



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização
em Enfermagem de Saúde Comunitária

Por Tânia Alexandra Dias Almeida

LISBOA, Maio de 2012



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização
em Enfermagem de Saúde Comunitária

Tânia Alexandra Dias Almeida

Sob orientação da Prof^a Ana Resende

LISBOA, Maio de 2012

RESUMO

O presente relatório, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com a Especialização em Enfermagem Comunitária, pretende retratar a Unidade Curricular Estágio, dividida em três módulos distintos, tendo sido realizados na Unidade de Cuidados na Comunidade Nostra Pontinha (UCC).

Ao longo das últimas décadas tem-se assistido a fluxos de imigração, que tem conduzido a uma mistura de estilos de vida, de comportamentos, de atitudes, de valores, de grupos demográficos, sociais e culturais. A área de influência da UCC, caracteriza-se pela multiculturalidade, e nalgumas localidades estão identificados problemas de saúde, tais como infeções sexualmente transmissíveis, comportamentos de risco, bem como problemáticas relacionadas com baixo nível socioeconómico e cultural.

Desde 2009 são aplicados questionários aos utentes que realizam teste rápido para a infeção VIH (Vírus da Imunodeficiência Humana) na Unidade Móvel. Do atendimento realizado á população e da experiência da equipa da UCC sobressaem problemas de saúde relacionados com comportamentos de risco a nível da sexualidade. Tornou-se indispensável compreender a perceção dos utentes face a comportamentos de risco.

Pelo exposto e indo ao encontro das necessidades da UCC, no **Módulo I** realizou-se o diagnóstico de saúde dos utentes que realizaram teste rápido para a infeção VIH entre 2009 e 12 de Maio de 2011. Foram aplicados, neste período, 79 questionários aquando da realização do teste rápido. Confirmou-se a multiculturalidade tendo sido identificadas 6 nacionalidades diferentes. Metade dos utentes (51%) assume que tem comportamentos de risco, embora os adotem pois o principal motivo pelo qual realizam o teste é o contacto sexual sem preservativo. Dos 79 testes 3 foram reativos.

No **Módulo II** e face aos resultados obtidos definiu-se em consenso com a equipa da UCC como prioridade a implementação de um projeto de intervenção junto da população, “Educar para Prevenir”, de forma a promover a diminuição de comportamentos de risco para a transmissão da infeção por VIH e restantes IST’s (Infeções sexualmente Transmissíveis). Numa primeira fase e devido às características da população foi organizado um *Workshop* dirigido á população em geral e foram programadas sessões de educação para a saúde sobre a temática VIH e IST’s em duas escolas da área de influência da UCC.

No **Módulo III** deu-se continuidade ao projeto de intervenção através das sessões de educação para a saúde sobre a temática VIH e IST’s a grupos alvo: aluno, professores e assistentes operacionais. Participou-se também no projeto “Educar para Cuidar”, iniciando-se o primeiro curso cujos destinatários foram os cuidadores informais dos utentes acompanhados pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) sobre o tema posicionamentos e transferências.

Palavras-chave: diagnóstico de saúde, diversidade cultural, comportamentos de risco, infeção por VIH, projeto de intervenção.

ABSTRACT

This report, in the Master's Degree in Nursing with Specialization in Community Nursing, intend to portray the Internship Course is divided into three distinct modules, have been held in the Community Care Unit Nostra Pontinha.

Over the past decades have witnessed the migration flow, which has led to a mixture of lifestyles, behaviors, attitudes, values, demographics, social and cultural. The area of influence of the UCC is characterized by multiculturalism, and some localities are identified health problems such as sexually transmitted infections, risk behaviors, as well as problems related to low socio-economic and cultural level.

Since 2009 questionnaires are applied to users who perform a rapid test for HIV infection in the Mobile Unit. The care given to the population and the UCC team's experience highlights related health problems and risk behaviors in terms of sexuality. It has become essential to understand the perception of users against risk behaviors.

For the above and meeting the needs of the UCC, in Module I realized the diagnosis of health of users who performed the rapid test for HIV infection between 2009 and May 12, 2011. Were applied during this period, 79 questionnaires on the day of the rapid test. It was confirmed multiculturalism, have been identified 6 different nationalities. Half of users (51%) have assumed that risk behaviors, although adopt the risk and this as the main reason why the test is performed sexual contact without a condom. Three of 79 tests were reactive.

In Module II and given the results it was decided in consensus with the team of UCC as a priority the implementation of an intervention project among the population, "Educating to Prevent," to promote the reduction of risk behaviors for transmission of infection by HIV and other STIs. In a first phase and due to the characteristics of the population was organized a Workshop directed to the population in general and education sessions were planned for health on the topic HIV and STIs in two schools in the area of influence of the UCC.

In Module III was continued to the project intervention sessions through the health education on the topic HIV and STI to target groups: students, teachers and assistants operating. Also participated in the project "Educating for Caring", starting the first course, addressed informal caregivers were followed by users of Continuous Care Team (ECCI) on the subject placements and transfers.

Keywords: health diagnosis, cultural diversity, risk behaviors, HIV infection, intervention project.

ABREVIATURAS E SIMBOLOS

ACES- Agrupamentos de Centro de Saúde

ARSLVT-Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

ECCI- Equipa de Cuidados Continuados Integrados

GAT- Grupo Português de Ativistas para o tratamento do VIH/SIDA

ISCTE- Instituto Universitário de Lisboa

IST's- Infecções Sexualmente Transmissíveis

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

SIDA- Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

VIH- Vírus da Imunodeficiência Humana

P.- Página

Nº- Número

%- Percentagem

Km- Kilómetro

ÍNDICIE

0. <u>INTRODUÇÃO</u>	10
1. <u>MÓDULO I-DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE DOS UTENTES QUE REALIZARAM TESTE RÁPIDO PARA A INFECÇÃO VIH</u>	12
1.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO	12
1.2. OBJETIVOS DELINEADOS PARA O MÓDULO I	13
1.3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO QUE SUSTENTA O DIAGNÓSTICO DE SAÚDE	14
1.3.1. <u>Saúde</u>	14
1.3.2. <u>Promoção de Saúde</u>	15
1.3.3. <u>Comunidade</u>	16
1.3.4. <u>Empoderamento e Intervenção Comunitária</u>	17
1.3.5. <u>Comportamentos de Risco</u>	19
1.4. DIAGNÓSTICO DE SAÚDE/ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	20
1.5. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS/DESENVOLVIDAS	34
2. <u>MÓDULO II-PROJETO DE INTERVENÇÃO</u>	36
2.1. OBJETIVOS DELINEADOS PARA O MÓDULO II	36
2.2. FUNDAMENTAÇÃO DO PROJETO “EDUCAR PARA PREVENIR”	37
2.2.1. <u>O desenrolar do projeto</u>	38
2.2.2. <u>Competências adquiridas/desenvolvidas</u>	41
3. <u>MÓDULO III- ESTÁGIO OPCIONAL</u>	43
3.1. OBJETIVOS DELINEADOS PARA O MÓDULO III	43
3.2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA COMUNIDADE	43
3.3. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO PROJETO “EDUCAR PARA CUIDAR”	44
3.4. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS/DESENVOLVIDAS	45
4. <u>CONCLUSÃO</u>	48
5. <u>BIBLIOGRAFIA</u>	50
APÊNDICIE	55

APÊNDICE I. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAUDE DOS UTENTESQUE REALIZARAM TESTE RÁPIDO PARA A INFEÇÃO VIH...	56
ANEXOS...	74
ANEXO1. QUESTIONÁRIO APLICADO AOS UTENTES QUE REALIZARAM TESTE RÁPIDO PARA A INFEÇÃO VIH...	75
ANEXO 2. PROJETO DE INTERVENÇÃO: “EDUCAR PARA PREVENIR” ...	81
ANEXO3.APRESENTAÇÃO DO RESULTADO DO TRABALHO DESENVOLVIDO NO MÓDULO I E DO TRABALHO A DESENVOLVER NO MÓDULO II ...	90
ANEXO4. PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À DIREÇÃO DO ACES PARA REALIZAÇÃO DO WORKSHOP...	102
ANEXO 5. CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DO WORKSHOP...	104
ANEXO 6. SESSÃO DE APRESENTAÇÃO NO WORKSHOP...	106
ANEXO 7. QUESTIONÁRIO REFORMULADO...	113
ANEXO 8.POSTER APRESENTADO NA CONFERÊNCIA VIH PORTUGAL 2011...	119
ANEXO 9. SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE SOBRE IST's...	121
ANEXO 10. SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE SOBRE VIH...	133
ANEXO 11. FORMULÁRIO PARA A COLHEITA DE DADOS PARA O CURSO DE COMPETÊNCIA DE CUIDADORES INFORMAIS...	142
ANEXO 12. FORMAÇÃO DIRIGIDA AOS CUIDADORES INFORMAIS...	155
ANEXO 13. LIVRO DE BOLSO OFERECIDO AOS CUIDADORES INFORMAIS...	171

ÍNDICIE DE GRÁFICOS

Gráfico nº 1- Distribuição dos utentes segundo os géneros	25
Gráfico nº 2- Distribuição dos utentes segundo os grupos etários	25
Gráfico nº 3- Distribuição dos utentes segundo a Nacionalidade	25
Gráfico nº 4 – Distribuição dos utentes segundo o estado civil	26
Gráfico nº5 – Distribuição dos utentes segundo as habilitações literárias	27
Gráfico nº 6 – Distribuição dos utentes segundo a sua situação profissional	27
Gráfico nº 7- Distribuição dos utentes segundo o resultado do teste	28
Gráfico nº8 - Distribuição dos utentes segundo o motivo pelo qual realizam o teste rápido VIH	29
Gráfico nº 9 - Distribuição dos utentes segundo a identificação dos meios de transmissão da infeção VIH	31
Gráfico nº10 - Distribuição dos utentes segundo o motivo para não utilizar preservativo	32

ÍNDICIE DE TABELAS

Tabela nº 1- Caracterização dos utentes com teste reativo	28
Tabela nº2 – Distribuição dos utentes segundo o número de parceiros sexuais ao longo da vida e nos últimos 6 meses	29
Tabela nº 3- Utilização de preservativo com os diferentes parceiros no sexo vaginal	30
Tabela nº 4 - Utilização de preservativo com os diferentes parceiros no sexo oral ...	30
Tabela nº5 - Utilização de preservativo com os diferentes parceiros no sexo anal	30
Tabela nº 6 – Distribuição dos utentes segundo o comportamento de risco assumido	32

0. INTRODUÇÃO

A intervenção Comunitária junto das populações é um desafio para os enfermeiros. É necessário encontrar soluções inovadoras para dar resposta a desafios de saúde como o envelhecimento, VIH/SIDA, pobreza, deficiente acessibilidade e equidade nos cuidados de saúde.

Face à complexidade crescente de problemas relacionados com a saúde, os enfermeiros em cuidados de saúde primários, estão numa posição única para encontrar e desenvolver soluções inovadoras direcionadas às populações de forma continuada ao longo do seu ciclo de vida e em diferentes locais da comunidade, contribuindo assim para a igualdade no acesso aos cuidados de saúde.

O ingresso na formação pós-graduada para enfermeiros na Especialização em Enfermagem Comunitária vai permitir “desenvolver competências para a assistência de enfermagem avançada a grupos, famílias e comunidades.” (UCP- ICS/ESPS, 2009) e responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efetivos ganhos em saúde (Regulamento nº.128/2011 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública).

Tendo por base o carácter profissionalizante desta especialidade os campos de estágio constituem um momento privilegiado, que enriquecido pela componente teórica, criou uma oportunidade de desenvolver a prática de cuidados de uma forma proficiente, adquirindo competências de modo a proceder à supervisão clínica eficaz e otimizar as relações com os clientes no sentido da máxima obtenção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Surge então o presente documento, no âmbito do plano de estudos do curso de Mestrado em Enfermagem com a Especialização em Enfermagem Comunitária, relatando as atividades desenvolvidas e competências adquiridas ao longo da Unidade Curricular Estágio.

A Unidade Curricular Estágio decorreu na Unidade de Cuidados na Comunidade Nostra Pontinha (UCC). Esta UCC é uma unidade funcional inserida no Agrupamento de Centros de Saúde da Grande Lisboa V – Odivelas, que engloba os Centros de Saúde da Pontinha e Odivelas, dependendo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

Esta unidade de estágio foi dividida em três módulos distintos que decorreram na Unidade de Cuidados na Comunidade Nostra Pontinha.

A UCC é constituída por uma equipa multidisciplinar, articula-se com outras unidades funcionais do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), estabelece parcerias com estruturas da comunidade local com o objetivo de “prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, atuando na

educação para a saúde, na integração de redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.” (Despacho nº. 10143/2009- Regulamento da Organização e Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade).

A escolha do campo de estágio, prende-se com esta diversidade de atuação nas várias vertentes de intervenção.

No módulo I foi efetuado o diagnóstico de situação de Saúde dos utentes que realizaram teste rápido para a infeção VIH entre 2009 e 12 de Maio de 2011. Consequentemente no módulo II deu-se início ao projeto de intervenção “Educar para Prevenir”. O módulo III, permitiu a continuidade de atividades programadas no módulo anterior e a participação no projeto “Educar para Cuidar”.

O presente documento tem em conta, por um lado, o projeto de estágio elaborado no início da unidade curricular e, por outro, o portfólio que se tornou numa ferramenta pedagógica e permitiu construir um caminho, refletir em todos os passos dados, fazendo a ligação entre o processo de formação e a prática criando a base deste trabalho escrito.

Este trabalho tem como principais objetivos:

- enunciar o que foi desenvolvido e como foi executado;
- apresentar e analisar os dados recolhidos e sua metodologia;
- descrever as alterações efetuadas relativamente ao projeto de estágio;
- realizar uma avaliação global do mesmo.

Neste sentido e após a presente introdução, seguem-se três capítulos referentes a cada módulo de estágio, sendo que para cada um deles são apresentados os objetivos, atividades e competências adquiridas. No módulo I é exposto o enquadramento teórico que sustenta o diagnóstico de situação de saúde, os resultados obtidos com o diagnóstico e a respetiva análise, no módulo II encontra-se descrito resumidamente o desenrolar do projeto de intervenção e no módulo III para além da participação no projeto “Educar para Cuidar”, deu-se continuidade a atividades programadas no módulo anterior. Para terminar surge a conclusão onde se resume o trabalho desenvolvido ao longo dos três módulos, analisando de forma crítica os aspetos mais relevantes, as principais dificuldades e limitações.

Apresentam-se ainda os principais contributos deste estágio quer a nível pessoal, profissional e institucional.

A redação da Unidade Curricular Relatório é apresentada segundo as regras do novo acordo ortográfico.

1. MÓDULO I – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE DOS UTENTES QUE REALIZARAM TESTE RÁPIDO PARA A INFEÇÃO VIH

No presente capítulo, é apresentado todo o desenrolar do Módulo I da Unidade Curricular Estágio, onde estão documentadas todas as atividades inerentes à realização do diagnóstico de situação de saúde, desde o enquadramento teórico que o sustenta, procedimentos metodológicos, apresentação e análise de resultados bem como as competências adquiridas e desenvolvidas nesta etapa.

A contextualização do campo de estágio surge em primeira linha, fazendo todo o sentido para a compreensão de todo o trabalho desenvolvido.

1.1.CONTEXTUALIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO

A Unidade de Cuidados na Comunidade Nostra Pontinha tem como área de influência a Freguesia da Pontinha (constituída pela Vila da Pontinha, Urmeira e vários bairros limítrofes) numa área geografia de 4,78km² e a Freguesia de Famões, numa área geográfica de 4,66km², o que totaliza 9,44 km². Estas duas freguesias localizam-se na zona ocidental do Concelho de Odivelas, confrontando com os Concelhos da Amadora, Sintra, Loures e Lisboa. Abarcam uma população de 33.031 (segundo censos de 2001), distribuídos pelas Freguesias de Famões e Pontinha, estando inscritos em cartão de utente 47.407 pessoas, dos quais 1.745 são imigrantes, 4.622 são esporádicos e 14.497 não têm médico de família, o que representa 30,5% do total da população inscrita. Destes 14.497 utentes, 3.701 são mulheres em idade fértil (dos 20 aos 49 anos) e 729 são crianças até aos 4 anos de idade.

Segundo os resultados provisórios dos censos 2011, residem na área geográfica da UCC 34.136 indivíduos, sendo que 23.041 residem na Pontinha e 11.095 em Famões. O grupo etário com maior relevância é o de 25-64 anos.

Nalgumas localidades estão identificados problemas de saúde, tais como, deficiente cobertura vacinal na infância e adolescência, gravidez na adolescência e não vigiada, doenças transmissíveis, comportamentos de risco, toxicod dependência, bem como problemáticas relacionadas com baixo nível socioeconómico e cultural.

As populações destas localidades, sobretudo alguns bairros caracterizam-se também pela presença de residentes de diferentes nacionalidades e etnias, na sua maioria provenientes dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP), embora nos últimos anos se tenha verificado um aumento significativo de imigrantes provenientes do leste europeu.

O Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro que criou a Unidade de Cuidados na Comunidade, salienta no artigo 11 que compete à UCC “prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional atuando ainda na

educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.”

A prestação de cuidados de saúde em Unidades Móveis tem vindo a ser disponibilizada desde 1994 no distrito de Lisboa em locais identificados como bolsas de pobreza, onde existem grupos populacionais específicos com dificuldades na acessibilidade aos cuidados de saúde. A utilização de Unidades Móveis tem facultado a aproximação à comunidade, permitindo uma resposta mais adequada às necessidades reais para além de facultar o trabalho interinstitucional (ARSLVT - Ministério da Saúde).

A UCC Nostra Pontinha constituída em Janeiro de 2010, possui duas vezes por semana uma unidade móvel que intervém nos bairros Serra da Luz, bairro Stº Eloy e Quinta das Pretas, desde 2007. Estes bairros caracterizam-se pela multiculturalidade, bolsas de pobreza de onde advém toda uma problemática ligada a comportamentos de risco para a saúde, falta de vigilância de saúde e negligência na prevenção da doença por parte destas comunidades.

O projeto “Saúde em Movimento”, com recurso a uma Unidade Móvel de Saúde, surge com a finalidade de promover a vigilância de saúde de grupos desfavorecidos, assegurando uma maior equidade, de modo a que todos tenham acesso aos cuidados de saúde, principalmente na área da Saúde Materno-Infantil. No entanto, e de acordo com as necessidades de saúde identificadas nos diferentes bairros, esta vigilância é direcionada a todas as problemáticas ao longo do ciclo de vida nos diversos programas de saúde, incluindo a realização de teste rápido para a infeção VIH.

Desde 2009 que são aplicados questionários aos utentes que realizam teste rápido para a infeção VIH na Unidade Móvel. Pelo conhecimento empírico proveniente da experiência da equipa da UCC predominam os comportamentos de risco relacionados com a sexualidade.

Foi neste contexto que se destaca a necessidade de criação de um novo projeto direcionado para a problemática do VIH/SIDA *versus* comportamentos de risco. É neste sentido que surge o propósito de elaboração do diagnóstico de situação e conseqüentemente o desenrolar do Módulo I.

Embora com participação em diversos programas da UCC, a maior quota-parte do estágio desenrolou-se no projeto “Saúde em Movimento”.

1.2. OBJETIVOS DELINEADOS PARA O MÓDULO I

O Módulo I teve como **objetivo geral**:

- Realizar o diagnóstico de situação de saúde dos utentes que efetuaram teste rápido de VIH na Unidade Móvel entre o ano de 2009 a 12 de Maio de 2011.

Como **objetivos específicos** foram delineados os seguintes:

- Caracterizar a população em estudo sob o ponto de vista sociodemográfico;
- Conhecer a percepção da população que realizou teste rápido para a infeção VIH face a comportamentos de risco.

1.3.ENQUADRAMENTO TEÓRICO QUE SUSTENTA O DIAGNÓSTICO DE SAÚDE

Para alcançar os objetivos referidos anteriormente, procedeu-se à revisão de conceitos que são inerentes ao diagnóstico de situação. FORTIN (1999,p.73) salienta que a revisão da literatura “permite reconhecer a teoria que melhor explica os factos observados, delimitar conceitos aos quais eles apelam e as relações que os caracterizam.”

1.3.1. Saúde

O conceito Saúde tem sofrido alterações ao longo dos tempos. Durante muito tempo foi considerada como o oposto da doença. Em 1946 a Organização Mundial de saúde (OMS) definiu na sua Carta Magna o conceito de saúde como: “ Um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” CARVALHO (2006, p.7).

Na mesma linha orientadora, ARAÚJO (2006, p. 13) refere que “[...] as sucessivas transformações do conceito resultam de perspetivas multidimensionais incorporando dimensões de natureza subjetiva e objetiva. As primeiras relacionam-se com a sensação de bem-estar e as segundas estão diretamente relacionadas com a capacidade funcional do indivíduo”.

Na primeira Conferência Internacional sobre a promoção de saúde realizada em OTTAWA, é definido o conceito de saúde como um “conceito positivo que acentua os recursos sociais e pessoais, assim como as aptidões físicas”.

A declaração da CONFERÊNCIA DE ADELAIDE evidencia um outro aspeto muito importante mencionando que a saúde é ao mesmo tempo um direito humano fundamental e um sólido investimento social.

Este direito está bem claro na CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA, no capítulo I, artigo 64º onde se lê “todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover”. Entende-se assim o direito à proteção da saúde como um direito universal (Artigo 12.ºPrincípio da Universalidade).

A LEI DE BASES DA SAÚDE, nos termos do nº 1, da Base I, da Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, refere ainda que “a proteção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efetiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados, nos termos da Constituição e da

lei". Para além do indivíduo esta Lei faz alusão à comunidade como alvo do direito à proteção da saúde.

Esta perspetiva comunitária surge no final da década de setenta, está documentada na Declaração de Alma-Ata onde se destaca que a "saúde é um direito humano fundamental, e [...] é a mais importante meta social mundial e é direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planeamento e na execução de seus cuidados de saúde".

Cada comunidade tem património cultural e este determina as representações de saúde que é possível verificar nas diferentes etnias ou mesmo em bairros (ABREU, 2003). Os enfermeiros mais do que nunca, na comunidade são confrontados com uma mestiçagem de culturas sendo importante conhecer, compreender e atuar perante as diferenças culturais.

Leininger, teórica fundadora da enfermagem transcultural, ajuda a compreender as diferenças culturais no cuidar, na saúde e na doença, elas próprias potenciais promotoras de desigualdades. A Enfermagem Transcultural é uma área de estudo e prática, com enfoque no cuidado (cuidar) cultural comparativo de valores, crenças e práticas de indivíduos ou grupos, de culturas similares ou díspares com o objetivo de promover práticas de cuidar de enfermagem culturalmente específicas e universais que promovam saúde ou bem-estar, ou ajudem as pessoas a fazer face a condições humanas desfavoráveis, doença ou morte, através de formas culturalmente significativas (LEININGER, 1995, p.58).

Esta teórica define saúde "como uma condição de bem-estar que é culturalmente definida, valorizada e praticada, refletindo a capacidade dos indivíduos (ou grupos) desempenharem as suas atividades diárias de modos culturalmente expressos, benéficos e modelares" WELCH (2004, p.572).

A Multiculturalidade integrada no conceito Saúde é transversal a todo o presente estudo.

1.3.2. Promoção de saúde

A primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, da qual foi elaborada a CARTA DE OTTAWA refere que " a promoção da saúde consiste em proporcionar aos povos os meios necessários para melhorar a sua saúde [...]."

Do mesmo modo, SILVA (2002, p.11) fala em promoção da saúde "como atitude global de criar boas condições ao desenvolvimento de cada pessoa [...]."

O OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE, adaptou da CARTA de OTTAWA o conceito de promoção saúde e salienta que "é um processo que visa criar condições para que as pessoas aumentem a sua capacidade de controlar fatores determinantes da saúde, no sentido de a melhorar. [...] A promoção da saúde implica o desenvolvimento de atividades diversificadas, que podem ser sistematizadas em três vertentes de intervenção que se relacionam e complementam:

1. **Educação para a saúde** - processo que utiliza a comunicação pedagógica no sentido de facilitar a aprendizagem da saúde;

2. **Prevenção da doença** – conjunto de medidas que visam evitar, detetar e tratar precocemente doenças específicas e eventuais sequelas;

3. **Proteção da saúde** – conjunto de medidas destinadas ao controlo de fatores de risco de natureza ambiental e à preservação dos recursos naturais.”

A declaração de Alma-Ata considerou como primeira prioridade em Cuidados de Saúde primários a educação sobre os principais problemas de saúde e os métodos de prevenção e controlo dos mesmos, privilegiando a informação e a Educação para a Saúde. (CARVALHO, 2006)

Linda Ewles e Ina Simnett (1999), citado por LAVERACK (2008, p. 12) dizem que “A promoção de saúde abarca a educação para a saúde e, a maneira mais prática de progredir é considerá-la como um conceito que abrange uma série de atividades didáticas que promovem a saúde.”

Segundo CARVALHO (2006,p.26) “[...] a educação para a saúde, constitui um dos instrumentos mais eficazes contribuindo para o processo de promoção de saúde.”

As sessões de educação para a saúde, são um dos instrumentos utilizados no projeto de intervenção “Educar para Prevenir” crucial ao estágio do Módulo II e em desenvolvimento junto da comunidade.

1.3.3. Comunidade

O relatório da comissão de peritos de enfermagem de saúde comunitária da OMS, citado por STANHOPE E LANCASTER (2008, p.358) define comunidade como “ um grupo social determinado por limites geográficos e/ou por valores e interesses comuns. Os seus membros conhecem-se e interagem entre si. Funciona dentro de uma estrutura social particular, exibindo e criando normas, valores e instituições sociais.”

As mesmas autoras definem que “ comunidade é uma entidade com base num lugar, composta por sistemas de organizações formais que refletem as instituições sociais, os grupos informais e os seus agregado” (2011, p. 359).

LAVERACK (2004, p. 12) descreve que o conceito de comunidade abrange características essenciais:

- **Dimensão espacial**, ou seja, um local ou lugar geométrico;
- **Dimensões não espaciais** (interesses, assuntos, identidades) que envolvem pessoas que de outra forma constituíram grupos heterogêneos e díspares;

- **Interações sociais dinâmicas** e que compõem as pessoas a relacionarem-se umas com as outras;
- **Ação coletiva** no sentido de identificar as necessidades e os interesses comuns.

GOMES (OE, 2011) compara a comunidade a um “espaço elástico” que se retrai ou se expande, em constante mutação e para o qual contribuem fatores políticos, sociais de saúde e pessoais, entre outros. Sendo constituída por pessoas, ela é o palco de numerosas e complexas relações e de múltiplos papéis.”

A Comunidade é então, e segundo a mesma autora, “um espaço privilegiado para o desenvolvimento dos cuidados de Enfermagem, impondo desafios constantes à perícia dos enfermeiros, proporcionando, simultaneamente, partilha e crescimento pessoal e profissional.” GOMES (OE, 2011).

1.3.4. Empoderamento e Intervenção Comunitária

Na CARTA DE OTTAWA o conceito de empoderamento está explícito quando é referido que no centro da ação comunitária encontra-se o reforço do poder (empowerment) das comunidades, para que assumam o controlo dos seus próprios esforços e destinos. Esta definição cruza-se com a referida por PERKINS E ZIMMERMAN quando analisam os estudos de outros autores sobre empoderamento salientando que este é “um processo pelo qual as pessoas ganham controlo sobre as suas vidas, a participação democrática na vida da sua comunidade, e uma compreensão verdadeira do seu ambiente” (1995,p. 570).

(RAPPAPORT, 1984; ZIMMERMAN, 2000) citado por ORNELAS (2008, p. 51) mencionam que o “empoderamento é um processo que ocorre a nível individual, organizacional e comunitário.” Neste instrumento de trabalho vai fazer-se alusão apenas ao empoderamento comunitário. O empoderamento comunitário segundo (PERKINS E ZIMMERMAN,1995) citados por ORNELAS (2008, P. 53) “refere-se à ação coletiva para a melhoria de vida da comunidade. [...] ação coletiva implica a participação dos cidadãos e das organizações locais na identificação das necessidades da comunidade, no desenvolvimento e implementação de estratégias que resolvam essas necessidades.”

Subjacente a esta ação está a intervenção comunitária onde predomina “o enfoque dado à criação de recursos comunitários, em ligação com as ações concretizadas pela própria comunidade, com maior ou menor índice de apoio externo, partindo-se assim, do pressuposto que as comunidades possuem os recursos potenciais para gerarem a dinâmica do desenvolvimento” ORNELAS (2008, p.243).

O mesmo autor refere três áreas prioritárias para a intervenção comunitária:

- A participação e envolvimento da comunidade na resolução dos seus próprios problemas são algo que todos os intervenientes referem, mas que raramente é posto em prática;

- O Empowerment é a filosofia que deve estar subjacente à intervenção comunitária, ou seja, é o ingrediente crucial para que as soluções dos problemas identificados pelos membros da comunidade perdurem no tempo e que estas assumam o controlo real sobre aquilo que lhes diz respeito;

- A Investigação participada é um componente fundamental da intervenção comunitária no sentido de se garantir uma consonância entre a metodologia de investigação, os valores e os objetivos que se pretendam implementar” (1997, p.372).

AMARO (2005, p.34), diz que no percurso da intervenção comunitária, são fundamentais cinco passos metodológicos:

1. **Metodologia de proximidade**, que pressupõe:

- ✓ ir ao território das pessoas/comunidades;
- ✓ encontrar pessoas e não doentes;
- ✓ capacitar e não apenas tratar;
- ✓ estabelecer relações, de participação das pessoas.

2. **Desenvolver atividades de Saúde Comunitária “três em um”**, ou seja, que:

- ✓ tenham em conta as necessidades mais prementes;
- ✓ mobilizem as capacidades e saberes das pessoas;
- ✓ façam a ponte para outras áreas de intervenção (educação, emprego, habitação, cidadania, etc.)

3. **Desenvolver parcerias**, com outras instituições, associações e serviços locais (escolas, autarquias, serviços de ação social, etc.), quer de natureza episódica quer permanentemente.

4. **Voltar aos centros de saúde/hospitais**, no sentido de fazer repercutir nas instituições as aprendizagens, as práticas e os desafios do trabalho comunitário.

5. **Avaliar sistemática e permanentemente** todo o processo, para:

- ✓ sistematizar as experiências;
- ✓ aprender constantemente;
- ✓ melhorar e corrigir a ação;
- ✓ desenvolver indicadores que demonstrem a eficiência e a eficácia do trabalho comunitário na saúde.

