



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

**INFECÇÃO POR VIRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA EM CABINDA,
ANGOLA – CONHECIMENTO, ATITUDES E PERCEÇÃO DE RISCO DOS PROFISSIONAIS
DE SAÚDE**

Tese apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto, para obtenção do grau de mestre em INFECÇÃO POR VIH/SIDA

Maria Sandra da Piedade Malonda Goma Teixeira

Setembro, 2009



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

**INFECÇÃO POR VIRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA EM CABINDA,
ANGOLA – CONHECIMENTO, ATITUDES E PERCEÇÃO DE RISCO DOS PROFISSIONAIS
DE SAÚDE**

Tese apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto, para obtenção do grau de mestre em INFECÇÃO POR VIH/SIDA

Maria Sandra da Piedade Malonda Goma Teixeira

Setembro, 2009

“Não são as más ervas que afogam a boa semente, mas sim a negligência do camponês.”

Confúcio

RESUMO

Mais da metade das novas infecções por vírus de imunodeficiência humana (VIH), a nível mundial, ocorre na África subsaariana, onde se localiza Cabinda, província angolana situada a Norte do país. Nesta parcela de Angola, a infecção por VIH, para além de ainda ser considerada, por muitos, como um mito (parte de crenças infundadas), é um factor de exclusão e de discriminação social. A ausência de fármacos eficazes para o tratamento desta infecção reforça a importância das medidas de controlo e de prevenção da mesma. Estas medidas visam, essencialmente, a não propagação de VIH e, para tal, é fundamental haver mudança de comportamentos e de atitudes. A OMS (WHO, 1992) tem vindo a insistir, no sentido de se implementarem estratégias educacionais que visem alterar ou anular os comportamentos de risco. Para esta organização, estas medidas devem ser mantidas como intervenções básicas para a prevenção e controlo da disseminação da pandemia causada por VIH. Assim, é fundamental conhecer e compreender os factores que estão associados a esta problemática.

Para contribuir na reflexão sobre os cuidados de saúde prestados aos portadores de VIH, na cidade de Cabinda e de forma a impulsionar a sua optimização, este estudo tem como objectivo principal a compreensão do conhecimento, atitude e percepção de risco por parte dos profissionais de saúde em relação a VIH.

O estudo, descritivo e exploratório, incide sobre um conjunto de dados recolhidos a partir de 255 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos de diagnóstico e terapêutica), vinculados a sete instituições hospitalares da cidade de Cabinda e com experiências de trabalho com infectados por VIH. Sexo, idade, origem étnica, normas culturais, estatuto socioeconómico e cultural foram as variáveis escolhidas. Para além da análise documental, os dados foram recolhidos através de questionário de caracterização e análise com uma escala de atitudes, utilizando perguntas abertas para a caracterização de aspectos relacionados com a percepção sobre os riscos que os mesmos possuem sobre VIH. A análise dos dados foi realizada com recurso ao software SPSS (Statistical Program for Social Sciences), versão 13.0. O tratamento das questões abertas foi efectuado através da análise de conteúdo.

Os resultados obtidos sugerem que a faixa etária, o tempo de exercício profissional, o grau académico, a instituição de saúde em que se trabalha, o facto de frequentar/colaborar em formações (palestras, reuniões, seminários, sessões de educação para a saúde) interferem com o conhecimento, as atitudes e a percepção de risco dos profissionais de saúde inquiridos. Reconhece-se uma escassez de informação sobre o tema em estudo, sendo a imprensa e a televisão apontados alguns dos poucos meios disponíveis. Assim, emerge a necessidade urgente de o poder político proporcionar condições de valorização profissional que motive os profissionais de saúde para acções complementares de formação que os muna de saberes/competências sobre a infecção por VIH/SIDA, de forma a responderem às inúmeras situações com que se vêem confrontados. De uma forma geral, estes resultados poderão contribuir para o estabelecimento de estratégias de intervenção preventivas e para o desenvolvimento de políticas de promoção da saúde nas comunidades em que são prestados os cuidados.

Palavras-chave: VIH, profissionais de saúde, conhecimentos, atitudes, percepção, risco, cuidados, Angola, Cabinda.

ABSTRACT

More than half of new infections provoked worldwide by HIV occur in the sub-Saharan African region, where Cabinda (a northern province in Angola) is located. In this part of the country, the HIV infection is considered, by many, a myth (originated in misbelief) as well as a factor of exclusion and social discrimination. The lack of effective medicines to treat this kind of infection reinforces the importance of control measures to provide for prevention.

These measures aim essentially at decreasing the transmission of HIV infection and they are based on changing behaviour and attitudes. The 'WHO', since 1992, has been insisting on the promotion of educational measures, seeking to alter or wipe out risky behaviours. According to this organization, these are basic procedures in order to ensure the control of prevention and dissemination of an aids pandemic being therefore essential to know and understand the factors associated to this problem.

The purpose of the present study is to contribute for the reflection upon the health care given to HIV patients in the town of Cabinda, being its main objective to get to know the professionals' knowledge, attitudes and risk awareness in relation to HIV.

This study is mainly descriptive and exploratory, based on data taken from 225 health professionals (doctors, nurses together with diagnosis and therapist technicians), linked to seven hospitals and institutions from Cabinda, accustomed to work with patients with HIV. Gender, age, ethnical origin, cultural rules, socio-cultural and cultural status were the chosen social variables.

Besides the documental analysis, the data were collected using a survey of characterization and analysis with a scale of attitudes, with open questions to portray aspects related to the perception of risks acknowledged by professionals, about HIV. The analysis was made by means of SPSS (Statistical Program for Social Sciences) software, version 13.0, attached to Windows. Question dealing was conducted through content analysis.

The results suggest that age, professional experience, academic degree, the type of health institution where one works, and the fact of taking or not part in training sessions such as lectures, meetings, seminars and sessions for health education, interfere with knowledge, attitude and awareness of risk for the health professionals inquired. There is insufficient information about this theme, being that press and television are some of the few available means. There is thus urgent need for political power to provide for technicians to improve their formation and their skills on HIV/AIDS infection, so that they can cope with the countless daily challenges and situations.

In general, the results could contribute for the establishment of prevention strategies and for the development of policies that promote health care in communities.

Key words: HIV, health professionals, knowledge, attitudes, perception/ awareness, risk, health care, Angola, Cabinda

Agradecimentos

À Professora Doutora Emília Valadas, orientadora e colaboradora deste trabalho, pelo apoio e amizade, pelo interesse, disponibilidade e carinho demonstrados e ainda pelo rigor científico, críticas e sugestões que se mostraram indispensáveis para a coerência deste trabalho.

O meu apreço perene à mãe Fátima Malonda, que foi uma fonte de inspiração constante.

Ao meu “Luzôlo” Mário, pela paciência, força e apoio incondicional, contributo fundamental para a minha estabilidade emocional.

Aos meus irmãos Amaral, Joca, Naló e Bé... aos sobrinhos Edy, Magno, Dó, Raul, Vana e Ângelo que toleraram a minha ausência desmesurada por vários anos.

Ao tio Cubola, pelo apoio, interesse e disponibilidade demonstrada, pelas críticas e sugestões requeridas na preparação deste trabalho.

Ao titio Futy e tio Neu...um obrigada muito especial.

A tia Rosa e Primo Fernando Puna, que apesar da distância demonstraram sempre a sua atenção e dedicação.

À minha grande amiga Heulla Afonso “Mimi”, que sempre acreditou na finalização deste trabalho, pelas palavras de incentivo e encorajamento transmitidas.

Aos amigos Belinha Medeiros, Carlos Pululu, Ester e Clô Basílio, Pedro Franque, Viviane Brito, Sarellys Llanes e Rui Alpoim pelo apoio e amizade demonstrados.

À Ana Carla, Ana Costa, Andreia, Augusta, Bárbara, Marta G, M^a do Céu, Núria, Patrícia Silva, enfermeiras do Centro Hospitalar de Lisboa (Zona Central) – Hospital S. José (Serviço 9-2) pela amizade, compreensão e disponibilidade na troca de turnos.

A todos aqueles que estiveram nesta grande caminhada...

Ao pai Alberto Goma e mana Marisa Goma
pela sua presença
na ausência.

Lista de Abreviaturas e símbolos

AAS	Associação dos Amigos da Sida
ADN	Ácido desoxirribonucleico
ARN	Ácido ribonucleico
ARVs	anti-retrovirais
ATV	Atendimento e Testagem Voluntária
AZT	Zidovudina
CATV	Centro de Atendimento e Testagem Voluntária
CDC	<i>Centers for Disease Control</i>
C. t.	<i>Cercocebus torquatus</i>
CFRs	Formas recombinantes circulantes
CVA	Cruz Vermelha de Angola
ELISA	<i>Enzyme Linked Immunosorbent Assay</i>
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
HCC/HPC	Hospital Central de Cabinda/Hospital Provincial de Cabinda
HTLV-I	<i>Human T-cell Lymphotropic Virus type 1</i>
INLS	Instituto Nacional de Luta contra a SIDA
IP	Inibidores da protease
IST	Infecções sexualmente transmissíveis
LAV	<i>Lymphadenopathy-Associated vírus</i>
MINSA	Ministério da Saúde de Angola
NEPAD	<i>New Partnership for Africa's Development</i>
NITR	Nucleósidos inibidores da transcriptase reversa
NNITR	Não nucleósidos inibidores da transcriptase reversa
NtTR	Nucleótido inibidor da transcriptase reversa
ODM	Objectivos de desenvolvimento do milénio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG`s	Organizações não governamentais
ONUSIDA	Organização das Nações Unidas para a SIDA
PALOP	Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

PCD	Programa de cuidados domiciliários
PCDC	Programa de cuidados domiciliários de Cabinda
PPEO	Profilaxia pós-exposição ocupacional
PVD	Países em vias de desenvolvimento
SIDA	Síndrome de imunoDeficiência adquirida
SIVcpz	Vírus de imunodeficiência símia – chimpanzé
SIVmac	Vírus de imunodeficiência símia/macaca
SPSS	<i>Statistical Program for Social Sciences</i>
TARV	Terapêutica anti-retroviral
UDI	Utilizadores de drogas injectáveis
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VIH	Vírus da imunodeficiência humana

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	10
a. Objectivos.....	11
b. Justificação da escolha do tema e do local de realização do estudo	11
c. Dificuldades do estudo	12
1. PROBLEMÁTICA.....	13
1.1. Atitudes: sua importância no Cuidar	14
2. CARACTERIZAÇÃO SOCIOLÓGICA DE CABINDA (ANGOLA).....	15
2.1. Vírus de imunodeficiência humana na cidade de Cabinda.....	17
2.1.1. Componente regional.....	21
2.1.2. Componente cultural e socioeconómica.....	21
2.1.3. Componente psicológica	23
2.1.4. Componente sexual.....	24
3. IMPACTO DO VIRUS DE IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (VIH) — CONHECIMENTO, ATITUDES E PERCEPÇÃO DE RISCO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	25
3.1.1. Representações sociais do vírus da imunodeficiência humana (VIH).....	29
4. CONCEITOS DESCRITIVOS DA PATOLOGIA: VÍRUS DE IMUNODEFICIÊN- CIA HUMANA (VIH)	31
4.1. A génese	31
4.2. O conceito.....	32
4.3. As espécies	33
4.4. VIH-1	34
4.4.1. VIH-2	34
4.5. Métodos e vias de transmissão	35
4.6. Sintomas e sinais.....	36
4.7. Diagnóstico.....	37
4.8. Testes laboratoriais.....	38
4.9. Sistema imunitário	39

4.9.1.	Conceito de seropositivo.....	40
4.10.	Terapêutica da infecção por vírus da imunodeficiência humana (VIH)	44
4.10.1.	Efeitos secundários	47
4.10.2.	Terapêutica Anti-retroviral disponível	48
4.11.	Quadro patológico – terapêutico da infecção por VIH em Cabinda	49
5.	VIRUS DE IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA NO AMBIENTE DE TRABALHO ..	52
6.	METODOLOGIA	53
6.1.	Tipo de Estudo.....	53
6.2.	População e Amostra	53
6.3.	Instrumento e Procedimentos	53
6.3.1.	Instrumento de Colheita De Dados.....	55
6.3.2.	Procedimento de colheita de dados	56
6.4.	Tratamento Estatístico dos Dados.....	57
6.5.	Aspectos Éticos	58
7.	APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS	60
7.1.	Caracterização Da Amostra	60
7.2.	Resultados	62
7.2.1.	Apreciação Geral dos Resultados.....	68
7.2.1.1.	Conhecimento e atitudes face a VIH	70
7.2.1.2.	Percepção de risco de infecção por VIH	71
7.3.	Discussão.....	72
7.3.1.	Testemunhos	73
8.	CONCLUSÃO	76
9.	BIBLIOGRAFIA	80
	ANEXOS.....	90
	ANEXO I	92
	ANEXO II	94
	ANEXO III	96
	ANEXO IV.....	98
	ANEXO V.....	100

ÍNDICE DE TABELAS

		Pág.
Tabela 1	Estimativas da epidemia de VIH E SIDA. Angola 2007	17
Tabela 2	Distribuição de novos casos de VIH E SIDA notificados em Cabinda, 2007	18
Tabela 3	Sistema de classificação do CDC	41
Tabela 4	Categorização relacionada com os exames laboratoriais	42
Tabela 5	Sistema classificação segundo o CDC/OMS	43
Tabela 6	Fármacos anti-retrovirais	48
Tabela 7	Adultos e jovens (com idade a partir de 15 anos), com infecção por VIH acompanhados e a usar a TARV, na Província de Cabinda, de 2004 a 2007	51
Tabela 8	Crianças com idade inferior a 15 anos, com infecção por VIH, acompanhadas e a usar a TARV na Província de Cabinda de 2004 a 2007	51
Tabela 9	Distribuição das questões da escala de Likert pelas três dimensões em estudo	56
Tabela 10	Distribuição dos questionários pelas instituições de saúde da cidade de Cabinda	60
Tabela 11	Tabela de frequências para as variáveis Sexo, Nacionalidade e Tempo de Serviço...	61
Tabela 12	Estatística Descritiva para a Idade em função do Sexo	62
Tabela 13	Coefficiente de Correlação de Pearson para as variáveis Idade e: Conhecimento, Atitudes e Percepção de Risco sobre a infecção por VIH	63
Tabela 14	Coefficiente de Correlação de Pearson para as variáveis Grau Académico e: Conhecimento, Atitudes e Percepção de Risco sobre a infecção por VH	63
Tabela 15	Teste ANOVA I para as variáveis Instituição onde Trabalha e: Conhecimento, Atitudes e Percepção de Risco sobre a infecção por VIH	64
Tabela 16	Coefficiente de Correlação de Spearman para as variáveis Tempo de Exercício Profissional e: Conhecimento, Atitudes e Percepção de Risco sobre a infecção por VIH	64
Tabela 17	Teste T de Student para amostra independente para a questão “Conhece alguém, com infecção por VIH SIDA” e o Conhecimento, Atitudes e Percepção de Risco sobre a infecção por VIH	65

	Pág.	
Tabela 18	Teste T de Student para amostra independentes para a questão “Conhece, alguém, com infecção por VIH/SIDA? Se sim, esse, alguém pertence ao seu ciclo familiar ou grupo de amigos” e o Conhecimento, Atitudes e Percepção de Risco sobre a infecção por VIH	65
Tabela 19	Teste T de Student para amostra independentes para a questão “Alguma vez prestou cuidados de saúde a indivíduos com infecção por VIH/SIDA?” o Conhecimento, Atitudes e Percepção de Risco sobre a infecção por VIH	65
Tabela 20	Teste T de Student para amostra independentes para a questão “Já forneceu informação individual sobre infecção por VIH/SIDA a algum dos doentes do seu serviço?” o Conhecimento, Atitudes e Percepção de Risco sobre a infecção por VIH/SIDA	66
Tabela 21	Teste T de Student para amostra independentes para a questão “Assistiu a reuniões, palestras, seminários sobre a infecção por VIH/SIDA” o Conhecimento, Atitudes e Percepção de Risco sobre a infecção por VIH/SIDA	67
Tabela 22	Teste T de Student para amostra independentes para a questão “Fez algum curso de formação em infecção por VIH/SIDA” o Conhecimento, Atitudes e Percepção de Risco sobre a infecção por VIH/SIDA	68
Tabela 23	Teste T de Student para amostra independentes para a questão “Realizou alguma sessão de educação para a saúde ou desenvolveu algum trabalho no serviço sobre a prevenção da infecção por VIH/SIDA?” o Conhecimento, Atitudes e Percepção de Risco sobre a infecção por VIH/SIDA	68

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Mapa de Angola com o enclave de Cabinda em destaque	16
----------	---	----

0. INTRODUÇÃO

África, em especial a região a sul do Sara, tornou-se vítima da miséria e da marginalização, sendo um exemplo de ausência de desenvolvimento sustentável a nível da saúde. As taxas de mortalidade prematura revelam, de modo cru, a realidade desta vivência, co-existindo com elevados níveis de morbilidade e de incapacidade. Os habitantes do continente africano, cerca de 800 milhões, defrontam-se com dificuldades na área da saúde que, para além de perpetuarem a doença, originam um menor crescimento económico e uma completa desregulação do tecido social. A ocorrência de problemas de saúde, apesar dos métodos e da tecnologia usados para a sua prevenção e tratamento, coincidem, na maior parte das vezes, com a escassez de meios e com deficientes hábitos de saúde. Consta-se que o mau estado de saúde da comunidade que habita a África a sul do Sara, idêntico à da China, Índia e Mediterrâneo Oriental, tem vindo a deteriorar-se, se comparado a qualquer uma das outras regiões do planeta. Relatam-se algumas melhorias do estado de saúde do continente africano nas décadas passadas que, no entanto, não se conseguiram manter devido à instabilidade política vivida na maioria das regiões, como é o caso de Cabinda.

Não constitui novidade para ninguém afirmar que a Humanidade acordou para um pesadelo, designado vírus da imunodeficiência humana (VIH), no início da década de 80. De imediato, iniciou-se uma luta, quase uma cruzada, no intuito de evitar uma potencial pandemia. VIH trouxe consigo a síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA) mas, também, a resposta sócio-económico-cultural e política à infecção por VIH e à SIDA. A excessiva reacção à infecção por VIH apoia-se no medo e na ignorância, o que causa sérios efeitos negativos a nível pessoal, familiar, social, religioso e político. Os infectados, tornam-se os mais necessitados, em termos de apoio e de acompanhamento, o que não ocorre, pois são, maioritariamente, marginalizados pela própria família e pela sociedade.

Não é a primeira vez (1) que a comunidade científica entra numa luta que extravasa, em muito, questões meramente do foro das ciências médicas ou biomédicas. A eficácia e a eficiência médica são sistematicamente travadas ou, pelo menos, minoradas no confronto com as realidades e contextos sociais das comunidades onde a doença grassa. A infecção por VIH está presente em todo o planeta mas, a sua elevada incidência e prevalência, transformam a África a sul do Sara num campo prioritário. Controlar a expansão de VIH nesta região é um imperativo da comunidade internacional que deve contar com o contributo, antes de mais, dos profissionais de saúde desse mesmo continente.

No presente cenário, acompanhando as peculiaridades socioeconómicas da população cabindense, perdura uma multiplicidade de determinantes que cooperam para a sucessiva propagação da calamidade, tais como: as circunstâncias demográficas da população jovem, claramente dominante na pirâmide etária, a manutenção da inconsciência sobre o risco acarretado por VIH e o crescente movimento migratório, decorrente da célere urbanização e

fixação de migrantes.

Existem questões pertinentes que transparecem, como alguns dos factores que contribuem para o alastramento célere da infecção por VIH na cidade de Cabinda e restante província, bem como no país em geral, tais como a poligamia, a pluralidade de parceiros, o início precoce das relações sexuais e sem protecção, entre os adolescentes. Ao que a situação indica, se nada for feito, espera-se um agravamento nos próximos anos, pois a tendência da comunidade é a manutenção dos seus hábitos culturais. Por outro lado, a escassez de profissionais de saúde preparados para responder à enorme procura de informação e de formação, agravará o risco de deterioração do bem-estar humano, aumentando, de certa forma, as discrepâncias sociais já existentes.

Apesar de, desde 1983, altura em que VIH foi isolado, serem conhecidas as vias e o modo de transmissão, os usos e costumes da sociedade afectam, maioritariamente, o comportamento dos indivíduos, fazendo com que aumente a vulnerabilidade da infecção. É da total responsabilidade do profissional de saúde, como elemento relevante para a saúde da comunidade, incentivar a mudança de comportamentos que facilitam a disseminação de microrganismos, estimulando a adopção de estilos de vida que contribuam para a saúde da comunidade em geral. No entanto, para que isso se torne realizável, é indispensável que o profissional de saúde seja o primeiro a demonstrar um sólido grau de conhecimentos sobre a infecção por VIH, sua prevenção e transmissão, bem como sobre a doença (SIDA), transformando esse saber, em atitudes e em competências que possam ser perceptíveis e reconhecidas pela comunidade.

a. Objectivos

- Determinar qual o grau de conhecimento dos profissionais de saúde da região de Cabinda, Angola, acerca da infecção por VIH, nomeadamente, a sua percepção acerca do risco da infecção por VIH;
- Contribuir para a alteração de atitudes dos profissionais de saúde, incluindo a discriminação, durante a prestação de cuidados de saúde directos/indirectos aos indivíduos infectados por VIH e seus familiares;
- Contribuir para a melhoria da prevenção da infecção, através da realização de rastreios voluntários;
- Contribuir para a facilitação da adesão ao tratamento bem como a aceitação/adaptação da sua condição de saúde e da sua inserção social.

b. Justificação da escolha do tema e do local de realização do estudo

A escolha do local de estudo deveu-se, principalmente, ao conhecimento detalhado da região,

por parte da Mestranda, natural da região de Cabinda. Além disso, este foi o local onde iniciou o interesse pela área da saúde e contactou, desde muito cedo, com os obstáculos vivenciados pelos profissionais de saúde, a nível do conhecimento, de habilitações, de qualidade da formação, bem como a, não menos importante, falha no que concerne a recursos materiais. Após exaustiva consulta bibliográfica sobre a problemática da infecção por VIH/SIDA em Angola, mais propriamente na província de Cabinda, constatou a quase inexistência de informação sobre esta região.

c. Dificuldades do estudo

A inexistência de trabalhos de investigação sobre este tema, não só em Cabinda, mas também no resto do País; a fraca colaboração, por parte dos inquiridos, pela inexistência de experiências em trabalhos de natureza científica; a ausência de financiamento para por em prática este projecto (viagem Lisboa/Luanda/Cabinda e vice-versa, bem como as deslocações realizadas entre as diferentes instituições de saúde da cidade de Cabinda).

1. PROBLEMÁTICA

A problemática interpreta as apreensões que cada sujeito detém sobre a verdade, pois, cada um possui práticas singulares nas quais se encontra inserido um universo de existências vivenciais, saberes, cultura, particularidades individuais, competências intelectuais e superstições que o fazem encarar a humanidade do seu jeito. A problemática do presente estudo, foi originada por esta linha de pensamento, pois, não é nada mais que a transferência de um contíguo de inquietações vivenciadas durante a minha experiência.

As referidas inquietações estão relacionadas directamente com o facto que me agitou ao longo de alguns anos e que decidimos estudar, culminando num fio condutor – a pergunta de partida, o que está correlacionado com a perspectiva que é defendida por autores que asseguram na concepção da problemática uma resolução que deve ser considerada palpável devendo haver interligação a pergunta de partida e ao objecto de observação (2).

Qualquer pesquisa reivindica um momento de partida, uma conjuntura considerada perturbante, apreensiva, que imponha como consequência uma elucidação ou pelo menos uma percepção do fenómeno especulado (3).

Apesar de terem decorrido cerca de três décadas desde a sua descoberta, VIH é, ainda, considerado pela sociedade actual como sendo um vírus nefasto, pelo facto de difundir uma doença insanável – a SIDA, sendo, frequentemente, estabelecida uma correlação de VIH/contaminação/SIDA/morte, acrescentando-se a discriminação social dos portadores deste vírus. Para agravar a situação, é descrito um desconforto por parte de certos profissionais de saúde durante a prestação de cuidados aos indivíduos suspeitos de estarem infectados e infectados, alegando temor da contaminação (4).

Sendo o medo considerado a fundamental barreira que quase todos os profissionais de saúde enfrentam, enquanto profissional da saúde, muitas vezes, apercebemo-nos com facilidade da forma como alguns de nós apresentamos certa relutância ao tratar infectados por VIH, provavelmente por receio de contágio ou, em alguns casos, mesmo por preconceito (5). Adoptando esta disposição de percepções e depois de reflectir acerca do exposto surgiram algumas inquietações:

- Que informação possuem os profissionais de saúde da cidade de Cabinda sobre VIH?
- Que atitudes são manifestadas pelos profissionais de saúde da cidade de Cabinda perante os indivíduos portadores de VIH?
- Quais as estratégias adoptadas pelos profissionais de saúde da cidade de Cabinda para ultrapassar o receio de VIH?
- Porque razões os profissionais de saúde da cidade de Cabinda exprimem reacções

de medo, quando são conhecidos os modos e as vias de transmissão de VIH e também a sua prevenção?

As questões enumeradas estimularam a realização do presente trabalho e, na tentativa de encontrar resposta, começou-se pela seguinte questão: Quais o conhecimento, atitude e percepção de riscos dos profissionais de saúde da cidade de Cabinda sobre a infecção por VIH?

Com a execução deste estudo pretende-se que os profissionais de saúde da cidade de Cabinda reflectam e compreendam a pertinência da formação/informação sobre a problemática de VIH, pois, é através dela que influenciaremos de forma positiva a prestação dos cuidados de saúde aos portadores do vírus e contribuiremos na prevenção de VIH.

1.1. Atitudes: sua importância no Cuidar

Os profissionais de saúde têm como função tratar e cuidar dos doentes e, como tal, as atitudes subentendidas a esta acção são de extrema importância. Cuidar impõe um envolvimento mútuo entre o profissional de saúde e o indivíduo a quem se destinam os cuidados. Deste modo, os conhecimentos, a percepção do social, dos valores, das crenças e dos comportamentos são factores preponderantes no desenvolvimento de atitudes assertivas no profissional e, consequentemente, essas influenciarão a qualidade dos cuidados prestados.

O profissional de saúde tem um estatuto privilegiado que o torna singular face aos profissionais de outras áreas. Trabalha a totalidade do indivíduo, está autorizado a tocar, a ouvir e a manter com os outros um contacto cuja intensidade e duração não é facilmente experienciado pelos demais profissionais. Assim, em contacto com os utentes, deve ser sua a preocupação na adopção de atitudes assertivas que facilitem a relação e a comunicação.

Logo a partir do primeiro contacto com o portador de VIH, o profissional de saúde deve estabelecer uma relação baseada no conhecimento mútuo e no desenvolvimento de empatia, sendo expectável que culmine num intercâmbio de informações, pensamentos, emoções, sentimentos e atitudes. Deste modo, a relação que se vai constituindo tenderá a aumentar a afinidade entre os dois, minorando o sofrimento do doente, fazendo-o sentir-se importante em todo o processo.

2. CARACTERIZAÇÃO SOCIOLÓGICA DE CABINDA (ANGOLA)

Cabinda é a província mais nortenha da República de Angola (figura 1). A descrição geofísica de Cabinda, porventura a mais científica e rigorosa, foi feita pela “Missão de Pedologia de Angola e Moçambique”, em 1968, e apresentou Cabinda nestes termos:

“ (...) Cabinda está situada no Norte da província de Angola, confinando a oeste com o oceano Atlântico, a Sul e Leste com a República do Congo (Kinshasa) e a Norte e nordeste com a República do Congo (Brazzaville). O território encontra-se praticamente enquadrado pelos paralelos 4º 25’ e 5º 45’ de latitude Sul e pelos meridianos 12º e 13º de longitude Este de Greenwich (...). A sua área é de 7.300 km². ” (6)

O relevo de Cabinda é pouco acidentado, sendo uma plataforma no litoral, e de alguma acidentalidade no interior. Climaticamente, Cabinda tem *“duas estações: uma chuvosa, de cerca de sete meses de duração, e outra seca. A estação das chuvas tem uma duração levemente superior a sete meses (de princípios de Outubro a fins de Maio), em pontos localizados na região acidentada no interior, e uma duração pouco inferior a sete meses (fins de Outubro a princípios de Maio) nas regiões mais litorais.” (6)* Quanto às temperaturas, *“todo o território de Cabinda se encontra situado na zona das baixas pressões subtropicais de origem térmica, que constitui uma extensão em latitude do chamado vale depressionário equatorial. É uma zona de convergência e convecção com características de céu nublado e precipitações abundantes. (...) As temperaturas médias anuais elevadas, que caracterizam um clima tropical (temperaturas maiores que 20°C). As temperaturas médias anuais são sempre superiores a 24°C (Cabinda com 24,7°C, Lândana (ex- Guilherme Capelo) com 24,2°C, Buco-Zau com 24,6°C e Belize com 25,2°C” (6).*

Relativamente aos aspectos sociológicos de Cabinda, Costa Carneiro, neste retrato singelo da década de 1960, apresentou esta imagem sobre o “Enclave de Cabinda”: *“Enclave entre o mar e as hoje Repúblicas do Congo (Kinshasa e Brazzaville), com uma superfície ligeiramente inferior à Ilha da Córsega, dois concelhos e duas circunscrições e mais de três centenas de povoações, muito airosas e cheias de pitoresco, que lhe dão o arrumo, o asseio e o bom gosto dos seus habitantes, assim é Cabinda, - a dos cenários verdes, terra de maravilhas (...) das melhores!”(7)*

Este quadro “maravilhoso” de Cabinda, da década colonial de 60, do século passado, não foi produto de complacência colonialista ou de eufemismo literário, porque sete anos mais tarde, dentre muitos outros testemunhos do tipo, o de Antunes Valente será, porventura, o menos esperável - por vir de alguém pouco interessado ao estudo dos cabindas - portanto, é um testemunho que acaba por ser sonoro. Lapidar e conciso, Valente deixou documentado isto sobre a população de Cabinda: *“A População de Cabinda é das mais evoluídas (...) de Angola. A actividade marítima (mercante e de guerra) é muito preferida pelos naturais que através dela*

essências madeireiras, com os seus “gorilas” e “mistérios”; um compacto segmento florestal sudanês, merecedor de telas matizadas de cores do imaginário, como esta de Frederico Cruz, em 1954: *“Estamos no Enclave de Cabinda. Embrenhemo-nos no Maiombe. Dir-se-ia que entramos na selva amazónica. (...) Árvores colossais de troncos ciclópicos e ramaria pujante, erguem-se em colunatas cerradas para o céu (...). Fora das estradas (...), mal se vê o céu e nalgumas zonas, só uma luz tibia e esverdeada penetra. (...) A humidade quente sufoca, naqueles túneis de verdura. (...) Quem quiser deixar a vereda e insinuar-se no matagal, tem de abrir caminho através do muro vegetal, a golpes de machado e de catana. (...) De manhã, uma neblina densa de cortar à faca, dá à floresta o tom misterioso dos contos fantásticos e desperta evocações de período carbonífero. Nem os grandes fetos faltam. O Homem sente-se pequeno e não lhe sorri a ideia de permanecer longo tempo naquele ambiente que o esmaga. E só os seres selvagens poderosos, como o gorila e o elefante, ou ágeis como os símios, os felinos e os répteis, se sentem num paraíso, porque ali, de facto, o Homem, não tem facilidade de os perseguir. (...) Visitei o Maiombe com paixão quase supersticiosa. Parecia-me que tinha conseguido viajar no tempo e regressar aos períodos pré-históricos. Quase não me admiraria se visse surgir, das brenhas, um dinossáurio (...).”* (9)

2.1. Vírus de imunodeficiência humana na cidade de Cabinda

É do conhecimento de todos os que batalham contra a pandemia de VIH/SIDA que os países africanos são os que ocupam as maiores taxas da infecção a nível Mundial. Angola é o único país privilegiado da região. Um inquérito, realizado em 2004 pelo Ministério da Saúde de Angola e o Centro de Controlo de Doenças do Estados Unidos da América (CDC) sobre a prevalência da infecção por VIH/SIDA entre as mulheres acompanhadas em consultas pré-natal, ficou concluído que a prevalência era de 2,1% (10).

