

ICBAS - UP

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

UNIDADE CURRICULAR DISSERTAÇÃO/PROJECTO/RELATÓRIO DE ESTÁGIO

6º ANO PROFISSIONALIZANTE

ANO LECTIVO 2009/2010

**“AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE VIH/SIDA
DOS DOENTES NA CONSULTA DE IMUNOLOGIA DO
CHP-HSA”**

Mestranda: Sílvia Margarida Pereira da Cunha

Orientador: Dr.^a Isabel Maria Pereira A. Almeida

Co-orientador: Prof. Doutor Carlos Alberto da Silva Vasconcelos

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE VIH/SIDA DOS DOENTES NA CONSULTA DE IMUNOLOGIA DO CHP-HSA

INTRODUÇÃO: A educação e a prevenção parecem constituir o meio mais eficaz de controlar a transmissão do VIH/SIDA. É marcante a inexistência de trabalhos que avaliem o conhecimento acerca do VIH/SIDA dos doentes seropositivos. O presente estudo tem como objetivos avaliar esse conhecimento na população de doentes VIH positivos da consulta externa de Imunologia Clínica do Centro Hospitalar do Porto – Hospital de Santo António, e também caracterizar do ponto de vista demográfico essa população.

MÉTODOS: Foi aplicado o “HIV Knowledge Questionnaire”, constituído por 45 questões, a uma amostra de conveniência de 50 doentes seguidos na Consulta de Imunologia Clínica. Foi-lhe incluída uma secção de dados demográficos (sexo, idade, grau de escolaridade, profissão e estado civil).

RESULTADOS: Dos inquiridos, 66% eram do sexo masculino 34% do sexo feminino, com uma idade média de 43,3 anos. A maioria eram casados, representando 42% da amostra, e 52% tinha o 2º ciclo ou menos. 64% dos inquiridos encontravam-se empregados, 24% estavam desempregados e 12% reformados. A percentagem de respostas certas dos inquiridos ao questionário variou entre 40% e 96%, com uma média de 76%. Houve questões que obtiveram elevada percentagem de erro, relevando as áreas em que a carência de informação é maior. A comparação da média de respostas certas para diferentes níveis de escolaridade revelou uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,0001$). Encontrou-se uma correlação moderada negativa (coeficiente de correlação de Pearson $r = -0,39$) entre a idade e a percentagem de respostas certas.

CONCLUSÕES: Embora na globalidade os doentes tenham revelado ter um conhecimento bastante razoável acerca do VIH/SIDA, certas questões ainda suscitam muitas dúvidas. É necessário um maior empenho por parte dos profissionais de saúde na educação dos doentes VIH positivos.

Palavras-chave: VIH, SIDA, conhecimento, Consulta Imunologia Clínica, CHP-HSA, caracterização demográfica.

INTRODUÇÃO

De acordo com os dados oficiais, em Portugal encontram-se notificados 34.888 casos de

infecção VIH/SIDA nos diferentes estádios da doença. Este número é bastante significativo, apesar de se registar uma diminuição do número de casos nos últimos anos, segundo

o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Departamento de Doenças Infecciosas – Infecção VIH/SIDA, de 31 de Dezembro de 2008. Segundo a mesma fonte, os dados mais recentes apontam para um aumento proporcional dos casos relacionados com a transmissão heterossexual, sendo a via sexual o principal modo de transmissão, actualmente.

Na ausência de uma vacina ou cura para a doença, a educação e a prevenção parecem constituir o meio mais eficaz de controlar a transmissão do VIH/SIDA. Apesar de o conhecimento acerca dos modos de transmissão não ser suficiente para ocorrer a mudança de comportamentos, é um pré-requisito essencial (Matos et al., 2003).

Segundo o CDC, deverá ser fornecida informação aos próprios infectados para que reduzam o risco de transmissão da infecção aos parceiros sexuais, em reuniões promovidas pelos profissionais de saúde (Doroana, 2007).

Apesar de existirem múltiplos estudos a avaliar o conhecimento sobre VIH/SIDA em diversas populações, é marcante a inexistência de estudos desta natureza dirigidos à população de doentes infectados com VIH.

Os indivíduos seropositivos têm um papel central na manutenção da epidemia. Vários estudos mostram que são frequentes os comportamentos sexuais de risco entre os indivíduos VIH positivos, (Schiltz and Sandfort, 2000; Kesteren et al. 2007).

Segundo Kok (1999), a população de doentes seropositivos raramente é alvo de acções preventivas, embora seja recomendada a implementação de intervenções preventivas planeadas, especialmente direccionadas a este grupo.

