

**Escola Superior de Saúde Atlântica**

**2º Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e  
Saúde Pública**

**UC Estágio de Natureza Profissional com Relatório**

Relatório de estágio

**DIAGNÓSTICO PRECOCE DA INFEÇÃO PELO VIH: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO  
ESPECIALISTA NUMA COMUNIDADE COM VULNERABILIDADE SOCIAL ACRESCIDA**

**Elaborado por:**

Ana Isabel Vicente, n.º 202490054

**Orientado por:**

Professora Doutora Susana Valido

Barcarena, março de 2026



A autora é a única responsável pelas ideias expressas neste relatório.



*“Nursing is a profession dedicated to upholding everyone’s right to enjoy the highest attainable standard of health, through a shared commitment to providing collaborative, culturally safe, people-centred care and services. Nursing acts and advocates for people’s equitable access to health and health care, and safe, sustainable environments.”*

International Council of Nurses, 2025



Para vocês que olham por mim aí de cima, que o orgulho que sentem seja tanto quantas as vezes que dou por mim a sentir falta do vosso colo.



## **AGRADECIMENTOS**

Pensar em quem me acompanhou nesta travessia faz-me reconhecer a sorte que tenho. Foi na empatia, na compreensão e no carinho de quem me rodeia que aprendi a ir além do que julgava possível.

Aos professores que me ensinaram a pensar, a questionar e a crescer. Em especial, à Professora Susana, pela paciência, pela escuta e pela empatia.

À Mariana Vala. Amiga de caminho e de construção. Sem ti, este percurso teria sido mais escuro e mais íngreme. Foste força quando a minha faltou e alegria quando o cansaço pesava. Começámos desconhecidas mas chegámos juntas ao fim.

Às minhas Patrícia, Jota, Joana, Vera e Sofia. Amigas da vida. Presença certa nos dias pesados e farol quando mais precisei. A vossa amizade é impagável.

Aos meus colegas de trabalho, pela paciência, empatia e ajuda em todos os momentos mais exigentes. Em especial, à Cachopo, à Marta e ao Rui. Agradeço também à Mariana, à Dália, à Natacha e à Rita, bem como aos meus sempre animadores Vânia, Ricardo, Lena e a todos os maravilhosos de Torres Vedras.

Ao meu Comandante, à Oficial Joana e à minha madrinha, pelo suporte que nunca falhou e pelo carinho sem medida.

Às enfermeiras que me acompanharam, pela presença atenta, pela empatia, pelo acolhimento e pela postura ética que marcou o meu percurso. Às equipas das unidades por onde passei, pelo espaço de aprendizagem e crescimento.

Por fim, à minha família, raiz e norte. Aos meus pais, por todos os sacrifícios silenciosos, pelas noites longas, pelos abraços que sustentam e pelas lágrimas partilhadas. À minha irmã, a minha pequenita, orgulho e motivação, pelas revisões, pelas opiniões, pela paciência e pelo colo. Ao Hugo, pelo amor tranquilo e firme. Pela paciência e pelo cuidado nas tantas ausências destes dois anos e por me amar também nos dias difíceis. Amo-vos com tudo o que sou.

A todos, a minha profunda gratidão.



## RESUMO

**Introdução:** A infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) mantém-se como uma prioridade em saúde pública, pela sua magnitude epidemiológica, persistência de diagnósticos tardios e pelas desigualdades estruturais associadas aos determinantes sociais da saúde. A vulnerabilidade socioeconómica, a baixa literacia em saúde e o estigma continuam a constituir barreiras significativas ao rastreio e ao acesso atempado aos cuidados.

**Objetivo:** Analisar criticamente o desenvolvimento e a implementação do projeto de intervenção comunitária “VIH+Consciência: prevenção e rastreio em contexto comunitário”, examinando a aplicação da metodologia de Planeamento em Saúde e o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista e de mestre.

**Metodologia:** O projeto foi desenvolvido com base na metodologia de Planeamento em Saúde (Imperatori & Giraldes, 1993). Na fase diagnóstica, aplicou-se a HIV Antibody Testing Attitude Scale, versão portuguesa (Frias et al., 2016), e um questionário sociodemográfico e de saúde. Os dados foram analisados no IBM SPSS, recorrendo a estatística descritiva e inferencial não paramétrica.

**Resultados:** Verificou-se associação estatisticamente significativa entre o conhecimento das formas de transmissão do VIH, a importância atribuída à realização do teste e atitudes mais favoráveis face ao teste rápido. Com base nestes resultados, o projeto foi estruturado segundo o Modelo de Promoção da Saúde de Pender, a Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem e a orientação da RNAO sobre aprendizagem centrada no cliente. As intervenções incluíram sessões educativas, disseminação de materiais informativos e rastreios em contexto comunitário. Os indicadores definidos foram atingidos ou superados, evidenciando ajuste do projeto às necessidades e reforço da articulação interinstitucional.

**Conclusão:** O projeto evidencia a capacidade do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública para integrar conhecimento científico, analisar dados comunitários e implementar intervenções estratégicas, afirmando-se como agente essencial na promoção do diagnóstico precoce e prevenção do VIH.

**Palavras-chave:** Diagnóstico Precoce; Enfermeiros Especialistas; Planeamento em Saúde Comunitária; Teste de HIV; Vulnerabilidade Social.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Human Immunodeficiency Virus (HIV) infection remains a public health priority due to its epidemiological magnitude, persistence of late diagnoses, and structural inequalities associated with the social determinants of health. Socioeconomic vulnerability, limited health literacy, and stigma still constitute significant barriers to testing and timely access to care.

**Objective:** To critically analyse the development and implementation of the community-based intervention project “HIV+Awareness: Prevention and Testing in Community Settings”, examining the application of the Health Planning methodology and the development of both common and specific Specialist Nursing competencies, as well as Master’s-level competencies.

**Methods:** The project was developed based on the Health Planning methodology (Imperatori & Giraldes, 1993). During the diagnostic phase, the Portuguese version of the HIV Antibody Testing Attitude Scale (Frias et al., 2016) and a sociodemographic and health questionnaire were administered. Data were analysed using IBM SPSS through descriptive statistics and non-parametric inferential analysis.

**Results:** A statistically significant association was identified between knowledge of HIV transmission routes, the importance attributed to testing, and more favourable attitudes towards rapid testing. Based on these findings, the project was structured according to Pender’s Health Promotion Model, Orem’s Self-Care Deficit Theory, and the Registered Nurses’ Association of Ontario (RNAO) guideline on client-centred learning. Interventions included educational sessions, dissemination of informational materials, and community-based screening activities. The predefined indicators were achieved or exceeded, demonstrating alignment of the project with identified needs and strengthened interinstitutional collaboration.

**Conclusion:** The project highlights the capacity of the Specialist Nurse in Community and Public Health Nursing to integrate scientific knowledge, analyse community data, and implement strategic interventions, establishing this professional as a key agent in promoting early HIV diagnosis and prevention.

**Key-words:** Community Health Planning; Early Diagnosis; HIV Testing; Nurse Specialists; Social Vulnerability.

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	25
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL.....	28
1.1. Enquadramento conceptual.....	28
1.1.1. VIH como problema de Saúde Pública .....	28
1.1.2. Diagnóstico precoce da infeção pelo VIH .....	30
1.1.3. Teste rápido de rastreio da infeção pelo VIH .....	31
1.1.4. Determinantes sociais da saúde e o diagnóstico precoce de VIH.....	33
1.2. Referencial teórico .....	35
1.2.1. Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.....	36
1.2.2. Teoria de Enfermagem do défice de autocuidado de Dorothea Orem.....	37
1.2.3. Aprendizagem centrada no cliente – recomendação da RNAO .....	38
1.2.4. Articulação e fundamentação da escolha dos referenciais .....	39
1.3. Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária e saúde pública .....	42
2. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE .....	43
2.1. Diagnóstico da situação .....	44
2.1.1. Contextualização e relevância do problema .....	44
2.1.2. Caracterização do local de intervenção .....	45
2.1.3. População, amostra e critérios de inclusão .....	48
2.1.4. Instrumentos e procedimentos de colheita de dados .....	49
2.1.5. Procedimentos de análise de dados.....	50
2.1.6. Considerações éticas .....	52
2.1.7. Apresentação e análise dos resultados .....	53
2.1.8. Problemas identificados e respetivos diagnósticos de Enfermagem.....	61
2.2. Definição de prioridades.....	62
2.3. Fixação de objetivos.....	64
2.4. Seleção de estratégias .....	66

2.5.	Preparação e execução do projeto.....	69
2.6.	Avaliação do projeto.....	77
3.	ANÁLISE E REFLEXÃO.....	83
3.1.	Discussão dos resultados.....	83
3.2.	Competências adquiridas.....	86
3.2.1.	Competências comuns do enfermeiro especialista.....	86
3.2.2.	Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária e saúde pública.....	88
3.2.3.	Competências de mestre.....	90
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	92
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	95
	APÊNDICES.....	I
	Apêndice I – Questionário sociodemográfico e de saúde.....	3
	Apêndice II – Versão portuguesa da HIV Antibody Testing Attitude Scale por Frias et al. (2016).....	9
	Apêndice III – Consentimento informado.....	13
	Apêndice IV – Questionário aplicado por <i>Microsoft Forms</i> ®.....	17
	Apêndice V – Autorização das autoras Frias et al. (2016) para utilização da escala.....	27
	Apêndice VI – Autorização da direção da Unidade de Saúde Pública.....	31
	Apêndice VII – Autorização da direção da Unidade de Cuidados na Comunidade.....	35
	Apêndice VIII – Autorização da direção da Instituição Particular de Solidariedade Social parceira.....	39
	Apêndice IX – Pedido e resposta do parecer da Comissão de Ética da ESSATLA.....	43
	Apêndice X – Documentação enviada no parecer para a Comissão de Ética da ESSATLA.....	47
	Apêndice XI – Dados de apoio ao diagnóstico.....	59
	Apêndice XII – Ata da reunião com <i>stakeholders</i> para priorização das necessidades de saúde.....	65
	Apêndice XIII – Tabela operacional dos objetivos, metas e indicadores.....	69
	Apêndice XIV – Plano de sessão “Saber para prevenir: Sexualidade saudável e prevenção do VIH”.....	73

Apêndice XV – Apresentação <i>PowerPoint</i> ® da sessão “Saber para prevenir: Sexualidade saudável e prevenção do VIH” .....	77
Apêndice XVI – Plano de sessão “+Saber, -risco: Faz o teste, escolhe saúde” .....	85
APÊNDICE XVII – Apresentação <i>PowerPoint</i> ® da sessão “+Saber, -risco: Faz o teste, escolhe saúde” .....	89
Apêndice XVIII – Cartazes elaborados sobre VIH e sobre teste rápido para rastreio da infeção pelo VIH .....	97
Apêndice XIX – Folhetos informativos e materiais preventivos cedidos pela UCC para divulgação nas ações do projeto .....	101
Apêndice XX – Atividades do Dia Mundial do VIH (1 de dezembro) .....	105
Apêndice XXI – Participação e divulgação da Semana Europeia do Teste e folheto de divulgação dos dias de rastreio na IPSS parceira .....	109
Apêndice XXII – Divulgação do folheto impresso pela junta de freguesia .....	115
Apêndice XXIII – Divulgação das atividades desenvolvidas durante a Semana Europeia do Teste na ULS e junta de freguesia .....	119
Apêndice XXIV – Planeamento do encontro sobre VIH da UCC .....	123
Apêndice XXV – Tabela de execução do projeto de acordo com a estrutura proposta por Melo (2020) .....	129
Apêndice XXVI – Cronograma das atividades desenvolvidas .....	133
Apêndice XXVII – Questionário de avaliação do projeto para os <i>stakeholders</i> (análise SWOT) e respetivos resultados .....	137
Apêndice XXVIII – Questionário pré e pós-sessão – sessão 1 – e respetivos resultados ..	143
Apêndice XXIX – Questionário pré e pós-sessão – sessão 2 – e respetivos resultados ....	151
Apêndice XXX – Certificados de apresentação de pósteres científicos .....	159
Apêndice XXXI – Certificados de participação em congressos .....	165



## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1 - Esquema Resumo Do Modelo De Promoção Da Saúde De Nola Pender .....</b>	<b>37</b>
<b>Figura 2 – Logótipo Do Projeto “VIH+Consciência: Prevenção e Rastreio Em Contexto Comunitário” E Explicação Dos Seus Componentes.....</b>	<b>70</b>



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> – Distribuição Da Amostra Relativamente À Questão “Tem um profissional de saúde de referência?” .....	56
<b>Gráfico 2</b> - Formas De Transmissão do VIH Identificadas No Questionário Pelos Participantes .....	57
<b>Gráfico 3</b> – Histograma Da Média Total Das Respostas À Escala “HIV Antibody Testing Attitude Scale” .....	58
<b>Gráfico 4</b> – Histograma Das Pontuações Atribuídas Às Respostas Da Escala “HIV Antibody Testing Attitude Scale” .....	60



## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – <i>Caracterização Sociodemográfica Da Amostra</i> .....	55
<b>Tabela 2</b> – <i>Análise Descritiva do Score Total da Escala “HIV Antibody Testing Attitude Scale”</i> .....	58
<b>Tabela 3</b> - <i>Análise Descritiva Do Score Total Das Sub-escalas Confiança, Medos e Confidencialidade</i> .	59
<b>Tabela 4</b> – <i>Análise Descritiva do Score Total da Escala “HIV Antibody Testing Attitude Scale”</i> .....	63
<b>Tabela 5</b> – Recursos e orçamento do projeto “VIH+Consciência: prevenção e rastreio em contexto comunitário” .....	75
<b>Tabela 6</b> – Avaliação dos indicadores definidos .....	78



## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

ANA - American Nurses Association

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção-Geral da Saúde

DGS/INSA - Direção-Geral da Saúde/ Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

ESSATLA - Escola Superior de Saúde Atlântica

ECDPC - European Centre for Disease Prevention and Control

INE - Instituto Nacional de Estatística

IPSS - Instituição Particular De Solidariedade Social

IQR - Intervalo Interquartis

IST - Infeção Sexualmente Transmissível

Mdn - Mediana

NIH - National Institutes of Health

PEP - profilaxia pós-exposição

PrEP - Profilaxia pré-exposição

RNAO - Registered Nurses Association of Ontario

RSI - Rendimento Social de Inserção

SIDA - Síndrome Da Imunodeficiência Adquirida

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS - Unidade Local de Saúde

USP - Unidade de Saúde Pública

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

WHO - World Health Organization



## INTRODUÇÃO

A infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) continua a constituir um importante desafio de saúde pública, tanto a nível global como nacional, apesar dos avanços científicos no tratamento e prevenção (Direção-Geral da Saúde/ Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge [DGS/INSA], 2025). Em Portugal, persistem taxas de diagnóstico relevantes e uma proporção significativa de diagnósticos tardios, com impacto negativo no prognóstico individual, na transmissão comunitária e na sustentabilidade dos sistemas de saúde. Neste contexto, o diagnóstico precoce assume-se como uma estratégia central para a redução da transmissão, melhoria dos resultados clínicos e promoção da equidade e redução das desigualdades em saúde (DGS/INSA, 2025).

A resposta a este desafio exige intervenções integradas, sustentadas na evidência científica e orientadas pelos determinantes sociais da saúde, particularmente quando dirigidas a populações em situação de vulnerabilidade socioeconómica (Astaweseign et al., 2022). Os Cuidados De Saúde Primários (CSP) e os contextos comunitários constituem espaços privilegiados para o desenvolvimento de estratégias de proximidade, facilitadoras do acesso ao rastreio, aconselhamento e encaminhamento oportuno.

Assim, a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública assume particular relevância, enquanto profissional com competências diferenciadas na avaliação das necessidades em saúde das populações, no planeamento, implementação e avaliação de intervenções baseadas na evidência, na articulação intersectorial e na redução das desigualdades em saúde (Regulamento n.º 140/2019, 2019; Regulamento n.º 428/2018, 2018). A promoção do diagnóstico precoce do VIH em populações vulneráveis exige uma avaliação detalhada das necessidades da população, capacidade de mobilização de recursos comunitários e integração dos determinantes sociais da saúde, competências que caracterizam o exercício da enfermagem comunitária.

É neste enquadramento que se insere o presente relatório, referente ao estágio de natureza profissional do 2.º Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, lecionado na Escola Superior de Saúde Atlântica (ESSATLA). O relatório tem como finalidade evidenciar e refletir criticamente sobre o percurso desenvolvido

e sobre a aquisição das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, bem como das competências de mestre, de acordo com o enquadramento legal e regulamentar em vigor (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018; Regulamento n.º 140/2019, 2019; Regulamento n.º 428/2018, 2018).

O estágio decorreu numa Unidade de Saúde Pública (USP) e numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da Área Metropolitana de Lisboa, conforme previsto no Aviso n.º 6702/2021 (2021). Neste contexto, foi desenvolvido o projeto de intervenção comunitária intitulado “VIH+Consciência: Prevenção e Rastreio em Contexto Comunitário”, com o objetivo de promover a adoção de comportamentos saudáveis, conscientes e informados no âmbito da prevenção da infeção pelo VIH.

A definição da temática resultou da articulação com as equipas das unidades envolvidas e com parceiros comunitários, sustentada na análise de documentos estratégicos como o Plano Nacional de Saúde, o Plano Local de Saúde, o Perfil de Saúde da região e o Plano de Atividades da USP e UCC. Estes instrumentos identificam a infeção por VIH como problema prioritário na área de intervenção, destacando-se a sua elevada expressão epidemiológica e o impacto associado ao diagnóstico tardio.

Desta forma, o projeto foi estruturado com base na metodologia do Planeamento em Saúde (Imperatori & Giraldes, 1993), integrando contributos do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, da Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem e da orientação da Registered Nurses Association of Ontario (RNAO, 2012) sobre aprendizagem centrada no cliente. Esta articulação permitiu sustentar teoricamente as decisões clínicas e estratégicas, garantindo coerência conceptual e rigor científico.

O presente relatório tem como objetivo analisar e refletir criticamente sobre o desenvolvimento do projeto, evidenciando a aplicação da metodologia de Planeamento em Saúde e o processo de aquisição das competências profissionais e académicas inerentes ao percurso formativo.

Para dar resposta ao objetivo proposto, o relatório encontra-se organizado em três capítulos. O primeiro capítulo apresenta o enquadramento teórico-conceptual, com definição dos principais conceitos, a melhor evidência científica disponível e os referenciais teóricos que

sustentam o processo de decisão em enfermagem. O segundo capítulo descreve a aplicação da metodologia de Planeamento em Saúde no contexto do estágio de natureza profissional. O terceiro capítulo contempla a reflexão crítica sobre o percurso desenvolvido, as aprendizagens adquiridas, as limitações do projeto e o processo de aquisição das competências. Por fim, são apresentadas as considerações finais, bem como os apêndices que sustentam o desenvolvimento do projeto.

Este trabalho pretende ainda contribuir para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030, nomeadamente o Objetivo 3 (Saúde de Qualidade), o Objetivo 4 (Educação de Qualidade), o Objetivo 10 (Redução das Desigualdades) e o Objetivo 16 (Paz, Justiça e Instituições Eficazes), reforçando o compromisso da enfermagem especializada com a equidade e a justiça social em saúde.

## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

O presente capítulo tem como objetivo definir e clarificar os principais conceitos que sustentaram o desenvolvimento do projeto, bem como contextualizar e fundamentar as temáticas e intervenções implementadas ao longo do percurso formativo, no âmbito do diagnóstico precoce da infeção por VIH numa comunidade com vulnerabilidade social acrescida.

Este enquadramento permite situar o relatório em referenciais teóricos da enfermagem e em orientações complementares que contribuem para a descrição, compreensão e interpretação crítica das práticas desenvolvidas, assegurando a sua coerência científica e conceptual. Assim, são mobilizados o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, a Teoria do Défice de Autocuidado na Enfermagem de Dorothea Orem e a orientação da RNAO sobre facilitação da aprendizagem centrada no cliente, enquanto suportes teóricos que fundamentam a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, na área da enfermagem de saúde comunitária e saúde pública.

Assim, torna-se importante refletir sobre a aplicação destas teorias, já que, como referido por Orem (2001), citada por Berbiglia & Banfield (2018), *“nursing is practical endeavor, but it is practical endeavor engaged in by persons who have specialized theoretic nursing knowledge with developed capabilities to put this knowledge to work in concrete situations of nursing practice”* (p.198).

### 1.1. Enquadramento conceptual

#### 1.1.1. VIH como problema de Saúde Pública

O VIH é uma infeção que compromete o sistema imunitário, aumentando a suscetibilidade a infeções oportunistas e a determinadas neoplasias, configurando-se como um relevante problema de saúde pública a nível global (World Health Organization [WHO], 2024).

Em Portugal, apesar da redução progressiva do número de novos casos desde o final da década de 1990, o país continua a apresentar uma das taxas de diagnóstico da infeção pelo VIH mais

elevadas da Europa, com uma proporção significativa de diagnósticos realizados em fases tardias da infeção (DGS/INSA, 2025). Entre 1983 e junho de 2024, foram registados 66 421 casos de infeção por VIH, dos quais 23 946 evoluíram para síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA). No mesmo período, foram reportados 16 050 óbitos associados à infeção, sendo que a transmissão sexual foi a via predominante, responsável por 97,0% dos casos em 2024 (DGS/INSA, 2025).

Já em 2024, foram notificadas 997 novas infeções por VIH em Portugal, das quais cerca de 53,9% corresponderam a diagnósticos tardios, sendo a Área Metropolitana De Lisboa a região com maior concentração de casos, evidenciando que, apesar dos avanços no tratamento e na prevenção, o diagnóstico tardio continua a ser um dos principais desafios no controlo do VIH (DGS/INSA, 2025; National Institutes of Health [NIH], 2025; WHO, 2024).

Importa salientar que o VIH pode permanecer assintomático durante vários anos, o que dificulta o reconhecimento precoce da infeção e favorece a transmissão inadvertida do vírus, sobretudo quando o diagnóstico não é realizado atempadamente (NIH, 2025; WHO, 2024). A sintomatologia desta infeção depende do seu estágio, a qual, na ausência de tratamento, evolui geralmente em três fases distintas: infeção aguda, infeção crónica e SIDA (NIH, 2025).

Na fase aguda da infeção, que surge geralmente entre 2 e 4 semanas após a exposição, o VIH multiplica-se rapidamente e compromete os linfócitos T CD4+. Esta etapa pode não apresentar sintomas ou manifestar-se com sinais inespecíficos semelhantes aos de uma síndrome gripal, como febre, cefaleia, exantema e odinofagia, o que dificulta a sua identificação precoce (NIH, 2025; WHO, 2024). A intensa replicação viral característica desta fase conduz a uma carga viral elevada, aumentando de forma significativa o potencial de transmissão (NIH, 2025).

Na ausência de tratamento, à medida que o sistema imunitário enfraquece, começam a surgir sinais e sintomas como adenopatias, perda de peso, febre, diarreia e tosse persistente. Desta forma, aumenta o risco de desenvolvimento de doenças oportunistas graves, como tuberculose, meningite criptocócica, infeções bacterianas severas e alguns tipos de cancro, nomeadamente linfomas e sarcoma de Kaposi (WHO, 2024). Nesta fase, a carga viral volta a ser bastante elevada, aumentando exponencialmente o risco de transmissão (NIH, 2025).

Relativamente às vias de transmissão, o VIH pode ser transmitido através do contacto com

fluidos corporais de pessoas que vivem com VIH (como sangue, leite materno, sémen e secreções vaginais) e durante a gravidez, parto ou amamentação (ECDPC, 2026; WHO, 2024), não se transmitindo através do contacto social (WHO, 2024). Determinados comportamentos elevam o risco de infeção por VIH, como relações sexuais desprotegidas, presença de outras infeções sexualmente transmissíveis (IST), consumo de álcool ou drogas associado a práticas sexuais, partilha de material de injeção e realização de procedimentos invasivos não seguros (WHO, 2024).

Importa destacar que as pessoas que estão sob tratamento e que têm uma carga viral indetetável não transmitem o vírus por via sexual aos seus parceiros. Assim sendo, o acesso precoce à terapêutica e apoio para manter o tratamento é crucial para melhorar a saúde das pessoas que vivem com VIH e para quebrar cadeias de transmissão (ECDPC, 2026; WHO, 2024).

Adicionalmente, a infeção por VIH pode ser prevenida através da utilização de preservativo masculino ou feminino relações sexuais, do conhecimento do seu estado serológico no que diz respeito ao VIH e a outras IST e da utilização de serviços de redução de riscos no caso de pessoas que utilizam drogas injetáveis (WHO, 2024). É possível também a toma de terapêutica antirretroviral (por exemplo a profilaxia pré-exposição - PrEP - ou pós-exposição - PEP), utilização de anéis vaginais ou terapêutica injetável de longa duração (WHO, 2024).

Assim, apesar de não existir cura, o cumprimento do tratamento com terapêutica antirretroviral permite diminuir a replicação do vírus e favorece o fortalecimento do sistema imunitário da pessoa por forma a combater eventuais infeções que possam surgir (WHO, 2024). Esta terapêutica deve ser administrada diariamente e mantida ao longo da vida, permitindo a redução da carga viral para níveis indetetáveis, o que impede a transmissão do vírus, quer por via sexual, quer por transmissão vertical entre mãe e filho (WHO, 2024).

Neste contexto, o conhecimento do estado serológico assume um papel central na resposta dos sistemas de saúde, permitindo o início precoce da terapêutica antirretroviral, a melhoria do prognóstico individual e a redução da transmissão comunitária (DGS, 2014).

#### 1.1.2. Diagnóstico precoce da infeção pelo VIH

O diagnóstico precoce da infeção pelo VIH é reconhecido como uma das estratégias mais

eficazes na prevenção e controlo da infeção, estando alinhado com os objetivos internacionais da UNAIDS, que preconizam que 95% das pessoas que vivem com VIH conheçam o seu diagnóstico, 95% dessas pessoas recebam tratamento e, por fim, 95% das pessoas que recebem tratamento apresentem uma carga viral suprimida (UNAIDS, 2025). A DGS (2014) afirma igualmente que o alargamento do acesso ao teste de rastreio da infeção por VIH e o aconselhamento associado são considerados estratégias fundamentais para a consecução dos objetivos de prevenção, tratamento e cuidados universais.

Importa salientar que, em 2018, aproximadamente 9,4 milhões de pessoas desconheciam que viviam com VIH (UNAIDS, 2018). A este respeito, a evidência científica é consistente ao demonstrar que o diagnóstico precoce possibilita o início atempado do tratamento, com potencial para salvar vidas e prevenir complicações, contribuindo para melhores resultados clínicos e para a melhoria da qualidade de vida das pessoas (Ser+, 2026; UNAIDS, 2018).

Nesse âmbito, a Norma n.º 058/2011, atualizada em 10/12/2014, da DGS, define que todos os indivíduos com idade compreendida entre os 18 e os 64 anos de idade deverão realizar o rastreio da infeção pelo VIH. Em Portugal, o acesso ao teste de rastreio da infeção pelo VIH é considerado uma prioridade estratégica no âmbito do Programa Nacional para as Infeções Sexualmente Transmissíveis e Infeção por VIH, que enfatiza a relevância do acesso universal à prevenção e tratamento adequados, a importância do rastreio e diagnóstico precoce, do aconselhamento e da redução do estigma e da discriminação (DGS, 2012). O referido programa destaca ainda a necessidade implementar estratégias de prevenção primária e secundária, bem como medidas de apoio social, em alinhamento com as boas práticas internacionais.

### 1.1.3. Teste rápido de rastreio da infeção pelo VIH

Relativamente aos meios de diagnóstico, estes têm vindo a evoluir e neste momento é possível diagnosticar a presença do VIH através de testes rápidos cujo resultado é conhecido no próprio dia (WHO, 2024). Tecnicamente, os testes rápidos podem ser de 3.ª ou 4.ª geração. Os de 3.ª geração detetam os anticorpos anti-VIH-1 e anti-VIH-2, enquanto os de 4.ª geração identificam também o antigénio p24, permitindo detetar a infeção entre o 11.º dia e o primeiro mês após a exposição ao vírus (Ser+, 2026). A WHO (2024) recomenda que, em caso de teste reativo, seja realizado um teste confirmatório antes do início do tratamento, conforme também é definido na Norma n.º 058/2011, atualizada em 10/12/2014, da DGS.

De referir ainda que o valor unitário do teste rápido para rastreio da infeção pelo VIH de 3.ª geração, estipulado no caderno de encargos n.º 991/2024 dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, fixado em 5,00 €, torna o teste financeiramente acessível para programas públicos ou iniciativas comunitárias. Relativamente à sua realização, segundo Mesquita et al. (2021), os testes rápidos podem ser realizados por enfermeiros devidamente capacitados, particularmente nos CSP que constituem a principal porta de entrada no sistema de saúde.

Os CSP e os contextos comunitários assumem, assim, um papel determinante na promoção do diagnóstico precoce, sendo os enfermeiros profissionais-chave na implementação de estratégias de rastreio, aconselhamento e encaminhamento, contribuindo para a redução da transmissão do VIH e para ganhos sustentados em saúde pública (American Nurses Association [ANA], 2019). Em 2023, os CSP em Portugal, representaram cerca de 10% dos testes rápidos realizados a nível nacional (DGS/INSA, 2024).

Neste contexto, os testes rápidos de rastreio da infeção pelo VIH constituem uma ferramenta fundamental, por serem acessíveis, descentralizados e passíveis de utilização em contextos comunitários, facilitando a ligação precoce aos cuidados de saúde (Silva et al., 2024; UNAIDS, 2018; WHO, 2024). Este tipo de teste, também conhecido como *point-of-care testing*, distingue-se ainda pela sua portabilidade, facilidade de utilização e reduzidos requisitos de formação, aumentando a adesão ao rastreio, especialmente em populações com maior vulnerabilidade social e dificuldades de acesso aos serviços de saúde convencionais (Dalcin & Bogoch, 2018; Plebani et al., 2025; UNAIDS, 2018).

Por estes motivos, a sua utilização nos CSP e em programas de proximidade tem vindo a intensificar-se, possibilitando a ampliação da oferta de cuidados para além do contexto hospitalar e das clínicas (Plebani et al., 2025). Estes testes são habitualmente enquadrados em programas de *voluntary counselling and testing*, que incluem aconselhamento pré e pós realização do teste, assim como a referenciação para cuidados de saúde e a notificação obrigatória às autoridades de saúde pública (Dalcin & Bogoch, 2018; Frias et al., 2016).

Importa sublinhar que a realização do teste constitui não apenas uma porta de acesso ao tratamento, mas também um momento potenciador de capacitação das pessoas nas decisões relativas aos seus direitos em saúde. Acresce que a terapêutica antirretroviral eficaz permite reduzir a carga viral e, assim, o risco de transmissão do vírus, assumindo-se como uma

estratégia central na interrupção das cadeias de transmissão (Ser+, 2026; UNAIDS, 2018).

#### 1.1.4. Determinantes sociais da saúde e o diagnóstico precoce de VIH

É interessante observar que a infeção pelo VIH tem um impacto que ultrapassa a dimensão estritamente biomédica, repercutindo-se ao nível da saúde individual e coletiva, mas também nos planos social, económico e dos direitos humanos, estando frequentemente associada a situações persistentes de estigma e discriminação (DGS/INSA, 2025).

No que se refere ao estigma social associado a esta infeção e ao diagnóstico tardio, embora se tenha assistido, nos últimos anos, a um envelhecimento da população que vive com VIH e a um maior controlo clínico da doença, este estigma subsiste como um desafio significativo (DGS/INSA, 2024). Assim, o VIH continua a configurar-se como um entrave ao progresso social e económico, dadas as “implicações da infeção em todos os níveis de saúde e de integração social” (Despacho n.º 4835/2017, 2017, p. 11121).

Neste sentido, é importante reconhecer o impacto que os determinantes sociais da saúde assumem, visto que é referido na literatura que estes contribuem para manter ou aprofundar as desigualdades entre indivíduos em contextos socioeconómicos mais favorecidos e aqueles que vivem em situações de pobreza ou exclusão social (Gutiérrez & Trossero, 2021).

A WHO (2025) define os determinantes sociais da saúde como as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, bem como o acesso ao poder, ao dinheiro e aos recursos, fatores que exercem uma influência determinante nas iniquidades em saúde. Estas iniquidades traduzem-se em diferenças injustas e evitáveis no estado de saúde, observáveis tanto dentro dos países como entre eles.

Assim, apesar dos avanços na prevenção e tratamento da infeção por VIH, a adesão ao teste e, conseqüentemente, ao tratamento, continua a ser condicionada por múltiplas barreiras, nomeadamente o acesso desigual aos serviços de saúde, o estigma e a discriminação, o medo do julgamento social, a desinformação, preconceitos associados ao VIH e o isolamento social (Duarte et al., 2023; Silva et al., 2024). Acrescem ainda barreiras estruturais relevantes, particularmente aquelas relacionadas com as desigualdades socioeconómicas, que limitam o acesso oportuno às estratégias de rastreio e diagnóstico precoce (Astawesegn et al., 2022).

Além disso, a realização tardia e pouco frequente de testes rápidos de rastreio, sobretudo em populações com menor acesso aos cuidados de saúde, contribui para diagnósticos tardios e para o aumento da probabilidade de transmissão da infeção pelo VIH (Threats et al., 2021).

Em Portugal, neste prisma, o agravamento das desigualdades em saúde é identificado como um dos principais desafios, evidenciando a necessidade de implementar intervenções diferenciadas e ajustadas às necessidades dos grupos populacionais em situação de maior vulnerabilidade social e económica (DGS, 2012).

Este conceito de vulnerabilidade social é entendido como um fenómeno bidirecional que, por um lado, contribui para o aumento do risco de condições de saúde adversas e, por outro, condiciona a capacidade de resposta e recuperação após um evento de saúde (Mah et al., 2023). A vulnerabilidade social permite compreender de que forma as condições sociais em que as pessoas vivem podem transformar um evento adverso num impacto desproporcionado, agravando o sofrimento e prolongando as consequências negativas, refletindo, simultaneamente, a capacidade dos sistemas sociais responderem a um impacto e a limitação intrínseca dos indivíduos para lidar com fatores de *stress* externos, como a doença, o desemprego ou a instabilidade habitacional (Mah et al., 2023).

Para além disso, a vulnerabilidade social engloba dimensões não clínicas que podem manter os indivíduos em situações de incapacidade por períodos mais prolongados do que o expectável, como acontece, por exemplo, quando fatores sociais próximos do indivíduo (estado civil, rede de suporte) ou falhas nos sistemas de apoio social (falta de habitação acessível, ausência de respostas comunitárias) perpetuam situações de exclusão e fragilidade (Mah et al., 2023). A redução da vulnerabilidade social, através da modificação das condições sociais, abre assim oportunidades de intervenção que permitem prevenir ou mitigar o sofrimento associado aos eventos de saúde.