O estabelecer parcerias é fundamental na intervenção comunitária. Tal como AMARO, também ORNELAS (2008, p.54) enfatiza o papel das parcerias no processo do empoderamento dizendo que “as parcerias de organizações locais podem ser também um mecanismo de fortalecimento das comunidades [...]”

Na mesma linha de pensamento, STANHOPE E LANCASTER (2008, p.364) realça as “parcerias comunitárias como elementos chave para atingir objetivos [...]”

Aos enfermeiros colocam-se novos desafios para equilibrar ou melhorar a saúde e bem-estar das comunidades. Segundo JEREMIAS (2010, p. 13) “O planeamento das intervenções comunitárias deve orientar-se, cada vez mais, para capacitar as populações a lidar com as fontes de stress, de modo a conseguirem restabelecer um novo equilíbrio, saudável [...]”. Esta perspetiva, segundo o mesmo autor “é fundamental quando se fala de comportamentos, uma vez que nem sempre é possível eliminar ou prevenir todo o tipo de riscos”.

1.3.5. Comportamentos de risco

Com o aumento da esperança de vida, surgem outros desafios para a saúde. As principais causas de morte e incapacidade prematuras nos países desenvolvidos como por exemplo, doenças cardiovasculares, doenças sexualmente transmissíveis, entre outras, que advêm da prática de comportamentos de risco em que se despreza a importância do potencial de saúde, através dos comportamentos. FERREIRA (2005)

TEIXEIRA (2000, p. 173), no mesmo sentido sublinha que “o motivo que leva ao comportamento de risco, relaciona-se com o facto de valorizar mais outras coisas do que a sua própria saúde e que os estilos de vida veiculados pelo discurso da prevenção.”

O risco é inerente à sociedade. O conceito de risco segundo a perspetiva dos modelos de senso comum da saúde e da doença, resulta da correspondência entre as características do indivíduo e os atributos da representação da doença. A perceção do risco tem impacto no indivíduo, ao nível da representação que desenvolve acerca da doença, traduzindo implicações no seu comportamento (FIGUEIRAS, 2007).

O mesmo autor acrescenta que, “a forma como as pessoas interpretam e comparam riscos relacionados com a saúde, [...] é fortemente influenciada por crenças individuais.”

A mudança de comportamentos relacionados com a saúde é um processo difícil e complexo, “[...]é influenciado por um grande número de fatores individuais, sociais e culturais [...] e também influenciada de forma decisiva pelos membros do grupo a que o indivíduo pertence e pela comunidade.” TEIXEIRA (2000, p.167)

Do mesmo modo, STANHOPE E LANCASTER (2011, P. 315) afirmam que: “Os comportamentos de saúde são influenciados pelos grupos a que as pessoas pertencem.”

TEIXEIRA (2000, p. 169), descreve ainda que a mudança de comportamentos relacionados com a saúde comporta essencialmente três fases: preparação, ação e manutenção.

1. Preparação: inicia-se com a tomada de consciência por parte do indivíduo que tem um problema de risco para a saúde associado ao seu comportamento;
2. Ação: consiste na mudança inicial do comportamento;
3. Manutenção: trata-se de manter o novo comportamento, que é o comportamento preventivo, de forma sustentada e a longo prazo.

O mesmo autor interliga estas três fases com conceitos já abordados neste estudo. Com as duas primeiras fases coincidem os programas de promoção em saúde. Na última fase, o empoderamento tem um papel essencial pois “pode ser visto como um processo de autoajuda individual ou grupo no qual os indivíduos e os grupos assumem maior controlo sobre a sua saúde e podem modificar crenças pessoais e significações.”

Mas a promoção em saúde, nos comportamentos de risco, tem que ser contextualizada a nível social e cultural, tendo em conta os fatores socioeconómicos relacionados com a pobreza, violência, racismo e desigualdades na saúde. (TEIXEIRA, 2000; ENFERMAGEM: MODELOS DE INTERVENÇÃO, 2007)

1.4. DIAGNÓSTICO DE SAÚDE

O diagnóstico de situação (Módulo I) iniciou-se com as seguintes atividades:

- **Conhecer a estrutura física, organizacional e funcional da instituição em particular da Unidade de Cuidados na Comunidade;**
- **Reunião com a Enfermeira Orientadora**, onde foi dado a conhecer os projetos/ programas desenvolvidos pela Unidade de Cuidados na Comunidade e também as necessidades/ problemas da comunidade.

Ocorreu uma visita pelos diferentes bairros que pertencem à área da UCC Nostra Pontinha. Durante esta reunião, considerou-se urgente realizar um diagnóstico de situação de saúde dos utentes que realizaram teste rápido para a infeção VIH na Unidade Móvel. Foi dado a conhecer o questionário aplicado, desde 2009 pela equipa da UCC e foi proposto a reformulação do mesmo, após a realização deste estudo.

Recolhido o maior número de informações, procedeu-se à elaboração do diagnóstico de saúde.

O diagnóstico de saúde, para além da identificação do estado de saúde de uma comunidade, “[...] deverá corresponder às necessidades de saúde da população”. IMPERATORI (1993,p.45)

Esse mesmo diagnóstico e ainda segundo o mesmo autor “[...] deverá ser confrontado ou compatibilizado com as necessidades sentidas pela população ainda por mais duas razões: a primeira, complementar os dados disponíveis; a segunda, aumentar a receptividade às medidas que se venham a propor” IMPERATORI (1993, p.46).

“Esta etapa do planeamento para além de consistir na deteção dos problemas e das necessidades que vão tornar pertinentes as ações a desenvolver, serve também para sensibilizar e motivar os diversos profissionais para a importância do trabalho a realizar e dos problemas sobre os quais se pretende intervir.” TAVARES (1990, p.65).

Um diagnóstico de situação é sempre realizado utilizando uma metodologia científica. Neste contexto, CARMO, H (2007, p.204) refere que “longe de ser uma monografia [...] é o aprofundamento adequado da investigação.”

Segue-se a descrição dos procedimentos metodológicos.

Procedimentos Metodológicos

A fase das opções metodológicas reveste-se de peculiar interesse, contribuindo com o cariz científico indispensável a este relatório. É importante destacar que dos diferentes métodos de aquisição de conhecimentos, “[...]a investigação científica é o mais rigoroso e o mais aceitável, uma vez que assenta num processo racional”. FORTIN (1999, p.17)

A mesma autora menciona que “ a investigação científica é um processo que permite resolver problemas ligados ao conhecimento dos fenómenos do mundo real no qual vivemos”. (FORTIN 1999, P.15)

Em súpula, a metodologia científica tem como principal objetivo “[...]desenvolver, refinar e expandir um corpo de conhecimentos.” POLIT et al (2004, p. 20)

Este corpo de conhecimentos é essencial para a melhoria dos cuidados, para fundamentar decisões e para fortalecer a identidade da Enfermagem como profissão. ” POLIT et al (2004)

Neste capítulo descreve-se a metodologia utilizada neste estudo, tendo em conta a questão formulada: Qual o diagnóstico de situação de saúde dos utentes que realizaram teste rápido de VIH na Unidade móvel entre o ano de 2009 a 12 de Maio de 2011?

Seja qual for a natureza do projeto de investigação, os princípios éticos da autonomia, da beneficência, de não maleficência e da justiça, deverão ser respeitados e orientarão todos os momentos da investigação (Grande, 2000).

Tipo de estudo

Tendo em conta a questão formulada considera-se que o estudo corresponde ao método de investigação quantitativo. Este é "um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. [...] Baseado na observação de factos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos [...]" FORTIN (1999, p. 22)

O estudo enquadra-se nas categorias de retrospectivo e exploratórios. Retrospectivo "uma vez que o investigador «olha para trás» [...] quando os dados dizem respeito ao passado" BEAGLEHOLE et al (2003, P.41).

Exploratório, pois começa com "[...] algum fenómeno de interesse; no entanto, mais do que simplesmente observar e descrever o fenómeno, a pesquisa exploratória investiga a sua natureza complexa e os outros fatores com os quais ele está relacionado" POLIT et al (2004, p. 34).

População e Amostra

De acordo com FORTIN (1999,p.202) "amostragem é o procedimento pelo qual um grupo de pessoas ou um subconjunto de uma população é escolhido com vista a obter informações sobre um fenómeno, e de tal forma que a população inteira que nos interessa esteja representada." Deste modo, pode-se afirmar que o subconjunto escolhido, ou seja, a amostra são os utentes que realizaram teste rápido para a infeção VIH na unidade móvel entre o ano de 2009 a 12 de Maio de 2011, sendo que a população inteira a estudar é a que reside na área de influência da UCC Nostra Pontinha.

A mesma autora distingue população alvo de população acessível. População alvo é aquela que é "constituída pelos elementos [...] para os quais o investigador deseja fazer generalizações." A população acessível, [...] é constituída pela porção da população alvo que é acessível ao investigador." Neste estudo, a população alvo é aquela que reside na área de influência da UCC Nostra Pontinha e a acessível são os utentes que realizaram teste rápido para a infeção VIH na unidade móvel entre o ano de 2009 a 12 de Maio de 2011, ou seja, a amostra deste estudo.

O tipo de amostragem utilizada foi a de conveniência, cuja característica é "o uso das pessoas mais convenientemente disponíveis como participantes do estudo" POLIT et al (2004, p. 226), isto é, os utentes que realizaram teste rápido para a infeção VIH na unidade móvel entre o ano de 2009 a 12 de Maio de 2011, perfazendo um total de 79 utentes.

Instrumento de colheita de dados

Para estudar um fenómeno em investigação é necessário segundo POLIT et al (2004, p.226) “[...] medir, observar ou registar.” Estes passos são alcançáveis através da colheita de dados. O processo de colheita de dados permite obter a informação desejada junto dos participantes do estudo. FORTIN (1999)

Neste estudo, o instrumento de colheita de dados já se encontrava elaborado e em uso. Trata-se de um questionário que é aplicado aquando da elaboração do teste rápido para a infeção VIH (ver ANEXO 1). No entanto, durante o período de estágio (Módulo I) ainda foram aplicados no dia 12 de Maio de 2011 (Dia Internacional do Enfermeiro) 9 questionários perfazendo um total de 79. Este questionário foi elaborado e testada a sua fiabilidade pela equipa do projeto “Saúde em Movimento”.

O questionário como é referido por POLIT et al (2004, p.256) “oferece o anonimato completo, que pode ser crucial na obtenção de informação sobre comportamentos [...] ou sobre características embaraçosas.”

Aplicação do questionário

O questionário foi aplicado a todos os utentes que realizaram o teste rápido para a infeção VIH na unidade móvel. Este, é aplicado antes da realização do teste rápido e após a 1ª parte do protocolo de aconselhamento do teste rápido para a infeção VIH. Este protocolo assenta em 3 componentes:

- 1) Sessão de aconselhamento Pré-teste;
- 2) Interpretação do resultado do teste;
- 3) Sessão de aconselhamento pós-teste.

O questionário contempla as seguintes dimensões:

- Dados Pessoais;
- Resultado do teste/ Encaminhamento (preenchido no final pelo Enfermeiro);
- Motivo pelo qual realizam o teste;
- Consumo de substâncias;
- Comportamento Sexual;
- Perceção do risco.

Tratamento de dados

Os dados obtidos através do instrumento de colheita de dados, por si só não respondem à questão formulada, é necessário segundo POLIT et al (2004, p.311) “os dados serem sistematicamente analisados.” A estatística é a ciência que permite estruturar estes dados de forma a resumir a informação com vista à obtenção de uma imagem da amostra. FORTIN (1999)

No presente estudo, o método utilizado para o tratamento de dados foi a análise quantitativa através da estatística descritiva. Para FORTIN (1999, p. 277), a estatística descritiva permite “ [...] descrever as características da amostra [...] serve também para caracterizar relações entre duas ou mais variáveis [...].”

Para proceder à análise dos dados recorreu-se a software específico para a análise estatística, nomeadamente o Microsoft® Excel, procedendo à apresentação dos dados analisados através de gráficos e tabelas.

Análise e apresentação dos resultados

A análise e apresentação dos resultados estão descritos na íntegra no APENDICIE I. No corpo do relatório a análise e apresentação dos resultados é feita de acordo com a estrutura do instrumento de colheita de dados e os resultados são agrupados nas seguintes dimensões:

- Dados Pessoais;
- Resultado do teste;
- Motivo pelo qual realizam o teste;
- Comportamento Sexual;
- Perceção do risco.

DADOS PESSOAIS

Género

Relativamente ao género e após a análise do gráfico 1, verificou-se que o género predominante é o masculino, com 54% que corresponde a 43 sujeitos (ver **Gráfico nº 1**).

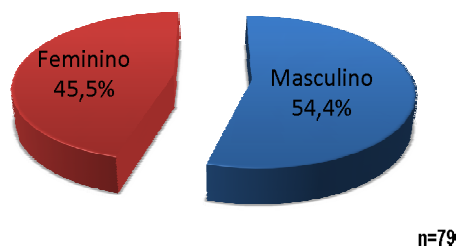


Gráfico nº 1 - Distribuição dos utentes segundo os **géneros**

Idade

Em relação à idade, segundo o **gráfico nº 2** conclui-se que os grupos etários com mais significado são o de 25 aos 34 anos e de 35 a 44 anos.

Estes dados refletem os resultados apresentados nos censos de 2001, em que a maioria dos residentes da área de influência da UCC se encontra no intervalo dos 20 aos 59 anos de idade, perfazendo um total de 33.031 habitantes.

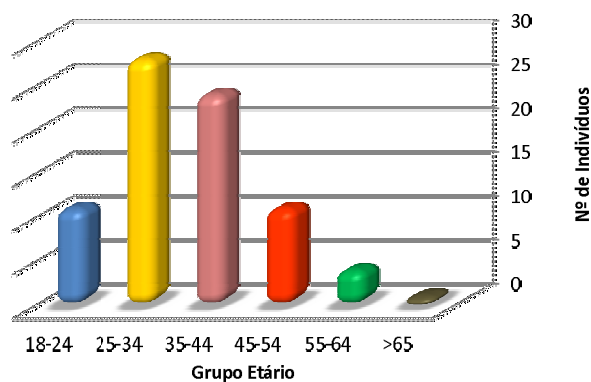


Gráfico nº 2 - Distribuição dos utentes segundo os **grupos etários**

Nacionalidade

O **gráfico nº 3** espelha a diversidade cultural existente na área de influência da UCC. A maior representação de utentes da amostra é de nacionalidade Portuguesa (44,3%), seguida dos PALOP com 35,4% e nacionalidade Brasileira com 13,9%. Restantes nacionalidades como Romena, Russa e Ucraniana estão representadas com um total de 6,4%.

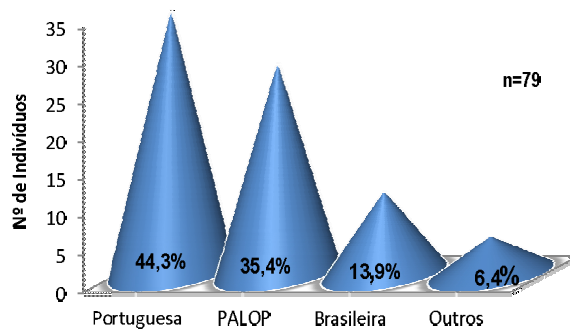


Gráfico nº 3- Distribuição dos utentes segundo a **Nacionalidade**

Os dados apresentados vão ao encontro de um relatório elaborado pela Deltaconsultores (projeto financiado pela União Europeia) e apresentado por Falcão, L (2002, p.4) onde é descrito que “[...]uma parte dos residentes estrangeiros em Portugal provêm das antigas colónias portuguesas, nomeadamente dos PALOP e o seu número tem vindo a aumentar progressivamente. Verifica-se entre os anos 2000 e 2001 um aumento expressivo de imigrantes provenientes do Brasil. Em 2001 assiste-se a um fluxo migratório proveniente dos países da Europa de Leste.”

Estado civil

Quanto ao estado civil, segundo o **gráfico nº 4** verificou-se que os utentes que recorrem à Unidade Móvel para realização de teste rápido VIH, são maioritariamente solteiros (34,2%) e casados (32,9%).

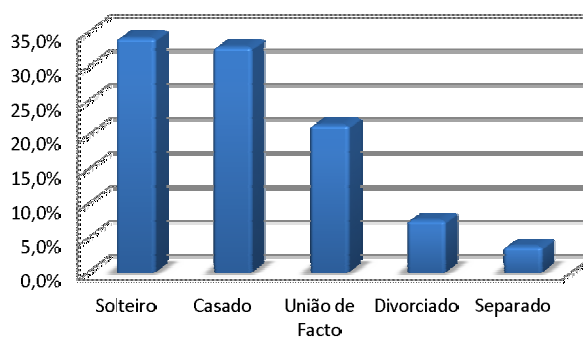


Gráfico nº 4 – Distribuição dos utentes segundo o **estado civil**

Habilitações literárias

Relativamente às habilitações literárias, 34% são detentores do ensino secundário, seguido de 18% com o 2º ciclo e 16% com licenciatura, os restantes dividem-se por 1º ciclo (8%), sem habilitações (3%) e bacharelato (1%). Embora com origens e culturas bastante diversificadas, estes utentes apresentam um grau de escolarização apreciável (ver **Gráfico nº 5**)

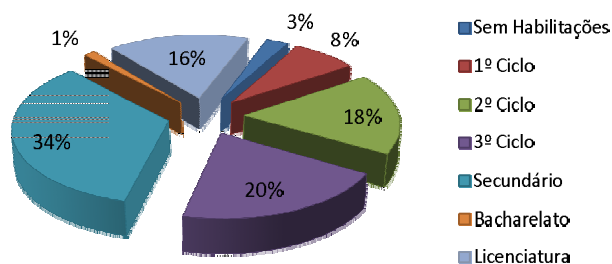


Gráfico nº5 – Distribuição dos utentes segundo as **habilitações literárias**

Portugal voltou a assinalar na última década um crescimento do nível de instrução da população. Hoje há 1.262.449 indivíduos com ensino superior completo, cerca do dobro do que foi apurado em 2000 (Censos 2011- resultados provisórios, 2011).

Situação profissional

Como é possível observar no **gráfico nº 6**, dos 79 utentes da amostra 51 trabalham, ou seja, encontram-se no ativo, 7 são estudantes, 3 reformados e 18 estão desempregados.

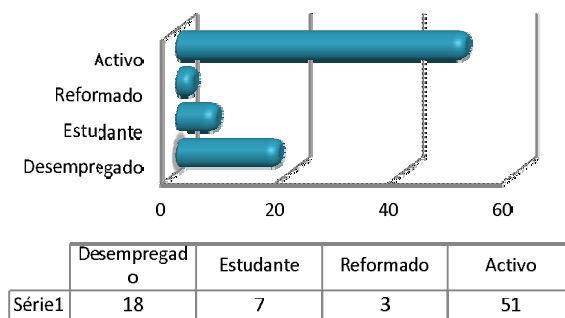


Gráfico nº 6 – Distribuição dos utentes segundo a sua **situação profissional**

RESULTADO DO TESTE

Dos 79 testes rápidos que foram realizados, 3 foram reativos, o que corresponde a uma incidência de 4%, como se observa no **gráfico nº 7**. Todos os utentes reativos foram

encaminhados e encontram-se em tratamento. Em 2009, Portugal era um dos países da União Europeia com maior incidência, registando 9.9 casos diagnosticados com infeção pelo VIH por 100.000 pessoas. (ECDC, 2010), e com uma prevalência de 0,6% (IC 95% = [0,4%;0,7%]) em adultos com 15-49 anos de idade, uma das mais elevadas da Europa (UNAIDS, 2010).

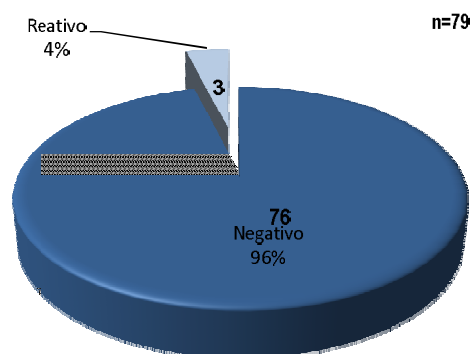


Gráfico nº 7- Distribuição dos utentes segundo o resultado do teste.

Os utentes com teste reativo, como mostra a **tabela nº1**, são do género masculino, a média de idade é de 39 anos, são proveniente dos PALOP e heterossexuais.

CARACTERIZAÇÃO DOS UTENTES REATIVOS	
Idade Média	39 anos
Género	Masculino
Orientação Sexual	Heterossexual
Nacionalidade	PALOP

Tabela nº 1- Caracterização dos utentes com teste reativo

Segundo o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção VIH e Sida 2011-2015 proposto pela Coordenação Nacional para a infeção VIH/Sida (2011, p.16), “ Em Portugal 20% dos casos de transmissão por via heterossexual ocorrem em imigrantes.”

Os Africanos representam 84% dos casos notificados em estrangeiros e destes, apenas 8% não pertencem ao PALOP nos casos notificados até 30/06/02. BACKSTROM (2007, p.9). A mesma autora refere que a deficiente inserção comunitária, clandestinidade níveis socioculturais e económicos baixos, cultura, barreira linguística e ignorância dos serviços sociais e de saúde existentes, são fatores que tornam estas comunidades mais vulneráveis à infeção VIH.

MOTIVO PELO QUAL REALIZAM O TESTE

Os principais motivos que levam os utentes a realizarem o teste rápido VIH, são o contacto sexual sem preservativo (40 utentes), medo (13 utentes) e o risco do parceiro (7 utentes). Existe 1 utente que realizou o teste para confirmação (ver **Gráfico nº 8**).

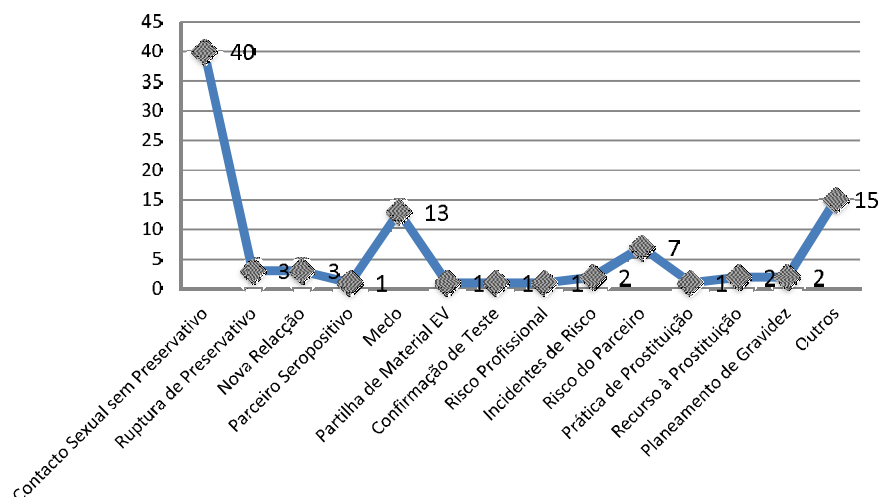


Gráfico nº8 - Distribuição dos utentes segundo o motivo pelo qual realizam o teste rápido VIH

COMPORTAMENTO SEXUAL

98,7% da amostra, o que corresponde a 78 utentes referem que são Heterossexuais, 1,2% são Bissexuais, o que corresponde a 1 utente.

A **tabela nº 2** refere-se ao número de parceiros sexuais ao longo da vida e nos últimos 6 meses. Ao longo da vida, 48 utentes referem ter tido mais que 5 parceiros e nos últimos 6 meses 49 mencionam ter tido um único parceiro.

NÚMERO DE PARCEIROS SEXUAIS		
NÚMERO	Ao longo da vida	Últimos 6 meses
0	1	7
1	8	49
2-4	22	16
>5	48	7
TOTAL	79	79

Tabela nº2 – Distribuição dos utentes segundo o número de parceiros sexuais ao longo da vida e nos últimos 6 meses

Uso do preservativo

Nas **tabelas nº3, 4 e 5** analisou-se o uso do preservativo nos três tipos de sexo e com os diferentes parceiros (Atual, Ocasional e Anterior). É visível nos três tipos de sexo e com os diferentes parceiros a não utilização de preservativo. Relativamente à utilização do preservativo, muitos estudos apontam que seja pouco utilizado quer na população adulta quer nos jovens DIAS (2002, p.95).

Sexo Vaginal				
	Sempre	As vezes	Nunca	Não responde/ Não se aplica
Parceiro				
Atual	3,8%	20,2%	54,4%	21,5%
Parceiro	16,4%	26,5%	29,1%	27,8%
Ocasional				
Parceiro	10,1%	26,5%	49,3%	13,9%
Anterior				

Tabela nº 3- Utilização de preservativo com os diferentes parceiros no **sexo vaginal**

Sexo Oral				
	Sempre	As vezes	Nunca	Não responde/ Não se aplica
Parceiro				
Atual	3,8%	15,1%	56,9%	24,0%
Parceiro	15,1%	20,2%	36,7%	27,8%
Ocasional				
Parceiro	13,9%	16,4%	59,5%	10,1%
Anterior				

Tabela nº 4 - Utilização de preservativo com os diferentes parceiros no **sexo oral**

Sexo Anal				
	Sempre	Às vezes	Nunca	Não responde/ Não se aplica
Parceiro				
Atual	3,8%	13,9%	56,9%	25,3%
Parceiro	15,1%	21,5%	34,1%	29,1%
Ocasional				
Parceiro	10,1%	7,7%	59,4%	12,6%
Anterior				

Tabela nº5 - Utilização de preservativo com os diferentes parceiros no **sexo anal**

Entre os jovens portugueses escolarizados, cerca de 30% referem não ter usado preservativo na última relação sexual. (Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção VIH e sida 2011-2015, p. 7)

IST's (Infecções Sexualmente Transmissíveis)

Nos questionários aplicados, 8 utentes referiram ter tido IST's(...). Com maior relevo aparece a Gonorreia (4 utentes), seguida da Candidíase (3 utentes) e por último a Sífilis (1 utente). Destes utentes, 6 são do género masculino e 2 do género feminino. O grupo etário predominante é entre os 27-55 anos de idade. Estes resultados estão em concordância com os dados disponíveis da Direção Geral de Saúde (DGS) que indicam que a maior incidência das IST's se verifica no homem, entre os 25 e os 44 anos de idade e na região de Lisboa e Vale do Tejo (Plano Nacional de saúde 2004-2010, p. 38).

PERCEÇÃO DO RISCO

Identificação dos meios de transmissão

A maioria dos meios de transmissão da infeção VIH foi identificada. No entanto, apenas 7 utentes mencionam a gravidez como meio de transmissão e 6 a amamentação.

Outros meios de transmissão são ainda referidos: através do beijo (9 utentes), insetos (4 utentes) e partilha de talheres e copos (2 utentes). Estes dados convergem com os resultados obtidos na análise de um inquérito realizado a portugueses e apresentado no Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção VIH/ Sida 2007-2010 (p.7) em que 30,4% dos inquiridos consideram que a infeção se transmite pelo beijo, 29,5% pelo uso da casa de banho, 29,5% pela picada de inseto, 22,7% pela tosse e espirro, 18,1% pela comida e talheres e 5,3% pelo aperto de mão (ver **Gráfico nº 9**).

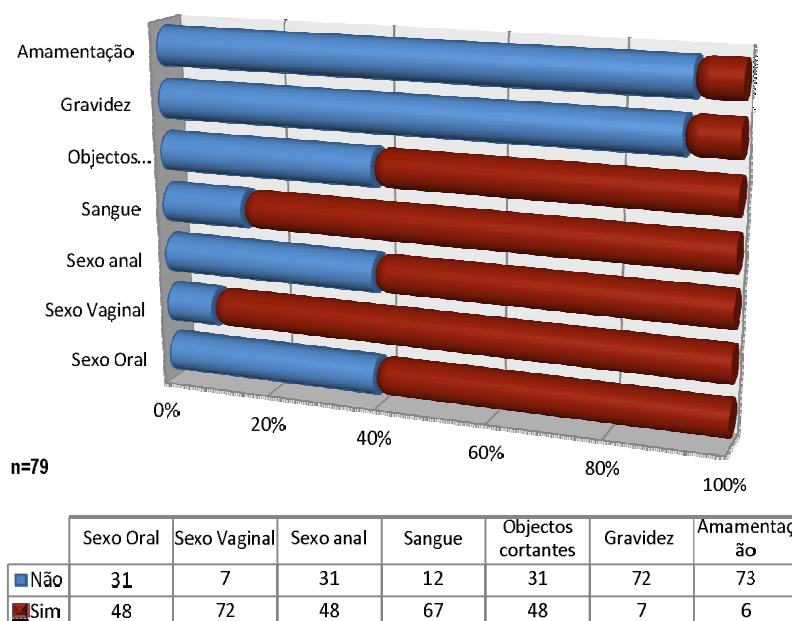


Gráfico nº 9 - Distribuição dos utentes segundo a identificação dos meios de transmissão da infeção VIH

Comportamentos de risco

Dos utentes que realizaram teste rápido para a infeção VIH, 41 (51,9 %) assumiram que tiveram comportamentos de risco (ver **tabela nº 6**). Apesar dos utentes assumirem que possuem comportamentos de risco, mantêm esses mesmos comportamentos (relação desprotegida). Segundo TEIXEIRA (2000, p.173) “na base do comportamento de risco estão fatores individuais, relacionais e interpessoais que fazem com que o individuo não consiga ter outro comportamento, embora quisesse...” Num estudo realizado numa comunidade africana cujo objetivo era compreender os conhecimentos, atitudes e práticas da comunidade face à problemática VIH/SIDA, DIAS (2002, p.95) refere que “os jovens parecem ter uma maior consciência do problema apesar de não se verificar por parte deste grupo, comportamentos sexuais adequados à prevenção do VIH/SIDA”.

Comportamento de risco Assumido	
NÃO	38 (48,1%)
SIM	41 (51,9%)

Tabela nº 6 – Distribuição dos utentes segundo o **comportamento de risco assumido**

Motivo para não utilizar preservativo

O principal motivo referido (43,0%) pelo qual os utentes não usam preservativo é a relação estável, 29,1% mencionou que no momento não tinha e 12,5% outros (alergia, diminuição da sensibilidade e preço) (ver **gráfico nº 10**).

