



**UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS**



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DE BEJA**

**Conhecimentos e Atitudes face à Infecção pelo VIH:
a Prática dos Profissionais de Saúde
nos Cuidados de Saúde Primários no Algarve.**

Maria de Fátima Marques Vidinha

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Dissertação orientada pelo Prof. Dr. José Eusébio Palma Pacheco

Faro

2011



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DE BEJA

**Conhecimentos e Atitudes face à Infecção pelo VIH:
a Prática dos Profissionais de Saúde
nos Cuidados de Saúde Primários no Algarve.**

Maria de Fátima Marques Vidinha

Dissertação orientada pelo Prof. Dr. José Eusébio Palma Pacheco

Dissertação da tese de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, realizada na Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve em parceria com a Escola Superior de Educação de Beja.

**Faro
2011**

NINGUÉM DISSE QUE A VIDA ERA FÁCIL,

SOMENTE QUE VALIA A PENA.

Voltaire

AGRADECIMENTOS

À minha colega de Mestrado, que se tornou minha amiga, Ana Tietzen, mulher de armas e excepcional. Obrigada por tudo, sem ti não teria conseguido.

Ao Professor Doutor José Eusébio Palma Pacheco pelo acompanhamento, orientação e paciência.

Aos meus pais, que estiveram sempre presentes para mim, nos bons e maus momentos.

Às melhores amigas que se pode ter, Eunice e Inês, obrigada por me terem acompanhado e dado forças.

Às colegas que me ajudaram a recolher os dados, obrigada Sílvia, Ana Rita, Helena, Verónica, Ana, Sónia, Ana...

Aos colegas de Mestrado pelo apoio e incentivo para terminar a tese, em especial à Mónica e ao Rui. O Mestrado acaba mas a nossa amizade vai perdurar.

Às amigas, como tu Ana Silva, e aos amigos, que me ajudaram nesta fase, pela qual também vocês já tinham passado, obrigada pelos conselhos, pelos livros emprestados, pelas horas dispensadas a trabalhar comigo.

Ao CAD, e em particular à Dra. Helena, o modelo de profissional que um dia eu queria chegar a ser.

A ti, sabes quem és. Obrigada, onde quer que estejas.

RESUMO

Este estudo não tem a pretensão de descobrir falhas no sistema de saúde mas sim de dar o seu contributo para fortalecer a prática dos profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários do Algarve, face à infecção pelo VIH/sida, quer seja na prevenção, detecção precoce, acompanhamento do utente e conhecimento do próprio profissional de saúde.

Neste sentido, foi realizada uma pesquisa de cariz exploratório e descritivo, que contou com a participação de 225 profissionais de saúde – médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais – a exercer funções nos Cuidados de Saúde Primários no Algarve. Foram aplicados três questionários, um sócio-demográfico, um sobre conhecimentos e outro sobre atitudes face à infecção pelo VIH/sida.

Após uma parte teórica, onde se apresentou o quadro em que a infecção VIH se encontra no mundo, na Europa, em Portugal e em particular no Algarve, foram elaboradas as hipóteses em estudo.

Verificou-se que nenhuma das variáveis sócio-demográficas, como a idade, o género ou a categoria profissional, influenciaram os conhecimentos sobre a infecção VIH/sida, desta amostra.

Os dados apontam para que o facto de ter frequentado acções de formação na área da infecção VIH/sida influencia positivamente as atitudes face ao VIH, dos profissionais de saúde.

Quanto maior é o nível de conhecimentos em VIH menor são as atitudes negativas, ou seja, mais os profissionais de saúde têm atitudes positivas e adequadas face à Infecção pelo VIH.

O género feminino, apresentou atitudes mais positivas face à infecção pelo VIH, assim como a categoria profissional de enfermeiros. Os enfermeiros apresentaram atitudes mais positivas comparativamente com os médicos.

De salientar ainda, que a formação em VIH tem mais influencia nas atitudes se esta foi realizada nos últimos quatro anos. Os profissionais de saúde que realizaram formação na área do VIH nos últimos quatro anos, demonstraram atitudes mais positivas que os outros profissionais.

Além da importância da prevenção e da deteção precoce na área da infecção pelo VIH/sida foi também realçada a necessidade de formação e treino dos profissionais de saúde nesta área.

Os conhecimentos são uma base do trabalho médico e científico mas sem as atitudes e comportamentos adequados, de nada serve ter-se muitos conhecimentos.

Palavras-chave: atitudes, conhecimentos, infecção pelo VIH, profissionais de saúde.

ABSTRACT

This study does not purport to uncover flaws in the health system but to make a contribution to strengthen the practice of health professionals from Primary Health Care in the Algarve, in the face of HIV / AIDS, whether in prevention, early detection, monitoring and knowledge of the user's own health care professional.

In this sense, a search was conducted exploratory and descriptive in nature, which was attended by 225 health professionals - doctors, nurses, psychologists and social workers - to engage in Primary Health Care in the Algarve. Three questionnaires were applied, a socio-demographic, knowledge about one another and on attitudes towards HIV / AIDS.

After a theoretical part, where he presented the framework in which HIV infection is found worldwide, in Europe, particularly in Portugal and the Algarve, the assumptions were developed in the study.

It was found that none of the socio-demographic variables such as age, gender or job category influenced the knowledge on HIV / AIDS, this sample.

The data indicate that the fact of having attended training courses in the area of HIV / AIDS positively affects attitudes towards HIV, health professionals.

A higher level of knowledge also influences the attitudes towards HIV.

The female, had more positive attitudes to HIV infection, as well as the professional status of nurses.

Should also be noted that training in HIV has more influence on attitudes if this was done in the past four years.

Besides the importance of prevention and early detection in the area of HIV / AIDS, it has also highlighted the need for education and training of health professionals in this area.

Knowledge is a basis of scientific and medical work but without the attitudes and behavior, there is no point to have much knowledge.

Keywords: attitudes, knowledge, HIV infection, health professionals.

Índice

PARTE I – Enquadramento Teórico.....	7
CAPÍTULO 1 – A Infecção pelo VIH/sida	8
1.1 Aspectos Históricos	8
1.2 Caracterização do vírus	10
1.3 A infecção pelo VIH/sida no Mundo	14
1.4 A infecção pelo VIH/sida na Europa.....	15
1.5 A infecção pelo VIH/sida em Portugal.....	17
1.6 A infecção VIH/SIDA no Algarve	18
1.7 A infecção VIH/SIDA nos Cuidados de Saúde	24
1.7.1 Definição de Saúde.....	24
1.7.2 A infecção VIH/SIDA nos Cuidados de Saúde Primários	26
CAPÍTULO 2 – Variáveis sócio-cognitivas e comportamentais.....	31
2.1 Conhecimentos face à Infecção pelo VIH	31
2.2 Atitudes face à Infecção pelo VIH	33
2.3. Conhecimentos e atitudes dos Profissionais de Saúde	37
PARTE II – ESTUDO DE CAMPO.....	42
CAPÍTULO 3 – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	43
3.1 Tipo de Estudo.....	43
3.2 Delineamento do Estudo.....	44
3.2.1 Hipóteses	44
3.3 População e Amostra.....	44
3.3.1 População do Estudo.....	44
3.3.2 Amostra seleccionada.....	45
3.4 Instrumentos de Pesquisa.....	47
3.4.1 Instrumentos de avaliação dos dados sócio-demográficos	47
3.4.2. Instrumento de avaliação dos conhecimentos face à Infecção pelo VIH	47
3.4.2.1. Questionário de Conhecimento de HIV (HIV-K-Q) – versão original	48
3.4.2.2. Questionário de Conhecimento de HIV (HIV-K-Q) – versão reduzida	48
3.4.3. Instrumento de avaliação de atitudes face à Infecção pelo VIH	49
3.5. Procedimentos.....	52

CAPÍTULO 4 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	53
4.1. Caracterização da Amostra.....	53
4.2. Análise das Relações entre as Variáveis	58
4.2.1. Relação entre a variável “Atitudes” e a variável “Conhecimento”	59
4.2.2. Relação entre a variável “Atitudes” e a variável “Género”	60
4.2.3. Relação entre a variável “Atitudes” e a variável “Categoria Profissional”	62
4.2.4. Relação entre a variável “Atitudes” e a variável “Formação”	63
4.2.5. Relação entra a variável “Atitudes” e a variável “Tempo desde a última formação na área do VIH”	65
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	68
CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES	73
BIBLIOGRAFIA.....	77
WEBGRAFIA	86
ANEXOS	87
ANEXO A - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO	88
ANEXO B - INSTRUMENTOS.....	90
ANEXO C - FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS CERTAS E ERRADAS.....	95

Índice de Figuras

Figura 1 – História natural da infecção por VIH-1 no adulto.....	12
Figura 2 – Adultos e crianças – Novos casos de infecção VIH em 2009.....	14
Figura 3 – Adultos e crianças – Mortes por SIDA em 2009.....	15
Figura 4 – Testes rápidos realizados, 2004 – 2008	15
Figura 5 – Casos de Infecção VIH notificados	16
Figura 6 – Prevalência de casos de Infecção VIH notificados.....	19
Figura 7 – Proporção de casos diagnosticados em fase de Sida.....	20
Figura 8 – Casos de infecção VIH por categoria de transmissão e ano de diagnóstico	20
Figura 9 – Doenças Indicadoras de Sida em 2009	21
Figura 10 – Evolução de Doenças Indicadoras de Sida.....	21
Figura 11 – Infecção VIH por categoria de transmissão em 2009.....	22
Figura 12 – Óbitos por Sida de 2004 a 2009	23
Figura 13 – Infecção VIH por grupo etário e ano de diagnóstico até 2009.....	23
Figura 14 – Taxa de prevalência da Infecção VIH por Concelho do Algarve em 2009.....	24
Figura 15 – Gráfico com as ordens de cada observação em cada grupo masculino e feminino e detalhes do teste.	61
Figura 16 – Gráfico com as ordens de cada observação em cada grupo “com formação” e “sem formação” e detalhes do teste.	64
Figura 17 – Gráfico com as ordens de cada observação em cada grupo de tempo decorrido desde a realização da última formação e detalhes do teste.....	66

Índice de Tabelas

Tabela 1 – População e Amostra do estudo	46
Tabela 2 – Resultados obtidos da análise da consistência interna da atitude	51
Tabela 3 – Resultados obtidos da análise da correlação item-total	51
Tabela 4 – Frequências e percentagens obtidas para a variável “género”	53
Tabela 5 – Frequências e percentagens obtidas para a variável “estado civil”	54
Tabela 6 – Frequências e percentagens obtidas para a variável “categoria profissional” ...	54
Tabela 7 – Valores descritivos para a variável “categoria profissional” / “género”	55
Tabela 8 – Frequências e percentagens obtidas para a variável “ACES”	56
Tabela 9 – Frequências e percentagens obtidas para a variável “há quanto tempo realizou formação na área da infecção VIH?”	56
Tabela 10 – Frequências e percentagens – Respostas certas/género.....	57
Tabela 11 – Correlação entre as variáveis “Atitudes” e “Conhecimento”	59
Tabela 12 – Medidas descritivas entre as variáveis Atitudes/Género	60
Tabela 13 – Medidas descritivas entre as variáveis Atitudes/Categoria Profissional.....	62
Tabela 14 – Correlação entre as variáveis “Atitudes” e “Categoria Profissional”	63
Tabela 15 – Medidas descritivas entre as variáveis Atitudes/Tempo decorrido desde a última formação	67

CHAVE DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central de Serviços de Saúde

CAD – Centro de Aconselhamento e Detecção Precoce da Infecção pelo VIH/SIDA

CDC – Centers for Disease Control

CNLCS – Comissão Nacional Luta Contra a Sida

CRS – Complexo relacionado com sida

CSP – Cuidados de Saúde Primários

ECDC – European Center for Disease Prevention and Control

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

NVEDT - Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não Governamental

ONUSIDA - Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

PA – Portadores Assintomáticos

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Humana

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UNAIDS – Programa das Nações Unidas para Combate ao HIV/AIDS

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

INTRODUÇÃO

“I let people see that I’m not an HIV statistic but a dynamic young woman full of life and with dignity who happens to have HIV Infection” (Helena Ferreira, 2011 in www.unaids.org.com).

O Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) matou mais de 20 milhões de pessoas nos últimos 20 anos e, até hoje, não foi possível encontrar nem cura, nem vacinas eficazes para lutar contra esta ameaça que afecta todas e qualquer pessoa.

Identificada em 1981 nos Estados Unidos, a SIDA propagou-se muito rapidamente e tornou-se pandémica, atingindo todo o Mundo.

Passados 30 anos da descoberta do vírus da imunodeficiência humana (VIH), foram efectuados progressos consideráveis para diagnosticar, vigiar e tratar a infecção. Mesmo assim, a pandemia continua a propagar-se. Em 2009, a nível mundial, viviam 33.3 milhões de pessoas infectadas pelo VIH. Desde o início da pandemia mais de 60 milhões de pessoas foram infectadas pelo VIH e cerca de 30 milhões morreram por causas relacionadas com a SIDA (ONUSIDA, 2011).

Porque a prevenção falha por vezes e a informação nem sempre é eficientemente divulgada, surge a urgência em informar, rastrear, prevenir, tratar...

Para além dos aspectos directamente relacionados com a infecção pelo VIH, é importante ter em consideração que as atitudes negativas, como por exemplo, a intolerância, a discriminação, o medo, entre outras, por parte da população seronegativa sobre a população seropositiva, podem contribuir para agravar os efeitos causados por esta infecção.

Apesar dos avanços médicos e científicos relativamente ao vírus da infecção VIH/sida, as atitudes negativas, como também o estigma e a discriminação, estão interligados com esta doença crónica. As pessoas ainda associam o seropositivo ao toxicodependente, à prostituta, ao homossexual e a comportamentos sexuais promíscuos, quando na realidade todos estamos vulneráveis a esta infecção, independentemente do género, idade, raça e orientação sexual (www.areyouhivprejudiced.org).

O VIH/Sida é tanto um fenómeno social quanto uma preocupação biológica e médica. Esta pandemia mostrou ser capaz de desencadear respostas de compaixão, solidariedade e apoio, trazendo para fora o melhor nas pessoas, suas famílias e comunidades. Porém, esta doença é igualmente associada a sentimentos, atitudes mais negativas - estigma, discriminação, ostracismo, repressão - já que indivíduos infectados pelo VIH são frequentemente rejeitados pelas suas famílias, amigos e sociedade em geral. Esta rejeição é tão real nos países ricos, como nos mais pobres e em vias de desenvolvimento (ONUSIDA, 2000).

A ignorância, a falta de conhecimentos, o medo e a rejeição geram consequências graves e muitas vezes trágicas, erguendo obstáculos às pessoas que vivem com VIH, no seu direito de acesso ao tratamento, aos serviços e apoios, bem como dificuldades no trabalho de prevenção.

Num estudo realizado na Suíça, em 2005, os autores mostraram que uma boa relação médica vs utente oferece um contexto muito favorável a um trabalho preventivo personalizado. Desde o início da epidemia, o “Office Fédéral de la Santé Publique” suíço dá um relevo central ao papel dos médicos de “premier recours” na estratégia da luta contra o VIH/sida. Em Portugal, podemos considerar que “les premiers recours” correspondem aos Cuidados de Saúde Primários. O estudo referido aborda as atitudes dos médicos face à prevenção e ao aconselhamento na detecção precoce do VIH.

Das conclusões deste estudo suíço, interessa salientar que os médicos não disponibilizam tempo suficiente a inquirir sobre a vida sexual e comportamentos de risco dos utentes, verificou-se que menos de cinquenta por cento dos profissionais da amostra realizou uma anamnese sobre as práticas sexuais. Desta amostra, apenas vinte cinco por cento, inquiriu sobre os conhecimentos do utente relativamente às vias de transmissão do VIH, vinte por cento não procurou saber quais os comportamentos de risco do utente, ao passo que, cinquenta por cento abordou sempre o tema dos meios de prevenção mas doze por cento, nunca ou quase nunca falou neste tema.

O período janela foi a informação que sempre foi dada ao utente pelo seu médico. Os autores compararam os seus resultados com outro estudo semelhante, realizado em 1990, e verificaram que as atitudes dos médicos pouco mudaram. Já em 1990, os médicos se focavam muito nos vulgarmente chamados “grupos de risco”.

Com este estudo de 2005, pode-se considerar um grande avanço, o facto destes profissionais, já não associarem a infecção pelo VIH a “grupos de risco”, e adoptarem uma atitude mais positiva relativamente à detecção precoce da infecção VIH com toda a população, e em particular com as grávidas, jovens adultos, novos utentes e por vezes população migrante. O estudo revela ainda que temas como o consumo de tabaco, consumo de álcool e prática de exercício físico são regularmente abordados nas consultas em detrimento dos temas directamente relacionados com a sexualidade dos pacientes (Meystre-Agustoni, Jeannin, & Dubois-Arber, 2005).

Os autores apontam ainda algumas lacunas aos médicos em matéria de aconselhamento pré-teste. Referem que, nesta população médica, é necessário desenvolver os conhecimentos sobre a infecção VIH, aumentar o diagnóstico precoce à população em geral e não só a certos grupos populacionais. A prática dos médicos é extremamente relevante pois estes assumem um lugar de destaque na prevenção.

O aparecimento de novas ameaças, mormente quando estas têm como característica fundamental um risco elevado para a saúde e até mesmo o perigo de vida assim como uma intensa facilidade de transmissão, são a base necessária e suficiente para potenciar o medo, e este, potencia por sua vez, o exacerbar de mecanismos de auto-defesa. Se na base da transmissão da ameaça aparecida estiverem comportamentos comumente tidos como amorais ou mesmo imorais, ilegais ou ilícitos, esses mecanismos de defesa tendem a manifestar-se por via da perseguição, da marginalização ou da discriminação.

Se a ameaça se produzir no domínio da saúde, aqueles mecanismos de auto-defesa tendem a instalar-se e desenvolver-se também no sistema de saúde, no seio da própria prática dos profissionais de saúde. O eclodir de reacções deste género é natural e espontâneo e só tomando consciência da sua presença podemos impedir que se desenvolvam e adoptar atitudes e comportamentos adequados.

Não admira assim, que a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana e a patologia que lhe está associada, a síndrome da imunodeficiência humana adquirida, tenham gerado quer na comunidade global, quer no interior do aparelho de saúde, fenómenos auto-defensivos.

Espera-se que, quer com o decurso do tempo, quer com o conhecimento adquirido sobre o funcionamento do vírus, a forma de propagação da infecção e as vias terapêuticas de debelação e controle da doença associada, a comunidade científica e o conjunto do aparelho de saúde fiquem detentores de conhecimentos e saberes.

Este acervo de conhecimento e saberes deverá tornar possível desdramatizar a inevitabilidade da propagação e afirmar a possibilidade da sua contenção. Permitindo ainda, definir parâmetros e níveis de segurança, cujo respeito seja necessário e suficiente para evitar qualquer infecção.

À comunidade científica, num primeiro momento, e ao aparelho de saúde, num segundo, respectivamente como criadores daquele conhecimento e operacionalizadores em concreto do mesmo, competiria assim, um duplo papel, tratar científica e tecnicamente a ameaça; intervir pedagogicamente no sentido de corrigir aquelas reacções defensivas para evitar o desrespeito dos direitos humanos dos infectados ou até mesmo daqueles que não o estando estão suspeitos de o estar.

Esta segunda função, pedagógica e de intervenção social, modificadora das mentalidades, fica seriamente afectada se aquelas mesmas reacções defensivas se verificarem e se mantiverem no interior do aparelho de saúde.

Se um médico ou enfermeiro, perseguir, discriminar ou estigmatizar um seropositivo, ou um doente de sida, o conhecimento deste exemplo é suficiente para intensificar os mecanismos primários de reacção defensiva da comunidade toda, inviabilizando aquela intervenção conformadora das mentalidades e das atitudes.

Daí a necessidade de se apurar, se no interior do aparelho de saúde, aquelas reacções defensivas estão debeladas, ou se pelo contrário, persistem.

A SIDA foi a primeira epidemia mundial a ocorrer na era moderna dos direitos humanos e a sua abordagem tem sido mais marcada pelo conflito e divergências de opiniões de natureza ética, psicossocial e jurídica do que pelo diálogo multidisciplinar dos diferentes ramos da ciência.

O problema da SIDA constitui uma prioridade a nível mundial, cujo combate exige a conjugação de esforços políticos, a participação e cooperação intersectorial, o compromisso e a mobilização da sociedade civil. De facto, o número de pessoas infectadas pelo VIH continua em franca ascensão e apresenta hoje mudanças no seu perfil epidemiológico de transmissão podendo, de grosso modo, considerar-se a feminilização, a heterossexualização e a juvenilização.

Em termos quantitativos sublinha tal facto o cenário que se passa a descrever: 40,3 milhões de pessoas a viver com o VIH, 4,9 milhões de novos casos e 3,1 milhões de mortes; na União Europeia, Portugal apresenta, ainda, a taxa de incidência mais elevada (280 por milhão de habitantes) (UNAIDS/WHO, 2004).

A evolução da disseminação da SIDA tem mostrado, particularmente nas formas implicadas na sua transmissão, como são as práticas sexuais, que este processo é bastante complexo e transcende a sua explicação estritamente ligada ao discurso biológico. Este, com o desenvolvimento da bacteriologia (no início do século XX) e nos nossos dias com os progressos conseguidos no domínio da genética, ganhou um elevado estatuto, com as situações de saúde/doença a encontrarem explicação e intervenção nos campos da biologia e patologia (Langdon, 1995).

Na década de 70, vários antropólogos relativizaram a centralidade do discurso biomédico, propondo a construção de um paradigma onde o biológico articulado com o cultural enquadrasse a saúde/doença como processos psico-biológicos e socioculturais. Nesta abordagem, o contexto cultural e a experiência subjectiva do seu significado assumem lugar, como forma de aprofundar e trazer uma visão holística para as questões de saúde/doença e que têm sido dicotomizadas no universo do conhecimento científico.

Dias (2003), ressalta que tudo o que afecta o nosso corpo ou espírito (saúde e doença) passa pela mediação cultural e não apenas biológica, e portanto é necessário relativizar os próprios parâmetros impostos pela nossa sociedade como a forma universal e correcta. Por exemplo, Parker (1987) constata a propósito das práticas sexuais, que na pesquisa epidemiológica sobre SIDA, se deve reconhecer a doença como “simultaneamente”, um fenómeno sócio-cultural e biológico”, alertando para o facto de que as estratégias de prevenção devem ter isso em conta e devem fortalecer a auto-estima e a capacidade de decisão de uma pessoa, como

forma de garantir a concretização das medidas de prevenção. Um dos principais problemas que afecta o domínio da prevenção, que quase exclusivamente recorre à disseminação da informação, diz respeito à ambiguidade que caracteriza a relação teórica entre conhecimentos e a mudança comportamental ou atitudinal. (Monteiro & Vasconcelos-Raposo, 2006).

Esta tese tenta perceber isso mesmo. Através de questionários organizados e validados por o efeito, dentro da amostra definida, profissionais de saúde a trabalhar nos Cuidados de Saúde Primários do Algarve, procurou-se aferir qual o impacto dos conhecimentos e das atitudes na prática profissional relativamente à infecção VIH.

Partindo-se desta primeira formulação genérica, prosseguir-se-á pelo historiar sumário de como apareceu o VIH, no que consiste, como evolui para a Sida, como ambos evoluíram e se encontram hoje no Mundo, na Europa, em Portugal, dando especial atenção ao Algarve, caracterizando-se, com base nos dados disponíveis, o grau de incidência e as características da população infectada. Seguir-se-á, um capítulo específico, sobre práticas no interior do aparelho de saúde. Em parênteses, tratar-se-á dos conceitos de conhecimentos e atitudes. Pôr-se-ão as hipóteses, explicitar-se-ão os critérios de tratamento dos resultados, apresentar-se-ão os resultados e, serão discutidos, pela aplicação daqueles critérios, o que permitirá a formulação das conclusões finais.

PARTE I – Enquadramento Teórico

CAPÍTULO 1 – A Infecção pelo VIH/sida

1.1 Aspectos Históricos

Gallo em 1987, 1988, descreve que a infecção pelo VIH tem o seu primeiro caso em meados dos anos 50 na África Central, onde foram encontradas quantidades significativas de anticorpos com características específicas na corrente sanguínea de algumas espécies animais.

Em 1981, o *Centre for Disease Control and Prevention* (CDC) declarou a existência de cinco jovens homossexuais, supostamente saudáveis, com uma forma de pneumonia conhecida como *Pneumocystis Carinii* (Fauci and al. 1984); teríamos aqui os primeiros casos de infecção pelo VIH nos Estados Unidos da América.

Criou-se desde logo uma crença de que esta doença era unicamente característica da população homossexual, sendo que os primeiros casos apareceram entre esta população, daí lhe terem dado o primeiro nome *Gay Compromise Syndrome* (GCS) e *Gay Related Imuno Deficiency* (GRID) (Montagnier, 1994; Weinberg, William & Pryor, 1994).

Existem várias teorias sobre o aparecimento da infecção pelo VIH, contudo a que reúne mais apoiantes é a teoria de que o vírus surgiu de um sistema conhecido por Zoonosis. Segundo esta teoria, apesar do VIH ter surgido no sistema humano, a sua origem não é humana. Vírus similares foram descobertos em comunidades de macacos da região africana (Goudsmit, 1987). O VIH desenvolveu-se então nos humanos que habitavam essas mesmas regiões da África Central, tendo-se propagado mais tarde para todo o mundo (Gallo, 1988; Mann & Tarantola, 1996).

Em 1982, o VIH foi encontrado em indivíduos não homossexuais, num grupo exclusivo de heroinómanos, hemófilos e haitianos. De novo, criou-se outra crença e esta doença passou a ser rotulada pela doença dos quatro H (Homossexuais, Heroinómanos, Hemófilos e Haitianos) (Costa, 1996; Weinberg, Williams & Pryor 1994).

Foi em 1982 que foi dado o nome de VIH e SIDA a esta doença (Montagnier, 1994).