Tabela 1 - *Estimativa da epidemia de VIH E SIDA. Angola 2007^{2**}*

Prevalência de VIH em adultos	2,1%
Seropositivos	182.406
Crianças seropositivas (0-14 anos)	16.282
Mortes causadas por VIH/SIDA em crianças e adultos	12.700
Órfãos por SIDA (0 – 17 anos)	51.042

Esta baixa taxa seria imputada à condição de conflito armado em que o país se encontrava, que contribuiu para a restrição de circulação da população na grande parte do território Nacional. Com o termo do conflito armado e com a livre circulação da população pelo país, é aceitável verificar-se o acréscimo do número de casos de VIH/SIDA, se os comportamentos de risco, não forem verdadeiramente mitigados. Entre os dados que podem aumentar o risco

² INLS

incluem-se³:

- população maioritariamente jovem (quase 70% tem idade inferior a 24 anos);
- a vulnerabilidade da população jovem angolana, pois, com o cenário de guerra nem todos tiveram acesso às oportunidades de instrução escolar nem a emprego formal.
- a introdução precoce de sexualidade (cerca de 43% da população jovem inicia a sua vida sexual por volta dos 15 anos);
- o factor cultural – poligamia (11) - que concede e legitima o ter mais do que um companheiro sexual (principalmente por parte dos homens).

A infecção por VIH é, sem dúvida, uma das infecções mais inquietantes da actualidade. No entanto, para a maioria dos indivíduos, em geral, e, em particular, para os habitantes da cidade de Cabinda – do mais jovem ao *mais-velho* – ainda é sentida como se de uma realidade remota se tratasse, algo que apenas sucede aos outros.

A partir de 1985 (12)⁴, ano em que foi diagnosticado o primeiro caso de infecção por VIH em Angola, a incidência da infecção tem aumentado de forma vertiginosa e silenciosa, clamando por uma maior necessidade de prevenção.

Tabela 2 - *Distribuição de novos casos de VIH E SIDA notificados em Cabinda, 2007* (13) **

1º Semestre		2º Semestre		Total	
Notificados	%	Notificados	%	Notificados	%
143	24,40%	443	75,59%	586	100%

** Dados até Novembro de 2007, dados sujeitos a alteração.

Dada a vulnerabilidade da população aos danos causados pela infecção por VIH, a prevenção deve ser articulada com políticas de saúde que visem reduzir a incidência da infecção por VIH e de outras infecções sexualmente transmissíveis (IST). A promoção da qualidade de vida dos indivíduos que vivem com VIH, a anulação do estigma e dos demais impactos sociais negativos, devem ser dirigidas através de acções assentes na ética, no respeito pela diversidade sexual, racial, étnica, social, económica e cultural. É exigível um comprometimento entre a promoção e uma monitorização sobre os alvos visados, em conformidade com os princípios e orientações de organismos responsáveis pelo sector que tutela a área da saúde, contribuindo, deste modo, para uma solução integral de combate à epidemia.

Em Cabinda, são visíveis as dificuldades operacionais na maioria das instituições de saúde. A

³ *Idem*

⁴ http://data.unaids.org/pub/Report/2006/2006_country_progress_report_angola_pt.pdf (acedido em Agosto/08)

operacionalidade e eficácia das estruturas existentes são condicionadas: pela insuficiência de centros hospitalares de excelência; pelo número reduzido de profissionais de saúde devidamente qualificados e, em menor número ainda, especializado; outrossim, pela contínua afluência de pessoas que, fugindo da instabilidade militar, se refugiaram na cidade de Cabinda. Maugrado todos os condicionalismos apresentados, é fundamental valorizar o aproveitamento eficaz praticado dos recursos humanos e materiais disponíveis.

A prevenção contra VIH passa pelos profissionais de saúde e pelo seu papel activo na sensibilização da população, através de estimulação da educação e modificação da sua conduta, promoção e distribuição de preservativos, uso de microbicidas vaginais, tratamento de IST existentes, tratamento da toxicodependência, acesso a seringas e agulhas não infectadas e utilização de terapêutica anti-retroviral (TARV) para a interrupção da transmissão vertical (transmissão de mãe-filho).

A prevenção primária de VIH, cujo propósito é evitar a infecção, consiste na sensibilização da comunidade através da informação sobre o vírus, sua forma de contágio e a sua progressão para doença, dando a conhecer as taxas de prevalência do País. Investir na educação estimula a adopção de comportamentos preventivos, neutralizando as práticas que os ponham em risco. A prevenção primária tem como objectivo prevenir a transmissão o que contribui para a diminuição do número de indivíduos infectados. Como formas de prevenção, destaca-se o uso correcto do preservativo durante as relações sexuais, por rotina, bem como a não re-utilização e a não-partilha de agulhas ou objectos cortantes.

Destaca-se, como elemento fundamental na prevenção secundária, o diagnóstico precoce dos indivíduos infectados, bem como a instituição precoce da TARV.

O combate a VIH exige profissionais de saúde qualificados e em número suficiente. Quando a infecção não é diagnosticada precocemente e quando não é administrada TARV ocorre a SIDA. Esta síndrome tem a capacidade de diminuir drasticamente a força de trabalho da sociedade, sobretudo daqueles que se encontram na fase activa de vida, como é o caso dos jovens e dos adultos. A prevenção secundária recorre ao uso dos testes de rastreio para um diagnóstico precoce. Antigamente, os testes não eram fiáveis porque apenas certificavam os anticorpos produzidos pelo sistema imunitário do indivíduo contra o vírus, o que originava um período de janela imunológica de cerca de três meses. É nesta fase em que existe maior risco de contágio porque a replicação viral é elevada e o indivíduo está numa fase em que se é, potencialmente, mais infeccioso, não tendo conhecimento do seu estado serológico pode difundir o vírus pelos seus companheiros sexuais.

O fornecimento de serviços, bem como o apoio dos profissionais de saúde, são fundamentais para a população, de forma a estimulá-los a realizarem os testes para a determinação da sua situação serológica em relação a VIH, o mais precoce possível. O governo provincial de Cabinda tem-se empenhado, ainda que de forma gradual, na tomada de medidas para proporcionar tais serviços. O Hospital Central de Cabinda (HCC), tem vindo a executar um programa piloto de administração de TARV para prevenção da transmissão vertical de VIH,

tendo como intenção difundir-lo pelas restantes regiões da província.

A prevenção terciária diz respeito ao tratamento e à prevenção da progressão da infecção para doença (SIDA). Quanto mais precocemente se fizer o diagnóstico, melhor o prognóstico. Um seropositivo não tem, necessariamente, que evoluir para a fase da doença – a SIDA, desde que seja medicado e supervisionado. Os tratamentos de indivíduos infectados por VIH deveriam ser gratuitos e essa é a expectativa do País.

Defende-se a difusão de actuações no combate à infecção por VIH junto às comunidades, em especial a comerciantes de sexo. Diversas entidades comprometem-se a adoptar compromissos, tais como, acções de prevenção primária através da criação de condições para a população alvo, que tenham como finalidade o acesso à informação, à educação, aos serviços de Aconselhamento e Testagem Voluntária, aos serviços de assistência, tratamento e seguimento.

É a primeira vez, desde o advento da pandemia, que são realizadas em Angola actividades específicas que envolvem a prevenção e a educação de comerciantes de sexo. Por se tratar de uma preocupação de carácter económico, o projecto⁵ tem como objectivo, a redução do impacto de VIH, nessa comunidade específica, através da cedência de crédito com módicas quantias às mulheres que se prostituem por dinheiro.

É recomendado o uso de preservativo em qualquer tipo de relação sexual seja anal, vaginal ou oral, independentemente do(a) parceiro(a). Na transmissão vertical ou perinatal recomenda-se o seguimento por médico especializado, de preferência, antes do início da gravidez. Para os utilizadores de drogas injectáveis (UDI), é aconselhado o uso individual de material descartável, como agulhas e seringas. Aos receptores de sangue e/ou hemoderivados é recomendada a confirmação pelos profissionais de saúde da proveniência do produto adquirido que, à partida, deve ser, antecipadamente, testado. Nos Países desenvolvidos, este procedimento fez com que deixasse de haver transmissão de VIH por esta via. Mas, em instituições de saúde como os da cidade de Cabinda ainda é possível a transmissão por este meio, pois, ainda são utilizadas técnicas rudimentares. A este facto soma-se a carência de profissionais de saúde preparados no manuseamento de equipamentos de última geração nas instituições em que estes já existem. Para os profissionais de saúde reforça-se a manutenção do cumprimento das normas estabelecidas para segurança pessoal e a dos utentes com o intuito de serem afastadas prováveis ocorrências de acidentes de trabalho.

Torna-se, assim, imperativo que aumentem as acções de formação dos profissionais de saúde de Cabinda apontando a prevenção primária como forma de diminuir os casos de transmissão de VIH. Isso só poderá acontecer se houver envolvimento de diversos sectores, atribuindo-se ênfase à estratégica parceria entre as organizações da sociedade civil, o que implica, também, o envolvimento de actividades inter-sectoriais no âmbito da educação, trabalho/emprego e

⁵ <http://criasnoticias.wordpress.com/2008/06/27/> [acedido em Dezembro/2008]

diligências privadas.

Para uma melhor actuação contra a infecção por VIH, num futuro próximo, é importante que os profissionais de saúde, organismos estatais e singulares, desenvolvam actividades cujos objectivos sejam a inclusão social de toda a comunidade, apoio aos infectados e suas famílias (social, psicológico, emocional e económico), integração social das crianças infectadas, elaboração, difusão e avaliação das mensagens ao público-alvo e o desenvolvimento ou modificações de atitudes que sejam favoráveis a estilos de vida saudáveis.

2.1.1. Componente regional

A prevalência de VIH apresenta uma variabilidade geográfica. A África a sul do Sara, onde se encontra localizado o enclave de Cabinda, defronta-se com a uma das piores situações⁶. Não existem dados estatísticos consistentes sobre o *sensus* da população angolana. Os dados sobre a taxa da seroprevalência da infecção por VIH, publicados no País, muitas das vezes são meramente estimados, ocultando-se as verdadeiras taxas nas diversas regiões. As taxas mais elevadas são, em geral, atribuídas às zonas urbanas, o que pode não corresponder à realidade pois, com o fim da guerra, a circulação de pessoas entre as áreas rural e urbana tornou-se acessível⁷ permitindo a proliferação do vírus mesmo nas zonas rurais.

As estatísticas existentes sobre infecção por VIH, muitas vezes, encobrem disparidades dramáticas entre os diversos grupos. Na província de Cabinda, têm sido consideradas como mais afectadas as regiões fronteiriças, o que talvez não traduza a veracidade pois, é na zona urbana que as profissionais de sexo encontram os clientes, considerados economicamente estáveis, e os clientes encontram as raparigas cuja apresentação física e de educação se enquadra no perfil por eles desejado. Este acto é apontado actualmente como uma das razões que parece influenciar a propagação de VIH entre a população, particularmente a feminina. As culpas são atribuídas ao elevado número de deslocados provenientes das Repúblicas vizinhas (Congo Democrático e Brazaville) que continuam a regressar às suas zonas de origem, aos baixos níveis de instrução, uma população maioritariamente jovem e aos elevados índices de pobreza.

2.1.2. Componente cultural e socioeconómica

As diferenças sociais e económicas são algumas razões apontadas como veículo de disseminação rápida da infecção por VIH na população de Cabinda. Acresce um dos mais antigos fenómenos culturais, a poligamia (11), potenciada pela frágil emancipação feminina, as extremas condições de pobreza em que vive a maioria da população, a falta de oportunidades, as limitadas estruturas de protecção, redes sociais inexistentes e falta de informação por parte

⁶ http://www.unicef.org/angola/pt/hiv_aids.html [acedido em Dezembro de 2008]

⁷ *Idem*

dos organismos competentes para a realização de testes de detecção serológica de forma voluntária e confidencial, bem como a existência de apenas duas instituições hospitalares, na província, capazes de disponibilizar a distribuição de anti-retrovirais (ARVs) aos indivíduos infectados por VIH e aos doentes com SIDA.

Estas condições repetem-se na maioria dos países em vias de desenvolvimento. Na realidade, a infecção por VIH converteu-se numa infecção/doença dos marginalizados, pois, a mesma apresenta-se com maior gravidade em países de pobreza extrema. Verificam-se graus de disparidade entre a população dentro do mesmo país. Os mais carenciados, aqueles com possibilidades económicas circunscritas, com restrição ao acesso dos serviços de saúde e serviços de apoio são os que se encontram mais expostos aos riscos.

Em Cabinda, a infecção por VIH começou por ser a infecção de “homens de bem”, em termos de excelentes condições económicas, pois podiam ter várias parceiras sexuais. A partir do início da disseminação do vírus, a infecção tornou-se muito mais comum entre os estratos sociais mais pobres da população. Os que têm condições económicas favoráveis viajam para Luanda ou para a África do Sul, onde existe acesso à terapêutica.

É importante a criação de iniciativas que contribuam para a promoção de intercâmbio entre os curandeiros e os médicos, dotando os primeiros de conhecimentos sobre os sinais e sintomas da infecção por VIH, podendo contribuir para o rápido encaminhamento dos indivíduos infectados para o hospital. A grande questão que se coloca é que, apesar de existirem alguns curandeiros que percebem os marcos da medicina tradicional, ainda assim, admitem que a infecção por VIH e a SIDA são consequência de feitiço, alegando diversos motivos tais como: a não realização da missa pelo avô, a inveja/mau-olhado do vizinho, o não cumprimento dos rituais após a morte do marido, entre outros. O indivíduo vê-se obrigando a cumprir certas recomendações que lhe são transmitidas pelo curandeiro, esquecendo-se, ou desconhecendo, que estas profecias não têm relação com VIH. Alguns dos curandeiros admitem que os medicamentos tradicionais, por eles administrados podem, efectivamente, inibir a transmissão e a progressão da infecção ou sarar a SIDA. Alguns deles aproveitam-se das condições degradantes vividas pela maioria dos indivíduos para arrebatarem exorbitantes valores ao infectado e seus familiares, pois, têm perfeita noção de se tratar de um mal que exige cuidados especiais. Convencer os curandeiros a enviar os infectados por VIH que os procuram para as instituições hospitalares é uma tarefa de difícil execução pois, os serviços dos curandeiros são acessíveis, baratos e de rápida solução. Esta é uma questão cultural enraizada em quase todo continente africano, sendo incentivada, na maioria das vezes, pelos próprios profissionais de saúde local que também acreditam na eficácia de algumas destas medidas.

Por outro lado, para além de VIH (14) ser uma infecção com sérias consequências, a nível físico e psicológico, acaba por constituir um fenómeno de carácter social, acompanhado por processos de segregação social, fundamentados em estigmas socialmente edificados e estreitamente aliados às representações sociais da infecção. Mesmo após a certificação científica sobre os modos de propagação de VIH, persiste o receio, o preconceito e a marginalização em relação aos infectados por VIH bem como aos doentes com SIDA,

conservando certas representações (15) tais como: o temor ilógico, aspectos psicossociais prejudiciais, demonstrados pela falta de informação, discriminação e postura negativa. Os comportamentos que, eventualmente, levaram à infecção, são encarados de forma negativa por certos grupos da sociedade, como maneira de castigar moralmente os infectados pelo pecado (16).

2.1.3. Componente psicológica

Embora tenhamos evoluído, em termos de terapêutica, mantém-se ainda, a associação da infecção por VIH à morte e a todo tormento que lhe é característico. A morte é associada a algo de muito pavoroso, morosa, mobilizadora de temores, e discriminadora *daquele* que se submete ao risco de contágio (17). A infecção por VIH ainda é considerada como algo potencialmente fatal e o facto de se conviver com a concepção de morte torna-se sempre num agente causador de *stress* e de alterações psíquicas. A angústia gerada pelo contágio de VIH pode ter origem em vários factores, tais como, diagnóstico, processo de doença, ameaça de morte, marginalização, restrições e perdas (18). Há uma série de modificações relacionadas às perdas físicas, psicológicas e sociais, afectando os aspectos relacionados à qualidade de vida, reduzindo a auto-estima, fazendo com que os infectados possam desistir das suas convicções ou programas vindouros, dominados pela tristeza e pela depressão. Para atenuar esta dor causada pelo sofrimento psíquico, é imprescindível a intervenção psicológica, de forma a facilitar a adaptação às mudanças resultantes da progressão da infecção (19-20).

Em algumas povoações de Cabinda, visitadas durante a realização deste trabalho, constatou-se que existem famílias que encobrem os filhos, maridos, mulheres e entes queridos infectados ou doentes, com pavor da opinião e da rejeição dos vizinhos. Há indivíduos infectados/doentes com medo da visita de equipas de profissionais de saúde e voluntários que realizam cuidados ao domicílio por causa do risco de serem descobertos. Poucos são os infectados que aceitam pronunciar-se sobre a sua situação aos familiares, amigos, ou sociedade em geral. Os voluntários, ao efectuarem as visitas domiciliárias, fazem-no de forma discreta ou quase anónima, evitando o uso de acessórios que os denunciem, tais como as *t-shirts* e os bonés da Cruz Vermelha, acautelando-se das suspeitas dos vizinhos. Um dos maiores constrangimentos é ter um familiar seropositivo ou a morrer de SIDA, uma vez que a infecção/doença é relacionada ao sexo e à bruxaria⁸.

Existem casos em que os infectados ocultam os fármacos ARVs, de forma a não serem descobertos, tomando-os de forma furtiva. A maioria dos seropositivos escondem a verdade dos amigos e familiares, por isso, todos contam com os voluntários e profissionais de saúde para a manutenção da discrição. Constituído em 2005, o Programa de Cuidados Domiciliários de Cabinda (PCDC) ambiciona consolidar a articulação dos Centros de Atendimento e

⁸ Kanica E L. Coordenador do programa de infecção por VIH/SIDA da Cruz Vermelha na província de Cabinda (comunicação pessoal).

Testagem Voluntária (CATV) com o trabalho executado pelo Hospital Central e pelas igrejas Católica e Metodista, com o propósito de orientarem os seropositivos para os seus serviços⁹.

Tantos os profissionais de saúde como os voluntários dizem cumprir o seu papel, respeitando a ética, mas queixam-se porque, moralmente, é difícil omitir a informação aos familiares. Existe coerção por parte dos indivíduos do círculo familiar, ou social, do infectado aos profissionais de saúde e voluntários, com o intuito de conhecerem o diagnóstico do seu familiar. O silêncio e o temor transformaram-se numa carga psicológica, não só para os infectados, como também para os voluntários e os profissionais de saúde. Muitas vezes, como a família e os amigos dos infectados desconhecem o diagnóstico, são os mesmos voluntários ou profissionais de saúde que se disponibilizam, a qualquer hora do dia ou da noite, para os conduzir ao hospital, ajudá-los em ocasiões de depressão ou, simplesmente, para os confortar. Cada voluntário recebe cerca de 30 dólares mensais para cuidar de 10 indivíduos. Trata-se de uma tarefa árdua e de imensa responsabilidade¹⁰.

A gravidade da infecção por VIH é agravada pelas múltiplas doenças infecciosas que existem na região (malária, febre tifóide, hepatites virais, por exemplo), mas também pelos fracos recursos terapêuticos, ausência de estruturas sanitárias adequadas, discrepâncias no acesso a tratamentos e dificuldade na implementação de programas de prevenção.

2.1.4. Componente sexual

Em Cabinda, a transmissão heterossexual de VIH é predominante. São as mulheres as mais frequentemente infectadas, sobretudo, nas faixas etárias mais jovens. Nesta região, a maioria das mulheres é dependente dos homens, em termos financeiros e sociais. É particularmente problemático falar da questão de relações sexuais seguras, mesmo com os seus companheiros regulares. Insistir no uso de preservativo, por parte da mulher, pode querer significar que a mulher foi infiel ou que desconfia do marido ou companheiro - qualquer das situações pode resultar em rejeição, agressão física ou expulsão de casa. Assim, mesmo quando os riscos são conhecidos, as mulheres, por temor de represálias, sentem dificuldade, na maioria das vezes, de dialogar sobre este assunto com o companheiro.

A poligamia é outro aspecto importante (11). Considerada legal e aceitável pelas sociedades africanas, é um importante factor cultural, indiscutível no agravamento do índice de infecção nas mulheres, principalmente as mais jovens. Muitas delas submetem-se à poligamia pela garantia de um sustento, pela esperança de melhores condições de vida, tornando os índices de infecção entre as mulheres jovens quase duas vezes maior do que os índices nos homens da mesma faixa etária.

⁹ Kanica E L. Coordenador do programa de infecção por VIH/SIDA da Cruz Vermelha na província de Cabinda (comunicação pessoal).

¹⁰ *idem*

3. IMPACTO DO VIRUS DE IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (VIH) — CONHECIMENTO, ATITUDES E PERCEPÇÃO DE RISCO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

O profissional de saúde, atendendo ao enorme progresso de que tem sido alvo a área das ciências da saúde, tem conseguido acumular, no decorrer dos tempos, um conjunto de saberes pretendidos para a contextualização da prática do exercício profissional. Assim, torna-se essencial a melhoria da formação dos profissionais da área da saúde. A formação deverá incluir e potenciar o contacto dos formandos com contextos reais da prática, facultando a auscultação directa, análise e reflexão dos conceitos teóricos e teórico-práticos desenvolvidos durante a formação.

Devido à guerra em que o País se encontrava mergulhado, houve necessidade de formar, intensivamente, pessoal de saúde que pudesse dar resposta aos milhares de feridos em combate e, também, às patologias que sempre existiram no País. Assim, foram criados os Institutos Médicos de Saúde, para colmatar a situação.

O fraco investimento na formação dos profissionais de saúde, no decorrer dos anos, originou, em muitos países do continente africano, incluindo Angola, uma escassez de profissionais de saúde. Além de serem em número escasso, raramente, têm oportunidade de frequentar acções de formação. Actualmente, os valores relativos à formação de profissionais de saúde decresceram aquém dos níveis requeridos para assegurar a prestação de cuidados primários. Além disso, a maioria dos que beneficiaram da formação não estão no serviço público (21).

O sistema de ensino angolano dispõe de vários níveis académicos, o que explica a existência de profissionais de saúde, na sua generalidade, enfermeiros e técnicos de laboratório, com distintos graus académicos (técnicos básicos e técnicos médios). Apesar de existir, desde a era colonial, a Escola Superior de Enfermagem em Luanda, apenas com a chegada da paz, há seis anos, é que se começaram a formar os primeiros licenciados nas áreas de enfermagem e de análises clínicas. São esses profissionais de saúde que apesar da maioria ainda não ter o curso superior, tem assegurado a generalidade do funcionamento do sistema de saúde do País. Por serem cursos de carácter intensivo, cujos professores/formadores tinham o mesmo nível académico, reconhece-se a inexistência de rigor científico, o que evidencia a fragilidade vivida pelo sistema de saúde angolano. A falta de recursos materiais potencia o agravamento da situação pois, apesar de existirem profissionais de saúde competentes e responsáveis, enfrentam, no seu dia-a-dia, uma escassez de recursos materiais para prossecução da prestação de cuidados junto da comunidade.

A infecção por VIH transformou África. Num mundo em que mesmo as doenças combatidas através de vacinas — já erradicadas em muitos países — teimam em se manifestar e onde a subnutrição é responsável por mais de 50% das mortes infantis (devido à pobreza e ao uso

insuficiente de proteínas, calorias, vitaminas e minerais na alimentação), problemas indissociáveis da infecção por VIH, conduziram a uma diminuição da esperança de vida dos habitantes dos países mais afligidos pela pandemia para cerca de um terço, isto é, passou de cerca de 60 para 43 anos. Acresce, ainda, o flagelo da violência e de abusos, relacionado com a discrepância entre os sexos, também exacerbado pelas situações de guerra, o que cria grandes apreensões (22).

É importante que, junto da comunidade, sejam desenvolvidos programas de prevenção da infecção por VIH, acessíveis e de fácil compreensão, que sejam informativos e eficazes, incluindo-se um leque diversificado de intervenções ajustadas às necessidades específicas dos vários grupos e localidades pelos profissionais de saúde. É na definição, implementação e avaliação de projectos neste âmbito que o profissional de saúde tem um papel vivificante, obrigando-o a ser portador de um leque de conhecimentos sobre a temática.

A epidemia da SIDA, em África, tem sido sustentada pela falta de profissionais de saúde. O *"Programa de Acção Europeu para combater a pandemia de VIH/SIDA, a malária e a tuberculose, através de acções externas"* (23) reconhecida pela Comissão Europeia em Maio de 2005, encarava a carência de profissionais de saúde nos países pobres como um grande obstáculo aos empenhos desenvolvidos no combate às três doenças mencionadas e aos progressos na via da efectivação dos quarto, quinto e sexto Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM).

A questão da escassez de recursos humanos, na área da saúde, é experimentada a nível mundial. Cerca de 75 países abarcam menos de 2,5 profissionais de saúde para 1.000 habitantes, número considerado insuficiente para assegurar a prestação de cuidados básicos de saúde (24). Os motivos que acarretaram esta condição são complexos e relacionam-se, principalmente, com carências na formação, más conjunções laborais e inexistência de estímulos, que concorrem, assim, para distanciar os profissionais de saúde das regiões com maiores necessidades, conduzindo-os às regiões urbanas, a estados vizinhos mais ricos.

A *Joint Learning Initiative* (24) elucida a dimensão do problema no continente africano, num artigo de revista sobre o Desafio dos Recursos Humanos no Sector da Saúde. Os resultados desta carência, como era de esperar, são mais sérios em África, onde o desenvolvimento na via dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) se manifesta moroso. A situação no sector da saúde em Angola deteriorou-se, desde meados da década 70, do século passado, até à actualidade, tendo contribuído para a diminuição da esperança de vida dos seus habitantes (25).

A acrescentar aos problemas relacionados com a carência de profissionais de saúde, existem sérias falhas na qualidade da formação dos mesmos (26). É indispensável investir no desenvolvimento de projectos de formação, adaptados à promoção de condições laborais dignas e à promessa de perspectivas de carreira dos profissionais de saúde para que a globalização tenha efeitos positivos na redução da pobreza e para minimizar os efeitos negativos sobre as populações mais carenciadas (27).

No entanto, Angola tem vindo a efectuar algumas alterações no âmbito da formação dos profissionais de saúde, que anunciam algumas melhorias. A presente escassez de recursos humanos é uma manifestação grave que reflecte um problema crónico. A infecção por VIH/SIDA e o desafio de elaborar programas ambiciosos que resolvam a problemática das doenças ligadas à pobreza vieram expor as deficiências dos sistemas de prestação de cuidados de saúde. Para alterar este ciclo vicioso de formação insuficiente, de inexistência de políticas de retenção dos profissionais de saúde e a migração, num ciclo equitativo de investimentos e melhoramento da execução do sistema de prestação de cuidados de saúde, há que cumprir uma série de acções partindo da auscultação dos aspectos fundamentais do problema. A solução, quanto à escassez de recursos humanos, deve começar a nível nacional. É uma necessidade reconhecida na Declaração do Cairo e no Programa de Acção, adoptados na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada em 1994 (28).

O estratagema a favor da saúde, desenvolvida no quadro da Nova Parceria para o Desenvolvimento de África (NEPAD), destaca a necessidade dos países assegurarem uma gestão convincente dos recursos humanos no sector da saúde, através da modernização das suas políticas de emprego e de afectação de pessoal, da flexibilização da progressão nas carreiras, de uma supervisão objectiva e de projectos de formação permanente, assim como da promoção de estratégias de motivação e de retenção desses profissionais da saúde.

A carência de recursos humanos, na área da saúde, foi exacerbada pela infecção por VIH/SIDA. Para além disso, alguns profissionais de saúde também estão infectados ou afectados por VIH/SIDA. Existe, ainda, o risco de alteração da prestação de cuidados de saúde, no sentido de que o combate à infecção por VIH/SIDA possa prejudicar a prestação de outros cuidados de saúde também imprescindíveis.

Devido à escassez de profissionais de saúde e com vista a melhorar a situação da população, que, na maioria das vezes, aguarda em enormes filas, durante várias horas, pelo atendimento, diversas organizações não governamentais (ONG's) têm vindo a investir na formação de voluntários para responder a algumas das necessidades dos infectados¹¹. A Cruz Vermelha de Angola (CVA), em 2007, ambicionava formar cerca de 200 voluntários com o intuito de estender o Programa de Cuidados Domiciliários (PCD) a todas as províncias de Angola, devido ao aumento de indivíduos infectados.¹² Com vista a aperfeiçoar o quadro técnico, o Instituto Nacional de Luta contra a SIDA (INLS) contribuiu com a organização de 10 formações para os profissionais de saúde de todas as províncias, em 2007.

Também a comunidade internacional se deve preocupar com a falta ou, com a inexistência, de pessoal capacitado para combater a transmissão de VIH no continente africano, sob pena de

¹¹ IRIN -Edição e Tradução Angola Digital in <http://www.angoladigital.net/digitalnews/index.php> [acedido em Dezembro de 2008]

¹² *idem*

verem fracassadas todas as suas outras diligências empreendidas no planeta em torno da infecção por VIH/SIDA. Existem esforços que têm ampliado o acesso dos portadores de VIH à TARV, bem como a preocupação, da população em geral, na realização dos testes de rastreio, mas mantém-se o alerta da carência de profissionais de saúde especializados para prescrever os fármacos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) chama a atenção para a necessidade de existirem, pelo menos, vinte médicos para cada 100 mil habitantes. Em Cabinda, como se verifica na maioria dos países do planeta, exige-se, no mínimo, a necessidade da multiplicação do número de clínicos actualmente existentes. Por outro lado, os profissionais de saúde têm que ter consciência da necessidade de maior abertura, encorajando a realização do teste para a detecção precoce da infecção, explicando à população a importância deste acto que, muitas vezes, é menosprezado. A disponibilidade de tais serviços traduzirá, ainda mais, a importância da necessidade dos indivíduos compreenderem a sua condição serológica em relação à infecção por VIH e fará progredir o aconselhamento e detecção de voluntários.

Mas, até agora, as iniciativas têm sido insuficientes. Por exemplo, dos dezasseis voluntários destacados para os Cuidados Domiciliários na província de Cabinda, apenas cinco cumprem as suas tarefas, de forma activa, na prestação de cuidados numa população de cerca de doze indivíduos infectados, tudo porque o silêncio impede que haja mais seropositivos identificados. Esta assistência domiciliar poderá contribuir para a autonomia dos doentes, pois a informação transmitida poderá concorrer para a adopção progressiva de um estilo de vida saudável e, por conseguinte, para a obtenção dum impacto positivo na família e na comunidade.

O grande problema reside, de facto, na identificação dos infectados por VIH e dos doentes com SIDA, em conseguir a sua aceitação para a visita das equipas. Frequentemente, estes indivíduos não pretendem ser reconhecidos, por temerem a discriminação e estigmatização. Assim, o desafio é enorme, porque existem poucos profissionais de saúde para uma comunidade enorme e é um contexto difícil de trabalhar.

3.1. A problemática do vírus de imunodeficiência humana

Relatos da OMS, em 1991 (29), dão conta de que a síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA), foi reconhecida, pela primeira vez, nos Estados Unidos da América (EUA) em 1981 originando três epidemias mundiais: a infecção por VIH, a SIDA propriamente dita e a reacção e resposta social, económica, cultural e política às duas primeiras. Esta última, assenta no receio, na ignorância, o que motiva sérios efeitos tanto a nível pessoal como familiar, social, religioso e político. As pessoas infectadas por VIH carecem de maior apoio e acompanhamento, mas é-lhes negado esse direito sendo muitas vezes excluídas pela própria família e pela sociedade.

De acordo com as estimativas da OMS e da ONUSIDA, existem, em todo o mundo, mais de 40.000.000 de pessoas infectadas por VIH. Até ao final de 2007, tinham sido registados 40.911 casos de infecção por VIH, apesar das estimativas apontarem para cerca de duzentos a

quatrocentos mil casos. Calcula-se que cerca de 170 mil infecções ocorram em mulheres e cerca de 35 mil em crianças com idade inferior a 15 anos¹³.

3.1.1. Representações sociais do vírus da imunodeficiência humana (VIH)

O panorama da infecção por VIH/SIDA permanece, socialmente, aliado ao universo do outro, pois é encarado como consequência de uma conduta sexual negativa, sendo também confrontado e atribuído como resultado de comportamentos adoptados pelos consumidores de drogas. Entretanto, com o decorrer dos anos, a sua representação actual é um problema social a que nenhum de nós está isento. O protótipo comum do indivíduo infectado, inicialmente atribuído ao sexo masculino e homossexual foi transferido para o modelo feminino, heterossexual e sem delimitação da faixa etária. Ultimamente, tem-se verificado um crescente número de casos, em mulheres com idade superior a 60 anos, infectadas através de relações sexuais com os cônjuges, que contraem a infecção por VIH em relações sexuais extraconjugais.