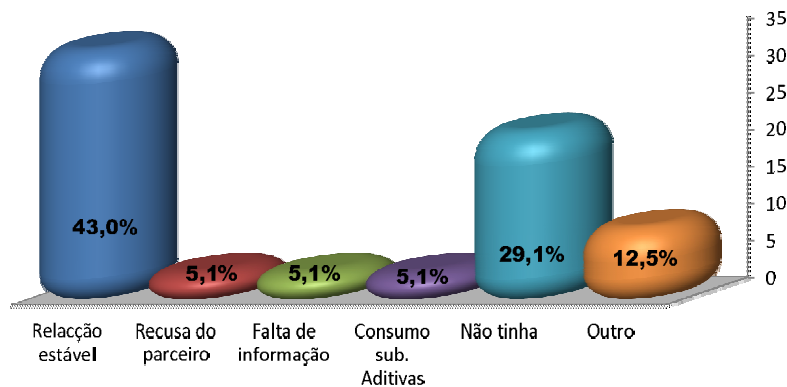


Gráfico nº10 - Distribuição dos utentes segundo o **motivo para não utilizar preservativo**

No estudo já referenciado anteriormente, DIAS (2002,p.96) concluiu que os adultos apresentam argumentos baseados em crenças rígidas e barreiras culturais para a não

utilização do preservativo, e este quando utilizado está muitas vezes associado a relações sexuais esporádicas. Por sua vez, os jovens como justificação da sua pouca utilização salientam a fraca acessibilidade e elevado custo.

Após a análise dos dados, as **principais conclusões** são:

- ✓ Amostra heterogénea (devido às características da população residente na área de influência da UCC);
- ✓ 51% dos rastreados assumem que têm comportamentos de risco, sendo 23 homens e 21 mulheres;
- ✓ O motivo pelo qual a maioria dos utentes quer realizar o teste é o contacto sexual sem preservativo, ou seja os utentes têm perceção do risco e assumem que têm comportamentos de risco (51,9%), mesmo assim correm riscos;
- ✓ O uso de preservativo com os diferentes parceiros: atual, ocasional e anterior, e nos três tipos de sexo: oral, vaginal e anal, leva-nos a concluir que a maioria dos utentes não usa preservativo nas suas relações;
- ✓ A maioria dos meios de transmissão da infeção por VIH é identificada. No entanto apenas 7 identificam a gravidez como meio de transmissão e 6 a amamentação. É preocupante, pois o grupo etário que mais se destaca é o de 25 a 34 anos – período de idade fértil.

Os resultados obtidos permitiram conhecer o diagnóstico de saúde dos utentes que realizaram teste rápido para a infeção VIH, entre 2009 e 12 de Maio de 2011.

Os objetivos delineados para este módulo foram totalmente atingidos no tempo estabelecido no projeto de estágio.

Para além das atividades previamente programadas para este módulo de estágio, ainda se realizaram as seguintes:

- **Participação ativa na iniciativa de comemoração do Dia Internacional do Enfermeiro** que teve lugar no auditório da Junta de Freguesia da Pontinha onde se efetuaram: testes rápidos para a infeção VIH, avaliação do Índice de massa corporal, avaliação de glicémia capilar e tensão arterial para além de uma apresentação interativa das atividades da UCC. Neste dia foram aplicados 10 questionários aquando a realização do teste rápido para a infeção VIH.
- **Participação ativa nas campanhas de vacinação nas escolas:** Gonçalves Crespo e Braamcamp Freire, utilizando como recurso a Unidade Móvel, no âmbito do projeto “Crescer Saudável na Escola”, dirigida a crianças entre os 10 e 13 anos;
- **Participação no ciclo de conferências da Universidade Católica Portuguesa:** Sida, um Desafio a Ultrapassar (preletor: Professor Henrique Lecour);
- **Participação na reunião da apresentação da UCC à Junta de Freguesia de Famões;**

- **Participação na consulta de Saúde Infantil no âmbito do Projeto “Pé Dentro, Pé Fora”:** foi feita uma visita domiciliária a uma puérpera e um recém-nascido, já encaminhados pela Maternidade Alfredo da Costa, e onde se realizou o teste do pezinho e se esclareceram dúvidas e se promoveu o aleitamento materno.

- **Participação no dia 01/06/2011, num congresso de apresentação do projeto T-Share** no Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE): projeto europeu que tem como principal objetivo melhorar os modelos Europeus de sistemas de saúde de modo a torná-los mais acessíveis a todos os imigrantes;

- **Reunião com uma Psicóloga da Obra Social das irmãs Oblatas:** Instituição que apoia mulheres prostitutas abordadas pelas equipas de rua ou encaminhadas de outras Instituições na Prevenção de riscos da Saúde Sexual e reprodutiva – Rastreios. Esta reunião teve como finalidade a criação de parcerias, de forma a encaminhar mulheres que abordam os elementos da equipa da UCC, principalmente na Unidade Móvel.

1.5. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS/DESENVOLVIDAS

O estágio Módulo I permitiu conhecer a dinâmica da UCC, área geográfica de intervenção, projetos implementados, principais problemas de saúde e recursos para os ultrapassarem, ou seja, a informação essencial para se aferir o diagnóstico de saúde dos utentes que realizaram teste rápido VIH, na Unidade Móvel entre 2009 e 12 de Maio de 2011, com base na metodologia do planeamento em saúde.

A diversidade cultural é característica da população da área de influência da UCC. A diversidade de culturas, religiões e crenças foram únicas e contribuíram para o crescimento pessoal e profissional, especialmente ao nível das técnicas de comunicação e na relação com o utente/família/comunidade, procurando construir uma relação terapêutica que assenta no respeito pelas crenças e pela cultura das diversas nacionalidade.

As reuniões que foram realizadas com os diferentes parceiros permitiram desenvolver a capacidade de gerir e interpretar de forma adequada a informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida e produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde confrontados. A prioridade destas reuniões foi estabelecer articulações necessárias para dar resposta às necessidades da população.

As diferentes participações ativas como: comemoração do Dia Internacional do Enfermeiro, campanhas de vacinação nas escolas, consulta de Saúde Infantil no âmbito do projeto “Pé dentro, pé fora” e a participação nas atividades da Unidade Móvel, permitiram demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

Através da comparência no ciclo de conferências da Universidade Católica Portuguesa: “*Sida, um desafio a ultrapassar*”; e num congresso de apresentação do “*projeto T-Share*” no

ISCTE, onde foram abordadas temáticas transversais à disciplina estágio, procurou-se colmatar necessidades formativas na área de especialização em Enfermagem Comunitária.

O processo investigativo inerente à elaboração do diagnóstico de saúde, possibilitou promover a investigação em serviço na área de especialização, demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência e incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes.

No decorrer deste módulo, procurou manter-se de forma contínua e autónoma o processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional refletindo-se na e sobre a prática, de forma crítica.

2. MÓDULO II- PROJETO DE INTERVENÇÃO: “EDUCAR PARA PREVENIR”

A realização do diagnóstico de situação de saúde permitiu identificar os problemas de saúde da população. De seguida é imperioso definir prioridades. A definição, escolha ou seleção de prioridades é a segunda fase do processo de planeamento da saúde e é condicionada pela etapa anterior - diagnóstico de situação - e determinará a seguinte – a fixação de objetivos (IMPERATORI, 1993).

É nesta fase que se opta pelas áreas de intervenção, pelos grupos populacionais a atingir tendo em conta os problemas de saúde. (TAVARES, 1990)

Após a análise dos resultados em estudo e face aos mesmos, desenhou-se em consenso com a equipa da UCC um projeto de intervenção com o objetivo de promover a diminuição de comportamentos de risco atingindo um maior número de utentes possível. Este projeto tem a duração de 1 ano e iniciou-se com a elaboração de um *workshop* dirigido à população em geral.

Segue-se á posteriori o desenrolar do projeto de intervenção, atividades desenvolvidas e competências adquiridas ao longo deste módulo.

2.1. OBJETIVOS DELINEADOS PARA O MÓDULO II

Para o módulo II definiu-se como **objetivo geral**:

- Implementar um projeto de intervenção na prevenção da infeção VIH e restantes IST's destinado à população da área de abrangência da UCC Nostra Pontinha.

Como **objetivos específicos**:

- Estabelecer prioridades de intervenção junto da População da área de influência da UCC Nostra Pontinha
 - Definir estratégias de intervenção face às prioridades identificadas
 - Elaborar programa de intervenção

A hierarquização dos problemas é feita nesta etapa de escolha de prioridades. De acordo com IMPERATORI (1993), na seleção das prioridades dever-se-ão ter em conta elementos como o horizonte do projeto, ou seja, o tempo disponível para a intervenção; e a área da programação, sobretudo as prioridades internacionais, nacionais e concelhias.

O mesmo autor destaca como critérios de seleção de prioridades: a magnitude - caracterizar o problema pela sua dimensão; a vulnerabilidade - possibilidade de prevenção; a

evolução - possibilidade de um problema se agravar; a irreversibilidade do dano, sequelas ou deficiências - dar maior prioridade às doenças que provoca estas situações.

Após a análise dos resultados obtidos desenhou-se em consenso com a equipa da UCC, um projeto de intervenção destinado à população da área de influência da UCC Nostra Pontinha com vista a promover a diminuição de comportamentos de risco para a transmissão da infeção por VIH e restantes IST's, intitulado "Educar para Prevenir" descrito na integra no (ANEXO 2).

2.2. FUNDAMENTAÇÃO DO PROJETO "EDUCAR PARA PREVENIR"

As infeções sexualmente transmissíveis (IST) são uma das causas mais frequentes de morbilidade no mundo. A dimensão exata não é conhecida, sendo que os dados disponíveis na DGS (Direção Geral de Saúde) parecem indicar que a maior incidência se verifica no homem, entre os 25 e os 44 anos de idade e na região de Lisboa e Vale do Tejo (Plano Nacional de saúde 2004 - 2010).

O VIH responsável pela SIDA, junta-se ao grupo de microrganismos responsáveis pelo aumento das IST's nos últimos anos. Existe uma estreita ligação entre a infeção VIH e as IST's pois estas facilitam a transmissão e a aquisição do vírus.

A OMS-Europa estimou, em 2008, uma taxa de infeção média anual de 89 casos por milhão de habitantes, relativa a 44 países europeus. Portugal é um dos países que apresenta uma das taxas de infeção mais elevadas com 106 casos por milhão de habitantes, destacando-se negativamente em paralelo com Estónia, Letónia e Reino Unido. Em relação aos casos de SIDA o nosso país apresenta uma situação desfavorável com 36 casos de SIDA/milhão de habitantes, sendo um dos cinco países com um número de casos superior a 30 milhões de habitantes (OMS-Europa: Aids surveillance in Europe,2008).

Portugal é também o quinto país com maior número de mortes por casos de SIDA, em toda a região europeia com um total de 7.243 entre 2004 e 2008. Desde o primeiro caso de SIDA diagnosticado em Outubro de 1983 e até 31 de Dezembro de 2009, foram notificados 37.201 casos de infeção por VIH/SIDA ao Núcleo de Vigilância de Doenças Infeciosas (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge), nos diferentes estadios de infeção.

A proporção relativa das vias de transmissão tem-se modificado no nosso país. O aumento inicial relativo à transmissão associada ao consumo de drogas injetáveis, atualmente verifica-se um aumento da infeção por transmissão Heterossexual.

Durante o ano de 2009, 61.2% dos casos notificados correspondem à categoria de transmissão Heterossexual. A transmissão associada à toxicodependência apresenta o valor de 14.8% e os casos Homo/Bissexuais são de 19.7%.

Segundo um estudo apresentado pelo Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA (2006) no nosso país 68.3% da população percebe o seu risco de infeção como elevado, 47.7% considera-se em risco maior que a generalidade da população e 37.0% já sentiram receio de se terem infetado. O medo da infeção decorre de ela ser incurável (28.5%) e pelo elevado risco de a poderem contrair ao frequentarem os serviços de saúde. No que se refere a comportamentos sexuais, 39% dos homens recorrem a sexo pago e destes 58.5% não usaram preservativo na última relação paga.

Apenas 22.4% dos inquiridos referiu o uso consistente do preservativo no último ano e 19.2% utilizaram preservativo na última relação sexual.

Entre os jovens escolarizados de 15-19 anos, apenas 15% demonstram possuir conhecimentos corretos sobre os modos de transmissão do VIH. Cerca de 30% referem não ter usado preservativo na última relação sexual.

O panorama encontrado no diagnóstico de saúde elaborado, não foge ao descrito nos parágrafos anteriores, sendo preocupante os comportamentos adotados pela população e algum défice de conhecimento das formas de transmissão da infeção VIH. A ONUSIDA (2000) tem vindo também a alertar para a existência de um significativo volume da população mundial que permanece vulnerável ao vírus porque desconhece os conceitos básicos da doença e da sua transmissão.

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH 2007-2010 (2006, p. 12) define onze áreas prioritárias de intervenção, sendo que duas delas são: “a prevenção da infeção, com particular atenção às populações mais vulneráveis e o acesso à deteção precoce da infeção e à sua referenciação adequada.”

A prevenção é um problema de todos e os comportamentos preventivos têm que ser promovidos. É importante a prevenção dirigida à população em geral e esta, tem que ser resultado de um compromisso de uma equipa multidisciplinar, dos diferentes parceiros, com e para a comunidade.

2.2.1. O desenrolar do projeto: “Educar para Prevenir”

Este projeto de intervenção surge como já foi referido anteriormente após a realização do diagnóstico de saúde dos utentes que realizaram teste rápido para a infeção VIH na Unidade Móvel, inserindo-se na lógica de promoção /prevenção de Saúde. Tem como objetivo geral:

- Promover a diminuição da prática de comportamentos de risco para a transmissão da infeção por VIH e restantes IST's.

Como objetivos específicos traçaram-se os seguintes:

- Envolver a população no projeto de intervenção;
- Capacitar a população para a prática de sexo seguro;
- Realizar sessões de Educação para a Saúde relativamente à problemática VIH/SIDA, restantes IST's e com enfoque nos comportamentos de risco;
- Promover a realização de testes rápidos de VIH;
- Assegurar o tratamento e o acompanhamento dos indivíduos infetados.

Para dar consecução aos objetivos delineados para este projeto foram definidas as seguintes estratégias:

- Estabelecimento de diversas parcerias, com o objetivo de intervir na prevenção da infeção de forma a alterar a prevalência de comportamentos de risco;
- Realização de um *workshop* dirigido à população focado na problemática VIH/SIDA e comportamentos de risco;
- Promoção de saúde através de sessões de educação para a saúde a diferentes grupos alvo (realizadas numa primeira fase pela aluna de Mestrado em Enfermagem- Especialização em Enfermagem Comunitária e à posteriori pela equipa que irá ficar responsável por este projeto), ajudando a refletir nas implicações do comportamento associado ao sexo desprotegido;
- Detecção o mais precoce possível de indivíduos infetados, através da realização de teste rápido.

Tendo por base estas estratégias, na **fase inicial** do projeto desenvolveram-se as seguintes atividades:

- **Apresentação do projeto a toda a equipa da UCC:** apresentação do diagnóstico de saúde e conseqüentemente o projeto “Educar para Prevenir” (ANEXO 3) e pedida colaboração para a divulgação de Workshop intitulado “Pensar o VIH”;
- **Reunião com a Vogal de Saúde da Junta de Freguesia da Pontinha** para apresentar o projeto, solicitar a cedência de espaço para a realização do Workshop dirigido à população e pedir a colaboração para a divulgação do mesmo (através do site oficial da Junta de Freguesia e Facebook), tendo sido disponibilizada;
- **Reunião com a psicóloga responsável do projeto da Liga Portuguesa contra a Sida** (sediada em Odivelas), para solicitar a sua colaboração no Workshop para apresentar o projeto da Liga e recursos que oferecem à comunidade. Foi pedido também o fornecimento de folhetos informativos;

- **Reunião com o responsável do Grupo Português de Ativistas sobre Tratamentos de VIH/SIDA (GAT)**, para solicitar a sua cooperação no Workshop falando sobre a problemática do VIH/SIDA na nossa sociedade face ao novo contexto atual de crise económica e dar o seu testemunho como seropositivo;
- **Pedido de autorização à direção do ACES para a realização do workshop intitulado “ Pensar o VIH”** (ANEXO 4)
- **Reunião com a equipa de Saúde Escolar da UCC**, para pedir a sua colaboração na divulgação do Workshop (afixação de cartaz de divulgação nas escolas), e para a programação das Sessões de Educação para a Saúde a realizar nas diferentes escolas;
- **Divulgação do Workshop**, através de afixação de cartaz de divulgação (ANEXO 5) em diversos locais: Ginásio, restaurantes, cafés, centro alimentar;

No **desenrolar do projeto**, realizaram-se as seguintes atividades:

- **Realização de um Workshop dirigido à população em geral** (10/11/2011) no Salão Nobre da Junta de Freguesia da Pontinha com a possibilidade de realização de testes rápidos para a infeção VIH e com os seguintes temas em destaque:
 - ✓ O que é a infeção por VIH?;
 - ✓ Meios de transmissão da infeção por VIH;
 - ✓ Recursos disponíveis da comunidade;
 - ✓ Testemunho de um individuo infetado;
 - ✓ Local onde realizar o teste.

Foi apresentado pela aluna de Mestrado em Enfermagem- Especialização em Saúde Comunitária, os resultados do estudo retrospectivo realizado em utentes que realizaram teste rápido para a infeção VIH na Unidade Móvel e falou sobre a infeção VIH, meios de transmissão, local onde realizar o teste e comportamentos de risco (ANEXO 6).

As Psicóloga da Liga Portuguesa contra a SIDA, explicaram o projeto “Cuidar de Nós”, cujo objetivo consiste em apoiar pessoas infetadas e afetadas pela problemática do VIH/SIDA nas suas múltiplas vertentes. O mesmo projeto disponibiliza serviços de apoio psicológico, social e jurídico, gratuitos e estritamente confidenciais. Foi dado a conhecer a linha S.O.S SIDA, com serviço de atendimento gratuito, anónimo e confidencial.

O Responsável do GAT falou sobre a infeção no contexto atual de crise económica, dos comportamentos de risco e sobre a sua seropositividade (como soube e implicações da infeção na sua vida).

O *Workshop* teve a duração de aproximadamente 2 horas e participaram 15 utentes. A iniciativa, apesar dos poucos participantes foi muito interativa, com bastante participação dos presentes. Neste dia não se realizaram testes rápidos VIH.

Foram distribuídos folhetos informativos e preservativos femininos e masculinos.

- **Realização de sessões de educação para a saúde** a diferentes grupos alvo, começando pelo meio escolar (alunos e assistentes operacionais), nesta fase inicial do projeto e à posteriori estender-se-á a associações de moradores dos diferentes bairros.
- Estas sessões inicialmente programadas para dia 9/11/2011 e dia 11/11/2011, foram adiadas (a pedido das escolas) para dia 16/01/2012 e 17/01/2012. Vão ser realizadas no Módulo III.
- **Reformulação do questionário que é aplicado aos utentes que realizam teste rápido para a infeção VIH** (ANEXO 7).

Dos recursos humanos envolvidos, fizeram parte a Equipa da UCC, em especial as duas enfermeiras que estão envolvidas no projeto “Saúde em Movimento” e que ficaram responsáveis pelo projeto “Educar para Prevenir”, duas psicólogas da Liga Portuguesa contra a SIDA e o responsável do GAT. Os recursos físicos e materiais utilizados foram: o espaço cedido pela Junta de Freguesia da Pontinha, um computador e retroprojektor.

A avaliação deste projeto de uma forma geral e a curto prazo foi positiva, traduzida pelos indicadores de processo, nomeadamente: utentes que participaram no *workshop* e pelo interesse demonstrado pelos mesmos. Os indicadores de resultado só podem ser avaliados a longo prazo. No final do ano de 2012 será elaborado um relatório de avaliação deste projeto.

2.2.2. Competências adquiridas/desenvolvidas

No início deste módulo de estágio surgiu o convite por parte do GAT para apresentação de um poster na Conferência VIH PORTUGAL 2011 (As prioridades do diagnóstico e dos cuidados de saúde precoces para a infeção pelo VIH no contexto de crise em Portugal), relativo aos dados obtidos do diagnóstico de situação de saúde dos utentes que realizaram teste rápido para a infeção VIH entre 2009 e 12 de Maio de 2011. O poster (ANEXO 8) foi elaborado em colaboração com as duas Enfermeiras responsáveis pelo projeto “Saúde em Movimento” que ficarão responsáveis por dar continuidade ao projeto implementado “Educar para Prevenir”. O poster foi apresentado pela aluna de mestrado no dia 30 de Setembro de 2011 no auditório do Infarmed em Lisboa. A apresentação do poster permitiu aperfeiçoar a comunicação dos resultados da prática clínica e da investigação aplicada para audiências especializadas.

A implementação do projeto “Educar para Prevenir”, permitiu integrar a coordenação de um Programa de saúde de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos, tendo por base as linhas orientadoras do Plano Nacional de Saúde e

neste projeto em concreto também as linhas orientadoras da COORDENAÇÃO NACIONAL PARA A INFEÇÃO VIH/SIDA- ENFERMAGEM: MODELOS DE INTERVENÇÃO.

Utilizaram-se os dados de saúde, recolhidos no diagnóstico efetuado, na definição dos objetivos e estratégias para o projeto permitindo a sua implementação de forma exequível, coerente e articulada. Foi disponibilizada a informação relativa ao diagnóstico de saúde junto a entidades da comunidade como a Junta de Freguesia da Pontinha.

A ideia do *workshop* surge devido à heterogeneidade da população da área de influência da UCC Nostra Pontinha contribuindo para a tomada de iniciativas e criatividade na interpretação e resolução de problemas.

Inicialmente a sua realização estava prevista para o Centro Comercial Odivelas Park, tendo sido recusada a cedência de espaço por motivo de obras. Esta situação contribuiu para demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas. Surge então a ideia de realizar o Workshop no Salão Nobre da Junta de Freguesia da Pontinha. Este workshop procurou ser uma abordagem inovadora na definição de estratégias de promoção e educação para a saúde dirigida à população em geral. A escolha de se iniciarem sessões de educação para a saúde em meio escolar, prende-se com o facto de a escola ser um meio privilegiado, uma vez que permite chegar a diferentes populações.

Com este projeto saiu reforçado o trabalho em parceria garantindo assim uma maior eficácia das intervenções planeadas.

Procurou-se em todos os momentos, otimizar e maximizar os recursos necessários à consecução das diferentes atividades inerentes ao projeto.

A reformulação/aperfeiçoamento do questionário, vai permitir melhorar a vigilância epidemiológica neste projeto.

O reino da prevenção da doença e promoção da saúde proporciona um leque de exemplos da influência da Enfermagem na melhoria do estado de saúde das populações. Os Enfermeiros estão numa posição única para identificar fatores de risco, facultar informações acerca de como gerir esses riscos, promover os estilos de vida e como evitar comportamentos de risco. OE (2009, p.10)

O Enfermeiro especialista é um elemento primordial na promoção da saúde, sendo que uma das suas competências é contribuir para a capacitação de grupos e comunidades, onde para além de múltiplas atividades, se destacam: planeamento e gestão de programas de promoção da saúde, concebendo instrumentos inovadores e adequados à disseminação da informação.

3. MÓDULO III- MÓDULO OPCIONAL

O módulo III desenrolou-se no mesmo local dos estágios anteriores, UCC Nostra Pontinha. Inicialmente (proposto no relatório de estágio) este módulo iria decorrer na Organização não-governamental Médicos do Mundo, o que não se verificou por incompatibilidade do aluno em termos de horário e localização do projeto.

Foi então proposto pela Enfermeira Orientadora de estágio, a continuação na UCC Nostra Pontinha, e como tinham sido adiadas sessões de educação para a saúde programadas no módulo II, fez todo o sentido a continuação neste campo de estágio. Foi proposto à coordenadora de Mestrado a alteração do local de estágio, tendo sido dada a permissão para a permanência no mesmo local.

Foi dada continuidade a atividades do módulo anterior e desenvolveram-se atividades no âmbito do projeto “Educar para Cuidar”.

3.1.OBJECTIVOS DELINEADOS PARA O MÓDULO III

Para a realização do estágio módulo III delineou-se como **objetivo geral**:

- Integrar a dinâmica da UCC

Como **objetivos específicos** delineou-se:

- Participar ativamente nas atividades desenvolvidas pela UCC;
- Integrar projetos e programas de intervenção desenvolvidos pela equipa da UCC.

Para a consecução destes objetivos, participou-se em dois tipos de atividades: as desenvolvidas na comunidade e as desenvolvidas no projeto “Educar para Cuidar”, que são apresentadas de seguida.

3.2.ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA COMUNIDADE

Ao nível da Comunidade realizaram-se as seguintes atividades:

- **Sessão de educação para a saúde** (programadas no módulo anterior) dirigidas a dois grupos de assistentes operacionais da Escola Braamcamp Freire, onde foi abordada a problemática das diferentes IST's (ver ANEXO IX). Ao todo participaram 20 assistentes operacionais. Foram abordadas as diferentes IST's (provocadas por bactérias, vírus e parasitas) e esclarecidas dúvidas para clarificar mitos e informações erradas. Refletiu-se sobre as implicações de comportamentos de risco associado ao sexo desprotegido.

- **Sessão de educação para a saúde** (programadas no módulo anterior) dirigidas a dois grupos de alunos da Escola Agrícola da Paiã, sobre a problemática do VIH/SIDA (ver ANEXO

10). Ao todo participaram 120 alunos e 10 professores. Falou-se sobre: história do VIH, situação epidemiológica em Portugal e no Mundo, meios de transmissão do VIH, diagnóstico, local de realização do teste e comportamentos de risco. Esclareceram-se muitas dúvidas sendo que a maioria eram relacionadas com a fraca perceção que esta população tinha sobre meios de transmissão da infeção.

- **Atendimento de duas jovens para a realização de teste rápido para a infeção VIH,** passados alguns dias após a sessão de educação para a saúde. Foi aplicado nestas duas situações o questionário reformulado.

- **Participação no dia Mundial da Sida,** no dia 1 de Dezembro de 2011, onde à semelhança de anos transatos, realizou-se uma atividade de sensibilização para a problemática do VIH de forma a promover a alteração de atitudes perante os comportamentos de risco.

Esta iniciativa teve lugar no Hipermercado Continente da Arroja, na Freguesia de Famões com recurso à Unidade Móvel de Saúde, onde se disponibilizou a realização de Testes Rápidos para a Infeção VIH, no período compreendido entre as 10h e as 18h.

Foram distribuídos aos indivíduos preservativos masculinos, femininos e panfletos alusivos ao VIH e foram realizados 35 testes rápidos VIH em que a faixa etária dos 19-44 anos se destacou relativamente ao número de testes realizado com um total de 22 testes.

3.3.ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO PROJETO “EDUCAR PARA CUIDAR”

Do Plano de Ação da UCC para além dos projetos já referidos, fazem parte outros inseridos nos diferentes programas de saúde, nomeadamente no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados de entre os quais o projeto “Educar para cuidar”. Da experiência resultante das visitas domiciliárias de Enfermagem da Equipa de Cuidados Continuados Integrados, foram identificadas várias lacunas na prestação de cuidados por parte dos cuidadores informais devido à falta de esclarecimento, pelo que se tornou pertinente a realização de um curso de competências nesta área.

População Alvo: Cuidadores informais dos utentes total ou parcialmente dependentes, acompanhados pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados da UCC.

Objetivo Geral: Promover a aquisição de competências pelos cuidadores informais que lhes permitam aumentar a qualidade dos cuidados prestados ao utente dependente no domicílio.

Objetivos Específicos:

- Efetuar o levantamento das principais necessidades de formação dos cuidadores informais, através da observação no domicílio e preenchimento de formulário pelo enfermeiro que acompanha cada utente/cuidador (ANEXO 11);
- Dotar os cuidadores informais de competências básicas e essenciais, que lhes permitam cuidar de forma correta e eficaz do utente dependente no domicílio.
- Realizar ações de formação para os cuidadores informais, abordando todas as necessidades humanas fundamentais dos utentes e incidindo maioritariamente nas principais dificuldades de cada grupo.
- Avaliar os conhecimentos adquiridos pelos cuidadores através da observação do cuidar, no domicílio.

A **Meta** a alcançar é: Realizar até 2012, dois cursos em cada ano de modo a abranger pelo menos 70% dos cuidadores informais.

Após a análise dos formulários identificou-se que os utentes que usufruem de cuidados por parte dos cuidadores apresentam mobilidade reduzida e nalguns casos nula, encontrando-se acamados e totalmente dependentes nas atividades de vida diárias.

Após o levantamento das necessidades dos cuidadores a primeira necessidade levantada foi sobre a temática dos posicionamentos e transferências do doente. Deu-se início ao primeiro curso do ano de 2012, com a realização:

- De uma formação dirigida aos cuidadores sobre posicionamentos e transferências. Participaram 6 cuidadores. (ANEXO 12)

Foi feita a demonstração dos diferentes posicionamentos e transferências com a colaboração de uma aluna de Licenciatura e no final foi oferecido um livro de bolso sobre a temática abordada a todos os cuidadores. (ANEXO13)

3.4.COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS/DESENVOLVIDAS

Dar seguimento ao projeto “Educar para Prevenir” tornou-se muito interessante pois foi possível avançar com as atividades planeadas no projeto implementado no módulo anterior, possibilitando a continuação de participação no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos, no caso específico do meio escolar a dois grupos distintos: alunos e assistentes operacionais.

As sessões de educação para a saúde têm sido apontadas como uma das estratégias mais eficazes, a longo prazo, para diminuir a incidência da infeção VIH/SIDA. (ENFERMAGEM: MODELOS DE INTERVENÇÃO – COORDENAÇÃO NACIONAL PARA A INFEÇÃO VIH/SIDA 2007, p.12)

Estas intervenções deverão ser continuadas pois a eficácia da educação para a saúde não é determinada pelo uso de uma técnica educacional específica, mas sim pela qualidade e continuidade de modo a que a informação transmitida integre os estilos de vida e provoque uma mudança no comportamento das pessoas. (ENFERMAGEM: MODELOS DE INTERVENÇÃO – COORDENAÇÃO NACIONAL PARA A INFEÇÃO VIH/SIDA 2007, p.12)

No atendimento individual a duas jovens, para além da realização do teste rápido para a infeção VIH, foi seguido todo o protocolo de aconselhamento, onde se esclareceram todas as dúvidas apresentadas sobre o VIH e exploradas as suas perceções de comportamentos de risco com o objetivo de aumentar a adoção de comportamentos seguros. Este procedimento tornou-se vital, pois é muito importante fornecer informações acerca da infeção VIH de forma clara e precisa, enfatizando a necessidade da redução/eliminação de comportamentos de risco.

Neste atendimento foi possível aplicar o questionário reformulado, dando início ao pré-teste do mesmo. Irá continuar a realizar-se o pré-teste com o objetivo de verificar se as questões atingem o objetivo pretendido e se são compreensíveis.