As pessoas que apresentavam este vírus, tinham em comum um sistema imunitário fragilizado e que rapidamente se tornava vulnerável a outras doenças, vírus e infeções (e.g., gripe, tuberculose).

Devido à pouca informação disponível, entre 1981 e 1990, foram publicados mais de 32.700 artigos científicos sobre o VIH (Elford, Bor & Summers, 1991).

De salientar o ano de 1983 em que uma equipa que trabalhava no Instituto “Pasteur” liderada por Luc Montagnier, conseguiu isolar o agente responsável pelo vírus do VIH, o LAV (vírus das linfadenopatias), em gânglios e sangue de franceses infectados pelo VIH. Ao mesmo tempo, nos Estados Unidos da América, Robert Gallo isolou outro vírus, a partir dos mesmos produtos biológicos, que designou de HTLV III. Em ambos o mesmo vírus, que futuramente se chamaria VIH-1 (Swanstrom & Wehbie, 1999). Este avanço científico permitiu concluir que o VIH é um retrovírus pertencente ao grupo da Cytopathia Lentiviruses, que altera a composição genética das células, acabando por destruí-las (Hall & O’Grady, 1989).

No Hospital Egas Moniz, na mesma altura, Champalimau experimentava testes anti-VIH em pacientes que tinham toda a sintomatologia dos doentes com “Síndrome da Imunodeficiência Adquirida”. Verificou que nos doentes portugueses os testes eram positivos mas que nos doentes cabo-verdianos eram negativos. Em 1985, a partir desta descoberta, conseguiu-se identificar um novo vírus, designado VIH-2 (Wiig & Smith, 2007).

Em Portugal, a infecção pelo VIH começou por atingir a população homossexual, toxicodependente e hemofílica. A restante população sentiu assim uma falsa segurança, devido ao preconceito e estereótipos ligados à população até agora atingida. (Semaille & Lot, 2006).

A classificação da infecção por VIH foi realizada pelo Centro de Prevenção e Controlo de Doenças, em 1983, tendo sido revista em 1993. Nesta classificação consideram-se como casos de infecção por VIH os resultados positivos nas análises que detectam os anti-corpos VIH, a identificação e isolamento do vírus em tecidos, a identificação de antigénios VIH ou ainda resultados positivos noutros testes licenciados (CDC, 1992).

O diagnóstico baseia-se na pesquisa de anticorpos específicos através de métodos imunoenzimáticos e posterior confirmação por *Western-blot* ou outro com especificidade semelhante.

Após a detecção e classificação da infecção como VIH, as categorias são avaliadas pelo número de Linfócitos T CD4+, sendo consideradas três categorias às quais correspondem as diferentes fases da doença (Miranda, 2003).

Assim, temos a infecção primária ou aguda, o período de infecção assintomática (sem sintomas) e o período sintomático que se subdivide em período sintomático com sintomas e sinais constitucionais (CRS - Complexo relacionado com sida ou os casos sintomáticos não-sida) e o período SIDA. O período de incubação após o indivíduo contrair a infecção pode ter uma duração de três meses e só após este período é que terá um resultado de teste para o VIH fidedigno (Mansinho, 2005).

O Vírus da Imunodeficiência Humana está presente no sangue, no esperma e nas secreções vaginais. Existem três vias de transmissão da infecção pelo VIH: a via sexual (anal, oral e vaginal), parentérica (contacto com sangue infectado, partilha de material de injeção ou cortante) e vertical (da mulher infectada para o seu filho, durante a gravidez, o parto e a amamentação) (Aldir & Doroana, 2006).

Estas são as três e únicas vias de transmissão da infecção pelo VIH. Actualmente, a primeira causa de transmissão da infecção pelo VIH é à transmissão por via sexual entre heterossexuais.

1.2 Caracterização do vírus

Existem dois tipos de vírus da imunodeficiência humana, o VIH-1 e o VIH-2. Tanto um como outro, só se reproduzem nos humanos. O VIH-1 é o vírus de imunodeficiência humana mais predominante, enquanto o VIH-2 se transmite com menos facilidade e o período entre a infecção e a doença é mais longo.

Existem, pelo menos, nove subtipos do VIH-1, geneticamente diferentes uns dos outros, que se identificam com as letras A a J (com excepção da letra E). Estes pertencem ao grupo chamado M. Foram já identificados outros subtipos, bastante heterogéneos, pertencentes ao grupo O e N. Na América do Norte e na Europa, predomina o VIH-1 com subtipo B. (www. Roche.pt).

É importante distinguir a infecção VIH e o SIDA: o Vírus da Imunodeficiência Humana – VIH – é o vírus que pode evoluir na doença SIDA – síndrome da imunodeficiência adquirida.

A SIDA é provocada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) que penetra no organismo por contacto com uma pessoa infectada.

Existem três vias de transmissão desta infecção. Através de relações sexuais desprotegidas, tanto no contacto sexual oral, vaginal e anal; através de contacto com sangue infectado, na partilha de material de injeção endovenosa e de material cortante; através da gravidez, parto e amamentação, sendo esta chamada a via vertical, de mãe para filho. (www.sida.pt).

O laboratório ROCHE, explica que “o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) pertence a um grupo de vírus conhecidos como retrovírus. Estes vírus armazenam o seu material genético como ARN (ácido ribonucleico), uma cadeia única de código genético. A maior parte dos organismos tem ADN (Ácido desoxirribonucleico), uma cadeia dupla de código genético. Quando o VIH infecta uma célula humana, converte o seu ARN em ADN, para poder utilizar a maquinaria da célula humana na criação de novos vírus. O vírus tem um núcleo central que consiste num revestimento de proteínas que encerra o ARN e as enzimas necessárias à replicação vírica. O centro é rodeado por uma membrana externa, a partir da qual projecta os espigões de muitas proteínas (proteínas de envelope) ”.

Ao entrar no organismo humano e ao penetrar no sistema sanguíneo, começa de imediato a reproduzir-se dentro dos linfócitos T4 (ou células CD4) acabando por matá-las. As células CD4 são, precisamente, os elementos do sistema imunológico que dão indicações às restantes células para a necessidade de proteger o organismo contra agentes invasores.

Não existe cura para a infecção VIH/sida. Mas existe um tratamento antivírico. Após a transmissão do vírus por via sexual, materna ou sanguínea desenvolve-se uma infecção crónica que evolui por várias fases clínicas incluindo um longo período assintomático que culminam na fase sintomática e na SIDA.

O período sintomático caracteriza-se pela ocorrência de doenças oportunistas, infecciosas ou neoplásicas, que constituem as principais causas de morbilidade e de mortalidade (Miranda, 2003):

1. Primo-infecção, infecção primária ou síndrome retrovírico agudo
2. Infecção assintomática crónica ou doença precoce
3. Doença sintomática

Na ausência de qualquer intervenção terapêutica pode-se observar a evolução natural da infecção por VIH-1 (Figura 1).

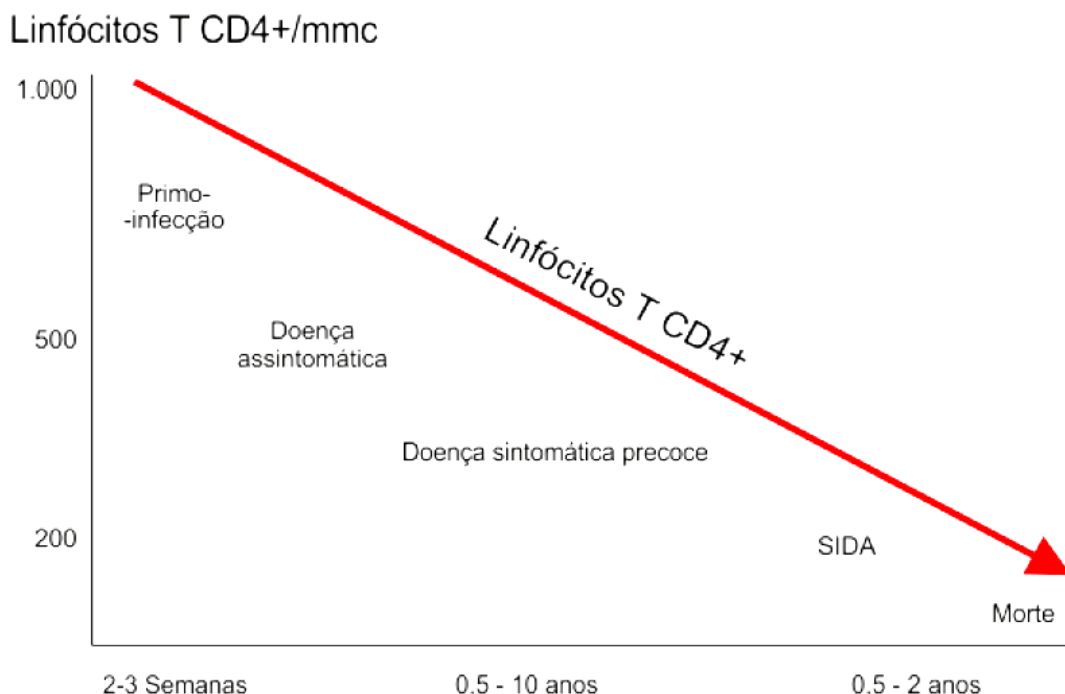


Figura 1 – História natural da infecção por VIH-1 no adulto

O VIH é um vírus bastante poderoso. Ao entrar no organismo, dirige-se ao sistema sanguíneo, onde começa de imediato a replicar-se, atacando o sistema imunológico, destruindo as células defensoras do organismo e deixando a pessoa infectada (seropositiva), mais debilitada e sensível a outras doenças, as chamadas infecções oportunistas que são provocadas por micróbios e que não afectam as pessoas cujo sistema imunológico funciona convenientemente.

Estudos realizados recentemente mostram evidências de uma relação entre a capacidade do sistema imunológico e o cansaço físico e mental. As pessoas que se sentem tranquilas e felizes com a vida apresentam um sistema de defesa mais forte, enquanto a depressão psicológica pode «deprimir» o sistema imunológico, deixando-o mais debilitado e facilitando assim a entrada de vírus como o VIH. No mesmo sentido, outros estudos em casais, mostraram que os casamentos felizes contribuíam para um maior nível de glóbulos brancos, glóbulos brancos que ajudam o sistema imunitário (www. Roche.pt).

Na fase aguda da infecção, ou Primoinfecção, uma a quatro semanas após o momento da infecção, algumas pessoas apresentam um quadro clínico de gripe, com febre, suores, dor de cabeça, dores nos músculos e nas articulações. Sendo que nem todas as pessoas na fase aguda têm estes sintomas, calcula-se que pelo menos 50 por cento dos infectados tenham estes sintomas. (www.roche.pt). Nesta fase, as pessoas recuperam depressa e, na maioria, nem deram grande importância a estes sintomas.

Após este período, os seropositivos podem viver um período em que não apresentam sintomas, no entanto o vírus está a multiplicar-se no seu organismo. Chama-se a esta fase, a fase assintomática ou Portadores Assintomáticos (PA). Hoje sabemos que se pode ficar nesta fase, em média, 7 a 8 anos. No caso do VIH 2, a fase assintomática pode ir até 15 anos (Faria, 2011).

A fase seguinte, caracteriza-se como o Complexo Relacionado com Sida. É a fase sintomática (mas ainda sem critérios de Sida). Nesta fase, o doente sabe referir cansaço não habitual, perda de peso, suores nocturnos, falta de apetite, diarreia, queda de cabelo, entre outros sintomas. Em termos de alterações analíticas, observa-se anemia, diminuição dos glóbulos brancos e das plaquetas (Faria, 2011).

Podem ainda aparecer infecções oportunistas minor como candidíase, herpes ou micoses cutâneas. Estas infecções são banais em importância e magnitude mas extremamente frequentes (Ferreira, 2009).

A evolução da infecção evolui finalmente para fase de Sida, a fase da doença e caracteriza-se por uma imunodeficiência grave que favorece o aparecimento de infecções oportunistas major. As mais comuns e conhecidas são a tuberculose (doença mais importante indicadora de Sida em Portugal), sarcoma de Kaposi, carcinoma do colo do útero, e outros tumores (Ferreira, 2009; Faria, 2011).

Para qualquer das fases, existe actualmente tratamento adequado e vários fármacos anti-retróviricos, podendo ajudar o seropositivo a nunca chegar a uma fase sintomática da doença. Na fase de Sida, e dependendo do organismo da pessoa, é possível regredir para a fase anterior.

1.3 A infecção pelo VIH/sida no Mundo

Segundo a ONUSIDA, o crescimento global desta pandemia parece ter estabilizado. Falamos em pandemia quando atinge todo o mundo.

Desde o final da década de 90, que o número de novas infecções diminuiu (cerca de 19%) e que há menos mortes por SIDA devido ao aumento do acesso à terapêutica anti-retroviral. Assim, o número de pessoas que vivem infectadas aumentou, mas ainda ocorrem duas novas infecções por cada pessoa que inicia a terapêutica.

Desde o início da pandemia, mais de 60 milhões de pessoas foram infectadas pelo VIH. Cerca de 30 milhões morreram por causas relacionadas com a SIDA.

O número total de crianças entre os 0 e 17 anos que perderam os pais aumentou para 16 milhões. Uma em quatro mortes por SIDA é devida à tuberculose (doença que é possível prevenir e curar).

Em 2009, vivem com o VIH 33.3 milhões de pessoas, foram detectados 2.6 milhões de novos casos e 1.8 milhões de pessoas morreram devido à Sida (Fig. 2 e 3).

Cerca de 7 000 novos casos de infecção VIH foram detectados por dia, dos quais, perto de 97% correspondem a pessoas que vivem nos países de baixo e médio rendimento económico; cerca de 1000 são crianças com menos de 15 anos e cerca de 6000 são jovens e adultos de 15 ou mais anos, dos quais quase 51% são mulheres e 41% são jovens (15-24 anos).

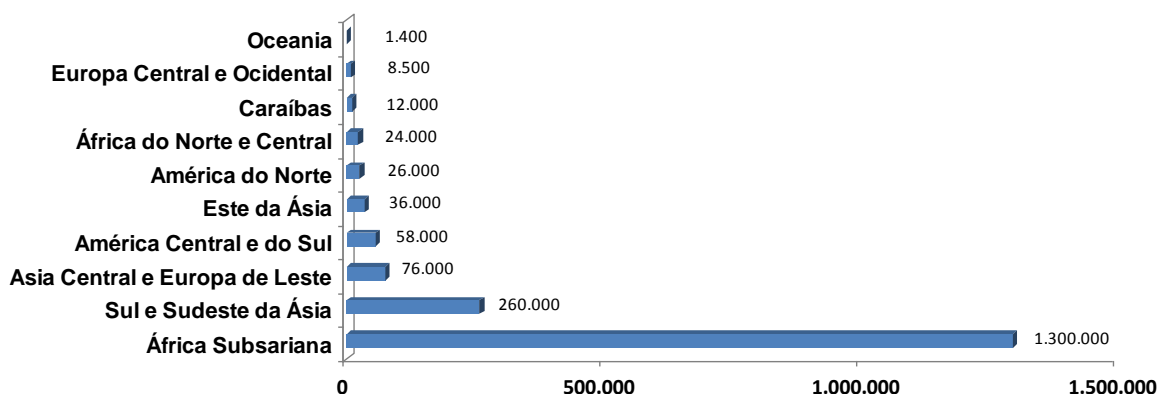


Figura 2 – Adultos e crianças – Novos casos de infecção VIH em 2009
Fonte: ONUSIDA, 2011

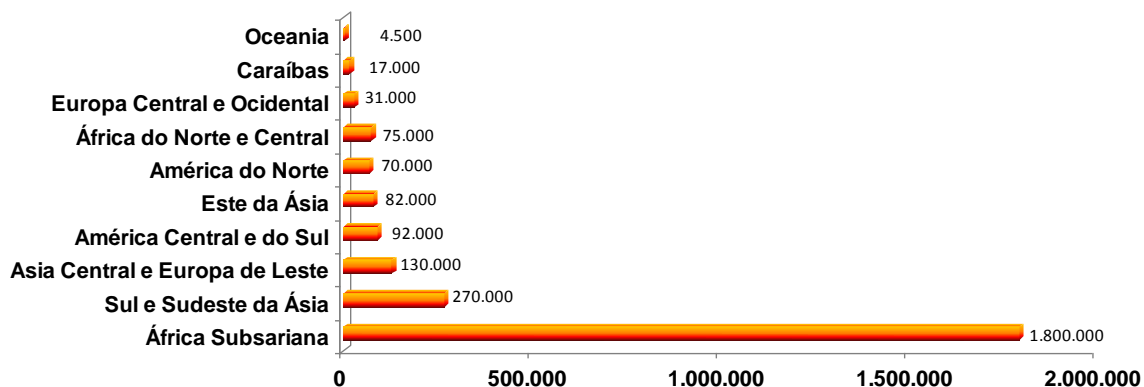


Figura 3 – Adultos e crianças – Mortes por SIDA em 2009

Fonte: ONUSIDA, 2011

São realizados cada vez mais testes rápidos de detecção do VIH mas ainda se estima que menos de 40% de pessoas infectadas pelo VIH conhece o seu estado serológico.

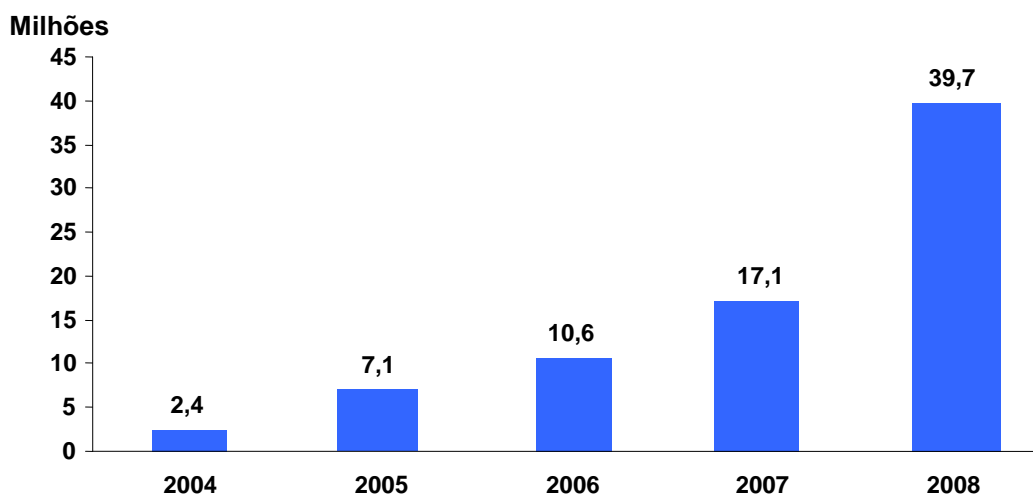


Figura 4 – Testes rápidos realizados, 2004 – 2008

Fonte: ONUSIDA, 2011

1.4 A infecção pelo VIH/sida na Europa

A infecção VIH/SIDA, constitui um problema major em saúde pública e mantém-se como uma doença infecciosa importante na Europa.

É necessário aumentar o acesso à detecção precoce para reduzir o número de pessoas que desconhecem o seu estado serológico e assim conseguir oferecer tratamento e apoio e reduzir a transmissão da infecção. Mensagens de prevenção e intervenções devem ser desenvolvidas junto de populações alvo, em maior risco.

O site do European Center for Disease Prevention and Control (ECDC), revela os números de casos de infecção VIH desde 1982 até 2009, na região europeia da OMS.

O total cumulativo é representado pelas colunas e a linha azul representa o número de casos de infecções por ano (Fig. 5).

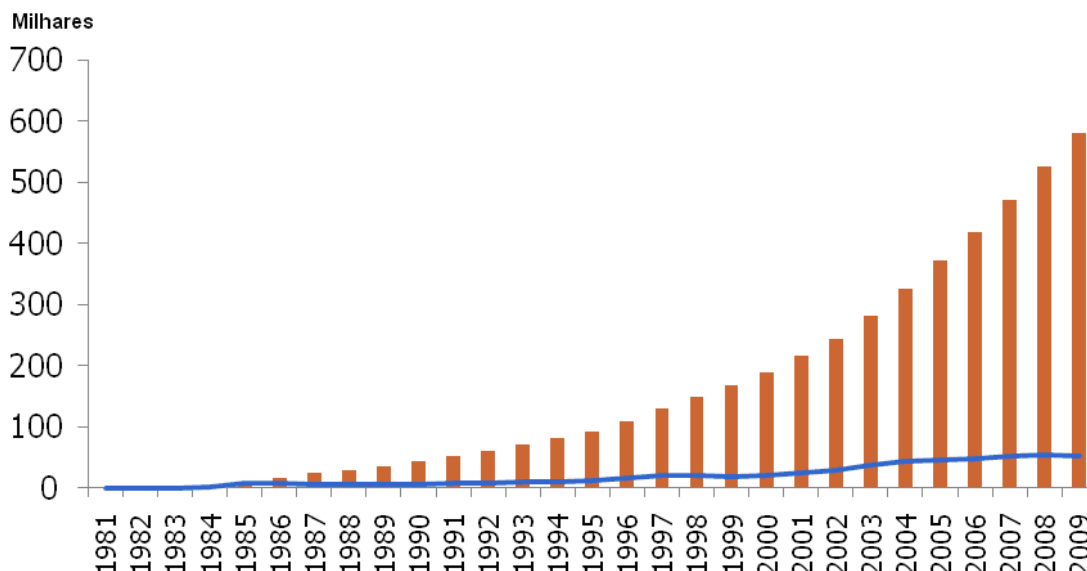


Figura 5 – Casos de Infecção VIH notificados
Fonte: ONUSIDA, 2011

Em 2009, dos 53.427 casos de infecção pelo VIH na Europa, 34,7% é representado pelo género feminino e 12,2% é representado pelos jovens entre 15 a 24 anos. Relativamente ao modo de transmissão, 42,7% destes casos deve-se à transmissão entre heterossexuais, 22% aos utilizadores de drogas injectáveis, 18,1% à transmissão entre homossexuais, tendo 15,9% uma origem não conhecida.

Tem-se observado um aumento evidente da transmissão da infecção pelo VIH em vários países europeus.

Dum modo global, enquanto os casos de SIDA continuam a diminuir na Região Europeia da OMS excepto na Europa de Leste, o número de novos casos de infecção VIH não mostra uma tendência para diminuir (Ferreira, 2011).

1.5 A infecção pelo VIH/sida em Portugal

Em Portugal, o primeiro caso foi detectado em 1983, no Hospital Curry Cabral - num homem que já apresentava sintomas da última fase da infecção com VIH - e comprovado através de um exame realizado na Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa. (www. Roche.pt)

A 31 de Dezembro de 2009, encontravam-se notificados 37 201 casos de infecção VIH/SIDA nos diferentes estadios de infecção (Complexo Relacionado com Sida, Portadora Assintomático e Portador de Sida).

Verifica-se que o maior número de casos notificados (“casos acumulados”) corresponde a infecção em indivíduos referindo consumo de drogas por via endovenosa ou “toxicodependentes”, constituindo 41,7% (15 527) de todas as notificações, reflectindo a tendência inicial da epidemia no País. O número de casos associados à infecção por transmissão sexual (heterossexual) representa o segundo grupo com 41,1% dos registos e a transmissão sexual (homossexual masculina) apresenta 12,7% dos casos; as restantes formas de transmissão correspondem a 4,5% do total. Os casos notificados de infecção VIH/SIDA, que referem como forma provável de infecção a transmissão sexual (heterossexual), apresentam uma tendência evolutiva crescente.

Em 2009, os casos de SIDA apresentam a confirmação do padrão epidemiológico registado anualmente desde 2000. Foram notificados 297 casos, verificando-se um aumento proporcional do número de casos de transmissão heterossexual (59,6%, do total de casos) e menor número de casos associados à toxicodependência (23,6%).

Os “ Portadores assintomáticos” são predominantemente jovens com mais de 20 anos e indivíduos até aos 39 anos, constituindo o maior número de casos notificados (69,4%) neste grupo. Constatamos o elevado número de casos de infecção VIH assintomáticos, associados principalmente a duas categorias de transmissão: “*heterossexuais*” representando 44,6% do total de PA notificados, bem como “*toxicodependentes*” (38,1%).

Contudo, analisando os anos 2002-2009, verificamos que o padrão da tendência temporal nos casos assintomáticos regista flutuações da tendência observada, resultante do facto da categoria de transmissão “heterossexual”

apresentar valores percentuais diversos entre 2002-2009, em relação ao total de casos notificados em cada ano, enquanto os “toxicodependentes” confirmam a tendência proporcional decrescente.

Os casos sintomáticos não-SIDA (“Complexo Relacionado com SIDA”, na designação clássica) constituem um grupo com menor número de casos, cujas características epidemiológicas, em relação aos principais parâmetros, seguem o padrão epidemiológico anterior. Neste grupo, 43,8% correspondem a casos na categoria de transmissão heterossexual e 34,2% a indivíduos “toxicodependentes”. Para os casos diagnosticados entre 2005 e 2009, as *proporções* nas diferentes categorias de transmissão são variáveis, registando-se para a categoria de transmissão heterossexual: 58,6% (2005) e 61,9% (2009); para a categoria “toxicodependente”: 23,4% (2005) e 12,7% (2009), enquanto para a transmissão sexual (homossexual) observam-se os valores: 14,2% (2005) e 21,2% (2009).

1.6 A infecção VIH/SIDA no Algarve

A 31 de Dezembro de 2009, o Algarve contava com 4.996Km² de área e uma população residente de cerca de 434.023 habitantes, distribuídos por 16 concelhos (Alcoutim, Aljezur, Albufeira, Castro Marim, Faro, Loulé, Lagos, Lagoa, Monchique, Olhão, Portimão, São Brás de Alportel, Silves, Tavira, Vila do Bispo e Vila Real de Santo António), sendo Faro a capital de distrito.

Localiza-se no extremo ocidental da Europa, a Sul de Portugal e tem uma densidade populacional de cerca de 86,9 hab/Km².

