

Vera Cristiana Veloso Azevedo

“Os Conhecimentos dos alunos do 4º Ano de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa sobre VIH/SIDA.”

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde
Licenciatura em Enfermagem

Porto, 2008

Vera Cristiana Veloso Azevedo

“Os Conhecimentos dos alunos do 4º Ano de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa sobre VIH/SIDA.”

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde
Licenciatura em Enfermagem

Porto, 2008

Vera Cristiana Veloso Azevedo

“Os Conhecimentos dos alunos do 4º Ano de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa sobre VIH/SIDA.”

Aluno:

Vera Cristiana Veloso Azevedo

Vera cristiana veloso Azevedo

Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de licenciado em Enfermagem.

Porto, 2008

Sumário

O VIH/SIDA é uma epidemia global. As pessoas que são portadoras desta doença são, em maior ou menor grau, estigmatizadas em todo o mundo. Em todo o mundo o estigma VIH/SIDA é expressão de ruptura social, rejeição pessoal perda de suporte de inserção como alojamento, emprego e leis que privam as pessoas que tem, e que são afectados, pelo VIH/SIDA, dos seus direitos básicos.

É na década de 80, quando as grandes epidemias, como a peste, cólera e outras doenças, não são mais do que memórias para muitos, já que a maioria delas têm cura ou estão perto de a ter, os médicos apercebem-se (para seu espanto) da existência de uma doença que lhes parece nova. Começam por detectar uma série de infecções raras, de causa desconhecida, como o Sarcoma de Kaposi, em jovens do sexo masculino com praticas homossexuais.

A Sida (síndrome da imunodeficiência adquirida), é provocada por um vírus chamado de vírus da imunodeficiência humana o VIH. Este vírus destrói as defesas imunitárias, diminuindo a resistência às doenças infecciosas e abre a porta a certos tipos de cancros.

O tipo de estudo realizado foi o descritivo-exploratório e quantitativo, com o objectivo de identificar os conhecimentos dos alunos do 4º Ano de Licenciatura em Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa sobre VIH/SIDA. A amostra é constituída por sessenta alunos, e como instrumento de colheita de dados optamos por um questionário, aplicado no dia de 15 de Maio de 2008.

Os resultados indicam que o início das relações sexuais ocorre por volta dos 13-20 anos. A maior parte dos elementos da amostra admite ter tido pelo menos uma vez relações sexuais desprotegidas, e foi consumado mais do que duas vezes.

No que concerne ao uso de algum método de prevenção nas relações sexuais, os mais usados são a pílula e o preservativo. Por fim, quanto aos conhecimentos acerca do VIH/SIDA, 55% dos inquiridos afirmam ter bons conhecimentos.

Dedico esta monografia aos meus pais, sem os quais não poderia tornar este sonho realidade.

Agradecimentos

Um trabalho de investigação é sempre o resultado de um trabalho de equipa, não podendo este ser individual. Nesse sentido, não seria correcto deixar passar esta oportunidade de agradecer a todos aqueles que de certa forma contribuíram para a realização desta monografia.

À minha Orientadora, professora Maria José Rigaud'Abreu, cujo apoio e sugestões muito contribuíram para a realização deste estudo. Assim, não seria possível terminar este trabalho, não fosse a sua disponibilidade e incentivo.

À minha família que sempre esteve presente e me apoiou nos momentos mais difíceis e de maior cansaço e pelos esforços que fizeram ao longo da minha vida académica.

Ao meu namorado Nelson, que é carinhoso, pela sua disponibilidade, paciência e compreensão.

Aos meus amigos e sobretudo a Lili pela paciência de me ouvir e pelas ajudas cedidas nestes últimos anos.

À Universidade Fernando Pessoa que me acolheu nestes últimos quatro anos e proporcionou a realização do curso.

A todos os professores da Universidade Fernando Pessoa que das mais diversas formas me ajudaram a concluir este percurso.

Por fim, a todas as pessoas que contribuíram de uma forma directa e indirecta para a elaboração deste trabalho. A todos o meu muito Obrigado!

Índice	Página
0 – Introdução	15
I – Enquadramento Teórico	
1.1. Perspectiva Histórica do VIH/SIDA	18
1.2. VIH/SIDA	21
1.2.1. Epidemiologia do VIH/SIDA	27
1.2.1.1. A situação de Portugal	29
1.2.2. Transmissão do VIH	32
1.2.3. Implicações psicológicas no indivíduo infectado pelo VIH/SIDA	38
1.2.4. Diagnóstico	41
1.2.5. Tratamento	45
1.2.6. Prevenção	49
II – Metodologia	
2.1. Justificação do estudo	54
2.2. Pergunta de Partida	54

	Pagina
2.3. Objectivos	55
2.4. Princípios Éticos	55
2.5. Tipo de estudo	56
2.6. População/Amostra	57
2.6.1. Processo de Amostragem	58
2.7. Variáveis	58
2.8. Instrumento de recolha de dados	59
2.8.1. Pré-teste	60
2.9. Tratamento dos dados	60
 III – Apresentação e Análise dos Resultados	
3.1. Representação gráfica da caracterização da amostra	61
3.2. Representação gráfica da caracterização dos conhecimentos dos alunos do 4ºano de Enfermagem da FCS-UEP sobre VIH/SIDA	62
 IV – Conclusão	78
 V – Referencias Bibliográficas	80
 Anexos:	
 Anexo I – Instrumento de colheita de dados	

Índice de Figuras

Fig. 1 – Ciclo do VIH

Fig. 2- Estrutura do VIH 1

Índice de Quadros

Quadro 1: Distribuição de casos de infecção pelo VIH por categoria de diagnóstico.

Quadro 2: Número de pessoas infectadas pelo VIH e numero de mortes por SIDA em todo o mundo em 2005.

Quadro 3 – N° de casos de doentes com SIDA em Portugal.

Quadro 4 – Género da amostra

Quadro 5 – Idade dos inquiridos

Quadro 6 – Estado Civil

Quadro 7 – Preferência sexual

Quadro 8 – Já teve relações sexuais?

Quadro 9 – Idade da primeira relação sexual

Quadro 10 – Número de parceiros sexuais

Quadro 11 – Relação sexual desprotegida

Quadro 12 – Número de vezes que houve relação sexual desprotegida

Quadro 13 – Tipo de parceiro

Quadro 14 – Utilização de algum método de prevenção nas relações sexuais

Quadro 15 – Métodos utilizados

Quadro 16 – Qual o meio mais eficaz de prevenção VIH/SIDA

Quadro 17 – Quais as razões de nunca ter utilizado preservativo

Quadro 18 – Conhecimento em relação às DST

Quadro 19 – Conhecimento em relação ao VIH/SIDA

Quadro 20 – Já ouviu falar em VIH/SIDA

Quadro 21 – O VIH/SIDA é uma doença sexualmente transmissível?

Quadro 22 – Como classifica o VIH/SIDA

Quadro 23 – Como se contrai o VIH/SIDA

Quadro 24 – Já contraiu o VIH/SIDA?

Quadro 25 – Realização de exames de diagnóstico

Quadro 26 – Obtenção dos meios de prevenção

Quadro 27 – Hábito de falar com os pais acerca da temática

Quadro 28 – Início da formação sobre educação sexual

Quadro 29 – Participação em formação sobre educação sexual

Quadro 30 – Locais de participação de formação sobre educação sexual

Quadro 31 – Grau de conhecimento adquirido nas formações

Quadro 32 – Contacto com doente portador de VIH/SIDA

Quadro 33 – O que inspira um doente com VIH/SIDA

Quadro 34 – Sentimento provocado pela SIDA

Quadro 35 – Sentimento provocado pela SIDA

Quadro 36 – Aceitação de uma pessoa infectada

Quadro 37 – Comportamentos de prevenção tomados pelos seropositivos

Siglas

VIH/HIV – Vírus Imunodeficiência Humana/Human Immunodeficiency Virus

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

GRID – Gay Related Imuno Deficiency

OMS – Organização Mundial da Saúde

UNAIDS –United Nation Programe on HIV/AIDS

AIDS – Acquired Immunodeficiency Syndrome

CVEDT – Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis

ELISA – Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay- teste imunoenzimatico

WB – Western-Blot

PCR OU RCP – Reacção em Cadeia de Polimerase

ARN/RNA – Ácido ribonucleico

DNA – Ácido Desoxirribonucleico

HTLV – Human T-Lymphotropic Virus

IO – Infecções Oportunistas

NRTI – Nucleósidos Inibidores da Transcriptase Reversa

NNRTI – Não Nucleósidos Inibidores da Transcriptase Reversa

PI – Inibidores da Protease **FI** – Inibidores da Fusão

1. O VIH/SIDA

*“Aqueles que têm nome e nos telefonam
um dia emagrecem – partem
deixam-nos dobrados ao abandono
no interior duma dor inútil
muda e voraz.*

*Arquivamos o amor no abismo do tempo
e para lá da pele negra do desgosto
pressentimos vivo
o passageiro ardente das areias – o viajante
que irradia um cheiro a violetas nocturnas.*

*Acendemos então uma labareda nos dedos acordamos
trémulos confusos – a não queimada
junto do coração.*

*E mais nada se move na centrifugação
dos segundos – tudo nos falta
nem a vida nem o que dela resta nos console
a ausência fulgura na aurora das manhas
e com o rosto ainda sujo de sono ouvimos
o rumor do corpo a encher-se de magoa.*

*Assim guardamos as nuvens breves os gestos
os Invernos o repouso a sonolência
o vento arrastando para longe as imagens difusas
daqueles que amamos e não voltaram
a telefonar.”*

(de SIDA – Alberto In Horto de Incêndio, 1997)

1. Introdução

No âmbito da Unidade Curricular do projecto de graduação, do quarto ano da Licenciatura de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, insere-se a realização de uma monografia que constitui parte dos requisitos para obtenção do grau de licenciatura.

Numa sociedade em que as inovações se sucedem a um ritmo alucinante e em que a civilização se encontra em constante transformação surge a necessidade da utilização de conhecimentos, nas diferentes áreas de profissão, o que não seria possível sem a realização de investigação. A investigação científica é, de acordo com Fortin (1999, p.17) “(...) um processo sistemático que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação.”

A investigação torna-se indispensável para a aquisição de novos conhecimentos e comportamentos permitindo a melhoria da sociedade em que vivemos. Segundo Fortin (1999, p.23) “(...) é incontestável que a investigação é essencial para o avanço das disciplinas e para o reconhecimento das profissões.”

Para iniciar uma investigação, segundo Fortin (1999, p.49) “qualquer pessoa [...] começa por encontrar ou delimitar um campo de interesse preciso.” Para o trabalho de Investigação o tema eleito foi o **“Os Conhecimentos dos alunos do 4º Ano de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa sobre VIH/SIDA.”**A questão de investigação para este estudo centra-se em **“Quais os Conhecimentos dos alunos do 4º Ano de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa sobre VIH/SIDA?”**

O presente trabalho aborda uma grande questão de saúde, não só em Portugal mas em todo o mundo, o VIH/SIDA.

O VIH/SIDA por ser a pandemia do sec. XX e XXI que mais vidas dizimou desde a sua descoberta, contínua a ser actualmente cerne das grandes questões científicas relacionadas com a saúde pública.

De acordo com Fortin (1999, p.100) “objectivo [...] é um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão.” Assim, o objectivo do trabalho assenta sobre:

- Identificar os conhecimentos dos alunos do 4º Ano de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa sobre VIH/SIDA.

O estudo realizado tem um carácter descritivo-exploratório e quantitativo com o objectivo de permitir a exploração de conceitos e identificar os conhecimentos dos alunos do 4º Ano de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa sobre VIH/SIDA.

Para atingir os objectivos propostos, foi realizado um instrumento de colheita de dados, sob a forma de questionário. O instrumento de colheita de dados foi aplicado a sessenta alunos do 4º ano de enfermagem da FCS-UFP, no dia 15 de Maio de 2008.

No intuito de perspectivar este trabalho de uma forma clara, metódica e sistematizada, dividimo-lo em quatro partes: o enquadramento conceptual, a fase metodológica, a análise de resultados, a discussão e conclusão. No enquadramento conceptual procedeu-se à pesquisa bibliográfica, com o intuito de aprofundar os conhecimentos necessários à realização deste estudo.

Nesta parte é abordado o VIH/SIDA, a sua perspectiva histórica, a epidemiologia do VIH/SIDA, e conseqüente situação em Portugal, aborda-se ainda a transmissão do VIH o diagnostico, tratamento, e prevenção, por fim faz-se uma breve referencia à intervenção do VIH/SIDA, e suas implicações psicológicas no individuo infectado.

A segunda parte reporta à fase metodológica abordando a justificação do estudo, pergunta de partida, objectivos, princípios éticos, tipo de estudo, população, amostra, processo de amostragem, variáveis do estudo, instrumento de recolha de dados, e por fim pré-teste.

Na terceira parte encontra-se a apresentação dos resultados obtidos na investigação bem como a sua discussão. Por fim, na quarta parte e como reflexo do estudo realizado encontra-se a conclusão onde se faz referência aos aspectos mais importantes do estudo em questão.

Como resultados do estudo verifica-se, que o início das relações sexuais ocorre por volta dos 13-20 anos. A maior parte dos elementos da amostra admite ter tido pelo menos uma vez relações sexuais desprotegidas, e foi consumado mais do que duas vezes.

É importante referir, que no que concerne ao uso de algum método de prevenção nas relações sexuais, a maior parte afirma que usa, e entre os mais usados encontra-se a pílula e o preservativo. Por fim, quanto aos conhecimentos acerca do VIH/SIDA, 55% dos inquiridos afirmam ter bons conhecimentos.

I – Fase conceptual

Esta fase vai servir para contextualizar o presente tema. Como Fortin (2000, p.68) enuncia: “Conceptualizar refere-se a um processo, ou uma forma ordenada de formular e documentar ideias acerca de um assunto preciso com finalidade de chegar a uma concepção clara e organizada do objecto de estudo.”

O investigador tem que aprender a pensar, a colocar uma boa questão, a encontrar uma resposta e a verificar a validade dessa resposta para que consiga levar a sua investigação a bom termo. Esta fase é de extrema importância porque, “(...) é através dela que se vão construir as bases e perspectiva toda a investigação, e funciona como suporte de toda a pesquisa” (Fortin, 2000, p.68).

1 - Fundamentação teórica

A matriz teórica é a etapa do trabalho em que se reflecte a informação da pesquisa bibliográfica realizada, e permitirá contextualizar o estudo pela referência de diferentes posições científicas perante o mesmo objecto.

Optamos por fazer uma breve referência, ao VIH/SIDA, a sua perspectiva histórica, a epidemiologia do VIH/SIDA, e consequente situação em Portugal, aborda-se ainda a transmissão do VIH o diagnóstico, tratamento, e prevenção, por fim faz-se uma breve referência à intervenção no VIH/SIDA, e suas implicações psicológicas no indivíduo infectado.

1.1. Perspectiva Histórica do VIH/SIDA

Os primeiros relatos de SIDA ocorreram em 1981, nos Estados Unidos. Contudo, Daurel e Montagnier em 1994, relatam estudos efectuados com soros de raparigas Zaienses armazenados nos anos 70, onde foi detectada a presença do vírus o que leva a concluir que a SIDA já existia no Zaire em 1970 e que foi a partir do continente africano que a doença se disseminou por todo o mundo (Remor, 1999).

Do que se sabe sobre a história da doença “(...) é que os primeiros casos surgiram nas cidades norte americanas de S.Francisco e Nova Iorque em 1981. A ser detectada unicamente em homens homossexuais sendo inicialmente designada de GRID – Gay Related Imuno Deficiency” (Guerra, 1998, p. 73).

É em 1982 que esta doença é pela primeira vez formulada como um síndrome relacionada coma supressão imunológica passando a designar-se de SIDA (Guerra, 1998).

Com a evolução da doença, a mesma foi detectada em outro grupo específico, os toxicod dependentes, que consumiam drogas por via endovenosa. Neste grupo homens e mulheres portadores do vírus, partilhavam seringas e tinham relacionamentos sexuais desprotegidos, e a contaminação começava assim a sua escalada.

Nesta altura, para além da contaminação pela via sexual, é evidenciada outra via de contágio, a sanguínea (Guerra, 1998). Surge a noção de grupos de risco, que contemplavam os homossexuais e os toxicod dependentes.

Simultaneamente à descoberta de casos de SIDA entre toxicod dependentes, foram descobertos dois casos de SIDA entre hemofílicos nos E.U.A. não pertencendo estes indivíduos a nenhum grupo de risco, não se descobriam as razões da sua contaminação.