Atividades como a campanha de sensibilização no dia Mundial da Sida, são fundamentais pois permitem proporcionar o diagnóstico da infeção pelo VIH sobretudo às populações que apresentam maiores dificuldades de acesso aos cuidados de saúde, promovendo contactos de proximidade, utilizando como recurso a Unidade Móvel de Saúde.

É importante fomentar a informação, aconselhamento junto das populações de forma a contribuir para comportamentos geradores de saúde. Este tipo de atividades funciona como estratégia de forma a promover a procura de informações pelas comunidades, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados continuados e ajustados.

A participação no projeto “Educar para Cuidar” possibilitou o contacto com cuidadores e com a realidade vivida no domicílio. Estes cuidadores mostraram-se muito interessados em aprender, colocando questões muito pertinentes. O livro de bolso oferecido vai servir como um instrumento de pesquisa no qual podem relembrar os posicionamentos demonstrados. Estas sessões permitiram também mobilizar e integrar conhecimentos da área das ciências da comunicação e educação nos processos de capacitação do grupo alvo da formação.

No final da Unidade Curricular de Estágio, participou-se numa Tertúlia organizada pela UCC, no dia 25/01/2012, no âmbito da comemoração dos seus dois anos de vida.

Participou-se na Mesa da Intervenção Comunitária, estando presentes representantes de outras UCC's, onde houve partilha de diferentes projetos, como por exemplo, algumas atividades desenvolvidas no período de Natal como a entrega de cabazes em conjunto com algumas instituições, juntas de freguesias e restaurantes.

Nesta mesa, destacou-se a questão dos imigrantes em situação irregular na conjuntura económica atual do país. Foi relatado que em algumas situações é negado o acesso aos

cuidados de saúde aos imigrantes que não possuem número de utente. Entre os participantes, estava uma colega que pertence ao Centro Nacional de Apoio ao Imigrante (CNAI) e que alertou para a importância de reportar estas situações ao gabinete de saúde do CNAI.

Outro tema salientado foi a importância das parcerias que funcionam como redes de suporte das UCC. Por vezes e em algumas situações específicas são uma das formas para chegar e sensibilizar alguns grupos específicos.

Em sùmula, esta tertùlia serviu de partilha de experiências conduzindo a mais um momento de enriquecimento pessoal e profissional.

De uma forma global, foi possível participar nos processos de tomada de decisão no âmbito da implementação dos projetos de intervenção em saúde, analisar, interpretar e esclarecer o impacto das intervenções com os diferentes atores implicados na execução dos mesmos.

4. CONCLUSÃO

Com o aumento da esperança de vida, surgem outros desafios para a saúde. As principais causas de morte e incapacidade prematuras nos países desenvolvidos como por exemplo, doenças cardiovasculares, infeções sexualmente transmissíveis, entre outras, colocam desafios constantes aos enfermeiros. A elaboração de projetos de intervenção surge para dar resposta a estes novos desafios para a saúde, de forma a apoiar as comunidades na satisfação das suas necessidades e promover comportamentos geradores de bem-estar.

Face ao referido, a UCC Nostra Pontinha responde às necessidades de saúde da comunidade da sua área de influência, elaborando projetos de intervenção em diferentes áreas, entre os quais se destacam os projetos de promoção, que contribuem para a redução de comportamentos de risco, tendo em consideração a especificidade da comunidade e sensibilidade para a diversidade cultural.

Desde 2009, são aplicados questionários aos utentes que realizam teste rápido para a infeção VIH na Unidade Móvel de Saúde na área de influência da UCC Nostra Pontinha. Do atendimento realizado á população e da experiência da equipa da UCC sobressaem os problemas de saúde relacionados com comportamentos de risco ao nível da sexualidade. Tornou-se indispensável perceber a perceção dos utentes face a estes comportamentos de risco.

O estágio Módulo I iniciou-se com o diagnóstico de saúde dos utentes que realizaram teste rápido para a infeção VIH na Unidade Móvel desde 2009, até 12 de Maio de 2011 da área de influência da UCC Nostra Pontinha. Constatou-se que os utentes têm perceção do risco, mas mantêm comportamentos de risco apresentando relações sexuais desprotegidas. Identificaram-se três utentes com teste reativo, que foram encaminhados e encontram-se em tratamento.

Perante o exposto, estabeleceram-se prioridades tendo em conta a metodologia do planeamento em saúde e o recurso temporal, de forma a dar resposta aos problemas numa lógica de intervenção junto à pessoa integrada num grupo e numa comunidade.

Iniciou-se assim o Módulo II no qual foi implementado o projeto de intervenção “Educar para Prevenir”. Este projeto assenta na prevenção de comportamentos de risco face à infeção VIH e restantes IST’s e na promoção de saúde do individuo, família e comunidade. Atendendo às características da população realizou-se um *workshop* dirigido à população em geral e agendaram-se sessões de educação para a saúde em meio escolar dirigidas a alunos, professores e assistentes operacionais.

O Módulo III decorreu no mesmo local de estágio e teve como intuito dar continuidade às atividades agendadas no módulo anterior e participar no projeto “Educar para Cuidar”. Neste âmbito, iniciou-se o 1º curso de 2012 dirigido aos cuidadores informais sobre a temática posicionamentos e transferências.

De uma forma transversal e fazendo uma análise global da Unidade Curricular de Estágio, pode referir-se que os objetivos foram alcançados e as atividades propostas realizadas. Para tal, contribuíram: a orientação e experiência da Enfermeira Orientadora de Estágio; a ajuda da Professora Orientadora; os seminários realizados na escola; a colaboração das colegas da UCC; e a cooperação dos diversos parceiros.

A aquisição de conhecimentos e o aprofundar de temáticas como planeamento em saúde, epidemiologia e investigação, contribuíram para um desenvolvimento pessoal e profissional promotor de competências essenciais enquanto enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária, para a prestação de cuidados proficientes à pessoa, grupo e comunidade, quer seja no âmbito dos cuidados de saúde primários, quer em meio hospitalar.

Desenvolveram-se competências ao nível da organização, gestão e implementação de projeto, estabelecendo articulações com parceiros da comunidade para dar resposta às necessidades em saúde resultantes da conceção do diagnóstico de saúde de uma determinada área geográfica.

A realização do *workshop* e as sessões de educação para a saúde foram estratégias usadas com vista à capacitação e empoderamento desta população com grande diversidade de características culturais.

Como contributos para a UCC importa salientar a implementação do projeto “Educar para Prevenir”, com duração de um ano. Este, será posteriormente alargado a outros grupos alvo: associações de moradores; e trabalhadores da zona industrial. Outro contributo relevante são as parcerias criadas que permitirão uma maior eficácia na resposta às necessidades da comunidade, proporcionando efetivos ganhos em saúde.

Em todo este percurso o principal constrangimento em alguns momentos foi o fator tempo e a demora de resposta da administração do Centro Comercial no Odivelas Park para a realização do *workshop*.

Foram muitos os contributos que a realização da Unidade Curricular de Estágio trouxe para a aprendizagem pessoal e profissional. Estes seis meses de planeamento, intervenção e reflexão, permitiram desenvolver as competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária de forma a facilitar uma resposta mais adequada às necessidades da população em múltiplos contextos como em contexto hospitalar.

5.BIBLIOGRAFIA

ABREU, Wilson – **Saúde doença e diversidade cultural**. Lisboa: Instituto Piaget,2003. ISBN972-771-638-5.

AMARO, Rogério – **Saúde Comunitária: Um Caminho para o Desenvolvimento**. Aprender ao Longo da Vida. ISSN:1645-9784. Nº 4 (Maio 2005), p. 33-34.

ARAÚJO, Isabel Maria Batista de – **Saúde, doença e educação para a saúde: uma perspectiva**. Sinais Vitais. ISSN 0872-0844. Nº 67 (Julho 2006), p. 13-16.

AZEVEDO, C; AZEVEDO, A – **Metodologia Científica. Contributos para a elaboração de trabalhos académicos**. 9ª edição. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, 2008. ISBN 978-972-54-0212-2

BACKSTROM. Bárbara – **O fenómeno da Imigração**. Revista Acção e tratamentos. nº5 (Agosto 2007), p. 9.

BEAGLEHOLE, R.; BONITA, R; KJELLSTROM, T. - **Epidemiologia básica**. 1ªed. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2003. ISBN 972-98811-2-X

CARMO, Hermano – **Desenvolvimento comunitário**. 2ª edição. Lisboa: Universidade Aberta, 2007. ISBN 972-674-484-9

CARVALHO,A; CARVALHO, G – **Educação para a saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação**. Loures: Lusociência, 2006. ISBN 972-8930-22-4.

CONSTITUIÇÃO DA REPUBLICA PORTUGUESA (CRP) - LEI CONSTITUCIONAL Nº 1/2005. D.R. I SÉRIE-A. 155 (12-08-2005) 4642.

Decreto-Lei nº 28/2008, D.R. I Série Nº 32 (22 de Fevereiro de 2008), pp. 1182 e ss.

Despacho n.º 10143/2009. D.R.2ª Série. Nº74 (16 Abril 2009), p.15438-15440.

DIAS, et al – **Conhecimentos, Atitudes e Comportamentos face ao VIH numa comunidade Migrante: Implicação para a intervenção.** Psicologia, Saude & Doenças. . ISSN 1654-0086. Nº1, (2002), p. 89-102

ECDG/WHO (2010). **HIV surveillance in Europe 2009.** Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control.[Consult.7 Abril 2011]. Disponível em: <http://www.sida.pt>.

FALCÃO, Luísa – **A imigração em Portugal.** Relatório síntese elaborado pela DeltaConsultores (2002), Lisboa.

FERREIRA, António – **Aprender a promover a saúde ao longo da vida.** Aprender a ter saúde. ISSN: 1645-9784. Nº 4, (Maio 2005), p.24-26.

FIGUEIRAS, Maria – **Percepção Individual do Risco: Abordagens em contexto de saúde.** Revista Factores de Risco. ISSN: 1646-4834. Nº5, (Abr-Jun 2007), p. 87-89.

ENFERMAGEM: MODELOS DE INTERVENÇÃO. Lisboa: Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA, 2007. [Consult. 15 Abril 2011]. Disponível em: <http://www.sida.pt>.

FORTIN, Marie-Fabienne – **O processo de investigação: da concepção à realização.** Loures: Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-10-X.

GOMES, Ana – **A Comunidade como “objecto” dos Cuidados de Enfermagem.** Revista Ordem dos Enfermeiros. ISSN:1646-2629. Nº 37 (Junho. 2011), p.18-19.

GRANDE, N. – **Ética e investigação.** Revista Investigação em Enfermagem. ISSN: 0874.7695. Nº 2, (Ago. 2000), p. 49-53.

IMPERATORI, Emílio; GIRALDES, Maria do Rosário - **Metodologia do planeamento da saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais.** 3ª ed. Lisboa : Escola Nacional de Saúde Pública, 1993.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA - Censos 2011 : **resultados provisórios**. Lisboa : I.N.E., 2001. - 8 vol. [Consult. 20 de Janeiro de 2012] Disponível em <http://censos.ine.pt/xportal/xmain>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA - Censos 2001 : **resultados definitivos : XIV recenseamento geral da população**. Lisboa : I.N.E., 2001. - 8 vol. [Consult. d12 Maio de 2011] Disponível em WWW: <URL<http://www.ine.pt> >.

JEREMIAS, Cristina – **O Cuidar de Enfermagem ao sistema Cliente Comunidade**. *Nursing*, Nº 263, (Nov. 2010), p.12-17.

LAVERACK, Glenn – **Promoção de Saúde: Poder e Empoderamento**. Loures: Lusodidacta, 2004. ISBN: 978-989-8075-09-3.

LEI DE BASES DA SAÚDE - LEI N.º 48/90. DR I SÉRIE. 195 (24-08-1990) 3452.

LEININGER, MADELEINE – *Transcultural nursing: concepts, theories, research & practices*. 2ª Edição. New York: McGraw-Hill, 1995. ISBN 0-07-037660-3.

OMS- EUROPA: **HIV/AIDS Surveillance in Europe**, 2008. [Consult 4 julho 2011]. Disponível em: <http://www.sida.pt>

ONUSIDA, "**What makes people vulnerable?**", Report on the global HIV/AIDS epidemic, 2000. [Consult 20 Agost. 2011]. Disponível em: <http://www.sida.pt>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento das competências específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública**. 2010 [consult.7 Out.] Disponível em www.ordemenfermeiros.pt

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) – **Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde: declaração de Alma-Ata: recomendações**. Alma-Ata: 1978. [consult. 23 Abril] Disponível em: www.opas.org.br/coletiva/uploadArg/Alma-Ata.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) – **Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde**. Ottawa, 1986. [Consult. 23 Abril 2011] Disponível em: www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) – Declaração de Adelaide. Austrália, 1988. [Consult.23 Abril 2011] Disponível em: www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Adelaide.pdf

ORNELAS, JOSÉ - **Psicologia Comunitária**. Lisboa: Fim de Século Edições, 2008. ISBN: 978-972-754-256-7

PERKINS, DOUGLAS D; ZIMMERMAN, MARC A- **Empowerment theory, research, and application** *American Journal of Community Psychology*; Oct 1995; vol.23, nº 5; Research Library Core pg. 569-579 [Consult. 12 Julho] Disponível em: www.people.vanderbilt.edu/~douglas.d.../empintro.proquest.pdf

POLIT, D. F; HUNGLER, B. P- **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**.5ª edição. Brasil: Artes Médicas, 2001. ISBN: 0-7817-2557-7

PORTUGAL Direcção-Geral da Saúde (DGS) - **Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos**. - Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004. - 2 v. -Vol. II - Orientações estratégicas, p. 38-47 ISBN Coleção: 972-675-108-X. ISBN 972-675-109-8.

PORTUGAL. Ministério da Saúde - **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH e SIDA 2011-2015**. Lisboa: 2011. ISBN:978-972-8478-24-7 [Consult. 8 Jan 2012]. Disponível em: <http://www.sida.pt>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde – **A situação em Portugal em 31 de Dezembro de 2009**. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Lisboa: 2010. [Consult. 2 Abril 2011]. Disponível em: <http://www.sida.pt>.

PORTUGAL. **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA. 2007-2010**. Coordenação Nacional para a Infecção VIH/Sida. Lisboa: 2007. [Consult. 2 Abril 2011]. Disponível em: <http://www.sida.pt>.

PROMOÇÃO DA SAÚDE. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. [Consult. 21 Jan 2012] Disponível em: <http://www.observaport.org/glossary/>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados.** Revista Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-989-96021-3-7 (Março 200, P.9-15.

SILVA, Luísa – **Promoção da Saúde.** Lisboa: Universidade Aberta, 2002. ISBN 972-674-361-3

STANHOPE, M; LANCASTER, J – **Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade centrados na População.** 7ª edição. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN:978-989-8075-29-1.

TAVARES, António - **Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde.** Lisboa: Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos, 1990.

TEIXEIRA, José.- **Mudanças de Comportamentos relacionados com a saúde.** In:TRINDADE, I; TEIXEIRA,J- Psicologia nos cuidados de saúde primários- Manuais Universitários, 2ª ed. Lisboa: Climepsi, 2000. ISBN: 978-972-796-278-5. p. 167-175.

UNAIDS, **Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic.** Geneva: 2000. [Consult.7 Abril 2011]. Disponível em: <http://www.sida.pt>.

UNIDADES MÓVEIS DE SAUDE. Lisboa: Arslvt.[consult. 10 de Abril]. Disponível em: <http://www.arslvt.min-saude.pt>

WELCH, ALICE – **Cuidar Cultural: Teoria da Diversidade e da Universalidade.** In ALLIGOOD, Martha; TOMEY, Ann Marriner – Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). 5ª Edição. Loures: Lusociência, 2004, p.563-591. ISBN 972-8383-74-6.

APÊNDICE

APÊNDICE I

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAUDE DOS UTENTES QUE REALIZARAM
TESTE RÁPIDO PARA A INFEÇÃO VIH



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE SAÚDE:

**DOS UTENTES QUE REALIZARAM TESTE
RÁPIDO PARA A INFEÇÃO VIH**

**Tânia Almeida
Setembro de 2011**

0. INTRODUÇÃO

O Estágio-Módulo I da Especialização de Enfermagem em Saúde Comunitária, decorreu na Unidade de Cuidados na Comunidade Nostra Pontinha (UCC), situada na freguesia da Pontinha. As UCC recentemente criadas pelo decreto de lei de 28/2008 de 22 de Fevereiro e regulamentadas pelo Despacho n.º 10143/2009 de 16 de Abril, têm como missão: “contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde [...]” e “prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupo [...] e atuar, ainda, na educação para a saúde, na integração de redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. O mesmo despacho no artigo 9, ponto 4 estipula que “As atividades da carteira de serviços da UCC, a contratualizar com o AGES, devem incidir, prioritariamente, nas seguintes áreas: a) Contributos para o diagnóstico de saúde da comunidade; [...]”.

O principal objetivo deste Módulo I é a realização de um diagnóstico de situação. Durante a reunião preparatória do estágio com a Enfermeira Orientadora, foi dado a conhecer a população/bairros que pertencem à área de intervenção da UCC, necessidades conhecidas, projetos em desenvolvimento e projetos a ser implementados. Chegou-se à conclusão que era pertinente a realização de um diagnóstico de situação relativo aos utentes que realizam teste rápido para a infeção VIH na unidade móvel, de forma a implementar um novo projeto de intervenção.

Pelo exposto e indo ao encontro das necessidades da UCC, emerge então a seguinte questão:

- Qual o diagnóstico de situação dos utentes que realizaram teste rápido de VIH (Vírus da Imunodeficiência Humana) na Unidade móvel entre o ano de 2009 a 12 de Maio de 2011?

Para dar resposta a esta questão, procedeu-se ao tratamento de dados dos questionários já aplicados entre o ano de 2009 a 12 de Maio de 2011, na unidade móvel no âmbito do projeto “Saúde em Movimento”.

Foram também aplicados alguns questionários no dia do Enfermeiro (12 de Maio de 2011), perfazendo um total de 79 questionários.

Face ao presente objetivo Geral, delinearam-se os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar a população em estudo sob o ponto de vista sociodemográfico;
- Conhecer a perceção da população que realizou teste rápido para a infeção VIH face a comportamentos de risco.

Neste documento é feita uma breve caracterização da área de influência e da população da UCC Nostra Pontinha. Em seguida, segue-se a apresentação, análise e discussão dos resultados e por último, as principais conclusões resultantes do diagnóstico de situação.

1. CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE INFLUÊNCIA DA UCC NOSTRA PONTINHA

A UCC Nostra Pontinha, integra o Agrupamento de Centros de Saúde da Grande Lisboa V- Odivelas. Formalmente constituída a 25 de Janeiro de 2010. Tem como área de influência a Freguesia da Pontinha (constituída pela Vila da Pontinha, Urmeira e vários bairros limítrofes) numa área geografia de 4,78km² e a Freguesia de Famões, numa área geográfica de 4,66km², o que totaliza 9,44 km².

Estas duas freguesias localizam-se na zona ocidental do Concelho de Odivelas, confrontando com os Concelhos da Amadora, Sintra, Loures e Lisboa.



Figura 1 – Mapa do Concelho de Odivelas

O Centro de Saúde da Pontinha abrange uma população de 33.031 (segundo censos de 2001), distribuídos pelas Freguesias de Famões e Pontinha, estando inscritos em cartão de utente 47.407 pessoas, das quais 1.745 são imigrantes, 4.622 são esporádicos e 14.497 não têm médico de família, o que representa 30,5% do total da população inscrita. Destes 14.497 utentes, 3.701 são mulheres em idade fértil (dos 20 aos 49 anos) e 729 são crianças até aos 4 anos de idade.

Tem como Hospitais em parceria – Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E.P.E. (Hospital de Santa Maria e Hospital de Pulido Valente), Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (Hospital Júlio de Matos) e a Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

2. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO RESIDENTE E INSCRITA NA UCC NOSTRA PONTINHA

Em 1950, com a explosão demográfica, a Vila da Pontinha torna-se numa zona dormitório, de construções degradadas, sem qualquer preocupação urbanística e sem equipamentos sociais e culturais. Estes factos têm origem na iniciativa do Governo Civil de

Lisboa do realojamento de funcionários dos CTT e Carris residentes na zona onde foi construída a então Ponte Salazar, atualmente Ponte 25 de Abril (B^o da Belavista).

A Freguesia da Pontinha é composta por várias localidades (B.^o da Condessa, B.^o Casalinho da Azenha, B.^o Dr. Mário Madeira, B.^o da Milharada, B.^o Novo de Sto. Eloy, B.^o Casal da Fonte, B.^o Casal da Perdigueira, B.^o Casal do Rato, B.^o Vale Grande, Vale Pequeno, B.^o Casal da Serra, Porto da Paiã, Presa, B.^o das Canoas, B.^o Quinta do Pinheiro, Quinta da Ulmeira, B.^o Olival do Pancas, B.^o Menino de Deus, B.^o de Sta. Maria, B.^o Santo António, B.^o São José e Serra da Luz, entre outros), algumas de génese ilegal, os quais têm vindo a ser recuperados através de uma ação conjunta da população e da Autarquia.

Segundo os censos de 2001, residem na Freguesia da Pontinha 24.023 habitantes, sendo que a maioria se encontra num intervalo dos 20 aos 59 anos de idade, perfazendo um total de 15.461 e 3.403 habitantes têm idade igual ou superior a 65 anos, o que corresponde a 14,16% da população total. Este envelhecimento populacional verifica-se com maior incidência na população da vila, sendo que, na periferia, a população é mais jovem, embora existam famílias alargadas das quais fazem parte idosos que vieram residir com filhos por se encontrarem em situação de dependência.

Nalgumas localidades estão identificados problemas de saúde, tais como, deficiente cobertura vacinal na infância e adolescência, gravidez na adolescência e não vigiada, doenças transmissíveis, comportamentos de risco, toxicodependência, bem como problemáticas relacionadas com baixo nível socioeconómico e cultural, e presença de residentes de diferentes nacionalidades e etnias, na sua maioria provenientes dos PALOP (Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa), embora nos últimos anos se tenha verificado um aumento significativo de imigrantes provenientes do leste europeu.

A população destes Bairros, sobretudo da Serra da Luz, caracteriza-se também pela presença de indivíduos de múltiplas nacionalidades, nomeadamente paquistaneses, argelinos, nepaleses, ucranianos, africanos, brasileiros e indianos.

De acordo com os censos de 2001, na Freguesia de Famões, reside um total de 9.008 indivíduos. Destes, 6.105 indivíduos encontram-se na fase adulta, o que corresponde aproximadamente a 68% do total da população, fazendo-se seguir da população infantil - juvenil (dos 0-19 anos) com 2.237 indivíduos (24,83 % da população total) e da população idosa, com 666 indivíduos, o que corresponde a 7,40 % da população total.

Segundo os resultados provisórios dos censos 2011, residem na freguesia da Pontinha 34.136 indivíduos, sendo que 23.041 residem na Pontinha e 11.095 em Famões. O grupo etário com maior relevância é o de 25-64 anos.

3. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados e analisados os dados obtidos dos questionários aplicados. Os dados estão agrupados nas seguintes dimensões:

- Dados Pessoais;

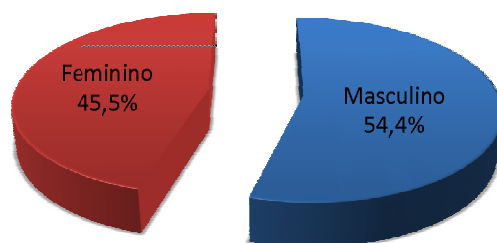
- Resultado do teste;
- Motivo pelo qual realizam o teste;
- Consumo de substâncias;
- Comportamento Sexual;
- Perceção do risco.

3.1. Dados pessoais

Género

Relativamente ao género e após a análise do gráfico 1, verifica-se que o género predominante é o masculino, com 54% que corresponde a 43 sujeitos.

Género



n=79

Gráfico nº 1- Distribuição dos utentes segundo os géneros

Idade

Em relação à idade, segundo o gráfico nº 2 conclui-se que os grupos etários com mais significado são o de 25 aos 34 anos e de 35 a 44 anos.

Estes dados refletem os resultados apresentados nos censos de 2001, em que a maioria dos residentes da área de influência da UCC se encontra no intervalo dos 20 aos 59 anos de idade, perfazendo um total de 33.031 habitantes.

Idade

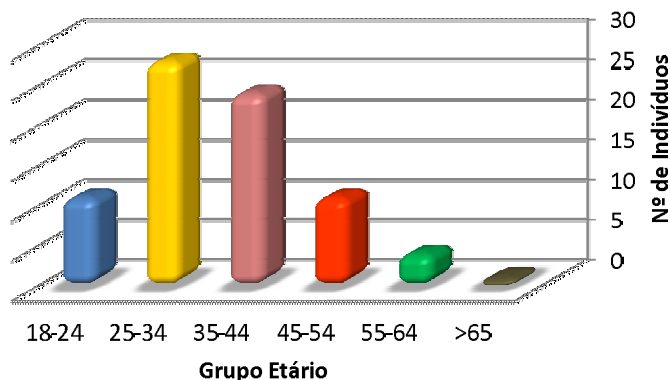


Gráfico nº 2- Distribuição dos utentes segundo os grupos etários

Nacionalidade

O gráfico nº 3 espelha a diversidade cultural existente na área de influência da UCC. A maior representação de utentes da amostra é de nacionalidade Portuguesa (44,3%), seguida dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) com 35,4% e nacionalidade Brasileira com 13,9%. Restantes nacionalidades como Romena, Russa e Ucraniana estão representadas com um total de 6,4%.

Os dados apresentados vão ao encontro de um relatório elaborado pela Deltaconsultores (projeto financiado pela União Europeia) e apresentado por Falcão, L (2002, p.4) onde é descrito que “[...]uma parte dos residentes estrangeiros em Portugal provêm das antigas colônias portuguesas, nomeadamente dos PALOP e o seu número tem vindo a aumentar progressivamente. Verifica-se entre os anos 2000 e 2001 um aumento expressivo de imigrantes provenientes do Brasil. Em 2001 assiste-se a um fluxo migratório proveniente dos países da Europa de Leste.”

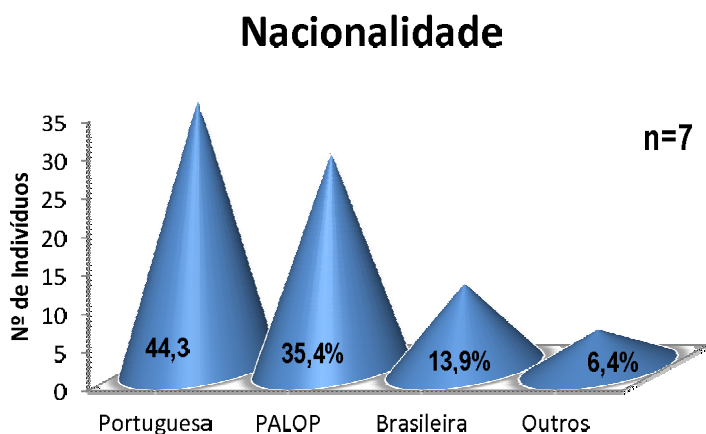


Gráfico nº 3- Distribuição dos utentes segundo a **Nacionalidade**

Estado civil

Quanto ao estado civil, segundo o gráfico nº 4 verificamos que os utentes que recorrem à Unidade Móvel para realização de teste rápido VIH, são maioritariamente solteiros (34,2%) e casados (32,9%).

Estado Civil

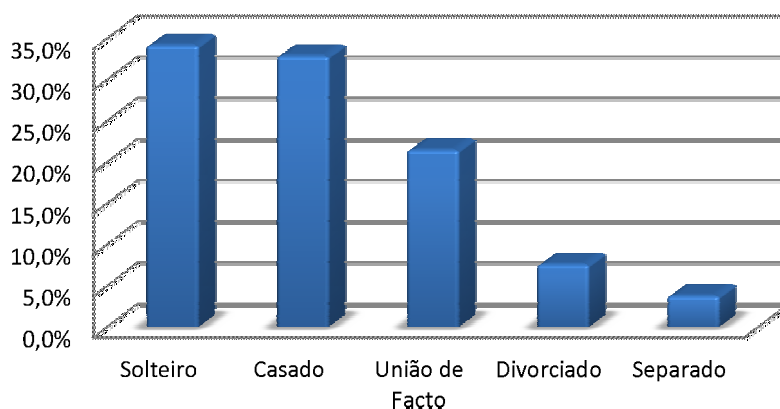


Gráfico nº 4 – Distribuição dos utentes segundo o estado civil

Habilitações literárias

Relativamente às habilitações literárias, 34% são detentores do ensino secundário, seguido de 18% com o 2º ciclo e 16% com licenciatura, os restantes dividem-se por 1º ciclo (8%), sem habilitações (3%) e bacharelato (1%). Embora com origens e culturas bastante diversificadas, estes utentes apresentam um grau de escolarização apreciável.

Portugal voltou a assinalar na última década um crescimento do nível de instrução da população. Hoje há 1.262.449 indivíduos com ensino superior completo, cerca do dobro do que foi apurado em 2000 (Censos 2011- resultados provisórios, 2011).

Habilitações Literárias

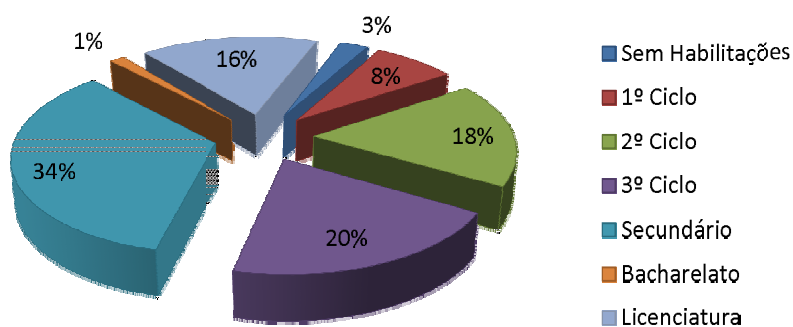


Gráfico nº5 – Distribuição dos utentes segundo as habilitações literárias

Situação profissional

Como é possível observar no gráfico nº 6, dos 79 utentes da amostra 51 trabalham, ou seja, encontram-se no ativo, 7 são estudantes, 3 reformados e 18 estão desempregados.



Gráfico nº 6 – Distribuição dos utentes segundo a sua **situação profissional**

3.2. Resultado do teste

Dos 79 testes rápidos que foram realizados, 3 foram reativos, o que corresponde a uma incidência de 4%, como se observa no gráfico seguinte. Todos os utentes reativos foram encaminhados e encontram-se em tratamento. Em 2009, Portugal era um dos países da União Europeia com maior incidência, registando 9.9 casos diagnosticados com infeção pelo VIH por 100.000 pessoas. (ECDC, 2010), e com uma prevalência de 0,6% (IC 95% = [0,4%;0,7%]) em adultos com 15-49 anos de idade, uma das mais elevadas da Europa (UNAIDS, 2010).

