necessidade de educação nesta população, visto a recorrência à consulta pelas mesmas pessoas. Por outro lado, justifica também a dificuldade de “chegar” a esta população com características tão específicas, uma vez que durante este período 10 utentes não recorreram uma única vez à consulta de enfermagem. Contudo, o resultado do indicador de adesão superou a meta delineada, uma vez que mais de 50% dos utentes aderiram às consultas de enfermagem.

Estava pensado fazer-se 4 atendimentos por dia, nos 30 dias que realizámos a consulta, o que daria um total de 120 sessões de educação para a saúde. Neste sentido, o indicador de atividade não foi atingido.

No que diz respeito ao indicador de participação foi atingido com sucesso uma vez que todos os utentes que recorriam à consulta de enfermagem tinham como objetivo tirar algumas dúvidas para que pudessem cumprir adequadamente comportamentos de adesão e por isso saíam da consulta com objetivo de manter estilos de vida mais saudáveis.

Neste sentido, pode-se considerar o objetivo parcialmente alcançado.

Sessões de grupo de educação para a saúde

1ª Atividade: World Café

Pode considerar-se que esta atividade teve sucesso no que diz respeito ao cumprimento das metas através dos indicadores definidos. Embora não tivesse presente o número de utentes esperados, mesmo assim ultrapassou a meta de 50%, atingindo os 86,7%. O facto de alguns utentes acabarem por não estar presentes na sessão deveu-se à marcação de consultas ou outros imprevistos de última hora que não permitiram o melhor planeamento da data da atividade.

Contudo, o objetivo foi alcançado, pois todos os presentes participaram na atividade e foi conseguido que a totalidade demonstrasse conhecimentos básicos sobre os riscos da não adesão terapêutica e também motivação para mudar o comportamento para estilos de vida mais saudáveis.

2ª Atividade: Role-playing

Esta atividade também permitiu que os objetivos da mesma fossem alcançados, pois as metas definidas foram cumpridas tendo em conta os indicadores avaliados. Mais de 50% dos utentes estiveram presentes, embora tenha havido um grande decréscimo no número comparativamente com a

dinâmica anterior. Também mais de metade referiu no final da sessão ter aprendido novas estratégias para evitar a recaída no comportamento de não adesão terapêutica, o que nos leva a crer que as dinâmicas de aprendizagem por pares mediadas por um profissional, muitas vezes facilitam a aprendizagem através da partilha de experiências numa vivência que é comum ao grupo.

Durante esta atividade houve um utente que quis estar presente na dinâmica, mas recusou participar ou colaborar nas discussões, pelo que foi contabilizado na avaliação como utente presente, mas não entrou na contagem dos utentes participantes. Esta situação poderá estar relacionada com o facto de muitos utentes não admitirem as falhas na toma da medicação, por medo de serem julgados pelos pares ou pela equipa de saúde, o que leva aos enfermeiros a terem de repensar na sua atitude e postura perante estes casos, considerando sempre a especificidade de cada caso. Ainda assim, o resultado do indicador de participação foi superado.

3ª Atividade: Fixação de metas e objetivos

Esta atividade não cumpriu o indicador de adesão o que levou a que o objetivo fosse parcialmente alcançado. Traçou-se como meta que 50% dos utentes estariam presentes na atividade, e acabaram por estar apenas 40%. Este facto deveu-se muito provavelmente ao desinteresse por parte do grupo nas dinâmicas, uma vez que as percentagens de adesão foram baixando a cada atividade. Esta é uma população que no geral, devido às suas especificidades, não está habituada a permanecer muito tempo no mesmo sítio a ouvir os outros, e não gosta muitas vezes de expor a sua opinião por insegurança, baixa autoestima e baixa literacia em saúde. Compete ao enfermeiro tentar mudar este comportamento, através da educação para a cidadania, fazendo com que esta população ganhe competências que lhes permita ter um conhecimento mais aprofundado e possibilite o exercício dos seus direitos e deveres com respeito a esta área.

Contudo, o indicador de participação foi cumprido o que significa que pelo menos 80% dos utentes demonstraram perspetivas futuras que passam pela manutenção do comportamento de adesão.

4ª Atividade: Quiz sobre acessibilidade aos serviços de saúde

Devido ao facto dos resultados nos indicadores de adesão virem a baixar nas atividades anteriores, realizou-se uma dinâmica diferente, com mais interatividade, que se revelou bastante produtiva e de interesse geral, levando à sua repetição.

No que diz respeito aos indicadores de participação, observa-se a falta de conhecimento que esta população tem sobre a acessibilidade aos recursos de saúde, e a necessidade de educação nesta área, sob pena da saúde ficar prejudicada. Em ambas as sessões, a meta de pelo menos 50% das questões serem respondidas de forma correta por todos os utentes, ficou muito aquém nos resultados obtidos. Esta é uma área de extrema importância a ter de ser tida em conta pela equipa de enfermagem.

Considerou-se os objetivos desta atividade parcialmente alcançados, uma vez que as metas relativas aos indicadores de participação e adesão da 1ª sessão não terem sido cumpridas.

5ª Atividade: Viagem pela Montanha

Nesta atividade que acabou por se mostrar produtiva, foi possível despertar o interesse por parte dos participantes ao longo da mesma, já que no início não estavam muito motivados. No entanto, mais uma vez a adesão à atividade ficou aquém das expectativas não atingindo a meta de 50% definida.

Contudo, revelou-se uma experiência positiva pelo envolvimento do grupo no final da sessão comentando a sua perspetiva de entender a atividade, e demonstrando mais confiança e segurança.

Assim, considera-se o objetivo da atividade alcançado parcialmente.

Sessões de informação à equipa de enfermagem

Foram realizadas três sessões de informação à equipa de enfermagem com objetivo de promover e atualizar os conhecimentos nesta área, mas também o desenvolvimento de competências fundamentais para a melhoria da resposta às necessidades desta população.

Em todas as sessões os resultados nos indicadores de adesão foram francamente fracos, não por falta de interesse da equipa, mas por falta de profissionais suficientes que assegurassem a ausência dos colegas no equipamento durante a sessão. Também a limitação no horário de funcionamento do Centro não permitiu o planeamento da sessão para outra altura que englobasse o horário laboral dos profissionais de saúde. Contudo, os enfermeiros que conseguiram estar presentes nas sessões, mostraram bastante interesse e participaram na colocação de questões que permitiram o desenvolvimento e aperfeiçoamento deste projeto. Este dado é possível observar-se nos resultados decorrentes do questionário de satisfação entregue para preenchimento, em que todos os profissionais avaliaram em todas as sessões mais de 50% dos itens como satisfeitos ou acima de satisfeitos.

Esta sessão permitiu também que fossem discutindo e uniformizando procedimentos que consideram necessários para a sua prática no dia-a-dia melhorando os cuidados prestados pela equipa.

No geral considera-se que o objetivo desta atividade foi parcialmente alcançado.

4. LIMITAÇÕES DO PROJETO

Este projeto, embora repleto de grandes experiências, e de um enriquecimento inigualável a nível profissional, nem sempre foi fácil de concretizar e a caminhada foi trabalhosa.

Para estas dificuldades contribuiu a minha inexperiência no que se refere ao conhecimento e utilização da metodologia do processo de Planeamento em Saúde, que com o auxílio da orientadora de mestrado e orientador do local de estágio, foi-se tornando paulatinamente mais fácil.

A *scoping review* revelou-se outro problema no desenvolvimento deste trabalho, pois a minha experiência no manuseamento de motores de busca científicos, deu-se apenas neste curso de pós-graduação. A dificuldade na língua inglesa, também atrasou um pouco o processo, no que diz respeito à tradução de artigos científicos.

O tratamento de dados e análise dos resultados na fase de diagnóstico da situação, também demonstrou ser um momento de grande ansiedade, pois já não me recordava do manuseamento do programa estatístico SPSS o que dificultou o progresso célere desta etapa.

Também o facto de a amostra ser constituída em parte por pessoas que, pelas suas circunstâncias de vida, nem sempre estão habituadas a assumir e cumprir compromissos, dificultou a participação de alguns integrantes do grupo de intervenção em todas as dinâmicas realizadas, tendo influência nos resultados dos indicadores de adesão.

De salientar que, com o esforço acrescido e empenho de todos os envolvidos neste projeto, foi possível ultrapassar estas contrariedades e realizar este trabalho que se tornou uma experiência enriquecedora, e me deixou mais preparada para futuros projetos em que possa participar enquanto enfermeira especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública.

5. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Findo este projeto, torna-se agora pertinente fazer uma análise crítica das competências adquiridas, tendo em conta os objetivos inicialmente traçados para o mesmo e as competências descritas no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Segundo este último (OE, 2010), as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, regem-se por avaliar com base na metodologia do Planeamento em Saúde, o estado de um grupo ou comunidade, contribuindo para a capacitação dos mesmos, através da coordenação de Programas de Saúde de âmbito comunitário e da vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Cumprindo os objetivos inicialmente propostos neste trabalho, que permitiam avaliar o estado de saúde da população-alvo através de instrumentos de avaliação da adesão terapêutica e da qualidade de vida, e com isso, capacitar os indivíduos através da educação para a saúde para serem agentes do seu próprio autocuidado, elevando assim a qualidade de vida, foram trabalhados os problemas da população, desenvolvidas as competências específicas que se pretendiam atingir e consolidados conhecimentos nesta área.

A própria metodologia do processo de Planeamento em Saúde, permitiu através das diferentes fases desenvolver competências até então pouco trabalhadas, como ao nível da investigação e utilização de programas de tratamento de dados, ao nível da determinação de prioridades, no que se refere à capacidade crítica e reflexiva e desenvolvimento de aprendizagens profissionais.

Tendo como suporte concetual ao longo do trabalho o modelo teórico de *Orem* sobre o Autocuidado, e incidindo especificamente no sistema de apoio-educação, julgo ter desenvolvido e aperfeiçoado as minhas competências no

que diz respeito à EpS, pois a OE (2011), defende que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública tem um papel preponderante neste processo, pois possui as competências necessárias para a identificação dos reais problemas de uma comunidade e para a capacitação das pessoas para a mudança de comportamento no que se refere à promoção da saúde e prevenção da doença, através da valorização das suas preocupações, identificação de barreiras existentes à aprendizagem, criação de estratégias facilitadoras da mesma, e desenvolvendo a responsabilidade pela saúde do próprio e tomada de decisão.

Tendo em conta os descritores de Dublin para o 2º e 3º ciclos e fazendo uma retrospectiva acerca do estágio decorrido, penso que este também foi bastante vantajoso na aquisição das novas competências, pois permitiu a aplicação dos conhecimentos adquiridos em novas situações, resolvendo questões complexas e desenvolvendo soluções que exigiram uma reflexão sobre os meus juízos perante determinada situação.

Nesta fase posterior, espero ser capaz de comunicar as conclusões do meu projeto de uma clara e objetiva, tendo contribuído para isso as apresentações que foram sendo realizadas ao longo do semestre, quer para a equipa de enfermeiros no estágio, quer para a equipa pedagógica e colegas de mestrado, o que me ajudou a desenvolver competências ao nível da comunicação.

Por tudo o que foi dito e baseando-me no Modelo de *Dreyfus* de aquisição de competências que foi transportado para a enfermagem por *Benner* (2001), considero que me encontro no estado 3 – competente, tomando consciência do meu trabalho em termos objetivos, facilitando-me a tomada de decisão e permitindo-me planear as intervenções e cuidados para a população. Contudo, a extensão deste projeto a outros locais ou a elaboração e implementação de outros trabalhos, permitirão amadurecer a experiência que possibilita atingir os conhecimentos e comportamentos característicos de uma enfermeira perita.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde a introdução da terapêutica antirretrovírica de alta eficácia, começou a haver uma menor taxa de mortalidade e uma maior esperança média de vida para as pessoas portadoras de VIH. Hoje em dia, é unânime que a adesão à medicação é um fator fulcral para melhorar o bem-estar e a qualidade de vida das mesmas.

Contudo, sabe-se também que esta doença está maioritariamente relacionada com pessoas e contextos desfavorecidos, aumentando assim, a sua vulnerabilidade. Por estes e outros fatores, a adesão à terapêutica fica comprometida devido à dificuldade de acesso aos cuidados de saúde, colocando em causa o bem-estar da pessoa e tornando-se um problema de saúde pública.

Assim, os baixos níveis de LS apresentam-se como um sinal preocupante que importa considerar no contexto global da promoção da saúde e bem-estar dos indivíduos (Nunes, Sorensen & Pelikan, 2014).

Este foi o mote para o desenvolvimento do projeto nesta área, tentando perceber de que forma o papel do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública poderia intervir no problema. Para isso foi utilizada a metodologia do Planeamento em Saúde que se demonstrou um instrumento chave para adquirir mais conhecimentos sobre a problemática e gerir os recursos necessários para intervir.

A escolha pelas técnicas cognitivo-comportamentais grupais e individuais revelou-se uma forma de adaptar as intervenções às especificidades da população com baixo nível de escolaridade e muitas vezes com desinteresse pelas medidas convencionais de educação. Embora os resultados baixos nos indicadores de adesão, (algo já esperado de antemão e que foi tentando ser colmatado ao longo do estágio), considera-se que esta metodologia de intervenção foi a mais adequada e, apesar de não ser possível avaliar resultados de impacto devido ao tempo limitado, acreditamos que se fossem aplicadas de uma forma contínua, surgiriam resultados visíveis, pois

segundo Flores (2012), a duração do tratamento é algo que é adaptável ao contexto e problema.

Neste sentido, foi possível perceber a necessidade de investir em projetos de saúde nesta área de maneira a averiguar a pertinência destas intervenções na educação desta população para a promoção de comportamentos promotores da saúde.

Com este trabalho pretendeu-se contribuir para uma maior visibilidade da necessidade de educação para a saúde nesta população, bem como da relação entre adesão terapêutica e a melhoria da qualidade de vida nas pessoas portadoras de VIH.

Tendo em conta os resultados da avaliação das intervenções, consideramos que os objetivos anteriormente delineados para este trabalho foram cumpridos; no entanto, há que salientar a importância de continuar não só projetos nesta área, bem como o investimento na formação contínua dos profissionais de enfermagem com objetivo final da melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Assim, como não se pretende que este trabalho represente o final de um projeto, mas sim uma parte integrante do mesmo, sugere-se para o futuro, que seja realizada uma nova avaliação através da aplicação dos mesmos questionários utilizados no diagnóstico da situação com intuito de perceber as diferenças nos resultados, ou quem sabe, realizar um novo estudo com um grupo controlo utilizando mais estratégias dentro desta área e durante um tempo mais prolongado, com objetivo de comparar a eficiência destas estratégias nesta população, e também promover linhas orientadoras para a elaboração de um possível manual de procedimentos pensado para o futuro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- André, M., R. (2005). *Adesão à Terapêutica em pessoas infectadas pelo VIH/SIDA*. StóriaEditores, Lda.
- Beer, L.; Fagan, JL.; Garland, P.; Valverde, EE.; Bolden, B.; Brady, KA.; ... & Bertolli, J. (2012). Medication-Related Barriers to Entering HIV Care. *AIDS Patient Care STDS*. 26 (4): 214-221. Acedido a 19-02-2017. Medline with fulltext. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4560234/>. DOI: 10.1089/apc.2011.0407
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto editora.
- Bolla, C. D. (2011). Pobreza e Sem-Abrigo. In M. A. P. R. P. Negrão (Coord). *Enfermagem de Saúde Pública – Cuidados de Saúde na comunidade Centrados na População* (p. 772-791). Lisboa: LUSODIDACTA.
- Catarino, JMN (2010). *Qualidade de Vida Relacionada com o VIH* (Dissertação de Mestrado – Gestão e Economia da Saúde). Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra.
- Dias, AM.; Cunha, M.; Santos, A.; Neves, A.; Pinto, A.; Silva A. & Castro, S. (2011). ADESÃO AO REGIME TERAPEUTICO NA DOENÇA CRÓNICA: REVISÃO DA LITERATURA. *Millenium*. 40: 201-219. Acedido a 02-08-2016. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/14.pdf>.
- Direção-Geral de Saúde (2015). *Infeção por VIH, SIDA e Tuberculose em números-2015*. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral de Saúde (2012). *Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA 2012-2016*. Lisboa: DGS.