“A partir desta altura o número de hemofílicos contaminados por derivações de sangue utilizado no seu tratamento aumenta drasticamente” (Daurel e Montagnier, 1994, p.178).

Actualmente, este grupo de hemofílicos não está sujeito com tanta frequência a esse risco, devido as análises rigorosas a que todo o sangue doado é sujeito.

Note-se, pela visualização do quadro 1, que desde de 2004 que não existe em Portugal nenhum caso registado de transfusionados contaminados com VIH e os hemofílicos desde esse mesmo ano registaram apenas uma pessoa contaminada.

Quadro 1: Distribuição de casos de infecção pelo VIH por categoria de diagnóstico.

Categorias de transmissão	≤1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Ignorado	Nº	%
Homo ou Bissexuais	1153	74	93	77	58	66	77	53	31	2	1684	13.3
Toxicodependentes	2492	614	626	555	518	467	369	275	194	17	6127	48.2
Homo/ Toxicodependente	67	10	8	2	12	3	4	3	2	0	111	0.9
Hemofílicos	52	2	2	3	0	2	1	0	1	0	63	0.5
Transfusionados	117	1	2	2	2	5	3	0	0	0	132	1.0
Heterossexuais	1446	303	335	334	354	427	390	367	232	6	4194	33.0
Mãe/filho	61	2	4	1	2	5	0	1	0	0	76	0.6
Nosocomial	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ignorados	172	17	25	20	30	7	19	15	9	1	315	2.5
Total	5560	1023	1095	994	976	982	863	714	469	26	12702	100

Fonte: Revista "CONTRA A SIDA" nº 7, 1999.

O primeiro retrovírus a atingir o homem foi encontrado em 1980, um ano antes dos primeiros casos de SIDA, por uma equipa de investigadores de Robert Gallo nos Estados Unidos. Este vírus designado de HTLV-1 provocava leucemias fatais e paralisias dos membros inferiores.

Três anos após esta descoberta Gallo, do outro lado do atlântico uma aluna de Luc Montagnier apresenta no instituto Pasteur uma amostra de um gânglio de um paciente que sofria de hipertrofia, dos gânglios e ao que tudo indicava parecia ir evoluir para SIDA.

Esta amostra foi cultivada e as células estudadas, tendo sido detectada a presença de um retrovírus, que na altura pensaram tratar-se do HTLV-I. Foi então que pediram a Robert Gallo que lhes enviasse reagentes para a detecção do vírus. No entanto os resultados demonstraram-se negativos para o HTLV-I, mas positivos para outro tipo de retrovírus. Foi então nesta altura que designaram o primeiro retrovírus da Sida com a sigla HIV-1 (Daurel e Montagnier, 1994).

Só mais tarde em 1985, é que a equipa do instituto Pasteur com a colaboração de investigadores portugueses detectam o segundo vírus da SIDA o VIH 2 em doentes oriundos da Guiné-Bissau, sendo esta estirpe do vírus menos mortal e também menos disseminada.

Segundo a OMS (2006), os critérios de diagnóstico para uma pessoa com idade igual ou superior a 18 anos é:

O teste de VIH positivo (teste rápido ou teste de ELISA), confirmado pelo segundo teste de despiste de anticorpos anti-VIH. Este teste deve analisar características diferentes do primeiro. Nos países da União Europeia a estimativa de pessoas infectadas é menos do que 5% é recomendada uma terceira confirmação com teste de despiste de anticorpos. Um outro critério é um teste virulógico positivo para o VIH ou para os seus componentes confirmado por um segundo teste virulógico.

1.2. VIH/SIDA

O sistema imunológico é formado pelo conjunto de todos os mecanismos que o organismo dispõe para se defender e assim manter o seu equilíbrio. Ou seja, é um conjunto de defesas que esta permanentemente atento a tudo o que se passa no organismo para poder detectar qualquer ameaça, reconhece-la e se possível destruí-la.

Quando o sistema imunológico falha, surge a doença. No caso da infecção pelo VIH o organismo não tem capacidade de destruir o vírus pois este ataca as células do seu sistema de defesa, alterando deste modo o próprio sistema imunológico que fica sem defesas e vulnerável a outros vírus e bactérias (Daurel e Montagnier, 1994).

O VIH/SIDA é uma epidemia global. As pessoas que são portadoras desta doença são, em maior ou menor grau, estigmatizadas em todo o mundo. Em todo o mundo o estigma VIH/SIDA é expressão de ruptura social, rejeição pessoal, perda de suporte de inserção como alojamento, emprego e leis que privam as pessoas que têm, e que são afectados pelo VIH/SIDA, dos seus direitos básicos.

O vírus da imunodeficiência humana, também conhecido por HIV ou VIH, faz parte de um grupo de vírus chamados de retrovirus. Como todos os vírus, não é visível a “olho nu” e não sobrevive fora do hospedeiro, neste caso o corpo humano (Aldir e Doroana, 2006, p. 32).

Este agente causador de doença irreversível foi descoberto por Louis Pasteur e por Luc Montagnier em 1983. O HIV ou VIH é responsável pela doença designada de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida ou SIDA. Decompor as siglas VIH ajuda-nos a estudar melhor este agente:

V: vírus: organismos vivos de dimensões muito pequenas que se multiplicam dentro de células vivas,

I: imunodeficiência: enfraquecimento e destruição de células responsáveis pela defesa do organismo, infectadas pelo vírus,

H: humana: o vírus infecta as células da espécie humana,

Existem dois tipos de vírus diferentes responsáveis pela infecção da SIDA, são eles o VIH1 (abreviatura de Vírus da Imunodeficiência Humana tipo 1, descoberto em 1983), e VIH 2 (abreviatura de Vírus da Imunodeficiência Humana tipo 2, descoberto em 1986).

Isselbacher et al. (1994), afirmam que o VIH pertence à família dos retrovirus e à sub-família dos lentivirus. Além disso, inclui o VIH no grupo dos vírus da imunodeficiência humana, VIH 1 e VIH 2. O outro grupo dos retrovirus, é o dos linfocitos T humanos, HTLV-I e HTLV-II.

Estes autores afirmam também, que os lentivirus são retrovirus que causam doenças de evolução lenta, podendo existir um longo período assintomático entre o início da infecção e o aparecimento de sintomas.

No sítio www.roche.pt, refere existirem, no mínimo dez subtipos do VIH 1, diferenciados geneticamente, que são denominados por letras de A a J, e que pertencem ao grupo M. A mesma fonte refere, já terem sido identificados outros, muito heterogéneos, englobados nos grupos O e N.

O mesmo sítio refere que: “(...) as principais diferenças entre os subtipos são genéticas. Alguns estudos sugerem que algumas estirpes estão mais associadas a formas de transmissão específica: o subtipo B mais associado á transmissão entre homossexuais e toxicodependentes intravenosos e os subtipos C e E, estão mais ligados a transmissão por via heterossexual, através do contacto entre mucosas (...)”.

Pereira e Tavares (2002) referem, que os lentivirus têm capacidade de causar doenças de evolução crónica com extensos períodos de incubação e virémia persistente além de instabilidade genética, surgindo múltiplas estirpes variantes causadas pelas mutações genéticas.

Ainda segundo os mesmos autores, a resposta imunitária é caracterizada pela ausência ou inoperacionalidade de anticorpos com a capacidade de neutralizar a infecciosidade do vírus.

Segundo Isselbacher et al. (1994), o VIH 1 é a causa mais frequente de infecção por VIH, e só em 1986 foi identificado em pacientes africanos, o VIH 2 estando inicialmente limitado ao Oeste Africano. No entanto, já existem casos de VIH 2 documentados na Europa, América do Sul, Canada, e EUA.

A evolução da seropositividade (fase assintomática) é variável do VIH1 para o VIH2. Assim, admite-se que um indivíduo infectado pelo VIH1, venha a manifestar doença em média 8 a 10 anos após a contracção da infecção, podendo nesse período não apresentar quaisquer sintomas. No indivíduo infectado pelo VIH2 o período da assintomatologia parece ser maior, prevendo-se que a doença venha a manifestar-se em media 20 anos após a contracção da infecção.

“Uma das propriedades mais surpreendentes do VIH é a diversidade genética, isto é, a sua extraordinária capacidade para modificar a configuração das estruturas que se localizam ao nível glicoproteico de superfície” (Mansinho et al., 2005, p.10).

Segundo os autores supracitados esta diversidade genética de VIH faz com que: o vírus consiga escapar aos mecanismos de defesa que o organismo humano constrói, em cada momento, para o destruir; que o vírus se torne facilmente resistente aos medicamentos que são administrados para combater a infecção, e por fim, que seja difícil criar uma vacina capaz ou de controlar a doença (vacina terapêutica), ou de impedir que uma pessoa se infecte (vacina preventiva).

Contrair a infecção por VIH não significa adquirir SIDA. A diferença entre ser portador de VIH (seropositivo) e ter (SIDA) é a que passamos a apresentar de uma forma muito sucinta: ser portador de VIH (seropositivo) significa que o indivíduo está contaminado com o vírus

por isso pode transmitir esta infecção caso não tenha os devidos cuidados, e ter SIDA significa que para além de estar infectado por VIH já tem a doença SIDA. Uma doença provocada pela imunodeficiência do organismo do indivíduo (Aldir e Doroana, 2006).

Para uma compreensão correcta da fase que vai desde a infecção por VIH ao estado de SIDA sintetizaremos as diferentes fases segundo (Mansinho et al., 2005, p.152) “(...) a pessoa infectada pode permanecer em média 15/20 anos sem sintomas e por isso desconhecem que têm a doença e cerca de 5% a 8% dos casos de VIH não chegam a evoluir até ao estágio de SIDA.”

Segundo (Sousa, 2001), quando o VIH entra no organismo humano ele desenvolve-se em diferentes etapas: **Período de incubação:** intervalo de 3 semanas a 3 meses que medeia o tempo entre o contacto com o vírus e os primeiros sintomas. **Infecção primária ou aguda por VIH:** aparecem os primeiros sintomas sendo os mais frequentes, febre, dores musculares, erupções cutâneas, suores nocturnos, dores nas articulações, úlceras na boca. Há uma intensa actividade de multiplicação do VIH o que explica o altíssimo risco de transmissão durante esta fase de infecção. **Período de infecção assintomática:** desenvolve-se depois da infecção aguda e o doente pode permanecer sem qualquer sintoma durante 15/20 anos, necessitando de ser regularmente acompanhado pelo médico. **Período sintomático (com sintomas e sinais institucionais):** com o tempo, as células CD4 vão diminuindo em número ou podem ficar com a sua função mais perturbada, e o doente começa a desenvolver sintomas como febre prolongada, aumento dos gânglios linfáticos no pescoço, axilas e virilhas, suores nocturnos, perda de peso. **Síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA):** é a fase mais avançada da infecção por VIH e caracteriza-se pelo aparecimento de um conjunto de infecções e tumores oportunistas, que aproveitam o facto das defesas do organismo humano estarem enfraquecidas para se desenvolverem, atacando diferentes órgãos ou sistemas.

Uma primeira definição de SIDA foi proposta pela Center for Disease Control (1984, p.94)“ É o aparecimento num doente de menos sessenta anos, não apresentando nenhuma doença e não submetido a nenhum tratamento susceptível de conduzir a uma depressão imunitária, quer de uma ou varias infecções a microorganismos oportunistas (...)”.

Posteriormente na década de 90, Andrade (1992) define o síndrome de imunodeficiência adquirida como:

Síndrome: é um conjunto de sintomas indicadores de perturbações no normal funcionamento do organismo.

Imuno: refere-se a imunidade, ou seja, a capacidade que o corpo possui de defender. Ao conjunto de células e tecidos que possibilitam tal reacção, chama-se sistema imunitário.

Deficiência: significa enfraquecimento das defesas imunitárias, por consequência, a impossibilidade do organismo resistir a certas infecções chamadas “oportunistas”.

Adquirida: porque foi adquirida por contágio, em oposição ao défice imunitário congénito ou hereditário.

Ter SIDA significa que, por causa dessa infecção, o sistema imunitário foi-se degradando, perdendo gradualmente a capacidade de controlar as infecções oportunistas e, neste caso sim, ter manifestações de doença. São consideradas infecções oportunistas quando uma bactéria ou fungo aproveita-se do facto do sistema imunitário estar enfraquecido, para desenvolver-se, multiplicar-se e tornar-se patogénico. Na SIDA, a lista das infecções oportunistas pode ser muito longa, mas limitar-nos-emos, às mais frequentes: a candidase, toxoplasmose, pneumonia, sarcoma de Kaposi.

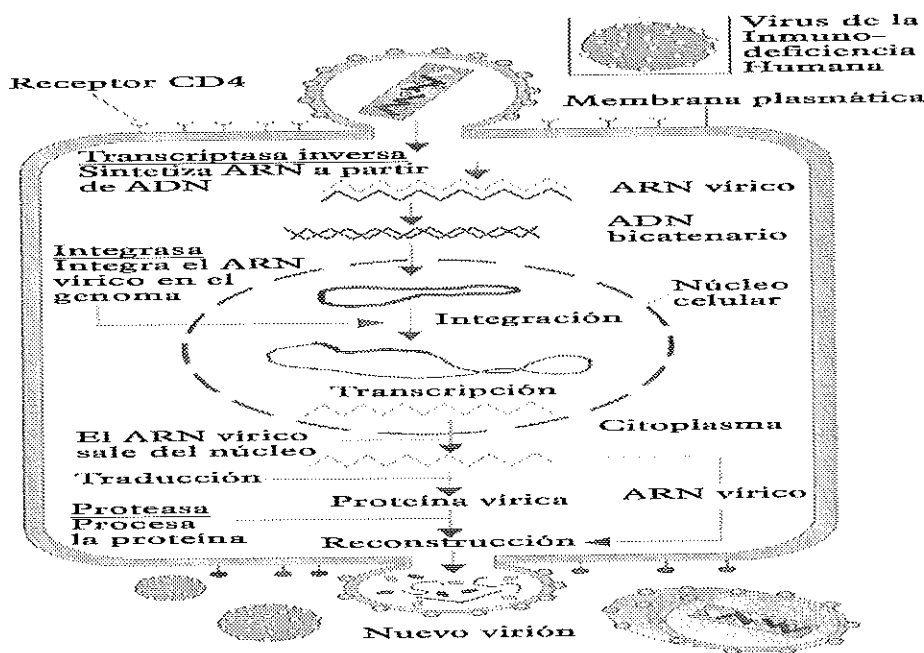
Como já foi referido, o vírus do VIH ataca o sistema imunológico deixando o organismo sem defesas. Seguidamente será explicado a influencia que o VIH tem no Sistema Imunológico.

Este é constituído por 2 tipos principais de células especializadas, os fagócitos que são a 1º linha de acção geral não especializada e os linfócitos que constituem a 2º barreira de protecção especializada – linfócitos específicos antígenos específicos, mas são os linfócitos que nos interessam particularmente pois são estas células que são “atacadas” pelo vírus do VIH. Os linfócitos dividem-se em 2 tipos, os linfócitos B (anticorpos) recebem ordens das células T para produzirem substâncias que ajudam a destruir o agressor, e os linfócitos T que para além de serem os responsáveis por todo o sistema imunológico também têm a capacidade de destruir directamente certos tipos de microorganismos. Os linfócitos T ainda se subdividem em linfócitos T auxiliares (CD4), supressores (CD8) e assassinos (NK). As células T auxiliares (CD4/helpers) são os chefes do sistema imunitário pois, identificam o

inimigo e estimulam as células a lutarem e são estes linfócitos específicos que o VIH ataca (Feinberg, 1996, p.86).

É aqui que mais uma vez a “inteligência” do VIH se faz notar, ao atacar o “cérebro” de todo o sistema imunológico. Então, se as células que identificam o inimigo e ordenam as outras células a atacá-lo, falharem todo o sistema imunitário entra em desequilíbrio e deixa de funcionar, colocando todo o organismo em risco de contrair qualquer tipo de doença. Até uma simples gripe torna-se uma ameaça à sobrevivência do organismo. Podemos verificar no esquema a seguir o ciclo do VIH.