A SIDA torna-se, assim, numa patologia de enorme impacto a nível de saúde das comunidades, acarretando um grandioso impacto social. A discriminação, a nível laboral, está, frequentemente, aliada aos jovens, idosos, ao sexo, raça, religião e aos portadores de VIH. Num dos relatórios da Organização Internacional do Trabalho, sobre a equidade no trabalho e o encarar os desafios (30) foi divulgado que, cerca de 40 milhões de indivíduos coabitam, presentemente, com a infecção por VIH/SIDA em todo o planeta e *“trinta e seis milhões de pessoas no mundo inteiro, ou 90% dos portadores de VIH/SIDA, estão envolvidos em algum tipo de actividade económica e, a maioria deles, tem idades entre os 15 e os 49 anos – o grupo mais produtivo da força de trabalho. Três milhões de pessoas em idade activa morrem todos os anos devido a VIH/SIDA; as perdas cifram-se já em cerca de 28 milhões de trabalhadores mortos em 2005 e, se as tendências actuais se mantiverem, 48 milhões e 74 milhões de trabalhadores perderão a vida em 2010 e em 2015, respectivamente.”*

Aos profissionais de saúde é-lhes exigido um papel activo e não o de meros espectadores no combate à infecção por VIH/SIDA, por se depararem, actualmente, com a exposição e a vulnerabilidade de um risco latente de contágio pelo vírus no seu quotidiano laboral.

3.2. Princípios éticos e legais no cuidar

Apesar de algumas especificidades típicas da infecção por VIH, os problemas éticos que promovem os cuidados de saúde prestados aos utentes portadores de VIH são os mesmos que surgem em outras patologias com que o profissional de saúde está familiarizado no seu dia-a-dia, apesar de algumas características próprias da infecção e do indivíduo em causa.

¹³ http://www.unicef.org/angola/pt/hiv_aids.html [acedido em Fevereiro/2008]

Relacionado com as especificidades referidas, está o carácter epidémico de VIH, com o prognóstico calamitoso, que é associado a comportamentos de risco encarados pela sociedade como desviantes por parte desses mesmos indivíduos. A relação mantida pelos profissionais de saúde com indivíduos infectados por VIH, torna-se, muitas vezes, complexa, pois, ao trauma inerente a um diagnóstico da infecção que transporta, posteriormente, uma patologia crónica e nefasta, se acrescentam as dificuldades que, caracteristicamente, afligem os indivíduos procedentes dos grupos de risco, aos quais correspondem a maioria destes utentes. Frequentemente, a infecção por VIH é encarada pelos profissionais de saúde como auto-provocada, da qual o portador é, de certa maneira, o único culpado (31).

Não há fundamentos para o profissional de saúde correr risco desnecessários que, de modo algum, visam beneficiar o utente. Os riscos actualmente enfrentados pelos profissionais ao tratarem de infectados por VIH, são considerados inferiores quando comparados aos que eram ponderados no passado (32). Os profissionais de saúde devem comprometer-se a não negligenciar a prestação de cuidados aos infectados por VIH, partindo do propósito de que possuem à partida uma carga de risco inerente à sua profissão. Contudo, a precaução sobre o contágio e a assistência aos infectados por VIH, em cuidados considerados rotineiros ou quando se encontram em fase terminal, não é isenta de questões éticas e morais. Estudos demonstraram que, quando confrontados com a questão se desejam não ter que atender infectados por VIH, 25% das respostas dos profissionais de saúde revelam que não continuariam a atender infectados ou doentes com SIDA se essa opção lhes fosse dada. Nos Estados Unidos da América, existem cerca de 5% dos profissionais de saúde infectados por VIH, sendo a maioria dos casos atribuídos a comportamentos de risco ou transfusão de sangue contaminado e não por acidentes ocorridos pela prática da profissão (31).

4. CONCEITOS DESCRITIVOS DA PATOLOGIA: VÍRUS DE IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (VIH)

4.1. A génese

Nos anos 80 do século passado, o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) divulgou a informação de uma síndrome, em indivíduos das cidades americanas de São Francisco, Los Angeles e Nova Iorque. Os doentes tinham em comum, o facto de serem, maioritariamente, homossexuais masculinos, defendendo-se, desde muito cedo, que a propagação de um eventual agente infeccioso seria feita pela via sexual. Mais tarde, foi acrescentada a via sanguínea, pelas descrições de casos clínicos em heroinómanos e em doentes hemofílicos. Foi atribuído um termo a nova patologia: síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA) (33), correspondente a um conjunto de infecções (*Pneumocystis jirovecii*, *Toxoplasma gondii*, *Mycobacterium*) ou de neoplasias (sarcoma de Kaposi) que ocorriam em doentes com défice da imunidade celular de causa desconhecida.

A SIDA é assinalada como o derradeiro estágio da infecção por VIH sendo caracterizada, em geral, por um longo ciclo assintomático cuja durabilidade é flexível, pois varia, entre alguns meses a vários anos.

Após vários estudos, percebeu-se que o agente infeccioso causal seria propagado por via sexual, através de fluidos genitais (esperma, secreções vaginais), sangue ou seus derivados, em consequência da partilha de agulhas ou de seringas utilizadas para administração de drogas intravenosas e, verticalmente, através da mãe para o filho, durante a gravidez, o parto ou o aleitamento materno (34).

O protótipo de propagação era coincidente com o do vírus da leucemia linfocitária das células T tipo 1 (HTLV-1) (ou *human T-cell leukemia virus*, da língua inglesa), isolado em 1980 (35). Dois anos depois dos primeiros casos de SIDA, em 1983, no Instituto Pasteur de Paris, um grupo de investigadores liderados por Luc Montagnier (36), isolou um vírus de um gânglio linfático de um indivíduo com linfadenopatias generalizadas e com imunodeficiência, à custa da depleção de linfócitos T CD4+. A análise deste vírus, inicialmente denominado vírus associado a linfadenopatias (LAV, do inglês *lymphadenopathy associated virus*) mostrou tratar-se de um retrovírus que alcançava elevadas percentagens de replicação *in vitro* e que tinha um tropismo especial para os linfócitos T CD4+, aniquilando-os, em resultado do efeito citopático. Apesar das certezas acerca de ser este retrovírus a causa da imunodeficiência, a sua associação a SIDA foi posta em causa por algum tempo. Isto aconteceu, apesar do reconhecimento, por dois grupos autónomos, de retrovírus idênticos, isolados a partir de doentes com SIDA, referentes a grupos epidemiologicamente diferentes e, inclusive, a partir de indivíduos assintomáticos (37-

39).

Os retrovírus isolados apresentavam características biológicas comuns:

- a destreza fácil em cultivá-los *in vitro* em culturas de células mononucleadas do sangue periférico (CMSP);
- ostentarem tropismo específico para os linfócitos T CD4+;
- extinguirem os linfócitos T CD4+ em resultado da infecção.

Com este miscigenado de especificidades biológicas, descobertas *in vitro*, concomitantemente com o padrão de manifestações clínicas a que se encontravam supostamente relacionados, distinguia-se, de forma notória, dos restantes retrovírus humanos já isolados os quais eram relacionados a leucemias e a linfomas: HTLV-I e HTLV-II (40).¹⁴

A descoberta de outro retrovírus, em 1986, num doente oriundo da África Ocidental, pela equipa encabeçada por L. Montagnier, dentre os quais alguns investigadores portugueses (39), corroborou de maneira irreversível o envolvimento deste outro vírus, VIH-2, na imunodeficiência e na SIDA.

Com particularidades morfológicas e estruturais idênticas, VIH-1 e VIH-2 mantêm uma diferença, entre si, de cerca de 55% na sua série nucleotídica. Ambos são antigenicamente idênticos, originando respostas imunológicas coniventes para as proteínas estruturais codificadas pelos genes *gag* e *pol* (41). Ambos pertencem à família *Retroviridae*, género Lentivírus, sub-género dos Lentivírus dos Primatas, classe que compreende o vírus com aptidão citolítica, conduzindo à destruição das células que infectam. Juntos, apresentam um genoma do tipo ácido ribonucleico (ARN) de polaridade positiva, bem como as peculiaridades exclusivas de replicação por intermédio da ADN-polimerase ARN-dependente (transcriptase reversa) articulada às partículas virais.

4.2. O conceito

É, muitas vezes, defendido que VIH não é recente. Mas, só em 1981 foi oficialmente reconhecido pelo CDC como o novo enigma epidémico, devido ao crescente número de infecções, até então desconhecidas e caracterizadas como oportunistas, pois estavam relacionadas com imunodepressão celular, em certos indivíduos, previamente saudáveis. Num curto espaço de tempo foi reconhecido, em todos os casos apresentados, a presença do mesmo tipo de vírus, admitindo-se, a partir daí, como o mais plausível culpado pela perda das “defesas” do organismo humano, isto é, a imunodeficiência.

A imunodeficiência é atribuída a irregularidade do sistema imunológico – o sistema de defesa

¹⁴ Pereira J. Departamento de Microbiologia, Faculdade de Farmácia de Lisboa. Available: <http://www.ordembilogos/Biologias/N1.html> [acedido em Fevereiro/2008]

do organismo. Quando o sistema imunológico está ileso, a acção de microrganismos causadores de infecções e/ou doenças é praticamente inapta ou ténue. Mas, em indivíduos com o sistema imunológico debilitado, por invasão de microrganismos, como é o caso de VIH, as infecções surgem de forma exacerbada se comparada a indivíduos com sistema imunológico intacto e saudáveis, pois, no caso, existe a facilidade de invasão e concomitante agressão de microrganismos.

A SIDA é a síndrome encontrada quando a imunodepressão é acentuada e caracteriza-se por um conjunto bem definido de infecções ou de neoplasias (42).

4.3. As espécies

A aparição brusca e a exagerada virulência da infecção por VIH, levou a especulações sobre as procedências de vírus que motivou a tão proclamada doença (SIDA), sendo constituída a hipótese da teoria da criação de vírus em laboratório. Vários cientistas continuam a admitir que os tipos de vírus existentes na população humana – VIH-1 e VIH-2 – convergiram de dois eventos distintos de transmissão entre diversas espécies de símios (1) e o Homem. A origem da infecção por VIH-1, no Homem, parece ter tido origem no contacto da população humana com o chimpanzé, enquanto a infecção por VIH-2 terá sido transmitida ao Homem pelo macaco mangabey-fuligento (1).

A associação da origem de ambos vírus a macacos deveu-se às especificidades de VIH-2 serem muito semelhantes às de SIV, e muito mais do que as especificidades de VIH-1. Ao longo dos anos, e após vários estudos na área da investigação de ambos retrovírus, foi desvendado o mistério, tornando-se evidente de que VIH-2 é originário do SIVsm e VIH-1 do vírus de imunodeficiência símia – chimpanzé (SIVcpz) (1). Ambos podem conduzir à SIDA e têm formas de propagação semelhantes.

A maior variedade genética de VIH é consequente da sucessiva aglomeração de metamorfoses durante o decurso de retrotranscrição e da recombinação entre vírus que infectam a mesma célula. Quando uma mesma célula é infectada por dois ou mais vírus, de grupos ou de subtipos distintos, produzem-se vírus recombinantes. Os mesmos são a fonte de novas infecções e são designados por formas recombinantes circulantes (CFRs) enumerados pela ordem em que foram descobertos e também pelas letras dos respectivos subtipos que as constituem (1)

O decorrer da infecção tende a variar de forma drástica mesmo quando a infecção primária tenha a mesma fonte de origem (43). Foi identificado um virião defectivo (44) nos indivíduos infectados por VIH-1 com história da infecção não progressiva a longo-termo, por apresentar baixa redução da contagem dos linfócitos T CD4+, ou infecção crónica em cerca de sete anos sem desenvolver a doença – SIDA. O grupo dos não-progressores a longo-termo, representa uma população de, apenas, cerca de 5% de todos os infectados. Em infecções, onde estão presentes os vírus defectivos, ou vírus com a capacidade replicativa atenuada, prolonga-se o curso clínico da infecção pelo vírus. Mas, infelizmente, a maioria dos infectados por VIH-1 é infectada por um vírus capaz de produzir uma quantidade elevada de virions por dia.

O hospedeiro infectado apresenta condições determinantes para desencadear, ou não, sintomas/sinais clínicos de imunodeficiência. Para a identificação e caracterização dos factores do hospedeiro contribuintes na progressão da infecção, incluem-se os mecanismos de defesa imunológica e os factores genéticos, considerados cruciais na compreensão da imunopatogénese da infecção por VIH, especialmente de VIH-1, de modo a contribuir no desenvolvimento de imunoterapêuticas e estratégias profiláticas.

4.4. VIH-1

Ficou, inicialmente, classificado de LAV (*lymphadenopathy-associated virus*) (45) quando foi noticiado, em Maio de 1983, o isolamento de um retrovírus num gânglio linfático de um doente, por Luc Montagnier, do Instituto Pasteur de Paris. Roberto Gallo, do National Institute of Health, nos Estados Unidos da América (Bethesda), em 1980, identificou o HTLV-I retrovírus oncogénico autor da leucemia e do linfoma das células T e, transcorrido dois anos, em 1982, reconheceu um novo retrovírus que denominou de HTLV-II, relatou o achado de um retrovírus que intitulou de HTLV-III e que correspondia ao vírus também divulgado por Montagnier (46). A comunidade científica decidiu atribuir a autoria da descoberta aos dois cientistas para dar por terminada a controvérsia que existia sobre o verdadeiro descobridor do vírus.

Ficou comprovado que o alastramento de VIH-1 se combinou pela propagação de vírus de imunodeficiência símia – chimpanzé (SIVcpz) de uma singular subespécie de chimpanzé para o Homem, e que os distintos subtipos de vírus (M, N e O) também têm a sua proveniência em eventos de transmissão distintos entre as duas espécies (1).

É crível que as diversas inoculações com o SIVcpz tenham ocorrido durante a caça de chimpanzés, cuja carne é usada como alimento, em algumas regiões do planeta. A adopção das crias de chimpanzés como animais de estimação, o fabrico de peças em osso e em pele (malas, crânios) também pode ter contribuído para algumas infecções (1).

Os vários tipos genéticos de VIH-1 estão presentes em toda a África Central. A Sul e a Oriente predomina o subtipo C e a Ocidente predomina o subtipo A ou CRF02_AG (47). Neste caso, pelos resultados dos estudos realizados e atendendo a localização geográfica de Cabinda, o subtipo predominante é C.

4.4.1. VIH-2

Apelidado inicialmente por LAV-2, foi identificado, pela primeira vez, no soro de um doente da Guiné-Bissau, internado no Hospital Egas Moniz, em Setembro de 1985, por Luc Montagnier e Odete Ferreira (39, 48). O mesmo vírus foi classificado por HTLV por Roberto Gallo (49). De modo a uniformizar a nomenclatura, a Comissão Internacional da Taxonomia Vírica definiu, em 1986, que HTLV-IV/LAV-2 passasse a denominar-se VIH-2.

A progressão da infecção por VIH-2 é mais lenta do que acontece na infecção por VIH-1. A etapa assintomática da infecção demora cerca de 20-30 anos, em média, o que justifica, em parte, o menor número de indivíduos infectados em todo o mundo. No entanto, a eficácia de

alguns dos fármacos disponíveis é menor.¹⁵

Tem origem no ascendente comum do grupo de VIH-2, abrangendo os seis subtipos (A-F) e relata-se que contaminou o primata *Cercocebus torquatus* (C.t.), pois, Simian Immunodeficiency Vírus (SIV) não é visto como patogénico para o reservatório animal que funciona como o hospedeiro natural do C.t. mas, é encarado como muito patogénico para as outras espécies de primatas do género *Macaca* (48).

O *habitat* natural de C. t. é coincidente com a disposição geográfica dos territórios endémicos de infecção por VIH-2 na África ocidental, da costa do Senegal até ao Gana (48). A caça desse macaco é usual nesta região; é usado para alimentação e como animal de estimação, sendo levantada a hipótese de que dentadas ou arranhões possa ter exposto o Homem ao sangue desse animal, durante a caça ou o preparo da carne.

VIH-2 tem uma propagação mais difícil, ou seja, a sua transmissão entre os indivíduos, por via sexual, é cerca de cinco a nove vezes menos fácil que a de VIH-1. O risco de transmissão vertical de VIH-2 é menor se comparado ao de transmissão vertical de VIH-1. O tempo de latência clínica é mais longo na infecção por VIH-2, o desenvolvimento de défices imunológicos menos acentuados e a carga vírica plasmática é mais baixa (50).

O subtipo de VIH-2 que predomina é o subtipo A.

4.5. Métodos e vias de transmissão

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (29), declara que VIH foi descoberto em muitos fluidos orgânicos de indivíduos infectados, estando apenas implicados na sua propagação o sangue, o esperma, as secreções vaginais e o leite materno. Assim sendo, a transmissão de VIH ocorre de três modos:

- sexual;
- por via parentérica;
- por via perinatal.

A propagação por via sexual é a forma mais usual de disseminação de VIH, sendo maior o risco de contágio quando existem outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), particularmente, as que acarretam o aparecimento de úlceras genitais, porque expõem uma maior porção da mucosa genital ao vírus. A transmissão parentérica pode sobrevir através de uma perfusão de sangue e seus derivados infectados ou através de agulhas, seringas ou instrumentos cortoperfurantes contaminados por VIH. Em países desenvolvidos, a transfusão de sangue, dos hemoderivados, bem como transplante de órgãos, deixou de ser uma via de transmissão importante pois existem normas de rastreio e tecnologia adequada aplicadas em todos os indivíduos que sejam dadores sanguíneos ou de órgãos. Mas, nalguns países em vias

¹⁵ <http://www.roche.pt/sida/faq/respostas.cfm> [visitada Fevereiro 11, 2008]

de desenvolvimento (PVD) como o caso de Angola (Cabinda), esta via ainda suscita receios, pela inexistência de um controlo suficiente por parte dos profissionais de saúde aos dadores de sangue. Por outro lado, a administração de sangue e seus derivados é relativamente frequente na região, devido à prevalência de anemia provocada pela drepanocitose, malária e subnutrição.

A transmissão perinatal, segundo a OMS (1991) (29), pode acontecer em três momentos diferentes: antes, durante e logo após o parto. Sobre a transmissão de VIH pelo aleitamento materno o assunto é controverso, pois, alguns autores indiciam-no como o principal responsável da infecção pós-parto, afirmando que é deste procedimento que se deve a infecção de 50% das crianças amamentadas por mães seropositivas (51).

VIH-1 apresenta-se como o mais virulento em comparação a VIH-2, porém, todas as crianças nascidas de mães infectadas por VIH e seropositivas nascem “seropositivas”, pois, os anticorpos anti-VIH da mãe transpõem a barreira placentar. Se a criança não for infectada, os anticorpos maternos são aniquilados no organismo da criança, transcorridos oito a doze meses após o nascimento, passando a ser seronegativa. É por isso que se recomendam os testes às crianças de mães infectadas a partir dos quinze – dezoito meses de idade (51).

A OMS (29) refere não existirem revelações de transmissão de VIH por via respiratória ou pelo contacto esporádico pessoa a pessoa, no panorama familiar ou fora dele. Como também não existem indícios de transmissão de VIH por intermédio da picada de insectos, alimentos, água, retetes, piscinas, suor, lágrimas, partilha de talheres para comer e beber, ou outros, tais como o uso do telefone e roupas usadas.

4.6. Sintomas e sinais

Quando se adquire a infecção por VIH pode não se ter qualquer sintoma ou, então, ter um quadro febril tipo síndrome gripal. Em seguida, o doente fica sem sintomas durante um período variável, que pode durar anos, em média oito a dez anos, em que o indivíduo infectado sente-se bem. Nesta fase, como em todas as fases da infecção, existe possibilidade de transmissão da doença a outras pessoas.

A infecção aguda por VIH traduz-se num conjunto de sintomas/sinais heterogéneos e os indivíduos com os sintomas exacerbados durante a fase da infecção aguda e com um maior período de infecção aguda são os que tendem a progredir de forma rápida para a SIDA (52).

Após este período assintomático, assoma a fase sintomática da infecção em que o doente começa a referir sintomas e notar sinais de doença, que anunciam a presença de imunodepressão. O doente pode mencionar uma fadiga não habitual, perda de peso, sudação nocturna, anorexia, diarreia, queda de cabelo, pele seca e descamativa, entre outros. Podem também associar-se aos sintomas atrás descritos, algumas manifestações oportunistas como a candidose oral, candidose vaginal de repetição, episódio de herpes zoster ("zona"), episódios de herpes simplex de repetição (oral ou genital). Posteriormente, podem surgir

infecções/doenças mais graves, como tuberculose, pneumonia, meningite, entre outras manifestações oportunistas reveladoras de uma grave imunodepressão - redução marcada das defesas do organismo humano.

Em 1985, descreveu-se, pela primeira vez, o quadro clínico de infecção aguda por VIH-1 comparando-o ao da mononucleose infecciosa (53). Os sintomas e sinais mais frequentes (ver tabela 1) são a febre, *rash* maculo-papular, úlceras orais, linfadenopatias, artralguas, faringite, mal-estar geral, perda de peso, meningite asséptica e mialgias (54). Num estudo recentemente publicado (55) a febre (80%) e o mal-estar geral (68%) tinham uma maior sensibilidade para o diagnóstico clínico de infecção aguda por VIH-1, enquanto que a perda de peso (86%) e as úlceras orais (85%) apresentavam a maior especificidade. Neste estudo, febre e *rash* cutâneo, especialmente quando surgem em combinação e acompanhados de úlceras orais e faringite têm um acrescentado valor predictivo positivo para a realização do diagnóstico de infecção aguda por VIH-1. Noutro estudo (56), febre, *rash* cutâneo, mialgias, artralguas e sudação nocturna eram os melhores valores predictivos de infecção aguda por VIH-1.

O período sintomático da infecção aguda por VIH-1 tem uma duração entre sete e dez dias e, muito dificilmente, é prolongado para além dos 14 dias. A gravidade e duração dos sintomas têm implicações prognósticas pois, quanto mais demorados e sérios forem os sintomas apresentados pelo doente, mais célere é a progressão para doença. Devido a inespecificidade da natureza dos sintomas, o médico encontra-se perante um grande desafio, o que torna indispensável uma colheita minuciosa de dados sobre a história da exposição.

4.7. Diagnóstico

O diagnóstico da infecção aguda por VIH é baseado na detecção da replicação do mesmo e na ausência de anticorpos anti-VIH, dado que estes ainda não estão presentes na fase precoce da infecção. Existem diferentes testes para o diagnóstico da infecção por VIH. O mais sensível é o que se baseia na detecção no plasma do RNA de VIH.

Num estudo recentemente publicado (55), todos os testes têm uma sensibilidade de 100%, mas, ocasionalmente (em 2 – 5% dos casos), há resultados falsos positivos. As avaliações do número de cópias de RNA de VIH-1, a partir de amostras duplicadas, resulta numa sensibilidade de 100% com 100% de especificidade. Por outro lado, a detecção do antigénio p24 tem uma sensibilidade de 79% com uma especificidade de 99,5 a 99,96%. O diagnóstico de infecção aguda por HVI-1 deve pois ser subsequentemente confirmado com um teste de anticorpos positivo (seroconversão) dentro das semanas seguintes.

Existe uma diminuição marcada de linfócitos T CD4+ durante a infecção aguda por VIH-1 com um aumento posterior, mas que, em geral, não retorna aos valores iniciais. Por seu lado, há um aumento inicial de linfócitos T CD8+, o que resulta numa relação CD4+/CD8+ <1.

A mononucleose infecciosa é considerada como o diagnóstico diferencial mais relevante. Mas, hepatite, gripe, toxoplasmose, sífilis e os efeitos colaterais de certos fármacos não devem ser

postos de parte. O mais relevante no diagnóstico da infecção por VIH é a inclusão desta hipótese no diagnóstico diferencial. A suspeita clínica de infecção por VIH requer a realização de um teste de anticorpos anti-VIH (55).

4.8. Testes laboratoriais

A comercialização dos primeiros testes laboratoriais para o diagnóstico serológico da infecção por VIH foi autorizada em Março de 1985 (57) pela Food and Drug Administration (FDA), contribuindo para o progresso do conhecimento da história natural da infecção que, até então, era feita apenas pelos sinais e sintomas ou definida pela sua fase terminal.

Os anticorpos contra VIH não são expandidos antecipadamente no começo do decréscimo da virémia VIH no plasma e podem ser assinalados durante a segunda e a oitava semana após o evento da infecção. Sendo que, nesta etapa, os métodos serológicos não são usualmente imprescindíveis para se consumir o diagnóstico da infecção por VIH, pois os resultados são negativos. Não é habitual existirem testes de serologia constantemente negativos para VIH depois de transpostos os primeiros três meses sobre a infecção.

A seroconversão estreia-se, usualmente, com a revelação de anticorpos IgM contra as proteínas estruturais do núcleo (gag), dando depois lugar a uma modificação de resposta IgM para IgG entre a primeira e a quadragésima primeira semana (58).

O diagnóstico da infecção por VIH compreende a aplicação sequencial de dois processos de diagnóstico, que apesar de juntos apontarem a presença de anticorpos, são de tecnologias distintas. Os que primeiramente são empregues são designados métodos de rastreio e os segundos são chamados métodos confirmatórios ou suplementares. Entre as técnicas de rastreio, a mais usada é a *Enzyme Linked Immunosorbent Assay* (ELISA), técnica que faz uso de antigénios de VIH imobilizados numa fase sólida, de forma a facultar a união de anticorpos anti-VIH, após a incubação com a amostra a testar. O *Western blot* revela anticorpos próprios contra as proteínas dos variados constituintes do fragmento vírico de VIH-1 e é indicado para confirmar testes de rastreio (ELISA) positivos. Os testes de ELISA oferecem uma sensibilidade superior a 99% (58). É durante o período de janela imunológica que são obtidos, com maior frequência, resultados falsos positivos. Esta taxa varia entre 0,3%, em comunidades com prevalência elevada de infecção por VIH (59), até valores abaixo de 0,001%, nas comunidades de baixa prevalência (60).

O período de janela imunológica corresponde ao período de tempo entre a infecção e o aparecimento dos primeiros anticorpos, que resultam na positividade de um teste de ELISA. Este período de tempo varia em média entre 14 e 22 dias (61-62).

Os métodos ELISA, empregues na detecção de anticorpos contra VIH-1 são comparativamente insensíveis para a detecção da infecção por VIH-2, podendo, todavia, verificar-se uma reactividade cruzada em cerca de 60% a 90% das condições (63-64).

O acréscimo de antigénios recombinantes de VIH-2 aos antigénios de VIH-1, no mesmo

formato ELISA, possibilitou a realização de testes que são sensíveis para a detecção simultânea dos dois retrovírus (63-65).

Subsistem descrições de resultados falsos positivos relacionados com a serologia VIH (ELISA e Western blot) que são razoavelmente escassos, variando entre 0,0004% e 0,0007% (66-67). Presentemente, estima-se que esses valores sejam, ainda mais reduzidos (68).

Defende-se a execução regular dos testes de diagnóstico da infecção por VIH em indivíduos com comportamentos encarados de alto risco. Desconhece-se a existência de uma periodicidade precisa para a realização dos testes mas, usualmente, são realizados anualmente nos utentes com comportamentos de risco mantido.

Outros métodos que possibilitam a instituição do diagnóstico da infecção incluem a detecção da antigenémia p24, a pesquisa de DNA provírico por PCR, ou a quantificação das virémias do RNA de VIH-1 no plasma por RT-PCR ou bDNA.

Apesar de existirem vários métodos de detecção de VIH, nenhum é mais preciso que a serologia de rotina. Relevantes em certas situações exclusivas em que os testes serológicos não possibilitam afiançar ou indeferir se o indivíduo está infectado, especificamente nos que apresentam hipogamaglobulinémia, na síndrome vírica aguda, quando o Western blot é impreciso, na fase de janela imunológica e na infecção neonatal, em que o diagnóstico serológico só é considerado concludente após os 18 meses de idade.

Em regra, o diagnóstico da infecção é executado por intermédio da repetição da serologia. A sensibilidade destes métodos para a detecção de VIH-1 é diversificada, conforme o estágio em que se encontra a doença. A metodologia para o diagnóstico da infecção por VIH-2 é análoga à metodologia empregue no diagnóstico da infecção por VIH-1. Em Portugal, a pesquisa de anticorpos VIH-1 é realizada conjuntamente com a de VIH-2.

Em Março de 2004, aquando da inauguração do CATV (Centro de Atendimento e Testagem Voluntária) do Hospital Esperança em Luanda, eram apenas efectuados 305 testes de VIH/mês. Já em 2007, só no mês de Maio, foram testados 1.058 indivíduos, dentre os quais cerca de um terço tinha resultado positivo.

Actualmente, verifica-se um notável crescimento do número de indivíduos preocupados com a sua situação serológica, através da realização voluntária do teste anti-VIH, facto atribuído ao incremento de campanhas educativas, bem como à maior disponibilidade dos CATV nas províncias, pois, em 2005, contavam-se apenas 11 CATVs em toda a extensão territorial.

4.9. Sistema imunitário

O sistema imunitário protege-nos de infecções por microrganismos (bactérias, vírus, parasitas ou fungos) e de neoplasias. É composto, entre outras células, por linfócitos, encontrados na circulação sanguínea periférica ou armazenados em órgãos linfáticos como o timo, gânglios linfáticos e baço. Há dois tipos principais de linfócitos:

- linfócitos B, encarregues da criação de anticorpos, gerados especificamente para cada microrganismo, que depois conduzem à sua neutralização e destruição;
- linfócitos T, que agridem directamente o microrganismo agressor. É dentro deste tipo de linfócitos T que deparamos com uma classe, apelidada T4 (T CD4+ ou T-auxiliares) com uma função de extrema utilidade no desencadear da resposta imunitária e na coordenação da mesma resposta (69).

Ao infectar os linfócitos T CD4+, VIH acarreta a desorganização do sistema imunitário e a sua evolutiva inoperância, finalizando com o estabelecimento de uma imunodeficiência. É em resultado da imunodeficiência que o indivíduo infectado se converte em vulnerável a muitos agressores microbianos, adquirindo uma menor aptidão para destruir as células neoplásicas. Irrompem, desta forma, infecções oportunistas e neoplasias (linfomas, sarcoma de Kaposi) definidoras de SIDA e que são os autênticos responsáveis pelo óbito de indivíduo infectado por VIH (40).

4.9.1. Conceito de seropositivo

É importante realçar a distinção exacta entre os conceitos de seropositivo e de SIDA. O défice de conhecimento sobre ambos conceitos tem ajudado para manutenção da conotação negativa atribuída aos infectados por VIH, o que vem ajudando os elevados índices de discriminação e de marginalização dos indivíduos na sociedade em que se encontram inseridos.

Define-se como seropositivo, o indivíduo infectado por VIH, mas não necessariamente doente. Apesar de ser portador do vírus, não apresenta sinais e sintomas perceptíveis de doença, encontra-se assintomático, sendo a infecção confirmada em laboratório, através da realização de testes serológicos de detecção de partículas anti-VIH. Somente quando o sistema imunitário do indivíduo está demasiado enfraquecido, apresentando um nível de linfócitos T CD4+ abaixo de 200/mm³ (os valores normais variam entre 600 e 1500 linfócitos T CD4+/mm³), ocorre um colapso do sistema imunitário, o que facilita o surgimento das infecções oportunistas que podem levar à morte. É nesta fase da infecção que podemos classificar o indivíduo como doente com SIDA.

Inicialmente publicado pelo CDC em 1986, o sistema de classificação globalmente aceite para a infecção por VIH, baseava-se em critérios específicos que estavam associados à infecção por VIH (tabela 3). O mesmo foi desenvolvido para vir a ser aplicado na vigilância da saúde pública, tendo-se revelado uma ferramenta epidemiológica muito útil desde há vários anos. Mas, em 1993, houve necessidade de revisão, baseada em parâmetros clínicos e imunológicos para a nomenclatura da infecção por VIH, circunscreveram quatro fases clínicas (42).

Tabela 3 - Sistema de classificação do CDC.