Para além disso, um baixo nível de conhecimentos relacionados com a Saúde (“low health literacy”, definida como

“incapacidade de obter, processar e compreender informação básica relacionada com a saúde, necessária para tomar decisões apropriadas neste campo”) por parte de doentes infectados com VIH foi associado a uma pior aderência à terapêutica anti-retroviral e a uma carga viral mais elevada, comparativamente com doentes que possuem maior conhecimento nesta área (Kalichman et al. 1999; Wolf et al. 2007, Graham et al. 2007; Murphy et al. 2009).

Assim, os objectivos deste trabalho foram:

1. Avaliar o conhecimento acerca do VIH/SIDA dos doentes seropositivos seguidos na Consulta de Imunologia Clínica do HSA-CHP, utilizando o “HIV Knowledge Questionnaire”
2. Caracterizar estes doentes do ponto de vista demográfico e socioeconómico.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo realizado foi do tipo descritivo transversal, tendo sido utilizado como instrumento de pesquisa o questionário auto-administrado e anónimo “HIV Knowledge Questionnaire”, que é uma medida prática e confiável do conhecimento relacionado com o VIH, devidamente validada (para a língua inglesa) e que pode ser aplicada a adultos com baixa literacia (Carey et al., 1996). É constituído por 45 questões, tendo o doente de classificar cada afirmação como verdadeira ou falsa. O questionário referido foi traduzido para a língua portuguesa e foi-lhe incluída uma secção de dados demográficos (sexo, idade, grau de escolaridade, profissão e estado civil), sendo fornecido em anexo com a respectiva correcção.

A população em estudo é constituída pelos doentes com VIH da consulta de Imunologia Clínica do HSA - CHP num total de cerca de 700 doentes. O questionário foi aplicado aos

doentes que compareceram à consulta e que aceitaram responder, entre 17 de Fevereiro e 25 de Março de 2010. Obtivemos assim uma amostra de conveniência de 50 inquiridos, representando 7% da população em estudo.

Análise Estatística

Os dados foram tratados utilizando o programa SPSS. No âmbito da estatística descritiva, foram analisadas as características demográficas da amostra, a percentagem de respostas certas dos participantes e o número de inquiridos que errou cada questão (revelando as questões em que houve mais dificuldade).

Foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson para avaliar a correlação entre a idade e a percentagem de respostas certas.

Embora a amostra não seja aleatória, na tentativa de avaliar se existia alguma relação entre o grau de escolaridade e a percentagem de respostas certas, foram agrupados os doentes em 3 grupos (até ao fim do 1º ciclo, 2º e 3º ciclos e superior ao 3º ciclo) e comparadas as médias de respostas certas entre os 3 grupos, utilizando o teste estatístico ANOVA.

O teste t foi usado para verificar se haveria diferença significativa entre os sexos no que diz respeito à percentagem de respostas certas.

RESULTADOS

Responderam ao inquérito 50 doentes. A distribuição da amostra por sexo encontra-se representada na figura 1.

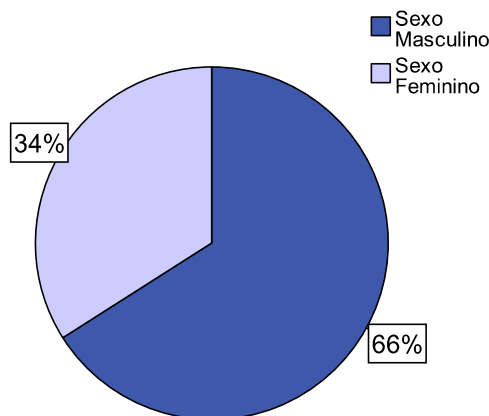


Fig. 1 – Distribuição da amostra por sexo

A idade oscilou entre os 20 e os 62 anos, com uma média de 43,3, desvio padrão de 7,7 e mediana de 42 anos. A faixa etária dos 35-49 anos concentra 72% dos indivíduos.

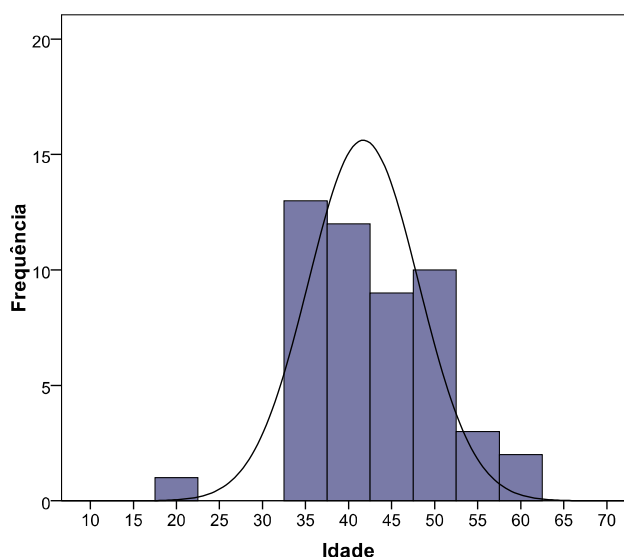


Fig. 2 – Distribuição da amostra por idade

Quanto à situação marital, a maioria eram casados, representando 42% da amostra (Figura 3).

