

Ana Paula Dias Barroso

# Conhecimentos dos enfermeiros face à infecção VIH/SIDA

*Dissertação de Mestrado em SIDA – Da Prevenção à  
Terapêutica*

Orientador: **Mestre Joaquim Oliveira**

Co-orientador: **Professora Doutora Ana Maria Jorge**

Faculdade de Medicina  
Universidade de Coimbra

**Dezembro 2008**

*Dissertação de mestrado em SIDA – da prevenção à terapêutica, apresentada  
à Faculdade de Medicina, da Universidade de Coimbra.*

Trabalho realizado com a Equipa de Enfermagem do Hospital de Sousa  
Martins, Guarda.

*Aos meus pais*

*A toda a família*

*Ao Francisco José*

**Índice**

Índice	5
Índice de figuras	7
Índice de tabelas	9
Prefácio	10
Resumo	13
Abstract	16
Capítulo I	19
I – Introdução	20
1 – A Enfermagem	22
1.1- Revisão histórica da enfermagem	25
1.2- A enfermagem actual	26
1.3- Conhecimentos em enfermagem	27
1.4- A enfermagem e a infecção VIH	28
2 – A infecção VIH/SIDA	30
2.1- Aspectos históricos	32
2.2- Etiopatogenia	34
2.3- Caracterização do vírus	36
2.4- A infecção VIH/SIDA no mundo	37
2.5- A infecção VIH/SIDA em Portugal	38
2.6- Prevenção/Profilaxia	39
Capítulo II	40
I – Preâmbulo	41
II – Objectivos	43
III – População e Métodos	45

IV – Hipóteses _____	47
IV – Resultados _____	49
V – Discussão de resultados _____	73
VI – Conclusões _____	81
VII – Bibliografia _____	84
Anexos _____	94
Anexo I – Inquérito _____	95
Anexo II – Parecer da Comissão de Ética da Universidade de Coimbra/Faculdade de Medicina _____	101
Anexo III – Autorização para a realização do estudo no Hospital de Sousa Martins – Guarda _____	102

**Índice de figuras**

Figura 1 – Distribuição e retorno de questionários. _____	50
Figura 2 – Distribuição da amostra em função do género. _____	50
Figura 3 – Distribuição da amostra segundo o grupo etário. _____	51
Figura 4 – Distribuição da amostra segundo as habilitações académicas. ____	51
Figura 5 – Distribuição da amostra segundo o género. _____	52
Figura 6 – Distribuição da amostra segundo a categoria profissional. _____	52
Figura 7-Distribuição da amostra, segundo a categoria profissional, por género. _____	53
Figura 8 – Distribuição da amostra segundo a frequência de acções de formação. _____	54
Figura 9 – Distribuição da amostra segundo a frequência de acções de formação, por género. _____	54
Figura 10 – Distribuição da amostra segundo a frequência de acções de formação, por grau académico. _____	55
Figura 11 – Distribuição da amostra segundo a frequência de acções de formação, por categoria profissional. _____	56
Figura 12 – Distribuição da amostra segundo a frequência de acções de formação, por grupo etário. _____	56
Figura 13 – Distribuição da amostra segundo a razão da frequência das acções de formação. _____	57
Figura 14 – Distribuição da amostra segundo a forma de custear a frequência das acções de formação. _____	57
Figura 15 – Distribuição da amostra segundo a razão de frequência da acção de formação e a forma de a custear. _____	58
Figura 16 – Distribuição da amostra segundo a razão de frequência das acções de formação, por género. _____	58
Figura 17 – Distribuição da amostra segundo a forma de custear a frequência das acções de formação, por género. _____	59
Figura 18 – Distribuição da amostra segundo a razão de frequência das acções de formação, por categoria profissional. _____	60
Figura 19 – Distribuição dos valores relacionados com o nível de conhecimento. _____	60

Figura 20 – Distribuição da amostra segundo o nível de conhecimento médio.	61
Figura 21 – Distribuição da amostra segundo o nível de conhecimento médio, por género.	61
Figura 22 – Distribuição da amostra segundo o nível de conhecimento, por género.	62
Figura 23 – Distribuição da amostra segundo o nível médio de conhecimento, por faixa etária.	62
Figura 24 – Distribuição da amostra segundo o nível de conhecimento, por faixa etária.	63
Figura 25 – Distribuição da amostra segundo o nível médio de conhecimento, por habilitações académicas.	64
Figura 26 – Distribuição da amostra segundo o nível de conhecimento, por habilitações académicas.	65
Figura 27 – Distribuição da amostra segundo o nível médio de conhecimento, por categoria profissional.	65
Figura 28 – Distribuição da amostra segundo o nível de conhecimento, por categoria profissional.	66
Figura 29- Distribuição da amostra segundo o nível médio de conhecimento, por frequência de acções de formação.	67
Figura 30 – Distribuição da amostra segundo o nível de conhecimento, por frequência de acções de formação.	67
Figura 31 – Distribuição da amostra segundo o nível de conhecimento por razão de frequência da acção de formação.	68

## **Índice de tabelas**

Tabela 1 – Resultados de acertos e falhas nas frases relacionadas com formas de contaminação/transmissão da infecção VIH/SIDA _____	70
Tabela 2 – Resultados de acertos e falhas nas frases relacionadas com formas de contaminação/transmissão da infecção VIH/SIDA _____	72

# **Prefácio**

---

A realização de uma dissertação de mestrado é o culminar de muito trabalho, de horas menos felizes, de dias menos bons, de meses de luta. Mas, não obstante das situações menos boas, tudo isto é compensado pelo prazer que se tem quando se vê a concretização de um sonho, começado há já cerca de quatro anos. E não foi apenas mais uma dissertação, mas sim um trabalho feito com empenho e, acima de tudo, rigoroso e sério, recorrendo sempre às fontes de conhecimento mais fidedignas possíveis.

O início desta epopeia começou com um ano teórico, em que os Professores partilharam o seu vasto conhecimento na área das doenças infecciosas, nomeadamente na temática da infecção VIH/SIDA com um grupo de alunos, provenientes das mais variadas áreas de formação ao nível da Licenciatura, nomeadamente desde as letras às ciências, passando pelas novas tecnologias. E foi assim um ano muito útil, principalmente para a compreensão de toda esta problemática que envolve a patologia e controlo da infecção VIH/SIDA. Pelas duas componentes que constavam do ano teórico, a Médica e a Psicológica, foi-nos possível integrar a problemática sob dois pontos de vista diferentes mas complementares e assim conseguimos crescer, em conhecimentos e, principalmente, como Pessoas, em enriquecimento interior.

Chegou depois o ano da realização de um trabalho prático na área da temática aprendida, tentando levar este mesmo tema para a área da nossa formação inicial. Chegaram também os maiores problemas. O que fazer? A quem pedir orientação? Para que lado me virar? Basicamente a pergunta que resume toda essa fase será “Por onde é que eu começo?”. Perdi assim muito do tempo indispensável ao trabalho propriamente dito, tendo mesmo que me voltar a inscrever no curso, apenas para ganhar mais alguns meses e poder concretizar o sonho. Procurei então uma Professora (da altura da Licenciatura), a Professora Doutora Ana Jorge, em quem me apoiei para a realização do meu trabalho, que passou a ser o nosso trabalho. Foi com os seus vastos conhecimentos de realização de trabalhos e espírito de luta e incentivo que comecei a trabalhar mais arduamente e agora com princípio, meio e fim, com objectivos traçados e com metas estipuladas. De salientar também o apoio sempre inestimável do Mestre Joaquim Oliveira, que com a sua experiência na área da infecção VIH/SIDA e os seus contributos organizacionais muito ajudou a levar a bom termo este Nosso trabalho. Assim não poderia deixar de

agradecer ao meu Orientador, Mestre Joaquim Oliveira, à minha Co-orientadora, Professora Doutora Ana Jorge e a todos os que directa ou indirectamente contribuíram para a realização desta dissertação.

Um agradecimento especial e uma dedicação carinhosa aos meus pais, pois foram eles os “culpados” do que eu sou, em termos pessoais, académicos e profissionais.

Um grande bem-haja a todos Vós.

# Resumo

---

Ao longo da história temos sido confrontados com as mais diversas patologias e epidemias, algumas das quais massacraram muitos milhões de pessoas. Actualmente diversas patologias têm sido responsáveis pelo sofrimento de muitos indivíduos: a gripe, a tuberculose, a hepatite B e a SIDA são exemplos de infecções responsáveis por grande número de mortes.

A SIDA é uma pandemia para a qual ainda não foi encontrada cura. Torna-se particularmente perigosa porque está associada aos nossos comportamentos.

A problemática da infecção VIH/SIDA está presente diariamente em todos os estratos sociais e o número de novos casos continua a aumentar.

Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, contactam diariamente com pessoas possivelmente infectadas, mesmo sem saberem. No seu local de trabalho estão, potencialmente, sujeitos ao risco de contágio, mesmo fazendo uso sistemático das precauções universais, bem como de todas as regras elementares de segurança e higiene. Os acidentes profissionais, colocam-nos em risco de contaminação pelo VIH, o que nos torna vulneráveis e nos traz preocupações, quer a nível individual, quer a nível do contexto familiar. Pretendemos, assim, com este trabalho, compreender o conhecimento que estes profissionais têm face a uma doença com a qual, muitos deles, convivem diariamente.

A amostra foi constituída por 157 enfermeiros, maioritariamente do género feminino (73,9%), na faixa etária compreendida entre os 31 e os 40 anos (39,5%). A maioria (82,9%) era detentora de licenciatura com a categoria profissional de “enfermeiro graduado” (68,2%). A maioria dos elementos da amostra não frequentou acções de formação subordinadas à temática da infecção VIH/SIDA (58%), sendo que esta frequência não foi influenciada por nenhuma das variáveis sócio demográficas estudadas. O que levou os enfermeiros a estarem presentes nestas acções foi o próprio interesse (97%), sendo que na maioria das vezes quem custeou a formação foram os próprios (78,8%).

Obteve-se uma média de 82,7% de respostas correctamente assinaladas. A amplitude variou entre os 44,8% de respostas correctamente marcadas e os 96,8%. Abaixo da média de conhecimento situaram-se 45,9% dos enfermeiros. Este conhecimento apenas é influenciado pelas habilitações académicas.

Verifica-se que quanto maior o grau de habilitação académica maior o nível de conhecimento obtido.

Na análise individual de algumas frases constituintes do inquérito, denota-se níveis de acertos muito baixos para esta população específica, o que poderá prejudicar o desempenho da profissão, nomeadamente na prestação de cuidados a doentes infectados pelo VIH/SIDA e na prevenção primária da doença.

# **Abstract**

---

Throughout history we have been confronted with the most diverse diseases and epidemics, most of which massacred many millions of people. Currently various diseases have been responsible for the suffering of many individuals: influenza, tuberculosis, hepatitis B and AIDS are examples of infections responsible for large numbers of deaths.

AIDS is a pandemic for which has not yet been found healing. It is particularly dangerous because it is correlated to our behaviour.

The problem HIV / AIDS is present in all extracts daily social, and the number of new cases continues to rise.

The health professionals, especially the nurses, daily contact with people possibly infected, even without knowing. In their place of work are always subject to risk of infection, even when making use of universal precautions, as well as all basic rules of safety and hygiene. Accidents professionals as well as their attitude put these professionals at risk of contamination by HIV, which makes them vulnerable and brings concerns, or at the individual level both within the family context. We want so, with this work, understand the knowledge that these professionals are faced with a disease to which many of them, live daily.

The sample consisted of 157 nurses, mostly women (73,9%), aged between the 31 and 40 years (39,5%). The majority (82,9%) was holding the degree of licensed with the professional category of "nurses graduated "(68,2%). Most of the elements in the sample not attended training schemes dependent on the theme HIV/AIDS (58%), and this often is not influenced by any of the social demographic variables studied. What led the nurses to be present in these actions was the self-interest (97%), whereas most of the time who were paid the training themselves (78.8%).

The average of knowledge obtained was 82,7% for correct answers, with a magnitude to vary between 44,8% and 96,8% of right answers, correct. Below average of knowledge have up 45,9% of the nurses. This knowledge is only influenced by educational. It appears that the higher the level of qualification literary higher the level of knowledge obtained.

In the analysis of some phrases individual constituents of the investigation, shows up very low levels of successes for this particular population, which could

impair the performance of the profession, particularly in the care of patients infected by HIV/AIDS and in primary prevention of the disease.

# **Capítulo I**

---

## Conhecimentos dos enfermeiros face à infecção VIH/SIDA

Revisão bibliográfica

# I – Introdução

---

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) é uma patologia que, apesar de muito estudada por todo o mundo, constitui, pelos piores motivos, um tema actual e interessante de estudo. Apesar de toda a informação que actualmente existe, nomeadamente, da sua forma de propagação, os números são bem esclarecedores, no que toca ao seu aumento galopante.

Muitas são as profissões que diariamente lidam com esta patologia e torna-se indispensável um profundo conhecimento da doença, mas sobretudo das suas formas de transmissão. Uma destas profissões é, sem dúvida, a enfermagem. Os enfermeiros lidam directamente com os doentes infectados pelo VIH, procedendo mesmo a determinados actos que envolvem contacto directo e exposição a fluidos biológicos, especialmente o sangue. Torna-se assim pertinente entender de perto e analisar os conhecimentos que estes profissionais têm sobre esta temática.

Quando não se conhece, a capacidade de aceitação está diminuída, pelo medo, receio e ignorância. Sendo assim, reveste-se de extrema importância que os enfermeiros tenham conhecimentos acerca desta patologia, para que assim possam prestar os melhores cuidados aos doentes, independentemente de serem ou não portadores de doenças transmissíveis, nomeadamente a infecção por VIH/SIDA.

# 1 – A Enfermagem

---

A profissão de enfermagem é, actualmente, muito procurada, sendo um dos cursos do Ensino Superior que mais candidatos regista anualmente. A Licenciatura é ministrada numa Escola Superior de Enfermagem/Saúde, sendo constituída por quatro anos lectivos, integrando cerca de 50% ou mais de componente prática, em ambiente predominantemente hospitalar.

A enfermagem pode ser definida como uma ciência cuja essência é cuidar do ser humano. Teve os seus primórdios ligados à maternidade, sendo uma profissão quase exclusivamente feminina.

A enfermagem moderna, tal como a conhecemos, desenvolveu-se a partir do século XIX, por Florence Nightingale, aquando da guerra da Criméia (1853-1856).

Devido à grande diversidade de saberes e competências relacionadas com o curso de Enfermagem, é possível que os profissionais recém formados possam apresentar algumas lacunas em termos de saberes e práticas de todas as áreas de trabalho. Mesmo os profissionais que se encontram no activo há muitos anos podem ter, inadvertidamente, alguns comportamentos que podem pôr em causa a sua saúde. Se integrarmos nestes comportamentos o risco de exposição, praticamente diária, a fluidos biológicos e a patologias infecciosas, conseguimos ter noção da dimensão do problema.

É socialmente reconhecido o valor do papel do enfermeiro no âmbito da comunidade científica da saúde e no que concerne à qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde, sendo essa prestação efectuada através de cuidados de enfermagem <sup>(1)</sup>.

Estes cuidados são definidos como cuidados de saúde que consistem em intervenções autónomas de enfermagem, relacionadas com diagnósticos de enfermagem relativos às pessoas, grupos e famílias, que incidem sobre as suas respostas humanas aos problemas de saúde e que visam a construção e consolidação da sua autonomia na concretização do seu máximo potencial de saúde <sup>(1)</sup>. Segundo os estatutos da Ordem dos Enfermeiros, constata-se que o enfermeiro procura, em todo o seu acto profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de assegurar, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia <sup>(2)</sup>.

Segundo Rogers <sup>(3)</sup> a enfermagem é um sistema organizado e abstracto que usa o seu conhecimento na prática. A prática, para a autora, não é a enfermagem, mas o modo como se usa o conhecimento da enfermagem. Waldow <sup>(4)</sup> diz que o cuidar é a prática da enfermagem (que se caracteriza por acções e comportamentos de cuidar) então esse é o conhecimento. É actualmente definida como uma profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, doente ou não doente, ao longo do seu ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional, tão rapidamente quanto possível <sup>(5)</sup>.

Considerando a Enfermagem como uma disciplina científica que é, têm de se considerar os seus antecedentes educacionais, que passam pela competência baseada numa sólida base de conhecimentos, no entendimento claro do escopo da prática clínica de Enfermagem e pela educação de nível superior desta profissão <sup>(6)</sup>.

### **1.1- Revisão histórica da enfermagem**

Remonta a 1881 a primeira escola voltada para a formação de enfermeiros, no nosso país, tendo sido situada em Coimbra. Numa primeira fase, ainda em etapa pré profissional, aplicava-se a prática associada aos cuidados religiosos e o modelo caritativo <sup>(7)</sup>. Foi também nesta altura, no ano de 1942, que surge um decreto-lei que não permite o casamento às enfermeiras, medida que se manteve até ao ano de 1963, quando foi revogada <sup>(7)</sup>.

Até ao ano de 1970 privilegiou-se sempre a enfermagem de cariz essencialmente feminino e casta.

No início dos anos 70 surgem os primeiros modelos teóricos de enfermagem, em que se distinguem e se separam ontologicamente os cuidados médicos dos cuidados de enfermagem. O papel do profissional de enfermagem deixa de se limitar apenas ao cumprimento de prescrições médicas, passando a incluir o planeamento, a execução e a avaliação dos cuidados de enfermagem, baseados no próprio saber da enfermagem e na utilização de múltiplos saberes, na participação activa na sua produção, no desenvolvimento pessoal e profissional <sup>(8)</sup>.

Actualmente o perfil profissional de enfermagem está determinado no decreto-lei 437/91, de 8 de Novembro (carreira de enfermagem) e no decreto-lei 161/96 de 4 de Setembro <sup>(5)</sup> (regulamento de exercício profissional dos enfermeiros), tendo em 1998 o ponto mais alto da afirmação da identidade profissional, com a criação da Ordem dos Enfermeiros.

