


Literacia em Saúde Acerca do
VIH/SIDA da População Idosa de
uma Unidade de Cuidados de
Saúde Personalizados da Região
Centro de Portugal (Guarda)

Teresa Isabel Almeida Tavares Sequeira

Isabel Maria Ribeiro Fernandes

António Manuel Almeida Tavares Sequeira



Literacia em Saúde Acerca do
VIH/SIDA da População Idosa de
uma Unidade de Cuidados de
Saúde Personalizados da Região
Centro de Portugal (Guarda)

Teresa Isabel Almeida Tavares Sequeira

Isabel Maria Ribeiro Fernandes

António Manuel Almeida Tavares Sequeira



O conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons Atribuição-Não-Comercial NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0). Direitos para esta edição cedidos à Editora Artemis pelos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento, desde que sejam atribuídos créditos aos autores, e sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

A responsabilidade pelo conteúdo dos artigos e seus dados, em sua forma, correção e confiabilidade é exclusiva dos autores. A Editora Artemis, em seu compromisso de manter e aperfeiçoar a qualidade e confiabilidade dos trabalhos que publica, conduz a avaliação cega pelos pares de todos manuscritos publicados, com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

Editora Chefe	Prof. ^a Dr. ^a Antonella Carvalho de Oliveira
Editora Executiva	M. ^a Viviane Carvalho Mocellin
Direção de Arte	M. ^a Bruna Bejarano
Diagramação	Elisangela Abreu
Autores	Teresa Isabel Almeida Tavares Sequeira Isabel Maria Ribeiro Fernandes Antônio Manuel Almeida Tavares Sequeira
Imagem da Capa	avln/n/123RF
Bibliotecário	Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Conselho Editorial

Prof.^a Dr.^a Ada Esther Portero Ricol, *Universidad Tecnológica de La Habana “José Antonio Echeverría”*, Cuba
Prof. Dr. Adalberto de Paula Paranhos, Universidade Federal de Uberlândia, Brasil
Prof. Dr. Agustín Olmos Cruz, *Universidad Autónoma del Estado de México*, México
Prof.^a Dr.^a Amanda Ramalho de Freitas Brito, Universidade Federal da Paraíba, Brasil
Prof.^a Dr.^a Ana Clara Monteverde, *Universidad de Buenos Aires*, Argentina
Prof.^a Dr.^a Ana Júlia Viamonte, Instituto Superior de Engenharia do Porto (ISEP), Portugal
Prof. Dr. Ángel Mujica Sánchez, *Universidad Nacional del Altiplano*, Peru
Prof.^a Dr.^a Angela Ester Mallmann Centenaro, Universidade do Estado de Mato Grosso, Brasil
Prof.^a Dr.^a Begoña Blandón González, *Universidad de Sevilla*, Espanha
Prof.^a Dr.^a Carmen Pimentel, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Brasil
Prof.^a Dr.^a Catarina Castro, Universidade Nova de Lisboa, Portugal
Prof.^a Dr.^a Cirila Cervera Delgado, *Universidad de Guanajuato*, México
Prof.^a Dr.^a Cláudia Neves, Universidade Aberta de Portugal
Prof.^a Dr.^a Cláudia Padovesi Fonseca, Universidade de Brasília-DF, Brasil
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos, Universidade Federal da Grande Dourados, Brasil
Prof. Dr. David García-Martul, *Universidad Rey Juan Carlos de Madrid*, Espanha
Prof.^a Dr.^a Deuzimar Costa Serra, Universidade Estadual do Maranhão, Brasil
Prof.^a Dr.^a Dina Maria Martins Ferreira, Universidade Estadual do Ceará, Brasil
Prof.^a Dr.^a Edith Luévano-Hipólito, *Universidad Autónoma de Nuevo León*, México
Prof.^a Dr.^a Eduarda Maria Rocha Teles de Castro Coelho, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Portugal
Prof. Dr. Eduardo Eugênio Spers, Universidade de São Paulo (USP), Brasil
Prof. Dr. Eloi Martins Senhoras, Universidade Federal de Roraima, Brasil
Prof.^a Dr.^a Elvira Laura Hernández Carballido, *Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*, México



Prof.^a Dr.^a Emilas Darlene Carmen Lebus, *Universidad Nacional del Nordeste/ Universidad Tecnológica Nacional, Argentina*
Prof.^a Dr.^a Erla Mariela Morales Morgado, *Universidad de Salamanca, Espanha*
Prof. Dr. Ernesto Cristina, *Universidad de la República, Uruguay*
Prof. Dr. Ernesto Ramírez-Briones, *Universidad de Guadalajara, México*
Prof. Dr. Fernando Hitt, *Université du Québec à Montréal, Canadá*
Prof. Dr. Gabriel Díaz Cobos, *Universitat de Barcelona, Espanha*
Prof.^a Dr.^a Gabriela Gonçalves, Instituto Superior de Engenharia do Porto (ISEP), Portugal
Prof. Dr. Geoffroy Roger Pointer Malpass, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Brasil
Prof.^a Dr.^a Gladys Esther Leoz, *Universidad Nacional de San Luis, Argentina*
Prof.^a Dr.^a Glória Beatriz Álvarez, *Universidad de Buenos Aires, Argentina*
Prof. Dr. Gonçalo Poeta Fernandes, Instituto Politécnico da Guarda, Portugal
Prof. Dr. Gustavo Adolfo Juarez, *Universidad Nacional de Catamarca, Argentina*
Prof. Dr. Guillermo Julián González-Pérez, *Universidad de Guadalajara, México*
Prof. Dr. Håkan Karlsson, *University of Gothenburg, Suécia*
Prof.^a Dr.^a Iara Lúcia Tescarollo Dias, Universidade São Francisco, Brasil
Prof.^a Dr.^a Isabel del Rosario Chiyon Carrasco, *Universidad de Piura, Peru*
Prof.^a Dr.^a Isabel Yohena, *Universidad de Buenos Aires, Argentina*
Prof. Dr. Ivan Amaro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil
Prof. Dr. Iván Ramon Sánchez Soto, *Universidad del Bío-Bío, Chile*
Prof.^a Dr.^a Ivânia Maria Carneiro Vieira, Universidade Federal do Amazonas, Brasil
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz, *University of Miami and Miami Dade College, Estados Unidos*
Prof. Dr. Jesús Montero Martínez, *Universidad de Castilla - La Mancha, Espanha*
Prof. Dr. João Manuel Pereira Ramalho Serrano, Universidade de Évora, Portugal
Prof. Dr. Joaquim Júlio Almeida Júnior, UniFIMES - Centro Universitário de Mineiros, Brasil
Prof. Dr. Jorge Ernesto Bartolucci, *Universidad Nacional Autónoma de México, México*
Prof. Dr. José Cortez Godinez, Universidad Autónoma de Baja California, México
Prof. Dr. Juan Carlos Cancino Diaz, Instituto Politécnico Nacional, México
Prof. Dr. Juan Carlos Mosquera Feijoo, *Universidad Politécnica de Madrid, Espanha*
Prof. Dr. Juan Diego Parra Valencia, *Instituto Tecnológico Metropolitano de Medellín, Colômbia*
Prof. Dr. Juan Manuel Sánchez-Yáñez, *Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, México*
Prof. Dr. Juan Porras Pulido, *Universidad Nacional Autónoma de México, México*
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Brasil
Prof. Dr. Leinig Antonio Perazolli, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Brasil
Prof.^a Dr.^a Livia do Carmo, Universidade Federal de Goiás, Brasil
Prof.^a Dr.^a Luciane Spanhol Bordignon, Universidade de Passo Fundo, Brasil
Prof. Dr. Luis Fernando González Beltrán, *Universidad Nacional Autónoma de México, México*
Prof. Dr. Luis Vicente Amador Muñoz, *Universidad Pablo de Olavide, Espanha*
Prof.^a Dr.^a Macarena Esteban Ibáñez, *Universidad Pablo de Olavide, Espanha*
Prof. Dr. Manuel Ramiro Rodriguez, *Universidad Santiago de Compostela, Espanha*
Prof. Dr. Manuel Simões, Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto, Portugal
Prof.^a Dr.^a Márcia de Souza Luz Freitas, Universidade Federal de Itajubá, Brasil
Prof. Dr. Marcos Augusto de Lima Nobre, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Brasil
Prof. Dr. Marcos Vinicius Meiado, Universidade Federal de Sergipe, Brasil
Prof.^a Dr.^a Mar Garrido Román, *Universidad de Granada, Espanha*
Prof.^a Dr.^a Margarida Márcia Fernandes Lima, Universidade Federal de Ouro Preto, Brasil
Prof.^a Dr.^a María Alejandra Arecco, *Universidad de Buenos Aires, Argentina*
Prof.^a Dr.^a Maria Aparecida José de Oliveira, Universidade Federal da Bahia, Brasil
Prof.^a Dr.^a Maria Carmen Pastor, *Universitat Jaume I, Espanha*



Prof.ª Dr.ª Maria da Luz Vale Dias – Universidade de Coimbra, Portugal
 Prof.ª Dr.ª Maria do Céu Caetano, Universidade Nova de Lisboa, Portugal
 Prof.ª Dr.ª Maria do Socorro Saraiva Pinheiro, Universidade Federal do Maranhão, Brasil
 Prof.ª Dr.ª MªGraça Pereira, Universidade do Minho, Portugal
 Prof.ª Dr.ª Maria Gracinda Carvalho Teixeira, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Brasil
 Prof.ª Dr.ª María Guadalupe Vega-López, *Universidad de Guadalajara, México*
 Prof.ª Dr.ª Maria Lúcia Pato, Instituto Politécnico de Viseu, Portugal
 Prof.ª Dr.ª Maritza González Moreno, *Universidad Tecnológica de La Habana, Cuba*
 Prof.ª Dr.ª Mauriceia Silva de Paula Vieira, Universidade Federal de Lavras, Brasil
 Prof. Dr. Melchor Gómez Pérez, Universidad del País Vasco, Espanha
 Prof.ª Dr.ª Ninfa María Rosas-García, Centro de Biotecnología Genómica-Instituto Politécnico Nacional, México
 Prof.ª Dr.ª Odara Horta Boscolo, Universidade Federal Fluminense, Brasil
 Prof. Dr. Osbaldo Turpo-Gebera, *Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Peru*
 Prof.ª Dr.ª Patrícia Vasconcelos Almeida, Universidade Federal de Lavras, Brasil
 Prof.ª Dr.ª Paula Arcoverde Cavalcanti, Universidade do Estado da Bahia, Brasil
 Prof. Dr. Rodrigo Marques de Almeida Guerra, Universidade Federal do Pará, Brasil
 Prof. Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares, Universidade Federal do Piauí, Brasil
 Prof. Dr. Sérgio Bitencourt Araújo Barros, Universidade Federal do Piauí, Brasil
 Prof. Dr. Sérgio Luiz do Amaral Moretti, Universidade Federal de Uberlândia, Brasil
 Prof.ª Dr.ª Silvia Inés del Valle Navarro, *Universidad Nacional de Catamarca, Argentina*
 Prof.ª Dr.ª Solange Kazumi Sakata, Instituto de Pesquisas Energéticas e Nucleares (IPEN)- USP, Brasil
 Prof.ª Dr.ª Stanislava Kashtanova, *Saint Petersburg State University, Russia*
 Prof.ª Dr.ª Susana Álvarez Otero – Universidad de Oviedo, Espanha
 Prof.ª Dr.ª Teresa Cardoso, Universidade Aberta de Portugal
 Prof.ª Dr.ª Teresa Monteiro Seixas, Universidade do Porto, Portugal
 Prof. Dr. Valter Machado da Fonseca, Universidade Federal de Viçosa, Brasil
 Prof.ª Dr.ª Vanessa Bordin Viera, Universidade Federal de Campina Grande, Brasil
 Prof.ª Dr.ª Vera Lúcia Vasilévski dos Santos Araújo, Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Brasil
 Prof. Dr. Wilson Noé Garcés Aguilar, *Corporación Universitaria Autónoma del Cauca, Colômbia*
 Prof. Dr. Xosé Somoza Medina, *Universidad de León, Espanha*

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

S479I Literacia em saúde acerca do VIH/SIDA da população idosa de uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da região centro de Portugal (Guarda) [livro eletrônico] / Teresa Isabel Almeida Tavares Sequeira, Isabel Maria Ribeiro Fernandes, António Manuel Almeida Tavares Sequeira. – Curitiba, PR: Artemis, 2024.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-81701-34-5

DOI 10.37572/EdArt_071124345

1. Enfermagem. 2. Saúde pública. 3. Idosos – Bem-estar. I. Fernandes, Isabel Maria Ribeiro. II. Sequeira, António Manuel Almeida Tavares. III. Sequeira, Teresa Isabel Almeida Tavares.

CDD 610.73

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422



AGRADECIMENTOS

A concretização deste trabalho foi possível pelas pessoas que me são mais queridas e próximas e que demonstraram disponibilidade. Por esse motivo, reconheço a importância das mesmas, sem as quais não teria atingido o fim desejado.

A todas elas que, da sua forma característica, contribuíram para a construção tanto deste trabalho, como do meu crescimento pessoal e profissional, quero expressar a minha gratidão e estima:

À Professora Doutora Isabel Maria Ribeiro Fernandes, por me orientar, por toda a disponibilidade, paciência, partilha de conhecimentos em momentos cruciais, desafios e oportunidade de pensamento crítico que me proporcionou;

Aos idosos que aceitaram participar neste estudo e que contribuíram para a sua realização;

Ao meu filho e marido, por serem as minhas bases, o meu sustento de coragem, pela subtração de horas de acompanhamento que os privei. Sem vós, não teria feito esta caminhada com tanta resiliência e perseverança.

A todos, muito obrigada.

Teresa Isabel Almeida Tavares Sequeira

“Há muito para aprender e muita coisa a apreciar, à medida que os enfermeiros descobrem significados comuns adquiridos em resultado da ajuda, da orientação, da intervenção nos acontecimentos humanos significativos que estão no âmbito da arte e da ciência de enfermagem”
(Benner, 2001, p.40).

PRÓLOGO

A literacia em saúde emerge como um pilar fundamental na promoção do bem-estar, especialmente entre populações vulneráveis, como os idosos. O crescente envelhecimento da população global, acompanhado do aumento da incidência do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) entre indivíduos com 50 anos ou mais, traz à tona a urgência de abordar a literacia em saúde nesse contexto específico. A compreensão das questões relacionadas ao VIH/SIDA é crucial para que os idosos tenham acesso a informação e para que as integrem na sua vida cotidiana, permitindo-lhes tomar decisões informadas sobre sua saúde.

Na pesquisa que aqui publicamos, resultado do trabalho elaborado para a obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Comunitária do Instituto Politécnico da Guarda, Portugal, exploramos o nível de literacia em saúde da população idosa de uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados na região centro de Portugal (Guarda).

Ao longo do nosso estudo, examinamos a interseção entre as variáveis sociodemográficas e profissionais e a literacia em saúde, procurando compreender como esses fatores podem influenciar a capacidade dos idosos em lidar com questões de saúde relacionadas ao VIH/SIDA.

Além de abordar as lacunas existentes na literacia em saúde dos idosos, este estudo propôs-se a contribuir para a formação de profissionais de saúde, especialmente enfermeiros, equipando-os com as ferramentas necessárias para promover a educação em saúde e o empoderamento dessa faixa etária. Acreditamos que, ao investir na capacitação dos idosos, não apenas melhoramos sua qualidade de vida, mas também reforçamos a importância da prevenção e do cuidado contínuo num contexto de envelhecimento saudável.

Compreendendo que a literacia em saúde não é apenas um conceito, mas uma prática que deve ser integrada na atenção à saúde, esperamos que os resultados deste trabalho sirvam como um estímulo para a promoção de uma sociedade mais informada e resiliente. Assim, convidamos o leitor a embarcar nesta jornada de descoberta e reflexão sobre a saúde e a dignidade dos nossos idosos, num mundo que continua a evoluir.