O sector de actividade mais importante é o terciário (comércio e serviços), resultado da principal actividade económica – o turismo. Este sub-sector de actividade assume tal importância no Algarve que representa, directa e indirectamente, cerca de 60% do total de emprego e 66% do PIB regional. De salientar que o Algarve recebe anualmente cerca de 5 milhões de turistas.

O distrito de Faro apresenta características sócio - económicas e culturais próprias que tornam a região particularmente vulnerável à propagação da infecção VIH/sida. É uma região turística, onde existe uma grande mobilidade à custa duma população migrante (nacional e estrangeira) que procura emprego na indústria hoteleira e construção civil e onde ocorre um fluxo migratório de trabalhadores do sexo que procuram na região encontrar o seu mercado de trabalho.

Assim estão reunidas condições que proporcionam comportamentos sexuais e práticas entre utilizadores de drogas injectáveis facilitadores da propagação desta infecção.

Estes factores contribuem para que Faro seja o quarto distrito do país com uma maior prevalência de casos de infecção VIH notificados, apresentando em 2009 um valor de 433,5 casos por 100.000 hab (Ferreira, 2011) (Fig. 6).

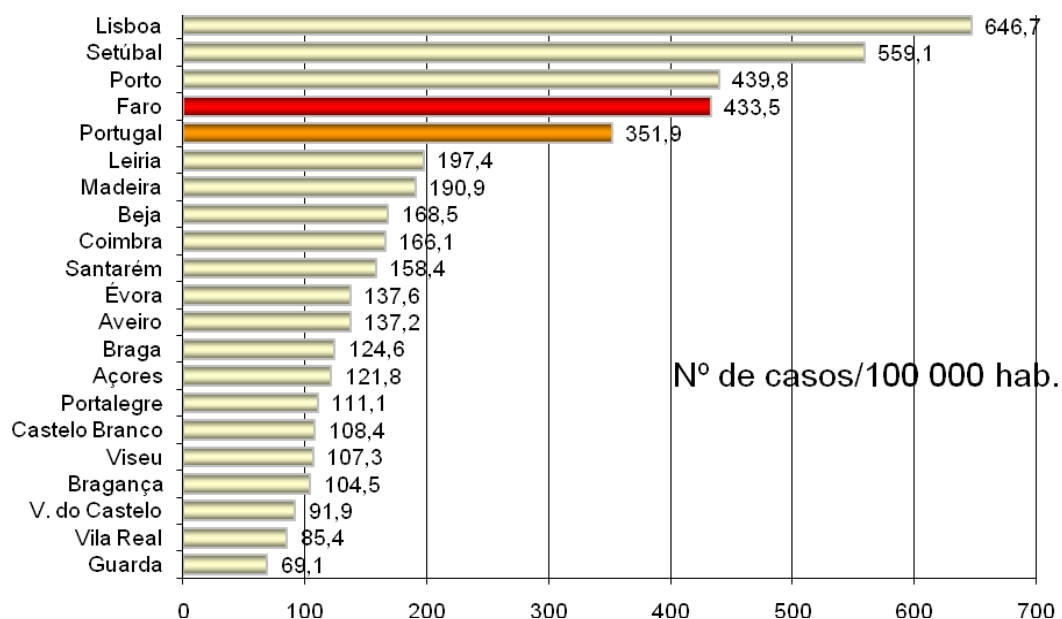


Figura 6 – Prevalência de casos de Infecção VIH notificados
Fonte: Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas (NVEDT)

De acordo com os dados do Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas, foram notificados até 31 de Dezembro de 2009, 1 987 casos de infecção VIH com residência no Algarve, dos quais 603 de SIDA, 195 de Complexo Relacionado com SIDA (CRS) e 1189 Portadores Assintomáticos (PA).

A proporção de casos novos de infecção diagnosticados em fase de SIDA está a diminuir, no entanto em 2009, cerca de 22% dos casos de infecção VIH ainda foram diagnosticados nesta fase (Fig. 7).

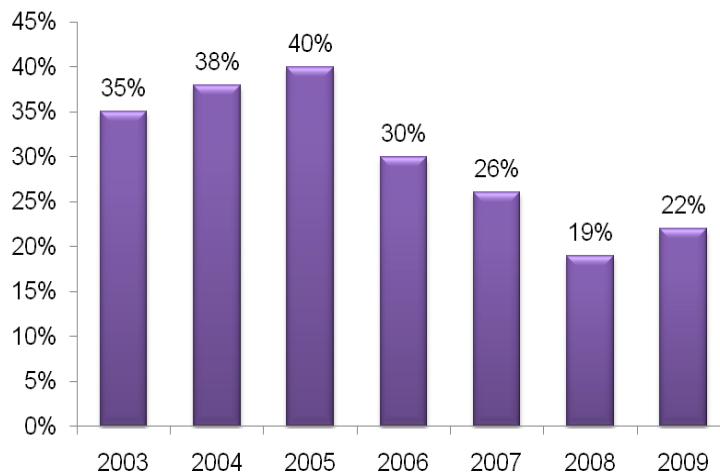


Figura 7 – Proporção de casos diagnosticados em fase de Sida
Fonte: NVEDT

A evolução da epidemia na região do Algarve, está ligada à ocorrência de casos transmitidos através de comportamentos sexuais de risco.

O número de casos associados ao consumo de drogas injectáveis diminuiu acentuadamente a partir de 1998 para em seguida estabilizar. Em 2009 parece apresentar uma tendência para diminuir. Desde 2007 que o número de casos devidos à transmissão homossexual apresenta uma tendência para aumentar, ultrapassando em 2009 o número de casos associados ao consumo de drogas injectáveis (Fig. 8).

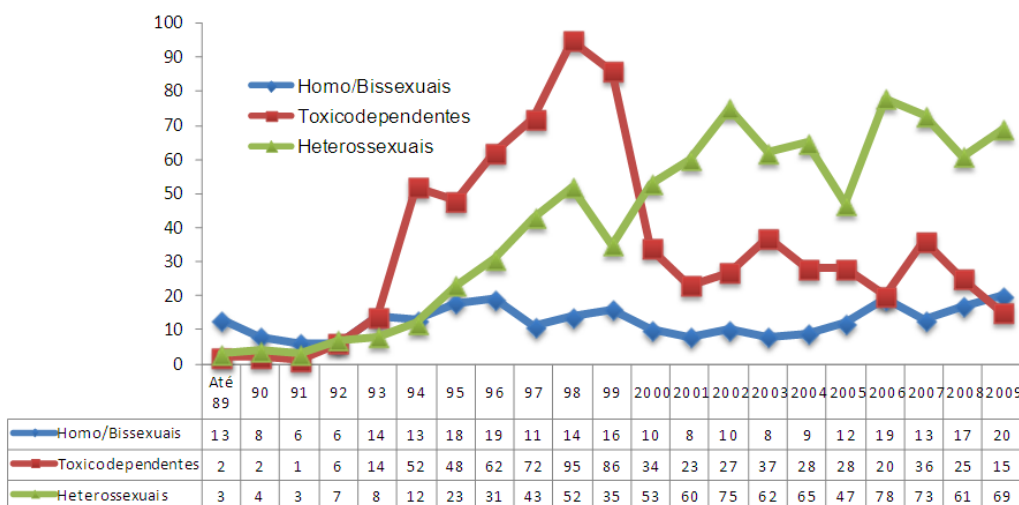


Figura 8 – Casos de infecção VIH por categoria de transmissão e ano de diagnóstico
Fonte: NVEDT

Em relação às doenças indicadoras de SIDA, em 2009, destacaram-se as “outras infecções oportunistas”, seguidas pela tuberculose, linfomas, pneumonia por pneumocistis carinii, sarcoma de Kaposi e pelo carcinoma indiferenciado do colo do útero (Fig. 9).

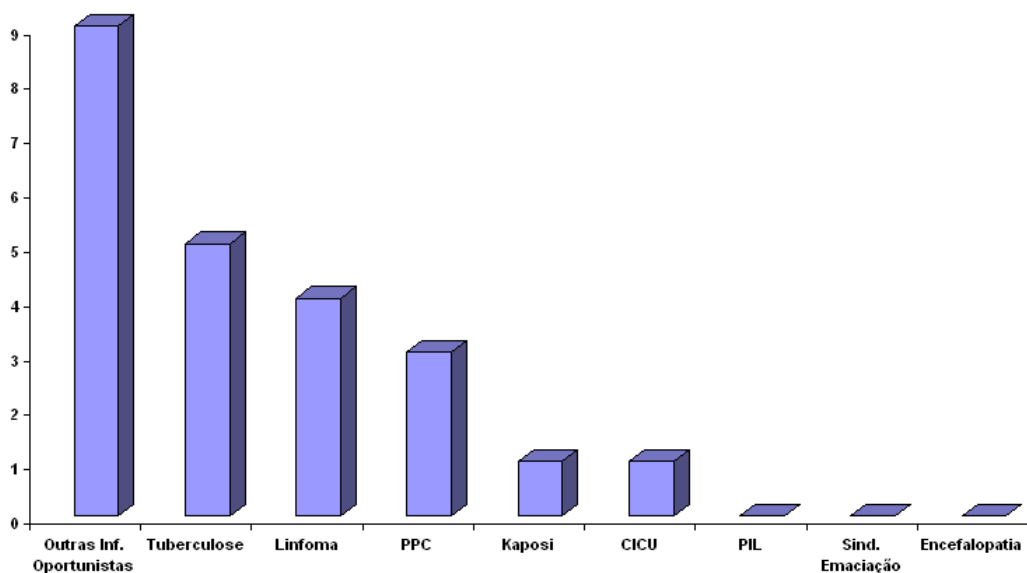


Figura 9 – Doenças Indicadoras de Sida em 2009
Fonte: NVEDT

Ao longo destes anos, a tuberculose sempre foi um indicador muito elevado da doença de SIDA (Fig. 10).

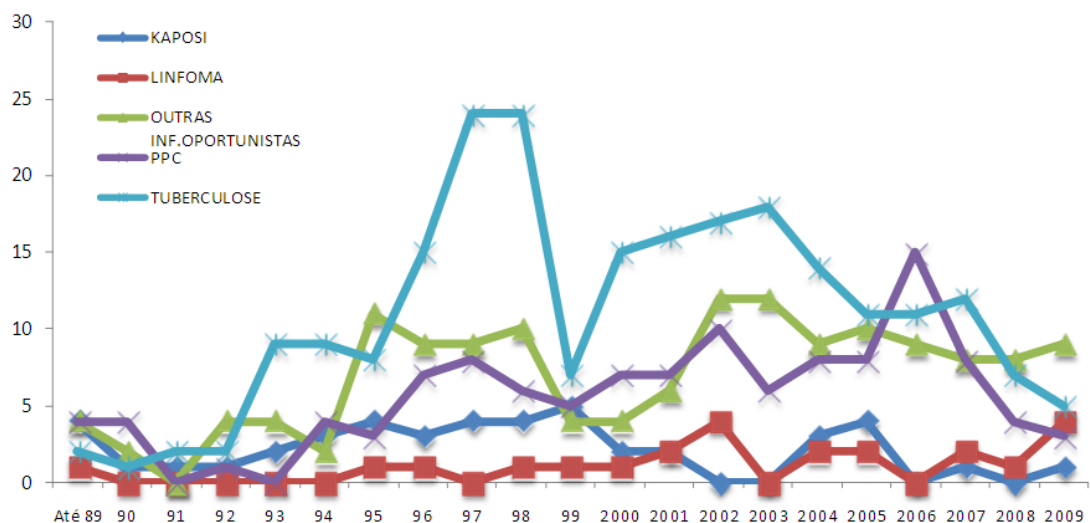


Figura 10 – Evolução de Doenças Indicadoras de Sida
Fonte: NVEDT

Desde o ano 2000 que o número de novos casos devidos transmissão heterossexual se sobrepõe à transmissão parentérica.

Em 2009, o número de novos casos transmitidos entre homo/bissexuais ultrapassa o número de casos transmitidos entre consumidores de drogas injectáveis.

Dos 70 novos casos referenciados no Algarve, 35 casos refere uma infecção por via heterossexual, 20 por via homo/bissexual e 15 por uso de droga endovenosa (Fig. 11).

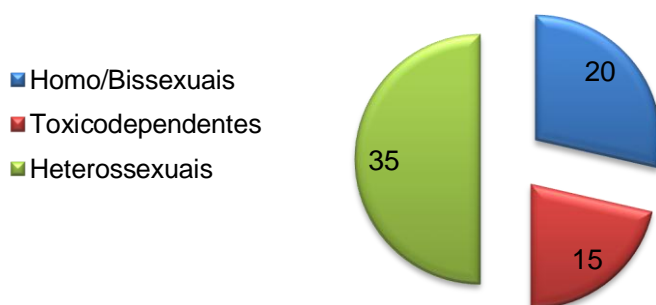


Figura 11 – Infecção VIH por categoria de transmissão em 2009
Fonte: NVEDT

O número de óbitos por SIDA diminuiu de 2007 para 2008. No entanto o número de óbitos ainda não mostra tendência para diminuir, pois em 2009 mantém o mesmo valor que em 2008. Grande número de casos continua a ser diagnosticado numa fase tardia da sua evolução (Fig. 12).

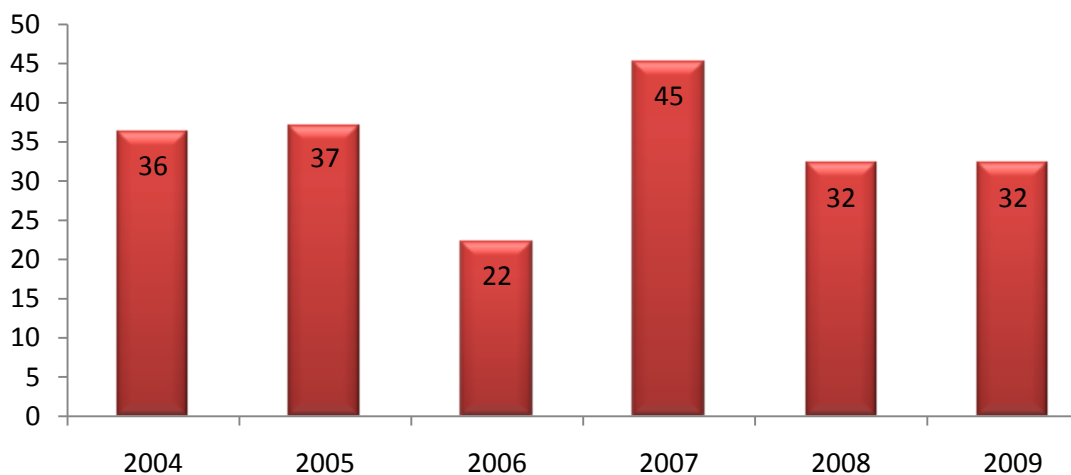


Figura 12 – Óbitos por Sida de 2004 a 2009

Fonte: NVEDT

São afectados mais homens do que mulheres e continua a afectar predominantemente os grupos etários dos 20 a 34 anos e 35 a 49 anos (Fig. 13).

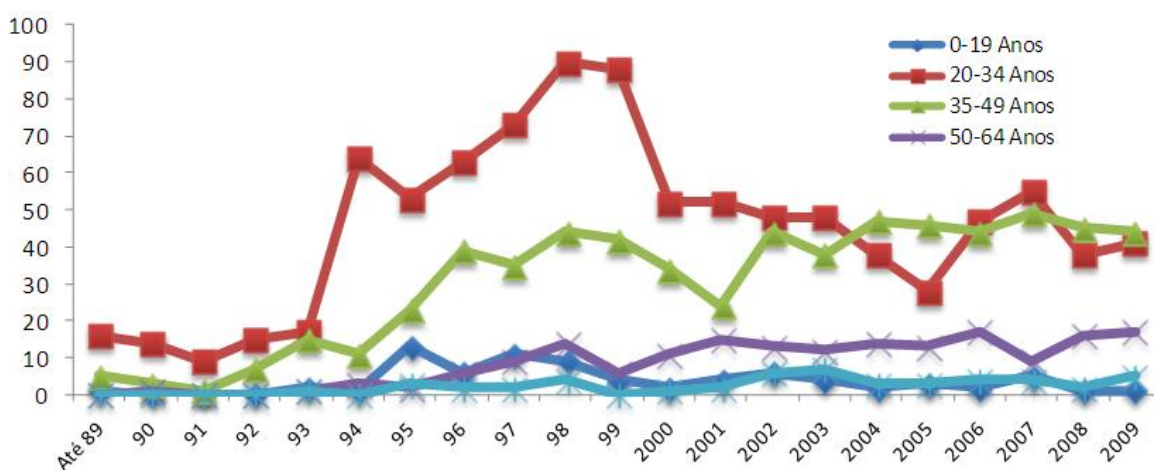


Figura 13– Infecção VIH por grupo etário e ano de diagnóstico até 2009

Fonte: NVEDT

A maioria das pessoas infectadas é de nacionalidade portuguesa (84%). Das 283 pessoas infectadas de nacionalidade estrangeira, 181 (64%) são de origem africana, seguem-se depois os países da América do Sul e Europa. Poucos são os doentes provenientes da Ásia e América do Norte.

Dos 16 concelhos da região, os mais afectados são os de Portimão, Olhão, Faro, Loulé e Vila Real Santo António.

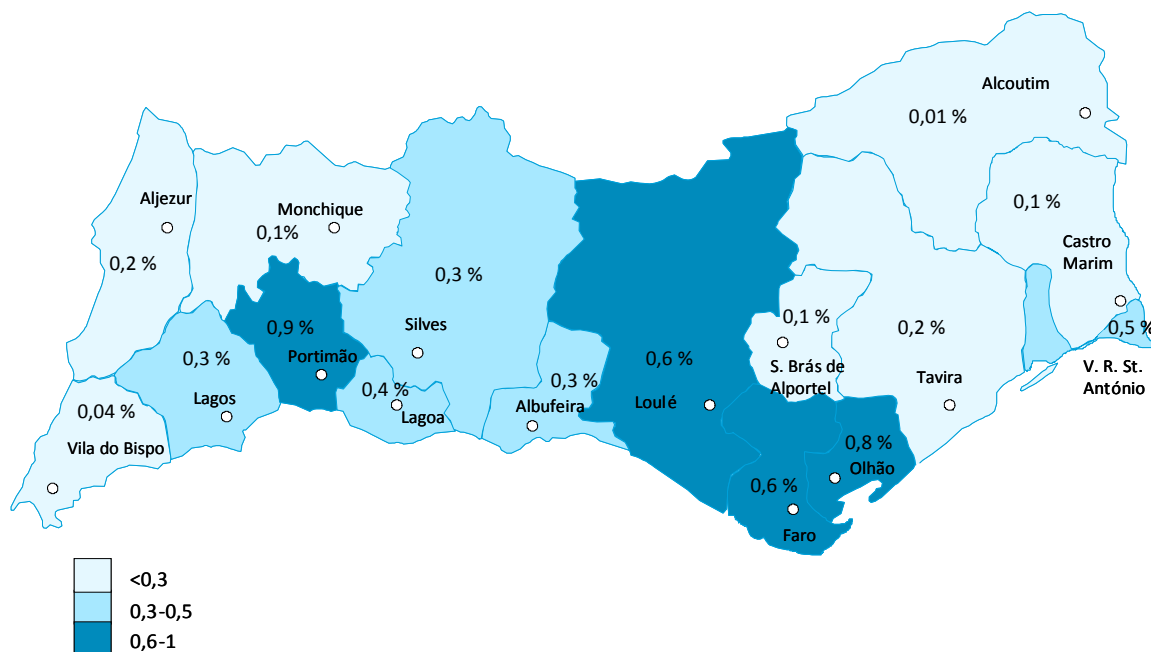


Figura 14 – Taxa de prevalência da Infecção VIH por Concelho do Algarve em 2009

Todos estes dados foram actualizados em Fevereiro de 2011, pelos dados fornecidos pelo Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas (NVEDT).

1.7 A infecção VIH/SIDA nos Cuidados de Saúde

1.7.1 Definição de Saúde

A Organização Mundial de Saúde, OMS, define a *saúde* como um estado positivo de bem-estar físico, psicológico, social, económico e espiritual e não somente ausência de doença. A *saúde* surge como “um construto multifactorial cujos determinantes incluem idades, sexo, factores hereditários, estilo de vida individual, influências sociais e comunitárias, condições de habitação e trabalho, bem como condições socioeconómicas” (Teixeira, 2007). Influenciada por factores individuais de natureza biológica e comportamental, os quais estão igualmente ligados a estilos de vida, a saúde individual depende ainda de factores sociais, económicos e ambientais. Em contraste com o carácter negativo da doença, do sofrimento e da incapacidade, esta definição da saúde realça a natureza positiva da saúde, na qual é essencial a existência de bem-estar psicológico associado à

percepção de controlo sobre a vida, à liberdade de escolha, à autonomia e à satisfação (Downie & col., 1990 cit. in Teixeira, 1997).

Reis (2005) define que a saúde e a doença representam diferentes coisas para diferentes pessoas. A definição de saúde como sendo alguém sem doença já não é verdadeira. As ciências da saúde trabalham no sentido de melhorar a saúde das pessoas e criar condições para que consigam funcionar o melhor possível dentro das possibilidades e limitações existentes e promover o seu bem-estar. A educação para a saúde visa promover mudanças comportamentais positivas em indivíduos, grupos e populações, de modo a desistir de comportamentos prejudiciais para a saúde e adoptarem comportamentos promotores da saúde (Feldman & Humphrey, 1996; Glanz, Lewis & Rimer, 1997; Green, 1984 cit. in Teixeira, 2007).

O objectivo primeiro da educação para a saúde é a mudança do comportamento dos indivíduos. Bennett e Murphy (1997) mencionam que para tal atitudes e crenças são considerados factores mediadores causais do comportamento.

Muitas vezes visam-se mudanças em comportamentos específicos como por exemplo na alteração de comportamentos alimentares, consumo de tabaco e álcool, comportamentos sexuais de risco e comportamentos que envolvem hábitos, designados como “estilos de vida”. O *comportamento saudável* é assim descrito como os atributos pessoais, sendo crenças, expectativas, motivos, valores, percepções e outros atributos cognitivo e de personalidade, que se relacionam com a manutenção, recuperação ou promoção da saúde.

Em 2002, a OMS refere a importância da promoção dos comportamentos ligados à saúde e a importância da identificação e prevenção de factores de risco. Dos dez factores referidos como evitáveis que contribuem para o risco na Saúde Global e que são responsáveis por um terço de mortes no mundo, aparece o “sexo não protegido” associado à infecção pelo VIH/sida (Matos, 2007). A prevenção da doença e a promoção da saúde tomam cada vez mais importância para a melhoria da saúde no mundo.

Cada vez mais a atenção dos técnicos de saúde e educação se vira para a identificação de factores protectores que promovam a resiliência na presença adversa de factores de risco.

1.7.2 A infecção VIH/SIDA nos Cuidados de Saúde Primários

“Os Cuidados de Saúde Primários são o pilar central do sistema de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados”, assim foram definidos os CSP pela Administração Geral do Sistema de Saúde em 2011.

“Nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) o foco principal é a saúde do bem-estar dos indivíduos e dos grupos sociais, nas diferentes fases do ciclo de vida” (Trindade, 2007).

No final do século XX, Armstrong considerou que a promoção da saúde estava ligada aos estilos de vida saudáveis. Este movimento dá ênfase à importância do controle pessoal sobre a prática dos estilos de vida. As alterações de comportamento envolvem este auto-controle e para isso é necessário activar e usar este auto-controle para modificar o risco (Ogden, 1995).

A prevenção é a arma mais poderosa pela qual cada indivíduo pode optar como forma de defesa. Com o aumento progressivo de casos de infecções com o VIH, a WHO (2007) continua a regulamentar e a propor medidas de prevenção, intervenção e tratamento que permitam a redução do risco para a saúde pública. Estas medidas passam pela educação e aconselhamento, teste do VIH e promoção correcta e consistente do uso do preservativo.

Segundo a UNAIDS (1997) é fundamental que, a realização do teste voluntário do VIH seja sempre acompanhado do aconselhamento e que o teste seja sempre feito após o consentimento do indivíduo.

Um profissional de saúde, independentemente do seu nível de qualificação, é a qualquer momento um elemento importante na rede social da pessoa infectada pelo VIH. A OMS (1994) e Cardoso (1999), referem que técnicos de saúde que acompanham pessoas seropositivas, sofrem de alguns problemas característicos, como por exemplo, de medo irracional, os quais se irão reflectir na relação que o técnico vai estabelecer com o doente.

Por mais informados que sejam os profissionais de saúde, ao falar de uma doença fatal, estes podem sentir-se “incomodados” por atitudes e medos irracionais ou mesmo enfrentarem frustrações e depressões.

Estas características encontram-se, por exemplo, em enfermeiros e médicos que têm de lidar diariamente com pessoas infectadas (CDC, 1987; Guerra, 1994).

Assim tanto os familiares, amigos como profissionais de saúde que lidam com a pessoa seropositiva, colocam constantemente as suas emoções, sentimentos e valores em risco. Sheridan (1989) e o CDC (1987) alertam para a necessidade de educar os profissionais de saúde, desde participação em formações e aconselhamentos para lidarem com os seus próprios medos e atitudes irracionais, menos positivas face à pessoa seropositiva, a também para os apoiar no seu trabalho.

Caso estes medos não sejam desmistificados, podem estar a contribuir para a criação de um sistema de saúde ineficaz na resposta às pessoas infectadas pelo VIH, e talvez, uma resposta inadequada e ineficaz na prevenção e detecção precoce desta infecção.

Relatórios revelam que indivíduos seropositivos são estigmatizados e discriminados pelo sistema de cuidados de saúde, na forma de recusa de tratamento (Teixeira et al., 1993; Panebianco et al., 1994); o não atendimento de utentes (Daniel & Parker, 1990; Masini & Mwampeta, 1993); a realização de testes VIH sem o consentimento do utente, violação da confidencialidade...(Panebianco, 1994).