Fig. 1 – Ciclo do VIH



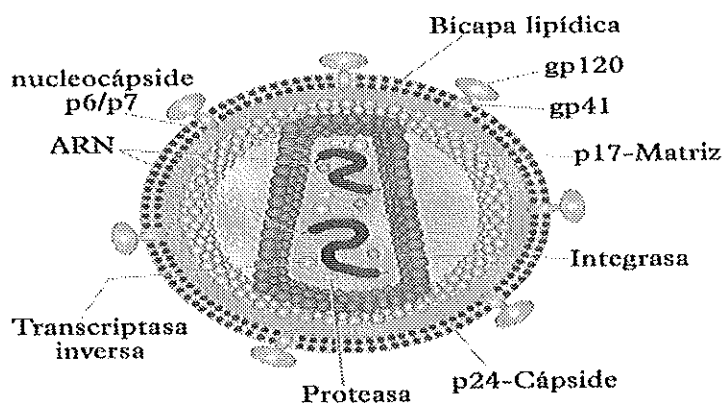
Fonte: American International Aids Foundation.

Um doente com SIDA, por exemplo, não está mais predestinado do que qualquer outra pessoa a uma constipação, a uma angina, infecção urinária ou digestiva. De facto todas as infecções encontradas na SIDA são qualificadas por oportunistas, quer dizer, que beneficiam da diminuição das defesas imunitárias para se manifestarem (Barré-Sinoussi et al, 1989, p.72).

Quanto a morfologia as partículas do VIH, ostentam uma forma esférica com cerca de 100nm de diâmetro, quando observados ao microscópio electrónico. Na sua superfície, possui um

invólucro lipídico onde se inserem várias moléculas de uma proteína, a gp41, uma glicoproteína transmembranar. A estas moléculas associam-se moléculas de uma proteína maior, a gp120 (glicoproteína de superfície), que tem grande afinidade com receptores específicos dos linfócitos T4 (CD4) (Daurel e Montagnier, 1994, p. 234).

Fig. 2- Estrutura do VIH 1



Fonte: American Internacional Aids Foundation.

A face interna do vírus é revestida por uma proteína, designada proteína da matriz (MA) (Pereira e Tavares, 2002).

No seu interior, há duas moléculas semelhantes de ARN e proteínas nas quais se inclui a transcriptase reversa, a integrase, a protease além de proteínas acessórias. (Pereira e Tavares, 2002).

“A SIDA não é uma doença que afecte unicamente os grupos (homossexuais, toxicod dependentes que usem via endovenosa, hemofílicos), visto existir uma rápida propagação à população em geral” (Guerra, 1998, p.122). Desta forma, verifica-se que não é pertença a determinado grupo de risco que torna a pessoa mais vulnerável para contrair a doença mas sim o seu comportamento de risco.

1.2.1. Epidemiologia do VIH/SIDA

Desde a sua descoberta por volta dos anos 80, o VIH/SIDA tem sido a doença que mais interesse desperta na comunidade científica e na população em geral.

Estima-se que, desde essa altura aproximadamente 25 milhões e pessoas já tenham morrido, em todo o mundo, por causa da SIDA. Esta pandemia já se expandiu mais de 50% do que o previsto pela OMS e pela UNAIDS no Global Programme on AIDS projectado no inicio dos anos 90 (UNAIDS, 2000).

Apesar do avanço efectuado relativamente as terapêuticas anti-retrovirais disponíveis em algumas regiões, a pandemia da SIDA matou, em 2005 cerca de 3,1 milhões de vidas (2,8-3,6 milhões) e mais de meio milhão (570 000) foram crianças (UNAIDS e OMS, 2005).

Actualmente estima-se que o número total de pessoas a viver com o VIH tenha atingido o seu máximo, com cerca e 40,3 milhões (36,7-45,3 milhões) de pessoas infectadas em todo o mundo, e a incidência em 2005 foi de cerca de 5 milhões de pessoas.

A emergência de um grande número de pessoas infectadas, tornou-se um foco de investigação em saúde pública, tratamento e actividades de prevenção.

A SIDA adquire portanto uma posição especial, pois para além de se tratar de uma nova entidade nosológica com um alto índice de mortalidade, revela uma predominância nos mais jovens.

O padrão epidemiológico de transmissão do VIH/SIDA, tem sofrido algumas alterações ao longo dos anos.

Com o desenrolar do tempo verificou-se que estávamos perante uma epidemia que não atingia grupo específico ou uma classe específica, uma vez que, qualquer ser humano pode estar sujeito com a evolução da doença, rapidamente verificou-se uma expansão da mesma por todo o mundo, atingindo tanto os países mais ricos e mais desenvolvidos como os países mais pobres e menos desenvolvidos.

Quadro 2: Número de pessoas infectadas pelo VIH e numero de mortes por SIDA em todo o mundo em 2005.

Número de pessoas a viver com VIH em 2005	Total:	40,3 milhões
	Adultos	38,0 milhões
	Mulheres	17,5 milhões
	Crianças com menos de 15 anos	2,3 milhões
Numero de novas infeções em 2005	Total:	4,9 milhões
	Adultos	4,2 milhões
	Crianças com menos de 15 anos	700 mil
Mortes com SIDA em 2005	Total:	3,1 milhões
	Adultos	2,6 milhões
	Crianças com menos de 15 anos	570 mil

Fonte: INE (Instituto Nacional de Estatística)

1.2.1.1. A Situação de Portugal

A SIDA é considerada uma doença recente. Foi nos Estados Unidos da América (EUA) que os primeiros casos da SIDA foram identificados, só em Novembro de 1981, contavam-se 159 casos registados oficialmente pelos serviços sanitários.

Tendo no início de 1982 aumentado para 200 os doentes oficialmente reconhecidos. Este mal já não se restringia unicamente a homossexuais de três grandes cidades: Nova Iorque, Los Angeles, São Francisco, uma vez, que já existiam casos assinalados em 15 estados (Grmek, 1994, p.72).

Em Portugal, a situação da infecção pelo VIH/SIDA, tem vindo a agravar-se. Segundo o Ministério da Saúde, no programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecção VIH/SIDA (2007), o primeiro caso de SIDA em Portugal foi diagnosticado em Outubro de 1983 e ate 30

de Junho de 2006, foram notificados ao Centro de Vigilância das Doenças Transmissíveis 29.461 casos de infecção VIH/SIDA.

Do total acumulado de 13.167 casos de SIDA, 17,5% são mulheres, 84,4% ocorrem no grupo etário dos 20 aos 49 anos, 3,4% correspondem a infecções VIH2 e 1,4% simultaneamente VIH1 e VIH2.

Em 2005, a incidência da infecção em Portugal foi de 251,1 casos por 1.000.000, o que corresponde a 2.635 novos casos, ocupando o nosso País o segundo lugar no contexto europeu (52 países), logo a seguir à Estónia (467 casos por 1.000.000). Anualmente morrem em Portugal cerca de 1.000 pessoas por SIDA. A mortalidade pela infecção aumentou até 1996, tendo estabilizado a partir daí.

O quadro seguinte, cujos dados foram fornecidos pelo CVEDT, Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis do Instituto Nacional de Saúde, é bastante elucidativo da quantidade de casos de SIDA existentes em Portugal.

Quadro 3 – Nº de casos de doentes com SIDA em Portugal.

Distribuição dos casos por grupo etário e género
01/01/1993 – 30/06/2005

GRUPO ETÁRIO	SEXO			TOTAL	
	Masculino	Feminino	Não referido	Nº	%
0 - 11 meses	18	25	0	43	0,4
1 - 4 anos	10	16	0	26	0,2
5 - 9 anos	12	7	0	19	0,2
10 - 12 anos	5	0	0	5	0,0
13 - 14 anos	10	4	0	14	0,1
15 - 19 anos	99	51	0	150	1,2
20 - 24 anos	806	264	1	1 071	8,8
25 - 29 anos	2 005	479	3	2 487	20,4
30 - 34 anos	2 219	379	0	2 598	21,3
35 - 39 anos	1 750	318	0	2 068	16,9
40 - 44 anos	1 190	184	0	1 374	10,9
45 - 49 anos	716	128	0	844	6,9
50 - 54 anos	495	86	0	581	4,8
55 - 59 anos	292	64	0	356	2,9
60 - 64 anos	225	60	0	285	2,3
65 + anos	244	54	0	298	2,4
Ignorado	45	6	0	51	0,4
TOTAL	10 081	2 125	4	12 210	100

Fonte: CVEDT

Segundo as estimativas do Programa Conjunto das Nações Unidas para a infecção VIH/SIDA (ONUSIDA), existem cerca de 32.000 pessoas infectadas, entre os indivíduos do grupo etário dos 15-49 anos. Assume-se para este cálculo um número de infectados não diagnosticados de 30%, de acordo com média da União Europeia.

De acordo com a classificação adoptada pela Organização Mundial de Saúde, a epidemia portuguesa é do tipo concentrado. A prevalência na população geral portuguesa é inferior a 1% mas pelo menos em dois grupos vulneráveis (utilizadores de drogas injectáveis e reclusos) é superior a 5%.

A proporção relativa das vias de transmissão da infecção tem-se modificado no nosso país. Os utilizadores de drogas injectáveis representaram, desde o início da epidemia e até 1999, a maior proporção de infectados. Actualmente, e de acordo com cálculos do EuroHIV, a transmissão heterossexual (54,9%) sobrepõe-se á transmissão parentérica (33,4%).

Estimou-se que em 11,5% dos casos, a transmissão ocorreu entre homossexuais, mas dados recentes sugerem um aumento da incidência de infecção nesta população.

A transmissão mãe-filho tem diminuído, situando-se actualmente a respectiva taxa abaixo dos 2%, fruto do sucesso da detecção precoce da infecção e de prevenção da transmissão mãe-filho. A transmissão associada a dádiva de sangue e órgãos é praticamente inexistente, dada a política de segurança de sangue que tem vindo a ser seguida no País.

Os reclusos constituem uma população vulnerável na qual a prevalência de infecção VIH é muito elevada. Dados recentes apontam para uma prevalência da infecção pelo VIH na população prisional de 10,2% (10,4% nos homens e 7,2% nas mulheres).

São escassos os estudos realizados na população geral e nas populações mais vulneráveis sobre conhecimentos atitudes e comportamentos face à infecção VIH/SIDA. No entanto, segundo um estudo realizado por Amaro (2004), 68,3% da população percepção o seu risco de infecção como elevado, 47,7% considera-se em risco maior que a generalidade da população e 37,0% já sentiram receio de se terem infectado. O medo da infecção decorre de ela ser incurável (28,5%) e pelo elevado risco de a poderem contrair ao frequentarem os

serviços de saúde (31,5%). No que se refere a comportamentos sexuais, 39% dos homens utilizam sexo pago e destes 58,5% não usaram preservativo na última relação paga.

Apenas 22,4% dos inquiridos referiu o uso contínuo do preservativo no último ano, e 19,2% utilizaram preservativo na última relação sexual. Em termos de discriminação, cerca de 38% dos inquiridos consideram que os infectados deveriam sofrer algum tipo de isolamento, 22% não concordam que as crianças infectadas com o vírus da SIDA frequentem a mesma escola que as outras crianças e 14% não concordam que as pessoas que vivem com o VIH possam desempenhar a sua profissão nos mesmos locais de trabalho.

Segundo o Eurobarómetro, Portugal aparece mal colocado face aos outros países europeus em muitas questões relacionadas com a infecção, apesar de ter ocorrido uma evolução favorável nos níveis de conhecimentos sobre a mesma. Não deixa de ser preocupante o nível de concepções erradas quanto ao modo de transmissão que se verificou noutra inquérito a portugueses, em que 30,4% consideravam que a infecção se transmite pelo beijo, 29,5% pelo uso das casas de banho, 29,5% pela picada de insecto, 22,7% pela tosse e espirro, 18,1% pela comida e talheres e 5,3% pelo aperto de mão.

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

Neste sentido, percebe-se que os comportamentos sociais/sexuais estão a emergir como possível causa do aumento da contaminação. Urge, então perceber a que nível se encontra o conhecimento da população em relação a esta doença, bem como a sua percepção acerca dos seus comportamentos de risco.

1.2.2. Transmissão do VIH

As formas de transmissão do HIV desde a sua descoberta, têm sido sujeitas a constantes adições, e estando todas as formas de transmissão directamente relacionadas com os comportamentos, fazendo desta uma doença também dos comportamentos.

Segundo Barré-Sinoussi, (1989, p.28) “O HIV é transmitido a partir de uma pessoa já infectada, seja qual for o estado da sua infecção (...)”. Qualquer pessoa que esteve um dia em contacto com o vírus é pois susceptível de o transmitir

Entre 1981 a 1985 descobrem-se e definem-se formas de transmissão do vírus de pessoa para pessoa, os mecanismos que conduzem à falência do sistema imunitário e as medidas de prevenção para evitar a transmissão do VIH/SIDA (Grmek, 1990).

Deste modo, de uma forma sucinta irão ser descritas as formas de transmissão de HIV. Como refere Remor (1999, p. 125) “(...) o HIV transmite-se quando penetra no corpo através de membranas mucosas (tecido do recto, paredes vaginais, interior da boca garganta); cortes na pele ou membranas; contacto directo com a corrente sanguínea, (...)”.

É transmitido através de certos fluidos corporais, como sangue, esperma, secreções vaginais e leite materno e existe noutros fluidos, como a saliva e as lágrimas, mas não está presente em quantidades suficientes.

Elos da cadeia e sua representação na infecção pelo HIV/SIDA:

Agente – HIV;

Reservatório – preferencialmente humanos (mas se de imediato, também em objectos);

Local de Saída – pénis, vagina, recto, boca, cortes na pele, membranas mucosas e sangue;

Método de transmissão – contactos sexuais, consumo de droga, de mãe para filho, transfusões e sangue com sangue;

Local de entrada – pénis, vagina, recto, boca, cortes na pele, membranas mucosas e sangue;

Contudo, para que a cadeia de transmissão esteja completa ainda é necessário que o agente esteja presente com: qualidade, ou seja, não resiste fora do corpo, sobretudo a temperaturas elevadas, à lixívia e ao álcool a 70%, e com quantidade, é necessária determinada quantidade de vírus para haver risco. Daí só alguns fluidos serem infecciosos.

Como refere Barré-Sinoussi, (1989, p.28) acerca do VIH “(...) que ele deve atravessar as barreiras naturais (pele, mucosas) para levar a infecção (...)”.

Para Grmek, (1990, p.149) “O vírus da SIDA transmite-se por três vias distintas: contacto sexual, introdução parentérica de sangue ou produtos seus derivados e passagem da mãe ao feto ou ao lactente.”

Segundo Salomão (1994), os mecanismos de transmissão estão claramente estabelecidos, sendo o principal contacto por relacionamento homossexual ou heterossexual, contribuindo em mais de 60% dos casos.

A transmissão sanguínea contribui com 30% dos casos, e a exposição do sangue e derivados vem apresentando decréscimo em razão do controle feito por sorologia. O número de contaminados entre os usuários de drogas endovenosas é crescente, sendo este grupo responsável pela maioria dos casos (80%) em que o risco foi atribuído ao sangue.

A transmissão perinatal contribui com cerca de 3 a 5% dos casos, com tendência ascendente em países subdesenvolvidos por causa do grande aumento no número de mulheres infectadas e doentes decorrentes da transmissão heterossexual. O risco de transmissão da mãe para o feto, incluindo-se o período gestacional, o trabalho de parto e a amamentação, é genericamente estimado em 25%.

Transmissão por via sanguínea

O vírus transmite-se de uma pessoa infectada para o parceiro ou parceira através de relações sexuais desprotegidas, ou seja, sem preservativo.

Como enunciam Daurel e Montagnier, (1994, p.47) “O vírus da SIDA transmite-se pelo sangue e pelas secreções sexuais (esperma, secreções vaginais). A infecção pelo vírus da SIDA pode passar através da vagina, do colo do útero, do ânus, do recto e do orifício uretral.”

A transmissão do vírus da SIDA pode efectuar-se não só de homem para homem, através das relações homossexuais, como de homem e mulher ou de mulher e homem (no caso dos relacionamentos heterossexuais). Segundo Daurel e Montagnier, (1994, p.48) “(...) todas as práticas sexuais são susceptíveis de transmitir o vírus, o qual veiculado pela corrente

sanguínea ou pelas secreções sexuais, está presente em todas as modalidades de relações onde intervêm os órgãos genitais e as mucosas.”