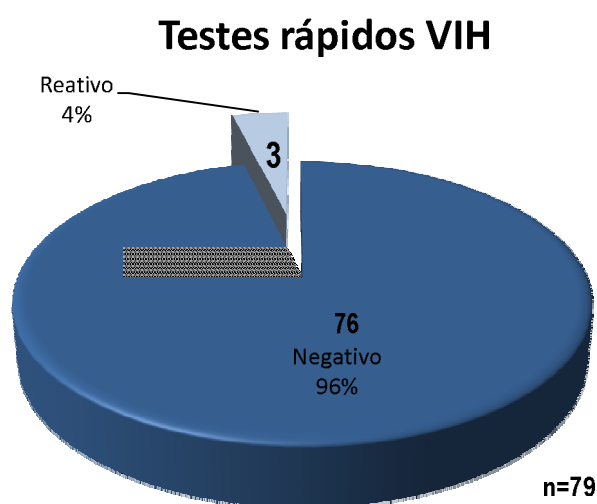


Gráfico nº 7- Distribuição dos utentes segundo o **resultado do teste**.

Os utentes com teste reativo, como mostra a tabela nº1, são do género masculino, a média de idade é de 39 anos, são proveniente dos PALOP e heterossexuais.

Segundo o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção VIH e sida 2011-2015 (em discussão) proposto pela Coordenação Nacional para a infeção VIH/Sida (2011, p.16), “ Em Portugal 20% dos casos de transmissão por via heterossexual ocorrem em imigrantes.”

Os Africanos representam 84% dos casos notificados em estrangeiros e destes, apenas 8 % não pertencem ao PALOP nos casos notificados até 30/06/02. BACKSTROM (2007, p.9). A mesma autora refere que a deficiente inserção comunitária, clandestinidade níveis socioculturais e económicos baixos, cultura, barreira linguística e ignorância dos serviços sociais e de saúde existentes, são fatores que tornam estas comunidades mais vulneráveis à infeção VIH.

CARACTERIZAÇÃO DOS UTENTES REATIVOS	
Idade Média	39 anos
Género	Masculino
Orientação Sexual	Heterossexual
Nacionalidade	PALOP

Tabela nº 1- Caracterização dos utentes com teste reativo

3.3. Motivo pelo qual realizam o teste

Os principais motivos que levam os utentes a realizarem o teste rápido VIH, são o contacto sexual sem preservativo (40 utentes), medo (13 utentes) e o risco do parceiro (7 utentes). Existe 1 utente que realizou o teste para confirmação.

Motivo do Teste

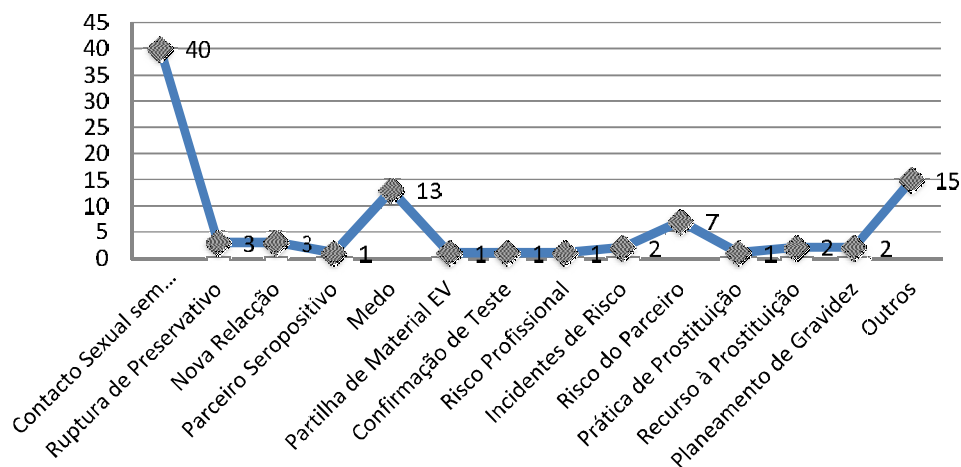


Gráfico nº8 - Distribuição dos utentes segundo o motivo pelo qual realizam o teste rápido VIH

3.4. Testes anteriores

Relativamente a testes anteriores, 56,9% da amostra (45 utentes) já tinham realizado teste VIH, sendo que 41 referem que o resultado do teste foi negativo, 1 foi reativo e 3 não sabem o resultado.

3.5. Consumo de substâncias

Relativamente ao consumo de substâncias apenas 1 utente refere que consumiu drogas endovenosas, tendo sido o ultimo consumo há 17 anos.

3.6. Comportamento sexual

98,7% da amostra, o que corresponde a 78 utentes refere que são Heterossexuais, 1,2% são Bissexuais o que corresponde a 1 utente.

A tabela seguinte refere-se ao número de parceiros sexuais ao longo da vida e nos últimos 6 meses. Ao longo da vida, 48 utentes referem ter tido mais que 5 parceiros e nos últimos 6 meses 49 mencionam ter tido um único parceiro.

NÚMERO DE PARCEIROS SEXUAIS

NÚMERO	Ao longo da vida	Últimos 6 meses
0	1	7
1	8	49
2-4	22	16
>5	48	7
TOTAL	79	79

Tabela nº2 – Distribuição dos utentes segundo o número de parceiros sexuais ao longo da vida e nos últimos 6 meses

3.7. Uso do preservativo

As tabelas seguintes expressam O uso do preservativo nos três tipos de sexo e com os diferentes parceiros (Atual, Ocasional e Anterior). É visível nos três tipos de sexo e com os diferentes parceiros a não utilização de preservativo. Relativamente à utilização do preservativo, muitos estudos apontam que seja pouco utilizado quer na população adulta quer nos jovens DIAS (2002, p.95).

Entre os jovens portugueses escolarizados, cerca de 30% referem não ter usado preservativo na última relação sexual (Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH e Sida 2007-2010, p. 7).

Sexo Vaginal				
	Sempre	Às vezes	Nunca	Não responde/ Não se aplica
Parceiro				
Atual	3,8%	20,2%	54,4%	21,5%
Parceiro	16,4%	26,5%	29,1%	27,8%
Ocasional				
Parceiro	10,1%	26,5%	49,3%	13,9%
Anterior				

Tabela nº 3- Utilização de preservativo com os diferentes parceiros no **sexo vaginal**

Sexo Oral				
	Sempre	Às vezes	Nunca	Não responde/ Não se aplica
Parceiro		15,1%	56,9%	24,0%
Atual	3,8%			
Parceiro	15,1%	20,2%	36,7%	27,8%
Ocasional				
Parceiro	13,9%	16,4%	59,5%	10,1%
Anterior				

Tabela nº 4 - Utilização de preservativo com os diferentes parceiros no **sexo oral**

Sexo Anal				
	Sempre	Às vezes	Nunca	Não responde/ Não se aplica
Parceiro		13,9%	56,9%	25,3%
Atual	3,8%			
Parceiro	15,1%	21,5%	34,1%	29,1%
Ocasional				
Parceiro	10,1%	7,7%	59,4%	12,6%
Anterior				

Tabela nº5 - Utilização de preservativo com os diferentes parceiros no **sexo anal**

3.8. Parceiro Sexual Atual

A maioria dos utentes desconhece o estado serológico do parceiro atual.

3.9. IST's (Infeções Sexualmente Transmissíveis)

Nos questionários aplicados, 8 utentes referiram ter tido IST's (...). Com maior relevo aparece a Gonorreia (4 utentes), seguida da Candidíase (3 utentes) e por último a sífilis (1 utente). Destes utentes, 6 são do género masculino e 2 do género feminino. O grupo etário predominante é entre os 27-55 anos de idade. Estes resultados vão ao encontro dos dados disponíveis da DGS que indicam que a maior incidência das IST's se verifica no homem, entre os 25 e os 44 anos de idade e na região de Lisboa e Vale do Tejo (Plano Nacional de saúde 2004-2010, p. 38).

3.10. Derivados do sangue

Apenas 2 utentes fizeram referência a ter recebido transfusões de sangue, sendo que 1 referiu ter sido há 18 meses e outro há 24 meses.

A transmissão associada a transfusões de sangue ou seus derivados é praticamente inexistente dada a política de segurança de sangue que é seguida no nosso país. (Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção VIH/ sida 2007-2010, p.6).

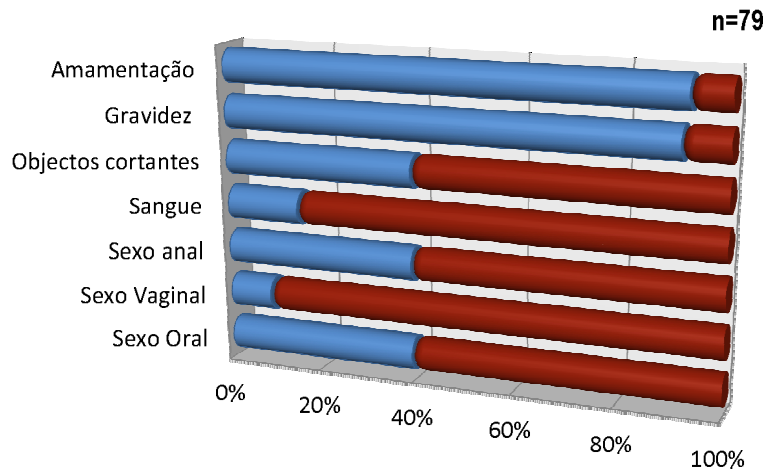
4. Perceção do risco

Identificação dos meios de transmissão

A maioria dos meios de transmissão da infeção VIH é identificada. No entanto, apenas 7 utentes mencionam a gravidez como meio de transmissão e 6 a amamentação.

Outros meios de transmissão são ainda referidos: através do beijo (9 utentes), insetos (4 utentes) e partilha de talheres e copos (2 utentes). Estes dados vão ao encontro dos resultados obtidos pela análise de um inquérito realizado a portugueses e apresentado no Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção VIH/ sida 2007-2010 (p.7) em que 30,4% dos inquiridos consideram que a infeção se transmite pelo beijo, 29,5% pelo uso da casa de banho, 29,5% pela picada de inseto, 22,7% pela tosse e espirro, 18,1% pela comida e talheres e 5,3% pelo aperto de mão.

Identificação dos meios de transmissão



	Sexo Oral	Sexo Vaginal	Sexo anal	Sangue	Objectos cortantes	Gravidez	Amamentação
■ Não	31	7	31	12	31	72	73
■ Sim	48	72	48	67	48	7	6

Gráfico nº 9 - Distribuição dos utentes segundo a identificação dos meios de transmissão da infecção

VIH

Comportamentos de risco

Dos utentes que realizaram teste rápido para a infecção VIH, 41 (51,9 %), assumem que tiveram comportamentos de risco. Apesar dos utentes assumirem que possuem comportamentos de risco, mantêm esses mesmos comportamentos (relação desprotegida, como foi possível observar no ponto 2.7). Segundo TEIXEIRA (2000, p.173) “na base do comportamento de risco estão fatores individuais, relacionais e interpessoais que fazem com que o individuo não consiga ter outro comportamento, embora quisesse...” Num estudo realizado numa comunidade africana cujo objetivo era compreender os conhecimentos, atitudes e práticas da comunidade face à problemática VIH/SIDA, DIAS (2002, p.95) refere que “os jovens parecem ter uma maior consciência do problema apesar de não se verificar por parte deste grupo, comportamentos sexuais adequados à prevenção do VIH/SIDA”.

Comportamento de risco Assumido	
NÃO	38 (48,1%)
SIM	41(51,9%)

Tabela nº 6 – Distribuição dos utentes segundo o comportamento de risco assumido

Motivo para não utilizar preservativo

O principal motivo referido (43,0%) pelo qual os utentes não usam preservativo é a relação estável, 29,1% mencionou que no momento não tinha e 12,5% outros (alergia, diminuição da sensibilidade e preço).

No estudo já referenciado anteriormente, DIAS (2002,p.96) concluiu que os adultos apresentam argumentos baseados em crenças rígidas e barreiras culturais para a não utilização do preservativo, e este quando utilizado está muitas vezes associado a relações sexuais esporádicas. Por sua vez, os jovens como justificação da sua pouca utilização salientam a fraca acessibilidade e elevado custo.

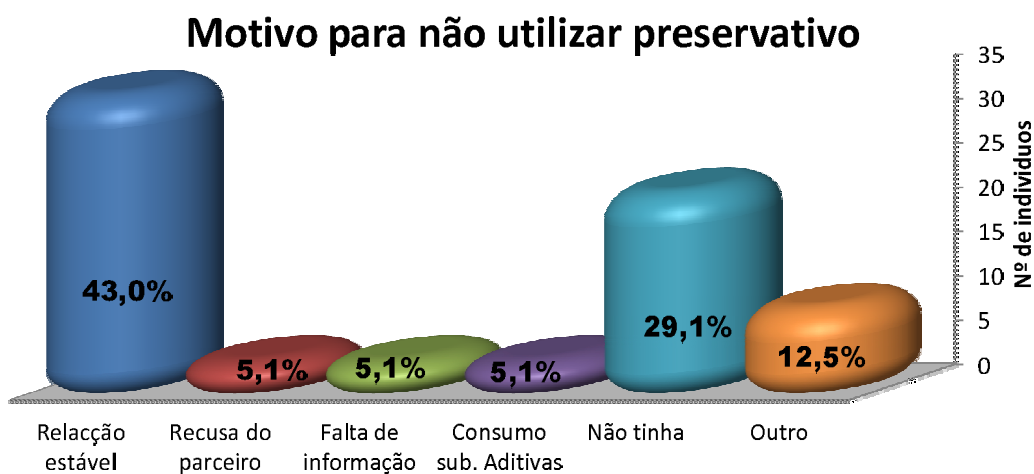


Gráfico nº10 - Distribuição dos utentes segundo o motivo para não utilizar preservativo

5. CONCLUSÃO

Apresentam-se em seguida as principais conclusões a que se chegou com a análise dos questionários:

- Amostra heterogénea (devido às características da população residente na área de influência da UCC);
- 51% dos rastreados assumem que têm comportamentos de risco, sendo 23 homens e 21 mulheres;
- O motivo pelo qual a maioria dos utentes quer realizar o teste é o contacto sexual sem preservativo, ou seja os utentes têm perceção do risco e assumem que têm comportamentos de risco (51,9%), mesmo assim correm riscos;
- O uso de preservativo com os diferentes parceiros: atual, ocasional e anterior, e nos três tipos de sexo: oral, vaginal e anal, faz-nos concluir que a maioria dos utentes não usa preservativo nas suas relações;
- A maioria dos meios de transmissão da infeção por VIH é identificada. No entanto apenas 7 identificam a gravidez como meio de transmissão e 6 a amamentação. É preocupante, pois o grupo etário que mais se destaca é o de 25 a 34 anos – período de idade fértil.

6. BIBLIOGRAFIA

BACKSTROM. Bárbara – **O fenómeno da Imigração**. Revista Accção e tratamentos. nº5 (Agosto 2007), p. 9.

Decreto-Lei nº 28/2008, D.R. I Série Nº 32 (22 de Fevereiro de 2008), pp. 1182 e ss.

Despacho n.º 10143/2009. D.R.2ª Série. Nº74 (16 Abril 2009), p.15438-15440.

DIAS, et al – **Conhecimentos, Atitudes e Comportamentos face ao VIH numa comunidade Migrante: Implicação para a intervenção**. Psicologia, Saude & Doenças. ISSN 1654-0086. Nº1, (2002), p. 89-102

ECDC/WHO (2010). **HIV surveillance in Europe 2009**. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control.[Consult.7 Abril 2011]. Disponível em: <http://www.sida.pt>.

FALCÃO, Luisa – **A imigração em Portugal**. Relatório síntese elaborado pela DeltaConsultores (2002), Lisboa.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA - Censos 2001 : **resultados definitivos : XIV recenseamento geral da população**. Lisboa : I.N.E., 2001. - 8 vol. [Consult. d12 Maio de 2011] Disponível em WWW: <URL<http://www.ine.pt> >.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA - Censos 2011 : **resultados provisórios**. Lisboa : I.N.E., 2011. - 8 vol. [Consult. 20 de Janeiro de 2012] Disponível em <http://censos.ine.pt/xportal/xmain>

PORTUGAL Direcção-Geral da Saúde (DGS) - **Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos**. - Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004. - 2 v. -Vol. II - Orientações estratégicas, p. 38-47 ISBN Colecção: 972-675-108-X. ISBN 972-675-109-8.

PORTUGAL. Ministério da Saúde - **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção VIH e SIDA 2011-2015**. Lisboa: 2011. ISBN:978-972-8478-24-7 [Consult. 8 Jan 2012]. Disponível em: <http://www.sida.pt>.

PORTUGAL. **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção VIH/SIDA. 2007-2010**. Coordenação Nacional para a Infeção VIH/SIDA, 2007. [Consult. 2 Abril 2011]. Disponível em: <http://www.sida.pt>.

TEIXEIRA, José.- **Mudanças de Comportamentos relacionados com a saúde.**
In:TRINDADE, I; TEIXEIRA,J- Psicologia nos cuidados de saúde primários- Manuais
Universitários. 2ª ed. Lisboa: Climepsi, 2000. ISBN: 978-972-796-278-5. p. 167-175.

UNAIDS, **Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic.** Geneva: 2000.
[Consult.7 Abril 2011]. Disponível em: <http://www.sida.pt>.

ANEXOS

ANEXO 1

QUESTIONÁRIO APLICADO AOS UTENTES QUE REALIZARAM TESTE RÁPIDO
PARA A INFEÇÃO VIH

**Etiqueta
Teste
Rápido**

Data: _____

Local: _____

DADOS PESSOAIS

Género: Masculino Feminino Idade: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Nacionalidade: _____

Concelho de Residência: _____ Naturalidade: _____

Distrito de Residência: _____

Estado Civil:

Solteiro Casado União de Facto Divorciado Viúvo Separado Não Resp.

Habilitações Literárias:

Sem Habilitações 1º Ciclo 2º Ciclo 3º Ciclo Ens. Secundário

Bacharelato Licenciatura Mestrado Doutoramento Não Resp.

Situação Profissional:

Desempregado Estudante Reformado Activo _____

RESULTADO DO TESTE

Negativo

Positivo

Reactivo

VIH-1 VIH-2

Indeterminado

Nova Colheita



Recusa Aconselhamento

Não fez análise

Recusa-se a prestar declarações

ENTREGA E ENCAMINHAMENTO

Entrega Resultado: ___/___/___ Hora: _____ Local: _____

Compareceu SIM NÃO

Encaminhado para: _____ Data 1ª Consulta: ___/___/___

Encaminhado para: _____ Data 2ª Consulta: ___/___/___

Último Apelido (3 primª consoantes): _____ Primeiro Nome (2 primª consoantes): _____

COMPORTAMENTO SEXUAL

Actualmente Sem Act. Sexual desde _____ Não Iniciou Actividade Sexual

Orientação Sexual: Heterossexual Homossexual Bissexual Não Responde

Número de Parceiros

Nos Últimos 6 meses: 0 1 2 a 4 5 a 9 ≥ 10 Desconhecido

Ao longo da vida: 0 1 2 a 4 5 a 9 ≥ 10 Desconhecido

Uso do Preservativo

Não Responde

Parceiro Actual Parceiro Ocasional Parceiro Anterior

Sexo Oral: Sempre Sexo Oral: Sempre Sexo Oral: Sempre

Às vezes Às vezes Às vezes

Nunca Nunca Nunca

N.R./N. A. N.R./N. A. N.R./N. A.

Sexo Vaginal: Sempre Sexo Vaginal: Sempre Sexo Vaginal: Sempre

Às vezes Às vezes Às vezes

Nunca Nunca Nunca

N.R./N. A. N.R./N. A. N.R./N. A.

Sexo Anal: Sempre Sexo Anal: Sempre Sexo Anal: Sempre

Às vezes Às vezes Às vezes

Nunca Nunca Nunca

N.R./N. A. N.R./N. A. N.R./N. A.

PERCEIRO SEXUAL ACTIVO

Seropositivo VIH: Desconhecido Sexo do Parceiro: Masculino Feminino

Não

Sim

Vivo Falecido

A relação é (era) protegida?

Via Transmissão: _____

Nunca

Não Sabe

Às vezes / Algumas práticas

Sempre

INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST)

Não

Não Sabe

Sim Há: _____ ano(s) _____ mês(es)

Quais? _____

DERIVADOS DO SANGUE

Recebeu transfusões ou derivados do sangue?

Não

Desconhecido

Sim Quando? _____ Onde? _____

PERCEPÇÃO DO RISCO

Identificação das Vias de Transmissão (colocar x nas vias que o utente identifica)

<input type="checkbox"/>	Sexual	Oral	<input type="checkbox"/>	Vaginal	<input type="checkbox"/>	Anal	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sangue	Partilha de Objectos Cortantes	<input type="checkbox"/>	Parto	<input type="checkbox"/>	Contacto Directo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Mãe-Filho	Gravidez	<input type="checkbox"/>	Amamentação	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Refere outros Meios de Transmissão? (colocar x nas vias que o utente identifica)

Insectos Beijos Partilha Talheres / Copos Outras Quais? _____

Considera ter tido comportamento de risco? Sim Não

Porquê?

Razões para não ter utilizado o preservativo nas relações sexuais

Casamento/Namoro	<input type="checkbox"/>	Recusa do Parceiro	<input type="checkbox"/>	Preço Preservativo	<input type="checkbox"/>
Perda de Sensibilidade	<input type="checkbox"/>	Testes IST Negativos	<input type="checkbox"/>	Falta de Informação	<input type="checkbox"/>
Alergia	<input type="checkbox"/>	Consumo substâncias	<input type="checkbox"/>	Não tinha preservativo	<input type="checkbox"/>

Notas: _____

Técnico: _____

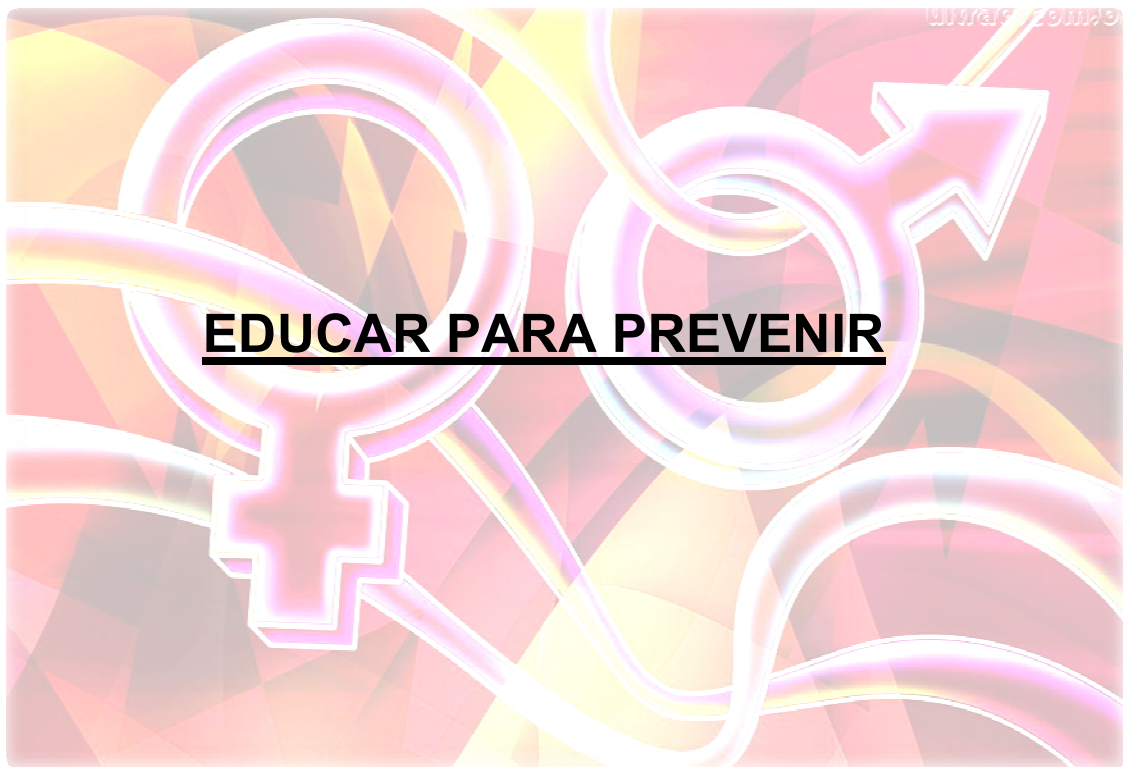
ANEXO 2

PROJETO DE INTERVENÇÃO: “EDUCAR PARA PREVENIR”



UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROJETO DE INTERVENÇÃO



Tânia Alexandra Dias Almeida

Pontinha

Setembro 2011

0.INTRODUÇÃO

Em Portugal, desde a identificação dos primeiros casos, a prevenção da infeção em todas as suas dimensões, tem-se revelado um desafio. Os indicadores epidemiológicos e sociais deixam a sociedade portuguesa em preocupante lugar na hierarquia dos países da Europa Ocidental, exigindo respostas integradas e eficazes.

A epidemiologia de transmissão da infeção para o VIH tem apresentado uma significativa evolução em Portugal. De um padrão inicial com predomínio da transmissão associada ao consumo de drogas injetáveis, atualmente verifica-se um predomínio da infeção por transmissão heterossexual. Aproximadamente 20% dos casos de transmissão por via heterossexual ocorrem em imigrantes, pelo que importa promover estratégias de proximidade que garantam o acesso a medidas de prevenção abrangentes, ao teste e ao aconselhamento. (Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção VIH e sida 2011-2015)

O plano Nacional de Saúde 2004-2010 (p.47) refere que “[...]é prioritário promover o acesso gratuito e a informação adequada aos meios preventivos da infeção VIH/SIDA e ao diagnóstico precoce[...]”. O diagnóstico precoce é um dos principais determinantes do prognóstico da infeção, com significativo impacto para a saúde, pois o atraso no diagnóstico tem especial significado quer na evolução quer na gravidade da infeção.

As consequências do desconhecimento da infeção têm um relevante impacto para a saúde pública. O longo período assintomático após a infeção torna insuspeita a presença do VIH e, como tal, o portador desconhece o seu estado serológico e pode transmitir a infeção.

A estratégia de controlo da infeção VIH, proposta pelo Plano Nacional de Prevenção e controlo da Infeção VIH e SIDA 2011-2015, que se encontra em discussão assenta em três pilares fundamentais: “a promoção das medidas individuais de prevenção primária- que conduzam à utilização consistente do preservativo [...]; conhecimento do estado serológico; e a referenciação aos cuidados de saúde com acesso ao tratamento”. Esta estratégia pode ser alcançada através de ações de informação, educação e comunicação dirigidas á população geral através da comunicação social, escolas, serviço nacional de saúde, organizações comunitárias e empresas.

Este projeto de intervenção surge após a realização do diagnóstico de saúde dos utentes que realizaram teste rápido para a infeção VIH na Unidade Móvel. Insere-se na lógica de promoção /prevenção de Saúde, tendo presentes as orientações da Carta de Ottawa, do conceito de Cuidados de Saúde Primários e da Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século 21, que foi designado: “Educar para Prevenir”.

1. IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES

1.1. Justificação da problemática

As infeções sexualmente transmissíveis (IST) são uma das causas mais frequentes de morbilidade no mundo. A dimensão exata não é conhecida, sendo que os dados disponíveis na DGS (Direção Geral de Saúde) parecem indicar que a maior incidência se verifica no homem, entre os 25 e os 44 anos de idade e na região de Lisboa e Vale do Tejo. (Plano Nacional de saúde 2004 - 2010)

O vírus da imunodeficiência humana (VIH) responsável pela SIDA (síndrome de imunodeficiência adquirida), junta-se ao grupo de microrganismos responsáveis pelo aumento das IST's nos últimos anos. Existe uma estreita ligação entre a infeção VIH e as IST's pois estas facilitam a transmissão e a aquisição do vírus.

A OMS-Europa (Organização Mundial de Saúde) estimou, em 2008, uma taxa de infeção média anual de 89 casos por milhão de habitantes, relativa a 44 países europeus. Portugal é um dos países que apresenta umas das taxas de infeção mais elevadas com 106 casos por milhão de habitantes, destacando-se negativamente em paralelo com Estónia, Letónia e Reino Unido. Em relação aos casos de SIDA o nosso país apresenta uma situação desfavorável com 36 casos de SIDA/milhão de habitantes, sendo um dos cinco países com um número de casos superior a 30 milhões de habitantes. (OMS-Europa: Aids surveillance in Europe,2008).

Portugal é também o quinto país com maior número de mortes por casos de SIDA, em toda a região europeia com um total de 7.243 entre 2004 e 2008.

Desde o primeiro caso de SIDA diagnosticado em Outubro de 1983 e até 31 de Dezembro de 2009, foram notificados 37.201 casos de infeção por VIH/SIDA ao Núcleo de Vigilância de Doenças Infecciosas (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge), nos diferentes estadios de infeção.

A proporção relativa das vias de transmissão tem-se modificado no nosso país. O aumento inicial relativo á transmissão associada ao consumo de drogas injetáveis, atualmente verifica-se um aumento da infeção por transmissão Heterossexual.

Durante o ano de 2009, 61.2% dos casos notificados correspondem á categoria de transmissão Heterossexual. A transmissão associada á toxicodependência apresenta o valor de 14.8% e os casos Homo/Bisexuais são de 19.7%.

Segundo um estudo apresentado pelo Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção VIH/SIDA (2006) no nosso país 68.3% da população perceciona o seu risco de infeção como elevado, 47.7% considera-se em risco maior que a generalidade da população e 37.0% já sentiram receio de se terem infetado. O medo da infeção decorre de ela ser incurável (28.5%) e pelo elevado risco de a poderem contrair ao frequentarem os serviços de saúde. No que se refere a comportamentos sexuais, 39% dos homens recorrem a sexo pago e destes 58.5% não usaram preservativo na última relação paga.

Apenas 22.4% dos inquiridos referiu o uso consistente do preservativo no último ano e 19.2% utilizaram preservativo na última relação sexual.

Entre os jovens escolarizados de 15-19 anos, apenas 15% demonstram possuir conhecimentos corretos sobre os modos de transmissão do VIH. Cerca de 30% referem não ter usado preservativo na última relação sexual.