Categorias clínicas do sistema de classificação do CDC em indivíduos infectados por VIH	
<p style="text-align: center;">Categoria A</p> <ul style="list-style-type: none"> — Infeção assintomática por VIH — Infeção aguda (primária) por VIH com doença associada ou história de infeção aguda por VIH — Linfadenopatia generalizada persistente <p style="text-align: center;">Categoria B</p> <ul style="list-style-type: none"> — Situações sintomáticas* que não estão incluídas nas condições da categoria C. Alguns exemplos mas que não são únicos: — Angiomatose bacilar — Candidose, orofaringe (“sapinhos”) — Candidose vulvovaginal; persistente, frequente, ou que responde mal ao tratamento — Displasia do colo uterino (moderada ou grave/carcinoma do colo <i>in situ</i>) — Sintomas sistémicos, tais como febre (38,5° C) ou diarreia com duração superior a um mês — Leucoplasia oral — Herpes zoster (zona), envolvendo pelo menos dois episódios ou mais que um dermatomo. Púrpura trombocitopénica idiopática — Listeriose — Doença inflamatória pélvica, particularmente se complicada por abscesso tubar e ovário — Neuropatia periférica 	<p style="text-align: center;">Categoria C – Critérios definidores de SIDA**</p> <ul style="list-style-type: none"> — Candidose dos brônquios, traqueia ou pulmão — Candidose esofágica — Carcinoma invasivo do colo uterino * — Coccidioidomicose, disseminada ou extrapulmonar — Criptococose, extrapulmonar — Criptosporidiose, intestinal crónica (duração superior a 1 mês) — Doença por citomegalovírus (além do fígado, baço ou gânglios linfáticos) — Retinite a citomegalovírus (com perda da visão) — Encefalopatia associada a VIH — Herpes simplex: úlceras crónicas (duração superior a um mês); bronquite, pneumonite ou esofagite — Histoplasmose, disseminada ou extrapulmonar — Isosporiase intestinal crónica (duração superior a um mês) — Sarcoma de Kaposi, Linfoma de Burkitt's (ou forma equivalente) — Linfoma, imunoblástico (ou equivalente) — Linfoma, primário cerebral — <i>Mycobacterium avium</i> complex or <i>M. kansasii</i>, disseminado ou extrapulmonar — <i>Mycobacterium tuberculosis</i>, em qualquer localização (pulmonar ou extrapulmonar) — <i>Mycobacterium</i> de outras espécies ou espécies não identificadas, disseminada ou

Categorias clínicas do sistema de classificação do CDC em indivíduos infectados por VIH

	extrapulmonar — Pneumonia a <i>Pneumocystis jirovecii</i> — Pneumonia, recorrente* — Leucoencefalopatia multifocal progressiva — Septicemia a <i>Salmonella</i> , recorrente — Toxoplasmose cerebral — Síndrome de emaciação por VIH
--	--

* Condições que devem ter no mínimo um dos subseqüentes preceitos:

- a) Condições imputadas a VIH ou reveladoras de uma redução de imunidade celular; ou
- b) Conjunturas desvendadas clinicamente com uma evolução médica ou que impõem um tratamento que é mais embaraçado pela infecção por VIH.

** Uma vez ocorrida a condição para a Categoria C, atribui-se ao utente a categoria C.

Desde então, a classificação da SIDA nos Estados Unidos da América tem vindo alargar-se, com o propósito de incluir infectados por VIH e com uma contagem de células CD4 inferior a 200 células/ μ l ou uma percentagem total de linfócitos inferior a 14%, mesmo na ausência dos critérios referidos na lista.

A actual classificação do CDC é feita baseando-se nas condições clínicas apresentadas pelos indivíduos e na quantidade de linfócitos T CD4. São consideradas três categorias clínicas: A, B, C (tabela 3) e três categorias para os linfócitos T CD4: 1, 2, 3 (tabela 4). A formulação de classificação com base nas células CD4 deveria assentar no limite inferior das células CD4 ("CD4 nadir") e não na contagem mais recente.

Tabela 4 – *Categorização relacionada com os exames laboratoriais.*

Categorias pela contagem de CD4*

Categoria 1: > 500 CD4 células/ μ l

Categoria 2: 200-499 CD4 células/ μ l

Categoria 3: <200 CD4 células/ μ l

*A decisão da categoria deve ser concluída pelo valor mais reduzido de CD4 e não pelo valor mais recente.

Existe um sistema de classificação revisto e modificado para a infecção por VIH para os menores de 13 anos.

No entanto, não existe apenas o sistema de classificação do CDC. A Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou um sistema de classificação para a infecção por VIH que constitui uma abordagem alternativa para ser aplicada em cenários com recursos escassos e que tem sido largamente utilizada em África e na Ásia (tabela 5).

Tabela 5 - Sistema classificação segundo o CDC/OMS. (70-72)

<p>Grupo I: infecção aguda</p> <p>— Síndrome mononucleósica, com ou sem meningite asséptica, e seroconversão.</p>	<p>Categoria C-1: doenças infecciosas definidoras de SIDA</p> <p>— Pneumonia por <i>Pneumocystis jirovecii</i> histoplasmose extra-pulmonar;</p> <p>— Toxoplasmose cerebral, coccidioomicose extrapulmonar;</p> <p>— Criptosporidiose crónica, micobacteriose por <i>M. avium complex</i> ou <i>M. kansasii</i>;</p> <p>— Estrongiloidíase extra-intestinal, doença citomegálica;</p> <p>— Candidose esofágica, traqueo-brônquica ou pulmonar; herpes disseminado ou mucocutâneo crónico;</p> <p>— Criptococose extrapulmonar;</p> <p>— Leucoencefalopatia multifocal progressiva.</p>
<p>Grupo II: infecção assintomática</p> <p>— Inexistência de manifestações clínicas no portador.</p>	<p>Categoria C-2: outras patologias infecciosas</p> <p>— Candidose oral, nocardiose;</p> <p>— Herpes zoster (mais de dois dermatomas), tuberculose;</p> <p>— Leucoplasia oral, Sepsis recorrente por <i>Salmonella não typhi</i>;</p>
<p>Grupo III: linfadenopatia generalizada persistente, linfadenomegalias palpáveis mais de 1cm em duas ou mais localizações extra-inguinais e com evolução +/- três meses, na ausência de doença concomitante.</p>	
<p>Grupo IV: outras patologias</p>	

• **Subgrupo A:** patologia

constitucional

Uma ou mais das seguintes manifestações:

— Febre persistente com mais de um mês, emagrecimento superior a 10% e diarreia crónica por mais de um mês.

• **Subgrupo B:** doença neurológica

Uma ou mais das seguintes manifestações: demência, mielopatia e neuropatia periférica.

• **Subgrupo C:** doenças infecciosas secundárias

Doença infecciosa indicadora de deficiência da imunidade celular.

• **Subgrupo D:** neoplasias

— Neoplasia indicadora de imunodeficiência celular: sarcoma de Kaposi, linfoma não Hodgkin e linfoma primário do sistema nervoso central.

— Todas são definidoras de SIDA.

• **Subgrupo E:** outras situações

— Pneumonia intersticial linfóide, síndrome de emaciação ou outras doenças infecciosas ou neoplásicas, não consideradas anteriormente e tradutoras de deficiência da imunidade celular.

4.10. Terapêutica da infecção por vírus da imunodeficiência humana (VIH)

Perto de completar 30 anos, a infecção por VIH transformou-se de uma patologia fatal para uma patologia crónica controlável. Cerca de 30 anos, em que o progresso da TARV foi considerado um dos avanços mais dramáticos da história da medicina. Apesar dos avanços verificados, para a grande maioria dos indivíduos que vivem com VIH/SIDA, a TARV mantém-

se a anos-luz de distância – quase inacessível nos países com poucos recursos onde VIH continua a devastar famílias, comunidades e sociedades, com maior destaque para os pobres e os socialmente marginalizados.

Apesar da incansável luta travada desde sempre pela comunidade científica internacional para a descoberta de uma vacina ou fármaco que vise a erradicação do vírus, continuamos a dispor apenas do tratamento que retarda a evolução da infecção para a doença, o tratamento de sintomas que vão surgindo e proporcionar aos infectados em última fase cuidados paliativos.

Como não existe um tratamento exclusivo para a infecção em geral e a patologia em si, a TARV efectua o controlo das infecções e patologias associadas a VIH, a suspensão da expansão e replicação de VIH com agentes anti-virais, actuando, também, na ampliação e regularização do sistema imunológico com o uso de imunomoduladores, pois, a terapêutica da infecção por VIH/SIDA não está assente apenas na administração de agentes que impossibilitam a replicação do vírus, exige-se a implementação de agentes reabilitadores do sistema imunológico.

A descoberta do primeiro anti-retroviral, a zidovudina (AZT), revelou ser um dos avanços mais significativos de combate à infecção por VIH. Este fármaco coibe a proliferação de VIH através da adulteração de uma das essências moleculares por ele usadas para constituir o ADN das novas partículas virais, inibindo a produção de um vírus novo pela distorção dos elementos estruturais da cadeia do ADN.

Quando é instituído o tratamento clínico associa-se também um tratamento de suporte, com vista a minimizar os efeitos debilitantes da SIDA como a desnutrição, deterioração de alguns órgãos como a pele, astenia, adinamia e alterações a nível de consciência.

A maioria dos agentes anti-retrovirais que constituem a TARV, contêm substâncias geradoras de efeitos colaterais, tais como uma simples reacção gripal ou até algo mais grave como alterações de comportamento. Por isso, o profissional de saúde adopta uma função indispensável na avaliação e controlo dessas consequências, concedendo ao mesmo tempo, o apoio e a orientação dos doentes.

Os propósitos da TARV são os de diminuir a carga vírica e aumentar a contagem de linfócitos T CD4+, protelando a progressão da doença e alterando a história natural da infecção. Desta forma, apetrecha-se o organismo sobre a eventualidade de manifestações oportunistas relacionadas ao vírus, melhora-se a qualidade de vida e prolonga-se a vida do infectado. Para o alcance desses objectivos é basilar que o tratamento seja instituído de forma severa e em concordância com as advertências do clínico. Se o infectado não acatar adequadamente e de forma severa como deve consumir os fármacos, a fracção de fármaco presente no sangue torna-se insuficiente para controlar a replicação viral. Isto proporciona ao vírus a capacidade de destruir os linfócitos T CD4+ e adquirir resistência aos fármacos (prescritos a outros semelhantes – é a chamada resistência cruzada) (73).

Existem novas perspectivas de tratamento para a infecção por VIH através da produção e

introdução de novos fármacos ARV, imunomoduladores, vacinas terapêuticas e moléculas bloqueadoras dos co-receptores.¹⁶

A TARV não é uma emergência, não devendo, por isso, ser experimentada antes de uma análise clínica e laboratorial meticolosas, exceptuando-se os casos de exposição accidental. A TARV, não deve ser instituída antes do delineamento de metas a alcançar e a precisão de adesão absoluta ao tratamento por parte do infectado. Apesar da sua complexidade e dos ocasionais danos colaterais, é necessário envolver o infectado e certificar-se da sua colaboração na adopção do que lhe foi transmitido pelo clínico, o que é de extrema utilidade para a instrução e o aconselhamento. Torna-se imprescindível a elaboração de questões como: quando Iniciar a TARV? qual o esquema a utilizar? como avaliar a eficácia? quando modificar o esquema?¹⁷

Enquanto não se descobre uma cura, ou seja, uma maneira convincente de banir radicalmente VIH do organismo, os tratamentos actuais, constituídos, geralmente, por mais do que um fármaco, apenas contribuem para atenuar a carga vírica e retardar os malefícios que o vírus pode causar ao sistema imunológico. Com a toma dos fármacos actuais, a porção de vírus existente no sangue tende a diminuir, ao fim de alguns dias. Os indivíduos com acesso a terapêutica e que na sua maioria a consomem com regularidade e adequadamente em concordância com o seu clínico, vêem cerca de 99% de vírus circulante no sangue, excluído ao fim de quatro semanas. Quando a adesão é cumprida na totalidade, por cerca de quatro a seis meses, vírus acaba por ser indetectável no sangue. É melhor informar e consciencializar os infectados que a carga viral indetectável não implica a cura, pois vírus apenas reprime-se no organismo persistindo o risco do contágio da infecção a outras pessoas (73).

A TARV pode ser instaurada em qualquer das fases da infecção: a fase aguda, o período assintomático, a fase sintomática mesmo sem os critérios de definição da SIDA ou no estágio da SIDA (73).

A compreensão da imunopatogénese da infecção por VIH é um dos pré-requisitos importantes para melhorar de forma racional as estratégias terapêuticas, desenvolvendo imunoterapêuticos e vacinas profiláticas. Tal como acontece noutras infecções causadas por vírus, o curso da infecção por VIH depende do hospedeiro e dos factores virais.

O tratamento da infecção aguda por VIH-1 permite uma supressão viral a longo prazo, leva a uma preservação e ao aumento da resposta das células específicas T helper e promove a conservação de uma população viral mais homogénea. A maioria dos utentes pode posteriormente suspender o tratamento e ter um controle periódico da replicação viral.

¹⁶ Apontamentos cedidos pelo Prof. Dr. Lecour H. Curso de mestrado em Infecção por VIH/SIDA 2006/2008. Lisboa: ICS/UCP, 2006

¹⁷ <http://www.minsaude.gov.cv> [acedido em Agosto de 2008]

Verificam-se cargas virais máximas abaixo das 5.000 cópias/ml durante cerca de três anos, em alguns indivíduos. Contudo, pode verificar-se uma subida para níveis elevados de carga viral durante o seguimento, o que reclama o início da terapêutica (74-76). Os benefícios, a longo prazo, do início prematuro da TARV ainda não foram demonstrados. Desconhece-se o tempo existente entre a infeção aguda e o início da terapêutica sem a perda dos benefícios clínicos, virológicos e imunológicos. A infeção aguda por VIH-1 deve ser tratada e seguida em ensaios clínicos (76).

Durante o processo de aconselhamento é essencial apontar, de maneira concisa, a escassez de dados definitivos sobre os benefícios clínicos sendo importante referir os riscos acarretados pela TARV bem como das interrupções terapêuticas, implicando a toxicidade dos medicamentos, aparecimento de resistências, síndrome retroviral aguda durante a elevação da carga viral e a possibilidade de transmissão e super-infeção por VIH-1 durante a fase da interrupção terapêutica.

Em relação a VIH-2, está insuficientemente estudada a correspondência entre a carga viral e a progressão para SIDA, quando comparada com VIH-1. A taxa de progressão para SIDA, morte ou ambos nos infectados por VIH-2 é de cerca de dois terços (2/3) da que é imputada a VIH-1 (77). Os níveis plasmáticos de RNA VIH-2 mensurados por intermédio de métodos manuais são relativamente mais atenuados nos utentes infectados por VIH-2 se confrontados com os infectados por VIH-1 (78-79). As recomendações relacionadas com o início da instituição terapêutica não estão tão bem estabelecidas como para a infeção por VIH-1. É de salientar que nem todos os fármacos activos para VIH-1 o são, do mesmo modo, para VIH-2, pois, sabe-se que VIH-2 é resistente aos NNRTI's.

Existe uma profilaxia pós-exposição, muito pouco conhecida e divulgada. Durante vários anos ficou conhecida como Profilaxia Pós-Exposição Ocupacional (PPEO), pois limitava-se aos profissionais de saúde expostos a material contaminado. Actualmente, a profilaxia está disponível a qualquer indivíduo, em meios hospitalares e serviços de urgência, consistindo num verídico "cocktail" porque combina vários fármacos usados na TARV, com o intuito de impedir a replicação de VIH. O fundamental é que a administração da profilaxia seja administrada, no máximo, 72 horas após a exposição ao vírus. O ideal, é a administração da profilaxia nas 24 horas logo após a exposição ao vírus. Os medicamentos têm que ser tomados durante 28 dias, implicando um seguimento médico e análises de controlo. O método apresenta uma eficácia de cerca de 90% (73).

4.10.1.Efeitos secundários

Todo e qualquer fármaco é passível de causar efeitos secundários, a TARV não constitui excepção. Fármacos desiguais geram consequências dissemelhantes. O profissional de saúde deve clarificar o infectado sobre todos os efeitos secundários previstos desde o mais básico e efémero, ao mais complexo que exija uma nova reavaliação clínica.

Estão a surgir novos problemas atribuídos a toxicidade dos fármacos, a curto ou a longo prazo,

bem como a ocorrência de mutações de resistência tanto aos vírus em circulação como aos vírus que são transmitidos. A maioria dos Países do Sudeste Asiático e de África a sul do Sahara, continuam com a incidência e a prevalência da infecção por VIH-1 elevada, ultrapassando a Europa e a América do Norte, o que é atribuído aos elevados custos da TARV e pela falta de infra-estruturas de saúde existentes nestes Países que são considerados subdesenvolvidos. A utilização de TARV ainda não é possível em Cabinda.

A história da pandemia por VIH-1 depende, principalmente, da competência dos governantes dos países subdesenvolvidos com altas taxas de prevalências de vírus, seguirem o exemplo do sucesso clínico adquirido pela Europa e América do Norte e da expectativa do desenvolvimento de uma vacina profilática efectiva num futuro próximo.

4.10.2. Terapêutica Anti-retroviral disponível

Foram aprovados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) ¹⁸ dezasseis agentes ARV: seis nucleósidos inibidores da transcriptase reversa (NITR), um nucleótido inibidor da transcriptase reversa (NtTR), três não nucleósidos inibidores da transcriptase reversa (NNITR) e seis inibidores da protease (IP) (tabela 6).

Subsistem três tipos ou classes ¹⁹ de medicamentos empregues no tratamento da infecção por VIH, que agem de formas diversas e em diferentes etapas do ciclo de proliferação do vírus. Os medicamentos são, usualmente, usados em conjunto para a aquisição de efeitos mais seguros e desenvolvidos, em esquemas terapêuticos classificados como terapêutica anti-retrovírica de alta potência (HAART) (73).

Os inibidores da transcriptase reversa (ITR) coíbem o vírus de transmutar o seu código genético de ácido ribonucleico (ARN) em ácido desoxirribonucleico (ADN), manobra imprescindível para se expandir dentro das células. Os IPs têm a função de circundar um dos elementos do vírus - a protease - coibindo, deste modo, que as novas réplicas do vírus infectem células recentes. Os ITR, bem como os IPs, actuam no íntimo da célula linfócito T CD4+.

Tabela 6 - *Fármacos anti-retrovirais.*

NITR	NtITR	NNITR	IP
Zidovudina (AZT, ZDV)	tenofovir	Nevirapina	saquinavir (SQV)
didanosina (ddl)	disoproxil	(NVP)	ritonavir (RTV)

¹⁸ <http://www.minsaude.gov.cv> [acedido em Julho de 2008]

¹⁹ Doroana M. 2003. Terapêutica da Infecção por VIH. Revista Portuguesa de Clínica Geral. Vol. 19: 609-14. Lisboa

NITR	NtITR	NNITR	IP
zalcitabina (ddC)	fumarato (TDF)	efavirenze (EFV)	indinavir (IDV)
estavudina (d4T)		delavirdina (DLV)	nelfinavir (NFV)
lamivudina (3TC)			amprenavir (APV)
Abacavir (ABC)			lopinavir (LPV)

4.11. Quadro patológico – terapêutico da infecção por VIH em Cabinda

O primeiro caso de infecção por VIH, em Angola, foi diagnosticado em 1985 (12), mas os sistemas de detecção de novos casos, na altura, revelaram-se escassos, devido à situação de guerra em que o País se encontrava imerso. Cerca de um terço da população, nessa altura, estava deslocada, tendo sido ignorados os casos de VIH. No ano seguinte, em 1986, o Ministério da Saúde de Angola (MINSA) formou um grupo de trabalho, que culminou com a fundação do Programa de Luta Contra a SIDA. Entre 2002 e 2003, foram criadas conjunturas para que se efectivasse a utilização da TARV (12) e, em 2004, algumas instituições de saúde estavam preparadas para o início da TARV.

Criado em Março de 2005, o Instituto Nacional de Luta contra SIDA em Angola (INLS) como Plano Estratégico Nacional traçou, a redução do número de novos casos de infecção por VIH.

No Hospital Esperança, em Luanda, são prestados cuidados de saúde aos infectados, de forma gratuita. Os medicamentos anti-retrovirais, nesse Hospital, também são gratuitos e é, actualmente, a única instituição do País especializada no tratamento de indivíduos infectados, sendo todos encargos financeiros assumidos pelo Estado angolano.

O Hospital Provincial de Cabinda (HPC), a maior unidade de saúde da província de Cabinda, tem vindo a suportar um acréscimo significativo do número de utentes, caso atribuído não só aos importantes défices da rede sanitária periférica da cidade mas, também, ao aumento de indivíduos oriundo das zonas fronteiriças, tais como as Repúblicas do Congo Brazaville e Congo Democrático e, ainda, da província angolana do Zaire. Esta situação tem causado a congestão e o funcionamento deficiente do HPC, particularmente, no que diz respeito a sobrelotação no internamento e na gestão dos profissionais de saúde que fornecem os cuidados de saúde.

As elevadas taxas de ocupação justificam o que é, vulgarmente, observável em todas as unidades hospitalares do País, a existência de dois ou três doentes na mesma cama, sobretudo em unidades pediátricas, contribuindo, de certo modo, para a exaustão dos profissionais de saúde no atendimento dos doentes. É da responsabilidade do Governo Provincial melhorar a rede sanitária periférica com a intenção de se verem reduzidas as elevadas taxas de afluência de utentes ao Hospital contribuindo, assim, para o aperfeiçoamento da qualidade de cuidados prestados pelos profissionais.

Entre os constantes problemas de saúde, em Cabinda, evidenciam-se a malária, a infecção por VIH e a tuberculose, entre outros, originados pela subnutrição, pelas deficientes condições de higiene, pela quase inexistência de cuidados de saúde primários e dificuldades no acesso a programas de vacinação.

A escassez de informação sobre VIH é uma realidade. Para a maioria da comunidade ainda é muito forte a convicção de que os indivíduos infectados por VIH foram enfeitiçados. Quer os infectados quer os seus familiares, como é tradição na região, recorrem, em primeiro lugar, aos serviços de médicos tradicionais, aos curandeiros, que, maioritariamente, não têm formação em saúde, mas prometem a resolução dos problemas. Assim, a busca de cuidados de serviços especializados de saúde é, na grande maioria dos casos, muito tardia. Algumas experiências vivenciadas no terreno, ao longo da realização deste projecto, demonstraram que, entre os indivíduos que admitem a teoria de vírus, uma percentagem significativa desconhece precisamente como este se difunde e como actuar para a sua protecção.

As primeiras jornadas científicas sobre a pandemia, decorreram nos dias 29 e 30 de Novembro de 2007 promovidas pelo Hospital Provincial. O acontecimento, que teve como lema "Por uma Angola unida lutemos contra a SIDA", incidiu sobre a particularidade dos cuidados de saúde proporcionados aos indivíduos contaminados por vírus causador desta pandemia. Aspectos como a infecção por VIH/SIDA, o incentivo aos profissionais de saúde para a adopção de medidas correctas para a biossegurança bem como a adopção de atitudes favoráveis face à infecção foram os mais abordados. As jornadas, tiveram como prelectores médicos dos hospitais provincial e militar de Cabinda e eram acessíveis a todos os profissionais de saúde, membros da comunidade geral, autoridades tradicionais e religiosas.

Entre 2004 a 2007 foram criados em Cabinda 12 CATV, sendo cinco para Atendimento e Testagem Voluntária (ATV) das gestantes e sete para atendimento do público em geral²⁰.

A TARV exige uma implementação correcta, baseada na fundamentação laboratorial devido ao número crescente de fármacos, a sua complexidade – tomas, quantidade de cápsulas, dieta, etc., a indispensabilidade da manutenção do diálogo claro e conciso entre médico e doente, a motivação e a consciencialização na adesão de um regime duradouro, bem como o tratamento, carecem de uma orientação da parte de um clínico competente e experiente²¹.

Estávamos no ano de 2005 quando se deu início à instituição da TARV em Cabinda²². De acordo com os dados oficiais, estão notificados em Cabinda, desde 2005 até a data da realização do presente estudo, cerca de 1264 indivíduos infectados por VIH (tabelas 7 e 8). Um estudo sobre vigilância da infecção por VIH/SIDA realizado em seis províncias angolanas

²⁰ Direcções Provinciais de Saúde/INLS

²¹ Apontamentos cedidos pelo Prof. Doutor Lecour H. Curso de mestrado em infecção por VIH/SIDA 2006/2008. Lisboa: ICS/UCP, 2006

²². Direcções Provinciais de Saúde/INL.

demonstra que alastramento de vírus pode ser controlado (80).

Tabela 7 – *Adultos e jovens (com idade a partir de 15 anos), com infecção por VIH acompanhados e a usar a TARV, na Província de Cabinda, de 2004 a 2007*^{23**}

2005		2006		2007	
Acompanhados	TARV	Acompanhados	TARV	Acompanhados	TARV
236	n=152 (64,41%)	655	n=203 (30,99%)	373	n=139 (37,27%)

****Dados até Dezembro de 2007, actualizados em 24/01/2008, sujeitos a alteração.**

Tabela 8 – *Crianças com idade inferior a 15 anos, com infecção por VIH, acompanhadas e a usar a TARV na Província de Cabinda de 2004 a 2007*^{24**}.

2006		2007	
Acompanhados	TARV	Acompanhados	TARV
52	n=1 (1,92%)	61	n=3 (4,92%)

****Dados até Dezembro de 2007, actualizados em 24/01/2008, sujeitos a alteração.**

²³ Direcções Provinciais de Saúde/INLS.

²⁴ *Idem*

5. VIRUS DE IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA NO AMBIENTE DE TRABALHO

Existe uma grande diversidade de doenças/infecções susceptíveis de transmissão ocupacional a que os profissionais de saúde são expostos, incluindo a infecção por VIH. É relevante que por eles seja ponderada, durante a prestação de cuidados, a possibilidade de qualquer utente ser um potencial infectado por VIH.

É muito reduzido o risco de contrair a infecção por VIH através de um utente infectado. Há, actualmente, o conhecimento suficiente de que o risco de contágio do pessoal de saúde é diminuto – cerca de 0,3% para a via transcutânea (acidentes com agulhas) e ainda menor para a exposição da pele ao sangue infectado (31). Contudo, subsiste um risco acrescido quando se constata a existência de lesões da pele ou mucosas, cortes, feridas e fissuras, em contacto com o sangue infectado por VIH. Através da adopção de medidas ou cuidados gerais durante a prestação de cuidados, o risco de infecção, em geral, poderá ser minimizado (69).

- O hábito de lavar sempre as mãos antes e depois do estabelecimento de contacto com o utente;
- O uso de luvas em caso de exposição directa ao sangue ou a secreções do utente;
- Ter a máxima cautela no manuseamento com agulhas usadas, colocando-as sempre em receptáculos resistentes e NUNCA reencapsular as agulhas;
- O uso de máscaras e óculos protectores quando são realizados procedimentos em que haja risco de aerolização de sangue e/ou secreções.

Este conjunto de medidas visam a protecção do profissional de saúde e também dos utentes em caso de se tratar de um profissional de saúde seropositivo.

Segundo a OMS (29), um profissional de saúde infectado, geralmente, não constitui risco para os utentes não sendo, por isso, necessário limitar o seu trabalho. Logo, devem ser adoptadas medidas harmonizadas de controlo da infecção em todas as circunstâncias, na medida em que não haja discrepância entre os cuidados dispensados ao infectado por VIH e o indivíduo com outra patologia.

6. METODOLOGIA

Destinado à abordagem das hipóteses de trabalho, das variáveis do estudo e dos instrumentos empregues para a sua mensuração, este capítulo faz a sequência dos componentes considerados indispensáveis ao plano de investigação, nomeadamente a selecção da população em estudo, a composição da amostra, o processo de amostragem, os instrumentos usados para a recolha dos dados utilizados, bem como as estratégias para a sua análise, os aspectos éticos e as limitações do estudo.

6.1. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, pois tem como finalidade a obtenção de informação mais completa e precisa possível sobre o conhecimento, atitude e percepção de riscos dos profissionais de saúde da cidade de Cabinda sobre VIH. O estudo adopta o aspecto analítico pois, debruça-se sobre a análise de dados obtidos a partir da literatura, teorias e estudos prévios, anteriormente apresentados.

6.2. População e Amostra

A população alvo são os profissionais de saúde da cidade de Cabinda, que preenchiam os seguintes critérios de elegibilidade:

- ser profissional de saúde trabalhador numa das instituições de saúde da cidade de Cabinda;
- ter um tempo mínimo de seis meses de exercício profissional em qualquer das instituições de saúde da cidade de Cabinda;
- prestar cuidados directos aos utentes;
- concordar em participar no estudo através da assinatura do consentimento informado.

6.3. Instrumento e Procedimentos

Para a colheita de dados foi utilizado um inquérito, mediante a aplicação de um questionário, tendo em conta as características e os objectivos do estudo. Foi dada preferência a técnica do questionário de administração directa (em que o indivíduo procede a leitura registando posteriormente as suas respostas) e colectiva, por garantir o anonimato das respostas o que facilita o estudo de uma quantidade elevada de indivíduos em simultâneo num curto intervalo de tempo.

Baseando-se nos objectivos propostos, foi aplicado o ROCI-II (Rahim Organizational Conflict Inventory - II), como instrumento central de medida do fenómeno em análise. O mesmo

instrumento emergiu com o autor Afzalur Rahim em 1983, o qual se apoiou na conceptualização dos cinco estilos de gestão do conflito (81) para a sua edificação.

Os 28 itens do instrumento final foram escolhidos tendo por base uma análise factorial de um questionário de 35 itens, ministrado a uma amostra de 1.219 sujeitos Rahim (82). A solução final da análise, tinha sido alcançada através da rotação *varimax*, sendo extraídos 8 factores.

O instrumento inicialmente adaptado do original empregue por Rahim (82) foi traduzido para o português e testado num estudo de investigação (83).

Para a tradução e adaptação do instrumento para o português nas suas três formas – A, B e C – (83) foi utilizado o questionário original utilizado por Rahim (82).

Após a sua tradução o questionário (83) foi administrado a uma “amostra-piloto” de 10 estudantes universitários, com o propósito de testar a sua clareza, precisão, adequação, redundância e ambiguidade dos itens, ou seja, a interpretação e compreensão dos itens. Foi realizada a designada reflexão falada, que “ (...) consiste na aplicação individual da prova e no registo de todas as verbalizações dos sujeitos” (84) efectuando-se algumas modificações no instrumento, mais rigorosamente a nível da linguagem, fundamentadas nas sugestões dos inquiridos.

Para a selecção dos itens foram considerados alguns critérios tais como os pesos factoriais $\geq .40$ e o valor próprio ≥ 1.00 . Baseando-se nestas normas, os primeiros cinco factores, constituídos pelo total de 28 itens, foram eleitos, sustentando a dimensionalidade das cinco tendências de gestão do conflito interpessoal (Colaboração, Evitamento, Dominação, Acomodação e Compromisso).

Um dos estudos reportou propriedades analíticas dos factores do ROCI-II similares em cinco culturas (82). Desde então tem sido corrente o seu uso em vários estudos de investigação (83a – 83c) que confirmam o seu alto nível de fidelidade dando um alicerce à legitimidade de critério do instrumento, razão pela qual foi adaptado ao nosso contexto cultural (83).

Tendo como principal objectivo testar a validade de constructo das cinco subescalas do ROCI-II a fim de aferir se mensuram ou não os cinco estilos de gestão do conflito, o estudo (82) proporcionou evidências e fundamento para as validades convergente e discriminante das subescalas que medem os cinco estilos de gestão do conflito interpessoal.

Com a finalidade de responder a cada um dos 36 itens foi empregue, tal como no estudo original, uma escala de Likert com cinco opções de resposta, em que 1 corresponde a Discordo totalmente e 5 à Concordo totalmente, na qual os valores superiores interpretam um maior aproveitamento de um estilo quando os indivíduos vêem-se diante de uma pendência interpessoal.

A primeira parte do questionário inclui seis perguntas (dados pessoais), com o intuito de fazer a caracterização da amostra em termos demográficos e profissionais.

Foi adoptada a escala de Likert que pareceu ser a mais apropriada para o fim proposto. Como

padrão de categoria por resposta, a cada item equivale, uma escala de atitude interpretada numericamente de 1 a 5, com as categorias de resposta seguintes: 1) Discordo totalmente; 2) Discordo em parte; 3) Não tenho a certeza, 4) Concordo em parte; 5) Concordo totalmente.

Cada item transforma-se num enunciado de uma atitude, diante da qual o indivíduo tem de declarar o seu grau de concordância, desde “Discordo totalmente” até “Concordo totalmente”.

Algumas das vantagens apresentadas pelas escalas de Likert são: a construção menos morosa e mais simples; apresentam fiabilidade e validade elevadas, facultando, ainda, a instituição de classificações de resposta; permitem o emprego de itens que não se relacionam de modo directo com as atitudes que se pretendem mensurar e, finalmente, as possíveis respostas a cada item facilitam um maior grau de informação sobre a atitude estudada.

6.3.1. Instrumento de Colheita De Dados

Por se ter preferido uma abordagem quantitativa, decidiu-se por actuar com uma escala, agregada num questionário que é um instrumento que confere um *score* numérico aos sujeitos, colocando-os em *continuum* no que diz respeito a atributos mensurados. O seu objectivo é a discriminação quantitativa de indivíduos com atitudes, receios, motivações, percepções, traços de personalidade e necessidades diferentes (83).