## **1.2- A enfermagem actual**

A principal actividade dos enfermeiros é a prestação de cuidados de enfermagem a pessoas sãs ou doentes, para que mantenham, melhorem ou recuperem a sua saúde, ajudando-as a atingir o seu máximo bem-estar físico e psíquico e a máxima independência nas actividades quotidianas, tão rapidamente quanto possível <sup>(8)</sup>. Os cuidados que prestam têm sempre em conta as necessidades físicas, emocionais e sociais da pessoa e visam um ou mais dos objectivos fundamentais desta profissão: a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reintegração social. Para além da prestação de cuidados de enfermagem globais a indivíduos (desde o nascimento até à morte), os enfermeiros prestam igualmente cuidados a famílias, grupos e comunidades <sup>(6)</sup>. As suas responsabilidades e actividades dependem, contudo, de factores como a sua área de actuação, a sua categoria profissional e a entidade para a qual trabalham. Tendo em conta as diversas actividades que podem desempenhar, são muitas as capacidades exigidas a estes profissionais. Além dos conhecimentos técnicos e científicos, é imprescindível que privilegiem e procurem desenvolver permanentemente as suas capacidades de comunicação e de relacionamento, dado que o sucesso das suas intervenções depende, em grande parte, da empatia que conseguem criar com os destinatários dos seus cuidados: é muito importante que saibam ouvi-los atentamente e que lhes consigam dar indicações claras e adaptadas ao seu nível sócio-cultural, criando a confiança e as condições necessárias para a participação activa do indivíduo, família, grupos ou comunidade. Essas capacidades são também importantes no contacto com os familiares dos pacientes e com os profissionais de saúde com os quais é habitual trabalharem.

A profissão é actualmente exercida por cerca de 51167 enfermeiros, distribuídos por várias áreas de actuação, sendo que 50% se encontram habilitados com o grau de licenciatura <sup>(2)</sup>.

### **1.3- Conhecimentos em enfermagem**

A definição clássica de conhecimento, originada em Platão, diz que consiste de crença verdadeira e justificada. Já Aristóteles divide o conhecimento em três áreas: Científica, Prática e Técnica.

Assim o conhecimento é o acto ou a actividade de conhecer, realizado por meio da razão e/ou da experiência.

Segundo o Talmud, o importante não é apenas o conhecimento, mas sim a forma como ele se aplica à prática. E esta é, precisamente, uma componente importante e fundamental na área da Enfermagem <sup>(9)</sup>.

O conhecimento teórico das patologias é indispensável à profissão de enfermagem, pelas suas características funcionais, que envolvem a prestação directa de cuidados aos utentes <sup>(10)</sup>.

### **1.4- A enfermagem e a infecção VIH**

As doenças estão divididas entre si, aos olhos da sociedade. Há aquelas doenças que são consideradas inevitáveis, caso dos carcinomas, por exemplo, e há outras doenças que sempre estão associadas a comportamentos considerados socialmente menos correctos, como será o caso da SIDA. Claro que esta “classificação” será o resultado da falta de conhecimento que os seres humanos têm e o seu consequente medo do desconhecido <sup>(11)</sup>.

Os enfermeiros, apesar da sua formação, são seres humanos e, se não apresentarem níveis de conhecimento adequados acerca das patologias, mais difícil será o seu discernimento acerca da forma de actuar. Se esta falta de conhecimento for relacionada com o grupo das patologias transmissíveis, as consequências poderão ser grandes <sup>(10,11)</sup>.

São os enfermeiros, no desenrolar da sua actividade laboral, que lidam directamente com os doentes, que lhes prestam cuidados, que os acompanham <sup>(9)</sup>.

No caso da infecção pelo VIH/SIDA, se tiverem qualquer tipo de preconceito, resultante da falta de conhecimento, poderão não actuar como seria desejável e como qualquer doente merece <sup>(12,13)</sup>.

A profissão de enfermagem tem também uma grande área de actuação na Saúde Pública, com a prevenção e promoção da saúde individual e das comunidades. Uma vez mais, se estes profissionais não dominarem o conhecimento acerca da infecção VIH/SIDA, dificilmente conseguirão fazer a transmissão deste às populações e assim ajudar a prevenir e estagnar esta epidemia <sup>(14,15,16)</sup>.

Apesar do imenso papel desempenhado pelos enfermeiros, quando em contacto com os doentes, estes nem sempre têm todas as condições necessárias para poderem desenvolver correctamente o seu trabalho <sup>(17)</sup>.

As limitações tanto podem ser de índole mais prática como, mais preocupante, resultarem de um conjunto de medos e dúvidas, que de alguma forma, vão, por falta de conhecimento, reflectir-se em discriminação no tratamento destes doentes <sup>(18,19)</sup>. Vários têm sido os estudos, que comprovam algum grau de estigma sofrido pelos doentes infectados pelo VIH/SIDA <sup>(20)</sup>, no decurso da sua hospitalização, por parte de elementos das equipas de enfermagem. Não são

atribuídas “culpas” directas apenas aos enfermeiros, mas também a toda a equipa prestadora de cuidados.

De entre as principais causas atribuídas aos profissionais de enfermagem para algumas situações de discriminação em relação aos pacientes, são apontadas o medo de contágio, a insuficiência de recursos e a falta de educação e formação contínua <sup>(21)</sup>.

O grande desafio dos enfermeiros não se centra apenas na sua vertente de prestação de cuidados, mas também, e actualmente cada vez mais, no seu papel preventivo, de apoio às comunidades, no seu esclarecimento e na sua informação <sup>(18)</sup>. Devido à grande inter relação entre a infecção VIH e os comportamentos sexuais, torna-se indispensável, cada vez mais, alertar os jovens, ainda numa base de prevenção, acerca dos perigos das relações sexuais, dos meios de protecção ao dispor e das implicações futuras do não uso e respeito destas normas. Como já provado em alguns estudos, o enfermeiro apresenta-se como um dos actores principais neste panorama <sup>(22)</sup>, sendo uma peça chave na educação sexual dos jovens, nomeadamente pela sua grande ligação comunidade <sup>(23)</sup>, nomeadamente a nível do trabalho em centros de saúde. As doenças de transmissão sexual têm aumentado entre os jovens, sendo um potenciador para a infecção pelo VIH <sup>(24)</sup>. Contudo, esta educação sexual é por vezes esquecida ou negligenciada durante a formação base dos enfermeiros <sup>(25)</sup>, sendo relegada para segundo plano ou desenvolvida pelos próprios, enquanto cidadãos não profissionais, que buscam informação em jornais, revistas, televisão, panfletos e nos pares <sup>(21)</sup> originando a existência de muitos profissionais de saúde pouco informados acerca não só da saúde sexual como da própria infecção VIH/SIDA <sup>(23, 26,27)</sup>.

## **2 – A infecção VIH/SIDA**

---

A infecção VIH/SIDA pode ser definida como uma doença infecciosa crónica, causada por um de dois vírus (VIH-1/VIH-2), caracterizada principalmente pela diminuição progressiva da imunidade dos infectados, levando à eclosão de doenças oportunistas numa fase avançada da patologia, conduzindo à morte dos indivíduos <sup>(28,29)</sup>.

A 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 vacina eficazes para lutar contra esta ameaça que afecta pessoas de todas as idades, em todos os continentes.

É uma doença infecciosa crónica, cuja evolução de vários anos é dividida em três fases principais: a infecção primária ou primo-infecção, o período de latência e a fase de SIDA <sup>(30)</sup>. A primo-infecção ou síndrome retrovírica aguda (SVA) pode ser sintomática ou assintomática e tem várias formas de apresentação, semelhantes a outras doenças (como uma síndrome febril aguda ou mesmo uma simples gripe). É um período transitório, fugaz <sup>(31)</sup>. A infecção primária tem curta duração, ocorre pouco após o contágio e resolve passando para uma fase assintomática, que tem um período muito mais longo <sup>(32,33)</sup>.

Segue-se o período de latência que apresenta alguns sintomas muito comuns a outras patologias (cefaleias, sensação de mal-estar), evoluindo durante cerca de 8 a 10 anos <sup>(32)</sup>.

Na última fase há o surgimento de doenças, sendo estas cada vez mais graves, devido à falha de imunidade, surgindo as infecções oportunistas (tuberculose, pneumonia por "*Pneumocystis jiroveci*") e neoplasias ("sarcoma de Kaposi", linfoma não "Hodgkin").

## **2.1- Aspectos históricos**

Remontam a 1981 os primeiros casos de infecção pelo VIH, nas cidades de Los Angeles e Nova Iorque (Estados Unidos da América), confinados a jovens homossexuais. Estes doentes apresentavam determinadas patologias, típicas de imunossupressões graves, como Sarcoma de Kaposi e infecções oportunistas múltiplas. A pneumonia por “*Pneumocystis jiroveci*” estava também presente, fazendo alertar as autoridades para a eventualidade de uma relação entre estes acontecimentos <sup>(34)</sup>.

Apenas em 1982 esta patologia foi nomeada, ficando conhecida como “Síndrome da Imunodeficiência Adquirida”. Este nome foi adoptado porque era uma doença que resultava de um conjunto de sinais e sintomas, que provocavam a diminuição da imunidade, existindo um défice imunológico acentuado <sup>(35)</sup>.

Continuaram a surgir casos, agora em transfundidos de hemoderivados, hemofílicos, toxicodependentes e em parceiros sexuais de pessoas infectadas. Robert Gallo, nos Estados Unidos da América, tinha isolado, há alguns anos, um conjunto de vírus que designou por “retrovírus” devido à sua particularidade de possuírem a transcriptase inversa, enzima que permitia a conversão do ARN genómico em ADN, que era depois integrado no ADN celular, formando o provírus e ainda com a particularidade de terem um grande período de incubação: chamou-lhes HTLV.

Em 1983, uma equipa que trabalhava no Instituto “Pasteur”, em Paris, liderada por Montagnier, conseguiu isolar o LAV (vírus das linfadenopatias), em gânglios e sangue de franceses infectados por VIH. Ao mesmo tempo a equipa de Robert Gallo isolou outro vírus, a partir dos mesmos produtos biológicos, que designou de HTLV III – eram ambos o mesmo vírus, que futuramente se chamaria VIH-1 <sup>(36)</sup>.

Nesta mesma altura, no Hospital Egas Moniz (usado como hospital das ex-colónias), Champalimaud experimentava os testes anti-VIH em pacientes que tinham toda a sintomatologia dos doentes com “Síndrome da Imunodeficiência Adquirida” e verificou que nos doentes portugueses estes testes eram positivos e nos doentes africanos, principalmente cabo-verdianos eram negativos. Em 1985, identificou-se, a partir de amostras biológicas destes doentes, um novo

vírus, relacionado mas diferente, que foi designado de VIH-2. Hoje sabe-se que este tem elevada frequência no Golfo da Guiné e nos países que com África tiveram relação <sup>(37)</sup>.

Em Portugal, a infecção por VIH começou por atingir os homossexuais, toxicodependentes (anos entre 1985-1987) e hemofílicos <sup>(38)</sup>. A restante população tinha uma falsa sensação de segurança (por causa dos estereótipos associados às populações atingidas), porém, rapidamente se apercebeu da sua situação de potencial risco.

A partir de 1999 assistiu-se a uma diminuição dos casos de SIDA devido à eficácia da terapêutica <sup>(39)</sup>. Actualmente o fenómeno da pandemia da SIDA continua a crescer em Portugal, principalmente ligada ao aumento dos casos nos indivíduos heterossexuais.

## 2.2- Etiopatogenia

A SIDA é provocada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), que, 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 destruí-los. Logo nos primeiros dias após o contágio ocorre a propagação da infecção aos órgãos linfóides regionais <sup>(40,41)</sup>. O tempo médio de duplicação da população viral foi calculada em 10 horas e o pico da viremia atinge-se entre as duas e as quatro semanas, coincidente com a SVA, condicionando alto risco de transmissibilidade, disseminação generalizada, atingimento extensivo dos órgãos linfóides e criação de reservatórios latentes em linfócitos T CD4 de memória com semivida muito longa <sup>(42,43)</sup>.

A SIDA não é, portanto, uma doença mas uma síndrome, ou seja, um conjunto de sintomas e sinais que não dizem respeito apenas a uma doença <sup>(44)</sup>.

A transmissão do vírus da imunodeficiência humana efectua-se por três vias principais:

- a) Sexual, através de relações heterossexuais e homossexuais com parceiro infectado, não utilizando preservativo;
- b) Sanguínea (transfusões, utilização de agulhas contaminadas, acidentes por picada de material contaminado) e por transplante de órgãos;
- c) Transmissão materno fetal (por transmissão vertical, transplacentária, durante o parto ou pelo aleitamento).

A transmissão sexual apresenta-se actualmente como a principal via de disseminação do VIH na população humana, sobretudo no triângulo prostituição – promiscuidade – toxicodependência.

Não existe vacina ou tratamento curativo, porém há possibilidades terapêuticas que trazem benefícios a nível virológico, imunológico e clínico <sup>(45)</sup>.

O indivíduo com VIH tem de ser motivado para tomar a medicação, para ter uma alimentação equilibrada e outros tipos de cuidados, nomeadamente na prevenção de novas infecções, pois assim está a aumentar a sua esperança média de vida bem como a sua qualidade geral <sup>(46,47)</sup>.

A maioria dos indivíduos infectados evolui para SIDA ao fim de sete a dez anos. As infecções oportunistas são as principais manifestações de diagnóstico de SIDA e a principal causa de morte.

Podem, também, aparecer as chamadas neoplasias oportunistas, como o “sarcoma de Kaposi”, o linfoma não “Hodgkin”, o carcinoma invasivo de colo do útero e o carcinoma do canal anal. Os principais órgãos ou aparelhos atingidos na SIDA são o aparelho digestivo <sup>(48,49)</sup>, o sistema nervoso central (SNC), o sistema nervoso periférico (SNP), o aparelho respiratório, a pele e mucosas <sup>(50)</sup>.

### **2.3- Caracterização do vírus**

O vírus da imunodeficiência humana é um vírus constituído por ácido ribonucleico (ARN), pertencente à família dos *retroviridae* (retrovírus), sub-família *lentiviridae* <sup>(51)</sup>. Existem dois tipos de vírus da imunodeficiência humana, o VIH-1 e o VIH-2 e, tanto um como o 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 prolongado, sendo que ambos estão incluídos na sub-família dos “vírus lentos”.

A ligação viral electiva aos linfócitos CD4 (auxiliar) representa o efeito patogénico essencial da infecção <sup>(52)</sup>.

As células CD4 são um elemento fundamental do sistema imunológico, porque são estas que informam outras células sobre a necessidade de combater um vírus ou outra ameaça. O VIH destrói as células CD4 e quando a sua contagem baixa, a resposta do organismo torna-se deficiente <sup>(53)</sup>.

O vírus cria, diariamente, dez milhões de novas partículas víricas, tentando o organismo contrariar esta avalanche de destruição. A partir de certa altura, não consegue aguentar este ritmo, tendo como consequência final a diminuição da imunidade <sup>(54)</sup>. Comanda a síntese, pelas células colonizadas por ele, das várias proteínas constituintes próprias, como é o caso da proteína 24 (p 24), comum a ambos os vírus, a glicoproteína 41 (gp 41) característica dos VIH-1 e a glicoproteína 36 (gp 36) distintiva do VIH-2 <sup>(55)</sup>.

Existem, pelo menos dez subtipos do VIH-1 que são geneticamente diferentes, identificados com as letras de A a J, todos pertencentes ao grupo M. Foram já identificados outros, bastante heterogéneos, pertencentes ao grupo O e ao grupo N <sup>(40)</sup>. Fora do organismo humano, à temperatura ambiente, o vírus pode sobreviver cerca de uma hora <sup>(56)</sup>.

## **2.4- A infecção VIH/SIDA no mundo**

O VIH tem a particularidade de ser um problema global, espalhando-se por todos os países do mundo e por todas as classes sociais. Não discrimina ninguém sendo a pandemia dos nossos tempos.

Segundo dados da Organização das Nações Unidas, no seu relatório de Dezembro de 2007 <sup>(57)</sup>, estima-se que nesse ano tenham ocorrido, em todo o mundo, 2,5 milhões de novos casos de infectados pelo VIH, 2,1 milhões de adultos e 420 mil crianças com menos de quinze anos. Calcula-se que tenham morrido 5700 pessoas, por dia, vítimas da doença, o que perfaz cerca de 2,1 milhões de óbitos em 2007, sendo destes cerca de 1,7 milhões de pessoas adultas e 330 mil crianças com idade inferior a quinze anos <sup>(57)</sup>.

Estima-se, ainda segundo este mesmo relatório <sup>(57)</sup>, que cerca de 33,2 milhões de pessoas vivam infectadas pelo VIH, sendo destas 30,8 milhões adultos, 15,4 milhões mulheres e 2,5 milhões crianças com menos de quinze anos.

Observando estes números por regiões do nosso planeta, verifica-se que na África sub-Sariana existem cerca de 22,5 milhões de pessoas infectadas com o VIH, sendo o número de óbitos relacionado com a doença de 1,6 milhões de indivíduos. No norte e centro de África, o número de pessoas infectadas ronda os 380 mil e as mortes relacionadas com a patologia SIDA ascendem a cerca de 25 mil pessoas <sup>(57)</sup>.

Na zona sul da Ásia, vivem com o VIH cerca de 4 milhões de habitantes, estimando-se 270 mil mortes relacionadas com a infecção pelo vírus. Já no este da Ásia, o número de infectados é de 800 mil e as mortes relacionadas à patologia em questão de 32 mil pessoas <sup>(57)</sup>.

Na Oceânia o número de infectados será na ordem dos 75 mil indivíduos e os óbitos relacionados à infecção VIH/SIDA afectaram 1200 pessoas <sup>(57)</sup>.

Na América Latina convivem com o vírus 1,6 milhões de pessoas, nas Caraíbas 230 mil e na América do Norte os números ascendem a 1,3 milhões de infectados <sup>(57)</sup>.

Passando para a Europa, o número de infectados é de cerca de 1,6 milhões na Europa de Leste e de 760 mil no restante continente europeu (Europa Central e do Sul) <sup>(57)</sup>.

## **2.5- A infecção VIH/SIDA em Portugal**

Segundo o relatório do Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis do Instituto Nacional de Saúde, existiam a 31 de Dezembro de 2007, 32.491 casos de VIH em Portugal, nos diferentes estádios <sup>(58)</sup>. No ano de 2007 foram diagnosticados 965 casos de novas infecções, segundo este mesmo relatório <sup>(58)</sup>.

Neste mesmo ano foram notificadas 320 pessoas com SIDA, sendo que destas a maioria era do género masculino <sup>(58)</sup>.

De entre as mulheres diagnosticadas com SIDA no ano de 2007, a esmagadora maioria atribui a sua infecção às relações heterossexuais. Já de entre os elementos do género masculino, e apesar de existir um maior equilíbrio, a maioria também atribui a sua infecção às relações heterossexuais, logo seguida do consumo de drogas injectáveis <sup>(58)</sup>.

A faixa etária compreendida entre os 30 e os 34 anos é a que apresenta maior número de elementos diagnosticados com SIDA (2.983), sendo que a maioria destes elementos se contaminou por consumo de drogas endovenosas, logo seguido dos elementos que referem a contaminação por relações heterossexuais <sup>(58)</sup>.