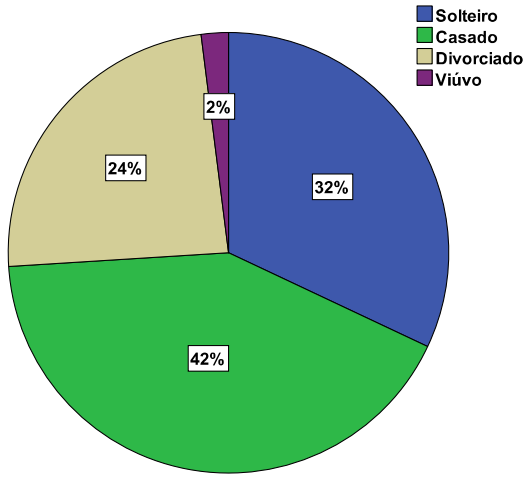


Fig. 3 – Distribuição da amostra por estado civil

Em relação ao nível de escolaridade, a maioria dos inquiridos (52%) tinha o 2º ciclo ou menos, e apenas 8% possuía curso superior (figura 4).

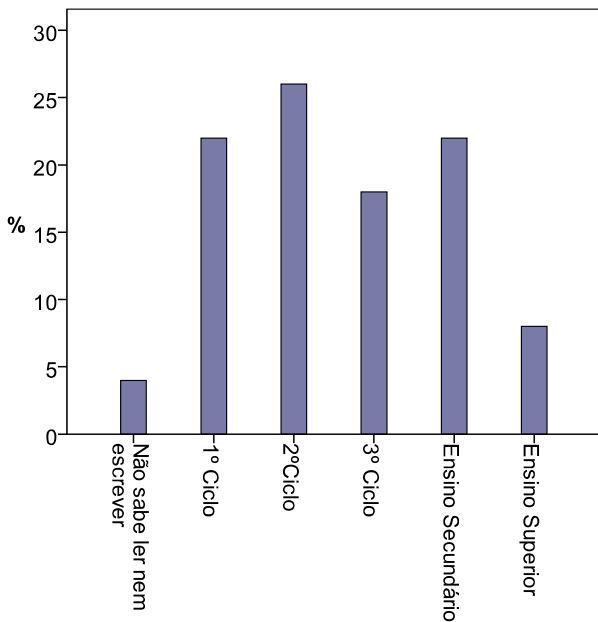


Fig. 4 – Distribuição da amostra por nível de escolaridade

Quanto à ocupação profissional, 64% dos inquiridos encontravam-se empregados, 24% estavam desempregados e 12% reformados. As profissões foram agrupadas de acordo com a Classificação Nacional das Profissões (IEFP, 2001), sendo os grupos mais

representados na amostra o “Pessoal dos serviços e vendedores”, seguidos dos “Operários e artífices” (Figura 5).

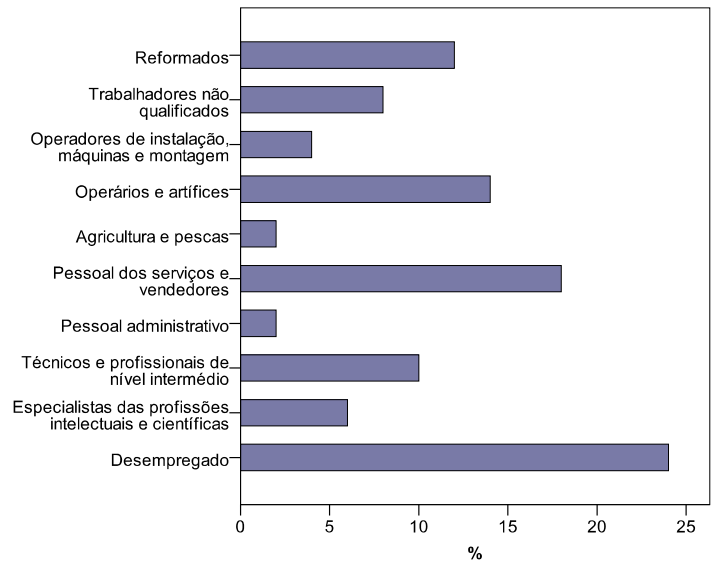


Fig. 5 – Distribuição da amostra por categoria profissional

A percentagem de respostas certas dos inquiridos ao questionário variou entre 40% e 96%, com uma média de 76%, desvio padrão de 12,7% e mediana de 77,8%.