Teresa Isabel Almeida Tavares Sequeira
Isabel Maria Ribeiro Fernandes
António Manuel Almeida Tavares Sequeira

SUMÁRIO

LITERACIA EM SAÚDE ACERCA DO VIH/SIDA DA POPULAÇÃO IDOSA DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS DA REGIÃO CENTRO DE PORTUGAL (GUARDA)

Teresa Isabel Almeida Tavares Sequeira

Isabel Maria Ribeiro Fernandes

António Manuel Almeida Tavares Sequeira

 https://doi.org/10.37572/EdArt_071124345

RESUMO.....	1
INTRODUÇÃO.....	3
CAPÍTULO 1.....	7
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	
1 LITERACIA EM SAÚDE.....	7
2 VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (VIH) /SIDA	12
2.1 REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO VIH/SIDA	15
2.2 ESTIGMA NA PESSOA COM VIH/SIDA	18
2.3 LITERACIA NO ÂMBITO DO VIH/SIDA	23
2.4 PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA PROMOÇÃO DA LITERACIA SOBRE O VIH/SIDA.....	28
CAPÍTULO 2.....	33
ESTUDO EMPÍRICO-METODOLOGIA	
1 TIPO DE ESTUDO.....	33
2 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	34
3 OBJETIVOS.....	35
4 VARIÁVEIS EM ESTUDO	35

5 OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS	36
6 POPULAÇÃO/AMOSTRA.....	38
7 INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS.....	38
8 ANÁLISE DE DADOS ESTATÍSTICOS	42
9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E FORMAIS	44
CAPÍTULO 3.....	46
RESULTADOS	
1 ANÁLISE DESCRITIVA	46
1.1 Caracterização sociodemográfica e profissional	47
1.2 Literacia sobre VIH/SIDA.....	49
2 ANÁLISE INFERENCIAL	55
CAPÍTULO 4.....	60
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	
CONCLUSÃO	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71
SOBRE OS AUTORES	80

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

HLS-EU- *European Health Literacy Survey*

INE – Instituto Nacional de Estatística

IP – Inibidor da protéase

OMS - Organização Mundial de Saúde

UNESCO - *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*

VIH/SIDA - Síndrome da imunodeficiência adquirida

LISTA DE ABREVIATURAS

DP - Desvio padrão

EE - Estigma esperado

EP - Estigma próprio

et al. - e outros

EU - União Europeia

EV - Estigma vivido

KW - Kruskal Wallis

M - Média

Máx - Máximo

Min - Mínimo

n.º - Número

p - Valor de significância

Pág. - Página

PNS - Plano Nacional de Saúde

UMW - U de Mann-Whitney

Enquadramento: A literacia em saúde sobre a síndrome da imunodeficiência adquirida (VIH/SIDA) pode ser uma ferramenta-chave na gestão da doença e, em muitos países onde a sua prevalência é elevada, o aumento dos seus níveis pode contribuir para a redução das taxas de incidência. As evidências apontam para uma significativa incidência de VIH/SIDA entre os adultos mais velhos em todo o mundo, com um aumento da prevalência ao longo dos anos. No entanto, muitos idosos não se consideram em risco de contrair a doença e percecionam-na como uma doença dos mais jovens. **Objetivos:** Avaliar o nível de literacia em saúde acerca do VIH/SIDA dos idosos de uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da região centro; Verificar se as variáveis sociodemográficas e profissionais influenciam o nível de literacia em saúde sobre o VIH/SIDA dos idosos de uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da região centro.

Métodos: Estudo não experimental, de matriz transversal, descritivo-correlacional e de natureza quantitativa com a participação de 350 idosos, utentes de uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da região centro. **Resultados:** Predomínio do género feminino (66,3%), com uma média de idade de $72,17 \pm 6,31$ anos. Maior percentagem de idosos com fraca literacia sobre o VIH/SIDA (43,7%), sendo que 32,9% detêm moderada literacia, 12,0% boa literacia e 11,4% elevada literacia. A idade, as habilitações académicas e a zona de residência foram variáveis sociodemográficas e profissionais com relevância estatisticamente significativa, tendo-se apurado que os idosos com idade ≥ 65 anos ($p=0,000$), com o ensino superior ($p=0,000$) e residentes em meio urbano ($p=0,000$) revelam mais literacia sobre o VIH/SIDA. As variáveis preditoras de literacia sobre o VIH/SIDA foram a idade e as habilitações académicas, sugerindo que quanto menos idade e mais escolaridade os idosos têm, mais elevada é a literacia sobre o VIH/SIDA.

Conclusão: Os resultados apurados sugerem a necessidade de desenvolvimento e implementação de programas de educação para a saúde, onde se possam abordar os vários conceitos acerca da transmissão do VIH/SIDA, elucidar sobre as possíveis formas/fontes de transmissão, prevenção e qual a sintomatologia mais habitual, bem como a forma de evitar a doença e quais os sinais e sintomas mais comuns. No âmbito da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem

Comunitária esses programas podem ser incluídos nas consultas, de forma objetiva e programada.

PALAVRAS-CHAVE: Literacia em saúde. Síndrome da imunodeficiência adquirida (VIH/SIDA). Idosos. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados. Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

EXPLORING HEALTH LITERACY ON HIV/AIDS IN OLDER ADULTS AT A PERSONALIZED HEALTHCARE UNIT IN GUARDA, PORTUGAL

ABSTRACT: Framework: Health literacy about the human immunodeficiency viruses/Acquired immunodeficiency syndrome (HIV/AIDS) can be a key tool in the disease management and, in many countries where its prevalence is high, an increase of its levels may contribute to the incident rates reduction. The evidence points out a significant incidence of HIV/AIDS among the oldest adults all around the world, with the increase in prevalence over the years. However, a lot of elderly people do not consider themselves to be at risk of contracting the disease and they perceive it as a disease of the youngest. **Objectives:** Verify which is the health literacy about HIV/AIDS level of the seniors from a personalized health care unit in the central region; Evaluate if the sociodemographic and professional variables interfere in health literacy level about HIV/AIDS of the seniors from a personalized health care unit in the central region. **Methods:** Non-experimental, cross-sectional, descriptive-correlational and quantitative study with the participation of 350 seniors, users of a personalized health care unit in the central region. **Results:** Female predominance (66,3%), with an average age of 72,17±6,31 years old. Bigger percentage of seniors with low literacy about HIV/AIDS (43,7%), 32,9% has moderate literacy, 12,0% has good literacy and 11,4% has high literacy. The age, academic qualifications and the residence area were sociodemographic and professional variables with statistically significant relevance, having found out that seniors who are ≥65 years old ($p=0,000$), with higher education ($p=0,000$) and who are urban residents ($p=0,000$) reveal more HIV/AIDS literacy. The predictor HIV/AIDS literacy variables were the age and the academic qualifications, suggesting that the younger a person is and the more education a person has received, the higher the HIV/AIDS literacy is. **Conclusion:** The results obtained indicate the need to implement health education programmes, where various concepts about HIV/AIDS transmission can be approached, the ways in which it can be transmitted as well as avoided can be clarified and which are the most common signals and symptoms. Within the scope of the intervention of the Nurse Specialist in Community Nursing, those programmes can be included in the appointments in an objective and programmed way.

KEYWORDS: Health Literacy. Human immunodeficiency viruses (HIV/AIDS). Seniors. Personalized Health Care Unit. Community and Public Health Nursing.

INTRODUÇÃO

A população mundial está em crescente envelhecimento devido ao aumento da expectativa de vida e à queda na taxa de fertilidade (Organização Mundial de Saúde, OMS, 2016). Da mesma forma, o número de pessoas que vivem com o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), com 50 ou mais anos está a aumentar consideravelmente. Algumas delas adquiriram VIH antes dos 50 anos, enquanto outras adquiriram o vírus após os 50 ou mais anos (Nasi, De Biasi, Gibellini et al., 2017; Autenrieth, Beck, Stelzle et al., 2018). Os mesmos autores referem que as evidências mostram a necessidade de se dar mais formação aos idosos sobre a síndrome da imunodeficiência adquirida (VIH/SIDA), para que estes não fiquem tão expostos e vulneráveis à doença.

A literacia em saúde tem sido especificada como um item que aumenta os anos de vida e a qualidade de vida das pessoas, o que implica que os profissionais de saúde, no caso o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, disponha de habilidades clínicas e de comunicação, bem como de um mecanismo decisório que potencie o envolvimento das pessoas no campo da saúde (Fevziye & Çetinkaya, 2016).

A literacia em saúde baseia-se em fatores sociais e culturais da sociedade e serve como mediadora entre os indivíduos e o sistema de saúde, sistema educacional e questões de saúde. Para o planeamento de atividades de promoção da saúde, a literacia em saúde é considerada uma etapa importante que abrange temas gerais que ajudam a determinar por que motivo esta é tão importante para a saúde da população, nomeadamente:

número elevado de pessoas afetadas, maus resultados em saúde, taxas crescentes de doenças crónicas, aumento dos custos dos cuidados de saúde, deficiente procura de informação em saúde e equidade (Fevziye & Çetinkaya, 2016).

Nas últimas décadas têm ocorrido mudanças significativas na prestação de cuidados de saúde. Entre elas, houve uma transformação para uma abordagem mais centrada na pessoa, exigindo parcerias efetivas entre os profissionais de saúde e a pessoa cuidada. A assistência centrada na pessoa implica que as informações e os recursos sejam adaptados ao entendimento individual no que se refere às informações sobre a saúde e a capacidade de procurar o sistema de saúde. É desejável que as pessoas tomem decisões importantes sobre a prevenção, o rastreio e tratamento de doenças com base nas informações fornecidas pelos profissionais de saúde, o que se revela um significativo desafio para os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária que devem ajudar as pessoas na tomada de decisão sobre os seus cuidados de saúde, assumindo-se especialmente importante no cenário do VIH/SIDA, com maior intervenção junto dos idosos.

Atualmente está a ser investido um esforço significativo pelos sistemas de saúde na tentativa de satisfazer os requisitos de saúde da população em geral. Embora as políticas de saúde pública devam prover condições prévias para a saúde, as pessoas também precisam de assumir um papel ativo em termos de questões específicas e decisões relativas à sua saúde. As habilidades necessárias para gerir a saúde, da melhor maneira possível, também representam a essência da literacia em saúde (Jović-Vraneć, Bjegović-Mikanović, Marinković & Kocev, 2011).

De acordo com a Direção-Geral da Saúde (2019, p. 3), “a melhoria dos níveis de Literacia em Saúde, a promoção do espírito crítico das pessoas face às suas decisões de saúde e as ferramentas disponíveis para este fim, apresentam-se como um desafio da Saúde Pública em Portugal”. O mesmo organismo refere ainda que a literacia em Saúde

implica o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde de forma a formar juízos e tomar decisões no quotidiano sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, mantendo ou melhorando a sua qualidade de vida durante todo o ciclo de vida (Direção-Geral da Saúde, 2019, p. 6).

Assim, a promoção da literacia em saúde na população idosa configura-se como uma relevante oportunidade e desafio da saúde pública.

É neste contexto que se desenvolve o presente trabalho que procura responder às seguintes questões de investigação:

- Qual o nível de literacia sobre o VIH/SIDA dos idosos de uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da região centro?
- Em que medida as variáveis sociodemográficas e profissionais (sexo, idade, estado civil, habilitações académicas, profissão e zona de residência) influenciam o nível de literacia sobre o VIH/SIDA dos idosos de uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da região centro?

Decorrente das questões, definiram-se os seguintes objetivos:

- Avaliar qual o nível de literacia em saúde acerca do VIH/SIDA dos idosos de uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da região centro;
- Verificar se as variáveis sociodemográficas e profissionais influenciam o nível de literacia em saúde acerca do VIH/SIDA dos idosos de uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da região centro.

No que se refere à estrutura deste trabalho, o mesmo encontra-se dividido em duas partes, constando, na primeira, o enquadramento teórico, no qual se apresentam os conceitos-chave que sustentam teoricamente o estudo empírico. Na segunda parte, descreve-se a metodologia da investigação, problemática, objetivos, questões de investigação e variáveis em estudo. Faz-se uma apresentação e caracterização sociodemográfica dos participantes (idosos), descreve-se o instrumento de recolha de dados, o método de análise dos dados, os aspetos éticos e legais seguidos

neste estudo. Apresentam-se os dados estatísticos decorrentes da análise descritiva e inferencial, de acordo com a percepção e resposta dos participantes.

O trabalho finaliza com uma conclusão sobre o percurso investigativo tendo como referência os objetivos e as questões de investigação previamente formulados, a partir do que se tecem as conclusões mais importantes acerca da temática em estudo, bem como se fazem algumas sugestões com implicações na prática profissional presente e futura, sobretudo ao nível da especialização em Enfermagem Comunitária. Apresentam-se também as referências bibliográficas de base à elaboração do mesmo.

CAPÍTULO 1

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1 LITERACIA EM SAÚDE

A OMS, referenciada pela Direção-Geral da Saúde (2019, p. 6), define literacia em saúde como o conjunto de “competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender e utilizar informação por forma a promover e a manter uma boa saúde”.

O conceito de literacia em saúde foi originalmente usado na década de 70 por Scott Simonds (1974) e na década de 90 o termo foi definido nos Estados Unidos da América como uma constelação de aptidões, incluindo as capacidades de leitura e escrita, bem como de matemática, que tornam possível compreender e agir perante a informação na saúde (*Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs of the American Medical Association*, 1999).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1998, na 7ª Global Conference on Health Promotion, define literacia em saúde como a capacidade cognitiva e social que determina a motivação e a habilidade dos indivíduos em compreender e usar a informação com o intuito de promover e manter uma saúde ótima. Implica o atingir de um nível de conhecimento e confiança para a tomada de decisão, tendo como objetivo a melhoria da saúde pública e individual, mudando comportamentos e estilos de vida (WHO, 2009).

Em 2012, a Organização Mundial de Saúde e o Consórcio Europeu para a Literacia em Saúde adotaram uma definição mais ampla, ou seja, incluíram os conhecimentos, as motivações e as competências para

aceder, compreender, avaliar e aplicar informações sobre saúde, um meio para permitir fazer julgamentos e tomar decisões acerca dos cuidados de saúde na vida quotidiana, bem como uma forma de prevenção da doença, promoção da saúde, manter ou melhorar a qualidade de vida durante o ciclo de vida (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2015).

A literacia em saúde é um tópico importante na saúde. Chesser, Woods, Smothers e Rogers (2016) definem literacia em saúde como o grau em que os indivíduos têm a capacidade de obter, processar e compreender informações e serviços básicos de saúde necessários para tomar decisões de saúde apropriadas. Os mesmos autores sugerem que baixos níveis de literacia em saúde são preditores de resultados de saúde diminutos. O *status* socioeconómico, a idade, a raça, a cognição e o nível de escolaridade são considerados fatores determinantes da literacia em saúde, sendo a idade um dos mais altos correlatos de baixa literacia em saúde.

Costa, Saboga-Nunes e Costa (2016), Carneiro, Silva e Jóluskin (2017) são unânimes ao referirem que a literacia em saúde se refere à consciencialização da pessoa aprendente e atuante no desenvolvimento das suas capacidades de compreensão, gestão e investimentos favoráveis à promoção de saúde. Implica que exista um bom nível de conhecimento, capacidades pessoais e confiança por forma a impulsionar a saúde pessoal e da comunidade através da alteração de estilos e condições de vida.

A literacia em saúde pode ser definida como as crenças e conhecimentos acerca dos problemas relacionados com a saúde que possibilitam o seu reconhecimento, gestão (no sentido do autocuidado) e prevenção. Trata-se de um conceito fundamental que se tem vindo a destacar nas mais diversas áreas de saber e intervenção profissional, como é exemplo a enfermagem (Jorm, 2014; Loureiro, 2015, Pedro, Amaral & Escoval, 2016). Neste ponto de vista, a literacia em saúde impõe uma intervenção holística, bem como o recurso a uma linguagem perceptível que torne acessíveis as informações a todas as pessoas, revertendo-se numa melhor capacidade para a pessoa poder lidar com a sua doença, para que consiga aceder aos serviços de saúde adequadamente e para melhor

perceber e orientar as situações da vida (Loureiro, Jorm, Mendes, Santos, Ferreira & Pedreiro, 2013).

O *Department of Health and Human Services* (HHS, 2010) define literacia em saúde como o grau em que os indivíduos têm a capacidade de obter, processar e compreender as informações básicas de saúde necessárias para tomar decisões de saúde apropriadas. Uma literacia em saúde adequada pode incluir ser capaz de ler e compreender materiais essenciais relacionados com a saúde e pode aumentar a capacidade de uma pessoa em assumir responsabilidade pela sua saúde e pela saúde dos seus familiares. No entanto, a literacia em saúde não é apenas o resultado das capacidades individuais, mas também das questões relacionadas com a literacia em saúde e complexidades do sistema de saúde. Uma organização de saúde que valoriza a literacia em saúde considera como prioritário implementar sistemas e intervenções, como recursos visuais e aconselhamento que aumentem a compreensão e, assim, promovam a segurança do doente.