Segundo Daurel e Montagnier (1994), constata-se que o risco de contaminação pelo vírus da SIDA aumenta, no caso do parceiro contaminado se encontrar já no estágio avançado da doença; nas relações sexuais que têm lugar durante o período menstrual; na existência de afecções genitais como o herpes e a micose, uma vez que, nestes casos as mucosas encontram-se mais vulneráveis; em raparigas com menos de 20 anos e mulheres com mais de 45 anos, estas apresentam maior risco de contaminação, o que se deve o facto de as suas mucosas serem mais frágeis;

Transmissão via parentérica

Resulta da infecção directa do sangue infectado pelo VIH que segundo Mansinho (2005, p.173), pode ocorrer em 3 circunstâncias diferentes:

- 1- Através de consumo de drogas por via injectável ao partilhar material necessário para preparar e injectar a droga, como: colher, carga de garrafa ou outro recipiente onde é preparada a droga, algodão, filtro, seringa, agulha.
- 2- Durante uma picada acidental ou provocada por material perfurador ou cortante contaminado, como acontece nos acidentes em serviço (médicos, enfermeiros, técnicos de laboratório).
- 3- Através de transfusões de sangue e derivados quando o sangue já não é testado para VIH e outros vírus, como acontece em países em via de desenvolvimento que não dispõem de recursos económicos para adquirirem tecnologias e testes para efectuar rastreio do sangue que tem como destino as transfusões.

Transmissão vertical

A transmissão de VIH da mulher grávida infectada para o recém-nascido é designada por transmissão vertical. Uma mulher que esta infectada tem uma enorme probabilidade de transmitir o vírus ao seu filho, é por isso que se deve fazer exames para saber os riscos que o bebe corre.

Segundo Daurel e Montagnier (1994, p.53) “(...) a contaminação das crianças pelo VIH constitui um problema grave (...)”. Estas só podem ser contaminadas se a mãe estiver infectada.

É o sangue que veicula o vírus ao longo da vida fetal e no momento do parto, quando se produzem trocas sanguíneas entre a mãe e o feto. Para Daurel e Montagnier, (1994, p.54) “a maior parte das vezes, a transmissão acontece no momento do parto e as hipóteses de ela ter efectivamente lugar aumentam no caso da mãe se encontrar num estado avançado da SIDA (...)”.

Actualmente através dos medicamentos anti-retrovíricos tomados pelas grávidas e após o parto até as primeiras 6 semanas é possível diminuir o risco de transmissão vertical do vírus para valores inferiores a 5%.

Transmissão através de outros líquidos corpóreos

Segundo Isselbacher et al. (1994, p.1642) “(...) não existem provas convincentes de que tanto a saliva, como as lágrimas, suor e a urina possam transmitir o vírus, apesar de este já ter sido isolado em todos estes líquidos”.

André (1998) refere que a saliva, o suor, as lágrimas, o vómito, a urina, e as fezes não são tidas como transmissores do VIH, excepto se estiverem contaminadas com sangue.

No que concerne à saliva, sabe-se que tem uma actividade inibidora do vírus, apesar de haver registos de transmissão de filhos infectados, por transfusão sanguínea, para as mães. “(...) este fenómeno sucedeu na antiga união soviética, quando os filhos com feridas sangrantes na boca, transmitiram o vírus às mães, com abrasões e lacerações nos mamilos, provocados pelos dentes das crianças aquando da amamentação (...)” (Isselbacher et al, 1994, p.1691)

Caetano (2001), define os comportamentos de risco como um procedimento capaz de induzir doença ou mal-estar numa pessoa.

Estes comportamentos permitem ou facilitam a penetração do VIH no organismo. Estes procedimentos são da responsabilidade do indivíduo que devido escolher um comportamento

entre vários possíveis, relacionados com os seus conhecimentos e crenças que, por sua vez, dependem da sua educação e cultura.

Segundo Caetano (2001), relativamente ao contágio com o vírus da SIDA, os comportamentos de risco mais importantes são os seguintes: relações sexuais com múltiplos parceiros; utilização incorrecta de preservativo; utilização não sistemática do preservativo (excepto em caso de monogamia estável); toxicodependentes com injeção de drogas partilhando seringas e/ou agulhas; perfuração, corte ou penetração da pele com instrumentos não esterilizados, eventualmente compurscadas com produtos biológicos humanas; gravidez sem prévio teste da SIDA; gravidez e parto em mulher seropositiva, sem terapêutica da mãe e da criança; aleitamento da criança por mulher seropositiva, qualquer pratica médico-cirúrgica sem cumprimento de medidas de prevenção universais; e por fim, doação de sangue, tecido ou órgão tendo existido um comportamento de risco nos seis meses anteriores.

A possibilidade de infecção por um dos comportamentos de risco está relacionado com diferentes factores ocasionais, tais como o grau de virémia do infectado, o tempo de duração do comportamento de risco, e predisposição genética e imunocompetência de cada pessoa, e ainda, da prevalência da seropositividade na comunidade ou grupo em que a pessoa está inserida (Caetano, 2001).

Em associação com os comportamentos de risco não podemos deixar de falar das situações de risco, que têm a ver com as condições socioeconómicas, culturais e educacionais das pessoas. Aliás, como enuncia Caetano, (2001, p.36) “A SIDA é cada vez mais uma doença dos países pobres e dos países ricos”.

Segundo o mesmo autor, nos países pobres, a miséria económica facilita a má nutrição, a marginalidade, o alcoolismo, a toxicodependência, a prostituição, o absentismo escolar e, portanto menos acesso à informação e educação. É fácil perceber que nestas circunstâncias estão reunidas as condições para as pessoas terem comportamentos de risco e se infectarem.

Podemos concluir que uma das medidas mais importantes de prevenção dos comportamentos e risco é a melhoria do nível socioeconómico das comunidades e, conseqüentemente do seu nível cultural e educacional.

1.2.3. Implicações psicológicas do VIH/SIDA no indivíduo infectado

O HIV/SIDA para além de se tratar de uma doença do indivíduo é também um problema de saúde pública, na medida em que pelas suas características de transmissão da infecção e de mortalidade, coloca a saúde de todos em risco.

A intervenção no HIV/SIDA deve ser efectuada de acordo com três domínios, todos eles interligados e mutuamente influenciados. Se ao intervirmos na comunidade estamos indirectamente a intervir no indivíduo, o mesmo se passa no sentido inverso.

“A descoberta da SIDA e a sua associação aos comportamentos, fez aumentar o estigma relacionado com os grupos de risco para o HIV/SIDA. Estes, já estigmatizados pelo seu comportamento ser julgado social e moralmente desviante, viam o preconceito aumentar quando lhes foi atribuída a “culpa” da disseminação de uma doença tão grave, como é a SIDA” (Guerra, 1998, p.159).

O impacto social da SIDA continua a ter inúmeras implicações. Desde o “mito” dos grupos de risco, que em muito contribuiu para o aumento do número de infectados, ao aparecimento de algumas patologias relacionadas com o próprio estigma social da doença. Isto é, sabe-se que ao ser atribuída responsabilidade ao sujeito pela sua doença, muitas pessoas tentaram prevenir-se de uma forma tão afincada que desenvolveram perturbações como a hipocondria, e até mesmo homofobia (Guerra, 1998).

As consequências desta atitude social começam então a ter implicações éticas e na vida do sujeito infectado.

“ As implicações são a nível laboral, com despedimentos ou reformas antecipadas, que por sua vez, limitam o campo de relacionamento interpessoais desses indivíduos com colegas de trabalho, ao nível dos serviços, como é o caso das seguradoras que restringem o acesso de seropositivos aos seguros, a nível relacional, pois, devido à falta de informação, a população seronegativa manifesta repetidamente o seu receio em conviver com pessoas infectadas (...)” (Guerra, 1998, p.160).

O impacto psicológico nas pessoas afectadas pelo HIV/SIDA, como é o caso de familiares, companheiros (as) e amigos é muitas vezes idêntico ao stress psicológico provocado por qualquer outra doença crónica. Os desafios encontrados estão relacionados com a gestão da

perda, medo da doença ou da morte, ajuda percebida, incerteza perante o futuro, ansiedade, tristeza, raiva e/ou fúria, preocupações financeiras e stress interpessoal (Guerra, 1998).

Contudo existem factores psicológicos característicos das pessoas afectadas pelo HIV.

O primeiro, diz respeito ao estigma associado à doença que se traduz na discriminação ou falta de apoio da população seronegativa, se a doença do seu familiar, amigo ou companheiro se tornar pública. Por outro lado, se a condição de seropositivo do ente querido é escondida dos outros, as pessoas afectadas podem carregar consigo sentimentos de culpa, vergonha, medo, ou outras consequências emocionais sem qualquer assistência. Para além destes, é importante salientar o duplo impacto da notícia da seropositividade de um indivíduo aos seus familiares, amigos e companheiro, à sobrecarga da notícia da doença grave e mortal é associada ao comportamento de risco que esteve na génese da doença. Este acontecimento pode gerar na família, amigos ou companheiro um sentimento de traição, que poderá seguir dois caminhos, o da raiva dirigida ao doente ou o de culpa por não o ter conseguido orientar convenientemente (Guerra 1998).

Deste modo, percebe-se a importância de se intervir não só na pessoa infectada mas também nas pessoas afectadas pelo HIV/SIDA.

A descoberta do diagnóstico trata-se portanto de um momento de crise, que precisa de ser gerida. Deste modo, Ribeiro (1995, p.354) refere que “(...) uma gestão adequada de um estilo de vida que tem de ser renovado, pela inserção de novas regras na forma de funcionar do indivíduo, constitui um dos aspectos mais complexos da doença crónica (...)” Outro aspecto importante é a reestruturação do tempo, a importância minuciosa do tempo que não permite muitas das vezes que esta hora tenha a mesma consequência da seguinte, devido ao rigor horário da toma de fármacos. Esta nova adaptação imposta pela doença, conduz muitas das vezes ao isolamento social e afecta de uma forma mais ou menos visível o contexto familiar do doente.

“A maior parte dos doentes com uma doença progressiva grave, confrontam-se com alguns desafios ao nível psicológico, estes desafios dizem respeito às variáveis psicológicas que estão intimamente ligadas à doença, podendo funcionar como força causadora, mediadora e resultado da própria doença.” (Remien e Rabkin, 2001, p. 333).

Segundo Remien e Rabkin (2001, p. 335) “(...) desde a ansiedade da perda antecipada, à diminuição da qualidade de vida, ao medo do declínio físico e da morte, também o estigma associado à doença constitui um desafio social que tem de ser gerido, pelos infectados bem como pelos “afectados” pelo HIV/SIDA.”

Para além das repercussões socioculturais e familiares do HIV/SIDA, os problemas neuropsiquiátricos da doença são também relevantes no impacto do HIV/SIDA no indivíduo (Daurel e Montagnier, 1994). Alguns estudos citados por Guerra (1998), estima que grande parte das pessoas infectadas venham a desenvolver problemas de origem orgânica neuropsiquiátrica, com as demências, delirium, alterações da personalidade e psicoses. Contudo a avaliação das perturbações neuropsiquiátricas é dificultada na medida em que os sinais iniciais da penetração do vírus no sistema nervoso central, como é o caso da apatia, diminuição da libido, dificuldades de memória, atenção e concentração em muito se assemelham aos sinais e sintomas de depressão.

Os desafios psicológicos que uma pessoa seropositiva encontra, variam de indivíduo para indivíduo. Nem todas as pessoas experienciam da mesma forma a mesma quantidade de respostas emocionais ao VIH. Se por um lado as reacções a uma doença fatal parecem ser negativas devido a todos os factores associados à mudança de estilo de vida. Estas podem por outro lado ser adaptativas e ajustadas (Guerra, 1998).

Informar uma pessoa da sua seropositividade implica para além do choque inicial, uma reestruturação de todo o seu estilo de vida. O processo de luto é também um dos factores psicológicos associados à notícia da seropositividade por se tratar de uma doença crónica, ou seja, que implica nunca mais ser uma pessoa saudável.

Segundo Grilo (2001) uma das limitações da temática central da infecção pelo HIV, diz respeito à vivência sexual da pessoa infectada, que de prática prazerosa até então, passa a causa da doença incurável, nos casos por infecção pela via sexual, alterando a percepção dos seropositivos da sua própria sexualidade.

Como refere Guerra, (1998, p.162) “(...) a ansiedade da morte dolorosa ou prematura é outra das implicações negativas associadas ao diagnóstico, manifestada por sintomas como a agitação, a insónia, a taquicardia, a anorexia, ataques de pânico (..)”.

Então, resumidamente as manifestações emocionais mais comuns do quadro inicial ou notícia do estatuto de seropositivo são em primeiro lugar, o choque derivado do impacto da notícia, caracterizado pela predominância da confusão de ideias, a raiva e o desespero muitas vezes direccionado aos profissionais de saúde ou entes queridos, o medo da dor e da morte.

Relativamente as manifestações comportamentais mais comuns nesta fase, salientam-se os episódios de choro, a irritabilidade e o isolamento. “A negação aparece então como o primeiro mecanismo de coping, traduzindo-se na manutenção do mesmo estilo de vida e na adesão das terapêuticas e conselhos médicos. A depressão e a ansiedade são também manifestações muito frequentes nesta fase (...)” (Remien e Rabkin, 2001, p.334).

Para terminar, note-se que felizmente, nem todos os doentes passam por estas etapas, tão dramáticas.

1.2.4. Diagnóstico

A partir da identificação do agente etiológico da SIDA em 1983, tornou-se possível o desenvolvimento de técnicas de detecção de anticorpos específicos contra esse retrovírus. Como refere Salomão, (1992, p.28) “ (...) vários são os testes actualmente disponíveis possuindo sensibilidade e especificidade superiores a 99,9%”.

No que respeita à comprovação laboratorial da infecção, numa pessoa ou unidade de sangue, esta é feita através de uma análise que vai detectar a existência ou não de anticorpos anti VIH no sangue.

Os testes de diagnóstico segundo Ferreira et al. (2002) e Isselbacher et al. (1994), podem-se basear na pesquisa de anticorpos, também designados por métodos serológicos, ou na pesquisa directa do VIH, também designados por métodos virulógicos. Nos métodos serológicos detecta-se a resposta imunológica do organismo ao vírus, enquanto nos métodos virulógicos detecta-se directamente o vírus ou os seus constituintes.

Assim, temos como testes de diagnóstico, baseados na pesquisa de anticorpos, os seguintes:

- Western Blot
- Método imunoenzimático (ELISA)

É de referir que, segundo Isselbacher et al. (1994, p.1693) “(...) os anticorpos normalmente surgem na circulação entre 4 a 8 semanas após infecção”.

Quanto aos testes de pesquisa directa do vírus, temos os seguintes exemplos:

- Isolamento do vírus
- Pesquisa do antigeno p24 no sangue
- Detecção de DNA proviral nas células mononucleadas do sangue periférico
- PCR ou RCP (reacção em cadeia de polimerase)
- Pesquisa de RNA no plasma

O método imunoenzimático ELISA, é considerado como teste padrão, tendo segundo Isselbacher et al. (1994) uma sensibilidade superior a 99,5 %, sendo de referir que grande parte dos laboratórios utilizam um kit que permite a detecção, tanto de HIV-1 como HIV-2.

Como já se referiu, este teste baseia-se na detecção dos anticorpos anti VIH no sangue, que caso se verifique, significa que a pessoa esteve em contacto com o vírus, sendo o resultado então considerado positivo (Claudel, 1992).

De acordo com Isselbacher et al. (1994, p. 1693) “Além da classificação positiva, quando são altamente reactivos, os testes de ELISA podem ser ainda classificados como negativos, quando não reagem, ou indeterminados, quando reagem parcialmente”.

No entanto é de referir que o teste não é excelente quanto à especificidade, pelo que um teste ELISA positivo ou inclusivo necessita de uma confirmação com uma dosagem mais específica.

De entre todos os testes de confirmação utilizados, o mais utilizado é a transferência Western-Blot (WB), que se baseia na diferença dos pesos moleculares e bem caracterizados dos múltiplos antigénios do HIV. Na verdade, e de acordo com Isselbacher et al. (1994, p. 1693) “(...) estes antigénios provocam a produção de anticorpos específicos, que podem ser separados com base nos diferentes pesos moleculares”.

Este teste, além de permitir a confirmação do diagnóstico, quando são mostrados anticorpos para os produtos principais dos genes de HIV, também elimina o resultado falso-positivo do

ELISA quando há resultado negativo do Western Blot, após ELISA positivo ou indeterminado (Isselbacher et al. 1994).

O teste Western-Blot, é um teste também extremamente sensível e específico (tem poucos falsos positivos) é um teste de confirmação e como já foi referido apenas realizado em pessoas que obtiveram um resultado positivo no primeiro teste.

Se o resultado deste teste for positivo, diz-se então que a pessoa está infectada pelo VIH. Se for negativo significa que não foram encontrados anticorpos anti-VIH e que a pessoa não está em princípio infectada.

Segundo Kresevic (1995, p. 2295) “(...) as pessoas que tenham histórias de várias transfusões ou gravidezes podem ter resultados falsos-positivos, apesar de não estarem infectados com o vírus (...)”.