Apoiando esta ideia, a evidência científica demonstra que o estatuto socioeconómico exerce um impacto direto na utilização dos serviços de saúde, incluindo na adesão ao teste do VIH (Jooste et al., 2021). Estudos recentes indicam que baixos níveis de rendimento, escolaridade e acesso à informação estão associados a menores taxas de testagem, sobretudo em contextos marcados pela pobreza ou isolamento geográfico (Astawesegn et al., 2022). Barreiras como a distância aos serviços de saúde, os custos de transporte, o estigma e a baixa literacia em saúde

assumem-se como fatores críticos para a não realização do teste, reforçando a necessidade de abordagens adaptadas (Astaweseign et al., 2022; Mashamba-Thompson, 2022).

Em Portugal, os beneficiários do Rendimento Social de Inserção (RSI) configuram um grupo pertinente para intervenções dirigidas à promoção do diagnóstico precoce do VIH. Correspondem a indivíduos e agregados familiares em situação de pobreza severa, com rendimentos mensais limitados, cuja inclusão social e profissional se encontra condicionada por diversos fatores estruturais (Lei n.º 45/2005, 2005). Em 2023, registavam-se cerca de 240 000 beneficiários de RSI no país, estimando-se que aproximadamente 7 a 8 mil residissem na área geodemográfica abrangida pela Unidade Local de Saúde (ULS) em estudo (PORDATA, 2025). A seleção deste grupo fundamenta-se, portanto, na sua acentuada vulnerabilidade socioeconómica, na reduzida literacia em saúde e na maior probabilidade de afastamento das estratégias tradicionais de rastreio e diagnóstico precoce, o que reforça a necessidade de intervenções equitativas, ajustadas ao contexto e de proximidade (Jooste et al., 2021).

Neste enquadramento, a promoção do diagnóstico precoce da infeção por VIH em populações vulneráveis exige uma abordagem sustentada nos determinantes sociais da saúde, reconhecendo que fatores como o acesso à educação, à habitação, ao rendimento, ao trabalho digno e aos serviços de saúde influenciam diretamente a literacia em saúde, a perceção do risco e a capacidade de recorrer a medidas preventivas, como a realização do teste para o rastreio da infeção pelo VIH (Commission on Social Determinants of Health, 2008).

## **1.2. Referencial teórico**

A utilização de referenciais teóricos constitui um elemento estruturante da prática de enfermagem, permitindo organizar o conhecimento disciplinar e orientar a tomada de decisão clínica. Os modelos e teorias de enfermagem oferecem quadros conceptuais que clarificam fenómenos complexos, contribuindo para uma prática reflexiva, intencional e cientificamente fundamentada (Alligood, 2018).

No contexto da enfermagem comunitária e de saúde pública, a mobilização de referenciais teóricos assume particular relevância, dada a complexidade dos fenómenos que influenciam

os comportamentos em saúde, nomeadamente os determinantes sociais, culturais e ambientais. A promoção do diagnóstico precoce da infeção pelo VIH, especialmente em populações com vulnerabilidade socioeconómica acrescida, exige assim uma abordagem integradora que articule fatores comportamentais, capacitação para o autocuidado e estratégias educativas baseadas na evidência.

#### 1.2.1. Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

O modelo de promoção da saúde de Nola Pender foi desenvolvido como uma ferramenta conceptual para compreender os comportamentos que favorecem a saúde e para orientar intervenções de enfermagem em diferentes grupos populacionais. Este modelo enfatiza a interação dinâmica entre o profissional de enfermagem e a pessoa, considerando o ambiente como um elemento determinante na promoção da saúde (Sakraida & Wilson, 2018).

A fundamentação teórica do modelo assenta na teoria social cognitiva de Albert Bandura de 1977, que sublinha a relevância dos processos cognitivos na mudança de comportamento (Sakraida & Wilson, 2018). Entre os conceitos centrais do modelo destacam-se crenças pessoais como autoatribuição, autoavaliação e, especialmente, autoeficácia. Esta última refere-se à confiança do indivíduo na sua capacidade de adotar e manter comportamentos saudáveis, constituindo um núcleo essencial do modelo (Sakraida & Wilson, 2018).

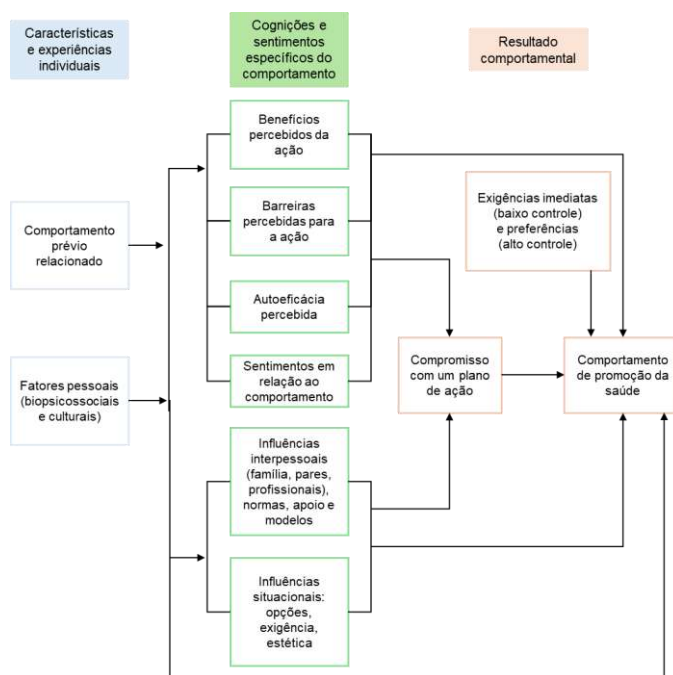
O modelo de Pender aplica-se a todas as fases da vida, oferecendo uma estrutura para compreender de que forma os indivíduos podem ser motivados a assumir comportamentos que promovem a saúde. Este modelo identifica os determinantes dos comportamentos promotores de saúde, reconhecendo que processos biopsicossociais complexos influenciam a motivação para a adoção de ações voltadas para o bem-estar (Sakraida & Wilson, 2018).

Uma característica relevante deste modelo é a sua aplicabilidade a populações diversas e vulneráveis, permitindo integrar a prática baseada em evidência. O modelo valoriza o papel ativo do indivíduo na gestão da sua saúde, ao mesmo tempo que reconhece a importância de transformar fatores ambientais como parte do processo de mudança (Sakraida & Wilson, 2018). Deste modo, constitui uma ferramenta útil para enfermeiros que atuam na promoção da saúde e prevenção da doença, sobretudo em contextos comunitários.

A Figura 1 apresenta uma síntese do modelo de promoção da saúde de Pender, evidenciando como fatores pessoais, interpessoais e ambientais influenciam as decisões dos indivíduos em adotar comportamentos saudáveis. Entre os elementos considerados estão experiências anteriores de comportamento, bem como características pessoais de ordem biológica, psicológica e sociocultural (Sakraida & Wilson, 2018).

O modelo inclui ainda variáveis cognitivas e emocionais, como perceção de benefícios e barreiras, autoeficácia e emoções associadas à atividade. Fatores interpessoais e situacionais influenciam igualmente a probabilidade de adoção de comportamentos promotores de saúde. Por fim, o compromisso com planos de ação individuais, a gestão de preferências e a integração de influências ambientais contribuem para o objetivo central do modelo: alcançar maior bem-estar, satisfação pessoal e qualidade de vida (Sakraida & Wilson, 2018).

**Figura 1 - Esquema Resumo Do Modelo De Promoção Da Saúde De Nola Pender**



Fonte: Adaptado de Sakraida, T. & Wilson, J. (2018) Health Promotion Model. Em M. Alligood, *Nursing Theorists and their work* (pp.323-338).

### 1.2.2. Teoria de Enfermagem do défice de autocuidado de Dorothea Orem

A Teoria do Déficit de Autocuidado, proposta por Dorothea Orem, conceptualiza o autocuidado

como um conjunto de ações intencionais que os indivíduos realizam para preservar a vida, a saúde e o bem-estar (Berbiglia & Banfield, 2018). Consiste na interligação de três teorias: a teoria do autocuidado, que investiga os fatores que motivam e orientam os indivíduos a cuidar de si mesmos; a teoria do défice de autocuidado, que identifica situações em que a pessoa não consegue realizar os cuidados necessários, justificando a intervenção do enfermeiro; e a teoria dos sistemas de enfermagem que descreve diferentes formas de atuação do enfermeiro, ajustadas ao nível de dependência da pessoa (Berbiglia & Banfield, 2018).

Segundo a teoria de Orem, todas as pessoas possuem ou podem desenvolver a capacidade de atender às suas próprias necessidades de autocuidado (Berbiglia & Banfield, 2018). Contudo, fatores como doença, vulnerabilidade e falta de conhecimento ou de recursos podem limitar essa capacidade, originando um défice de autocuidado. Nestes casos, o papel do enfermeiro consiste em identificar as necessidades específicas e fornecer suporte adequado, que pode ser total, parcial ou educativo, conforme a situação (Berbiglia & Banfield, 2018).

O sistema de apoio-educação assume especial relevância quando o objetivo é capacitar a pessoa a retomar ou aprimorar competências de autocuidado. Este sistema inclui estratégias como ensino dirigido, motivação individual e criação de condições ambientais que favoreçam o desenvolvimento de habilidades (Queirós et al., 2014).

Orem enfatiza que a intervenção do enfermeiro deve ser adaptada ao grau de autonomia do indivíduo: substituir a pessoa nas ações que não consegue realizar, orientar e apoiar decisões ou promover a aprendizagem e o desenvolvimento de competências (Berbiglia & Banfield, 2018). Esta abordagem centrada na pessoa permite uma prática de enfermagem humanizada e eficaz, que respeita os valores, necessidades e capacidades de cada indivíduo.

### 1.2.3. Aprendizagem centrada no cliente – recomendação da RNAO

A RNAO (2012) apresenta a diretriz de boas práticas *“Facilitating Client-Centred Learning”*, que orienta os enfermeiros na promoção de uma abordagem educativa centrada na pessoa, sendo que esta abordagem desloca o foco tradicional do ensino por parte do profissional de enfermagem para o apoio à aprendizagem do cliente, reconhecendo que cada indivíduo é ativo na gestão da sua saúde e na tomada de decisões.

A aprendizagem centrada no cliente envolve não apenas a aquisição de conhecimento, mas também a aplicação de valores, necessidades, experiências prévias e realidades culturais às ações que o cliente pretende adotar. Esta abordagem reforça o papel do enfermeiro como facilitador, promovendo autonomia, empoderamento e literacia em saúde (RNAO, 2012).

Para alcançar este objetivo, a diretriz recomenda a adoção de estratégias estruturadas que incluam a criação de um ambiente seguro e não julgador, a avaliação das necessidades de aprendizagem do cliente (considerando conhecimentos prévios, preferências e objetivos), a personalização da abordagem educativa em parceria com o próprio e com a equipa interprofissional, a utilização de linguagem clara e recursos visuais para promover a literacia em saúde, a diversificação de métodos (materiais impressos, recursos tecnológicos e contacto telefónico ou presencial) e a avaliação da aprendizagem, assegurando que o cliente compreende, aplica a informação e se sente confiante para tomar decisões (RNAO, 2012).

A aplicação destas recomendações permite que os enfermeiros promovam aprendizagem significativa e contextualizada, adaptada às capacidades, experiências e preferências de cada cliente (RNAO, 2012). Esta abordagem evidencia a importância da participação ativa do cliente no processo educativo, reforçando a autonomia, a tomada de decisão informada e a adesão a comportamentos de saúde positivos.

Desta forma, a diretriz da RNAO constitui um referencial essencial para a prática de enfermagem baseada em evidência, especialmente em contextos comunitários e de CSP, onde a educação para a saúde é determinante para o sucesso das intervenções de prevenção, tratamento e promoção da saúde.

#### 1.2.4. Articulação e fundamentação da escolha dos referenciais

Ficou claro no subcapítulo anterior que a promoção do diagnóstico precoce da infeção pelo VIH constitui um desafio complexo em saúde pública, particularmente quando dirigida a populações em situação de vulnerabilidade socioeconómica. A decisão de realizar o teste não depende exclusivamente do acesso físico ao serviço, mas resulta da interação entre determinantes individuais, interpessoais e estruturais, incluindo literacia em saúde, experiências prévias com o sistema de saúde, estigma associado à infeção, perceção de risco, suporte social e condições socioeconómicas. Neste sentido, a mobilização de referenciais

teóricos revelou-se fundamental para compreender esta complexidade e orientar uma intervenção coerente, intencional e cientificamente sustentada.

O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender oferece um enquadramento particularmente pertinente ao conceptualizar os comportamentos promotores de saúde como resultado da interação entre características pessoais, experiências prévias e variáveis cognitivas e afetivas. A realização do teste de VIH pode ser entendida como um comportamento de promoção da saúde orientado para a prevenção secundária, cuja adoção depende da perceção de benefícios (ex.: tranquilidade, acesso precoce a tratamento), da perceção de barreiras (ex.: medo do resultado, estigma, julgamento social), da autoeficácia e das influências interpessoais e situacionais.

Em populações socialmente vulneráveis, os determinantes sociais da saúde assumem um papel amplificador das barreiras percebidas. A precariedade económica, a instabilidade habitacional, a exclusão social e a baixa literacia podem reduzir a perceção de controlo sobre a própria saúde, comprometendo a autoeficácia e diminuindo a intenção comportamental (Jooste et al., 2021). Assim, o modelo de Pender permite não apenas compreender os fatores individuais que influenciam a decisão de testar, mas também integrar o impacto do contexto social na formulação comportamento de promoção da saúde, legitimando intervenções que atuem simultaneamente sobre fatores cognitivos, emocionais e ambientais.

Complementarmente, a Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem enquadra a realização do teste como uma ação intencional de autocuidado orientada para a preservação da saúde e prevenção da doença. O diagnóstico precoce pode ser visto como um requisito de autocuidado relacionado com a manutenção da integridade física e a gestão responsável da saúde individual e coletiva. Contudo, segundo a Commission on Social Determinants of Health (2008), em contextos de vulnerabilidade, podem existir limitações ao nível da prática do autocuidado no que respeita a medidas preventivas, decorrentes da falta de informação, de recursos ou de suporte social, configurando um potencial défice de autocuidado.

Neste enquadramento, a intervenção do enfermeiro especialista assume-se predominantemente como sistema de apoio-educação, visando fortalecer a capacidade de decisão informada, desenvolver competências para a gestão da saúde e reduzir desigualdades no acesso ao conhecimento e aos serviços. Ao reconhecer que o défice de autocuidado pode

ter origem estrutural e não apenas individual, esta teoria reforça a dimensão ética e social da prática do enfermeiro especialista em enfermagem na área de enfermagem de saúde comunitária e saúde pública, posicionando-o como agente de equidade e justiça social.

A diretriz da RNAO sobre aprendizagem centrada no cliente fornece o suporte metodológico necessário para operacionalizar os constructos teóricos de Pender e Orem. Se Pender explica os determinantes do comportamento e Orem legitima a necessidade de capacitação para o autocuidado, a abordagem centrada no cliente orienta a forma como essa capacitação deve ocorrer. Em contextos marcados por estigma e baixa literacia, a criação de um ambiente seguro, a utilização de linguagem clara e culturalmente ajustada, a valorização das experiências prévias e a avaliação contínua da compreensão constituem estratégias essenciais para transformar conhecimento em ação.

A articulação destes três referenciais permite, assim, sustentar o projeto numa perspetiva integrada e multinível: ao nível individual, Pender explica os mecanismos motivacionais e cognitivos associados à decisão de realizar o teste; ao nível da capacidade de ação, Orem enquadra a intervenção como processo de capacitação para o autocuidado; ao nível metodológico e relacional, a RNAO orienta a implementação de estratégias educativas participativas e contextualizadas.

Esta escolha dos suportes teóricos foi assim intencional e alinhada com a natureza multifatorial do diagnóstico precoce do VIH em contexto de vulnerabilidade social. Ao integrar determinantes comportamentais, capacitação para o autocuidado e estratégias educativas baseadas na evidência, o projeto posiciona-se numa lógica de intervenção que reconhece simultaneamente a responsabilidade individual, o impacto das condições sociais e o papel estratégico do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária e saúde pública na promoção da equidade em saúde.

### **1.3. Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária e saúde pública**

A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública é crucial na promoção do diagnóstico precoce da infeção pelo VIH, enquanto estratégia de saúde pública para reduzir a transmissão, melhorar o prognóstico individual e diminuir o impacto social e económico da doença. Inserido em contextos comunitários, este profissional encontra-se numa posição privilegiada para atuar junto de populações vulneráveis e de difícil acesso aos serviços de saúde (ANA, 2019; WHO, 2021).

De acordo com o Regulamento n.º 428/2018 (2018), este enfermeiro detém competências específicas para avaliar o estado de saúde das comunidades, capacitar grupos populacionais, coordenar programas e participar na vigilância epidemiológica, o que fundamenta uma intervenção estratégica orientada para o diagnóstico precoce do VIH. No âmbito do Planeamento em Saúde, realiza uma avaliação sistemática das necessidades, identificando grupos de maior risco, barreiras ao rastreio e contextos de vulnerabilidade social, económica ou cultural, constituindo esta análise a base para o desenho de estratégias ajustadas à realidade local e sustentadas em evidência científica (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

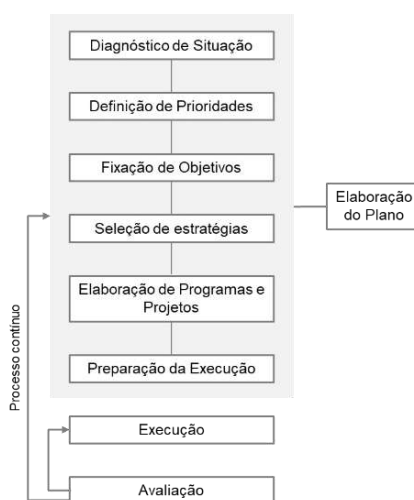
A promoção e realização do rastreio em contextos comunitários e institucionais, aproximando os cuidados das populações e reduzindo desigualdades no acesso ao diagnóstico (DGS, 2012; Regulamento n.º 140/2019, 2019), bem como a educação para a saúde e promoção da literacia relativamente às vias de transmissão, benefícios do diagnóstico precoce e início atempado do tratamento, reforçam o seu papel na resposta de saúde pública ao VIH, sendo que intervenções realizadas nos contextos de vida e trabalho demonstram eficácia na melhoria da adesão e na redução do estigma (Threats et al., 2021).

## 2. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE

A metodologia adotada para a elaboração deste projeto está de acordo com o Planeamento em Saúde conforme proposto por Imperatori e Giraldes (1993). Esta abordagem consiste na utilização racional e eficiente dos recursos disponíveis nos diferentes sectores da sociedade, com especial atenção às dimensões social e económica, com o objetivo de atingir metas previamente estabelecidas. Segundo os autores, o processo inicia-se com a identificação de problemas de saúde prioritários, orientando a sua resolução através de estratégias participativas que promovam mudanças sustentáveis nos comportamentos e estilos de vida.

Esta metodologia é descrita pelos autores como um processo dinâmico e contínuo, em que cada etapa influencia e é influenciada pelas demais, permitindo ajustes constantes à medida que novos dados e necessidades em saúde surgem, privilegiando a coordenação intersectorial, o envolvimento comunitário e a participação ativa de diversos agentes sociais e institucionais ao longo de todo o ciclo de planeamento (Imperatori & Giraldes, 1993). Desta forma, importa destacar que a metodologia de Planeamento em Saúde compreende as seguintes etapas: diagnóstico de situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de projetos e programas, preparação da execução, execução e avaliação, ilustradas na figura 2 (Imperatori & Giraldes, 1993).

**Figura 2** - *Esquema Resumo Das Etapas do Planeamento Em Saúde Segundo Imperatori e Giraldes (1993)*



Fonte: Adaptado de Imperatori, E., & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do planeamento em saúde*. Escola Nacional de Saúde Pública.

## **2.1. Diagnóstico da situação**

Neste subcapítulo apresenta-se o diagnóstico da situação de saúde, que, segundo Imperatori e Giraldes (1993), deve ir além da simples descrição da realidade, incorporando uma análise crítica capaz de orientar a definição de prioridades e a elaboração de respostas adequadas às necessidades identificadas. Esta etapa constitui um alicerce essencial para o planeamento, a implementação e a avaliação das intervenções propostas e tem como objetivo explorar, descrever, explicar e antecipar as necessidades de saúde de uma população, fornecendo informações fundamentais para a tomada de decisões em saúde (Imperatori & Giraldes, 1993).

Neste documento, o diagnóstico é estruturado em etapas sequenciais: inicialmente, apresenta-se a contextualização e a relevância do problema em análise, seguida da caracterização da população-alvo e das instituições parceiras envolvidas na sua elaboração. Em seguida, são analisados os dados recolhidos, culminando na identificação das necessidades de saúde prioritárias. É importante salientar que não serão apresentados dados que permitam identificar a população em estudo ou as instituições envolvidas na realização do diagnóstico, garantindo-se assim a confidencialidade e anonimato dos participantes.

### **2.1.1. Contextualização e relevância do problema**

Tal como anteriormente mencionado, a infeção pelo VIH mantém-se como um problema prioritário de saúde pública em Portugal. A sua importância encontra-se expressamente consagrada nos principais instrumentos de Planeamento em Saúde, designadamente no Despacho n.º 1225/2018 (2018), que a inclui entre os programas prioritários do Plano Nacional de Saúde, e no Despacho n.º 1150/2021 (2021), que a define como doença de notificação obrigatória, sujeita a vigilância epidemiológica reforçada. A título ilustrativo, na Área Metropolitana de Lisboa, estimou-se que, em 2024, tenham sido perdidos aproximadamente 2 343 anos de vida atribuíveis à doença pelo VIH (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2025).

A nível local, a situação reveste-se de especial preocupação. Entre 2020 e 2024, na ULS em análise, foram notificadas cerca de 297 novas infeções por VIH, correspondendo a taxas de diagnóstico superiores à média nacional no mesmo período (DGS/INSA, 2025). Estes dados, associados ao facto de cerca de 20% das pessoas que vivem com VIH permanecerem por diagnosticar segundo dados da câmara municipal da região em estudo, evidenciam a

necessidade urgente de estratégias que promovam o rastreio e o diagnóstico precoce da infeção.

Diversos documentos estratégicos, incluindo o plano local de saúde, o perfil de saúde da população, o plano de atividades da unidade de saúde pública e os projetos em curso na região, identificam o VIH como área prioritária de intervenção. Na área de abrangência da USP que dá resposta a esta região, esta infeção é, de facto, a doença de notificação obrigatória com maior número de notificações.

Foi neste enquadramento que se concretizou o presente diagnóstico, integrado num projeto comunitário da UCC e num programa promovido pela USP. O projeto da UCC tem como finalidade reforçar a literacia em saúde e estimular a adoção de comportamentos saudáveis entre beneficiários do RSI, grupo frequentemente marcado por baixos níveis de escolaridade, limitada literacia em saúde, fragilidade socioeconómica e obstáculos no acesso aos cuidados. Paralelamente, o programa da USP, contemplado no Plano de Atividades de 2024, procura incrementar a realização de testes rápidos na ULS, facilitando o diagnóstico precoce do VIH, o conhecimento do estado serológico, o acesso atempado ao tratamento e a quebra das cadeias de transmissão.

Diante desta realidade epidemiológica e social, torna-se evidente a pertinência de uma intervenção comunitária centrada na prevenção, rastreio e diagnóstico precoce do VIH, direcionada a populações vulneráveis com acesso limitado ao sistema de saúde, em consonância com os documentos estratégicos nacionais e internacionais que têm sido referidos neste relatório.

#### 2.1.2. Caracterização do local de intervenção

A população envolvida neste projeto evidencia características demográficas, socioeconómicas e estruturais que podem acentuar contextos de vulnerabilidade social e constrangimentos no acesso aos cuidados de saúde, o que reforça a relevância das intervenções desenvolvidas. Neste sentido, revela-se fundamental proceder à sua adequada caracterização.

Pelas razões previamente expostas, associadas à salvaguarda da confidencialidade e do anonimato, optou-se por não identificar explicitamente documentos camarários ou outras

fontes que pudessem permitir a identificação dos participantes ou das instituições envolvidas, sendo indicada apenas a origem dos dados de forma genérica. Acresce que os valores apresentados foram arredondados, como medida adicional para prevenir a identificabilidade da população, assegurando a confidencialidade e a anonimização da informação.

Importa salientar a existência de articulação entre as instituições de saúde, sociais e entidades políticas, dando destaque aos recursos comunitários, com os quais se verifica igualmente uma colaboração eficaz e consistente. A Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) frequentada pela população alvo, dispõe de várias valências e de uma equipa alargada, capaz de responder às necessidades da comunidade ao longo do ciclo de vida. De acordo com dados fornecidos pela IPSS, na área da infância e juventude disponibiliza berçário, creche, educação pré-escolar e apoio à atividade escolar e à família. Relativamente à população sénior, assegura respostas de centro de dia e serviço de apoio domiciliário. No domínio da intervenção social, desenvolve acompanhamento a beneficiários do RSI, apoio em situações de emergência alimentar, programas de inserção profissional e atendimento e acompanhamento social integrado. No conjunto destas respostas, apoia mais de 2 000 famílias, sendo que aproximadamente 353 indivíduos são abrangidos por medidas associadas ao RSI.

O projeto foi desenvolvido em articulação com uma UCC e uma USP da Área Metropolitana de Lisboa, que abrangem cerca de 350 000 habitantes, distribuídos por aproximadamente 200 km<sup>2</sup>, com uma densidade populacional entre 1 000 e 6 000 habitantes/km<sup>2</sup> (INE, 2025). Nos CSP encontram-se inscritos cerca de 240 000 utentes (Ministério da Saúde – Governo da República Portuguesa, 2025). A estrutura etária revela que 25% da população tem menos de 25 anos, 53% tem entre 25 e 64 anos e 21% tem 65 ou mais anos sendo aproximadamente 53% do sexo feminino (INE, 2025; Ministério da Saúde – Governo da República Portuguesa, 2025). Observa-se crescimento demográfico ligeiro, com taxas de crescimento natural e efetivo positivas inferiores a 2% e cerca de 9% de população estrangeira residente (INE, 2025).

Do ponto de vista socioeconómico, a taxa de desemprego ronda os 9% e o ganho médio mensal situa-se entre 1 100€ e 1 500€ (INE, 2025). Estima-se que 7 000 a 8 000 pessoas beneficiem de RSI, verificando-se na Área Metropolitana de Lisboa uma taxa de 18% de população em risco de pobreza ou exclusão social (INE, 2025). Segundo a Câmara Municipal desta área geográfica, apesar de 100% dos alojamentos disporem de água canalizada e ligação à rede pública de

esgotos, persistem situações de sobrelotação habitacional (12,5%) e privação severa das condições de habitação (6,4%) (INE, 2025). A região dispõe de hospital público com urgência geral, pediátrica e obstétrica, várias unidades funcionais de CSP, cerca de 90 farmácias e tempo médio de acesso ao hospital entre 7 e 11 minutos.

Os estágios realizados na consecução deste projeto realizaram-se numa USP e numa UCC, conforme preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (Aviso n.º 6702/2021, 2021).

A USP onde foi realizado o primeiro estágio tem como missão a prevenção da doença, proteção e promoção da saúde, visando ganhos sustentáveis em saúde, segundo o guia de acolhimento da USP. Compete-lhe identificar necessidades de saúde, monitorizar o estado de saúde e os seus determinantes, desenvolver vigilância epidemiológica, avaliar o impacto das intervenções e implementar Programas Nacionais de Saúde, assumindo ainda funções de autoridade de saúde pública em situações de risco sanitário.

A equipa da USP é constituída por médicos especialistas e internos de Saúde Pública, enfermeiros especialistas em Saúde Pública, Comunitária e Pediátrica, técnicos de saúde ambiental, higienistas orais e assistentes técnicos e operacionais, desenvolvendo trabalho articulado com as restantes unidades funcionais da ULS e parceiros institucionais. No âmbito dos programas em curso, foi integrado o presente projeto no Programa Nacional para a Prevenção das Infeções Sexualmente Transmissíveis e Infeção por VIH - diagnóstico precoce.

O segundo estágio realizou-se numa UCC que presta cuidados domiciliários e comunitários, apoio psicossocial e desenvolve atividades de educação para a saúde, dirigidas sobretudo a populações vulneráveis. Esta UCC abrange duas freguesias, correspondendo a cerca de 31 500 utentes inscritos, funcionando sete dias por semana e articulando-se com múltiplos parceiros comunitários. Dispõe de equipa multidisciplinar (enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde comunitária e saúde pública, saúde infantil e pediátrica, saúde materna e obstetrícia, enfermeiros de cuidados gerais, médicos de família, nutricionista, psicóloga), três viaturas e materiais educativos adequados, desenvolvendo projetos ao longo do ciclo de vida e integrando uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados.

Em síntese, trata-se de um território com diversidade demográfica, presença significativa de vulnerabilidade social e ampla rede de recursos institucionais, onde a articulação entre UCC e

USP, sustentada no enquadramento legal e programático vigente, constitui base essencial para o Planeamento em Saúde e para a implementação de intervenções dirigidas às necessidades da população.

### 2.1.3. População, amostra e critérios de inclusão

Devido à vulnerabilidade da população alvo e às dinâmicas próprias da instituição parceira, não foi possível aceder a todos os indivíduos, uma vez que esta população não está acessível diariamente na IPSS, deslocando-se a esta pontualmente sob convocatória prévia por parte dos técnicos responsáveis. Assim, foi realizada a seleção dos possíveis participantes pela própria instituição. Este procedimento definiu a população acessível, ou seja, o subconjunto da população-alvo que foi viável alcançar e incluir no estudo (Asiamah, Mensah & Oteng-Abayie, 2017), respeitando os princípios éticos inerentes à investigação em contextos vulneráveis, nomeadamente o consentimento informado, livre e esclarecido (Nunes, 2020).

Portanto, a amostra foi selecionada com um método de amostragem não probabilístico, por conveniência, sendo que, no total, o questionário foi disponibilizado a 64 indivíduos determinados pela instituição (população acessível), obtendo-se 33 respostas, correspondendo a cerca de 51,5% da população acessível. A interpretação dos resultados deve, portanto, considerar as limitações inerentes à natureza da população acessível, sendo estes dados indicativos de tendências gerais da população-alvo, não sendo possível fazer generalizações (Asiamah, Mensah & Oteng-Abayie, 2017; Gray, 2012).

Como critérios de inclusão, definiu-se que participariam no diagnóstico todas as pessoas que usufruem do projeto da UCC, selecionadas pela IPSS, desde que reunissem as condições seguintes:

- Saber ler e/ou expressar-se em língua portuguesa, garantindo a compreensão adequada do consentimento informado e do questionário aplicado;
- Apresentar capacidade para compreender a natureza do projeto, os seus objetivos e os procedimentos envolvidos;
- Manifestar consentimento livre, esclarecido e voluntário para participar no estudo, após explicação detalhada do projeto e das suas condições.

#### 2.1.4. Instrumentos e procedimentos de colheita de dados

A recolha de dados foi realizada através de um questionário de caracterização sociodemográfica e de saúde (apêndice I) e da aplicação da versão portuguesa da *HIV Antibody Testing Attitude Scale*, validada por Frias et al. (2016) (apêndice II).

O questionário sociodemográfico e de saúde foi construído especificamente para este projeto, com o contributo e validação por peritos (supervisoras clínicas, orientadora pedagógica e equipa técnica da IPSS). O instrumento integra 14 questões, sendo 7 destinadas à caracterização sociodemográfica (idade, género, nacionalidade, estado civil, nível de escolaridade, situação profissional e duração da participação no projeto da UCC) e 7 relacionadas com a condição de saúde e os conhecimentos acerca do VIH (patologias diagnosticadas, recurso a serviços de saúde, existência de profissional de saúde de referência, conhecimentos sobre o VIH e respetivas vias de transmissão, perceção da relevância do teste e realização prévia do mesmo).

Foram utilizadas questões de resposta fechada (dicotómicas ou de resposta única) e questões abertas de resposta curta. As variáveis recolhidas tiveram como finalidade a caracterização da amostra e a análise da associação entre características sociodemográficas e as atitudes face ao teste rápido de rastreio da infeção pelo VIH, recorrendo a testes estatísticos não paramétricos. Por este motivo, não foi realizado um processo de validação psicométrica formal deste questionário, tendo sido feita a sua validação pelos peritos considerando a sua clareza, ausência de viés e facilidade de leitura, assim como a sequência das questões que motivasse o preenchimento do questionário (Polit & Beck, 2022).

A utilização de questionários apresenta diversas vantagens no contexto da investigação, nomeadamente o baixo custo, a possibilidade de recolher um número elevado de dados, a flexibilidade quanto ao tempo e local de preenchimento, a facilidade de codificação dos dados para análise, a simplificação da garantia de anonimato e a redução do viés do entrevistador. Como principal limitação, destaca-se a possibilidade de uma taxa de resposta reduzida (Gray, 2012).

Relativamente à escala de atitudes, foi utilizada a versão portuguesa da *HIV Antibody Testing Attitude Scale*, traduzida e adaptada por Frias et al. (2016). A versão portuguesa da escala

apresentou boas propriedades psicométricas, com valores adequados de consistência interna (alfa de Cronbach superiores a 0,70 em todas as subescalas). Apesar da validação ter sido realizada em contexto académico, foram contactadas as autoras, que referiram que a escala é aplicável a populações adultas em geral, uma vez que os constructos avaliados são transversais a diferentes contextos socioculturais e educacionais.

A escala é constituída por 18 itens, organizados em três subescalas (confiança, confidencialidade e medo) que avaliam diferentes dimensões das atitudes face à realização do teste rápido de rastreio da infeção pelo VIH. As respostas são dadas numa escala do tipo Likert de 5 pontos, variando entre 1 (“Discordo totalmente”) e 5 (“Concordo totalmente”). O score total resulta da soma dos itens, após reversão dos itens negativos, sendo que pontuações mais elevadas correspondem a atitudes mais favoráveis face à realização do teste (Frias et al., 2016).

Por se tratar de um instrumento validado para a população portuguesa, com evidência de consistência interna e validade, a utilização desta escala contribui para a fiabilidade e robustez dos resultados obtidos, permitindo uma interpretação consistente das atitudes face ao teste rápido de rastreio da infeção pelo VIH (Gray, 2012).