- Duwell, MM.; Knowlton, AR.; Nachega, JB.; Efron, A.; Goliath, R.; Morroni, C.; ...Chaisson, RE. (2013). Patient-Nominated, Community-Based HIV Treatment Supporters: Patient Perspectives, Feasibility, Challenges, and Factors for Success in HIV-Infected South African Adults. *JournalList – AIDS Patient Care STDS*. 27 (2): 96-102. Acedido a 19-02-2017. Medline with full text. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3565551/>.
DOI:10.1089/apc.2012.0348
- Freire, MEM.; Sawada, NO.; França, ISX.; Costa, SFG. & Oliveira, CDB (2014). Qualidade de Vida relacionada à saúde de pacientes com câncer avançado: uma revisão integrativa. *Rev. Esc. Enferm USP*. 48 (2): 357-67. Acedido a 20-03-2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt_0080-6234-reeusp-48-02-357.pdf.
DOI: 10.1590/S0080-623420140000200022
- Flores, C.A. (2012). Terapia cognitivo-comportamental e tratamento psicológico de pacientes com HIV/AIDS. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*. 8 (1): 55-60. Acedido a 15-01-2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872012000100008.
- Fortin, MF. (1999). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Lusociência: Loures.
- Galvão MTG.; Soares, LL.; Pedrosa, SC.; Fiuza, MLT. & Lemos LA (2015). Quality of life and adherence to antiretroviral medication in people with HIV. *Acta Paul Enferm*. 28 (1): 48-53. Acedido em: 07-06-2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n1/en_1982-0194-ape-028-001-0048.pdf.

- Galvão, MTG.; Gouveia, AS.; Carvalho, CML.; Costa, E.; Freitas, JG.; & Lima ICV. (2011). Subjects raised by HIV/AIDS patients in self-help groups. *Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro*. 19 (2): 299-304. Acedido a 02-02-2017. Medline with full text. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/283476754_Subjects_raised_by_HIVAIDS_patients_in_self-help_groups.
- Gaston, GB. (2013). African-Americans' perceptions of health care provider cultural competence that promote HIV medical self-care and antiretroviral medication adherence. *AIDS Care*. 25 (9): 1159-65. Acedido a 28-01-2017. CIHNAL with full text. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23356569>.
- DOI:** 10.1080/09540121.2012.752783
- Hale, P. J. (2011). Riscos de Doença Transmissível e Infecciosa. In M. A. P. R. P. Negrão (Coord). *Enfermagem de Saúde Pública – Cuidados de Saúde na comunidade Centrados na População* (p. 943-968). Lisboa: LUSODIDACTA.
- Imperatori, E. & Giraldes, MR. (1982). *METODOLOGIA DO PLANEAMENTO DA SAÚDE*. Lisboa.
- Margalho, R.; Pereira, M.; Ouakinin, S. & Canavarro, MC. (2011). Adesão à HAART, qualidade de vida e sintomatologia psicopatológica em doentes infectados pelo VIH/SIDA. *ActaMedPort*. 24(S2): 539-548. Acedido em 05-05-2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/277232259_Adesao_a_HAART_qualidade_de_vida_e_sintomatologia_psicopatologica_em_doentes_infectados_pelo_VIHSIDA.
- Méndez, MR.; Pérez, ELS., & Báez, SSS. (2015). Measuring Health Literacy among People Living with HIV who attend a Community-Based Ambulatory Clinic in Puerto Rico. *Puerto Rico HealthSciencesJournal*. 34(1): 31-7. Acedido a 12-02-2017. Medlinewithfulltext. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4394204/>.

- Micheli, D.; Formigoni, MLOS & Carneiro (2014). SUPERA - Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. Modulo 4 – Intervenção Breve. Acedido a 14/12/2016. Disponível em: http://www.supera.senad.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/SUP9_Mod4.pdf.
- Moher, D.; Liberati, A.; Tetzlaff, J.; & Altman, D.G.; The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* (6) 6: e1000097.
DOI: 10.1371/journal.pmed1000097
- Obreli-Neto P., Baldoni A., Guidoni C., Bergamini D., Hernandez K., Luz R., ..., Cuman R. (2012). Métodos de avaliação de adesão à farmacoterapia. *Revista Brasileira de Farmácia*. 93(4): 403-410. Acedido a 20-06-2016 Disponível em: <http://www.rbfarma.org.br/files/rbf-2012-93-4-2.pdf>.
- Observador (2015). A dúvida persiste. Quem foi afinal o primeiro humano a ser infetado com VIH? (¶1) Acedido a 07-05-2016 Disponível em: <http://observador.pt/2015/12/01/a-duvida-persiste-quem-foi-afinal-o-primeiro-humano-a-ser-infetado-com-vih/>.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. CIPE®. Versão 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Os Enfermeiros e ... A Educação para a Saúde ... Acedido a 23-11-2016. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoeres/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeiroseeduca%C3%A7%C3%A3oparaaSaude.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Orem, D. (2001). *NURSING: Concepts of practice*. (6thed.) United States of America: Copyright by Mosby.

- Redman, B. K. (s.d). *A Prática da Educação para a Saúde*. 9ª Edição. Lusociência.
- Saboga N., (1997). O sentido da coerência como conceito operacionalizador do paradigma salutogénico. Apresentado no IV Congresso Português de Sociologia. Acedido a 12-10-16. Disponível em: http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR462e0a1588ba7_1.PDF.
- Saboga N., Sorensen K. & Pelikan, JM. (2014). HERMENÊUTICA DA LITERACIA EM SAÚDE E SUA AVALIAÇÃO EM PORTUGAL. In *VIII Congresso Português de Sociologia*. 14-16 Abr. 2014. Évora.
- Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (2016). *UNIDADE DE ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO – PROCESSO ESTRUTURANTE*. Acessível na Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Sebastian, J. G. (2011). Vulnerabilidade e Populações Vulneráveis: Perspetiva Geral. In M. A. P. R. P. Negrão (Coord). *Enfermagem de Saúde Pública – Cuidados de Saúde na comunidade Centrados na População* (p. 746-771). Lisboa: LUSODIDACTA.
- Simões, C.; Nogueira, C.; Lopes, D.; Santos, N. & Peres, S. (2011). *Os Enfermeiros e...A Educação para a Saúde...* Acedido a 28/02/2017. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeiroseeduca%C3%A7%C3%A3oparaaSaude.aspx>
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde. Departamento de Recursos Humanos da Saúde.
- Webel, AR.; Cuca, Y.; Okonsky, JG.; Asher, AK.; Kaihura, A. & Salata, RA. (2013). The impact of social context on self-management in women living with HIV. *Social Science & Medicine*. 87:147-154. Acedido a 08-06-2016. Medlinewithfull-text. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3656470/>.
DOI: 10.1016/j.socscimed.2013.03.037
- World Health Organization (s.d). Health Education. Acedido a 28/02/2017. Disponível em: http://www.who.int/topics/health_education/en/#.

- World Health Organization (2003). ADHERENCE TO LONG-TERM THERAPIES – Evidence for action. Acedido a 15-05-2016. Disponível em:
http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/.
- World Health Organization (2012). WHOQOL-HIV Instrument. Acedido a 10-11-2016. Disponível em:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77776/1/WHO_MSD_MER_Rev.2_012.03_eng.pdf?ua=1.
- World Health Organization (2015). Treat all people living with HIV, offer antiretrovirals as additional prevention choice for people at "substantial" risk. Acedido a 06-05-2016. Disponível em:
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/hiv-treat-all-recommendation/en/>.
- World Health Organization (2016). HIV/AIDS – Key facts. Acedido a 06-05-2016. Disponível em:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/>.
- World Health Organization (2016). The mandate for health literacy. Acedido a 10-11-2016. Disponível em:
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/health-literacy/en/>.
- Zuyderduin, JR.; Ehlers, VJ. & Wal, DMV. (2008). The impact of a buddy system on the self-care behaviours of women living with hiv/aids in botswana. *Health SA Gesondheid*. 13 (4): 4-15. Acedido a 03-03-2017. CIHNAL with full text. Disponível em:
<http://www.hsag.co.za/index.php/HSAG/article/viewFile/400/395>.

ANEXOS

ANEXO I

WHOQOL-HIV-BREF



WHOQOL-HIV-BREF

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, **escolha a que lhe parecer mais apropriada.** Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presentes os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas.**

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5

Deve assinalar a resposta que melhor descreve o quanto foi capaz de se concentrar nas duas últimas semanas. Assim, assinalaria "muito" se se tivesse conseguido concentrar muito, ou "nada" se não tivesse sido capaz de se concentrar nas duas últimas semanas.

Por favor, leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala que, em cada pergunta, lhe parecer que dá a melhor resposta.

		Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito/a	Insatisfeito/a	Nem satisfeito/a nem insatisfeito/a	Satisfeito/a	Muito satisfeito/a
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver **até que ponto** sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F50.1)	Até que ponto se sente incomodado(a) com problemas físicos desagradáveis relacionados com a sua infecção VIH?	1	2	3	4	5
5 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
6 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
7 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
8 (F52.2)	Em que medida se sente incomodado(a) pelo facto de as pessoas o(a) culparem pela sua condição de portador(a) do VIH?	1	2	3	4	5
9 (F53.4)	Até que ponto receia o futuro?	1	2	3	4	5
10 (F54.1)	Até que ponto se preocupa com a morte?	1	2	3	4	5
11 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
12 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
13 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
14 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
15 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
16 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
17 (F51.1)	Em que medida se sente aceite pelas pessoas que conhece?	1	2	3	4	5
18 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
19 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
20 (F9.1)	Como avalia a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito insatisfeito/a	Insatisfeito/a	Nem satisfeito/a nem insatisfeito/a	Satisfeito/a	Muito satisfeito/a
21 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
22 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
23 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
24 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
25 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
26 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
27 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
28 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
29 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
30 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

A pergunta que se segue refere-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
31 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

ANEXO II

Resultados Estadísticos

Sexo

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Masculino	28	66.7	66.7	66.7
	Feminino	14	33.3	33.3	100.0
	Total	42	100.0	100.0	

Idade

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	34	1	2.4	2.4	2.4
	35	1	2.4	2.4	4.8
	40	1	2.4	2.4	7.1
	43	3	7.1	7.1	14.3
	44	1	2.4	2.4	16.7
	45	1	2.4	2.4	19.0
	47	2	4.8	4.8	23.8
	48	4	9.5	9.5	33.3
	49	1	2.4	2.4	35.7

50	3	7.1	7.1	42.9
51	1	2.4	2.4	45.2
53	2	4.8	4.8	50.0
54	1	2.4	2.4	52.4
55	1	2.4	2.4	54.8
56	3	7.1	7.1	61.9
57	1	2.4	2.4	64.3
58	1	2.4	2.4	66.7
59	4	9.5	9.5	76.2
60	1	2.4	2.4	78.6
61	2	4.8	4.8	83.3
67	2	4.8	4.8	88.1
70	1	2.4	2.4	90.5
73	2	4.8	4.8	95.2
74	1	2.4	2.4	97.6
77	1	2.4	2.4	100.0
Total	42	100.0	100.0	

Grupos etários - idade recodificada

Frequência		Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	34-44 anos	7	16.7	16.7
	45-55 anos	16	38.1	54.8
	56-66 anos	12	28.6	83.3
	67-77 anos	7	16.7	100.0
	Total	42	100.0	100.0

Nível de escolaridade

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	10º ano	2	4.8	4.8
	11º ano	2	4.8	9.5
	12º ano	2	4.8	14.3
	12º incompleto	1	2.4	16.7
	2º ano	3	7.1	23.8
	3º ano	2	4.8	28.6
	4º ano	12	28.6	57.1
	6º ano	4	9.5	66.7
	7º ano	2	4.8	71.4
	8º ano	1	2.4	73.8
	9º ano	7	16.7	90.5
	Não tem	1	2.4	92.9
	S/ estudos	3	7.1	100.0
	Total	42	100.0	

Nível de escolaridade – recodificada

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	Não frequentou a escola	4	9.5	9.5
	1º Ciclo do Ensino Básico	17	40.5	50.0
	2º Ciclo do Ensino Básico	6	14.3	64.3
	3º Ciclo do Ensino Básico	9	21.4	85.7
	Ensino secundário	6	14.3	100.0
	Total	42	100.0	100.0

Tabulação cruzada Sexo x Grupos etários - idade recodificada

		Grupos etários - idade recodificada				Total	
		34-44 anos	45-55 anos	56-66 anos	67-77 anos		
Sexo	Masculino	Contagem	4	14	8	2	28
		% em Sexo	14.3%	50.0%	28.6%	7.1%	100.0%
	Feminino	Contagem	3	2	4	5	14
		% em Sexo	21.4%	14.3%	28.6%	35.7%	100.0%
Total		Contagem	7	16	12	7	42
		% em Sexo	16.7%	38.1%	28.6%	16.7%	100.0%

Tabulação cruzada Sexo x Nível de escolaridade – recodificada

		Nível de escolaridade – recodificada					Total
		Não frequentou a escola	1º Ciclo do Ensino Básico	2º Ciclo do Ensino Básico	3º Ciclo do Ensino Básico	Ensino secundário	
Sexo	Masculino	Contagem	1	12	3	6	28
		% em Sexo	3.6%	42.9%	10.7%	21.4%	100.0%
	Feminino	Contagem	3	5	3	3	14
		% em Sexo	21.4%	35.7%	21.4%	21.4%	100.0%
	Total	Contagem	4	17	6	9	42
		% em Sexo	9.5%	40.5%	14.3%	21.4%	100.0%

Tabulação cruzada Nível de escolaridade - recodificada x Grupos etários - idade recodificada

		Grupos etários - idade recodificada				Total	
		34-44 anos	45-55 anos	56-66 anos	67-77 anos		
Nível de escolaridade - recodificada	Não frequentou a escola	Contagem	0	0	1	3	4
		% em Grupos etários - idade recodificada	0.0%	0.0%	8.3%	42.9%	9.5%
	1º Ciclo do Ensino Básico	Contagem	3	8	4	2	17
		% em Grupos etários - idade recodificada	42.9%	50.0%	33.3%	28.6%	40.5%
	2º Ciclo do Ensino Básico	Contagem	2	1	3	0	6
		% em Grupos etários - idade recodificada	28.6%	6.3%	25.0%	0.0%	14.3%
	3º Ciclo do Ensino Básico	Contagem	2	3	2	2	9
		% em Grupos etários - idade recodificada	28.6%	18.8%	16.7%	28.6%	21.4%
	Ensino secundário	Contagem	0	4	2	0	6
		% em Grupos etários - idade recodificada	0.0%	25.0%	16.7%	0.0%	14.3%
Total		Contagem	7	16	12	7	42

% em Grupos etários - idade recodificada	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
--	--------	--------	--------	--------	--------

Pontuação total CEAT-HIV

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido	48	1	2.4	2.4
	58	1	2.4	4.8
	60	1	2.4	7.1
	61	1	2.4	9.5
	65	1	2.4	11.9
	67	1	2.4	14.3
	68	1	2.4	16.7
	69	1	2.4	19.0
	72	1	2.4	21.4
	74	1	2.4	23.8
	75	3	7.1	31.0
	76	2	4.8	35.7