O questionário utilizado neste trabalho foi escolhido por se considerar que tem algumas vantagens importantes: a obtenção de respostas rápidas e precisas, a poupança de tempo e a aquisição de um enorme número de dados, evitando a distorção das respostas, uma vez que o investigador não tem presença directa, dando, assim, uma maior liberdade nas respostas, porque permite o anonimato dos participantes (83). As desvantagens principais consideraram-se ser: não poder ser aplicado aos profissionais de saúde estrangeiros (devido à barreira linguística) e o facto de muitos terem que ser anulados pelo não preenchimento total das questões.

Foi elaborada uma escala onde fossem assinalados conhecimento e percepção de risco, caracterizando o modo em que são afectadas e alteradas as suas atitudes perante indivíduos suspeitos ou portadores de VIH. O questionário (Anexo I) estabelecido por trinta e seis itens em escala de Likert, sete questões fechadas e três questões abertas referentes as componentes que fazem a medição do objectivo do estudo, foi elaborado e anteriormente aplicado em outros estudos (84-85). Antes da realização deste trabalho, o questionário foi aplicado a profissionais de saúde do Centro Hospitalar de Lisboa (Zona Central) - Hospital São José (serviço de ortopedia) e a professores da Escola Secundária de Oliveira do Hospital.

Houve necessidade de ajustar algumas questões, na parte inicial do questionário, para que se pudessem adequar aos profissionais de saúde envolvidos neste estudo. Por exemplo, a pergunta “Este alguém é do seu círculo de amigos?”, foi substituída por “Esse alguém é do seu círculo familiar ou de amigos?”

Às três questões abertas existentes (85), foi acrescentada: “De que forma é que a sua

prestação de cuidados é alterada pelo facto de estar perante um utente com infecção por VIH/SIDA?”

Quanto aos dados pessoais, houve necessidade de acrescentar duas questões, ficando com um total de seis questões abertas. Uma refere-se ao Serviço onde o profissional de saúde desenvolve a sua actividade profissional. Pareceu importante acrescentar este dado, pelo facto de haver hipóteses do profissional de saúde que lida, habitualmente, com infectados por VIH e/ou SIDA demonstrar maior tranquilidade durante a prestação de cuidados a infectados, se comparado ao profissional que lida com menor frequência com indivíduos infectados por VIH.

A outra questão acrescentada, foi sobre nacionalidade, pois, em Cabinda há muitos profissionais de saúde estrangeiros, em especial, a classe médica que é, maioritariamente, constituída por Brasileiros, Cubanos, Filipinos e Vietnamitas. É uma diversidade de clínicos verificada em todas as Unidades de Saúde de Angola.

A escala usada, de Likert, compreende cinco graus de respostas:

- “Concordo totalmente”;
- “Concordo em parte”;
- “Não tenho a certeza”;
- “Discordo em parte”;
- “Discordo totalmente”.

Esta escala apresenta um score de 5, tendo cada resposta correcta atribuição de um valor escalar. Na escala elaborada foram definidos cinco níveis de conhecimento, que variam entre 1 e 5, e exige a mensuração de três componentes: cognitiva, afectiva e comportamental. A componente cognitiva é avaliada pelas questões de 1 a 12, a componente afectiva pelas questões de 13 a 30 e a componente comportamental pelas questões de 31 a 36 (tabela 7).

.Tabela 9 - *Distribuição das questões da escala de Likert pelas três dimensões em estudo.*

Componentes	Questões
COGNITIVA	1 – 12
AFECTIVA	13 – 30
COMPORTAMENTAL	31 – 36

6.3.2. Procedimento de colheita de dados

Com o inquérito anteriormente descrito foi efectivada a colheita dos dados. O estudo teve início após confirmação da concordância, por parte do Director do Hospital Provincial de Cabinda e do Conselho de Comissão de Ética do Instituto de Ciências da Saúde/Universidade Católica

Portuguesa, Porto, em relação ao conteúdo do questionário e do consentimento informado. O anonimato e a confidencialidade das respostas foram mantidas pela não identificação dos dados identitários dos inquiridos.

De seguida, procedeu-se à distribuição dos questionários pelos serviços das instituições de saúde da cidade de Cabinda, colocando à disposição de cada serviço, o número de questionários correspondente ao número de profissionais de saúde que obedecia aos critérios de elegibilidade, com os respectivos consentimentos informados, seguindo a lista dos respectivos serviços que me foi anteriormente fornecida pelo Director provincial de Enfermagem, Mestre Damas Macaia.

Os inquéritos foram distribuídos na maior instituição hospitalar da província, a 17 de Abril de 2008, tendo inicialmente explicado o âmbito e a finalidade do estudo, solicitando a colaboração na distribuição dos questionários aos profissionais de saúde e posterior recolha dos mesmos. No mesmo dia, outros inquéritos foram distribuídos nas restantes instituições de saúde, adoptando os mesmos procedimentos. Sempre que solicitado, as dúvidas que surgiram durante o preenchimento dos inquéritos foram esclarecidas.

Nos dias 29 e 30 de Abril de 2008, os questionários foram recolhidos, junto dos chefes de cada serviço.

6.4. Tratamento Estatístico dos Dados

O tratamento dos dados foi efectuado com o programa estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 13.0.

Na descrição geral da amostra recorreu-se a técnicas de estatística descritiva, nomeadamente média, desvio padrão, mínimo e máximo, assim como, a tabelas de frequência.

Para verificar a validade das hipóteses foram utilizados os testes paramétricos, ANOVA I e T de Student para amostras independentes, assim como os coeficientes de correlação de Pearson e de Spearman.

O conhecimento, as atitudes e a percepção de risco dos profissionais de saúde, para cada uma das dimensões em estudo, são determinados pelo somatório dos *scores* obtidos por cada profissional em cada item.

Como existem perguntas abertas no questionário utilizado para a colheita de dados, que correspondem aos itens 43-46, utilizou-se a análise quantitativa, uma vez que se estabeleceu que o que é mais relevante é o que ocorre com frequência, sendo, o número de vezes, o critério empregue (86). Também se fez uso da análise de conteúdo categorial ou categorização, sentenciada como uma operação de classificação de componentes integrantes de um conjunto, por distinção e, continuamente, por reagrupamento conforme o género, com os critérios antecipadamente determinados (87).

Fez-se a divisão do *corpus*, que define, o conjunto dos testemunhos seleccionados para a

análise de conteúdo, em categorias, que neste trabalho equivalem a unidades de análise, aplicadas para cada uma das três questões abertas, sendo aquelas de três tipos: unidades de registo, unidades de contexto e unidades de enumeração (88).

Ao segmento mínimo de conteúdo que se pondera essencial para poder proceder à análise, aplicando-o numa dada categoria denomina-se uma unidade de registo. Porque as unidades de registo deste estudo foram ponderadas a partir de temas, expõem-se como unidades semânticas. A unidade de contexto estabelece o segmento mais extenso de conteúdo que o inquiridor aprecia quando distingue uma unidade de registo, sendo a unidade de registo o mais estreito (88). A unidade de enumeração é decretada como a unidade em função da qual se procede à quantificação.

6.5. Aspectos Éticos

É primordial que a dignidade do indivíduo seja conservada e honrada, sempre que se realiza um trabalho de investigação. Do investigador exige-se que tenha, bem presentes, os princípios éticos.

Numa investigação em que são utilizados indivíduos como sujeitos de estudo, é necessário assegurar que os seus direitos estão protegidos, pois, a pesquisa que abarca seres humanos reclama de uma análise específica dos procedimentos a empregar de maneira a que os seus direitos sejam protegidos (83).

Com a elevada expansão do número de investigações centradas na área da saúde, em que são envolvidos seres humanos, têm surgido inquietações de carácter ético quanto à protecção dos mesmos. Nas últimas quatro décadas, em contestação às transgressões dos direitos humanos, e ao célere progresso da ciência e tecnologia, foram idealizados alguns códigos de ética. O relatório de Belmont foi o que estruturou os três princípios éticos fundamentais, nos quais se alicerçam os paradigmas de conduta ética em investigação: beneficência, respeito da dignidade humana e justiça (83).

O princípio da beneficência assenta na isenção de dano, ou seja, envolve a protecção do indivíduo contra malefícios físicos e psicológicos; na isenção da exploração, com o propósito de acautelar o indivíduo em desigualdade ou exposição a condições para as quais não foram prevenidas de forma precisa; e há que responsabilizar-se que as informações transmitidas não serão usadas contra os próprios e, ainda, o investigador deve ponderar os benefícios da participação, em relação aos custos envolvidos.

Com a execução do trabalho, houve a precaução de respeitar o princípio de beneficência, uma vez que foi resguardado o consentimento informado, garantindo que não se previam males físicos, emocionais nem efeitos colaterais potenciais para os participantes neste estudo.

O princípio do respeito à dignidade humana abarca o direito à auto-determinação, deixando o indivíduo livre para ponderar a sua participação no estudo, e a sua suspensão em qualquer circunstância; o direito à declaração completa, em que estão abrangidos os direitos que os

indivíduos têm de tomar resoluções aprovadas acerca da sua participação no estudo. Igualmente, o investigador deve enunciar, de forma completa, o carácter do estudo, os direitos do indivíduo em declinar a participação, as imputações do investigador e os prováveis riscos e benefícios resultantes.

O princípio da justiça defende o direito ao tratamento equitativo e o direito à privacidade. Quanto ao tratamento equitativo, deverá ser realizada uma selecção justa e não discriminada, que se deve apoiar nas necessidades do estudo e não na conveniência, credulidade ou postura responsabilizada de certos indivíduos; uma isenção de preconceitos em relação aos indivíduos que recusam participar ou aos que se afastam do estudo após consentir em participar; deve-se dignificar todas as convenções assumidas entre o investigador e o indivíduo, o que implica a aprovação dos procedimentos traçados com antecipação e a remuneração de qualquer quantia prometida; deverá ser concedido o acesso dos indivíduos aos funcionários abrangidos no estudo, em qualquer etapa para elucidação de dúvidas ou informações; facultar acesso a auxílio profissional harmonizado quando surgem danos físicos ou psicológicos; é aconselhado o uso de um tratamento atencioso e cortês aos inquiridos em todas as fases do estudo; em caso de necessidade deverá ser realizada uma discussão final para difundir as informações que tenham sido contestadas antes do estudo ou para elucidação de obstáculos despertados durante o mesmo.

O direito à privacidade, deverá confirmar que o estudo não será mais invasivo que o essencial, que será conservada a privacidade dos indivíduos e o sigilo absoluto da informação pessoal recolhida.

7. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS

O tratamento dos dados foi efectuado com o programa estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 13.0.

Na descrição geral da amostra recorreu-se a técnicas de estatística descritiva, nomeadamente média, desvio padrão, mínimo e máximo, assim como, a tabelas de frequência.

Para verificar a validade das hipóteses foram utilizados os testes paramétricos, ANOVA I e T de Student para amostras independentes, assim como os coeficientes de correlação de Pearson e de Spearman.

7.1. Caracterização Da Amostra

Dos 300 questionários distribuídos, 255 foram preenchidos, correspondendo a 85% da amostra inicial (tabela 10). Os restantes questionários não foram preenchidos por diversos motivos: recusa de preenchimento, férias, licença de maternidade e baixa médica.

Os profissionais de saúde eram provenientes de sete instituições de saúde da cidade de Cabinda: Hospital Província de Cabinda (HPC/HCC), Hospital 28 de Agosto, Centro de Saúde do Chinga, Centro de Saúde do Lombo-Lombo, Centro de Saúde 1º de Maio, Centro de Saúde do Povo Grande e Posto de Saúde 4 de Fevereiro. A escolha destes locais deveu-se ao grande número de profissionais de saúde que satisfaziam as normas de elegibilidade definidas.

Tabela 10 – Distribuição dos questionários pelas instituições de saúde da cidade de Cabinda.

SERVIÇO	DISTRIBUÍDOS n= (%)	PREENCHIDOS n= (%)
Hospital Província de Cabinda	156 (52,0%)	149 (49,66%)
Hospital 28 de Agosto	45 (15,0%)	35 (11,67%)
Centro de Saúde do Chinga	20 (6,7%)	16 (5,33%)
Centro de Saúde do Lombo-Lombo	19 (6,3%)	12 (4,0%)
Centro de Saúde 1º de Maio	20 (6,7%)	14 (4,67%)
Centro de Saúde do Povo Grande	25 (8,3%)	18 (6,0%)
Posto de Saúde 4 de Fevereiro	15 (5,0%)	11 (3,67%)
TOTAL	300 (100,0%)	255 (85,0%)

Dos 255 questionários preenchidos, 118 (39,33%) foram anulados pois não estavam completamente e correctamente preenchidos. Assim, a amostra ficou reduzida a 137 (45,66%) questionários (anexo I). Nos resultados que a seguir se apresentam, nem sempre há respostas dos 137 profissionais de saúde, pois, pontualmente, algumas perguntas não foram respondidas por alguns dos inquiridos.

7.1. 1. Descrição da Amostra

Conforme podemos observar na tabela 11, 27,0% (n=37) dos profissionais de saúde componentes da amostra são do sexo masculino e 68,6% (n=94) são do sexo feminino, sendo que 4,4% (n=6) dos inquiridos de um total de 137 (100%) dos inquiridos não responderam a questão.

Relativamente à nacionalidade 92,0% (n=126) dos profissionais de saúde inquiridos são de nacionalidade angolana, 1,5% (n=2) são de outra nacionalidade, sendo que os restantes inquiridos 6,6% (n=9) não responderam a questão.

Quanto ao tempo de exercício profissional 5,8% (n=8) exercem a sua profissão à menos de um ano. Para 22,6% (n=31) o tempo de exercício profissional varia entre 1 a 5 anos, 8,0% (n=11) entre 6 a 10 anos, e 50,4% (n=6) dos profissionais de saúde inquiridos trabalham à mais de 10 anos, sendo que 13,1% (n=18) não responderam a questão, uma vez que ainda são estudantes.

Tabela 11 – Tabela de frequências para as variáveis Sexo, Nacionalidade e Tempo de Serviço.

	N	%
Sexo		
Masculino	37	27,0
Feminino	94	68,6
Em falta	6	4,4
Total	137	100
Nacionalidade		
Angolana	126	92,0
Outra	2	1,5
Em falta	9	6,6
Total	137	100
Tempo de Exercício Profissional		

<1 Ano	8	5,8
1 a 5 anos	31	22,6
6 a 10 anos	11	8,0
> 10 Anos	69	50,4
Em falta	18	13,1
Total	137	100

Na tabela 12 encontramos a estatística descritiva para a idade em função do sexo. Observa-se que a média de idades para o sexo masculino é de 36,33 (D.P=8,46) sendo que o(s) inquirido(s) mais novo(s) tem 21 anos e o(s) mais velho(s) ronda os 30 anos. Por outro lado, a média de idades dos inquiridos do sexo feminino é de 37,82 (D.P=6,96) ficando o mínimo de idade estabelecido entre os 18 anos e o máximo 59 anos.

Podemos concluir que a média de idades desta amostra é maior nos inquiridos do sexo feminino do que nos do sexo masculino, isto é, o profissionais de saúde do sexo masculino da presente amostra têm a tendência para serem mais novos do que os inquiridos do sexo feminino.

Tabela 12 – *Estatística Descritiva para a Idade em função do Sexo.*

	Masculino (n=37)	Feminino (n=94)
Média	36,33	37,82
D.P	8,46	6,96
Mínimo	21	18
Máximo	30	59

7.2. Resultados

Mediante a análise dos resultados do Tabela 13, concluímos que não existe uma relação estatisticamente significativa entre a faixa etária, o conhecimento, as atitudes e a percepção de risco sobre a infecção por VIH. No entanto, podemos afirmar que quanto maior é a idade dos inquiridos melhor é o conhecimento ($r=0,072$) e mais positivas são as atitudes ($r=0,035$) sobre VIH. Ao passo que, quanto menor é a faixa etária maior é a percepção de risco ($r=-0,001$) em relação a infecção por VIH.

Tabela 13 – Coeficiente de Correlação de Pearson para as variáveis Idade e: Conhecimento, Atitudes e Percepção de Risco sobre a infecção por VIH.

	Idade
Conhecimento	0,072
Atitudes	0,035
Percepção de Risco	-0,001

Na tabela 14, encontramos os resultados do Coeficiente de Correlação de *Pearson* para o grau académico, o conhecimento, as atitudes e a percepção de risco sobre a infecção por VIH.

Observa-se que não existe uma relação estatisticamente significativa entre o grau académico, o conhecimento ($r=0,24$) e a percepção de risco sobre a infecção por VIH. No entanto, observa-se uma tendência para que à medida que o grau académico cresce, estas duas dimensões se tornarem mais positivas.

Quanto à percepção de risco, concluímos que está relacionada significativamente com o grau académico ($r=0,014$), pois, quanto maior é o grau académico melhor é a percepção de risco sobre a infecção por VIH.

Tabela 14 – Coeficiente de Correlação de Pearson para as variáveis Grau Académico e: Conhecimento, Atitudes e Percepção de Risco sobre a infecção por VIH.

	Grau Académico
Conhecimento	0,240
Atitudes	0,348*
Percepção de Risco	0,014

* Correlação Significativa a 5%

Concluímos que, não existem diferenças estatisticamente significativas quanto ao conhecimento sobre a infecção por VIH em função da instituição onde os profissionais de saúde desempenham as suas funções ($F=1,059$; $p=0,393$; $gl=6$). Ao passo que, as atitudes ($F=4,94$; $p=0,00$; $gl=6$) e a percepção de risco ($F=2,864$; $p=0,012$; $gl=6$) são diferentes consoante o local de trabalho dos inquiridos. Estes resultados podem ser observados na tabela 15.

Tabela 15 – Teste ANOVA I para as variáveis Instituição onde Trabalha e: Conhecimento, Atitudes e Percepção de Risco sobre a infecção por VIH.

	F	P	GI
Conhecimento	1,059	0,393	6
Atitudes	4,940	0,000	6
Percepção de Risco	2,864	0,012	6

Observou-se também que não haver uma relação estatisticamente significativa entre o tempo de exercício profissional, o conhecimento, as atitudes e a percepção de risco sobre a infecção por VIH/SIDA, ou seja, o tempo de serviço em nada influencia as dimensões em estudo. No entanto, conforme, podemos observar na tabela 16, existe uma tendência de que quanto maior for o tempo de exercício profissional melhor é o conhecimento ($r=0,038$) e mais positivas são as atitudes ($r=0,073$) sobre a infecção por VIH/SIDA. Enquanto que, quanto maior é o tempo de exercício profissional menor é a percepção de risco ($r=-0,021$) sobre a infecção por VIH. Estes resultados podem ser observados no quadro 6.

Tabela 16 – Coeficiente de Correlação de Spearman para as variáveis Tempo de Exercício Profissional e: Conhecimento, Atitudes e Percepção de Risco sobre a infecção por VIH.

	Tempo de exercício profissional
Conhecimento	0,038
Atitudes	0,073
Percepção de Risco	-0,021

Na tabela 17 são espelhados os resultados do teste T Student para amostras independentes para os profissionais de saúde inquiridos que conhecem e não conhecem indivíduos com infecção por VIH/SIDA e os diferentes domínios em estudo.

Concluimos que, não existem diferenças significativas, sobre o conhecimento ($t=1,55$; $p=0,10$; $gl=105$), as atitudes ($t=0,36$; $p=0,56$; $gl=110$) e a percepção de risco ($t=2,68$; $p=0,052$; $gl=122$) face a infecção por VIH. Embora os inquiridos que conhecem indivíduos portadores de VIH e ou utentes com SIDA apresentem pontuações mais elevadas nestes domínios.

Tabela 17 – Teste T de Student para amostra independente para a questão “Conhece alguém, com infecção por VIH SIDA” e o Conhecimento, Atitudes e Percepção de Risco sobre a infecção por VIH.

	Média		D.P		T	P	GI
	Sim	Não	Sim	Não			
Conhecimento	49,19	45,57	6,16	0,78	1,55	0,10	105
Atitudes	41,72	40,67	8,31	8,03	0,36	0,56	110
Percepção de risco	26,57	23,22	2,68	2,33	2,68	0,052	122

Observa-se que, não existem diferenças estatisticamente significativas sobre o conhecimento ($t=1.66$; $p=0.28$ $gl=103$), as atitudes ($t=0.58$; $p=0.12$; $gl=106$) e a percepção de risco ($t=1.97$; $p=0.98$; $gl=117$) entre os profissionais de saúde inquiridos que têm alguém no seu ciclo familiar ou grupo de amigos com infecção por VIH/SIDA e os inquiridos que não têm, embora, se observe, que estas três dimensões são mais elevadas no primeiro grupo, conforme observamos na tabela 18.

Tabela 18 – Teste T de Student para amostra independentes para a questão “Conhece, alguém, com infecção por VIH/SIDA? Se sim, esse, alguém pertence ao seu ciclo familiar ou grupo de amigos” e o Conhecimento, Atitudes e Percepção de Risco sobre a infecção por VIH.

	Média		D.P		T	P	GI
	Sim	Não	Sim	Não			
Conhecimento	49,51	47,32	5,98	5,92	1,66	0,28	103
Atitudes	42,22	41,18	8,64	6,97	0,58	0,12	106
Percepção de risco	26,74	25,20	3,75	3,60	1,97	0,98	117

Conforme observamos na tabela 19, não existem diferenças estatisticamente significativas sobre o conhecimento ($t=-1,085$; $p=0,28$; $gl=103$), as atitudes ($t=-1,59$; $p=0,12$; $gl=121$) e a percepção de risco ($t=-1,59$; $p=0,98$; $gl=121$) relativamente à infecção por VIH entre os profissionais que já prestarem cuidados de saúde a indivíduos com infecção por VIH/SIDA em comparação aos profissionais de saúde inquiridos que nunca prestaram os cuidados a indivíduos com infecção por VIH/SIDA, embora, os inquiridos que nunca tenham prestado cuidados a este tipo indivíduos apresentem um melhor conhecimento ($X=49,89$; $D.P=5,32$),

atitudes mais positivas ($X=43,41$; $D.P=7,25$) e um elevado grau de percepção de risco ($X=26,30$; $D.P=2,90$) comparativamente aos demais inquiridos.

Tabela 19 – *Teste T de Student para amostra independentes para a questão “Alguma vez prestou cuidados de saúde a indivíduos com infecção por VIH/SIDA?” o Conhecimento, Atitudes e Percepção de Risco sobre a infecção por VIH.*

	Média		D.P		T	P	GI
	Sim	Não	Sim	Não			
Conhecimento	48,45	49,89	6,23	5,32	-1,085	0,28	103
Atitudes	40,68	43,41	8,54	7,25	-1,59	0,12	108
Percepção de risco	26,29	26,30	3,96	2,90	-0,019	0,98	121

Não há qualquer relação, como podemos verificar na tabela 20, entre o facto dos profissionais de saúde inquiridos já terem fornecido ou não informação individual a alguns utentes, o conhecimento ($t=-1,61$; $p=0,11$; $gl=104$), e a percepção de risco ($t=1,06$; $p=0,29$; $gl=121$) sobre a infecção por VIH. Contudo, observa-se que os inquiridos que já tenham fornecido algum tipo de informação desta natureza apresentam um grau de conhecimento inferior ($X=48,19$; $D.P=5,63$) à dos inquiridos que nunca a forneceram ($X=50,13$; $D.P=6,51$), sucedendo-se o contrário com a percepção de risco ($X=26,55$; $D.P=3,76$; $X=25,81$; $D.P=3,57$, respectivamente).

Contrariamente, podemos afirmar que o facto dos profissionais de saúde inquiridos já terem ou não fornecido informação individual acerca da infecção por VIH/SIDA influencia nas atitudes que os inquiridos apresentam perante a mesma ($t=-3,16$; $p=0,02$; $gl=109$), sendo que as atitudes são menos favoráveis naqueles inquiridos que já forneceram algumas informações sobre VIH ($X=39,83$; $D.P=7,57$) em detrimento dos restantes inquiridos ($X=44,81$; $D.P=8,35$).

Tabela 20 – *Teste T de Student para amostra independentes para a questão “Já forneceu informação individual sobre infecção por VIH/SIDA a algum dos doentes do seu serviço?” o Conhecimento, Atitudes e Percepção de Risco sobre a infecção por VIH/SIDA.*

	Média		D.P		T	P	GI
	Sim	Não	Sim	Não			
Conhecimento	48,19	50,13	5,63	6,51	-1,61	0,11	104
Atitudes	39,83	44,81	7,57	8,35	-3,16	0,02	109
Percepção de risco	26,55	25,81	3,76	3,57	1,06	0,29	121

Concluimos também, que, mediante os resultados expostos na tabela 21, o facto de se assistir a reuniões, seminários e palestras sobre a infecção por VIH/SIDA não influencia o conhecimento ($t=-1,25$; $p=0,21$; $gl=103$), as atitudes ($t=0,67$; $p=0,50$; $gl=1007$) e a percepção de risco ($t=-0,84$; $p=0,40$; $gl=119$) dos profissionais de saúde inquiridos sobre a mesma, na medida em que a diferença entre o grupo de inquiridos que assistem e o grupo dos que não assistem, neste domínios, não é estatisticamente significativa. Contudo, os profissionais de saúde inquiridos que não frequentam este tipo de eventos, apresentam um nível de conhecimento superior ($X=50,87$; $D.P=4,12$) e uma melhor percepção de risco ($X=27,05$; $D.P=2,50$) em relação aos que os frequentam. Ao passo que os inquiridos que frequentam tais eventos demonstram atitudes mais favoráveis ($X=41,95$; $D.P=8,38$) comparados com os que não os frequentam ($X=40,36$; $D.P=7,31$).

Tabela 21 – *Teste T de Student para amostra independentes para a questão “Assistiu a reuniões, palestras, seminários sobre a infecção por VIH/SIDA” o Conhecimento, Atitudes e Percepção de Risco sobre a infecção por VIH/SIDA.*

	Média		D.P		T	P	Gl
	Sim	Não	Sim	Não			
Conhecimento	48,83	50,87	6,06	4,12	-1,25	0,21	103
Atitudes	41,95	4036	8,38	7,31	0,67	0,50	107
Percepção de risco	26,27	27,05	3,89	2,50	-0,84	0,40	119

Podemos afirmar, que não existem diferenças estatisticamente significativas quanto ao conhecimento ($t=0,43$; $p=0,66$; $gl=105$) e o nível de percepção de risco ($t=-2,19$; $p=0,24$; $gl=122$) sobre a infecção por VIH entre os profissionais de saúde inquiridos que frequentaram cursos de formação sobre o tema e os que não os frequentaram, sendo que, o conhecimento atinge um grau mais elevado nos primeiros ($X=49,34$; $D.P=6,18$) em detrimento dos segundos ($X=48,79$; $D.P=5,60$), acontecendo o oposto relativamente à percepção de risco, ou seja, os profissionais de saúde inquiridos que não frequentaram os cursos de formação têm uma clara percepção de risco sobre VIH ($X=26,58$; $D.P=3,87$) em comparação aos que já os frequentaram ($X=25,72$; $D.P=3,62$).

Por outro lado, existem diferenças estatisticamente significativas a nível das atitudes demonstradas pelos profissionais de saúde inquiridos que frequentaram os cursos de formação sobre à infecção por VIH ($t=-2,19$; $p=0,03$; $gl=110$) e os inquiridos que não os frequentaram, sendo que os primeiros apresentam atitudes menos favoráveis ($X=39,09$; $D.P=8,76$) que os

restantes inquiridos ($X=42,74$; $D.P=7,83$).

Tabela 22 – Teste *T* de Student para amostra independentes para a questão “Fez algum curso de formação em infecção por VIH/SIDA” o Conhecimento, Atitudes e Percepção de Risco sobre a infecção por VIH/SIDA.

	Média		D.P		T	P	GI
	Sim	Não	Sim	Não			
Conhecimento	49,34	48,79	6,18	5,60	0,43	0,66	105
Atitudes	39,09	42,74	8,76	7,83	-2,19	0,03	110
Percepção de risco	25,72	26,58	3,87	3,62	-1,17	0,24	122

Por último, em conformidade com os resultados da tabela 23, podemos afirmar que não existem diferenças estatisticamente significativas quanto ao conhecimento ($t=-1,56$; $p=0,12$; $gl=74$) e a percepção de risco ($t=-0,64$; $p=0,52$; $gl=88$) sobre a infecção por VIH, entre os profissionais de saúde inquiridos que desenvolveram trabalhos no âmbito da educação para a saúde e os inquiridos que nunca os desenvolveram. Sendo que os profissionais de saúde inquiridos que nunca realizaram trabalhos de educação para a saúde sobre o tema de VIH, os que apresentam valores mais elevados neste domínio.

Por outro lado, existem diferenças nestes dois grupos a nível das atitudes face a infecção por VIH ($t=-3,39$; $p=0,001$; $gl=79$), sendo esta é considerada mais positiva, nos grupos dos inquiridos que não realizaram sessões de educação para a saúde ($X=43,48$; $D.P=8,76$), comparativamente aos restantes ($X=37,26$; $D:P= 7,63$).

Tabela 23 – Teste *T* de Student para amostra independentes para a questão “Realizou alguma sessão de educação para a saúde ou desenvolveu algum trabalho no serviço sobre a prevenção da infecção por VIH/SIDA?” o Conhecimento, Atitudes e Percepção de Risco sobre a infecção por VIH/SIDA.

	Média		D.P		T	p	GI
	Sim	Não	Sim	Não			
Conhecimento	48,21	50,34	5,57	6.33	-1,56	0,12	74
Atitudes	37,26	43,48	7,63	8.76	-3,39	0,001	79
Percepção de risco	25,98	26,48	3,95	3.44	-0,65	0,52	88

7.2.1. Apreciação Geral dos Resultados

A reflexão sobre a prática profissional é particularmente importante para a formação dos

profissionais de saúde. O desenvolvimento desta capacidade auto-reflexiva é fundamental para a garantia da qualidade dos cuidados prestados. É desta reflexão que surge a capacidade de se respeitar a si próprio e ao outro enquanto ser humano.

Cada indivíduo é um ser único, com vivências, sentimentos, pelo que respeitá-lo será aceitá-lo com os seus hábitos de vida, crenças e valores, não fazendo juízos de valor acerca das suas opiniões e formas de agir.

No actual contexto epidemiológico de VIH têm vindo a ser introduzidas mudanças nas práticas dos profissionais e nas atitudes para com o indivíduo infectado. Aquando o seu aparecimento, VIH/SIDA considerava-se uma infecção/doença infecciosa específica de grupos com comportamentos de risco, intimamente ligada à homossexualidade e à promiscuidade, nos relacionamentos sexuais, bem como aos toxicodependentes pelo uso de drogas injectáveis e partilha de seringas.

O número de casos de infecção por VIH/SIDA tem vindo a aumentar em todo o mundo, sendo maior a incidência na África ao sul do Sahara, no Sudeste e Sul da Ásia. Apesar de quase três décadas de descobrimento, existe ainda um elevado número de indivíduos em todo o mundo que carece de informação sobre as formas de transmissão e as consequências desta infecção.

Actualmente, existe uma alteração na dimensão da representação da homossexualidade e de VIH. Alguns estudos anteriores apontavam para uma culpabilidade infligida aos homossexuais pela transmissão de vírus através de práticas sexuais. Actualmente tem se verificado um enorme esforço por parte dos profissionais de saúde em ultrapassar esta barreira, resultados vão de encontro ao estudo de representações em profissionais (89) que refere *“Os homossexuais são progressivamente representados como os “bons doentes”, que colaboram com as equipas de saúde e participam na protecção dos profissionais, dando-lhes conselhos e recomendações sobre as condutas adequadas.*

Os resultados obtidos através do inquérito aplicado no presente estudo, revelam alguma falta de conhecimento, atitudes desfavoráveis e défice na percepção de risco dos profissionais de saúde inquiridos na cidade de Cabinda face a infecção por VIH/SIDA. Estes dados expõe de forma sucinta a realidade sobre o tema em estudo numa altura em que são prognosticadas reformas positivas na conjuntura política, social e sanitária do País.

É necessária a implementação de medidas que visam diminuir o risco de exposição á infecção por VIH. Deve ser dada prioridade a prevenção, ao tratamento e aos cuidados em relação a infecção por VIH.

Existem inúmeros factores envolvidos na má adesão terapêutica dos anti-retrovirais destacando-se a falta de uma equipa multidisciplinar para o acompanhamento e a supervisão do cumprimento terapêutico, o estigma, o tabu, bem como as condições socioeconómicas em que a maioria da população vive.

O aconselhamento dos seropositivos, doentes com SIDA e comunidade em geral, assenta na relação de confiança entre o profissional de saúde e o utente, através da escuta e de uma comunicação clara, concisa e objectiva.