É importante referir que o tempo desde a contaminação até à detecção de anticorpos no organismo oscila de indivíduo para indivíduo, e este tempo é designado de período janela (Busch e Satten, 1997).

À conversão de anticorpos negativos em anticorpos positivos designa-se de seroconversão. Os testes actualmente utilizados são capazes de identificar na maior parte dos casos (cerca de 80%) a infecção cerca de seis meses após a primo-infecção, e quase na totalidade dos casos após doze semanas. Alias como enuncia, Busch e Satten, (1997, p.199) “Só em casos excepcionais é que o período de janela pode ascender aos seis meses (...)”.

Quanto aos resultados indeterminados do Western-Blot há duas explicações possíveis, uma mais provável, que refere que o doente pode ter anticorpos que fazem reacção cruzada com uma das proteínas do HIV e uma menos provável, segundo a qual, o processo da reposta de anticorpos ainda esta em fase de “montagem.” É de referir, que em caso deste resultado ocorrer deve-se confirmar ou excluir o diagnóstico com a reacção em cadeia de polimerase (RCP), sendo Western-Blot repetido passado um mês, para confirmar se o padrão indeterminado está em evolução ou não (Isselbacher et al. 1994).

Apesar de o Western-Blot ser um bom teste de confirmação da infecção por HIV, em indivíduos com ELISA positivo ou indeterminado, é um teste de triagem com resultados

insatisfatórios pois em pessoas com ELISA negativo e RCP para HIV, 20 a 30% podem apresentar uma ou mais bandas na transferência Western, que embora possam ser indicativas de reactivada cruzada devem ser exploradas para assegurar que não são indicadoras de uma infecção por HIV inicial (Isselbacher et al. 1994)

No entanto, é de referir que segundo Kresevic (1995, p.2296) “(...) o teste ELISA juntamente com a Western-Blot, assegura um rigor acima dos 99% no diagnóstico da infecção por HIV.”

Quanto a RCP, que foi referida anteriormente, é uma técnica de extrema sensibilidade que origina consequentemente, resultados falsos-positivos mas que tem ganho aceitação, tendo permitido aumentar a compreensão sobre patogenia do HIV, dando um padrão fundamental para o diagnóstico de infecção por HIV (Isselbacher et al. 1994).

De acordo com Isselbacher et al. (1994, p. 1706) “(...) são utilizadas duas formas de RCP, a RCP de ADN e a de ARN. A primeira é utilizada para diagnosticar infecção e para ampliar áreas definidas do ADN proviral para análise de sequências, tornando-se assim importante para estudos de sequências e resistência microbiana a agentes retrovirais. A RCP de ARN tem sido utilizada mais frequentemente para monitorar modificações no nível de HIV presente no plasma, (...)”.

Tendo em conta custos e os problemas de contaminação que podem acontecer com RCP esta técnica só deve ser utilizada como instrumento diagnóstico nos casos em que os testes serológicos padrão, não deram um resultado definitivo. Contudo é de referir que em casos de ELSA positivos ou intermediário e um Western-Blot indeterminado assim como em doentes nos quais os testes serológicos podem não ser confiáveis por exemplo em doentes com hipogamaglobulinemia a RCP revela-se valiosa para diagnóstico da infecção por HIV (Isselbacher et al.1994).

O teste de pesquisa directa do vírus, mais comum é o teste de captura do p24, sendo de referir que a proteína viral p24 pode ser detectada no sangue periférico de indivíduos infectados com HIV, onde o antígeno esteja livre ou em associação com anticorpos p24.

Na actualidade, este teste parece ter plenitude da utilidade como teste de triagem para a infecção do HIV em indivíduos com suspeitas de terem HIV (Isselbacher et al. 1994).

O cultivo directo de HIV quer através do plasma, ou de célula mononucleadas do sangue periférico, para Isselbacher et al. (1994, p.1707) “ (...) é uma técnica que tem sido de grande

utilidade para a monitorização dos efeitos dos agentes anti retrovírais, assim como para estudos de resistência antiviral e análise genómica, tendo sido utilizada em muitos laboratórios de pesquisa.”

Estes testes podem se tornar mais usuais, com a tentativa de ajustamento da terapia anti-retroviral, de acordo com a sensibilidade dos isolados virais em doentes.

1.2.5. Tratamento

Como se sabe, ao longo dos anos ainda não se definiu, nenhuma cura para esta temível doença. Segundo Barré-Sinoussi, (1989, p.69) refere “(...) nenhuma estratégia de tratamento nem nenhum medicamento deu prova, até hoje, de eficácia absoluta para vencer a infecção ou para curar em definitivo o doente”.

A qualidade de vida e a longevidade dos doentes encontram-se melhoradas através dos tratamentos que lhes são administrados.

Segundo Barré-Sinoussi (1989, p. 73), “(...) os tratamentos visam quatro objectivos, dar o maior apoio psicológico ao doente; lutar contra as consequências da diminuição das defesas do organismo que são as infecções e os tumores; interromper a deterioração dessas defesas imunitárias e, se possível restaurá-las; interromper a replicação ou a multiplicação do próprio HIV e se possível, destruí-lo”.

Do ponto de vista, de Grmek (1994) três estratégias ostentaram o tratamento da SIDA e inspiraram as investigações para o melhorar, entre as quais a quimioterapia das infecções oportunistas, a modulação do sistema imunitário e a acção medicamentosa directa sobre o vírus.

O tratamento da SIDA tem como objectivo específico combater o HIV, e prevenir e controlar as inúmeras infecções oportunistas (IO). Essas infecções oportunistas acometem o indivíduo principalmente a partir do momento em que ele apresenta deficiência imunológica grave.

Os tratamentos existentes, são compostos, normalmente, por mais do que um medicamento, estes reduzem a carga vírica e atrasam os danos que o vírus pode provocar no sistema imunológico.

Com a toma dos medicamentos existentes, a quantidade de vírus no sangue começa a decrescer ao fim de alguns dias.

Segundo Barré-Sinoussi, (1989, p.70) "(...) na maioria das pessoas que tem acesso ao tratamento, e que o cumpre adequadamente de acordo com a indicação dos seu médico, 99% do vírus presente no sangue é eliminado ao fim de quatro semanas e, ao fim de quatro a seis meses, a maior parte passará a ter «VIH não detectável» no sangue (...)".

No entanto, o vírus permanece no organismo e mantém-se o risco de transmissão da infecção a outras pessoas.

Os medicamentos anti-retrovíricos podem ser administrados em qualquer fase da infecção: na fase aguda, no período sem sintomas (fase assintomática), na fase sintomática, e na fase de SIDA.

No sítio www. Roche.pt, o "(...) principal objectivo do tratamento é reduzir a quantidade de vírus (reduzir a carga vírica) até um ponto em que se torna quase indetectável (20 a 50 por mililitro de sangue). Quando isto acontece e a quantidade de vírus no sangue é baixa, significa que o vírus se está a reproduzir de forma mínima, que sofre menos mutações (ficando menos resistente aos medicamentos) e que a doença não está a progredir (...)".

Existem três tipos (classes) de medicamentos utilizados no tratamento da infecção com VIH, que actuam de formas diferentes e em diferentes fases do ciclo de reprodução do vírus. Os medicamentos são, geralmente, utilizados em conjunto para a obtenção de resultados mais eficazes e prolongados, em esquemas terapêuticos designados por Terapêutica Anti-Retrovírica de Elevada Potência.

Como refere Barré-Sinoussi, (1989, p.70) "Os objectivos da Terapêutica Anti-Retrovírica são reduzir a carga vírica e preservar e melhorar a função do sistema imunológico, atrasando a evolução da doença e modificando a história natural desta infecção." Desta forma, previne-se a ocorrência de manifestações oportunistas associadas ao VIH, melhora-se a qualidade de vida e prolonga-se a vida do doente. Para que estes objectivos sejam atingidos é fundamental que o tratamento seja feito de forma rigorosa e de acordo com as indicações do médico.

Normalmente recomenda-se o início do tratamento quando a análise às células CD4 apresenta valores inferiores a 350 unidades por mililitro de sangue (350/ml). Também pode ser

recomendado a pessoas com valores superiores a 350/ml, mas que apresentem uma carga vírica superior a 100 mil unidades por mililitro de sangue (Grmek, 1994).

Existem outras situações e razões para começar ou não começar o tratamento. Se as células CD4 forem inferiores a 50/ml, o tratamento deve ser iniciado de imediato, porque o sistema imunológico está muito afectado e o organismo bastante vulnerável (Grmek, 1994).

Apesar dos tratamentos apresentarem, em geral, bons resultados, registam-se casos em que a carga vírica não diminui tanto quanto é desejado e necessário. Isso pode acontecer devido à resistência do vírus aos medicamentos, por o organismo não absorver bem os fármacos, porque outros medicamentos que o doente esteja a tomar podem entrar em conflito com os anti-retrovíricos ou porque o seropositivo não segue o tratamento à risca.

Os medicamentos anti-retrovíricos podem provocar diversos efeitos secundários, como náuseas, cansaço, vômitos, diarreia e dor de estômago, de cabeça e muscular. Alguns tratamentos, em especial os que usam elementos inibidores da protease podem provocar lipodistrofia (distribuição anormal da gordura no organismo), aumento dos níveis de lípidos (gorduras) no sangue e diabetes.

Muitos destes efeitos secundários são transitórios e melhoram com a continuação do tratamento.

Segundo Barré-Sinoussi, (1989), os medicamentos utilizados para o tratamento de VIH/SIDA são:

Nucleósidos Inibidores da Transcriptase Reversa (NRTI)

Os medicamentos NRTI impedem a produção de ADN vírico porque se incorporam a si próprios no novo ADN em formação.

Depois de invadir uma célula humana, o VIH utiliza uma enzima, a transcriptase reversa, para converter o seu código genético numa forma que possa ser incorporada no ADN da célula hospedeira.

Os NRTI são muito semelhantes na sua estrutura aos elementos que constituem o ADN (designados por nucleósidos) e por essa razão conseguem incorporar-se na cadeia de ADN que está a ser produzida por acção da transcriptase reversa. Depois do NRTI se juntar ao novo ADN produzido, a síntese da nova cadeia é interrompida. A produção de ADN vírico é suspensa, embora o vírus não seja morto.

Não-Nucleósidos Inibidores da Transcriptase Reversa (NNRTI)

Os medicamentos NNRTI ligam-se à enzima vírica transcriptase reversa, bloqueando o seu mecanismo e impossibilitando a produção de ADN vírico.

Os NNRTI ligam-se à transcriptase reversa num local específico. Depois de estarem ligados à enzima, os NNRTI afectam a actividade da enzima, restringindo a sua mobilidade num ponto crítico e impossibilitando a sua função. A enzima fica, a partir deste momento, incapaz de interagir devidamente com o ARN vírico para produzir ADN vírico. A produção deste último é interrompida, embora o vírus não seja morto.

Inibidores da Protease (PI)

Para o vírus se tornar infeccioso é essencial que as novas proteínas víricas sejam cortadas e estruturadas correctamente. Os inibidores da protease bloqueiam o local onde o corte deve ocorrer, impedindo os novos vírus de amadurecer e de infectar outras células.

Inibidores da Fusão (FI)

Os inibidores da fusão são um novo tipo de compostos que impedem o vírus de se ligar e entrar nas células humanas CD4. Actuam numa fase do ciclo de vida do VIH, antes da entrada do vírus na célula, impedindo a infecção de novas células.

O desenvolvimento de novas e mais eficazes drogas anti-retrovirais associou-se com dramáticas reduções na morbilidade e na letalidade associadas à infecção pelo HIV nas populações com acesso tratamento. Isto se deve à reversão da imunodeficiência, que pode ocorrer mesmo em doentes que tenham iniciado o tratamento em fases avançadas da infecção pelo HIV (Márcia Rachid & Mauro Scheter, 1996, p.18).

Para terminar, sabe-se que ainda não foi encontrada uma cura, ou seja, um modo eficaz de eliminar totalmente o VIH do organismo.

1.2.6. Prevenção

Enquanto se aguardam soluções clínicas para o tratamento da SIDA e a descoberta de uma vacina contra esta doença, a prevenção continua a ser a única forma de evitar a propagação da epidemia. “(...) são medidas que nada têm a ver com o campo da investigação ou da medicina, mas que se prendem com alteração radical dos nossos comportamentos, sobretudo no domínio da actividade sexual” (Daurel e Montagnier, 1994, p.75).

Assim, as relações sexuais e a troca de seringas usadas pelos toxicómanos são os dois principais veículos de transmissão da SIDA, logo não é de admirar que as praticas sexuais sem protecção levem a um enorme factor de risco, excepto no caso de se verificar uma fidelidade recíproca entre os dois parceiros.

Segundo Daurel e Montagnier (1994), todas as praticas sexuais envolvem riscos, referimo-nos às relações homossexuais, às relações heterossexuais e a todo e qualquer contacto da boca com o esperma ou da boca com as secreções vaginais.

Em todos os casos, a única protecção realmente eficaz contra a SIDA continua a ser o uso do preservativo. Segundo, o mesmo autor refere que há que ter em atenção determinadas regras no modo de emprego do preservativo.

Então, o preservativo deve ser colocado antes do inicio da relação, quando o pénis está em erecção, apertando o preservativo com os dedos 1 ou 2 centímetros antes de desenrolar. Retirar o pénis antes da erecção ter terminado, mantendo o preservativo enrolado até a base, de forma a evitar fugas do esperma. Em seguida, deitar o preservativo fora, este só pode ser usado uma vez. De notar que os preservativos estão sujeitos a um prazo de validade, e esta deve ser rigorosamente respeitada.

Refere-se por vezes, que o uso de preservativos diminui o desejo e o prazer sexual. Pondo de parte toda e qualquer objecção de character subjectivo, uma coisa é certa “(...) os eventuais inconvenientes são infinitamente compensados pela protecção que ele assegura, desde que seja correctamente utilizado contra o vírus da SIDA” (Daurel e Montagnier, 1994, p.76).

Quanto ao hábito que os toxicómanos têm de trocar seringas já utilizadas constitui um segundo e importante veículo de contaminação, logo também aqui é possível recorrer a medidas preventivas.

Para além de existirem seringas descartáveis, as seringas de vidro podem ser esterilizadas se forem fervidas em água durante 15 minutos, no mínimo.

As seringas em plástico podem também esterilizar-se passando-as por lixívia. Se não estiverem esterilizados, também os utensílios utilizados na preparação das drogas são susceptíveis de transmitir o vírus. De acordo com Daurel e Montagnier, (1994, p.79) “(...) uma boa prevenção pressupõe os maiores cuidados na manipulação dos instrumentos que servem para perfurar a pele e uma verificação sistemática da respectiva esterilização”. É nomeadamente o caso das agulhas utilizadas em acupunctura, em mesoterapia, na perfuração das orelhas e nas tatuagens. Atendendo a que também elas podem causar pequenas lesões susceptíveis de sangrar, as próprias escovas de dentes não devem ser usadas por mais do que uma pessoa.

O terceiro processo de disseminação do vírus da SIDA é a transmissão pela mãe contaminada ao filho que ela vai dar a luz. A transmissão tanto pode ocorrer durante a vida uterina como no momento do parto (Daurel e Montagnier, 1994).

Daurel e Montagnier, (1994, p.79) enunciam que “(...) há igualmente uma forte probabilidade de que o vírus seja transmitido pelo leite materno (...)”. Daí que seja recomendável que as mães seropositivas não amamentem os filhos, sobretudo se puderem dispor de leite não contaminado o leite artificial

Segundo Kresevic (1995, p.2300) “(...) os ambientes normais podem ser uma fonte de infecções mortais para o doente imunodeprimido”.

Neste contexto, os cuidados aos doentes infectados por HIV, devem dar ênfase à higiene pessoal, à identificação de possíveis fontes de infecção, assim como à lavagem frequente das mãos (Kresevic, 1995).

Para Kresevic, (1995, p.2311) “As medidas de controlo de infecção não devem ser descuradas, o uso de luvas em caso de contacto com secreções orgânicas as agulhas devem ser descartadas sem recapsulamento, e o

ambiente deve ser limpo com agentes limpeza tradicionais ou com diluição. A roupa do indivíduo infectado, deve ser lavada com lixívia e a louça com água quente e seca ao ar (...)