O panorama encontrado no diagnóstico de saúde elaborado, não foge ao descrito nos parágrafos anteriores, sendo preocupante os comportamentos adotados pela população e algum défice de conhecimento das formas de transmissão da infeção VIH. A ONUSIDA (2000) tem vindo, também, a alertar para a existência de um significativo volume da população mundial que permanece vulnerável ao vírus porque desconhece os conceitos básicos da doença e da sua transmissão.

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção VIH (2006, p. 12) define onze áreas prioritárias de intervenção, sendo que duas delas são: “a prevenção da infeção, com particular atenção às populações mais vulneráveis e o acesso à deteção precoce da infeção e à sua referenciação adequada.”

A prevenção é um problema de todos e os comportamentos preventivos têm que ser estimulados. É importante a prevenção dirigida á população em geral e esta, tem que ser resultado de um compromisso de uma equipa multidisciplinar, dos diferentes parceiros, com e para a comunidade.

Gestores do Projeto:

Tânia Almeida (até 28 de Janeiro de 2012) – Aluna de Mestrado em Enfermagem Comunitária

Enfermeira Teresa figueiredo

Enfermeira Vanessa Silva

Duração do Projeto

Prevê-se a duração de um ano podendo ser prorrogado após a avaliação.

População Alvo

Toda a população residente na área de influência da UCC Nostra Pontinha.

2. OBJECTIVOS

2.1. Objetivo Geral

- Promover a diminuição da prática de comportamentos de risco para a transmissão da infeção por VIH e restantes IST's.

2.2. Objetivos específicos

- Envolver a população no projeto de intervenção

- Capacitar a população para a prática de sexo seguro;
- Realizar sessões de Educação para a Saúde relativamente à problemática VIH/SIDA, restantes IST's e com enfoque nos comportamentos de risco;
- Promover a realização de testes rápidos de VIH;
- Assegurar o tratamento e o acompanhamento dos indivíduos infetados.

3. META

Abranger pelo menos 50% da população da área de influência da UCC Nostra Pontinha de forma a promover a diminuição da prevalência de comportamentos de risco.

4. DEFINIÇÃO DE ESTRATÉGIAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO

Foram definidas as seguintes estratégias para a implementação do projeto:

- Realizar um workshop dirigido à população e focado na problemática VIH/SIDA e comportamentos de risco;
- Promoção de saúde através de sessões de educação para a saúde a diferentes grupos alvo (realizadas numa primeira fase pela aluna de Mestrado em Enfermagem Comunitária e á posteriori pela equipa que vai ficar responsável por este projeto), ajudando a refletir nas implicações do comportamento associado ao sexo desprotegido;
- Estabelecimento de diversas parcerias, com o objetivo de intervir na prevenção da infeção de forma a alterar a prevalência de comportamentos de risco;
- Deteção o mais precoce possível de indivíduos infetados, através da realização de teste rápido.

5. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO

5.1. ACTIVIDADES A DESENVOLVER

Foram delineadas as seguintes atividades:

Fase inicial do projeto:

- Apresentação do projeto a toda a equipa da UCC e pedido de colaboração para a divulgação de Workshop intitulado "Pensar o VIH";
- Reunião com a Vogal de Saúde da Junta de Freguesia da Pontinha para apresentar o projeto, solicitar a cedência de espaço para a realização do Workshop, dirigido á população e para pedir a colaboração da divulgação do mesmo (através do site oficial da Junta de Freguesia e Facebook);
- Reunião com a psicóloga responsável do projeto da Liga contra a Sida de forma a solicitar a sua colaboração no Workshop para apresentar o projeto da Liga e recursos que oferecem á comunidade. Solicitou-se também o fornecimento de folhetos informativos;
- Reunião com o responsável do Grupo Português de Ativistas sobre tratamentos de VIH/SIDA (GAT) para solicitar a sua cooperação no Workshop falando sobre a problemática do VIH/SIDA na nossa

sociedade e no novo contexto atual de crise económica e para dar o seu testemunho como seropositivo;

- Reunião com a equipa de Saúde Escolar da UCC para pedir a sua colaboração na divulgação do Workshop (afixação de cartaz de divulgação nas escolas), e para a programação das sessões de educação para a saúde a realizar nas diferentes escolas;
- Divulgação do Workshop através de afixação de cartaz de divulgação em diversos locais: Ginásio, restaurantes, cafés, centro alimentar;

Desenvolvimento do projeto

- Realização de um Workshop dirigido á população em geral, com a possibilidade de realização de testes rápidos para a infeção VIH e com os seguintes temas em destaque:
 - ✓ O que é a infeção por VIH?;
 - ✓ Meios de transmissão da infeção por VIH;
 - ✓ Recursos disponíveis da comunidade;
 - ✓ Testemunho de um individuo infetado;
 - ✓ Locais onde realizar o teste.
- Realização de testes rápidos para a infeção VIH;
- Encaminhamento sempre que necessário para tratamento e posterior acompanhamento de indivíduos infetados;
- Realização de sessões de educação para a saúde a diferentes grupos alvo, como por exemplo o meio escolar (alunos, professores, pais e assistentes operacionais), associações de moradores dos diferentes bairros...
- Reformulação do questionário aplicado aos utentes que realizam teste rápido para a infeção VIH.

5.2. RECURSOS

Recursos humanos:

- Parceiros: 2 psicólogas da liga contra a Sida e o diretor do GAT
- Aluna de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária
- 2 Enfermeiros
- Futuramente, a equipa da UCC em particular a Enfermeira Teresa figueiredo

Recursos físicos e materiais:

- Salão nobre da Junta de Freguesia da Pontinha
- Salas de aula
- Unidade móvel
- Testes rápidos para a infeção VIH
- Retroprojeter
- Computador Portátil

6. AVALIAÇÃO

Indicadores de avaliação

- Número de utentes que realizaram teste de diagnóstico pós Workshop no período de 10/11/2011 até ao final do ano 2012;
- Número de utentes a quem foram emitidos os meios auxiliares de diagnóstico para confirmação/Número de utentes com testes reativos;
- Número de utentes encaminhados para a consulta de especialidade/ Número de utentes que realizaram meios auxiliares de diagnóstico de confirmação;
- Número de utentes que compareceram à consulta de especialidade/ Número de utentes referenciados à consulta de especialidade.

7. BIBLIOGRAFIA

- OMS- EUROPA: **HIV/AIDS Surveillance in Europe**, 2008. [Consult 4 julho 2011]. Disponível em: <http://www.sida.pt>
- ONUSIDA, "**What makes people vulnerable?**", Report on the global HIV/AIDS epidemic, 2000. [Consult 20 Agost. 2011]. Disponível em: <http://www.sida.pt>.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde - **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH e SIDA 2011-2015**. Lisboa: 2011. ISBN:978-972-8478-24-7 [Consult. 8 Jan 2012]. Disponível em: <http://www.sida.pt>.
- PORTUGAL. **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA. 2007-2010**. Coordenação Nacional para a Infecção VIH/Sida. Lisboa: 2007. [Consult. 2 Abril 2011]. Disponível em: <http://www.sida.pt>.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde – **A situação em Portugal em 31 de Dezembro de 2009**. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Lisboa: 2010. [Consult. 2 Abril 2011]. Disponível em: <http://www.sida.pt>

ANEXO 3

APRESENTAÇÃO DO RESULTADO DO TRABALHO DESENVOLVIDO NO MÓDULO
I E DO TRABALHO A DESENVOLVER NO MÓDULO II



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



Diagnóstico de Saúde dos utentes que realizaram teste rápido para a Infecção VIH na Unidade Móvel



Questão de Investigação:

- Qual a perceção da população que realizou teste rápido para a infeção VIH face a comportamentos de risco?



Método:

- Estudo Retrospectivo e exploratório;
- Amostra: 79 utentes que realizaram teste rápido para a infeção VIH na Unidade Móvel (entre 2009 a 12 de Maio de 2011)
- Colheita de dados: Questionário

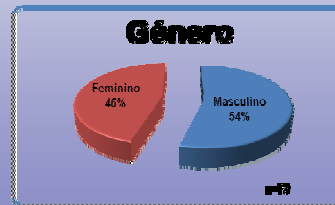
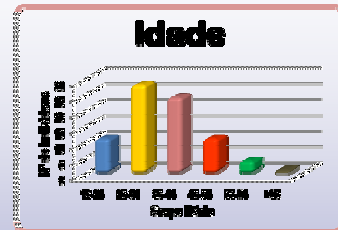
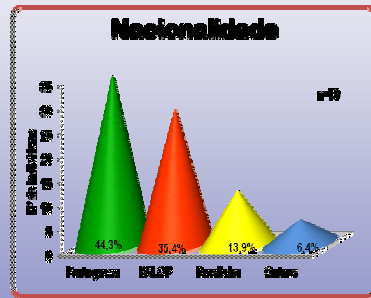


Dimensões do Questionário

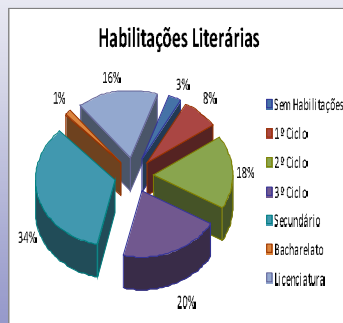
- 1- Dados pessoais;
- 2- Resultado do teste;
- 3- Encaminhamento;
- 4- Como soube da existência da Unidade Móvel;
- 5- Motivo pelo qual está a realizar o teste;
- 6- Testes anteriores;
- 7- Consumo de substâncias;
- 8- Comportamento sexual;
- 9- Uso de Preservativo;
- 10- Parceiro sexual actual;
- 11- IST;
- 12- Derivados do sangue;
- 13- Percepção do risco.



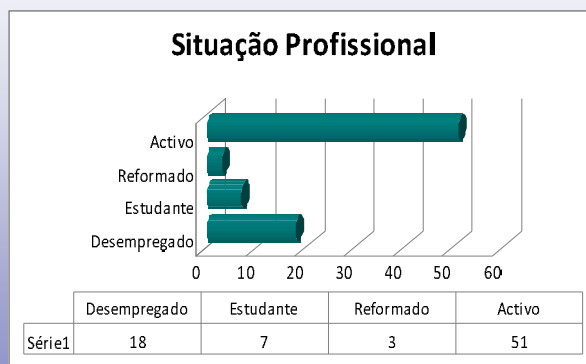
Caracterização da Amostra:



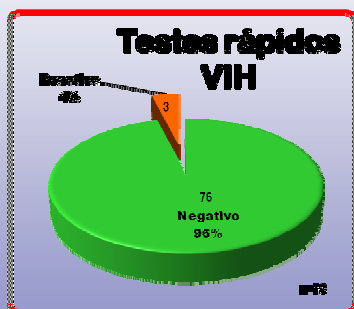
Caracterização da Amostra (cont.):



Caracterização da Amostra (cont.):



Resultado do Teste:



Caracterização dos indivíduos reactivos

Idade Média	39 anos
Género	Masculino
Orientação sexual	Heterossexual
Nacionalidade	PALOP



Comportamento Sexual:

Nº de parceiros sexuais

Nº	Ao longo da vida	Últimos 6 meses
0	1	7
1	8	49
2-4	22	16
> 5	48	7
	79	79

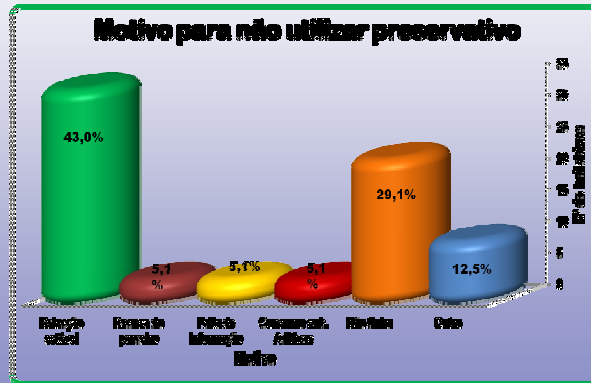


Motivo pelo qual está a realizar o teste:

- Contacto sexual sem preservativo: 38%
- Medo: 13,9%
- Risco do parceiro: 8,9%
- Nova relação: 3,8%
- Recurso á prostituição: 2,5%;
- Prática Prostituição: 1,3%



Uso de Preservativo:



Uso de preservativo

	Sexo Vaginal			
	Sempre	Às vezes	Nunca	NR/NS
Parceiro Actual	3,8%	20,2%	54,4%	21,5%
Parceiro Ocasional	16,4%	26,5%	29,1%	27,8%
Parceiro Anterior	10,1%	26,5%	49,3%	13,9%



Uso de preservativo

	Sexo Oral			
	Sempre	Às vezes	Nunca	NR/NS
Parceiro Actual	3,8%	15,1%	56,9%	24%
Parceiro Ocasional	15,1%	20,2%	36,7%	27,8%
Parceiro Anterior	13,9%	16,4%	59,4%	10,1%

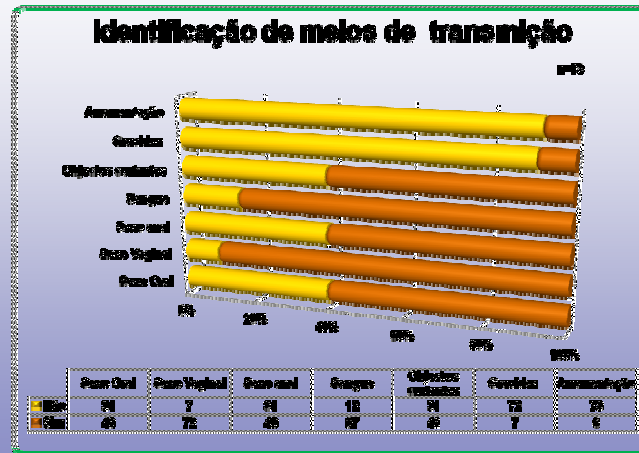


Uso de preservativo

	Sexo Anal			
	Sempre	Às vezes	Nunca	NR/NS
Parceiro Actual	3,8%	13,9%	56,9%	25,3%
Parceiro Ocasional	15,1%	21,5%	34,1%	29,1%
Parceiro Anterior	10,1%	7,7%	59,4%	12,6%



Identificação dos meios de Transmissão da infecção VIH:



Comportamentos de Risco:

Comportamento risco assumido

Não	38 (48,1%)
Sim	41 (51,9%)



Principais conclusões:

- ◇ Amostra heterogénea (devido às características da população residente na área de influência da UCC);
- ◇ 51% dos rastreados assumem que têm comportamentos de risco, sendo 23 homens e 21 mulheres;
- ◇ O motivo pelo qual a maioria dos utentes quer realizar o teste é o contacto sexual sem preservativo, ou seja os utentes têm percepção do risco e assumem que têm comportamentos de risco (51,9%), mesmo assim correm riscos.
- ◇ O uso de preservativo com os diferentes parceiros: actual, ocasional e anterior, e nos três tipos de sexo: oral, vaginal e anal, faz-nos concluir que a maioria dos utentes não usa preservativo nas suas relações.
- ◇ A maioria dos meios de transmissão da infecção por VIH é identificada. No entanto apenas 7 identificam a gravidez como meio de transmissão e 6 a amamentação. É preocupante, pois o grupo etário que mais se destaca é o de 25 a 34 anos – período de idade fértil.



Projecto de Intervenção:

Objectivo Geral:

Promover a diminuição da prática de comportamentos de risco para a transmissão da infecção por VIH



Objectivos específicos

- Capacitar a população para a prática de sexo seguro;
- Promover a realização de testes rápidos de VIH;
- Assegurar o acompanhamento dos indivíduos infetados;
- Realizar sessões de Educação para a Saúde a diferentes grupos alvo sobre a problemática VIH/SIDA e restantes IST's.



Actividades a desenvolver:

- Realização de um Workshop dirigido á população com os temas em destaque:
 - O que é a infeção por VIH?
 - Meios de transmissão da infeção por VIH
 - Recursos da comunidade (saúde, apoio social, jurídico...)
 - Testemunho de um individuo infetado
 - Locais onde realizar o teste rápido
- Realização de diagnóstico precoce, através de testes rápidos para a infeção VIH utilizando como recurso a Unidade Móvel;
- Encaminhamento para tratamento e posterior acompanhamento do indivíduos infetados;
- Realização de sessões de Educação para a Saúde em meio escolar, tendo como população alvo os assistentes operacionais, pais, professores...



Metodologia de Avaliação

- Aplicação de questionários para avaliação dos conhecimentos da população alvo pré e pós sessão de esclarecimento;
- Avaliar quantos indivíduos realizaram teste de diagnóstico pós Workshop no período de x a y;
- N^o de indivíduos a quem foram emitidos os meios auxiliares de diagnóstico para confirmação/ N^o de utentes com teste reactivos;
- N^o de indivíduos encaminhados para consulta de especialidade/ N^o de indivíduos que realizaram meios auxiliares de diagnóstico de confirmação
- N^o de indivíduos que apareceram na consulta de especialidade/ N^o de indivíduos encaminhados

ANEXO 4

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À DIREÇÃO DO ACES PARA REALIZAÇÃO DO
WORKSHOP

Para: Exma. Sr.^a Directora do ACES de Odivelas

Assunto: Pedido de autorização para realização de workshop.

Eu, Tânia Alexandra Dias Almeida, aluna da Especialidade em Enfermagem de Saúde Comunitária da Universidade Católica Portuguesa, a estagiar na Unidade de Cuidados na Comunidade Nostra Pontinha, venho por este meio pedir autorização para a realização de um workshop sobre a temática do VIH.

Este workshop surge no âmbito da elaboração de um estudo retrospectivo no qual foram analisados 79 questionários aplicados a utentes que realizaram teste rápido para a infeção VIH na Unidade Móvel e da área de influência da UCC da Pontinha.

O referido estudo tem como principal objectivo conhecer a percepção da população face aos comportamentos de risco. Esta população é constituída por indivíduos de diferentes nacionalidades e com comportamentos de risco. Perante esta realidade considero pertinente a realização de um Workshop dirigido à população como estratégia de intervenção comunitária.

Com os melhores cumprimentos:

ANEXO 5

CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DO WORKSHOP

WORKSHOP: PENSAR O VIH

**SALÃO NOBRE DA JUNTA DE FREGUESIA DA
PONTINHA**

10/11/2011

DAS 17H30 ÀS 19H00

DESTINATÁRIOS: POPULAÇÃO EM GERAL

**INSCRIÇÕES: UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE NOSTRA PONTINHA E JUNTA
DE FREGUESIA DA PONTINHA**



ANEXO 6

SESSÃO DE APRESENTAÇÃO NO WORKSHOP



VIH

- Estudo realizado com uma amostra de 79 utentes que realizaram teste rápido para a infeção VIH na Unidade Móvel;
- Objetivo do estudo:
 - Perceber qual a perceção da população face a comportamentos de risco;
 - Amostra:
 - Nacionalidade: 44,3% Portuguesa, 35,4% Palop, 13,9% Brasileira e 6,4% outros;
 - Género predominante: Masculino- 43 Homens
Feminino-36 Mulheres

2

VIH

- Idade:
 - Grupo etário predominante: 25-34 anos e 35-44 anos;
- Habilitações Literárias: Ensino secundário 34%, 3º ciclo 20%, Licenciatura 16% e sem habilitações 3%;
- Estado Civil: 34,2% Solteiro e 32,9% Casado;
- 51 dos utentes são ativos, 18 desempregados, 7 estudantes e 3 reformados;

3

VIH

Conclusões:

- 52% dos utentes assumem que têm comportamentos de risco, mas mesmo assim correm risco, pois:
 - O Principal motivo pelo qual realizam o teste é o contacto sexual sem preservativo (38%).
 - Maioria dos meios de transmissão é identificada. No entanto apenas 7 identificam a gravidez como meio de transmissão e 6 a amamentação.
- È preocupante pois o grupo etário que se destaca é o de 25-34 anos: período de idade fértil.

4

VIH

O que é?

- Vírus da Imunodeficiência Humana, causador da SIDA;
- Pode ficar incubado no corpo humano por tempo indeterminado sem manifestar sintomas no entanto a pessoa está infetada;
- Uma pessoa infetada com comportamentos de risco infeta outra pessoa.

5

VIH

Portador

- Indivíduo que transporta no seu organismo determinado vírus ou bactéria, que pode ou não, manifestar-se.
- Contudo, esta pessoa pode transmitir o microorganismo.

Doente

- Indivíduo que para além de ser portador apresenta sintomas de doença.
- Logo, também pode transmitir o microorganismo.

6

VIH

- A sida (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) é causada pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) que enfraquece o sistema imunitário do nosso organismo, destruindo a sua capacidade de defesa.

7

VIH

Meios de transmissão:

- Via sexual: vaginal, oral e anal;
- Sangue;
- Partilha de objetos cortantes;
- Gravidez;
- Amamentação

8

VIH

Diagnóstico:

Análise de sangue por:

- Teste rápido;
- Teste Laboratorial

9

VIH

Onde realizar o teste :

- UNIDADE MÓVEL (teste rápido), que se encontra:
 - Serra da Luz (2ª feiras e restantes 4ª)
 - Bairro Stº Eloy (segunda 4ª feira do mês)
 - Quinta das Pretas (quarta, 4ª feira do mês)
- Solicitar prescrição ao Médico de Família

10

VIH

Prevenção

Que comportamentos devo evitar?

- Relação sexual não protegida;
- Relação com parceiro sexual desconhecido, ocasional e/ou múltiplos;
- Toxicodependência;
- Qualquer contacto com produtos fluidos orgânicos.

11

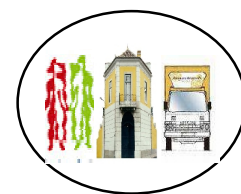
VIH

**“A única medida de combate ao
VIH e à Sida é a prevenção!”**

12

ANEXO 7
QUESTIONÁRIO REFORMULADO

UCC NOSTRA PONTINHA
QUESTIONÁRIO TESTE RÁPIDO VIH



Data: _____ Local: _____

DADOS PESSOAIS

Género: Masculino Feminino Idade: _____
Data de Nascimento: ___/___/____ Nacionalidade: _____
Residência: _____ Naturalidade: _____
Se Migrante, há quanto tempo vive em Portugal: _____ Situação Actual: _____
Inscrito em Centro de Saúde? Não Sim

Estado Civil:

Solteiro Casado União de Facto Divorciado Viúvo Separado Não Resp.

Habilitações Literárias:

Sem Habilitações 1º Ciclo 2º Ciclo 3º Ciclo Ens. Secundário
Bacharelato Licenciatura Mestrado Doutoramento Não Resp.

Situação Profissional:

Desempregado Estudante Reformado Activo _____

RESULTADO DO TESTE

Negativo Positivo
Reativo Indeterminado
Recusa Aconselhamento Não fez análise Recusa-se a prestar declarações

ENTREGA E ENCAMINHAMENTO

Entrega Resultado: ___/___/____ Hora: _____ Local: _____
Compareceu: Sim Não
Teste de confirmação: Sim Não Onde? _____
Encaminhado para: _____ Data Consulta: ___/___/____

COMO SOUBE DA EXISTÊNCIA DA UNIDADE MÓVEL?

Amigo Órgãos de Informação
Instituição de Saúde Enviado por outras Instituições

Observação Local	<input type="checkbox"/>	Internet	<input type="checkbox"/>
Estab. Ensino	<input type="checkbox"/>	Liga Port. Contra SIDA	<input type="checkbox"/>
Farmácias	<input type="checkbox"/>	Outros	<input type="checkbox"/>
Linhas Apoio	<input type="checkbox"/>	Quais? _____	

MOTIVO DO TESTE

Cont. Sexual S/ Preserv.	<input type="checkbox"/>	Partilha Mat. EV (drogas)	<input type="checkbox"/>	Risco Parceiro	<input type="checkbox"/>
Ruptura Preservativo	<input type="checkbox"/>	Risco Mat. EV (tatuagens, piercings)	<input type="checkbox"/>	Risco do ex-parceiro	<input type="checkbox"/>
Confirmação Teste Positivo	<input type="checkbox"/>	Recurso Prostituição	<input type="checkbox"/>	Prática Prostituição	<input type="checkbox"/>
Nova Relação	<input type="checkbox"/>	Risco Profissional	<input type="checkbox"/>	Plan. Gravidez	<input type="checkbox"/>
Parceiro Seropositivo	<input type="checkbox"/>	Incidentes de Risco	<input type="checkbox"/>	Medo	<input type="checkbox"/>
Rep. (Fim P. Janela)	<input type="checkbox"/>	Sintomas	<input type="checkbox"/>	Outros	<input type="checkbox"/>
		Quais? _____		Quais? _____	

Notas: _____

TESTES ANTERIORES

Não Resultado: Negativo

Sim Positivo

Não Sabe

Primeiro Teste há: _____ ano(s) _____ mês(es) Último Teste há: _____ ano(s) _____ mês(es)

Local onde fez o teste: _____

Notas: _____

CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS

Drogas EV Sim Não Utiliza há: _____ ano(s) _____ mês(es)

Último consumo há: _____ ano(s) _____ mês(es)

Partilha de Material: Sempre Às vezes Nunca

Outras Substâncias: Quais: _____ Utiliza há: _____ ano(s) _____ mês(es)

Último consumo há: _____ ano(s) _____ mês(es)

Consumiu alguma substância antes ou durante relações sexuais: Sim Não Não se lembra

Qual (ais) _____

OUTRAS SITUAÇÕES DE RISCO

Portador de percings: Não Sim Há quanto tempo: ____ ano(s) ____ mês(es)

Onde? _____

Portador de tatuagens: Não Sim Há quanto tempo: ____ ano(s) ____ mês(es)

Onde? _____

COMPORTAMENTO SEXUAL

Idade da sua primeira relação sexual: _____ Utilizou preservativo: _____

Actualmente: Com Actividade Sexual Sem Act. Sexual Não Iniciou Actividade Sexual

Orientação Sexual: Heterossexual Homossexual Bissexual Não Responde

Número de Parceiros

Nos Últimos 6 meses: 0 1 2 a 4 5 a 9 ≥ 10 Desconhecido

Ao longo da vida: 0 1 2 a 4 5 a 9 ≥ 10 Desconhecido

Uso do Preservativo

Com que frequência utilizou o preservativo:

Não Responde

Parceiro Actual Parceiro Ocasional Parceiro Anterior

Sexo Oral: Sempre Sexo Oral: Sempre Sexo Oral: Sempre

Às vezes Às vezes Às vezes

Nunca Nunca Nunca

N.R./N. A. N.R./N. A. N.R./N. A.

Sexo Vaginal: Sempre Sexo Vaginal: Sempre Sexo Vaginal: Sempre

Às vezes Às vezes Às vezes

Nunca Nunca Nunca

N.R./N. A. N.R./N. A. N.R./N. A.

Sexo Anal: Sempre Sexo Anal: Sempre Sexo Anal: Sempre

Às vezes Às vezes Às vezes

Nunca Nunca Nunca

PERCEIRO SEXUAL ACTUAL:Sexo do Parceiro: Masculino Feminino

A relação é protegida?

Nunca Às vezes / Algumas práticas Sempre Parceiro Atual portador do VIH: Desconhecido Sim

Se Sim, sabe qual a via de Transmissão: _____

Não Sabe **INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST)**Não Não Sabe Sim Há: _____ ano(s) _____ mês(es)

Quais? _____

TRANSFUSÕES DE SANGUE

Recebeu sangue total ou derivados do sangue?

Não Desconhecido Sim Quando? _____ Onde? _____**PERCEPÇÃO DO RISCO**

Identificação das Vias de Transmissão (colocar x nas vias que o utente identifica)

 Sexual Oral Vaginal Anal Sangue Partilha de Objectos Cortantes Contacto Directo Mãe-Filho Gravidez Parto Amamentação

Refere outros Meios de Transmissão? (colocar x nas vias que o utente identifica)

 Insectos Beijos Partilha Talheres / Copos Outras Quais? _____Considera ter tido comportamento de risco? Sim Não

Porquê? _____

Razões para não ter utilizado o preservativo nas relações sexuais

- | | | | | | |
|------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| Casamento/Namoro | <input type="checkbox"/> | Recusa do Parceiro | <input type="checkbox"/> | Preço Preservativo | <input type="checkbox"/> |
| Perda de Sensibilidade | <input type="checkbox"/> | Testes IST Negativos | <input type="checkbox"/> | Falta de Informação | <input type="checkbox"/> |
| Alergia | <input type="checkbox"/> | Consumo substâncias | <input type="checkbox"/> | Não tinha preservativo | <input type="checkbox"/> |

Notas: _____

Enfermeiro (a): _____

ANEXO 8

POSTER APRESENTADO NA CONFERÊNCIA VIH PORTUGAL 2011

Estudo Retrospectivo - Teste Rápido VIH

Objectivo

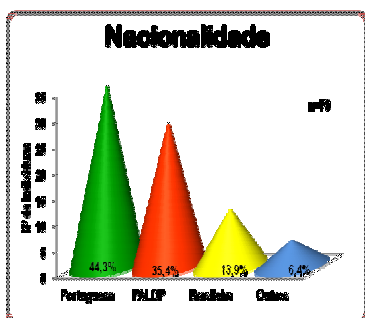
Perceber qual a percepção da população rastreada na Unidade Móvel face a comportamentos de risco.

Introdução

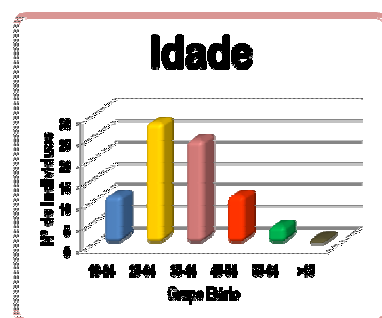
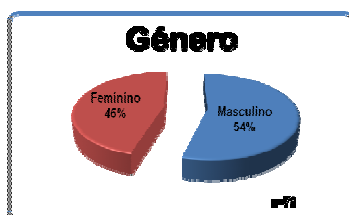
No âmbito do projecto "Saúde em movimento" foi elaborado um estudo quantitativo utilizando uma amostra de 79 utentes que realizaram teste rápido para a infecção VIH, na Unidade Móvel entre 2009 e 12 de Maio de 2011 e a residir na área de influência da UCC Nostra Pontinha.