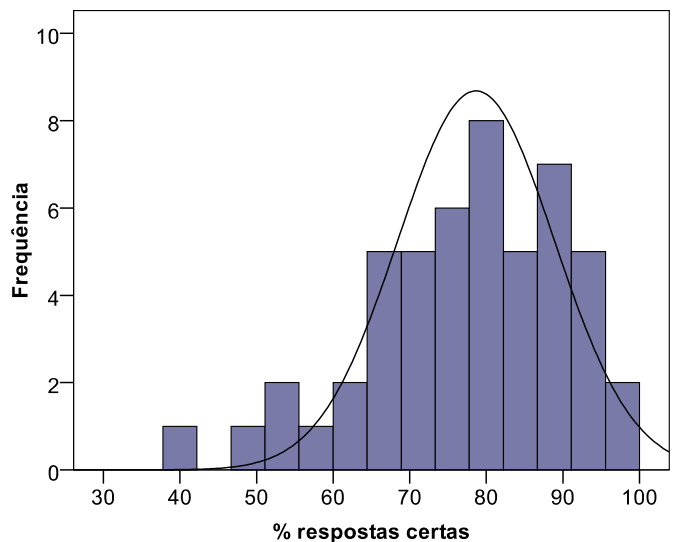


Fig. 6 – Frequência da percentagem de respostas certas ao questionário

Na tabela I podemos ver o número de pessoas que errou cada questão, por ordem

decrecente, das mais erradas às menos erradas.

Tabela I – Número de inquiridos que errou cada questão

Questão	Nº dos que erraram	Questão	Nº dos que erraram
6	43	36	7
25	41	3	6
8	39	19	6
1	27	21	6
27	25	24	6
4	25	26	6
22	21	40	6
30	21	10	5
31	21	17	5
23	18	18	5
34	18	32	5
38	17	33	5
39	17	44	5
15	16	20	4
11	15	2	3
37	14	14	3
9	13	16	3
29	10	41	3
5	9	42	3
7	9	43	3
28	9	35	2
12	8	45	1
13	7		

A amostra é constituída por 50 inquiridos

A tabela II lista a 15 questões mais erradas. As 3 questões mais erradas, por cerca de 80% da amostra, foram a questão 6 “*A SIDA é a causa do VIH*”, a questão 25 “*O uso de preservativos de borracha ou pele de carneiro são a melhor protecção contra o VIH*” e a questão 8 “*O vírus VIH é destruído pela lixívia*”.

Relativamente às questões mais acertadas, são elas: “*Se tomar vitaminas impede a infecção pelo VIH*”, “*Pode-se contrair VIH se partilhar uma banheira ou piscina com alguém infectado*”, “*Atletas que usam e partilham seringas para dopping podem ficar infectados com VIH*”, “*Uma mulher pode contrair o VIH se tiver relações com um homem infectado*”, “*Lavar o material usado para consumo de*

droga com água fria mata o VIH”, “*O uso de preservativo pode reduzir a probabilidade de contrair VIH*”, “*Uma alimentação saudável pode impedir o contágio com VIH*”, e “*Existe cura para a SIDA*”.

Tabela II – As 15 questões mais erradas

Questão		%*
6	A SIDA é a causa do VIH.	86
25	O uso de preservativos de borracha ou pele de carneiro são a melhor protecção contra o VIH.	82
8	O vírus VIH é destruído pela lixívia.	78
1	VIH (vírus da imunodeficiência humana) e SIDA são a mesma coisa.	54
27	Uma pessoa pode ficar contaminada ao doar sangue.	50
4	Tossir e espirrar não espalham o VIH.	50
22	As mulheres quando realizam o “papanicolau” são sempre testadas para o VIH.	42
30	Existe um preservativo feminino que pode ajudar a diminuir a probabilidade de contrair VIH.	42
31	Os preservativos de pele de animais são melhores que os de látex na prevenção do VIH.	42
23	Uma pessoa não fica contaminada através da prática de sexo oral com um homem portador do VIH.	36
34	Fazer o teste do VIH uma semana após a relação sexual dirá se a pessoa foi infectada.	36
38	Pode-se contrair VIH através de sexo oral a uma mulher	34
39	Se o teste de uma pessoa for positivo, o laboratório onde realizou a análise tem que avisar os parceiros dessa pessoa	34
15	Todos os filhos de mulheres grávidas e com o VIH vão nascer infectados	32
11	O coito interrompido impede que uma mulher fique infectada com o VIH	30

* *Percentagem de inquiridos que errou a questão*

Na tabela III podemos ver a média da percentagem de respostas certas, por nível de escolaridade. Verificou-se que a percentagem de respostas certas aumentava à medida que o nível de escolaridade era maior.

Tabela III – Percentagem de respostas certas por nível de escolaridade

Nível de escolaridade	%Respostas Certas	
	Média	Desvio padrão
Não sabe ler nem escrever	64,44	15,556
1º Ciclo	65,66	3,421
2º Ciclo	75,73	2,680
3º Ciclo	76,54	3,706
Ensino Secundário	84,65	3,487
Ensino Superior	86,11	1,898

A comparação da média de respostas para os grupos “até ao fim do 1º ciclo”, “2º e 3º ciclo” e “superior ao 3º ciclo” teve um valor de $p < 0,0001$, podendo-se concluir que existe diferença estatística significativa ao nível de 0,01%.