Percebe-se que a totalidade n=137 (100%) dos profissionais de saúde inquiridos estão em exposição permanente a VIH, devido às condições precárias em que são desempenhadas as suas funções no dia-a-dia. Estudos (90) defendem que a maioria das infecções são adquiridas por profissionais de saúde que exercem a sua actividade profissional em países subdesenvolvidos, mesmo com o conhecimento do modo como algumas dessas infecções podem ser evitadas.

Os profissionais de saúde com mais participação na realização e concretização deste estudo, n=109 (79,56%) foram os enfermeiros e os técnicos de análises clínicas. (n=109).

A consistência interna foi satisfatória com valor de alfa de Cronbach 0,74.

7.2.1.1. Conhecimento e atitudes face a VIH

Quando o debate é sobre o presente tema, os comentários nunca são feitos de ânimo leve e as conversas nunca advogam posições consensuais e entre os profissionais de saúde da cidade de Cabinda, a excepção não fugiu a regra. Enquanto, para alguns, este tema é considerado fundamental e urgente, para determinados profissionais de saúde, ainda que em número bastante reduzido, ainda persistem dúvidas sobre a existência de VIH, chegando a defender a teoria de ser uma doença de política comercial e da criação do vírus em laboratório para extinção da raça negra. *“Existem alguns colegas que não ligam à SIDA. Ainda existem muitos que não acreditam”*.

Em geral, existem poucos conhecimentos sobre o modo concreto de transmissão do vírus. Alguns dos inquiridos, entre eles médicos, enfermeiros e técnicos de laboratório, verifica-se que, parte deles, demonstra ter algum conhecimento acerca da problemática. Todos sabem o que é VIH e muito mais sobre a SIDA, como se transmite, embora nesses mesmos grupos haja os que apresentem ideias menos claras. Os médicos, na sua maioria de origem estrangeira, são os que demonstram melhores conhecimentos acerca do modo de transmissão e do modo de prevenção. Relativamente aos enfermeiros e técnicos de análises clínicas, parece também estarem mais conscientes e informados quanto à problemática de VIH/SIDA; estes demonstram uma atitude crítica face às posições de alguns dos seus colegas e da comunidade em geral que se recusam a admitir a existência do vírus, da infecção/doença: *“se nós, como profissionais de saúde, tivermos noção que estes problemas existem, tentaremos evitá-los”*. Mas, alguns profissionais de saúde verbalizam: *“eu não tenho, por isso não é comigo, logo não me interessa (...) como é que se transmite. Devem deixar de andar por aí com qualquer uma...as estrangeiras (zairenses e congolosas) é que trazem o mal para cá (...) deveriam impedi-las de entrar (...)”*. Realçam ainda, a falta de informação existente sobre esta temática na comunidade. A falta de conhecimentos é apontada, por não saberem quais as formas de protecção, propagando-se, ainda mais, o vírus. A maior parte dos casos ocorre devido a escassez de educação: *“Há indivíduos formados que dizem que até por um abraço...”* É isso que conduz a existência de uma certa discriminação. *“Há indivíduos que só por desconfiarem que alguém tem SIDA, alteram o seu modo de agir com o infectado”*.

Verifica-se a existência do uso incorrecto e de certa forma abusivo do termo SIDA. Para a maioria dos inquiridos não existe distinção para a denominação das diferentes fases da infecção/doença. Desde o suspeito, o seropositivo e o utente são todos considerados “sidosos” (sic)... *“Alguns com Sida não se nota nada (...). Esses são os mais perigosos, pois, espalham a doença sem os parceiros saberem. Principalmente os senhores com dinheiro...vão a África do Sul cumprirem com os retrovirais...continuam bonitos e...vão minando tudo por onde passam...é triste, deveriam ser presos...”*

7.2.1.2. Percepção de risco de infecção por VIH

Comparativamente à percepção do risco de infecção subsistem igualmente certas diferenças entre os profissionais de saúde inquiridos. Entre a classe médica, alguns relatam que a SIDA não os afecta e que por isso não os preocupa. Outros estão conscientes da existência de vírus *“actualmente interessa-nos saber que ele (VIH) existe e que qualquer indivíduo pode ser alvo de contágio”*. Por outro lado, a percepção do risco face a infecção por VIH parece estar relacionada, ao velho continente e a raça negra: *“há quem diga que é a peste do século, mas virada para a África...geralmente as doenças ditas ruins, são dos pobres...vêm de África. Tudo de mau que acontece no mundo é sempre associado a nossa terra. Resta-nos pedir a Deus que nos proteja (...) temos que orar muito, porque não está nas nossas mãos...”*.

Os profissionais de saúde do sexo feminino são unânimes quando comparam a sua vulnerabilidade e risco face aos comportamentos sexuais eleitos pelos indivíduos do sexo masculino: *“existe o facto de um homem ter imensas mulheres...principalmente os homens de poder (...) não pensam na prevenção, não existe cuidado. Sentem-se ofendidos sobre o uso das camisas...assim o perigo é eminente (...). Nunca querem saber se a outra tem outros (...) qual o seu estado, se é infectada...é claro que depois acabam por infectar a mulher que têm em casa”*.

Os profissionais de saúde inquiridos consideram que, apesar do trabalho que se tem desenvolvido na comunidade em relação à prevenção de VIH, existem falhas porque as estratégias não têm sido as mais adaptadas *“a transmissão...no meu modo de ver as coisas...nós ainda não nos conseguimos sensibilizar...ainda existem sérias dificuldades de perceber coisas do tipo...como é que a SIDA é transmitida. Ainda existem desconfianças (...), será que existe mesmo a doença?”*. Os mesmos argumentam que algumas instituições de saúde e associações, envolvidas na prevenção da infecção por VIH, implementam intervenções preventivas que não têm conseguido sensibilizar e envolver nem profissionais de saúde nem a comunidade: *“as diversas associações de luta conta a infecção por VIH/SIDA existentes, estão mais interessadas em arrecadar os grandes valores financeiros que são dispensados para a causa (...e) limitam-se bombardear a sociedade com os seus panfletos, contactos telefónicos...é-nos facultado acesso a informação, olhamos para as imagens bonitas e criativas e...colocamos o papel no bolso/lixo. Mas entender o que nos se está a querer transmitir...é o que realmente importa...e é o que falha”*. Expõem também, que não é apenas na disposição de panfletos que se cinge a promoção de mudanças de comportamentos.

Os inquiridos apontam para a indispensabilidade da sensibilização e consciencialização dos seus superiores hierárquicos e ONG`s para a consequência da promoção de diálogo flexível com os profissionais de saúde em temas como a infecção por VIH/SIDA, sobre a sexualidade, assegurando que esta abertura pode ter um efeito benéfico do que a obtenção de informação por outras vias *“A informação maioritariamente chega-nos...não é como gostaríamos de adquiri-la...porque não são mais directos, muito mais claros e simples. Talvez seria mais interessante (...), agora...através da comunicação social...na T.V. sabemos das manipulações que existem...muitas manipulações (...). Já se nos fosse dada informação em forma de aulas sobre o assunto...a conversar...talvez houvesse mais credibilidade neles do que nos meios de informação como a T.V.”*. Referem, ainda, sobre a carência de debates entre os diferentes grupos profissionais, argumento considerado estratégico pois, facilita maior elucidação e aprendizagem de conhecimentos sobre o tema.

Em geral, os profissionais de saúde entrevistados, declararam conhecer os obstáculos em conquistar a anuência de todos os membros da área da saúde a acções de prevenção de VIH.

7.3. Discussão

A intervenção na luta contra VIH carece de discussões de âmbito mais abrangente, onde seja discutida, nomeadamente, a redução dos índices de pobreza, pois, esta é notória na maioria dos habitantes da cidade de Cabinda, do País e do continente em geral agravando-se, actualmente, para um estado de pobreza crónica. Verifica-se, de forma clara, a falta de condições básicas de habitabilidade, desde o saneamento básico, água potável, falta de energia eléctrica, alimentação saudável, o que contribui de certa forma, para a dificuldade no controlo de infecções e de patologias que já se encontram erradicadas e controladas em Países desenvolvidos.

Os dados resultantes deste estudo apontam de forma clara sobre o tipo de conhecimento, as atitudes e a percepção de risco em que estão assentes a teoria/prática dos profissionais de saúde inquiridos.

— Atendendo aos métodos de ensino existentes no país para a formação dos profissionais de saúde bem como a repercussão da infecção por VIH/SIDA na população, não seria pertinente incluir no plano de estudos dos mesmos uma cadeira que abordasse de forma específica o tema sobre a infecção por VIH/SIDA?

— De modo a actualizar o conhecimento dos profissionais de saúde detentores de alguma informação/prática, não deveria ser dada maior relevância ao tema, através do agendamento de acções de formação com intervalos de realização mais curtos?

— Apesar dos custos que implica uma acção desta natureza, porque não se contrata (a termo certo) elementos com formação credível na área da infecção por VIH/SIDA, para realizarem a capacitação de alguns profissionais de saúde que posteriormente fossem os responsáveis pela formação e actualização de conhecimentos dos seus colegas?

Apesar do aumento de casos de infeção por VIH, as mulheres africanas em idade fértil continuam a engravidar com total desconhecimento do seu estado serológico. O planeamento familiar, no continente africano, é algo considerado como de difícil implementação, porque a fertilidade no feminino é, ansiosamente, aguardada e valorizada sendo encarada como uma graça divina, bem como prova de virilidade no masculino.

— Como cooperar e estimular a comunidade na promoção do diálogo sobre a sexualidade e problemas relacionados com a transmissão de vírus entre os parceiros sexuais?

— Como promover a comunicação entre os progenitores e seus descendentes (filhos) sobre questões relacionadas à sexualidade e prevenção da infeção por VIH?

7.3.1. Testemunhos

Apesar de se falar de infeção por VIH, desde há cerca de três décadas, existem indivíduos que mantêm, em comum, o receio da realização do teste de rastreio anti-VIH devido ao estigma. De facto, um resultado positivo é, para alguns, uma sentença de morte.

Durante o período de realização deste estudo, contactamos com indivíduos infectados por VIH no Hospital 28 de Agosto, situado no Cabassango. Numa sala de espera de reduzidas dimensões, alguns utentes aguardam pela consulta, sendo óbvia a extrema debilidade física e o emagrecimento acentuado. Em muitos deles não se conseguiria adivinhar a idade real.

História 1.

A.M. tinha 43 anos quando se sentiu doente pela primeira vez. Reparou que tinha “*manchas pelo corpo*” (*sic.*), diarreia e tosse persistente. Procurou um curandeiro que a tratou, tendo melhorado. Passado um ano e meio, começou a perder peso, ficando completamente debilitada. Foi nessa altura que decidiu procurar cuidados médicos. Dirigiu-se ao Hospital, não para ser tratada mas, para morrer com assistência médica. Durante cerca de cinco anos nunca quis fazer o teste.

Para qualquer habitante de Cabinda é normal ter um familiar, um amigo ou conhecido, um vizinho, vítima de SIDA. Apesar de conhecerem os sinais e os sintomas, recusam-se a fazer o teste anti-VIH. A história desta utente teve um desfecho feliz: iniciou a aquisição e a medicação com anti-retrovirais, recuperou fisicamente e diz “*actualmente estou tão gordinha que nem acreditariam que sou seropositiva. Mas nem todos os que adiam a realização do teste têm a minha sorte*” (*sic.*).

História 2.

I.M., de 30 anos de idade, viúva. Quando o marido faleceu, por infeção definidora de SIDA, não aceitou o resultado positivo do seu próprio teste de rastreio anti-VIH, pois, para ela, a infeção por VIH era a “*doença das prostitutas*” (*sic.*). Como ela era fiel ao marido, custou-lhe a

acreditar que estaria infectada. Sentiu-se desamparada pela própria família, perdeu o emprego e tudo o que tinha porque achavam que iria morrer rapidamente. Mas com a terapêutica anti-retroviral e com a ajuda dos vizinhos para se alimentar, conseguiu sobreviver e, actualmente, apresenta-se assintomática e com aspecto aparentemente saudável.

História 3.

L.N., nascido em 1981, teve conhecimento da sua infecção por VIH em 2006, quando decidiu fazer o teste de rastreio anti-VIH. *“Não me lembro como, onde nem quando me infectei, mas calculo que não tenha sido há bastante tempo porque não me lembro ter adoecido, nem de ter tido algum apuro com a minha saúde. Iniciei alguns sintomas desconhecidos como abscessos por debaixo dos braços, que não me provocavam dores. Decidi procurar ajuda no Hospital, tendo sido aconselhado pelo médico a realizar o teste de rastreio anti-VIH. Como não esperava por um resultado positivo, não hesitei em realizá-lo. No dia seguinte, dirigi-me ao CATV do Centro de Saúde 1.º de Maio, em Cabinda, para fazer o teste. Passados alguns minutos, a senhora que me tinha atendido comunicou-me o resultado. Eu era positivo. Como não estava à espera, não admiti, pensando que ela estivesse a entreter-se comigo, mas era a mais pura das realidades, pois exibiu os papéis e pessoalmente certifiquei. Antes de sair da sala em que me encontrava, chorei bastante, a senhora em causa representou uma excelente função naquela circunstância, porque aconselhou-me, fortificando-me. Foi precisa e verbalizou tudo o que eu já tinha conhecimento, mas fê-lo de forma distinta. Persuadiu-me, explicando que eu não estava morto, que apenas estava infectado por VIH, mas que não me encontrava doente. Depois de uma semana contei a verdade aos meus pais que ficaram chocados, no começo, mas deram-me ânimo. Depois dos restantes familiares tomarem conhecimento do meu estado serológico, graças a Deus, todos me deram força e continuo a recebê-la. Com a namorada foi diferente pois quando a informei da minha situação, preferiu terminar com o nosso relacionamento. Encontrava-se no seu direito de não querer continuar a sua relação comigo, não me arreliei com ela. Com apenas 21 anos não achei merecido forçá-la a permanecer comigo porque felizmente não se encontrava infectada, pois trazíamos sempre o preservativo durante as relações sexuais.”*

História 4.

Janeiro de 2000, I.A., grávida de 16 semanas, residente em Cabinda. *“Fiquei perturbada quando me deram a conhecer no Hospital duas notícias: a morte do meu companheiro e o resultado do teste de VIH positivo. Mas, só depois de tomar conhecimento dos preços da TARV é que me apercebi sobre a gravidade da situação em que eu estava envolvida, pois, foi um choque saber que nessa altura os fármacos constituintes da TARV custavam cerca de 1500 dólares por mês. Valeu-me o médico assistente comover-se com a minha situação e através da utilização de uma rede de contactos consegui obter os fármacos. O médico assistente apoiava-me em segredo, porque não havia condições para ajudar a todos. Graças a sua ajuda, porque se não fosse isso, já estaria morta”. Actualmente, I.A. aufere, de forma gratuita, os fármacos a*

partir do Hospital Central de Cabinda convertendo-se em activista da Associação dos Amigos dos Seropositivos (AAS).

História 5.

R.C. viveu o mesmo problema, em Cabinda, em 2004. Com 32 semanas de gestação, tomou conhecimento que era viável a realização do teste de VIH na maternidade. A enfermeira, uma conhecida de infância disse-lhe que o resultado estaria disponível em poucos minutos. Mas, após várias horas de espera, a enfermeira foi ter com ela informando-a que lhe levaria o resultado para entrega-lo em casa. *“O estranho é que quando a mesma me foi visitar a casa, não voltou a tocar no assunto do teste dando-me apenas um comprimido para tomar, com a informação de que era uma nova actuação para com as gestantes. Após o meu parto, no terceiro trimestre de vida do meu filho é que a mesma enfermeira retornou a minha casa, para insistir que fizesse o teste de VIH ao meu filho. Assim fiz e também manteve o mesmo mistério sobre o resultado. Foi quando a obriguei a mostrar-me o resultado do meu filho que a enfermeira teve a coragem de revelar o meu estado serológico”.*

8. CONCLUSÃO

No desfecho de uma investigação figura a etapa que faz alusão às conclusões que pretendem transmitir a síntese de todo o estudo realizado, de forma a obter-se uma percepção geral do trabalho executado. A motivação para efectuar investigações desponta, de uma carência pessoal e profissional cujo objectivo é responder às hesitações que assomam na prática diária.

O estudo foi concebido como um estudo descritivo, com uma abordagem quantitativa e qualitativa. O contexto em que foi desenvolvido o presente estudo, o ambiente hospitalar transforma-se, na maior parte das vezes, num meio hostil para os profissionais de saúde que aí exercem a sua actividade profissional devido aos diversos riscos a que se vêem expostos. A promoção de um ambiente de trabalho informativo, seguro e saudável pode traduzir-se numa das formas de incitar os profissionais de saúde no investimento da sua formação, mantendo-os em constante actualização.

Os resultados obtidos revelaram que o conhecimento, atitudes e percepção de risco dos profissionais de saúde da cidade de Cabinda são, ainda, insuficientes. Apesar de algumas formações já efectuadas no âmbito da infecção por VIH/SIDA, considera-se que permanece a carência, persistindo as dificuldades na transmissão de informação acerca do tema. Da percepção de riscos que possuem os profissionais de saúde, a exposição diária ao agente biológico responsável pela infecção por VIH é deveras preocupante, principalmente pela incidência desta infecção a nível da população, logo, a nível dos utentes que recorrem às referidas instituições de saúde.

Uma das conclusões deste estudo prende-se com a necessidade de reformulação dos conteúdos formativos sobre o tema aplicado aos profissionais de saúde bem como a regulamentação do período em que os mesmos são realizados, com o objectivo de permitir a permanente actualização dos mesmos, possibilitando o acompanhamento de progressos em tempo real.

A reflexão sobre as práticas profissionais, tendo sempre presente que o processo compreende uma mudança individual, atendendo as três dimensões: do saber (o conhecimento), do saber-fazer (a capacidade) e do saber-ser (a atitude), a formação não deve ser vista como uma obrigação do consumo do saber, mas sim como uma formação – acto que envolve uma interacção entre a reflexão e a intervenção, tendo nesta dualidade o epicentro da formação do indivíduo.

É essencial que esta formação seja direccionada aos conhecimentos específicos de VIH e não se restrinja exclusivamente num consumo do saber geral.

É, assim, considerado essencial direccionar medidas efectivas de formação, educação que passam obviamente pela agilização de todo o processo de informação bem como de constituir peritos a nível dos locais de trabalho que possam de imediato, sempre que surja uma dúvida,

esclarecer os procedimentos a serem efectuados. Torna-se emergente encontrar nas diversas equipas de saúde, profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos de análises clínicas e outros técnicos de saúde) que estejam motivados para serem colaboradores nesta intervenção, a quem seria realizada formação exclusiva direccionada ao tema em estudo.

Embora despretensioso, o presente estudo poderá cooperar para a análise de uma condição imprescindível no proveito e qualidade dos cuidados prestados em instituições de saúde.

A representação que os profissionais de saúde têm da infecção por VIH/SIDA, como pode ser prevenida e o grau de controlo que sentem desempenhar sobre os factores de transmissão, espelham a percepção de que as medidas preventivas adoptadas podem circunscrever o risco de contágio.

Comparada às demais infecções virais que têm vindo a assolar a humanidade, a prevenção da infecção por VIH é considerada muito fácil, pois não é transmitida tão facilmente como, por exemplo, o vírus da gripe. Os indivíduos de países desenvolvidos, que não querem ser infectados com VIH podem proteger-se e evitar a infecção por VIH, mas vêm-se incapazes de impedir a transmissão do vírus da gripe da próxima pandemia.

Desde a descoberta da TARV, a infecção por VIH tem-se transformado numa patologia tratável, pelo menos nos países considerados do primeiro mundo, porque são dotados de sistemas de saúde que suportam cuidados de saúde avançados. Mas, longe dos países desenvolvidos e industrializados, o estado da situação sobre a epidemia parece manter-se inalterado, como desde os primeiros anos do aparecimento da epidemia de VIH, há cerca de 25 anos atrás.

É do conhecimento de todos a não existência de uma estratégia exclusiva de combate a infecção por VIH que seja aplicada a todos os países. Compete a cada país, intervir, incidindo nos paradigmas epidemiológicos da infecção.

A meta do milénio, adoptada em Setembro de 2000 (91) pelos estados membros das Nações Unidas, sobre o acesso universal à prevenção, tratamento e cuidados prestados aos indivíduos infectados por VIH e aos utentes com SIDA, até 2010, parece ser de difícil vislumbre nos Países Africanos, mais especificamente os de Língua Oficial Portuguesa (PALOP).

A previsão de que alguns PALOP conquistarão apenas metade do marco celebrado, sobre o acesso universal ao tratamento da infecção por VIH, deve-se a obstáculos vários, tais como a escassez de recursos humanos e materiais, bem como à incapacidade de gestão dos recursos já existentes.

Apesar de, nos últimos anos, se ter observado um aumento significativo da intervenção na população infectada, atendendo à fragilidade do sistema de saúde Cabindense, quanto à incapacidade de realização de diagnósticos, algumas das organizações responsáveis pela saúde, alertam para a inviabilidade da TARV chegar sequer a cerca de metade da população

infectada. Acrescente-se a essa fragilidade: a escassez de profissionais de saúde; as dificuldades económicas dos infectados (que os impossibilita, por exemplo, de conservarem um medicamento em condições de refrigeração), bem como as dificuldades de acesso a CATV (quer pela distância ou mesmo pela ausência de meios económicos para o transporte).

Interessa ampliar o investimento na saúde e na segurança social se ambicionarmos que os profissionais de saúde cooperem de facto para os empenhos nacionais projectados a aperfeiçoar a conjuntura existente neste domínio. São igualmente necessárias mudanças profundas a nível da organização dos sistemas de saúde, das normas institucionais, das práticas de afectação do pessoal e gestão dos desempenhos, do acompanhamento e monitorização, bem como dos métodos de trabalho. As políticas de recursos humanos que não tenham em consideração as questões de género podem igualmente contribuir para o agravamento da situação.

Assim, as medidas de incentivo eficazes devem basear-se na investigação, na análise e na consulta dos profissionais de saúde. Programas que se proponham apenas para o aumento da consciência dos profissionais de saúde sobre os modos de prevenção não são suficientes para a mudança de comportamentos dos mesmos bem como da população (90). É obrigatório combater atitudes de contestação desta existência, facultar a apreensão de consciência dos profissionais de saúde face à seriedade da epidemia e à vulnerabilidade individual, objectivar os conhecimentos, mas também proporcionar as tomadas de decisão apropriadas e concludentemente promover comportamentos de prevenção de VIH.

Assiste-se, por parte dos profissionais de saúde, a uma dificuldade em anular certos sistemas de crenças habituais nas comunidades africanas e em particular, alguns mitos, tabus e práticas culturais, que abarcam a conduta sexual, e que convertem grande parte das estratégias de prevenção em pouco eficientes no combate à infecção por VIH/SIDA (92).

Atendendo que no estudo se efectuou a análise de três dimensões (cognitiva, afectiva e comportamental), os resultados obtidos revelam que a faixa etária dos profissionais de saúde interfere no conhecimento e nas atitudes, pois os inquiridos com maior faixa etária demonstram melhor conhecimento e atitudes mais favoráveis. Contrariamente, os inquiridos de menor faixa etária demonstram uma maior percepção de risco. Mas, quanto maior é o tempo de exercício profissional melhor é o conhecimento e mais positivas são as atitudes. E quanto maior é o tempo de exercício profissional menor é a percepção de risco.

Como seria de esperar, os profissionais de saúde com maior grau académico denotam melhor conhecimento, atitudes positivas e uma maior percepção de risco face a infecção por VIH.

Em relação as instituições onde desenvolvem a sua actividade profissional, não verificaram disparidades de conhecimento. Ao passo que, as atitudes e a percepção de risco são alteradas conforme o local de trabalho.

Existem diferenças significativas no conhecimento, atitudes e percepção de risco entre os profissionais de saúde que conhecem alguém ou têm no seu ciclo familiar ou grupo de amigos

portadores de VIH pois, demonstram um nível elevado em ambas as dimensões do estudo.

Apesar de a diferença não ser significativa, é estranho verificar-se que os profissionais que nunca prestaram cuidados de saúde na área da infeção por VIH, apresentem melhor conhecimento, atitudes mais positivas e um elevado grau de percepção de risco em comparação aos demais inquiridos. Confirma esta situação, o facto de as informações prestadas por profissionais, que detêm alguma experiência na área da infeção por VIH, serem de menor qualidade científica que a dos restantes profissionais.

Espera-se, com os resultados obtidos, poder contribuir, ainda que de forma ínfima, para um influente ponto de referência para estudos vindouros sobre a problemática da infeção por VIH e que seja um estímulo à realização de próximos trabalhos de investigação em qualquer das áreas de saúde prioritárias para o desenvolvimento de conhecimento da comunidade de profissionais de saúde de Cabinda.

9. BIBLIOGRAFIA

1. Fauci A. 1999. The AIDS epidemic--considerations for the 21st century. *New England Journal of Medicine* [online] 341 (14): 1046-50. Available: <http://content.nejm.org/cgi/content/full/341/14/1046> [Maio 11, 2008].
2. Quivy R, Campenhoudt LV. 1998. *Manual de investigação em ciências sociais*, 2ª edição. Gradiva L.d^a, Lisboa, 282p. ISBN 972-662-275-1.
3. Fortin M-F, Vissandjée B, Côté J. 1999. Escolher um problema de investigação. p. 47-60. *In: O processo de investigação: da concepção à realização*. Fortin, M-F/Lusociência. Loures. ISBN 972-8383-10-x.
4. Springz E, Finkelsztejn A. 1999. *Rotinas em HIV e AIDS*. Artes Médicas Sul, Porto Alegre, 340pps. ISBN 85-7307-586-4.
5. Sarmiento A. 1996. Seropositividade e SIDA. pps. 306-13. *In: Bioética*. Archer L, Biscaia J, Osswald W/ Editorial Verbo. Lisboa. ISBN 972-22-1719-4.
6. Anónimo. 1968. Carta Geral dos Solos Angolanos. Missão de Pedagogia de Angola e Moçambique. *Memórias da Junta de Investigação do Ultramar*. Lisboa. 4: 13-19.
7. Carneiro C. 1968. Cabinda no Contexto da «Corrida para a África». *Ultramar* 34: 45-74.
8. Valente A. 1967. Aspectos Económicos e Sociais do Distrito de Cabinda. *Trabalho* 1º Trimestre, 17: 220.
9. Cruz F. 1954. O Mundo Angolano. *Boletim da Sociedade de Geografia de Lisboa*, 72ª Série. Vol. 7-12: 385.
10. UNAIDS/CPLP. 2008. *Epidemia de VIH nos países de língua oficial portuguesa: situação atual e perspectivas futuras rumo ao acesso universal à prevenção, tratamento e cuidados*. Livro VIH/SIDA. Available: <http://www.cplp.org/files/filer/cplp/ComunicaçãoInfo/livrovihsida.pdf> [visitada 10/09/08].
11. Lawrence J, Elderidge G, Reitman D, Little C, Shelby M, Brasfield T. 1998. Factors influencing condom use among african-american women: implications for risk reduction interventions. *American Journal of Community Psychology* 26 (1): 7-28.
12. Instituto Nacional de Luta contra Sida/Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. 2005. *Relatório UNGASS 2006*. INLS/UNAIDS, Angola. 21pps.
13. Instituto Nacional de Luta contra Sida/Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. 2007. *Relatório UNGASS 2007*. INLS/UNAIDS, Angola. 26pps.

14. Sousa M. 2001. SIDA: e a vida continua: impacto da doença na qualidade de vida da pessoa com sida. Uma perspectiva de enfermagem [Dissertação]. Associação Portuguesa de Enfermeiros: Lisboa, 148pps.
15. Saldanha A, Figueiredo M, Coutinho M. 2004. Atendimento psicossocial à AIDS: a busca pelas questões subjetivas. DST-Jornal Brasileiro Doenças Sexualmente Transmissíveis 16 (3): 84-91.
16. Camargo B, Bárbara A, Bertoldo R. 2008. A influência de vídeos documentários na divulgação científica de conhecimentos sobre a AIDS. Psicologia: reflexão e crítica [online]. Volume 21 (2): 179-85. Available: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v21n2/a03v21n2.pdf> [Julho 12, 2008].
17. Ribeiro C, Coutinho M, Saldanha A, Castanha A. 2006. Profissionais que trabalham com AIDS e suas representações sociais sobre o atendimento e o tratamento. Estudos de Psicologia [online] 23 (1): 75-81. Available: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v23n1/v23n1a09.pdf>. [Julho 12, 2008]
18. Malbergier A. 2000. AIDS e Psiquiatria: um guia para os profissionais de saúde. Revinter. Rio de Janeiro, 110pps.
19. Arpinelli F, Visona G, Bruno R, De Carli G, Apolone G. 2000. Health-related quality of life in asymptomatic patients with HIV. Evaluation of the SF-36 health survey in Italian patients. Pharmacoeconomics 18 (1): 63-72.
20. Suárez I, Monchul M, Pérez de Ayala P, Aguayo M, Cuesta F, Rodríguez P, Pujol de la Llave E. 2002. Calidad de vida, aspectos psicológicos y sociales en pacientes con infección VIH avanzada. Anales de Medicina Interna 19 (8): 396-404.
21. Dambisya Y. 2007. A review of non-financial incentives for health worker retention in east and southern Africa. Equinet Discussion Paper [online]. No. 44: 63pps. Available: <http://www.equinet africa.org/bibl/docs/DIS44HRdambisya.pdf>. [Maio 21, 2009].
22. The WHOQOL Group. 1998. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. Social Science and Medicine 46 (12): 1569-85.
23. Commission Of The European Communities. 2005. Communication From The Commission To The Council And The European Parliament. Eu Strategy For Action On The Crisis In Human Resources For Health In Developing Countries. Brussels. 18p. Available: http://ec.europa.eu/development/icenter/repository/human_resources_health_COM_2005_0642_en.pdf [Novembro 7, 2008].
24. The Africa Working Group of the Joint Learning Initiative. 2006. The Health Workforce in Africa Challenges and Prospects: A report of the Africa Working Group of the Joint Learning Initiative on Human Resources for Health and Development. The JLI Africa Working Group: The

- Challenge of HRH in Africa [online]. 93pps. Available: http://www.hrhresourcecenter.org/hosted_docs/AWG_Report_2006.pdf [Novembro 7, 2008].
- 25.** Kvåle G, Sommerfelt H, Fylkesnes K. 2005. Intervention studies for improving global health and health care: An important arena for epidemiologists. *Norcks Epidemiologi* [online]. 15 (2): 123-6. Available: http://www.ub.ntnu.no/journals/norepid/2005-2/052_03_Kvale.pdf [Outubro 12, 2008].
- 26.** Hongoro C, McPake B. 2004. How to bridge the gap in human resources for health. *Lancet* 364: 1451-56.
- 27.** Programa para o Desenvolvimento das Nações Unidas (PNUD). 2005. Cooperação internacional numa encruzilhada: ajuda, comércio e segurança num mundo desigual. Ana Paula Faria Editora, New York , 16 pps.
- 28.** Communication From The Commission To The European Parliament, The Council, The European Economic And Social Committee And The Committee Of The Regions The Social Dimension Of Globalisation - The Eu's Policy Contribution On Extending The Benefits To All. 2004. Commission Of The European Communities. 22p. Brussels. Available: [http://docs.google.com/qview?a=v&q=cache:KH1qeETT5SYJ:ec.europa.eu/social/BlobServlet%3FdocId%3D134%26langId%3Den+COM+\(2004\)+383,&hl=pt-PT&gl=pt](http://docs.google.com/qview?a=v&q=cache:KH1qeETT5SYJ:ec.europa.eu/social/BlobServlet%3FdocId%3D134%26langId%3Den+COM+(2004)+383,&hl=pt-PT&gl=pt) [Novembro 7, 2008].
- 29.** Ministério da Saúde. 1999. Orientações para a Gestão de Cuidados de Enfermagem a Prestar a Pessoas Infectadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH). Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, 60pps.
- 30.** Organização Internacional do Trabalho. 2007. Igualdade no trabalho: Enfrentar os desafios. Bureau Internacional do Trabalho, Genebra, 50pps.
- 31.** Sarmento A. 1996. Cuidados de saúde prestados aos doentes com infecção pelo vírus de imunodeficiência humana. pps. 147-63. *In: Comissões de ética: das bases teóricas à actividade quotidiana.* Neves M/Centro de Estudos de Bioética. Pólo Açores.
- 32.** Gafo J. 1996. 10 palavras chave em bioética. Gráfica de Coimbra, Coimbra, pps.277-320. ISBN 972-603-105-2.
- 33.** Centers for Disease Control. 1982. Current Trends. Update on Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) – United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 31: 507-8, 513-4.
- 34.** Jones W, Curran J. 1994. Epidemiology of AIDS and HIV infection in industrialized countries. p. 91-108. *In: Textbook of AIDS medicine.* Broder S, Merigan T, Bolognesi D./editors Williams and Wilkins. Baltimore.
- 35.** Poiesz B, Ruscetti F, Gazdar A, Bunn P, Minna J, Gallo R. 1980. Detection and isolation of type C retrovirus particles from fresh and cultured lymphocytes of a patient with cutaneous T-cell lymphoma. *Proceeding of the National Academy of Sciences of the United States of America* 77: 7415-9.