Este projecto é transversal a todos os Programas Nacionais de Saúde e assume-se como uma forma de chegar a grupos mais desfavorecidos permitindo, entre outros:

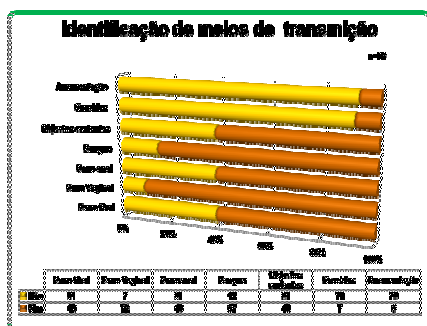
- Reforçar a intervenção na prevenção da infecção do VIH com a entrega gratuita de folhetos informativos, preservativos femininos e masculinos;
- Realizar o diagnóstico precoce, através de testes rápidos para a infecção VIH;



Caracterização da População



Resultados

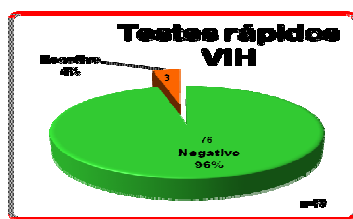
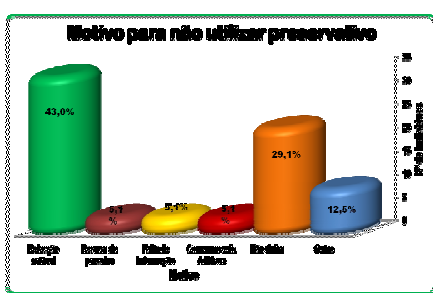


Comportamento risco assumido

Não	38 (48,1%)
Sim	41 (51,9%)

Nº de parceiros sexuais

Nº	Ao longo da vida	Últimos 6 meses
0	1	7
1	8	49
2-4	22	16
> 5	48	7
	79	79



Caracterização dos indivíduos reactivos

Idade Média	39 anos
Género	Masculino
Orientação sexual	Heterossexual
Nacionalidade	PALOP

Conclusão

- Os três casos reativos foram encaminhados e encontram-se em tratamento;
- Com os diferentes cruzamentos de variáveis conclui-se que a população sabe que tem comportamentos de risco, mas mantém os mesmos;
- Apesar do tamanho reduzido da amostra, três testes reactivos é uma percentage elevada, tornando-se necessário manter projectos de intervenção junto da comunidade de forma a detectar precocemente indivíduos infectados e alterar a prevalência de comportamentos de risco.

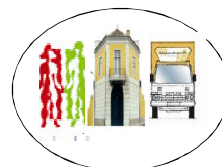


ANEXO 9

SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE SOBRE IST's

Infeções Sexualmente Transmissíveis

O QUE SÃO?



IST's

- São doenças contagiosas cuja forma mais frequente de transmissão é através de relações sexuais (vaginal, oral ou anal).

www.apf.pt

IST's

- Podem ser causadas por:
 - bactérias;
 - vírus;
 - parasitas.

IST's por BACTÉRIAS:

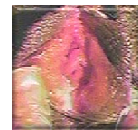
Gonorreia

- Causada pela **bactéria gonococo**
- Afeta com maior frequência o aparelho genital feminino, mas também o pênis, uretra, ânus, garganta e membrana branca dos olhos.
- **Via de transmissão:** via sexual e de mãe para filho durante o parto

Sintomas:

- **Homens:** corrimento do pênis semelhante a pus, dor ou ardor ao urinar
- **Mulheres:** dor pélvica, hemorragia, febre, penetração dolorosa, dor ao urinar; corrimento de cor amarelada ou esverdeada

Tratamento: Antibioterapia



IST's por BACTÉRIAS (cont.):

Clamídia

- Causada pela **bactéria Chlamydia**
- IST mais comum
- Afeta o pênis, a vagina, o colo do útero, o ânus, a uretra, garganta e olhos.



Sintomas:

- Geralmente as **mulheres** não têm sintomas. Quando têm apresentam: dores no abdômen e secreções vaginais amareladas e esverdeadas
- **Homens:** sensação de queimadura na uretra e corrimento uretral

Tratamento: Antibioterapia.

- Aconselha-se o tratamento da Gonorreia e Clamídia em simultâneo pois a infeção por estas duas bactérias são frequentes.

IST's por BACTÉRIAS (cont.):

Sífilis

- Causada pela **bactéria treponema pallidum**
- Penetra no organismo através das membranas mucosas, como a vagina, boca, ânus, pênis e através da pele.
- Os sintomas começam a aparecer de 1 a 13 semanas após o contágio e passam por diferentes estádios.

Sífilis (cont.)

Estádios da Sífilis:

- **Estadio latente:** ausência de sinais e sintomas;
- **Estadio primário:** ocorre cerca de 3 semanas após a infecção;

Sintomas:

- Aparecimento de pequena ferida nos órgãos genitais, boca, ânus ou mama.
- Habitualmente é ignorada;



Sífilis (cont.)

- **Estadio secundário:** ocorre 4 a 6 semanas após o aparecimento da lesão

Sintomas:

- Febre;
- Anorexia;
- Mialgias;
- Cefaleias;
- Artralgias;
- Manchas eritematosas;
- Pode ocorrer atingimento palmo plantar.

Sífilis (cont.)

- **Estadio terciário:** esta fase pode ocorrer 1 a 20 anos após a infecção

Sintomas:

- Surgem lesões cutâneo-mucosas;
- Lesões articulares;
- Quando não tratada pode causar danos graves a nível:
 - Cardíaco;
 - Cerebral: Neurosífilis;
 - Nervoso

ISTs por BACTÉRIAS (cont.)

Candidíase Genital

- Causada pela **candida Albicans**
- **Via de transmissão:** Via sexual, contacto íntimo, partilha de roupa interior
- **Sintomas:**
- **Mulheres:** prurido vaginal, irritação e corrimento vaginal não fétido
- **Homens:** Raro, mas pode aparecer irritação e dor na extremidade do pénis.
- **Tratamento:** Terapêutica (antifúngicos)



IST's por VÍRUS

Hepatite B

- Vírus vive no sangue, na saliva, no esperma e corrimento vaginal

Transmissão:

- Relações sexuais sem preservativo;
- Partilha de agulhas e seringas infectadas;
- Gravidez de uma mãe infectada para o filho,
- Partilha de objectos cortantes que possam estar contaminados com sangue;
- Fluidos orgânicos: saliva, exsudado de feridas;
- 1% dos portadores crónicos podem desenvolver doenças hepáticas graves, como a cirrose e cancro do fígado, patologias que matam um milhão de pessoas por ano.

Sintomas: Assintomática ou síndrome gripal

IST's por VÍRUS (cont.)

Hepatite C

Vias de transmissão:

- via sanguínea;
- Via sexual;
- Partilha de agulhas e seringas infetadas;
- Partilha de objetos cortantes;
- A transmissão de mãe para filho é pouco frequente.
- Cerca de 20% dos infetados recuperam espontaneamente;
- 80% passam a sofrer de hepatite crónica; 20% podem dar origem a cirrose ou cancro do fígado;

Sintomas: Assintomática ou síndrome gripal

Evolução: Período de evolução da doença: 20 a 40 anos

IST's por VÍRUS (cont.)

Herpes Genital

- Causado pelo vírus herpes simplex (HSV);
- Doença crónica, recorrente, evolui por surtos;

Sintomas:

- Inicia-se com pequenas manchas avermelhadas, que provocam sensação de queimadura, surgindo depois pequenas bolhas ou vesículas que após alguns dias rebentam e transformam-se em feridas.
- Quando surge aconselha-se abstinência sexual.

IST's por VÍRUS (cont.)

Vírus do Papiloma Humano

Via de transmissão: Sexual

Sintomas:

- Aparecimento de verrugas ou condilomas
- **Mulheres:** surgem á volta do ânus, vagina ou colo do útero.
- **Homens:** surgem á volta do pénis e ânus.

Prevenção: vacinação tipos 6, 11, 16 e 18

Tratamento: Terapêutica e tratamentos por laser (Crioterapia)

- A infeção quando não tratada pode levar a cancro do colo do útero e neoplasia intraepiteal anal.

IST's por VÍRUS (cont.)

VIH

- Infecta as células do sistema imunitário. A infeção conduz a uma deterioração do sistema imunitário deixando de cumprir a sua função de combater a infeção e a doença.
- SIDA (síndrome de imunodeficiência adquirida) aplica-se aos estádios mais avançados da infeção por VIH;
- Responsável pelo aumento das ist's nos últimos anos.

Transmissão:

- Relações sexuais: vaginal, oral e anal
- Partilha de agulhas, seringas e outros objetos cortantes;
- Transmissão vertical (mãe/filho) no parto e amamentação

VIH (cont.)

- Existe elevada frequência de dupla infeção:
- VIH/SIFILIS: maior risco de neurosifilis;
- VIH/ VHC: evolução rápida da hepatite c, aumentando o risco de cirrose;
- VIH/TB: pode ser a 1ª infeção a manifestar-se e o risco de contrair TB é maior

- **Diagnóstico:**

Através de uma análise de sangue – teste rápido

IST's por Parasitas

Pediculose púbica (Chatos)

- Piolhos que se encontram na púbis, á volta da vulva, do pénis e do ânus.
- Podem aparecer na roupa interior com pontos vermelhos ou acastanhados.

Transmissão: contacto sexual e roupa interior

IST's por Parasitas

Infeção por Tricomonas

- Manifestam-se nas **mulheres**: corrimento amarelado, por vezes com cheiro fétido, acompanhado de prurido intenso e ardor.
- No **Homem** a infeção na maioria dos casos é assintomática.
- **Transmissão:** via sexual
- **Tratamento:** para a pessoa infectada e seu/seus parceiros.

IST's

Principais conclusões:

- O aumento da incidência das IST's representa um problema de saúde pública;
- A OMS estima em 250 milhões o nº de novos casos /ano

IST's

Quando não tratadas:

- Infertilidade;
- Gravidez ectópica;
- Malformações fetais;
- Infeções Neonatais;
- Morte.

IST's

➤ Prevenção e controlo das IST's:

- Diagnóstico precoce;
- Testes rápidos;
- Testes laboratoriais;
- Rastreios.

➤ Tratamento precoce:

- Do próprio;
- Do(s) Parceiro(s) sexual (ais).

IST's

- Deteção precoce;
- Diminuir/ Alterar comportamentos de risco;

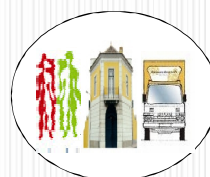
- **Sexo seguro**



ANEXO 10

SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE SOBRE VIH

VIH



Pontinha, 17 de Janeiro de 2012

Tânia Almeida

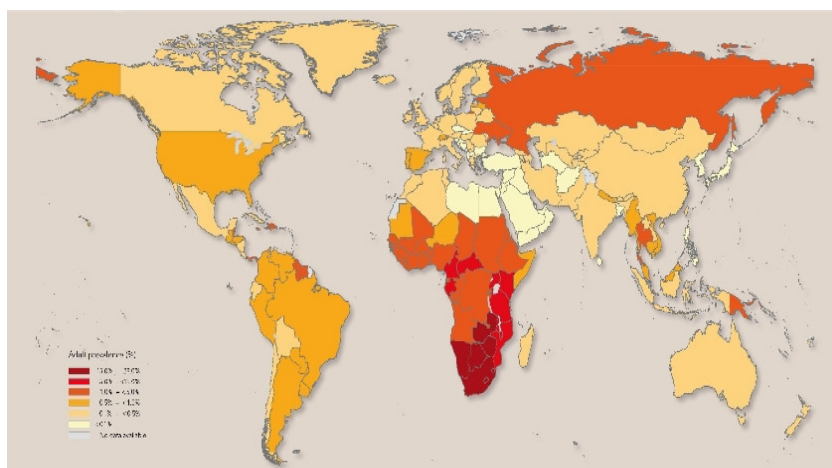
HISTÓRIA

- **VIH**
 - Vírus da Imunodeficiência Humana;
 - Pertence à família dos Retrovírus;
 - Responsável pela SIDA;
 - Em 1983, foi descoberto e identificado o VIH-1 por LUC Montagnier, Françoise Barré-Sinoussi e Odete Ferreira no Instituto Pasteur em França.
 - Em 1985, foi descoberto VIH-2 por Odete Ferreira, em Portugal.



(www.wikipedia.org/wiki)

Incidência Global da infecção VIH/SIDA no Mundo:



Segundo a ONUSIDA e a OMS, desde 1981:

- A África do Sul continua a ser a mais afetada;
- 60 milhões de pessoas infetadas em todo o mundo;
- 25 milhões de vítimas mortais desde a identificação da doença;
- 72% das mortes em 2008 associadas à SIDA;
- Desde 1996, devido aos avanços da terapêutica 3 milhões de vidas terão sido salvas.

A situação da epidemia em Portugal:

1º caso diagnosticado em Portugal-Outubro de 1983

Até 31 de Dezembro de 2009 foram notificados 37.201 casos de infeção VIH/SIDA, dos quais:

- 23,6% utilizadores de drogas injetáveis
- 59,6% por transmissão heterossexual
- 13,1% por transmissão homossexual

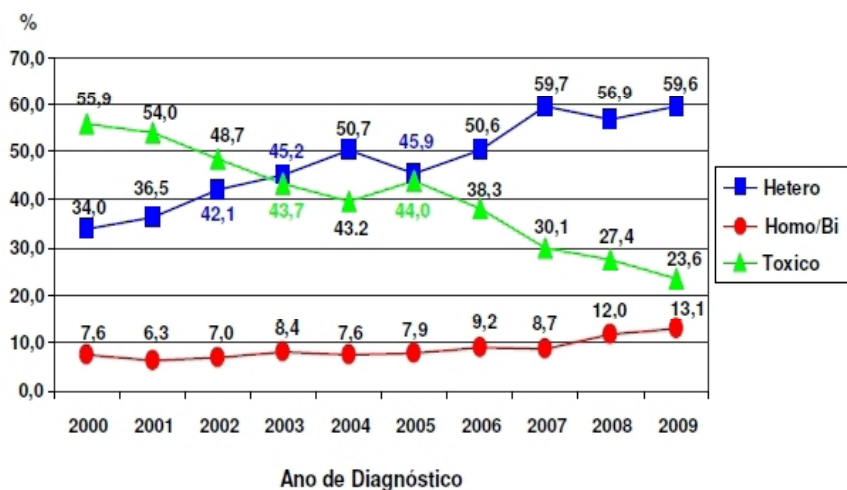
Portugal apresenta uma das taxas de infeção mais elevada, com 106 casos por milhão de habitante;

3º país, da UE depois da Estónia e Letónia com o maior número de novos casos.

OMS-Europa: HIV/AIDS surveillance in Europe, 2008

INSA: INFEÇÃO VIH/SIDA-A situação em Portugal 31 de Dezembro de 2009

Figura 1. Casos de SIDA: tendências temporais nas 3 principais categorias de transmissão



VIH

O que é?

- Vírus da Imunodeficiência Humana, causador da SIDA;
- Pode ficar incubado no corpo humano por tempo indeterminado sem manifestar sintomas no entanto a pessoa está infetada;
- Quando uma pessoa está infetada com o VIH diz-se que é seropositiva.
- Uma pessoa infetada com comportamentos de risco infeta outra pessoa.

VIH

Portador

- Indivíduo que transporta no seu organismo determinado vírus ou bactéria, que pode ou não, manifestar-se.
- Contudo, esta pessoa pode transmitir o microorganismo.

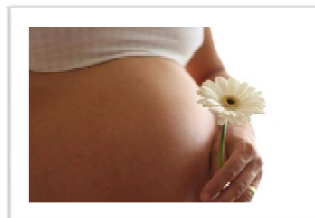
Doente

- Indivíduo que para além de ser portador apresenta sintomas de doença.
- Logo, também pode transmitir o microorganismo.

VIH

Meios de transmissão:

- Via sexual: vaginal, oral e anal;
- Sangue;
- Partilha de objetos cortantes;
- Gravidez;
- Amamentação



VIH

Diagnóstico:

Análise de sangue por:

- Teste rápido: deteção de anticorpos anti-HIV são testes de triagem que produzem resultados no máximo, 30 minutos:
 - **Confidencial;**
 - **Anónimo;**
 - **Gratuito;**
- Teste Laboratorial



VIH

Quem deve fazer o teste diagnóstico do VIH?

- **COMPORTAMENTOS DE RISCO**
- É importante fazer o teste de diagnóstico sempre que se tem dúvidas sobre a possibilidade de estar infetado pelo VIH ou se pensa engravidar e se:
 - Teve relações sexuais sem preservativo;
 - Houve partilha de seringas ou agulhas ;
 - Fez uma tatuagem ou um *piercing* e o material não estava devidamente desinfetado;
 - Teve contacto direto com o sangue de outra pessoa.

VIH

Onde realizar o teste :

- UNIDADE MÓVEL (teste rápido), que se encontra:
 - Serra da Luz (2ª feiras e restantes 4ª)
 - Bairro Stº Eloy (segunda 4ª feira do mês)
 - Quinta das Pretas (quarta, 4ª feira do mês)
- Solicitar prescrição ao Médico de Família



VIH

Prevenção

Que comportamentos devo evitar?

- Relação sexual não protegida;
- Relação com parceiro sexual desconhecido, ocasional e/ou múltiplos;
- Toxicod dependência;
- Qualquer contacto com produtos fluidos orgânicos.



SEXO SEGURO



VIH

“A única medida de combate ao VIH
e à Sida é a prevenção!”

ANEXO 11

FORMULÁRIO PARA A COLHEITA DE DADOS PARA O CURSO DE COMPETÊNCIA
DE CUIDADORES INFORMAIS

**INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS PARA CURSO DE
COMPETÊNCIA DE CUIDADORES INFORMAIS**

O instrumento que se segue insere-se no projecto “Educar para Cuidar” e tem como objectivo, numa primeira parte, caracterizar os cuidadores e utentes que deles cuidam, numa segunda parte, avaliar as necessidades de intervenção social dos cuidadores/utentes, e numa terceira parte, avaliar o nível de qualidade dos cuidados prestados aos utentes, tendo por base o modelo de Necessidades Humanas Fundamentais de Virginia Henderson.

Esta terceira parte será novamente aplicada no final do curso de competências efectuado aos cuidadores, com o objectivo de avaliar os resultados atingidos com o mesmo.

PARTE I

DADOS DO UTENTE

Nome: _____

Idade: ___ Data de Nascimento: ___/___/_____

Sexo: M F

Grau de dependência:

- Acamado
- Acamado, mas faz levantes
- Não está acamado, mas não consegue deambular
- Deambula com ajudas técnicas e sob supervisão
- Deambula sozinho com ajudas técnicas

Patologia:

- | | |
|---------------------------|-----------------------|
| AVC | Neoplasia |
| Fractura do colo do fémur | Diabetes |
| Úlcera de pressão | Úlcera varicosa |
| Osteoartrose | Cardiopatia isquémica |
| Insuficiência cardíaca | Demência |
| Acidente/lesão traumática | DPOC |
| Esclerose múltipla | Insuficiência renal |
| Isquémia | Outras _____ |

DADOS DO CUIDADOR

Nome: _____

Idade: ___ Data de Nascimento: ___ / ___ / _____

Sexo: M F

Escolaridade: _____

Grau de parentesco com o utente: _____

É a primeira vez que presta cuidados a uma pessoa dependente? Sim Não

Frequência com que cuida do utente (por semana):

1x 2x 3x 4x 5x 6x 7x

Tempo que despende para cuidados ao utente (por dia): _____ horas

Horário de **indisponibilidade** para participar no curso:2^a – _____ 5^a – _____3^a – _____ 6^a – _____4^a – _____ Sáb. – _____

Que temas gostaria de ver abordados no curso?

PARTE II**Questões no âmbito das prestações sociais:****Criança ou Jovem:**

- € Não se aplica
- € O utente recebe bonificação do Abono de Família para Crianças e Jovens Portadores de Deficiência Subsídio Mensal Vitalício
- € Subsídio por Frequência de Estabelecimento de Educação Especial
- € Subsídio Mensal Vitalício
- € Subsídio por Assistência de 3.^a Pessoa

Idoso:

- € Não se aplica
- € O utente recebe Complemento por dependência

- Se sim, qual o grau que lhe foi atribuído?

- € 1º Grau
- € 2º Grau

- € O utente é beneficiário do Complemento Solidário para Idoso

Protecção social:

- € Não se aplica
- € O utente beneficia de apoio domiciliário do tipo:

- € Alimentação
- € Higiene Pessoal
- € Higiene Habitacional
- € Tratamento de roupa

-Qual a Instituição que presta o apoio:

-Frequência do apoio prestado pela instituição acima mencionada (por semana):

1x 2x 3x 4x 5x 6x 7x

-Sente necessidade de esclarecimento relativamente a algum tipo de assunto no âmbito das medidas de protecção social a pessoas com dependência?

PARTE III**GRELHA DE AVALIAÇÃO**

Seleccione com um X as opções adequadas ao cuidador em questão. No caso destas não se adequarem ao cuidador ou utente assinale com um X a opção “Não se aplica”.

BEBER E COMER ADEQUADAMENTE

Proporciona um ambiente adequado durante as refeições

Não se Aplica

- Assegura um ambiente calmo
- Assegura um ambiente limpo
- Evita odores desagradáveis
- Assegura um ambiente sem distrações

Adequa a alimentação às patologias e aos gostos do utente**Não se Aplica**

- Adequa a consistência dos alimentos
- Adequa o tipo de alimentos
- Adequa a condimentação
- Adequa o número de refeições

Posiciona o utente correctamente durante a alimentação**Não se Aplica**

- Transfere o utente para a cadeira ou coloca-o na posição de folwer

Presta cuidados adequados á manutenção da SNG**Não se Aplica**

- Troca o adesivo sempre que necessário
- Limpa a pele do nariz sempre que troca o adesivo
- Posiciona e fixa a sonda adequadamente
- Assegura higiene oral e nasal adequada

Alimenta o utente com técnica adequada através de SNG**Não se Aplica**

- Posiciona o utente em Fowler ou semi-fowler
- Lava as mãos antes e após a manutenção da SNG
- Clampa a SNG antes de retirar a tampa e mantém-na clampada sempre que não tem a seringa introduzida
- Verifica a localização da SNG através das três técnicas (aspiração de conteúdo gástrico)
- Verifica a presença de conteúdo gástrico e faz pausa alimentar caso este seja superior a 50% da refeição anterior
- Administra a alimentação lentamente
- Limpa a SNG com 20 a 30 cc de água após a alimentação
- Coloca a tampa na extremidade da SNG
- Lava a seringa de alimentação após cada refeição
- Mantém o utente em posição adequada para favorecer a digestão

Alimenta o utente com técnica adequada através de PEG**Não se Aplica**

- Lava as mãos antes de iniciar a alimentação
- Clampa a PEG antes de retirar a tampa e mantém-na clampada sempre que não tem a seringa introduzida
- Verifica a presença de conteúdo gástrico e faz pausa alimentar caso este seja superior a 50% da refeição anterior
- Administra a alimentação lentamente
- Limpa a PEG com 20 a 30 cc de água após a alimentação
- Coloca a tampa na extremidade da PEG
- Lava a seringa de alimentação após cada refeição

Hidrata o utente de forma adequada**Não se Aplica**

Hidrata o utente com pelo menos 1,5 L de líquidos por dia

Conhece e identifica sinais de desidratação (prega cutânea, pele e mucosas secas)

RESPIRAR NORMALMENTE**Mantém um ambiente adequado à respiração eficaz****Não se Aplica**

Areja o quarto diariamente

Mantém a temperatura adequada no quarto

Adequa a roupa do utente à temperatura adequada

Toma medidas de combate à humidade excessiva (utilização de desumidificador, não apresenta bolor nas paredes)

Identifica alterações na respiração do utente**Não se Aplica**

Ruídos respiratórios anormais

Presença de secreções

Acessos de tosse

Aumento ou diminuição da frequência respiratória

Assimetria nos movimentos respiratórios

Presença de cianose peribocal ou das extremidades

Comunica as alterações ao profissional de saúde

Oxigenoterapia**Não se Aplica**

Cumprir o tempo prescrito de oxigenoterapia

Cumprir o débito prescrito de oxigenoterapia

Adapta de forma adequada os óculos nasais/máscara ao utente

Realiza a limpeza e hidratação adequada das mucosas

Aspira as secreções do utente com técnica adequada**Não se Aplica**

Lava as mãos antes e após a técnica

Verifica o funcionamento do aspirador

Posiciona o utente em Fowler ou semi-fowler

Utiliza luvas

Controla o funcionamento do aspirador com a mão não dominante

Coloca a sonda na boca/nariz durante a inspiração

Aspira de forma intermitente

Faz movimento circulares durante a exteriorização da sonda

Lava a sonda e a tabuladora do aspirador aspirando água

Desliga o aspirador

Presta cuidados adequados a traqueostomia**Não se Aplica**

Presta cuidados diários e sempre que necessário à traqueostomia

Lava as mãos antes e após a técnica

Coloca o utente na posição de semi-fowler ou fowler

Utiliza luvas

Remove o penso da traqueostomia

Retira a cânula interna

Realiza a lavagem à cânula de forma correcta

Limpa o estoma e a pele circundante

Limpa o exterior da cânula externa

Coloca cânula interna

Aplica novo dispositivo de fixação

Aplica compressas secas

MOVER-SE E MANTER UMA POSTURA ADEQUADA**Reconhece as capacidades e limitações do utente****Não se Aplica**

Reconhece as capacidades de movimentação que o utente tem, não tentando ir para além das mesmas

Potencia as capacidades do utente, estimulando-o a usá-las, dando-lhe oportunidade e tempo para fazer o que ainda consegue

Está junto do utente, sempre que ele necessita de supervisão

Apoia o utente, e ou os seus membros durante os movimentos, quando ele necessita

Não substitui o utente naquilo que ele consegue fazer

Incentiva à prática de exercícios musculares de acordo com as suas capacidades

Coloca junto ao utente as ajudas necessárias (bengala, canadiana, cadeira de rodas, andarilho)

Promove e acompanha o utente em pequenas caminhadas, desde que o mesmo as consiga efectuar

Efectua levante diário ao utente para cadeira/cadeirão, sempre que adequado à sua situação clínica

Aplica a técnica correcta nas transferências efectuadas ao utente**Transferência da cama para a para a cadeira/cadeirão:****Não se Aplica**

Retira o braço da cadeira de rodas do lado da cama e afasta os pedais da cadeira

Ajuda o utente a rodar os membros inferiores para fora da cama

Ajuda o utente a virar-se, de modo que possa elevar o tronco, ficando sentado na cama com os pés pendentes

Ajuda o utente a deslizar no bordo da cama, segurando-o pela cintura, até pousar os pés no chão

Estabiliza os joelhos do utente com os seus joelhos, se necessário

Ajuda o utente a virar-se, segurando-o pela cintura, até ficar enquadrado com a cadeira de rodas e com a região popliteia encostada ao assento

Ajuda o indivíduo a flectir os joelhos, suave e progressivamente ajudando com os seus joelhos, até ficar sentado

Transferência da cadeira para a cama:

Não se Aplica

Posicionar-se de frente para o utente, colocando as mãos sob as axilas e os joelhos justapostos

Ajuda o utente a flectir o tronco, seguindo da sua extensão e fazer carga nos pés com extensão suave e progressiva dos joelhos, até ficar de pé

Ajuda o utente a virar-se, segurando-o pela cintura, até ficar enquadrado com a cama e com a região popliteia encostada à mesma

Estabiliza os joelhos do utente com os seus quando necessário

Ajuda o utente a deitar-se, apoiando-se no cotovelo, do lado da cabeceira da cama

Verifica se o utente tem dor aquando dos posicionamentos, transferências e comunica-a ao profissional de saúde

Coloca o utente numa posição funcional

Não se Aplica

Coloca o utente numa posição confortável e adequada às necessidades do momento

Assume uma postura física correcta, nas transferências efectuadas

Não se Aplica

Concentra a força efectuada nas pernas, flectindo-as para se baixar

Efectua movimentos firmes e controlados

Reconhece as suas limitações e pede ajuda sempre que necessário

Conhece os vários posicionamentos para o utente acamado

Não se Aplica

Efectua correctamente o decúbito dorsal

Efectua correctamente os decúbitos laterais

Efectua correctamente o decúbito ventral, quando tolerado pelo utente

Alterna os decúbitos na periodicidade adequada

Tem conhecimento das principais zonas de pressão e toma medidas para as aliviar

Coloca os objectos pessoais junto ao utente

Reconhece alterações de mobilidade que devem ser comunicadas aos profissionais de saúde

VESTIR-SE E DESPIR-SE

Facilita o processo de vestir e a despir

Não se Aplica

Está junto do utente nos momentos de troca de roupa

Ajuda-o, sempre que necessário

Não substitui o utente naquilo que ele consegue fazer

Veste o utente de forma adequada**Não se Aplica**

Começa a vestir e a despir o utente, quando necessário, deixando-o continuar sozinho;

Providencia roupas fáceis de vestir (abertura grande no pescoço, abertura grande nas costas)

Providencia roupas que se apertem de forma simples (botões grandes, velcro, molas grandes, etc.)

No caso de paralisia dos membros, ampara o membro paralisado enquanto o utente se arranja

Começa a vestir o utente do lado paralisado

Fornece ou veste ao utente roupa adequada à temperatura ambiente

ESTAR LIMPO E ASSEADO**Incentiva o utente a participar nos seus cuidados de higiene e conforto, tendo em vista as limitações do mesmo****Não se Aplica**

Planeia os cuidados de higiene com o utente, respeitando a rotina que o mesmo tinha anteriormente

Dá ao utente o tempo suficiente para que possa colaborar na sua higiene corporal, providenciando curtos períodos de repouso de modo a promover a gestão de energia do utente.

Elogia o utente quando o mesmo realiza parte da sua higiene corporal de forma autónoma.

Dá banho ao utente de forma correcta**Banho no Leito:****Não se Aplica**

Prepara o material necessário para os cuidados de higiene antecipadamente, tentando sempre utilizar os acessórios pessoais do utente

Lava o cabelo do utente, quando necessário secando-o bem de seguida

Realiza uma correcta higiene oral ao utente, pelo menos duas vezes ao dia

Lava a face do utente, começando pelos olhos

Lava os membros superiores do utente, incentivando o mesmo a mergulhar as mãos na bacia

Lava o tronco do utente, tendo sempre em atenção que se este for uma mulher deve secar bem a zona infra-mamária

Lava os membros inferiores do utente, incentivando o mesmo a mergulhar os pés dentro da bacia, secando bem os espaços inter-digitais

Troca a água da bacia

Realiza uma correcta higiene perineal tendo sempre em atenção:

- ✓ Se o utente for do sexo masculino deve fazer retracção do prepúcio pala lavar e de seguida volta a colocá-lo na posição anatómica.
- ✓ Se o utente for do sexo feminino deve fazer a lavagem perineal num movimento descendente.

Seca cuidadosamente a pele do utente

Massaja suavemente a pele do utente com creme hidratante.