Alguns estudos indicam que a baixa literacia em saúde parece ter uma prevalência maior na população idosa (Serrão, Veiga & Vieira, 2015), surgindo associada a baixo nível educacional, baixos recursos financeiros, doentes com doenças crónicas e doentes que recorrem a serviços públicos de saúde (Manafa & Wong, 2012; WHO, 2013). Foi verificado que a literacia em saúde é significativamente menor nos idosos com mais idade (Baker, Gazmararian & Patterson, 2000; Serrão et al., 2015) e menos escolaridade (Bennet, Chen, Soroui & White, 2009). Alguns estudos encontram diferenças de literacia em saúde em função do sexo, indicando uma maior literacia em saúde no sexo masculino (Jovic-Vranes, BjegovicMikanovic, & Marinkovic, 2009; Toçi, Burazeri, Sorensen, Jerliu, Ramadani, Roshi & Brand, 2013), mas outros estudos não verificaram esse mesmo efeito (Sudore, Mehta, Simonsick, Harris et al., 2006). Em relação ao estado civil, verifica-se que também influência o nível de literacia em saúde, pois, segundo Serrão et al. (2015), os indivíduos casados apresentam índices de literacia em saúde mais elevados que os viúvos. Consta-se, assim, que há um conjunto de fatores sociodemográficos que condicionam a literacia em saúde nos

idosos, pelo que compreendê-los e caracterizá-los pode ajudar a direcionar abordagens de promoção de literacia em saúde para os grupos onde esta é mais reduzida.

Em 10 de março de 2016, em Portugal, foi publicado em Diário da República o Despacho n.º 3618-A/2016, referindo que a literacia em Saúde é

(...) a capacidade para tomar decisões informadas sobre a saúde, na vida de todos os dias, e também naquilo que diz respeito ao desenvolvimento do Sistema de Saúde, na medida em que contém elementos essenciais do processo educativo e proporciona capacidades indispensáveis para o autocuidado (p. 8660-(5)).

A Direção-Geral da Saúde (2016, p. 14) recomenda a realização de ações de “promoção da literacia que foquem medidas de promoção da saúde e prevenção da doença, nomeadamente na (...) utilização dos serviços e fatores de risco”, com o intuito de promover a autonomia e responsabilização em relação à sua saúde. O atual Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016, com extensão até ao ano de 2020, segue os princípios e estratégias referidas anteriormente da Organização Mundial de Saúde, sendo um dos princípios orientadores a capacitação do indivíduo através de ações de literacia para a autonomia e responsabilização pela sua gestão de saúde, tornando-o consciente da necessidade de integrar e participar nos programas delineados para Portugal (Direção-Geral de Saúde, 2015). A Estratégia Nacional de Literacia em Saúde, para além de abranger diferentes dimensões da literacia em saúde, abarca o indivíduo e os sistemas de saúde, apresentando oportunidades estratégicas de intervenção em contextos associados com diferentes determinantes da saúde (Costa, Arriaga, Mendes, Miranda, Barbosa, Sakellarides, Peralta, Lopes, Roque & Ribeiro, 2019). Em conformidade com a Arriaga, Santos, Silva, Mata, Chaves e Freitas (2019, p.7), “as abordagens em Literacia devem contemplar as especificidades de cada estadio de desenvolvimento, sendo a Literacia em Saúde uma oportunidade de promover a saúde ao longo do ciclo de vida”.

Seguindo este princípio orientador da Direção-Geral da Saúde, através de ações preventivas e de vigilância, pode capacitar-se os

profissionais de saúde, mormente os enfermeiros, para a prevenção de acidentes e para a melhoria do seu grau de literacia em saúde. A literacia em saúde e a comunicação clara entre os profissionais de saúde e os doentes são essenciais para melhorar a saúde e a qualidade dos cuidados de saúde.

Arriaga (2019, s.p.) refere que Portugal é considerado um dos países precursores no que se refere “ao desenvolvimento de iniciativas e de ações no âmbito da promoção da Literacia em Saúde”, assumindo-se na atualidade como um exemplo internacional na área, uma vez que há a consciência de que a literacia em saúde é uma “prioridade de saúde pública e um desafio para toda a sociedade” no que concerne “à disseminação de conhecimento e utilização do mesmo”, possibilitando “melhores escolhas de saúde no dia-a-dia”. Neste âmbito, como meio de “uniformizar e organizar todas as medidas e ações relacionadas com a Literacia em Saúde foi criado o Plano de Ação de Literacia em Saúde 2019-2021”. Pretende-se, assim, dar ênfase à acuidade da “prevenção da doença e promoção da saúde versus o tratamento da doença, sendo um dos seus objetivos fomentar o desenvolvimento de estratégias de interação e de comunicação efetivas por parte dos Profissionais de Saúde, facilitando o processo de transmissão de informação” (Arriaga, 2019, s.p.).

No que se refere aos profissionais de saúde, Almeida, Sila, Rosado, Miranda et al. (2019, p. 19) mencionam que há especificidades importantes a ter em consideração, sobretudo quando a literacia em saúde é “considerada a um nível individual ou coletivo (e.g., familiar ou comunitário)”. Surgindo a literacia em saúde normalmente operacionalizada em termos individual e coletivo, ganha toda a relevância acentuar “o potencial resultante da complementaridade pessoa versus comunidade que subentende uma influência recíproca”. O foco do constructo de literacia em saúde ao nível individual, compreende: as “competências pessoais específicas; resultados comportamentais esperados a um nível individual; capacidade para tomar decisões e agir nos diferentes contextos de promoção; prestação de cuidados de prevenção de doença ou promoção da saúde”. O foco do

constructo a nível coletivo diz respeito aos “resultados esperados em relação a um grupo (e.g., familiar, comunitário ou outros)”, no que se refere “à promoção e manutenção da saúde, tanto num sentido mais geral como no contexto de uma problemática específica”. Por conseguinte, ainda em conformidade com os mesmos autores, tem de haver uma reflexão conjunta, compreendendo as várias partes interessadas na promoção da literacia em saúde como instrumento capaz de otimizar “o funcionamento dos sistemas de saúde, a qualidade de vida das pessoas”, particularmente “das pessoas com doença”, e para que toda a sociedade possa também beneficiar dessa melhoria, como um todo.

Em suma, o conceito de literacia em saúde continua a evoluir, porque compartilha pontos em comum com outros campos, como a tomada de decisão, a comunicação entre os profissionais de saúde e os utentes, a cognição e as habilitações académicas básicas. A maioria dos autores concorda que a literacia em saúde é um fenómeno complexo que envolve o acesso e o uso de informações relacionadas com a saúde para informar e melhorar a tomada de decisão, comportamentos e resultados em saúde.

Seguindo este princípio orientador da Direção-Geral da Saúde, através de ações preventivas e de vigilância, podemos capacitar os idosos nomeadamente na prevenção de doenças crónicas, fornecendo informação significativa, critica e prática, potencializando as suas competências e incentivando a mudanças de comportamentos que promovam a longevidade saudável durante o processo de envelhecimento (Silva, Silva & Cruz, 2018).

2 VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (VIH) /SIDA

O VIH, cuja denominação oficial e internacional é *Human Immunodeficiency Virus*, pertence ao grupo dos retrovírus, que medem cerca de um décimo milésimo de milímetro, têm um invólucro e contêm um ARN (Ácido Ribonucleico) que, através de uma enzima especial, é transcrito numa cópia de ADN (Ácido Desoxirribonucleico) no interior da célula. O VIH apresenta afinidade por determinadas células do sistema imunitário,

nomeadamente os linfócitos T4. A infeção por este vírus ocorre quando este entra em contacto com os linfócitos do hospedeiro (Ferreira, 2016).

A SIDA consiste numa patologia infecciosa pandémica que tem como agente etiológico o VIH, comprometendo o funcionamento do sistema imunológico, tornando mais suscetível o corpo humano a doenças oportunistas (Ribeiro & Pessanha, 2016). De acordo com os mesmos autores, esta é a fase terminal da infeção, sendo caracterizada por um longo período assintomático, com uma duração que pode variar entre meses a anos.

No que se refere à sua transmissão, o VIH é transmitido através de fluidos corporais contaminados. Para que haja infeção, o líquido contaminado de uma pessoa tem de entrar no organismo de outra. Menos recorrente, o VIH pode ser transmitido por meio do leite materno (transmissão vertical) e de transfusões sanguíneas, caso o sangue não seja cuidadosamente filtrado (Alabi, Jaffar, Ariyoshi et al., 2003).

Os fármacos disponíveis para o tratamento do VIH são os *inibidores da protéase* (PI), que atuam no último estadió da formação do VIH, impedindo a ação da enzima protéase pela célula infetada, sendo esta fundamental para a clivagem das cadeias proteicas originadas em proteínas virais estruturais e enzimas que formarão as partículas do VIH. De acordo com a OMS (2013, p. 6), existem “tratamentos mais simples, mais seguros, numa única dose diária, que são adequados ao uso da maioria das populações e grupos etários e que se tornaram economicamente mais acessíveis e mais amplamente disponíveis em países com recursos limitados”.

Em termos individuais, é frequente que as pessoas com VIH manifestem quadros de depressão pelo estigma subjacente à condição de serem seropositivos, o que afeta a deteção de novas infeções e a adesão ao tratamento. Por norma, estas pessoas percecionam igualmente uma redução da sua qualidade de vida, agravada nas pessoas em estádio de expressão sintomática. Estes indivíduos apresentam sinais de estigmatização e diminuição do bem-estar físico e mental, bem como uma diminuída perceção da sua qualidade de vida, sobretudo quando existe baixo suporte social (Gomes, 2010).

Estima-se que 26 milhões de pessoas em todo o mundo, que vivem com o VIH em países de baixo e médio desenvolvimento, sejam elegíveis para a terapia com medicamentos antirretrovirais (ARV), em comparação com o número estimado anteriormente de aproximadamente 17 milhões de pessoas elegíveis, segundo as orientações de 2010 (OMS, 2013). Em conformidade com o mesmo organismo, a

adesão e implementação total e progressiva destas orientações, entre 2013 e 2025, poderá evitar cerca de 3 milhões de mortes relacionadas com a SIDA e 3,5 milhões de novas infeções pelo VIH. Para se alcançar este benefício, será necessário um aumento do investimento total anual de cerca de 10% na resposta mundial ao VIH, até ao ano 2025 (OMS, 2013, p.9).

O Relatório anual referente à Infeção VIH/SIDA, elaborado pela Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica do Departamento de Doenças Infecciosas do referido Instituto, em colaboração com o Programa Nacional para a Infeção VIH, SIDA e Tuberculose da Direção- Geral da Saúde (Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2017) documenta os dados epidemiológicos referentes à caracterização da situação em Portugal em 2016, tendo por base o sistema de notificação de casos de infeção VIH/SIDA, uma obrigatoriedade em Portugal desde 2005. Este relatório refere que, em conformidade com as notificações recebidas até 30 de junho de 2016, foram diagnosticados 1030 novos casos de infeção por VIH em Portugal, com 99,7% de novos diagnósticos a ocorrer em indivíduos com idade ≥ 15 anos, 51,2% dos quais residentes na Área Metropolitana de Lisboa. A maior parte dos casos (71,5%) foram diagnosticados em homens, com uma idade mediana ao diagnóstico de 39,0 anos, com a maior taxa de novos diagnósticos (26,1 casos/105 habitantes) a ocorrer no grupo etário 25-29 anos, sendo Portugal o país de origem em 68,4% dos casos (Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP, 2017, p. 5).

Ainda de acordo com o mesmo relatório, à data do diagnóstico da infeção, 17,7% dos casos manifestavam patologia indicadora de SIDA e os valores das contagens iniciais de linfócitos CD4 mostraram que, em 55,0% dos novos casos, o diagnóstico foi tardio. Em 96,8% dos casos a

transmissão foi por via sexual, com 59,6% dos indivíduos a relatarem por contacto heterossexual. Os casos de homens homossexuais representam 49,9% dos casos diagnosticados no sexo masculino, com uma idade mediana de 31,0 anos. As infeções associadas ao consumo de drogas injetáveis representam 3,0% dos novos diagnósticos (Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP, 2017, p. 5).

A análise das tendências temporais e casos de infeção VIH/SIDA revela, desde 2008, uma descida consistente da taxa de novos diagnósticos, apesar de Portugal continuar a manifestar uma das taxas mais elevadas da União Europeia. As tendências recentes divulgam um aumento da proporção de casos do sexo masculino e da idade mediana ao diagnóstico, com exceção dos casos de homossexualidade, que ocorrem com maior frequência em jovens. Regista-se uma significativa percentagem de diagnósticos tardios, sobretudo em heterossexuais. Estão registados “cumulativamente 56.001 casos de infeção por VIH, dos quais 21614 casos de SIDA, em que o diagnóstico aconteceu entre 1983 e final de 2016 e 11020 óbitos em casos de infeção por VIH, ocorridos no mesmo período” (Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP, 2017, p. 5).

2.1 REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO VIH/SIDA

O conhecimento científico tem gerado informações adequadas para identificar, categorizar, combater e evidenciar as repercussões do VIH/SIDA nos seres humanos. De acordo com Natividade e Camargo (2011), as representações sociais sobre a doença proporcionam elementos de caracterização de como os grupos de pessoas pensam e agem perante o VIH/SIDA, ocupando um lugar de destaque a ciência como provedora de conhecimento neste âmbito.

As representações sociais consistem no resultado das interações e da comunicação dentro de um grupo social, sendo fenómenos específicos relacionados com um modo particular de compreender a realidade e de se comunicar com os outros (Moscovici, 2012). Uma representação é

tida como social uma vez que é partilhada por um conjunto de pessoas e produzida coletivamente, constituindo-se como o resultado da atividade cognitiva e simbólica de um grupo social. Estas guiam o modo de definir e nomear os diferentes aspetos da realidade, a maneira de interpretar esses aspetos, tomar decisões e da posição de cada pessoa perante eles (Moscovici, 2012).

A Teoria das Representações Sociais procura perceber os fenómenos psicológicos e sociais, nomeadamente os meios de comunicação social, as influências sociais e os conhecimentos socialmente elaborados e partilhados (Moscovici, 2012). De acordo com Antunes, Camargo e Bousfield (2014), esse conhecimento construído e partilhado em sociedade, denominado como senso comum, é transmitido pelas relações sociais, meios de comunicação e comunicações interpessoais, e é construído através dessas trocas, dado que a assimilação dessas informações orienta as práticas sociais.

As práticas sociais discriminatórias e o preconceito em relação às pessoas com VIH/SIDA resultam da conceção que perpetua as representações sobre a SIDA, encarada como resultado de uma transgressão das regras sociais (Antunes, Camargo & Bousfield, 2014).

No âmbito das representações sociais do VIH/SIDA, Gomes, Silva e Oliveira (2011) realizaram um estudo qualitativo descritivo, com base na Teoria das Representações Sociais, com o objetivo de descreverem o conteúdo das representações sociais acerca da SIDA pela perspetiva dos utentes seropositivos, acompanhados em regime de ambulatório, bem como analisar a interface das representações sociais da SIDA no quotidiano de pessoas que vivem com VIH, sobretudo no processo de adesão ao tratamento. A sua amostra ficou constituída por 30 pessoas seropositivas. Da análise do conteúdo das entrevistas emergiram seis categorias, que traduzem o quotidiano destas pessoas, repleto pelo estigma, preconceito, luta pela vida e pela necessidade do uso contínuo de antirretrovirais. A SIDA foi comparada a doenças crónicas, como a diabetes *mellitus*, evidenciando a tendência para a transformação da representação social da SIDA,

substituindo a ideia de morte por vida. O estudo concluiu que as pessoas com VIH estão mais otimistas devido aos tratamentos eficazes no controlo da doença.

No estudo de Antunes, Camargo e Bousfield (2014), cujo objetivo consistiu em verificar os estereótipos presentes nas representações sociais sobre a SIDA e sobre as pessoas que vivem com VIH/SIDA em 300 adolescentes, ficou demonstrado que as representações sociais sobre as pessoas que vivem com VIH/SIDA estão preenchidas de estereótipos e elementos negativos, remetendo para aspetos emocionais e atributos físicos, surgindo o elemento “preconceito” como organizador dessa representação. Os participantes responsabilizaram as pessoas com VIH/SIDA pela sua condição e rejeitaram situações em que há um contacto mais próximo com elas. A SIDA foi igualmente referenciada como uma doença que resulta em sofrimento e morte, sobrevivendo do preconceito.

Sousa, Moura, Vale, Magalhães e Moura (2019) realizaram um estudo com o objetivo de apreender as representações sociais dos idosos sobre o VIH/SIDA e compreender como estas se relacionam com a prevenção da infeção pelo VIH. Participaram no estudo 42 idosos, utentes de uma unidade de cuidados de saúde personalizados. Os dados foram recolhidos através de entrevistas semiestruturadas, dos quais emergiram seis categorias, nomeadamente: o VIH/SIDA ser um problema de jovens; melhoria da qualidade de vida de pessoas infetadas pelo VIH/SIDA; vulnerabilidade ao VIH/SIDA de mulheres heterossexuais em união estável; rede de informações sobre o VIH/SIDA; processo de criação e transformação das representações sociais e prevenção *versus* estigma. Os autores concluíram que as representações sociais que os idosos têm sobre o VIH/SIDA influenciam de forma negativa a adoção de medidas preventivas, pois o estigma está presente e o VIH/SIDA é ainda atribuído às populações jovens e a homossexuais. Os idosos atribuem a imagem de doença crónica ao VIH/SIDA, o que é explicado pelos autores com o facto de os avanços obtidos através da terapia antirretroviral, que têm feito aumentar a expectativa de vida de pessoas infetadas e promover

mudanças na percepção popular da doença, passaram a ser figurados como um processo de adoecimento crónico. Referem ainda que mesmo que os idosos atribuam uma imagem de cronicidade ao VIH/SIDA, causando uma discreta mudança representacional, “percebe-se que há resquícios da ancoragem da enfermidade em imagens construídas nas primeiras décadas da doença, com associação direta à morte” (Sousa et al., 2019, p. 1196).