77	3	7.1	7.1	42.9
78	2	4.8	4.8	47.6
79	4	9.5	9.5	57.1
80	2	4.8	4.8	61.9
81	6	14.3	14.3	76.2
82	2	4.8	4.8	81.0
83	2	4.8	4.8	85.7
84	1	2.4	2.4	88.1
85	1	2.4	2.4	90.5
86	2	4.8	4.8	95.2
87	1	2.4	2.4	97.6
88	1	2.4	2.4	100.0
Total	42	100.0	100.0	

Níveis de adesão CEAT-HIV

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Adesão insuficiente/ não adesão percentil < 78 pontos	20	47.6	47.6	47.6
Adesão insuficiente/ dificuldade com cumprimento percentil entre 79-82 pontos	14	33.3	33.3	81.0
Adesão estrita/ boa percentil > 83 pontos	8	19.0	19.0	100.0
Válido				
Total	42	100.0	100.0	

Tabulação cruzada Sexo x Níveis de adesão CEAT-HIV

		Níveis de adesão CEAT-HIV			Total
		Adesão insuficiente/ não adesão	Adesão insuficiente/ dificuldade com cumprimento	Adesão estrita/ boa	
Masculino	Contagem	14	10	4	28
	% em Níveis de adesão CEAT-HIV	70.0%	71.4%	50.0%	66.7%
Feminino	Contagem	6	4	4	14
	% em Níveis de adesão CEAT-HIV	30.0%	28.6%	50.0%	33.3%
Total	Contagem	20	14	8	42
	% em Níveis de adesão CEAT-HIV	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabulação cruzada Grupos etários - idade recodificada x Níveis de adesão CEAT-HIV

		Níveis de adesão CEAT-HIV			Total	
		Adesão insuficiente/ não adesão	Adesão insuficiente/ dificuldade com cumprimento	Adesão estrita/ boa		
Grupos etários - idade recodificada	34-44 anos	Contagem	4	2	1	7
		% em Níveis de adesão CEAT-HIV	20.0%	14.3%	12.5%	16.7%
	45-55 anos	Contagem	5	7	4	16
		% em Níveis de adesão CEAT-HIV	25.0%	50.0%	50.0%	38.1%
	56-66 anos	Contagem	6	4	2	12
		% em Níveis de adesão CEAT-HIV	30.0%	28.6%	25.0%	28.6%
	67-77 anos	Contagem	5	1	1	7
		% em Níveis de adesão CEAT-HIV	25.0%	7.1%	12.5%	16.7%
	Total	Contagem	20	14	8	42
		% em Níveis de adesão CEAT-HIV	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabulação cruzada Nível de escolaridade - recodificada x Níveis de adesão CEAT-HIV

		Níveis de adesão CEAT-HIV			Total	
		Adesão insuficiente/ não adesão	Adesão insuficiente/ dificuldade com cumprimento	Adesão estrita/ boa		
Nível de escolaridade - recodificada	Não frequentou a escola	Contagem	2	1	1	4
		% em Níveis de adesão CEAT-HIV	10.0%	7.1%	12.5%	9.5%
	1º Ciclo do Ensino Básico	Contagem	8	6	3	17
		% em Níveis de adesão CEAT-HIV	40.0%	42.9%	37.5%	40.5%
	2º Ciclo do Ensino Básico	Contagem	2	2	2	6
		% em Níveis de adesão CEAT-HIV	10.0%	14.3%	25.0%	14.3%
	3º Ciclo do Ensino Básico	Contagem	6	3	0	9
		% em Níveis de adesão CEAT-HIV	30.0%	21.4%	0.0%	21.4%

	Ensino secundário	Contagem	2	2	2	6
		% em Níveis de adesão CEAT-HIV	10.0%	14.3%	25.0%	14.3%
Total		Contagem	20	14	8	42
		% em Níveis de adesão CEAT-HIV	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Sexo x Níveis de adesão CEAT-HIV

Medidas Direcionais

			Valor
Nominais por intervalo	Eta	Sexo Dependente	.172
		Níveis de adesão CEAT-HIV Dependente	.132

Sexo x Domínio Faceta Geral

Medidas Direcionais

			Valor
Nominais por intervalo	<i>Eta</i>	Sexo Dependente	.484
		Domínio Faceta Geral Dependente	.197

Sexo x Domínio Físico

Medidas Direcionais

			Valor
Nominais por intervalo	<i>Eta</i>	Sexo Dependente	.627
		Domínio Físico Dependente	.000

Sexo x Domínio Psicológico

Medidas Direcionais

			Valor
Nominais por intervalo	<i>Eta</i>	Sexo Dependente	.744
		Domínio Psicológico Dependente	.180

Sexo x Domínio Nível de Independência

Medidas Direcionais

			Valor
Nominais por intervalo	<i>Eta</i>	Sexo Dependente	.589
		Domínio Nível de Independência Dependente	.022

Sexo x Domínio Relações Sociais

Medidas Direcionais

			Valor
Nominais por intervalo	<i>Eta</i>	Sexo Dependente	.559
		Domínio Relações Sociais Dependente	.011

Sexo x Domínio Ambiente

Medidas Direcionais

			Valor
Nominais por intervalo	<i>Eta</i>	Sexo Dependente	.716
		Domínio Ambiente Dependente	.010

Sexo x Domínio Espiritualidade

Medidas Direcionais

			Valor
Nominais por intervalo	<i>Eta</i>	Sexo Dependente	.487
		Domínio Espiritualidade Dependente	.009

Correlações não paramétricas

Correlações

		Grupos etários - idade recodificada	Níveis de adesão CEAT-HIV
rô de Spearman	Grupos etários - idade recodificada	Coefficiente de Correlação	1.000 - .127
		Sig. (bilateral)	. .422
		N	42 42
	Níveis de adesão CEAT-HIV	Coefficiente de Correlação	- .127 1.000
		Sig. (bilateral)	.422 .
		N	42 42

Correlações

		Grupos etários - idade recodificada	Domínio Faceta Geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Nível de Independência	Domínio Relações Sociais	Domínio Ambiente	Domínio Espiritualidade	
rô de Spearman	Grupos etários - idade recodificada	Coefficiente de Correlação	1.000	-.104	-.038	.049	-.157	-.048	-.179	-.003
		Sig. (bilateral)	.	.513	.809	.759	.353	.779	.257	.987
		N	42	42	42	42	37	36	42	42

Correlações não paramétricas

Correlações

		Nível de escolaridade - recodificada	Níveis de adesão CEAT-HIV	
rô de Spearman	Nível de escolaridade - recodificada	Coeficiente de Correlação	1.000	- .002
		Sig. (bilateral)	.	.990
		N	42	42
	Níveis de adesão CEAT-HIV	Coeficiente de Correlação	- .002	1.000
		Sig. (bilateral)	.990	.
		N	42	42

Correlações

		Nível de escolaridade - recodificada	Domínio Faceta Geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio de Independência	Domínio Nível de Relações Sociais	Domínio Ambiente	Domínio Espiritualidade	
rô de Spearman	Nível de escolaridade - recodificada	Coefficiente de Correlação	1.000	-.035	-.271	.134	-.108	-.055	-.153	-.145
		Sig. (bilateral)	.	.828	.082	.397	.524	.752	.334	.361
		N	42	42	42	42	37	36	42	42

Níveis de adesão CEAT-HIV

Descritivas

		Níveis de adesão CEAT-HIV	Estatística	Erro Padrão
Domínio Faceta Geral	Adesão insuficiente/ não adesão	Média	42.31	7.427
		95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	26.12
			Limite superior	58.49
		5% da média aparada	41.45	
		Mediana	37.50	
		Variância	717.147	
		Desvio Padrão	26.780	
		Mínimo	0	
		Máximo	100	
		Amplitude	100	
		Amplitude interquartil	31	
		Assimetria	.608	.616
		Curtose	.539	1.191

Adesão insuficiente/ dificuldade com cumprimento	Média		63.64	7.042
	95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	47.95	
		Limite superior	79.33	
	5% da média aparada		63.76	
	Mediana		62.50	
	Variância		545.455	
	Desvio Padrão		23.355	
	Mínimo		25	
	Máximo		100	
	Amplitude		75	
	Amplitude interquartil		25	
	Assimetria		-.497	.661
	Curtose		-.091	1.279
Adesão estrita/ boa	Média		73.21	7.435
	95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	55.02	
		Limite superior	91.41	
	5% da média aparada		73.02	

Adesão insuficiente/ dificuldade com cumprimento	Máximo	100	
	Amplitude	75	
	Amplitude interquartil	19	
	Assimetria	1.470	.616
	Curtose	2.497	1.191
	Média	63.64	6.991
	95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	48.06
		Limite superior	79.21
	5% da média aparada	64.46	
	Mediana	68.75	
	Variância	537.642	
	Desvio Padrão	23.187	
	Mínimo	19	
	Máximo	94	
	Amplitude	75	
	Amplitude interquartil	31	
	Assimetria	-.563	.661

Domínio Psicológico	Adesão estrita/ boa	Curtose		-0.120	1.279		
		Média		61.61	7.143		
		95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	44.13			
			Limite superior	79.09			
		5% da média aparada		61.86			
		Mediana		62.50			
		Variância		357.143			
		Desvio Padrão		18.898			
		Mínimo		31			
		Máximo		88			
		Amplitude		56			
		Amplitude interquartil		31			
		Assimetria		-0.164	0.794		
		Curtose		-0.034	1.587		
		Domínio Psicológico	Adesão insuficiente/ não adesão	Média		55.77	5.306
				95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	44.21	
					Limite superior	67.33	

	5% da média aparada		54.74	
	Mediana		55.00	
	Variância		366.026	
	Desvio Padrão		19.132	
	Mínimo		30	
	Máximo		100	
	Amplitude		70	
	Amplitude interquartil		28	
	Assimetria		1.042	.616
	Curtose		1.076	1.191
	Média		70.91	6.246
Adesão insuficiente/ dificuldade com cumprimento	95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	56.99	
		Limite superior	84.83	
	5% da média aparada		71.84	
	Mediana		75.00	
	Variância		429.091	
	Desvio Padrão		20.715	

Adesão estrita/ boa	Mínimo		25	
	Máximo		100	
	Amplitude		75	
	Amplitude interquartil		20	
	Assimetria		-.890	.661
	Curtose		1.538	1.279
	Média		64.29	4.422
	95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	53.46	
		Limite superior	75.11	
	5% da média aparada		64.48	
	Mediana		60.00	
	Variância		136.905	
	Desvio Padrão		11.701	
	Mínimo		45	
	Máximo		80	
	Amplitude		35	
	Amplitude interquartil		15	

	Média	Limite superior	79.47	
	5% da média aparada		64.33	
	Mediana		50.00	
	Variância		478.693	
	Desvio Padrão		21.879	
	Mínimo		44	
	Máximo		94	
	Amplitude		50	
	Amplitude interquartil		50	
	Assimetria		.467	.661
	Curtose		-1.832	1.279
	Média		71.43	7.452
	95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	53.19	
Adesão estrita/ boa		Limite superior	89.66	
	5% da média aparada		71.73	
	Mediana		75.00	
	Variância		388.765	

Domínio Relações Sociais	Adesão insuficiente/ não adesão	Desvio Padrão		19.717	
		Mínimo		38	
		Máximo		100	
		Amplitude		63	
		Amplitude interquartil		19	
		Assimetria		-.463	.794
		Curtose		.846	1.587
		Média		52.88	4.620
		95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	42.82	
			Limite superior	62.95	
		5% da média aparada		53.21	
		Mediana		56.25	
		Variância		277.444	
		Desvio Padrão		16.657	
		Mínimo		25	
		Máximo		75	
		Amplitude		50	

Adesão insuficiente/ dificuldade com cumprimento	Amplitude interquartil	25	
	Assimetria	-.433	.616
	Curtose	-.647	1.191
	Média	66.48	7.873
	95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	48.94
		Limite superior	84.02
	5% da média aparada	67.61	
	Mediana	68.75	
	Variância	681.818	
	Desvio Padrão	26.112	
	Mínimo	13	
	Máximo	100	
	Amplitude	88	
	Amplitude interquartil	44	
	Assimetria	-.873	.661
	Curtose	.296	1.279
Adesão estrita/ boa	Média	65.18	8.167

		95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	45.19	
			Limite superior	85.16	
		5% da média aparada		65.48	
		Mediana		68.75	
		Variância		466.890	
		Desvio Padrão		21.608	
		Mínimo		31	
		Máximo		94	
		Amplitude		63	
		Amplitude interquartil		38	
		Assimetria		-.473	.794
		Curtose		-.522	1.587
Domínio Ambiente	Adesão insuficiente/ não adesão	Média		47.12	4.208
		95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	37.95	
			Limite superior	56.28	
		5% da média aparada		45.93	
		Mediana		46.88	

	Variância		230.243	
	Desvio Padrão		15.174	
	Mínimo		28	
	Máximo		88	
	Amplitude		59	
	Amplitude interquartil		17	
	Assimetria		1.457	.616
	Curtose		3.693	1.191
	Média		62.50	4.193
	Adesão insuficiente/ dificuldade com cumprimento	95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	53.16
Limite superior			71.84	
5% da média aparada		63.02		
Mediana		65.63		
Variância		193.359		
Desvio Padrão		13.905		
Mínimo		34		
Máximo		81		

Adesão estrita/ boa	Amplitude		47	
	Amplitude interquartil		22	
	Assimetria		-.549	.661
	Curtose		.393	1.279
	Média		69.64	3.654
	95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	60.70	
		Limite superior	78.58	
	5% da média aparada		70.09	
	Mediana		71.88	
	Variância		93.471	
	Desvio Padrão		9.668	
	Mínimo		53	
	Máximo		78	
	Amplitude		25	
	Amplitude interquartil		19	
	Assimetria		-1.083	.794
	Curtose		-.230	1.587

Domínio Espiritualidade	Adesão insuficiente/ não adesão	Média		57.21	5.872
		95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	44.42	
			Limite superior	70.01	
		5% da média aparada		56.62	
		Mediana		56.25	
		Variância		448.217	
		Desvio Padrão		21.171	
		Mínimo		25	
		Máximo		100	
		Amplitude		75	
		Amplitude interquartil		28	
		Assimetria		.650	.616
		Curtose		-.035	1.191
		Média		65.34	7.602
	Adesão insuficiente/ dificuldade com cumprimento	95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	48.40	
			Limite superior	82.28	
		5% da média aparada		65.66	

	Mediana	62.50	
	Variância	635.653	
	Desvio Padrão	25.212	
	Mínimo	25	
	Máximo	100	
	Amplitude	75	
	Amplitude interquartil	38	
	Assimetria	-.339	.661
	Curtose	-.507	1.279
	Média	63.39	11.032
Adesão estrita/ boa	95% Intervalo de Confiança para Média	Limite inferior	36.40
		Limite superior	90.39
	5% da média aparada		63.84
	Mediana		68.75
	Variância		851.935
	Desvio Padrão		29.188
	Mínimo		19

	Máximo	100	
	Amplitude	81	
	Amplitude interquartil	50	
	Assimetria	-.374	.794
	Curtose	-1.099	1.587

Testes de Normalidade

	Níveis de adesão CEAT-HIV	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estatística	gl	Sig.	Estatística	Gl	Sig.
Domínio Faceta Geral	Adesão insuficiente/ não adesão	.156	13	.200*	.964	13	.820
	Adesão insuficiente/ dificuldade com cumprimento	.208	11	.200*	.925	11	.363
	Adesão estrita/ boa	.278	7	.108	.845	7	.110
Domínio Físico	Adesão insuficiente/ não adesão	.229	13	.061	.867	13	.048
	Adesão insuficiente/ dificuldade com cumprimento	.143	11	.200*	.945	11	.578
	Adesão estrita/ boa	.195	7	.200*	.962	7	.835
Domínio Psicológico	Adesão insuficiente/ não adesão	.208	13	.127	.923	13	.278