Ambos os instrumentos foram aplicados em formato físico, presencialmente pela mestranda na instituição parceira em momentos designados pela equipa técnica da IPSS, ou em formato online, através da plataforma *Microsoft Forms*<sup>®</sup>. Neste último caso, a hiperligação para o formulário foi disponibilizada à instituição parceira por email, que procedeu à sua divulgação junto dos participantes elegíveis por email ou *WhatsApp*<sup>®</sup>, de acordo com a preferência e disponibilidade dos inquiridos. Os participantes foram escolhidos pelos técnicos de referência da instituição, considerando a sua literacia digital e a disponibilidade de meios digitais para contactar os mesmos. A recolha de dados decorreu entre 1 de julho e 8 de setembro de 2025.

#### 2.1.5. Procedimentos de análise de dados

Após a recolha, os dados foram sujeitos a um processo de verificação, codificação e organização, garantindo-se a confidencialidade e o anonimato dos participantes. A análise estatística foi realizada com recurso ao *software* IBM SPSS Statistics<sup>®</sup> (versão 29.0.2.0).

Numa primeira fase, procedeu-se à análise descritiva dos dados, com o objetivo de caracterizar

a amostra em termos sociodemográficos, de saúde e de conhecimentos relacionados com o VIH. As variáveis categóricas foram analisadas através de frequências absolutas e relativas, enquanto as variáveis contínuas foram descritas recorrendo a medidas de tendência central e dispersão. As questões de resposta abertas curta foram sujeitas a análise de conteúdo procedendo-se à leitura integral e agrupamento em categorias temáticas emergentes, com base na recorrência e semelhança semântica das respostas (Polit & Beck, 2022).

Relativamente à escala *HIV Antibody Testing Attitude Scale*, pese embora a escala tenha sido previamente validada para a população portuguesa por Frias et al. (2016), procedeu-se ao cálculo do alfa de *Cronbach* na presente amostra, utilizando o *score* total da escala, com o objetivo de verificar a consistência interna dos itens no contexto deste diagnóstico (Gray, 2012). Posteriormente, procedeu-se ao cálculo do *score* total e dos *scores* das três subescalas propostas pelas autoras (confiança, medos e confidencialidade), após reversão dos itens formulados de forma negativa, conforme indicado no estudo de validação da versão portuguesa (Frias et al., 2016).

A avaliação da normalidade da distribuição dos dados foi realizada de forma exploratória, através da análise gráfica da distribuição dos *scores* da escala de atitudes, nomeadamente por meio de histograma. Considerando a dimensão reduzida da amostra, a assimetria observada na distribuição e a inexistência de garantia dos pressupostos de normalidade, optou-se por uma abordagem conservadora, recorrendo a medidas de tendência central robustas (Mdn e IQR) e à aplicação de testes estatísticos não paramétricos, considerados mais adequados nestas condições (Gray, 2012; Sainani, 2012).

Para avaliar a associação entre as variáveis sociodemográficas e de saúde e as atitudes face ao teste rápido para rastreio da infeção pelo VIH, foram aplicados testes inferenciais não paramétricos, tendo sido definido o nível de significância estatística em  $p < 0,05$  (Polit & Beck, 2022). O teste de *Mann-Whitney* foi utilizado para a comparação entre dois grupos independentes, enquanto o teste de *Kruskal-Wallis* foi aplicado quando estavam em causa três ou mais grupos independentes (Gray, 2012). Sempre que não se verificou variabilidade numa variável, não foi possível proceder à análise inferencial, por não estarem reunidos os pressupostos necessários à aplicação destes testes (Gray, 2012).

#### 2.1.6. Considerações éticas

Este diagnóstico, que integrou uma vertente de investigação, cumpriu escrupulosamente os princípios éticos aplicáveis à investigação em saúde, assegurando a salvaguarda dos direitos, da segurança e do bem-estar dos participantes, em conformidade com a Convenção de Oviedo, a Declaração de Helsínquia, as orientações da OMS, o Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados) e a legislação nacional em vigor, designadamente a Lei n.º 21/2014 (2014) e a Lei n.º 58/2019 (2019).

A participação no projeto foi de carácter voluntário, assegurando-se aos participantes o direito de desistir em qualquer momento, sem qualquer consequência para a sua relação com a IPSS ou para o acesso aos cuidados prestados pela UCC, pela USP ou por outros serviços de saúde. Previamente à aplicação do questionário, foi prestada informação clara sobre os objetivos do projeto, a metodologia adotada e os direitos dos participantes, garantindo a possibilidade de esclarecimento de dúvidas. O consentimento informado, livre e esclarecido (apêndice III) foi obtido através de formulário em suporte papel ou digital (apêndice IV), tendo a recolha de dados iniciado apenas após o respetivo preenchimento e validação.

Foi e será assegurado o respeito pela confidencialidade e pelo anonimato de todos os participantes. Em nenhuma fase do projeto (incluindo resultados, publicações, apresentações ou no presente relatório) foram incluídos dados que permitam a identificação direta ou indireta de pessoas ou instituições. A informação recolhida foi codificada e anonimizada, sendo utilizada exclusivamente para fins académicos.

Após a recolha, os dados foram analisados e armazenados no computador pessoal da mestranda, protegido por palavra-passe e sistema de encriptação. Os questionários em suporte papel foram guardados em armário trancado, de acesso exclusivo da mestranda. Os questionários online foram recolhidos através do *Microsoft Forms*<sup>®</sup>, com recurso à conta de correio eletrónico académica, também de uso exclusivo da mestranda.

Os participantes foram informados do direito de solicitar, a qualquer momento, o acesso, retificação ou eliminação dos seus dados, mediante contacto direto com a mestranda. A informação será conservada durante três anos após a conclusão do projeto, de acordo com as

boas práticas de investigação científica, garantindo a rastreabilidade e auditabilidade dos dados, não sendo utilizada para qualquer outra finalidade. Findo esse período, os dados digitais serão eliminados de forma segura através de software próprio de destruição de ficheiros, e os suportes físicos serão destruídos por fragmentação manual ou recurso a trituradora.

O projeto incorpora uma atenção ética específica à condição de vulnerabilidade da população-alvo, salvaguardando os princípios da não maleficência, da justiça e do respeito pela dignidade da pessoa humana (Nunes, 2020). A autora destaca que a investigação em enfermagem e em saúde pode envolver grupos particularmente frágeis, exigindo do investigador uma postura orientada pelo princípio da beneficência, que garanta a proteção dos participantes e o respeito por decisões tomadas de forma livre e esclarecida.

Foi igualmente assegurada a observância dos direitos de autor e da propriedade intelectual, através da obtenção de autorização formal para a utilização da escala (apêndice V). As fontes bibliográficas e respetivas autorias serão devidamente citadas, assegurando o rigor académico e o reconhecimento dos contributos científicos existentes. Esta conduta pretende consolidar o compromisso com a ética em investigação e com a solidez científica do presente diagnóstico.

Adicionalmente, foram solicitadas autorizações a todas as entidades envolvidas (USP, UCC e IPSS) e submetido o pedido de apreciação à Comissão de Ética da ESSATLA, tendo sido emitido parecer favorável. A documentação correspondente encontra-se reunida em apêndice (apêndices VI, VII, VIII, IX e X). Declara-se inexistência de conflitos de interesse ou de financiamento associado ao diagnóstico, sendo que todos os encargos logísticos e materiais foram assumidos pela mestranda, sem implicações financeiras para as instituições de saúde ou parceiras. Os resultados serão posteriormente comunicados às entidades envolvidas, através de relatório final, com vista à promoção da melhoria contínua das práticas em enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública.

#### 2.1.7. Apresentação e análise dos resultados

De seguida, apresentam-se os resultados relativamente à caracterização sociodemográfica, aos aspetos relacionados com a saúde, com os conhecimentos sobre o VIH e os resultados da

escala de atitudes face ao teste rápido de rastreio da infeção pelo VIH. Por fim, apresenta-se a relação entre as variáveis sociodemográficas e de saúde e os resultados da escala de atitudes face ao teste rápido para rastreio da infeção pelo VIH.

#### *Caracterização sociodemográfica da amostra*

A amostra foi constituída por 33 participantes (tabela 1), sendo maioritariamente do sexo feminino (69,7%), com maior prevalência de idades na faixa etária compreendida entre os 45 e os 64 anos (51,5%), seguida das faixas etária dos 35 aos 44 anos (18,2%), 25 aos 34 anos (15,2%) e das pessoas com mais de 65 anos (12,1%). Com menor expressão na amostra apresentou-se a faixa etária dos 18 aos 24 anos, com apenas 3% dos participantes.

No que diz respeito à sua nacionalidade, cerca de 85% dos participantes (N=28) são de nacionalidade portuguesa, sendo que os restantes (N=5) são originários de países africanos de língua oficial portuguesa, destacando-se que todos residem em Portugal há mais de 5 anos.

Relativamente ao estado civil, a maior percentagem é de solteiros (48,5%), seguido dos casados ou em união de facto (18,2%) e divorciados (18,2%), e por fim dos viúvos (3,0%).

Quanto ao nível de escolaridade, revelou-se alguma heterogeneidade na amostra, sendo o ensino secundário o que apresenta a maior percentagem (30,3%), seguido do primeiro ciclo (24,2%), dos segundo e terceiro ciclos e ensino superior (12,1% cada um), e de nenhum tipo de educação formal (9,1%).

No que respeita à situação profissional, a taxa de desemprego elevada (81,8%) confirma a fragilidade socioeconómica da amostra, sendo que apenas 12,2% se encontram empregados. Salienta-se que cerca de 76% dos participantes estão integrados na IPSS há mais de um ano, com acesso continuado ao projeto da UCC, continuidade que favorece uma comunicação eficaz, fortalece a confiança entre participantes e profissionais, e aumenta a predisposição para seguir recomendações de saúde e aderir a intervenções preventivas de longo prazo, aspetos especialmente importantes em populações vulneráveis (Lillis, 2022).

**Tabela 1 – Caracterização Sociodemográfica Da Amostra**

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	23	69,7%
Masculino	10	30,3%
<b>Faixa etária</b>		
18 - 24 anos	1	3,0%
25 - 34 anos	5	15,2%
35 - 44 anos	6	18,2%
45 - 64 anos	17	51,5%
65 anos ou mais	4	12,1%
<b>Nacionalidade</b>		
Portuguesa	28	84,8%
Outra	5	15,2%
<b>Estado civil</b>		
Solteiro(a)	16	48,5%
Casado(a)/União de facto	6	18,2%
Divorciado(a)	6	18,2%
Não respondeu	4	12,1%
Viúvo(a)	1	3,0%
<b>Nível de escolaridade</b>		
Nenhum	3	9,1%
1º Ciclo (1º ao 4º ano)	8	24,2%
2º Ciclo (5º ao 6º ano)	4	12,1%
3º Ciclo (7º ao 9º ano)	4	12,1%
Ensino secundário	10	30,3%
Ensino superior (licenciatura, mestrado, doutoramento, outros)	4	12,1%
<b>Situação profissional</b>		
Desempregado(a)	27	81,8%
Empregado(a)	4	12,2%
Formação ou Estágio	1	3,0%
Outra	1	3,0%
<b>Tempo de frequência do projeto na Instituição Particular de Solidariedade Social</b>		
Menos de 6 meses	8	24,2%
Entre 6 meses e 1 ano	9	27,3%
Mais de 1 ano	16	48,5%

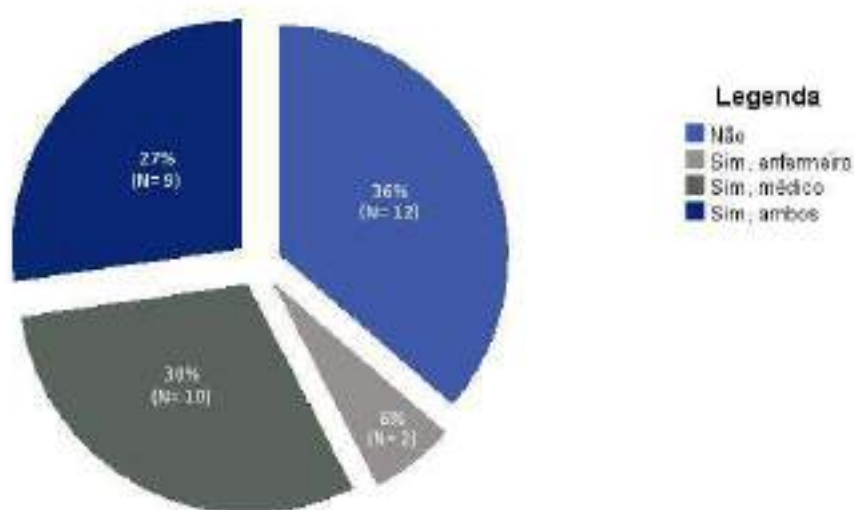
### *Aspetos relacionados com a saúde*

Em termos de saúde, cerca de metade dos participantes (48,4%) afirmou não ter qualquer doença diagnosticada. Entre os que relataram ter doenças diagnosticadas, surgiram relatos de doenças do foro cardiovascular, metabólicas, respiratórias e mentais, entre outras doenças. Não foi referida nenhuma infeção sexualmente transmissível.

No que concerne à utilização de serviços de saúde, 85% dos participantes referem recorrer a serviços de saúde. Relativamente à frequência de utilização 32% recorrem a estes anualmente, seguidos dos que recorrem de forma mensal (25%), semestral (25%) e por fim trimestral (18%).

Adicionalmente, através da análise do gráfico 1, é possível perceber que cerca de 36% dos participantes referiram não ter um profissional de saúde de referência, facto que poderá impactar a sua decisão de busca dos serviços de saúde e as suas decisões relativas à sua saúde (Lillis, 2022).

**Gráfico 1** – Distribuição Da Amostra Relativamente À Questão “Tem um profissional de saúde de referência?”



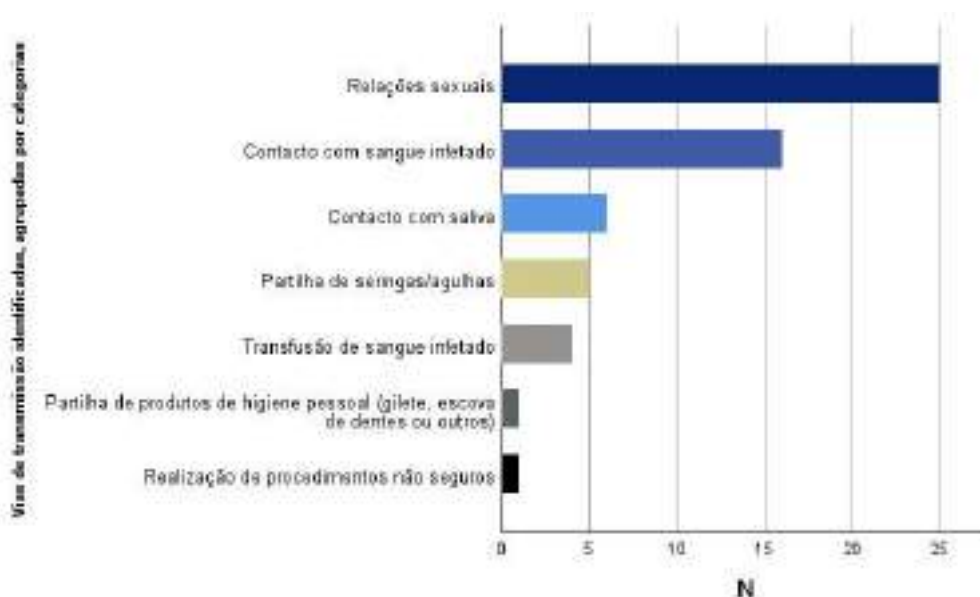
### *Aspetos relacionadas ao conhecimento da infeção pelo VIH*

Todos os participantes (N=33) referiram já ter ouvido falar do VIH, sendo que cerca de 85% consideram importante a realização do teste. No entanto, observa-se que cerca de metade

(51,5%) nunca fez o teste rápido ou outro, o que pode evidenciar uma discrepância entre o reconhecimento da importância e a concretização da prática de testagem. Dos que realizaram o teste, todos o fizeram em unidades de saúde (81%) ou campanhas de rua (19%).

De referir que 91% dos participantes afirmam conhecer as formas de transmissão do VIH. No que diz respeito às vias de transmissão, cerca de 30% referiu apenas as relações sexuais, tendo surgido de seguida referência a contacto com sangue infetado por cerca de 53% dos participantes, contacto com saliva por 20% dos participantes e partilha de seringas e agulhas por cerca de 17% dos participantes. No gráfico 2 encontram-se, para além das referidas, outras formas de transmissão do VIH identificadas pelos participantes.

**Gráfico 2 - Formas De Transmissão do VIH Identificadas No Questionário Pelos Participantes**

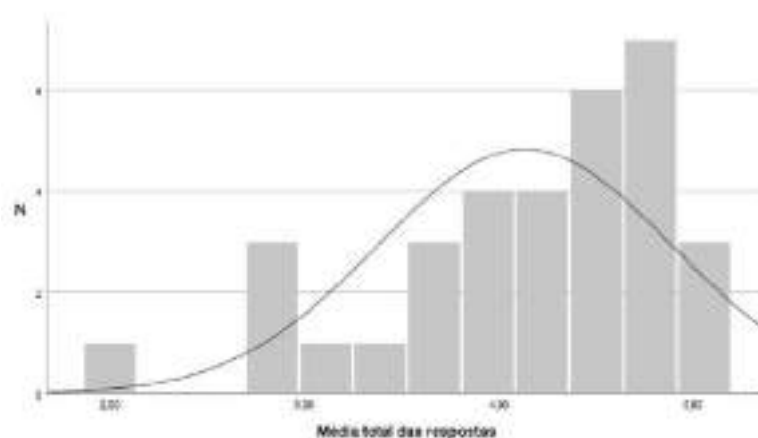


#### *Escala de atitudes face ao teste rápido para rastreio da infeção pelo VIH*

Como foi referido anteriormente, procedeu-se à avaliação da consistência interna da escala através do cálculo do coeficiente alfa de *Cronbach*, através do cálculo do *score* total da escala com base nos 18 itens, utilizando a média das respostas por participante. A escala demonstrou excelente consistência interna ( $\alpha = 0,890$ ) (Polit & Beck, 2022), próxima da calculada aquando da validação da escala por Frias e colaboradores (2016) ( $\alpha = 0,860$ ), o que pode indicar uma fiabilidade elevada na medição das atitudes face ao teste do VIH nesta amostra. Será, no

entanto, importante ter em conta que o facto da amostra ser pequena poderá condicionar os resultados deste teste (Gray, 2012). Ao longo desta análise optou-se por uma descrição das medidas de tendência central e dispersão que incluiu a mediana (Mdn) e intervalo interquartis (IQR) uma vez que não está garantida uma distribuição normal, como se pode observar no gráfico 3 (Sainani, 2012).

**Gráfico 3** – Histograma Da Média Total Das Respostas À Escala “HIV Antibody Testing Attitude Scale”



Neste sentido, na tabela 2, os resultados revelaram um score médio de 4,13 (Desvio Padrão[DP]=0,76) e Mdn de 4,28 (IQR 1,17), com valores a variar entre 2,00 e 5,00, dentro do intervalo teórico possível de 1 a 5. Esta pontuação reflete uma atitude globalmente positiva da amostra face ao teste.

**Tabela 2** – Análise Descritiva do Score Total da Escala “HIV Antibody Testing Attitude Scale”

Medidas de tendência central e dispersão	
Média	4,13
Mediana	4,2778
Desvio Padrão	0,756
Mínimo	2,00
Máximo	5,00
Intervalo interquartil	1,17

Após análise da consistência interna da escala, foram calculados os *scores* das três sub-escalas propostas por Frias e colaboradores (2016), de modo a avaliar as dimensões quanto a atitudes mais ou menos favoráveis. Na tabela 3 resumem-se os achados.

A sub-escala Confiança apresentou Mdn=4,33 (IQR=3,42–5,00), indicando que a maioria dos participantes demonstrou atitudes favoráveis e elevada confiança relativamente à realização do teste. Os valores mínimos e máximos observados foram 1,17 e 5,00, respetivamente, revelando alguma variabilidade nas respostas individuais.

Na sub-escala Medos, obteve-se uma Mdn=4,56 (IQR=3,56–5,00), com valores a variar entre 1,78 e 5,00. Estes resultados sugerem que, em geral, os participantes percebem baixo nível de medo associado ao teste rápido, embora haja alguma heterogeneidade nas respostas.

A sub-escala Confidencialidade apresentou Mdn=4,33 (IQR=3,67–5,00), com valores entre 2,00 e 5,00, refletindo uma perceção positiva quanto à proteção da privacidade na realização do teste e confidencialidade da informação. Estes resultados indicam que as atitudes face à confidencialidade dos testes são tendencialmente mais positivas, apresentando uma menor variabilidade nas respostas (mínimo 2 e máximo 5).

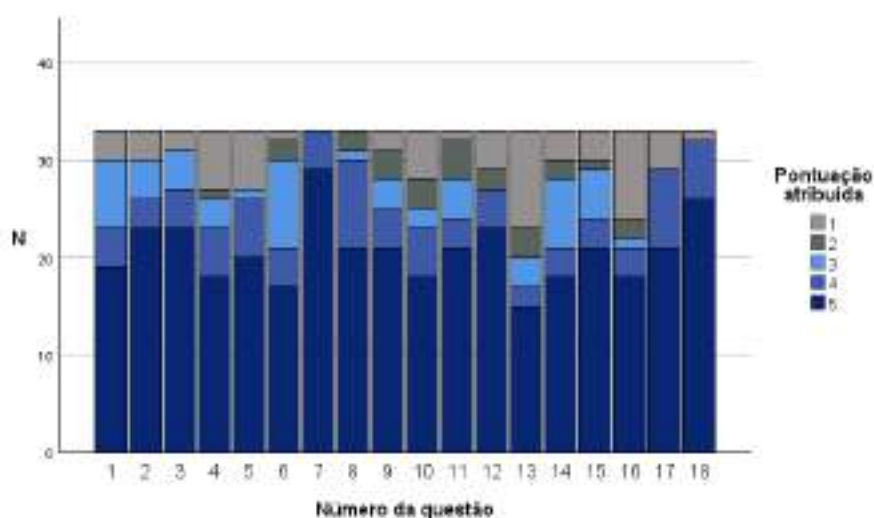
**Tabela 3 - Análise Descritiva Do Score Total Das Sub-escalas Confiança, Medos e Confidencialidade**

	Sub-escala Confiança	Sub-escala Medos	Sub-escala Confidencialidade
Mediana	4,33	4,56	4,33
Mínimo	1,17	1,78	2,00
Máximo	5,00	5,00	5,00
Intervalo Interquartis	5,00-3,42	5,00-3,56	5,00-3,67

O gráfico 4 mostra a frequência das respostas atribuídas (1 a 5) a cada uma das 18 questões. De forma geral, observa-se que a classificação de 5 (atitude mais favorável) domina a maioria das questões, indicando que os participantes tendem a avaliar positivamente os itens da escala, confirmando as tendências já identificadas na análise da mediana e do *score* total. Isto sugere atitudes globalmente positivas face ao teste rápido para rastreio da infeção pelo VIH.

Alguns itens apresentam maior percentagem de respostas mais baixas, como os itens 10 “As pessoas iriam pensar que eu estou infetado com VIH se eu decidisse fazer o Teste” e 13 “ Os meus pais ficavam preocupados se soubessem que eu estava a pensar fazer o Teste VIH”, que registam proporções mais significativas de respostas com pontuações menos favoráveis. Estas podem refletir áreas de dúvida ou menor confiança, sendo potenciais pontos de interesse para futuras intervenções. Por outro lado, questões como a 2 “Sinto-me à vontade para falar com os meus amigos sobre a decisão de fazer o Teste VIH”, 3 “A minha família apoiava-me na minha decisão em fazer o Teste VIH”, 7 “ Toda a pessoa que faz o Teste VIH é nojenta”, 12 “Não faria o Teste VIH porque seriam perguntadas coisas muito pessoais” e 18 “Eu confio que os técnicos de saúde guardam de maneira confidencial a informação” apresentam uma grande maioria de respostas na pontuação 5, evidenciando atitudes positivas face a estas questões.

**Gráfico 4 – Histograma Das Pontuações Atribuídas Às Respostas Da Escala “HIV Antibody Testing Attitude Scale”**



### *Relação entre as variáveis sociodemográficas e de saúde e atitudes face ao teste rápido para rastreio da infeção pelo VIH*

Para avaliar a associação entre as variáveis sociodemográficas e as atitudes em relação ao VIH/SIDA, foram aplicados os testes de *Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis*, para comparação entre 2 variáveis e mais de 2 variáveis, respetivamente.

Verificou-se que, relativamente à questão “Considera importante fazer o teste de VIH?”, as diferenças entre grupos foram estatisticamente significativas ( $U = 19,00$ ;  $p = 0,010$ ), sendo que os participantes que responderam afirmativamente apresentaram *ranks* médios superiores, indicando atitudes mais positivas. De forma semelhante, a questão “Conhece as formas de transmissão do VIH?” apresentou também diferença significativa ( $U = 9,00$ ;  $p = 0,024$ ), revelando atitudes mais positivas face à realização do teste rápido para rastreio da infeção pelo VIH entre aqueles que consideram importante fazer o teste.

Todos os participantes afirmaram já ter ouvido falar do VIH. Dado que não existiu variabilidade nesta variável, não foi possível proceder a testes estatísticos de associação com a pontuação da escala de atitudes face ao teste rápido para rastreio da infeção pelo VIH, uma vez que os testes inferenciais requerem diferenças ou variabilidade nos grupos comparados (Gray, 2012).

As restantes variáveis foram analisadas com recurso ao teste de *Kruskal-Wallis*, não se tendo verificado diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ( $p > 0,05$ ) (Polit & Beck, 2022). A análise detalhada poderá ser feita através das tabelas que se encontram no apêndice XI.

#### 2.1.8. Problemas identificados e respetivos diagnósticos de Enfermagem

Na presente secção procedeu-se à definição das necessidades de saúde com base nos problemas identificados no diagnóstico de situação anteriormente apresentado. Importa salientar que os enfermeiros dispõem de autonomia para identificar necessidades e intervir nas respostas humanas associadas a condições de saúde ou a processos da vida, atuando de forma independente e interdependente no âmbito do seu exercício profissional (Lei n.º 8/2024, 2024). Para a sistematização e formulação dos diagnósticos de enfermagem será utilizada a linguagem padronizada da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

(CIPE), enquanto taxonomia que permite organizar, estruturar e uniformizar as áreas de intervenção relevantes para a prática profissional do enfermeiro.

Assim, importa sublinhar que o diagnóstico constitui a base a partir da qual se avalia a evolução das intervenções em saúde, devendo traduzir, de forma rigorosa, as necessidades objetivamente identificadas na população. Contudo, a sua elaboração não se esgota na análise técnico-científica dos dados disponíveis, sendo igualmente fundamental integrar as necessidades percebidas e expressas pelos próprios indivíduos e comunidades. A articulação entre estas duas dimensões permite enriquecer a compreensão da realidade, conferir maior pertinência às estratégias delineadas e potenciar a adesão e aceitação das intervenções propostas (Imperatori & Giraldes, 1993).

Considerando os resultados obtidos, apresentam-se, de seguida, os diagnósticos CIPE identificados:

- défice de conhecimento acerca das formas de transmissão do VIH;
- baixa adesão ao teste para rastreio da infeção pelo VIH (rápido ou outros);
- medo em relação à preocupação dos pais ou percepção pública pela realização do teste rápido do VIH;
- preocupação face à confidencialidade do teste rápido para rastreio da infeção pelo VIH.

## **2.2. Definição de prioridades**

A definição de prioridades constitui um processo de tomada de decisão que pondera a relevância dos problemas identificados, a utilização eficiente dos recursos disponíveis e a maximização dos resultados esperados (Imperatori & Giraldes, 1993). Este processo traduz-se na atribuição de diferentes níveis de prioridade a cada diagnóstico, considerando tanto a dimensão temporal, como os recursos necessários e disponíveis para a intervenção.

No âmbito do presente diagnóstico, a hierarquização das prioridades permitiu identificar os problemas que exigem intervenção urgente ou estratégica, garantindo que os esforços se concentrem nos aspetos com maior impacto na saúde da população alvo. Para tal, recorreu-

se a critérios sistemáticos de magnitude, transcendência e vulnerabilidade (Imperator & Giraldes, 1993; Melo, 2020):

- A magnitude pretende avaliar a dimensão do problema na população alvo, ou seja, a proporção de indivíduos afetados ou a severidade da situação;
- A transcendência considera a influência da intervenção sobre outros diagnósticos ou necessidades identificadas, permitindo priorizar ações que possam gerar efeitos multiplicadores;
- A vulnerabilidade estima a efetividade da intervenção na melhoria do diagnóstico, destacando situações em que a ação de enfermagem pode trazer resultados significativos e mensuráveis.

Neste contexto, procedeu-se a uma reunião com o painel de peritos (apêndice XII), composto pela enfermeira orientadora e equipa técnica da IPSS. Durante a sessão, cada diagnóstico foi ponderado segundo os critérios mencionados, alcançando-se um consenso sobre a prioridade de intervenção de cada problema identificado que pode ser consultado na tabela 4.

**Tabela 4 – Análise Descritiva do Score Total da Escala “HIV Antibody Testing Attitude Scale”**

Diagnóstico identificado	Magnitude (dimensão na comunidade em análise)	Transcendência (forma como a intervenção no diagnóstico influencia a melhoria dos outros)	Vulnerabilidade (possibilidade de um efeito efetivo na melhoria desse diagnóstico com a intervenção)	Total	Hierarquização
Conhecimento acerca das formas de transmissão do VIH não demonstrado em mais de 85% dos participantes	3	3	3	9	1º
Não adesão ao teste de diagnóstico (teste rápido ou outro) para deteção da infeção por VIH em 51,5% dos participantes	1	2	3	6	2º
Estigma relacionado com a perceção dos pares face à realização do teste rápido em mais de 24% dos participantes	0	3	2	5	3º
Falta de confiança face à confidencialidade da realização do teste em 33,3% dos participantes	0	2	1	3	4º

Desta forma, a atribuição de prioridades permitiu orientar a intervenção de enfermagem para os aspetos mais críticos, assegurando que os recursos humanos e materiais disponíveis fossem utilizados de forma estratégica, com impacto máximo na promoção da saúde, prevenção da infeção por VIH e adesão ao teste rápido de rastreio da infeção.

Assim as necessidades prioritizadas foram:

1. Conhecimento acerca das formas de transmissão da infeção pelo VIH não demonstrado em mais de 85% dos participantes.
2. Não adesão ao teste de diagnóstico (teste rápido ou outro) para deteção da infeção pelo VIH em 51,5% dos participantes.

De notar que, embora estas necessidades tenham sido prioritizadas face às restantes, foi consenso do painel de peritos que a intervenção nestas duas áreas teria impacto positivo sobre os demais diagnósticos, promovendo melhorias globais no perfil de saúde da população alvo. Assim sendo, tornou-se vital a análise das necessidades prioritizadas para estabelecimento dos objetivos que lhes poderão dar resposta, passando assim à fase seguinte do Planeamento em Saúde, a fixação de objetivos.

### **2.3. Fixação de objetivos**

A fixação de objetivos é mais uma etapa essencial do Planeamento em Saúde, permitindo que as intervenções sejam direcionadas e mensuráveis (Imperator & Giraldes, 1993). Segundo os mesmos autores, esta etapa envolve a seleção de indicadores, a determinação da tendência dos problemas de saúde e a tradução dos objetivos em resultados desejáveis e exequíveis.

Assim, os objetivos foram definidos a partir das prioridades identificadas, visando aumentar o conhecimento sobre o VIH, promover a adesão ao teste rápido de rastreio e incentivar comportamentos de saúde positivos, assegurando impacto efetivo na população alvo.

**Finalidade:** Promover o diagnóstico precoce da infeção pelo VIH na população beneficiária do RSI da instituição parceira, contribuindo para a redução da transmissão e melhoria dos resultados em saúde.

**Objetivo geral:** Promover a adoção de comportamentos saudáveis, conscientes e informados relacionados com a prevenção do VIH.

**Objetivos específicos:**

- Promover o conhecimento dos beneficiários do RSI acerca do VIH e das suas formas de transmissão, através de ações educativas sobre o tema;
- Promover o acesso e a adesão ao teste rápido para rastreio da infeção pelo VIH, através da disponibilização de oportunidades de testagem nos locais frequentados pela comunidade;
- Sensibilizar a população da UCC para a prevenção e diagnóstico precoce da infeção pelo VIH;
- Facilitar o debate comunitário sobre o VIH, estigma e diagnóstico precoce da infeção pelo VIH.

Por forma a operacionalizar os objetivos delineados acima, procedeu-se à definição de metas e indicadores que pretendem dar resposta a esses objetivos, que foram construídos com a supervisora clínica e validados pela orientadora pedagógica. De seguida, apresentam-se as metas definidas, podendo ser consultadas de forma mais detalhada no apêndice XIII.

- Realizar pelo menos uma sessão de informação sobre VIH e as suas formas de transmissão à população alvo, até 19 de dezembro de 2025.
- Elaborar pelo menos um cartaz informativo sobre VIH e as suas formas de transmissão, até 19 de dezembro de 2025.
- Desenvolver pelo menos três ações de sensibilização dirigidas à população da UCC sobre prevenção e diagnóstico precoce do VIH, até 19 de dezembro de 2025.
- Realizar pelo menos uma sessão de informação sobre o teste rápido para rastreio da infeção pelo VIH à população alvo, até 19 de dezembro de 2025.
- Realizar pelo menos dois dias de rastreio da infeção pelo VIH abertos à comunidade, até 19 de dezembro de 2025.
- Elaborar pelo menos um cartaz informativo sobre o teste rápido para rastreio da infeção pelo VIH, até 19 de dezembro de 2025.

- Realizar pelo menos um dia de rastreio da infeção pelo VIH na IPSS parceira, até 19 de dezembro de 2025.
- Planear um encontro de profissionais de saúde sobre VIH com vista a discutir o estigma e estratégias para combater a infeção pelo VIH, até 19 de dezembro de 2025.
- Realizar um encontro de profissionais de saúde sobre VIH com vista a discutir o estigma e estratégias para combater a infeção pelo VIH, até 31 de dezembro de 2026.
- Promover pelo menos uma reunião com a equipa responsável pelo projeto da UCC relacionado com a prevenção da infeção pelo VIH e IST, até 19 de dezembro de 2025.

A formulação dos objetivos permitiu delimitar com precisão o foco da intervenção, orientando a seleção de estratégias ajustadas à realidade identificada e garantindo coerência entre o diagnóstico de situação, as metas definidas e as ações a implementar. Desta forma, de seguida apresentam-se as estratégias selecionadas.