Tabela IV – Percentagem de respostas certa por 3 “grupos” de escolaridade

% respostas certas	Até fim do 1º Ciclo	2º e 3º Ciclos	Superior ao 3º Ciclo
N	13	22	15
Média	65,47	76,06	85,04
Desvio Padrão	12,159	10,031	9,955
Erro Padrão	3,372	2,139	2,570
95% Limite sup. IC	58,12	71,61	79,52
Limite inf.	72,82	80,51	90,55

A comparação da média de respostas certas entre o sexo masculino e feminino não mostrou diferença significativa ao nível de 5%. Utilizando-se o teste t para amostras independentes obteve-se $p = 0,155 > 5\%$.

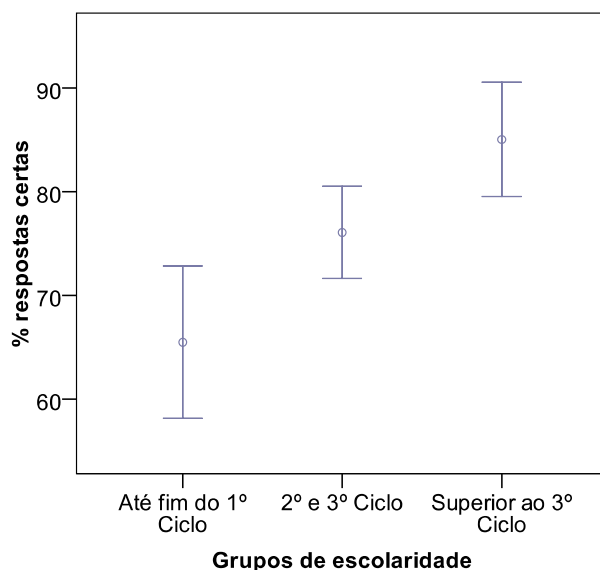


Fig. 5 – Comparação da média de percentagem de respostas certas dos 3 grupos de escolaridade. Intervalos de Confiança a 95%.

A análise da correlação entre a idade e a percentagem de respostas certas revelou uma correlação moderada negativa entre as duas variáveis (coeficiente de correlação de Pearson $r = -0,39$). Tal dá a entender que à medida que a idade aumenta a percentagem de respostas certas diminui, embora não seja uma correlação muito forte.

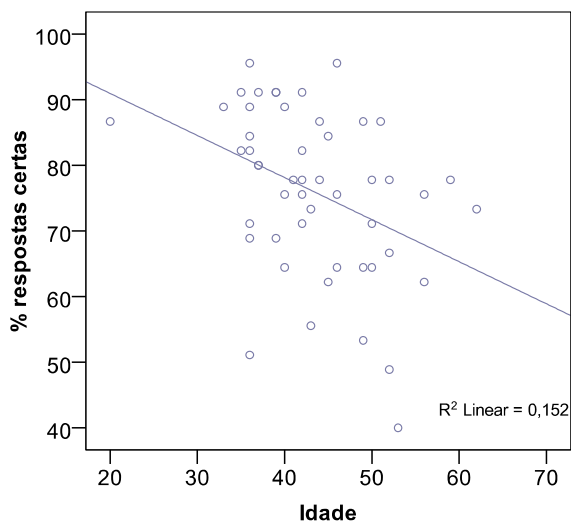


Fig. 6 - Correlação entre idade e percentagem de respostas certas

DISCUSSÃO

No que diz respeito à caracterização demográfica da amostra, comparativamente à população de indivíduos com SIDA, segundo o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Departamento de Doenças Infecciosas – Infecção VIH/SIDA, de 31 de Dezembro de 2008, verificamos concordância no que diz respeito à distribuição por sexos, sendo a maioria do sexo masculino, ainda que na nossa amostra essa preponderância não seja tão marcada (66% contra 81,7% na população declarada de indivíduos com SIDA).

Quanto à distribuição etária, a nossa amostra apresenta uma maior incidência na faixa etária dos 35-49 anos, enquanto os dados a nível nacional demonstram uma maior concentração dos casos na faixa dos 25 aos 39 anos.