É de referir que, ainda na perspetiva de Sousa et al. (2019), a rede de informações a que os idosos têm acesso tem sido maioritariamente a televisão que muitas vezes edita matérias sensacionalistas sobre o VIH/SIDA. Deste modo, o conhecimento que os idosos têm sobre o VIH/SIDA são influenciados pelos meios de comunicação social os quais podem apresentar vieses e interferir nas suas representações sociais. Por conseguinte, os autores supracitados referem que “os sentimentos negativos associados à discriminação foram robustecidos por matérias sensacionalistas que integraram a doença aos comportamentos socialmente reprováveis, causando condenação e morte social para pessoas que viviam com VIH/SIDA” (p. 1196).

2.2 ESTIGMA NA PESSOA COM VIH/SIDA

French, Greef, Watson e Doak (2015) afirmam que o estigma é referido como uma preponderante depreciação que radicaliza mudanças na forma como as pessoas se veem a elas próprias e como são vistas pelos outros. O estigma é, assim, caracterizado como uma construção social que afeta significativamente a experiência vivida de pessoas com VIH, assim como os seus companheiros, famílias e amigos.

Outros trabalhos teóricos enfatizam que indivíduos percecionam o estigma público, tendo receio da desvalorização social e discriminação associada com as características que cada um vive (Culbert, Racine & Klump, 2015).

Goffman (1988), segundo Moreira, Menezes, Andrade e Araújo (2010, p. 177), refere que os gregos da Antiguidade, que terão dado origem ao termo estigma, empregavam o termo para se referir a sinais corporais

(cortes ou queimaduras no corpo) realizados com o fim de “evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o *status* moral de quem os apresentava”, tendo-se apropriado do termo para aplicá-lo à “situação do indivíduo que está inabilitado para a aceitação social plena”. Ainda segundo os mesmos autores, Goffman (1988) conceituou o estigma como “um atributo profundamente desacreditador, que resulta numa identidade social contaminada, socialmente indesejável e em rejeição decorrente dessa identidade” (Moreira et al., 2010, p. 177). Para o autor há três tipos de estigma: “as abominações do corpo (por exemplo, as deformidades físicas), as culpas de caráter individual (como doença mental, prisão, vício, homossexualismo, etc.) e as tribais (raça, religião, etc.)” (Moreira et al., 2010, p.177).

Neste contexto, há outra palavra que deve ser referenciada: a discriminação. Esta diz respeito ao comportamento dirigido contra as pessoas visadas por questões de preconceito e pode caracterizar-se por ser direta ou indireta (Valente, 2009). A discriminação direta ocorre sempre que uma pessoa é sujeita a um tratamento menos favorável do que aquele que tenha sido ou venha a ser dado a outra pessoa em situação análoga. Existe discriminação indireta sempre que uma disposição, critério ou prática aparentemente neutra seja, suscetível de colocar pessoas numa posição de desvantagem comparativamente a outras, exceto se essa seja objetivamente justificada por um fim legítimo, ou em que os meios para o alcançar sejam adequados e necessários (Valente, 2009).

De acordo com o autor supracitado, a discriminação favorece o estigma, que consiste em características, não só físicas ou visíveis, que não estão de acordo com o quadro de expectativas sociais acerca de determinado indivíduo. Como tal, todas as sociedades definem categorias acerca dos atributos considerados naturais, normais e comuns ao ser humano. O indivíduo estigmatizado é aquele em que a identidade social real abarca um qualquer atributo, que contraria as expectativas de normalidade implementadas.

O estigma para com seropositivos é influenciado pelo contexto sociocultural em que ocorre, incluindo a natureza da epidemia. No entanto,

estudos mostram que o estigma pode ser causado por factos comuns, nomeadamente a etiologia do VIH e as suas consequências (Sweeney & Vanable, 2016). O estigma relacionado com o VIH/SIDA torna-se numa situação complexa por se associar a comportamentos marginalizados, como o consumo de drogas injetáveis, homossexualidade e relações sexuais promíscuas.

O próprio processo de estigma abrange fatores precipitantes, comportamentos estigmatizantes, tipos e resultados do estigma. O processo de estigma pode ser desencadeado por uma variedade de fatores, sendo a divulgação do diagnóstico de VIH um exemplo. Os tipos de estigma identificados no modelo conceitual compreendem o estigma recebido, o estigma interno e o estigma associado. Os resultados do estigma são sobretudo de natureza negativa e estabelecem o último aspeto discutido no modelo (French, Greeff, Watson & Doak, 2015).

A estigmatização distingue-se por traços cognitivo-comportamentais que incluem os estereótipos, enquanto crenças negativas sobre a pessoa e a sua situação e os preconceitos, que traduzem reações emocionais face ao estereótipo, ou seja, é derivada de crenças culturais e do modo como cada um as interioriza e reage a estas. Os estereótipos negativos podem ser relacionados com a personalidade, o estado mental da pessoa, o estatuto social, características físicas, entre outros. Estes resultam em reações/attitudes emocionais, também negativas, como o medo, repugnância, pena e raiva. Podem ainda suceder-se comportamentos discriminatórios como a seleção, evitamento, desconsideração de necessidade e direitos. A vida da pessoa vítima do estigma fica restringida, pois há um obstáculo aos seus direitos e vivência da vida social (Barrantes, Violante, Graça & Amorim, 2017).

Sweeney e Vanable (2016) fazem a mesma divisão do estigma que French et al. (2015) denominando-os de estigma esperado, próprio e vivido. Estes conceitos encontram-se relacionados, mas cada um constitui-se como um construto próprio.

O estigma esperado (EE) relaciona-se com o grau em que o indivíduo acredita que os outros irão discriminar e prejudicar o próprio pela sua

situação, quando esta é descoberta. O centro do estigma esperado é o medo de ser marginalizado e não o ato de sofrer a discriminação em si. Este depende da própria percepção da sociedade, dos seus estereótipos, da crença nas atitudes e opiniões dos outros em relação a um certo assunto (Sweeney & Venable, 2016).

O estigma próprio (EP), também designado “autoestigma”, é a aceitação ou concordância com os estereótipos negativos existentes em relação à sua própria identidade, ou seja, é considerar que os conceitos depreciativos existentes se aplicam a si mesmo. Mesmo que a pessoa não receie ser discriminada pelos outros (estigma esperado), pode interiorizar os estereótipos associados à sua situação apenas por viver numa sociedade que a oprime, desvalorizando-se a si mesma. Relativamente ao estigma esperado (EE), que não pressupõe que a pessoa acredite na representação social da sua identidade, este está mais associado a baixa autoestima e baixa autoeficácia. No entanto, o EE é um preditor de *distress* psicológico maior que o EP (Barrantes et. al., 2017). O estigma vivido (EV) refere-se às situações reais de discriminação e prejuízo já experienciadas pela pessoa na sua vida (Sweeney & Venable, 2016).

Carvalho e Paes (2011) realizaram um estudo com a finalidade de investigarem a influência do estigma social na manutenção da saúde de pessoas com VIH/SIDA. Mais especificamente, as autoras procuraram identificar a influência do estigma social dos portadores de VIH/SIDA e descrever as reações face ao diagnóstico e às transformações no estilo de vida dessas pessoas. O estudo documenta a existência de uma correlação entre a saúde dos portadores de VIH/SIDA e a estigmatização social sofrida. Ainda em conformidade com as autoras citadas, a estigmatização social resulta, entre vários aspetos, em impacto na saúde física e mental dos doentes, na medida em que o *stress* tende a limitar a sua imunidade, tornando-os mais sujeitos à infeção pelo vírus e ao aparecimento de doenças oportunistas (Carvalho & Paes, 2011).

Vários estudos indicam que, devido ao estigma, as pessoas põem a sua saúde em risco, visando dissociarem-se de uma condição

estigmatizada, especificamente quando adiam ou recusam o diagnóstico ou tratamento do VIH (Sweeney & Venable, 2016). Adolescentes e jovens adultos tendem a adiar a realização de testes de VIH por antecipação da rejeição face a um diagnóstico positivo (Barrantes et. al., 2017). Segundo os mesmos autores, este espectro de idades, sendo mais suscetível à opinião pública, é mais afetado pelo estigma associado ao VIH/SIDA e, deste modo, mais influenciado a evitar a realidade do diagnóstico.

O estigma é um fator conhecido de *stress* que, por sua vez, influencia o bem-estar pessoal, estando associado a problemas psicológicos e doenças mentais, tal como baixa autoestima, ansiedade e depressão. Compreender como este aumenta as taxas de depressão e ansiedade é um passo essencial na luta pela redução do estigma e no tratamento em termos de saúde mental (Barrantes et. al., 2017).

Neste âmbito, salienta-se que, no contexto da infeção pelo VIH, a depressão é a perturbação psiquiátrica mais estudada. As pessoas infetadas, para além da incapacidade que se vai instalando progressivamente, são ainda confrontadas com o estigma social que rodeia a doença, falta de apoio social e isolamento (Fernandes, 2010). Para a mesma autora, assume igualmente muita relevância considerar-se que a depressão pode influenciar a progressão da infeção, sendo a maior preocupação de vários investigadores a baixa adesão ao tratamento antirretroviral dos doentes.

São muitas as características próprias desta infeção que a tornam única: “o aumento cada vez mais crescente do tempo médio de vida, com uma evolução clínica com grande variabilidade, associada à incerteza do contágio, ao duplo padrão de infetado e infetante e à alta comorbilidade” (Fernandes, 2010, p.8). Por conseguinte, os doentes com VIH/SIDA manifestam um risco aumentado de desenvolver doenças psiquiátricas, entre as quais a depressão.

As doenças psiquiátricas relacionadas com a infeção pelo VIH não abarcam somente as causadas diretamente pelo vírus, mas a patologia prévia que agrava o tratamento e a prevenção da infeção. “As infeções oportunistas, as mudanças metabólicas ou as doenças malignas

associadas a este diagnóstico e os efeitos secundários da medicação antirretroviral têm consequências neurológicas e psiquiátricas relevantes” (Fernandes, 2010, p. 8).

A infecção pelo VIH/SIDA e as desordens psiquiátricas apresentam uma complexa relação, o que tem suscitado especial atenção por parte dos investigadores, nos últimos anos, considerando o seu impacto na vida pessoal, sexual, social e ocupacional das pessoas infetadas (Reis, Haas, Santos, Teles, Galvão & Gir, 2011). Dos diversos transtornos psiquiátricos, mais identificados em pessoas com VIH/SIDA, a depressão é a mais prevalente. Para além da depressão, tem sido observado que determinados acontecimentos de vida stressantes se associam ao aumento da progressão da infecção pelo VIH/SIDA, fazendo aumentar entre três a cinco vezes o risco para o desenvolvimento de depressão (Mello & Malbergier, 2006).

O estigma é um fenómeno social prejudicial. No caso de pessoas portadoras de VIH/SIDA, o estigma tem efeitos negativos sobre os resultados na saúde, incluindo a fraca adesão à terapêutica, maior depressão e qualidade de vida global mais baixa. O estigma relacionado com o VIH/SIDA faz com que as pessoas infetadas percam o seu valor social.

2.3 LITERACIA NO ÂMBITO DO VIH/SIDA

A adequada literacia em saúde pode ser um pré-requisito essencial para melhorar a forma como se encaram as pessoas infetadas pelo VIH. Alguns estudos mostraram que pessoas com baixa literacia em saúde têm menor conhecimento relacionado com o VIH/SIDA (Paasche- Orlow, Cheng, Palepu et al., 2006).

Um estudo de Alubo, Zwandor, Jolayemi e Omudu (2010), numa área de elevada prevalência de VIH/SIDA na Nigéria, revela que há um nível de estigmatização muito alto e pouca aceitação das pessoas infetadas, o que resulta do baixo nível de literacia em saúde, levando as pessoas a ter medo de contrair a doença. A falta de conhecimento sobre a transmissão do VIH/SIDA e das formas de tratamento justificam a estigmatização em relação às pessoas afetadas pela doença.

Devido aos baixos níveis de literacia em saúde e aos comportamentos de risco associados à transmissão do VIH/SIDA, existem vários equívocos e mitos atribuídos às crenças e práticas culturais convencionais. A estigmatização relacionada com o VIH/SIDA destaca não apenas lacunas no conhecimento geral sobre a doença, mas também atitudes negativas e inaceitáveis em relação às pessoas que estão infetadas. Tais comportamentos discriminatórios inibem as pessoas de ter acesso às opções disponíveis de prevenção e tratamento, devido ao aumento do medo de serem estigmatizadas (Ekstrand, Bharat, Ramakrishna & Heylen, 2012). A literatura revela que o conhecimento impreciso sobre a transmissão do VIH/SIDA contribui para as atitudes estigmatizantes e negativas da população em geral face à pessoa com a doença, limitando assim o apoio social e o acesso aos serviços de saúde (Hazarika, 2010; Khan, Bilal & Siddiqui, 2017).

Gimeniz, Elucir, Teles, Holanda e Karina (2013) realizaram um estudo com o propósito de analisar os níveis de ansiedade e depressão e a adesão aos antirretrovirais em pessoas infetadas com VIH. Os resultados apontaram, assim, uma possível associação entre a ansiedade e depressão e a adesão aos antirretrovirais. A maioria dos indivíduos com VIH/SIDA com adesão adequada não apresentaram sintomatologia depressiva, sugerindo que presumivelmente os transtornos de humor afetam a adesão adequada dos antirretrovirais (Gimeniz et al., 2013).

Alwaf, Meer, Shabkah, Mehdawi, El-haddad, Bahabri e Almoallim (2018) realizaram uma investigação que incluiu 3841 participantes durante uma série de campanhas públicas de consciencialização sobre VIH/SIDA, que decorreram de 2013 a 2015 em Jeddah, na Arábia Saudita. Os participantes preencheram um questionário incluindo dados sociodemográficos e perguntas sobre os conhecimentos e as atitudes em relação ao VIH/SIDA. A pontuação média do conhecimento foi de 5,2 dos 9 pontos possíveis. Os inquiridos na faixa etária dos 50-75 anos, com menos habilitações literárias e que não conheciam ninguém infetado pelo VIH/SIDA foram os que revelaram pontuações mais baixas,

sugerindo menos conhecimentos acerca do VIH/SIDA. No geral, a atitude em relação às pessoas que vivem com esta doença foi negativa, mais de 40% dos inquiridos sugeriu que as pessoas com VIH/SIDA deveriam ser isoladas e menos de 20% apoiariam o casamento com uma pessoa infetada. Os autores concluíram que foram identificadas lacunas ao nível do conhecimento sobre a doença e as atitudes negativas do público em geral em relação às pessoas que vivem com VIH/SIDA, sugerindo baixo nível de literacia em saúde.

Nardelli, Gaudenci, Silveira, Garcia, Malaquias e Santos, (2019) realizaram um estudo transversal, descritivo e analítico no qual avaliaram o conhecimento sobre VIH/SIDA em idosos utentes de uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados. A amostra era constituída por 238 participantes, cerca de 30% dos participantes tinham vida sexual ativa e 5,5% usavam preservativo. A pergunta com a pontuação mais alta de respostas corretas foi sobre a transmissão do VIH/SIDA através de agulhas (95%) e a mais baixa (52,5%) foi sobre se as pessoas infetadas pelo vírus apresentavam sempre sintomas. Os autores referem que é importante mencionar que há uma diferença entre o “Ouvir sobre” o VIH/SIDA e ter conhecimentos concretos sobre a doença. Neste sentido, o facto de a maioria dos idosos “terem ouvido falar” da doença não garante que eles tenham conhecimento ou informações sobre o assunto e, portanto, também dificulta conhecerem-se como pessoas vulneráveis que podem ser infetadas pelo vírus.

Os baixos níveis de literacia em relação ao VIH/SIDA na população idosa torna-a mais vulnerável à própria doença. A participação de pessoas idosas, familiares e comunidade nas ações de educação para a saúde pode ser um método efetivo, possibilitando a partilha de informações e a concretização de práticas favoráveis à saúde e ao bem-estar. Quando desenvolvidas de forma construtiva, com a participação conjunta das pessoas envolvidas, as ações de educação para a saúde podem resultar na autonomia, em práticas de autocuidado e, sobretudo, na promoção da saúde (Gautério, Vidal, Barlem & Santos, 2013).