#### **2.4. Seleção de estratégias**

Seguindo-se à fixação de objetivos, a seleção de estratégias é a etapa do Planeamento em Saúde que permite definir os modos de atuação mais adequados para alcançar os objetivos estabelecidos e responder às necessidades de saúde previamente priorizadas (Imperatori & Giraldes, 1993; Melo, 2020). Uma estratégia de saúde pode ser entendida como um conjunto coerente e organizado de técnicas e intervenções orientadas para a resolução de problemas de saúde concretos, visando a obtenção de ganhos em saúde mensuráveis (Imperatori & Giraldes, 1993). Assim, tendo por base as necessidades identificadas e os indicadores definidos, foram selecionadas como estratégias principais a estratégia educacional, o envolvimento comunitário e o envolvimento de líderes e parceiros.

Quanto ao envolvimento de líderes e parceiros, foram promovidas reuniões de apresentação e discussão do projeto com os principais *stakeholders*, incluindo a equipa técnica da IPSS e das unidades funcionais onde se desenvolveram os estágios, reconhecendo-se o seu papel determinante na mobilização de recursos, no reforço da adesão ao projeto e na garantia da sua continuidade. Foram igualmente recolhidos contributos da equipa responsável pelo projeto de VIH e IST da UCC, garantindo alinhamento com as atividades já em curso.

Com o objetivo de reforçar a dimensão comunitária da intervenção, foram estabelecidos contactos com diversos parceiros estratégicos, nomeadamente a Junta de Freguesia, na pessoa da vereadora responsável pelo pelouro da saúde, uma empresa de materiais preventivos, para eventual colaboração na disponibilização dos mesmos, e o gabinete de comunicação da ULS, visando apoiar a divulgação das atividades desenvolvidas. A disseminação do projeto foi ainda assegurada na IPSS parceira, através da afixação de cartazes informativos e da realização de ações de formação dirigidas aos beneficiários, promovendo o conhecimento da iniciativa e facilitando a adesão às atividades propostas.

Na estratégia de envolvimento comunitário, foram desenvolvidas diversas ações orientadas para a sensibilização da população e facilitação do acesso ao diagnóstico precoce da infeção pelo VIH. Procedeu-se à distribuição de folhetos informativos elaborados pela mestranda e, impressos pela Junta de Freguesia, no contexto da Semana Europeia do Teste e em estabelecimentos de ensino da área de intervenção, nomeadamente numa escola secundária e numa escola profissional, visando alcançar públicos diferenciados e potenciar a disseminação da informação em contextos formais e informais. Estes folhetos foram também partilhados para divulgação com as unidades funcionais da ULS, nomeadamente a USP e algumas unidades de saúde familiar e de cuidados de saúde personalizados.

Durante a Semana Europeia do Teste, a mestranda participou ativamente na dinamização da iniciativa, promovendo dois dias de rastreio à infeção pelo VIH através da realização de testes rápidos, abertos à população geral e realizados em locais de fácil acesso, reforçando a proximidade dos cuidados e a redução de barreiras geográficas e sociais ao diagnóstico. Nestes dias foram igualmente divulgados materiais informativos e preventivos, contribuindo para a sensibilização sobre vias de transmissão, estratégias de prevenção e importância do diagnóstico precoce.

No âmbito do Dia Mundial do VIH/SIDA, foi promovida uma ação de sensibilização interna na UCC, com afixação de cartazes informativos sobre o VIH, formas de transmissão e teste rápido de rastreio da infeção pelo VIH, bem como distribuição de brindes alusivos à temática por toda a equipa multidisciplinar, fomentando a consciencialização institucional e o compromisso coletivo na resposta ao problema.

Complementarmente, foram publicados conteúdos informativos e de divulgação das atividades e do projeto nas redes sociais da UCC e da Junta de Freguesia, ampliando o alcance da intervenção e promovendo maior visibilidade junto da comunidade. Foi ainda planeado e será realizado futuramente um evento dirigido à comunidade profissional e a outros líderes comunitários, centrado na temática do VIH e do estigma associado, promovendo reflexão crítica, partilha de conhecimento e reforço da articulação interinstitucional.

No âmbito da estratégia educacional, foram desenvolvidas intervenções dirigidas à capacitação da população para a adoção de comportamentos informados no domínio da prevenção e diagnóstico precoce da infeção pelo VIH. Procedeu-se à divulgação de conteúdos informativos nas redes sociais institucionais, abordando o VIH, as formas de transmissão, medidas de prevenção e a importância do teste rápido de rastreio, com o objetivo de ampliar o alcance da informação e adaptar a comunicação aos diferentes perfis da comunidade.

Foram ainda realizadas duas sessões de informação dirigidas à população-alvo na IPSS parceira, estruturadas de acordo com os princípios da aprendizagem centrada no cliente. Estas sessões privilegiaram uma abordagem participativa, com linguagem clara e acessível, promovendo a clarificação de mitos e dúvidas, bem como a reflexão sobre perceção de risco e comportamentos preventivos. Durante as sessões procedeu-se à distribuição de folhetos informativos elaborados pela mestranda, complementados com materiais educativos disponibilizados pela UCC, reforçando a consolidação das mensagens transmitidas.

Complementarmente, foram afixados cartazes informativos na IPSS parceira, com informação clara sobre o VIH, vias de transmissão e disponibilidade do teste rápido, funcionando como estratégia de reforço visual e contínuo da mensagem educativa, contribuindo para a normalização do tema e redução do estigma associado.

As estratégias implementadas foram sustentadas pelos referenciais teóricos previamente definidos, os quais orientaram a globalidade das intervenções desenvolvidas no âmbito do projeto. O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender fundamentou a abordagem preventiva adotada, ao enquadrar as ações como promotoras de comportamentos de saúde, procurando influenciar perceções de risco, benefícios e barreiras associadas ao teste rápido de rastreio da infeção pelo VIH, bem como reforçar a autoeficácia dos participantes na adoção

de decisões informadas. Esta perspetiva orientou tanto as atividades educativas como as iniciativas de sensibilização comunitária e de mobilização de parceiros.

Paralelamente, a Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem sustentou as intervenções enquanto sistema de apoio-educação, direcionado para o fortalecimento das competências individuais e comunitárias. Esta abordagem foi transversal às ações desenvolvidas, incluindo a divulgação nas redes sociais e na construção e divulgação dos folhetos e cartazes.

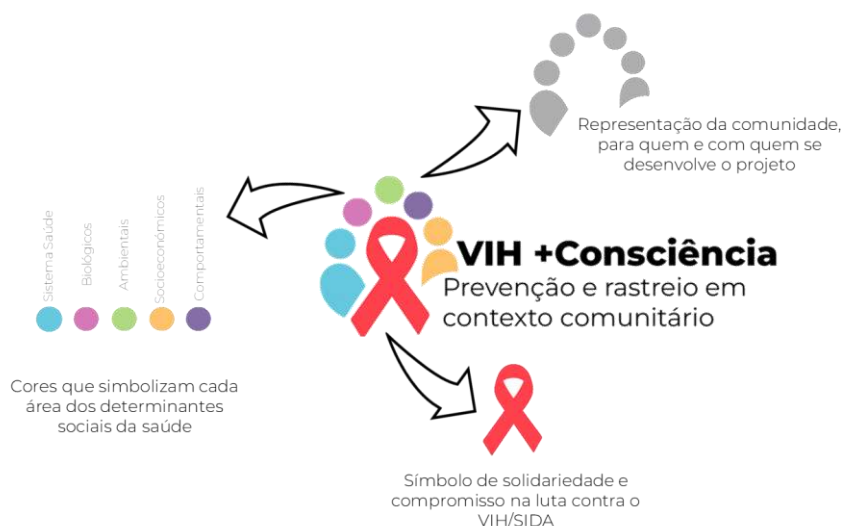
A intervenção esteve ainda alinhada com a *guideline* da RNAO sobre aprendizagem centrada no cliente, privilegiando uma comunicação clara, adaptada às características da população-alvo e promotora de participação ativa. Assim, quer nas sessões informativas, quer na divulgação em redes sociais, nos eventos comunitários ou na afixação de materiais informativos, procurou-se assegurar coerência metodológica e adequação da mensagem aos diferentes contextos, promovendo a consolidação das aprendizagens com base nas necessidades identificadas no diagnóstico de situação.

## **2.5. Preparação e execução do projeto**

O projeto “VIH+Consciência: prevenção e rastreio em contexto comunitário” foi desenvolvido tendo como população-alvo prioritária os beneficiários do RSI de uma IPSS parceira, embora com abrangência alargada a toda a comunidade da área geográfica. O início da implementação do projeto ocorreu em outubro de 2025, não estando definida uma data de término, numa perspetiva de continuidade e sustentabilidade das intervenções.

Foi elaborado um logótipo para o projeto pela mestranda, sendo a parte gráfica com recurso a uma ferramenta de inteligência artificial (ChatGPT®), que se apresenta na figura 2, juntamente com a explicação dos seus componentes.

**Figura 2 – Logótipo Do Projeto “VIH+Consciência: Prevenção e Rastreio Em Contexto Comunitário” E Explicação Dos Seus Componentes**



A fase de preparação do projeto teve por base os resultados do diagnóstico de situação de saúde realizado previamente, baseando-se numa articulação estreita com os parceiros institucionais, nomeadamente os profissionais da UCC, a equipa técnica da IPSS e a junta de freguesia. As autorizações formais necessárias para a implementação das atividades já haviam sido solicitadas e obtidas aquando da realização do diagnóstico de situação, o que facilitou o início da execução do projeto.

No que respeita à execução do projeto, decorreu em diferentes contextos comunitários, incluindo as instalações da UCC, da IPSS parceira, espaços públicos da comunidade, escolas da área de influência da UCC e unidades funcionais da ULS.

Foram dinamizadas duas sessões informativas presenciais na IPSS parceira, com duração aproximada de 60 minutos cada, centradas na temática da infeção pelo VIH, abordando as formas de transmissão, estratégias de prevenção e a relevância do diagnóstico precoce enquanto medida fundamental de saúde pública. As sessões foram planeadas com recurso a metodologias participativas, adequadas ao nível de literacia em saúde da população-alvo, e sustentadas por materiais visuais e informativos que facilitaram a compreensão dos conteúdos e promoveram o envolvimento ativo dos participantes (RNAO, 2012).

Os planos de sessão elaborados, bem como as respetivas apresentações em Microsoft PowerPoint®, encontram-se anexados a este relatório (apêndices XIV, XV, XVI e XVII).

Com o objetivo de avaliar a aquisição de conhecimentos e estimular a reflexão crítica, foi delineada uma avaliação pré e pós-sessão, adaptada às características e capacidades da comunidade, que incluiu questionários dinâmicos de “Verdadeiro ou Falso” e a realização de um jogo interativo “Mito ou Verdade?”. Estas estratégias permitiram não só aferir conhecimentos prévios e ganhos cognitivos, mas também desconstruir crenças erróneas frequentemente associadas ao VIH.

As sessões foram realizadas com a presença e supervisão da supervisora clínica, sendo a participação aberta a todos os membros da IPSS que manifestassem interesse em assistir. Em todos os momentos foi assegurado espaço para esclarecimento de dúvidas e partilha de experiências pessoais, o que contribuiu para um ambiente de confiança, maior envolvimento dos participantes e aprofundamento das discussões.

Complementarmente, foram elaborados e distribuídos materiais informativos, nomeadamente cartazes (apêndice XVIII) e folhetos sobre a infeção pelo VIH e o teste rápido de rastreio (apêndice XIX), os quais foram estrategicamente afixados e disseminados em diferentes pontos da IPSS parceira, da UCC e em locais de circulação frequente na comunidade. Esta distribuição teve como objetivo ampliar o alcance da intervenção, garantindo que a informação permanecesse disponível para consulta posterior e atingisse também indivíduos que não participaram nas sessões presenciais.

Os materiais foram concebidos com recurso a linguagem clara, objetiva e culturalmente sensível, privilegiando frases curtas, mensagens-chave e a utilização de imagens e ilustrações facilitadoras da compreensão. Esta opção metodológica procurou responder aos diferentes níveis de literacia em saúde identificados na comunidade, promovendo a acessibilidade da informação e reduzindo potenciais barreiras cognitivas à sua assimilação.

Para além da componente informativa, os conteúdos procuraram ainda reforçar a perceção de risco realista, os benefícios do diagnóstico precoce e a desmistificação de crenças associadas ao VIH, contribuindo para a normalização do teste e para a redução do estigma frequentemente associado à infeção. Assim, estes materiais constituíram um complemento

estruturante às sessões educativas, funcionando como instrumento de reforço, sensibilização contínua e capacitação comunitária.

No que respeita à promoção do acesso ao diagnóstico, foram dinamizados quatro dias de rastreio da infeção pelo VIH, dois dos quais realizados na IPSS parceira e dois dirigidos à população em geral, em locais e horários considerados acessíveis à comunidade (apêndice XX).

Os dias realizados na IPSS foram igualmente abertos aos profissionais da instituição e a todos os elementos que manifestassem interesse em realizar o teste, promovendo uma abordagem inclusiva e contribuindo para a normalização do rastreio em contexto institucional. Já os dias destinados à comunidade decorreram em dois locais distintos, selecionados pela equipa da UCC em articulação com a Junta de Freguesia, tendo em conta o conhecimento prévio das dinâmicas locais e das características da população. Esta parceria estratégica permitiu aumentar o alcance da intervenção, aproximando o teste de contextos familiares e reconhecidos pela comunidade.

As ações integraram a participação na Semana Europeia do Teste, tendo sido desenvolvida uma estratégia de divulgação multicanal (apêndice XXI), que incluiu publicações nas redes sociais institucionais para anunciar os dias de rastreio. Esta estratégia digital visou ampliar a visibilidade da iniciativa, atingir diferentes faixas etárias e promover a literacia em saúde para além dos momentos presenciais.

Durante todas as iniciativas foi assegurada a confidencialidade do processo, o esclarecimento individualizado de dúvidas, aconselhamento pré e pós-teste e o acompanhamento e encaminhamento adequado sempre que necessário, garantindo uma abordagem ética, segura e centrada na pessoa.

A execução do projeto incluiu ainda ações de sensibilização comunitária mais alargadas, nomeadamente a elaboração e publicação de conteúdos informativos nas redes sociais institucionais da junta de freguesia e da UCC, bem como a divulgação de informação em unidades funcionais da ULS e em duas escolas (selecionadas pela junta de freguesia).

Face à impossibilidade de implementação de algumas estratégias inicialmente previstas, como a criação de um mural comunitário ou a divulgação em rádio local, foram realizados ajustes, optando-se pela produção e distribuição de cerca de 1200 folhetos informativos elaborados pela mestranda (apêndice XXII), cedidos pela junta de freguesia, e pelo reforço da divulgação institucional junto da ULS e da junta de freguesia (apêndices XXIII).

O projeto integrou ainda a colaboração ativa no planeamento de um encontro temático sobre a infeção pelo VIH, promovido pela UCC, reforçando a articulação interinstitucional e a visibilidade da problemática no contexto comunitário (apêndice XXIV). Este encontro prevê a participação de profissionais da UCC, da ULS e de *stakeholders* relevantes na área do VIH, incluindo representantes de instituições sociais, autárquicas e organizações com intervenção na área da prevenção e diagnóstico precoce.

A iniciativa assume-se como um espaço privilegiado de partilha de conhecimento, reflexão interdisciplinar e fortalecimento de redes colaborativas, potenciando uma resposta mais integrada e coordenada às necessidades identificadas. Para além da dimensão formativa, o encontro pretende contribuir para a desconstrução de preconceitos e para a redução do estigma associado ao VIH, ainda presente, inclusive, em contextos interprofissionais, promovendo uma abordagem mais informada, ética e centrada na pessoa.

Embora ainda não tenha ocorrido, encontra-se prevista a sua realização durante o ano de 2026, constituindo um desdobramento estratégico do projeto e um contributo para a sustentabilidade das ações iniciadas, através do reforço das parcerias e da consolidação do compromisso institucional com a promoção do diagnóstico precoce e a equidade no acesso aos cuidados.

A monitorização da execução do projeto foi realizada de forma contínua, com acompanhamento regular pela supervisora clínica. Este acompanhamento permitiu identificar constrangimentos, proceder a ajustes necessários e adaptar as intervenções às características e necessidades da população. Um exemplo disso foi a reformulação dos instrumentos de avaliação pré e pós-sessão das ações educativas, ajustados após a primeira sessão, de modo a responder às limitações identificadas na primeira sessão e garantir uma avaliação mais adequada e inclusiva.

A realização deste projeto implicou a mobilização de recursos humanos, materiais e logísticos, cujo custo deve ser devidamente reconhecido e analisado. Estes recursos e respetivos encargos encontram-se detalhadamente apresentados na Tabela 5, onde se procede à comparação entre os custos teóricos e os custos reais do projeto.

Entendem-se por custos teóricos aqueles que corresponderiam ao investimento financeiro necessário caso todos os recursos utilizados tivessem de ser adquiridos ou remunerados ao valor de mercado, incluindo tempo de trabalho dos profissionais envolvidos, materiais educativos produzidos, consumíveis clínicos, espaços físicos e meios logísticos. Esta estimativa permite compreender o valor económico global da intervenção e a sua potencial replicabilidade noutros contextos.

Por sua vez, os custos reais refletem a despesa efetivamente suportada no âmbito da implementação do projeto, considerando as parcerias estabelecidas, a utilização de materiais e recursos pré-existentes e a colaboração institucional não remunerada. A diferença observada entre ambos evidencia o impacto positivo das parcerias comunitárias e da otimização de recursos disponíveis, traduzindo-se numa significativa redução do encargo financeiro direto.

Importa salientar que, conforme anteriormente referido, todos os custos reais foram assumidos pela mestranda ou suportados pelos parceiros comunitários, não tendo existido qualquer custo ou encargo adicional para a UCC, USP, IPSS ou para os beneficiários do projeto.

**Tabela 5 – Recursos e orçamento do projeto “VIH+Consciência: prevenção e rastreio em contexto comunitário”**

Responsáveis	Stakeholders	Recursos	Custos previstos	
			Custos teóricos	Custos reais
<b>Elaboração:</b> Mestranda Supervisoras Clínicas Orientadora pedagógica  <b>Execução:</b> Mestranda Supervisora clínica da UCC  <b>Coordenação:</b> Supervisora clínica da UCC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UCC</li> <li>• USP</li> <li>• IPSS parceira</li> <li>• Participantes do projeto</li> <li>• Junta de Freguesia</li> <li>• Unidades Funcionais da ULS</li> <li>• ULS</li> <li>• População da área geográfica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipa multidisciplinar e alunos da UCC</li> <li>• Equipa técnica da IPSS</li> <li>• Sala da IPSS</li> <li>• Espaços da UCC</li> <li>• Contentor da junta de freguesia</li> <li>• Sala da junta de freguesia</li> <li>• Computador</li> <li>• Projetor</li> <li>• Internet</li> <li>• Extensão elétrica</li> <li>• Cartazes</li> <li>• Panfletos</li> <li>• Canetas</li> <li>• Folhetos informativos</li> <li>• Folhas de papel A4</li> <li>• Formulários rastreio infeção pelo VIH</li> <li>• Testes rápidos de rastreio do VIH</li> <li>• Luvas</li> <li>• Pensos</li> <li>• Lancetas</li> <li>• Compressas</li> <li>• Desinfetante de pele</li> <li>• Sacos de lixo e resíduos perigosos</li> <li>• Redes sociais institucionais</li> <li>• Câmara fotográfica/telefone</li> <li>• Sala de conferências e materiais para o evento VIH</li> </ul>	<b>Equipamentos informáticos</b> Computador portátil: 500€ Projetor: 80€	Materiais da mestranda  Custo das impressões: tinteiros, impressora e papel da mestranda Custo dos testes rápidos disponibilizados pela ULS: 100€ Custo total dos consumíveis disponibilizados pela ULS: 16,58€ Custo dos folhetos: disponibilizados pela junta de freguesia Canetas: disponibilizadas pela mestranda
			<b>Consumíveis</b> Custo de uma impressão a preto: 0,02€/página; número de impressões previstas: 200; custo total: 4€ Custo do teste rápido de rastreio da infeção pelo VIH: 5€ <sup>1</sup> ; número de testes previstos: 20; custo total: 100€ Custo de uma luva: 0,24€ <sup>2</sup> ; número de luvas previsto: 200; custo total: 4,80€ Custo de uma lanceta: 0,07€ <sup>3</sup> ; número de lancetas previstas: 50; custo total: 3,5€ Custo de uma compressa: 0,003€ <sup>4</sup> ; número de compressas previstas: 50; custo total: 0,15€ Custo de um penso: 0,01€ <sup>5</sup> ; número de pensos previstos: 50; custo total: 0,50€ Custo do desinfetante: 2,78€ <sup>6</sup> + 4,85€ <sup>6</sup> Impressão de 1000 folhetos a cores: 30€	
			<b>Recursos humanos</b> Valor/hora do enfermeiro especialista: 10,55€ <sup>7</sup> ; número de horas previstas: 50h <sup>8</sup> ; custo total: 527,50€ Valor/hora do enfermeiro generalista: 10,21€ <sup>7</sup> ; número de horas previstas: 24h <sup>9</sup> ; custo total: 245,04€ Valor/hora do enfermeiro generalista (mestranda): 10,21€ <sup>7</sup> ; número de horas previstas: 200; custo total: 2042€	

	<b>Recursos físicos</b> Aluguer de sala de formação: 30€/h; número de horas previstas: 4h; custo total: 240€ Aluguer de espaço para rastreios (8h): 200€	Custo real das salas: cedidas pelos parceiros – IPSS e junta de freguesia
	<b>Deslocações</b> Custo do quilómetro 0,40€ <sup>10</sup> ; número de quilómetros previstos: 300 km; custo total: 120€	Custo total das deslocações: 120€
	<b>Outras despesas</b> Custo de um cartaz: 5€; número de cartazes previstos: 4; custo total: 20€ Brindes dia mundial VIH/SIDA: 70€ Internet e comunicações móveis: não quantificável Custos previstos do evento VIH: 600€	Custo total: 90€ (evento VIH ainda não ocorreu)
	<b>TOTAL: 5551,12€</b>	<b>Custo real: 3141,12€</b> + 600€ do futuro evento de VIH que, com patrocínios, poderá diminuir o encargo

<sup>1</sup> De acordo com o Caderno de Encargos 991/2024

<sup>2</sup> De acordo com o Caderno de Encargos 799/2024

<sup>3</sup> De acordo com o Caderno de Encargos 801/2024

<sup>4</sup> De acordo com o Caderno de Encargos 365/2023

<sup>5</sup> De acordo com o Caderno de Encargos 1385/2025

<sup>6</sup> De acordo com o Caderno de Encargos 1315/2025

<sup>7</sup> Segundo o Decreto-Lei n.º 1/2025 (2025)

<sup>8</sup> Reunião e comunicação com parceiros 4h; Aplicação de questionários 6h; Rastreios VIH 16h; sessões informativas 4h; outros 10h.

<sup>9</sup> Dias de rastreio na comunidade (6h x 2 dias x 2 profissionais)

<sup>10</sup> Conforme estabelecido na Lei n.º 82/2023 (2023)

De forma global, a execução do projeto pautou-se por uma abordagem flexível, participativa e centrada na comunidade, permitindo a adaptação contínua das estratégias e atividades. No apêndice XXV apresenta-se uma tabela resumo que foi essencial para a preparação e execução do projeto onde se utilizou a metodologia proposta por Melo (2020), adaptada da metodologia de CENDES-OPS, com a descrição das intervenções de enfermagem, atividades e recursos para cada objetivo estabelecido. Foi elaborado também um cronograma (apêndice XXVI) com o objetivo de evidenciar as atividades realizadas, assim como a sua distribuição temporal (Imperatori & Giraldes, 1993).

## **2.6. Avaliação do projeto**

A etapa de avaliação na metodologia do Planeamento em Saúde permite-nos analisar a correspondência entre a situação inicial identificada no diagnóstico de situação e os objetivos e metas definidos para o projeto, bem como apreciar o grau de concretização das atividades desenvolvidas (Imperatori & Giraldes, 1993).

No âmbito do presente projeto, a avaliação assume um carácter programado, uma vez que incide sobre atividades e intervenções que não se encontravam previamente implementadas, tendo sido concebidas especificamente para responder aos problemas identificados. Atendendo à natureza do projeto e à sua janela temporal, não foi possível avaliar o impacto a médio ou longo prazo nos ganhos em saúde dos beneficiários do RSI da IPSS parceira ou da população em geral. Assim, a avaliação privilegiou indicadores de realização, em consonância com os pressupostos do Planeamento em Saúde, que defendem a importância da monitorização da execução como etapa estruturante (Imperatori & Giraldes, 1993).

Deste modo, foram adotadas duas abordagens complementares de avaliação, com o objetivo de obter uma análise abrangente e integrada das intervenções desenvolvidas.

Por um lado, procedeu-se à avaliação com base nos indicadores previamente definidos, decorrentes do diagnóstico de situação e dos objetivos estabelecidos. Esta avaliação teve natureza quantitativa e centrou-se na análise dos indicadores definidos. Importa referir que

não foi possível proceder à comparação direta entre os resultados iniciais do diagnóstico de situação e os resultados finais do projeto, uma vez que os beneficiários do RSI que participaram nas sessões formativas não corresponderam, necessariamente, aos mesmos indivíduos que responderam aos questionários aplicados na fase de diagnóstico, impossibilitando uma análise longitudinal individualizada.

Assim, no que respeita à avaliação das metas definidas, verificou-se que os indicadores estabelecidos para cada objetivo foram globalmente atingidos, evidenciando coerência entre o planeamento e a execução das estratégias delineadas. A maioria das metas foi plenamente alcançada dentro do período previsto, refletindo adequação das ações implementadas às necessidades identificadas e capacidade de operacionalização do plano definido. O indicador relacionado com a realização do evento de VIH encontra-se ainda em curso, decorrente da natureza contínua do projeto, prevendo-se a sua concretização em 2026.

Destaca-se ainda que uma das metas inicialmente definidas foi superada “desenvolver pelo menos três ações de sensibilização dirigidas à população da UCC sobre prevenção e diagnóstico precoce do VIH, até 19 de dezembro de 2025”, uma vez que foram desenvolvidas mais do que as três ações de sensibilização inicialmente previstas, ampliando o alcance da estratégia definida. A análise detalhada da avaliação dos indicadores encontra-se na tabela 6.

**Tabela 6 – Avaliação dos indicadores definidos**

Meta	Indicador	Fórmula de cálculo	Resultado
Realizar pelo menos uma sessão de informação sobre VIH e as suas formas de transmissão à população alvo, até 19 de dezembro de 2025.	Taxa de realização	$\frac{1}{1} \times 100 = 100\%$	atingido
Elaborar pelo menos um cartaz informativo sobre VIH e as suas formas de transmissão, até 19 de dezembro de 2025.	Taxa de realização	$\frac{1}{1} \times 100 = 100\%$	atingido
Desenvolver pelo menos três ações de sensibilização dirigidas à população da UCC sobre prevenção e diagnóstico precoce do VIH, até 19 de dezembro de 2025.	Taxa de realização	$\frac{5}{3} \times 100 = 166\%$	superado

<b>Realizar pelo menos dois dias de rastreio da infeção pelo VIH, até 19 de dezembro de 2025.</b>	Taxa de realização	$\frac{2}{2} \times 100 = 100\%$	atingido
<b>Realizar pelo menos uma sessão de informação sobre o teste rápido para rastreio da infeção pelo VIH à população alvo, até 19 de dezembro de 2025.</b>	Taxa de realização	$\frac{1}{1} \times 100 = 100\%$	atingido
<b>Elaborar pelo menos um cartaz informativo sobre o teste rápido para rastreio da infeção pelo VIH, até 19 de dezembro de 2025.</b>	Taxa de realização	$\frac{1}{1} \times 100 = 100\%$	atingido
<b>Realizar pelo menos um dia de rastreio da infeção pelo VIH na IPSS parceira, até 19 de dezembro de 2025.</b>	Taxa de realização	$\frac{2}{1} \times 100 = 200\%$	superado
<b>Planear um encontro de profissionais de saúde sobre VIH com vista a discutir o estigma e estratégias para combater a infeção pelo VIH, até 19 de dezembro de 2025.</b>	Taxa de realização	$\frac{1}{1} \times 100 = 100\%$	atingido
<b>Realizar um encontro de profissionais de saúde sobre VIH com vista a discutir o estigma e estratégias para combater a infeção pelo VIH, até 31 de dezembro de 2026.</b>	Taxa de realização	$\frac{n.º \text{ de encontros realizados}}{n.º \text{ de encontros planeados}} \times 100$	Em curso
<b>Promover pelo menos uma reunião com a equipa responsável pelo projeto da UCC relacionado com a prevenção da infeção pelo VIH e IST, até 19 de dezembro de 2025.</b>	Taxa de realização	$\frac{1}{1} \times 100 = 100\%$	atingido

Por outro lado, foi realizada uma análise SWOT com base na aplicação de um questionário de avaliação criado para o efeito, dirigido aos *stakeholders* envolvidos, que se apresenta no apêndice XXVII, assim como os seus resultados. O questionário integrou componentes quantitativos, através de escala de Likert de 1 a 5, e uma componente qualitativa, permitindo identificar forças, fraquezas, oportunidades e ameaças associadas ao desenvolvimento do projeto (Pereira, 2024).

A utilização da metodologia SWOT revelou-se particularmente pertinente enquanto instrumento estratégico de reflexão crítica, possibilitando não apenas a identificação descritiva de fatores internos e externos, mas também a compreensão das dinâmicas que condicionam a sustentabilidade e replicabilidade da intervenção. Esta abordagem permitiu integrar a perceção dos parceiros institucionais, reforçando a lógica participativa do projeto e contribuindo para uma cultura de melhoria contínua (Pereira, 2024).

De forma global, os resultados evidenciaram um elevado nível de satisfação dos parceiros, tendo a totalidade dos respondentes classificado este item como “muito satisfeito”. A maioria dos itens avaliados situou-se entre as categorias “concordo” e “concordo totalmente”, nomeadamente no que respeita à clareza dos objetivos, pertinência das ações implementadas, impacto positivo na população-alvo e eficácia da articulação entre parceiros, refletindo reconhecimento da qualidade técnica e relevância social da intervenção.

Entre os principais pontos fortes identificados destacaram-se a adequação do projeto às necessidades reais da comunidade, o alinhamento com o Programa Nacional para as Infecções Sexualmente Transmissíveis e VIH, o suporte em evidência científica e o envolvimento de instituições parceiras. Foram igualmente valorizados os recursos mobilizados, a pertinência do tema e o contributo do projeto para a redução do estigma associado à infecção pelo VIH, bem como o alargamento das intervenções à comunidade em contextos acessíveis, reforçando o papel do enfermeiro enquanto agente de proximidade e promotor de equidade em saúde.

Como principais fragilidades foram apontadas limitações relacionadas com as características da população-alvo, nomeadamente baixa literacia e disponibilidade reduzida, que condicionaram o alcance das ações e a consistência de alguns instrumentos de avaliação. Foram ainda referidos o tempo limitado para a execução do projeto e a dificuldade de avaliação do impacto a curto prazo, inerente à natureza preventiva da intervenção.

No que concerne às oportunidades, os *stakeholders* salientaram a possibilidade de integrar novos parceiros com maior visibilidade, potenciando a expansão do projeto e a sua consolidação institucional. A articulação com iniciativas como o projeto *Fast Track Cities* foi considerada uma plataforma estratégica para ampliar a abrangência e sustentabilidade da intervenção. Foi ainda identificada a oportunidade de realizar novas sessões e ações que

permitam alcançar um maior número de participantes, reforçando o impacto comunitário.

Entre as ameaças destacaram-se o estigma persistente associado à infeção pelo VIH, a dependência das dinâmicas institucionais e organizacionais, bem como limitações de recursos e tempo disponíveis para continuidade do projeto. A baixa literacia da população-alvo e eventuais constrangimentos estruturais foram igualmente identificados como fatores externos que poderão comprometer a sustentabilidade futura da intervenção, exigindo estratégias adaptativas e continuidade do investimento em educação para a saúde.

A conjugação destas duas formas de avaliação permitiu, assim, uma apreciação integrada do projeto, articulando dados quantitativos relativos à realização das atividades propostas com uma análise qualitativa das perceções dos *stakeholders*, fortalecendo a compreensão do processo de implementação do projeto e contribuindo para a melhoria contínua das práticas em contexto comunitário.

De ressaltar ainda que, complementarmente à avaliação do projeto, poderá ser relevante um olhar sobre os resultados das sessões educativas na IPSS tanto a nível de satisfação, como de conhecimentos. Foram aplicados questionários de avaliação pré e pós sessão, incluindo, no questionário de fim de sessão, uma componente relativa à satisfação, com uma escala de Likert, em que 1 corresponde a “discordo totalmente” e 5 a “concordo totalmente”, cujos resultados foram bastante positivos (apêndices XXVIII e XIX).

Na primeira sessão, a avaliação global da formação obteve uma média de 4,66 (DP=0,54), com mínimo de 3 e máximo de 5, e a avaliação da formadora obteve uma média de 4,95 (DP=0,21), com mínimo de 4 e máximo de 5. Na segunda sessão, a avaliação global da formação teve uma média de 4,86 (DP=0,40), com mínimo de 3 e máximo de 5, e a avaliação da formadora foi classificada globalmente com 5. Estes resultados revelam uma satisfação global muito positiva, sugerindo elevada aceitabilidade da temática e adequação metodológica à população-alvo.

Ainda neste âmbito, os questionários aplicados antes e após as sessões evidenciaram melhorias nos resultados, as quais devem ser interpretadas à luz do número reduzido de participantes, da baixa literacia e das limitações cognitivas identificadas em alguns elementos do grupo. Na primeira sessão, verificou-se um aumento de 13% na proporção global de respostas corretas relativas às formas de prevenção da infeção pelo VIH. No entanto, não se

observaram alterações na percentagem de respostas corretas referentes às formas de transmissão, que se mantiveram nos 83%.

Na segunda sessão, registou-se uma melhoria global dos resultados, excetuando-se apenas os parâmetros em que, na avaliação inicial, já tinham sido obtidas 100% de respostas corretas. Os ganhos variaram entre 14% e 29%, sendo particularmente expressivos nas afirmações “O teste rápido é doloroso” e “O diagnóstico precoce permite quebrar cadeias de transmissão”, que atingiram 100% de respostas corretas na avaliação pós-sessão, com melhorias de 29%.

Por último, importa sublinhar que, no contexto das intervenções deste projeto, foram sensibilizadas cerca de 300 pessoas na campanha de rua realizada na Semana Europeia do Teste e aproximadamente 300 estudantes, docentes e não docentes, através da divulgação de informação sobre a infeção pelo VIH, a sua transmissão e o teste rápido, bem como os locais onde este pode ser realizado. Foram ainda efetuados 18 testes rápidos de rastreio da infeção pelo VIH durante todas as iniciativas promovidas no âmbito do projeto.