A patologia definidora de SIDA dominante nos toxicod dependentes é a tuberculose (57,9%), seguida de pneumonia por “*Pneumocystis jiroveci*” (10,7%) <sup>(58)</sup>.

## **2.6- Prevenção/Profilaxia**

A prevenção da infecção pelo VIH/SIDA apenas pode ser conseguida através da redução dos meios de propagação do vírus. A prevenção aparece, assim, como a única arma actualmente disponível nesta batalha <sup>(59)</sup>.

As principais normas que se podem aplicar a esta prevenção incluem recomendações sobre as relações sexuais protegidas (uso do preservativo), a não partilha de seringas/agulhas e material de consumo de drogas endovenosas entre os toxicodependentes, o rastreio de sangue e seus derivados (para doação), bem como as normas de segurança gerais, aplicadas a todos os trabalhadores que lidam directa ou indirectamente com produtos biológicos <sup>(60,61)</sup>.

Nos países em vias de desenvolvimento, principalmente os países de Africa, é fundamental, juntamente com as recomendações já referenciadas, permitir o acesso de toda a população infectada à medicação de forma a diminuir a sua carga viral e, conseqüentemente, diminuir a probabilidade de transmissão do VIH a outros elementos da comunidade <sup>(62)</sup>.

## **Capítulo II**

---

### Conhecimentos dos enfermeiros face à infecção VIH/SIDA

Estudo epidemiológico

# I – Preâmbulo

---

O conhecimento das situações é actualmente o mais importante em qualquer profissão. Apenas o conhecimento permite aos profissionais estarem alerta e preparados para lidarem com as situações que, de alguma forma, os possam pôr em perigo a si próprios e aos outros.

Contudo, pode-se pôr a clássica questão do que é o conhecimento e de como ele se adquire. Será nos bancos da Escola, ao longo do curso? Ou será com a prática diária com os problemas? Ou talvez pela frequência de acções de formação no âmbito do problema?

Por todas estas dúvidas imaginámos a realização deste trabalho, de forma a tentarmos compreender os conhecimentos que os Enfermeiros no activo têm sobre a infecção VIH/SIDA, nomeadamente num Hospital Distrital onde, apesar de não abundarem os infectados por este vírus (são transferidos para o Hospital de referência), esta patologia poderá estar presente, mesmo sem os próprios funcionários terem essa noção.

## **II – Objetivos**

---

O objectivo geral e primordial deste trabalho prende-se com a necessidade de estimar e perceber o conhecimento que os elementos de uma importante profissão da nossa sociedade apresentam acerca de uma das maiores pandemias dos nossos tempos.

Ambiciona-se assim avaliar o conhecimento que os enfermeiros têm acerca da infecção pelo VIH/SIDA.

Pretende-se também perceber o interesse e o acesso que estes profissionais têm às formações realizadas na área da infecção VIH/SIDA.

É ainda objectivo caracterizar esta população sócio-demograficamente.

## III – População e Métodos

---

A amostra é constituída pelos enfermeiros do Hospital Sousa Martins, que aceitaram participar no trabalho, sob a forma de preenchimento de um inquérito. O Hospital Sousa Martins conta com 349 enfermeiros, tendo 70,1% a categoria profissional de “enfermeiro graduado”, 14,8% de “enfermeiro”, 9,4% de “enfermeiro especialista”, 4,9% de “enfermeiro chefe” e 0,8% de “enfermeiro supervisor”.

Este inquérito é constituído por dois grupos de questões, sendo que no grupo I visa recolher os dados sócio demográficos relativos aos sujeitos do estudo, bem como à sua formação na área da infecção VIH/SIDA. O grupo II é o “Questionário de Conhecimento do VIH, uma versão adaptada para a língua portuguesa, da autoria de Cruz, (1998) <sup>(63)</sup> do *HIV-Knowledge Questionnaire Study*, de Carey, Morrison-Beedy e Johnson (1997) <sup>(64)</sup>. Este questionário, na sua versão portuguesa 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 a 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, 39, 43, 44, 47, 51, 52, 53, 55, 59 e 60, sendo as restantes falsas.

O objectivo do inquérito foi o de obter dados epidemiológicos acerca dos indivíduos, a sua formação na área da infecção pelo VIH/SIDA bem como o seu conhecimento.

#### Aspectos éticos:

Pedido de parecer à Comissão de ética da Faculdade de Medicina de Coimbra (parecer positivo – anexo 2);

Pedido de autorização ao Conselho de Administração do Hospital Sousa Martins, Guarda (parecer positivo – anexo 3);

Consentimento informado dos elementos que participam no estudo.

## IV – Hipótesis

---

Para a realização deste trabalho sustentámo-nos em algumas hipóteses:

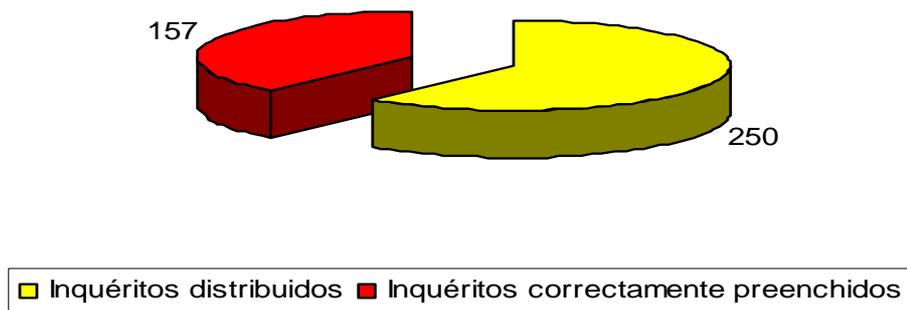
1. A maioria dos enfermeiros que realizaram acções de formação na área da infecção VIH/SIDA frequentaram-nas por iniciativa própria;
2. A maioria das acções de formação assistidas pelos enfermeiros foi custeada pelos próprios;
3. Os enfermeiros apresentam níveis de conhecimentos da infecção VIH/SIDA elevados.
4. O género não influencia o nível de conhecimentos;
5. O conhecimento dos enfermeiros varia de acordo com a sua faixa etária;
6. As habilitações académicas influenciam o conhecimento dos enfermeiros;
7. Os conhecimentos dos enfermeiros acerca da infecção VIH/SIDA variam de acordo com a sua categoria profissional;
8. Os conhecimentos dos enfermeiros são influenciados pela participação prévia em acções de formação subordinadas ao tema.

## **IV – Resultados**

---

### 1. Caracterização geral da amostra

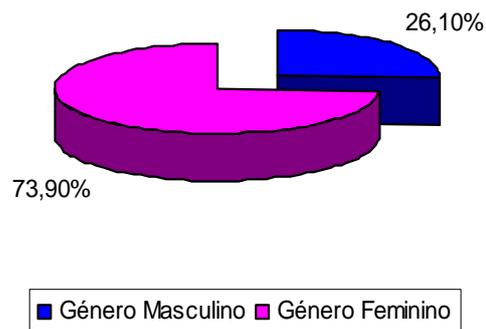
Foram distribuídos 250 inquéritos, tendo sido devolvidos, correctamente preenchidos, 157, que correspondem a uma percentagem de 62,8% de inquéritos passíveis de poderem ser utilizados neste estudo (figura 1).



**Figura 1 – Distribuição e retorno de questionários.**

#### a) - Distribuição por género:

A amostra é constituída por 157 elementos, sendo 73,9% pertencentes ao género feminino e 26,1% pertencentes ao género masculino (figura 2).

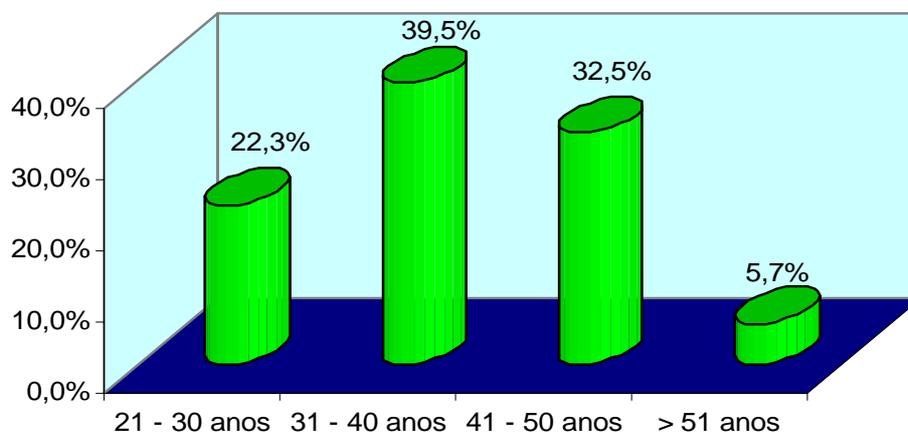


**Figura 2 – Distribuição da amostra em função do género.**

#### b)- Divisão etária:

A média de idades da amostra é de 37,46 anos, com um desvio padrão de 8,3, sendo que o género masculino apresentava uma média de idades de 39,20 ( $\pm$  7,5) anos e o género feminino de 36,84 ( $\pm$  8,5) anos.

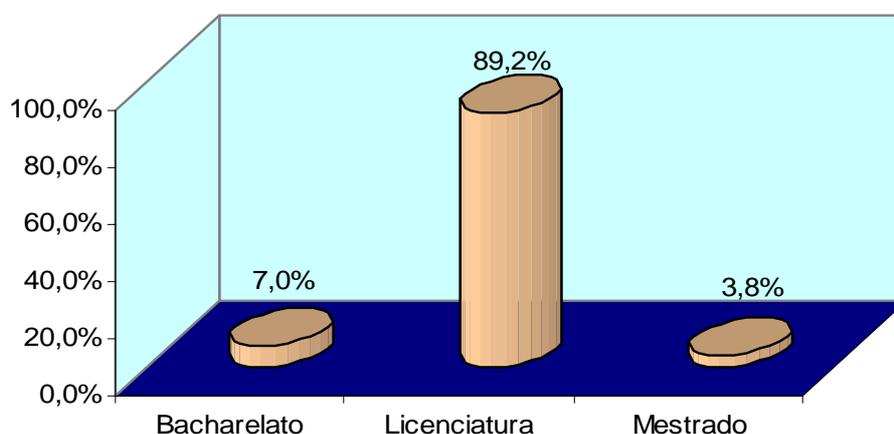
No que concerne à faixa etária, 39,5% da amostra situava-se no intervalo entre os 31 e os 40 anos, 32,5% entre 41 e 50 anos, 22,3% tinha entre 21 e 30 anos e 5,7% apresentavam uma idade superior a 51 anos, inclusive (figura 3).



**Figura 3 – Distribuição da amostra segundo o grupo etário.**

c)- Habilitações académicas:

Em relação às habilitações académicas, a maioria dos elementos da amostra (89,2%) eram licenciados, 7% tinham o bacharelato e 3,8% eram detentores do grau académico de mestre (figura 4).



**Figura 4 – Distribuição da amostra segundo as habilitações académicas.**

Analisando as habilitações académicas por género, verificamos que de entre os elementos do género masculino 36 (87,8%) são licenciados, 3 (7,3%) estão habilitados com o grau de mestre e 2 (4,9%) detêm o bacharelato. No género feminino 104 (89,7%) são licenciadas, 9 (7,8%) elementos possuem o grau de

bacharel e 6 (3,8%) têm o grau de mestre, não se verificando a existência de diferenças estatisticamente significativas no que concerne às habilitações académicas por género ( $p=0,342$ ) (figura 5).

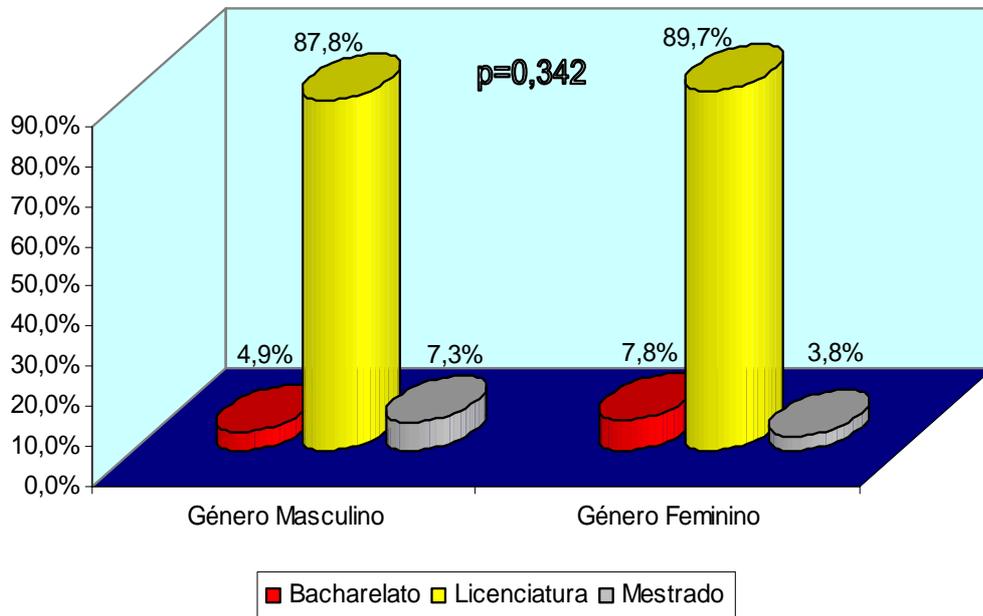


Figura 5 – Distribuição da amostra segundo as habilitações académicas por género.

d)- Categoria profissional:

No que respeita à categoria profissional dos elementos da nossa amostra, verificamos que 107 (68,2%) indivíduos são “enfermeiros graduados”, 24 (15,3%) são “enfermeiros especialistas”, 20 (12,7%) têm a categoria de “enfermeiro” e 6 (3,8%) têm a categoria de “enfermeiro chefe” (figura 6).

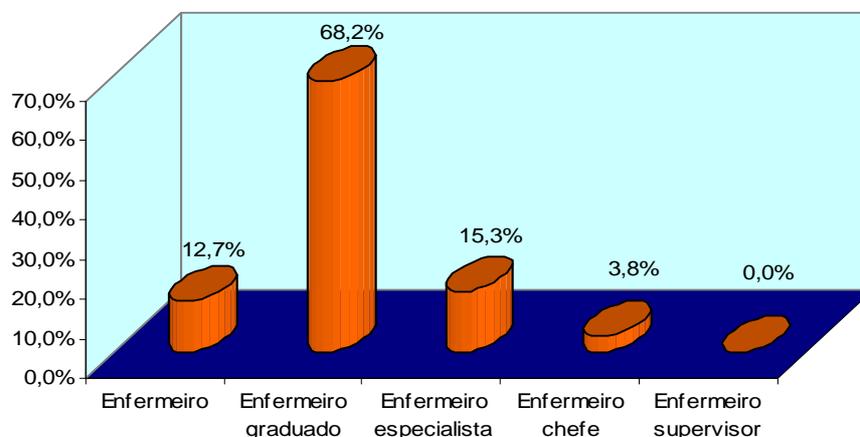
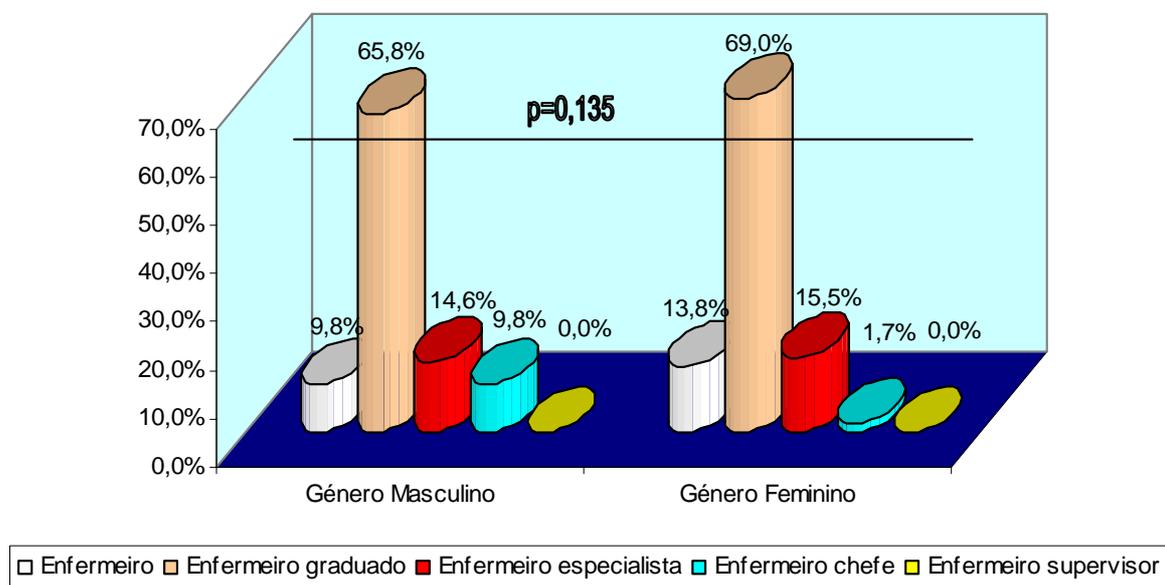


Figura 6 – Distribuição da amostra segundo a categoria profissional.