Bastos, Tolentino, Frota, Tomaz, Fialho, Batista, Teixeira e Barbosa (2018) avaliaram o conhecimento de idosos acerca da sífilis e do VIH/SIDA antes e após a realização de ações educativas. Foram selecionados 55 idosos que participaram num grupo de conveniência no território dos Terrenos Novos, em Sobral. A recolha de dados foi realizada com recurso a um questionário semiestruturado sobre o VIH/SIDA e a sífilis, incluindo as características sociodemográficas e informações acerca dos conceitos, transmissão, prevenção, vulnerabilidade e tratamento. O questionário foi aplicado antes e após a realização de ações educativas sobre o VIH/SIDA e a sífilis. Os resultados revelam que 96,4% dos idosos tinham conhecimento sobre o VIH/SIDA e 67,3% desconheciam a sífilis; 38,1% acreditavam que um beijo na boca era um meio de transmissão do vírus, tendo 78,1% referido que a picada de mosquito também era um meio de transmissão. Quanto ao tratamento, ainda que a maioria dos idosos tenha respondido corretamente que o VIH/SIDA não tem cura, outra parcela significativa relatou não ter conhecimentos sobre o tratamento através de medicamentos que atuam tornando mais lenta a progressão da doença e melhorando a qualidade de vida de pessoas que vivem com o VIH/SIDA. Em relação à prevenção do VIH/SIDA, os idosos, tanto antes quanto após as sessões de educação para a saúde, indicaram que as relações sexuais desprotegidas, como principal meio de transmissão. Entretanto, a maioria afirmou que não usava preservativo. Os autores justificam estes resultados com o facto de a maioria dos inquiridos serem mulheres que se encontravam em fase de pós-menopausa e, portanto, sem risco de engravidar, revelando a associação errónea do uso de preservativos com única finalidade de contraceção. Por outro lado, a resposta de não uso de preservativos pode refletir o facto de que apenas 29,69% dos inquiridos referiram ter uma vida sexual ativa e possuírem parceiro fixo e estável, facto que proporciona uma falsa “sensação de proteção”. O não uso de preservativo pelos homens deve-se ao facto destes acreditarem que diminuiu o prazer e prejudica a ereção. Foi ainda referido, por parte de alguns homens, não considerarem legítimo que as esposas solicitem o uso de preservativo para prevenção do VIH/

SIDA, pois deveriam confiar nos maridos. Após as sessões de educação para a saúde os índices de conhecimento sobre o VIH/SIDA alteraram positivamente. A análise dos dados revelou lacunas no conhecimento deste grupo quanto ao conceito, transmissão e tratamento do VIH/SIDA. Como tal, as intervenções educativas mostraram-se eficazes para a assimilação de conhecimentos, com considerável aumento de literacia em saúde. De igual modo, no estudo de Albuquerque, Leal, Oliveira e Marino (2012), observou-se menor conhecimento dos idosos sobre o VIH/SIDA, quando comparados com os jovens, deixando transparecer o conceito da enfermidade, transmissibilidade, condutas preventivas, diagnóstico e tratamento, pois ofereceram maior número de respostas insatisfatórias.

O estudo transversal de Ama, Shaibu e Burnette (2016) objetivou avaliar o conhecimento de 609 idosos do Botsuana sobre o VIH/SIDA e práticas sexuais, tendo registado que, embora o conhecimento sobre o VIH/SIDA fosse alto (95,7%), os idosos revelaram falta de conhecimento sobre o facto de o VIH poder ser contraído pela transfusão de sangue, transmissão de mãe para filho ou por partilha de agulhas ou seringas entre os toxicodependentes. Apenas 72% dos homens e 23,2% das mulheres revelaram saber que ter menos parceiros sexuais e usar preservativo pode minimizar os riscos de infeção pelo VIH. A idade, o estado civil e a situação profissional foram variáveis preditoras do conhecimento sobre a transmissão do VIH ($p < 0,05$), enquanto a variável sexo previu significativamente o conhecimento acerca dos métodos de prevenção e controlo da doença. Quanto mais idade, maior o conhecimento acerca dos métodos de transmissão do VIH. Os inquiridos com idade entre 60-69 anos foram 1,34 vezes mais propensos a conhecer os métodos de transmissão, enquanto os que se situavam na faixa etária dos 70-79 e ≥ 80 anos tiveram, respetivamente, 6,8 e 9,9 vezes de mais hipótese de conhecerem os métodos de transmissão. Os idosos desempregados tiveram 1,84 vezes mais chances de conhecer os métodos de transmissão do VIH. O nível de escolaridade não foi uma variável preditora significativa de conhecimento ($p > 0,05$). Assim, os autores verificaram que os idosos mais velhos com

escolaridade equivalente ao 1.º ciclo do ensino básico revelaram ter tantos conhecimentos acerca dos métodos de transmissão do VIH como aqueles que não tinham escolaridade. Constataram que quanto maior a escolaridade, menor o nível de conhecimento acerca dos métodos de transmissão do vírus. Os idosos casados tiveram 1,25 vezes mais chances de conhecer os métodos de transmissão do VIH do que os solteiros. O rendimento familiar mensal também não se assumiu como variável preditora do conhecimento sobre os métodos de transmissão. As mulheres revelaram mais conhecimento sobre os métodos de transmissão do que os homens.

2.4 PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA PROMOÇÃO DA LITERACIA SOBRE O VIH/SIDA

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, da Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro especialista é “aquele a quem se reconhece a competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (p. 4744). A excelência do exercício profissional em Enfermagem impõe aos enfermeiros uma procura constante do desenvolvimento de habilidades científicas, técnicas, ético-deontológicas e relacionais para uma assistência às populações de elevada qualidade, o que exige uma atualização e desenvolvimento de competências que se pretende que sejam especializadas.

Atingir a excelência na assistência da Enfermagem apresenta-se como um caminho decisivo e inevitável, caminho este que sinaliza a constante preocupação dos enfermeiros na busca do aperfeiçoamento, do conhecimento científico e da atuação profissional que maximize todos os recursos disponíveis no âmbito da prestação de cuidados. Procura-se também alavancar a qualidade nos serviços prestados e o grau de satisfação do doente, família, cuidador informal ou pessoa de referência, sem perder de vista o impacto final na(s) sua(s) saúde(s). O enfermeiro precisa de ter consciência de que as necessidades dos doentes mudaram, acompanhando uma série de alterações na vida quotidiana e no meio

ambiente, bem como as contribuições advindas das várias ciências. A formação, por si só, tem por função aumentar essa mesma consciência e favorecer a aquisição de conhecimentos e competências imprescindíveis ao profissional de saúde para que, efetivamente, atue como formador de opinião e como agente transformador da sua prática e do contexto em que se encontra inserido (Alarcão & Rua, 2005).

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública são:

a) Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades; c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde. d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico” (Despacho n.º 6860/2018, 16 de julho de 2018, p. 19354).

Como tal, é imperativo que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária seja promotor de literacia em saúde na sociedade, assumindo um papel ativo na pesquisa, informação e promoção de educação para a saúde junto da comunidade. Os enfermeiros têm uma obrigação ética e profissional de comunicar de maneira clara e objetiva, atendendo às necessidades de informação exclusiva de cada utente. Neste sentido devem ser incorporadas, no plano de cuidados de cada utente, estratégias baseadas em evidências que promovam a literacia em saúde, enquanto requisito a ter em conta na prática profissional de enfermagem. O objetivo de todas as interações com os utentes/comunidade deve ser o de capacitar, ou seja, levar as pessoas a obterem conhecimento em saúde, entenderem e agirem com base nas informações necessárias para alcançarem uma saúde ideal (Speros, 2011).

Para possuir literacia em saúde, as pessoas necessitam de ser capazes de aceder a informações, processá-las de maneira a alcançar um pleno entendimento de como agir em relação a si próprias e em relação aos

outros (Donovan-Kicken et al., 2012). Atualmente tem-se vindo a assumir que a literacia em saúde é um determinante significativo de importantes resultados para a saúde, onde o enfermeiro tem um relevante papel a desempenhar (Clendon, 2012). Neste sentido, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária pode contribuir para um aumento de literacia em saúde junto das comunidades através de sessões de educação para a saúde.

O estigma e a discriminação continuam a ser uma realidade na vida das pessoas afetadas pelo VIH/SIDA e provam ser uma das maiores barreiras para recuperar um estilo de vida e saúde normais. Os avanços da pesquisa definem o estigma, avaliam as suas implicações e examinam as estratégias de intervenção para lidar com o mesmo. O estigma é um potencial fator de risco clínico, uma vez que atrasa a procura de tratamento, piora desenvolvimento e os resultados da doença, reduz a adesão terapêutica, causando maior incapacidade, discriminação e isolamento, mesmo em pessoas que recorrem aos serviços de saúde. Por conseguinte, são necessários novos e inovadores programas anti-estigmatização, orientados pelos enfermeiros, a fim de se operar uma mudança nas mentalidades, anulando os potenciais riscos e para que a comunidade em geral possa encarar de forma diferente a pessoa com VIH/SIDA (McCall & Wilson, 2015).

A saúde e a doença são parte integrante do ser humano e o modo como têm sido conceptualizadas tem evoluído com a própria evolução do Homem, com reflexos diretos do contexto histórico, sociocultural e dos avanços da ciência. O VIH/SIDA está associado a mitos e equívocos que levam à formação de atitudes negativas em relação às pessoas afetadas pelo vírus por parte da comunidade. Resulta também em estigmatização, discriminação e impede que as pessoas afetadas procurem um comportamento de saúde adequado, o que requer uma intervenção por parte dos enfermeiros, dotando a comunidade de literacia em saúde (Zukoski, Thorburn & Stroud, 2011).

Todos os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, devem, através de uma avaliação de funcionalidades, detetar situações de risco;

capacitar a pessoa idosa em conhecimentos em saúde; orientar para o desenvolvimento de habilidades de compreensão de informação sobre o processo saúde/doença (Silva et al., 2018). Os enfermeiros, fazendo parte integrante do conjunto de profissionais de saúde com privilégio de proximidade e que integram equipas multidisciplinares inseridas nas organizações de saúde, apoiam a comunidade, estabelecendo com as pessoas, no caso com os idosos, uma relação privilegiada, apelando à participação ativa destes na implementação de políticas saudáveis e na prevenção de problemas de saúde; disponibilizando informação baseada na evidência científica de forma clara, simples e compreensível; fazendo o acompanhamento e reconhecendo as características e necessidades singulares de cada pessoa, potenciando, assim, a literacia em saúde e a sua qualidade de vida (Serrão et al., 2015).

A literacia é um fator precursor da saúde e da conquista de uma cultura de saúde (Barton, Allen, Boyle, Loan, Stichler & Parnell, 2018). O empoderamento das pessoas idosas sobre o VIH/SIDA deve fazer parte da intervenção do enfermeiro de saúde comunitária (Brega, Barnard, Mabachi, Weiss, DeWalt, Brach & West 2015). As precauções universais de literacia em saúde são etapas sugeridas que podem ser implementadas pelos enfermeiros para que os idosos possam entender as informações de saúde e ter acesso aos serviços de saúde, aumentando o seu nível de compreensão e fornecendo suporte para uma melhor perceção do VIH/SIDA e da promoção da pessoa infetada.

Assim, é fundamental que os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária forneçam informações precisas sobre o VIH/SIDA a toda a população, no caso particular às pessoas idosas, ajudando-as a perceber as alterações emocionais, familiares, profissionais e sociais vivenciadas pelas pessoas infetadas, tendo em conta que, tal como já referenciado anteriormente, as pessoas com VIH/SIDA têm vivências muito complexas, onde a depressão e o estigma são pontos fulcrais a serem avaliados, quer com os próprios doentes, quer com as pessoas para si significativas e com a sociedade em geral. Deve dar-se maior relevo

à informação, como um elemento facilitador da compreensão de toda a envolvente do VIH/SIDA, de modo que os idosos apresentem níveis de literacia em saúde adequados, refletindo hábitos e estilos de vida saudáveis, para maiores ganhos em saúde.

CAPÍTULO 2

ESTUDO EMPÍRICO-METODOLOGIA

Nos últimos anos tem-se assistido quer ao nível da investigação em Enfermagem, quer noutras áreas, “a um apelo para a inadiável necessidade de aplicar diferentes modelos de abordagem da realidade, ou novos modos de fazer investigação” (Loureiro, 2006, p. 22). De acordo com o mesmo autor, esta evocação resulta dos debates acerca dos limites, adequabilidade e potencialidades de cada modo de encarar a realidade, no caso concreto sob o ponto de vista quantitativo.

A investigação em ciências de enfermagem compreende o estudo sistemático de fenómenos presentes no domínio dos cuidados de enfermagem, resultando, assim, na descoberta e no desenvolvimento de saberes próprios da disciplina (Polit, Beck & Hungler, 2004).

A segunda parte deste trabalho refere-se à investigação empírica que se inicia com as considerações metodológicas. Deste modo, definem-se os procedimentos metodológicos que procuraram dar resposta à questão de investigação. Passa-se a descrever e a explicar o tipo de investigação, as variáveis, as questões de investigação e objetivos, a população e amostra, o instrumento de recolha de dados utilizado, os procedimentos formais e éticos efetuados, bem como o respetivo tratamento estatístico que permitiu estudar a problemática em estudo.

1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo é não-experimental, de natureza quantitativa, transversal e de carácter descritivo-correlacional. O recurso a este

desenho de estudo deve-se ao facto de os dados facultarem realidades objetivas quanto às variáveis em estudo, suscetíveis de serem conhecidas. “Este tipo de estudo visa analisar a incidência, distribuição e relações entre variáveis que são estudadas como estas ocorrem, sem manipulação” (Coutinho, 2021, p. 277).

Assim, assumiu-se desenvolver um estudo descritivo uma vez que se pretende descobrir a incidência e a distribuição de determinados traços ou atributos de uma determinada população (Coutinho, 2021). O presente estudo pode ser caracterizado como tal, porquanto se pretende estudar a distribuição de uma variável numa amostra representativa de idosos, utentes de uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da região centro. Quanto ao período de seguimento, é um estudo transversal, pelo facto de a causa e o efeito estarem a ocorrer simultaneamente, isto é, capta a realidade num só momento no tempo, numa amostra, não existindo, portanto, período de seguimento dos indivíduos (Coutinho, 2021).

2 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

De acordo com Freixo (2011), a definição das questões de investigação é, presumivelmente, o passo mais importante a ser considerado num estudo de pesquisa, já que a forma de uma questão fornece um indício importante para traçar a estratégia de pesquisa que será adotada. Para o mesmo autor, o problema de investigação pode ser formulado através de questões que deverão ser delimitadas a uma dimensão viável, claras e precisas, assumindo-se como a fase que deve potenciar o conhecimento do fenómeno em estudo, de uma forma significativa.

Neste sentido, formularam-se as seguintes questões de investigação:

- Qual o nível de literacia sobre o VIH/SIDA dos idosos de uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da região centro?
- Em que medida as variáveis sociodemográficas e profissionais (sexo, idade, estado civil, habilitações académicas, profissão

e zona de residência) influenciam o nível de literacia sobre o VIH/SIDA dos idosos de uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da região centro?

3 OBJETIVOS

Após terem sido elaboradas as questões de investigação, foi necessário definir objetivos que estivessem de acordo com as mesmas, pois são os mesmos que delimitam o alcance do estudo e indicam os aspetos que se pretendem analisar. A definição dos objetivos de uma investigação permite determinar o que se pretende alcançar com o processo de estudo. Por conseguinte, os objetivos podem ser gerais ou específicos, referindo-se os primeiros ao horizonte de trabalho, sintetizando a questão central de investigação e os segundos constituem-se como linhas orientadoras que mostram o caminho para alcançar a problemática da investigação, respetivamente (Pocinho, 2012). Neste sentido, formulam-se os seguintes objetivos:

- Avaliar o nível de literacia em saúde acerca do VIH/SIDA dos idosos de uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da região centro;
- Verificar se as variáveis sociodemográficas e profissionais influenciam o nível de literacia em saúde acerca do VIH/SIDA dos idosos de uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da região centro.

4 VARIÁVEIS EM ESTUDO

À luz do conhecimento científico, a identificação das variáveis consiste numa fase fundamental em qualquer trabalho de investigação. Como refere Vilelas (2009, p.83), “as variáveis são qualidades, propriedades ou características de objetos ou pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação”.