De forma global, o projeto evidenciou resultados positivos, demonstrando coerência entre o diagnóstico, o planeamento e a execução das intervenções. A articulação entre indicadores de realização, avaliação de satisfação, análise SWOT e resultados pré e pós sessão permitiu uma visão multidimensional da intervenção, evidenciando ganhos ao nível da sensibilização, capacitação e mobilização comunitária.

Contudo, importa refletir criticamente sobre estes resultados, analisando-os à luz da literatura científica, das limitações metodológicas identificadas e do enquadramento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Esta análise permitirá compreender não apenas o alcance da intervenção, mas também o seu contributo para a promoção do diagnóstico precoce do VIH e para a redução do estigma em contexto comunitário, constituindo o ponto de partida para a discussão que se segue.

### **3. ANÁLISE E REFLEXÃO**

#### **3.1. Discussão dos resultados**

A análise dos resultados do presente projeto deve ser compreendida numa perspetiva integrada, articulando os dados do diagnóstico inicial com os resultados obtidos na fase de implementação das intervenções e com a avaliação das metas definidas. Mais do que verificar o cumprimento formal dos indicadores, importa refletir sobre o significado dos resultados alcançados e o seu contributo para a promoção do diagnóstico precoce da infeção pelo VIH numa comunidade com vulnerabilidade social acrescida.

Desde logo, verifica-se que as metas operacionais definidas foram globalmente cumpridas, o que demonstra coerência entre o diagnóstico de situação, a definição de objetivos e a seleção de estratégias. Foram realizadas sessões educativas dirigidas à população beneficiária do RSI, elaborados materiais informativos, promovidas ações de sensibilização e dinamizados dias de rastreio, em conformidade com o planeamento estabelecido. Este alinhamento metodológico reforça a adequação da metodologia de Planeamento em Saúde na avaliação do estado de saúde de uma comunidade e estruturação da intervenção comunitária.

No que respeita às sessões educativas, os resultados de satisfação evidenciaram uma avaliação global muito positiva. Estes dados sugerem não apenas aceitação da temática, mas também adequação da metodologia utilizada à realidade sociocultural da população. Considerando as características da amostra, marcada por baixa literacia e constrangimentos socioeconómicos, este resultado assume particular relevância, pois tende a contrariar a ideia de que temáticas associadas ao VIH geram necessariamente rejeição ou resistência.

A evidência recente reforça esta interpretação. Intervenções comunitárias que utilizam linguagem adaptada, abordagem participativa e envolvimento ativo dos participantes tendem a promover maior aceitação e adesão ao rastreio (Camara et al., 2025; Mashamba-Thompson, 2022; RNAO, 2012). A revisão de Camara et al. (2025) destaca que a proximidade relacional, a confiança nos profissionais e a adaptação cultural das estratégias constituem facilitadores centrais da testagem comunitária, especialmente em contextos de vulnerabilidade social. Os resultados obtidos no presente projeto parecem corroborar estes achados, sugerindo que a estratégia educacional adotada, centrada na aprendizagem e no diálogo aberto, poderá ter

contribuído para reduzir barreiras iniciais associadas ao tema.

Importa igualmente destacar a relevância da disponibilização de dias de rastreio em contexto comunitário. A descentralização do rastreio é amplamente descrita como estratégia eficaz para aumentar a adesão, sobretudo em populações vulneráveis ou com reduzido acesso aos serviços formais de saúde (Astawesegn et al., 2022; Jooste et al., 2021; Threats et al., 2021). Um estudo recente por Ferrand e colaboradores (2025) demonstrou que a integração de serviços de rastreio em estruturas comunitárias já frequentadas pela população aumenta significativamente a probabilidade de realização do teste, ao reduzir barreiras logísticas e simbólicas associadas ao acesso aos cuidados. Assim, ao aproximar o rastreio aos locais frequentados pela comunidade, o projeto procurou minimizar estas barreiras estruturais, nomeadamente custos de deslocação, medo do julgamento e desconhecimento dos serviços disponíveis.

Ainda que a avaliação não tenha permitido medir o impacto a médio prazo, o envolvimento da comunidade e dos profissionais pode constituir um indicador indireto de aceitabilidade da estratégia. A literatura evidencia que a aceitabilidade comunitária é um preditor relevante da sustentabilidade das intervenções em saúde pública (Camara et al., 2025), o que pode reforçar o potencial de continuidade e replicabilidade do projeto.

Do ponto de vista qualitativo, a análise SWOT realizada com os *stakeholders* reforça esta leitura. Entre as forças identificadas destacou-se a pertinência do tema, a adequação das estratégias e a articulação interinstitucional, aspetos que a evidência reconhece como determinantes para o sucesso de intervenções comunitárias sustentadas (Ferrand et al., 2025). As fragilidades apontaram para limitações associadas à baixa literacia da população e à disponibilidade reduzida dos participantes, aspetos igualmente identificados na literatura como barreiras recorrentes em contextos de vulnerabilidade social (Astawesegn et al., 2022; Camara et al., 2025; Mashamba-Thompson, 2022). Este reconhecimento demonstra consciência crítica sobre o contexto de intervenção e sublinha que o impacto de projetos desta natureza depende não apenas da qualidade técnica das ações, mas também dos determinantes sociais que influenciam os comportamentos de saúde.

O estigma associado ao VIH foi igualmente identificado como ameaça à continuidade e expansão do projeto. A literatura contemporânea confirma que o estigma permanece uma das principais barreiras ao diagnóstico precoce, influenciando atitudes, comportamentos e procura de cuidados (Duarte et al., 2023; Kimera et al., 2025; Threats et al., 2021). A revisão sistemática de Kimera et al. (2025) evidencia que intervenções comunitárias que promovem diálogo aberto, normalização do teste e envolvimento de múltiplos setores apresentam maior probabilidade de reduzir o estigma e melhorar a adesão ao rastreio. Neste sentido, a inclusão de momentos de debate comunitário e o planeamento de um encontro de profissionais para discutir estratégias de combate ao estigma revelam-se medidas alinhadas com recomendações internacionais que defendem intervenções multissetoriais e sustentadas (UNAIDS, 2025).

Sob o ponto de vista teórico, os resultados obtidos encontram suporte no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, particularmente no que se refere à perceção de benefícios e à redução de barreiras percebidas como determinantes da ação. Ao reforçar a importância do diagnóstico precoce, clarificar as vantagens do teste rápido e promover um ambiente seguro de discussão, o projeto poderá ter contribuído para aumentar a autoeficácia e a intenção comportamental, componentes centrais do modelo. Paralelamente, a adoção de uma abordagem centrada no cliente, conforme recomendado pela RNAO, permitiu respeitar os valores, experiências prévias e realidades culturais dos participantes, promovendo maior envolvimento e sentimento de segurança no debate de uma temática sensível.

Em síntese, os resultados do projeto sugerem que intervenções educativas e de rastreio desenvolvidas em proximidade, com envolvimento de parceiros institucionais e adaptação às características da população, são estratégias viáveis, aceitáveis e alinhadas com a evidência científica recente em contextos de vulnerabilidade social. Ainda que o impacto a longo prazo permaneça por avaliar, o projeto demonstrou potencial para aumentar a literacia em saúde, reduzir barreiras associadas ao estigma e facilitar o acesso ao diagnóstico precoce da infeção pelo VIH, reafirmando a responsabilidade do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária como agente estratégico na promoção da equidade em saúde.

### **3.2. Competências adquiridas**

#### **3.2.1. Competências comuns do enfermeiro especialista**

As competências comuns do enfermeiro especialista, conforme estabelecido no Regulamento n.º 140/2019 (2019), assumem natureza transversal às diferentes áreas de especialização, estruturando-se em torno da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Estas dimensões configuram pilares estruturantes da prática avançada, exigindo não apenas domínio técnico-científico, mas também capacidade crítica, tomada de decisão fundamentada e compromisso com a produção e disseminação do conhecimento.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, foi assegurada uma atuação alinhada com o descritor A1 – Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional. A recolha e tratamento dos dados no âmbito do diagnóstico comunitário foram conduzidos com salvaguarda da autodeterminação, anonimato e confidencialidade, em conformidade com a Convenção de Oviedo, a Declaração de Helsínquia (World Medical Association, 2024) e o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados. De igual modo, na realização dos testes rápidos para o rastreio da infeção pelo VIH, garantiu-se consentimento informado, segurança do procedimento e respeito pela privacidade, sigilo profissional e dignidade da pessoa (Mathews et al., 2020; Mavodza et al., 2021; Yang et al., 2025).

Paralelamente, consolidou-se o descritor A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, ao ampliar o acesso às intervenções para além da população inicialmente delimitada, promovendo igualdade de oportunidades no acesso ao rastreio e à informação em saúde. A consideração explícita da vulnerabilidade social da comunidade e a adoção de estratégias sensíveis ao contexto traduziram uma prática orientada pelos princípios da beneficência, não maleficência e justiça, conforme salientado por Nunes (2020), particularmente relevante quando se intervém junto de populações em situação de fragilidade.

No âmbito da melhoria contínua da qualidade, desenvolveu-se o descritor B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na

área da governação clínica, através da atualização e elaboração de materiais educativos nas diferentes unidades, nomeadamente cartazes e folhetos informativos sobre VIH e rastreio, produção de material sobre tuberculose e tradução de documentos institucionais, contribuindo para a melhoria da acessibilidade da informação e para a promoção do diagnóstico precoce. A participação no registo e validação de questionários de satisfação dos utentes permitiu operacionalizar o descritor B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua, possibilitando monitorização sistemática e identificação de oportunidades de aperfeiçoamento das práticas.

Simultaneamente, asseguraram-se condições de privacidade, controlo de infeção e organização adequada dos espaços de intervenção, concretizando o descritor B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro, garantindo segurança clínica e ambiente facilitador da relação terapêutica.

No domínio da gestão dos cuidados, foi desenvolvida a competência associada ao descritor C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde, mediante coordenação das atividades do projeto e articulação com parceiros institucionais e elementos da equipa. A necessidade de adaptar estratégias às especificidades do contexto comunitário, gerir recursos materiais para os rastreios e responder a constrangimentos logísticos implicou a mobilização do descritor C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados, traduzido numa liderança situacional, orientada para a resolução de problemas e para a qualidade das intervenções.

Relativamente ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais, evidenciou-se o descritor D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade, através de reflexão sistemática sobre a prática desenvolvida, integração de *feedback* das supervisoras clínicas e identificação de áreas de melhoria. Concomitantemente, operacionalizou-se o descritor D2 – Baseia a sua *praxis* clínica especializada em evidência científica, mediante fundamentação das intervenções em evidência científica atualizada, integração de recomendações nacionais e internacionais, aplicação da metodologia de Planeamento em Saúde e mobilização da *guideline* da RNAO.

### 3.2.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária e saúde pública

No âmbito da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, as competências específicas do enfermeiro especialista, conforme definidas no Regulamento n.º 428/2018, traduzem a capacidade de intervir de forma sistemática e fundamentada sobre os determinantes do processo saúde-doença, mobilizando metodologias próprias da saúde pública, promovendo capacitação comunitária, coordenando programas de saúde e participando ativamente na vigilância epidemiológica.

A operacionalização do descritor “Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade”, concretizou-se através da realização de um diagnóstico comunitário estruturado. Procedeu-se à recolha, registo e análise estatística de dados mediante recurso ao SPSS, permitindo identificar défices de autocuidado e vulnerabilidades individuais e coletivas. A priorização das necessidades, realizada com base numa grelha de ponderação de critérios (Melo, 2020) e em articulação com a instituição parceira, assegurou coerência entre evidência epidemiológica e necessidades percecionadas. Esta abordagem traduziu uma avaliação contextualizada e sustentada, integrando referenciais teóricos como o Modelo do Défice de Autocuidado de Orem e o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.

No domínio do descritor “Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades”, participou-se em intervenções educativas em escolas, IPSS e comunidade, abordando temáticas como epilepsia, primeiros socorros, prevenção do VIH, sexualidade e alimentação saudável e prevenção do tabagismo. A preparação e dinamização das sessões relativas ao VIH e ao rastreio foram adaptadas às características socioculturais e níveis de literacia dos participantes, promovendo *empowerment* e reforçando a autonomia na tomada de decisão. A participação nas atividades da Semana Europeia do Teste, bem como a divulgação de conteúdos informativos nas redes sociais da UCC, os folhetos informativos na USP, tradução de documentos para inglês e a distribuição de materiais impressos, ampliaram o alcance das intervenções, contribuindo para o reforço da literacia em saúde.

Relativamente ao descritor “Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde”, participou-se na planificação, execução e monitorização do projeto comunitário “VIH+Consciência”, integrado no programa nacional para o VIH e infeções sexualmente transmissíveis. A articulação com diferentes parceiros institucionais e a participação em reuniões no âmbito dos diversos programas em curso na unidade (saúde materno-infantil, saúde infantil e juvenil, saúde escolar, saúde mental,, saúde da pessoa idosa, cuidados paliativos) permitiram compreender a operacionalização integrada das políticas públicas de saúde ao nível local.

No que concerne ao descritor “Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico”, desenvolveram-se atividades concretas na área da saúde pública, nomeadamente o rastreio de contactos em situações de tuberculose e sarampo, em articulação com as orientações das autoridades de saúde e as visitas domiciliárias realizadas no contexto de um caso de tuberculose, para avaliação das condições habitacionais, verificação do cumprimento terapêutico e identificação de contactos, integrando dimensões clínicas, sociais e ambientais. Estas intervenções implicaram identificação de contactos de risco, encaminhamento para avaliação clínica e reforço da educação para a saúde, evidenciando a importância da atuação precoce na interrupção das cadeias de transmissão.

Ainda neste âmbito, a participação numa auditoria a uma Estrutura Residencial para Pessoas Idosas permitiu avaliar o cumprimento de normas de prevenção e controlo de infeção, identificar oportunidades de melhoria e reforçar a cultura de segurança institucional, evidenciando a relevância da supervisão técnica especializada na proteção de populações particularmente vulneráveis. Complementarmente, a recolha e análise de dados epidemiológicos relativos ao risco de diabetes na população frequentadora de centros de dia, bem como a reflexão sobre indicadores de monitorização da atividade da UCC reforçaram a capacidade de interpretar dados populacionais e integrá-los na gestão dos cuidados.

Estas experiências consolidaram uma visão ampliada da prática especializada, na qual a intervenção clínica se articula com a análise epidemiológica, a ação intersectorial e a promoção da equidade em saúde.

### 3.2.3. Competências de mestre

No âmbito do grau de Mestre, as competências previstas no Decreto-Lei n.º 74/2006, alterado pelo Decreto-Lei n.º 65/2018 (2018), traduzem a capacidade de aprofundar conhecimentos, mobilizá-los de forma crítica e aplicá-los em contextos novos e complexos, sustentando decisões fundamentadas e eticamente responsáveis. Estas competências implicam não apenas domínio técnico-científico, mas também maturidade reflexiva, autonomia intelectual e capacidade de comunicação científica.

A concretização dos pressupostos inerentes à atribuição do grau de mestre relativos ao desenvolvimento de conhecimentos e à sua aplicação em contextos novos e em situações complexas, no âmbito de equipas plurais e multidisciplinares, evidenciaram-se na conceção e implementação do projeto comunitário “VIH+Consciência”. A integração de evidência científica atualizada, a mobilização de referenciais teóricos e a aplicação da metodologia de Planeamento em Saúde de Imperatori e Giraldes permitiram articular teoria, dados empíricos e o contexto real. A análise estatística dos questionários através do SPSS®, a identificação de necessidades de saúde e a definição de prioridades de intervenção demonstraram a capacidade de transpor conhecimento científico para soluções adaptadas à realidade local.

No que respeita à formulação de juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações éticas e sociais, a participação em reuniões interdisciplinares, designadamente nas áreas da pedopsiquiatria, prevenção do VIH, proteção de crianças e jovens em risco e prevenção da violência em adultos, exigiu análise integrada de fatores clínicos, sociais e familiares. A decisão relativa ao local de realização dos testes de rastreio do VIH, ponderada em articulação com a supervisora clínica e instituição parceira, constituiu exemplo concreto da necessidade de equilibrar acessibilidade, confidencialidade e impacto comunitário, evidenciando capacidade de julgamento crítico sustentado.

Para fomentar a capacidade de comunicar conclusões, conhecimentos e raciocínios de forma clara e inequívoca a especialistas e não especialistas foi feita a publicação de dois artigos científicos<sup>1</sup>, encontrando-se um terceiro em fase de *copyediting* para publicação na revista *SAP*

---

<sup>1</sup> DOI: 10.5935/2675-5602.20200493; DOI: 10.56294/cid2025144

*Nursing Depths Series*. Além destes artigos, foram elaborados e apresentados três posters científicos (apêndice XXX), realizada uma comunicação livre com o título “Intervenções de enfermagem na adesão terapêutica em adolescentes com diabetes tipo 1: *Scoping review*” nas IV Jornadas Internacionais da Enfermagem da ESSATLA e assistiu-se a 2 congressos relacionados com enfermagem de saúde comunitária e saúde pública (apêndice XXXI). Acrescem as apresentações do projeto à UCC, USP e à instituição parceira, as sessões educativas desenvolvidas e a divulgação de conteúdos em redes sociais institucionais. Estas atividades implicaram adaptação da linguagem e do discurso científico a diferentes públicos, assegurando rigor conceptual junto de pares e clareza comunicacional junto da comunidade.

Por fim, o desenvolvimento de competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de forma fundamentalmente autónoma foi evidenciado na procura sistemática de evidência científica atualizada, na integração de recomendações nacionais e internacionais e na participação em formação promovida pela ULS sobre violência na criança nos cuidados de saúde. A postura de atualização contínua permitiu reavaliar criticamente as estratégias implementadas, ajustar intervenções e sustentar uma prática inovadora e eticamente fundamentada, consolidando a identidade profissional enquanto enfermeira especialista com competências avançadas e capacidade investigativa.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar o percurso desenvolvido na construção deste relatório, é possível afirmar que os objetivos inicialmente delineados foram alcançados, traduzindo-se este documento num reflexo estruturado, crítico e fundamentado das atividades realizadas ao longo do estágio e do percurso académico experienciado. Para além de descrever as intervenções implementadas, o relatório evidencia o processo de mobilização de conhecimentos teóricos, científicos e metodológicos, articulando-os com a prática profissional em contexto real. Neste sentido, constitui não apenas uma síntese das experiências vivenciadas, mas também a demonstração do desenvolvimento progressivo de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, bem como das competências de mestre, nomeadamente ao nível da análise crítica, tomada de decisão fundamentada, integração de evidência científica e reflexão ética sobre a intervenção realizada.

Ao longo do projeto, foi possível demonstrar a concretização dos objetivos inicialmente delineados para o mesmo, através da implementação de intervenções fundamentadas no diagnóstico de situação, orientadas pelas necessidades reais da comunidade e sustentadas na melhor evidência científica disponível. A coerência entre diagnóstico, definição de prioridades, planeamento estratégico e execução das atividades evidencia a adequação da metodologia de Planeamento em Saúde como instrumento estruturante da intervenção em contexto comunitário.

No que concerne aos ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem, destacam-se os resultados decorrentes das intervenções educativas e das ações de rastreio implementadas, traduzidos no reforço do conhecimento sobre o VIH, na maior consciencialização para a importância do diagnóstico precoce e na aceitabilidade do rastreio em contexto comunitário. Para além dos indicadores quantitativos, o envolvimento dos *stakeholders* e a análise SWOT evidenciaram ganhos ao nível da articulação interinstitucional, do fortalecimento do trabalho colaborativo e da adequação das respostas às necessidades identificadas, aspetos determinantes para a sustentabilidade das intervenções (Imperatori & Giraldes, 1993).

O desenvolvimento do projeto permitiu também consolidar competências comuns do Enfermeiro Especialista, nomeadamente na conceção, planeamento, implementação e avaliação de intervenções em saúde, na tomada de decisão ética e responsável e na articulação com parceiros institucionais e comunitários (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Paralelamente, foram aprofundadas competências específicas da enfermagem de saúde comunitária e saúde pública, com particular enfoque na avaliação comunitária, no Planeamento em Saúde, na promoção da literacia em saúde e na capacitação de populações vulneráveis, assumindo o enfermeiro especialista um papel estratégico na coordenação de cuidados, na mobilização de recursos e na dinamização do trabalho em rede (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

Ao nível das competências de mestre, este percurso possibilitou o reforço da capacidade de análise crítica, integração de conhecimento teórico e prático e utilização de metodologias de avaliação ajustadas ao contexto comunitário (Decreto-Lei n.º 74/2006, 2006). A reflexão sistemática desenvolvida ao longo do projeto traduziu-se numa prática mais consciente, fundamentada e orientada para a melhoria contínua, evidenciando a capacidade de interpretar dados, reconhecer limitações metodológicas e formular recomendações sustentadas para a prática profissional.

A experiência de estágio constituiu igualmente uma oportunidade de crescimento pessoal e profissional, permitindo o desenvolvimento de competências relacionais, adaptativas e de gestão da complexidade, frequentemente inerentes à intervenção em populações vulneráveis. A exposição a diferentes dinâmicas institucionais e comunitárias reforçou a consciência sobre o impacto dos determinantes sociais da saúde e a responsabilidade ética do enfermeiro especialista na promoção da equidade.

Não obstante os resultados alcançados, importa reconhecer as limitações associadas à adesão irregular dos participantes, à rotatividade dos beneficiários e à janela temporal reduzida do projeto, que condicionaram a avaliação de resultados a médio e longo prazo. Estas limitações reforçam a necessidade de continuidade das intervenções e de implementação de estratégias que permitam monitorização longitudinal e avaliação sustentada dos ganhos em saúde.

Face aos resultados obtidos, emergem recomendações relevantes. Na prática clínica, destaca-se a importância de manter intervenções educativas regulares e culturalmente ajustadas, bem como a integração sistemática de estratégias de rastreio em proximidade dirigidas a populações vulneráveis. Ao nível da formação, torna-se fundamental investir na capacitação contínua dos profissionais de saúde na área do VIH, promovendo abordagens livres de estigma e centradas na pessoa. No plano das políticas de saúde, revela-se pertinente reforçar o apoio estrutural a projetos comunitários de proximidade, assegurando articulação intersectorial e sustentabilidade das respostas dirigidas a grupos em maior risco de exclusão.

Como proposta de continuidade, sugere-se a manutenção e expansão do projeto, quer na unidade onde foi implementado, quer noutras unidades funcionais, permitindo avaliar o impacto das intervenções a médio e longo prazo e aprofundar o conhecimento científico na área da enfermagem de saúde comunitária e saúde pública. A replicação em diferentes contextos comunitários poderá contribuir para consolidar modelos de intervenção eficazes na promoção do diagnóstico precoce do VIH e na redução das desigualdades em saúde.

Em síntese, o percurso desenvolvido ao longo deste estágio consolidou uma prática avançada em Enfermagem Comunitária, crítica, reflexiva e sustentada na evidência, reafirmando o papel do enfermeiro especialista como agente estratégico na promoção da saúde, na redução das desigualdades e na construção de respostas comunitárias mais justas, acessíveis e humanizadas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alligood, M. (2018). *Nursing theorists and their work* (9ª ed.). Elsevier.
- American Nurses Association. (2019). *Prevention and Care for HIV and Related Conditions*. <https://www.nursingworld.org/globalassets/practiceandpolicy/nursing-excellence/ana-position-statements/prevention-care-hiv.pdf>
- Asiamah, N., Mensah, H. K., & Oteng-Abayie, E. F. (2017). General, target, and accessible population: demystifying the concepts for effective sampling. *The Qualitative Report*, 22(6), 1607-1621. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2017.2674>
- Astawesegn, F. H., Conroy, E., Mannan, H., & Stulz, V. (2022). Measuring socioeconomic inequalities in prenatal HIV test service uptake for prevention of mother to child transmission of HIV in East Africa: A decomposition analysis. *PLoS ONE*, 17(8), e0273475. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0273475>
- Aviso n.º 6702/2021 da Ordem dos Enfermeiros, Diário da República n.º 71/2021, Série II de 2021-04-13 (2021).
- Berbiglia, V. A., & Banfield, B. (2018). Self-care deficit theory of nursing. In M. Alligood, *Nursing theorists and their work* (9ª ed., pp. 198-212). Elsevier.
- Camara, S., Millimouno, T., Kourouma, M., Sow, A., Sidibé, S., Touré, A., Nabé, A., & Delamou, A. (2025). Facilitators and barriers to community-based HIV testing in Guinea: a CFIR-based implementation analysis. *Front. Public Health*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1593697>
- Commission on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the gap in a generation : health equity through action on the social determinants of health: final report of the commission on social determinants of health*. World Health Organization. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/cb08095c-55c8-484e-bff6-0e9c78fd38dd/content>

- Dalcin, D., & Bogoch, I. I. (2018). Point-of-care testing for HIV. *CMAJ*, 190(18), E569. <https://doi.org/10.1503/cmaj.180068>
- Decreto-Lei n.º 1/2025 da Presidência do Conselho de Ministros, Diário da República n.º 11/2025, Série I de 2025-01-16 (2025).
- Decreto-Lei n.º 28/2008 do Ministério da Saúde, Diário da República n.º 38/2008, Série I de 2008-02-22 (2008).
- Decreto-Lei n.º 52/2022 da Presidência do Conselho de Ministros, Diário da República n.º 150/2022, Série I de 2022-08-04 (2022).
- Decreto-Lei n.º 65/2018 da Presidência do Conselho de Ministros, Diário da República n.º 157/2018, Série I de 2018-08-16 (2018).
- Decreto-Lei n.º 74/2006 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, Diário da República n.º 60/2006, Série I-A de 2006-03-24 (2006).
- Despacho n.º 1150/2021 da Direção-Geral da Saúde, Diário da República n.º 19/2021, Série II de 2021-01-28 (2021).
- Despacho n.º 1225/2018 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, Diário da República n.º 25/2018, Série II de 2018-02-05 (2018).
- Despacho n.º 4835/2017 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, Diário da República n.º 107/2017, Série II de 2017-06-02 (2017).
- Direção Geral de Saúde/Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2024). *Infeção por VIH em Portugal - 2024*. <http://hdl.handle.net/10400.18/9233>
- Direção Geral de Saúde/Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2025). *Infeção por VIH em Portugal – 2025*. <http://hdl.handle.net/10400.18/9233>
- Direção-Geral da Saúde. (2012). *Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA*. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/programas-nacionais-prioritarios-infecao-vihsida-pdf.aspx>

- Direção-Geral da Saúde. (2014). *Norma n.º 058/2011*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0582011-de-28122011-jpg.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2025). *Programa Nacional para as infeções sexualmente transmissíveis e Infeção por VIH - apresentação*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/programa-nacionaistvih/apresentacao1.aspx>
- Duarte, F., Silva, S., Enders, B., Lira, A., Dantas, R., & Dantas, D. (2023). Diagnóstico precoce da infeção por HIV/Aids: análise de conceito. *Rev Bras Enferm.*, 76(3). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0565pt>
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2026). *HIV infection and AIDS*. European Centre for Disease Prevention and Control. <https://www.ecdc.europa.eu/en/hiv-infection-and-aids>
- Ferrand, R., Dauya, E., Chikwari, C., Bandason, T., Bernays, S., Mackworth-Young, C., Doyle, A., Grundy, C., Indravudh, P., Terris-Presholt, F., Mavodza, C., Mugurungi, O., Apollo, T., Ncube, G., Larsson, L., McCarthy, O., Simms, V., Tembo, M., & Kranzer, K. (2025). Integrated community-based HIV and sexual and reproductive health services for youth: a cluster-randomized trial. *Nat Med*, 31, 3081–3088. <https://doi.org/10.1038/s41591-025-03762-z>
- Frias, A., Sim-Sim, M., Chora, M.-A., & Caldeira, E. (2016). Adaptação e validação para português da HIV Antibody Testing Attitude Scale. *Acta Paulista de Enfermagem*, 29(1), 77-83. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600011>
- Gray, D. E. (2012). *Pesquisa no mundo real* (2ª ed.). Penso.
- Grupo Português de Activistas sobre Tratamentos de VIH/SIDA. (2025). *O que é o VIH?* GAT Portugal - Publicações. [https://www.gatportugal.org/public/uploads/publicacoes/Folhetos/AF\\_VIH\\_2025.pdf](https://www.gatportugal.org/public/uploads/publicacoes/Folhetos/AF_VIH_2025.pdf)

- Gutiérrez, J. P., & Trossero, A. (2021). Socioeconomic inequalities in HIV knowledge, HIV testing, and condom use among adolescent and young women in Latin America and the Caribbean. *Rev Panam Salud Publica*, 45(e47). <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.47>
- Imperatori, E., & Giraldes, M. d. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde - manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3ª ed.). Escola Nacional de Saúde Pública.
- Instituto Nacional de Estatística. (2025). *Instituto Nacional de Estatística - Statistics Portugal*. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine\\_main&xpid=INE](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE)
- Jooste, S., Mabaso, M., Taylor, M., North, A., Shean, Y., & Simbayi, L. C. (2021). Socio-economic differences in the uptake of HIV testing and associated factors in South Africa. *BMC Public Health*, 21(1591). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11583-1>
- Kimera, E., Alanyo, L. G., Pauline, I., Andinda, M., & Mirembe, E. M. (2025). Community-based interventions against HIV-related stigma: a systematic review of evidence in Sub-Saharan Africa. *Syst Rev*, 14(8). <https://doi.org/10.1186/s13643-024-02751-6>
- Lei n.º 21/2014 da Assembleia da República, Diário da República n.º 75/2014, Série I de 2014-04-16 (2014).
- Lei n.º 45/2005 da Assembleia da República, Diário da República - 1.ª Série A, Nº 165, de 2005-08-29 (2005).
- Lei n.º 8/2024 da Assembleia da República, Diário da República n.º 14/2024, Série I de 2024-01-19 (2024).
- Lei n.º 82/2023 da Assembleia da República, Diário da República n.º 250/2023, Série I de 2023-12-29 (2023).
- Lillis, S. (2022). The end of general practice as we know it. *Journal of Primary Health Care*, 14(1), 10-12. <https://doi.org/10.1071/HC21157>

- Mah, J. C., Penwarden, J. L., Pott, H., Theou, O., & Andrew, M. K. (2023). Social vulnerability indices: a scoping review. *BMC Public Health*, 23(1253). <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16097-6>
- Mashamba-Thompson, T. P. (2022). Diagnostics Literacy Advocacy Model for Vulnerable Populations. *Diagnostics*, 12(3), 716. <https://doi.org/10.3390/diagnostics12030716>
- Mathews, A., Farley, S., Conserve, D., Knight, K., Le'Marus, A., Blumberg, M., Rennie, S., & Tucker, J. (2020). "Meet people where they are": a qualitative study of community barriers and facilitators to HIV testing and HIV self-testing among African Americans in urban and rural areas in North Carolina. *BMC Public Health*, 20(494). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08582-z>
- Mavodza, C. V., Mackworth-Young, C. R., Bandason, T., Dauya, E., Chido Dziva Chikwari<sup>1</sup>, 4. M., Apollo, T., Ncube, G., Kranzer, K., Ferrand, R. A., & Bernays, S. (2021). When healthcare providers are supportive, 'I'd rather not test alone': Exploring uptake and acceptability of HIV self-testing for youth in Zimbabwe – A mixed method study. *Journal of the International AIDS Society*, 24(9). <https://doi.org/10.1002/jia2.25815>
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública*. Lidel.
- Mesquita, Y., Franzmann, U., & Fontenele, L. (2021). Testes rápidos para diagnóstico precoce do HIV: revisão integrativa. *Revista científica multidisciplinar*, 2(8). <https://doi.org/10.47820/recima21.v2i8.683>
- Ministério da Saúde - Governo da República Portuguesa. (2025). *BI-UF*. BI - CSP (Bilhete de Identificação dos Cuidados de Saúde Primários). <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/Paginas/default.aspx>
- National Institutes of Health. (2025). *Understanding HIV*. HIVinfo. <https://hivinfo.nih.gov/understanding-hiv/fact-sheets/stages-hiv-infection>
- Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na investigação em enfermagem*. <http://hdl.handle.net/10400.26/32782>

- Pereira, M. (2024). Análises estratégica e de mercado para avaliação de projetos – um estudo das técnicas utilizadas por uma consultora. Faculdade de Economia - Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/164542/2/702426.pdf>
- Plebani, M., Nichols, J., Luppa, P., Greene, D., Sciacovelli, L., Shaw, J., Khan, A., Carraro, P., Freckmann, G., Dimech, W., Zaninotto, M., Spannagl, M., Huggett, J., Kost, G., Trenti, T., Padoan, A., Thomas, A., Banfi, G., & Lippi, G. (2025). Point-of-care testing: state-of-the art and perspectives. *Clin Chem Lab Med*, 63(1), 35-51. <https://doi.org/https://doi.org/10.1515/cclm-2024-0675>
- Polit, D., & Beck, C. (2022). *Appraising evidence for nursing practice* (10ª ed.). Wolters Kluwer.
- PORDATA. (2025). *Beneficiários do Rendimento Social de Inserção (RSI) por grupo etário*. PORDATA. <https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/protecao-social/beneficiarios/beneficiarios-do-rendimento-social-de-insercao-rsi-por>
- Queirós, P. J., Vidinha, T. S., & Filho, A. J. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*(3), 157-164. <https://doi.org/10.12707/RIV14081>
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2012). *Facilitating Client Centred Learning*. Registered Nurses' Association of Ontario. <https://rnao.ca/bpg/guidelines/facilitating-client-centred-learning>
- Regulamento (UE) n.º 679/2016 do Parlamento Europeu e do Conselho (2016).
- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06 (2019).
- Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros, Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16 (2018).