Comparando a nossa caracterização demográfica com a publicada por Marcos et al. (2000), referente à mesma consulta e realizada em 1997, verificamos concordância a nível da distribuição por sexos, com ligeiro aumento na percentagem de indivíduos do sexo feminino (27% em 1997 e 34% no presente estudo). Nesse mesmo estudo a média de idades foi menor (34,7 anos) do que na nossa amostra. O facto de a consulta de Imunologia Clínica do HSA ser antiga e sofrer pouca renovação pode explicar a média de idades mais alta actualmente. Ao contrário do estudo referido, em que a maioria dos participantes era solteira (44%) e apenas 5% era divorciada, no presente estudo a maioria (42%) eram casados, tendo a percentagem de divorciados aumentado para 24%. Relativamente à escolaridade, verificou-se um aumento percentual dos indivíduos com o 2º ciclo e com o ensino secundário (2% para 11%) e diminuição daqueles com apenas o primeiro ciclo (33% para 22%), que era o grupo mais representado nesse estudo. Encontramos menos indivíduos com o ensino

superior (8%) do que os encontrados em 1997 (13%). No que diz respeito à ocupação profissional, na nossa amostra a percentagem de desempregados foi bastante menor (24% contra 34% em 1997) bem como a percentagem de reformados, que passou de cerca de 20% para 12%. O sector terciário de actividade económica continua a ser o mais representado.

Do ponto de vista global, a percentagem de respostas certas ao questionário foi boa (média de 76%), embora talvez fosse de esperar um resultado melhor nesta população, por viver diariamente com esta doença, o seu conhecimento acerca dela deveria ser óptimo. Após pesquisa na base de dados Medline não se encontraram outros estudos que aplicassem o “HIV Knowledge Questionnaire” a indivíduos VIH positivos, por isso não é possível comparar os resultados obtidos.

Ainda assim, observou-se que determinadas questões foram sistematicamente erradas pelos participantes.

A questão 6 e a questão 1, que foram das mais erradas, respectivamente por 86% e 54% dos inquiridos, abordam os conceitos de SIDA e infecção por VIH. Assim, a maioria dos doentes revelou não ter conhecimento do significado destes conceitos nem compreender a sua diferença, desconhecendo os diferentes estadios da sua doença.

Relativamente aos modos de transmissão do VIH, ainda existem muitas ideias erradas. Por exemplo, 78% dos inquiridos desconhece que o vírus da imunodeficiência humana é destruído pela lixívia e, surpreendentemente, 50% ainda considera que este é transmitido pela tosse e pelo espirro. Num estudo por Matos et al. (2008), que avaliou o conhecimento sobre VIH/SIDA numa população de adolescentes portugueses, apenas 19,3% considerou que este seria um meio de transmissão do VIH.

No nosso estudo foi muito frequente os inquiridos acharem que a doação de sangue pode acarretar o risco de ser infectado (50%). Tal põe em dúvida se a palavra “doar” terá sido correctamente compreendida pelos participantes, e se não terá havido confusão com receber uma transfusão de sangue.

Embora a maioria dos doentes tenha conhecimento que a relação sexual desprotegida é um comportamento de risco, uma percentagem razoável dos inquiridos não considerou o sexo oral como um modo de transmissão do VIH (36% para sexo oral a um homem e 34% para sexo oral a uma mulher). Embora o risco de transmissão do VIH através da prática de sexo oral seja muito menor que com sexo anal ou vaginal, esta pode de facto ocorrer (CDC, 2009). Também num estudo por Gerbert et al. (1999), que avaliou o conhecimento de uma população de indivíduos VIH positivos acerca do risco de transmissão do VIH através do sexo oral desprotegido, 34,5% dos doentes considerou que este comportamento seguro ou apresentando um risco mínimo. No mesmo estudo é referido que os profissionais de saúde muitas vezes têm dificuldade em esclarecer os doentes neste aspecto, por eles mesmos apresentarem incerteza quanto ao risco deste comportamento, ou terem dificuldade em abordar o assunto. Um terço dos inquiridos foram da opinião que o “coito interrompido” não implica risco de transmissão do VIH, o que é particularmente grave pois estamos a falar de doentes infectados que podem adoptar este comportamento por o achar erradamente seguro.

As questões 25 e 31, que foram erradas respectivamente por 82% e 42% dos inquiridos, fazem referência a preservativos de pele de animal e de borracha (“rubber”). Tal pode ser explicado pelo facto de o inquérito original ter sido desenvolvido nos Estados Unidos, no entanto em Portugal esse tipo de preservativo não é encontrado à

venda e é desconhecido da maioria da população.

Embora quase a totalidade dos inquiridos refira o preservativo como meio de evitar a transmissão do VIH, o preservativo feminino é desconhecido de 42%. Embora este já não seja vendido em farmácias por falta de procura, o preservativo feminino pode fornecido pelos Centros de Saúde. Parece necessária uma maior divulgação deste método de contracepção e de protecção contra doenças sexualmente transmissíveis.

No que diz respeito ao diagnóstico da infecção por VIH, mais de um terço dos doentes desconhece que o diagnóstico só poderá ser feito a partir das 4 semanas após o comportamento de risco e que os parceiros não são notificados se o resultado for positivo, já que tal não seria ético. Cerca de 40% acha ainda que ao realizar a citologia cervico-vaginal também lhe é efectuado o teste para o VIH. Se esta convicção for frequente também na população em geral, pode ser responsável por oportunidades perdidas de diagnóstico mais precoce da infecção por VIH.