Os mexicanos contra a SIDA, Confederação de Organismos Não Governamentais (1993), abordam os cuidados a ter com a roupa do indivíduo infectado. Segundo a sua publicação, a higiene da roupa e dos objectos pessoais é fundamental para evitar infecções. Algumas das recomendações que estão contidas no manual são as seguintes:

- Usar roupa limpa depois do banho, pois suja tem germes que podem anular o efeito do banho;
- A roupa pode ser lavada em casa ou numa lavandaria com água quente e sabão;
- Lavar bem as mãos antes de comer e em caso disso, antes de preparar os alimentos;
- Não cortar verduras sobre madeiras, pois a porosidade deste material retém resíduos dos alimentos que favorece a reprodução de micróbios;
- Lavar muito bem a fruta;
- Ferver toda a água para beber, mantendo sempre o seu recipiente;
- Antes de retirar a casca dos ovos, lava-los bem pois podem estar contaminados com germes;
- Tapar os alimentos evitar que o sangue da carne e peixe contamine os outros alimentos;
- Beber leite e seus pasteurizados para prevenir brucelose e tuberculose;
- Os indivíduos infectados que não necessitem de recipiente especiais podem usar os da família que se podem levar normalmente.

Os doentes devem também ser estimulados a realizar exercícios respiratórios e tossir pelo menos em períodos de 4 em 4 horas fundamentalmente quando a mobilidade é limitada isto vai aumentar a desobstrução das vias aéreas e evita atelectasias. (Krešević, 1995).

De acordo com o autor acima referido, é importante assegurar que os objectos de higiene pessoal como as lâminas de barba ou escovas de dentes não sejam partilhadas.

Seja como for, a prevenção passa sempre pela informação e pela educação. “Em 1992, vinte e cinco por cento dos indivíduos infectados pertenciam a um escalão etário compreendido entre os 10 e os 24 anos” (Daurel e Montagnier, 1994, p.81).

A prevenção pela modificação dos comportamentos constitui o único meio eficaz de controlo da doença. Para tal, é necessário que todos tenham acesso à informação, educação e meios necessários para se protegerem a si e aos outros. Há que desenvolver junto da comunidade programas de prevenção de VIH/SIDA compreensíveis, informativas e eficazes, devendo incluir um leque diversificado de intervenções adaptadas às necessidades específicas dos vários grupos e localidades.

É na definição, implementação e avaliação de projectos neste âmbito que o enfermeiro tem um papel vital. (Daurel e Montagnier, 1994).

São os enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários que estão preferencialmente orientados para definir e implementar projectos e programas de promoção e educação para a saúde no âmbito da prevenção da SIDA. Naturalmente que o enfermeiro não restringe esta actividade ao Dia Mundial da SIDA, nem se limita à distribuição de preservativos e de folhetos informativos apelando a uma mudança de comportamentos.

É uma actividade que desenvolve no seu quotidiano, consciencializando a comunidade para a presença desta doença. As consultas de planeamento familiar, de saúde materna e obstétrica, ao adolescente e ao adulto/idoso são momentos óptimos e propícios onde o enfermeiro desempenha o papel de educador para a saúde, informando os utentes de uma forma mais próxima e personalizada sobre aspectos relacionados com a infecção pelo VIH e SIDA. Contudo, todas as sessões de esclarecimento e de prevenção abertas ao debate que este desenvolve na comunidade, nas Juntas de Freguesia, Câmaras Municipais, escolas e universidades, estabelecimentos prisionais, rádios locais e noutras instituições privadas são também de grande importância.

A participação que o enfermeiro poderá ter no desenvolvimento da educação sexual nas escolas será também um factor adjuvante na diminuição do aparecimento de novos casos de infecção pelo VIH, tal como o contributo que este já oferece aos vários gabinetes de apoio ao adolescente criados nas escolas. (Daurel e Montagnier, 1994).

Porém, o desempenho do enfermeiro numa abordagem íntegra sobre a SIDA exige uma abordagem concomitante sobre as doenças sexualmente transmissíveis, toxicodependências e planeamento familiar. É um elemento importante na reunião de recursos, estabelecendo, por

exemplo, parcerias com organizações não governamentais com actividade nesta área, no sentido de promover uma aproximação e trabalho conjunto na prevenção da SIDA.

Segundo Daurel e Montagnier (1994, p. 90), “(...) a actividade de enfermagem desenrola-se em torno do problema da discriminação, prevenindo este fenómeno (...)”.

O enfermeiro, enquanto agente essencial na promoção da saúde da comunidade, tem um papel fundamental na alteração de comportamentos de risco e consequentemente na mudança de atitudes levando a sociedade a adoptar comportamentos saudáveis.

II – Fase metodológica

Um trabalho de investigação requer um conjunto de actuações e técnicas para a colheita, descrição e análise dos dados, isto é, exige uma metodologia própria que comporta um conjunto de etapas a percorrer e de meios que nos levam à obtenção dos resultados e conclusões.

De acordo com Fortin (1999, p.131) “(...) a fase metodológica consiste em precisar como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho que ditará as actividades conducentes à realização da investigação.”

2.1. Justificação do estudo

O que levou em grande parte à escolha do tema para o trabalho monográfico foi o facto do VIH/SIDA ser a doença a que mais mortes levou desde a sua descoberta até hoje em todo o mundo, tornando-se na pandemia do sec. XX e XXI.

Outro aspecto relevante foi o facto do VIH/SIDA ser uma grande questão de saúde, não só em Portugal mas em todo o mundo, e sendo os jovens considerados um grupo vulnerável no que concerne a adopção de comportamentos de risco.

Neste sentido, o enfermeiro como elemento integrante da equipa de saúde tem uma função fundamental na educação para a saúde ao nível da promoção da saúde e prevenção da doença.

2.2. Pergunta de Partida

O investigador deverá limitar o domínio da sua investigação, que inicialmente lhe parece demasiado vasto para determinar o problema central. Para Fortin (1999, p.51) uma questão de investigação “(...) é um enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa os conceitos chave, especificar a população alvo e sugere uma investigação empírica.”

Neste sentido, foi delimitada a seguinte questão de investigação: “Quais os conhecimentos dos alunos do 4º Ano de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa sobre VIH/SIDA?”

2.3. Objectivos

De acordo com Fortin (1999, p.100) “ objectivo [...] é um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão.” Assim, os objectivos do nosso trabalho assentam sobre:

➤ Objectivos académicos:

- Desenvolver competências na área em investigação;
- Aprofundar conhecimentos na área da investigação em Enfermagem,
- Servir de momento de avaliação.

➤ Objectivos de estudo:

- Identificar os conhecimentos dos alunos do 4º Ano de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa sobre VIH/SIDA.

2.4. Princípios éticos

Fortin (1999, p.114) refere-se à Ética como: “(...) o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta.” Como tal, qualquer estudo/investigação suscita o surgimento de questões morais e éticas, pelo que é necessário proteger os direitos e liberdade dos indivíduos que participam no estudo.

São cinco os principais princípios do Código de Ética da Investigação: Direito à Autodeterminação, o Direito à Intimidade, o Direito ao Anonimato e à Confidencialidade, o Direito à Protecção contra o Desconforto e Prejuízo e o Direito ao Tratamento Justo e Equitativo.

- **Direito à Autodeterminação**, refere-se ao respeito pelas pessoas, onde qualquer pessoa é capaz de tomar as suas próprias decisões, daí ser importante respeitar a decisão do indivíduo quanto à sua participação no estudo, este é livre de

participar ou não no estudo. Sendo assim, os indivíduos que participarão no estudo serão informados sobre o seu direito de participarem ou não, sem qualquer prejuízo para o próprio.

- **Direito à Intimidade**, fundamenta-se no direito das pessoas a sua intimidade, o indivíduo decide qual a informação íntima e privada que pretende dar aquando da participação na investigação. Como tal, aos sujeitos intervenientes neste estudo será garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados transmitidos.
- **Direito ao Anonimato e à Confidencialidade**, refere-se ao respeito pela identidade das pessoas e a sua não associação às informações individuais da investigação. Implica que os dados individuais sejam protegidos por codificação não, podendo ser divulgados sem autorização expressa. Neste estudo os resultados serão tratados de modo a possibilitar que não haja reconhecimento das informações transmitidas, nem pelo leitor, nem pelo investigador.
- **Direito à Protecção contra o Desconforto e Prejuízo**, baseia-se nas regras de protecção das pessoas contra inconvenientes susceptíveis de lhes fazerem mal ou as prejudicarem. Neste estudo, há um risco mínimo que a pessoa corre em sentir desconforto durante a investigação. Este desconforto termina com o fim da investigação.
- **Direito ao Tratamento Justo e Equitativo**, enuncia que as pessoas têm em receber um tratamento justo e equitativo, antes, durante e após a sua participação no estudo. Sendo assim a escolha dos indivíduos para a realização deste estudo estará directamente relacionada com o problema em estudo e não com a conveniência dos mesmos.

2.5. Tipo de estudo

O tipo de estudo é visto por Fortin (1999) da seguinte maneira:

“A cada tipo de estudo corresponde um desenho que especifica as actividades que permitirão obter respostas fiáveis às questões de investigação ou às hipóteses. O tipo de estudo descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação vise descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre as variáveis ou ainda verificar hipóteses de causalidade.”

Para a elaboração deste trabalho decidimos efectuar um estudo descritivo-exploratório, transversal de abordagem quantitativa. Este é exploratório-descritivo uma vez, que se pretende descrever **“Quais os conhecimentos dos alunos do 4º ano de Enfermagem da FCS-UEP sobre o VIH/SIDA?”** De acordo com Fortin (1999, p.135) “(...) os estudos descritivos fornecem uma discriminação dos dados, quer seja sob a forma de palavras, de números ou de enunciados descritivos de relações entre variáveis”. Ainda segundo a mesma autora os estudos exploratórios visam explorar e descrever fenómenos e características de uma população, identificando relações e conceptualizando uma situação.”

Relativamente à dimensão temporal, o estudo é transversal porque nos dá informação relativa a uma determinada situação, num determinado período de tempo. Designa-se quantitativo porque “ (...) é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis (...)” “ A abordagem quantitativa tem como vantagens: a objectiva, a predição, o controlo e a generalização, o menor risco de enviesamento, exige menos tempo para a colheita de dados” (Fortin, 1999, p.22).

2.6. População/Amostra

A população “é o conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em conta uma ou várias características semelhantes, sobre o qual assenta a investigação” (Fortin, 1999, p.373).

Para (Quivy, 1998, p.75) “(...) á totalidade destes elementos, ou das unidades constitutivas do conjunto considerado, chama-se população, podendo este termo designar tanto um conjunto de pessoas como de organizações ou de objectos de qualquer natureza.”

A população deste estudo são os alunos do 4º ano de enfermagem da FCS da UEP do Porto do ano lectivo de 2007/2008.

A amostra é “ (...) um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população” (Fortin, 1999, p.202).

De acordo com o mesmo autor esta “(...) deve ser representativa da população visada, isto é, as características da população devem estar presentes na amostra seleccionada.”

Neste estudo a amostra é constituída por 60 alunos do 4º ano de enfermagem da FCS da UFP do Porto do ano lectivo de 2007/2008.

2.6.1. Processo de Amostragem

De acordo com Fortin (1999, p.208), o processo de amostragem “(...) serve para a descrever a estratégia a utilizar para seleccionar a amostra.” Optou-se pelo processo de amostragem não probabilístico, acidental. Quanto ao processo de amostragem ser acidental, segundo Fortin (1999 p.363), é “(...) de tipo não probabilístico em que os elementos que compõem um subconjunto são escolhidos em razão da sua presença num local, num dado momento.”

2.7. Variáveis

Como o próprio nome indica, variáveis é algo que varia, são as propriedades que um investigador se propõe a estudar, estas variáveis assumem diferentes valores.

Segundo (Fortin, 1999, p.37): “(...) um conceito que entra em acção numa investigação são qualidades, propriedades ou características de pessoas ou de situações que são estudadas numa pesquisa”.

Deste modo, as variáveis podem ser medidas, experimentadas ou controladas, dependendo da natureza e do tipo de estudo e a forma de como são utilizadas.

2.7.1. Variável dependente

Fortin (1999,p.37) “(...) é a que sofre o efeito esperado da variável independente: é o comportamento, a resposta ou o resultado observado que e devido à presença da variável independente.”

Esta é a variável de resultado que interessa ao investigador, pois é a resposta, o efeito ou o resultado que o investigador quer explicar.

A variável dependente definida para este estudo é: Os Conhecimentos dos alunos do 4º Ano de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa sobre VIH/SIDA.

2.7.2. Variável Independente

Fortin (1999, p.37) “(...) é aquela a que o investigador manipula no estudo experimental para medir o seu efeito na variável dependente.

Para este estudo foram definidas as seguintes variáveis independentes: a idade, o género, e o estado civil.

2.8. Instrumento de recolha de dados

Todos os passos de um trabalho de investigação são muito importantes, mas a colheita de dados é fundamental para a sua realização. O instrumento de recolha de dados eleito foi o inquérito por questionário. (Fortin, 1999, p. 374) um questionário consiste num “(...) conjunto de enunciados ou questões que permitem avaliar as atitudes, as opiniões e os resultados dos sujeitos ou colher qualquer outra informação junto dos sujeitos.”

É nosso objectivo com a aplicação do questionário conseguir garantir a captação de respostas validas precisas e fidedignas.

Optou-se pelo questionário porque segundo Fortin (1999, p.254):

- Não necessita de presença de investigador, menos dispendioso,
- Abrange um grande número de pessoas, num mesmo período temporal,
- Economiza os meios humanos,
- Obtém-se respostas mais precisas,
- O anonimato é garantido possibilitando maior liberdade nas respostas fornecidas,
- O pesquisador não manipula o inquirido,

- O questionário é uniformizado.

O questionário é constituído por 24 questões fechadas, abertas e mistas, distribuídas por duas partes.

2.8.1. Pré teste

Sempre que é utilizado um questionário para colher dados, este deve ser precedido de um pré-teste, de forma a avaliar a sua eficácia e a pertinência das questões, para que se necessário, possam ser reformuladas. De acordo com Fortin (1999, p.253) “O pré-teste consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada [...] a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas.” O pré-teste foi aplicado a um grupo de 6 alunos da população alvo, não tendo sido necessário reformular nenhuma questão.

2.9. Tratamento de dados

Na colheita de dados é importante a sua organização e interpretação. Para a análise estatística, o tratamento dos dados obtidos através do questionário é feito através do programa estatístico SPSS (Statistical Package for Social Science) versão 16.0, para ambiente Windows.

Para apresentação dos resultados são utilizadas tabelas e a respectiva descrição dos dados. A análise estatística é feita através da estatística descritiva, com as medidas de tendência central (media, moda e mediana), e medidas de dispersão (desvio padrão).

III – Apresentação e análise dos resultados obtidos

No presente capítulo apresentam-se, analisam-se e discutem-se os dados relativos a pesquisa realizada. Estes encontram-se apresentados em tabelas, de modo a esquematizar e facilitar a sua leitura e posterior análise.

Após a realização dos sessenta questionários procedeu-se à sua apresentação e respectiva análise dos resultados. Como já foi referido anteriormente, pretende-se Identificar os conhecimentos dos alunos do 4.º ano de Enfermagem, da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade Fernando Pessoa, acerca da temática do VIH/SIDA.

Os testes realizados na presente pesquisa foram: medidas descritivas. Decidiu-se, para o presente capítulo, tendo em conta que existem várias medidas, que estas fossem transformadas em abreviaturas. Deste modo, as mesmas são representadas da seguinte forma: M=Média; Me=Mediana; Mo=Moda; DP=Desvio Padrão; Mi=Mínimo; Ma=Máximo; N=frequência de indivíduos.

3.1 - Caracterização da Amostra

Quadro 4 – Género da amostra

	N	Percentagem
Masculino	7	11,7
Feminino	53	88,3
Total	60	100,0

A presente amostra é constituída por 60 alunos do 4.º ano de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade Fernando Pessoa. Em termos de género, 53 (88,3%) são do sexo feminino, e 7 (11,7%) são do sexo masculino (Quadro 4).

Quadro 5 – Idade dos inquiridos

N	M	Me	Mo	DP	Mi	Ma
60	22,8	22	22	2,233	21	36

No que se refere à idade dos inquiridos, pode constatar-se pelo (quadro 5) de que a média de idades é de 22,8, a mediana e a moda de 22 respectivamente, e o desvio padrão de 2,233.

Cumulativamente a estes dados, pode perceber-se que há, pelo menos, um indivíduo com 21 anos, e um com 36, sendo estes o mínimo e máximo respectivamente.

Quadro 6 – Estado Civil

	N	Percentagem
Solteiro	60	100,0

Relativamente ao estado civil (Quadro 6), a totalidade dos inquiridos são solteiros (100%).