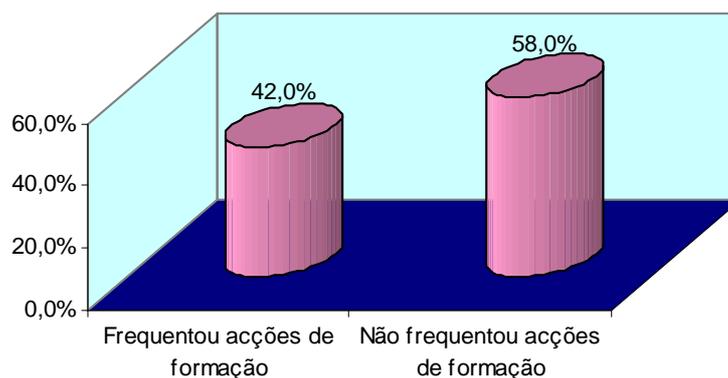
Cruzando os resultados obtidos em relação à categoria com o género, verifica-se que de entre os elementos do género masculino, 27 (65,8%) são “enfermeiros graduados”, 6 (14,6%) “enfermeiros especialistas”, 4 (9,8%) têm a categoria de “enfermeiro” e também 4 (9,8%) pertencem à categoria de “enfermeiro chefe”. Já nos elementos do género feminino, 80 (69,0%) são “enfermeiras graduadas”, 18 (15,5%) são “enfermeiras especialistas”, 16 (13,8%) detêm a categoria de “enfermeiras” e 2 (1,7%) são “enfermeiras chefe”, não se verificando a existência de diferenças estatisticamente significativas na categoria profissional pelo género ( $p=0,135$ ) (figura 7)



**Figura 7-Distribuição da amostra, segundo a categoria profissional, por género.**

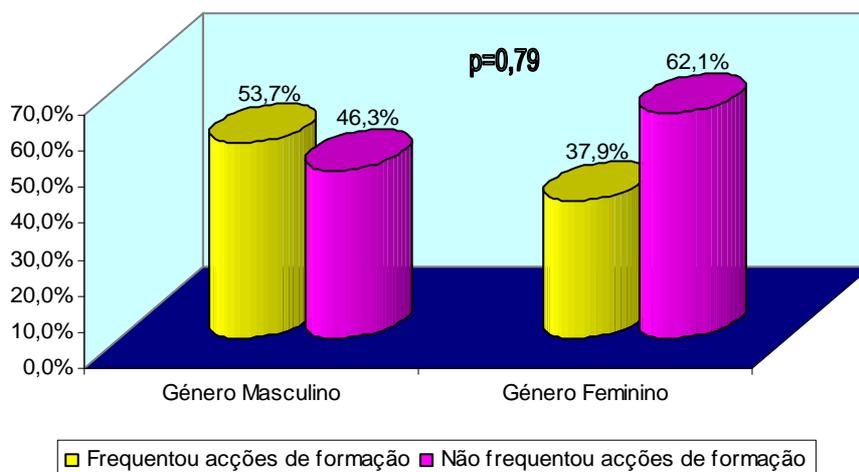
e)- Frequência de acções de formação:

Em relação à frequência de acções de formação, constata-se que 91 enfermeiros (58%) referem nunca ter frequentado qualquer tipo de acções de formação subordinadas à temática da infecção VIH/SIDA. Os restantes 66 (42%) já participaram em pelo menos uma destas acções de formação (figura 8).



**Figura 8 – Distribuição da amostra segundo a frequência de ações de formação.**

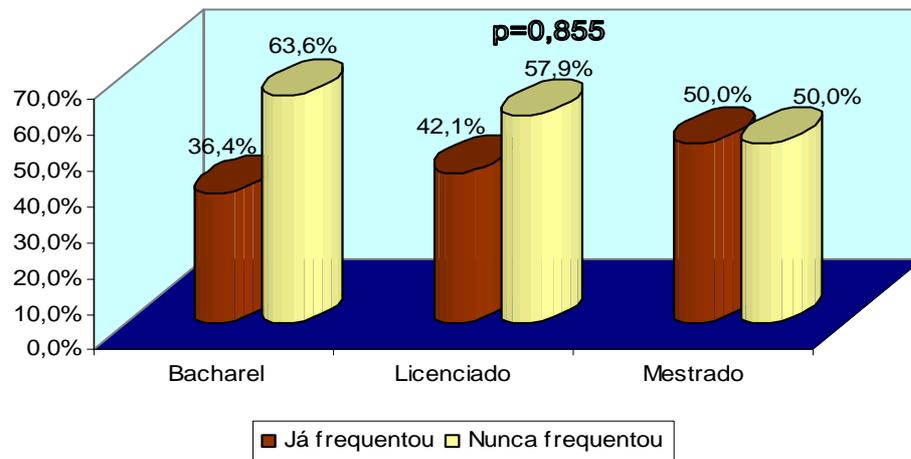
Analisando a frequência de ações de formação, por género, pode verificar-se que de entre os elementos que já frequentaram alguma ação de formação sobre o tema em questão, 44 (66,7%) são do género feminino e 22 (33,3%) são do género masculino, não se verificando a existência de diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito à frequência de ações de formação por género ( $p=0,79$ ) (figura 9).



**Figura 9 – Distribuição da amostra segundo a frequência de ações de formação, por género.**

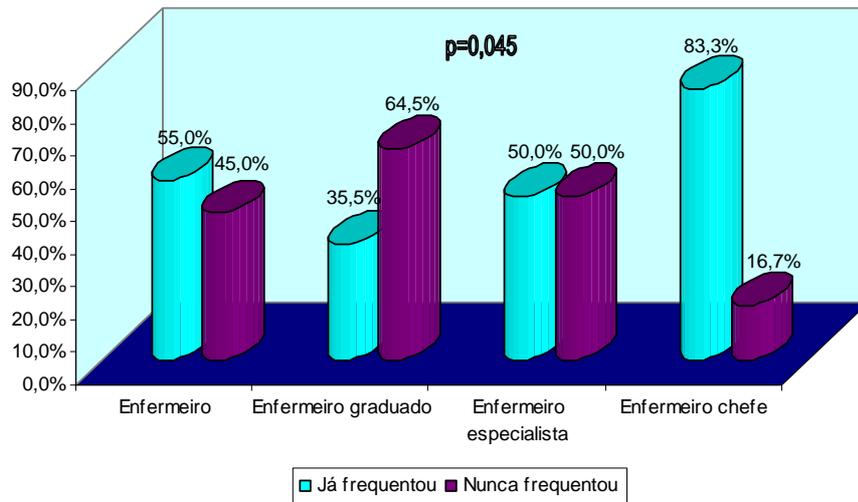
Verificando a relação entre a frequência das ações de formação com as habilitações académicas, constata-se que de entre os 11 elementos detentores do grau de bacharel, 63,6% nunca frequentaram qualquer tipo de ação nesta área. Já de entre os 140 elementos que são licenciados 57,9% também nunca frequentaram este tipo de ações. De entre os 6 elementos detentores do grau de mestre, 50% frequentaram ações de formação inseridas nesta temática,

não se verificando a existência de diferenças estatisticamente significativas no que concerne à frequência de acções de formação por habilitações académicas ( $p = 0,855$ ) (figura 10).



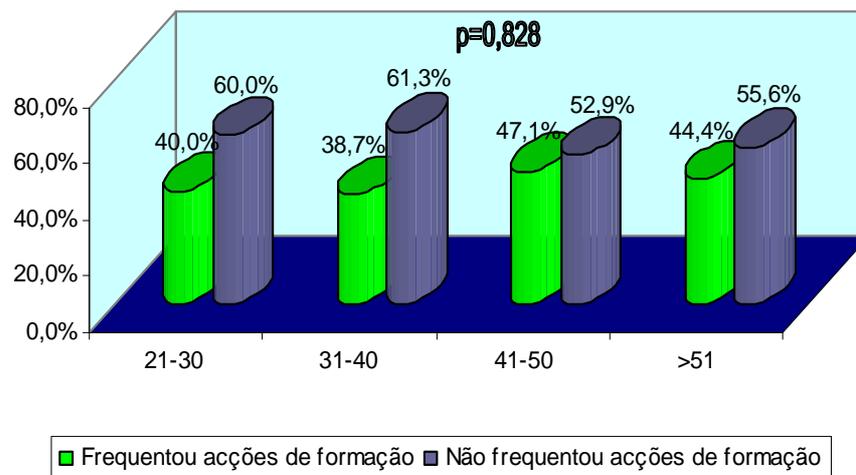
**Figura 10 – Distribuição da amostra segundo a frequência de acções de formação, por grau académico.**

Relacionando a categoria profissional com a frequência de acções de formação subordinadas ao tema VIH/SIDA, verifica-se que de entre os elementos com a categoria de “enfermeiro” 55% referem já ter frequentado acções de formação. Entre os indivíduos com categoria profissional de “enfermeiro graduado” apenas 35,5% o referem, nos de categoria “enfermeiro especialista” este número sobe para 50% de presenças neste tipo de acções e de entre os “enfermeiros chefes” há 83,3% de elementos que já participaram nestas iniciativas de formação, verificando-se a existência de diferenças estatisticamente significativas na relação entre a categoria profissional e a frequência de acções de formação ( $p=0,045$ ) (figura 11).



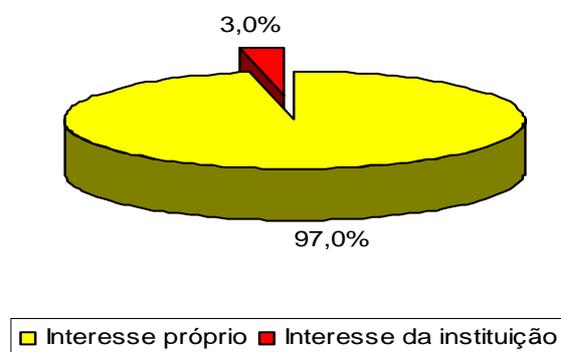
**Figura 11 – Distribuição da amostra segundo a frequência de ações de formação, por categoria profissional.**

Analisando a frequência de ações de formação em função da faixa etária dos elementos da amostra, verifica-se que na faixa etária mais baixa 14 (40%) frequentaram e 21 (60%) não. Na faixa etária compreendida entre os 31 e os 40 anos, 24 (38,7%) dos elementos frequentaram ações de formação. Já no intervalo etário dos 41 aos 50 anos esta percentagem aumenta para 47,1%, correspondente a 24 indivíduos e na faixa etária mais elevada 4 (44,4%) dos enfermeiros também participaram em ações de formação específicas do tema, não se verificando a existência de diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito à frequência de ações de formação por grupo etário ( $p=0,828$ ) (figura 12).



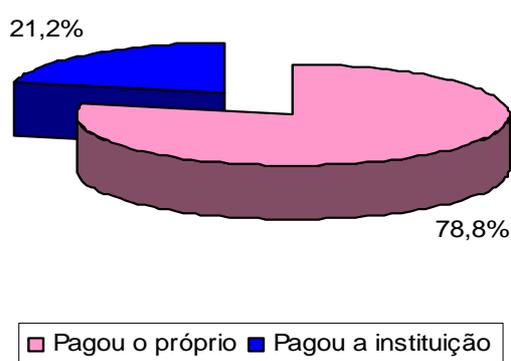
**Figura 12 – Distribuição da amostra segundo a frequência de ações de formação, por grupo etário.**

De entre os 66 elementos que frequentaram acções de formação, 64 (97%) fizeram-no por “interesse próprio” e apenas 2 (3%) referem que frequentaram a acção de formação por “interesse da própria instituição” (figura 13).



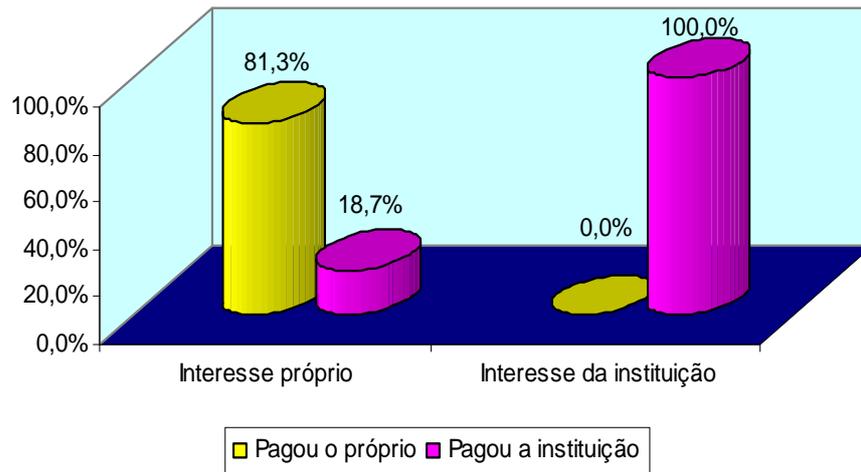
**Figura 13 – Distribuição da amostra segundo a razão da frequência das acções de formação.**

Ainda de entre os elementos que referem a participação em iniciativas de formação subordinadas à temática da infecção VIH/SIDA, 52 (78,8%) elementos dizem ter sido eles próprios a custear a formação que frequentaram e nos restantes 14 (21,2%) esta foi custeada pela instituição onde trabalham (figura 14).



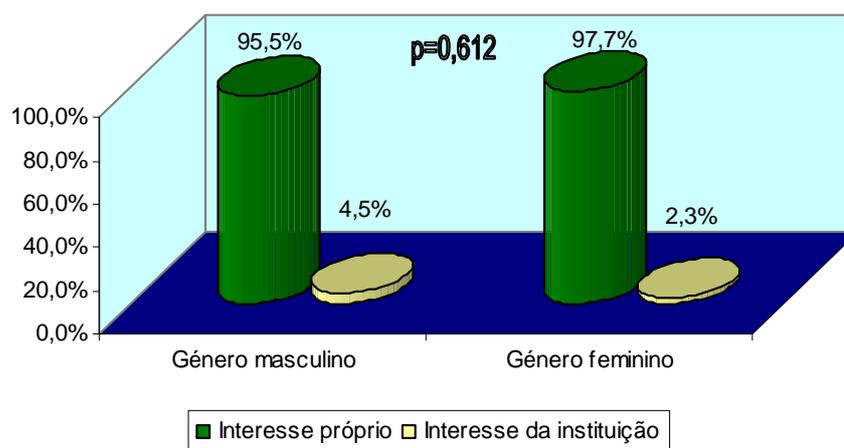
**Figura 14 – Distribuição da amostra segundo a forma de custear a frequência das acções de formação.**

Assim, de entre os 64 indivíduos que frequentaram as acções de formação por interesse próprio, 52 (81,3%) custeou a sua própria formação, enquanto que os restantes 12 (18,7%) foram patrocinados pela sua instituição. Já de entre os elementos que frequentaram este tipo de formações por interesse da instituição, todos (100%) foram custeados pela própria instituição (figura 15).



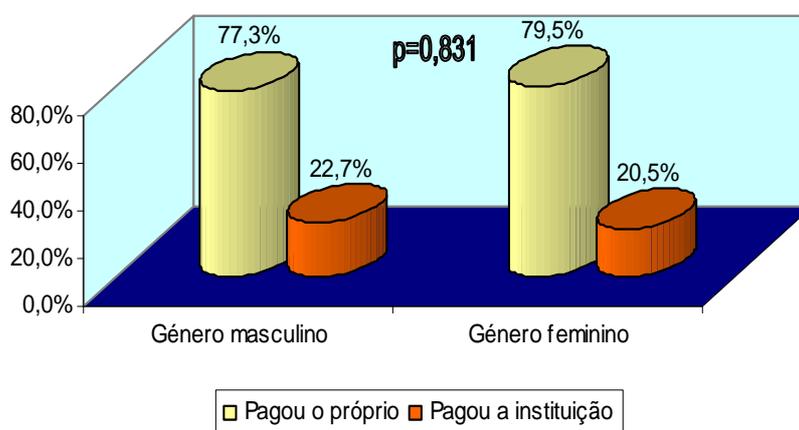
**Figura 15 – Distribuição da amostra segundo a razão de frequência da ação de formação e a forma de a custear.**

Analisando agora a razão da frequência das ações de formação pelo género, pode constatar-se que de entre os 22 elementos do género masculino que fizeram formação nesta área, 21 (95,5%) foi por vontade própria, sendo que apenas 1 (4,5%) foi por interesse da instituição. No género feminino, uma vez mais, a maioria dos 44 elementos que fizeram formação (97,7%) foi por seu interesse, sendo que apenas 2,3% refere o interesse da sua instituição, não se verificando a existência de diferenças estatisticamente significativas no que concerne ao motivo de interesse na realização das ações de formação, por género ( $p=0,612$ ) (figura 16).



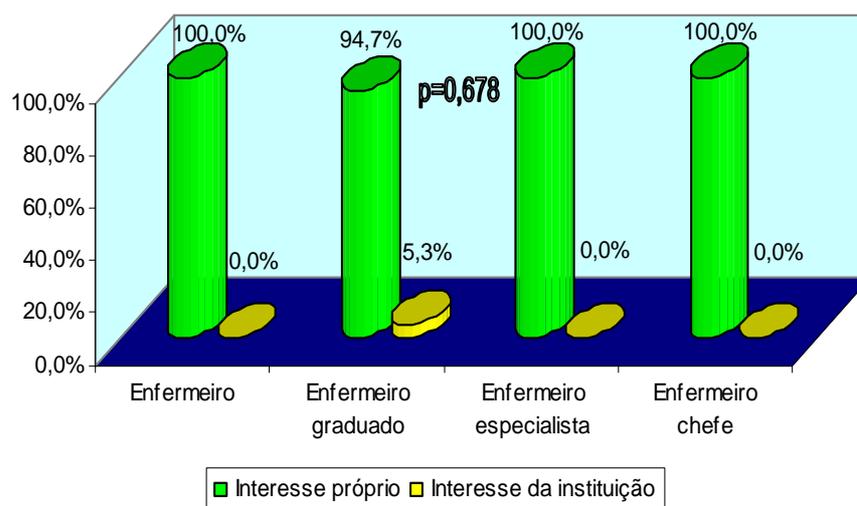
**Figura 16 – Distribuição da amostra segundo a razão de frequência das ações de formação, por género.**

Em relação ao pagamento das acções de formação pelo género, observa-se que 17 (77,3%) dos elementos do género masculino pagaram a sua formação e os restantes 5 (22,7%) foram patrocinados pela instituição. Já no género feminino, 35 (79,5%) pagaram a formação, enquanto 9 (20,5%) foram sob patrocínio monetário da instituição, não se verificando a existência de diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito ao pagamento das acções de formação integradas no tema em estudo, por género ( $p= 0,831$ ) (figura 17).



**Figura 17 – Distribuição da amostra segundo a forma de custear a frequência das acções de formação, por género.**

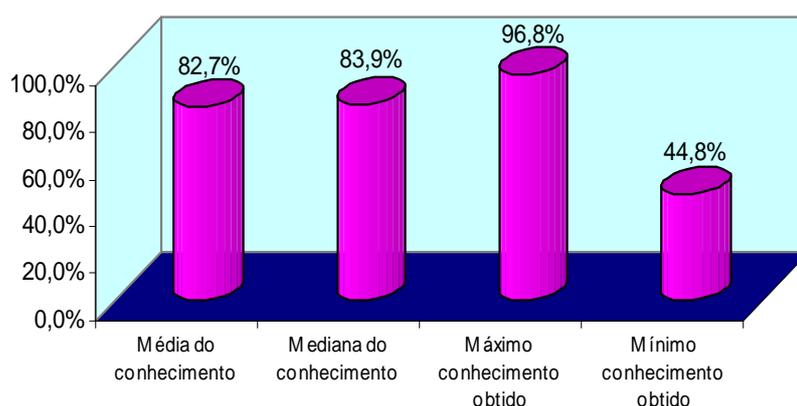
Estudando estas mesmas relações, mas agora por categoria profissional, verifica-se que de entre os elementos com a categoria profissional de enfermeiro todos frequentaram as acções de formação por interesse próprio. Entre os enfermeiros graduados 36 (94,7%) também o fizeram por vontade própria e tanto de entre os enfermeiros especialistas, como dos enfermeiros chefes todos frequentaram as acções de formação sobre a infecção pelo VIH/SIDA por iniciativa e interesse próprio, não se verificando a existência de diferenças estatisticamente significativas, no que concerne ao motivo de interesse na frequência das acções de formação, por categoria profissional ( $p=0,678$ ) (figura 18).