A problemática do VIH/sida surgiu inicialmente como um problema de saúde, mas cada vez mais é considerado como um problema de ordem social, com múltiplas implicações na comunidade. Ser seropositivo, origina alterações emocionais com “implicações a nível psicológico, dificuldades de manutenção e/ou obtenção de emprego, diminuição das capacidades económicas e /ou rejeição dos elementos de suporte social do indivíduo, nomeadamente, colegas, amigos, vizinhos e, muitas vezes, a própria família” (www.sida.pt).

O tratamento e acompanhamento de pessoas seropositivas são carentes em múltiplos aspectos com a actual cobertura do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Torna-se necessário desenvolver esforços de articulação entre as diferentes unidades de saúde e de atendimento ao utente seropositivo. Apesar da medicação anti-retrovírica ser de acesso gratuito, as terapêuticas de profilaxia primária e secundária representam um custo elevado para o utente do SNS.

É uma prioridade apoiar os utentes na gestão do seu dia-a-dia, num esforço dos recursos, da rede de cuidados hospitalares, rede de cuidados continuados, rede de cuidados primários e rede de CAD (Centro de Aconselhamento e Detecção Precoce da Infecção pelo VIH), gerando mais-valias nas suas áreas clínicas, de enfermagem, de psicologia e de serviço social (www.sida.pt).

É importante o profissional de saúde ter uma boa relação médico-utente para ajudar tanto o utente seronegativo, a manter-se negativo, tanto o utente seropositivo, na adesão à terapêutica. O médico tem um papel preponderante na prevenção da infecção pelo VIH/sida mas também na detecção precoce. É ao médico que o utente recorre quando se sente doente, e esse momento é um momento propício para o médico investigar outras áreas da saúde, cuja doença não apresenta sintomas, como é o caso do VIH. Assim, um bom conhecimento desta infecção permite ao médico aconselhar o utente sobre os meios de prevenção e detecção precoce do VIH.

Por seu lado, a intervenção psicológica relacionada com VIH/SIDA pode e deve ter lugar, simultaneamente, nos serviços de saúde (Centros de Saúde, hospitais) e na comunidade. Esta intervenção psicológica tem lugar no quadro de equipas multiprofissionais e contribui para a melhoria de todos os suportes dos sujeitos afectados e infectados, dos dispositivos de intervenção individual, familiar e comunitária, do desenvolvimento de aconselhamento psicológico, de grupos de suporte e de ajuda mútua e, ainda, de prevenção do stress ocupacional e apoio aos técnicos de saúde. O papel do psicólogo pode ser considerado em três domínios principais.

O primeiro sendo a educação e prevenção, quer no âmbito de programas de promoção e educação para a saúde, quer de programas de prevenção. Isto implica participar em campanhas de informação e integrar equipas e programas de educação para a saúde e de prevenção, bem como influenciar as atitudes e comportamentos dos técnicos de saúde e realizar investigação.

O segundo, o aconselhamento nos serviços de saúde e na comunidade, nomeadamente nas diversas modalidades de aconselhamento VIH/SIDA (preocupados, seropositivos, doentes, famílias, etc.) e na formação de outros técnicos de saúde. Envolve uma atenção especial às questões da transmissão de informação, relação de ajuda, apoio no confronto e resolução de problemas, facilitação da mudança de comportamentos e da autonomia pessoal, e reforço do suporte social.

Por último, o apoio, no que se refere a apoio psicológico e psicoterapias, grupos de suporte e dinamização da ajuda mútua.

Está actualmente bem estabelecida a necessidade de incluir o tema da infecção VIH/SIDA na formação dos psicólogos. Todos os psicólogos deveriam obter formação básica em aspectos psicológicos associados à infecção VIH/SIDA e desenvolver competências básicas para investigação, de forma adaptada às necessidades da sua área de especialização clínica, educacional, comunitária ou organizacional (Teixeira, 1999).

O assistente social tem também um papel fundamental na assistência aos portadores da infecção VIH. Como profissional de saúde, o assistente social tem que ter uma abrangente visão social e desenvolver a sua prática consoante a necessidade dos seus utentes. Porém, necessita igualmente de trabalhar os seus próprios medos, angústias, dúvidas e dificuldades frente ao diagnóstico desta doença.

O papel do assistente social é o de esclarecer os utentes sobre os seus direitos sociais e assegurar o direito de acesso a estes direitos e benefícios. Estabelecem em conjunto um processo de soluções dos problemas do dia-a-dia. A preocupação do assistente social está na integração e participação da pessoa seropositiva na dinâmica da sociedade.

Os serviços de referência contam com assistentes sociais que devem ter habilidade para escutar, compreender e partilhar decisões com as pessoas que vivem com VIH de forma clara e acessível, evitando emitir juízo de valor que possa levar a atitudes preconceituosas e discriminatórias. Os vínculos de confiança estabelecidos entre a equipa e o utente facilitam o acompanhamento e a adesão ao serviço. Um bom atendimento faz com que ele se sinta seguro, respeitado e tenha confiança para expressar dúvidas relacionadas com o VIH. (Vila Nova, Motoso, Machado, & Silva, sd).

Por sua vez, o enfermeiro tem uma grande área de actuação na Saúde Pública e Cuidados de Saúde Primários, com a prevenção e promoção da saúde individual e das comunidades. O grande desafio do papel do enfermeiro não se centra apenas na sua vertente de prestação de cuidados, mas também, e cada vez mais, no seu papel preventivo, de apoio às comunidades, no seu esclarecimento e na sua informação (Ann et al. 2006). Devido à grande inter-relação entre a infecção pelo VIH e os comportamentos sexuais, torna-se indispensável alertar todos os utentes, numa base de prevenção, sobre as vias de transmissão e meios de protecção e

implicações futuras de se infectar com o vírus. São os enfermeiros no desenrolar da sua actividade laboral que lidam directamente com os doentes e que lhes prestam cuidados, pelo que se tiverem qualquer tipo de preconceito, resultante de falta de conhecimento, poderão não actuar como seria desejável e como qualquer utente merece (Potocky-Tripodi et al, 2007).

CAPÍTULO 2 – Variáveis sócio-cognitivas e comportamentais

2.1 Conhecimentos face à Infecção pelo VIH

Platão define o conhecimento como sendo uma crença verdadeira e justificada.

Já Aristóteles divide o conhecimento em três áreas: Científica, Prática e Técnica. (Barroso, 2008).

Na enciclopédia o “Conhecimento” é definido pelo acto ou efeito de abstrair uma ideia. A aquisição de conhecimentos teórico-práticos deve potenciar, no profissional de saúde, independentemente da sua categoria profissional, competências clínicas, psicossociais, éticas, deontológicas e de desenvolvimento pessoal que lhe permitam vir a ter um papel activo, com práticas eficientes, na prestação de cuidados de qualidade e na prevenção da infecção pelo VIH.

Desenvolver o pensamento crítico, pôr em questão a formação e a prática, reflectir na dimensão do acto de “cuidar” são desafios que ajudarão os profissionais a identificar os obstáculos que se lhes deparem, permitindo-lhes adquirir boas práticas face ao fenómeno VIH/sida.

Uma das formas de avaliar a informação e os conhecimentos da população é a realização de inquéritos sobre conhecimentos, atitudes e ideias-feitas sobre o vírus e a doença.

Em Portugal, Lucas levou a cabo, em 1987, um inquérito à população, tendo verificado que 56% dos inquiridos identificava a via sexual como a via de transmissão do VIH, 30,9% relacionava o contágio com as transfusões de sangue e 17,9% com seringas infectadas. Cerca de ¼ dos inquiridos desconhecia as formas de transmissão do vírus. Num estudo realizado em 2003, Amaro e al. verificaram que 31,5% da população estudada referia os serviços de saúde e as transfusões de sangue como situações de transmissão do VIH. Este dado não se devia a qualquer experiência pessoal de risco, mas, sim, “porque na sua mente havia uma associação entre essas situações e a infecção pelo VIH” (Amaro et al. 2004). Porém, os dados estatísticos de 1983 a 2004 (CVEDT, 2004) revelam que os serviços de saúde apenas podem ser responsabilizados por 1,5% das categorias de transmissão - no caso, o tratamento da hemofilia e as transfusões sanguíneas.

A pandemia do VIH é conduzida por comportamentos e existem várias teorias psicológicas e sociais que têm contribuído para o desenvolvimento e avaliação das intervenções de redução do risco do VIH. Contudo, segundo os dados do Programa Nacional de prevenção e controlo da infecção VIH/SIDA, 2007-2010, são escassos os estudos realizados na população em geral e nas populações mais vulneráveis sobre conhecimentos, atitudes e comportamentos face à infecção do VIH/SIDA.

No domínio da prevenção existe uma maior direcção para indivíduos não infectados e, é importante entender que não basta abordar as formas de transmissão, os comportamentos de risco e os meios disponíveis para evitar a infecção. É necessário focar as intervenções na mudança do comportamento.

Não basta ter a informação acerca da prevenção e a percepção do risco. É fundamental adquirir e treinar competências, como a auto-eficácia para promover a adopção de comportamentos protectores. Para tal, é fundamental proporcionar a aquisição e desenvolvimento de aptidões nos vários domínios, como a auto-estima, a comunicação, auto-eficácia, as relações interpessoais, promovendo o respeito entre os indivíduos (Silva, 2010).

Num estudo de Garrucho (2000), verificou-se que apesar dos conhecimentos médico-científico de que a SIDA não é uma doença exclusiva de determinados grupos (chamados grupos de risco), esta crença persiste. Persiste a tendência em considerar os homossexuais mais vulneráveis à infecção pelo VIH, sugerindo que os julgamentos morais sobrepõem-se ao saber científico. O autor conclui que médicos psiquiatras a trabalhar em hospitais psiquiátricos, têm uma maior sintonia com factores de ordem pessoal e sócio-cultural, em detrimento dos seus conhecimentos científicos, o que se pode revelar preocupante caso os médicos se recusem a prestar cuidados de saúde aos sujeitos seropositivos. Verificou-se ainda que as atitudes dos médicos psiquiatras estão relacionadas com a sua percepção de risco, quanto menor for a percepção de risco de contrair a infecção pelo VIH, mais positivas são as atitudes deste profissionais em relação à SIDA.

Através da revisão da literatura verifica-se que os estudos encontrados não vão ao encontro da subjectividade dos sujeitos relativamente a esta infecção. Por um lado temos o conhecimento, isto é, a informação correcta das formas de transmissão do vírus, por outro lado temos as crenças individuais de cada um acerca da mesma questão. O facto de se estar informado não implica necessariamente que o indivíduo adopte um comportamento protector, pois pode estar automaticamente protegido pelas suas crenças.

Um nível de informação pode estar automaticamente protegido pelas suas crenças. “Um nível de informação adequado não elimina, assim, a possibilidade do indivíduo possuir falsas crenças ou ideias não validadas sobre os modos de transmissão desta doença” (Negreiros, 2006).

2.2 Atitudes face à Infecção pelo VIH

O termo atitude foi introduzido na literatura psicológica por Thomas e Znaniecki, em 1918, para explicar as diferenças de comportamento observadas entre fazendeiros poloneses e norte americanos (Stahlberg & Frey, 1995). A partir de então, tal constructo passou a centralizar as atenções dos psicólogos, a ponto de ser considerado por Allport, em 1935, como um dos mais indispensáveis à Psicologia Social. Em 1998, Allport distingue a atitude da simples opinião na medida em que compreende uma dimensão afectiva, e não simboliza somente uma representação. As atitudes são disposições para reagir de forma positiva ou negativa face a um objecto, a uma pessoa, a uma ideia... Ao longo do século XX, muitas foram as definições que emergiram para este constructo. Thurstone (1946, citado por Brigham, 1991), por exemplo, considerou a atitude como a intensidade de afecto positivo ou negativo dirigido a um objecto psicológico. Aproximadamente na mesma época, Doob e Lott (1947, citado por Fishbein & Ajzen, 1975) conceitualizaram a atitude como uma resposta avaliativa em relação a um objecto. Rodrigues (1996), a partir da compilação de várias definições, abordou as atitudes como “uma organização duradoura de crenças e cognições, em geral dotada de carga pró ou contra um objecto social definido, que predispõe a uma acção coerente com as cognições e afectos relativos a esse objecto”.

Bawin-Legros e Coster (1998) definiram a atitude como sendo uma disposição do espírito com um carácter de relativa permanência e que prepara o indivíduo para a acção. Para estes autores, as atitudes traduzem-se por comportamentos ou acções.

Vários autores referem existir uma relação entre a atitude e o comportamento.

Fishbein & Ajzen (1975) e Ajzen (1988), desenvolveram o Princípio de Compatibilidade ou Correspondência. Assim o nível de correlação obtido depende do grau de compatibilidade entre atitude e comportamento. Atitude e comportamento devem ser definidos a um equivalente nível de especificidade (ou generalidade) de modo a obterem-se correlações relativamente altas.

Ainda que uma atitude geral (ex.: atitude para com a religião) seja tipicamente fraca preditora de um comportamento específico (ex.: frequentar um serviço religioso num determinado dia), tal atitude é relativamente boa preditora da tendência geral para uma pessoa se envolver em comportamentos relevantes para o objecto da atitude (ex.: envolvimento em comportamentos religiosos). De igual modo, atitudes específicas tendem a ser boas predictoras de comportamentos específicos.

O interesse no estudo das atitudes, em grande parte, é motivado pela possibilidade de se poder prever o comportamento a partir delas. No entanto, apesar de durante anos a investigação ter procurado encontrar uma relação entre as atitudes e a forma como as pessoas reagem, esta continua ainda a ser algo controversa, principalmente quando se tenta avaliar atitudes muito gerais face a comportamentos específicos (Ajzen, 1988; Eagly & Chaiken, 1992). Ajzen e Fishbein (1980) admitem que as atitudes são factores determinantes na previsão do comportamento mas realçam que apenas as atitudes específicas desempenhariam um papel importante na previsão do comportamento.

A Teoria da Acção Racional (TAR; Ajzen & Fishbein, 1980), introduzida em 1967, tem sido desenvolvida e testada ao longo dos anos, tendo por base a premissa de que os seres humanos são habitualmente racionais e fazem uso sistemático da informação disponível. Mais concretamente, defendem que as pessoas consideram as implicações das suas acções antes de decidirem envolver-se ou não num determinado Comportamento, contrariando o comportamento automático, daí a designação de “Teoria da Acção Racional”. Morrison, Baker e Gillmore (2000) definem a TAR como “um modelo cognitivo que descreve o processo de combinar informação de modo a orientar uma decisão sobre o comportamento”. Ao nível das características, este modelo é importante para compreender e promover a mudança de comportamento, nomeadamente a mudança para uma redução do comportamento de risco face ao VIH, tendo sido aplicado de modo consistente nesta área (Fishbein, Middlestadt, & Hitchcock, 1994; Terry, Gallois, & McCamish, 1993).

De acordo com Ajzen e Fishbein (1980), para uma compreensão mais completa das intenções, é necessário explicar porque e que as pessoas possuem certas atitudes e normas subjectivas. De acordo com a teoria, as atitudes em relação a um acto preventivo face ao VIH são uma função das crenças sobre as consequências de realizar o acto (crenças comportamentais) e a avaliação dessas

consequências (Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein et al., 1994). A atitude é uma dimensão avaliativa, que reflecte um sentimento geral de agrado ou desagradado face ao comportamento e baseia-se nas crenças comportamentais e na avaliação das consequências do comportamento.

Ajzen e Fishbein (1980) admitem que as atitudes são factores determinantes na previsão do comportamento mas realçam que apenas as atitudes específicas desempenhariam um papel importante na previsão do comportamento. De acordo com Ajzen as atitudes podem ser consideradas como uma disposição para responder de forma favorável ou desfavorável face a um objecto, pessoa, instituição, acontecimento. O conceito de atitude pretende ser um mediador entre a forma de agir e de pensar dos indivíduos; as atitudes são consideradas como conceitos hipotéticos, não observáveis directamente pressupondo-se que têm relação com os comportamentos.

Assim, as atitudes são um constructo teórico que, sendo inacessível à observação directa, tem de ser inferido a partir de respostas mensuráveis. Dada a sua natureza, estas respostas devem reflectir avaliações positivas ou negativas em relação ao objecto atitudinal e têm sido categorizadas em vários subgrupos: cognitivas, afectivas e comportamentais.

A investigação sobre as atitudes, conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde acerca da infecção do VIH, torna-se importante para definir temas de sensibilização/acção/formação e principalmente para aumentar e/ou implementar boas práticas nesta área.

Segundo Rodrigues (1999), a maioria dos estudiosos das atitudes considera que tal constructo é composto por três componentes ou dimensões: o afecto, a cognição e o comportamento. A dimensão cognitiva contém os pensamentos, as informações e as crenças que uma pessoa tem a respeito do objecto de sua atitude; a afectiva associa-se às emoções que a pessoa apresenta em relação ao objecto de sua atitude e a comportamental refere-se ao que a pessoa faz em relação a este objecto. Essas dimensões constituem, assim, os meios pelos quais se infere a atitude, já que ela, por ser um constructo puramente interno, não é directamente observável.

Eagly e Chaiken (1993), definem a atitude como a “tendência psicológica que se expressa mediante a avaliação de uma entidade (objecto) concreta com certo grau de favorabilidade ou desfavorabilidade”.

As autoras comentam, ainda, que as pessoas demonstram atitudes quando amam ou odeiam algo ou alguém, objectos concretos, organizações, ideias ou ideais. Tais atitudes, entretanto, expressam-se não apenas através do ódio e da paixão, mas também através de graus intermediários de emoção, como a atracção ou repulsa, as preferências ou aversões e o interesse ou desprezo. A partir dessas tendências, diz-se, então, que uma pessoa tem atitude positiva se aprova o objecto de sua atitude e negativa, se o reprova.

Eagly e Chaiken mostram-se adeptas de um modelo unidimensional, que considera apenas a dimensão avaliativo-afectiva na conceituação da atitude. Tal contraposição entre um modelo tridimensional e um modelo unidimensional na caracterização das atitudes tem marcado a evolução deste conceito e orientado o debate acerca da consistência entre atitudes e comportamento.

É importante avaliar o impacto das atitudes, como o estigma e a discriminação, relacionadas ao VIH. Responder ao VIH (HIV) e à SIDA (AIDS) culpabilizando e ofendendo as pessoas que vivem, ou que são afectadas por esta doença, empurra a epidemia para a clandestinidade criando assim as condições ideais para que o VIH se propague. O estigma e a discriminação ameaçam a eficácia da prevenção e dos programas de cuidados do VIH desencorajando as pessoas a fazerem o teste e a procurar informação sobre como se podem proteger a eles próprios e aos outros, têm um impacto destrutivo nas comunidades desfavorecidas, já estigmatizadas e marginalizadas. A discriminação contra as pessoas que vivem com, ou que estão afectadas com o VIH e a SIDA, ou aquelas que se assume estarem infectadas viola os direitos humanos fundamentais, em particular o direito a viver sem ser discriminado.

2.3. Conhecimentos e atitudes dos Profissionais de Saúde

Antes da aparição da infecção pelo VIH, nenhuma outra doença havia suscitado tanto debate entre os profissionais de saúde, incluindo trabalhadores de hospitais, ambulatório, unidades oncológicas e laboratórios de análises clínicas e patologia. Apesar de conhecerem os riscos de transmissão de outros vírus carregados pelo sangue, como as hepatites B e C, o VIH causou uma enorme discussão entre os profissionais de saúde. Nos dois primeiros anos desta epidemia extremamente letal, os profissionais de saúde receavam pela própria saúde, ponde em causa a transmissão ocupacional, teoricamente possível, e que foi confirmado em 1983 quando do reconhecimento de casos de transmissão do VIH associados com a administração de hemoderivados. No mesmo ano foram recomendadas precauções com sangue e fluidos com sangue visível. Em 1984, foi relatada o caso de uma enfermeira britânica que se infectou ao cuidar de um doente com Sida. Em 1987, o CDC tomou conhecimento de três casos de transmissão por contacto cutâneo-mucoso com sangue contaminado, e, em seguida, recomendou a adopção de “precauções universais” com sangue e outros líquidos corpóreos para evitar a transmissão ocupacional para profissionais de saúde (CDC, 1988).

Importa salientar, que desde sempre a infecção pelo VIH vem acompanhada pelo sentimento de medo, quer seja um cidadão comum, quer seja um profissional de saúde, o sentimento, não muda.

Em Maio de 2009, o serviço nacional de saúde (SNS) inglês recusou prestar apoio médico a um seropositivo. Após o doente ter instaurado um processo contra o hospital, este foi indemnizado, recebeu um pedido de desculpas por parte do SNS da Irlanda do Norte e claro foi-lhe prestada a endoscopia que necessitava. “O serviço nacional de saúde local admitiu que a razão foi a estatuto para o VIH do indivíduo em causa”.

Muitos são os factores que contribuem para o estigma e a discriminação relacionada com o VIH: o facto da infecção VIH ser uma doença potencialmente fatal, a não compreensão da doença (por exemplo mitos e conceitos errados sobre como o VIH é transmitido, a associação do VIH com comportamentos e estilos de vida específicos (por exemplo homossexualidade e consumo de drogas injectáveis), os preconceitos existentes contra grupos da população já estigmatizados e discriminados devido à sua raça, sexo e/ou orientação sexual, e a irresponsabilidade e notícias tendenciosas da imprensa relacionadas com o VIH.

São vários os exemplos de discriminação relacionados com o VIH. No trabalho, exemplos de práticas discriminatórias incluem testes do VIH antes da admissão a um trabalho, recusa de empregar pessoas que sejam seropositivas, assédio no trabalho e pressão para que se demitam. O Consórcio Nacional de Luta contra a SIDA (National AIDS Trust - NAT) desenvolveu um pacote de recursos para os patrões com o objectivo de prevenir o estigma e a discriminação no local de trabalho. Na habitação, há relatos de ocorrências de discriminação que incluem desde a recusa em alugar uma propriedade sem dar uma razão, a assediar um inquilino ou, até mesmo o despejo sem motivo. Até mesmo no mercado dos seguros se verifica a prática de requererem um teste de VIH antes de providenciar seguro, ou recusam-se a providenciar seguro de saúde e seguro de vida a homossexuais, seja qual for o seu estado serológico.

Os prestadores de serviços também podem discriminar, especialmente no que diz respeito ao acesso aos cuidados de saúde. Exemplos disto incluem médicos de clínica geral, cirurgiões, enfermeiras ou dentistas que se recusam a tratar pacientes com VIH, providenciando padrões de cuidados de saúde discriminatórios ou adoptando medidas de controlo da infecção desnecessárias, como deixar para última consulta o utente infectado (www.nat.org.uk).

No artigo “Cirurgião Seropositivo. Do Pânico ao Direito” é feita uma análise dos instrumentos normativos à situação de um médico-cirurgião a quem foi diagnosticada seropositividade para o VIH, pelos serviços de medicina do trabalho. É discutida a legitimidade de submeter o médico-cirurgião a um teste para o VIH, no âmbito da medicina do trabalho bem como os requisitos do consentimento informado para a realização do teste.

Por outro lado, é analisado o problema da confidencialidade da informação médica e a legitimidade de serem tomadas medidas restritivas do conteúdo funcional do estatuto profissional do cirurgião, bem como os deveres do Conselho de Administração face ao médico-cirurgião. Este artigo debruça-se mais sobre a parte legal de como um funcionário realiza um teste VIH e o resultado fica a ser conhecido pela entidade patronal e por aí fora. Os temas da confidencialidade, sigilo profissional são abordados.

No artigo “Discriminação de um trabalhador portador de VIH/AIDS: reflexão à luz do direito português”, refere-se “o direito à reserva da intimidade da vida privada abrange quer o acesso, quer a divulgação de aspectos atinentes à esfera íntima e

pessoal das partes, nomeadamente relacionados com a vida familiar, afectiva e sexual, com o estado de saúde e com as convicções políticas e religiosas.”

A ONUSIDA tem elaborado relatórios e campanhas pelo mundo inteiro com o objectivo de informar a população sobre a infecção VIH/sida.

Em 2002 realizou uma campanha mundial sobre o estigma e a discriminação relacionada com o VIH/sida. No relatório sobre a campanha são apresentadas acções e respostas que tiveram sucesso durante a campanha, como responder ao estigma, como enfrentar a discriminação e algumas estratégias para conseguir esse sucesso.

Em 2000, é apresentado pela ONUSIDA, um estudo realizado na Índia e no Uganda. Com várias questões de partida e de investigação, na Índia como “quais são as várias formas de expressão directa e indirecta de estigmatização, discriminação e rejeição relacionadas com o HIV/SIDA na Índia e como é que estas formas variam nas diferentes localizações das cidades?”, “Quais são os resultados da estigmatização, discriminação e rejeição relacionadas com o HIV/SIDA e se algumas destas experiências podem ser utilizadas nas intervenções?”; no Uganda, o estudo tinha por objectivo “analisar as diferentes formas de estigmatização, discriminação e rejeição relacionadas com o HIV/SIDA em locais contrastantes”, “Estabelecer os factores que influenciam as diferentes formas de estigmatização, discriminação e rejeição relacionadas com o HIV/SIDA”, “Analisar as várias respostas resultantes da estigmatização, discriminação e rejeição relacionadas com o HIV/SIDA”.

O estudo foi realizado maioritariamente através de entrevistas e perguntas abertas. Vários temas emergiram nas respostas tanto no estudo realizado na Índia como no Uganda. Como ponto principal de conclusão destes estudos, “o que é necessário urgentemente é uma política de antidiscriminação do governo apoiada por uma lei destinada a garantir a protecção dos direitos das pessoas seropositivas”.

Em 2000 falava-se então dos direitos humanos e dos direitos da pessoa seropositiva, em 2009, ainda não podemos dizer que este objectivo foi atingido.