3.2 – Experiência e opções tidas em conta por parte dos jovens

Quadro 7 – Preferência sexual

	N	Percentagem
Heterossexual	59	98,3
Homossexual	0	0
Bissexual	1	1,7
Total	60	100,0

Quanto à preferência sexual, a maioria da amostra (98,3%) afirma ser heterossexual. Contudo, 1,7% correspondente a 1 indivíduo, afirma ser bissexual (Quadro 7).

Quadro 8 – Já teve relações sexuais?

	N	Percentagem
Sim	54	90,0
Não	6	10,0
Total	60	100,0

Em relação a terem tido relações sexuais, 90% afirmam que já o fizeram, havendo no entanto 10% que admitem nunca terem tido contacto sexual, como é possível ver no (Quadro 8).

Neste ponto, caso a resposta fosse negativa, os inquiridos eram direccionados para a questão n.º 8. As questões seguintes dizem respeito a perguntas relativas à experiência sexual tida anteriormente, quer em termos de parceiros, quer em termos de precauções que possam ter sido tomadas. Deste modo, as próximas questões contam com a frequência de 54 elementos.

Quadro 9 – Idade da primeira relação sexual

Idade	N	Percentagem
12	0	0
13	2	3,7
14	1	1,9
15	2	3,7
16	7	13,0
17	13	24,1
18	13	24,1
19	6	11,1
20	8	14,8
21	1	1,9
22	1	1,9
23	0	0
24	0	0
Total	54	100

Os inquiridos foram questionados com que idade tiveram a sua primeira relação sexual. De acordo com o (quadro 9) é possível verificar que o início das relações sexuais recaem

predominantemente nas idades de 17 e de 18 anos (24,1%) respectivamente, seguidas das idades de 20 anos 14,8%, e 16 anos com 13%.

Quadro 10 – Número de parceiros sexuais

	N	Percentagem
1	27	50,0
2 a 4	18	33,3
Mais do que 4	9	16,7
Total	54	100,0

Em relação ao número de parceiros sexuais, metade da amostra afirma ter tido apenas um parceiro sexual. Já para 33,3% dos inquiridos, o número de parceiros situa-se entre os 2 e os 4, e 16,7% afirmam ter tido mais do que 4 parceiros sexuais (Quadro 10).

Quadro 11 – Relação sexual desprotegida

	N	Percentagem
Sim	43	79,6
Não	11	20,4
Total	54	100,0

De acordo com o obtido no (Quadro 11) os resultados são clarividentes, 80% referem ter tido relações sexuais desprotegidas, enquanto que 20% afirmam o contrário.

De acordo com um estudo realizado entre os jovens portugueses escolarizados de 15-19 nos, apenas 15% demonstram ter conhecimentos correctos sobre os modos de transmissão do VIH. Cerca de 30% refere não ter usado preservativo na última relação sexual. (Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecção VIH/SIDA, 2007).

Quadro 12 – Número de vezes que houve relação sexual desprotegida

	N	Percentagem
Uma	4	9,3
Duas	2	4,7
Mais	37	86,0
Total	43	100,0

Relativamente ao numero de vezes em que houve relação sexual desprotegida (Quadro 12), a maioria (86%) afirma que o acto foi consumado mais do que duas vezes. Enquanto que 9,3% afirmam que tiveram esta postura uma única vez, e 4,7% dos elementos admitem terem-no feito duas vezes.

Quadro 13 – Tipo de parceiro

	N	Percentagem
Parceiro habitual	37	86,0
Parceiro ocasional	6	14,0
Total	43	100,0

Segundo os resultados (Quadro 13) 86% dos inquiridos referem que o parceiro era o habitual. Contudo, 14% admitem que essas relações desprotegidas ocorreram com um parceiro ocasional. Segundo um estudo realizado por Amaro (2004), 39% dos homens utilizam sexo pago e destes 58,5% não usaram preservativo na última relação paga.

Quadro 14 – Utilização de algum método de prevenção nas relações sexuais

	N	Percentagem
Sim	44	81,5
Não	10	18,5
Total	54	100,0

Em relação ao uso de algum método de prevenção nas relações sexuais (Quadro 14) a maioria (81,5%) afirma usar algum método. Contudo, 18,5% afirmam que não utilizam nenhum método de prevenção.

Quadro 15 – Métodos utilizados

	N
Pílula	39
Diafragma	0
Preservativo	33
Coito interrompido	3
Anel vaginal	1
Espermicidas	0
DIU	0
Outros	0

De notar que, tendo em conta que a amostra nesta questão é de 54 indivíduos, o N total vai ser superior dado que cada respondente poderia assinalar mais do que uma questão. Como é possível verificar pelos resultados (Quadro 15) o método mais referido é a pílula (n=39), sendo claramente seguido pelo preservativo (n=33).

Quadro 16 – Qual o meio mais eficaz de prevenção VIH/SIDA

	N	Percentagem
Preservativo	45	83,3
Preservativo e diafragma	5	9,3
Preservativo e Espermicida	1	1,9
Preservativo e Abstenção	1	1,9
Preservativo, Pílula e DIU	1	1,9
Preservativo, Diafragma e Abstenção	1	1,9
Total	54	100,0

No que se refere ao método mais eficaz na prevenção do VIH/SIDA, a grande maioria (83,3%) afirma que é o preservativo o meio mais seguro. Contudo, 9,3% reiteram este método aliado ao diafragma.

Quadro 17 – Quais as razões de nunca ter utilizado preservativo

	N
Ausência de preservativo no acto sexual	3
Motivos religiosos	6
Interfere no prazer sexual	10
O/a companheiro/a não gosta	2
Não gosto	6
Nunca pensou nisso	0
Outro	0

Quando inquiridos os elementos da amostra acerca das razões do não utilizar o preservativo, como se pode verificar, no (quadro 17), o motivo que mais é referido é a interferência que o preservativo provoca no prazer sexual (n=10), seguidamente, referido por 6 indivíduos respectivamente “motivos religiosos” e “não gostar do seu uso”. São também referidos a ausência de preservativo no acto sexual, bem como o parceiro não gostar do seu uso. Além destes valores acabados de referenciar, a opção “outros” não contempla nenhuma resposta.

3.3 – Conhecimentos acerca do VIH/SIDA

Quadro 18 – Conhecimento em relação às DSI

	N	Percentagem
Nenhum	0	0
Medíocre	0	0
Suficiente	13	21,7
Bom	31	51,7
Muito Bom	16	26,7
Total	60	100,0

De acordo com os resultados do (quadro 18) é possível verificar que a maioria dos jovens (51,7%) considera ter bom conhecimento acerca destas doenças. Para 26,7% dos inquiridos os seus conhecimentos são muito bons. Contudo, 21,7% admitem que o seu nível de informação é apenas suficiente.

Quadro 19 – Conhecimento em relação ao VIH/SIDA

	N	Percentagem
Nenhum	0	0
Medíocre	0	0
Suficiente	15	25,0
Bom	33	55,0
Muito Bom	12	20,0
Total	60	100,0

Relativamente aos conhecimentos do VIH/SIDA, para 55% da amostra existem bons conhecimentos acerca do VIH/SIDA; 20% afirmam ter conhecimentos muito bons; ao passo que 25% dos jovens sentem que a informação que detêm é apenas suficiente.

Quadro 20 – Já ouviu falar em VIH/SIDA

	N	Percentagem
Sim	59	98,3
Não	1	1,7
Total	60	100,0

De acordo com os resultados (quadro 20), 98,3% dos inquiridos já ouviram falar sobre o VIH/SIDA. Contudo, existe um inquirido que afirma não ter ouvido falar acerca da temática em causa.

Quadro 21 – O VIH/SIDA é uma doença sexualmente transmissível?

	N	Percentagem
Sim	60	100,0
Não	0	0

De acordo com o (quadro 21), podemos verificar que todos os inquiridos (100%), referem que o VIH/SIDA é uma doença sexualmente transmissível.

Quadro 22 – Como classifica o VIH/SIDA

	N	Percentagem
Bactéria	0	0
Fungo	0	0
Vírus	60	100
Parasita	0	0
Total	60	100

De acordo com resultados no que diz respeito a determinadas informações acerca do VIH/SIDA, a totalidade dos jovens é unânime ao afirmarem que o VIH/SIDA pode ser classificado como um vírus (Quadro 22).

Quadro 23 – Como se contrai o VIH/SIDA

	N
Picadas de insectos	2
Nível sexual	60
Transplantes	32
Transfusões de sangue	54
Saliva	3
Lágrimas	0
Tocar num indivíduo com VIH/SIDA	0
Outros	0

Quando questionados acerca de como se contrai o VIH/SIDA, 60 dos inquiridos referem o contacto sexual como sendo uma forma de contrair a doença, seguidamente, 54 referem as transfusões de sangue, 32 dos inquiridos referem os transplantes e surge ainda a picada de insecto para 2 dos inquiridos. Além destes valores acabados de referenciar, a opção “outros” não contempla nenhuma resposta. (Quadro 23).

De acordo com o modo de transmissão que se verificou num inquérito a portugueses, em que 30,4% consideravam que a infecção se transmite pelo beijo, 29,5% pelo uso de casas de banho, 29,5% pela picada de insecto, 22,7% pela tosse e espirro, 18,1% pela comida e talheres, e 5,3% pelo aperto de mão. (Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecção VIH/SIDA, 2007).

Quadro 24 – Já contraiu o VIH/SIDA?

	N	Percentagem
Não	60	100
Sim	0	0

De acordo com o obtido, a totalidade afirma claramente que nunca contraiu o VIH/SIDA (Quadro 24).

Quadro 25 – Realização de exames de diagnóstico

	N	Percentagem
Sim	36	60,0
Não	24	40,0
Total	60	100,0

Cumulativamente a esta questão, foram questionados acerca da realização de exames de diagnóstico do VIH/SIDA. Os resultados obtidos demonstram que 60% dos entrevistados admitem já ter feito exame de despistagem do VIH/SIDA, sendo que 40% nunca o fizeram (quadro 25).

De entre os exames efectuados, a totalidade da amostra (que fez exames) afirma que estes foram realizados através de análises sanguíneas.

Quadro 26 – Obtenção dos meios de prevenção

	N
Centro de saúde	49
Amigos	51
Familiares	50
Cartazes	43
Comunicação Social	55
Através da Licenciatura	57
Livros	50
Outros	4

Relativamente à fonte onde os inquiridos obtiveram os conhecimentos, as respostas são variadas, uma vez que cada elemento da amostra pode seleccionar varias opções, logo o N-60 não pode ser utilizado.

Com isto, e analisando directamente os resultados (Quadro 26) é possível verificar que o meio mais mencionado pelos jovens foi a obtenção de informação através da licenciatura (n=57). Já a comunicação social desempenha, um papel preponderante na temática em causa, dado que a mesma foi referida por 55 jovens. Seguem-se os amigos (n=51) e, de seguida, os familiares (n=50), bem como os livros (n=50), que são também meios onde puderam ser obtidas informações. Por fim, o Centro de Saúde (n=49) e os cartazes (n=43). Além destes valores acabados de referenciar, a opção “outros” contempla 5 respostas, as quais referem que o ensino básico (n=1); a Internet (n=2); a Tv. (n=1) e a pesquisa (n=1) são também meios onde os inquiridos puderam adquirir conhecimentos acerca dos meios de prevenção para o VIH/SIDA.

Quadro 27 – Hábito de falar com os pais acerca da temática

	N	Percentagem
Sim	32	53,3
Não	28	46,7
Total	60	100,0

Quando questionados acerca de falarem deste tema com os pais, os resultados são os seguintes (Quadro 27): 53,3% afirmam ter por hábito falar com os pais acerca do assunto, porém, 46,7% referem que não é normal que este assunto seja discutido no seio familiar.

Quadro 28 – Início da formação sobre educação sexual

	N	Percentagem
1º Ciclo (Ensino Básico)	14	23,3
2º Ciclo (5º/6º ano)	20	33,3
3º Ciclo (7º/8º/9º ano)	26	43,3
Total	60	100,0

Relativamente ao ensino sobre educação sexual, de acordo com o obtido (Quadro 28) o mesmo deve ser iniciado no 3.º ciclo (7.º, 8.º e 9.º ano) sendo que foi referido por 43,3% da amostra. Porém, 33,3% afirma ainda que este ensinamento deve começar no 2.º ciclo, havendo ainda 23,3% a referirem que deveria ser logo no 1.º ciclo o início da educação sexual.

Quadro 29 – Participação em formação sobre educação sexual

	N	Percentagem
Sim	46	78,3
Não	14	21,7
Total	60	100,0

Relativamente à participação em formação sobre educação sexual verifica-se que 78,3% dos elementos da mostra referem ter participado. Contudo, 21,7% admitem nunca terem participado neste tipo de eventos relacionados com a temática em causa.

Quadro 30 – Locais de participação de formação sobre educação sexual

	N	Percentagem
Centro de Saúde	8	17,4
Estabelecimento de Ensino	38	82,6
Outros	0	0
Total	46	100

Os locais referenciados (quadro 30) são claramente dois: 82,6% afirmam que foi no estabelecimento de ensino que tiveram esta formação, enquanto que os 17,4% dizem que foi no Centro de Saúde onde ocorreram as acções de formação. Além destes valores acabados de referenciar, a opção “outros” não contempla nenhuma resposta.

Quadro 31 – Grau de conhecimento adquirido nas formações

	N	Percentagem
Nenhum	0	0
Medíocre	1	2,2
Suficiente	20	43,5
Bom	24	52,2
Muito Bom	1	2,2
Total	46	100,0

Relativamente ao grau de conhecimento que os inquiridos revelam ter obtido na acção de formação (quadro 31) a maioria, 52,2%, considera que o nível de aproveitamento foi bom; já para 43,5% consideram que foi suficiente; para 2,2% foi medíocre; e muito bom respectivamente.

3.4 – Percepção e comportamentos aparentes dos doentes com VIH/SIDA

Quadro 32 – Contacto com doente portador de VIH/SIDA

	N	Percentagem
Sim	53	88,3
Não	7	11,7
Total	60	100,0

Questionados se, alguma vez, estiveram em contacto com algum portador de VIH/SIDA, 88,3% dos inquiridos afirmam já ter tido convivência com estes doentes. Porém, 11,7% afirmam que nunca tiveram contacto (quadro 32).

Quadro 33 – O que lhe inspira um doente com VIH/SIDA

	N
Medo	22
Nojo	0
Ódio	0
Compaixão	21
Indiferença	2
Solidariedade	50
Outros	4

No entender dos jovens da amostra, um doente com VIH/SIDA inspira, sobretudo, solidariedade (n=50). Conjuntamente, o medo (n=22) e a compaixão (n=21) são claramente tidos em conta. Além da indiferença (n=2), na opção “outros”, foram referidos o receio (n=1); o respeito (n=1); a incerteza (n=1); bem como os cuidados acrescidos a este tipo de doentes (n=1) (quadro 33).

Quadro 34 – Sentimento provocado pela SIDA

	N
Desagradável	14
De desconfiança	13
De repulsão	1
De pena	4
De perigo	42
De indiferença	1
De solidariedade	30
Outro	4

Relativamente ao sentimento que a SIDA provoca (quadro 34), é possível verificar que aquele que mais é mencionado é “de perigo” (n=42), seguido “de solidariedade” (n=30). São também enunciados o sentimento “de desagradável” (n=14); “de desconfiança” (n=13); “de pena” (n=4); “de repulsão” e “de indiferença”, com (n=1) respectivamente. Além disso, na opção “outros” foram referidos o sentimento “de medo”, e o “de receio” com (n=2) respectivamente.

Quadro 35 – Comportamento das pessoas face a um doente com VIH/SIDA

	N
Correcto	13
Discriminatório	45
Agressivo	8
Tolerante	6
Intolerante	16
Indiferente	4
Outros	2

No que diz respeito ao comportamento das pessoas face aos doentes com VIH/SIDA (quadro 35), é claramente evidente de que o sentimento “discriminatório” (n=45) é aquele mais assinalado. Além disso, o sentimento “intolerante” (n=16) é bastante assinalado. Porém, para

13 respondentes, o sentimento é o “correcto” e, para 6 elementos, é “tolerante”. Na opção outros, foi referenciado o “receio” (n=2).

Quadro 36 – Aceitação de uma pessoa infectada

	N
Como Namorado (a)	10
Como Amigo (a)	52
Como Colega de Trabalho	49

Quando questionados se aceitam uma pessoa infectada com VIH/SIDA como namorado(a), como amigo(a), ou como colega de trabalho, os resultados (quadro 36) evidenciam para 52 inquiridos referem que teriam sem problema algum um infectado “como amigo(a)”; 49 referem “como colega de trabalho”; ao passo que só 10 pessoas teriam um infectado com VIH/SIDA “como namorado(a)”.