Banho no chuveiro:**Não se Aplica**

Prepara o material necessário para os cuidados de higiene antecipadamente, tentando sempre utilizar os acessórios pessoais do utente

Utiliza as ajudas técnicas necessárias e disponíveis

Lava o cabelo do utente, quando necessário secando-o bem de seguida

Realiza uma correcta higiene oral ao utente, pelo menos duas vezes ao dia

Lava toda a área corporal do utente, tendo em conta a manutenção da temperatura corporal

Seca cuidadosamente a pele do utente

Massaja suavemente a pele do utente com creme hidratante

Promove a auto-estima do utente**Não se Aplica**

Contribui para que o utente se apresente penteado, de barba feita e com as unhas cortadas, (estas de preferência cortadas/limadas a direito), respeitando as suas preferências

ELIMINAR**Muda correctamente a fralda do utente****Não se Aplica**

Muda a fralda do utente sempre que necessário

Realiza lavagem perineal sempre que muda a fralda

Na realização da lavagem perineal tem sempre em atenção:

- ✓ Se o utente for do sexo masculino deve fazer retracção do prepúcio para lavar e de seguida volta a colocá-lo na posição anatómica.
- ✓ Se o utente for do sexo feminino deve fazer a lavagem perineal num movimento descendente.

Aplica creme hidratante/ vitamina A na zonal perineal

Observa a integridade cutânea, sendo capaz de identificar alterações.

Reconhece alterações ao padrão de eliminação vesical

- € **O utente está algaliado** (passe ao item seguinte)
- € Conhece e está atento/a às características da urina que podem indicar infecção urinária (coloração da urina, piúria, hematúria, sedimentos, cheiro intensificado, polaquiúria, disúria)
- € Reconhece a importância e está atento à diurese do utente (1000/1500 diários)
- € Sabe como agir no caso de detectar sinais de infecção/ retenção (comunicar ao profissional de saúde)

Efectua correctamente os cuidados ao cateterismo vesical

- € **Não se aplica**
- € Realiza a lavagem das mãos antes e após a manutenção da sonda
- € Mantém o sistema de drenagem fechado, abrindo-o apenas quando necessário trocar o saco
- € Sabe mudar o saco colector de modo a prevenir a infecção (realiza a limpeza da conexão da sonda com álcool a 70°, conecta o sistema logo após a sua abertura)
- € Coloca o saco colector de forma correcta (sem tocar no chão, abaixo do nível da bexiga)

- € Esvazia o conteúdo do saco colector ou substitui sempre que este está cheio até metade sua capacidade
- € No caso de utilizar saco colector com torneira substitui semanalmente ou quando este se apresenta deteriorado
- € Conhece e está atento/a às características da urina que podem indicar infecção urinária (coloração da urina, piúria, hematúria, sedimentos, cheiro intensificado)
- € Reconhece a importância e está atento à diurese (1000/1500 diários)
- € Sabe como agir no caso de detectar sinais de infecção (comunicar ao profissional de saúde, reforçar a ingestão hídrica)

Reconhece alterações ao padrão de eliminação intestinal

- € Conhece e está atento às características das fezes (coloração, consistência, cheiro e quantidade)
- € Sabe identificar obstipação
- € Conhece medidas a implementar em caso de obstipação (alimentação, hidratação, exercício físico/mobilização)
- € Sabe identificar diarreia
- € Conhece medidas a implementar em caso de diarreia (alimentação, hidratação, massagem)
- € Comunica as alterações ao profissional de saúde

Efectua correctamente os cuidados à ostomia

- € **Não se aplica**
- € Realiza a lavagem das mãos antes e após a manutenção da ostomia
- € Posiciona correctamente o utente de forma a este ficar numa posição confortável e expondo a área a cuidar
- € Limpa o estoma e substitui o saco sempre que necessário
- € Limpa o estoma e tecidos circundantes utilizando soluções neutras (SF ou água com sabão neutro) e compressas ou esponja natural.
- € Conhece e realiza todas as etapas de substituição do sistema colector (medir o estoma e cortar a placa de acordo com o seu tamanho)
- € Aplica protector cutâneo no estoma e tecidos circundantes
- € É capaz de detectar alterações cutâneas (eritema, maceração, rubor)
- € Comunica as alterações ao profissional de saúde
- € Sabe da existência/recorre a associações de apoio (ex. Associação Portuguesa de Ostromizados)

MANTER A TEMPERATURA CORPORAL

Sabe actuar em caso do utente se apresentar febril

Não se Aplica

É capaz de identificar o valor de temperatura corporal para o estado sub-febril/febril (37,5/38°C)

Tem conhecimentos acerca das técnicas de arrefecimento periférico (incentiva o utente a despir a roupa em excesso, coloca compressas frias na testa do utente, realiza banho de água tépida)

Administra antipiréticos ao utente, tendo conhecimentos acerca da sua correcta utilização

Comunica as alterações ao profissional de saúde

Protege o utente dos perigos do frio**Não se Aplica**

Coloca cobertores quentes na cama do utente e leva o mesmo a vestir-se com várias camadas de roupa.

Protege o utente do frio durante e após o banho, mantendo a temperatura do quarto/casa de banho amena, evitando correntes de ar.

Incentiva o utente a beber líquidos quentes (leite, chás)

Tem em atenção a temperatura das extremidades do utente**Não se Aplica**

Vigia as extremidades do utente tendo em conta cianose e temperatura.

Incentiva o utente a usar meias, massaja as extremidades do mesmo e coloca botija de água (devidamente protegida) quente junto destas se possível

Tem em atenção os perigos do calor para com o utente**Não se Aplica**

Incentiva o utente a realizar uma correcta ingestão hídrica (superior a 1,5 litros/dia)

Assegura-se que o utente utiliza vestuário largo, leve e de cor clara

Mantém a temperatura do quarto do utente adequada, arejando o mesmo sempre que necessário;

Se o utente apresenta diaforese mantém a sua pele seca;

Mantém a roupa da cama seca, mesmo quando necessário realizar aplicações húmidas

EVITAR OS PERIGOS**Capacidade de evitar quedas – características do ambiente doméstico****Não se Aplica**

O chão limpo e seco

Os tapetes cobrem todo o chão e as suas extremidades estão bem assentes neste

A mobília não tem rodas nem arestas aguçadas

Os sofás e cadeiras apresentam altura e dureza que permitem que o utente se sente e levante com facilidade

As portas dos armários estão sempre fechadas

Os fios eléctricos e extensões não representam perigo de queda

Existem interruptores de luz perto de cada porta

Existe tapete antiderrapante na banheira/chuveiro

As escadas apresentam iluminação adequada, degraus antiderrapantes e não apresentam objectos

Capacidade de proceder após uma queda**Não se Aplica**

Já planeou este procedimento com o utente

Sabe que não deve levantar o utente caso tenha suspeita de uma fractura (dor muito intensa e

localizada)

Chama a emergência sempre que necessário

Comunica as quedas e consequências das mesmas ao profissional de saúde

Conhecimentos acerca da medicação

Não se Aplica

Sabe o horário e como o utente deve tomar a medicação

A medicação está guardada num local fresco, seco e fora do alcance das crianças

Tem conhecimento dos efeitos adversos que a medicação do utente pode causar

Sabe como actuar quando o utente apresenta os efeitos adversos

Sabe que não deve tomar qualquer medicamento sem prescrição médica

Sabe que existem alguns alimentos/bebidas que podem alterar o efeito da medicação

Não fornece alimentos/bebidas que possam alterar a acção da medicação

Capacidade de evitar queimaduras

Não se Aplica

Tem conhecimento dos cuidados a ter com fontes de calor (aquecedores, lareiras e braseiros, sacos de água quente, temp. água no banho, frio e utilização de fogões e fornos), para evitar queimaduras.

Demonstra conhecimento acerca da diminuição de sensibilidade causada pela patologia do utente

Toma precauções extra com o utente por este apresentar diminuição da sensibilidade

Sabe que o gelo também queima, por isso protege a pele do utente

Apresenta conhecimento relativamente aos cuidados a ter em caso de queimadura

Não se Aplica

Comunica queimaduras ao profissional de saúde

Colocar a região queimada por baixo de água fria corrente

Aplicação posterior de vitamina A ou creme hidratante várias vezes ao dia (em queimaduras de primeiro grau)

Não rebentar bolhas

COMUNICAR COM OS SEUS SEMELHANTES

Não se Aplica

Demonstra capacidade de comunicar com o utente, mesmo que este apresente alterações na comunicação (afasia, etc)

Facilita e favorece a expressão de sentimentos do utente, mesmo quando negativos

Mantém uma relação de sinceridade e confiança com o utente

Favorece a relação do utente com a família, amigos e pessoas significativas

Compreende as atitudes e comportamentos do utente com demência. Não se Aplica

ANEXO 12

FORMAÇÃO DIRIGIDA AOS CUIDADORES INFORMAIS



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



POSICIONAMENTOS

Tânia Almeida

OBJECTIVOS DA SESSÃO

- Que os formandos sejam capazes de:
 - Conhecer os diferentes posicionamentos;
 - Posicionar os seus familiares de acordo com as suas necessidades e limitações.

POSICIONAMENTOS

São posições em que se coloca o doente, quando este não tem capacidade para se movimentar sozinho.

OBJECTIVOS:

- Prevenir posições viciosas;
- Prevenir feridas na pele;
- Promover o conforto da pessoa.

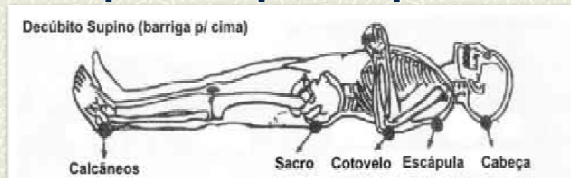
COMO POSICIONAR

O posicionamento é efetuado de acordo com a situação de cada doente:

- Posicionar de 3/3 horas e sempre que o doente necessitar ou expresse desconforto;
- Quando o doente se encontra sentado deve posicionar de 30/30 minutos;

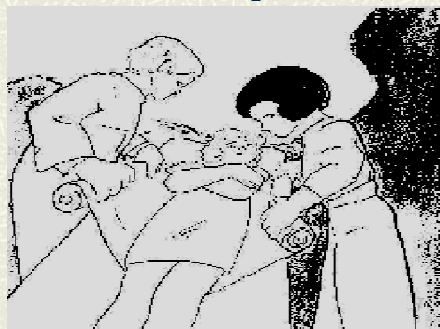
COMO POSICIONAR

- Após o banho deve olhar-se cuidadosamente para a pele tendo em atenção todas as zonas com maior probabilidade de formar feridas ;
- Fazer massagens suaves com creme hidratante nas áreas do corpo que sofrem maior pressão durante os posicionamento;
- Não massajar nas regiões em que já existam sinais de feridas: zonas avermelhas com bolhas pois isto indica o início da úlcera de pressão e a massagem vai causar mais danos;
- Utilizar almofadas para diminuir a pressão do corpo na cama ou na cadeira.



COMO POSICIONAR

- ❏ **Movimentar o doente, levantando-o, nunca arrastando-o na cama, cadeira ou cadeirão (utilizar por exemplo lençóis como resguardos ou outros dispositivos).**



DECÚBITO DORSAL

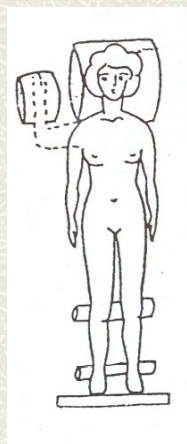
O Doente fica de barriga para cima

•Cabeça, pescoço e ombros apoiados numa almofada; mantendo o corpo numa posição central com um correto alinhamento da coluna.

Braços

•Devem ficar posicionados de forma relaxada, para que não causem dor. O punho deve ficar esticado e a mão ligeiramente dobrada.

O ombro, o cotovelo e o braço devem ficar alinhados com o corpo.



DECÚBITO DORSAL

O Doente fica de barriga para cima

• Pernas

Devem ficar numa posição neutra e relaxada, com os joelhos esticados. Os pés devem estar apoiados com uma almofada e devem estar ligeiramente elevados para evitar que os calcanhares toquem no colchão.



DECUBITO LATERAL

A pessoa é posicionada para o lado direito ou esquerdo

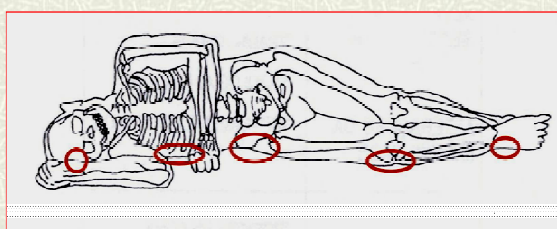
Braços

- O braço que está em contacto com a cama deve estar em flexão parcial, ligeiramente afastado do corpo;
- O braço do lado contrário deve estar dobrado, colocando uma almofada a apoiá-lo.

Pernas

- A perna que está em contacto com a cama deve estar estendida e a do lado contrário em ligeiramente dobrada. Deve colocar-se uma almofada entre os membros, para que não exerçam pressão um no outro, evitando o aparecimento de feridas no joelho.

DECUBITO LATERAL



A cabeceira da cama não deve ser elevada a + de 30°, prevenindo assim o deslizamento e ajuda a evitar a pressão excessiva nas proeminências ósseas.

DECUBITO LATERAL



Cabeça e ombros apoiados numa almofada e alinhados com a bacia.

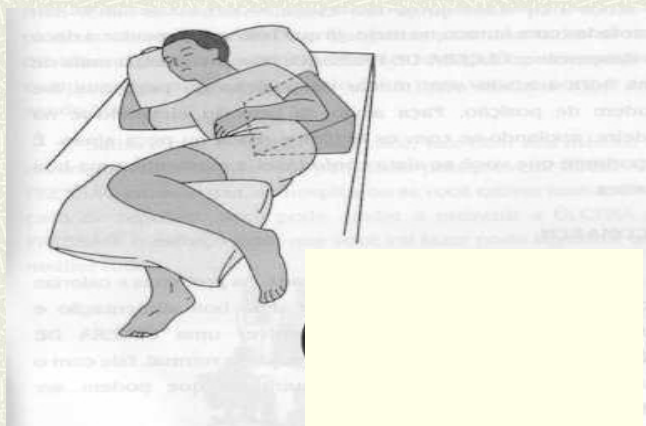


DECUBITO SEMI-LATERAL

• O procedimento para executar um Decúbito Semi-Dorsal é semelhante ao utilizado para o Decúbito Dorsal, apenas se deve apoiar um hemitorço (uma parte do corpo) sobre as almofadas de modo a que não tenha contacto com a superfície da cama.

• Deve colocar-se uma almofada na cabeça, abrangendo a cabeça e toda a região do pescoço e uma almofada entre os membros, protegendo os pés e os joelhos.

DECUBITO SEMI-LATERAL



DECUBITO VENTRAL

A pessoa é posicionada de barriga para baixo

Este posicionamento destina-se sobretudo a aliviar a pressão nas regiões sacro-coccígea, calcanhares e cotovelos.

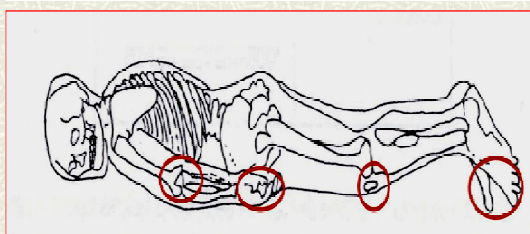
Braços

•Os membros devem estar bem apoiados na superfície da cama e devem ficar ligeiramente afastados do tronco, com os punhos estendidos e os cotovelos dobrados.

Pernas

•A anca e os joelhos devem estar bem estendidos, completamente apoiados na superfície da cama e os pés devem ser elevados com o auxílio de uma almofada.

DECUBITO VENTRAL



DECUBITO SEMI-VENTRAL

- É o decúbito intermédio entre o ventral e o lateral.

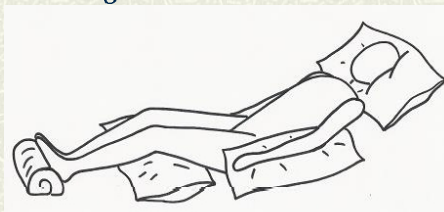
- O procedimento para posicionar um utente em Decúbito Semi-Ventral é idêntico ao utilizado para o posicionamento em Decúbito Ventral. Deve-se ter apenas o cuidado de colocar almofadas a apoiar o lado do corpo que se pretende aliviar.



POSICIONAMENTO FOLLEY

Posição para a alimentação

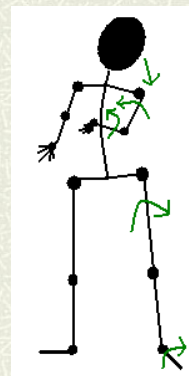
- Posicionamento ideal para alimentar o doente.
- Eleva-se a cabeceira da cama a 90° e o fundo da cama.
- Ao elevar-se o fundo da cama os joelhos ficam ligeiramente dobrados. Deve-se colocar uma almofada na planta do pé para apoiar.
- Nas primeiras vezes que se posicionar um doente em Folley deve ser de forma gradual.



DOENTE COM AVC

Após a fase aguda de um AVC, o doente pode desenvolver um padrão espástico que se caracteriza por:

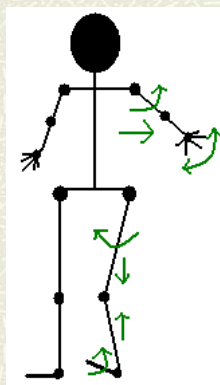
- Inclinação da cabeça para o lado afectado;
- Ombro afectado em retracção, depressão e rotação interna;
- Antebraço em flexão e pronação;
- Dedos em flexão e adução;
- Anca em retracção e rotação externa;
- Joelho em extensão;
- Pé em flexão plantar e inversão.



DOENTE COM AVC

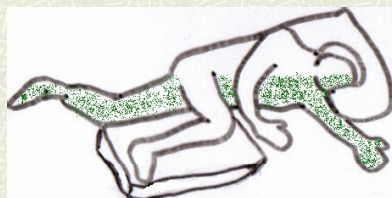
É importante contrariar este padrão espástico adoptando um posicionamento correcto - ANTI-ESPASTICO -

- Cabeça alinhada com o corpo;
- Ombro em abdução e rotação externa;
- Cotovelo e punho em extensão;
- Antebraço em supinação;
- Dedos em extensão e abdução;
- Extensão do tronco do lado afectado;
- Anca em flexão e rotação interna;
- Joelho em flexão;
- Pé em flexão dorsal e eversão.



POSICIONAMENTOS NO DOENTE COM AVC

- Com a sua mão nas costas, deve colocar o ombro afetado do doente mais para a frente. O braço deve ficar esticado, a palma da mão virada para cima e os dedos afastados. Se a mão tiver espasticidade, deve ser aberta de forma gradual e suavemente.
- Deve colocar a perna afetada ligeiramente dobrada. A perna sã deve ficar dobrada e apoiada numa almofada, à frente da perna afetada.



POSICIONAMENTOS NO DOENTE COM AVC

Deitado com o lado afectado para cima:

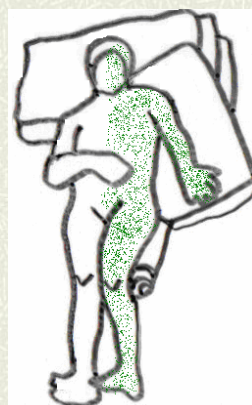
- Colocar o braço afectado esticado com a mão aberta sobre almofadas, até ficar à altura do ombro;
- Colocar a perna afectada ligeiramente dobrada e apoiada numa almofada;
- Se necessário, colocar uma almofada nas costas para o doente não rolar para trás.



POSICIONAMENTOS NO DOENTE COM AVC

Deitado de costas:

- Colocar uma almofada debaixo do ombro afectado, deixando o cotovelo esticado e a palma da mão virada para cima;
- Colocar uma almofada debaixo da anca afectada. O joelho deve ficar ligeiramente dobrado;
- A perna afectada deve ficar rodada para dentro.



POSICIONAMENTOS NO DOENTE COM AVC

Sentado:

- Deve estar sentado direito e com as costas encostadas à cadeira;
- O braço afectado deve estar apoiado numa mesa ou tabuleiro e em almofadas. O cotovelo deve ficar esticado e a mão aberta;
- Se necessário, deve colocar uma almofada debaixo da nãdega afectada para que o joelho não rode para fora.

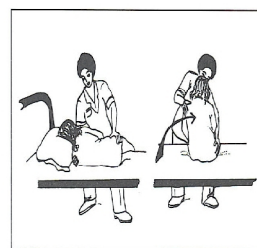


TRANSFERÊNCIAS

Técnica de levante

→ Colocar o doente em decúbito lateral para o lado do levante.

→ Colocar uma mão nos ombros e outra na região da anca, rodando o corpo do doente levantando o tronco e baixando os joelhos.



→ O doente coloca os pés no chão, apoia-se nos nossos ombros e efetua o levante.



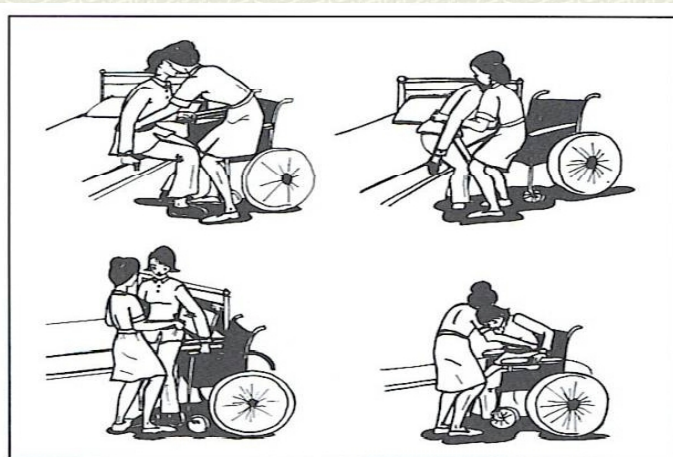
TRANSFERÊNCIAS

Técnica de levante para cadeira de rodas

- Colocar a cadeira junto à cama;
- Sentar o doente na beira da cama;
- Colocar-se à frente do doente e colocar as duas mãos nas suas costas;
- Doente coloca a mão boa/ as mãos no ombro do familiar e este trava os joelhos do doente com os seus;
- Inicia a transferência fazendo-o deslizar até ficar com os pés assentes no solo e as nádegas encostadas à cama;
- Ao mesmo tempo faz pressão com os seus joelhos nos do doente e faz força com as mãos na região da anca no sentido de elevação;
- O cuidador roda, fazendo rodar o doente sobre o pé são/os pés e senta-o na cadeira

TRANSFERÊNCIAS

Técnica de levante para cadeira de rodas



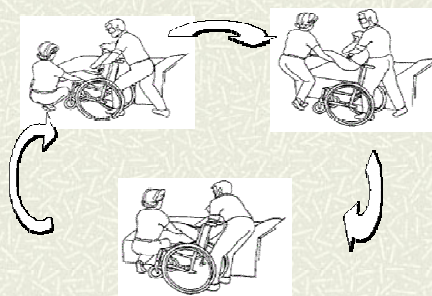
TRANSFERÊNCIAS

Técnica de levante para cadeira de rodas em bloco

O cuidador deve colocar-se atrás da cadeira de rodas e agarrar o doente pelos antebraços. A pessoa a transferir deve colocar as mãos conforme o desenho



A outra pessoa deve segurar as pernas do doente pela parte de trás dos joelhos e pés e em conjunto devem elevar o doente e transferi-lo para a cama.



DÚVIDAS



OBRIGADO!!



ANEXO 13

LIVRO DE BOLSO OFERECIDO AOS CUIDADORES INFORMAIS



POSICIONAMENTOS

Como posicionar o seu familiar

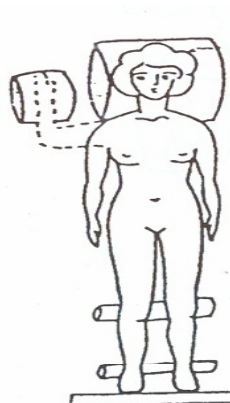
Posição de barriga para cima

Braços

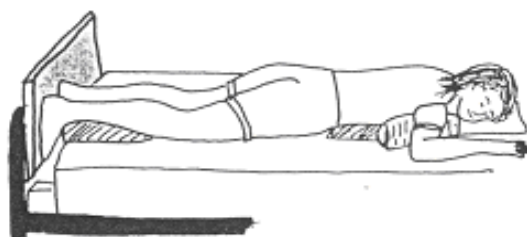
- ▶ Devem ficar posicionados de forma relaxada;
- ▶ O ombro, o cotovelo e o braço devem ficar alinhados com o corpo;

Pernas

- ▶ Devem ficar numa posição neutra e relaxada, com os joelhos esticados.
- ▶ Os pés devem estar apoiados com uma almofada e devem estar ligeiramente elevados para evitar que os calcanhares toquem no colchão.



Posição de barriga para baixo



Posição de lado

Braços

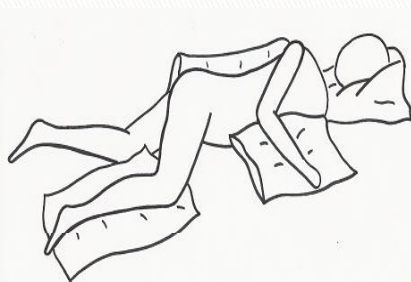
- ▶ O braço que está em contacto com a cama deve estar em flexão parcial, ligeiramente afastado do corpo;
- ▶ O braço do lado contrário deve estar dobrado, colocando uma almofada a apoiá-lo.

Pernas

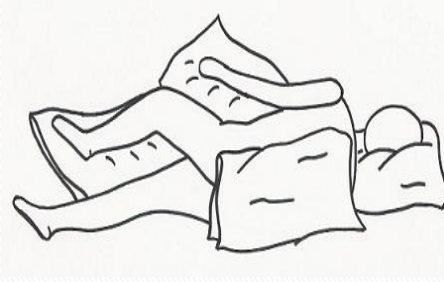
- ▶ A perna que está em contacto com a cama deve estar numa posição de extensão (estendida);
- ▶ A perna do lado contrário deve estar ligeiramente dobrada. Deve-se colocar uma almofada entre as pernas, de forma a evitar o aparecimento de feridas nos joelhos.



Posição de lado

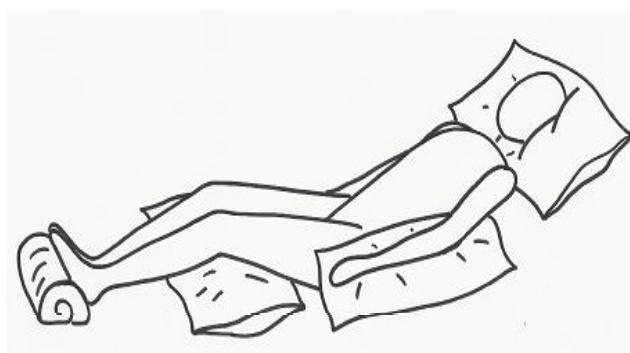


Posição para o lado esquerdo

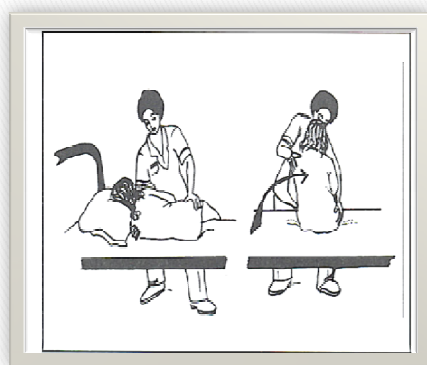


Posição para o lado direito

Posição para a alimentação

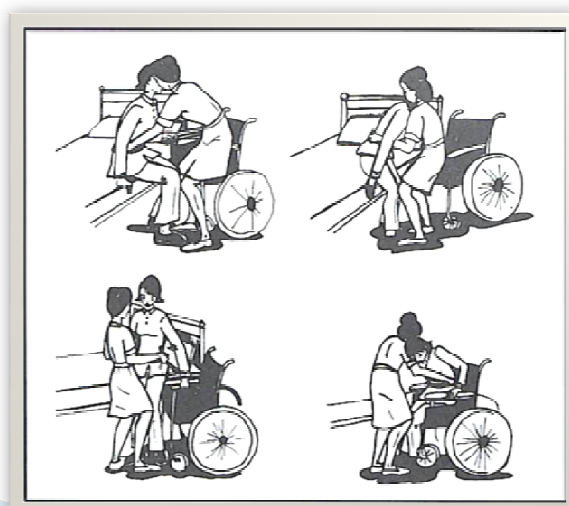


Levante da cama

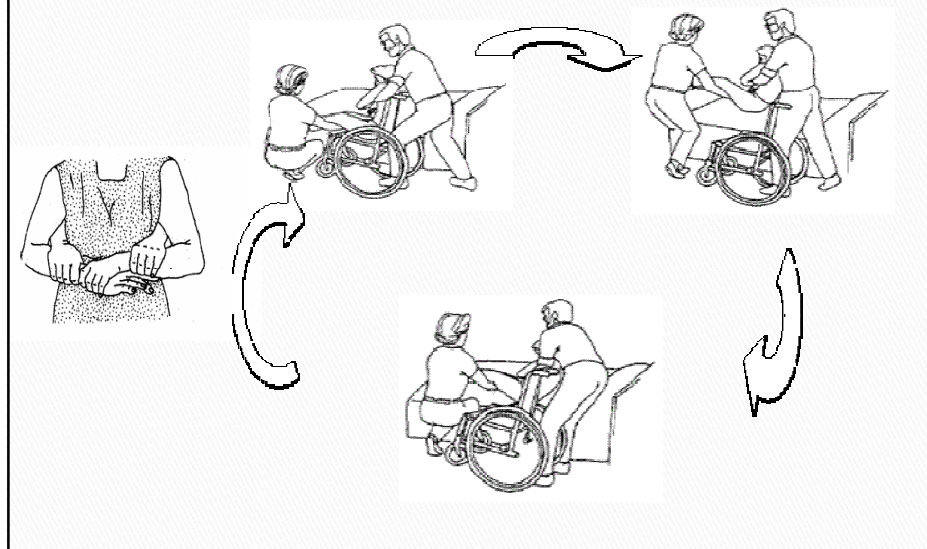


Levantando da cama e colocando em pé

Transferências



Como levantar para a cadeira de rodas



Em caso de dúvidas contactar:
UCC: Nossa Pontinha
Avenida de São Pedro, lote R5 cave Esquerda
TEL: 214789886
Telm: 964640834
ou

Enfermeiro de referência
Pontinha, 18 de janeiro de 2012