36. Barré-Sinoussi F, Chermann JC, Rey F et al. 1983. Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). *Science* 220: 868-71.
37. Levy J, Hoffman A, Kramer S, Landis J, Shimabukuro J, Oshiro L. 1985. Isolation of lymphocytopathic retroviruses from San Francisco patients with AIDS. *Science* 225: 840-2.
38. Salahudin S, Markham P, Popovic M et al. 1985. Isolation of infectious human T-cell leukemia/lymphotropic virus type III (HTLV-III) from patients with acquired immunodeficiency syndrome (AIDS or AIDS-related complex (ARC) and from healthy carriers: a study of risk groups and tissue sources. *Proceeding of the National Academy of Sciences of the United States of America* 82: 5530-3.
39. Clavel F, Guétard D, Brun-Vézinet F *et al.* 1986. Isolation of a new human retrovirus from West African patients with AIDS. *Science* 233: 343-6.
40. Pereira J. 2001. Vírus da Imunodeficiência Humana - Introdução histórica. *Biologias*, 1: 6pps. Lisboa.
41. Moniz-Pereira J, Taveira N. 2001. Diversidade genética e evolução dos vírus da imunodeficiência humana. *Biblioteca da SIDA*. Antunes F/Permanyer Press. Lisboa.
42. Centers for Disease Control (1993b). 1992. 1993 Revised Classification System for HIV Infection and Expanded Surveillance Case Definition for AIDS Among Adolescents and Adults. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 41 (RR-17).
43. Liu S, Schacker T, Musey L et al. 1997. Divergent patterns of progression to AIDS after infection from the same source: HIV type 1 evolution and antiviral responses. *Journal Virology* 71: 4284-95.
44. Kirchhoff F, Greenough T, Brettler D, Sullivan J, Desrosiers R. 1995. Brief report: Absence of intact nef sequences in a long-term survivor with nonprogressive HIV-1 infection. *New England Journal of Medicine* 332: 228-32.
45. Barre-Sinoussi F, Chermann J, Rey F et al. 1983. Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *Science* 220:868-71.
46. Gallo R, Salahuddin S, Popovic M et al. 1984. Frequent detection and isolation of cytopathic retroviruses (HTLV-III) from patients with AIDS and at risk for AIDS. *Science* 224: 500-3.
47. Thomson M, Perez-Alvarez L, Najera R. 2002. Molecular epidemiology of HIV-1 genetic forms and its significance for vaccine development and therapy. *Lancet Infectious Diseases* 2: 461-71.
48. Clavel F, Mansinho K, Chamaret S et al. 1987. Human immunodeficiency virus type 2 (HIV-2) infection associated with AIDS in West Africa. *New England Journal of Medicine* 316:1180-5.
49. Gallo R, Sarin P, Gelmann et al. 1983. Isolation of human T-cell leukemia virus in acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *Science* 220: 865-7.

- 50.** Li Q, Tsang B, Ding L, Ji-Hong W. 1998. Infection with the human immunodeficiency virus type 2: Epidemiology and transmission (Review). *International Journal of Molecular Medicine*. 2(5):573-576.
- 51.** Veiga L, Meliço-Silvestre A, Martins I, Teixeira F. 2000. Nem sempre o silêncio é de ouro - O caso da Sida. Instituto Politécnico de Coimbra. Coimbra. 68p. ISBN 972-98593-0-2.
- 52.** Apoola A, Ahmad S, Radcliffe K. 2002. Primary HIV infection. *International Journal of STD & AIDS* 13 (2): 71-8.
- 53.** Cooper DA, Gold J, Maclean P *et al.* 1985. Acute AIDS retrovirus infection. Definition of a clinical illness associated with seroconversion. *Lancet* [online] 1:537-40. Available: <http://amedeo.com.lit.php?id=2857899> [Julho 23, 2008].
- 54.** Kahn J, Walker B. 1998. Acute human immunodeficiency virus type 1 infection. *New England Journal of Medicine* 339:33-9.
- 55.** Hecht F, Busch M, Rawal B *et al.* 2002. Use of laboratory tests and clinical symptoms for identification of primary HIV infection. *AIDS* 16:1119-29.
- 56.** Daar E, Little S, Pitt J *et al.* 2001. Diagnosis of primary HIV-1 infection. Los Angeles County Primary HIV Infection Recruitment Network. *Annals of Internal Medicine* 134:25-29.
- 57.** Sepkowitz K. AIDS – The First 20 Years. 2001. *New England Journal of Medicine* 304:1764-71.
- 58.** Bylund D, Ziegner U, Hooper D. 1992. Review of testing for human immunodeficiency vírus. *Clinical Laboratory Medicine* 12: 305-33.
- 59.** Farzadegan H, Vlahov D, Solomon L *et al.* 1993. Detection of human immunodeficiency virus type 1 infection by polymerase chain reaction in a cohort of seronegative intravenous drug users. *Journal of Infectious Diseases* 168 (2): 327-31.
- 60.** Van de Perre P, Simonon A, Msellati P *et al.* Postnatal transmission of human immunodeficiency vírus type 1 from mother to infant. A prospective cohort study in Kigali, Rwanda. *New England Journal of Medicine* 1991, 325 (9): 593-8.
- 61.** Morens D. 1997. Serological screening tests for antibody to human immunodeficiency vírus- the search for perfection in an imperfect world. *Clinical Infectious Diseases* 25 (1): 101-3.
- 62.** Mylonakis E, Paliou M, Lally M, Flanigan T, Rich J. 2000. Laboratory testing for infection with the human immunodeficiency virus: established and novel approaches. *American Journal of Medicine* 109 (7): 568-76.
- 63.** Ayres L, Avillez F, Garcia-Benito A *et al.* 1990. Multicenter evaluation of a new recombinant enzyme immunoassay for the combined detection of antibody to VIH-1 and VIH-2. *AIDS* 4:131-8.
- 64.** George J, Rayfield M, Philips S *et al.* 1990. Efficacies of US Food an Drug Administration-

licensed VIH-1-screening enzyme immunoassays for detecting antibodies to VIH-2. *AIDS* 4: 321-6.

65. MacAlpine L, Gandhi J, Parry J, Mortina P. 1994. Thirteen current anti-VIH-1/VIH-2 enzyme immunoassays: How accurate are they? *Journal of Medical Virology* 42 (2): 115-8.

66. Burke D, Brundage J, Redfield R *et al.* 1988. Measurement of the false positive rate in a screening program for human immunodeficiency virus infections. *New England Journal of Medicine* 319 (15): 961-4.

67. MacDonald K, Jackson J, Bowman R, Polesky H, Rhame F, Balfour H, Osterholm M. 1989. Performance characteristics of serologic tests for human immunodeficiency virus type 1 (VIH-1) antibody among Minnesota blood donors. Public health and clinical implications. *Annals of Internal Medicine* 110 (8): 617-21.

68. Kleinman S, Busch M, Hall L *et al.* 1998. False-positive VIH-1 test result in a low-risk screening setting of voluntary blood donation. *Retrovirus Epidemiology Donor Study*. *Journal of the American Medical Association* 280 (12): 1080-5.

69. Douek D, Brenchley J, Betts M *et al.* 2002. HIV preferentially infects HIV-specific CD4+T cells. *Nature (England)* 417 (6884): 95.

70. Centers for Disease Control and Prevention. 1986. Classification system for human T-lymphotropic virus type III/ lymphadenopathy-associated virus infections. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 35:334.

71. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) and World Health Organization (WHO). 2006. AIDS epidemic update. UNAIDS/WHO, Geneve, 87pps. Available: [http://reliefweb.int/rw/lib.nsf/db900sid/LTIO-6VRSUR/\\$file/un aids-aidupdate-dec2006.pdf?openelement](http://reliefweb.int/rw/lib.nsf/db900sid/LTIO-6VRSUR/$file/un aids-aidupdate-dec2006.pdf?openelement) [visitada Dezembro 12, 2008].

72. Miranda A. 2003. Evolução natural da infecção por VIH - Aspectos clínicos. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 19:587-97.

73. Hoffmann C, Mulcahy F. 2006. Objectivos e princípios da terapêutica. *HIVMedicine*. Edição portuguesa. Available: http://hivmedicine.aidsportugal.com/05_HAART_4.php [visitada Março 11, 2008]

74. Kaufmann D, Lichterfeld M, Altfeld M *et al.* 2004. Limited durability of viral control following treated acute HIV infection. *PLOS Medicine* 1 (2): e36. <http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0010036> [visitada Julho 1, 2008].

75. Markowitz M, Vesanen M, Tenner-Racz K *et al.* 1999. The effect of commencing combination antiretroviral therapy soon after human immunodeficiency virus type 1 infection on viral replication and antiviral immune responses. *Journal of Infectious Diseases* 179:527-37.

- 76.** Yeni P, Hammer S, Carpenter C *et al.* 2002. Antiretroviral treatment for adult HIV infection in 2002: updated recommendations of the International AIDS Society-USA Panel. *Journal of American Medical Association* 288:222-35.
- 77.** Whittle H, Morris J, Todd J *et al.* 1994. HIV-2-infected patients survive longer than HIV-1-infected patients. *AIDS* 8:1617-20.
- 78.** Berry N, Ariyoshi K, Jaffar S *et al.* 1998. Low peripheral blood viral HIV-2 RNA in individuals with high CD4 percentage differentiates HIV-2 from HIV-1 infection. *Journal of Human Virology* 1:457- 68.
- 79.** Polit D, Hungler B. 1995. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3^a Edição. Artes Médicas. Porto Alegre, 391p. ISBN 85-7307-101-X.
- 80.** World Health Organization. 2003. Estudo sobre vigilância do VIH/SIDA em 6 províncias demonstra que alastramento do vírus pode ser controlado. Press Realese. Angola. 2pps. Available: <http://www.who.int/disasters/repo9829.pdf> [visitada Maio 11, 2008].
- 81.** Rahim A, Bonoma V. 1979. Managing organizational conflict: A model for diagnostic and intervention. *Psychological Reports* 441: 1323-44.
- 82.** Rahim M, Magner N. 1995. Confirmatory Factor Analysis of the Styles of Handling Interpersonal Conflict: First-Order Factor Model and its Invariance Across Groups. *Journal of Applied Psychology* 80 (1): 122-32.
- 82a.** Lee C.1990. Relative status of employees and styles of handling interpersonal conflict: An experimental study with Korean managers. *International Journal of Conflict Management* 1,327–340.
- 82b.** Pilkington C J, Richardson D R, Utley M E. 1988. Is conflict stimulating? Sensation seekers' responses to interpersonal conflict. *Personality and Social Psychology Bulletin* 14, 596–603.
- 82c.** McIntyre E S. 2007. Como as pessoas gerem o conflito nas organizações: Estratégias individuais negociais. *Análise psicológica*. [Online]. 2 (XXV): 295–305. Available: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v25n2/v25n2a09.pdf> [Julho 12, 2008].
- 83.** Moreira M, Silva P, Cunha P. 2003. Estilos de Gestão de conflito nas organizações: uma contribuição para a prática construtiva da resolução de conflitos. p. 42-5. *In: Recursos Humanos Magazine*. Editora RH L.d^a. Lisboa.
- 84.** Almeida L, Freire T. 1997. *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. APPORT – Associação dos Psicólogos Portugueses, Coimbra, 120p.
- 85.** Alves M. 1997. *A atitude do enfermeiro face à infecção VIH/SIDA [Dissertação]*. Porto, 181pps. Disponível: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar/Universidade do Porto.

- 86.** Hill M, Hill A. 2000. Investigação por questionário. 1ª Edição. Editora Sílabo, Lisboa, 377p. ISBN 972-618-233-9.
- 87.** Fortin M-F, Côté J, Vissandjée B. 1999. A investigação científica. p. 15-24. *In: O processo de investigação: da concepção à realização.* Fortin M-F, Lusociência. Loures. ISBN 972-8383-10-x.
- 88.** Carmo H, Ferreira M. 1998. Metodologia da investigação: guia para a auto-aprendizagem. Universidade Aberta, Lisboa, 354p. ISBN 972-674-231-5.
- 89.** Giami A. 2000. Profissionais de saúde frente ao manejo de infecção pelo HIV: aspectos psicossociais e técnicos. Ministério da Saúde/Coordenação Nacional de DST e Aids, Brasília, 17p.
- 90.** Silva A, Pinto J. 1996. Metodologia das Ciências Sociais. 8ª edição. Editora Afrontamento, Porto, 318p.
- 91.** OMS. 2005. Orientações Estratégicas para as Actividades da OMS na Região Africana. Publicações do Catálogo interno da Biblioteca Afro. Ilhas Maurícias, 11p. ISBN 92 9 034 003 7
- 92.** Dias S, Matos M, Gonçalves A. 2002. Conhecimentos, atitudes e comportamentos face ao VIH numa comunidade migrante: implicações para a intervenção. *Psicologia, Saúde & Doenças* 3 (1): 89-102.
- United Nations. 2000. Fifty-five session: Resolution adopted by the General Assembly. United Nation Millennium Declaration. New York, 10pps.
- Lima L. 2000. Atitudes: Estrutura e mudança. p. 187-255. *In: Psicologia Social.* Vala J, Monteiro M, Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa. ISBN 972-31-0845-3.
- Integrated Regional Information Networks (IRIN). 2008. Angola: sex work in separatist. Available: www.PlusNews.org/report.aspx?reportId=77724 [visitada 21/06/08].
- Agência Angola Press (Angop). 2009. Angola: praticantes da medicina tradicional devem participar na prevenção do VIH. Available: <http://criasnoticias.wordpress.com/2009/07/15/angola-praticantes-da-medicina-tradicional-devem-participar-na-prevencao-do-vih/> [visitada 31/07/09].
- USAID. Protegendo a juventude angolana do VIH/SIDA. Available: http://www.usaid.gov/ao/business_youth_pt.pdf [data da visita 08/02/08].
- UNICEF. Contexto. Available: http://www.unicef.org/angola/pt/hiv_aids.html [visitada 11/05/08].
- Instituto Nacional de Luta contra Sida (INLS). 2007. Estudo de seroprevalência em mulheres grávidas em CPN. Available: http://www.icaso.org/resources/UNGASS_angola_2008_country_progress_report_portugese_pt.pdf [visitada 11/05//2008].

- Rudy S, Henry J, Schaefer L, McQuide P. 2003. Melhoria da Interação entre o/a Cliente e o/a Prestador/a de Serviços de Saúde. Edithor Kols JA. The Johns Hopkins School of Public Health, Baltimore, Maryland. Vol. XXXI (4) Série Q nº 1.
- Mapa Angola. Available: <http://maps.google.pt/maps?q=mapa%20angola&oe=utf-8&rls=org> [visitada 30/06/09].

ANEXOS

ANEXO I

INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS — QUESTIONÁRIO



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

INQUÉRITO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM CABINDA

(Instrumento de recolha de informação para a realização de trabalho de Dissertação de Tese de Mestrado)

Dados pessoais:

Idade

Sexo **M**
F

Nacionalidade **Angolana**
Outra

Estado Civil **Solteiro(a)**
Casado(a)
Divorciado(a)
Viúvo(a)
União de facto
Outro

Tempo de exercício profissional **<1 Ano**
1 a 5 anos
6 a 10 anos
> 10 Anos

(se estudante) Ano Académico que frequenta

Serviço _____

(se estudante) Escola/Instituto _____

ESCALA DE PERCEÇÕES E ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE CABINDA FACE A INFECÇÃO POR VIH/SIDA

O presente questionário visa mensurar o posicionamento dos técnicos de saúde ante a pandemia VIH\SIDA, assim como perante o utente infectado com VIH\SIDA.

Leia com atenção todas as questões apresentadas e assinale com um **X** uma das opções apresentadas.

A pesquisa não procura testar competências \ conhecimentos individuais, mas, sim, a situação da(s) abordagem(s) dos profissionais de saúde de Cabinda perante a problemática da Infecção por VIH/SIDA.

As respostas têm carácter absolutamente confidencial.

Assim, interessa que responda de forma espontânea a todo o inquérito

1. O tratamento anti-retroviral inicial, numa grávida seropositiva, deve ser instituído após o primeiro trimestre de gestação.

Discordo Totalmente	Discordo em parte	Não tenho a certeza	Concordo em parte	Concordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. A terapêutica anti-retroviral (TAR) na grávida tem como objectivo, assegurar a saúde da mulher e reduzir o risco de transmissão vertical.

Discordo Totalmente	Discordo em parte	Não tenho a certeza	Concordo em parte	Concordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. A transmissão vertical ocorre fundamentalmente no final da gravidez e durante o parto.

Discordo Totalmente	Discordo em parte	Não tenho a certeza	Concordo em parte	Concordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. A infecção por VIH-2 tem uma transmissão vertical baixa, se comparada à infecção por VIH-1.

Discordo Totalmente	Discordo em parte	Não tenho a certeza	Concordo em parte	Concordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. A evolução da infecção por VIH, nas crianças, é mais lenta que num adulto.

Discordo Totalmente	Discordo em parte	Não tenho a certeza	Concordo em parte	Concordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. O VIH-2 tem uma história natural mais agressiva que a infecção por VIH-1.

Discordo Totalmente	Discordo em parte	Não tenho a certeza	Concordo em parte	Concordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. O período de seroconversão da infecção pelo VIH varia entre duas a quatro semanas.

Discordo Totalmente	Discordo em parte	Não tenho a certeza	Concordo em parte	Concordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Um seropositivo apresenta permanentemente alguns sintomas de doença, tais como: constipação, febre, alterações gastrointestinais.

Discordo Totalmente	Discordo em parte	Não tenho a certeza	Concordo em parte	Concordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. O sarcoma de Kaposi e a tuberculose são doenças definidoras de SIDA.

Discordo Totalmente	Discordo em parte	Não tenho a certeza	Concordo em parte	Concordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. A Candidose oral e hipersensibilidade cutânea não constituem sinais de alerta para uma infecção por VIH/SIDA.

Discordo Totalmente	Discordo em parte	Não tenho a certeza	Concordo em parte	Concordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Somente a partir do segundo ano de vida é possível diagnosticar se uma criança nascida de uma mãe seropositiva é infectada.

Discordo Totalmente	Discordo em parte	Não tenho a certeza	Concordo em parte	Concordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. O aleitamento materno não deve ser desaconselhado no caso de uma mãe seropositiva.

Discordo Totalmente	Discordo em parte	Não tenho a certeza	Concordo em parte	Concordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Correm-se riscos de infecção quando frequentamos as mesmas casas de banho utilizadas pelos seropositivos ou doentes com SIDA.

Discordo Totalmente	Discordo em parte	Não tenho a certeza	Concordo em parte	Concordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Quando falamos de SIDA, referimo-nos ao último estágio do processo clínico da infecção por VIH.

Discordo Totalmente	Discordo em parte	Não tenho a certeza	Concordo em parte	Concordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. As medidas gerais de higiene devem ser reforçadas nos serviços frequentados pelos seropositivos e doentes com SIDA.

Discordo Totalmente	Discordo em parte	Não tenho a certeza	Concordo em parte	Concordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. A SIDA é uma doença que altera o comportamento do profissional de saúde na relação que estabelece com o indivíduo infectado.

Discordo Totalmente	Discordo em parte	Não tenho a certeza	Concordo em parte	Concordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. É essencial saber se os doentes que cuidamos são Seropositivos ou têm SIDA.

Discordo Totalmente	Discordo em parte	Não tenho a certeza	Concordo em parte	Concordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. O facto de trabalhar ou poder vir a trabalhar com indivíduos seropositivos e doentes com SIDA preocupa-me.

Discordo Totalmente	Discordo em parte	Não tenho a certeza	Concordo em parte	Concordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. A maioria dos Profissionais de saúde que cuidam de doentes com SIDA corre o risco de infectar-se.

Discordo Totalmente	Discordo em parte	Não tenho a certeza	Concordo em parte	Concordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Se pudesse, reconheço que passaria um doente com infecção por VIH/SIDA para um colega meu atender.

Discordo Totalmente	Discordo em parte	Não tenho a certeza	Concordo em parte	Concordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. O profissional de saúde deve ter oportunidade de recusar-se a cuidar dos doentes com SIDA.

Discordo Totalmente	Discordo em parte	Não tenho a certeza	Concordo em parte	Concordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Os indivíduos com comportamentos de risco devem ser submetidos obrigatoriamente a provas de detecção serológica VIH (teste de ELISA).

Discordo Totalmente	Discordo em parte	Não tenho a certeza	Concordo em parte	Concordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. O profissional de saúde com infecção por VIH deveria ser proibido de trabalhar em meio hospitalar.

Discordo Totalmente	Discordo em parte	Não tenho a certeza	Concordo em parte	Concordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Face aos comportamentos que conduziram ao aparecimento da SIDA, o profissional de saúde deverá considerá-lo como resultado de hábitos sexuais pervertidos.

Discordo Totalmente	Discordo em parte	Não tenho a certeza	Concordo em parte	Concordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. O processo do doente seropositivo ou com SIDA deve ter na capa uma nota de identificação da doença.

Discordo Totalmente	Discordo em parte	Não tenho a certeza	Concordo em parte	Concordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Os infectados VIH/SIDA devem ser atendidos em centros especializados, só para indivíduos com as mesmas condições.

Discordo Totalmente	Discordo em parte	Não tenho a certeza	Concordo em parte	Concordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. De entre os impactos causados pela infecção por VIH na família, um dos mais negativos é a estigmatização do indivíduo e da família.

Discordo Totalmente	Discordo em parte	Não tenho a certeza	Concordo em parte	Concordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. As crianças seropositivas devem frequentar as mesmas creches e escolas que as outras crianças.

Discordo Totalmente	Discordo em parte	Não tenho a certeza	Concordo em parte	Concordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. A admissão de novos funcionários a uma empresa deve ser condicionada à realização do teste de VIH/SIDA.

Discordo Totalmente	Discordo em parte	Não tenho a certeza	Concordo em parte	Concordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. É necessária formação específica sobre a infecção por VIH/SIDA para cuidar de indivíduos seropositivos e com SIDA.

Discordo Totalmente	Discordo em parte	Não tenho a certeza	Concordo em parte	Concordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. É mais seguro usar luvas e máscaras para qualquer tipo de contacto com o doente infectado pelo VIH/SIDA.

Discordo Totalmente	Discordo em parte	Não tenho a certeza	Concordo em parte	Concordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. No meu meio familiar pouco se fala da infecção pelo VIH/SIDA.

Discordo Totalmente	Discordo em parte	Não tenho a certeza	Concordo em parte	Concordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. Os meus familiares mostrariam desagrado se eu trabalhasse com doentes infectados ou com SIDA.

Discordo Totalmente	Discordo em parte	Não tenho a certeza	Concordo em parte	Concordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. O meu comportamento na relação profissional com os doentes é independente da doença que possam ter.

Discordo Totalmente	Discordo em parte	Não tenho a certeza	Concordo em parte	Concordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Considero-me capaz de beijar a face de um pessoa com infecção por VIH.

Discordo Totalmente	Discordo em parte	Não tenho a certeza	Concordo em parte	Concordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36. Sinto-me preparado(a) psicologicamente para cuidar de doentes com SIDA.

Discordo Totalmente	Discordo em parte	Não tenho a certeza	Concordo em parte	Concordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37. Conhece alguém com infecção por VIH/SIDA?

SIM

NÃO

38. Se sim, esse alguém pertence ao seu ciclo familiar ou núcleo de amigos?

SIM

NÃO

39. Alguma vez prestou cuidados de saúde a indivíduos com infecção por VIH/SIDA?

SIM

NÃO

40. Já forneceu informação individual sobre a Infecção por VIH/SIDA a algum dos doentes do serviço?

SIM

NÃO

41. Assistiu a reuniões, sobre palestras, seminários sobre a infecção por VIH/SIDA?

SIM

NÃO

42. Fez algum curso de formação em infecção por VIH/SIDA?

SIM

NÃO

Obrigada pela colaboração!

M.^a Sandra da Piedade Malonda Goma Teixeira
(Licenciada em enfermagem)

ANEXO II

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO DIRECTOR DO HOSPITAL
PROVINCIAL DE CABINDA E À COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA,
PORTO

-

Sr.
Director do Hospital provincial
De Cabinda
Cabinda - Angola

Assunto: Pedido de autorização para acesso ao terreno de investigação.

Maria Sandra da Piedade Malonda Goma Teixeira, a frequentar a 3ª edição do Curso de Mestrado em Infecção por VIH/SIDA da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde no campus de Sintra em Lisboa, pretende realizar um trabalho de investigação subordinado ao tema **Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) em Cabinda, Angola - conhecimento, atitudes e percepção de risco dos profissionais de saúde** sendo a orientadora a Professora Doutora Emília Valadas. Para a obtenção de dados viáveis será necessária a realização de entrevistas. Como tal, vem por este meio solicitar a autorização de Vossa Excelência a realização das referidas entrevistas aos profissionais de saúde da Instituição sob sua tutela, que tiveram ou têm experiência no âmbito dos cuidados a doentes com Infecção por VIH/SIDA. As entrevistas decorreriam entre os meses de Março/Abril de 2008, consoante a disponibilidade dos profissionais de saúde abrangidos no estudo.

O teor das entrevistas será conservado em anonimato assim como será empregado segundo os princípios éticos intrínsecos a um trabalho desta essência.

Empenharei-me no sentido de me interpor o menos possível com a habitual rotina de funcionamento do serviço dos profissionais a entrevistar.

Os proveitos serão posteriormente difundidos caso seja esse o vosso desejo.

Pede Deferimento

Atenciosamente

(M^a Sandra Goma, Licenciada em enfermagem)

Lisboa, 18 de Novembro de 2007

Ao
Coordenador do Curso de Mestrado em
Infecção por VIH/SIDA
Instituto de Ciências da Saúde
Universidade Católica Portuguesa
Porto

Maria Sandra da Piedade Malonda Goma, de 34 anos de idade, filha de Alberto Goma e de Maria de Fátima Malonda Goma, portadora do cartão de residente n.º 0003793 emitido pelo SEF na Guarda em 29/11/07 e válido até 10/10/12, residente na Av. Afonso III, n.º 68, 4.º Dto. 1900-048 Lisboa. Licenciada em enfermagem, frequenta a 3.ª edição do Curso de Mestrado em Infecção por VIH/SIDA em Lisboa. No âmbito da realização do estudo de investigação para a Dissertação de Tese de Mestrado que pretende realizar em Cabinda, por falta de conhecimento da existência de uma Comissão de Ética nesta província e no país em geral (Angola), vem submeter o pedido à Comissão de Ética da Escola Superior de Biotecnologia/Universidade Católica Portuguesa.

Em Anexo seguem os seguintes documentos:

Curriculum Vitae

Autorização do Director do Hospital Provincial de Cabinda

Aceitação de Orientação

Projecto de Tese

Consentimento Informado

Pede deferimento

(M.ª Sandra Goma, Licenciada em enfermagem)

Lisboa, 18 de Fevereiro de 2008

ANEXO III

COMPROVATIVO DAS AUTORIZAÇÕES DO DIRECTOR DO HOSPITAL PROVINCIAL DE CABINDA E DA COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA, PORTO



REPÚBLICA DE ANGOLA
GOVERNO DA PROVÍNCIA DE CABINDA
DIRECÇÃO PROVINCIAL DA SAÚDE
HOSPITAL PROVINCIAL DE CABINDA

À

Senhora Maria Sandra da Piedade Malonda Goma Teixeira

ASSUNTO: Resposta ao pedido para o acesso ao campo de investigação

As nossas cordiais Saudações

Vimos por este informar à Senhora em epígrafe que o seu pedido de acesso ao terreno de investigação datado a 8 de Novembro de 2007 está autorizado.

Sem outro assunto de momento. Bom trabalho, Feliz Natal e Próspero Ano Novo.

Gabinete do Director do hospital provincial de Cabinda em Cabinda, aos 19 de Dezembro de 2007.

O Director do Hospital


Damas Macaia

- Mestre em Gestão Pública -



PARECER

Investigador: Dr. Maria Sandra da Piedade Malonda Goma Teixeira

Projecto de investigação: Infecção pelo vírus da Imunodeficiência humana (VIH) em Cabinda, Angola - conhecimentos, atitudes e percepção de risco dos profissionais de saúde

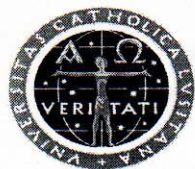
Após a análise do projecto apresentado pela Sr. Dr. Maria Sandra da Piedade Malonda Goma Teixeira com a temática "Infecção pelo vírus da Imunodeficiência humana (VIH) em Cabinda, Angola - conhecimentos, atitudes e percepção de risco dos profissionais de saúde" e do respectivo formulário de consentimento informado, sou do parecer que o projecto cumpre todos os requisitos éticos para poder ser desenvolvido. Junto anexo os documentos objecto deste parecer.

Prof. Doutora Ana Sofia Carvalho
Directora do Instituto de Bioética
Universidade Católica Portuguesa



ANEXO IV

CONSENTIMENTO INFORMADO



3ª Edição do Curso de Mestrado em Infecção por VIH/SIDA

Trabalho de Dissertação de Tese de Mestrado

**INFECÇÃO PELO VIRUS DE IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (VIH) EM CABINDA,
ANGOLA – CONHECIMENTO, ATITUDES E PERCEPÇÃO DE RISCO DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE.**

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, abaixo-assinado, declaro que aceito participar no estudo de investigação para Dissertação de Tese de Mestrado acima designado, da autoria da Mestrando Maria Sandra da Piedade Malonda Goma Teixeira, com a orientação da Professora Doutora Emília Jesus Encarnação Valadas, tendo por base a seguinte informação fornecida:

- a) O uso da informação é apenas para este trabalho de investigação e não será utilizada por outras pessoas que não a sua autora e orientador;
- b) O estudo destina-se analisar o conhecimento, atitudes e percepção de risco dos profissionais de Saúde face ao Vírus de Imunodeficiência Humana na província de Cabinda;
- c) A informação será fornecida apenas neste momento;
- d) Os dados são colhidos através de uma escala, denominada escala de Likert e perguntas fechadas dicotómicas do tipo SIM ou NÃO;
- e) As entrevistas serão gravadas pelo meio áudio e destruídas no final do trabalho;

- Q. >
- f) Não se prevêem danos físicos, emocionais ou efeitos colaterais potenciais para os colaboradores neste estudo;
 - g) Os benefícios relacionam-se com os inerentes a um estudo de investigação na área da prestação de cuidados de saúde, com vista analisar o conhecimento, atitudes e percepção de riscos do profissional de saúde quanto a problemática da infecção por VIH/SIDA;
 - h) A participação dos profissionais de saúde é voluntária, ficando salvaguardado o direito à recusa, neste momento ou posteriormente, podendo interromper a sua colaboração se e logo que considere ser esta a sua decisão;
 - i) A privacidade dos profissionais de saúde ficará completamente salvaguardada, não sendo conhecida a sua identidade para além das pessoas referidas em a);
 - j) Em caso de dúvidas, necessidade de informação adicional ou reclamações relativamente a este trabalho, os profissionais de saúde que aqui colaboram devem contactar a autora do estudo pelo que deixo em sua posse os referidos contactos:

M^a Sandra da Piedade Malonda Goma Teixeira

AV. Afonso III, n.º 68, 4.º Dto.

1900-048 Lisboa

Telm.: +351960039944

Morada em Cabinda:

Bairro 4 de Fevereiro, Zona B, n.º 519

Telm.: 923850527 ou 924748881

O relator.
J. P. Q. L.