**Figura 18 – Distribuição da amostra segundo a razão de frequência das ações de formação, por categoria profissional.**

*f) Conhecimento*

Analisando o conhecimento, obtido pela soma das respostas correctas, segundo a forma de correcção do inquérito aplicado (Cruz, 1998), obtivemos uma classificação média de 82,7% respostas correctas e uma mediana de 83,9% de respostas certas. O valor mínimo de conhecimento que foi obtido correspondeu a 44,8% de respostas correctas e o máximo de conhecimento conseguido correspondeu a 96,8% de questões correctamente assinaladas (figura 19).

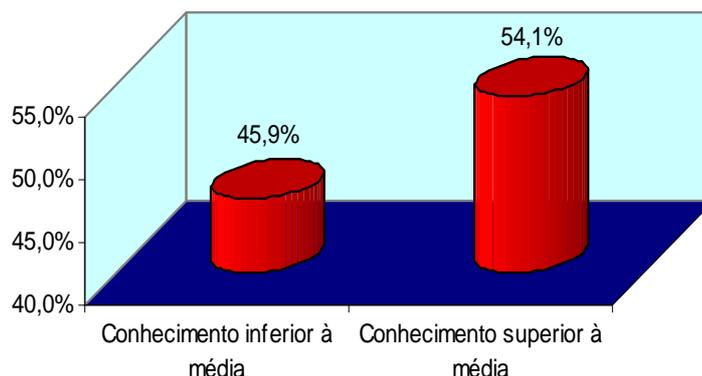


**Figura 19 – Distribuição dos valores relacionados com o nível de conhecimento.**

O percentil 25 obteve um valor de conhecimento de 79,03% e o percentil 75 de 87,10%.

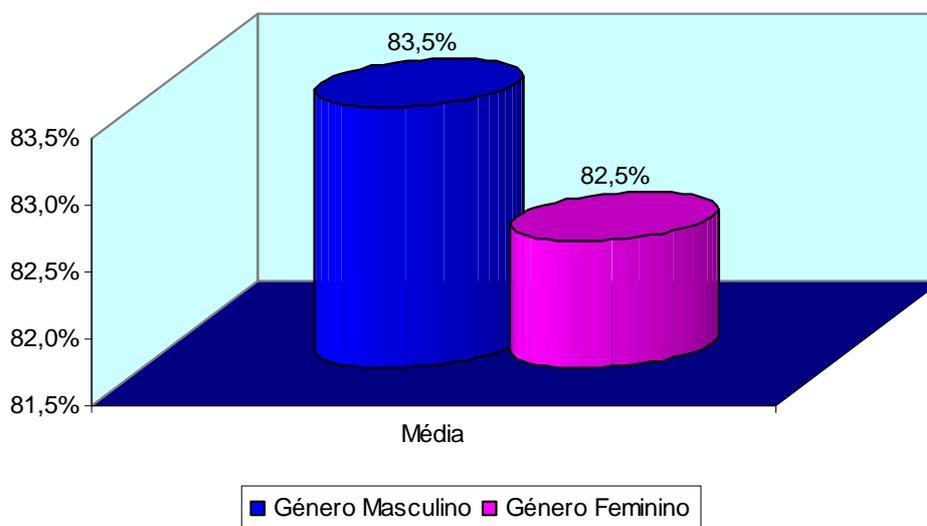
Usando como ponto de corte a média, verifica-se que 72 (45,9%) dos elementos da amostra apresentam um resultado no inquérito de conhecimento

inferior à média da amostra (menos de 82,7% de respostas certas) e os restantes 85 (54,1%) superior à média obtida pela amostra (figura 20).



**Figura 20 – Distribuição da amostra segundo o nível de conhecimento médio.**

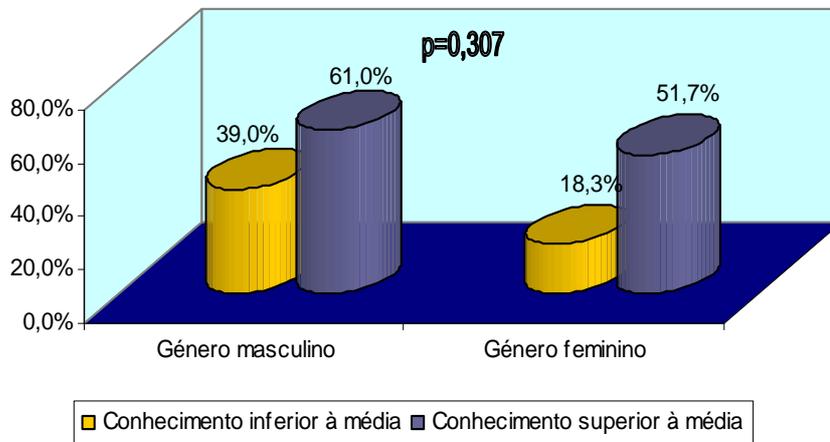
Quanto ao nível de conhecimento por género, verifica-se que os elementos do género masculino obtêm uma média de 83,5% e os do género feminino uma média de 82,5% (figura 21).



**Figura 21 – Distribuição da amostra segundo o nível de conhecimento médio, por género.**

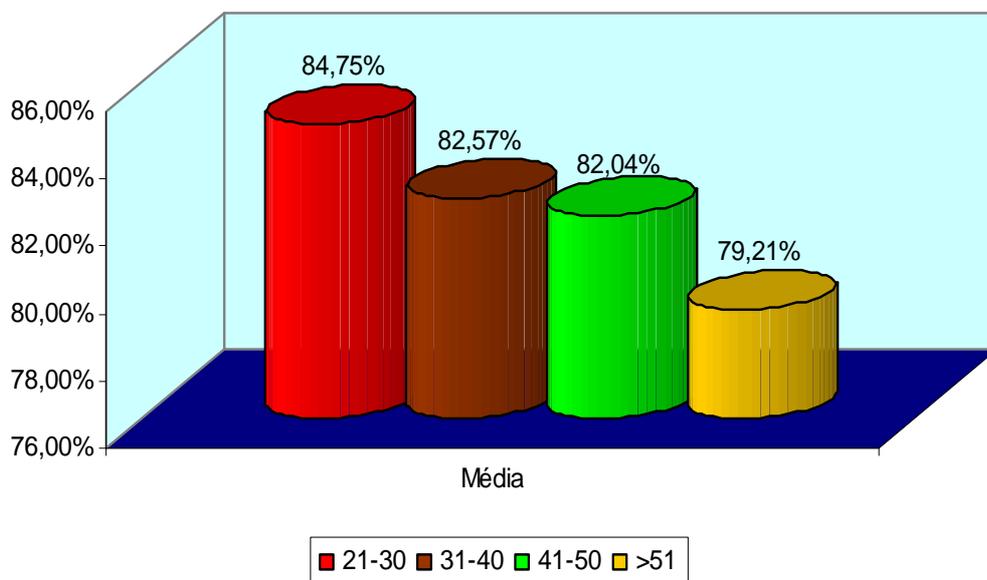
Ainda em relação ao nível de conhecimento em função do género, verificamos que 16 (39%) dos elementos do género masculino apresentam um nível de conhecimento inferior à média dos elementos da amostra. No género feminino 56 (48,3%) dos elementos apresenta também uma média de conhecimento inferior à média da amostra não existindo diferenças estatisticamente

significativas, no que diz respeito ao nível de conhecimento, em função do género ( $p=0,307$ ) (figura 22).



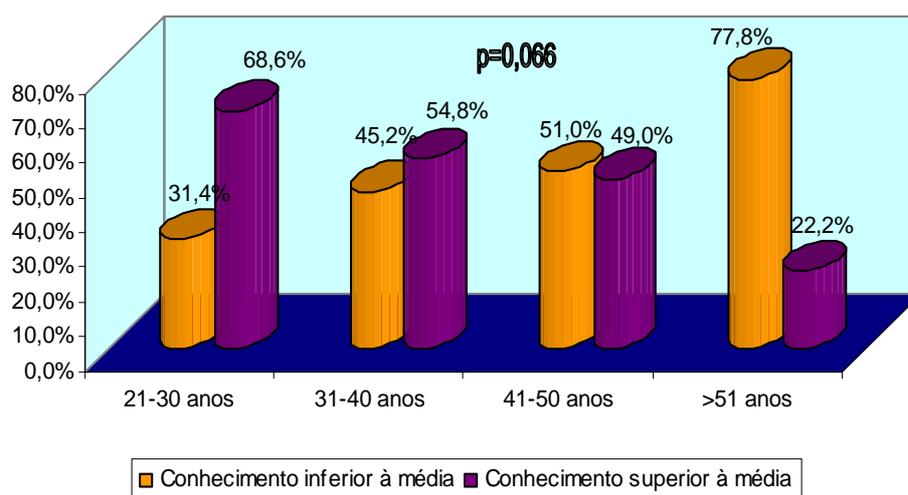
**Figura 22 – Distribuição da amostra segundo o nível de conhecimento, por género.**

Estudando o nível de conhecimento médio, por grupo etário, verifica-se que os indivíduos que se inserem no grupo etário entre os 21 e os 30 anos apresentam uma média de conhecimento de 84,75%, os do grupo entre os 31 anos e os 40 uma média de 82,57%, os que têm mais de 41 anos e menos de 50 têm um nível de conhecimento de 82,04% e os que têm idade superior a 51 anos apresentam uma média de conhecimento de 79,21% (figura 23).



**Figura 23 – Distribuição da amostra segundo o nível médio de conhecimento, por faixa etária.**

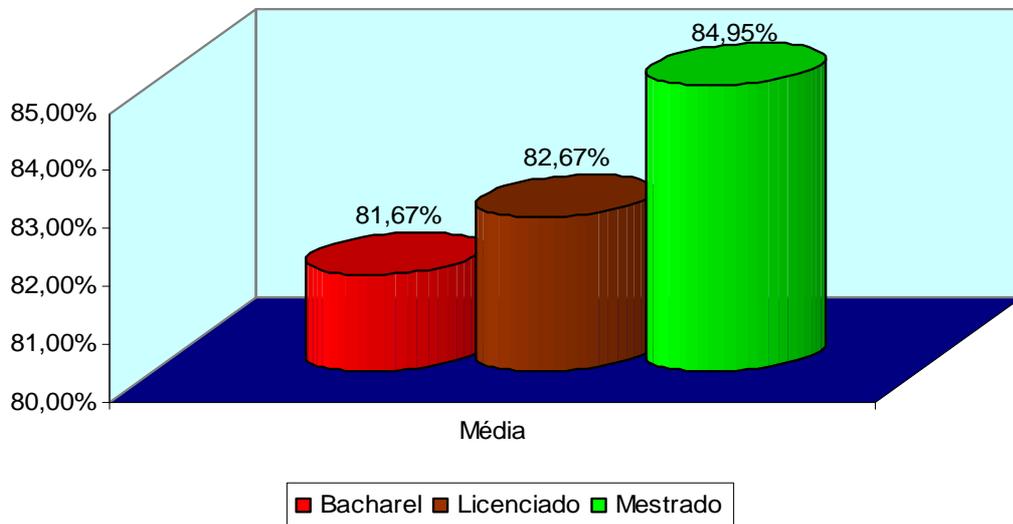
Também em relação ao nível de conhecimento, em função da faixa etária, observa-se que na faixa etária entre os 21 e os 30 anos, 11 (31,4%) dos indivíduos apresentam nível de conhecimento inferior à média da população, na faixa etária entre os 31 e os 40 anos 28 (45,2%) também tem um valor de conhecimento que se situa abaixo do obtido pela média da população. Na faixa etária compreendida entre os 41 e os 50 anos 26 (51%) apresentavam também um conhecimento inferior à média e na faixa etária de elementos com mais de 51 anos 7 (77,8%) apresentava conhecimento abaixo da média da amostra, não se verificando a existência de diferenças estatisticamente significativas, no que concerne ao conhecimento por faixa etária ( $p=0,066$ ). Apesar de, como vimos, não existirem diferenças estatisticamente significativas na relação entre estes parâmetros, tendencialmente verifica-se que na faixa etária mais alta (idade superior a 51 anos), há uma clara maioria de indivíduos que apresentam um nível de conhecimento inferior a 82,7% de respostas correctas. Já na faixa etária imediatamente anterior (41-50 anos) há uma distribuição quase uniforme entre os elementos com maior conhecimento do que a média da população e aqueles que apresentam menor conhecimento. Assim poderemos afirmar que à medida que a faixa etária baixa poderá haver uma propensão para o aumento do número de enfermeiros com maior nível de conhecimento em relação à média obtida pela amostra (figura 24).



**Figura 24 – Distribuição da amostra segundo o nível de conhecimento, por faixa etária.**

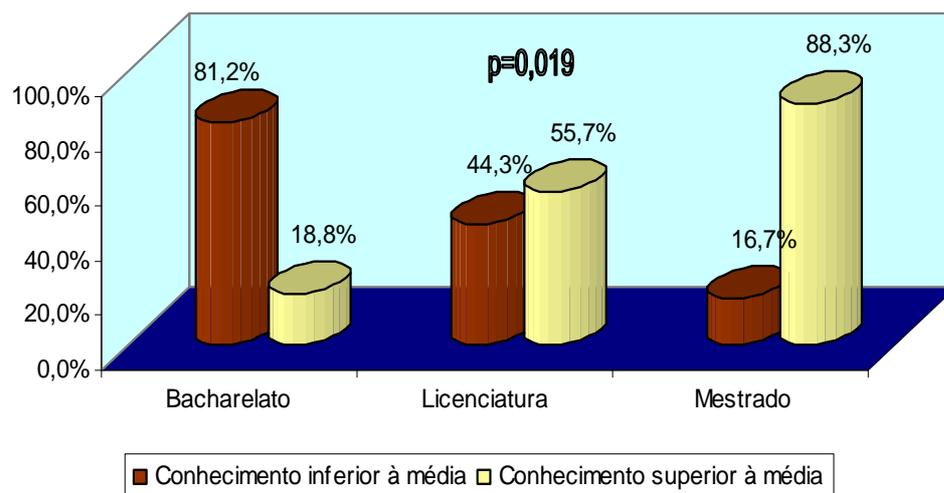
Analisando o nível médio de conhecimento de acordo com as habilitações académicas dos elementos da amostra, verifica-se que os que são detentores

do grau de bacharel apresentam um nível médio de conhecimento de 82,67%, os licenciados de 82,67% e os detentores do grau de mestre têm um nível de conhecimento de 84,95% (figura 25).



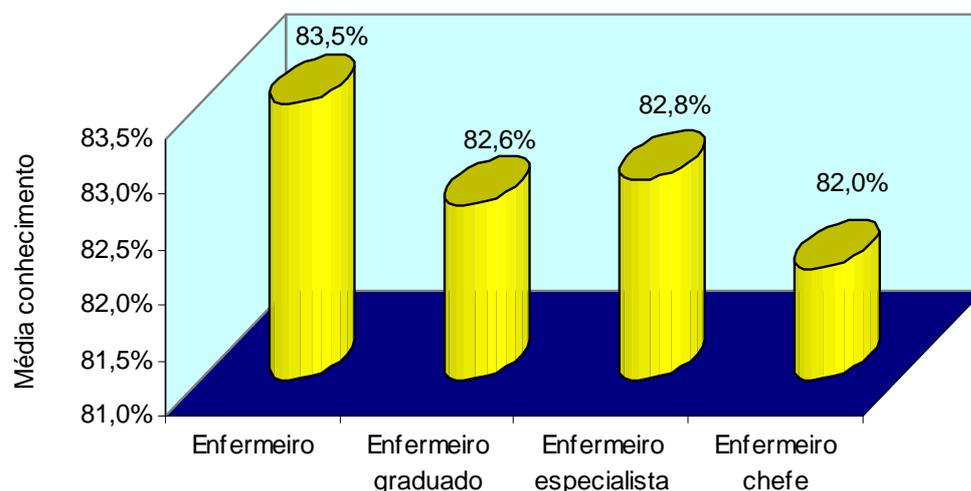
**Figura 25 – Distribuição da amostra segundo o nível médio de conhecimento, por habilitações académicas.**

Continuando a analisar o nível obtido no conhecimento, tendo em conta as habilitações académicas, constata-se que de entre os indivíduos detentores do grau de bacharel 9 (81,8%) possuem conhecimento inferior à média obtida na população do estudo. De entre os enfermeiros licenciados 62 (44,3%) têm também conhecimento inferior à média geral do conhecimento e de entre os detentores do grau de mestre 1 (16,7%) apresenta também o seu conhecimento em níveis inferiores ao da amostra do estudo, verificando-se a existência de diferenças estatisticamente significativas na análise do conhecimento obtido, tendo em conta o grau académico dos enfermeiros ( $p=0,019$ ). De facto constata-se que à medida que o grau académico é mais elevado, maior é o nível de conhecimento que a população da amostra detém (figura 26).



**Figura 26 – Distribuição da amostra segundo o nível de conhecimento, por habilitações académicas.**

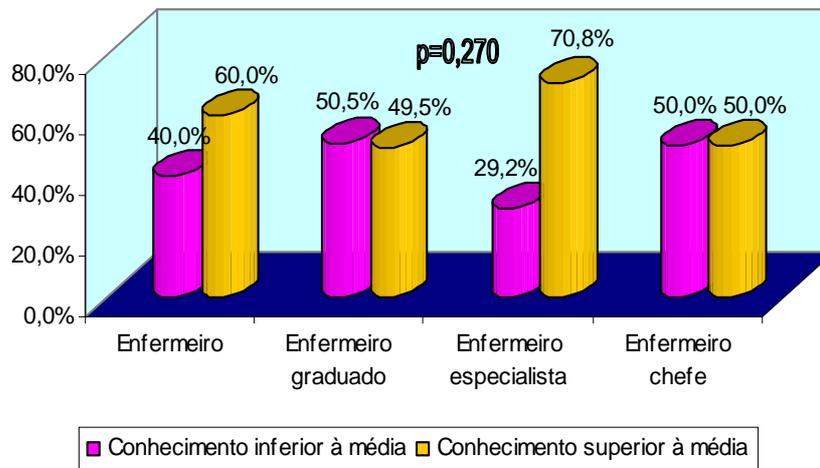
Na análise do nível de conhecimento por categoria profissional, constata-se que de entre os que são “enfermeiros” a média do conhecimento é de 83,5%, nos “enfermeiros graduados” esta média é de 82,6%, nos “enfermeiros especialistas” é de 82,8% e de entre os que detêm a categoria de “enfermeiro chefe” a média do conhecimento é de 82% (figura 27).