	Adesão insuficiente/ dificuldade com cumprimento	.206	11	.200*	.931	11	.426
	Adesão estrita/ boa	.214	7	.200*	.939	7	.625
Domínio Nível de Independência	Adesão insuficiente/ não adesão	.165	13	.200*	.952	13	.636
	Adesão insuficiente/ dificuldade com cumprimento	.296	11	.008	.794	11	.008
	Adesão estrita/ boa	.182	7	.200*	.958	7	.801
Domínio Relações Sociais	Adesão insuficiente/ não adesão	.124	13	.200*	.937	13	.425
	Adesão insuficiente/ dificuldade com cumprimento	.171	11	.200*	.927	11	.377
	Adesão estrita/ boa	.165	7	.200*	.968	7	.883
Domínio Ambiente	Adesão insuficiente/ não adesão	.197	13	.180	.866	13	.046
	Adesão insuficiente/ dificuldade com cumprimento	.138	11	.200*	.942	11	.539
	Adesão estrita/ boa	.306	7	.047	.840	7	.099
Domínio Espiritualidade	Adesão insuficiente/ não adesão	.199	13	.166	.947	13	.549
	Adesão insuficiente/ dificuldade com cumprimento	.177	11	.200*	.918	11	.303
	Adesão estrita/ boa	.158	7	.200*	.964	7	.850

ANOVA (variáveis que seguem o pressuposto da normalidade)

		Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig.
Domínio Faceta Geral	Entre Grupos	5057.664	2	2528.832	4.865	.013
	Nos grupos	20273.438	39	519.832		
	Total	25331.101	41			
Domínio Psicológico	Entre Grupos	1496.339	2	748.170	2.349	.109
	Nos grupos	12423.304	39	318.546		
	Total	13919.643	41			
Domínio Relações Sociais	Entre Grupos	1023.492	2	511.746	1.174	.322
	Nos grupos	14379.069	33	435.729		
	Total	15402.561	35			
Domínio Espiritualidade	Entre Grupos	223.819	2	111.909	.200	.820
	Nos grupos	21870.675	39	560.787		
	Total	22094.494	41			

Comparações múltiplas

Variável dependente: Domínio Faceta Geral

	(I) Níveis de adesão CEAT-HIV	(J) Níveis de adesão CEAT-HIV	Diferença média (I-J)	Erro Padrão	Sig.	Intervalo de Confiança 95%	
						Limite inferior	Limite superior
Tukey HSD	Adesão insuficiente/ não adesão	Adesão insuficiente/ dificuldade com cumprimento	-15.625	7.945	.134	-34.98	3.73
		Adesão estrita/ boa	-28.125*	9.538	.015	-51.36	-4.89
	Adesão insuficiente/ dificuldade com cumprimento	Adesão insuficiente/ não adesão	15.625	7.945	.134	-3.73	34.98
		Adesão estrita/ boa	-12.500	10.105	.439	-37.12	12.12
	Adesão estrita/ boa	Adesão insuficiente/ não adesão	28.125*	9.538	.015	4.89	51.36
		Adesão insuficiente/ dificuldade com cumprimento	12.500	10.105	.439	-12.12	37.12
Scheffe	Adesão insuficiente/ não adesão	Adesão insuficiente/ dificuldade com cumprimento	-15.625	7.945	.158	-35.84	4.59
		Adesão estrita/ boa	-28.125*	9.538	.020	-52.40	-3.85
	Adesão insuficiente/ dificuldade com cumprimento	Adesão insuficiente/ não adesão	15.625	7.945	.158	-4.59	35.84
		Adesão estrita/ boa	-12.500	10.105	.472	-38.22	13.22
	Adesão estrita/ boa	Adesão insuficiente/ não adesão	28.125*	9.538	.020	3.85	52.40

Adesão insuficiente/ dificuldade com cumprimento	12.500	10.105	.472	-13.22	38.22
--	--------	--------	------	--------	-------

Testes não paramétricos (variáveis que não seguem o pressuposto da normalidade)

Resumo de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de Domínio Físico é a mesma entre as categorias de Níveis de adesão CEAT-HIV.	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes	,063	Reter a hipótese nula.
2	A distribuição de Domínio Ambiental é a mesma entre as categorias de Níveis de adesão CEAT-HIV.	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes	,001	Rejeitar a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,05.

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The medians of Domínio Físico are the same across categories of Níveis de adesão CEAT-HIV.	Independent-Samples Median Test	,078	Retain the null hypothesis.
2	The distribution of Domínio Ambiental is the same across categories of Níveis de adesão CEAT-HIV.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,129	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Testes Posteriori

Comparações múltiplas

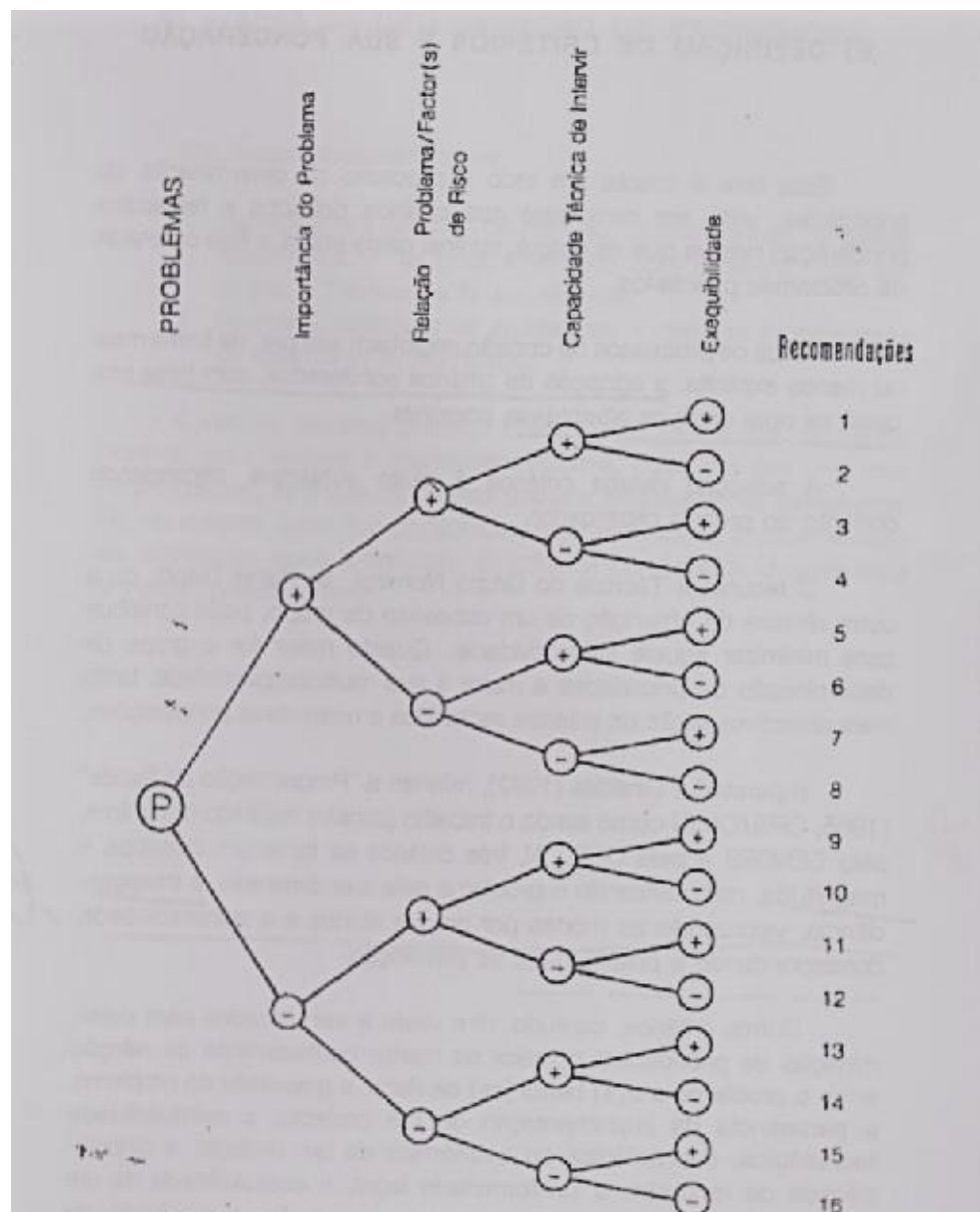
Variável dependente: Domínio Ambiente

	(I) Níveis de adesão CEAT-HIV	(J) Níveis de adesão CEAT-HIV	Diferença média (I-J)	Erro Padrão	Sig.	Intervalo de Confiança 95%	
						Limite inferior	Limite superior
Games-Howell	Adesão insuficiente/ não adesão	Adesão insuficiente/ dificuldade com cumprimento	-12.299*	4.965	.048	-24.53	-.07
		Adesão estrita/ boa	-23.125*	4.905	.000	-35.52	-10.73
	Adesão insuficiente/ dificuldade com cumprimento	Adesão insuficiente/ não adesão	12.299*	4.965	.048	.07	24.53
		Adesão estrita/ boa	-10.826	4.983	.103	-23.52	1.86
	Adesão estrita/ boa	Adesão insuficiente/ não adesão	23.125*	4.905	.000	10.73	35.52
		Adesão insuficiente/ dificuldade com cumprimento	10.826	4.983	.103	-1.86	23.52
Dunnett C	Adesão insuficiente/ não adesão	Adesão insuficiente/ dificuldade com cumprimento	-12.299	4.965		-25.17	.57
		Adesão estrita/ boa	-23.125*	4.905		-36.59	-9.66
	Adesão insuficiente/ dificuldade	Adesão insuficiente/ não adesão	12.299	4.965		-.57	25.17

com cumprimento	Adesão estrita/ boa	-10.826	4.983		-24.72	3.07
	Adesão insuficiente/ não adesão	23.125*	4.905		9.66	36.59
	Adesão estrita/ boa					
	Adesão insuficiente/ dificuldade com cumprimento	10.826	4.983		-3.07	24.72

ANEXO III

Grelha de Análise



Grelha de Análise para determinação de prioridades – Pineault e Daveluy, 1986 in Tavares 1990

APÊNDICES

APÊNDICE I

Artigos da Scoping Review utilizados no enquadramento teórico

Artigos da <i>Scoping Review</i> utilizados no enquadramento teórico	
MEDLINE (70)	CINAHL (67)
Measuring health literacy among people living with HIV who attend a community-based ambulatory clinic in Puerto Rico. Méndez, MR.; Pérez, ELS., & Báez, SSS. (2015)	African-American's perceptions of health care provider cultural competences that promote HIV medical self-care and antiretroviral medication adherence. Gaston, GB. (2013)
The impact of social context on self-management in women living with HIV. Webel, AR.; Cuca, Y.; Okonsky, JG.; Asher, AK.; Kaihura, A. & Salata, RA. (2013)	The impact of a buddy system on the self-care behaviours of women living with HIV/AIDS in Botswana. Zuyderduin, JR.; Ehlers, VJ. & Wal, DMV. (2008)
Patient-nominated, community-based HIV treatment supporters: patients perspectives, feasibility, challenges and factors for success in HIV-infected South African adults. Duwell, MM.; Knowlton, AR.; Nachega, JB.; Efron, A.; Goliath, R.; Morroni, C.; ...Chaisson, RE. (2013)	
Subjects raised by HIV/AIDS patients in self-help groups. Galvão, MTG.; Gouveia, AS.; Carvalho, CML.; Costa, E.; Freitas, JG.; & Lima ICV. (2011)	
Medication-related barriers to entering HIV care. Beer, L.; Fagan, JL.; Garland, P.; Valverde, EE.; Bolden, B.; Brady, KA.; ... & Bertolli, J. (2012)	

APÊNDICE II

Cronograma do planejamento do PIC

Planeamento do Projeto de Intervenção Comunitária

2016/2017	Fev.	Mar.	Abr.	Maio	Jun.	Jul.	Ag.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar
Pesquisa bibliográfica												Férias de Natal		
Estágio														
Diagnóstico da situação: Integração no Centro; Aplicação de questionários; Análise de dados														
Definição de prioridades e fixação de objetivos														
Seleção de estratégias: Sessões de EpS através de técnicas cognitivo-comportamentais														
Execução: EpS através de atividades individuais e de grupo; Sessões de informação à equipa de enfermagem														
Seminário ESEL														
Avaliação: Elaboração e entrega do relatório de estágio														

APÊNDICE III

Pedido de autorização aos autores dos instrumentos de recolha de dados

CEAT-VIH

>>>
>>> Sara Costa <sara.costa@campus.esel.pt> escribió:
>>>
>>> Ex.mo Senhor,
>>>>
>>>> Venho por este meio solicitar autorização para utilizar o
>>>> Questionário de Avaliação da Adesão Terapêutica (CEAT-HIV). Para
>>>> tal, anexo o respetivo pedido.
>>>>
>>>> Antecipadamente grata, apresento os meus melhores cumprimentos,
>>>>
>>>>
>>>> Sara Costa
>>>>
>>>>
>>>> Enviado do Correio para Windows 10
>>>>
>>>
>>>
>>>
>>> --
>>> Dr. Eduardo Remor
>>> Profesor Titular
>>> Facultad de Psicología, UAM
>>> <http://www.uam.es/psico&salud>
>>>

>>>
>>> De: eduardo.remor@uam.es
>>> Enviado: 19 de abril de 2016 03:13
>>> Para: Sara Costa
>>> Cc: lcosta@esel.pt
>>> Assunto: Re: Pedido de autorização CEAT-HIV
>>>
>>> Prezada Sara,
>>>
>>> Para receber autorização de uso do instrumento é preciso completar o
>>> formulário anexo e reenvia-lo por email com a assinatura tua e da
>>> orientadora do trabalho.
>>>
>>> Depois de recebido o formulario preenchido se facilitará o instrumento
>>> e guia do usuario.
>>>
>>> Encaminhei o link para acesso a pasta no google drive com as
>>> publicações com o instrumento.
>>>
>>> Considerem o uso da versão online para a sua pesquisa, a versão online
>>> esta disponível em www.ceat-vih.info, a correção é automática e o
>>> feedback instantaneo.
>>>
>>> Cordialmente,
>>>
>>> Prof. Eduardo Remor

>>
>> Sara Costa <sara.costa@campus.esel.pt> escreveu:
>>
>> Ex.mo Professor Eduardo Remor,
>>>
>>> Conforme solicitado, envio em anexo o formulário do pedido do
>>> questionário preenchido.
>>>
>>>
>>> Com os melhores cumprimentos,
>>>
>>> Sara Costa
>>>
>>> Enviado do Correio para Windows 10
>>>

> Em 24/04/2016 15:33, <eduardo.remor@uam.es> escreveu:
>
>>
>> Sara,
>>
>> Recebeste o email com o documento com o CEAT-VIH e as instruções de uso?
>>
>> Prof. Eduardo Remor
>>

SARA ISABEL ALCOBIA VALENTE COSTA <sara.costa@campus.esel.pt> escreveu:

> Ex.mo Prof. Eduardo Remor,
>
> Envio este mail para solicitar então o CEAT-HIV e as instruções de uso, uma
> vez que ainda não o recebi.
>
>
> Atentamente,
>
> Sara Costa
>

De: eduardo.remor@uam.es
Enviado: 27 de abril de 2016 17:33
Para: SARA ISABEL ALCOBIA VALENTE COSTA
Assunto: Re: Pedido de autorização CEAT-HIV

Prezada Sara,

Anexo envio o instrumento CEAT-VIH versão para Portugal em Word. E o documento com as instruções de uso e pontuação em PDF, somente disponível em espanhol.