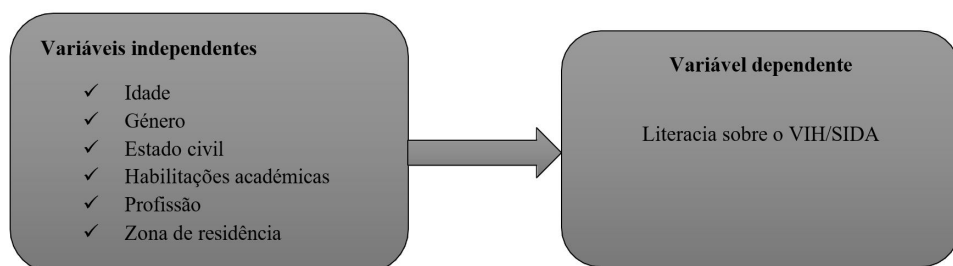
Uma variável pode ser definida como “qualquer característica da realidade que pode tomar dois ou mais valores mutuamente exclusivos. Refere-se ainda a qualquer característica que numa experiência é manipulada, medida ou controlada” (Freixo, 2011, p. 174). Segundo o mesmo autor, para operacionalizar variáveis é necessário um trabalho de construção e seleção, tornando-as compreensíveis e operacionais.

Assim as variáveis em estudo são:

- Variável dependente: Literacia sobre o VIH/SIDA;
- Variáveis independentes: sexo, idade, estado civil, habilitações académicas, profissão e zona de residência.

A Figura 1 expõe esquematicamente a relação entre as variáveis independentes e a variável dependente.

Figura 1 - Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação empírica.



5 OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

De seguida apresenta-se a operacionalização e categorização das variáveis em estudo (cf. Tabela 1).

Tabela 1. Operacionalização e categorização das variáveis.

Variáveis	Operacionalização	Nível de Mensuração	Categorização
Variáveis Sociodemográficas	Idade	Intervalo de tempo que decorre entre a data do nascimento (dia, mês e ano) e as 0 horas da data de referência. A idade é expressa em anos completos (INE, 2018).	Rácio 65 anos 66-75 anos 76-85 anos >85 anos
	Sexo	Número dos efetivos populacionais do sexo masculino e os do sexo feminino (INE, 2018).	Nominal Feminino Masculino
	Estado civil	Situação jurídica da pessoa composta pelo conjunto das qualidades definidoras do seu estado pessoal face às relações familiares, que constam obrigatoriamente do registo civil. Compreende as seguintes situações: a) Solteiro; b) Casado; c) Viúvo; d) Divorciado (INE, 2018).	Nominal Solteiro Casado / União de facto Divorciado/ Separado Viúvo
	Habilitações académicas	Curso ou ciclo de estudos concluído por um indivíduo num estabelecimento de ensino nacional ou estrangeiro e comprovado por diploma ou certificado (INE, 2018).	Ordinal Não sabe ler/escrever 1.º Ciclo do ensino Básico 2.º Ciclo do ensino Básico 3.º Ciclo do ensino Básico Ensino secundário Ensino superior
	Zona de residência	Local onde a pessoa viveu a maior parte do ano precedente (doze meses) no seu alojamento habitual, normalmente em comunhão com a sua família direta e onde possui a totalidade ou a maior parte dos seus haveres. Este local pode ser em zona rural e zona urbana (INE, 2018).	Nominal Rural Urbana
Profissão	Ofício ou modalidade de trabalho, remunerado ou não, a que corresponde um determinado título ou designação profissional, constituído por um conjunto de tarefas que concorrem para a mesma finalidade e que pressupõem conhecimentos semelhantes (INE, 2018).	Nominal Ativo Não ativo	

6 POPULAÇÃO/AMOSTRA

Para este estudo recorreu-se a uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por idosos utentes de uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da região centro. Tendo em conta o efetivo da população, para um nível de confiança de 95%, o erro cometido situa-se acima dos 5.0%, obtendo-se uma amostra de 364 idosos (Apêndice I). No entanto, há a salvaguardar que dos 364 inquéritos aplicados, 14 foram anulados por estarem mal preenchidos, ficando a amostra final constituída por 350 idosos. Como critérios de inclusão delinearam-se os seguintes: idade superior a 65 anos, saber ler e escrever; o utente apresentar aptidões cognitivas para o preenchimento do questionário. Importa referir que, no momento da receção, os utentes foram convidados a dirigirem-se para um gabinete específico para elaborar o preenchimento do questionário, sendo-lhes questionado oralmente se sofriam de alguma patologia tipo demência ou similares.

7 INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Como método de recolha de dados optou-se por construir um protocolo de avaliação (Apêndice II), na medida em que se revelou o método mais adequado para obter informação junto dos idosos com a maior celeridade e com o mínimo de interferência e influência externa. Assim, o mesmo integra, na secção I, um questionário *ad hoc* (elaborado para o efeito), que permite a caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes, apresentando 6 questões concernentes à idade, género, estado civil, habilitações académicas, profissão e zona de residência. A secção II integra uma escala que foi elaborada pelos investigadores, de modo a avaliar a literacia sobre o VIH/SIDA. Importa referir que se procedeu à pesquisa de instrumentos que pudessem ir ao encontro dos objetivos do estudo, no entanto, deparou-se com algumas dificuldades em seleccionar uma escala aplicada a idosos que avaliasse o que se pretendia. Na literatura existem várias escalas passíveis de serem aplicadas às pessoas infetadas

pelo VIH/SIDA, mas que não avaliam a literacia em saúde sobre o VIH/SIDA na população idosa. Assim, tendo por base a pesquisa bibliográfica sobre estudos realizados nesta área e centrando-nos nas questões e objetivos da investigação, foi elaborada uma escala, que se denominou Escala de Literacia sobre o VIH/SIDA, constituída por 42 itens, com duas opções de resposta adaptadas no formato de escala tipo *Lickert* (pontuação de 1 – falsa; 2 - verdadeira) e que possibilitasse identificar o nível de literacia dos idosos sobre o VIH/SIDA. Assim, no conjunto de 42 itens: 27 são falsas (itens 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 17, 19, 20, 21, 24, 25, 26, 28, 29, 33, 36, 37, 38, 39, 40 e 41) e 15 verdadeiras (itens 4, 8, 11, 15, 16, 18, 22, 23, 27, 30, 31, 32, 34, 35 e 42). O *score* total foi obtido pela soma da pontuação em todos os itens, ou seja, que varia entre 42 e 84, onde os maiores valores indicam um nível mais elevado de literacia sobre o VIH/SIDA. Esta secção contém ainda 5 questões que permitem recolher informações sobre o conhecimento que os idosos têm sobre: quais as populações de maior risco de contrair VIH (questão fechada com 8 opções de resposta); conhecimento do teste rápido para VIH (questão fechada, dicotómica “Sim/Não”); se os idosos já realizaram alguma vez o teste (questão fechada dicotómica Sim/Não e 2 itens de resposta aberta relativos ao número de vezes que fez o teste e há quanto tempo); se têm facilidade de acesso a informação sobre VIH/SIDA (questão fechada, dicotómica “Sim/Não”) e, em caso afirmativo, em que fontes (questão fechada com 5 opções de resposta, tais como, internet, revistas, figuras, panfletos, médico(a) e enfermeiro(a)).

Estudo psicométrico da Escala de Literacia sobre o VIH/SIDA

Dado que esta escala foi criada para esta investigação, foi necessário proceder ao estudo das suas propriedades psicométricas, nomeadamente da sua validade e fiabilidade, características essenciais para garantir a qualidade informativa dos dados (Coutinho, 2014).

A fiabilidade ou fidelidade de um instrumento permite avaliar se os dados foram obtidos independentemente do contexto, do instrumento ou do investigador, isto é, verifica a consistência do processo de medição, baseado

na associação entre dois grupos de observações resultantes de duas medições. “Na prática equivale a verificar a «replicabilidade das conclusões do estudo, ou seja, se diferentes investigadores, utilizando os mesmos procedimentos, poderiam chegar a resultados idênticos sobre o mesmo fenómeno»” (Vieira, 1999, p. 93, como citado em Coutinho, 2014, p. 116).

O *Alpha de Cronbach* (α) é o indicador mais aconselhado para a consistência interna de instrumentos de tipo escala de *Likert* e, de acordo com Pestana e Gageiro (2014, p. 531), define-se como a “correlação que se espera obter entre a escala usada e outras escalas hipotéticas do mesmo universo, com igual número de itens, que meçam a mesma característica. Varia entre 0 e 1, considerando-se a consistência interna:

- Muito boa: $\alpha > 0,9$
- Boa: α entre 0,8 e 0,9
- Razoável: α entre 0,7 e 0,8
- Fraca: α entre 0,6 e 0,7
- Inadmissível: $\alpha < 0,6$ ”

Ao analisarem-se os resultados da fiabilidade da Escala de Literacia sobre o VIH/SIDA, através do *alfa de Cronbach*, os itens são classificados de razoáveis e bons, oscilando entre $\alpha=0,778$ no item 36 “A toma de vitaminas reduz o risco de infeção pelo VIH” e $\alpha=0,818$ no item 14 “Todos os filhos de mulheres grávidas e com o VIH vão nascer infetados”, com um alfa global também classificado de razoável ($\alpha=0,794$), como se pode constatar na tabela 2.

Tabela 2. Consistência Interna da Escala de Literacia sobre o VIH/SIDA.

Itens	r item/ total	α sem item
1. VIH (vírus da imunodeficiência humana) e SIDA são a mesma coisa	0,369	0,786
2. Existe cura para a SIDA	0,229	0,792
3. Uma pessoa pode contrair o VIH através de toalhas e assento sanitário	0,392	0,785
4. Tossir e espirrar não espalham o VIH.	0,200	0,793
5. O VIH pode ser transmitido através da picada de mosquitos	0,282	0,790
6. A SIDA é a causa do VIH	0,267	0,790
7. O vírus VIH é destruído pela lixívia	-0,368	0,815

8. É possível contrair o VIH quando se faz uma tatuagem	0,129	0,794
9. Uma mulher grávida VIH positiva pode passar o vírus ao seu filho	0,193	0,793
10. O coito interrompido impede que uma mulher fique infetada com o VIH	0,374	0,786
11. Uma pessoa pode contrair VIH se realizar sexo anal	0,225	0,792
12. A lavagem dos órgãos genitais, após ter tido relações sexuais, impede que uma pessoa contraia o VIH.	0,525	0,779
13. Uma alimentação saudável pode impedir o contágio com VIH.	0,581	0,779
14. Todos os filhos de mulheres grávidas e com o VIH vão nascer infetados	-0,443	0,818
15. O uso de preservativo pode reduzir a probabilidade de contrair VIH	0,129	0,794
16. Uma pessoa infetada com o VIH pode sentir-se e parecer saudável	0,400	0,785
17. Pessoas infetadas com VIH apresentam rapidamente graves sinais de terem sido infetadas	0,492	0,781
18. Uma pessoa pode estar infetada com o VIH durante 5 ou mais anos e não ter SIDA	0,166	0,795
19. Existe uma vacina que impede o contágio de adultos com o VIH	0,428	0,784
20. Existem medicamentos para o tratamento da SIDA	0,281	0,790
21. Uma pessoa não fica contaminada através da prática de sexo oral com um homem portador do VIH	0,219	0,792
22. É possível contrair o VIH mesmo que se tenha relações sexuais apenas uma vez, com um parceiro infetado	0,340	0,789
23. O uso de preservativos são a melhor proteção contra o VIH	0,011	0,796
24. Pode contrair-se VIH ao beijar uma pessoa VIH positiva	0,328	0,788
25. Geralmente pode saber-se que alguém é VIH positivo pelo seu aspeto	0,530	0,779
26. Uma pessoa não pode contrair VIH se estiver a tomar antibióticos	0,500	0,782
27. Ter relações sexuais com mais de um parceiro pode aumentar a probabilidade de contrair VIH	0,005	0,795
28. Fazer o teste do VIH uma semana após a relação sexual dirá se a pessoa foi infetada	0,413	0,785
29. Uma pessoa pode contrair VIH se partilhar uma banheira ou piscina com uma pessoa infetada	0,287	0,789
30. Pode contrair-se VIH através do contacto com saliva, lágrimas, suor ou urina	0,282	0,790
31. Uma pessoa pode ficar infetada através das secreções vaginais	0,105	0,794
32. Pode contrair-se VIH através de sexo oral a uma mulher	0,040	0,796
33. Se o teste de uma pessoa for positivo, o laboratório onde realizou a análise tem que avisar os parceiros dessa pessoa	0,444	0,783
34. O VIH pode ser contraído pela transfusão de sangue	0,129	0,794
35. Os toxicodependentes que partilham seringas podem ficar infetados com VIH	0,242	0,793
36. A toma de vitaminas reduz o risco de infeção pelo VIH	0,553	0,778

37. O VIH pode ser transmitido por abraço, beijo no rosto, aperto de mão	0,468	0,784
38. O VIH pode ser transmitido por se beber no mesmo copo, usar o mesmo talher e o mesmo prato	0,472	0,783
39. Pessoas com VIH/SIDA perdem o emprego quando os seus empregadores descobrem que são portadores	-0,285	0,810
40. A pessoa com VIH/SIDA deve fazer de tudo para manter o seu estado de saúde em segredo	0,338	0,787
41. As pessoas com VIH/SIDA devem ser excluídas da sociedade	0,489	0,784
42. Muitas pessoas com VIH/SIDA são rejeitadas quando os outros descobrem	0,122	0,794
Alpha de Cronbach (α) global		0.794

8 ANÁLISE DE DADOS ESTATÍSTICOS

O tratamento de dados foi efetuado recorrendo ao programa *Statistical Package for the Social Science* (IBM® SPSS® Statistics) – versão 25. Para tal procedeu-se a uma prévia codificação numérica das variáveis presentes no instrumento de colheita de dados, que permitiu a análise estatística dos dados numéricos através de testes estatísticos, de acordo com a função das variáveis na investigação.

Com base neste propósito, utilizaram-se os seguintes procedimentos, cujos resultados relativos a variáveis quantitativas são apresentados apelando a:

- Medidas de tendência central: Média (M);
- Medidas de dispersão: Desvio padrão (Dp).

Os resultados relativos a variáveis qualitativas são apresentados evocando as:

- Frequências absolutas;
- Frequências percentuais.

Para além da estatística descritiva, fez-se também uso da estatística inferencial, uma vez que é através desta que é possível “generalizar os resultados de uma amostra de sujeitos, ao conjunto da população”, ao prever o comportamento ou as características da população total, permitindo avaliar um parâmetro, avaliar uma relação e/ou prever um valor

(estabelecer uma relação de causa-efeito), recorrendo para tal ao uso de testes paramétricos e não paramétricos (Fortin, 2009, p. 440).

O recurso aos testes paramétricos ou não paramétricos está relacionado com os requisitos exigidos (parâmetros) para a utilização dos primeiros (Coutinho, 2014). Não existe propriamente um consenso na literatura, quanto aos critérios para aplicação quer de uns, quer de outros.

Como se verificou, pelo teste da homogeneidade, a ausência de condições para os testes paramétricos, fez-se uso dos testes não paramétricos correspondentes, nomeadamente:

Teste U de Mann Whitney

Este é um teste não paramétrico alternativo ao *Teste t-Student* para amostras independentes, sobretudo quando os pressupostos deste teste não são válidos, ou seja, quando as amostras são de pequena dimensão, muito diferentes, ou as variâncias muito heterogéneas (Marôco, 2014), permitindo verificar a igualdade de comportamentos de dois grupos de casos (Pestana & Gageiro, 2014).

Teste de Kruskal-Wallis

Teste não paramétrico que deve ser utilizado nas situações em que a ANOVA não pode ser utilizada, nomeadamente quando as variâncias são muito heterogéneas. O *Teste de Kruskal- Wallis* pode ser usado para comparar as distribuições de duas ou mais variáveis, observadas em uma ou mais amostras independentes (Marôco, 2014; Pestana & Gageiro, 2014).

Regressão linear multivariada

Concluiu-se a análise inferencial, com a realização de regressões lineares multivariadas, que consistem no método mais adequado para o estudo da relação entre variáveis quando existe uma variável dependente e duas ou mais variáveis independentes. O método de estimação utilizado foi o método “*stepwise*”. É uma metodologia estatística de previsão de

valores e explicação do comportamento de uma ou mais variáveis de resposta (dependentes) por meio de um conjunto de variáveis explicativas (independentes) controlando o efeito de outras variáveis. Quanto mais significativo for o peso de uma variável isolada ou de um conjunto de variáveis explicativas, tanto mais se poderá afirmar que alguns fatores afetam mais o comportamento de uma variável de resposta especificamente procurada, do que outros (Pestana & Gageiro, 2014).

9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E FORMAIS

As considerações éticas e formais são o cerne de uma investigação (Fortin, Côte & Fillion, 2009). Os princípios éticos em investigação assentam no direito à autonomia, à não- maleficência, à intimidade, ao anonimato, à confidencialidade e a um tratamento justo e equitativo (Vilelas, 2017).