O GAT, Grupo Português de Activista sobre Tratamentos de VIH/SIDA, tem desenvolvido várias acções e distribui gratuitamente a revista “Acção & Tratamentos” à população que a solicitar, assim como a ONG's, IPSS's e entidades

públicas. O GAT tem sido muito activo no que diz respeito à luta contra a discriminação da pessoa seropositiva, sendo o director do GAT, infectado pelo VIH. Num trabalho de André Pereira (2009), o mesmo autor dos dois artigos referidos anteriormente, intitulado “Discriminação dos trabalhadores com VIH/Sida: aspectos jurídicos e sociais” são discutidos os casos dum cirurgião e dum cozinheiro, seropositivos, a protecção da confidencialidade e outros aspectos legais (www.gatportugal.org). Ou seja, já existem acções para tentar mudar as leis existentes no sentido talvez da “lei antidiscriminação” já referida nos estudos da ONUSIDA em 2000.

No manual “Sida & Meio Laboral”, podemos encontrar linhas orientadoras de uma política sobre a SIDA, estratégias de difusão de informação e meios de prevenção da SIDA nos locais de trabalho; e alguns artigos jornalísticos recentes onde podemos comprovar que a discriminação existe e que os portadores da infecção pelo VIH a sentem, quer seja no trabalho, na rua e mesmo nos serviços de saúde.

Após uma denúncia de uma utente portadora da infecção VIH/sida, onde a utente diz que lhe foi recusado uma consulta de diagnóstico num hospital, tendo o médico solicitado que ela ficasse para ser atendida em último, o bastonário da Ordem dos Médicos, Pedro Nunes, considerou em Fevereiro 2009 as atitudes destes profissionais de saúde de “intoleráveis”. “É inadmissível que aconteçam situações dessa natureza, de discriminação social. Mas os profissionais de saúde e os médicos, em particular, não são isentos de medo e de preconceitos.”

Para responder de maneira eficaz ao estigma e à discriminação relacionada com o VIH, uma variedade de estratégias para lidar com o preconceito e proteger os direitos das pessoas tem de ser implementadas.

Já existe uma Legislação contra a discriminação, presentemente, composta de três estatutos principais que lidam com sexo, raça e deficiência respectivamente. Estes estatutos são a Lei de Discriminação Sexual de 1975 (Sex Discrimination Act 1975), a Lei de Relações Raciais de 1976 (Race Relations Act 1976), e a Lei de Discriminação por Deficiência de 1995 (Disability Discrimination Act 1995). Além disto, desde Dezembro de 2003, as Normas de Igualdade no Trabalho (Orientação Sexual) de 2003 (Employment Equality (Sexual Orientation) Regulations 2003) proíbem a discriminação com base na orientação sexual no trabalho e cursos profissionais.

Discacciati e Vilaça (2001), num estudo sobre o atendimento de utentes seropositivos por parte de médicos dentistas, referem que o conhecimento de que o utente é portador da infecção VIH aumenta a recusa de atendimento deste utente ou o encaminhamento para outro profissional sem motivo justificável. Tais atitudes são discriminatórias, e embora possam parecer uma boa alternativa para o profissional inseguro, são ilógicas, pois vários estudos concluíram que a infecção pelo VIH é um problema menor que a Hepatite B para a equipe odontológica, e que o VIH tem uma probabilidade de infecção baixíssima, sendo ainda facilmente destrutível fora do organismo do doente. As autoras revelam que ainda existe preconceito e desconhecimento sobre o risco de infecção pelo VIH e Sida, tanto por parte dos cirurgiões dentistas quanto por parte de outros pacientes.

O facto de um profissional de saúde saber que um paciente está infectado pelo vírus da imunodeficiência humana, ou que tem comportamentos de risco que o podem levar à infecção, deve encorajá-lo a ter comportamentos saudáveis e de prevenção (Samaranayake & al, 1995).

Na verdade, os profissionais de saúde devem considerar todos os pacientes como potencialmente infectados, sendo que os procedimentos de biossegurança devem ser adoptados como uma rotina em todo e qualquer procedimento, indiscriminadamente (CDC, 1987).

Em 1999, Vilaça, num estudo com odontopediatras, revelou que os profissionais com sentimentos e atitudes mais positivos apresentavam 15,8 vezes mais de probabilidade de estarem receptivos para atender crianças e adolescentes seropositivos, do que aqueles com sentimentos e atitudes mais negativos. Conclui ainda que o grau de conhecimento relativo à infecção pelo VIH ou Sida não influenciou a disponibilidade para atender crianças e adolescentes seropositivos.

As atitudes negativas face à infecção pelo VIH podem ter consequências pior que a própria doença, e já passaram muitos anos desde que a infecção VIH foi descoberta, pelo que já é tempo de deixar de apontar o dedo a quem vive com o VIH mas também é tempo de alterar os nossos comportamentos no sentido de melhorar a prevenção e detecção precoce desta doença.

PARTE II – ESTUDO DE CAMPO

CAPÍTULO 3 – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Neste capítulo vamos apresentar o enquadramento metodológico desta investigação, nomeadamente a amostra seleccionada, as hipóteses e variáveis, e as características dos instrumentos de avaliação dos conhecimentos e das atitudes face à infecção pelo VIH.

3.1 Tipo de Estudo

Propõe-se estudar os conhecimentos e atitudes dos profissionais de saúde a exercer nos cuidados de saúde primários do Algarve, face ao vírus da imunodeficiência humana.

Pretende-se avaliar a relação entre estas duas variáveis sociocognitivas e comportamentais.

Face ao objectivo proposto, pretende-se desenvolver um estudo quantitativo, descritivo, exploratório e transversal.

O estudo quantitativo procura a explicação do comportamento das coisas, atribui a qualidade de reprodutibilidade. Carmo e Ferreira (1998) descrevem o paradigma quantitativo como estando ligado à observação de fenómenos, formulação e hipóteses explicativas desses mesmos fenómenos, o controlo das variáveis, a selecção aleatória dos sujeitos de investigação, a verificação ou rejeição de hipóteses com base numa abordagem matemática para as testar, com o objectivo de generalizar resultados a uma população, estabelecendo relações causa-efeito e prevendo resultados.

O estudo descritivo (Carmo & Ferreira, 1998; Gil, 1994) tem como objectivo a descrição exacta das características de uma determinada população ou fenómeno assim como o estabelecimento de relações entre variáveis.

O estudo exploratório, segundo estes mesmos autores, é adequado no sentido em que tem também o intuito de criar uma nova visão acerca do problema.

O estudo transversal tem como objectivos procurar rapidamente associações comuns entre factores. São estudos apropriados para descrever características das

populações no que diz respeito a determinadas variáveis e os seus padrões de distribuição. Nestes tipos de estudos, todas as medições são feitas num único "momento", não existindo, portanto, período de seguimento dos indivíduos.

A maior vantagem dos estudos transversais prende-se com a prontidão com que se podem tirar conclusões e com a não existência de um período de seguimento. São também estudos adequados à análise de redes de causalidade.

3.2 Delineamento do Estudo

3.2.1 Hipóteses

Para corresponder aos objectivos deste estudo, e identificar os conhecimentos e atitudes face à infecção VIH dos profissionais de saúde nos cuidados de saúde primários do Algarve, foram elaboradas as seguintes hipóteses:

H1: O conhecimento dos profissionais de saúde face à infecção VIH influencia positivamente nas suas atitudes.

H2: O género (masculino, feminino) dos profissionais de saúde influencia nas suas atitudes face à infecção VIH.

H3: A categoria profissional dos profissionais de saúde influencia nas suas atitudes face à infecção VIH.

H4: A formação na área da infecção pelo VIH, dos profissionais de saúde, influencia nas suas atitudes face à infecção VIH.

H5: O tempo decorrido desde a última formação realizada na área da infecção pelo VIH, pelos profissionais de saúde, influencia nas suas atitudes face à infecção VIH.

3.3 População e Amostra

3.3.1 População do Estudo

A rede pública de cuidados de saúde primários da região do Algarve é constituída por três Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). Estes incluem um total de 16 Centros de Saúde e 68 extensões, organizados em Unidades de Saúde

Funcionais (USF). De acordo com o levantamento da secção de pessoal da Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P., em Janeiro de 2011, exercem funções nestes três ACES, 1437 pessoas, desde médicos, pessoal de enfermagem, pessoal técnico superior, outro pessoal técnico (fisioterapeutas, higienistas orais...), pessoal administrativo e outro pessoal (serviços gerais e auxiliar...).

Desta população, foram escolhidas as categorias profissionais que maiores probabilidades teriam de contactar com o utente seropositivo e que mais poderiam influenciar no atendimento do utente. Ou seja, desta população, foram seleccionados médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, a trabalhar nos cuidados de saúde primários no Algarve.

3.3.2 Amostra seleccionada

Hill e Hill (2000) referem que pode ser analisada apenas uma parte dos casos que constituem a população, parte essa que é designada por amostra. Acrescentam ainda que, a amostra deve ser representativa da População. Esta é uma amostra de conveniência dentro do universo que se pretende estudar, ou seja, junto dos profissionais de saúde – médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais – a exercer funções nos cuidados de saúde primários no Algarve.

A amostra é assim constituída por 225 profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais a exercerem funções nos cuidados de saúde primários no Algarve.

Para ter confiança nos resultados, o número de participantes da amostra foi calculado com base na regra do polegar (Hill e Hill, 2000). Assim, é necessário um número mínimo de cinco participantes para cada item formulado ($N=5k$) para se poder efectuar uma análise factorial e testar adequadamente as hipóteses.

Apresenta-se os números de profissionais de saúde a exercer funções nos ACES do Algarve, cedidos pela Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P em Janeiro de 2011 e os números da amostra recolhida em cada um dos Centros de Saúde (Tabela 1).

Tabela 1 – População e Amostra do estudo

	Médicos	Enfermeiros	Psicólogos	Assistentes Sociais
Albufeira – População	23	41	2	2
Amostra	8	17	2	3
Alcoutim – População	4	9	0	0
Amostra	1	1	0	1
Aljezur – População	3	6	0	0
Amostra	0	11	0	0
Castro Marim – População	8	5	0	0
Amostra	2	3	0	0
Faro – População	64	40	3	2
Amostra	1	13	3	1
Lagoa – População	19	33	1	1
Amostra	2	16	2	1
Lagos – População	7	25	1	1
Amostra	0	15	3	1
Loulé – População	45	55	3	2
Amostra	6	19	5	1
Monchique – População	8	5	0	1
Amostra	1	5	0	1
Olhão – População	29	36	2	2
Amostra	4	3	2	1
Portimão – População	34	34	2	1
Amostra	3	16	3	1
S. Brás Alportel – População	7	18	0	1
Amostra	0	4	0	1
Silves – População	20	34	1	1
Amostra	4	7	1	1
Tavira – População	19	32	1	1
Amostra	3	7	1	1
Vila do Bispo – População	4	6	0	1
Amostra	1	8	0	0
V. R.S^{to} António – População	14	31	1	3
Amostra	3	13	1	1
Total da População	308	400	17	19
Total da Amostra	39	148	23	15

A amostra é assim composta por 39 médicos, 148 enfermeiros, 23 psicólogos e 15 assistentes sociais. Em todas as categorias profissionais foram aceites os questionários preenchidos por estagiários, daí o número de psicólogos da amostra ser superior ao número total da população (onde só consta o número dos profissionais contratados).

3.4 Instrumentos de Pesquisa

3.4.1 Instrumentos de avaliação dos dados sócio-demográficos

Foi elaborado um primeiro questionário para avaliar os dados sócio-demográficos. De acordo com bibliografia encontrada, os dados solicitados foram operacionalizados em variáveis (Anexo B).

O “género” do profissional de saúde foi operacionalizado em duas categorias: masculino e feminino.

O “estado civil” foi operacionalizado em seis grupos: solteiro, casado, união de facto, divorciado, viúvo e outro (caso pessoas quisessem colocar separado).

A variável formação foi operacionalizada em duas categorias: sim e não.

Para análise dos dados representantes da variável “há quantos anos recebeu formação na área da infecção pelo VIH?” foi necessário operacionalizá-la em quatro grupos: não recebeu formação; de 1 a 4 anos; de 5 a 9 anos; mais de 10 anos.

A amostra foi também inquirida quanto à idade, concelho de residência e local de trabalho.

3.4.2. Instrumento de avaliação dos conhecimentos face à Infecção pelo VIH

Para avaliar os conhecimentos na área da Infecção pelo VIH da nossa amostra, foi utilizado o “Questionário de Conhecimento do VIH”, versão adaptada para a língua portuguesa por Cruz, (1998) do *HIV-Knowledge Questionnaire Study (HIV-K-Q)*, de Carey, Morrison-Beedy e Johnson (1997). No presente estudo, foi utilizada a versão reduzida de 45 itens.

3.4.2.1. Questionário de Conhecimento de HIV (HIV-K-Q) – versão original

Este questionário foi criado e validado para ser de auto-preenchimento e avaliar os conhecimentos face ao vírus da imunodeficiência humana (VIH), na sua versão original é constituído por 62 itens, com sistema de resposta dicotómica, do tipo verdadeiro e falso, aos quais corresponde uma cotação de 0 (zero) valores para a resposta incorrecta e de 1 (um) valor para a resposta correcta. O resultado consiste no somatório das respostas correctas. Está construído para que as pontuações mais elevadas correspondam níveis de conhecimento mais elevados. Os itens correspondentes às respostas verdadeiras são: 4, 5, 6, 11, 12, 13, 14, 16, 18, 21, 24, 25, 28, 30, 31, 35, 36, 37, 39, 43, 44, 47, 51, 52, 53, 55, 59 e 60, sendo as restantes falsas.

Este questionário pode ser preenchido por qualquer pessoa, desde que tenha um nível básico de ensino. São necessários somente 7 minutos para o preenchimento.

O objectivo do questionário é o de obter dados sobre os conhecimentos que o indivíduo possui na área da infecção pelo VIH/SIDA.

Este questionário abrange as vias de transmissão e de não-transmissão da infecção pelo VIH, estratégias eficazes de redução de risco (utilização do preservativo masculino e feminino) e ineficazes (tomar banho, pílula, vacina) e consequências da infecção (período assintomático, tratamento e evolução da doença).

3.4.2.2. Questionário de Conhecimento de HIV (HIV-K-Q) – versão reduzida

Destes 62 itens, os autores optaram por excluir 17 itens, seis itens por serem considerados demasiados fáceis (itens número 5, 10, 13, 18, 22 e 31) e 11 cuja correlação item-total era inferior a 0,30 (itens número 6, 23, 24, 34, 36, 39, 43, 52, 53 e 54).

A análise do questionário de 45 itens resultou num único factor ao que chamaram de “conhecimento de VIH”. Foi encontrada uma consistência interna avaliada através do valor de *alfa* de Cronbach de .91, considerada muito boa. Este valor é consistente no tempo mantendo-se com o valor de $\alpha = .90$ passadas doze semanas (Carey, Morrison-Beedy & Johnson, 1997).

No estudo de validação deste questionário, os autores utilizaram uma amostra (N=1033) que reuniu grupos distintos de sujeitos atendendo ao seu nível de conhecimento relativamente à infecção pelo VIH, nomeadamente peritos em VIH, estudantes universitários, e três grupos seleccionados na população em geral (mulheres, utentes de cuidados primários e casais). Estes autores calcularam o alfa de Cronbach para este questionário, em cada um destes grupos. O valor mínimo obtido foi de ,83 e o valor máximo foi de ,93.

Neste presente estudo, com um N=225, o alfa de Cronbach para esta amostra foi de ,61. Segundo Pestana e Gageiro (2000), considera-se este valor aceitável para avaliar a variável que se pretende medir.

3.4.3. Instrumento de avaliação de atitudes face à Infecção pelo VIH

O “Questionário de Atitudes” foi criado especificamente para este estudo. O objectivo deste questionário é o de obter dados sobre as atitudes que os profissionais de saúde têm face ao utente seropositivo e a infecção pelo VIH. Os itens foram orientados no sentido de avaliar o grau de atitudes, atitudes mais positivas e atitudes menos positivas. (Anexo C).

Foi realizado um pré-teste onde obtivemos 30 respostas, sendo três de médicos, quatro de psicólogos e vinte e três de enfermeiros, a exercer funções nos cuidados de saúde primários nos centros de saúde de Faro, Olhão e Monchique. A entrega do questionário no pré-teste decorreu durante o horário de trabalho dos profissionais de saúde, entre Novembro e Dezembro de 2010.

Para a elaboração deste instrumento de avaliação de atitudes, foram tidos em consideração aspectos fundamentais para a sua validação. De acordo com Hill e Hill (2000), para validar um instrumento, é necessário que sejam cumpridas determinadas operações que são: a avaliação da consistência interna através do valor de *alfa* de Cronbach; a avaliação da correlação “Item-Total” e a análise factorial exploratória. Desta forma, é importante a validade de conteúdo, em que os itens do questionário medem directamente os aspectos das componentes da variável latente (Pacheco, 2005).

A análise de correlação de cada item com o total da escala a que pertence, sem o peso do item em causa, permite uma melhor avaliação da variável em estudo, assumindo-se que cada item deverá contribuir para avaliar o que se pretende medir (Golden *et al.*, 1984; Hill & Hill, 2000 cit. por Pacheco, 2002). Pacheco, Murcho e Jesus (2005) consideram estatisticamente significativas e fortes, correlações entre o valor do item e o total da escala, cujo valor seja superior a 0.3.

Em último, deve-se averiguar o exame de fiabilidade (Hill & Hill, 2000). A medida de uma variável latente é fiável se for consistente. Para estimar a consistência interna (fiabilidade interna), o coeficiente alfa (α) desenvolvido pelo investigador Cronbach. A análise de consistência interna é o método mais adequado de análise para escalas do tipo Likert, sendo assim possível verificar qual o grau de homogeneidade existente entre as respostas dadas aos diferentes itens que compõem a escala. Nos instrumentos de avaliação psicológica, Pestana e Gageiro (2000) consideram que um instrumento que apresente uma consistência interna de 0.7 é considerado adequado para avaliar a variável que se pretende medir. Porém existe na literatura instrumentos cuja consistência interna está abaixo deste valor de 0.7. Hill e Hill (2000), (cit. em Pacheco, 2005) referem que o coeficiente alfa só é inaceitável abaixo de 0.6. Hill e Hill (2000) referem que se pode melhorar as estimativas dos coeficientes de fiabilidade usando uma amostra de dimensão igual ou superior a 200, sendo o caso neste estudo (N=225).

Para podermos generalizar os resultados obtidos com um maior rigor, foi utilizado um número elevado de sujeitos, de forma a cumprir o critério de Tinsley e Tinsley (1987), para quem o número de sujeitos deve ser pelo menos cinco vezes o número de itens do instrumento utilizado.

A escala de atitudes final é composta por quatorze itens que avaliam as atitudes mediante uma escala ordinal, tipo Likert, de sete posições (de 1 a 7). O total resulta na soma dos valores de cada um dos itens, sendo que os valores inferiores correspondem à uma atitude mais positiva.

A avaliação da consistência interna do questionário de atitudes foi efectuada através do coeficiente de alfa de Cronbach que segundo Pestana e Gageiro (2000) é o instrumento adequado.

Os resultados obtidos permitem verificar que a escala apresenta um alfa de 0.818, referido por vários autores como muito bom ($\alpha \geq 0.8$). Está assim garantida a fiabilidade e validade do factor “Atitudes” (Tabela 2).

Tabela 2 – Resultados obtidos da análise da consistência interna da atitude

Factor Atitudes	
Alpha de Cronbach	,818

Na análise da correlação item-total, verificou-se que existe uma correlação positiva e significativa para os itens em estudo. Os valores positivos e significativos com valores superiores a 0.3 (itens 1, 2,3, 4, 6, 7,8, 10, 12, 13 e 14) serão considerados neste estudo (Hill & Hill, 2000). Quanto aos itens 5, 9 e 11 que não apresentam correlações item-total com valores positivos superiores a 0.3, irão ser considerados no nosso estudo por serem itens importantes para avaliar a variável latentes em estudo e pelo carácter exploratório que o estudo oferece. Além disso, noutras investigações os autores consideraram os itens quando são significativos para o estudo (Pacheco, 2005; Jesus, 1996).

Tabela 3 – Resultados obtidos da análise da correlação item-total

Item	r
1	.747
2	.635
3	.815
4	.468
5	.043
6	.581
7	.481
8	.618
9	.208
10	.534
11	.226
12	.516
13	.449
14	.369

A análise factorial efectuada, não permitiu identificar factores que explicassem de modo satisfatório várias dimensões da escala de atitudes. Este resultado está de acordo com Eagly e Chaiken (1993), que propõe um modelo unidimensional, para a avaliação das atitudes.

Estas autoras, consideram apenas a dimensão avaliativo-afectiva na conceituação da atitude. Para além do facto destas autoras considerarem o conceito de atitudes unidimensional, na elaboração deste questionário, esteve subjacente igualmente apenas uma dimensão. Neste estudo, iremos considerar este único factor como “Atitudes”.

3.5. Procedimentos

Os dados para a realização deste estudo foram recolhidos através de três questionários: um questionário sócio-demográfico, o questionário sobre conhecimentos em VIH e um questionário sobre atitudes frente ao utente seropositivo. Para o procedimento de aplicação dos questionários foi solicitada a autorização à Administração Regional de Saúde do Algarve IP e da Comissão de ética. O questionário foi aplicado nos 16 centros de saúde e em duas extensões de saúde, a extensão de saúde da Fuzeta (Concelho de Olhão) e na extensão de saúde de Quarteira (Concelho de Loulé).

Esta aplicação teve uma primeira fase, de pré-teste, para validar o questionário de atitudes que foi criado para este estudo. Entre Novembro e Dezembro de 2010, foram distribuídos aos profissionais de saúde de dois centros de saúde Monchique, e Olhão, 50 questionários. Foram recolhidos e analisados 30 questionários para a elaboração do pré-teste.

Numa segunda fase, e após validação do questionário de atitudes, os questionários foram aplicados à amostra pretendida para o estudo.

Foi solicitada a colaboração de colegas dos centros de saúde, que já realizaram a formação em “Aconselhamento e Detecção Precoce da infecção pelo VIH” organizada anualmente pela ARS Algarve, I.P e/ou que participam em rastreios da infecção, no sentido de articular com os profissionais de saúde, médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, em funções no mesmo centro de saúde, para a participação neste estudo e preenchimento dos instrumentos.

CAPÍTULO 4 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Após a colheita de dados procedeu-se à análise dos mesmos através do programa SPSS versão 18.0. (Statistical Package for Social Sciences).

Foi realizada uma análise dos dados através da estatística descritiva e inferencial. Foi utilizada a estatística descritiva para caracterizar a amostra através da distribuição das frequências, das medidas de tendência central e medidas de dispersão. Ao nível da estatística inferencial foram utilizados testes paramétricos e não paramétricos de acordo com o tipo de variáveis e tipo de amostra.

4.1. Caracterização da Amostra

Pretendeu-se realizar um estudo que engloba uma amostra representativa dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais) a exercer funções nos Cuidados de Saúde Primários no Algarve.

Foram distribuídos 400 questionários nos 16 centros de saúde e nas duas extensões de saúde, Fuzeta (Concelho de Olhão) e Quarteira (Concelho de Loulé). Destes 400 questionários foram recolhidos, em três meses, 251. Destes, 26 foram invalidados por não estarem correctamente preenchidos ou não estarem preenchidos pela amostra solicitada.

Este estudo contempla assim uma amostra de 225 profissionais distribuídos pelos três ACES, sendo 39 médicos, 148 enfermeiros, 23 psicólogos e 15 assistentes sociais.

Esta amostra, é constituída maioritariamente por profissionais do género feminino (84,4%).

Tabela 4 – Frequências e percentagens obtidas para a variável “género”

	Frequência	%
Masculino	35	15,6
Feminino	190	84,4
Total	225	100,0

Conhecimentos e Atitudes face à Infecção pelo VIH:

a Prática dos Profissionais de Saúde nos Cuidados de Saúde Primários no Algarve

Relativamente ao estado civil, observa-se que 46.7% dos profissionais são casados, 32.9% são solteiros, 10.7% vivem em união de facto, 9.3% estão divorciados e 0.4% são viúvos.

Tabela 5 – Frequências e percentagens obtidas para a variável “estado civil”

	Frequência	%
Solteiro	74	32,9
Casado	105	46,7
União de facto	24	10,7
Viúvo	1	0,4
Divorciado	21	9,3
Total	225	100,0

No que se refere à categoria profissional, 65.8% dos profissionais são enfermeiros, 17.3% são médicos, 10.2% são psicólogos e 10.7% são assistentes sociais.

Tabela 6 – Frequências e percentagens obtidas para a variável “categoria profissional”

	Frequência	%
Enfermeiro	148	65,8
Médico	39	17,3
Psicólogo	23	10,2
Assistente social	15	6,7
Total	225	100,0

Conhecimentos e Atitudes face à Infecção pelo VIH:

a Prática dos Profissionais de Saúde nos Cuidados de Saúde Primários no Algarve

Relativamente à categoria profissional e ao género observa-se que 89,2% dos enfermeiros são do género feminino, 51,3% dos médicos são do género feminino e 100% dos psicólogos e assistentes sociais são também do género feminino, neste momento não existem psicólogos ou assistentes sociais do género masculino a trabalhar nos Cuidados de Saúde Primários no Algarve.

Tabela 7 – Valores descritivos para a variável “categoria profissional” / “género”

		Profissão				Total	
		Enfermeiro	Médico	Psicólogo	Ass. social		
Género	Masculino	Frequência	16	19	0	0	35
		% dentro do género	45,7%	54,3%	,0%	,0%	100,0%
		% dentro da profissão	10,8%	48,7%	,0%	,0%	15,6%
		% dentro do Total	7,1%	8,4%	,0%	,0%	15,6%
	Feminino	Frequência	132	20	23	15	190
		% dentro do género	69,5%	10,5%	12,1%	7,9%	100,0%
		% dentro da profissão	89,2%	51,3%	100,0%	100,0%	84,4%
		% dentro do Total	58,7%	8,9%	10,2%	6,7%	84,4%
Total	Frequência	148	39	23	15	225	
	% dentro do género	65,8%	17,3%	10,2%	6,7%	100,0%	
	% dentro da profissão	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% dentro do Total	65,8%	17,3%	10,2%	6,7%	100,0%	

Conhecimentos e Atitudes face à Infecção pelo VIH:

a Prática dos Profissionais de Saúde nos Cuidados de Saúde Primários no Algarve

As idades dos profissionais que participaram neste estudo, oscilam entre um mínimo de 22 anos (um profissional) e um máximo de 67 anos (um profissional). A idade média é de 39 anos.