Lembre que este material é de uso exclusivo para a pesquisa e não está permitida sua difusão com outras pessoas. Também não está permitido incluir o instrumento em anexo em teses, publicações ou outros documentos.

Cordialmente,

Prof. Eduardo Remor

WHOQOL-HIV-BREF

De: Marco Pereira

Enviado: 19 de abril de 2016 18:14

Para: SARA ISABEL ALCOBIA VALENTE COSTA

Assunto: Re: Pedido de Autorização Escala WHOQOL HIV-BREF

Cara Dra. Sara Costa,

Agradeço o interesse na escala WHOQOL-HIV-Bref e o envio do formulário.

Na sequência do seu pedido, em anexo envio o material relativo ao WHOQOL-HIV-Bref, nomeadamente:

- A versão para Português Europeu do instrumento WHOQOL-HIV-Bref
- O manual de aplicação e cotação
- Sintaxe para utilização no pacote estatístico SPSS

Envio ainda os artigos relativos aos estudos psicométricos e estrutura factorial do instrumento.

Se tiver questões adicionais, p.f., disponha.

Com os melhores cumprimentos,

Marco Pereira

No dia 16 de abril de 2016 às 17:26, SARA ISABEL ALCOBIA VALENTE COSTA <sara.costa@campus.esel.pt> escreveu:

Ex.mos Senhores,

Sou mestranda do curso de Pós-licenciatura e Mestrado em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e encontro-me neste momento a desenvolver um projeto de intervenção comunitária na temática do VIH.

Neste sentido, vinha pedir a Vossa autorização para a utilização da escala WHOQOL - HIV Bref adaptada para português de Portugal no meu trabalho, enviando em anexo o formulário do pedido preenchido.

Com os melhores cumprimentos,

Sara Costa

APÊNDICE IV

Descrição dos instrumentos de recolha de dados

CEAT-VIH		WHOQOL-HIV-BREF	
Dimensões	Variáveis	Domínios	Questões
Cumprimento do tratamento	Adesão durante a última semana, adesão geral desde o início do tratamento, adesão ao horário da toma da medicação, caracterização do paciente sobre o seu grau de adesão, e lembrança do nome da medicação do seu tratamento	Físico	Q3, Q4, Q14, Q21
Fatores moduladores do tratamento	Antecedentes de falta de adesão	Psicológico	(Q6, Q11, Q15, Q24, Q31
	Interação médico-paciente	Nível de Independência	Q5, Q20, Q22, Q23
	Crenças do paciente	Relações Sociais	Q17, Q25, Q26, Q27
	Valorização da intensidade dos efeitos secundários associados à toma da medicação	Ambiente	Q12, Q13, Q16, Q18, Q19, Q28, Q29, Q30
	Valorização do grau de informação sobre a medicação	Espiritualidade	Q7, Q8, Q9, Q10
	Grau de satisfação com a toma de medicação		
	Percepção da melhoria da saúde desde o início do tratamento		
	Utilização de estratégias para recordar a toma da medicação		

APÊNDICE V

Pedido de autorização ao Sr. diretor da UAT



Lisboa, 26 de Abril de 2016

Ex.mo Sr. Diretor da Unidade de Acompanhamento Terapêutico,

Eu, Sara Isabel Alcobia Valente Costa a realizar o Projeto de Intervenção Comunitária, para obtenção do grau de Especialista e Mestre em Enfermagem Comunitária a lecionar na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, sob orientação da Professora Doutora Maria de Lourdes Varandas, venho por este meio solicitar a sua autorização para efetuar a recolha de dados junto dos utentes que frequentam a consulta de ambulatório desta Unidade.

A principal finalidade da realização deste trabalho é contribuir para a qualidade de vida da pessoa com VIH através da promoção da adesão terapêutica, utilizando o processo de planeamento em saúde. Para tal, será aplicado um questionário para avaliação da adesão ao tratamento antirretrovírico (CEAT-HIV) e uma escala de avaliação da qualidade de vida na infeção por VIH/SIDA (WHOQOL-HIV-BREF).

Para além da sua autorização, será igualmente solicitado a todos os participantes o consentimento informado por escrito.

Mais se informa que, toda a informação recolhida, bem como o nome da instituição, serão apenas utilizados no âmbito académico e para a realização deste projeto, preservando-se assim, o anonimato dos participantes.

Com os meus melhores cumprimentos,

Atenciosamente,

Sara Costa

(Mestranda em Enfermagem Comunitária)

Responder Responder a Todos Reencaminhar X Lixo Fechar

RE: Pedido de autorização

João José Veiga Geraldo

Enviado: 27 de abril de 2016 16:09

Para: Sara Isabel Alcobia Valente Costa

Cc: Paula Alexandra Nunes Candeias Lopes; Nuno Miguel Celestino Carrão; Joao Tiago da Silva Costa; André Filipe Baptista Ribeiro

autorizo

João Geraldo

Diretor de Unidade

Unidade de Acompanhamento Terapêutico

Direção de Intervenção em Públicos Vulneráveis

tlf: 213229976/967663264 Fax: 213235001

e-mail: joao.geraldo@scml.pt

-----Mensagem original-----

De: Sara Isabel Alcobia Valente Costa

Enviada: quarta-feira, 27 de Abril de 2016 08:51

Para: João José Veiga Geraldo

Assunto: Pedido de autorização

Bom dia Sr. Enfº João Geraldo,

Envio em anexo o pedido de autorização para realização do meu projeto de intervenção comunitária na consulta de ambulatório na UAT.

Atentamente,
Sara Costa,

APÊNDICE VI

Consentimento informado, livre e esclarecido

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

A autora declara que o(a) participante foi informado(a) sobre o estudo desenvolvido para a realização do Projeto de Intervenção Comunitária, verbalmente e por escrito; que todos os dados fornecidos serão utilizados apenas no âmbito deste estudo, assegurando-se a confidencialidade e anonimato dos mesmos e que a desistência na colaboração no presente estudo não trará quaisquer consequências para o(a) participante e seus direitos na instituição que o(a) acompanha.

Nome: Sara Costa

Função: Enfermeira e Autora do Projeto

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Declaro ter compreendido os objetivos do que me foi proposto e explicado pela autora; ter-me sido dada a oportunidade de fazer todas as questões sobre o assunto e ser esclarecido(a); bem como meter sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos na instituição que me acompanha se eu recusar ou desistir a qualquer momento de colaborar neste estudo.

Autorizo a minha participação no estudo que consiste no preenchimento do questionário, bem como o tratamento dos dados nele presente.

Nome (apelido e inicial do primeiro nome):

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

APÊNDICE VII

Plano Operacional e avaliação das sessões individuais de EpS

1. IDENTIFICAÇÃO DA AÇÃO
Tema: Técnicas cognitivo-comportamentais e IB's para promover a qualidade de vida dos utentes com VIH
Quem: Enfermeira mestranda
Data: dezembro 2016 a fevereiro de 2017
Tempo previsto: 6 semanas
Onde: Durante os atendimentos/consulta de enfermagem
2. OBJETIVOS GERAIS
Promover a literacia em saúde para mudança de comportamento e tomada de decisão por estilos de vida saudáveis
3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS
- Explorar o padrão comportamental e conhecimento dos riscos; - Conhecer o nível de motivação da pessoa para a mudança de comportamento; - Trabalhar a motivação; - Promover conhecimentos sobre comportamentos de risco, no que diz respeito à transmissão do VIH e à não adesão terapêutica; - Promover conhecimentos sobre estilos de vida saudáveis, a nível alimentar, comportamentos sexuais, entre outros que forem surgindo durante o acompanhamento com a pessoa; - Promover conhecimentos sobre os recursos e acessibilidade aos serviços de saúde (quando recorrer, como e onde); - Promover a autonomia da pessoa; - Sensibilizar a equipa de enfermagem para a utilização destas técnicas nas estratégias de EpS.
4. TÉCNICAS A UTILIZAR
- Intervenções breves (baseadas nos princípios da entrevista motivacional); - Resolução de problemas.

ATIVIDADE	METAS	INDICADORES	RESULTADOS	AVALIAÇÃO
Sessões de EpS- Atividades Individuais	• Que pelo menos 50% dos utentes estejam presentes na atividade • Que pelo menos 50% dos utentes participem na atividade • Que pelo menos 80% dos utentes demonstre ter perspetivas futuras que passem pela manutenção do comportamento de adesão	Atividade (nº sessões efetuadas/nº sessões previstas) x 100	Atividade $(52/120) \times 100 = 43,3\%$	Objetivo parcialmente alcançado
		Adesão (nº utentes presentes/nº utentes previsto estarem presentes) x 100	Adesão $(25/35) \times 100 = 71,4\%$	
		Participação (nº de utentes que identificou objetivos que respondam a comportamentos promotores de saúde/nº participantes) x 100	Participação $(25/25) \times 100 = 100\%$	

APÊNDICE VIII

Plano Operacional e avaliação da 1ª Atividade: World Café

1. IDENTIFICAÇÃO DA AÇÃO
Tema: World Café
Quem: Enfermeira mestranda
Data: dezembro 2016
Tempo previsto: 40 minutos
Onde: Sala reunião CSMM
2. OBJETIVOS GERAIS
• Identificar as diferentes fases motivacionais do grupo para a mudança de comportamento
3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS
• Explorar padrão comportamental e conhecimento dos riscos; • Explorar o nível de motivação do grupo para a mudança de comportamento; • Promover no grupo novas perspectivas de pensar/abordar um mesmo assunto; • Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância de identificar a motivação do utente para aprender ou mudar o comportamento.
4. TÉCNICAS A UTILIZAR
• Comunicação • Partilha de experiências

ETAPAS	CONTEÚDOS	MÉTODO	TEMPO	AVALIAÇÃO EX:
Apresentação/ Introdução	• Apresentar a dinâmica ao grupo e explicar como esta irá decorrer;	Expositivo	5 min	Participação ativa do grupo
Desenvolvimento	• Dividir o grupo em 3 mesas com 5 utentes cada; • Escolher o “anfitrião” responsável por em cada mesa anotar as principais ideias e comentários; • Lançar a temática em cada mesa e gerir a dinâmica, de maneira a que todos os utentes contactem com os diferentes temas.	Participativo	30 min (10 min em cada mesa)	
Conclusão	• Analisar e sintetizar as principais perspetivas do grupo geral sobre as temáticas lançadas; • Perceber quais as fases motivacionais em que os utentes do grupo se encontram.	Indutivo	5 min	Através da análise da mestrandia

Temáticas lançadas - World Café

- Faço medicação de manhã e ao almoço. Esqueço-me muitas vezes de tomar a medicação do almoço porque estou no trabalho. Ao jantar, costumo sentir-me cansado, fraco e “adoentado”, deve ser porque trabalho muito. Pense sobre esta afirmação.
- Tenho uma doença crónica, por isso, como acredito que não tem cura, não faz sentido para mim tomar medicação, nem ter cuidados adicionais. Pense nesta afirmação e dê a sua opinião.
- Sinto-me “adoentado” e fui ter com o enfermeiro do Centro que me recomendou ir ao médico e me deu uma folha que diz: “guia terapêutico”. Para onde me dirijo e o que faço com esta folha? Para que serve?

Pretende-se com esta atividade perceber os conhecimentos que o grupo de utentes tem sobre adesão terapêutica, sobre estilos de vida promotores de saúde, e acessibilidade aos serviços de saúde, bem como, as diferentes fases motivacionais onde o grupo se encontra.

ATIVIDADE	METAS	INDICADORES	RESULTADOS	AVALIAÇÃO
Sessão de grupo de EpS – World Café	- Que pelo menos 50% dos utentes estejam presentes na atividade - Que pelo menos 50% dos utentes participem nas temáticas lançadas - Que pelo menos 70% dos utentes demonstre ter conhecimento dos riscos da não adesão terapêutica - Que pelo menos 70% dos utentes demonstre motivação para mudar o seu comportamento	Atividade (nº sessões efetuadas/nº sessões previstas) x 100	Atividade $(1/1) \times 100 = 100\%$	Objetivo alcançado
		Adesão (nº utentes presentes/nº utentes previsto estarem presentes) x 100	Adesão $(13/15) \times 100 = 86,7\%$	
		Participação (nº de utentes que participou na atividade/nº utentes presentes) x 100 (nº utentes que demonstrem ter conhecimentos sobre alguns riscos da não adesão terapêutica/nº participantes) x 100 (nº utentes que demonstram estar motivados para mudar comportamento/nº de participantes) x 100	Participação $(13/13) \times 100 = 100\%$ $(13/13) \times 100 = 100\%$ $(13/13) \times 100 = 100\%$	

APÊNDICE IX

Plano Operacional e avaliação da 2ª Atividade: Role-playing

1. IDENTIFICAÇÃO DA AÇÃO	
Tema: Role-Playing	
Quem: Enfermeira mestranda	
Data: janeiro 2017	
Tempo previsto: 30 minutos	
Onde: Sala reunião CSMM	
2. OBJETIVOS GERAIS	
• Modelar comportamento de não adesão	
3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
• Proporcionar um momento para a pessoa expôr os seus problemas; • Reestruturação Cognitiva: trabalhar as várias perspectivas de pensamento perante um problema, para redução do impacto emocional; • Promover a introspeção e o autoconhecimento, bem como desenvolver competências de resolução de problemas; • Prevenir a recaída; • Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da EpS através da mudança de comportamento.	
4. TÉCNICAS A UTILIZAR	
• Humor e Criatividade; • Comunicação; • Partilha de experiências; • Ventilação de emoções;	

ETAPAS	CONTEÚDOS	MÉTODO	TEMPO	AVALIAÇÃO Ex:
Apresentação/ Introdução	• Dividir os utentes em dois grupos; • Explicar como irá decorrer a dinâmica e qual o objetivo;	Expositivo	5 min	Participação ativa do grupo
Desenvolvimento	• Informar que cada grupo deverá identificar dois ou três momentos da sua vida em que por ter deixado de tomar a medicação, piorou o seu estado de saúde; • Pedir para que o outro grupo se “coloque” no lugar dos outros participantes e imagine como agiria se a mesma situação tivesse acontecido consigo; • Mediar a atividade;	Participativo	15min	
Conclusão	• Questionar a cada elemento se as novas formas de lidar com a situação que os colegas referiram, o ajudou a reforçar-se com novas estratégias para lidar melhor com a situação se esta se repetir.	Participativo	10min	Através dos indicadores de participação

ATIVIDADE	METAS	INDICADORES	RESULTADOS	AVALIAÇÃO
Sessão de grupo de EpS – Role Playing	- Que pelo menos 50% dos utentes estejam presentes na atividade - Que pelo menos 70% dos utentes participem na atividade - Que pelo menos 50% dos utentes refira no final da atividade ter aprendido novas estratégias para mudar o comportamento	Atividade	Atividade	Objetivo alcançado
		(nº sessões efetuadas/nº sessões previstas) x 100	(1/1) x 100 = 100%	
		Adesão	Adesão	
		(nº utentes presentes/nº utentes previsto estarem presentes) x 100	(8/15) x 100 = 53,3%	
		Participação	Participação	
		(nº de utentes que participou na atividade/nº utentes presentes)	(7/8) x 100 = 87,5%	
		(nº de utentes que referiu ter aprendido novas estratégias/nº de participantes) x 100	(7/8) x 100 = 87,5%	

APÊNDICE X

Plano Operacional e avaliação da 3ª Atividade: Fixação de metas e objetivos

1.IDENTIFICAÇÃO DA AÇÃO
Tema: Fixação de metas e objetivos
Quem: Enfermeira mestranda
Data: janeiro 2017
Tempo previsto: 35 minutos
Onde: Sala reunião CSMM
2.OBJETIVOS GERAIS
• Promover o desenvolvimento pessoal
3.OBJETIVOS ESPECÍFICOS
• Proporcionar um momento de reflexão interior; • Trabalhar a fixação de metas e objetivos na vida; • Trabalhar a responsabilização pelo seu processo de saúde; • Promover a descoberta de novos interesses; • Trabalhar as prioridades; • Promover a manutenção do comportamento de adesão; • Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da EpS através da mudança de comportamento.
4.TÉCNICAS A UTILIZAR
• Criatividade; • Comunicação; • Ventilação de emoções;

ETAPAS	CONTEÚDOS	MÉTODO	TEMPO	AVALIAÇÃO Ex:
Apresentação/ Introdução	• Apresentar e explicar como irá decorrer a dinâmica e quais os objetivos;	Expositivo	5 min	Participação ativa do grupo
Desenvolvimento	• Dar 5 minutos para que cada pessoa pense como correu o ano anterior; • Dar 10 minutos para que cada pessoa pense nos objetivos a nível de saúde e pessoal para o novo ano; • Questionar a cada um os seus objetivos e em conjunto discutir estratégias para cumpri-los, orientando nesse sentido e tornando-os realistas; • Mediar a atividade;	Participativo	25min	
Conclusão	• No final da dinâmica pedir aos utentes para posteriormente, cada um guardar o papel onde serão transcritos os seus objetivos para 2017 num local seguro, de maneira a no final do ano, lerem e fazerem uma reflexão do que conseguiram cumprir e do que necessitam mudar para atingir as metas.	Expositivo	5min	Através dos indicadores de processo

FIXAÇÃO DE METAS E OBJETIVOS

O meu ano de 2017 vai ser melhor porque...