**Figura 27 – Distribuição da amostra segundo o nível médio de conhecimento, por categoria profissional.**

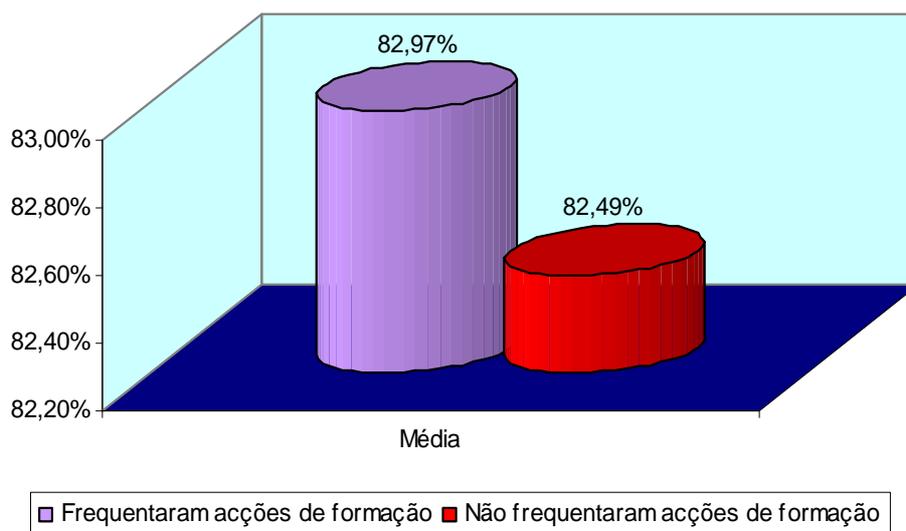
Ainda relacionando o nível médio de conhecimento por categoria profissional, pode verificar-se que de entre os detentores de categoria profissional

“enfermeiro” 12 (60%) têm um nível de respostas acertadas superior a 82,7%, de entre os “enfermeiros graduados” 53 (49,5%) também têm nível acima da média. Já de entre os “enfermeiros especialistas” verifica-se que a maioria, 70,8% têm também um nível de conhecimento superior à média. Nos “enfermeiros chefes” metade (50%) apresentam nível de conhecimento superior ao obtido pela média da população estudada, não se verificando a existência de diferenças estatisticamente significativas, no que concerne ao nível de conhecimento por categoria profissional ( $p=0,270$ ) (figura 28).



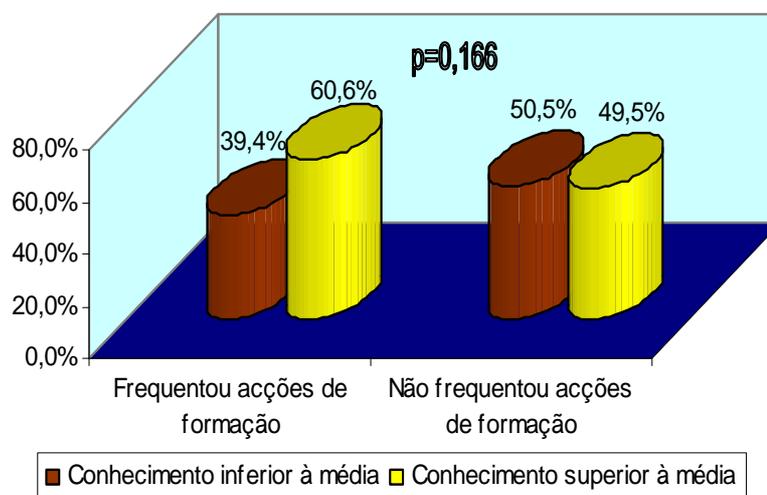
**Figura 28 – Distribuição da amostra segundo o nível de conhecimento, por categoria profissional.**

Em relação ao nível de conhecimento por frequência de acções de formação, constata-se que os elementos que frequentaram algum tipo de formação na área da infecção VIH/SIDA apresentam um nível médio de conhecimento de 82,97% e os que não frequentaram têm um nível de conhecimento de 82,49% (figura 29).



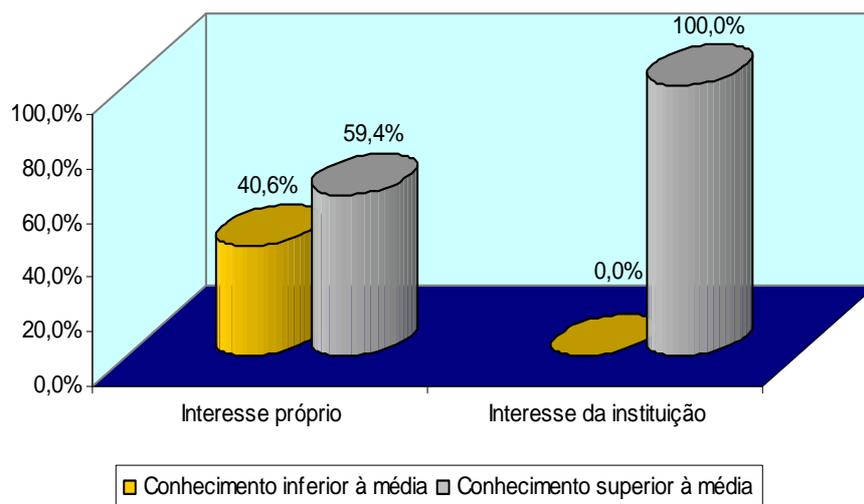
**Figura 29 – Distribuição da amostra segundo o nível médio de conhecimento, por frequência de acções de formação.**

Prosseguindo o estudo da percentagem de respostas correctamente respondidas tendo em conta a frequência de acções de formação, pode constatar-se que de entre os indivíduos que frequentaram acções de formação 40 (60,6%) apresentam um total de respostas correctamente respondidas acima de 82,7% e dos que não frequentaram acções de formação na área da infecção VIH/SIDA, 45 (49,5%) apresentam também nível de conhecimento superior à média da população, não se verificando a existência de diferenças estatisticamente significativas, no que diz respeito ao conhecimento em face da frequência prévia de acções de formação ( $p=0,166$ ) (figura 30).



**Figura 30 – Distribuição da amostra segundo o nível de conhecimento, por frequência de acções de formação.**

Analisando o conhecimento obtido com a razão que levou os elementos a frequentarem as acções de formação verifica-se que, de entre os que estiveram presentes nestas acções por iniciativa própria 38 (59,4%) apresentam um número de respostas correctas superior à média da população em geral e dos que frequentaram estas formações por interesse da instituição, 100% têm um nível de conhecimento superior à média do total dos elementos (figura 31).



**Figura 31 – Distribuição da amostra segundo o nível de conhecimento por razão de frequência da acção de formação.**

Passando agora a analisar algumas afirmações directamente relacionadas com formas de contaminação na infecção VIH/SIDA verifica-se que na premissa “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” 7 (4,5%) dos elementos acham ser verdadeira, apesar de ser falsa. No item “O VIH pode ser disseminado por mosquitos” também teve uma percentagem relativamente alta (21%) de indivíduos que erraram, afirmando ser verdadeira. Na afirmação “Uma mulher pode contrair o VIH se praticar sexo anal com um homem” há 50 (31,8%) de pessoas que erraram, considerando-a falsa. Já na afirmação “Um homem pode contrair VIH se tiver relações sexuais vaginais com uma mulher que está infectada pelo VIH”, constata-se que 154 (98,1%) acertaram na resposta, considerando-a verdadeira. Na frase relacionada com o uso do preservativo “O uso de um preservativo de borracha pode diminuir a possibilidade de uma pessoas contrair o VIH” constata-se que a esmagadora

maioria (98,7%) a considera verdadeira. Numa outra afirmação semelhante “*Usar o preservativo é a melhor protecção contra a infecção pelo VIH*” apenas 8 (5,1%) da população falhou a resposta correcta. Na sentença “*Uma pessoa pode contrair o VIH mesmo se tiver relações sexuais com outra pessoa uma única vez*”, verifica-se que 21 (13,4%) elementos erraram, encarando-a como falsa. A premissa “*Ter relações sexuais com mais do que um parceiro pode aumentar a possibilidade de uma pessoa ser infectada pelo VIH*” teve 144 (91,7%) de respostas certas. Na sentença “*É mais provável que uma pessoa contraia o VIH se tiver outra doença sexualmente transmissível (doença venérea), como herpes ou gonorreia, verifica-se que 75 (47,8%) dos elementos do estudo erraram a resposta, considerando-a falsa. Na frase “Uma pessoa pode contrair o VIH tendo relações sexuais de natureza oral (boca na vagina), com outra mulher”, constata-se que 100 (63,7%) pessoas acertaram na resposta correcta, indicando-a como verdadeira. Ainda dentro deste mesmo tema, na frase “Uma mulher pode contrair o VIH tendo relações sexuais de natureza vaginal com um homem que tem o vírus”, a maioria (96,2%) dos elementos acertou na resposta correcta, indicando a sentença como verdadeira. À premissa “A lavagem, com água fria, do equipamento utilizado no uso de drogas, elimina o vírus”, a esmagadora maioria (99,4%) indicou-a como falsa, acertando assim na resposta correcta. Quanto à frase “Uma mãe infectada pelo VIH pode transmitir o vírus ao bebe, através da amamentação”, apenas 70 (44,6%) da população do estudo acertou, respondendo verdadeiro. Observando a frase “O VIH não é disseminado através da tosse ou espirros” 103 (65,6%) acertaram na resposta, considerando-a verdadeira. Por último, na frase “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”, constata-se que 59 (37,6%) dos elementos atribuíram-na como sendo verdadeira, errando portanto a resposta correcta (tabela 1).*

<b>Premissas relacionadas com formas de contaminação na infecção VIH/SIDA</b>		
	<b>Correcto</b>	Incorrecto
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.	<b>95,5%</b>	4,5%
O VIH pode ser disseminado por mosquitos.	<b>79%</b>	21%
Uma mulher pode contrair o VIH se praticar sexo anal com um homem.	<b>68,2%</b>	31,8%
Um homem pode contrair VIH se tiver relações sexuais vaginais com uma mulher que está infectada pelo VIH.	<b>98,1%</b>	1,9%
O uso de um preservativo de borracha pode diminuir a possibilidade de uma pessoas contrair o VIH.	<b>98,7%</b>	1,3%
Usar o preservativo é a melhor protecção contra a infecção pelo VIH.	<b>94,9%</b>	5,1%
Uma pessoa pode contrair o VIH mesmo se tiver relações sexuais com outra pessoa uma única vez.	<b>86,6%</b>	13,4%
Ter relações sexuais com mais do que um parceiro pode aumentar a possibilidade de uma pessoa ser infectada pelo VIH.	<b>91,7%</b>	8,3%
É mais provável que uma pessoa contraia o VIH se tiver outra doença sexualmente transmissível (doença venérea), como herpes ou gonorreia.	<b>52,2%</b>	47,8%
Uma pessoa pode contrair o VIH tendo relações sexuais de natureza oral (boca na vagina), com outra mulher.	<b>63,7%</b>	36,3%
Uma mulher pode contrair o VIH tendo relações sexuais de natureza vaginal com um homem que tem o vírus.	<b>96,2%</b>	3,8%
A lavagem, com água fria, do equipamento utilizado no uso de drogas, elimina o vírus.	<b>99,4%</b>	0,6%
Uma mãe infectada pelo VIH pode transmitir o vírus ao bebe, através da amamentação	<b>44,6%</b>	55,4%
O VIH não é disseminado através da tosse ou espirros	<b>65,6%</b>	34,4%
É possível que as pessoas contraíam o VIH através de beijos profundos, em que põem a língua na boca de um parceiro infectado pelo VIH.	<b>62,4%</b>	37,6%

**Tabela 1 – Resultados de acertos e falhas nas frases relacionadas com formas de contaminação/transmissão da infecção VIH/SIDA.**

Em relação a frases que revelam preconceitos sobre a patologia e a infecção VIH, verifica-se que na sentença *“Uma pessoa pode contrair o VIH ao partilhar um copo de água com alguém que está infectado pelo vírus”* 20 (12,7%) erraram a resposta, considerando-a verdadeira. Na premissa *“Uma pessoa pode contrair o VIH ao apertar a mão de alguém que esteja infectado pelo vírus”* 5 (3,2%) também erraram, considerando-a verdadeira, quando na realidade é completamente falsa. Na frase *“Uma pessoa infectada pelo VIH pode parecer e sentir-se saudável”* observa-se que 147 (93,6%) dos indivíduos acertou na resposta, indicando-a como verdadeira. Dentro desta mesma temática, a frase *“As pessoas que contraíram o VIH mostram rapidamente sinais de terem sido infectadas pelo vírus”* foi acertada por 146 (93%) dos indivíduos da amostra, que a consideraram falsa. Também na premissa *“Uma pessoa pode estar infectada pelo VIH durante 5 anos ou mais, sem ter SIDA”* 145 (92,4%) também acertaram na resposta correcta, considerando-a verdadeira. Na afirmação *“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”* 129 (82,2%) dos indivíduos do estudo acertou na resposta, ao considerá-la falsa. Analisando a sentença *“Existe cura para a SIDA”*, verifica-se que 4 (2,5%) elementos falharam a resposta, considerando-a verdadeira. Por último, na frase *“Geralmente podemos determinar se alguém está infectado pelo VIH olhando para a pessoa”*, constata-se que apenas 1 (0,6%) pessoas do estudo errou, considerando esta afirmação verdadeira (tabela 2).

<b>Premissas relacionadas com preconceitos na infecção VIH/SIDA</b>		
	<b>Correcto</b>	Incorrecto
Uma pessoa pode contrair o VIH ao partilhar um copo de água com alguém que está infectado pelo vírus.	<b>87,3%</b>	12,7%
Uma pessoa pode contrair o VIH ao apertar a mão de alguém que esteja infectado pelo vírus.	<b>96,8%</b>	3,2%
Uma pessoa infectada pelo VIH pode parecer e sentir-se saudável.	<b>93,6%</b>	6,4%
As pessoas que contraíram o VIH mostram rapidamente sinais de terem sido infectadas pelo vírus	<b>93%</b>	7%
Uma pessoa pode estar infectada pelo VIH durante 5 anos ou mais, sem ter SIDA.	<b>92,4%</b>	7,6%
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.	<b>82,2%</b>	17,8%
Existe cura para a SIDA.	<b>97,5%</b>	2,5%
Geralmente podemos determinar se alguém está infectado pelo VIH olhando para a pessoa.	<b>99,4%</b>	0,6%

**Tabela 2 – Resultados de acertos e falhas nas frases relacionadas com formas de contaminação/transmissão da infecção VIH/SIDA.**

## **V – Discussão de resultados**

---

A compreensão e apreciação do conhecimento apresentam-se como uma forma útil de avaliar a atitude e as percepções dos indivíduos acerca dos assuntos.

Para a realização deste estudo foram entregues inquéritos a 250 dos 349 enfermeiros do Hospital de Sousa Martins, na Guarda, utilizando-se um critério casuístico de conveniência. Destes apenas foram preenchidos correctamente e devolvidos 157, correspondentes a 62,8% de participação da população alvo do estudo. Parece-nos uma colaboração extremamente baixa, principalmente atendendo ao tipo de população, à sua formação académica e profissional e às suas responsabilidades inerentes à própria profissão, numa área tão sensível como é a infecção por VIH/SIDA. Não obstante estes resultados serem semelhantes a outros estudos realizados, na mesma temática e em populações semelhantes, em que nunca há uma adesão massiva à resposta de inquéritos, principalmente pelo estigma e complexo ainda associados ao tema em questão<sup>(65)</sup>. Há ainda o medo de falar de algo que não se domina, mas com o qual tem de se conviver<sup>(66,67)</sup>.

O género feminino foi dominante, com 73,9% de elementos, o que está de acordo com todos os estudos realizados em equipas de enfermagem, em que o predomínio das mulheres é manifestamente elevado<sup>(68,69,70)</sup>.

Em relação à faixa etária dos elementos do estudo, a tem mais de 31 anos e menos de 40 anos (39,5%), logo seguida da faixa etária compreendida entre os 41 anos e os 50 anos, reflectindo a particularidade do quadro de pessoal de enfermagem do Hospital de Sousa Martins, constituído primordialmente por profissionais dentro desta faixa etária. De salientar que com idade superior a 55 anos apenas foi encontrada uma percentagem de 5,7% de indivíduos, o que poderá ser resultado das políticas Governamentais, nomeadamente no que concerne à idade das reformas. Uma outra explicação para este facto poderá também ser a maior resistência que os indivíduos desta faixa etária têm em relação a assuntos que envolvam mais a sua intimidade, como é o caso da componente sexual indissociável da infecção VIH/SIDA.

Em termos de habilitações académicas dos indivíduos da amostra, predominam os licenciados, visto ser actualmente e desde já algum tempo, a habilitação conferida pelo Curso Superior de Enfermagem. Atesta também, e integrando o factor faixa etária, a grande procura que os profissionais fizeram

do Curso de Complemento de Formação, que dá a equivalência à licenciatura àqueles que apenas possuíam o bacharelato. Poderá revelar uma procura pela formação que este grupo profissional demonstra. Em relação à categoria profissional dominou o grupo dos “enfermeiros graduados”, o segundo na escala hierárquica da profissão.

A frequência de acções formativas apresenta-se como um meio de adquirir conhecimentos <sup>(71)</sup>. Claro que existem outras formas de adquirir conhecimento, como seja a comunicação social, as campanhas publicitárias, os pares, a leitura de artigos entre outros <sup>(70)</sup>, contudo, neste trabalho, optámos apenas pela avaliação da participação em acções de formação submetidas à temática da infecção VIH/SIDA. No que concerne a essa frequência, observa-se que a maioria dos elementos nunca frequentou nenhuma. Apenas 42% dos indivíduos referiram este tipo de participação em acções dentro da temática referenciada. Esta não participação é transversal à amostra estudada, afectando na mesma proporção homens e mulheres, todas as faixas etárias e os graus académicos. A não participação, na nossa opinião, poder-se-á ficar a dever à pouca existência de acções de formação nesta área, dirigidas especificamente a esta classe profissional <sup>(18)</sup>. Poderá ainda dever-se à formação ministrada durante o seu percurso académico, sentindo os elementos da amostra que foi adequada e suficiente <sup>(72)</sup>.