Esta amostra é composta maioritariamente por profissionais do ACES Central (42,2%), seguido pelo Barlavento (40,4%) e por último do Sotavento (17,3%). Estes valores reflectem a dimensão da população dos Agrupamentos dos Centros de Saúde do Algarve.

Podemos inferir que esta amostra é semelhante à distribuição dos profissionais pelos ACES, sendo que a população total dos três ACES (N=1437) está distribuída por 49,6% de profissionais de saúde no ACES Central, 32,9% no ACES Barlavento e 17,5% no ACES Sotavento.

Tabela 8 – Frequências e percentagens obtidas para a variável “ACES”

	Frequência	%
ACES CENTRAL	95	42,2
ACES BARLAVENTO	91	40,4
ACES SOTAVENTO	39	17,3
Total	225	100,0

Relativamente à variável “acções de formação na área da infecção pelo VIH”, 49.3% dos profissionais referiu ter já frequentado acções nesta área, contra 50.7% que referiu nunca ter frequentado acções de formação na área da infecção pelo VIH.

Dos 49.3% de profissionais com formação na área do VIH, 28.4% realizaram a última formação há menos de quatro anos e 20.9% há mais de cinco anos.

Tabela 9 – Frequências e percentagens obtidas para a variável “há quanto tempo realizou formação na área da infecção VIH?”

	Frequência	%
Sem formação	114	50,7
1 a 4 anos	64	28,4
5 a 9 anos	29	12,9
10 a 15 anos	18	8,0
Total	225	100,0

Conhecimentos e Atitudes face à Infecção pelo VIH:

a Prática dos Profissionais de Saúde nos Cuidados de Saúde Primários no Algarve

Relativamente aos conhecimentos sobre a infecção pelo VIH, 8,6% dos profissionais de género masculino respondeu correctamente a 100% dos itens e 6,3% dos profissionais de género feminino respondeu correctamente a 100%.

No total da amostra, 6,7% dos sujeitos responderam correctamente a todos os itens (45). O mínimo de respostas certas observadas foi de 32 itens (Tabela 10).

Tabela 10 – Frequências e percentagens – Respostas certas/género

		Masculino	Feminino	Total	
Número de Respostas certas	32	Frequência	0	2	2
		% dentro do género	,0%	1,1%	,9%
		% dentro do Total	,0%	,9%	,9%
		Frequência	1	0	1
		% dentro do género	2,9%	,0%	,4%
		% dentro do Total	,4%	,0%	,4%
		Frequência	1	1	2
		% dentro do género	2,9%	,5%	,9%
		% dentro do Total	,4%	,4%	,9%
		Frequência	1	6	7
		% dentro do género	2,9%	3,2%	3,1%
		% dentro do Total	,4%	2,7%	3,1%
		Frequência	2	3	5
		% dentro do género	5,7%	1,6%	2,2%
		% dentro do Total	,9%	1,3%	2,2%
		Frequência	4	4	8
		% dentro do género	11,4%	2,1%	3,6%
		% dentro do Total	1,8%	1,8%	3,6%
		Frequência	2	10	12
		% dentro do género	5,7%	5,3%	5,3%
		% dentro do Total	,9%	4,4%	5,3%
		Frequência	2	10	12
		% dentro do género	5,7%	5,3%	5,3%
		% dentro do Total	,9%	4,4%	5,3%
		Frequência	4	27	31
	% dentro do género	11,4%	14,2%	13,8%	
	% dentro do Total	1,8%	12,0%	13,8%	
	Frequência	2	29	31	
	% dentro do género	5,7%	15,3%	13,8%	
	% dentro do Total	,9%	12,9%	13,8%	
	Frequência	7	36	43	
	% dentro do género	20,0%	18,9%	19,1%	
	% dentro do Total	3,1%	16,0%	19,1%	
	Frequência	3	30	33	
	% dentro do género	8,6%	15,8%	14,7%	
	% dentro do Total	1,3%	13,3%	14,7%	
	Frequência	3	20	23	
	% dentro do género	8,6%	10,5%	10,2%	
	% dentro do Total	1,3%	8,9%	10,2%	
	Frequência	3	12	15	
	% dentro do género	8,6%	6,3%	6,7%	
	% dentro do Total	1,3%	5,3%	6,7%	
Total	Frequência	35	190	225	
	% dentro do Total	15,6%	84,4%	100,0%	

Analisando o conhecimento, em que o máximo possível seria 45 pontos, correspondente a 100% das afirmações correctamente respondidas, obteve-se uma média de 91,2% de respostas certas e uma amplitude que varia entre um mínimo de 32 pontos (0,9%) e um máximo de 45 pontos (6,7%) sendo assim, somente 15 profissionais responderam acertadamente aos 45 itens do questionário de Conhecimento HIV.

Verificou-se ainda que uma grande percentagem de profissionais respondeu erradamente a premissas consideradas fáceis. Por exemplo, no item “O VIH pode ser disseminado por mosquitos”, 15,1% errou considerando a afirmação verdadeira. No item 1, 10,7% errou ao considerar o VIH e a SIDA a mesma coisa. No item 10, 21,8% errou ao considerar que uma mulher grávida, infectada pelo VIH, não podia transmitir o vírus ao bebé antes deste nascer. 12,4% considerou que uma pessoa não pode contrair o VIH por praticar sexo oral com um homem infectado e 28,9% declarou que se podia contrair o vírus através de beijos profundos. 14,2% não sabe que o preservativo feminino diminui a probabilidade das mulheres contraírem o VIH. Ainda, 8,9% acredita que se pode contrair o vírus através de lágrimas, saliva, suor ou urina e 13,3% declara que não se pode contrair o VIH pelas secreções vaginais da mulher. 2,2% (5 indivíduos) responderam existir “vacina que pode impedir que as pessoas adultas contraíam o VIH” (ver Anexo C).

4.2. Análise das Relações entre as Variáveis

No sentido de analisar as interacções entre as variáveis, serão descritas apenas as interacções significativas, dentro de uma perspectiva exploratória tal como Pacheco (2002) e Rocha (2009). Neste sentido, para se proceder à análise das variáveis, efectuou-se o somatório dos itens das escalas de conhecimento e de atitudes, tal como em Pacheco (2002), obtendo-se um total para se poder analisar os resultados pretendidos. Por exemplo, para avaliar o grau de conhecimento e para simplificar mediu-se o total de respostas correctas para obter o grau de conhecimento, isto é, fez-se uma média total de respostas correctas.

Foi utilizado na sua generalidade e dadas as características das variáveis o teste Mann-Whitney. Segundo Pestana e Gageiro (2000) e Pereira (2006), os testes não paramétricos apesar de não serem tão potentes, são indicados para quando

existem grandes afastamentos da normalidade da amostra. Estes testes são uma alternativa ao teste t para amostras independentes.

Foi também utilizado o teste de Kruskal-Wallis, que explica a relação entre a variável *atitude* e o tempo decorrido desde a última formação em VIH realizada pelos profissionais de saúde, este teste utilizado para testar a hipótese de igualdade, permite ver se existem diferenças em mais do que duas condições experimentais (Pestana & Gageiro, 2000, cit. in Pacheco, 2002).

Utilizou-se ainda, o teste t de Student e a correlação de Pearson, para fazer uma comparação de médias entre dois grupos, assim como uma análise de variância simples (One-Way ANOVA).

4.2.1. Relação entre a variável “Atitudes” e a variável “Conhecimento”

Procurou-se verificar qual a associação entre as variáveis “Atitudes” “Conhecimentos”. Foi realizada uma correlação de Pearson entre as variáveis para os dois grupos, de forma a observar a relação entre as mesmas.

Sendo estas, duas variáveis quantitativas, o coeficiente de correlação apropriado é o coeficiente de Pearson. Este coeficiente é estatisticamente significativo sendo $p \leq 0,001 < \alpha = 0,05$.

Nesta relação encontra-se o coeficiente de Pearson de $r = -0.344$, uma correlação negativa indica que um maior conhecimento na área da infecção pelo VIH está associado a scores inferiores na escala de atitudes (os valores inferiores correspondem a atitudes mais positivas) (tabela 11).

Tabela 11 – Correlação entre as variáveis “Atitudes” e “Conhecimento”

	Atitudes	Conhecimentos
Correlação de Pearson	1	-,344**
Atitudes Sig. (2-tailed)		,000
N	203	203

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Assim, os profissionais de saúde com melhores conhecimentos face à infecção pelo VIH, apresentam atitudes mais positivas e por consequente mais adequadas na sua prática profissional.

4.2.2. Relação entre a variável “Atitudes” e a variável “Género”

A significância da diferença entre as atitudes médias dos profissionais de saúde com o género masculino (grupo 1) e com o género feminino (grupo 2) foi avaliada com o teste *t*-Student, para amostras independentes.

Os pressupostos deste método estatístico, nomeadamente as normalidades das distribuições, e a homogeneidade das variâncias, nos dois grupos, foram avaliadas respectivamente com o teste Kolmogorov-Smirnov, com correcção Lilliefors ($KS(31)_{\text{grupo1}} = 0,08$; $p=0,2$; $KS(172)_{\text{grupo2}} = 0,064$; $p=0,085$) e com o teste de Levene ($F=0,025$; $p=0,873$). Recorreu-se ao *Software* PASW Statistics (v. 18; SPSS Inc, Chicago, IL) para executar o teste e consideraram-se estatisticamente significativas as diferenças entre médias cujo *p-value* do teste foi inferior ou igual a 0,05.

Os profissionais de saúde do género masculino apresentam um valor médio de atitudes de 3,08 (SEM 0,17) enquanto os profissionais do género feminino apresentam um valor médio de atitudes de 2,67 (SEM 0,07) (Tabela 12).

Tabela 12 – Medidas descritivas entre as variáveis Atitudes/Género

	Género	N	Média	SD	SEM
Atitudes	Masculino	31	3,0783	,96050	,17251
	Feminino	172	2,6736	,91991	,07014

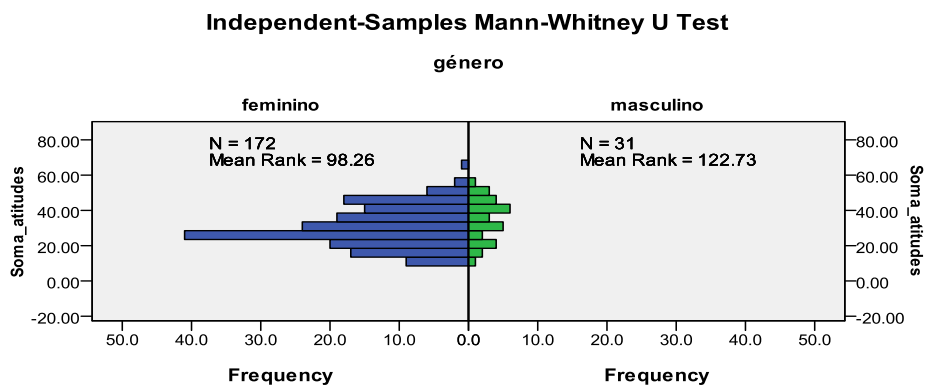
A hipótese de que o género dos profissionais de saúde influencia o seu grau de atitudes face à infecção pelo VIH - variável medida numa escala ordinal de sete pontos: 1 – Discordo Totalmente; 7 – Concordo Totalmente) foi avaliada pelo teste não paramétrico de Mann-Whitney. A análise estatística foi efectuada com o *Software* PASW Statistics (v. 18; SPSS Inc, Chicago, IL) para $\alpha = 0,05$.

Os profissionais de saúde do género masculino, apresentam um grau de atitude mais elevado que os profissionais de saúde do género feminino. As diferenças observadas foram estatisticamente significativas ($U = 2,023.500$; $W = 16,901.500$; $p = 0,033$). Salienta-se que, valores superiores na escala de atitudes, representam atitudes menos positivas face à infecção pelo VIH.

Conhecimentos e Atitudes face à Infecção pelo VIH:
a Prática dos Profissionais de Saúde nos Cuidados de Saúde Primários no Algarve

Apresenta-se o *output* do teste.

Hipótese de Teste			
Hipótese Nula	Teste	Sig.	Decisão
A distribuição da variável Atitudes é a mesma independentemente do género	Teste Mann-Whitney	.033	Rejeitar Hipótese Nula.
Estatisticamente significante .05			



Total N	203
Mann-Whitney U	2,023.500
Wilcoxon W	16,901.500
Test Statistic	2,023.500
Standard Error	300.877
Standardized Test Statistic	-2.135
Asymptotic Sig. (2-sided test)	.033

Figura 15 – Gráfico com as ordens de cada observação em cada grupo masculino e feminino e detalhes do teste.

4.2.3. Relação entre a variável “Atitudes” e a variável “Categoria Profissional”

Para avaliar se a categoria profissional afecta significamente as atitudes dos profissionais de saúde, recorreu-se à ANOVA One-Way, seguida do teste Post-Hoc HSD de Tukey como descrito em Maroco (2010).

O pressuposto da distribuição normal da variável dependente (atitudes) nos diferentes grupos (enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais) foi avaliado pelo teste de Kolmogorov-Smirnov com correcção Lilliefors.

Não se verificou o pressuposto para esta variável no grupo dos enfermeiros. Contudo, sendo que esta distribuição não é extremamente enviesada ou achatada e que a dimensão da amostra é superior a 30 elementos (N=148), como consequência do teorema do limite central, Maroco (2010) refere que nestas condições os métodos paramétricos são robustos à violação do pressuposto da normalidade, pelo que se optou por seguir esta análise.

O pressuposto da homogeneidade da variância foi validado com o teste de Levene ($F=1,372$; $p=0,253$). As análises estatísticas descritivas, gráficas e inferenciais foram executadas com o *Software* PASW Statistics (v. 18; SPSS Inc, Chicago, IL) para executar o teste e consideraram-se estatisticamente significativas as diferenças entre médias cujo *p-value* do teste foi inferior ou igual a 0,05.

Frente às medidas descritivas entre a variável atitudes e a categoria profissional, os psicólogos apresentaram um grau de atitudes mais positivas, seguidos pelos assistentes sociais, pelos enfermeiros e pelos médicos.

Tabela 13 – Medidas descritivas entre as variáveis Atitudes/Categoria Profissional

Profissão	Média	N	Desvio Padrão
Enfermeiro	30,3433	134	11,01134
Médico	36,0303	33	11,52846
Psicólogo	28,7619	21	9,74117
Assistente social	29,6667	15	7,99702
Total	31,0542	203	10,94460

É possível afirmar que a categoria profissional teve um efeito estatisticamente significativo ($F=3,613$; $p=0,014$) sobre as atitudes dos profissionais de saúde face à infecção pelo VIH. De acordo com o teste Post-Hoc HSD de Tukey, estas diferenças são estatisticamente significativas entre o grupo de enfermeiros e o grupo de médicos.

Assim, os enfermeiros apresentam atitudes mais positivas que os médicos.

Tabela 14 – Correlação entre as variáveis “Atitudes” e “Categoria Profissional”

(I) Profissão	(J) Profissão	Diferença de		95% Intervalo de Confiança		
		Médias (I-J)	Erro Padrão	Sig.	Limite Inferior	Limite Superior
Enfermeiro	médico	-5,68702*	2,09704	,036	-11,1202	-,2539
	psicólogo	1,58138	2,53257	,924	-4,9802	8,1429
	assistente social	,67662	2,93801	,996	-6,9354	8,2886
Médico	enfermeiro	5,68702*	2,09704	,036	,2539	11,1202
	psicólogo	7,26840	3,01223	,078	-,5359	15,0727
	assistente social	6,36364	3,36029	,234	-2,3424	15,0697
Psicólogo	enfermeiro	-1,58138	2,53257	,924	-8,1429	4,9802
	médico	-7,26840	3,01223	,078	-15,0727	,5359
	assistente social	-,90476	3,64799	,995	-10,3562	8,5467
Assistente social	enfermeiro	-,67662	2,93801	,996	-8,2886	6,9354
	médico	-6,36364	3,36029	,234	-15,0697	2,3424
	psicólogo	,90476	3,64799	,995	-8,5467	10,3562

4.2.4. Relação entre a variável “Atitudes” e a variável “Formação”

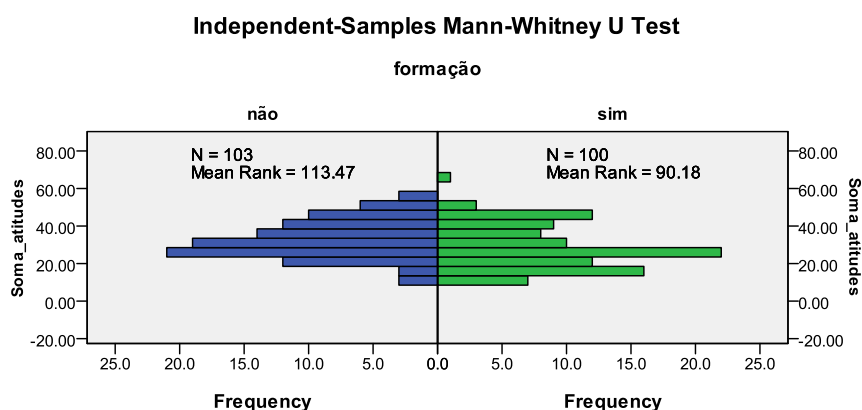
A hipótese de que a frequência de acções de formação na área da Infecção pelo VIH, influencia o grau de atitudes face à infecção pelo VIH - variável medida numa escala ordinal de sete pontos: 1 – Discordo Totalmente; 7 – Concordo Totalmente) foi avaliada pelo teste não paramétrico de Mann-Whitney. A análise estatística foi efectuada com o *Software* PASW Statistics (v. 18; SPSS Inc, Chicago, IL) para $\alpha = 0,05$.

Conhecimentos e Atitudes face à Infecção pelo VIH:
a Prática dos Profissionais de Saúde nos Cuidados de Saúde Primários no Algarve

Os profissionais de saúde que frequentaram acções de formação na área da Infecção pelo VIH, apresentam um grau de atitude mais baixo que os profissionais de saúde que não frequentaram. As diferenças observadas foram estatisticamente significativas ($U = 6,331.500$; $W = 11,687.500$; $p = 0,005$). Salienta-se que, valores inferiores na escala de atitudes, representam atitudes mais positivas face à infecção pelo VIH. Assim, profissionais que já frequentaram acções de formação na área da Infecção pelo VIH têm atitudes mais positivas face à infecção pelo VIH.

Apresenta-se o *output* do teste.

Hipótese de Teste			
Hipótese Nula	Teste	Sig.	Decisão
A distribuição da variável Atitudes é a mesma independentemente de ter frequentado formação ou não.	Teste Mann-Whitney	.005	Rejeitar Hipótese Nula.
Estatisticamente significante .05			



Total N	203
Mann-Whitney U	6,331.500
Wilcoxon W	11,687.500
Test Statistic	6,331.500
Standard Error	418.179
Standardized Test Statistic	2.825
Asymptotic Sig. (2-sided test)	.005

Figura 16 – Gráfico com as ordens de cada observação em cada grupo “com formação” e “sem formação” e detalhes do teste.

4.2.5. Relação entre a variável “Atitudes” e a variável “Tempo desde a última formação na área do VIH”

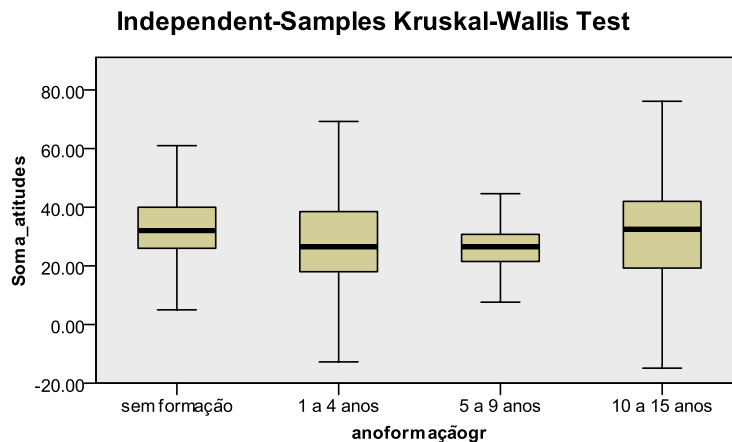
Para avaliar se o tempo decorrido desde a frequência da última formação na área do VIH afectou significativamente as atitudes dos profissionais de saúde, recorreu-se ao teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, seguido da comparação múltipla das médias das ordens como descrito em Maroco (2010). Usou-se uma probabilidade de erro tipo I (α) de 0,005. O teste de Kruskal-Wallis foi realizado com o *Software* PASW Statistics (v. 18; SPSS Inc, Chicago, IL). O teste de Kruskal-Wallis é uma alternativa ao teste ANOVA I, utilizado com amostras de mais de dois grupos.

Este teste é adequado neste estudo e nesta amostra, pois este deve ser utilizado quando existem grandes afastamentos da normalidade (Pestana & Gageiro, 2000, cit. in Pacheco, 2002).

Apresenta-se o *output* do teste.

Hipótese de Teste			
Hipótese Nula	Teste	Sig.	Decisão
A distribuição da variável Atitudes é a mesma independentemente do tempo decorrido desde a realização da última formação na área do VIH.	Teste Kruskal-Wallis	.009	Rejeitar Hipótese Nula.
Estatisticamente significativa .05			

Conhecimentos e Atitudes face à Infecção pelo VIH:
a Prática dos Profissionais de Saúde nos Cuidados de Saúde Primários no Algarve



Total N	203
Test Statistic	11.483
Degrees of Freedom	3
Asymptotic Sig. (2-sided test)	.009

1. The test statistic is adjusted for ties.

Figura 17 – Gráfico com as ordens de cada observação em cada grupo de tempo decorrido desde a última formação e detalhes do teste.

O tempo decorrido após a frequência da última formação, dos profissionais de saúde, teve um efeito estatisticamente significativo sobre as atitudes face à infecção pelo VIH ($\chi^2_{kw}(3) = 11.483$; $p=0,009$; $n=203$).

De acordo com a comparação múltipla de média das ordens, o grupo de profissionais de saúde que não frequentou formação na área da infecção pelo VIH apresenta uma distribuição das atitudes significativamente diferente do grupo que frequentou uma acção de formação há menos de quatro anos.

Conhecimentos e Atitudes face à Infecção pelo VIH:
a Prática dos Profissionais de Saúde nos Cuidados de Saúde Primários no Algarve

Assim, os profissionais que nunca frequentaram uma acção de formação na área da infecção pelo VIH, apresentam atitudes menos positivas (valores superiores na escala de atitudes representam atitudes menos positivas) que o grupo que frequentou uma acção nos últimos quatro anos.

Tabela 15 – Medidas descritivas entre as variáveis Atitudes/Tempo decorrido desde a última formação em VIH

Tempo decorrido desde a última formação	Estatística de Teste	Desvio Padrão	Std Teste Estatístico	Sig.
1 a 4 anos / sem formação	27.283	9.638	2.831	0,028

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente estudo pretende contribuir para um melhor conhecimento da realidade da infecção pelo VIH nos centros de saúde da região do Algarve, pelos profissionais de saúde que lá desempenham funções, no âmbito dos cuidados de saúde primários. Este conhecimento é parte fundamental para reflectir e planear formas mais eficazes de intervir na prevenção e detecção precoce da infecção pelo VIH.

Os profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), onde se engloba o médico de família e também o enfermeiro, o psicólogo e muitos outros profissionais que estão envolvidos nas equipas de saúde ao nível dos cuidados de saúde primários, têm um papel preponderante porque os CSP são cuidados de primeira linha e de maior proximidade para os cidadãos. Muitas vezes, o recurso aos Cuidados de Saúde Primários são a única oportunidade que as pessoas têm para expressarem os seus problemas, mas também para que lhes sejam disponibilizados conhecimentos sobre temáticas que não iriam procurar, ou que não pensam serem necessários para elas. Como tal, a oportunidade surge para a detecção precoce da infecção e para a intervenção atempada nesta problemática.

Este estudo avaliou os conhecimentos e atitudes de 225 médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais a exercerem funções nos Cuidados de Saúde Primários no Algarve. A amostra é composta maioritariamente por profissionais do sexo feminino (84,4%), o que reflecte também a população destes profissionais de saúde nos CSP. A região algarvia está aqui toda representada, sendo que participaram no estudo, profissionais dos três ACES e de todos os centros de saúde.

A amostra é constituída por 39 médicos, 148 enfermeiros, 22 psicólogas e 15 assistentes sociais. 46,7% destes profissionais são casados e 32,9% solteiros; tem uma média de idades de 39 anos, sendo o mais jovem com 22 anos e o menos jovem com 67 anos e mais de metade da amostra (50,7%) nunca frequentou uma formação na área da formação da infecção pelo VIH/sida.

Inicialmente analisou-se o impacto das variáveis sócio-demográficas no conhecimento. No entanto, não se observou nenhuma diferença significativa nos conhecimentos em função destas variáveis à semelhança de Oliveira (2008).

Freitas (2002) também demonstrou que o nível de conhecimentos de estudantes universitário sobre SIDA era independente da idade, género, ano curricular ou nível sócio-económico.

Neste estudo, não se observou diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito ao nível de conhecimentos tanto em função do género, da idade, do estado civil, do ACES, da categoria profissional e da formação em VIH. Assim, o facto de já ter recebido formação na área da infecção pelo VIH, não veio contribuir para o aumento de conhecimentos, mas para atitudes mais adequadas à prática profissional neste contexto.