Quadro 37 – Comportamentos de prevenção tomados pelos seropositivos

	N
Não ter qualquer tipo de relação sexual	2
Não beijar nem acariciar ninguém	0
Evitar ter relações sexuais	5
Isolar-se completamente	0
Usar preservativo quando têm relações sexuais	59
Não partilhar objectos pessoais	50
Cuidar da sua higiene pessoal	51

Relativamente aos comportamentos de prevenção que deveriam ser tomados pelos seropositivos (quadro 37) os elementos da amostra afirmam claramente o uso do preservativo aquando das relações sexuais (n=59). Seguidamente, o cuidar da higiene pessoal (n=51) e o não partilhar objectos pessoais (n=50) são também referenciados como comportamentos de prevenção. Existem ainda 5 jovens que referem que os seropositivos deveriam evitar as

relações sexuais, do mesmo modo que 2 deles referem que este tipo de doentes não deveria ter qualquer tipo de relação sexual.

Conclusão

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) e o síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), representam, em todo o mundo, e ao longo dos últimos vinte e cinco anos uma causa fundamental de doença e de morte, atingindo preferencialmente adultos jovens, e afectando com intensidade extrema o desenvolvimento demográfico e social das populações mais pobres, constituindo globalmente uma ameaça ao desenvolvimento, ao equilíbrio internacional e à segurança.

A realização deste trabalho permitiu adquirir e aprofundar conhecimentos através da pesquisa bibliográfica realizada em torno da temática, sendo bastante benéfico para formação pessoal. Permitiu também atingir os objectivos que tinham sido propostos, assim como dar respostas às questões de investigação inicialmente delineadas.

Com a realização deste estudo foi possível extrair algumas conclusões pertinentes, acerca dos conhecimentos dos alunos do 4º ano de enfermagem da FCS-UEP sobre o VIH/SIDA.

Conclui-se que o início das relações sexuais ocorre por volta dos 13-20 anos. A maior parte dos elementos da amostra admite ter tido pelo menos uma vez relações sexuais desprotegidas, e foi consumado mais do que duas vezes.

É importante referir, que no que concerne ao uso de algum método de prevenção nas relações sexuais, a maior parte afirma que usa, e entre os mais usados encontra-se a pílula e o preservativo.

Quanto aos conhecimentos acerca do VIH/SIDA, 55% dos inquiridos afirmam ter bons conhecimentos. Quando questionados com perguntas chave como: O VIH/SIDA é uma doença sexualmente transmissível?; Como classifica o VIH/SIDA?; e Como se contrai o VIH/SIDA?, as respostas corroboram o afirmado anteriormente.

Por ultimo, sendo os profissionais de saúde em geral, e os enfermeiros em particular, os principais obtentores de informação sobre estilos de vida saudáveis, cabe a estes elaborar

estratégias para fornecer todas essas informações com o intuito de melhorar a saúde da população.

Cabe também às instituições de ensino, ministrar toda a informação disponível aos futuros profissionais, para que estes possam realizar o seu “papel”, ou seja desenvolverem competências na educação para a Saúde.

Introduzir nos currículos escolares do Curso da Licenciatura em Enfermagem, seminários, debates, sobre a problemática do VIH/SIDA, para que os alunos interiorizem conceitos e adquiram competências na promoção da saúde e prevenção da doença.

A sociedade deve também, ser vista como um meio de mudança dos hábitos e comportamentos de risco desta pandemia.

Bibliografia

- Aids Portugal [Em linha]. Disponível em <http://www.aidsportugal.com/>. [Consultado em 23/02/04].
- Aldir, I. e Doroana, M. (2006). *25 Perguntas, frequentes sobre a infecção por VH*. Porto, Porto Editora.
- American Internacional Aids Foundation. [Em linha]. Disponível em www.aids.cm. [Consultado em 3/05/08].
- Amaro, H. (2004). *Os tratamentos anti-retrovirais*. Lisboa: Climepsi.
- Andrade, M. I. (1992). *Entre a SIDA e a Vida*. Porto, Porto Editora.
- André, M. R. (1998). *Apoio domiciliário a indivíduos infectados pelo VIH*. Lisboa: Ideias Virtuais.
- Barre-Sinoussi, F. e Chermam, J. (1989). *SIDA. Perguntas e Respostas*. Lisboa, Editorial Caminho.
- Bernex, R. (1986). *SIDA*. Lisboa: Climepsi.
- Bisquerra et al. (2004). *Introdução à Estatística – Enfoque informático com o pacote estatístico SPSS*. São Paulo, Artmed Editora.
- Busch, M. P. e Satten, G. A. (1997). *Time course of viremia and antibody seroconversion following human immunodeficiency virus exposure*. Lisboa, Editorial Caminho.
- Caetano, J. A. (2001). *Portugal 2000: á descoberta de desafios partilhados na luta contra a SIDA*. Porto, Porto Editora.
- Castro, R., S.(2006). X reuniões sobre VIH/SIDA. *Revista informação sobre a Sida*, nº5. p.8.
- Center for Disease Control and Prevention. [Em Linha]. Disponível em www.cfdcp.pt [Consultado em 19/10/07].
- Claudel, C. (1992). *Entre a Sida e a Vida*. Porto, Porto Editora.

Cláudio, V., & Mateus, M. (2000). *Sida: eu e os outros*. Lisboa: Climepsi.

Confederacions de Organismos No Governamentals Mexicanos Contra el Sida.(1993). *Manual estilos de vida y cuidados especiales para personas que vivem com VIH*. México, México Editora.

Comissão Nacional de luta contra a SIDA. (2002). *Evolução para a saúde na escola para a prevenção da sida e de outras doenças sexualmente transmissíveis*. Lisboa, Editorial Caminho.

Costa, N. (1999). Toxicodependentes seropositivos em tratamento. *Revista Toxicodependente*, nº 2, pp.33-42.

Daurel, R. e Montagnier, L. (1994). *A SIDA*. Lisboa: A biblioteca básica da Ciência e Cultura. Instituto Piaget.

Debra, J. (1994). *HIV positivo: Vivendo com SIDA*. Lisboa, Editorial Caminho.

Faria, A. S. L. (1991). *Orientação para a gestão de cuidados de enfermagem a prestar a pessoas infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)*. Lisboa: Climepsi.

Feinberg, M. B. (1996). *Changing the natural history of HIV disease*. The Lancet. Porto, Porto Editora.

Ferreira, A. e Martinez, L. (2007). *Análise de Dados com SPSS*. Lisboa, Escolar Editora.

Ferreira, A.D. (2002). *HIV/SIDA*. Porto, Porto Editora.

Ford, M. (1992). *Contra a Sida: 100 perguntas e 100 respostas*. Lisboa: Climepsi.

Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização*. Loures, Lusociência.

Fortin, M. F. (2000). Conferência: O contributo da Investigação no desenvolvimento dos conhecimentos em ciências de Enfermagem”. *Revista Investigação em Enfermagem*, nº1. p. 22.

- Goldmeier, D. (1987). *Os aspectos psicológicos da SIDA*. Lisboa, Climepsi.
- Grilo, A. M. (2001). *Temáticas Centrais implicadas na vivência da infecção por VIH/SIDA*. Porto, Porto Editora.
- Grmek, M. (1994). *Historia da Sida*. Lisboa:relógio D'Água.
- Grmek, M. (1990). *Historia da Sida*. Lisboa:relógio D'Água.
- Guedes, F. (1995). *Vírus, Sida e Sociedade Humana*. Lisboa, Planeta Editora.
- Guerra, M. P. (1998). *Sida. Implicações Psicológicas*. Lisboa, Fim de século edições.
- Guerra, M. P. (1997). Resultados da aplicação de um modelo de adaptação psicológico numa população seropositiva: reflexões decorrentes sobre qualidade de vida. 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. *Actas da Sociedade Portuguesa de Psicologia a Saúde*. J., M., Pais Ribeiro: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Holland, J. C. e Tross, S. (1998). *The psychosocial and neuropsychiatric sequelae of the AIDS and related disorders*. Lisboa, Lidel.
- InfoSida. [Em Linha]. Disponível em www.Roche.pt/sida/estatsticas/sites.cfm [Consultado em 19/10/07].
- Instituto Nacional de Estatística. [Em linha] Disponível em : www.inec.pt [Consultado em 27/04/08]
- Isselbacher et al (1994). *Doença do vírus da imunodeficiência Humana (HIV)*. In: isselbacher et al (Ed.) *Medicina Interna*. México, Nueva Editorial Interamericana.
- Krešević, D. (1995). Tratamento de pessoas com infecção por HIV & AIDS. In: Phipps et al (Ed). *Enfermagem Médico-Cirúrgica*. (2º Edição). Lisboa. Lusodidacta
- Mansinho, K., Vieira, A., Antunes, F., Sares, A., Marques, P., S. (2005). *Manual prático para a pessoa com VIH*. Lisboa, Permanyer Portugal.

- Morel, A. e Fontaine, B. (1998). *Cuidados aos toxicodependentes*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Moreno, M. J. C. (2004). *VIH 2004*. Flying Publisher.
- Organização Mundial de Saúde. (2006). *Clinical Staging and Immunological Classification of HIV/AIDS and case definitions of HIV and related conditions*. Draft for public review.
- Pessoa, U.F. (1999). *Manual de Estilo de Elaboração de Monografias*. Porto, Edições Fernando Pessoa.
- Pereira, J., Tavares, L. (2002). Retrovirus. In: Ferreira et al (ed). *Microbiologia*. Lisboa, Lidel.
- Quivy, R., Champenhoudt, L. V. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa, Gradiva Publicações.
- Remien, R. H. e Rabkin, J. C. (2001). *Psychological aspects of living with HIV disease: a primary care prespective*. Lisboa, Planeta Editora.
- Remor, E. A. (1999). *Abordagem psicológica do AIDS através do enfoque cognitivo comportamental. Psicologia Reflexão e Critica*. Porto, Porto Editora.
- Ribeiro, J. S. (1995). *Dependência ou Dependências? Incidências históricas na formalização dos conceitos. Toxicodependências*. Lisboa: Climepsi.
- Salomão, D. (1992). Os vírus da imunodeficiência humana – HVI 1 e HIV 2 . *Revista Brasileira de Clínica e Terapêutica*, nº 7. p.13.
- Salomão, D. (1994). Visceral leishmaniasis and acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). *Revista do Instituto de Medicina*, nº 9. p.7.
- Sousa, A. E. (2002). *CD4+ T-Cell depletion in HIV infection: are we closer to understanding the cause?* Lisboa: Climepsi.
- UNAIDS. [Em Linha]. Disponível em www.unaids.org. [Consultado em 19/10/07].

Anexo I

Instrumento de colheita de dados

Vera Cristiana Veloso Azevedo

“Os Conhecimentos dos alunos do 4º Ano de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa sobre VIH/SIDA.”

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde
Licenciatura de Enfermagem

Porto, 2008

Vera Cristiana Veloso Azevedo, aluna do 4º ano a frequentar o Curso da Licenciatura de Enfermagem na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, solicitado para a elaboração de uma monografia, subordinada ao tema **“Os Conhecimentos dos alunos do 4º Ano de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa sobre VIH/SIDA”** que tem como objectivos:

- Identificar os conhecimentos dos alunos do 4º Ano de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa sobre VIH/SIDA.

Solicito a sua colaboração no preenchimento do questionário que se segue.

Informação sobre o questionário:

Este questionário é anónimo e garante-se a total confidencialidade dos dados.

Caso tenha alguma dúvida em relação a alguma pergunta ou não quiser responder por favor não se sinta pressionado a responder.

Este questionário tem como duração 10 minutos.

Desde já agradece-se a Vossa disponibilidade para responder a este questionário.

Muito obrigado pela sua atenção e colaboração.

A aluna:

Vera C. Veloso Azevedo

(Vera Cristiana Veloso Azevedo)

I – Caracterização da Amostra

1 – Género

Masculino

Feminino

2 – Idade: _____

3 – Estado Civil: _____

II – Conhecimentos sobre VIH/SIDA:

1 – Preferência Sexual:

Heterossexual

Homossexual

Bissexual

2 – Já teve Relações Sexuais?

Sim

Não

(Se respondeu não, passe para a questão nº 8)

2.1 - Com que idade teve a sua 1ª relação sexual? _____

3 – Quantos parceiros sexuais já teve?

1

2 a 4

Mais

4 – Alguma vez teve alguma relação sexual desprotegida?

Sim

Não

4.1 – Se sim quantas vezes?

Uma

Duas

Ou mais

4.2 – Com quem teve essa relação?

Parceiro habitual

Parceiro ocasional

5 – Costuma utilizar algum método de prevenção nas relações sexuais?

Sim

Não

5.1 – Se sim quais?

Pílula

Diafragma

Preservativo

Coito interrompido

Anel vaginal

Espermicidas

DIU

Outros?

Quais? _____

6 – Indique qual o meio mais eficaz de prevenção do VIH/SIDA?

7 – Se nunca utilizou preservativo qual/quais a/as razões?

- Não gosto
- Ausência de preservativo no acto sexual
- Motivos religiosos
- Interfere no prazer sexual
- Nunca pensou nisso
- O/a companheiro/a não gosta
- Outra?

Qual? _____

8 – Como classifica o seu grau de conhecimentos em relação as Doenças Sexualmente Transmissíveis?

- Nenhum
- Medíocre
- Suficiente
- Bom
- Muito Bom

9 - Como classifica o seu grau de conhecimentos em relação ao VIH/SIDA?

- Nenhum
- Medíocre
- Suficiente
- Bom
- Muito Bom

10 – Já ouviu falar em VIH/SIDA?

- Sim
- Não

11 – O VIH/SIDA é uma doença sexualmente transmissível?

- Sim
- Não

12 – Como classifica o VIH/SIDA?

- Bactéria
- Fungo
- Vírus
- Parasita

13 – Como se contrai o VIH/SIDA?

- Picadas de insectos
- Nível sexual

Os Conhecimentos dos alunos do 4º Ano de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da
Universidade Fernando Pessoa sobre VIH/SIDA

- Transplantes
- Transfusões de sangue
- Saliva
- Lágrimas
- Tocar num indivíduo com VIH/SIDA
- Outros?
Quais? _____

14 – Já contraiu o VIH/SIDA?

- Sim
- Não

15 - Alguma vez realizou exames de diagnostico do VIH/SIDA?

- Sim
- Não

15.1 – Se sim qual/quais?

- Análises sanguíneas
- Outros?
Quais? _____

16 - Onde obteve conhecimento dos meios de prevenção?

- Centro de saúde
- Amigos
- Familiares

- Cartazes
- Comunicação social
- Através da Licenciatura
- Livros
- Outros?

Quais? _____

17 – Tem por hábito falar deste tema com os seus pais?

- Sim
- Não

18 – Na sua opinião a formação sobre educação sexual deve ser iniciada?

- 1ºciclo (ensino básico)
- 2ºciclo (5º/6º ano)
- 3ºciclo (7º/8º/9º ano)
- Secundário (10º/11º/12º ano)
- Ensino superior

19 - Já participou em alguma formação sobre educação sexual?

- Sim
- Não

19.1 – Se sim, onde?

- Centro de saúde

Estabelecimento de ensino

Outros?

Quais?

19.2 – Como classifica o grau de conhecimento obtido na acção de formação?

Nenhum

Medíocre

Suficiente

Bom

Muito Bom

20 – Já esteve em contacto com algum doente portador de VIH/SIDA?

Sim

Não

20.1 – Um doente com VIH/SIDA inspira?

Medo,

Nojo,

Ódio,

Compaixão,

Indiferença,

Solidariedade,

Outro,

Qual?

21 – A SIDA provoca-lhe um sentimento?

- Desagradável,
- De desconfiança,
- De Repulsão,
- De pena
- De perigo,
- De indiferença,
- De solidariedade,
- Outro,

Qual? _____

22 – Como descreve o comportamento das pessoas face a um doente com VIH/SIDA?

- Correcto,
- Discriminatório,
- Agressivo,
- Tolerante,
- Intolerante,
- Indiferente,
- Outro,

Qual? _____

23 – Aceitaria uma pessoa infectada com VIH/SIDA?

- Como namorado (a),
- Como amigo (a),
- Como colega de trabalho,

24 – Que comportamentos de prevenção deveriam ter os seropositivos (selecione até três opções)?

- Não ter qualquer tipo de relação sexual,
- Não beijar nem acariciar ninguém,
- Evitar ter relações sexuais,
- Isolar-se completamente,
- Usar preservativo quando tem relações sexuais,
- Não partilhar objectos pessoais,
- Cuidar da sua higiene pessoal,

Obrigado pela sua colaboração!