A nível de saúde...

-
-
-

A nível pessoal...

-
-
-

Pretende-se com esta atividade que os utentes fixem metas e objetivos para a sua vida com intuito de se responsabilizarem pelo seu processo de saúde e desenvolverem competências a nível do seu crescimento pessoal e autonomia. Assim, colocando os utentes a pensar no planeamento de estratégias para cumprir os objetivos e atingir as metas identificadas, promove-se a responsabilização pela ocupação útil do seu tempo livre e tomada de decisão por comportamentos promotores de saúde, onde se inclui a adesão terapêutica.

ATIVIDADE	METAS	INDICADORES	RESULTADOS	AVALIAÇÃO
Sessão de grupo de EpS – Fixação de metas e objetivos	Que pelo menos 50% dos utentes estejam presentes na atividade	Atividade (nº sessões efetuadas/nº sessões previstas) x 100	Atividade (1/1) x 100 = 100%	Objetivo parcialmente alcançado
		Adesão (nº utentes presentes/nº utentes previsto estarem presentes) x 100	Adesão (6/15) x 100 = 40%	
	Que pelo menos 80% dos utentes demonstre ter perspetivas futuras que passem pela manutenção do comportamento de adesão	Participação (nº de utentes que participou na atividade/nº utentes presentes)	Participação (6/6) x 100 = 100%	
		(nº de utentes que identificou objetivos que respondam a comportamentos promotores de saúde/nº participantes) x 100	(6/6) x 100 = 100%	

APÊNDICE XI

**Plano Operacional e avaliação da 4ª Atividade: Quiz sobre acessibilidade
aos serviços de saúde**

1.IDENTIFICAÇÃO DA AÇÃO
Tema: Acessibilidade aos serviços de saúde
Quem: Enfermeira mestranda
Data: janeiro 2017
Tempo previsto: 25 minutos
Onde: Sala reunião CSMM
2.OBJETIVOS GERAIS
• Promover conhecimentos básicos sobre o acesso aos serviços de saúde
3.OBJETIVOS ESPECÍFICOS
• Explorar o conhecimento dos utentes sobre o seu acesso aos serviços de saúde; • Identificar alguns recursos de saúde; • Discutir algumas estratégias de acesso aos serviços de saúde; • Promover a responsabilidade pelo seu próprio processo de saúde; • Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da EpS nesta população;
4.TÉCNICAS A UTILIZAR
• Jogo interativo – Quiz

ETAPAS	CONTEÚDOS	MÉTODO	TEMPO	AVALIAÇÃO Ex:
Apresentação/ Introdução	• Apresentar a dinâmica ao grupo e explicar como esta irá decorrer;	Expositivo	5 min	Participação ativa do grupo
Desenvolvimento	• Apresentação das questões do quiz; • Discutir ao longo da atividade algumas estratégias de acesso aos serviços de saúde e desconstruir algumas ideias erradas; • Mediar a atividade;	Participativo	15min	
Conclusão	• Questionar aos utentes se estes jogos são mais motivadores e facilitadores da aprendizagem;	Indutivo	5 min	Através dos indicadores de processo



ACESSIBILIDADE AOS CUIDADOS DE SAÚDE

Autora: Sara Costa nº 6712

janeiro 2017



O que são cuidados de saúde primários?

Assinale a resposta **ERRADA**:

É o primeiro contato dos utentes com o serviço de saúde;

Dizem respeito aos cuidados prestados nos Centros de Saúde;

Onde me passam as receitas da medicação antiretroviral;

2

O que são cuidados de saúde primários?

Assinale a resposta **ERRADA**:

É o primeiro contato dos utentes com o serviço de saúde;

Dizem respeito aos cuidados prestados nos Centros de Saúde;

✓ Onde me passam as receitas da medicação antiretroviral;

3

Quando recorrer ao Serviço de Urgência do Hospital?

Assinale a resposta **CERTA**:

Para fazer a administração da vacina da gripe;

Quando me encontro numa situação urgente: traumatismos graves, intoxicações, queimaduras graves, problemas agudos do coração...

Quando pretendo ter consulta de rotina com o meu médico especialista;

4

Quando recorrer ao Serviço de Urgência do Hospital?

Assinale a resposta **CERTA**:

Para fazer a administração da vacina da gripe;

✓ Quando me encontro numa situação urgente: traumatismos graves, intoxicações, queimaduras graves, problemas agudos do coração...

Quando pretendo ter consulta de rotina com o meu médico especialista

5

O que é o Serviço de Atendimento Permanente?

Assinale a resposta **ERRADA**:

É um serviço que fornece consultas não programadas aos utentes no Centro de Saúde após as horas de fecho deste;

É o serviço de urgências do hospital;

Onde me posso dirigir se tiver um abscesso num dente;

6

O que é o Serviço de Atendimento Permanente?

Assinale a resposta **ERRADA**:

É um serviço que fornece consultas não programadas aos utentes no Centro de Saúde após as horas de fecho deste;

✓ É o serviço de urgências do hospital;

Onde me posso dirigir se estiver com um abcesso num dente

7

Quando tenho alguma dúvida de saúde, devo primeiro...

Assinale a resposta **CERTA**:

Ligar para a Saúde 24 – 808 24 24 24 ;

Ligar para o INEM – 112;

Ir pesquisar na internet;

8

Quando tenho alguma dúvida de saúde, devo primeiro...

Assinale a resposta **CERTA**:

✓ Ligar para a Saúde 24 – 808 24 24 24;

Ligar para o INEM – 112;

Ir pesquisar na internet;

9

Quando me dirijo aos serviços de saúde devo levar...

Assinale a resposta **CERTA**:

Nada;

O meu documento de identificação (cartão de cidadão ou autorização de residência);

O meu documento de identificação, a minha guia terapêutica e uma declaração médica onde conste os meus problemas de saúde;

10

Quando me dirijo aos serviços de saúde devo levar...

Assinale a resposta **CERTA**:

Nada;

O meu documento de identificação (cartão de cidadão ou autorização de residência);

✓ O meu documento de identificação, a minha guia terapêutica e uma declaração médica onde conste os meus problemas de saúde;

11

Se precisar de uma consulta de oftalmologia, consigo marcar...

Assinale a resposta **CERTA**:

No Centro de Saúde pelo médico de família;

Numa clínica particular;

Numa Unidade de Saúde da Santa Casa da Misericórdia;

12

Se precisar de uma consulta de oftalmologia, consigo marcar...

Assinale a resposta **CERTA**:

- ✓ No Centro de Saúde pelo médico de família;
- ✓ Numa clínica particular;
- ✓ Numa Unidade de Saúde da Santa Casa da Misericórdia;

13

Quando fui ao Serviço de Urgências colocaram-me uma pulseira amarela. Isto quer dizer...

Assinale a resposta **CERTA**:

- Que é uma situação emergente;
- Que é uma situação não urgente;
- Que é uma situação urgente;

14

Quando fui ao Serviço de Urgências colocaram-me uma pulseira amarela. Isto quer dizer...

Assinale a resposta **CERTA**:

- Que é uma situação emergente;
- Que é uma situação não urgente;
- ✓ Que é uma situação urgente;

15

Mudei de casa e agora o meu hospital fica longe para ir levantar medicação. O que faço?

Assinale a resposta **CERTA**:

- Mudo a morada no cartão de cidadão e vou-me inscrever no hospital de referência da minha nova zona de residência;
- Deixo de tomar a medicação porque não me fica nada em mão ter de me deslocar para tão longe;
- Vou falar com a minha assistente social para me apoiar nas viagens para me deslocar até lá;

16

Mudei de casa e agora o meu hospital fica longe para ir levantar medicação. O que faço?

Assinale a resposta **CERTA**:

- ✓ Mudo a morada no cartão de cidadão e vou-me inscrever no hospital de referência da minha nova zona de residência;
- Deixo de tomar a medicação porque não me fica nada em mão ter de me deslocar para tão longe;
- Vou falar com a minha assistente social para me apoiar nas viagens para me deslocar até lá;

17

Tenho uma consulta no Centro de Saúde às 13 horas. Devo...

Assinale a resposta **CERTA**:

- Estar lá às 13 horas em ponto para o médico me atender;
- Chegar sempre cerca de meia hora antes para efetivar a consulta na secretaria;
- Estar lá quando me conseguir despachar porque o médico também nunca me atende a horas;

18

Tenho uma consulta no Centro de Saúde às 13 horas.
Devo...

Assinale a resposta **CERTA**:

Estar lá às 13 horas em ponto para o médico me atender;

✓ Chegar sempre cerca de meia hora antes para efetivar a consulta na secretaria;

Estar lá quando me conseguir despachar porque o médico também nunca me consulta a horas;

19

Fui à consulta no hospital e a senhora da secretaria muito atrapalhada com tanto trabalho disse-me que o médico faltou e pediu-me para esperar. O que devo fazer?

Assinale a resposta **ERRADA**:

Estou farta de estar à espera e vou-me embora;

Peço à senhora para me remarcar a consulta;

Se a senhora me disser que depois me ligam ou mandam carta com data da nova consulta, confirmo se os meus dados (contato e morada) estão corretos no sistema;

20

Fui à consulta no hospital e a senhora da secretaria muito atrapalhada com tanto trabalho disse-me que o médico faltou e pediu-me para esperar. O que devo fazer?

Assinale a resposta **ERRADA**:

✓ Estou farta de estar à espera e vou-me embora;

Peço à senhora para me remarcar a consulta;

Se a senhora me disser que depois me ligam ou mandam carta com data da nova consulta, confirmo se os meus dados (contato e morada) estão corretos no sistema;

21

OBRIGADA PELA
PARTICIPAÇÃO



22

ATIVIDADE	METAS	INDICADORES	RESULTADOS	AVALIAÇÃO
Sessão de grupo de EpS – Quiz Acessibilidade aos Serviços de Saúde	Que pelo menos 50% dos utentes estejam presentes na atividade	Atividade (nº sessões efetuadas/nº sessões previstas) x 100	Atividade $(2/1) \times 100 = 200\%$	Objetivo parcialmente alcançado
		Adesão (nº utentes presentes na 1ª sessão/nº utentes previsto estarem presentes) x 100 (nº utentes presentes na 2ª sessão/(nº utentes previsto estarem presentes - nº de utentes que estiveram na 1ª sessão)) x 100	Adesão $(6/15) \times 100 = 40\%$ $(7/9) \times 100 = 77,7\%$	
	Que pelo menos 50% dos utentes participem na atividade	Participação (nº de utentes que participou na atividade da 1ª sessão/nº utentes presentes)	Participação $(6/6) \times 100 = 100\%$	
		(nº de utentes que participou na atividade da 2ª sessão/nº utentes presentes)	$(7/7) \times 100 = 100\%$	
	Que pelo menos 50% das questões do quiz tenham sido respondidas de forma correta por todos os utentes	(nº de questões respondidas corretamente por todos os utentes na 1ª sessão/nº questões do quiz) x 100	$(4/10) \times 100 = 40\%$	
		(nº de questões respondidas corretamente por todos os utentes na 2ª sessão/nº questões do quiz) x 100	$(2/10) \times 100 = 20\%$	

APÊNDICE XII

Plano Operacional e avaliação da 5ª Atividade: Viagem pela Montanha

1.IDENTIFICAÇÃO DA AÇÃO	
Tema:	Autoeficácia
Quem:	Enfermeira mestranda
Data:	fevereiro2017
Tempo previsto:	25 minutos
Onde:	Sala reunião CSMM
2.OBJETIVOS GERAIS	
	Promover a autoconfiança e autoeficácia dos utentes
3.OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
	- Promover uma visão positiva sobre si mesmo; - Promover o empoderamento, perseverança, motivação e superação do utente; - Promover o encorajamento e a confiança em si e nas suas capacidades (auto-desenvolvimento pessoal); - Fazer com que o utente no futuro seja agente ativo e positivo no seu percurso de vida (saúde) colocando em prática todas as estratégias anteriormente identificadas nas outras dinâmicas para alcançar os seus objetivos; - Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da EpS nesta população;
4.TÉCNICAS A UTILIZAR	
	- Relaxamento; - Visão Introspectiva;

ETAPAS	CONTEÚDOS	MÉTODO	TEMPO	AVALIAÇÃO Ex:
Apresentação/ Introdução	- Distribuir todos os elementos do grupo em círculo, sentados numa cadeira; - Iniciar o relaxamento físico (utilizando relaxamento muscular e técnicas de respiração);	Participativo	5 min	Participação ativa do grupo
Desenvolvimento	- Ao som de uma música relaxante e de olhos fechados, iniciar a dinâmica através da imaginação de uma viagem que vai sendo guiada tendo em conta os objetivos, estratégias, medos e falhas que foram abordados em dinâmicas anteriores; - Mediar a atividade, tendo sempre em atenção se é necessário recuar algum passo, por desconcentração de algum participante;	Participativo	15min	
Conclusão	Terminar a dinâmica: - Questionando aos utentes se: - foram capazes de se concentrar; - como correu a viagem (experiência agradável ou não); - se se conseguiram imaginar a alcançar os seus objetivos; - Pedir aos utentes para deambularem pela sala (aleatoriamente) ao som de uma música encorajadora e observar se a postura destes mudou;	Participativo	5 min	Através dos indicadores de processo

ATIVIDADE	METAS	INDICADORES	RESULTADOS	AVALIAÇÃO
Sessão de grupo de EpS – Viagem pela montanha	- Que pelo menos 50% dos utentes estejam presentes na atividade - Que pelo menos 50% dos utentes participem na atividade	Atividade (nº sessões efetuadas/nº sessões previstas) x 100	Atividade $(1/1) \times 100 = 100\%$	Objetivo parcialmente alcançado
		Adesão (nº utentes presentes/nº utentes previsto estarem presentes) x 100	Adesão $(7/15) \times 100 = 46,6\%$	
		Participação (nº de utentes que participou na atividade/nº utentes presentes)	Participação $(7/7) \times 100 = 100\%$	