Analisando o conhecimento, em que o máximo possível seria 45 pontos, correspondente a 100% das afirmações correctamente respondidas, obteve-se uma média de 91,2% de respostas certas e uma amplitude que varia entre um mínimo de 32 pontos (0,9%) e um máximo de 45 pontos (6,7%). Para esta amostra específica de profissionais de saúde, apesar da média ser alta, os resultados de quem obteve o máximo de boas respostas é muito baixo (6,7%). De salientar que em 45 itens, somente três itens foram respondido correctamente pelos 225 profissionais de saúde. Ou seja, os itens “Tomar um duche ou lavar os órgãos genitais depois de ter relações sexuais impede que uma pessoa contraia o VIH”, “Tomar um banho depois de ter relações sexuais impede que uma mulher contraia VIH” e “Tomar vitaminas impede que uma pessoa contraia o VIH” foram os únicos em que todos os profissionais de saúde não erraram a resposta. Barroso (2008), com o mesmo instrumento e uma amostra de enfermeiros obteve uma média de respostas certas de 82,7%, não tendo nenhum profissional atingido o máximo de respostas certas.

Os profissionais de saúde que já frequentaram algum tipo de formação na área do VIH apresentam um nível médio de conhecimentos de 86,29 e os que não frequentaram têm um nível de conhecimentos de 85,79, o que não foi estatisticamente significativo.

Todavia é preocupante, o facto de profissionais de saúde de primeira linha ainda terem lacunas relativamente a vias de transmissão do VIH, acreditando ainda que o vírus é transmitido através de picadas de mosquito (15,1%) ou que o vírus não se transmite pelo sexo oral (12,4%). Barroso (2008) encontrou resultados semelhantes e piores, com uma população de enfermeiros, com respectivamente 21% e 36,3% de erro a estes itens.

Na relação com as atitudes, observou-se que um maior nível de conhecimentos na área do VIH está associado a atitudes mais positivas face à infecção pelo VIH. Ou seja, o nível de conhecimentos na área da infecção pelo VIH influencia positivamente as atitudes. Quem possui melhores conhecimentos em VIH tem atitudes mais adequadas face a essa infecção.

À semelhança de Matos (2003), num estudo com adolescentes portugueses, no ensino regular, a autora verificou que existe uma forte associação entre uma atitude mais positiva face a pessoas infectadas com o VIH/SIDA e um melhor conhecimento sobre as formas de transmissão do VIH/SIDA. A análise dos resultados deste estudo, mostrou que quando o conhecimento acerca dos modos de transmissão do VIH é deficitário, as atitudes face às pessoas infectadas tendem a ser menos positivas.

De acordo com Lopes (2004,) os sujeitos mais informados têm atitudes de aceitação, compreensão e de solidariedade para com os infectados e doentes de SIDA. Porém, confirmam-se em outros estudos, que não basta estar informados visto que têm comportamentos preventivos incorrectos. Ao invés dos sujeitos que têm crenças erradas sobre a doença e infectados, que revelam ter atitudes de intolerância, invulnerabilidade, excesso de auto confiança; homofóbicas, estigmatizantes e com comportamentos de alto risco em contraírem o VIH/SIDA.

De encontro a Michener, Delamater e Myers (2005), e outra literatura, as atitudes orientam o comportamento. Pelo que, a atitudes menos adequadas face à infecção pelo VIH, podem corresponder comportamentos menos adequados como a recusa de atender um seropositivo ou simplesmente o não encaminhamento para a realização de um teste de VIH por parte do profissional de saúde.

Relativamente ao género, masculino e feminino, observou-se que os profissionais de saúde, desta amostra, do género masculino apresentam níveis de atitudes menos positivas que os profissionais de género feminino. Estes profissionais terão tendência a manifestar atitudes menos adequadas e por consequente a traduzir estas atitudes em comportamentos menos adequados à problemática da infecção pelo VIH.

Cláudio e Sousa (2003), encontraram resultados semelhantes entre estudantes. Os estudantes de sexo masculino possuem atitudes mais discriminativas do que os estudantes de sexo feminino, por exemplo, os estudantes de sexo masculino atribuem maior probabilidade de se infectar pelo VIH se forem toxicodependentes, prostitutas, homossexuais ou se tiverem parceiros sexuais promíscuos do que as estudantes de sexo feminino.

De igual modo, Matos (2003), mostrou que adolescentes de sexo feminino têm melhores conhecimentos dos modos de transmissão da infecção pelo VIH e atitudes mais positivas.

Relativamente à variável categoria profissional, verificou-se que as atitudes face à infecção pelo VIH/sida são mais positivas junto dos psicólogos, seguidos pelos assistentes sociais, enfermeiros e médicos. Contudo, estas diferenças apenas são significativas entre os enfermeiros e os médicos. Os enfermeiros demonstraram atitudes mais positivas que os médicos.

Tal como nos resultados encontrados num estudo de Marinho e Leal (2004), sobre atitudes de médicos e enfermeiros relativamente ao aleitamento materno, os enfermeiros demonstraram atitudes mais positivas do que os médicos.

Relativamente ao ter frequentado alguma formação na área da infecção pelo VIH, foi estatisticamente significativo o facto de ter formação comparativamente com quem nunca realizou formação. Ou seja, a formação influenciou as atitudes pela positiva, sendo que quem já realizou formação em VIH, também demonstrou atitudes mais positivas, e por consequente, mais adequadas face ao VIH.

Num estudo, relacionado com educação e professores, Cardoso (1999) demonstrou que a variável formação, específica numa área, influencia nas atitudes dos professores, contudo é uma influência pequena e limitada.

No que diz respeito à variável formação contínua, os professores com mais participação em formação contínua sobre o tema investigado pela autora, demonstram

atitudes mais favoráveis à inovação pedagógica. O que se assemelha os dados encontrados no nosso estudo.

Foi demonstrado que seria necessário repetir as acções de formação passados quatro anos, já que os resultados revelaram que quem frequentou formação há mais de quatro anos apresenta atitudes menos positivas, não se diferenciando dos que nunca tiveram formação. Assim, podemos considerar que repetir as acções a cada quatro anos, ou receber formação contínua na temática pretendida, influencia positivamente as atitudes face à infecção pelo VIH/sida.

De acordo com Teixeira (1999), é importante a formação contínua para desenvolver competências, prestar cuidados psicológicos a sujeitos afectados pelo VIH/SIDA, promover actualização em aspectos médicos e psicológicos, desenvolver competências para participação em programas de prevenção de base comunitária, ajudar a reconhecer o impacte psicológico da SIDA nos técnicos de saúde e aumentar a compreensão dos psicólogos em relação à diversidade de estilos de vida, práticas sexuais e factores culturais associados.

Os programas, para além de uma introdução sobre aspectos médicos da infecção VIH/SIDA, deveriam incluir módulos sobre os aspectos psicológicos associados (da prevenção à inserção social), sobre questões éticas, deontológicas e legais, e sobre desenvolvimento de suportes comunitários.

De salientar que qualquer indivíduo merece respeito, independentemente da doença que tem. Numa fase da vida em que pode se apresentar física e psicologicamente abalado, o utente seropositivo merece um atendimento digno, onde deve imperar a empatia e a solidariedade. Ainda existe preconceito e desconhecimento sobre o risco de infecção pelo VIH/sida por parte dos profissionais de saúde conforme é afirmado por Discacciati e Vilaça (2001).

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES

A humanidade tem sido confrontada com as mais diversas patologias e epidemias, algumas das quais marcaram e mataram milhões de pessoas.

Mas nenhuma, até hoje, tem tido o carácter tão marcado com a Infecção pelo VIH/sida. Além do sofrimento físico que esta doença inflige, provoca danos ainda maiores a nível psicológico, económico, social e familiar.

Além de tratar fisicamente a doença, importa tratar as consequências que esta tem na vida das pessoas infectadas e afectadas pelo VIH.

É necessário aumentar a prevenção e a detecção precoce do VIH mas também travar o medo que este vírus impõe ao ser humano. O medo de se infectar, o medo de ter amigos infectados, o medo de tratar pessoas infectadas, o medo de falar com pessoas infectadas.

As vias de transmissão deste vírus são hoje bem conhecidas, então porquê ainda tanto medo, estigma, discriminação, isolamento? E quem melhor que os profissionais de saúde, com quem lidamos e a quem recorremos sempre que a nossa saúde está em risco?

Contudo, os profissionais de saúde são seres humanos, como os seus doentes, com as suas forças e fraquezas. O aparelho de saúde não é perfeito, mas podemos ajudar a torná-lo melhor tanto para segurança do profissional como do utente. Podemos ajudar a melhorar os conhecimentos, atitudes, comportamentos dos profissionais de saúde.

Para este estudo foi realizada uma pesquisa acerca das intervenções de profissionais de saúde, médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, a exercer prática profissional em Cuidados de Saúde Primários no Algarve.

Não foi intenção deste trabalho verificar os comportamentos destes profissionais junto da população seropositiva, mas sim perceber qual a disponibilidade destes profissionais para com este tema do VIH/Sida. Como podem eles agir de modo a travar esta pandemia, e contribuir para a prevenção e detecção precoce da infecção.

Muitos médicos ainda estão a diagnosticar a infecção pelo VIH/sida na fase avançada da doença, o que prejudica a qualidade de vida das pessoas que vivem com VIH. O diagnóstico tardio da infecção pelo VIH/sida impede que as pessoas cheguem à rede pública de saúde para tratamento. Muitas ainda morrem antes de receber o diagnóstico ou poucos dias após o resultado dos exames. Tratar as doenças oportunistas quando a pessoa está em fase de Sida torna-se muito mais difícil.

Assim procurou-se saber qual o impacto dos conhecimentos e das atitudes dos profissionais de saúde na sua prática profissional, para se compreender como melhorar o diagnóstico precoce e o acompanhamento das pessoas seropositivas mas também a prevenção das pessoas seronegativas.

Face aos resultados desta investigação e como contributo, apresentam-se algumas recomendações para que num trabalho conjunto e futuro dos profissionais de saúde, que atendam directamente ou não utentes seropositivos, seja possível desenvolver um atendimento de qualidade para o utente e sem receios para o profissional.

Entende-se que a prevenção desta infecção é extremamente importante ao nível da sua repercussão social. Desta forma, esta investigação poderá contribuir para a elaboração de programas de prevenção e formação, destinados a profissionais de saúde, e consequentemente para um menor número de pessoas infectadas com VIH.

Assim, tendo o conhecimento dos factores de influência, a elaboração de programas de intervenção na área da prevenção da doença e promoção da saúde, ao nível da adopção de comportamentos protectores face à transmissão do VIH/SIDA poderá ser mais eficaz. Tendo um conhecimento mais abrangente sobre os aspectos que influenciam a adopção de comportamentos saudáveis, podem-se desenvolver programas de prevenção ao nível da educação para a saúde mais eficazes e prever uma taxa mais baixa de pessoas infectadas com o VIH/SIDA.

As observações finais deste estudo permitem dar um contributo para o futuro desenho de novas intervenções na área da prevenção da infecção do VIH/sida junto dos serviços de saúde e os seus agentes e para outros estudos, com outros profissionais de saúde no âmbito da Psicologia Clínica e da Saúde.

Após a obtenção dos resultados, sua análise e discussão, pode-se concluir que é necessário lembrar que todos nós somos vulneráveis a esta doença. Assim, a prevenção constitui a base mais importante no combate à infecção pelo VIH. É preciso que haja mais informação sobre o VIH e vias de transmissão, articulação em rede entre os cuidados de saúde e maior consciencialização das pessoas para uma diminuição de estigmas, preconceitos e discriminação. Essas pessoas são a sociedade em geral, mas sobretudo os profissionais de saúde que são os actores privilegiados nesta relação com os cidadãos.

Esta investigação pode contribuir, num trabalho futuro, para uma intervenção de estratégias apropriadas, no intuito de potenciar mudanças nas atitudes e comportamentos desfavoráveis. Poderá ainda facultar-se informação sobre como prevenir eventuais atitudes negativas, crenças erróneas e comportamentos desajustados, que podem afectar a relação entre pessoas infectadas ou não pelo VIH e os seus técnicos de saúde.

A educação é igualmente uma componente essencial em qualquer estratégia para reduzir ou prevenir o estigma e a discriminação contra as pessoas com VIH e as comunidades mais afectadas pelo vírus. Deve-se dar prioridade a três tipos de programas educacionais: públicos, profissionais e centrados na educação.

A educação pública tem de manter ou aumentar o conhecimento entre a população geral sobre o VIH. Além disso, devido à frequência a que ocorre discriminação nos serviços de saúde, educar os trabalhadores destes serviços é uma prioridade, tal como é a educação de outros grupos de profissionais.

Investigar os Serviços de Saúde, e nomeadamente os Cuidados de Saúde Primários, é relevante para produzir conhecimentos a respeito do funcionamento destes serviços, melhorar o desempenho dos profissionais de saúde e por arrastamento da própria instituição e colaborar no sentido de políticas públicas em saúde.

Para além da importância da detecção precoce da infecção pelo VIH, é assim necessário um investimento na formação e treino dos profissionais de saúde para contribuir para a mudança efectiva de atitudes e práticas médicas, designadamente em relação à confidencialidade e ao consentimento informado e para humanização dos serviços e qualidade dos cuidados como se pode inferir dos resultados deste trabalho.

BIBLIOGRAFIA

- Administração Central de Serviços de Saúde, (2011). Coordenação Estratégica. Cuidados de Saúde Primários. Portugal. P4.
- Ajzen, I. (2004). *Attitudes, Personality and Behavior*. Milton Keynes: Open University Press.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality and behavior*. Chicago: Dorsey Press.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes And Predicting Social Behavior*. New Jersey: Prentice Hall.
- Aldir, I. & Doroana, M. (2006). *25 Perguntas Frequentes sobre Infecção por VIH*. Permanyer Portugal.
- Amaro, F. (2004), *Inquérito às Opiniões, Atitudes, Conhecimentos e Comportamentos Face à SIDA da População Portuguesa dos 15 aos 69 anos*, Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa.
- Ann, B. W., Honghong, W., Jane, B., & Chenghui, W. (2006). Effectiveness of an HIV/AIDS educational programme for Chinese. *Nurses Journal of Advanced Nursing*, vol.53, 710-711.
- Barroso, A. P. (2008). *Conhecimentos dos enfermeiros face à infecção VIH/SIDA*. Universidade de Coimbra.
- Bawing-Legros, B. e Coster, M. (1998). *Introdução à Sociologia*. Lisboa: Editorial Estampa Lda.
- Bennett, P., & Murphy, S. (1997). *Psicologia e Promoção da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Cardoso, A. P. (1999). A receptividade à inovação e a formação dos Professores. *Revista Electrónica Interuniversitária de Formación del Profesorado* , 2 (1), 207-217.
- Carey, M., Morrison-Beedy, D., & Johnson, B. (1997). The HIV-Knowledge Questionnaire: Development and Evaluation of a Reliable, Valid and Practical Self-Administered Questionnaire. *AIDS and Behavior* , 1, 61-74.
- Carmo, H., & Ferreira, M. (1998). *Metodologia de investigação: guia para a auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Cláudio, V., & Sousa, P. (2003). As implicações do género nas crenças e atitudes perante o VIH/SIDA. *Análise Psicológica* , 2 (XXI), 159-174.
- Center For Disease Control, (1992). *Revised Classification System for HIV Infection and Expanded Surveillance Case Definition for AIDS Among Adolescents and Adults*. MMWR. December 18, (41), RR-17.
- Center For Disease Control, (1987). Recommendations for prevention of HIV transmission in health-care settings. *MMWR* , 3-18.
- Comissão Nacional Luta Contra a Sida (1998). *Sida & Meio Laboral. Investir na Acção. Como?* Ministério da Saúde.
- Comissão Nacional Luta Contra a Sida (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/sida 2007-2010*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Costa, J.P. (1996). SIDA. *Responsabilidade Médica*. Felicio e Cabral Publicações, 139-150.
- Cruz, J. F., Vilaça, M. T. (1997). Prevenção do VIH e da SIDA nos adolescentes e jovens adultos: Investigação do conhecimento, atitudes e comportamento sexual. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 279-304.

- Cruz, J. F. A. (1998). Tradução do questionário HIV Knowledge Questionnaire Study, (HIV-K-Q) de Carey, Morrison-Beedy e Johnson (1997). Manuscrito não publicado. Universidade do Minho.
- Dias, S. (2003). A Mulher e a Infecção HIV/SIDA. *IV Congresso Virtual HIV/AIDS*.
- Discacciati, J. A., & Vilaça, Ê. (2001). Atendimento odontológico ao portador do HIV: medo, preconceito e ética profissional. *Rev. Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 234-239.
- Eagly, A.H. & Chaiken, S. (1992). *The psychology of attitudes*. San Diego, CA: Harcourt Brace Janovich.
- Eagly and Chaiken, (1993). *The Psychology of Attitudes*, Fort Worth, TX: Harcourt Brace Jovanovich.
- Elford, J., Bor, R. & Summers, P. (1991). Research into HIV and AIDS between 1981 and 1990: *The epidemic curve*. *AIDS*, 5, 1515-1519.
- Faria, D. (2011). *Curso de Formação em Aconselhamento e Detecção Precoce da Infecção pelo VIH/sida - Aspectos Clínicos*. Faro: Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P.
- Fauci, A. S., Macher, A. M., Longo, D. L., Lane, H. C., Rook, A. H., Masur, H., & Gelmann, E. P. (1984). Acquired immunodeficiency syndrome: Epidemiologic, clinical, immunologic and therapeutic considerations. *Annals of Internal Medicine*, 100, 92-106.
- Feldman, R., & Humphrey, J. (1996). *Advances in Health Education: Current Research*. New York: AMS Press.
- Ferreira, H. (2009). *Curso de Formação em Aconselhamento e Detecção Precoce da Infecção VIH/sida - Epidemiologia*. Faro: Administração Regional de Saúde do Algarve, I. P.

- Ferreira, H. (2011). *Curso de Formação em Aconselhamento e Detecção Precoce da Infecção VIH/sida - Epidemiologia*. Faro: Administração Regional de Saúde do Algarve, I. P.
- Fishbein, M., Middlestadt, S. E., & Hitchcock, P. J. (1994). Using information to change sexually transmitted disease-related behaviors. In: DiClemente, R.J., Peterson, J.L., eds. *New York: Plenum Press*, 61-78.
- Fishbein, M., & Azjen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fortin, M. (2003). O processo de investigação: da concepção à realização. P. 36-60
- Freitas, M. (2002). Conhecimentos, opiniões e comportamentos face à SIDA de ma população universitária. Universidade do Minho. 4º Congresso Virtual HIV/AIDS.
- Gallo, R. C. (1987). The AIDS virus. *Scientific American*, 256,46-56.
- Gallo, R. C. (1988). HIV: The cause of AIDS – An overview on its biology, mechanism of disease induction, and our attempts to control it. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndroms and Human Retrovirolog*, 1, 521-535.
- Garrucho, S. (2000). Atitudes dos psiquitras em relação à SIDA - Hospitais Psiquiátricos versus departamento de psiquiatria de Hospitais Gerais. *Análise Psicológica*, 319-324.
- Gil, A. (1994). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Editora Atlas S. A.
- Glanz, K., Lewis, F., & Rimer, B. (1997). *Health Behavior and Health Education*. São Francisco: Jossey-Bass.
- Goudsmit, J. (1987). *Viral sex: The natura of AIDS*. New York: Oxford University Press.
- Grilo, A. (2001). Temáticas centrais implicadas na vivência da infecção por VIH/sida. *Psicologia, Saúde & Doenças*, vol.2, no.2, p.101-118.

- Guerra, M. P. (1994). Avaliação da adaptação do ser humano à seropositividade ao Vírus HIV. *Análise Psicológica*, 1(2-3): 381-388.
- Hall, N. R. S., & O'Grady, M. P. (1989). Human immunodeficiency virus and immune system regulation of the central nervous system. In Mays, V., Albee, G. W. & Schneider, S. F. (Eds), *Primary preventions of AIDS Psychological approaches*, (pp. 47-71). Newbury Park: Sage.
- Hill, M. & Hill, A. (2000). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo Lda.
- Jesus, S. (1996). *Motivação para a profissão docente*. Aveiro: Estante.
- Langdon, E. J. (1995). *A doença como experiência: A construção da doença e seu desafio para a prática médica. Comunicação apresentada na Conferência 30 Anos Xingu*. Escola Paulista de Medicina, São Paulo.
- Lakatos, E; Marconi, M. (1995). *Metodologia do trabalho científico*. 4ª Edição.
- Lopes, O. (2004). Apresentação no Vº Congresso Virtual HIV/AIDS: A importância das co-Infecções no VIH/SIDA.
- Lucas, J.S. (1987), Os Portugueses e a SIDA: inquérito nacional sobre os conhecimentos, atitudes e comportamentos associados à SIDA, in: *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol 5, nº 3-4, Julho/Dezembro, pp. 89-100.
- Mann, J., & Tarantola, D. J. (1996). *AIDS in the world II*. New York: Oxford University Press.
- Mansinho, K. (2005). *Manual Prático para a Pessoa com VIH*. Portugal: Permanyer.
- Marinho, C., & Leal, I. (2004). Os profissionais de saúde e o aleitamento materno: um estudo exploratório sobre as atitudes de médicos e enfermeiros. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 93-105.
- Maroco, J. (2010). *Análise Estatística com o PASW Statistics*. Ed. Report Number

- Matos, M. G. (2007). Psicologia da Saúde e Saúde Pública, In J. Carvalho Teixeira (Ed), *Psicologia da Saúde: contextos e áreas de intervenção* (pp. 43-70). Lisboa: Climepsi.
- Matos, M., Battistutta, D., Simões, C., Carvalhosa, S., Dias, S., & Gonçalves, A. (2003). Conhecimentos e Atitudes sobre o VIH/SIDA em adolescentes portugueses. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 4 (1), pp. 3-20.
- Meystre-Agustoni, G., Jeannin, A., & Dubois-Arber, F. (2005). Epidémie de VIH/sida: activités préventives des médecins de premiers recours en Suisse. *Public Health*, 86, Nr 28, 1732-1746.
- Michener, H. A., Delamater, J. D., & Myers, D. J. (2005). *Psicologia Social*. São Paulo: Ed. Thoson.
- Miranda, A. (2003). *Evolução Natural da infecção por VIH - Aspectos Clínicos*. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 19(6), 587-597.
- Montagnier, L. (1994). *Vírus e Homens. O combate contra a SIDA*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Monteiro, M.J. & Vasconcelos-Raposo, J. (2006). Contextualizar os conhecimentos, atitudes e crenças face ao VIH/SIDA: um contributo para aperfeiçoar o caminho a percorrer. *Psicologia, Saúde & Doenças*, vol.7, no.1, p. 125-136.
- Morrison, D. M., Gillmore, M. R., & Baker, S. A. (1995). Determinants of condom use among high-risk heterosexual adults: A test of the theory of reasoned action. *Journal of Applied Social Psychology*, 651-676.
- Negreiros, J. (2006). *Infecção de drogas, comportamento sexual e risco de VIH*. Porto: Legis Editora.
- Ogden, J. (1995). Psychosocial theory and the creation of the risky self. *Social Science and Medicine*, 40 n.3, pp. 409-415.

- Organização Mundial de Saúde (1994). *Aconselhamento Psicossocial a Pessoas Infectadas pelo VIH/HIV, SIDA e Doenças Associadas. Manual de Treino Para Seminários Nacionais, Regionais e Inter-regionais Sobre Aconselhamento Preventivo e Psicossocial. Programa Global da SIDA (OMS), 1211 Genebra 27 Suíça.*
- ONUSIDA, (2002). *Situación general del estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA. Hoja informativa.*
- ONUSIDA, (2002). *Marco conceptual y base para la acción: Estigma y discriminación relacionados con el VIH/SIDA. Colección Prácticas Óptimas del ONUSIDA.*
- ONUSIDA, (2000). *Estigmatização, discriminação e rejeição relacionadas com HIV e SIDA: formas, contextos e determinantes. Estudos de pesquisa de Uganda e da Índia. Colección Prácticas Óptimas del ONUSIDA.*
- Pacheco, J. (2005). *Burnout e estilos de vida em profissionais de saúde. Tese de Doutoramento, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Faro: Universidade do Algarve.*
- Pacheco, J. (2002). *Stress e coping nos estudantes do Ensino Básico. Tese de Mestrado, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Faro: Universidade do Algarve.*
- Pacheco, J., Murcho, N. & Jesus, S. (2005). Escala de avaliação da qualidade de vida nos consumidores de substâncias em programa de substituição com metadona, *in A Prevenção das Toxicodependências no Ensino Superior/La Prevención de Drogodependências en la Educación Superior. Instituto Politécnico de Beja, Universidad de Huelva e Universidade do Algarve (eds.), pp. 135-140*
- Panebianco, S., del Rio, C, Baez-Villaseñor, J., Uribe, P. & Morales, G., (1994). *Human rights violations and Aids, two parallel public health epidemics, abstract submitted to Xth International Conference on AIDS and International Conference on STDs, Yokohama.*

- Parker, R. (1987). Acquired immunodeficiency syndrome in urban Brazil. *Medical Anthropological Quarterly*, 1, 155-175.
- Pereira, A. (2006). Discriminação de um trabalhador portador de VIH/AIDS: reflexão à luz do direito português. *Lex Medicinæ – Revista Portuguesa de Direito da Saúde* N.º 6, 2006, pp. 121-135.
- Pereira, A. (2007). Cirurgião Seropositivo. Do Pânico ao Direito. *Lex Medicinæ – Revista Portuguesa de Direito da Saúde* 4:8 (2007) 97-114.
- Potocky-Tripodi, M., Dodge, K., & Greene, M. (2007). Bridging cultural chasms between providers and HIV-positive Haitians in Palm Beach County. *Health Care Poor Underserved*, vol.18, 105-117.
- Reis, J. C. (2005). *O que é a saúde?* Lisboa. Veja.
- Rocha, B. (2009). *Stress e coping do cuidador informal do idoso em situação de dependência*. Tese de Mestrado, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Faro: Universidade do Algarve.
- Rodrigues, A. (1996). *Psicologia Social* 16ª Edição, Petrópolis, Ed. Vozes (pp. 345).
- Rodrigues, A. (1999). *Psicologia Social* 18ª Edição, Petrópolis, Ed. Vozes
- Samaranayake, L. P., Scheutz, F., & Cottone, J. A. (1995). Controlo da infecção para a equipe odontológica. São Paulo: Santos, 114-223.
- Semaille, C., & Lot, F. (2006). Epidemiology of HIV infection in the world and in France. *La Revue du Practicien*, 944-952.
- Silva, A. (2010). *O Impacto do Aconselhamento na Prevenção da Infecção pelo VIH/sida: Um Estudo com Reclusos Preventivos dos Estabelecimentos Prisionais Regionais do Algarve*. Tese de Mestrado, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Faro: Universidade do Algarve.