Como podemos ver, existem ainda áreas em que o conhecimento por parte dos doentes infectados com VIH é insuficiente, sendo particularmente grave no que diz respeito aos modos de transmissão do vírus, por poder acarretar a adopção destes comportamentos, com risco de infecção dos parceiros e não só. É essencial o empenho dos profissionais de saúde em conseguir um maior esclarecimento dos doentes infectados com VIH acerca da sua doença.

Os doentes com menor nível de escolaridade parecem estar menos informados relativamente ao VIH/SIDA, por terem acertado menos questões. Tal está de acordo com os achados de Kalichman e Rompa (2000), que avaliaram, entre outros aspectos, o conhecimento acerca do VIH e dos modos de transmissão, em dois grupos de doentes

seropositivos: com baixa literacia e com alta literacia, sendo que os resultados foram significativamente melhores no grupo de alta literacia. Os doentes com mais idade parecem também estar menos informados, embora esta correlação seja apenas moderada. Estes dois grupos, especialmente os doentes com nível de escolaridade mais baixo, devem ser alvo de especial atenção no que diz respeito às ações de informação por parte dos profissionais de saúde.

O estudo realizado apresenta algumas limitações que importa referir:

- A amostra é constituída por apenas 7% da população em estudo e não é aleatória.
- O questionário não foi validado para a língua portuguesa, o que pode originar viés de medição.
- Para além disso, o estudo seria mais completo se tivesse sido questionado o tempo de diagnóstico e de permanência na consulta aos doentes, e interpretado os resultados do questionário à luz dessa informação.

CONCLUSÕES

Sob ponto de vista demográfico, os doentes da consulta de Imunologia Clínica do CHP-HSA que responderam a este inquérito são mais velhos, mais do sexo feminino, mais casados e mais divorciados, menos iletrados, menos desempregados e reformados do que há 13 anos atrás, aquando do primeiro inquérito aos doentes da Unidade, sobre a sua relação com os médicos de família.

Embora na globalidade os doentes tenham revelado ter um conhecimento bastante razoável acerca do VIH/SIDA, certas questões ainda suscitam muitas dúvidas. Face à importância do esclarecimento destes doentes como medida preventiva da propagação do VIH, mostra-se necessário um

maior empenho por parte dos profissionais de saúde na sua educação.

Os doentes com baixo nível de escolaridade, e, de certa forma, os doentes com mais idade, revelaram ser os grupos mais vulneráveis à falta de informação acerca da sua doença.

BIBLIOGRAFIA

Carey MP, Morrison-Beedy D, Johnson BT (1997) The HIV-Knowledge Questionnaire: development and evaluation of a reliable, valid and practical self-administered questionnaire. *AIDS and Behavior* 1:61-74.

CDC (2009) Oral sex and HIV risk. *CDC HIV/AIDS Facts*.

Doroana M (2007) O que é que falha na prevenção da infeção por VIH? *Rev Fac Med Lisboa* 12:330-332.

Gerbert B et al. (1999) Perceptions of health care professionals and patients about the risk of HIV transmission through oral sex: a qualitative study. *Patient Education and Counseling* 38:49-60.

Graham J et al. (2007) Medication beliefs as mediators of health literacy – antiretroviral adherence relationship in HIV-infected individuals. *AIDS Behav* 11:385-392.

Instituto do Emprego e Formação Profissional (2001) *Classificação Nacional das Profissões - Versão 1994*. 2ª Ed, Lisboa: IEFP.

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Departamento de Doenças Infecciosas (2008) *Infeção VIH/SIDA - A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2008*. Doc. 140. Ministério da Saúde.

Kalichman SC, Ramachandran B, Catz S (1999) Adherence to combination antiretroviral therapies in HIV patients of low health literacy. *J Gen Intern Med* 14:267-273.

Kalichman SC, Rompa D (2000) Functional health literacy is associated with health status and health related knowledge in people living with HIV-AIDS. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 25:337-344.

Kesteren NMC, Hospers HJ, Kok G (2007) Sexual risk behaviour among HIV – positive men who have sex with men: A literature review. *Patient Education and Counseling* 65:5-20.

Kok G (1999) Targeted prevention for people with HIV/AIDS: feasible and desirable? *Patient Education and Counseling* 36:239-246.

Marcos T. et al. (2000) O médico de família e o doente seropositivo para o vírus de imunodeficiência humana. *Acta Médica Portuguesa* 13:173-179.

Matos M e equipa do Projecto Aventura Social & Saúde (2003) Conhecimento, crenças e atitudes face ao VIH/SIDA. In: *A saúde dos adolescentes portugueses (quatro anos depois)*, pp265-278. Edições FMH: Lisboa.