Contudo, há diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito à frequência de acções de formação por categoria profissional, sendo que são os “enfermeiros chefes” os que mais acções já frequentaram, quando comparados com os “enfermeiros graduados”. Poderá associar-se a maior facilidade na obtenção de tempo livre e de dispensa, por parte dos serviços, para as chefias, em detrimento dos outros enfermeiros. Eventualmente o maior tempo de serviço na carreira pode também contribuir para o maior número de acções de formação assistidas.

Contudo, de entre os enfermeiros que frequentaram acções neste âmbito, a quase totalidade (97%) fê-lo por vontade e interesse próprio e custeando a sua própria formação (78,8%), provando, uma vez mais, o grande interesse de actualização demonstrado por alguns elementos desta classe profissional. Quanto ao pagamento das acções realizadas, e como vimos atrás, apesar de a maioria dos elementos pagar as suas acções de formação, denota-se alguma

participação por parte da Instituição, neste caso do Hospital Sousa Martins, em investir numa maior qualidade e competência dentro deste corpo profissional, patrocinando as formações a 21,2% dos elementos da amostra. Ainda de entre aqueles que frequentaram as acções por interesse da Instituição, todos foram custeados pelo Hospital Sousa Martins, revelando uma boa política de formação por parte da referida unidade de saúde. Uma nota ainda para o facto de que apesar de serem os “enfermeiros chefes “ quem mais acções frequentou, apenas os “enfermeiros graduados” frequentaram acções de formação por interesse da instituição. Poderá revelar um maior investimento curricular e uma maior procura de conhecimentos por parte dos enfermeiros de classe profissional mais elevada, não obstante as facilidades, referidas atrás a estes profissionais.

Analisando o conhecimento, em que o máximo possível seria de 62 pontos, correspondente a 100% das afirmações correctamente respondidas, obteve-se uma média de 51,27 pontos (ou 82,7% de respostas certas), uma mediana de 52 pontos (ou 83,9% de respostas correctamente assinaladas) e uma amplitude que varia entre um mínimo de 29 pontos (46,8% de acertos) e um máximo de 60 pontos (96,8% de respostas correctamente preenchidas). Logo à partida estes valores, para esta amostra específica, com todas as suas características e principalmente com as suas competências a nível do cuidado directo com os pacientes, são tendencialmente baixos, não obstante estarem na linha de outros estudos realizados internacionalmente <sup>(65,72)</sup>. Ressalve-se contudo, que este estudo foi realizado num hospital distrital em que os enfermeiros não terão, à partida, um contacto diário com a doença, podendo este facto influenciar negativamente os níveis de conhecimento na amostra <sup>(23)</sup>.

A existência de uma amplitude grande poderá revelar uma disparidade na formação base (ou na sua apreensão), bem como na formação contínua. Valores de conhecimento manifestamente abaixo dos 50% de acertos são deveras preocupantes e reveladores de erros, não só a nível da própria formação como de todas as campanhas, mesmo que dirigidas ao público em geral, pois, antes de profissionais de enfermagem são membros da sociedade, constituindo assim o “público geral”. A sustentar estas afirmações está o facto de que, se usarmos como ponto de corte a média de respostas correctamente assinaladas pelos elementos da amostra, verificamos que uma grande

percentagem de indivíduos (45,9%) do estudo obteve classificação inferior à média do grupo.

As habilitações académicas dos enfermeiros influenciam positivamente os resultados relacionados com os níveis de conhecimento. De facto, os enfermeiros com habilitações académicas mais elevadas apresentam níveis de conhecimento mais elevados do que os enfermeiros detentores de graus mais baixos (bacharelato). Este facto poderá ser justificado pela maior disponibilidade que os enfermeiros que investem no aumento das habilitações académicas possam ter também para apreenderem mais acerca de outros assuntos, nomeadamente sobre o VIH/SIDA. Os elementos que apresentam apenas o bacharelato como habilitações académicas, poderão estar mais alheados de outras formações e da capacidade de apreenderem novas situações. Este resultado vem no seguimento de estudos, que provam exactamente o mesmo <sup>(70)</sup>.

Também a frequência de acções de formação não influencia o nível de conhecimento revelado pelo inquérito. Tal facto poderá significar pouca adequação destas acções à profissão de enfermeiro. Provavelmente poderão ser acções de âmbito geral, destinadas à população geral e não acrescentar conhecimento nesta classe de profissionais. Há provas, obtidas em estudos estrangeiros, que corroboram que acções de formação bem organizadas cientificamente, com relevância adequada, destinadas a grupos específicos, com conteúdos adequados ao cariz profissional base de cada formando são de extrema utilidade, no que corresponde ao concreto aumento de conhecimento acerca da temática VIH/SIDA, por parte dos enfermeiros que as frequentam <sup>(18)</sup>. Um dado também importante é o facto de que todos os elementos que participaram em acções de formação por interesse da própria instituição apresentarem níveis de conhecimento superiores à média da amostra. Esse resultado poderá ser justificado pelo facto de estas acções de formação, de interesse da instituição e pagas pela própria instituição, apresentarem níveis de qualidade e adequação à profissão de enfermagem, muito superiores às outras acções procuradas pelos enfermeiros, por seu próprio interesse <sup>(18)</sup>. Há uma procura, necessária, de alguns enfermeiros em relação à formação. Uma justificação, encontrada em estudos semelhantes, poderá estar relacionada

com baixa carga de conhecimentos específicos do tema VIH/SIDA adquiridos durante a formação base <sup>(70)</sup>.

A formação posterior ao curso, a formação adquirida durante o trabalho, em jornadas, congressos e cursos especiais é de extrema importância, sendo prática comum a esta profissão um pouco por todo o mundo <sup>(18)</sup>. Além desta procura, os próprios desafios colocados por uma doença que ainda não tem cura são muitos, havendo a necessidade de os profissionais recorrerem a formação, cada vez mais especializada e, principalmente, actualizada <sup>(18)</sup>. Na amostra em estudo, verifica-se que 42% dos seus elementos sentiram essa necessidade.

Na apresentação de resultados foram, por último, estudadas e analisadas algumas premissas individualmente, por parecerem mais importantes dentro do contexto da profissão de enfermagem, mediante as suas especificidades. São afirmações em que o número de indivíduos que respondeu erradamente se apresenta como preocupante.

Há 21% de elementos que acham que o VIH se dissemina por mosquitos. Esta situação seria por si só caricata se se tratasse de uma população geral, ou mesmo de um outro tipo de amostra. Contudo se integrarmos este resultado na amostra em que ele foi obtido é preocupante. A forma de transmissão é uma das dúvidas mais levantadas em alguns estudos realizados também em populações de profissionais de enfermagem, sendo que a maioria das vezes esta transmissão é atribuída a comportamentos promíscuos <sup>(70,73,74)</sup>.

Assim o desconhecimento das vias de contaminação e o medo das consequências da doença podem causar atitudes negativas <sup>(66)</sup>.

Uma outra frase, que registou um número surpreendente de respostas erradas, foi a que afirmava que quando um indivíduo está infectado por outra doença venérea (herpes genital, sífilis) a probabilidade de ser contaminado pelo VIH aumentava. A esta sentença apenas responderam correctamente 52,2% dos enfermeiros da amostra. Preocupa-nos que um profissional de saúde, detentor de um curso superior na área, que inclui no seu curriculum disciplinas como a patologia clínica e epidemiologia clínica <sup>(2)</sup>, não responda acertadamente a esta questão.

Na frase que menciona a possibilidade de uma mãe infectada poder transmitir o VIH ao seu recém-nascido, através da amamentação, a maioria (55,4%) dos

elementos da amostra errou considerando que tal era falso e que essa possibilidade não existe. É essencial o papel do enfermeiro no aconselhamento e acompanhamento da gravidez, tanto de mulheres que a planearam como nos casos de gravidez não planeada <sup>(75)</sup>. Num outro estudo, realizado numa população semelhante, em que esta mesma sentença foi incluída, apenas 4,5% dos elementos estudados erraram a resposta <sup>(70)</sup>.

Todo o envolvimento na educação sexual, principalmente dos mais jovens, será também um aspecto importante a ter em conta na profissão de enfermagem <sup>(75)</sup>.

Uma percentagem de 37,6% dos elementos da amostra acham ser possível contrair o VIH através de beijos “profundos”, com portadores do vírus. Nesta sentença temos, em termos práticos, 59 enfermeiros que não têm noção adequada das formas de transmissão do VIH. Relembrando o papel essencial que poderá ser desenvolvido pelos enfermeiros na educação sexual, é deveras um número elevado de profissionais que registam conceitos errados <sup>(75)</sup>.

Dentro deste mesmo sub tema há 12,7% de indivíduos deste estudo que acham ser possível a contaminação pelo VIH quando se partilha um copo de água com alguém que esteja infectado. Uma vez mais, pensando que a amostra sob a qual se está a estudar é constituída única e exclusivamente por enfermeiros, leva à interrogação de qual será a sua atitude perante a necessidade da prestação de cuidados de saúde a um doente portador de VIH se a simples partilha de um copo de água é, para 20 enfermeiros, causa possível de contaminação. Em outros estudos que avaliaram a possibilidade de transmissão do VIH por objectos de uso diário (em que incluíram os copos), a percentagem de respostas acertadas foi bem mais alta, cifrando-se nos 3% de respostas erradas <sup>(70)</sup>.

A juntar a estes dados está o facto de 3,2% de enfermeiros achar que a SIDA se transmite por um simples aperto de mão. Os enfermeiros são a “primeira linha” de combate à epidemia, principalmente pela sua actuação a nível da prevenção <sup>(17,22)</sup>, mas também na sua actividade assistencial <sup>(21)</sup>, daí alguma preocupação na análise destas frases. Apesar desta evidência, deste conteúdo de tarefas, há poucos estudos que os tentem relacionar, ou seja, que avaliem se estas funções são realmente bem executadas <sup>(75,76,77)</sup>.

Existe ainda um outro problema adicional, que passa pelo facto de existirem algumas escolas de enfermagem que não dão a ênfase e a importância devida à educação sexual, à formação nesta área aos seus alunos, que serão os futuros profissionais <sup>(25)</sup>, resultando na existência de enfermeiros que poderão não ter os conhecimentos apropriados e suficientes para a sua actuação <sup>(26,27,78)</sup>.

Há ainda 2,5% de profissionais estudados que pensa existir cura para a SIDA. Numa amostra, com a maioria dos elementos licenciados na área da saúde, não foi por nós possível encontrar uma justificação plausível para o seu aparecimento. Estes profissionais são e serão chamados ao combate e seguimento dos doentes com a infecção pelo VIH, em Portugal e em todo o mundo, numa luta global e sem fronteiras <sup>(18,75)</sup>.

Vários estudos realizados a nível internacional provam que os serviços de saúde ainda não estão completamente preparados para a prestação de cuidados de saúde a doentes infectados pelo VIH <sup>(17,20,79)</sup>.

A falta de confiança dos doentes nos profissionais poderá diminuir a eficácia da recuperação <sup>(20)</sup>.

Em relação ao caso português, nomeadamente, num Hospital Distrital, a média de conhecimento obtida de 82,7%, deixa-nos seguros quanto ao correcto tratamento que estes doentes receberão, não obstante considerarmos que esta população específica deveria apresentar níveis de conhecimento ainda mais elevados.

É do código deontológico da profissão de enfermagem o tratamento e respeito por todos os doentes <sup>(80)</sup>. Analisando a situação internacional, nota-se que os enfermeiros sempre demonstraram disponibilidade para tratar qualquer doente, independentemente da sua patologia, como é o caso de um estudo, realizado em Inglaterra, em que 91% dos estudantes de enfermagem demonstram a sua disponibilidade para o tratamento de pacientes infectados com VIH ou portadores de SIDA <sup>(65)</sup>.

## **VI – Conclusões**

---

A realização deste trabalho foi precedida por uma fase de avaliação e estudo de outros trabalhos já existentes, afim de se poder constituir um estudo que pudesse, dar um contributo na luta contra a problemática que o VIH/SIDA representa. Foram definidos objectivos, sendo sempre o major a avaliação do conhecimento dos enfermeiros face ao VIH/SIDA. A escolha desta classe profissional prendeu-se primeiro por razões profissionais e pessoais e depois pela grande importância desta classe no tratamento e acompanhamento dos doentes, independentemente de eles terem ou não infecção pelo VIH.

Em complementaridade do nível de conhecimento, integrámos as variáveis sócio demográficas da amostra (idade, género, habilitações académicas e profissionais) e a frequência de acções de formação específicas na área do estudo. De entre todos os parâmetros sócio demográficos estudados e já referenciados, apenas encontramos diferenças estatisticamente significativas, que influem no conhecimento, a nível das habilitações académicas, em que os indivíduos com maiores habilitações (nomeadamente os detentores do grau de mestre) apresentavam níveis de conhecimento mais elevados.

Verificámos ainda a frequência de acções de formação específicas, sendo esta manifestamente baixa numa classe profissional em que se esperava um maior investimento na formação. Saliente-se um relativo apoio por parte da instituição, à frequência de acções de formação por parte dos enfermeiros

De uma forma geral o nível de conhecimento obtido neste estudo para os enfermeiros acerca da infecção VIH/SIDA não foi muito alto, esperando-se muito mais de uma profissão que tem como principal função o apoio e a prestação de cuidados aos doentes. Não esqueçamos ainda a sua vertente ligada à saúde pública, nomeadamente no aconselhamento e na prevenção da doença.

Surge, ainda como dado mais preocupante retirado deste trabalho, o facto de existirem determinadas afirmações no inquérito utilizado para medir o nível de conhecimentos da população, com percentagens de respostas erradas muito acima daquilo que seria de esperar até numa população geral, quanto mais numa amostra retirada de uma população do nível da estudada neste trabalho. E estas afirmações tanto são da área das formas de transmissão como da área da prevenção e dos cuidados com o VIH/SIDA.

Há o reconhecimento, por parte das instituições mundiais e dos organismos de combate ao VIH que a força dos enfermeiros nesta pandemia é enorme. Stephen Lewis defendeu que uma das formas de controlar a doença em África seria com mais enfermeiros no terreno <sup>(17)</sup>.

Os objectivos a que nos propusemos foram atingidos, as hipóteses foram testadas. Esperamos que possa contribuir para uma futura melhoria dos conhecimentos sobre a pandemia VIH/SIDA nesta classe profissional, pois toda a comunidade irá beneficiar desse aumento, assim como a própria população. Como principais estratégias de melhoria e incremento do conhecimento, poderiam surgir campanhas e formações dirigidas especificamente a esta população, investimento no 1º, 2º e 3º ciclos de formação, cursos de curta duração incluindo módulos relacionados com doenças víricas.

Fica ainda a porta aberta para outros estudos com amostras semelhantes, nomeadamente a compreensão das atitudes e práticas face ao VIH/SIDA, não só na vida pessoal dos enfermeiros como na sua realidade profissional. Alargar também este estudo, comparando-o com uma população de enfermeiros que na rotina do seu dia a dia de trabalho lidem directamente com doentes infectados pelo VIH/SIDA, avaliando e comparando o seu conhecimento com o obtido neste estudo.

Existirá, provavelmente, um sem número de novos estudos que poderão surgir a partir deste, assim como este surgiu a partir de outros trabalhos já realizados. Existe um campo de trabalho muito vasto e amplo.

Estaremos ao dispor para colaborar noutros estudos que se venham a desenvolver a nível nacional e que incluam a intervenção dos enfermeiros.

## VII – Bibliografía

---

- 1- Carvalho, A.C.C. Como chegar lá? Embrião de um modelo de enfermagem co-activo. *Enfermagem em foco*, 1996.36-42.
- 2- Ordem dos Enfermeiros – estatutos da ordem em [www.ordemenfermeiros.pt](http://www.ordemenfermeiros.pt) (acedido em 17/08/2008)
- 3- Rogers, M. Nursing science and the space age. *Nursing Science. Quarterly*, 1992. 5 (1)27-34.
- 4- Waldon, V. R. Examinando o conhecimento em enfermagem. In Meyer et al. *Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea* 1998. Porto Alegre: Artmed.
- 5- Decreto-Lei nº 161/96 de 04 de Setembro, nº4 do artigo 4º.
- 6- Wade, G.H.. Professional Nurse Autonomy: concept analysis and application to nursing education. *Journal of Advanced Nursing*, 1999. 30, 310-318.
- 7- Ferreira, F.A. G. - *História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. 1990.
- 8- Nogueira, M. - *História da enfermagem*, 2ªed. Porto: Salesianas. 1990.
- 9- Minnaar A. The views of nurses regarding caring in the workplace. *Curationis*. 2003;26(1):37-42.
- 10- Moriya TM, Gir E, Vietta EP, Pereira MS. Communicable diseases and isolation: a nursing student's perceptions *Rev Esc Enferm USP*. 1999;29(3):286-96.
- 11- Minnaar A. HIV/AIDS issues in the workplace of nurses. *Curationis*. 2007;28(3):31-8.

12- Potocky-Tripodi M, Dodge K, Greene M. Bridging cultural chasms between providers and HIV-positive Haitians in Palm Beach County, Florida J Health Care Poor Underserved. 2007;18(3 Suppl):105-17.

13- Makoae LN, Greeff M, Phetlhu RD, Uys LR, Naidoo JR, Kohi TW, Dlamini PS, Chirwa ML, Holzemer WL. Coping With HIV-Related Stigma in Five African Countries. J Assoc Nurses AIDS Care. 2008;19(2):137-46.

14- Hentgen V, Jaureguiberry S, Ramiliarisoa A, Andrianantoandro V, Belec M. Knowledge, attitude and practices of health personnel with regard to HIV/AIDS in Tamatave. Bull Soc Pathol Exot. (2006). 95(2):103-8.

15- Greeff M, Phetlhu R, Makoae LN, Dlamini PS, Holzemer WL, Naidoo JR, Kohi TW, Uys LR, Chirwa ML. Disclosure of HIV status: experiences and perceptions of persons living with HIV/AIDS and nurses involved in their care in Africa. Qual Health Res. 2008;18(3):311-24.

16- Smit R. HIV/AIDS and the workplace: perceptions of nurses in a public hospital in South Africa. J Adv Nurs. 2005;51(1):22-9.

17- Hemlata P., Savita S., Jayagowri S. Nurses' Health Education Program in India Increases HIV Knowledge and Reduces Fear. The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care. 2007; Vol. 18, 6-32.