- Sainani, K. L. (2012). Dealing With Non-normal Data. *PM&R*, 4(12), 1001-1005. <https://doi.org/10.1016/j.pmri.2012.10.013>
- Sakrinda, T., & Wilson, J. (2018). Health Promotion Model. In M. Alligood, *Nursing theorists and their work* (9ª ed., pp. 323-338). Elsevier.
- Ser +. (2026). *O VIH/SIDA - A Origem do VIH*. Ser + - Associação Portuguesa Para a Prevenção e Desafio à SIDA. <http://www.sermais.pt/content/default.asp?idcat=origemVIH&idCatM=vihSida&idContent=0890BE64-0E09-4EF2-A518-40E50ED1E100>
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2023). *Caderno de encargos 365/2023*. <https://www.spms.min-saude.pt/compras-de-bens-e-servicos-de-saude/>
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2024). *Caderno de encargos 799/2024*. <https://www.spms.min-saude.pt/compras-de-bens-e-servicos-de-saude/>
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2024). *Caderno de encargos 801/2024*. <https://www.spms.min-saude.pt/compras-de-bens-e-servicos-de-saude/>
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2024). *Caderno de encargos 991/2024*. <https://www.spms.min-saude.pt/compras-de-bens-e-servicos-de-saude/>
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2025). *Caderno de encargos 1315/2025*. <https://www.spms.min-saude.pt/compras-de-bens-e-servicos-de-saude/>
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2025). *Caderno de encargos 1385/2025*. <https://www.spms.min-saude.pt/compras-de-bens-e-servicos-de-saude/>
- Silva, M., Paixão, M., Medeiros, N., & Ribeiro, L. (2024). Estratégias e tecnologias para o diagnóstico precoce da infeção pelo HIVv: revisão integrativa da literatura. *Rev Enferm Atual In Derme*, 98(4). <https://doi.org/10.31011/reaid-2024-v.99-n.4-art.2314>
- Threats, M., Boyd, D., Diaz, J., & Adebayo, O. (2021). Deterrents and motivators of HIV testing among young Black men who have sex with men in North Carolina. *AIDS Care*, 33(7), 943-951. <https://doi.org/10.1080/09540121.2020.1852161>

- UNAIDS. (2018). *Benefits of knowing your HIV status*. UNAIDS. [https://www.unaids.org/sites/default/files/benefits-of-knowing-your-hiv-status\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/benefits-of-knowing-your-hiv-status_en.pdf)
- UNAIDS. (2025). *Global HIV Target Setting for 2030*. <https://files-hivpreventioncoalition.unaids.org/gpc/attachments/20250328-recommended-2030-hiv-targets-livedocument-en.pdf>
- World Health Organization. (2024). *HIV and AIDS*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- World Medical Association. (2024). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants. 75th WMA General Assembly*. Helsinquia, Finlândia: World Medical Association. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/>
- Yang, J., Qiu, C., Tang, R., Dong, W., Yao, E., Wang, H., Li, S., Xiao, M., Zhang, Z., Niu, J., Fu, L., Song, L., Li, X., Shi, Y., & Wang, X. (2025). Preference for HIV testing among community residents in Yunnan Province, China: results from a discrete choice experiment. *BMC Health Services Research*, 25(216). <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12357-w>

## **APÊNDICES**



## **Apêndice I – Questionário sociodemográfico e de saúde**



## Questionário de caracterização sociodemográfica e de saúde

### 1. Qual é a sua idade?

- 18 - 24 anos
- 25 - 34 anos
- 35 - 44 anos
- 45 - 64 anos
- 65 ou mais

### 2. Qual é o seu género?

- Masculino
- Feminino
- Outro

### 3. Qual é a sua nacionalidade?

- Portuguesa
- Outra, qual? \_\_\_\_\_

3.1. Se respondeu "outra", há quanto tempo reside em Portugal?

- menos de 6 meses
- entre 6 meses e 1 ano
- entre 1 ano e 5 anos
- mais de 5 anos

### 4. Qual é o seu estado civil?

- Casado(a)/União de facto
- Divorciado(a)
- Solteiro(a)
- Viúvo(a)

### 5. Qual é o grau de escolaridade mais alto que completou?

- Nenhum
- 1º Ciclo (1º ao 4º ano)
- 2º Ciclo (5º ao 6º ano)
- 3º Ciclo (7º ao 9º ano)
- Ensino secundário (10º ao 12º ano)
- Ensino superior (licenciatura, mestrado, doutoramento, outros)

**6. Qual é a sua situação profissional?**

- Desempregado(a)
- Empregado(a)
- Formação ou Estágio
- Outra, qual? \_\_\_\_\_

**7. Há quanto tempo frequenta o projeto “Saúde em Comunidade”?**

- Menos de 6 meses
- Entre 6 meses e 1 ano
- Há mais de 1 ano

**Questões relacionadas com a Saúde**

**8. Tem alguma doença diagnosticada?**

- Não
  - Sim, qual (quais)? \_\_\_\_\_
- 

**9. Costuma recorrer a serviços de saúde?**

- Não
- Sim
  - 9.1. Se respondeu “sim”, com que frequência?
  - diariamente
  - semanalmente
  - mensalmente
  - de 3 em 3 meses
  - de 6 em 6 meses
  - anualmente

**10. Tem um profissional de saúde de referência (médico/enfermeiro) que acompanhe a sua situação de saúde e a quem possa recorrer em caso de necessidade?**

- Não
- Sim, enfermeiro
- Sim, médico
- Sim, ambos

**11. Já ouviu falar do VIH/SIDA?**

- Não  
 Sim

**12. Conhece as formas de transmissão do VIH?**

- Não  
 Sim, quais? \_\_\_\_\_

**13. Considera importante fazer o teste de VIH?**

- Não  
 Sim

**14. Alguma vez fez o teste de VIH (rápido ou outro)?**

- Não  
 Sim

3.1. Se respondeu "sim", onde?

- unidade de saúde  
 associação  
 campanha de rua  
 outro, qual? \_\_\_\_\_



**Apêndice II – Versão portuguesa da HIV Antibody Testing Attitude Scale por  
Frias et al. (2016)**



## Versão portuguesa da HIV Antibody Testing Attitude Scale<sup>1</sup>

### Original de Atitudes about HIV-Antibody Testing Scale<sup>2</sup>

De acordo com a sua opinião seleccione a opção de resposta que melhor se adequa a cada uma das situações assinalando os respetivos números 1,2,3,4,5 de acordo com a seguinte escala:

Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo Nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1	2	3	4	5

1-Os meus amigos apoiam a minha decisão em fazer o Teste VIH	1	2	3	4	5
2-Sinto-me à vontade para falar com os meus amigos sobre a decisão de fazer o Teste VIH	1	2	3	4	5
3-A minha família apoiava-me na minha decisão em fazer o Teste VIH	1	2	3	4	5
4-Não me importaria se alguém conhecido me visse a dirigir-me para fazer o Teste VIH	1	2	3	4	5
5-Tenho facilidade em falar sobre o Teste VIH com a minha família	1	2	3	4	5
6-Os meus amigos não me tratavam de maneira diferente se eu fizesse o Teste VIH	1	2	3	4	5
7-Toda a pessoa que faz o Teste VIH é nojenta	1	2	3	4	5
8-Não considero a possibilidade de fazer o Teste VIH porque iam perguntar-me coisas que eu fiz	1	2	3	4	5
9-Ficava envergonhado/a se os meus amigos descobrissem que decidira fazer o Teste VIH	1	2	3	4	5
10-As pessoas iriam pensar que eu estou infetado com VIH se eu decidisse fazer o Teste	1	2	3	4	5
11-Teria receio que alguém descobrisse que eu tinha feito o Teste VIH	1	2	3	4	5
12-Não faria o Teste VIH porque seriam perguntadas coisas muito pessoais	1	2	3	4	5
13-Os meus pais ficavam preocupados se soubessem que eu estava a pensar fazer o Teste VIH	1	2	3	4	5
14-Os meus amigos olhavam-me com desprezo se eu fizesse o Teste VIH	1	2	3	4	5
15-Os meus amigos tratar-me-iam mal se eu fizesse o Teste VIH	1	2	3	4	5
16-O Teste VIH não é totalmente confidencial	1	2	3	4	5
17-A informação sobre o Teste VIH é mantida em absoluta confidencialidade pelos técnicos de saúde	1	2	3	4	5
18-Eu confio que os técnicos de saúde guardam de maneira confidencial a informação	1	2	3	4	5

<sup>1</sup> Frias, A., Sim-Sim, M., Chora, M. & Caldeira, E. (2016). Adaptação e validação para português da HIV Antibody Testing Attitude Scale. *Acta Paulista de Enfermagem*, 29(1), 77-83. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600011>

<sup>2</sup> Peltzer, K. & Mpofu, E. (2002). The factor structure of the HIV antibody testing attitude scale in four African countries. *Eastern Journal of Medicine*.7(2):27-30.



### **Apêndice III – Consentimento informado**



## Formulário de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

de acordo com a Declaração de Helsínquia<sup>1</sup> e a Convenção de Oviedo<sup>2</sup>

Por favor, leia atentamente a informação abaixo. Em caso de dúvidas ou necessidade de esclarecimentos, não hesite em contactar através do e-mail: [202490054@uatla.pt](mailto:202490054@uatla.pt).

**Título do projeto:** "Saúde sem tabu: Sensibilização para o Diagnóstico Precoce do VIH"

Este projeto de intervenção comunitária com uma componente de investigação (doravante designado por "projeto"), integra-se no Estágio do 2.º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, da Escola Superior de Saúde Atlântica. O trabalho é desenvolvido sob a orientação da Professora Mestre Susana Valido e das Enfermeiras Especialistas em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública [REDACTED]

O objetivo do projeto é avaliar as atitudes face ao teste rápido do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) entre os utentes do projeto [REDACTED] da UCC [REDACTED] que frequentam o [REDACTED]. A sua participação permitirá estabelecer intervenções comunitárias adequadas às suas necessidades, melhorando o estigma associado a esta doença e ao seu teste. Para isso, solicita-se o preenchimento do presente consentimento informado e do questionário anexo. Este questionário inclui uma caracterização sociodemográfica e de saúde e 18 questões relacionadas com a sua disposição para realizar o teste rápido do VIH, estimando-se um tempo de resposta de cerca de 15 minutos.

A participação é voluntária e não envolve qualquer tipo de compensação, não estando identificados quaisquer riscos associados à aceitação ou recusa da participação. O questionário é confidencial e destina-se exclusivamente a fins académicos, sendo garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos. Não será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir à sua identificação em qualquer fase deste projeto, incluindo em eventuais relatórios/publicações científicas. Poderá revogar o seu consentimento e abandonar o projeto em qualquer momento, sem que tal implique qualquer prejuízo. Para esse efeito, basta contactar a investigadora e solicitar a sua remoção. Agradeço desde já o seu interesse e colaboração neste projeto.

**Investigadora:** Ana Isabel Vicente contacto telefónico: [REDACTED] email: [202490054@uatla.pt](mailto:202490054@uatla.pt)

Assinatura: \_\_\_\_\_

Declaro que compreendi os objetivos da proposta que me foi apresentada e explicada pelo profissional de saúde que assina este documento. Foi-me dada a oportunidade de colocar todas as questões que considerei pertinentes, tendo recebido respostas claras e satisfatórias. Foi-me igualmente assegurado que a recusa em participar não afetará os meus direitos assistenciais. Tive tempo suficiente para refletir sobre a proposta apresentada. Assim, autorizo/não autorizo (riscar o que não se aplica) a realização do ato indicado, bem como dos procedimentos diretamente relacionados, sempre que se revelem necessários e no meu melhor interesse.

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA E EM DUPLICADO: UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

<sup>1</sup><https://www.ulsba.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/15/2019/02/declaracaohelsinquia.pdf>

<sup>2</sup><http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>



## **Apêndice IV – Questionário aplicado por *Microsoft Forms*®**



Por favor, leia atentamente a informação abaixo. Em caso de dúvidas ou necessidade de esclarecimentos, não hesite em contactar através do e-mail: [202490054@ua1n.pt](mailto:202490054@ua1n.pt). Este estudo consiste num projeto de intervenção comunitária, com uma componente de investigação, e integra-se no Estágio do 2.º Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, da Escola Superior de Saúde Atlântica. O trabalho é desenvolvido sob a orientação da Professora Mestre Susana Valido e das Enfermeiras Especialistas em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública [REDACTED]. O objetivo da investigação é avaliar as atitudes face ao teste rápido do VIH entre os utentes do projeto [REDACTED] da UCC [REDACTED] que frequentam o [REDACTED]. A sua participação permitirá estabelecer intervenções comunitárias adequadas às suas necessidades, melhorando o estigma associado a esta doença e ao seu teste. Para isso, solicita-se o preenchimento do presente consentimento informado e do questionário abaixo. Este questionário inclui uma breve caracterização sociodemográfica e 18 questões relacionadas com a sua disposição para realizar o teste rápido do VIH, estimando-se um tempo de resposta de cerca de 15 minutos. A participação é voluntária e não envolve qualquer tipo de compensação, não estando identificados quaisquer riscos associados à aceitação ou recusa da participação. O questionário é **confidencial** e destina-se exclusivamente a fins académicos, sendo garantidos o **anonimato** e a **confidencialidade** dos dados recolhidos. Não será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir à sua identificação em qualquer fase deste estudo, incluindo em eventuais relatórios/publicações científicas. Poderá **revogar** o seu consentimento e **abandonar o estudo em qualquer momento**, sem que tal implique qualquer prejuízo. Para esse efeito, basta contactar a investigadora e solicitar a sua remoção. Agradeço desde já o seu interesse e colaboração neste estudo.

## Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

**1. Declaro que compreendi os objetivos da proposta que me foi apresentada e explicada pelo profissional de saúde acima identificado. Foi-me dada a oportunidade de colocar todas as questões que considere pertinentes, tendo recebido respostas claras e satisfatórias. Foi-me igualmente assegurado que a recusa em participar não afetará os meus direitos assistenciais. Tive tempo suficiente para refletir sobre a proposta apresentada. Assim, relativamente à realização do ato indicado, bem como dos procedimentos diretamente relacionados, sempre que se revelem necessários e no meu melhor interesse: \***

- Autorizo
- Não autorizo

2. Qual é a sua idade? \*

- 18-24 anos
- 25-34 anos
- 35-44 anos
- 45-64 anos
- 65 ou mais

3. Qual é o seu género? \*

- Masculino
- Feminino
- Outro

4. Qual é a sua Nacionalidade? \*

- Portuguesa
- Outra

5. Há quanto tempo reside em Portugal? \*

- menos de 6 meses
- entre 6 meses e 1 ano
- entre 1 ano e 5 anos
- mais de 5 anos

6. Qual é o seu estado civil? \*

- Casado/União de facto
- Divorciado(a)
- Solteiro(a)
- Viúvo(a)

7. Qual é o grau de escolaridade mais alto que completou? \*

- Nenhum
- 1º Ciclo (1º ao 4º ano)
- 2º Ciclo (5º ao 6º ano)
- 3º Ciclo (7º ao 9º ano)
- Ensino secundário (10º ao 12º ano)
- Ensino superior (licenciatura, mestrado, doutoramento, outros)

8. Qual é a sua situação profissional? \*

- Desempregado(a)
- Empregado(a)
- Formação ou Estágio
- Outro

9. Há quanto tempo frequenta o projeto [REDACTED]? \*

- Menos de 6 meses
- Entre 6 meses e 1 ano
- Há mais de 1 ano

### Questões relacionadas com a Saúde

10. Tem alguma doença diagnosticada? \*

Não

Sim

11. Qual/Quais? \*

12. Costuma recorrer a serviços de Saúde? \*

Não

Sim

13. Com que frequência? \*

diariamente

semanalmente

mensalmente

de 3 em 3 meses

de 6 em 6 meses

anualmente

14. Tem um profissional de saúde de referência (médico/enfermeiro) que acompanhe a sua situação de saúde e a quem possa recorrer em caso de necessidade? \*

Não

Sim, enfermeiro

Sim, médico

Sim, ambos

15. Já ouviu falar do VIH/SIDA? \*

- Não
- Sim

16. Conhece as formas de transmissão do VIH? \*

- Não
- Sim

17. Quais? \*

18. Considera importante fazer o teste de VIH? \*

- Não
- Sim

19. Alguma vez fez o teste de VIH (rápido ou outro)? \*

- Não
- Sim

20. Onde? \*

- unidade de saúde
- associação
- campanha de rua
- Outro

21. Pergunta \*

	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo Nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1 - Os meus amigos apoiam a minha decisão em fazer o Teste VIH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 - Sinto-me à vontade para falar com os meus amigos sobre a decisão de fazer o Teste VIH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 - A minha família apoiava-me na minha decisão em fazer o Teste VIH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 - Não me importaria se alguém conhecido me visse a dirigir-me para fazer o Teste VIH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 - Tenho facilidade em falar sobre o Teste VIH com a minha família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 - Os meus amigos não me tratavam de maneira diferente se eu fizesse o Teste VIH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 - Toda a pessoa que faz o Teste VIH é nojenta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 - Não considero a possibilidade de fazer o Teste VIH porque iam perguntar-me coisas que eu fiz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 - Ficava envergonhado/a se os meus amigos descobrissem que decidira fazer o Teste VIH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 - As pessoas iriam pensar que eu estou infetado com VIH se eu decidisse fazer o Teste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## HIV Antibody Testing Attitude Scale

Escala de Atitudes Face ao Teste Rápido de VIH, adaptada para a população Portuguesa por: Frias, A., Sim-Sim, M., Chora, M. & Caldeira, E. (2016). Adaptação e validação para português da HIV Antibody Testing Attitude Scale. *Acta Paulista de Enfermagem*, 29(1), 77-83. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600011> do trabalho original de Peltzer, K. & Mpofu, E. (2002). The factor structure of the HIV antibody testing attitude scale in four African countries. *Eastern Journal of Medicine*.7(2):27-30.

### 21. Pergunta \*

	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo Nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1 - Os meus amigos apoiam a minha decisão em fazer o Teste VIH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 - Sinto-me à vontade para falar com os meus amigos sobre a decisão de fazer o Teste VIH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 - A minha família apoiava-me na minha decisão em fazer o Teste VIH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 - Não me importaria se alguém conhecido me visse a dirigir-me para fazer o Teste VIH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 - Tenho facilidade em falar sobre o Teste VIH com a minha família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 - Os meus amigos não me tratavam de maneira diferente se eu fizesse o Teste VIH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 - Toda a pessoa que faz o Teste VIH é nojenta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 - Não considero a possibilidade de fazer o Teste VIH porque iam perguntar-me coisas que eu fiz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 - Ficava envergonhado/a se os meus amigos descobrissem que decidira fazer o Teste VIH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 - As pessoas iriam pensar que eu estou infetado com VIH se eu decidisse fazer o Teste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Diagnóstico precoce da infeção por VIH: Intervenção do enfermeiro especialista numa comunidade com vulnerabilidade social acrescida – 2º Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

	Discordo totalmente	Discordo	Não Concordo Nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
11 - Teria receio que alguém descobrisse que eu tinha feito o Teste VIH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 - Não faria o Teste VIH porque seriam perguntadas coisas muito pessoais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 - Os meus pais ficavam preocupados se soubessem que eu estava a pensar fazer o Teste VIH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 - Os meus amigos olhavam-me com desprezo se eu fizesse o Teste VIH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 - Os meus amigos tratam-me mal se eu fizesse o Teste VIH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 - O Teste VIH não é totalmente confidencial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 - A informação sobre o Teste VIH é mantida em absoluta confidencialidade pelos técnicos de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 - Eu confio que os técnicos de saúde guardam de maneira confidencial a informação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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



**Apêndice V – Autorização das autoras Frias et al. (2016) para utilização da escala**





---

**Re: Pedido de autorização e cedência da HIV Antibody Testing Attitude Scale - versão portuguesa**

---

**De** Ana Frias <anafrias@uevora.pt>  
**Data** qua, 28/05/2025 10:15  
**Para** Ana Vicente <202490054@academia.uatlantica.pt>  
**Cc** Susana Valido <svalido@uatlantica.pt>

3 anexos (457 KB)

Artigo\_validaçãoInglês-en\_1982-0194-ape-29-01-0077.pdf; Escala\_HIV Antibody Testing Attitude Scale.pdf; ArtigoValidação\_VIH1982-0194-ape-29-01-0077.pdf;

Bom dia!

Cara Ana Vicente, envio artigo (Português e Inglês) e a escala.

Muito nos agrada e orgulha que tenham interesse pelo nosso artigo/escala

Autorizamos a aplicação da escala *HIV Antibody Testing Attitude Scale*, desejando sucesso no seu mestrado.

Com os melhores cumprimentos/With the best wishes

**Ana Frias (PhD)**

Investigador do (CHRC) Comprehensive Health Research Centre

Professora Coordenadora.

Universidade de Évora -Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus

**Contactos:**

Largo Sr. da Pobreza, 7000-811 Évora, Portugal

Telemóvel. +351 966640111/ Tel. +351 266 730300 | Fax +351 266 730350|Skipe: ana.a.frias

Sala Pessoal Zoom: <https://videoconf-colibri.zoom.us/my/anafrias>



## **Apêndice VI – Autorização da direção da Unidade de Saúde Pública**



De:

Enviado: 6 de junho de 2025 03:01

Para:

Assunto: RE: pedido de autorização para realização de diagnóstico de situação na USP

Bom dia,

Nada a opor, desde que sempre que utiliza a informação colhida na nossa USP, esteja bem identificada qual foi a fonte dos dados. Não esqueça que o documento mais atualizado em termos de dados publicados da nossa parte é o nosso perfil de saúde.

Igualmente deve ser protegido qualquer tipo de dado que possa de alguma forma ser identificável (utente).

Com os melhores cumprimentos,



## **Apêndice VII – Autorização da direção da Unidade de Cuidados na Comunidade**



[Redacted]

Para: © Ana Vicente

Cc: [Redacted] : © Susana Valido

Boa tarde Ana Vicente

Como coordenadora da UCC [Redacted], concordo que no âmbito da Unidade Curricular - Estágio, inserida no Mestrado em Enfermagem Comunitária - área de especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, seja desenvolvido o projeto "Saúde sem Tabu: Sensibilização para o Diagnóstico Precoce do VIH", no âmbito do projeto [Redacted] da UCC [Redacted]

Com os melhores cumprimentos,

seg. 30/06/2025 15:51



**Apêndice VIII – Autorização da direção da Instituição Particular de  
Solidariedade Social parceira**





RE: Pedido de autorização para realização de estudo

De [REDACTED]

Data sex, 30/05/2025 13:34

Para Ana Vicente <202490054@academia.uatlantica.pt>

Cc [REDACTED]

Boa tarde, Enf.ª Ana Vicente:

Acusamos a receção do email e após articulação com a Diretora Geral do [REDACTED] foi permitido e autorizado o desenvolvimento do estudo, junto dos beneficiários que acompanhamos no âmbito de prestação RSI, na [REDACTED]

Desta forma, questionamos se irá aplicar os questionários na Ação de Informação já agendada para dia 02/06 ou apenas na Ação do dia 23/06.

Aguardamos pelo envio dos questionários, quer em formato de papel, quer pelo link do *Microsoft Forms*, de forma a que os mesmos sejam encaminhados para os participantes, que não estejam nas Ações de Informação.

Alguma informação adicional, encontramos-nos ao dispor.

Com os melhores cumprimentos,



## **Apêndice IX – Pedido e resposta do parecer da Comissão de Ética da ESSATLA**



Diagnóstico precoce da infeção por VIH: Intervenção do enfermeiro especialista numa comunidade com vulnerabilidade social acrescida – 2º Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

Ana Vicente  
Para: @ Comissão de Ética de Essatla  
Cc: @ Susana Veloso  
qua, 04/06/2025 14:55  
Reencaminhar

Reencaminhe esta mensagem a qui, 05/06/2025 08:17

Requerimento C.Ética ESSATLA

À Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde Atlântica,  
R/C da Eema, Presidente da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde Atlântica, Professora Maria João Santos,

Venho, por este meio, requerer parecer relativo à realização de um Projeto de Intervenção Comunitária, a desenvolver no âmbito do Estágio I do Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, que atualmente frequento nesta instituição.

Anexo o documento com a proposta do referido projeto, para a vossa apreciação.  
Agradeço desde já a atenção dispensada e aguardo a vossa resposta.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Isabel Vicente

Enfermeira

Estudante do 2º Mestrado de Enfermagem Comunitária na área de Saúde Comunitária e Saúde Pública.

ESSATLA

Comissão de Ética de Essatla  
Para: @ Ana Vicente  
Cc: @ Susana Veloso  
seg, 03/06/2025 14:08  
Reencaminhar

Parecer Comissão Ética ESSATLA

Exm.ª Sr.ª Enfermeira Ana Vicente  
Cara Estudante

Conforme a documentação que enviou, a Comissão de Ética, considera o **Parecer Favorável**.

Desejamos sucesso para o seu Projeto.

Saudações Académicas.

P.ª Comissão de Ética

Maria João Santos





## **PARECER COMISSÃO DE ÉTICA DA ESSATLA**

**PCE77\_2025**

**Assunto:** Projeto de Intervenção Comunitária, a desenvolver no âmbito do Estágio I do Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública: “Saúde sem Tabu: Sensibilização para o Diagnóstico Precoce do VIH”.

No seguimento da solicitação de Parecer aos membros da Comissão de Ética, com o propósito de analisar o pedido supracitado, considerou-se que a proposta de investigação apresentada, respeita os princípios deontológicos e legais específicos para estas situações, encontrando-se ao abrigo da ponderação exigida pela referida Comissão, tendo sido dada a garantia de que os dados serão trabalhados de acordo com os princípios vigentes na Comissão de Ética, respeitando valores subjacentes à ordem científica e cultural em apreço.

Barcarena, 30 de junho de 2025

A Presidente Comissão de Ética da ESSATLA

Assinado por: **MARIA JOÃO DE ALMEIDA DOS SANTOS**  
Num. de Identificação: 08540466  
Data: 2025.06.30 15:07:15+01'00'

Professora Adjunta Maria João Santos

**Apêndice X – Documentação enviada no parecer para a Comissão de Ética da  
ESSATLA**



## **Requerimento Para Parecer Da Comissão De Ética Da Escola Superior De Saúde Atlântica**

Excelentíssima Senhora Presidente da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde Atlântica, Professora Maria João Santos,

Eu, Ana Isabel da Silveira Barbeiro Vicente, com o número da Ordem dos Enfermeiros 85240 e número de aluna nessa instituição 202490054, Enfermeira no Hospital CUF Tejo e aluna do Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública da Escola Superior de Saúde Atlântica, venho, por este meio, submeter à apreciação dessa Comissão de Ética o projeto de intervenção comunitária com componente de investigação, cujo título (provisório) é "Saúde sem Tabu: Sensibilização para o Diagnóstico Precoce do VIH" que me proponho desenvolver no âmbito dos Estágios integrados no plano curricular do referido Mestrado.

Este projeto compreende a elaboração do diagnóstico de situação de saúde de uma comunidade, com posterior definição, implementação e avaliação de intervenções ajustadas às necessidades da população-alvo. Pretende-se, com esta avaliação, promover a melhoria contínua e garantir a sustentabilidade do projeto junto da comunidade e das equipas envolvidas.

### **PROBLEMATICA**

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o VIH é um vírus que compromete o sistema imunitário humano, tornando-o progressivamente incapaz de combater infeções e determinadas doenças (*World Health Organization [WHO], 2024*). Na ausência de tratamento, a infeção pelo VIH pode evoluir para a síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), fase avançada da doença, caracterizada por infeções oportunistas e outras complicações graves (*WHO, 2024*), que poderão assim comprometer significativamente a qualidade e a esperança de vida.

O impacto da infeção por VIH é vasto, não só em termos de saúde individual e coletiva, mas também ao nível social, económico e dos direitos humanos, estando frequentemente associado a estigma e discriminação (Direção-Geral da Saúde [DGS]/Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge [INSDRJ], 2024). Em 2023, estimou-se que 39,9 milhões de pessoas viviam com VIH em todo o mundo, com 1,3 milhões de novas infeções registadas (UNAIDS, 2024). No espaço europeu, 2,3 milhões de pessoas viviam com VIH nesse mesmo ano, tendo sido notificados cerca de 56 mil novos casos (UNAIDS, 2024).

Em Portugal, os dados mais recentes da DGS e do INSDRJ indicam que, em 2023, foram reportadas 924 novas infeções por VIH, sendo que 58% dos diagnósticos ocorreram em fases tardias da infeção, o que reforça a necessidade de investimento no rastreio precoce e na promoção do diagnóstico atempado (DGS/INSA, 2024). A nível local, na Unidade Local de Saúde [REDACTED], entre 2019 e 2023, foram notificadas [REDACTED] novas infeções, com uma taxa de diagnóstico entre [REDACTED] casos por 100.000 habitantes em [REDACTED], [REDACTED], valor claramente superior à média nacional de 9,4 casos por 100.000 habitantes no mesmo período (DGS/INSA, 2024).

A relevância do VIH enquanto problema de saúde pública está reconhecida nos principais instrumentos de planeamento em saúde. O Despacho n.º 1225/2018, de 5 de fevereiro, que define os programas prioritários de saúde no âmbito do Plano Nacional de Saúde, inclui a infeção pelo VIH/SIDA como uma das áreas prioritárias, reconhecendo a sua importância estratégica para a promoção da saúde e prevenção da doença em Portugal. Adicionalmente, o Despacho n.º 1150/2021, de 28 de janeiro, qualifica a infeção por VIH como doença transmissível de notificação obrigatória, devendo ser abrangida pela vigilância epidemiológica como um problema de saúde de especial relevância.

Neste contexto, o Programa Nacional para as Infeções Sexualmente Transmissíveis e Infeção pelo VIH (PNISTVIH), coordenado pela Direção-Geral da Saúde, visa reduzir a incidência das infeções, melhorar o acesso universal à prevenção primária, promover o rastreio, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado, numa lógica de equidade, literacia em saúde e respeito pelos direitos humanos. Este programa, alinhado com as metas internacionais da UNAIDS, orienta-se para o alcance dos objetivos 95-95-95, que preveem que 95% das pessoas com VIH estejam diagnosticadas, 95% destas estejam em tratamento e 95% em supressão viral (UNAIDS, 2024).

## **PERTINÊNCIA**

A temática do presente projeto de intervenção comunitária surgiu na sequência de debates com as orientadoras e professora, e da análise de documentos estratégicos, nomeadamente o Plano Local de Saúde [REDACTED], o Perfil de Saúde da População de [REDACTED] e o Plano de Atividades da USP para 2024. Desses documentos, destacou-se o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) como uma das áreas prioritárias de intervenção. De facto, esta infeção constituiu a doença de notificação obrigatória com maior número de notificações na referida USP.

Tendo em conta esta realidade, a temática foi proposta à instituição parceira da UCC — o [REDACTED] — no âmbito do projeto “[REDACTED]”. Foi emitido pela instituição parecer favorável que pode ser consultado no Apêndice I. Este projeto – [REDACTED] - tem como principal objetivo promover a literacia em saúde e incentivar a adoção de comportamentos saudáveis junto da comunidade beneficiária do Rendimento Social de Inserção (RSI), acompanhada pela equipa técnica do [REDACTED]. Trata-se de uma população caracterizada por baixos níveis de escolaridade, reduzida literacia em saúde e acentuada vulnerabilidade socioeconómica, com muitos dos seus elementos a viverem no limiar da pobreza.

Adicionalmente, constata-se que esta comunidade não recorre de forma adequada aos serviços de saúde, sendo que grande parte dos utentes não tem médico de família atribuído e encontra-se inscrita em Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP). De ressaltar que, de acordo com a UNAIDS (2021), as lacunas no acesso à testagem e ao tratamento do VIH são significativamente maiores entre as populações com dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

Deste modo, perante a persistência de um número significativo de novas infeções, com taxas elevadas de diagnóstico tardio e uma concentração relevante de casos no contexto geográfico de [REDACTED], torna-se evidente a pertinência de reforçar a intervenção comunitária em tomo da prevenção, testagem e diagnóstico precoce do VIH, sobretudo em populações em situação de maior vulnerabilidade socioeconómica, com barreiras no acesso aos cuidados de saúde e níveis reduzidos de literacia em saúde.

Neste contexto, foi delineado o projeto de intervenção comunitária, alinhado com os objetivos do PNISTVIH 2012-2016, bem como com as recomendações internacionais da UNAIDS.

O projeto tem como finalidade avaliar as atitudes face ao teste rápido do VIH entre os utentes do projeto [REDACTED] da UCC [REDACTED], que frequentam [REDACTED] permitindo assim a elaboração de um diagnóstico de situação de saúde e o desenvolvimento de intervenções comunitárias direcionadas às necessidades específicas desta população. Pretende-se, com esta iniciativa, reduzir o estigma associado ao VIH e promover a adesão à testagem precoce, contribuindo para uma melhor resposta em saúde pública.

## **OBJETIVOS**

Objetivo geral – Sensibilizar a população acompanhada pelo projeto [REDACTED] da UCC [REDACTED] para a utilização do teste rápido de VIH.

### Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e de saúde da população participante do projeto [REDACTED] através da aplicação de um questionário sociodemográfico e de saúde;
- identificar as perceções e atitudes dos participantes no que concerne aos seus medos e confiança e à garantia de confidencialidade relativamente à realização do teste rápido de VIH através da aplicação da escala "*HIV Antibody Testing Attitude Scale*";
- conceber e operacionalizar, com base no diagnóstico de situação estabelecido e nas prioridades identificadas, intervenções comunitárias que possam dar resposta às necessidades de saúde da população.

## **METODOLOGIA**

Para a construção deste projeto de intervenção comunitária será utilizada a metodologia de Planeamento em Saúde, segundo Imperatori e Giraldes (1993).

A análise dos dados recolhidos será feita com recurso ao software IBM SPSS *Statistics*, versão 29.0

### **Instrumentos de colheita de dados**

Tendo em vista os objetivos definidos, optou-se por utilizar os seguintes instrumentos, que se anexam a este requerimento:

- **Questionário sociodemográfico e de saúde**, construído especificamente para este projeto com o contributo de peritos (Supervisoras Clínicas, Professora Orientadora e Direção Técnica [REDACTED] disponível no Apêndice II. Este instrumento é composto por 14 questões, das quais 7 se referem à caracterização sociodemográfica (idade, género, nacionalidade, estado civil, escolaridade, situação profissional e tempo de participação no projeto [REDACTED]) e 7 à condição de saúde e conhecimentos sobre o VIH (eventuais doenças diagnosticadas, utilização de serviços de saúde, médico de família, conhecimento sobre o VIH/SIDA e suas formas de transmissão, perceção da importância do teste e experiência prévia com o teste). Este questionário tem um carácter descritivo e não está sujeito a validação psicométrica formal, uma vez que se destina exclusivamente à recolha de dados complementares que permitam contextualizar o perfil dos participantes e enriquecer a interpretação dos resultados da escala de atitudes.
- **Versão portuguesa da *HIV Antibody Testing Attitude Scale***, traduzida e adaptada para a população portuguesa por Frias et al. (2016). Esta escala encontra-se disponível no Apêndice III, no formato exato em que será aplicada aos participantes. A escala é composta por 18 itens, organizados em três subescalas que avaliam diferentes dimensões das atitudes face à realização do teste rápido de VIH: Confiança, Confidencialidade e Medo. A resposta a cada item é dada numa escala de Likert de 5 pontos, variando entre 1 (“Discordo totalmente”) e 5 (“Concordo totalmente”), permitindo quantificar a intensidade das atitudes expressas. A versão portuguesa demonstrou boas propriedades psicométricas, com níveis adequados de consistência interna (valores de alfa de *Cronbach* superiores a 0,70 em todas as subescalas). Embora a validação tenha sido realizada em contexto académico, com uma amostra constituída por estudantes, docentes e não docentes, as autoras confirmaram que a escala pode ser aplicada a qualquer população adulta, uma vez que os constructos avaliados são transversais a diferentes contextos socioculturais e educacionais.