Respeitando o princípio da autonomia, a participação neste estudo foi voluntária e em qualquer momento os participantes podiam desistir. Para salvaguardar esta questão, foi obtido o consentimento informado no início do estudo (Apêndice III). O princípio de participação em qualquer tipo de estudo de investigação deve assentar numa decisão livre e esclarecida acerca de todas as implicações e riscos da sua participação. Ao longo da investigação, salvaguardaram-se os direitos dos participantes e os princípios éticos, através das diretrizes do questionário, que contemplavam: o tema e o objetivo da investigação, pedido de colaboração para o preenchimento e referência à necessidade de resposta a todas as questões, para que este não fosse eliminado; garantia de anonimato e confidencialidade das respostas; agradecimento pela colaboração e disponibilidade dispensadas.

Importa também referir, que o preenchimento do instrumento de recolha de dados foi realizado em gabinete, garantindo o autopreenchimento, sem que pudesse haver influências externas, tendo em conta a disponibilidade das instalações físicas da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados em causa, garantindo o normal funcionamento da mesma, sem que fossem importunadas dinâmicas pré-estabelecidas. No ato da entrega do instrumento de recolha de dados, foi referido ao utente a total

disponibilidade para esclarecimento de dúvidas, aquando o preenchimento do mesmo.

Seguiram-se as normas de conduta próprias inerentes a um trabalho de investigação, o que implicou a providência de determinadas diligências preliminares, com a finalidade de proteger o direito e a liberdade dos participantes.

Foram enviados pedidos de autorização para a recolha de dados, através da aplicação do instrumento de recolha de dados, dirigidos ao Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde e também à Enfermeira Chefe da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados em causa (Apêndice IV).

A recolha de dados decorreu entre o dia 27 de março de 2019 a 30 de janeiro de 2020.

CAPÍTULO 3

RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados da investigação, através da análise estatística efetuada no sentido de caracterizar a amostra, reportando-se diretamente às questões de investigação. Enquanto estudo descritivo-correlacional os resultados serão numa primeira fase descritos, com recurso a análise descritiva, nomeadamente através de medidas de tendência central e de dispersão e, posteriormente, far-se-á uso da estatística inferencial de modo a analisar a existência de relações entre as variáveis estudadas. Ambas as análises serão acompanhadas pela apresentação de tabelas, como forma de facilitar ao leitor uma consulta rápida e global, complementado assim a exposição escrita dos dados.

1 ANÁLISE DESCRITIVA

Os dados recolhidos na presente investigação reportam-se a idosos que frequentam uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da região centro. Nesse sentido, por uma questão de organização e facilidade de apresentação dos resultados, a análise descritiva irá recair em todas as variáveis estudadas, tendo por base estes dois elementos, agrupados da seguinte forma:

- Caracterização sociodemográfica e profissional;
- Literacia sobre VIH/SIDA.

1.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL

As estatísticas relativas à idade dos idosos, conforme tabela 3 indicam uma idade mínima de 65 anos e máxima de 94 anos, sendo a média de idade de 72,17 anos com um desvio padrão de 6,31 anos. Verifica-se uma predominância de mulheres (66,3%) face aos homens (33,7%), para um total de 350 idosos. A média de idades é mais elevada no género masculino (\bar{x} =73,25 anos, \pm 7,25) em relação ao feminino (\bar{x} =71,62 anos, \pm 5,72).

Tabela 3. Distribuição dos idosos pela idade em função do género.

Género	Idade				
	n	%	Min.	Máx.	\bar{x}
Feminino	232	66,3	65	94	71,62
Masculino	118	33,7	67	91	73,25
Total	350	100,0	65	94	72,17

Na tabela 4 encontram-se os resultados referentes à caracterização sociodemográfica e profissional da amostra em função do género.

A variável idade foi agrupada em quatro grupos etários: 65 anos; 66-75 anos; 76-85 anos e >85 anos. Esta reorganização teve por base a constituição de grupos menos heterogéneos e a definição, por parte do Instituto Nacional de Estatística (INE), de alguns indicadores que se baseiam nestes pontos de coorte, como é o caso do Índice de longevidade que relaciona a população com 75 e mais anos com o total da população idosa com 65 e mais anos (relação entre a população mais idosa e a população idosa). Assim, da análise da tabela 4, constata-se que a grande maioria dos idosos se situa na faixa etária dos 66-75 anos, representando 68,0% do total da amostra, com uma representatividade de 75 homens (21,4%) e 163 mulheres (46,6%). É de referir que 14,9% dos idosos possuem idade compreendida entre os 76-85 anos, 10,0% com 65 anos e, em menor percentagem, os idosos com mais de 85 anos (7,1%).

No que se refere ao estado civil, verifica-se que a grande maioria dos idosos é casada e/ou vive em união de facto (73,4%), onde 93 são homens

(26,6%) e 164 são mulheres (46,8%). É ainda de referir que 17,1% do total dos idosos são viúvos (15 homens (4,3%) vs. 45 Mulheres (12,8%).

A grande maioria dos idosos (69,4%) possui o 1.º Ciclo do Ensino Básico. Numa análise por género, 97 são homens (27,7%) e 146 são mulheres (41,7%) incluindo-se no referido nível de escolaridade.

Quanto à profissão, esta variável foi agrupada em dois grupos: ativo e não ativo, tendo esta reorganização por base a constituição de grupos menos heterogéneos. Assim, constata-se que, maioritariamente, os idosos estão inativos profissionalmente (79,8%), dos quais 93 são homens (26,7%) e 186 são mulheres (53,1%).

Verifica-se que 59,7% dos idosos são residentes em meio rural e 40,3% em meio urbano. Fazendo-se uma análise por género, apura-se que, em ambos, prevalecem os idosos que residem em meio rural (87 homens (24,9%) vs. 122 mulheres (34,8%).

Tabela 4. Caracterização sociodemográfica e profissional dos idosos em função do género.

Variáveis	Género		Total			
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino		
Idade	n (118)	% (33,7)	n (232)	% (66,3)	n (350)	% (100,0)
65 anos	9	7,6	26	11,2	35	10,0
66-75 anos	75	63,6	163	70,3	238	68,0
76-85 anos	19	16,1	33	14,2	52	14,9
>85 anos	15	12,7	10	4,3	25	7,1
Estado civil						
Solteiro(a)	7	5,9	16	6,9	23	6,6
Divorciado(a)/Separado(a)	3	2,5	7	3,1	10	2,9
Casado(a)/União de facto	93	78,8	164	70,7	257	73,4
Viúvo(a)	15	12,7	45	19,3	60	17,1
Habilitações académicas						
Não sabe ler/escrever	9	7,6	13	5,6	22	6,3
1º Ciclo do ensino básico	97	82,2	146	63,0	243	69,4
2º Ciclo do ensino básico	0	0,0	26	11,2	26	7,4
3º Ciclo do ensino básico	3	2,5	16	6,9	19	5,4
Ensino secundário	9	7,6	15	6,4	24	6,9
Ensino superior	0	0,0	16	6,9	16	4,6

Profissão						
Ativo	25	21,2	46	19,9	71	20,2
Não ativo	93	78,8	186	80,1	279	79,8
Zona de residência						
Rural	87	73,7	122	52,6	209	59,7
Urbana	31	26,3	110	47,4	141	40,3

1.2 LITERACIA SOBRE VIH/SIDA

Os resultados relativos à literacia sobre o VIH/SIDA revelam, para a globalidade da amostra, uma média de 68,53 ($\pm 7,17$), onde o mínimo e o máximo oscilam entre 29 e 82. As mulheres, em média ($\bar{x} = 68,78 \pm 7,67$), revelam um nível de literacia sobre VIH/SIDA ligeiramente mais elevado do que os homens ($\bar{x} = 68,04 \pm 6,06$) (cf. tabela 5).

Tabela 5. Estatísticas relativas à literacia sobre VIH/SIDA em função do género.

Literacia						
	n	%	Min.	Máx.	\bar{x}	DP
Género						
Feminino	232	66,3	29	82	68,78	7,67
Masculino	118	33,7	56	79	68,04	6,06
Total	350	100,0	29	82	68,53	7,17

Para se determinar o conhecimento sobre VIH/SIDA, criam-se grupos de coorte calculados de acordo com a técnica estatística que utiliza a média $\pm \frac{1}{4}$ do desvio padrão, nomeadamente (Pestana & Gageiro, 2014):

- Fraca literacia: mínimo e a média dos itens menos 0,25 do desvio padrão;
- Moderada literacia: entre a média menos 0,25 do desvio padrão até à média + 0,25 do desvio padrão;
- Elevada literacia: desde a média + 0,25 do desvio padrão até ao máximo.

Nesse sentido, foi possível obter quatro grupos que se classificam como: elevada literacia, boa literacia, moderada literacia e fraca literacia. Tendo em conta os resultados apresentados na tabela 6, pode dizer-se

que o valor percentual mais elevado corresponde aos idosos com fraca literacia (43,7%), seguindo-se os que possuem moderada literacia (32,9%) e, posteriormente, apenas 12,0% revelaram boa literacia e 11,4% elevada literacia sobre o VIH/SIDA.

Tabela 6. Literacia sobre VIH/SIDA em função do género.

Variáveis	Género		Total			
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino		
Idade	n (118)	% (33,7)	n (232)	% (66,3)	n (350)	% (100,0)
Boa literacia	16	13,6	26	11,2	42	12,0
Fraca literacia	51	43,2	102	44,0	153	43,7
Moderada literacia	42	35,6	73	31,5	115	32,9
Elevada literacia	9	7,6	31	13,4	40	11,4

Na tabela 7 encontram-se os resultados obtidos em cada item da escala da literacia sobre o VIH/SIDA, tendo-se destacado as opções corretas. Da leitura dos dados obtidos, pode referir-se que, na globalidade, verificam-se valores percentuais que revelam baixa literacia sobre o VIH/SIDA, com exceção nos seguintes itens onde se registam valores percentuais mais elevados de respostas corretas: item 2 “Existe cura para a SIDA” (90,4%); item 7 “O vírus VIH é destruído pela lixívia” (63,6%); item 8 “É possível contrair o VIH quando se faz uma tatuagem” (85,3%); item 9 “Uma mulher grávida VIH positiva pode passar o vírus ao seu filho” (95,4%); item 10 “O coito interrompido impede que uma mulher fique infetada com o VIH” (69,1%); item 11 “Uma pessoa pode contrair VIH se realizar sexo anal” (90,2%); item 12 “A lavagem dos órgãos genitais, após ter tido relações sexuais, impede que uma pessoa contraia o VIH” (65,6%); item 15 “O uso de preservativo pode reduzir a probabilidade de contrair VIH” (97,4%); item 16 “Uma pessoa infetada com o VIH pode sentir-se e parecer saudável” (73,2%); item 17 “Pessoas infetadas com VIH apresentam rapidamente graves sinais de terem sido infetadas” (53,4%); item 18 “Uma pessoa pode estar infetada com o VIH durante 5 ou mais anos e não ter SIDA” (54,2%); item 19 “Existe uma vacina que impede o contágio de adultos com o VIH” (77,6%); item 20 “Existem medicamentos para o tratamento da SIDA”

(63,0%); item 21 “Uma pessoa não fica contaminada através da prática de sexo oral com um homem portador do VIH” (77,0%); item 22 “É possível contrair o VIH mesmo que se tenha relações sexuais apenas uma vez, com um parceiro infetado” (91,0%); item 23 “O uso de preservativos são a melhor proteção contra o VIH” (94,8%); item 27 “Ter relações sexuais com mais de um parceiro pode aumentar a probabilidade de contrair VIH” (98,3%); item 31 “Uma pessoa pode ficar infetada através das secreções vaginais” (95,7%); item 34 “O VIH pode ser contraído pela transfusão de sangue” (95,7%); item 35 “Os toxicodependentes que partilham seringas podem ficar infetados com VIH” (98,3%); item 36 “A toma de vitaminas reduz o risco de infeção pelo VIH” (63,4%); item 40 “A pessoa com VIH/SIDA deve fazer de tudo para manter o seu estado de saúde em segredo” (53,1%); item 41 “As pessoas com VIH/SIDA devem ser excluídas da sociedade” (88,0%); item 42 “Muitas pessoas com VIH/SIDA são rejeitadas quando os outros descobrem” (95,1%).

Tabela 7. Resultado da literacia sobre o VIH/SIDA por item.

Itens	Verdadeiro		Falso	
	n	%	n	%
1. VIH (vírus da imunodeficiência humana) e SIDA são a mesma coisa	194	56,6	149	43,4
2. Existe cura para a SIDA	33	9,6	88,6	90,4
3. Uma pessoa pode contrair o VIH através de toalhas e assento sanitário	201	58,1	145	41,9
4. Tossir e espirrar não espalham o VIH.	132	38,2	214	61,8
5. O VIH pode ser transmitido através da picada de mosquitos	220	63,6	126	36,4
6. A SIDA é a causa do VIH	230	67,6	110	32,4
7. O vírus VIH é destruído pela líxívia	126	36,4	220	63,6
8. É possível contrair o VIH quando se faz uma tatuagem	295	85,3	51	14,7
9. Uma mulher grávida VIH positiva pode passar o vírus ao seu filho	330	95,4	16	4,6
10. O coito interrompido impede que uma mulher fique infetada com o VIH	106	30,9	237	69,1
11. Uma pessoa pode contrair VIH se realizar sexo anal	312	90,2	34	9,8
12. A lavagem dos órgãos genitais, após ter tido relações sexuais, impede que uma pessoa contraia o VIH.	119	34,4	227	65,6

13. Uma alimentação saudável pode impedir o contágio com VIH.	266	77,6	77	22,4
14. Todos os filhos de mulheres grávidas e com o VIH vão nascer infetados	206	60,1	137	39,9
15. O uso de preservativo pode reduzir a probabilidade de contrair VIH	337	97,4	9	2,6
16. Uma pessoa infetada com o VIH pode sentir-se e parecer saudável	251	73,2	92	26,8
17. Pessoas infetadas com VIH apresentam rapidamente graves sinais de terem sido infetadas	160	46,6	183	53,4
18. Uma pessoa pode estar infetada com o VIH durante 5 ou mais anos e não ter SIDA	182	54,0	155	46,0
19. Existe uma vacina que impede o contágio de adultos com o VIH	77	22,4	266	77,6
20. Existem medicamentos para o tratamento da SIDA	216	63,0	127	37,0
21. Uma pessoa não fica contaminada através da prática de sexo oral com um homem portador do VIH	79	23,0	264	77,0
22. É possível contrair o VIH mesmo que se tenha relações sexuais apenas uma vez, com um parceiro infetado	312	91,0	31	9,0
23. O uso de preservativos são a melhor proteção contra o VIH	328	94,8	18	5,2
24. Pode contrair-se VIH ao beijar uma pessoa VIH positiva	230	67,1	113	32,9
25. Geralmente pode saber-se que alguém é VIH positivo pelo seu aspeto	186	53,1	164	46,9
26. Uma pessoa não pode contrair VIH se estiver a tomar antibióticos	287	82,0	63	18,0
27. Ter relações sexuais com mais de um parceiro pode aumentar a probabilidade de contrair VIH	344	98,3	6	1,7
28. Fazer o teste do VIH uma semana após a relação sexual dirá se a pessoa foi infetada	253	72,3	97	27,7
29. Uma pessoa pode contrair VIH se partilhar uma banheira ou piscina com uma pessoa infetada	215	61,4	135	38,6
30. Pode contrair-se VIH através do contacto com saliva, lágrimas, suor ou urina	270	77,1	80	22,9
31. Uma pessoa pode ficar infetada através das secreções vaginais	332	95,7	15	4,3
32. Pode contrair-se VIH através de sexo oral a uma mulher	35	10,0	315	90,0
33. Se o teste de uma pessoa for positivo, o laboratório onde realizou a análise tem que avisar os parceiros dessa pessoa	179	51,1	171	48,9
34. O VIH pode ser contraído pela transfusão de sangue	332	95,7	15	4,3
35. Os toxicodependentes que partilham seringas podem ficar infetados com VIH	344	98,3	6	1,7
36. A toma de vitaminas reduz o risco de infeção pelo VIH	128	36,6	222	63,4
37. O VIH pode ser transmitido por abraço, beijo no rosto, aperto de mão	295	85,0	52	15,0

38. O VIH pode ser transmitido por se beber no mesmo copo, usar o mesmo talher e o mesmo prato	273	78,0	77	22,0
39. Pessoas com VIH/SIDA perdem o emprego quando os seus empregadores descobrem que são portadores	238	68,0	112	32,0
40. A pessoa com VIH/SIDA deve fazer de tudo para manter o seu estado de saúde em segredo	164	46,9	186	53,1
41. As pessoas com VIH/SIDA devem ser excluídas da sociedade	42	12,0	308	88,0
42. Muitas pessoas com VIH/SIDA são rejeitadas quando os outros descobrem	333	95,1	17	4,9

Procurou-se saber que perceção têm os idosos sobre quais as populações de maior risco de contrair VIH, podendo estes escolher mais do que uma opção, verificando-se que a maioria refere serem as prostitutas (n=289), seguindo-se os que referiram os toxicodependentes (n=271), os homossexuais (n=244), as pessoas jovens (n=183), havendo 86 idosos a considerarem também todas as pessoas, homens e mulheres, independentemente da idade. É de realçar que 30 idosos não sabem quais as populações de maior risco para contrair o vírus, 19 referiram ainda as pessoas idosas e 7 consideram os casais heterossexuais (homem e mulher) com relações estáveis (cf. tabela 8).