APÊNDICE XIII

**Plano Operacional e avaliação das sessões de informação à equipa de
enfermagem**

PLANO DA SESSÃO DE INFORMAÇÃO AOS ENFERMEIROS – 1ª Apresentação

1.IDENTIFICAÇÃO DA AÇÃO
Tema: Projeto de Intervenção Comunitária
Quem: Enfermeira mestranda
Data: novembro 2016
Tempo previsto: 20 minutos
Onde: Sala formação do CSMM
2.OBJETIVOS GERAIS
• Apresentar o projeto de intervenção comunitária; • Identificar algumas dificuldades e interesses dos enfermeiros dentro do contexto;
3.OBJETIVOS ESPECÍFICOS
• Dar a conhecer o âmbito e objetivos do projeto; • Sensibilizar os enfermeiros para as necessidades de EpS da população-alvo com quem trabalham; • Promover a participação ativa dos enfermeiros na colocação de questões, motivando-os para a procura de estratégias que os ajudem nas consultas a responder às necessidades da população;
4.MATERIAIS E EQUIPAMENTOS A UTILIZAR
• Computador; • Retroprojektor;

ETAPAS	CONTEÚDOS	MÉTODO	TEMPO	AVALIAÇÃO Ex:
Apresentação/ Introdução	• Apresentação da enfermeira mestranda; • Apresentação do âmbito geral do projeto e dos seus objetivos;	Expositivo	5 min	Participação ativa do grupo
Desenvolvimento	• Dar a conhecer o diagnóstico da situação com os principais problemas identificados pela população-alvo; • Identificar a familiaridade dos enfermeiros com estes problemas durante as consultas; • Perceber como os enfermeiros respondem a estas necessidades; • Vincar a importância da EpS na resposta aos problemas da população.	Expositivo Interrogativo	10 min	
Conclusão	• Identificar dificuldades que os enfermeiros apresentem após esta exposição; • Assegurar que os enfermeiros perceberam a importância do seu papel neste projeto.	Participativo	5 min	Aplicação de questionário de avaliação da satisfação com a sessão

7º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de
Especialização em Enfermagem Comunitária

Adesão terapêutica na promoção da qualidade de vida:
Intervenções de Enfermagem centradas na pessoa com
VIH

Autora: Sara Costa nº 6712

Orientadora: Profa Doutora Lourdes Varandas

Orientador Local de Estágio: Sr. Enfo João Geraldo

novembro 2016

ÁREAS DE INTERESSE:

- ➡ Vulnerabilidade Social
- ➡ VIH
- ➡ Qualidade de Vida
- ➡ Adesão terapêutica
- ➡ Educação para a Saúde

2



Quais as intervenções do enfermeiro
especialista em enfermagem comunitária e
de saúde pública para melhorar a qualidade
de vida da pessoa com VIH através da
avaliação da adesão terapêutica?

FINALIDADE E OBJECTIVOS

3

4

FINALIDADE: Contribuir para a qualidade de
vida da pessoa com VIH através da promoção e
capacitação para a adesão terapêutica.

OBJECTIVO GERAL: Promover a qualidade de
vida das pessoas com VIH acompanhadas em
regime de Ambulatório e Centro de Dia, através
da avaliação da adesão terapêutica.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:

- Avaliar a adesão terapêutica identificando fatores de
risco;
- Avaliar a qualidade de vida de modo a identificar os
fatores que carecem de intervenção;
- Planear as intervenções de educação para a saúde
fundamentadas nas problemáticas prioritizadas;

5

6

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS:



7

8

PROBLEMAS IDENTIFICADOS E PRIORIZADOS:

- 1º - Má qualidade de vida
- 2º - Insatisfação com a sua saúde
- 3º - Insatisfação com a acessibilidade aos serviços de saúde



9

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM:

- 1º - Défice de conhecimentos relacionados com o bem-estar;
- 2º - Bem-estar diminuído;
- 3º - Atitude face ao cuidado comprometida;



10

COMO ATUAR?



11

ATRAVÉS DE...



- Delinear estratégias de EpS com os profissionais de enfermagem de forma a responderem adequadamente às necessidades da população;
- Identificar as dificuldades manifestadas pelos enfermeiros na realização das consultas de enfermagem;
- Adequar as técnicas e estratégias para a intervenção;

12

ATRAVÉS DE...



•Promover junto dos utentes os conhecimentos para que possam desenvolver *competências básicas em saúde* que facilitem a adoção de comportamentos protetores de saúde e de prevenção da doença, bem como o autocuidado;

•Promover junto dos utentes os conhecimentos para que possam desenvolver *competências do doente*, para se orientarem no sistema de saúde e agir como um parceiro ativo dos profissionais.

OBRIGADA!

PLANO DA SESSÃO DE INFORMAÇÃO AOS ENFERMEIROS – 2ª Apresentação

1.IDENTIFICAÇÃO DA AÇÃO
Tema: Estratégias de intervenção para promover a qualidade de vida da pessoa com VIH
Quem: Enfermeira mestranda
Data: dezembro 2016
Tempo previsto: 20 minutos
Onde: Sala formação do CSMM
2.OBJETIVOS GERAIS
• Apresentar o modelo estratégico de intervenção que será utilizado com os utentes para responder às dificuldades identificadas pelos enfermeiros na sua prática de cuidados para promover a qualidade de vida da população-alvo;
3.OBJETIVOS ESPECÍFICOS
• Identificar o modelo e algumas estratégias de intervenção para dar resposta às necessidades dos utentes; • Incentivar a capacidade criativa dos enfermeiros para estratégias que promovam a qualidade de vida das pessoas com VIH; • Promover um debate entre a equipa sobre os benefícios de colocar em prática as estratégias apresentadas; • Vincar a importância da EpS como estratégia do enfermeiro na capacitação dos utentes para mudança de comportamento e consequente melhoria da qualidade de vida;
4.MATERIAIS E EQUIPAMENTOS A UTILIZAR
• Computador; • Retroprojektor;

ETAPAS	CONTEÚDOS	MÉTODO	TEMPO	AVALIAÇÃO Ex:
Apresentação/ Introdução	Relembrar as dificuldades identificadas pela equipa de enfermagem na prática de cuidados para responder às necessidades apresentadas pela população-alvo;	Expositivo	2 min	Participação ativa do grupo
Desenvolvimento	- Apresentação do modelo estratégico que será utilizado nas intervenções para dar resposta às necessidades dos utentes; - Relembrar a equipa de enfermagem das diferentes fases motivacionais e o que trabalhar em cada uma delas; - Apresentar como está planeado o decorrer das sessões com o grupo de utentes; - Perceber os constrangimentos que poderão surgir na implementação destas estratégias e tentar adaptá-las ao contexto específico.	Expositivo Participativo	13 min	
Conclusão	- Pedir colaboração à equipa de enfermagem para identificar o grupo de utentes que poderão participar nas intervenções; - Avaliar a pertinência da sessão para o trabalho da equipa.	Participativo	5 min	Aplicação de questionário de avaliação da satisfação com a sessão

Estratégias de Intervenção para promover a qualidade de vida da pessoa com VIH

Autora: Sara Costa nº 6712

Orientadora: Profa Doutora Lourdes Varandas

Orientador Local de Estágio: Sr. Enfo João Geraldo

dezembro 2016

PROBLEMAS DA POPULAÇÃO-ALVO PRIORIZADOS:

- ➔ Má qualidade de vida
- ➔ Insatisfação com a sua saúde
- ➔ Insatisfação com a acessibilidade aos serviços de saúde

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM:

- ➔ Défice de conhecimentos relacionados com o bem-estar
- ➔ Bem-estar diminuído
- ➔ Atitude face ao cuidado comprometida

2



DIFICULDADES IDENTIFICADAS PELOS ENFERMEIROS NAS RESPOSTAS A ESTAS NECESSIDADES:

- ➔ Dificil acessibilidade aos serviços de saúde
- ➔ Desresponsabilização dos utentes para com o seu processo de saúde

3

ESTRATÉGIAS

4

TÉCNICAS COGNITIVO- COMPORTAMENTAIS:

COGNITIVO

- Assente nos princípios de que os pensamentos e interpretações influenciam as nossas emoções e comportamentos

COMPORTAMENTAIS

- Baseado nos princípios da aprendizagem por condicionamento clássico e operante e aprendizagem social

5

OBJETIVO DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

- ➔ Identificar na pessoa ideias, pensamentos, interpretações e comportamentos que a prejudiquem, refletir sobre os mesmos e orientar para novos paradigmas de pensamento e comportamento que diminuam o sofrimento emocional e promovam o desenvolvimento de uma vida mais saudável

6

INTERVENÇÕES BREVES (IB):

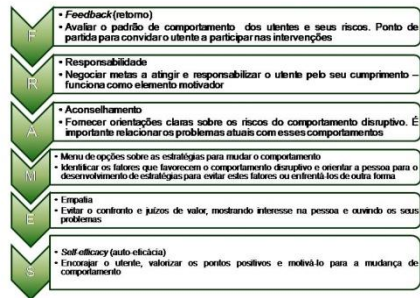
O que são Estratégia de atendimento com tempo limitado 5 a 15 minutos, com foco na mudança de comportamento

Objetivos Ajudar a desenvolver a autonomia nas pessoas, fazendo-a assumir a responsabilidade pela sua tomada de decisão, promovendo estilos de vida saudáveis

Caraterísticas
Focal e objetiva;
Baseada nos princípios da entrevista motivacional;
Habitualmente usada na prevenção secundária;
Pode ser realizada por qualquer profissional;

7

ELEMENTOS ESSENCIAIS DAS IB:



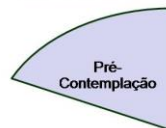
8

CICLO DE MUDANÇA DO COMPORTAMENTO:



9

CICLO DE MUDANÇA DO COMPORTAMENTO:



- Utente não tem consciência do problema
- Não pensa na possibilidade de mudança

Papel do enfermeiro:

- Promover informação para o utente refletir sobre os riscos do seu comportamento e começar a centrar-se no problema

10

CICLO DE MUDANÇA DO COMPORTAMENTO:



- Utente começa a pensar na possibilidade de mudar o comportamento
- Ambivalência – tanto considera a necessidade de mudar o comportamento como não aceita a ideia

Papel do enfermeiro:

- Fornecer informação sobre os riscos do padrão comportamental;
- Orientar sobre estratégias para diminuir esse comportamento;
- Incentivar o utente a refletir nos prós e contras da mudança do comportamento e reforçar as vantagens

11

CICLO DE MUDANÇA DO COMPORTAMENTO:



- Utente reconhece o seu comportamento como um problema
- Começa a planejar estratégias para pôr em prática a sua mudança de comportamento

Papel do enfermeiro:

- Ajudar o utente a desenvolver um plano para a mudança;
- Através da identificação de riscos, orientar o utente em algumas estratégias para enfrentar as dificuldades que poderão surgir durante o processo de mudança

12

CICLO DE MUDANÇA DO COMPORTAMENTO:



• Utente coloca em prática as estratégias planeadas para atingir a meta de mudança

Papel do enfermeiro:

• Nesta fase embora o utente esteja motivado para a mudança de comportamento, podem surgir dúvidas e receios se será capaz (auto-eficácia). Nesse caso, o enfermeiro deverá encorajar e motivar a manter a sua decisão

13

CICLO DE MUDANÇA DO COMPORTAMENTO:



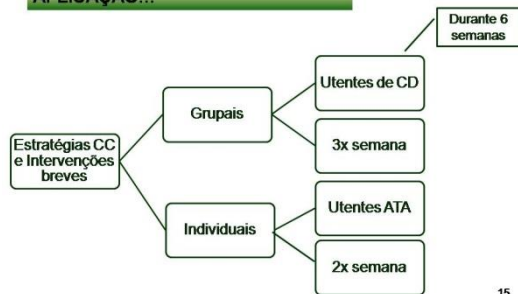
• O fato do utente realizar a mudança, não quer dizer que a mantenha
• **RISCO:** Recaída

Papel do enfermeiro:

• Fortalecer e encorajar o utente elogiando sempre o sucesso da sua mudança;
• Reforçar estratégias para evitar situações de risco e prevenir recaídas;
• Ajudar na recuperação da pequena recaída

14

APLICAÇÃO...



15

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Araújo, E.; Oliveira, E. & Theophilo, G. (2014) TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental. Acedido a 14/12/2016. Disponível em: <http://pt.slideshare.net/GlauciaMaga/cco-terapia-cognitiva-comportamental>
- Michel, D.; Formigoni, M.L.O.S & Cameiro, A.P.L. (2014) SUPERA - Sistema para deteção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. Modulo 4 – Intervenção Breve. Acedido a 14/12/2016 Disponível em: http://www.supera.senad.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/SUP9_Mod4.pdf
- Rosário, F. (2013) Intervenções Breves. Acedido a 15/12/2016. Disponível em: http://www.sicad.pt/BK/Lets/SICAD_DESTAQUES/Attachments/10/Interven%C3%A7%C3%B5es_Breves_Frederico_Ros%C3%A1rio.pdf

16

OBRIGADA!

PLANO DA SESSÃO DE INFORMAÇÃO AOS ENFERMEIROS – 3ª Apresentação

1.IDENTIFICAÇÃO DA AÇÃO
Tema: Estratégias de intervenção para promover a qualidade de vida da pessoa com VIH – Resultados
Quem: Enfermeira mestranda
Data: fevereiro 2017
Tempo previsto: 20 minutos
Onde: Sala formação do CSMM
2.OBJETIVOS GERAIS
• Apresentar os resultados do modelo estratégico de intervenção que foi utilizado com os utentes para promover a qualidade de vida da população-alvo;
3.OBJETIVOS ESPECÍFICOS
• Demonstrar as competências trabalhadas com os utentes em cada dinâmica e os seus resultados; • Identificar algumas áreas que deverão ter continuidade através da prestação de cuidados; • Discutir com a equipa os benefícios de colocar em prática as estratégias apresentadas com a população-alvo; • Vincar a importância da EpS como estratégia do enfermeiro na capacitação dos utentes para mudança de comportamento e consequente melhoria da qualidade de vida;
4.MATERIAIS E EQUIPAMENTOS A UTILIZAR
• Computador; • Retroprojektor;

ETAPAS	CONTEÚDOS	MÉTODO	TEMPO	AVALIAÇÃO Ex:
Apresentação/ Introdução	• Relembrar os diagnósticos de enfermagem levantados para a população-alvo; • Relembrar os objetivos das estratégias escolhidas como metodologia de intervenção.	Expositivo	2 min	Participação ativa do grupo
Desenvolvimento	• Apresentar as 5 dinâmicas realizadas com os utentes, identificando os objetivos de cada, os resultados, as intervenções desenvolvidas de acordo com os resultados e as competências trabalhadas em cada uma; • Relacionar esta informação com os problemas levantados inicialmente e objetivos operacionais do projeto.	Expositivo Participativo	13 min	
Conclusão	• Debater com a equipa a pertinência destas intervenções na população-alvo; • Avaliar a satisfação da equipa com a sessão.	Participativo	5 min	Aplicação de questionário de avaliação da satisfação com a sessão

PROBLEMAS DA POPULAÇÃO-ALVO PRIORIZADOS:

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM:

Estratégias de Intervenção para promover a qualidade
de vida da pessoa com VIH

RESULTADOS

Autora: Sara Costa nº 6712
Orientadora: Profa Doutora Lourdes Varandas
Orientador Local de Estágio: Sr. Enº João Geraldo

fevereiro 2017

→ Má qualidade de vida

→ Insatisfação com a sua
saúde

→ Insatisfação com a
acessibilidade aos
serviços de saúde

→ Défice de conhecimentos
relacionados com o bem-
estar

→ Bem-estar diminuído

→ Atitude face ao cuidado
comprometida

2

ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO:

Técnicas Cognitivo-Comportamentais

COGNITIVO

- Assente nos princípios de que os pensamentos e interpretações influenciam as nossas emoções e comportamentos

COMPORTAMENTAIS

- Baseado nos princípios da aprendizagem por condicionamento clássico e operante e aprendizagem social

Amújo, Oliveira & Theophilo (2014) 3

INTERVENÇÕES BREVES (IB)

O que são Estratégia de atendimento com tempo limitado 5 a 15 minutos, com foco na mudança de comportamento

Objetivos

Ajudar a desenvolver a autonomia nas pessoas, fazendo-a assumir a responsabilidade pela sua tomada de decisão, promovendo estilos de vida saudáveis

Focal e objetiva;

Caraterísticas Baseada nos princípios da entrevista motivacional; Habitualmente usada na prevenção secundária; Pode ser realizada por qualquer profissional;

Micheli, Formigoni & Carneiro (2014) 4

METODOLOGIA DE INTERVENÇÃO:

Intervenções individuais

Baseadas nas intervenções breves com foco na mudança de comportamento, e com a finalidade de responder às necessidades pontuais que os utentes apresentassem no atendimento de enfermagem e que correspondessem às problemáticas identificadas inicialmente na população alvo, bem como aos objetivos deste trabalho.