Ambos serão aplicados em formato físico ou online (*Microsoft Forms*) conforme a preferência e disponibilidade do inquirido.

## POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população compreende os beneficiários do projeto [REDACTED] que frequentam [REDACTED] sendo a amostra não probabilística, por conveniência.

## **CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO**

O estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão constitui uma etapa essencial na construção do presente projeto de intervenção comunitária, permitindo garantir o rigor metodológico e o cumprimento dos princípios éticos e deontológicos inerentes à investigação em saúde. A definição clara destes critérios assegura o respeito pela autonomia dos participantes, nomeadamente através da compreensão e aceitação de um consentimento informado, livre e esclarecido, bem como a salvaguarda da sua voluntariedade.

Serão incluídas todas as pessoas que usufruem do projeto [REDACTED] da UCC [REDACTED] desenvolvido [REDACTED] desde que reúnam as condições necessárias para compreender os objetivos do projeto e aceitar participar de forma voluntária.

Serão excluídos do projeto:

- Indivíduos que não saibam ler ou expressar-se em língua portuguesa, impedindo a compreensão adequada do conteúdo do consentimento informado e do questionário;
- Pessoas com limitações cognitivas ou outras que comprometam a sua capacidade de compreender a natureza do projeto, os seus objetivos e os procedimentos envolvidos;
- Todos aqueles que manifestem, de forma expressa, a sua recusa em participar, mesmo após a explicação completa do projeto e das suas condições.

## **LOCAL ONDE DECORRE O PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA**

O projeto de intervenção comunitária será desenvolvido no [REDACTED].

O projeto será desenvolvido em duas fases:

- Primeira fase: decorrerá na Unidade de Saúde Pública (USP) [REDACTED] entre 12 de maio e 18 de julho de 2025;
- Segunda fase: terá lugar na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) [REDACTED] entre 8 de setembro e 20 de dezembro de 2025.

Apresenta-se no Apêndice IV o cronograma proposto para a realização do projeto de intervenção comunitária.

Os estágios e projeto serão supervisionados pela Professora Susana Valido e pelas Enfermeiras [REDACTED].

## **GARANTIAS ÉTICAS**

Este projeto de intervenção comunitária com componente de investigação observa rigorosamente os princípios éticos aplicáveis à investigação em saúde, garantindo a proteção dos direitos, segurança e bem-estar dos participantes, conforme estabelecido na Declaração de Helsínquia (World Medical Association [WMA], 2024), nas diretrizes da Organização Mundial da Saúde, no Regulamento (EU) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, vulgo Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados, e na legislação nacional em vigor, nomeadamente a Lei n.º 21/2014, de 16 de abril e a Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto.

A participação neste projeto será voluntária, garantindo-se aos participantes o direito de desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para a sua relação com a instituição ou para a sua participação nas restantes atividades do projeto [REDACTED]. Antes da aplicação do questionário, os participantes serão devidamente informados sobre os objetivos do projeto, a metodologia e os seus direitos, tendo oportunidade de esclarecer eventuais dúvidas. Será solicitado o consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice V), através de formulário disponibilizado em formato papel ou digital, garantindo-se que só após o seu preenchimento e aceitação terá início a recolha de dados.

Será respeitada a confidencialidade e o anonimato de todos os participantes. Nenhum dado que permita a identificação direta ou indireta das pessoas ou das instituições será incluído em qualquer fase do projeto, nomeadamente nos resultados, publicações, apresentações ou relatório final. Os dados recolhidos serão codificados e anonimizados, sendo tratados exclusivamente para fins académicos. Após a recolha, os dados serão analisados com recurso ao software IBM SPSS *Statistics*, versão 29.0, e armazenados no computador pessoal da investigadora, protegido por palavra-passe e encriptação. Os questionários em papel serão arquivados num armário trancado, de acesso exclusivo da investigadora.

Os participantes poderão solicitar, em qualquer momento, o acesso, a correção ou eliminação dos seus dados, mediante contacto direto com a investigadora. Os dados serão conservados durante o período de três anos após a conclusão do projeto, em conformidade com as boas práticas de investigação científica, com vista a garantir a rastreabilidade e a auditabilidade dos dados recolhidos. Decorrido esse período, os dados digitais serão eliminados de forma segura através de software específico de destruição de ficheiros, e os suportes físicos destruídos por fragmentação manual ou em trituradora.

O projeto contempla ainda a consideração ética da vulnerabilidade da população-alvo, promovendo os princípios da não maleficência, justiça e respeito pela dignidade humana.

Foi assegurado o cumprimento dos direitos de autor e da propriedade intelectual, nomeadamente através da solicitação de autorização formal para a utilização da escala (Apêndice VI). Adicionalmente, as fontes bibliográficas e autorias serão devidamente referenciadas, garantindo a integridade académica e o respeito pelos contributos de outros autores. Esta prática visa reforçar o compromisso com a ética na investigação e com a credibilidade científica do presente projeto.

Não existem conflitos de interesse nem qualquer tipo de financiamento associado a este projeto. Todos os custos logísticos e materiais inerentes à implementação do projeto serão suportados pela própria investigadora.

Os resultados deste projeto serão partilhados com as instituições envolvidas – USP [REDACTED] [REDACTED] UCC [REDACTED] e [REDACTED] – através de um relatório final, com o intuito de contribuir para a melhoria contínua das práticas em saúde comunitária.

Após o exposto, solicita-se a apreciação e emissão de parecer favorável por parte da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde Atlântica, como condição prévia para o início da fase de recolha de dados do projeto.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

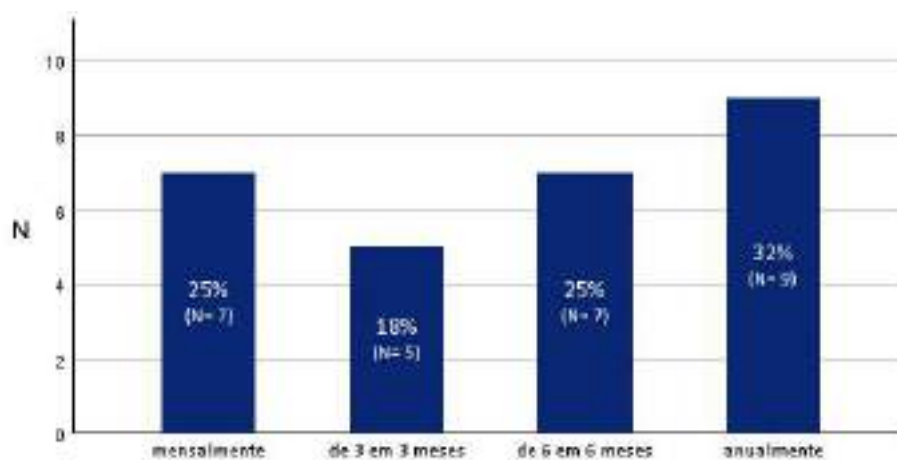
- Despacho n.º 1150/2021, Diário da República n.º 19/2021, Série II de 2021-01-28 (2021).
- Despacho n.º 1225/2018, Diário da República n.º 25/2018, Série II de 2018-02-05 (2018).
- Direção Geral de Saúde/Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2024). *Infeção por VIH em Portugal – 2024*. <http://hdl.handle.net/10400.18/9233>
- Frias, A., Sim-Sim, M., Chora, M.-A., & Caldeira, E. (2016). Adaptação e validação para português da HIV Antibody Testing Attitude Scale. *Acta Paulista de Enfermagem*, 29(1), 77-83. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600011>
- Grupo Técnico do PLS [REDACTED]. (2017). *Plano Local de Saúde* [REDACTED]
- Imperatori, E., & Giraldes, M. d. (1993). *Metodologia do planeamento em saúde*. Escola Nacional de Saúde Pública.
- Lei n.º 21/2014, Diário da República n.º 75/2014, Série I de 2014-04-16 (2014).
- Lei n.º 58/2019, Diário da República n.º 151/2019, Série I de 2019-08-08.
- Regulamento (UE) n.º 679/2016 (PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO 2016).
- UNAIDS. (2021). *Global AIDS Strategy 2021-2026 — End Inequalities. End AIDS*.
- UNAIDS. (2024). *Fact Sheet 2024 - Global HIV Statistics*. [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/UNAIDS\\_FactSheet\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_en.pdf)
- [REDACTED] (2023). *Perfil de Saúde* - [REDACTED]
- [REDACTED] (2024). *Plano de Atividades 2024*.
- World Health Organization. (2024). *HIV and AIDS*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

- World Medical Association. (2025). WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants. *75th WMA General Assembly*. Helsinki, Finlândia: World Medical Association. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/>

## **Apêndice XI – Dados de apoio ao diagnóstico**



*Distribuição Da Amostra Relativamente À Questão “Com Que Frequência Recorre A Serviços De Saúde?”*



**Tabelas de análise da relação entre as variáveis sociodemográficas e de saúde e a pontuação na escala de Atitudes face ao teste rápido de VIH**

<b>Comparação entre mais de 2 grupos (Kruskal-Wallis)</b>						
<i>Variável sociodemográfica/saúde</i>	<i>N por grupo</i>	<i>MR</i>	<i>H de Kruskal-Wallis</i>	<i>df</i>	<i>p-value</i>	<i>Interpretação</i>
Faixa etária	18-24 anos: 1	20	0,625	4	0,960	Não significativa; idade não associada às atitudes
	25-34 anos: 5	18,40				
	35-44 anos: 6	18,42				
	45-64 anos: 17	16,47				
	>=65 anos: 4	14,63				
Estado civil	Casado(a)/União de facto: 6	19,75	5,445	3	0,142	Não significativa; estado civil não associado às atitudes
	Divorciado(a): 6	18,67				
	Solteiro(a): 16	12,34				
	Viúvo(a): 1	7				
Nível de escolaridade	Nenhum: 3	10,83	6,217	5	0,286	Não significativa; nível de escolaridade não associado às atitudes
	1º Ciclo: 8	14,56				
	2º Ciclo: 4	19,38				
	3º Ciclo: 4	10,50				
	Ensino secundário: 10	21,50				
	Ensino Superior: 4	19,38				
Situação profissional	Desempregado(a): 27	17,94	3,915	3	0,271	

	Empregado(a): 4	11,13				Não significativa; situação profissional não associada às atitudes
	Formação ou Estágio: 1	26,00				
	Outra: 1	6,00				
Tempo de frequência do projeto	< 6 meses: 8	13,81	1,278	2	0,528	Não significativa; tempo de frequência no projeto não associado às atitudes
	Entre 6 meses e 1 ano: 9	17,11				
	> 1 ano: 16	18,53				
Tem profissional de referência	Não: 12	20,04	6,294	3	0,098	Não significativa; ter profissional de referência não associado às atitudes
	Sim, enfermeiro: 2	2,25				
	Sim, médico: 10	17,95				
	Sim, ambos: 9	15,17				
Frequência de recurso a serviços de saúde	Mensalmente: 7	13,14	4,992	3	0,172	Não significativa; Frequência de recurso a serviços de saúde não associada às atitudes
	de 3 em 3 meses: 5	21,90				
	de 6 em 6 meses: 7	12,36				
	Anualmente: 9	13,11				

MR – Median Rank  
df – degrees of freedom


**Comparação entre 2 grupos (Mann-Whitney)**

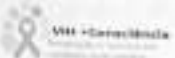
<i>Variável sociodemográfica/saúde</i>	<i>N por grupo</i>	<i>MR</i>	<i>U de Mann-Whitney</i>	<i>p-value</i>	<i>Interpretação</i>
Sexo	Feminino: 23	16,04	93,0	0,388	Não significativa; Sexo não está associado às atitudes
	Masculino: 10	19,20			
Nacionalidade	Portuguesa: 28	17,25	63,0	0,725	Não significativa; Nacionalidade não está associada às atitudes
	Outra: 5	15,60			
Tem alguma doença diagnosticada	Sim: 17	17,71	124,0	0,665	Não significativa; ter doença não está associado às atitudes
	Não: 16	16,25			
Costuma recorrer a serviços de saúde	Sim: 28	16,38	52,5	0,378	Não significativa; recorrer a serviços de saúde não está associado às atitudes
	Não: 5	20,50			
	Não				
Conhece as formas de transmissão do VIH	Sim: 30	18,20	9,0	0,024	<b>Como <math>p &lt; 0,05</math> e as MR distam significativamente, a variável está associada a atitudes mais positivas</b>
	Não: 3	5,00			
Acha importante fazer o teste para deteção do VIH	Sim: 28	18,82	19,0	0,010	<b>Como <math>p &lt; 0,05</math> e as MR distam significativamente, a variável está associada a atitudes mais positivas</b>
	Não: 5	6,80			


MR – Median Rank

**Apêndice XII – Ata da reunião com *stakeholders* para priorização das necessidades de saúde**



 **ESSATLA** ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA

 **VIH+Consciência**





**Projeto "VIH+Consciência: Prevenção e Rastreio em Contexto Comunitário"**  
Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública – Escola Superior de Saúde Atlântica

## Ata da reunião – Projeto "VIH+Consciência: Prevenção e Rastreio em Contexto Comunitário"

**Data:** 23 de outubro de 2025  
**Hora:** 11h00  
**Local:** Presencial, nas instalações da instituição parceira

### 1. Participantes

- **Ana Vicente** – Mestranda
- **Enfermeira**  – Orientadora clínica
- **Dr.º**  Elemento de ligação da instituição parceira

### 2. Objetivo da Reunião

Apresentação e discussão das estratégias e intervenções definidas para dar resposta ao Diagnóstico de Situação de Saúde, no âmbito do projeto de intervenção comunitária.

### 3. Principais Pontos Discutidos

- I. Resultados do diagnóstico de situação de saúde**
  - Foram apresentados os principais achados, nomeadamente o défice de conhecimentos sobre formas de transmissão do VIH e a necessidade de reforço da literacia em saúde da população-alvo.
- II. Apresentação do projeto de intervenção comunitária**
  - Apresentação da finalidade e objetivos, símbolo do projeto e discussão das estratégias e intervenções a realizar (sessões informativas, ações de sensibilização e realização de testes rápidos à infeção pelo VIH).
- III. Agendamento das sessões informativas e dias de realização dos testes rápidos**
  - Proposta de datas e horários para implementação das atividades na instituição.
- IV. Discussão dos materiais informativos a divulgar**
  - Avaliação dos tipos de materiais (cartazes, panfletos, conteúdos digitais) e da estratégia de comunicação.

1/2

**ESSATLA** ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA

**VIH #Consciência**

**Projeto "VIH+Consciência: Prevenção e Rastreio em Contexto Comunitário"**  
Mestrado em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública – Escola Superior de Saúde Atlântica

#### 4. Decisões Tomadas

- As estratégias e intervenções apresentadas foram consideradas adequadas e alinhadas com as necessidades da instituição.
- Acordada a realização de dois dias de testes rápidos à infeção pelo VIH na instituição, nas seguintes datas e horário:
  - o 4 de dezembro, das 08h30 às 12h00
  - o 18 de dezembro, das 08h30 às 12h00
- Aprovada a divulgação de dois cartazes informativos e um panfleto:
  - o Cartazes, para divulgação de informação sobre o VIH e sobre os testes rápidos à infeção por este vírus
  - o Panfleto, para promover a iniciativa dos dias de testagem junto da população-alvo.

#### 5. Tarefas Atribuídas

**Ana Vicente (Mestranda)**

- Enviar email formal à instituição solicitando a realização dos dois dias de testes rápidos e a disponibilização da sala adequada para este fim.
- Enviar a apresentação do projeto para divulgação à equipa.
- Elaborar materiais informativos para divulgação da iniciativa (em formato digital e físico).
- Finalizar e entregar os cartazes informativos para afixação na instituição.


**Dr.º** [REDACTED]

- Partilhar os resultados da reunião com a Dr.º [REDACTED] solicitando parecer sobre as intervenções propostas, a fim de avançar para a execução das mesmas.

#### 6. Encerramento da Reunião

Nada mais havendo a tratar, a reunião foi encerrada às 12h00.

#### 7. Assinaturas

Nome	Assinatura
Ana Vicente	
Enfermeira [REDACTED]	[REDACTED]
Dr.º [REDACTED]	[REDACTED]

2/2

## **Apêndice XIII – Tabela operacional dos objetivos, metas e indicadores**



<b>Objetivo</b>	<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fórmula de cálculo</b>
<b>Promover o conhecimento dos beneficiários do RSI acerca do VIH e das suas formas de transmissão, através de ações educativas sobre o tema.</b>	Realizar pelo menos uma sessão de informação sobre VIH e as suas formas de transmissão à população alvo, até 19 de dezembro de 2025.	Taxa de realização	$\frac{n.º \text{ de sessões realizadas}}{n.º \text{ de sessões planeadas}} \times 100$
	Elaborar pelo menos um cartaz informativo sobre VIH e as suas formas de transmissão, até 19 de dezembro de 2025.	Taxa de realização	$\frac{n.º \text{ de cartazes elaborados}}{n.º \text{ de cartazes planeados}} \times 100$
<b>Sensibilizar a população da UCC para a prevenção e diagnóstico precoce da infeção pelo VIH.</b>	Desenvolver pelo menos três ações de sensibilização dirigidas à população da UCC sobre prevenção e diagnóstico precoce do VIH, até 19 de dezembro de 2025.	Taxa de realização	$\frac{n.º \text{ de ações de sensibilização realizadas}}{n.º \text{ de ações de sensibilização planeadas}} \times 100$
	Realizar pelo menos dois dias de rastreio da infeção pelo VIH na comunidade, até 19 de dezembro de 2025.	Taxa de realização	$\frac{n.º \text{ de dias de rastreio realizados}}{n.º \text{ de dias de rastreio planeados}} \times 100$
<b>Promover o acesso e a adesão ao teste rápido para rastreio da infeção pelo VIH, através da disponibilização de oportunidades de testagem nos locais frequentados pela comunidade.</b>	Realizar pelo menos uma sessão de informação sobre o teste rápido para rastreio da infeção pelo VIH à população alvo, até 19 de dezembro de 2025.	Taxa de realização	$\frac{n.º \text{ de sessões realizadas}}{n.º \text{ de sessões planeadas}} \times 100$
	Elaborar pelo menos um cartaz informativo sobre o teste rápido para rastreio da infeção pelo VIH, até 19 de dezembro de 2025.	Taxa de realização	$\frac{n.º \text{ de cartazes elaborados}}{n.º \text{ de cartazes planeados}} \times 100$
	Realizar pelo menos um dia de rastreio da infeção pelo VIH na IPSS parceira, até 19 de dezembro de 2025.	Taxa de realização	$\frac{n.º \text{ de dias de rastreio realizados}}{n.º \text{ de dias de rastreio planeados}} \times 100$

<b>Facilitar o debate comunitário sobre o VIH, estigma e diagnóstico precoce da infeção pelo VIH.</b>	Planear um encontro de profissionais de saúde sobre VIH com vista a discutir o estigma e estratégias para combater a infeção pelo VIH, até 19 de dezembro de 2025.	Taxa de realização	$\frac{n.º \text{ de planeamentos concluídos}}{n.º \text{ de planeamentos propostos}} \times 100$
	Realizar um encontro de profissionais de saúde sobre VIH com vista a discutir o estigma e estratégias para combater a infeção pelo VIH, até 31 de dezembro de 2026.	Taxa de realização	$\frac{n.º \text{ de encontros realizados}}{n.º \text{ de encontros planeados}} \times 100$
	Promover pelo menos uma reunião com a equipa responsável pelo projeto da UCC relacionado com a prevenção da infeção pelo VIH e IST, até 19 de dezembro de 2025.	Taxa de realização	$\frac{n.º \text{ de reuniões realizadas}}{n.º \text{ de reuniões planeadas}} \times 100$

**Apêndice XIV – Plano de sessão “Saber para prevenir: Sexualidade saudável e prevenção do VIH”**





## ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA

### PLANO DE SESSÃO

<b>TEMA:</b>	Saber para Prevenir: Sexualidade Saudável e Prevenção do VIH	<b>FORMADOR:</b>	Enfermeira Ana Vicente
<b>POPULAÇÃO ALVO:</b>	Beneficiários do Projeto Saúde em Comunidade	<b>DURAÇÃO:</b>	1h
<b>LOCAL:</b>	Centro Comunitário Paroquial de Famões	<b>DATA:</b>	28 de outubro de 2025
<b>SESSÃO Nº:</b>	1	<b>HORA:</b>	14:30

<b>Objetivo Geral</b>	Promover a adoção de comportamentos conscientes, seguros e responsáveis relacionados com sexualidade saudável e prevenção do VIH.					
<b>Objetivos Específicos</b>	No final da sessão, os participantes deverão ser capazes de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconhecer as dimensões física, emocional e social do conceito de sexualidade saudável, esperando-se pelo menos 50% de respostas corretas no pós-teste.</li> <li>• Distinguir comportamentos sexuais seguros e de risco, incluindo a utilização correta e consistente do preservativo, com uma taxa mínima de 50% de respostas corretas no pós-teste.</li> <li>• Identificar as principais vias de transmissão do VIH (sexual, sanguínea e vertical), atingindo pelo menos 50% de respostas corretas no pós-teste.</li> <li>• Identificar situações que não transmitem o VIH (como beijos, abraços, partilha de objetos ou picadas de mosquito), atingindo pelo menos 50% de respostas corretas no pós-teste.</li> </ul>					
<b>Etapas</b>	<b>Conteúdos Programáticos</b>	<b>Métodos e Técnicas</b>	<b>Atividades</b>	<b>Recursos</b>	<b>Duração</b>	<b>Avaliação</b>
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação da equipa, objetivos da sessão e conteúdos da sessão.</li> </ul>	Expositivo, participativo e interrogativo. Técnicas: diálogo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação inicial.</li> <li>• Distribuição de folhetos informativos e</li> </ul>	PowerPoint, folha de respostas, computador, projetor, canetas.	15 minutos	Participação do grupo. Comparação dos resultados do

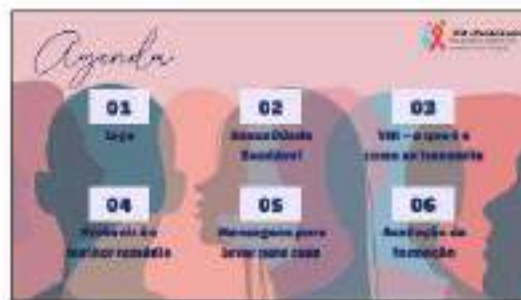
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dinâmica de perguntas sobre sexualidade saudável e formas de transmissão do VIH</li> </ul>	orientado e jogo educativo.	<p>materiais para preenchimento do jogo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicação de jogo de perguntas sobre sexualidade saudável e formas de transmissão do VIH.</li> </ul>			questionário inicial e final.
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O que é a sexualidade saudável.</li> <li>• O que é VIH.</li> <li>• Formas de transmissão e prevenção do VIH.</li> <li>• Importância do uso do preservativo.</li> </ul>	Expositivo e participativo. Técnicas: diálogo orientado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exposição interativa com recurso a PowerPoint.</li> <li>• Discussão em grupo e esclarecimento de dúvidas.</li> </ul>	PowerPoint, computador, projetor.	30 minutos	
<b>Conclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntese dos principais pontos abordados.</li> <li>• Esclarecimento de dúvidas.</li> <li>• Aplicação de questionário final.</li> <li>• Aplicação de questionário de avaliação da sessão.</li> </ul>	Participativo e interrogativo. Técnicas: diálogo orientado e questionário final.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisão em grupo dos conteúdos principais.</li> <li>• Preenchimento do questionário final.</li> <li>• Preenchimento do questionário de avaliação da sessão.</li> <li>• Distribuição de brindes relacionados com a prevenção do VIH (bloco de notas, folheto informativo das formas de transmissão do VIH e folheto</li> </ul>	PowerPoint, folha de respostas, computador, projetor, canetas, brindes.	15 minutos	

**Apêndice XV – Apresentação *PowerPoint*® da sessão “Saber para prevenir:  
Sexualidade saudável e prevenção do VIH”**





1



2



3



4



5



6

**3** **Desafio da prevenção!**

Ter múltiplos parceiros sem proteção é um comportamento sexual seguro.

Verdadeiro Falso

7

**4** **Desafio da prevenção!**

Usar preservativo em todas as relações sexuais masculinas nos protege contra a maioria das infeções e sua transmissão e contra uma gravidez indesejada.

Verdadeiro Falso

8

**5** **Desafio da prevenção!**

O VIH pode ser transmitido através de relações sexuais desprotegidas.

Verdadeiro Falso

9

**6** **Desafio da prevenção!**

O VIH pode ser transmitido através de contactos com sangue infectado, pelo partilha de seringas ou agulhas contaminadas e realização de procedimentos não seguros (perfuro, transfusões, ...).

Verdadeiro Falso

10

**Desafio da prevenção!** **7**

O VIH não se transmite na gravidez, parto e amamentação.

Verdadeiro Falso

11

**8** **Desafio da prevenção!**

Podemos controlar VIH e outros vírus sociais (bótox, sífilis, aperto de mão, ...).

Verdadeiro Falso

12



13



14



15



16



17



18



19



20



21



22



23



24





## **Apêndice XVI – Plano de sessão “+Saber, -risco: Faz o teste, escolhe saúde”**





## ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA

### PLANO DE SESSÃO

<b>TEMA:</b>	+Saber, -Risco: Faz o teste, escolhe saúde	<b>FORMADOR:</b>	Ana Vicente
<b>POPULAÇÃO ALVO:</b>	Beneficiários do Projeto Saúde em Comunidade	<b>DURAÇÃO:</b>	1h
<b>LOCAL:</b>	Centro Comunitário Paroquial de Famões	<b>DATA:</b>	16 de dezembro de 2025
<b>SESSÃO Nº:</b>	2	<b>HORA:</b>	14:30

<b>Objetivo(s) Geral(is)</b>	Promover o conhecimento acerca do teste rápido do VIH, redução do estigma e importância do diagnóstico precoce.					
<b>Objetivos Específicos</b>	No final da sessão, os participantes deverão ser capazes de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar a duração, confidencialidade e anonimato do teste rápido do VIH, com uma taxa mínima de 50% de respostas corretas no pós-teste.</li> <li>• Identificar corretamente pelo menos 50% dos mitos e verdades sobre o teste rápido do VIH.</li> <li>• Reconhecer as vantagens do diagnóstico precoce da infeção pelo VIH, com uma taxa mínima de 50% de respostas corretas no pós-teste.</li> </ul>					
<b>Etapas</b>	<b>Conteúdos Programáticos</b>	<b>Métodos e Técnicas</b>	<b>Atividades</b>	<b>Recursos</b>	<b>Duração</b>	<b>Avaliação</b>
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação da equipa, objetivos da sessão e conteúdos da sessão.</li> <li>• “Mitos e verdades” sobre o diagnóstico precoce e o teste rápido de VIH.</li> </ul>	Expositivo, participativo e interrogativo. Técnicas: diálogo orientado e jogo educativo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação inicial.</li> <li>• Distribuição de folhetos informativos e materiais para preenchimento do jogo.</li> </ul>	PowerPoint, computador, projetor, cartazes “mito” e “verdade”.	10 minutos	Participação do grupo. Comparação dos resultados do questionário inicial e final.

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicação de jogo de perguntas sobre diagnóstico precoce e o teste rápido de VIH.</li> </ul>			
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relembrar o que é VIH.</li> <li>• Importância do diagnóstico precoce.</li> <li>• O que é o teste rápido do VIH.</li> <li>• Procedimento e tempo de resultados.</li> <li>• Anonimato e confidencialidade.</li> <li>• Passos seguintes após o teste e acompanhamento disponível.</li> <li>• Onde fazer o teste.</li> </ul>	<p>Expositivo, participativo e demonstrativo.</p> <p>Técnicas: diálogo orientado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exposição interativa com recurso a PowerPoint.</li> <li>• Demonstração prática de como se realiza o teste rápido de VIH.</li> <li>• Discussão em grupo e esclarecimento de dúvidas.</li> </ul>	<p><i>PowerPoint</i>, computador, projetor, material para simular a realização do teste rápido de VIH (impressos, teste, luvas, lanceta).</p>	40 minutos	
<b>Conclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntese dos principais pontos abordados.</li> <li>• Esclarecimento de dúvidas.</li> <li>• Aplicação de questionário final.</li> <li>• Aplicação de questionário de avaliação da sessão.</li> </ul>	<p>Participativo e interrogativo.</p> <p>Técnicas: diálogo orientado e questionário final.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisão em grupo dos conteúdos principais.</li> <li>• Preenchimento do questionário final.</li> <li>• Preenchimento do questionário de avaliação da sessão.</li> <li>• Distribuição de brindes relacionados com a realização do teste rápido de VIH.</li> </ul>	<p><i>PowerPoint</i>, computador, projetor, cartazes “mito” e “verdade”.</p>	10 minutos	

**APÊNDICE XVII – Apresentação *PowerPoint*® da sessão “+Saber, -risco: Faz o teste, escolhe saúde”**





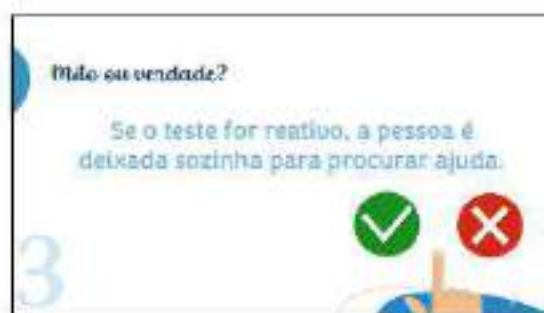
1



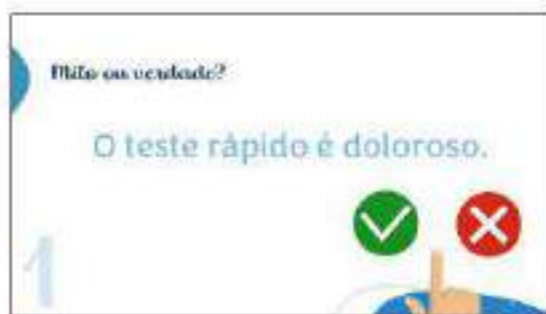
4



2



5



3



6

**Mito ou verdade?**

O teste rápido pode dar o resultado logo após a exposição ao vírus.

5

7

**Mito ou verdade?**

É melhor não saber se tenho VIH, porque não há cura.

8

10

**Mito ou verdade?**

O diagnóstico precoce permite quebrar cadeias de transmissão.

6

8

**Mito ou verdade?**

O resultado do teste rápido é confidencial e só é partilhado com a pessoa testada.

9

11

**Mito ou verdade?**

Saber o meu estado serológico ajuda-me a proteger-me e a proteger os outros.

7

9

**Mito ou verdade?**

O teste rápido do VIH demora entre 15 a 30 minutos a dar o resultado.

10

12



13



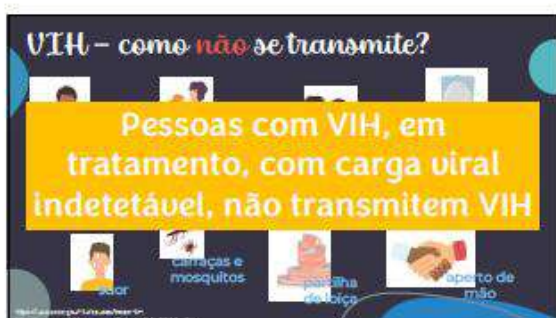
16



14



17



15



18



19



22



20



23



21



24



25



28



26



29



27



**Apêndice XVIII – Cartazes elaborados sobre VIH e sobre teste rápido para rastreio da infeção pelo VIH**





# Falando de VIH

## O QUE É O VIH?

O Vírus da Imunodeficiência Humana, ou VIH, é um vírus que ataca o sistema imunitário do corpo, deixando a pessoa mais exposta a infeções e doenças, como a tuberculose e alguns tipos de cancro.



### COMO SE TRANSMITE

- Relações sexuais desprotegidas
- Material de injeção infetado
- Gravidez, parto e amamentação
- Contacto direto com sangue infetado
- Procedimentos não seguros (piercings ou tatuagens)

### COMO NÃO SE TRANSMITE

- Picada de insetos
- Contacto pele-a-pele
- Partilhar comida ou bebidas
- Abraços ou beijos
- Lágrimas ou suor
- Partilha de wc, roupa ou cama

### COMO PREVENIR A INFEÇÃO PELO VIH?

- Utilize preservativo em todas as relações sexuais
- Adira a medidas de redução de risco, para troca de material de injeção
- Evite comportamentos de risco e procure aconselhamento de um profissional de saúde.



**VIH + Consciência**  
Prevenção e rastreio em contexto comunitário

Fontes:  
QR code

Panfleto elaborado no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública pela Enfermeira Ana Isabel Vicente, com supervisão clínica da Enfermeira JCC e orientação pedagógica da Professora Susana Valdo (ESSATLA).



ENPH



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE



ESSATLA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ALGARVE



# TESTE RÁPIDO

para rastreio da infeção pelo

# VIH

## O QUE É O TESTE RÁPIDO?

É um teste que deteta, rapidamente, os anticorpos que o nosso corpo produz contra o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH).  
É gratuito, anónimo e confidencial.

## PORQUE É IMPORTANTE?

A infeção pelo VIH poderá não apresentar sintomatologia durante várias décadas, mas quanto mais cedo se descobre, mais cedo se começa o tratamento.

# TESTAR É

## SER RESPONSÁVEL

## ESTAR INFORMADO

## PROTEGER-SE

## PROTEGER OS OUTROS

## COMO É FEITO O TESTE?

É recolhida uma gota de sangue através da picada num dedo e em cerca de **15 minutos**, o resultado está pronto.  
É feito aconselhamento pré e pós-teste e encaminhamento para os serviços de saúde especializados em caso de necessidade.

Mais de 50% das pessoas infetadas com VIH descobrem a infeção numa fase avançada.

(Direção-Geral de Saúde/Instituto de Saúde D.L. 104/2010/2020)

## ONDE POSSO FAZER O TESTE?

Para fazer o teste entre em contacto com:

UCC



Fontes:



Panfleto elaborado no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública pela Enfermeira Ana Isabel Vicente, com supervisão clínica da Enfermeira [REDACTED] (UCC [REDACTED]) e orientação pedagógica da Professora Susana Valido (ESSATLA).