Murphy DA et al. (2009) Health literacy and antiretroviral adherence among HIV-infected adolescents. *Patient Education and Counseling*, doi : 10.1016/j.pec.2009.07.014

Schiltz MA, Sandfort TGM (2000) HIV-positive people, risk and sexual behaviour. *Social Science & Medicine* 50:1571-1588.

Wolf MS et al (2007) Literacy, self-efficacy, and HIV medication adherence. *Patient Education and Counseling* 65:253-260.

AGRADECIMENTOS

À Dr.^a Isabel Almeida e ao Prof. Doutor Carlos Vasconcelos pelo apoio e acompanhamento e à Dr.^a Luísa Hossboawer, do Instituto Superior de Engenharia do Porto, pela indispensável ajuda no tratamento estatístico realizado neste trabalho.

ANEXO

Questionário

Diga se são **verdadeiras** ou **falsas** as seguintes afirmações:

1. VIH (vírus da imunodeficiência humana) e SIDA são a mesma coisa. V F
2. Existe cura para a SIDA. V F
3. Uma pessoa pode contrair o VIH através da partilha de sanitas V F
4. Tossir e espirrar não espalham o VIH. V F
5. O VIH pode ser transmitido através da picada de mosquitos. V F
6. A SIDA é a causa do VIH. V F
7. Uma pessoa pode contrair VIH/SIDA através da partilha de um copo de água com uma pessoa infectada. V F
8. O vírus VIH é destruído pela lixívia. V F
9. É possível contrair o VIH quando se faz uma tatuagem. V F

10. Uma mulher grávida VIH positiva pode passar o vírus ao seu filho. V F
11. O coito interrompido impede que uma mulher fique infectada com o VIH. V F
12. Uma mulher pode contrair VIH se realizar sexo anal com um homem. V F
13. A lavagem dos órgãos genitais após ter tido relações sexuais impede que uma pessoa contraia o VIH. V F
14. Uma alimentação saudável pode impedir o contágio com VIH. V F
15. Todos os filhos de mulheres grávidas e com o VIH vão nascer infectados. V F
16. O uso de preservativo pode reduzir a probabilidade de contrair VIH. V F
17. Uma pessoa infectada com o VIH pode sentir-se e parecer saudável. V F
18. Pessoas infectadas com VIH apresentam rapidamente graves sinais de terem sido infectadas. V F
19. Uma pessoa pode estar infectada com o VIH durante 5 ou mais anos e não ter SIDA. V F
20. Existe uma vacina que impede o contágio de adultos com o VIH. V F
21. Existem medicamentos para o tratamento da SIDA. V F
22. As mulheres quando realizam o “papanicolau” são sempre testadas para o VIH. V F
23. Uma pessoa não fica contaminada através da prática de sexo oral com um homem portador do VIH. V F
24. É possível contrair o VIH mesmo que se tenha relações sexuais apenas uma vez. V F
25. O uso de preservativos de borracha ou pele de carneiro são a melhor protecção contra o VIH. V F

26. Pode-se contrair VIH ao beijar uma pessoa VIH positiva. V F
27. Uma pessoa pode ficar contaminada ao doar sangue. V F
28. Uma mulher não pode contrair VIH se tiver relações durante o período menstrual. V F
29. Geralmente pode-se saber que alguém é VIH positivo pelo seu aspecto. V F
30. Existe um preservativo feminino que pode ajudar a diminuir a probabilidade de contrair VIH. V F
31. Os preservativos de pele de animais são melhores que os de látex na prevenção do VIH. V F
32. Uma pessoa não pode contrair VIH se estiver a tomar antibióticos. V F
33. Ter relações sexuais com mais de um parceiro pode aumentar a probabilidade de contrair VIH. V F
34. Fazer o teste do VIH uma semana após a relação sexual dirá se a pessoa foi infectada. V F
35. Uma pessoa pode contrair VIH se partilhar uma banheira ou piscina com uma pessoa infectada. V F
36. Pode-se contrair VIH através do contacto com saliva, lágrimas, suor ou urina. V F
37. Uma pessoa pode ficar infectada através das secreções vaginais. V F
38. Pode-se contrair VIH através de sexo oral a uma mulher. V F
39. Se o teste de uma pessoa for positivo, o laboratório onde realizou a análise tem que avisar os parceiros dessa pessoa. V F
40. Usar vaselina ou óleo de bebé com o preservativo diminui a probabilidade de contrair o VIH. V F
41. Lavar o material usado para o consumo de droga com água fria mata o VIH. V F
42. Uma mulher pode contrair o VIH se tiver relações com um homem infectado. V F

43. Atletas que usam e partilham seringas para *dopping* podem ficar infectados com o VIH. V F
44. Duches vaginais após as relações sexuais evitam o contágio com VIH. V F
45. Se tomar vitaminas impede a infecção pelo VIH. V F