Intervenções de grupo

Acompanhamento de um grupo de utentes que são sujeitos a atividades/dinâmicas com foco na mudança de comportamento, ou seja, através de estratégias cognitivo-comportamentais pretende-se que os utentes façam uma introspeção e reestruturação cognitiva com vista a modelar comportamentos disruptivos, ou manter a mudança de comportamento através de reforço positivo.

5

INTERVENÇÕES INDIVIDUAIS

1. IDENTIFICAÇÃO DA AÇÃO
Tema: Técnicas cognitivo-comportamentais e IB's para promover a qualidade de vida dos utentes com VIH
Quem: Enfermeira mestranda
Data: dezembro a fevereiro de 2016
Tempo previsto: 5 semanas
Onde: Durante atendimentos individuais
2. OBJETIVOS GERAIS
Promover a literacia em saúde para mudança de comportamento e tomada de decisão por estilos de vida saudáveis.
3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS
- Explorar padrão comportamental e conhecimento dos riscos; - Conhecer o nível de motivação da pessoa para a mudança de comportamento; - Trabalhar a motivação; - Promover conhecimentos sobre comportamentos de risco, no que diz respeito à transmissão do VIH e à não adesão medicamentosa; - Promover conhecimentos sobre estilos de vida saudáveis, a nível alimentar, comportamentos sexuais, entre outros que forem surgindo durante o acompanhamento com a pessoa; - Promover conhecimentos sobre os recursos e acessibilidade aos serviços de saúde (quando recorrer, como e onde); - Promover a autonomia da pessoa; - Sensibilizar a equipa de enfermagem para a utilização destas técnicas nas estratégias de EpS.
3. TÉCNICAS A UTILIZAR
- Psicoeducação; - Intervenções breves (baseadas nos princípios da entrevista motivacional); - Resolução de problemas;

6

INTERVENÇÕES INDIVIDUAIS

Competências desenvolvidas:

- Apropriação de informação e conhecimento – educação –;
- Conscientização da sua situação de saúde;
- Autogestão e autocontrolo do seu processo de saúde;
- Promoção e apoio de estilos de vida saudáveis – principalmente em relação à vigilância de saúde;
- Resiliência na adaptação a mudanças no processo saúde/doença e superação de determinadas adversidades;
- Tomada de decisão sobre o seu próprio processo de saúde.

7

INTERVENÇÕES DE GRUPO - 1ª ATIVIDADE

1. IDENTIFICAÇÃO DA AÇÃO
Tema: World Cafe
Quem: Enfermeira mestranda
Data: dezembro 2016
Tempo previsto: 40 min
Onde: Sala reunião CSMM
2. OBJETIVOS GERAIS
• Identificar as diferentes fases motivacionais do grupo para a mudança de comportamento
3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS
• Explorar padrão comportamental e conhecimento dos riscos;
• Explorar o nível de motivação do grupo para a mudança de comportamento;
• Promover no grupo novas perspetivas de pensar/abordar um mesmo assunto;
• Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância de identificar a motivação do utente para aprender ou mudar o comportamento.
3. TÉCNICAS A UTILIZAR
• Comunicação
• Partilha de experiências

8

INTERVENÇÕES DE GRUPO - 1ª ATIVIDADE

Resultados da sessão	Intervenções
Alguns não demonstram conhecimentos sobre o que é um guia terapêutico e a importância da sua função	• Debatido o tema no momento e desenvolvidos os conhecimentos necessários sobre o que é, para que serve e a importância e vantagens de o ter sempre consigo;
Em relação à acessibilidade aos serviços de saúde, poucos recursos foram identificados	• Acordado com o enfermeiro do Centro entregar o guia respetivo a cada um.
Demonstram conhecimentos básicos sobre a doença e importância do tratamento para a Odt. Contudo existe ainda bastantes falhas na toma da medicação	• Será desenvolvida nova dinâmica – quiz sobre a temática.
Desenvolvidas competências básicas em saúde: conhecimento e compreensão sobre a sua patologia; autogestão e autocontrolo da doença	• Desenvolveu-se a 2ª atividade: role-playing (trabalhar estratégias de adesão através da partilha de experiências);
	• Desenvolveu-se a 3ª atividade: fixação de metas e objetivos para o novo ano (responsabilização do seu processo de saúde)

9

INTERVENÇÕES DE GRUPO - 2ª ATIVIDADE

1. IDENTIFICAÇÃO DA AÇÃO
Tema: Role Playing
Quem: Enfermeira mestranda
Data: dezembro 2016
Tempo previsto: 30 min
Onde: Sala reunião CSMM
2. OBJETIVOS GERAIS
• Modelar comportamentos de não adesão
3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS
• Proporcionar um momento para a pessoa expor os seus problemas;
• Reestruturação Cognitiva: trabalhar as várias perspetivas de pensamento perante um problema, para redução do impacto emocional;
• Promover a introspeção e o autoconhecimento, bem como desenvolver competências de resolução de problemas;
• Prevenir a recaída;
• Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da EpS através da mudança de comportamento.
3. TÉCNICAS A UTILIZAR
• Humor e Criatividade;
• Comunicação;
• Partilha de experiências;
• Ventilação de emoções;

10

INTERVENÇÕES DE GRUPO - 2ª ATIVIDADE

Resultados da sessão	Intervenções
Situações potenciadoras da não adesão: mudança de rotinas, falta de conhecimento e treino na gestão da medicação, efeitos secundários, internamentos hospitalares e circunstâncias da vida (história de consumo de substâncias).	• Desconstrução de algumas ideias e discutida a pertinência de algumas estratégias.
Necessidade de estabilidade no dia-a-dia para cumprir a medicação, no que diz respeito à ocupação dos seus tempos-livres.	• Desenvolvida dinâmica no que diz respeito às metas e objetivos a nível de saúde e pessoal para o novo ano, de maneira a promover não só a responsabilização pelo seu processo de saúde, mas também o seu desenvolvimento pessoal e ocupação útil e saudável dos seus tempos-livres.
Desenvolvidas competências básicas em saúde: socialização e comunicação entre pares; competências cognitivas gerais através da procura de estratégias que deem resposta à situação	

* O guia terapêutico foi uma estratégia identificada pelos utentes como útil para evitar as falhas na toma de medicação, o que me levou a acreditar que a sessão anterior teve resultados a nível de conhecimentos adquiridos.

INTERVENÇÕES DE GRUPO - 3ª ATIVIDADE

1. IDENTIFICAÇÃO DA AÇÃO
Tema: Fixação de metas e objetivos
Quem: Enfermeira mestranda
Data: janeiro 2017
Tempo previsto: 35 min
Onde: Sala reunião CSMM
2. OBJETIVOS GERAIS
• Promover o desenvolvimento pessoal
3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS
• Proporcionar um momento de reflexão interior;
• Trabalhar a fixação de metas e objetivos na vida;
• Trabalhar a responsabilização pelo seu processo de saúde;
• Promover a descoberta de novos interesses;
• Trabalhar as prioridades;
• Promover a manutenção do comportamento de adesão;
• Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da EpS através da mudança de comportamento.
3. TÉCNICAS A UTILIZAR
• Criatividade;
• Comunicação;
• Ventilação de emoções;

12

INTERVENÇÕES DE GRUPO - 3ª ATIVIDADE

Resultados da sessão	Intervenções
A maior parte dos utentes não pensa em objetivos sequer a curto prazo, mas sim, viver o dia-a-dia.	• Desconstrução de algumas ideias e crenças.
Objetivos comuns a todos e muito focados nas necessidades mais básicas e imediatas, como manter a saúde, manter a habitação, ter um emprego e continuar a estabelecer uma boa relação com os demais utentes e com a família com quem ainda mantêm contato.	• Discutidas as estratégias assentes em comportamentos promotores de saúde para cumprir esses objetivos; • Desenvolvida 5ª dinâmica com objetivo de promover a auto-eficácia dos utentes, para que criem uma imagem de si próprios mais confiante e capaz – empoderamento.
Trabalhadas competências: motivacionais; gestão e investimento na saúde; resiliência; e atitudes e valores no sentido de mediar a determinação de prioridades no que respeita ao seu processo de saúde	

INTERVENÇÕES DE GRUPO - 4ª ATIVIDADE

1. IDENTIFICAÇÃO DA AÇÃO
Tema: Acessibilidade aos serviços de saúde
Quem: Enfermeira mestrandia
Data: janeiro 2017
Tempo previsto: 25 min
Onde: Sala reunião CSMM
2. OBJETIVOS GERAIS
• Promover conhecimentos básicos sobre o acesso aos serviços de saúde
3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS
• Explorar o conhecimento dos utentes sobre o seu acesso aos serviços de saúde;
• Identificar alguns recursos de acesso aos serviços de saúde;
• Discutir algumas estratégias de acesso aos serviços de saúde;
• Promover a responsabilidade pelo seu próprio processo de saúde;
• Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da EpiS nesta população;
3. TÉCNICAS A UTILIZAR
• Jogo interativo - Quiz

14

INTERVENÇÕES DE GRUPO - 4ª ATIVIDADE

Resultados da sessão	Intervenções
Grande satisfação dos utentes por este tipo de dinâmica (jogo)	• Repetida nova sessão para os utentes do grupo que não puderam estar presentes na 1ª sessão.
Esta atividade além de promover conhecimentos nesta área aos utentes, serviu para perceber que embora muitos deles saibam os procedimentos corretos a adotar para facilitar o acesso aos serviços de saúde, não atuam conforme.	• Realizada a 5ª atividade com intuito de promover o empoderamento do utente e torná-lo capaz de agir conforme as suas convicções e objetivos; • Será necessário que a equipa de saúde dê continuidade às intervenções que promovam a responsabilização do utente pelo seu próprio processo de saúde, através de estratégias que o tornem parceiro ativo dos profissionais de saúde.
Competências trabalhadas: educação cívica e acesso aos serviços de saúde, promovendo a sua capacitação na tomada de decisão e parceria ativa com os profissionais de saúde.	

INTERVENÇÕES DE GRUPO - 5ª ATIVIDADE

1. IDENTIFICAÇÃO DA AÇÃO
Tema: Autoeficácia
Quem: Enfermeira mestrandia
Data: fevereiro 2017
Tempo previsto: 25 min
Onde: Sala reunião CSMM
2. OBJETIVOS GERAIS
• Promover autoconfiança e autoeficácia dos utentes
3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS
• Promover uma visão positiva sobre si mesmo;
• Promover o empoderamento, perseverança, motivação e superação do utente;
• Promover o encorajamento e a confiança em si e nas suas capacidades (auto desenvolvimento pessoal);
• Fazer com que o utente no futuro seja agente ativo e positivo no seu percurso de vida (saúde) colocando em prática todas as estratégias anteriormente identificadas nas outras dinâmicas para alcançar os seus objetivos;
• Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da EpiS nesta população;
3. TÉCNICAS A UTILIZAR
• Relaxamento;
• Imaginação;
• Visão Introspectiva;

16

INTERVENÇÕES DE GRUPO - 5ª ATIVIDADE

Resultados da sessão	Intervenções
Quando solicitado no final da dinâmica para deambularem pela sala, os utentes demonstraram uma postura mais direita, confiante e segura.	• Reforço positivo
Por iniciativa própria, alguns utentes comentaram a analogia entre esta "viagem" e o seu percurso de vida. As posturas e comentários finais levam a crer que esta atividade atingiu o seu objetivo, aumentando a autoeficácia e permitindo uma visão positiva sobre si próprios.	• Reforço positivo
Trabalhadas competências: motivacionais, de perseverança, autoconfiança e autoeficácia.	

CONTRIBUTOS DO PROJETO

- Poderá permitir o desenvolvimento de normas para orientação prática baseadas na evidência científica;
- Permite o desenvolvimento contínuo dos profissionais de enfermagem no acompanhamento do trabalho que tem vindo a ser desenvolvido;
- Promove a prevenção primária e secundária através de estratégias adaptadas à especificidade da população alvo.

18

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

• Araújo, E.; Oliveira, E. & Theophilo, G. (2014) TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental. Acedido a 14/12/2016. Disponível em: <http://pt.slideshare.net/GlauciaMaqa/tcc-terapia-cognitiva-comportamental>;

• Micheli, D.; Formigoni, M.L.O.S & Carneiro, A.P.L. (2014) SUPERA - Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. Módulo 4 – Intervenção Breve. Acedido a 14/12/2016 Disponível em: http://www.supera.senad.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/SUP9_Mod4.pdf;

OBRIGADA!

AVALIAÇÃO DAS SESSÕES DE INFORMAÇÃO AOS ENFERMEIROS

ATIVIDADE	METAS	INDICADORES	RESULTADOS	AVALIAÇÃO
Sessão de informação para a equipa de enfermagem	Que pelo menos 70% dos enfermeiros da equipa estejam presentes nas diferentes formações	Atividade $(n^{\circ} \text{ sessões efetuadas} / n^{\circ} \text{ sessões previstas}) \times 100$	Atividade $(3/3) \times 100 = 100\%$	Objetivo parcialmente alcançado
		Adesão $(n^{\circ} \text{ enfermeiros presentes} / n^{\circ} \text{ enfermeiros previsto estarem presentes na 1}^{\text{a}} \text{ formação}) \times 100$	Adesão $(3/6) \times 100 = 50\%$	
		$(n^{\circ} \text{ enfermeiros presentes} / n^{\circ} \text{ enfermeiros previsto estarem presentes na 2}^{\text{a}} \text{ formação}) \times 100$	$(4/6) \times 100 = 66,6\%$	
		$(n^{\circ} \text{ enfermeiros presentes} / n^{\circ} \text{ enfermeiros previsto estarem presentes na 3}^{\text{a}} \text{ formação}) \times 100$	$(3/6) \times 100 = 50\%$	
	Que pelo menos 80% dos enfermeiros fiquem satisfeitos com as diferentes formações	Satisfação $(n^{\circ} \text{ de enfermeiros que avaliaram mais de 50\% dos itens como satisfeito ou acima de satisfeito na 1}^{\text{a}} \text{ sessão} / n^{\circ} \text{ enfermeiros presentes na 1}^{\text{a}} \text{ sessão}) \times 100$	Satisfação $(3/3) \times 100 = 100\%$	
		$(n^{\circ} \text{ de enfermeiros que avaliaram mais de 50\% dos itens como satisfeito ou acima de satisfeito na 2}^{\text{a}} \text{ sessão} / n^{\circ} \text{ enfermeiros presentes na 2}^{\text{a}} \text{ sessão}) \times 100$	$(4/4) \times 100 = 100\%$	
		$(n^{\circ} \text{ de enfermeiros que avaliaram mais de 50\% dos itens como satisfeito ou acima de satisfeito na 3}^{\text{a}} \text{ sessão} / n^{\circ} \text{ enfermeiros presentes na 3}^{\text{a}} \text{ sessão}) \times 100$	$(3/3) \times 100 = 100\%$	