**Apêndice XIX – Folhetos informativos e materiais preventivos cedidos pela UCC para divulgação nas ações do projeto**



Diagnóstico precoce da infeção por VIH: Intervenção do enfermeiro especialista numa comunidade com vulnerabilidade social acrescida – 2º Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública





## **Apêndice XX – Atividades do Dia Mundial do VIH (1 de dezembro)**



Diagnóstico precoce da infeção por VIH: Intervenção do enfermeiro especialista numa comunidade com vulnerabilidade social acrescida – 2º Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

Comemoração do Dia Mundial do VIH na UCC

Vídeo divulgado no Facebook da UCC



Brindes comemorativos distribuídos por toda a equipa multiprofissional





**Apêndice XXI – Participação e divulgação da Semana Europeia do Teste e folheto de divulgação dos dias de rastreio na IPSS parceira**



### Divulgação no Facebook da UCC

### Detalhe da publicação



### Capa de Facebook



### Dias de rastreio abertos à comunidade



Divulgação das atividades da semana europeia do teste e do dia mundial do VIH à equipa da UCC



Prevenção da infeção por VIH - Divulgação para os profissionais da equipa

Resumir

De: [Redacted]

Enviado: 25 de novembro de 2025 12:48

Para: [Redacted]

**Assunto:** Prevenção da infeção por VIH - Divulgação para os profissionais da equipa

Caros/as colegas,

Partilho em anexo o documento elaborado pela Mestranda Ana Vicente da ESSATLA no âmbito do projeto de estágio "VIH + Consciência".

Este documento alusivo à Semana Europeia do Teste de VIH e ao Dia Mundial do VIH, pretende reforçar a importância da prevenção e deteção precoce desta infeção, bem como da intervenção de cada um de nós neste âmbito.

Com os melhores cumprimentos,

[Redacted]  
Enfermeira  
Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Enfermagem de Saúde Pública  
Unidade de Cuidados na Comunidade [Redacted]

Folheto de divulgação dos dias de rastreio da infeção pelo VIH na IPSS parceira

**TESTE RÁPIDO**  
*para rastreio da infeção por* **VIH**

**O QUE É O TESTE RÁPIDO?** É um teste que deteta, rapidamente, os anticorpos que o nosso corpo produz contra o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH). O teste é **rápido**.

**TESTAR É**  
**SER RESPONSÁVEL**  
**ESTAR INFORMADO**  
**PROTEGER-SE**  
**PROTEGER OS OUTROS**

**VENHA FAZER O TESTE NOS DIAS**  
**4 E 18 DE DEZEMBRO**  
*entre as 08:30 e as 12:00*

O teste demora cerca de **15 minutos**.  
A realização do teste e o seu resultado são totalmente **anónimos e confidenciais**.

**test**

**QR CODE**

## **Apêndice XXII – Divulgação do folheto impresso pela junta de freguesia**



Folheto impresso pela junta de freguesia e divulgado na mesma



Distribuição na escola secundária



Distribuição durante os dias de rastreio





**Apêndice XXIII – Divulgação das atividades desenvolvidas durante a Semana Europeia do Teste na ULS e junta de freguesia**







## **Apêndice XXIV – Planeamento do encontro sobre VIH da UCC**



## Proposta de logótipo



## Proposta de programa, preletores, temas e parceiros

III Encontro VIH - [REDACTED]	
<b>Data proposta:</b>	[REDACTED]
<b>Local:</b>	Auditório [REDACTED]
<b>Parceiros:</b>	[REDACTED]
Sessão de Abertura	
Entidades ULS	
Camara Municipal	
JF [REDACTED]	
UCC	
Outros parceiros?	
Proposta de temas e convidados	
<i>Ser comunidade - Moderação pela Enf.ª [REDACTED]</i>	
<b>objetivo: evidenciar o papel das estruturas da comunidade e da integração de cuidados na resposta ao VIH</b>	
- Impacto das intervenções comunitárias nos indicadores de VIH - UCC [REDACTED]	
- Determinantes Sociais da Saúde e VIH - DGS?	
- Integração de cuidados, trabalhar em ULS - Enf.ª [REDACTED]	
<i>Ser positivo - Moderação pela Dr.ª [REDACTED]</i>	
<b>objetivo: reduzir o estigma e dar voz à experiência vivida</b>	
- Saúde mental e IST - Professor Doutor [REDACTED] (ESSATLA)	
- Viver a gravidez com uma IST - Enf.ª [REDACTED]	
- Experiência na primeira pessoa "Vivo para além da doença" - ativista VIH [REDACTED]	
<i>Ser diferente - Moderação pela APECS (Associação Portuguesa Para O Estudo Clinico Da Sida)</i>	
<b>objetivo: destacar abordagens diferenciadas e políticas públicas</b>	
- PrEP e PPE/gestão HIV e comorbilidades - Infeciologia [REDACTED]	
- Hepatites?? - Gastroenterologia [REDACTED]	
- Fast-track cities - onde estamos e onde vamos? - [REDACTED]	
<i>Ser inovador - Moderação pela Enfermeira [REDACTED]</i>	
<b>objetivo: destacar novas formas de comunicar e envolver a comunidade, com foco na prevenção e diagnóstico precoce</b>	
- Como as redes sociais e tecnologia afetam a sexualidade nos jovens - Enf.ª [REDACTED]	
- Novas formas de comunicar - marketing social e o impacto na visibilidade da saúde sexual - control/durex	
- O papel da literacia em saúde nas comunidades - SPLS	

### Proposta de mapa de custos e possíveis parceiros

III Encontro VIH - [REDACTED]		
O quê?	Quem ?	Custos previstos (150pax)
Sala	[REDACTED]	gratuito
Meios audiovisuais	[REDACTED]	gratuito
Coffee break	[REDACTED]	4€/participante? 400€
folhetos informativos	[REDACTED]	~0,20€/impressão
cachês	[REDACTED]	~35€
impressora	[REDACTED]	sem custo direto adicional
2 computadores portáteis	[REDACTED]	sem custo direto adicional
comissão organizadora	[REDACTED]	sem custo direto adicional
equipa logística	[REDACTED]	sem custo direto adicional
brindes (pasta, canetas, folhas)	[REDACTED]	canetas + blocos personalizados ~84€
materiais para teste rápido VIH para demonstração	[REDACTED]	sem custo direto adicional
águas convidadas	[REDACTED]	1 garrafão 5lt ~ 1€
formulário de inscrição e de avaliação evento	[REDACTED]	sem custo direto adicional
materiais de divulgação (redes sociais, cartazes, email)	[REDACTED]	sem custo direto adicional
faixa com o logotipo do projeto	[REDACTED]	18,19 €
camara fotográfica	[REDACTED]	sem custo direto adicional
pen drive para partilha das apresentações	[REDACTED]	sem custo direto adicional
certificados de participação por email	[REDACTED]	sem custo direto adicional
		<b>TOTAL</b> 598,19 €

### Proposta de tarefas

III Encontro VIH - [REDACTED]			
Tarefa	Prazo	Responsável	Estado
Assegurar sala			Por iniciar
Solicitar autorização ULS			Por iniciar
Distribuição de tarefas pela equipa			Por iniciar
Divulgação email e redes sociais			Por iniciar
Contactar preletores			Por iniciar
Contactar DGS			Por iniciar
Contactar JF			Por iniciar
Contactar Control/Durex			Por iniciar
Elaboração lista presenças			Por iniciar
Assegurar patrocínio coffee break			Por iniciar
Formulário de inscrição			Por iniciar
Formulário de avaliação			Por iniciar
Assegurar brindes dos preletores			Por iniciar
Assegurar brindes dos participantes			Por iniciar
Imprimir programa/cartões identificação			Por iniciar
Montar brindes preletores			Por iniciar
Montar brindes participantes			Por iniciar
Copos de água, jarros de água, identificação preletores			Por iniciar
Solicitar notas biográficas			Por iniciar
Emissão de certificados			Por iniciar
Pen para partilha de apresentações			Por iniciar

Proposta de patrocínio para enviar a potenciais parceiros

<b>Nome do evento:</b> III Encontro VIH - [REDACTED]		
<b>Data e local:</b> 2026 - [REDACTED]		
<b>Comissão organizadora</b>		
Enf.ª [REDACTED], UCC [REDACTED] - email, telefone		
Enf.ª [REDACTED], UCC [REDACTED]		
Enf.ª [REDACTED], UCC [REDACTED]		
Enf.ª Ana Vicente, Mestranda da Escola Superior de Saúde Atlântica, CUF		
Unidade de Cuidados na Comunidade [REDACTED]		
<b>O evento:</b>		
<p>O III Encontro VIH é um evento anual, dinamizado pela equipa do projeto "VIH [REDACTED] da UCC [REDACTED] da ULS [REDACTED]. Este evento visa a partilha de boas práticas, atualização de conhecimentos, a promoção do diagnóstico precoce e a prevenção do VIH e de outras IST. O evento integra mesas-redondas, com apresentações de especialistas na área do VIH/IST, abordando temas emergentes como PrEP/PEP, gestão de comorbilidades, inovação em comunicação em saúde sexual e políticas públicas de prevenção.</p> <p>O encontro pretende também fortalecer a articulação entre os serviços de saúde comunitários e hospitalares, promovendo uma abordagem integrada e baseada em evidência científica.</p> <p>Procuramos parceiros que nos ajudem a viabilizar o evento e, ao mesmo tempo, ganhem visibilidade junto de uma vasta equipa de profissionais de saúde que contactam com a população desta ULS diariamente.</p>		
<b>Público-alvo:</b>		
<p>Profissionais de saúde dentro e fora da ULS [REDACTED]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistentes Sociais</li> <li>- Enfermeiros</li> <li>- Gestores/Administradores Hospitalares</li> <li>- Médicos</li> <li>- Nutricionistas</li> <li>- Psicólogos</li> <li>- Outros</li> </ul> <p>Prevêem-se cerca de 100 participantes + 12 palestrantes</p>		
<b>Oportunidades para o patrocinador:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inserir o logo em todos os materiais gráficos e digitais elaborados para o evento (cartazes, programa, roll-ups)</li> <li>- Ter referência em todas as comunicações online (redes sociais, formulários de inscrição, emails)</li> <li>- Colocar banner e/ou stand no local do evento e publicitar os seus produtos/projetos</li> <li>- Participar em mesa redonda com temática a definir</li> <li>- Ser associado a uma iniciativa de responsabilidade social em saúde, com visibilidade positiva junto de profissionais especializados</li> </ul>		
<b>Tipo de patrocínio e respetivas contrapartidas</b>		
	<b>Tipo</b>	<b>Contrapartidas</b>
<b>Financeiro</b>	200 a 600€	200€: Logo em materiais de divulgação + comunicação digital 600€: contrapartidas acima + menção na sessão de abertura + menção nas redes sociais
<b>Material</b>	oferta de brindes	Material/Serviços: Logo em materiais de divulgação + comunicação digital
<b>Serviços</b>	apoio logístico, catering	
<b>Data de resposta para garantia de contrapartidas:</b>		
<b>Contactos para confirmação de patrocínio:</b>		
Nome		
Email		
Telefone		



**Apêndice XXV – Tabela de execução do projeto de acordo com a estrutura proposta por Melo (2020)**



Objetivo específico	Intervenção de enfermagem	Atividades	Recursos
<b>Promover o aumento do conhecimento dos beneficiários do RSI acerca do VIH e das suas formas de transmissão, através de ações educativas sobre o tema.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. <u>Ensinar</u> comunidade sobre o VIH;</li> <li>. <u>Ensinar</u> sobre comportamento sexual;</li> <li>. <u>Ensinar</u> medidas de segurança.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Sessões informativas na instituição parceira;</li> <li>. Elaboração e distribuição de cartaz informativo sobre VIH.</li> <li>. Distribuição de outros materiais informativos sobre o VIH (folhetos).</li> </ul>	<p>Mestranda; Enfermeiros da UCC, parceiros institucionais.</p> <p>Projetor, sala, panfletos, cartaz, canetas, questionário em papel, questionário de avaliação.</p> <p>PowerPoint, computador portátil.</p> <p>Apoio logístico da instituição parceira.</p> <p>Custo de impressão de folhetos e questionários.</p>
<b>Promover o acesso e a adesão ao teste rápido de VIH através de oportunidades de testagem nos locais frequentados pela comunidade.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Sensibilizar a comunidade para a importância de realizar o teste de VIH;</li> <li>. Ensinar a comunidade sobre o teste rápido de VIH;</li> <li>. Promover 2 momentos de realização de teste rápido de VIH nos locais frequentados pela comunidade;</li> <li>. Informar acerca dos locais disponíveis para realização do teste;</li> <li>. Envolver parceiros comunitários (junta de freguesia, camara municipal, instituição parceira, profissionais da UCC).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Sessão informativa sobre o teste rápido de VIH na instituição parceira;</li> <li>. Elaboração de cartaz de divulgação sobre o teste rápido;</li> <li>. Distribuição do cartaz em pontos estratégicos na instituição parceira;</li> <li>. Dinamização de 2 dias para realização do teste rápido de VIH em locais e momentos acessíveis à comunidade;</li> <li>. Participação da "Semana Europeia do Teste" e divulgação para a comunidade;</li> <li>. Elaboração e publicação de pelo menos 3 posts informativos nas redes sociais sobre VIH e teste rápido (redes da UCC);</li> <li>. Dinamização de pelo menos 1 reunião junto dos parceiros sobre estratégias para facilitar e promover o acesso ao teste rápido de VIH.</li> </ul>	<p>Mestranda; Enfermeiros da UCC, parceiros institucionais.</p> <p>Cartazes, testes rápidos, EPI, impressos necessários (registo de teste, registo de resultado, aconselhamento teste positivo).</p> <p>Computador, redes sociais institucionais.</p> <p>Espaço para testagem, apoio logístico da JF e instituição parceira.</p> <p>Custo das deslocações, custo dos testes, custo da impressão dos impressos necessários.</p>

<b>Sensibilizar a população da UCC para a prevenção e diagnóstico precoce da infeção pelo VIH</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Sensibilizar a população para a importância de realizar o teste de VIH;</li> <li>. Informar a população sobre a infeção pelo VIH e sobre o teste rápido para rastreio da infeção pelo VIH;</li> <li>. Informar sobre procedimentos para realização do teste rápido de VIH;</li> <li>. Informar sobre proteção de dados na saúde;</li> <li>. Envolver parceiros comunitários (junta de freguesia, instituição parceira, profissionais da UCC).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Dinamização de reunião junto dos parceiros para elaboração de um mural sobre VIH, estigma e teste rápido;</li> <li>. Participação na "Semana Europeia do Teste";</li> <li>. Divulgação na Rádio.</li> <li>. Posts informativos nas redes sociais sobre o VIH (redes sociais da UCC);</li> <li>. Divulgação de cartazes e folhetos à população da UCC.</li> </ul>	<p>Mestranda; Enfermeiros da UCC, parceiros institucionais.</p> <p>Cartazes, testes rápidos, EPI, impressos necessários (registo de teste, registo de resultado, aconselhamento teste positivo).</p> <p>Computador, redes sociais institucionais.</p> <p>Espaço para testagem, apoio logístico da JF e instituição parceira.</p> <p>custo das deslocações, custo dos testes, custo da impressão dos impressos necessários.</p>
<b>Facilitar o debate comunitário sobre o VIH, estigma e diagnóstico precoce da infeção pelo VIH</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Envolver parceiros comunitários.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Colaboração na dinamização do "III Encontro VIH" na ULS;</li> <li>. Celebração do Dia Mundial do VIH/SIDA na UCC.</li> </ul>	<p>Mestranda; Enfermeiros da UCC, parceiros institucionais.</p> <p>Computador, redes sociais institucionais.</p> <p>Apoio JF, ULS e outros patrocínios.</p> <p>Custos previstos do evento.</p>

## **Apêndice XXVI – Cronograma das atividades desenvolvidas**



Diagnóstico precoce da infeção por VIH: Intervenção do enfermeiro especialista numa comunidade com vulnerabilidade social acrescida – 2º Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

Atividades	2025								2026		
	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março
Elaboração do relatório											
Pesquisa de evidência científica											
Reunião USP/UCC/CCPF											
Pedido de autorização e cedência escala											
Pedido de autorização à instituição											
Instrução à comissão de ética											
Aplicação do questionário											
Pausa letiva											
Tratamento de dados											
Diagnóstico de Saúde											
Estabelecimento de Prioridades											
Definição de objetivos											
Seleção de estratégias											
Preparação e implementação das intervenções	Reunião com a instituição parceira										
	Contacto com parceiros e possíveis patrocinadores										
	Apresentação do projeto à equipa de saúde										
	Sessões de educação para a saúde na instituição parceira										
	Divulgação das atividades e publicações informativas										
	Participação na semana Europeia do Teste										
	Realização de testes rápidos para rastreio da infeção pelo VIH na instituição parceira										
	Apresentação dos resultados à instituição parceira e equipa de saúde										
Avaliação das intervenções											
Avaliação do projeto											



**Apêndice XXVII – Questionário de avaliação do projeto para os *stakeholders* (análise *SWOT*) e respetivos resultados**





**Projeto “VIH+Consciência: Prevenção e Rastreio em Contexto Comunitário”**  
Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem  
de Saúde Comunitária e Saúde Pública – Escola Superior de Saúde Atlântica

### Questionário de Avaliação do Projeto

**Objetivo:** Recolher a perceção dos parceiros sobre os pontos fortes, fragilidades, oportunidades e desafios associados ao projeto “VIH+Consciência”.

**Instruções:** Por favor, responda com base na sua experiência e contacto com o projeto. As respostas são confidenciais e destinam-se apenas à avaliação e melhoria contínua.

Classifique as seguintes questões utilizando uma escala de 1 a 5, em que 1 corresponde a “Discordo totalmente” e 5 corresponde a “Concordo totalmente”.

#### Avaliação do projeto

1. Os objetivos do projeto foram claros e adequados às necessidades identificadas.  
1 2 3 4 5
2. A comunicação e articulação entre os parceiros foram eficazes.  
1 2 3 4 5
3. As ações implementadas foram pertinentes e bem planeadas.  
1 2 3 4 5
4. Os recursos disponíveis foram suficientes para a execução do projeto.  
Humanos 1 2 3 4 5  
Materiais 1 2 3 4 5  
Tempo 1 2 3 4 5
5. A implementação do projeto teve impacto positivo na população-alvo.  
1 2 3 4 5
6. O envolvimento dos parceiros foi adequado e facilitou o sucesso do projeto.  
1 2 3 4 5

#### Reflexão qualitativa

7. Quais considera que foram os principais pontos fortes deste projeto?

---

---

---



**Projeto “VIH+Consciência: Prevenção e Rastreio em Contexto Comunitário”**  
Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública – Escola Superior de Saúde Atlântica

8. Quais considera que foram os principais pontos fracos deste projeto?

---

---

---

9. Que oportunidades de melhoria identifica para o futuro?

---

---

---

10. Que dificuldades poderão comprometer a continuidade do projeto?

---

---

---

**Avaliação Global**

De forma geral, qual o seu nível de satisfação com o projeto?

- Muito insatisfeito
- Insatisfeito
- Nem satisfeito, nem insatisfeito
- Satisfeito
- Muito satisfeito

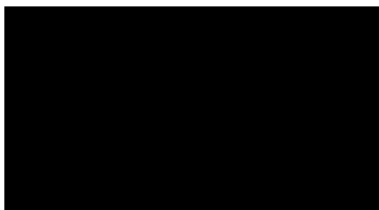
### Distribuição das respostas ao questionário de avaliação do projeto

Questão	Stakeholder 1	Stakeholder 2	Stakeholder 3
1	5	5	5
2	5	5	5
3	5	5	5
4a	4	5	5
4b	5	5	5
4c	4	5	5
5	5	4	4
6	5	5	5
<b>Média = 4,83 (DP=0,38)</b>			
<b>Forças (7)</b>	envolvimento e compromisso institucional; consolidação de parceria; proximidade comunitária; integração de prevenção e deteção precoce; metodologias atuais e participativas	envolvência das parcerias; esclarecimento da temática para os participantes	importância da temática
<b>Fraquezas (8)</b>	limitações cognitivas e de compreensão; baixa adesão; limitação das disponibilidades da instituição e população alvo	Fraca adesão dos participantes; temática ainda com algum estigma associado	fraca adesão dos participantes, que não depende dos gestores do projeto
<b>Oportunidades (9)</b>	promoção gradual da literacia em saúde; diminuição do estigma; promoção da deteção precoce; redução da transmissão e diagnóstico tardio; promoção de comportamentos protetores	divulgação eficaz de forma a deixar de ser um tema "tabu"	maior divulgação
<b>Ameaças (10)</b>	persistência de fatores socioculturais e crenças erróneas; medo de discriminação; rotatividade da população alvo; instabilidade socioeconómica da comunidade (pode reduzir a prioridade atribuída à saúde preventiva)	pouca adesão dos beneficiários	fraca adesão
<b>Avaliação global</b>	5	5	5



**Apêndice XXVIII – Questionário pré e pós-sessão – sessão 1 – e respetivos resultados**





## Folha de respostas inicial

Por favor coloque um X na coluna correta em cada uma das perguntas.

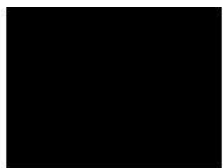
Pergunta	Verdadeiro	Falso
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		



## Folha de respostas final

Por favor coloque um X na coluna correta em cada uma das perguntas.

Pergunta	Verdadeiro	Falso
1. A sexualidade saudável envolve o bem-estar físico, emocional e social relacionados com a sexualidade, o planeamento familiar e a vigilância de saúde adequada.		
2. A sexualidade diz respeito apenas às relações sexuais.		
3. Ter múltiplos parceiros sem proteção é um comportamento sexual seguro.		
4. Usar preservativo em todas as relações sexuais mantém-nos protegidos contra a maioria das infeções sexualmente transmissíveis e contra uma gravidez indesejada.		
5. O VIH pode ser transmitido através de relações sexuais desprotegidas.		
6. O VIH pode ser transmitido através de contacto com sangue infetado, pela partilha de seringas ou agulhas contaminadas e realização de procedimentos não seguros (piercings, transfusões,...).		
7. O VIH não se transmite na gravidez, parto e amamentação.		
8. Podemos contrair VIH em contactos sociais (beijos, abraços, aperto de mão,...).		
9. O VIH transmite-se através da picada de mosquito.		
10. O VIH não se transmite através do contacto com saliva de uma pessoa infetada (beijos, beber do mesmo copo,...).		



## Avaliação da formação

Solicitamos a sua colaboração no preenchimento das breves perguntas que se seguem.

Avaliação da sessão	1	2	3	4	5
O tema da sessão foi relevante para mim.					
A sessão foi apresentada de forma clara e compreensível.					
Os conteúdos foram adequados.					
A duração da sessão foi adequada.					
As atividades realizadas ajudaram-me a compreender melhor o tema.					
Depois desta sessão sinto-me mais informado sobre o tema.					
A sessão ajudou-me a refletir sobre a forma como olho para minha sexualidade.					
Pretendo partilhar e/ou aplicar as informações que aprendi.					

Avaliação da formadora	1	2	3	4	5
A formadora conhece bem o tema.					
A formadora motivou a participação do grupo.					
A formadora respondeu a dúvidas de forma adequada.					

## Resultados dos questionários de avaliação de conhecimentos

Pré-sessão								
Questão	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Percentagem de respostas certas
1	inválido	inválido	ok	ok	ok	ok	ok	100%
2	inválido	inválido	ok	ok	ok	ok	nok	80%
3*	inválido	inválido	ok	nok	ok	ok	nok	60%
4*	inválido	inválido	ok	ok	ok	ok	ok	100%
5**	inválido	inválido	ok	nok	ok	ok	ok	80%
6**	inválido	inválido	ok	ok	ok	ok	ok	100%
7**	inválido	inválido	nok	nok	ok	ok	ok	60%
8**	inválido	inválido	ok	ok	ok	ok	ok	100%
9**	inválido	inválido	ok	ok	ok	ok	nok	80%
10**	inválido	inválido	ok	ok	ok	ok	nok	80%

Total de respostas corretas: 42

Total de respostas erradas: 8

Número de questionários inválidos: 2

Nota. P – participante; \* - questão relacionada com prevenção do VIH; \*\* - questão relacionada com transmissão do VIH; inválido – questionário removido por preenchimento não percetível; ok – resposta certa; nok – resposta incorreta

Pós-sessão								
Questão	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Percentagem de respostas certas
1	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	100%
2	ok	nok	nok	ok	ok	ok	ok	71%
3*	ok	ok	ok	ok	ok	ok	nok	86%
4*	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	100%
5**	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	100%
6**	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	100%
7**	ok	nok	ok	ok	nok	ok	ok	71%
8**	ok	nok	nok	ok	ok	ok	nok	57%
9**	ok	nok	ok	ok	ok	ok	ok	86%
10**	ok	ok	ok	ok	ok	nok	ok	86%

Total de respostas corretas: 60

Total de respostas erradas: 10

Número de questionários inválidos: 0

Nota. P – participante; \* - questão relacionada com prevenção do VIH; \*\* - questão relacionada com transmissão do VIH; inválido – questionário removido por preenchimento não percetível; ok – resposta certa; nok – resposta incorreta

### Comparação entre o questionário inicial e final

Percentagem das respostas certas relacionadas com a transmissão do VIH - início	83%	<b>Manteve</b>
Percentagem das respostas certas relacionadas com a transmissão do VIH - fim	83%	

Percentagem das respostas certas relacionadas com a prevenção da infeção pelo VIH - início	80%	<b>Aumentou 13%</b>
Percentagem das respostas certas relacionadas com a prevenção da infeção pelo VIH - fim	93%	

### Resultados dos questionários de avaliação da sessão

Avaliação da sessão											
Relevância do tema	4	5	5	5	5	5	4				
Clareza e facilidade de compreensão	5	4	5	5	5	4	5				
Adequação dos conteúdos	5	5	4	5	5	4	5				
Adequação da duração	4	4	3	5	5	3	5				
Adequação das atividades realizadas	4	5	4	5	5	5	5				
mais informado após sessão	5	5	5	5	5	4	5				
refletir sobre sexualidade	4	5	4	5	5	5	5				
partilhar e aplicar as informações	4	4	5	5	5	5	5				
<b>média</b>	<b>4,66</b>	<b>DP</b>	<b>0,54</b>	<b>mínimo</b>	<b>3</b>	<b>máximo</b>	<b>5</b>	<b>mediana</b>	<b>5</b>	<b>moda</b>	<b>5</b>

Avaliação da formadora											
Domínio do tema	5	5	5	5	5	5	5				
Relação com os participantes - motivação	5	5	5	5	5	5	5				
Esclarecimento de dúvidas	5	5	4	5	5	5	5				
<b>média</b>	<b>4,95</b>	<b>DP</b>	<b>0,21</b>	<b>mínimo</b>	<b>4</b>	<b>máximo</b>	<b>5</b>	<b>mediana</b>	<b>5</b>	<b>moda</b>	<b>5</b>



**Apêndice XXIX – Questionário pré e pós-sessão – sessão 2 – e respetivos resultados**



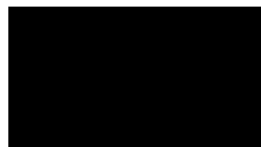
## Questionário inicial



Por favor coloque um X na coluna correta em cada uma das perguntas.

Pergunta	Mito	Verdade
1. O teste rápido é doloroso.		
2. O teste rápido é confidencial e gratuito.		
3. Se o teste for reativo, a pessoa é deixada sozinha para procurar ajuda.		
4. O teste rápido só pode ser feito por pessoas expostas a risco.		
5. O teste rápido pode dar o resultado logo após a exposição ao vírus.		
6. O diagnóstico precoce permite quebrar cadeias de transmissão.		
7. Saber o meu estado serológico ajuda-me a proteger-me e a proteger os outros.		
8. É melhor não saber se tenho VIH, porque não há cura.		
9. O resultado do teste rápido é confidencial e só é partilhado com a pessoa testada.		
10. O teste rápido do VIH demora cerca de 15 minutos a dar o resultado.		

Folha de registo de observação das respostas do jogo final

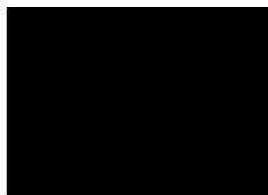


**Folha de respostas inicial (observação por profissional)**

N.º de participantes: \_\_\_\_\_

**Folha de respostas final**

Pergunta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nº de respondentes										



## Avaliação da formação

Solicitamos a sua colaboração no preenchimento das breves perguntas que se seguem, em que 1 é discordo totalmente e 5 é concordo totalmente

	Discordo totalmente	Não concordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
<b>Avaliação da sessão</b>					
	1	2	3	4	5
O tema da sessão foi relevante para mim.					
A sessão foi apresentada de forma clara e compreensível.					
Os conteúdos foram adequados.					
A duração da sessão foi adequada.					
As atividades realizadas ajudaram-me a compreender melhor o tema.					
Depois desta sessão sinto-me mais informado sobre o tema.					
A sessão ajudou-me a refletir sobre a forma como olho para minha sexualidade.					
Pretendo partilhar e/ou aplicar as informações que aprendi.					
<b>Avaliação da formadora</b>					
	1	2	3	4	5
A formadora conhece bem o tema.					
A formadora motivou a participação do grupo.					
A formadora respondeu a dúvidas de forma adequada.					

## Resultados dos questionários de avaliação de conhecimentos

Pré-sessão								
Questão	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	Percentagem de respostas certas
1	ok	nok	nok	ok	ok	ok	ok	71%
2	ok	nok	ok	ok	ok	ok	ok	86%
3	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	100%
4	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	100%
5	nok	nok	nok	ok	nok	nok	ok	29%
6	ok	nok	nok	ok	ok	ok	ok	71%
7	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	100%
8	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	100%
9	nok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	86%
10	ok	ok	ok	ok	ok	ok	ok	100%

Total de respostas corretas: 59

Total de respostas erradas: 11

Número de questionários inválidos: 0

Nota. P – participante; ok – resposta certa; nok – resposta incorreta

Pós-sessão			
Questão	N.º respostas certas	N.º respostas erradas	Percentagem de respostas certas
1	7	0	100%
2	7	0	100%
3	7	0	100%
4	7	0	100%
5	4	3	57%
6	7	0	100%
7	7	0	100%
8	7	0	100%
9	7	0	100%
10	7	0	100%

### Comparação entre o questionário inicial e final

1	Melhorou 29%
2	Melhorou 14%
3	Manteve
4	Manteve
5	Melhorou 28%
6	Melhorou 29%
7	Manteve
8	Manteve
9	Melhorou 14%
10	Manteve

### Resultados dos questionários de avaliação da sessão

Avaliação da sessão							
Relevância do tema	5	5	5	5	4	5	5
Clareza e facilidade de compreensão	5	5	5	5	4	5	5
Adequação dos conteúdos	5	5	5	5	4	5	5
Adequação da duração	5	5	5	5	4	5	5
Adequação das atividades realizadas	5	5	5	5	5	5	5
mais informado após sessão	5	5	5	5	5	5	5
refletir sobre sexualidade	5	5	5	5	5	4	3
partilhar e aplicar as informações	5	5	5	5	5	4	5
<b>média</b>	<b>4,86</b>	<b>DP</b>	<b>mínimo</b>	<b>máximo</b>	<b>mediana</b>	<b>moda</b>	
		0,40	3	5	5	5	

Avaliação da formadora							
Domínio do tema	5	5	5	5	5	5	5
Relação com os participantes - motivação	5	5	5	5	5	5	5
Esclarecimento de dúvidas	5	5	5	5	5	5	5
<b>média</b>	<b>5</b>	<b>DP</b>	<b>mínimo</b>	<b>máximo</b>	<b>mediana</b>	<b>moda</b>	
		0	5	5	5	5	



## **Apêndice XXX – Certificados de apresentação de pósteres científicos**



CONGRESSO DE  
ESPECIALIDADES  
10, 11 FEVEREIRO 2025  
CINETEATRO ANTÓNIO LAMOSO  
SANTA MARIA DA FEIRA



# Certificado

Certifica-se que,

ANA VICENTE, MARIANA VALA E RICARDO SOUSA MESTRE

participou no **1 Congresso de Especialidades de Enfermagem da Unidade Local de Saúde Entre Douro e Vouga – Diversidade no Conhecimento, Unidade no Propósito**, que decorreu nos dias 10 e 11 de fevereiro de 2025, no Cineteatro António Lamoso em Santa Maria da Feira, com o póster: **“Benefícios das aplicações móveis na adesão terapêutica dos adolescentes com Diabetes Mellitus Tipo 1”**

  
Enf. Especialista Andreia Silva  
Presidente da Comissão Organizadora

  
Enf.ª Especialista Anabela Ribeiro  
Presidente da Comissão Científica



# Certificado

Certifica-se que

**Ana Vicente**

Expôs o abstract com o título *Enfermagem e Adesão? o Terape?utica em Adolescentes com Diabetes: Protocolo de Scoping Review* na forma de Poster inserido no VI Congresso Internacional Enfermagem de Saúde Familiar que decorreu em formato híbrido nos dias 29, 30 e 31 de maio de 2025.

Autores: Ana Vicente<sup>1,2</sup>; Mariana Vala<sup>1,3</sup>; Paula Agostinho<sup>1,4,5</sup>; Susana Valido<sup>1,4,5</sup>; Ricardo Sousa Mestre<sup>1,5</sup>;  
1 - Escola Superior de Saúde Atlântica; 2 - Hospital CUF Tejo; 3 - Hospital Beatriz Ângelo; 4 - Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal; 5 - RISE-Health, Porto University, Porto, Portugal.;

SPESF - Sociedade Portuguesa de  
Enfermagem de Saúde Familiar  
Associação de Profissionais  
R. Cruz de Malpique nº 115, 2º Dt.  
4460-203 Matosinhos

**Maria Henriqueta Figuelredo**

Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar

# CERTIFICADO



Certifica-se que o trabalho intitulado “Sénior + Saúde: Um Olhar sobre o Risco de Diabetes Tipo II na Comunidade” da autoria de **Ana Vicente, Mariana Vala, Sílvia Matias Esperança e Vanessa Silva** foi apresentado sob a forma de **Póster** no Encontro Loures Odivelas em Saúde 2025 – *Integração é Coesão*, que decorreu no Centro Cultural Malaposta, em Odivelas, nos dias 26 e 27 de Novembro de 2025.

Loures, 22 de Dezembro de 2025

**Miguel Lemos**  
Presidente do Conselho de Administração  
ULS Loures-Odivelas

**Ana Oliveira**  
Comissão Organizadora  
Encontro Loures - Odivelas em Saúde



REPÚBLICA  
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS  
SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE  
LOURES - ODIVELAS



## **Apêndice XXXI – Certificados de participação em congressos**