- Swanstrom, R., & Wehbie, R. (1999). The biology of HIV, SIV and other lentiviruses. In K. Holmes, P. F. Sparling, P. A. Mardh, & S. M. Lemon, *Sexually Transmitted Diseases*. McGraw-Hill.
- Teixeira, J. A. (2007). *Psicologia da Saúde - Contextos e áreas de intervenção*. Lisboa: CLIMEPSI EDITORES.
- Teixeira, J. A. (1999). Psicologia e VIH/SIDA. *Análise Psicológica*. Vol.17, no.2, p.363-368.
- Teixeira, J. A., Costa, V., Antão, P., Flores, V., & Marques, I. (1993). Representações sociais da SIDA entre os médicos. *Análise Psicologia*, 11 (2), 287-290.
- Trindade, I. (2007). Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários. In J. A. Teixeira, *Psicologia da Saúde - Contextos e áreas de intervenção*. Lisboa: CLIMEPSI EDITORES.
- UNAIDS/WHO. (2004). *Report on the Global HIV/AIDS epidemic*. (Genève, Ed.).
- Vaz Serra, A. (2000) Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress. P. 279-308. *Psiquiatria Clínica*. Coimbra
- Vila Nova, A., Motoso, D., Machado, M. d., & Silva, R. (sd). *Assistência Social na Saúde e os Direitos dos Portadores de HIV/AIDS - Reflexões sobre a Prática Profissional*. 1-15.
- Vilaça, E. L. (1999). *O que falta aos odontopediatras de Belo Horizonte para atender crianças e adolescentes portadores do vírus HIV/AIDS: conhecimentos ou sentimentos*. Belo Horizonte: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais.
- Weinberg, M.S., Williams, C.J. & Pryor, D.W. (1994). *Dupla atracção. A bissexualidade em tempos de SIDA*. Venda Nova: Bertrand Editora.
- Wiig, K., & Smith, C. (2007). An exploratory investigation of dietary intake and weight in human immunodeficiency virus-seropositive individuals in Accra. *J Am Diet Assoc.* , 1008-1013.
-

WEBGRAFIA

<http://www.aidsmap.com> acedido em 7 de Julho de 2009

<http://www.areyouhivprejudiced.org> acedido em 8 de Julho de 2009

<http://dn.sapo.pt> acedido em 7 de Julho de 2009

<http://www.ecdc.europe.eu> acedido em 26 de Fevereiro de 2011

<http://www.gatportugal.org> acedido em 8 de Julho de 2009

<http://www.nat.org.uk> acedido em 7 de Julho de 2009

<http://www.roche.pt> acedido em 26 de Fevereiro de 2011

<http://www.sida.pt> acedido em 26 de Fevereiro de 2011

<http://www.reapnimprensa.blogspot.com> acedido em 7 de Julho de 2009

<http://www.who.int/> acedido em 5 de Junho de 2010

<http://www.unaids.org> acedido em 5 de Junho de 2010

ANEXOS

ANEXO A

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho Directivo
Da Administração Regional de Saúde do Algarve, I. P.
Dr. Rui Lourenço

Maria de Fátima Marques Vidinha, Psicóloga Clínica, a exercer funções no Departamento de Saúde Pública, no Centro de Aconselhamento e Detecção Precoce da Infecção VIH/sida de Faro, igualmente a frequentar o segundo ano de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, na Universidade do Algarve, vem solicitar a V. Exa. autorização para aplicar instrumentos de avaliação, necessários à realização da minha tese de mestrado, junto dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais) a exercer funções nos Centros de Saúde do Algarve.

Pretendo realizar um estudo quantitativo, descritivo, explicativo e transversal a fim de estudar e avaliar os conhecimentos e atitudes destes profissionais de saúde, relativamente à infecção pelo VIH/sida.
Como metodologia, serão utilizados os testes ANOVA, Correlação de Pearson e Análise factorial.

Junto em anexo os instrumentos que serão utilizados para a realização do estudo.

Com os melhores cumprimentos,

Faro, 21 de Março de 2011

Maria de Fátima Marques Vidinha

ANEXO B

INSTRUMENTOS

QUESTIONÁRIO

1. Género

Masculino

Feminino

2. Idade _____ anos

3. Estado Civil

Solteiro;

Casado;

União de Facto;

Divorciado;

Viúvo;

Outro _____

4. Concelho de Residência _____

5. Centro de Saúde onde exerce a profissão _____

6. Categoria profissional

Enfermeiro(a) Médico(a) Psicólogo(a)

Outra Qual _____

7. Já frequentou acções de formação na área da infecção pelo VIH/SIDA?

Sim Não

8. Se sim, em que ano recebeu a última formação na área da infecção pelo VIH/SIDA? _____

PARTE I - Questionário de Conhecimento de VIH

Versão adaptada para a língua portuguesa, da autoria de Cruz, (1998) do *HIV-Knowledge Questionnaire Study*, de Carey, Morrison-Beedy e Johnson (1997). Questionário reduzido.

Por favor responda a este questionário, assinalando com uma cruz, no local respectivo, se achar que a afirmação é verdadeira (V) ou falsa (F).

	V	F
1. O VIH e a SIDA são a mesma coisa.		
2. Existe cura para a SIDA.		
3. Uma pessoa pode contrair o VIH em casas de banho públicas.		
4. O VIH não é disseminado através da tosse ou espirros.		
5. O VIH pode ser disseminado por mosquitos.		
6. A SIDA é a causa do VIH.		
7. Uma pessoa pode contrair o VIH ao partilhar um copo de água com alguém que está infectado pelo vírus.		
8. O VIH é eliminado por produtos químicos.		
9. É possível contrair o VIH ao fazer uma tatuagem.		
10. Uma mulher grávida que está infectada pelo VIH pode transmitir o vírus ao seu bebé antes de ele nascer.		
11. Se o homem retirar o pénis antes de atingir o orgasmo, está a impedir que a mulher com quem está a ter relações sexuais contraia o VIH.		
12. Uma mulher pode contrair o VIH se praticar sexo anal com um homem.		
13. Tomar um duche ou lavar os órgãos genitais depois de ter relações sexuais impede que uma pessoa contraia o VIH.		
14. Ingerir alimentos saudáveis pode impedir uma pessoa de contrair o VIH.		
15. Todas as mulheres grávidas, infectadas pelo VIH, terão filhos com SIDA.		
16. O uso de um preservativo de borracha pode diminuir a possibilidade de uma pessoa contrair o VIH.		
17. Uma pessoa infectada pelo VIH pode parecer e sentir-se saudável.		
18. As pessoas que contraíram o VIH mostram rapidamente sérios sinais de terem sido infectados pelo vírus.		
19. Uma pessoa pode estar infectada pelo VIH durante 5 anos ou mais sem ter SIDA.		
20. Existe uma vacina que pode impedir que as pessoas adultas contraiam o VIH.		
21. Foram fabricados alguns medicamentos para o tratamento da SIDA.		
22. As mulheres são testadas ao VIH sempre que fazem o teste “papanicolau”.		
23. Uma pessoa não pode contrair o VIH por praticar sexo oral (boca no pénis), com um homem infectado pelo VIH.		
24. Uma pessoa pode contrair o VIH mesmo se tiver relações sexuais com outras pessoas uma única vez.		
25. Usar preservativo é a melhor protecção contra a infecção pelo VIH.		
26. É possível que as pessoas contraiam o VIH através de beijos “profundos”, em que põem a língua na boca de um parceiro infectado pelo VIH.		
27. Uma pessoa pode contrair o VIH ao “dar sangue”.		
28. Durante o seu período menstrual, a mulher não pode contrair o VIH ao ter relações sexuais.		

Conhecimentos e Atitudes face à Infecção pelo VIH:
a Prática dos Profissionais de Saúde nos Cuidados de Saúde Primários no Algarve

	V	F
29. Geralmente, podemos determinar se alguém está infectado pelo VIH olhando para a pessoa.		
30. Existe um preservativo feminino que pode ajudar a diminuir a possibilidade das mulheres contraírem o VIH.		
31. Um preservativo de pele natural é mais seguro contra o VIH do que um preservativo de borracha.		
32. Se uma pessoa estiver a tomar antibióticos, não pode contrair o VIH.		
33. Ter relações sexuais com mais de um parceiro pode aumentar a possibilidade de uma pessoa ser infectada pelo VIH.		
34. Fazer um teste ao VIH uma semana depois de ter relações sexuais, permitirá “mostrar” se uma pessoa está ou não infectada pelo VIH.		
35. Uma pessoa pode contrair o VIH se se sentar numa banheira ou num piscina, com alguém que esteja infectado pelo VIH.		
36. Uma pessoa pode contrair o VIH através do contacto com saliva, lágrimas, suor ou urina.		
37. Uma pessoa pode contrair o VIH através das secreções vaginais da mulher.		
38. Uma pessoa pode contrair o VIH tendo relações sexuais de natureza oral (boca na vagina), com outra mulher.		
39. Se uma pessoa obtém um resultado positivo no teste VIH, o local onde realizou o teste terá de divulgar esse resultado a todas as instituições de saúde.		
40. Utilizar vaselina ou óleo para bebé quando se usa o preservativo, diminui a possibilidade de se contrair o VIH.		
41. A lavagem, com água fria, do “equipamento” utilizado no uso de drogas, elimina o vírus.		
42. Uma mulher pode contrair o VIH tendo relações sexuais de natureza vaginal com um homem que tem o vírus.		
43. Os atletas que partilham agulhas quando injectam esteróides, podem contrair o VIH através das agulhas.		
44. Tomar um banho depois de ter relações sexuais impede que uma mulher contraia o VIH.		
45. Tomar vitaminas impede que uma pessoa contraia o VIH.		

PARTE II – Questionário de Atitudes

Questionário da autoria de F. Vidinha (2010)

Por favor responda a este questionário, assinalando com uma cruz o algarismo que melhor traduz o seu grau de concordância.

Considere uma escala crescente de 1 a 7 sendo:

- 1 “Discordo totalmente”;
- 2 “Discordo”;
- 3 “Discordo parcialmente”;
- 4 “Nem discordo, nem concordo”;
- 5 “Concordo parcialmente”;
- 6 “Concordo”;
- 7 “Concordo totalmente”.

	1	2	3	4	5	6	7
1. O prévio conhecimento do estado serológico de um utente é um direito para o profissional de saúde.							
2. O prévio conhecimento do estado serológico de um utente é indispensável à protecção do profissional de saúde.							
3. O prévio conhecimento do estado serológico de um utente é necessário à protecção do profissional de saúde.							
4. É importante conhecer o estado serológico do seu utente.							
5. Nos centros de saúde, deveria haver espaços próprios para atendimento dos utentes seropositivos.							
6. Nos centros de saúde, deveria haver sanitários próprios para utentes seropositivos.							
7. O posterior conhecimento de que o utente é seropositivo legitima que se interrompa o atendimento do utente.							
8. A descoberta de que um utente seropositivo utilizou determinadas instalações do centro de saúde, legitima que as não volte a utilizar sem que se proceda à desinfeção específica.							
9. O conhecimento de que o utente é seropositivo altera o seu modo de atendimento.							
10. Nos tratamentos ou actos sangrentos deve proceder-se previamente à despistagem da seropositividade do utente.							
11. No seu ambiente de trabalho no centro de saúde, a seropositividade do utente é um risco de saúde para o profissional de saúde.							
12. Para si, a seropositividade implica uma relação humana mais simpática para com o utente.							
13. A seropositividade legitima que conforme a sua carteira de utentes.							
14. A seropositividade legitima que recuse a prestação de cuidados de saúde a esse utente.							

ANEXO C

Frequências das Respostas Certas e Erradas

Item 1 - O VIH e a SIDA são a mesma coisa.

		Frequência	%	% válido	% cumulado
Resposta	Errada	24	10,7	10,7	10,7
	Certa	201	89,3	89,3	100,0
	Total	225	100,0	100,0	

Item 2 - Existe cura para a SIDA.

		Frequência	%	% válido	% cumulado
Resposta	Errada	6	2,7	2,7	2,7
	Certa	219	97,3	97,3	100,0
	Total	225	100,0	100,0	

Item 3 - Uma pessoa pode contrair o VIH em casas de banho públicas.

		Frequência	%	% válido	% cumulado
Resposta	Errada	13	5,8	5,8	5,8
	Certa	212	94,2	94,2	100,0
	Total	225	100,0	100,0	

Item 4 - O VIH não é disseminado através da tosse ou espirros.

		Frequência	%	% válido	% cumulado
Resposta	Errada	62	27,6	27,6	27,6
	Certa	163	72,4	72,4	100,0
	Total	225	100,0	100,0	

Item 5 - O VIH pode ser disseminado por mosquitos.

		Frequência	%	% válido	% cumulado
Resposta	Errada	34	15,1	15,1	15,1
	Certa	191	84,9	84,9	100,0
	Total	225	100,0	100,0	

Item 6 - A SIDA é a causa do VIH.

		Frequência	%	% válido	% cumulado
Resposta	Errada	72	32,0	32,0	32,0
	Certa	153	68,0	68,0	100,0
	Total	225	100,0	100,0	

Conhecimentos e Atitudes face à Infecção pelo VIH:
a Prática dos Profissionais de Saúde nos Cuidados de Saúde Primários no Algarve

Item 7 - Uma pessoa pode contrair o VIH ao partilhar um copo de água com alguém que está infectado pelo vírus.

	Frequência	%	% válido	% cumulado
Resposta Errada	8	3,6	3,6	3,6
Certa	217	96,4	96,4	100,0
Total	225	100,0	100,0	

Item 8 - O VIH é eliminado por produtos químicos.

	Frequência	%	% válido	% cumulado
Resposta Errada	157	69,8	69,8	69,8
Certa	68	30,2	30,2	100,0
Total	225	100,0	100,0	

Item 9 - É possível contrair o VIH ao fazer uma tatuagem.

	Frequência	%	% válido	% cumulado
Resposta Errada	18	8,0	8,0	8,0
Certa	207	92,0	92,0	100,0
Total	225	100,0	100,0	

Item 10 - Uma mulher grávida que está infectada pelo VIH pode transmitir o vírus ao seu bebé antes de ele nascer.

	Frequência	%	% válido	% cumulado
Resposta Errada	49	21,8	21,8	21,8
Certa	176	78,2	78,2	100,0
Total	225	100,0	100,0	

Item 11 - Se o homem retirar o pénis antes de atingir o orgasmo, está a impedir que a mulher com quem está a ter relações sexuais contraia o VIH.

	Frequência	%	% válido	% cumulado
Resposta Errada	5	2,2	2,2	2,2
Certa	220	97,8	97,8	100,0
Total	225	100,0	100,0	

Conhecimentos e Atitudes face à Infecção pelo VIH:
a Prática dos Profissionais de Saúde nos Cuidados de Saúde Primários no Algarve

Item 12 - Uma mulher pode contrair o VIH se praticar sexo anal com um homem.

	Frequência	%	% válido	% cumulado
Resposta Errada	11	4,9	4,9	4,9
Certa	214	95,1	95,1	100,0
Total	225	100,0	100,0	

Item 13 - Tomar um duche ou lavar os órgãos genitais depois de ter relações sexuais impede que uma pessoa contraia o VIH.

	Frequência	%	% válido	% cumulado
Resposta Certa	225	100,0	100,0	100,0

Item 14 - Ingerir alimentos saudáveis pode impedir uma pessoa de contrair o VIH.

	Frequência	%	% válido	% cumulado
Resposta Errada	4	1,8	1,8	1,8
Certa	221	98,2	98,2	100,0
Total	225	100,0	100,0	

Item 15 - Todas as mulheres grávidas, infectadas pelo VIH, terão filhos com SIDA.

	Frequência	%	% válido	% cumulado
Resposta Errada	9	4,0	4,0	4,0
Certa	216	96,0	96,0	100,0
Total	225	100,0	100,0	

Item 16 - O uso de um preservativo de borracha pode diminuir a possibilidade de uma pessoa contrair o VIH.

	Frequência	%	% válido	% cumulado
Resposta Errada	12	5,3	5,3	5,3
Certa	213	94,7	94,7	100,0
Total	225	100,0	100,0	

Item 17 - Uma pessoa infectada pelo VIH pode parecer e sentir-se saudável.

	Frequência	%	% válido	% cumulado
Resposta Errada	4	1,8	1,8	1,8
Certa	221	98,2	98,2	100,0
Total	225	100,0	100,0	

Conhecimentos e Atitudes face à Infecção pelo VIH:
a Prática dos Profissionais de Saúde nos Cuidados de Saúde Primários no Algarve

Item 18 - As pessoas que contraíram o VIH mostram rapidamente sérios sinais de terem sido infectados pelo vírus.

	Frequência	%	% válido	% cumulado
Resposta Errada	7	3,1	3,1	3,1
Certa	218	96,9	96,9	100,0
Total	225	100,0	100,0	

Item 19 - Uma pessoa pode estar infectada pelo VIH durante 5 anos ou mais sem ter SIDA.

	Frequência	%	% válido	% cumulado
Resposta Errada	11	4,9	4,9	4,9
Certa	214	95,1	95,1	100,0
Total	225	100,0	100,0	

Item 20 - Existe uma vacina que pode impedir que as pessoas adultas contraiam o VIH.

	Frequência	%	% válido	% cumulado
Resposta Errada	5	2,2	2,2	2,2
Certa	220	97,8	97,8	100,0
Total	225	100,0	100,0	

Item 21 - Foram fabricados alguns medicamentos para o tratamento da SIDA.

	Frequência	%	% válido	% cumulado
Resposta Errada	24	10,7	10,7	10,7
Certa	201	89,3	89,3	100,0
Total	225	100,0	100,0	

Item 22 - As mulheres são testadas ao VIH sempre que fazem o teste "papanicolau".

	Frequência	%	% válido	% cumulado
Resposta Errada	4	1,8	1,8	1,8
Certa	221	98,2	98,2	100,0
Total	225	100,0	100,0	

Conhecimentos e Atitudes face à Infecção pelo VIH:
a Prática dos Profissionais de Saúde nos Cuidados de Saúde Primários no Algarve

Item 23 - Uma pessoa não pode contrair o VIH por praticar sexo oral (boca no pénis), com um homem infectado pelo VIH.

	Frequência	%	% válido	% cumulado
Resposta Errada	28	12,4	12,4	12,4
Certa	197	87,6	87,6	100,0
Total	225	100,0	100,0	

Item 24 - Uma pessoa pode contrair o VIH mesmo se tiver relações sexuais com outras pessoas uma única vez.

	Frequência	%	% válido	% cumulado
Resposta Errada	5	2,2	2,2	2,2
Certa	220	97,8	97,8	100,0
Total	225	100,0	100,0	

Item 25 - Usar preservativo é a melhor protecção contra a infecção pelo VIH.

	Frequência	%	% válido	% cumulado
Resposta Errada	10	4,4	4,4	4,4
Certa	215	95,6	95,6	100,0
Total	225	100,0	100,0	

Item 26 - É possível que as pessoas contraiam o VIH através de beijos “profundos”, em que põem a língua na boca de um parceiro infectado pelo VIH.

	Frequência	%	% válido	% cumulado
Resposta Errada	65	28,9	28,9	28,9
Certa	160	71,1	71,1	100,0
Total	225	100,0	100,0	

Item 27 - Uma pessoa pode contrair o VIH ao “dar sangue”.

	Frequência	%	% válido	% cumulado
Resposta Errada	47	20,9	20,9	20,9
Certa	178	79,1	79,1	100,0
Total	225	100,0	100,0	

Conhecimentos e Atitudes face à Infecção pelo VIH:
a Prática dos Profissionais de Saúde nos Cuidados de Saúde Primários no Algarve

Item 28 - Durante o seu período menstrual, a mulher não pode contrair o VIH ao ter relações sexuais.

	Frequência	%	% válido	% cumulado
Resposta Errada	4	1,8	1,8	1,8
Certa	221	98,2	98,2	100,0
Total	225	100,0	100,0	

Item 29 - Geralmente, podemos determinar se alguém está infectado pelo VIH olhando para a pessoa.

	Frequência	%	% válido	% cumulado
Resposta Errada	4	1,8	1,8	1,8
Certa	221	98,2	98,2	100,0
Total	225	100,0	100,0	

Item 30 - Existe um preservativo feminino que pode ajudar a diminuir a possibilidade das mulheres contraírem o VIH.

	Frequência	%	% válido	% cumulado
Resposta Errada	32	14,2	14,2	14,2
Certa	193	85,8	85,8	100,0
Total	225	100,0	100,0	

Item 31 - Um preservativo de pele natural é mais seguro contra o VIH do que um preservativo de borracha.

	Frequência	%	% válido	% cumulado
Resposta Errada	13	5,8	5,8	5,8
Certa	212	94,2	94,2	100,0
Total	225	100,0	100,0	

Item 32 - Se uma pessoa estiver a tomar antibióticos, não pode contrair o VIH.

	Frequência	%	% válido	% cumulado
Resposta Errada	3	1,3	1,3	1,3
Certa	222	98,7	98,7	100,0
Total	225	100,0	100,0	

Conhecimentos e Atitudes face à Infecção pelo VIH:
a Prática dos Profissionais de Saúde nos Cuidados de Saúde Primários no Algarve

Item 33 - Ter relações sexuais com mais de um parceiro pode aumentar a possibilidade de uma pessoa ser infectada pelo VIH.

	Frequência	%	% válido	% cumulado
Resposta Errada	5	2,2	2,2	2,2
Certa	220	97,8	97,8	100,0
Total	225	100,0	100,0	

Item 34 - Fazer um teste ao VIH uma semana depois de ter relações sexuais, permitirá “mostrar” se uma pessoa está ou não infectada pelo VIH.

	Frequência	%	% válido	% cumulado
Resposta Errada	15	6,7	6,7	6,7
Certa	210	93,3	93,3	100,0
Total	225	100,0	100,0	

Item 35 - Uma pessoa pode contrair o VIH se se sentar numa banheira ou num piscina, com alguém que esteja infectado pelo VIH.

	Frequência	%	% válido	% cumulado
Resposta Errada	3	1,3	1,3	1,3
Certa	222	98,7	98,7	100,0
Total	225	100,0	100,0	

Item 36 - Uma pessoa pode contrair o VIH através do contacto com saliva, lágrimas, suor ou urina.

	Frequência	%	% válido	% cumulado
Resposta Errada	20	8,9	8,9	8,9
Certa	205	91,1	91,1	100,0
Total	225	100,0	100,0	

Item 37 - Uma pessoa pode contrair o VIH através das secreções vaginais da mulher.

	Frequência	%	% válido	% cumulado
Resposta Errada	30	13,3	13,3	13,3
Certa	195	86,7	86,7	100,0
Total	225	100,0	100,0	

Conhecimentos e Atitudes face à Infecção pelo VIH:
a Prática dos Profissionais de Saúde nos Cuidados de Saúde Primários no Algarve

Item 38 - Uma pessoa pode contrair o VIH tendo relações sexuais de natureza oral (boca na vagina), com outra mulher.

	Frequência	%	% válido	% cumulado
Resposta Errada	32	14,2	14,2	14,2
Certa	193	85,8	85,8	100,0
Total	225	100,0	100,0	

Item 39 - Se uma pessoa obtém um resultado positivo no teste VIH, o local onde realizou o teste terá de divulgar esse resultado a todas as instituições de saúde.

	Frequência	%	% válido	% cumulado
Resposta Errada	18	8,0	8,0	8,0
Certa	207	92,0	92,0	100,0
Total	225	100,0	100,0	

Item 40 - Utilizar vaselina ou óleo para bebé quando se usa o preservativo, diminui a possibilidade de se contrair o VIH.

	Frequência	%	% válido	% cumulado
Resposta Errada	9	4,0	4,0	4,0
Certa	216	96,0	96,0	100,0
Total	225	100,0	100,0	

Item 41 - A lavagem, com água fria, do “equipamento” utilizado no uso de drogas, elimina o vírus.

	Frequência	%	% válido	% cumulado
Resposta Errada	2	,9	,9	,9
Certa	223	99,1	99,1	100,0
Total	225	100,0	100,0	

Item 42 - Uma mulher pode contrair o VIH tendo relações sexuais de natureza vaginal com um homem que tem o vírus.

	Frequência	%	% válido	% cumulado
Resposta Errada	2	,9	,9	,9
Certa	223	99,1	99,1	100,0
Total	225	100,0	100,0	

Conhecimentos e Atitudes face à Infecção pelo VIH:
a Prática dos Profissionais de Saúde nos Cuidados de Saúde Primários no Algarve

Item 43 - Os atletas que partilham agulhas quando injectam esteróides, podem contrair o VIH através das agulhas.

	Frequência	%	% válido	% cumulado
Resposta Errada	6	2,7	2,7	2,7
Certa	219	97,3	97,3	100,0
Total	225	100,0	100,0	

Item 44 - Tomar um banho depois de ter relações sexuais impede que uma mulher contraia o VIH.

	Frequência	%	% válido	% cumulado
Resposta Certa	225	100,0	100,0	100,0

Item 45 - Tomar vitaminas impede que uma pessoa contraia o VIH.

	Frequência	%	% válido	% cumulado
Resposta Certa	225	100,0	100,0	100,0