18- Ann B. W., Honghong W., Jane B e Chenghui W. Effectiveness of an HIV/AIDS educational programme for Chinese. Nurses Journal of Advanced Nursing. Oxford. 2006; Vol. 53, 710-11.

19- McCann, T.V. & Sharkey, R.J. Educational intervention with international nurses and changes in knowledge, attitudes and willingness to provide care to patients with HIV/AIDS. Journal of Advanced Nursing, 1998; 267-273.

20- Siobhan S., Abbey H. HIV-positive patients' experiences of stigma during hospitalization. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*. 2001; 68-71.

21- Bonnie F., Walter K., Judy M. e Mariam W. Nursing Care of AIDS Patients in Uganda. *Journal of Transcultural Nursing*. 2007; Vol. 18; pg. 257.

22- Jo W. e Barbara M. Knowledge of School Nurses in the U.K. Regarding Sexual Health Education. *The Journal of School Nursing*. 2006; Vol. 22; pg. 352-6.

23- Lohmann, C., Valrinaki, M. Suominen, U. Dassen, T. e Peate, I. German nursing students' knowledge of and attitudes to HIV and AIDS: Two decades after the first AIDS cases. *Journal of Advanced Nursing*. 2007; 31 (3), 696-703.

24- Fenton, K. A., Korovessis, C., Johnson, A. M., McCadden A. e McManus, S. Sexual behaviour in Britain: Reported sexually transmitted infections and prevalent genital *Chlamydia trachomatis* infection. *Lancet*. 2001; 358, 1851-1854.

25- Jolley, S. Promoting teenage sexual health: An investigation into the knowledge, activities and perceptions of gynaecology nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 2001; 36, 246-255.

26- Weston, A.. Warts and all. *Nursing Times*. 1998; 94, 26-28.

27- McFadyen, J.. Teaching sex education: Are Scottish school nurses prepared for the challenge? *Nurse Education Today*. 2004; 24, 113-120.

28- Lourenço S, Amaral M, Almeida R, Marcelino P, Marum S, Milheiro MA, Oliveira J, Mourão L. Pneumocystis and cytomegalovirus pneumonia in HIV patients - Two clinical cases. *Rev Port Pneumol*. 2008;14(1):151-157.

- 29- Esteves F, Montes-Cano MA, de la Horra C, Costa MC, Calderón EJ, Antunes F, Matos O. Pneumocystis jirovecii multilocus genotyping profiles in patients from Portugal and Spain. Clin Microbiol Infect. 2008 Apr;14(4):356-62. Epub 2008.
- 30- Ben Mamou M, Slim A, Garbouj M, Ben Redjeb S. Virological diagnosis and follow-up of HIV infection. State of the art and situation in Tunísia Tunis Med. 2006;84(7):395-402.
- 31- Schiffer V. Primary HIV infection: an update Rev Med Suisse. 2005 12;1(36):2310-4.
- 32- Meliço-Silvestre A, Oliveira J. História natural da infecção VIH. <http://www.aidscongress.net/3congresso.php> (acedido em 24/08/08).
- 33- Vanhems P, Lecomte C, Fabry J. Primary HIV-1 infection: diagnosis and prognostic impact. AIDS Patient Care STDS. 1998;12(10):751-8.
- 34- Kroll, M.H. Shandera, W.X. Sarcoma de Kaposi associado a SIDA. Hosp Pract (ed port.). 1999;3: 9-20.
- 35- Senak M. The price of life throughout HIV history. J Int Assoc Physicians AIDS Care. 1996;2(2):34-5.
- 36- Swanstrom R., Wehbie R. The biology of HIV, SIV and other lentiviruses. In Holmes KK, Sparling P.F., Mardh P.A., Lemon S.M. Sexually Transmitted Diseases, 3º ed, McGraw-Hill 1999; 215-299.
- 37- Wiig K, Smith C. An exploratory investigation of dietary intake and weight in human immunodeficiency virus-seropositive individuals in Accra, Ghana. J Am Diet Assoc. 2007;107(6):1008-13.

- 38- Levy JÁ, HIV pathogenesis: knowledge gained after two decades of research. *Adv Dent Res.* 2006 Apr 1;19(1):10-6.
- 39- Semaille C, Lot F. Epidemiology of HIV infection in the world and in France. *Rev Prat.* 2006 15;56(9):944-52.
- 40- Kaufmann GR, Duncombe C, Zaunders J, Cunningham P, Cooper D. Primary HIV-1 infection: a review of clinical manifestations, immunologic and virologic changes. *AIDS Patient Care STDS.* 1998;12(10):759-67.
- 41- Miró JM, Sued O, Plana M, Pumarola T, Gallart T. Advances in the diagnosis and treatment of acute human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) infection. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2006;22(10):643-59
- 42- Taiwo BO, Hicks CB. Primary human immunodeficiency virus. *South Med J.* 2002;95(11):1312-7.
- 43- Battegay M, Hirschel B. Primary HIV infection. *Ther Umsch.* 2007;61(10):609-12.
- 44- Harrison's Online . Chapter 309: Human Immunodeficiency Virus (HIV) Disease. 15 th Edition. The McGrawHill Companies, Inc; USA 2001.
- 45- Potthoff A, Brockmeyer N. HIV infection 2007 *Med Klin (Munich).* 2007 Jul 15;102(7):531-9.
- 46- Reynes J. Antiretroviral therapies: strategic perspectives for the future *Med Trop (Mars).* 2007;67(4):367.
- 47- Esser S. Antiviral treatment regimens. *Hautarzt.* 2006;57(11):961-2, 964-8.
- 48- Fernandez-Feijoo J, Diz-Dios P, Otero-Cepeda XL, et al. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2005;10(1):36-40; 32-6.

- 49- Uribe M R, Valdivia R M, Carrasco E J. Gastrointestinal Symptoms in acquired immunodeficiency syndrome (AIDS): A review of one hundred cases at “Arzobispo Loayza” Hospital. *Rev Gastroenterol Peru*. 1997;17(3):214-221.
- 50- Boffito M, Pillay D, Wilkins E. Management of advanced HIV disease: resistance, antiretroviral brain penetration and malignancies. *Int J Clin Pract*. 2006;60(9):1098-106.
- 51- Van Heuverswyn F, Li Y, Neel C. Human immunodeficiency viruses: SIV infection in wild gorillas. *Nature*. 2006;444(7116):164.
- 52- Rouzine IM, Coffin JM. Evolution of human immunodeficiency virus under selection and weak recombination. *Genetics*. 2007;170(1):7-18.
- 53- Clumeck N. Current clinical aspects of AIDS. *Bull Mem Acad R Med Belg*. 1993;148(5-6):234-9; discussion 240-1.
- 54- Albert LJ, Inman RD. Molecular mimicry and autoimmunity. *N Engl J Med*. 1999;341(27):2068-74. Bain BJ. The haematological features of HIV infection. *Br J Haematol*. 1997;99(1):1-8.
- 55- Cão H, Walker BD. Immunopathogenesis of HIV infection. *CI Dermatol* 2000; 18:401-410.
- 56- Barin F, Plantier JC, Brand D, et al. Human immunodeficiency virus serotyping on dried serum spots as a screening tool for the surveillance of the AIDS epidemic. *J Med Virol*. 2006;78 Suppl 1:S13-8.
- 57- The global AIDS Epidemic. <http://www.unaids.org>. (acedido em 20/02/2008).
- 58- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. [http://www.insarj.pt/site/resources/docs/HIV\\_2007.pdf](http://www.insarj.pt/site/resources/docs/HIV_2007.pdf). (acedido em 20/02/2008).

59- Tubiana R. HIV management in Africa. *Presse Med.* 2005 Nov 19;34(20 Pt 2):1597-604.

60- Piot P, Coll Seck AM. International response to the HIV/AIDS epidemic: planning for success. *Bull World Health Organ.* 2001;79(12):1106-12.

61- Dionisio D, Esperti F, Messeri D, Vivarelli A. Priority strategies for sustainable fight against HIV/AIDS in low-income countries. *Curr HIV Res.* 2004;2(4):377-93.

62- De Clercq E. AIDS in the Third World: how to stop the HIV infection? *Verh K Acad Geneesk Belg.* 2007;69(2):65-80.

63- Cruz, J.F.A. Tradução do questionário HIV Knowledge Questionnaire Study, (HIV-K-Q) de Carey, Morrison-Beedy e Johnson (1997). Manuscrito não publicado. Universidade do Minho.

64- Carey, M.C., Morrison-Beedy, D e Johnson, B.T. The HIV-Knowledge Questionnaire: development and evaluation of a reliable, valid and practical self administered questionnaire. *Aids and behaviour*, 1 (1), 61-74.

65- Ven V., Ben B. e Allan M. Exploring knowledge and skills on HIV in student nurses and midwives. *British Journal of Nursing.* London. 2008; 17. 186.

66- Boland, B.K. Fear of AIDS in the nursing staff, *Nursing Management.* 1990; 6, 40-44.

67- Mueller, C.W., Cerny, J.E., Amundson, M.J. & Waldron, J.A. Nursing faculty and students' attitudes regarding HIV. *Journal of Nursing Education.* 1992; (31) 6, 273-279.

68- Pontin D, Jones S. Children's nurses and nurse prescribing: a case study identifying issues for developing training programmes in the UK. *J Clin Nurs.* 2007;16(3):540-8.

- 69- Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Fischbeck Feinstein N, Li H, Small L, Wilcox L, Kraus R. Nurses' perceived knowledge, beliefs, skills, and needs regarding evidence-based practice: implications for accelerating the paradigm shift. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2004;1(3):185-93.
- 70- Joseph A. Knowledge of HIV/AIDS Among Nurses in Southwestern Nigeria. *ABNF Journal.* Lisle. 2006; 17; 137-146.
- 71- Lawrence, S.A. e Lawrence, R.M. Knowledge and attitudes about Acquired Immunodeficiency Syndrome in nursing and non-nursing groups. *Journal of Professional Nursing.* 1999; (5) 2,92-101.
- 72- Bektas H. A. e Kulakaç Ö. Knowledge and attitudes of nursing students toward patients living with HIV/AIDS (PLHIV): A Turkish perspective. *AIDS Care.* 2007; 19(7): 888-94.
- 73- Armstrong-Esther, C. e Hewitt, W.E. Knowledge and perception of AIDS among Canadian nurses. *Journal of Advanced Nursing.* 1999; 14, 923-938.
- 74- Armstrong-Esther, C. e Hewitt, W.E. The effect of education on nurses perception of AIDS. *Journal of Advanced Nursing.* 1990; 15,638-651.
- 75- Wainwright, P., Thomas, J. e Jones, M. Health promotion and the role of the school nurse: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing.* 2000; 32, 1083-1091.
- 76- Department of Health (DoH). School nurse practice development resource pack. London: The Health Visitor and School Nurse Development Programme. 2001b.
- 77- Fletcher, J., Brown, S., e Barlow, J. Systematic review of reviews of the effectiveness of school health promotion health services research unit. Oxford University. 1997.

78- Thistle, S., is Ray, C. Sex and relationships education: The role of the school nurse. *Nursing Standard*. 2007; 17, 44-55.

79- Breault, A.J. e Polifroni, E.C. Caring for people with AIDS: Nurses attitudes and feelings. *Journal of Advanced Nursing*. 1992; (17), 21-27.

80- Nursing e Midwifery Council (NMC). Code of professional conduct. London. 2002.

## **Anexos**

---

Conhecimentos dos enfermeiros face ao VIH/SIDA

# Anexo I – Inquérito

---

**Inquérito integrado na parte prática da Dissertação de Mestrado sobre o  
VIH/SIDA de Ana Paula Dias Barroso**

Este inquérito é anónimo, estando toda a confidencialidade perfeitamente assegurada. Não existem nem respostas certas nem respostas erradas.

Queremos apenas estudar os resultados, estatisticamente, tentando encontrar um fio condutor entre eles, de forma a obtermos resultados que, de uma forma mais ou menos incisiva possam levar à melhoria na prevenção e no combate da doença.

Desde já agradeço a sua disponibilidade

**GRUPO I**

1. Género Masculino  Feminino

2. Idade \_\_\_\_\_ anos

3. *Habilitações académicas*

Bacharelato  Licenciatura  Mestrado  Outro

4. *Categoria profissional*

Enfermeiro  Enfermeiro Graduado  Enfermeiro especialista

Enfermeiro Chefe  Enfermeiro Supervisor  Enfermeiro Director

5 *Já frequentou acções de formação na área da infecção VIH/SIDA?*

Sim  ( *siga para a próxima pergunta*) Não  ( *siga para a pergunta 1 do grupo II*)

6. *Porque frequentou essas acções?*

Interesse próprio  Interesse da Instituição  Outro

7. *Quem custeou a formação?*

O próprio  A instituição

**GRUPO II**

1- 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. Uma pessoa pode contrair o VIH pela partilha de agulhas com alguém que está infectado pelo vírus.		
6. Uma pessoa pode contrair o VIH se tiver relações sexuais com alguém que injecta drogas.		
7. O VIH pode ser disseminado por mosquitos.		
8. A SIDA é a causa do VIH.		
9. Uma pessoa pode contrair o VIH ao partilhar um copo de água com alguém que está infectado pelo vírus.		
10. Uma pessoa pode contrair o VIH ao apertar a mão de alguém que está infectado pelo vírus.		
11. O VIH é eliminado por produtos químicos.		
12. É possível contrair o VIH ao fazer uma tatuagem.		
13. Um homem pode contrair o VIH se tiver relações sexuais com outro homem que está infectado pelo vírus.		
14. Um mulher grávida que está infectada pelo VIH pode transmitir o vírus ao seu bebé antes de ele nascer.		
15. 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.		
16. Uma mulher pode contrair o VIH se praticar sexo anal com um homem.		
17. Tomar um duche ou lavar os órgãos genitais depois de ter relações sexuais impede que uma pessoa contraia o VIH.		
18. Um homem pode contrair o VIH se tiver relações sexuais vaginais com uma mulher que está infectada pelo VIH.		
19. Ingerir alimentos saudáveis pode impedir uma pessoa de contrair o VIH.		
20. Todas as mulheres grávidas, infectadas pelo VIH, terão filhos com SIDA.		
21. O uso de um preservativo de borracha pode diminuir a possibilidade de uma pessoa contrair o VIH.		
22. Tomar a pílula anticoncepcional impede a mulher de contrair o VIH.		
23. O diafragma e a pílula anticoncepcional dão igual protecção à infecção pelo VIH.		
24. A maior parte das pessoas com SIDA morrerão da doença.		
25. Uma pessoa infectada pelo VIH pode parecer e sentir-se saudável.		
26. Existem mais casos de SIDA em Lisboa do que no resto de Portugal.		
27. As pessoas que contraíram o VIH mostram rapidamente sérios sinais de terem sido infectadas pelo vírus.		
28. Uma pessoa pode estar infectada pelo VIH durante 5 anos ou mais		

sem ter SIDA.		
29. Existe uma vacina que pode impedir que as pessoas adultas contraíam o VIH.		
30. Foram fabricados alguns medicamentos para o tratamento da SIDA.		
31. Existe um teste sanguíneo para determinar se uma pessoa está infectada pelo VIH.		
32. As mulheres são estadas ao VIH sempre que fazem o teste “papanicolau”.		
33. Uma pessoa não pode contrair o VIH por praticar sexo oral (boca no pénis), com um homem infectado pelo VIH.		
34. Em Portugal, a maior parte dos casos de SIDA resultaram de relações sexuais entre homens e mulheres.		
35. Um pessoa pode contrair o VIH mesmo se tiver relações sexuais com outra pessoas uma única vez.		
36. Uma mãe infectada pelo VIH pode transmitir o vírus ao bebé através da amamentação.		
37. Usar preservativo é a melhor protecção contra a infecção pelo VIH.		
38. É possível que as pessoas contraíam o VIH através de beijos “profundos”, em que põem a língua na boca de um parceiro infectado pelo VIH.		
39. A infecção pelo VIH causa a SIDA.		
40. Uma pessoa pode contrair o VIH ao “dar sangue”.		
41. Durante o seu período menstrual, a mulher não pode contrair o VIH ao ter relações sexuais.		
42. Geralmente, podemos determinar se alguém está infectado pelo VIH olhando para a pessoa.		
43. Uma pessoa pode contrair o VIH ao receber sangue, durante uma operação cirúrgica.		
44. Existe um preservativo feminino que pode ajudar a diminuir a possibilidade das mulheres contraírem o VIH.		
45. Um preservativo de pele natural é mais seguro contra o VIH do que um preservativo de borracha.		
46. Se uma pessoa estiver a tomar antibióticos, não pode contrair o VIH.		
47. Ter relações sexuais com mais de um parceiro pode aumentar a possibilidade de uma pessoa ser infectada pelo VIH.		
48. Fazer um teste ao VIH uma semana depois de ter relações sexuais, permitirá “mostrar” se uma pessoa está ou não infectada pelo VIH.		
49. Uma pessoa pode contrair o VIH se se sentar numa banheira ou numa piscina, com alguém que esteja infectado pelo VIH.		
50. Uma pessoa pode contrair o VIH através do contacto com saliva, lágrimas, suor ou urina.		
51. Uma pessoa pode contrair o VIH através das secreções vaginais da mulher.		
52. É mais provável que uma pessoa contraia o VIH se tiver outra doença sexualmente transmissível (doença venérea), como herpes ou gonorreia.		
53. Tomar o medicamento AZT, contra a SIDA, diminui a possibilidade de uma mulher grávida infectada pelo VIH transmitir o vírus ao filho.		
54. Fora de Portugal, a maior parte dos casos de SIDA resultaram do uso de drogas intravenosas (injectadas) ou de relações sexuais entre		

homossexuais.		
55. Uma pessoa pode contrair o VIH tendo relações sexuais de natureza oral (boca na vagina), com outra mulher.		
56. 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.		
57. Utilizar vaselina ou óleo para bebé quando se usa o preservativo, diminui a possibilidade de se contrair o VIH.		
58. A lavagem, com água fria, do “equipamento” utilizado no uso de drogas, elimina o vírus.		
59. Uma mulher pode contrair o VIH tendo relações sexuais de natureza vaginal com um homem que tem o vírus.		
60. Os atletas que partilham agulhas quando injectam esteróides, podem contrair o VIH através das agulhas.		
61. Tomar um banho depois de ter relações sexuais impede que uma mulher contraia o VIH.		
62. Tomar vitaminas impede que uma pessoa contraia o VIH.		

# **Anexo II – Parecer da Comissão de Ética da Universidade de Coimbra/Faculdade de Medicina**

---

## **Anexo III – Autorização para a realização do estudo no Hospital de Sousa Martins – Guarda**

---