ANEXO V

OUTPUTS DOS PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

Tabelas de frequencias para o Sexo, Nacionalidade, e Tempo de Exercício Profissional

Statistics

		sexo	Nacionalidade	Tempo de exercicio profissional
N	Valid	131	128	119
	Missing	6	9	18

Frequency Table

sexo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Masculino	37	27,0	28,2	28,2
	Feminino	94	68,6	71,8	100,0
	Total	131	95,6	100,0	
Missing	0	6	4,4		
Total		137	100,0		

Nacionalidade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Angolana	126	92,0	98,4	98,4
	Outra	2	1,5	1,6	100,0
	Total	128	93,4	100,0	
Missing	0	9	6,6		
Total		137	100,0		

Tempo de exercicio profissional

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 1 ano	8	5,8	6,7	6,7
	1 a 5 anos	31	22,6	26,1	32,8
	6 a 10 anos	11	8,0	9,2	42,0
	> 10 anos	69	50,4	58,0	100,0
	Total	119	86,9	100,0	
Missing	< 1 ano	18	13,1		
Total		137	100,0		

Estatística Descritiva Para a Variável Idade

Homens

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Idade	36	21	60	36,33	8,458
Valid N (listwise)	36				

Mulheres

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Idade	87	18	58	37,82	6,956
Valid N (listwise)	87				

Hipótese 1: idade Vs conhecimento

Correlations

		Idade	conhecimento
Idade	Pearson Correlation	1	,072
	Sig. (2-tailed)		,486
	N	123	97
conhecimento	Pearson Correlation	,072	1
	Sig. (2-tailed)	,486	
	N	97	107

Hipótese 1: idade vs atitudes e percepção

Correlations

		Idade	atitude
Idade	Pearson Correlation	1	,035
	Sig. (2-tailed)		,730
	N	123	102
atitude	Pearson Correlation	,035	1
	Sig. (2-tailed)	,730	
	N	102	112

Correlations

		Idade	percepcao
Idade	Pearson Correlation	1	-,001
	Sig. (2-tailed)		,994
	N	123	110
percepcao	Pearson Correlation	-,001	1
	Sig. (2-tailed)	,994	
	N	110	124

Hipótese 2: grau académico Vs conhecimento

Correlations

		conhecimeno	Se estudante, ano acadêmico que frequenta
conhecimeno	Pearson Correlation	1	,240
	Sig. (2-tailed)		,140
	N	107	39
Se estudante, ano acadêmico que frequenta	Pearson Correlation	,240	1
	Sig. (2-tailed)	,140	
	N	39	50

Hipótese 2: grau acadêmico vs atitude

Correlations

		Se estudante, ano acadêmico que frequenta	atitude
Se estudante, ano acadêmico que frequenta	Pearson Correlation	1	,384*
	Sig. (2-tailed)		,017
	N	50	38
atitude	Pearson Correlation	,384*	1
	Sig. (2-tailed)	,017	
	N	38	112

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Hipoteses 2: grau acadêmico vs percepção

Correlations

		Se estudante, ano acadêmico que frequenta	percepcao
Se estudante, ano acadêmico que frequenta	Pearson Correlation	1	,014
	Sig. (2-tailed)		,930
	N	50	42
percepcao	Pearson Correlation	,014	1
	Sig. (2-tailed)	,930	
	N	42	124

Hipoteses 3: instituição em que trabalha Vs conhecimento

ANOVA

conhecimeno

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	229,991	6	38,332	1,059	,393
Within Groups	3620,775	100	36,208		
Total	3850,766	106			

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Dependent Variable: conhecimento
Bonferroni

(I) Serviço	(J) Serviço	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
Hospital Provincial Cabinda	C.S. 1º de Maio	-1,29412	1,77077	1,000
	C.S. Povo Grande	1,00000	1,56655	1,000
	C.S. 4 Fevereiro	-1,85714	2,48562	1,000
	C.S. Chicago	1,83333	2,65337	1,000
	Cabassango	-3,00000	2,48562	1,000
	C.S. Lombo-lombo	2,77778	2,24251	1,000
C.S. 1º de Maio	Hospital Provincial Cabinda	1,29412	1,77077	1,000
	C.S. Povo Grande	2,29412	1,89161	1,000
	C.S. 4 Fevereiro	-,56303	2,70230	1,000
	C.S. Chicago	3,12745	2,85736	1,000
	Cabassango	-1,70588	2,70230	1,000
	C.S. Lombo-lombo	4,07190	2,48051	1,000
C.S. Povo Grande	Hospital Provincial Cabinda	-1,00000	1,56655	1,000
	C.S. 1º de Maio	-2,29412	1,89161	1,000
	C.S. 4 Fevereiro	-2,85714	2,57310	1,000
	C.S. Chicago	,83333	2,73550	1,000
	Cabassango	-4,00000	2,57310	1,000
	C.S. Lombo-lombo	1,77778	2,33910	1,000
C.S. 4 Fevereiro	Hospital Provincial Cabinda	1,85714	2,48562	1,000
	C.S. 1º de Maio	,56303	2,70230	1,000
	C.S. Povo Grande	2,85714	2,57310	1,000
	C.S. Chicago	3,69048	3,34771	1,000
	Cabassango	-1,14286	3,21638	1,000
	C.S. Lombo-lombo	4,63492	3,03243	1,000
C.S. Chicago	Hospital Provincial Cabinda	-1,83333	2,65337	1,000
	C.S. 1º de Maio	-3,12745	2,85736	1,000
	C.S. Povo Grande	-,83333	2,73550	1,000
	C.S. 4 Fevereiro	-3,69048	3,34771	1,000
	Cabassango	-4,83333	3,34771	1,000
	C.S. Lombo-lombo	,94444	3,17139	1,000
Cabassango	Hospital Provincial Cabinda	3,00000	2,48562	1,000
	C.S. 1º de Maio	1,70588	2,70230	1,000
	C.S. Povo Grande	4,00000	2,57310	1,000
	C.S. 4 Fevereiro	1,14286	3,21638	1,000
	C.S. Chicago	4,83333	3,34771	1,000
	C.S. Lombo-lombo	5,77778	3,03243	1,000
C.S. Lombo-lombo	Hospital Provincial Cabinda	-2,77778	2,24251	1,000
	C.S. 1º de Maio	-4,07190	2,48051	1,000
	C.S. Povo Grande	-1,77778	2,33910	1,000
	C.S. 4 Fevereiro	-4,63492	3,03243	1,000
	C.S. Chicago	-,94444	3,17139	1,000
	Cabassango	-5,77778	3,03243	1,000

Multiple Comparisons

Dependent Variable: conhecimento
Bonferroni

(I) Serviço	(J) Serviço	95% Confidence Interval	
		Lower Bound	Upper Bound
Hospital Provincial Cabinda	C.S. 1º de Maio	-6,8147	4,2265
	C.S. Povo Grande	-3,8839	5,8839
	C.S. 4 Fevereiro	-9,6064	5,8921
	C.S. Chicago	-6,4389	10,1056
	Cabassango	-10,7492	4,7492
	C.S. Lombo-lombo	-4,2135	9,7691
C.S. 1º de Maio	Hospital Provincial Cabinda	-4,2265	6,8147
	C.S. Povo Grande	-3,6032	8,1914
	C.S. 4 Fevereiro	-8,9878	7,8617
	C.S. Chicago	-5,7807	12,0356
	Cabassango	-10,1306	6,7189
	C.S. Lombo-lombo	-3,6614	11,8052
C.S. Povo Grande	Hospital Provincial Cabinda	-5,8839	3,8839
	C.S. 1º de Maio	-8,1914	3,6032
	C.S. 4 Fevereiro	-10,8791	5,1648
	C.S. Chicago	-7,6949	9,3616
	Cabassango	-12,0220	4,0220
	C.S. Lombo-lombo	-5,5147	9,0702
C.S. 4 Fevereiro	Hospital Provincial Cabinda	-5,8921	9,6064
	C.S. 1º de Maio	-7,8617	8,9878
	C.S. Povo Grande	-5,1648	10,8791
	C.S. Chicago	-6,7464	14,1274
	Cabassango	-11,1703	8,8846
	C.S. Lombo-lombo	-4,8191	14,0889
C.S. Chicago	Hospital Provincial Cabinda	-10,1056	6,4389
	C.S. 1º de Maio	-12,0356	5,7807
	C.S. Povo Grande	-9,3616	7,6949
	C.S. 4 Fevereiro	-14,1274	6,7464
	Cabassango	-15,2703	5,6036
	C.S. Lombo-lombo	-8,9428	10,8317
Cabassango	Hospital Provincial Cabinda	-4,7492	10,7492
	C.S. 1º de Maio	-6,7189	10,1306
	C.S. Povo Grande	-4,0220	12,0220
	C.S. 4 Fevereiro	-8,8846	11,1703
	C.S. Chicago	-5,6036	15,2703
	C.S. Lombo-lombo	-3,6762	15,2318
C.S. Lombo-lombo	Hospital Provincial Cabinda	-9,7691	4,2135
	C.S. 1º de Maio	-11,8052	3,6614
	C.S. Povo Grande	-9,0702	5,5147
	C.S. 4 Fevereiro	-14,0889	4,8191
	C.S. Chicago	-10,8317	8,9428
	Cabassango	-15,2318	3,6762

Hipotese 3: atitudes vs instituição em que trabalha

ANOVA

atitude

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1667,233	6	277,872	4,940	,000
Within Groups	5906,758	105	56,255		
Total	7573,991	111			

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Dependent Variable: atitude
Bonferroni

(I) Serviço	(J) Serviço	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
Hospital Provincial Cabinda	C.S. 1º de Maio	-6,99708*	2,14608	,032
	C.S. Povo Grande	-6,43263*	1,93147	,025
	C.S. 4 Fevereiro	-2,27990	2,56797	1,000
	C.S. Chicago	-5,21930	4,49800	1,000
	Cabassango	5,07237	2,91758	1,000
	C.S. Lombo-lombo	-7,77485	2,78045	,129
C.S. 1º de Maio	Hospital Provincial Cabinda	6,99708*	2,14608	,032
	C.S. Povo Grande	,56444	2,31850	1,000
	C.S. 4 Fevereiro	4,71717	2,87043	1,000
	C.S. Chicago	1,77778	4,67727	1,000
	Cabassango	12,06944*	3,18702	,005
	C.S. Lombo-lombo	-,77778	3,06199	1,000
C.S. Povo Grande	Hospital Provincial Cabinda	6,43263*	1,93147	,025
	C.S. 1º de Maio	-,56444	2,31850	1,000
	C.S. 4 Fevereiro	4,15273	2,71372	1,000
	C.S. Chicago	1,21333	4,58277	1,000
	Cabassango	11,50500*	3,04665	,006
	C.S. Lombo-lombo	-1,34222	2,91560	1,000
C.S. 4 Fevereiro	Hospital Provincial Cabinda	2,27990	2,56797	1,000
	C.S. 1º de Maio	-4,71717	2,87043	1,000
	C.S. Povo Grande	-4,15273	2,71372	1,000
	C.S. Chicago	-2,93939	4,88525	1,000
	Cabassango	7,35227	3,48510	,783
	C.S. Lombo-lombo	-5,49495	3,37114	1,000
C.S. Chicago	Hospital Provincial Cabinda	5,21930	4,49800	1,000
	C.S. 1º de Maio	-1,77778	4,67727	1,000
	C.S. Povo Grande	-1,21333	4,58277	1,000
	C.S. 4 Fevereiro	2,93939	4,88525	1,000
	Cabassango	10,29167	5,07774	,950
	C.S. Lombo-lombo	-2,55556	5,00022	1,000
Cabassango	Hospital Provincial Cabinda	-5,07237	2,91758	1,000
	C.S. 1º de Maio	-12,06944*	3,18702	,005
	C.S. Povo Grande	-11,50500*	3,04665	,006
	C.S. 4 Fevereiro	-7,35227	3,48510	,783
	C.S. Chicago	-10,29167	5,07774	,950
	C.S. Lombo-lombo	-12,84722*	3,64450	,013
C.S. Lombo-lombo	Hospital Provincial Cabinda	7,77485	2,78045	,129
	C.S. 1º de Maio	,77778	3,06199	1,000
	C.S. Povo Grande	1,34222	2,91560	1,000
	C.S. 4 Fevereiro	5,49495	3,37114	1,000
	C.S. Chicago	2,55556	5,00022	1,000
	Cabassango	12,84722*	3,64450	,013

Multiple Comparisons

Dependent Variable: atitude
Bonferroni

(I) Serviço	(J) Serviço	95% Confidence Interval	
		Lower Bound	Upper Bound
Hospital Provincial Cabinda	C.S. 1º de Maio	-13,6794	-,3147
	C.S. Povo Grande	-12,4468	-,4185
	C.S. 4 Fevereiro	-10,2759	5,7161
	C.S. Chicago	-19,2250	8,7864
	Cabassango	-4,0122	14,1570
	C.S. Lombo-lombo	-16,4325	,8828
C.S. 1º de Maio	Hospital Provincial Cabinda	,3147	13,6794
	C.S. Povo Grande	-6,6548	7,7837
	C.S. 4 Fevereiro	-4,2206	13,6550
	C.S. Chicago	-12,7861	16,3417
	Cabassango	2,1458	21,9931
	C.S. Lombo-lombo	-10,3121	8,7565
C.S. Povo Grande	Hospital Provincial Cabinda	,4185	12,4468
	C.S. 1º de Maio	-7,7837	6,6548
	C.S. 4 Fevereiro	-4,2971	12,6026
	C.S. Chicago	-13,0563	15,4830
	Cabassango	2,0185	20,9915
	C.S. Lombo-lombo	-10,4207	7,7362
C.S. 4 Fevereiro	Hospital Provincial Cabinda	-5,7161	10,2759
	C.S. 1º de Maio	-13,6550	4,2206
	C.S. Povo Grande	-12,6026	4,2971
	C.S. Chicago	-18,1509	12,2721
	Cabassango	-3,4995	18,2040
	C.S. Lombo-lombo	-15,9919	5,0020
C.S. Chicago	Hospital Provincial Cabinda	-8,7864	19,2250
	C.S. 1º de Maio	-16,3417	12,7861
	C.S. Povo Grande	-15,4830	13,0563
	C.S. 4 Fevereiro	-12,2721	18,1509
	Cabassango	-5,5192	26,1025
	C.S. Lombo-lombo	-18,1250	13,0139
Cabassango	Hospital Provincial Cabinda	-14,1570	4,0122
	C.S. 1º de Maio	-21,9931	-2,1458
	C.S. Povo Grande	-20,9915	-2,0185
	C.S. 4 Fevereiro	-18,2040	3,4995
	C.S. Chicago	-26,1025	5,5192
	C.S. Lombo-lombo	-24,1953	-1,4991
C.S. Lombo-lombo	Hospital Provincial Cabinda	-,8828	16,4325
	C.S. 1º de Maio	-8,7565	10,3121
	C.S. Povo Grande	-7,7362	10,4207
	C.S. 4 Fevereiro	-5,0020	15,9919
	C.S. Chicago	-13,0139	18,1250
	Cabassango	1,4991	24,1953

*. The mean difference is significant at the .05 level.

Hipotese 3: instituição onde trabalha vs percepção

ANOVA

percepcao

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	215,818	6	35,970	2,864	,012
Within Groups	1469,625	117	12,561		
Total	1685,444	123			

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Dependent Variable: percepcao
Bonferroni

(I) Serviço	(J) Serviço	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
Hospital Provincial Cabinda	C.S. 1º de Maio	-3,76867*	,97633	,004
	C.S. Povo Grande	-,40429	,88047	1,000
	C.S. 4 Fevereiro	-,22481	1,15709	1,000
	C.S. Chicago	-,12957	1,44448	1,000
	Cabassango	-1,93314	1,36463	1,000
	C.S. Lombo-lombo	-1,00258	1,29914	1,000
C.S. 1º de Maio	Hospital Provincial Cabinda	3,76867*	,97633	,004
	C.S. Povo Grande	3,36437*	1,06968	,044
	C.S. 4 Fevereiro	3,54386	1,30684	,162
	C.S. Chicago	3,63910	1,56701	,461
	Cabassango	1,83553	1,49372	1,000
	C.S. Lombo-lombo	2,76608	1,43414	1,000
C.S. Povo Grande	Hospital Provincial Cabinda	,40429	,88047	1,000
	C.S. 1º de Maio	-3,36437*	1,06968	,044
	C.S. 4 Fevereiro	,17949	1,23687	1,000
	C.S. Chicago	,27473	1,50915	1,000
	Cabassango	-1,52885	1,43291	1,000
	C.S. Lombo-lombo	-,59829	1,37068	1,000
C.S. 4 Fevereiro	Hospital Provincial Cabinda	,22481	1,15709	1,000
	C.S. 1º de Maio	-3,54386	1,30684	,162
	C.S. Povo Grande	-,17949	1,23687	1,000
	C.S. Chicago	,09524	1,68557	1,000
	Cabassango	-1,70833	1,61767	1,000
	C.S. Lombo-lombo	-,77778	1,56282	1,000
C.S. Chicago	Hospital Provincial Cabinda	,12957	1,44448	1,000
	C.S. 1º de Maio	-3,63910	1,56701	,461
	C.S. Povo Grande	-,27473	1,50915	1,000
	C.S. 4 Fevereiro	-,09524	1,68557	1,000
	Cabassango	-1,80357	1,83426	1,000
	C.S. Lombo-lombo	-,87302	1,78608	1,000
Cabassango	Hospital Provincial Cabinda	1,93314	1,36463	1,000
	C.S. 1º de Maio	-1,83553	1,49372	1,000
	C.S. Povo Grande	1,52885	1,43291	1,000
	C.S. 4 Fevereiro	1,70833	1,61767	1,000
	C.S. Chicago	1,80357	1,83426	1,000
	C.S. Lombo-lombo	,93056	1,72214	1,000
C.S. Lombo-lombo	Hospital Provincial Cabinda	1,00258	1,29914	1,000
	C.S. 1º de Maio	-2,76608	1,43414	1,000
	C.S. Povo Grande	,59829	1,37068	1,000
	C.S. 4 Fevereiro	,77778	1,56282	1,000
	C.S. Chicago	,87302	1,78608	1,000
	Cabassango	-,93056	1,72214	1,000

Multiple Comparisons

Dependent Variable: percepcao
Bonferroni

(I) Serviço	(J) Serviço	95% Confidence Interval	
		Lower Bound	Upper Bound
Hospital Provincial Cabinda	C.S. 1º de Maio	-6,8010	-,7364
	C.S. Povo Grande	-3,1389	2,3303
	C.S. 4 Fevereiro	-3,8185	3,3689
	C.S. Chicago	-4,6159	4,3568
	Cabassango	-6,1715	2,3052
	C.S. Lombo-lombo	-5,0375	3,0323
C.S. 1º de Maio	Hospital Provincial Cabinda	,7364	6,8010
	C.S. Povo Grande	,0421	6,6866
	C.S. 4 Fevereiro	-,5150	7,6027
	C.S. Chicago	-1,2278	8,5060
	Cabassango	-2,8037	6,4748
	C.S. Lombo-lombo	-1,6881	7,2203
C.S. Povo Grande	Hospital Provincial Cabinda	-2,3303	3,1389
	C.S. 1º de Maio	-6,6866	-,0421
	C.S. 4 Fevereiro	-3,6620	4,0210
	C.S. Chicago	-4,4124	4,9619
	Cabassango	-5,9792	2,9215
	C.S. Lombo-lombo	-4,8554	3,6588
C.S. 4 Fevereiro	Hospital Provincial Cabinda	-3,3689	3,8185
	C.S. 1º de Maio	-7,6027	,5150
	C.S. Povo Grande	-4,0210	3,6620
	C.S. Chicago	-5,1399	5,3304
	Cabassango	-6,7325	3,3159
	C.S. Lombo-lombo	-5,6316	4,0761
C.S. Chicago	Hospital Provincial Cabinda	-4,3568	4,6159
	C.S. 1º de Maio	-8,5060	1,2278
	C.S. Povo Grande	-4,9619	4,4124
	C.S. 4 Fevereiro	-5,3304	5,1399
	Cabassango	-7,5005	3,8934
	C.S. Lombo-lombo	-6,4203	4,6742
Cabassango	Hospital Provincial Cabinda	-2,3052	6,1715
	C.S. 1º de Maio	-6,4748	2,8037
	C.S. Povo Grande	-2,9215	5,9792
	C.S. 4 Fevereiro	-3,3159	6,7325
	C.S. Chicago	-3,8934	7,5005
	C.S. Lombo-lombo	-4,4181	6,2792
C.S. Lombo-lombo	Hospital Provincial Cabinda	-3,0323	5,0375
	C.S. 1º de Maio	-7,2203	1,6881
	C.S. Povo Grande	-3,6588	4,8554
	C.S. 4 Fevereiro	-4,0761	5,6316
	C.S. Chicago	-4,6742	6,4203
	Cabassango	-6,2792	4,4181

*. The mean difference is significant at the .05 level.

Hipotese 4: tempo de exercício profissional vs conhecimento

Correlations

		Tempo de exercicio profissional	conhecimeno
Tempo de exercicio profissional	Pearson Correlation	1	,038
	Sig. (2-tailed)		,718
	N	119	95
conhecimeno	Pearson Correlation	,038	1
	Sig. (2-tailed)	,718	
	N	95	107

Nonparametric Correlations

Correlations

			Tempo de exercicio profissional	conhecimeno
Spearman's rho	Tempo de exercicio profissional	Correlation Coefficient	1,000	,038
		Sig. (2-tailed)	.	,714
		N	119	95
	conhecimeno	Correlation Coefficient	,038	1,000
		Sig. (2-tailed)	,714	.
		N	95	107

Hipotese 4: tempo de exercicio profissional vs atitude

Correlations

		Tempo de exercicio profissional	atitude
Tempo de exercicio profissional	Pearson Correlation	1	,076
	Sig. (2-tailed)		,449
	N	119	102
atitude	Pearson Correlation	,076	1
	Sig. (2-tailed)	,449	
	N	102	112

Nonparametric Correlations

Correlations

			Tempo de exercicio profissional	atitude
Spearman's rho	Tempo de exercicio profissional	Correlation Coefficient	1,000	,073
		Sig. (2-tailed)	.	,467
		N	119	102
	atitude	Correlation Coefficient	,073	1,000
		Sig. (2-tailed)	,467	.
		N	102	112

Hipotese 4: tempo de exercicio profissional vs percepção

Correlations

		Tempo de exercicio profissional	percepcao
Tempo de exercicio profissional	Pearson Correlation	1	-,022
	Sig. (2-tailed)		,824
	N	119	107
percepcao	Pearson Correlation	-,022	1
	Sig. (2-tailed)	,824	
	N	107	124

Nonparametric Correlations

Correlations

			Tempo de exercicio profissional	percepcao
Spearman's rho	Tempo de exercicio profissional	Correlation Coefficient	1,000	-,021
		Sig. (2-tailed)	.	,829
		N	119	107
	percepcao	Correlation Coefficient	-,021	1,000
		Sig. (2-tailed)	,829	.
		N	107	124

Hipotese 5 perg 37

Group Statistics

p37		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
conhecimeno	Sim	100	49,1900	6,16391	,61639
	Não	7	45,5714	,78680	,29738
atitude	Sim	103	41,7184	8,31302	,81911
	Não	9	40,6667	8,03119	2,67706
percepcao	Sim	115	26,5739	3,68511	,34364
	Não	9	23,2222	2,33333	,77778

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
conhecimeno	Equal variances assumed	8,318	,005
	Equal variances not assumed		
atitude	Equal variances assumed	,179	,673
	Equal variances not assumed		
percepcao	Equal variances assumed	1,417	,236
	Equal variances not assumed		

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means			
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
conhecimeno	Equal variances assumed	1,546	105	,125	3,61857
	Equal variances not assumed	5,287	79,438	,000	3,61857
atitude	Equal variances assumed	,365	110	,716	1,05178
	Equal variances not assumed	,376	9,561	,715	1,05178
percepcao	Equal variances assumed	2,681	122	,008	3,35169
	Equal variances not assumed	3,942	11,398	,002	3,35169

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
			Lower	Upper
conhecimeno	Equal variances assumed	2,34119	-1,02358	8,26072
	Equal variances not assumed	,68438	2,25647	4,98068
atitude	Equal variances assumed	2,88252	-4,66070	6,76426
	Equal variances not assumed	2,79957	-5,22505	7,32861
percepcao	Equal variances assumed	1,25023	,87675	5,82664
	Equal variances not assumed	,85031	1,48811	5,21527

Hipotese 5: perg 38

Group Statistics

p38		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
conhecimeno	Sim	77	49,5065	5,97940	,68142
	Não	28	47,3214	5,91954	1,11869
atitude	Sim	80	42,2250	8,63753	,96571
	Não	28	41,1786	6,97112	1,31742
percepcao	Sim	89	26,7416	3,74933	,39743
	Não	30	25,2000	3,59502	,65636

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
conhecimeno	Equal variances assumed	,204	,653
	Equal variances not assumed		
atitude	Equal variances assumed	3,555	,062
	Equal variances not assumed		
percepcao	Equal variances assumed	,091	,763
	Equal variances not assumed		

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means			
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
conhecimeno	Equal variances assumed	1,660	103	,100	2,18506
	Equal variances not assumed	1,668	48,386	,102	2,18506
atitude	Equal variances assumed	,578	106	,564	1,04643
	Equal variances not assumed	,641	58,080	,524	1,04643
percepcao	Equal variances assumed	1,967	117	,052	1,54157
	Equal variances not assumed	2,009	51,866	,050	1,54157

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
			Lower	Upper
conhecimeno	Equal variances assumed	1,31611	-,42512	4,79525
	Equal variances not assumed	1,30988	-,44809	4,81822
atitude	Equal variances assumed	1,81044	-2,54294	4,63580
	Equal variances not assumed	1,63346	-2,22319	4,31605
percepcao	Equal variances assumed	,78359	-,01028	3,09343
	Equal variances not assumed	,76730	,00177	3,08137

Hipotese 5: perg39

Group Statistics

p39		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
conhecimeno	Sim	77	48,4545	6,23138	,71013
	Não	28	49,8929	5,32179	1,00572
atitude	Sim	78	40,6795	8,53791	,96673
	Não	32	43,4063	7,24618	1,28095
percepcao	Sim	90	26,2889	3,95833	,41725
	Não	33	26,3030	2,89919	,50468

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
conhecimeno	Equal variances assumed	,764	,384
	Equal variances not assumed		
atitude	Equal variances assumed	1,295	,258
	Equal variances not assumed		
percepcao	Equal variances assumed	6,168	,014
	Equal variances not assumed		

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means			
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
conhecimeno	Equal variances assumed	-1,085	103	,280	-1,43831
	Equal variances not assumed	-1,168	55,714	,248	-1,43831
atitude	Equal variances assumed	-1,586	108	,116	-2,72676
	Equal variances not assumed	-1,699	67,547	,094	-2,72676
percepcao	Equal variances assumed	-,019	121	,985	-,01414
	Equal variances not assumed	-,022	77,651	,983	-,01414

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
			Lower	Upper
conhecimeno	Equal variances assumed	1,32549	-4,06711	1,19048
	Equal variances not assumed	1,23116	-3,90491	1,02829
atitude	Equal variances assumed	1,71891	-6,13394	,68041
	Equal variances not assumed	1,60481	-5,92950	,47597
percepcao	Equal variances assumed	,75455	-1,50797	1,47969
	Equal variances not assumed	,65483	-1,31790	1,28961

Hipotese 5:perg. 40

Group Statistics

p40		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
conhecimeno	Sim	69	48,1884	5,62629	,67733
	Não	37	50,1351	6,50710	1,06976
atitude	Sim	74	39,8243	7,56951	,87994
	Não	37	44,8108	8,34612	1,37209
percepcao	Sim	81	26,5556	3,76497	,41833
	Não	42	25,8095	3,56978	,55083

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
conhecimeno	Equal variances assumed	1,437	,233
	Equal variances not assumed		
atitude	Equal variances assumed	1,724	,192
	Equal variances not assumed		
percepcao	Equal variances assumed	,249	,619
	Equal variances not assumed		

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means			
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
conhecimeno	Equal variances assumed	-1,607	104	,111	-1,94673
	Equal variances not assumed	-1,538	65,110	,129	-1,94673
atitude	Equal variances assumed	-3,161	109	,002	-4,98649
	Equal variances not assumed	-3,059	66,181	,003	-4,98649
percepcao	Equal variances assumed	1,060	121	,291	,74603
	Equal variances not assumed	1,079	87,087	,284	,74603

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
			Lower	Upper
conhecimeno	Equal variances assumed	1,21157	-4,34933	,45587
	Equal variances not assumed	1,26616	-4,47534	,58188
atitude	Equal variances assumed	1,57746	-8,11295	-1,86002
	Equal variances not assumed	1,63001	-8,24074	-1,73223
percepcao	Equal variances assumed	,70353	-,64680	2,13886
	Equal variances not assumed	,69167	-,62873	2,12079

Hipotese 5: perg.41

Group Statistics

	p41	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
conhecimeno	Sim	90	48,8333	6,06009	,63879
	Não	15	50,8667	4,12080	1,06398
atitude	Sim	95	41,9474	8,38358	,86014
	Não	14	40,3571	7,31287	1,95445
percepcao	Sim	102	26,2745	3,89251	,38542
	Não	19	27,0526	2,50497	,57468

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
conhecimeno	Equal variances assumed	3,309	,072
	Equal variances not assumed		
atitude	Equal variances assumed	1,146	,287
	Equal variances not assumed		
percepcao	Equal variances assumed	5,496	,021
	Equal variances not assumed		

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means			
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
conhecimeno	Equal variances assumed	-1,250	103	,214	-2,03333
	Equal variances not assumed	-1,638	25,393	,114	-2,03333
atitude	Equal variances assumed	,672	107	,503	1,59023
	Equal variances not assumed	,745	18,428	,466	1,59023
percepcao	Equal variances assumed	-,838	119	,404	-,77812
	Equal variances not assumed	-1,125	36,517	,268	-,77812

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
			Lower	Upper
conhecimeno	Equal variances assumed	1,62716	-5,26042	1,19375
	Equal variances not assumed	1,24101	-4,58725	,52058
atitude	Equal variances assumed	2,36491	-3,09794	6,27839
	Equal variances not assumed	2,13534	-2,88851	6,06896
percepcao	Equal variances assumed	,92853	-2,61670	1,06046
	Equal variances not assumed	,69195	-2,18078	,62454

Hipotese 5: perg 42

Group Statistics

	p42	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
conhecimeno	Sim	32	49,3438	6,17805	1,09214
	Não	75	48,7867	5,99615	,69238
atitude	Sim	34	39,0882	8,75722	1,50185
	Não	78	42,7436	7,83505	,88714
percepcao	Sim	36	25,7222	3,87380	,64563
	Não	88	26,5795	3,62216	,38612

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
conhecimeno	Equal variances assumed	,061	,805
	Equal variances not assumed		
atitude	Equal variances assumed	,518	,473
	Equal variances not assumed		
percepcao	Equal variances assumed	,819	,367
	Equal variances not assumed		

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means			
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
conhecimeno	Equal variances assumed	,436	105	,664	,55708
	Equal variances not assumed	,431	57,065	,668	,55708
atitude	Equal variances assumed	-2,190	110	,031	-3,65535
	Equal variances not assumed	-2,096	57,069	,041	-3,65535
percepcao	Equal variances assumed	-1,172	122	,243	-,85732
	Equal variances not assumed	-1,140	61,356	,259	-,85732

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
			Lower	Upper
conhecimeno	Equal variances assumed	1,27753	-1,97603	3,09020
	Equal variances not assumed	1,29311	-2,03227	3,14644
atitude	Equal variances assumed	1,66925	-6,96343	-,34728
	Equal variances not assumed	1,74430	-7,14816	-,16255
percepcao	Equal variances assumed	,73124	-2,30489	,59025
	Equal variances not assumed	,75229	-2,36144	,64679

Hipotese 5: perg 43

Group Statistics

p43		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
conhecimeno	Sim	41	48,2195	5,57006	,86990
	Não	35	50,3429	6,32894	1,06979
atitude	Sim	39	37,2564	7,63895	1,22321
	Não	42	43,4762	8,76311	1,35218
percepcao	Sim	47	25,9787	3,95348	,57667
	Não	43	26,4884	3,44599	,52551

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
conhecimeno	Equal variances assumed	,655	,421
	Equal variances not assumed		
atitude	Equal variances assumed	,759	,386
	Equal variances not assumed		
percepcao	Equal variances assumed	1,078	,302
	Equal variances not assumed		

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means			
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
conhecimeno	Equal variances assumed	-1,556	74	,124	-2,12334
	Equal variances not assumed	-1,540	68,406	,128	-2,12334
atitude	Equal variances assumed	-3,394	79	,001	-6,21978
	Equal variances not assumed	-3,411	78,698	,001	-6,21978
percepcao	Equal variances assumed	-,649	88	,518	-,50965
	Equal variances not assumed	-,653	87,804	,515	-,50965

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
			Lower	Upper
conhecimeno	Equal variances assumed	1,36488	-4,84293	,59624
	Equal variances not assumed	1,37883	-4,87446	,62777
atitude	Equal variances assumed	1,83271	-9,86770	-2,57186
	Equal variances not assumed	1,82336	-9,84930	-2,59026
percepcao	Equal variances assumed	,78500	-2,06968	1,05038
	Equal variances not assumed	,78020	-2,06018	1,04088