Tabela 8. Perceção dos idosos sobre as populações de maior risco de contrair VIH.

Populações de maior risco de contrair VIH	n
Prostitutas	289
Toxicodependentes	271
Homossexuais	244
Pessoas jovens	183
Todas as pessoas, homens e mulheres, independentemente da idade	86
Não sei	30
Pessoas idosas	19
Casais heterossexuais (homem e mulher) com relações estáveis	7

No que se refere a terem conhecimento do teste rápido para VIH e de acordo com a tabela 9, constata-se que a maioria (65,2%) não conhece, contrariamente a 34,8% que dizem conhecer o referido teste. Em ambos os géneros, as percentagens mais elevadas correspondem aos idosos que

não conhecem a existência do teste rápido para o VIH (65,2%), sendo que 66 são homens (19,5%) e 155 são mulheres (45,7%). Importa salientar que 11 participantes não responderam à questão.

Tabela 9. Conhecimento do teste rápido para VIH em função do género.

Género	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Conhecimento do teste rápido para VIH	(111)	(33,0)	(228)	(67,0)	(339)	(100,0)
Não	66	59,5	155	68,0	221	65,2
Sim	45	40,5	73	32,0	118	34,8

Em conformidade com os dados apresentados na tabela 10, pode referir-se que quase a totalidade da amostra não realizou o teste rápido para o VIH (94,7%), sendo que 102 são homens (29,8%) e 222 são mulheres (64,9%). Importa salientar que 10,5% dos homens e 2,6% das mulheres já realizaram o teste, mas apenas uma vez. É de referir que 8 participantes referem que realizaram o teste há mais de 15 anos, 4 por volta dos 20 anos e 6 dizem não se lembrar. Salienta-se que 8 participantes não responderam à questão.

Tabela 10. Realização de teste rápido para VIH em função do género.

Género	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Ter realizado o teste rápido para VIH	(114)	(33,0)	(228)	(67,0)	(342)	(100,0)
Não	102	89,5	222	97,4	324	94,7
Sim	12	10,5	6	2,6	18	5,3

Constata-se, pela análise da tabela 11, que a maioria dos idosos confirma ter facilidade de acesso a informação sobre o VIH/SIDA (68,8%), dos quais 69 são homens (20,6%) e 162 são mulheres (48,2%). No entanto, 31,2% dos idosos afirmam que não têm facilidade de acesso a informação sobre o VIH/SIDA, dos quais 45 são homens (13,3%) e 60 são mulheres (17,9%). De realçar que 14 participantes não deram resposta a esta questão.

Tabela 11. Facilidade de acesso a informação sobre VIH/SIDA em função do género.

Género	Masculino		Feminino		Total	
Facilidade de acesso a informação sobre VIH/SIDA	n (114)	% (34,0)	n (222)	% (66,0)	n (336)	% (100.0)
Não	45	39,5	60	27,0	105	31,2
Sim	69	60,5	162	73,0	231	68,8

Os 231 idosos que referiram ter facilidade de acesso a informação sobre o VIH/SIDA indicaram mais do que uma fonte de informação, sendo a mais referenciada os profissionais de saúde (n=203), seguindo-se a internet (n=112), as revistas (n=88), os panfletos (n=83) e as figuras (n=31), como se pode constatar na tabela 12.

Tabela 12. Fontes de acesso a informação sobre VIH/SIDA.

Fontes de acesso a informação sobre VIH/SIDA	n
Profissionais de saúde	203
Internet	112
Revistas	88
Panfletos	83
Figuras	31

2 ANÁLISE INFERENCIAL

Após a análise descritiva dos dados obtidos, passa-se à abordagem inferencial dos mesmos, através da análise estatística que se “interessa pelos resultados provenientes de uma amostra e, por inferência, prevê o comportamento ou as características da população total” (Pestana & Gageiro, 2014, p. 312).

Procurou-se saber em que medida as variáveis sociodemográficas e profissionais (sexo, idade, estado civil, habilitações académicas, profissão e zona de residência) influenciam o nível de literacia sobre o VIH/SIDA dos idosos de uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da região centro, cujos resultados se apresentam seguidamente.

Género

De acordo com os resultados apresentados na tabela 13, verifica-se que as mulheres revelam um valor de ordenação média mais elevado, o que corresponde a mais literacia sobre o VIH/SIDA, todavia, sem relevância estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,088$).

Tabela 13. Relação entre a literacia sobre VIH/SIDA e o género (Teste U de Mann-Whitney).

Género	Masculino	Feminino	UMW	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Literacia sobre o VIH/SIDA				
Literacia global	162,59	182,06	12165,000	0,088

Idade

No que se refere à relação entre a literacia sobre o VIH/SIDA e a idade, como exposto na tabela 14, constata-se que são os participantes mais novos (65 anos) os que revelam um valor de ordenação média mais elevado, sugerindo mais literacia sobre o VIH/SIDA, enquanto os mais velhos (>85 anos) apresentam um valor mais baixo, com diferenças estatisticamente significativas ($p=0,000$).

Tabela 14. Relação entre a literacia sobre VIH/SIDA e a idade (Teste de Kruskal-Wallis).

Idade	65 anos	66-75 anos	76-85 anos	>85 anos	χ^2	p
	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Literacia sobre o VIH/SIDA						
Literacia global	252,43	181,77	149,42	62,36	56,041	0,000

Estado civil

No que diz respeito à relação entre a literacia sobre o VIH/SIDA e o estado civil, verifica-se na tabela 15, que são os idosos solteiros os que pontuaram mais, indicando que possuem mais literacia, sendo os viúvos aqueles que manifestam menor literacia. No entanto, sem relevância estatisticamente significativa entre os grupos.

Tabela 15. Relação entre a literacia sobre VIH/SIDA e o estado civil (Teste de Kruskal-Wallis).

Estado civil	Solteiro(a)	Divorciado(a)/ Separado(a)	Casado(a) /União de facto	Viúvo(a)	χ^2	p
Literacia sobre o VIH/SIDA	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Literacia global	180,85	162,70	176,44	162,21	1,177	0,758

Habilitações académicas

Em conformidade com os resultados apresentados na tabela 16, refere-se que são os idosos com o ensino superior os que possuem um valor de ordenação média superior, sugerindo mais literacia sobre o VIH/SIDA, seguindo-se os que possuem o 3.º ciclo do ensino básico. É de realçar que os idosos com menor literacia sobre o VIH/SIDA são os que não sabem ler/escrever, com diferenças estatisticamente significativas ($p=0,000$).

Tabela 16. Relação entre a literacia sobre VIH/SIDA e as habilitações académicas (Teste de Kruskal-Wallis).

Estado civil	Não sabe ler/ escrever	1.º Ciclo do ensino básico	2.º Ciclo do ensino básico	3.º Ciclo do ensino básico	Ensino secundário	Ensino superior	χ^2	p
Literacia sobre o VIH/SIDA	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação Média		
Literacia global	58,07	156,71	202,63	290,26	223,50	333,88	110,996	0,000

Profissão

Procurou-se saber se a situação profissional interfere na literacia sobre o VIH/SIDA, constatando-se, como se pode observar na tabela 17, que são os idosos ativos profissionalmente os que revelam mais literacia. Contudo, sem relevância estatisticamente significativa entre os grupos.

Tabela 17. Relação entre a literacia sobre VIH/SIDA e a profissão (Teste U de Mann-Whitney).

Profissão	Ativo	Não ativo	UMW	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Literacia sobre o VIH/SIDA				
Literacia global	191,92	167,98	7805,500	0,080

Zona de residência

Quanto à relação entre a literacia sobre o VIH/SIDA e a zona de residência, constata-se que são os idosos que residem em meio urbano os que revelam mais literacia, com diferenças estatisticamente significativas ($p=0,000$), tal como descrito na tabela 18.

Tabela 18. Relação entre a literacia sobre VIH/SIDA e a zona de residência (Teste U de Mann-Whitney).

Zona de residência	Rural	Urbana	UMW	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Literacia sobre o VIH/SIDA				
Literacia global	150,40	212,71	9488,500	0,000

Estudo da associação entre as variáveis preditoras da literacia sobre o VIH/SIDA

Para se estudar a relação entre as variáveis preditoras de literacia sobre o VIH/SIDA (habilitações literárias e idade), efetuou-se uma regressão linear múltipla, por se considerar o melhor método quando se pretende analisar em simultâneo a relação entre uma variável dependente e duas ou mais variáveis independentes de natureza quantitativa. Foi usado o método *stepwise*, para a seleção das variáveis.

As variáveis preditoras da literacia sobre o VIH/SIDA foram a **idade** e as **habilitações literárias** que explicam, na sua totalidade, 22,7% da variabilidade, com um erro padrão de regressão de 6,35 e os valores de F ($f=50,394$; $p=0,000$), com significância estatística, o que leva a inferir que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo sobre a literacia relativa ao VIH/SIDA.

Pelos coeficientes padronizados beta, constata-se que a idade estabelece uma relação inversa e as habilitações literárias estabelecem

uma relação direta com a literacia sobre o VIH/SIDA, sugerindo que os idosos mais novos e que quanto mais habilitações literárias possuem maior o nível de literacia sobre o VIH/SIDA, tal como exposto na tabela 19.

Tabela 19. Análise de regressão múltipla entre a idade, as habilitações literárias e a literacia sobre o VIH/SIDA.

Variável dependente: Literacia sobre o VIH/SIDA					
R = 0,476					
R ² = 0,227					
R ² Ajustado=0,222					
Erro padrão de estimativa=6,35					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente beta	t	p	
Constante	80,513		18,174	0,000	
Idade	-0,241	-0,212	-4,230	0,000	
Habilitações literárias	2,161	0,362	7,220	0,000	
Análise de variância					
	Efeito	Soma Quadrados	Média Quadrados	F	p
Regressão	4068,802	2	2034,401		
Residual	13887,342	344	40,370	50,394	0.000
Total	17956,144	346			

CAPÍTULO 4

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados obtidos permitiram traçar um perfil sociodemográfico e profissional de uma amostra de 350 idosos de uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da região centro. As mulheres estão em maioria (66,3%), variando as idades mínima e máxima entre os 65 e os 94 anos. No total da amostra, a média de idade é de $72,17 \pm 6,31$ anos, sendo o grupo mais representativo o dos idosos na faixa etária dos 66-75 anos, representando 68,0% do total da amostra, com 21,4% de homens e 46,6% de mulheres. No que se refere ao estado civil, verifica-se que a grande maioria dos idosos é casada e/ou vive em união de facto (73,4%). Maioritariamente, os idosos estão inativos profissionalmente (79,8%), com 59,7% residentes em meio rural. Estes resultados corroboram o panorama nacional, atendendo a que Portugal, a par da maioria dos países ditos desenvolvidos, tem assistido, nas últimas décadas, a alterações significativas da sua estrutura populacional, traduzidas por modificações da pirâmide etária, aumento da esperança média de vida, assim como aumento da população idosa. Os dados provisórios do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2021) referentes aos últimos Censos nacionais indicam que a população residente em Portugal é de 10 344 802, representando um decréscimo populacional de 2,1% nos últimos 10 anos, tendo-se agravado o fenómeno do envelhecimento da população, com o aumento expressivo da população idosa e a diminuição da população jovem: em 2021 existiam 182 idosos por cada 100 jovens. Ainda em conformidade com o mesmo organismo, entre 2011 e 2021 registou-se uma diminuição da população portuguesa em todas as faixas etárias, excetuando a população com idade ≥ 65 anos, onde ocorreu um

crescimento de 20,6%. Assim, em 2021, a percentagem de população idosa representava 23,4%, enquanto a população jovem (0-14 anos) era equivalente a 12,9%. No Centro do país foi registada uma percentagem de 27,0% de idosos e 22,6% no Norte.

No que se refere ao nível de literacia sobre o VIH/SIDA dos idosos estudados, o valor percentual mais elevado corresponde aos que revelam fraca literacia (43,7%), seguindo-se os que possuem moderada literacia (32,9%), com apenas 12,0% a revelarem boa literacia e 11,4% elevada literacia sobre o VIH/SIDA. Estes resultados corroboram o afirmado por Gakumo, Enah, Vance, Sahinoglu e Raper (2015), segundo os quais, a literacia em saúde é menor na população idosa e tem sido associada, no caso de idosos com VIH/SIDA, à não adesão aos medicamentos, tratamento e procura de cuidados de saúde. No seu estudo qualitativo, no qual participaram 20 idosos afro-americanos com VIH, residentes na região sudeste dos Estados Unidos da América, 45,0% da população estudada apresentava baixa literacia em saúde. Neste sentido, os mesmos autores sugerem a necessidade de intervenções direcionadas à população idosa infetada ou não pelo VIH, a fim de aumentar o seu nível de literacia sobre a patologia e melhorar a gestão da doença e os resultados ao nível da sua saúde. Gautério et al. (2013), salientam que os baixos níveis de literacia em relação ao VIH/SIDA na população idosa torna-a mais vulnerável à própria doença.

Quanto à perceção dos idosos sobre as populações de maior risco de contrair VIH, apurou-se que a maioria refere serem as prostitutas (n=289), seguindo-se os que referiram os toxicodependentes (n=271), os homossexuais (n=244), as pessoas jovens (n=183), havendo 86 idosos a considerarem também todas as pessoas, homens e mulheres, independentemente da idade. É de realçar que 30 idosos não sabem quais as populações de maior risco para contrair o vírus, 19 referiram ainda as pessoas idosas e 7 consideram os casais heterossexuais (homem e mulher) com relações estáveis. A OMS (2014) documenta que ainda há muitos idosos que não têm um conhecimento efetivo sobre a população de maior risco de contrair VIH, o que é referenciado pelos dados do presente estudo,

uma vez que se registou que 30 idosos não têm conhecimento a respeito do assunto. O mesmo organismo informa que o aumento da incidência de VIH entre a população idosa tem sido relatado, com uma prevalência crescente ao longo dos anos em decorrência de níveis baixos de literacia em saúde. Muitos idosos não se consideram em risco de VIH e percebem-no como uma doença para os mais jovens (Maes & Louis, 2003).

Ainda neste contexto, referencia-se o estudo de Monteiro, Trajano, Carvalho, Pinto e Trajano. (2016), realizado com uma amostra de 69 pessoas com idade ≥ 60 anos, maioritariamente feminina (64%), com o 1.º ciclo do ensino básico (69%) e solteiros (52%), no qual, os idosos mostraram um bom conhecimento sobre o VIH/SIDA, com uma taxa de 82%. A grande maioria (93%) já ouviu falar de testes de diagnóstico do VIH/SIDA; 83% referiram que o vírus não pode ser transmitido através de toalhas, sabonetes ou assentos de sanitas, para além de abraçar, beijar ou partilhar um copo com alguém que tem o vírus (91%). A maioria (91%) referiu que o uso de preservativo poderia prevenir a transmissão do vírus, tendo relatado cerca de 83% dos inquiridos que esta não é uma doença exclusiva de homossexuais, prostitutas e toxicod dependentes. Mais de metade da sua amostra (85%) considerou que os idosos também se devem preocupar com o VIH/SIDA, revelando que a população idosa estudada tem um bom conhecimento sobre o VIH/SIDA. No presente estudo, apenas 41,9% dos idosos consideram que uma pessoa pode contrair o VIH através de toalhas e assento sanitário, tendo a maioria (58,1%) respondido que este é um meio de transmissão do VIH. Constatou-se também que apenas 15,0% dos idosos estudados é que consideram ser falso que o VIH pode ser transmitido por abraço, beijo no rosto, aperto de mão, o que difere dos resultados do estudo supramencionado. Realça-se que, apesar de se ter registado que 94,8% dos idosos do presente estudo tenham considerado que o uso de preservativos são a melhor proteção contra o VIH, ainda há quem considere que o sexo desprotegido não é um comportamento de risco (2,6%). Uma percentagem significativa de idosos (90,0%) não considerou o sexo oral como um meio de transmissão do VIH, bem como se apurou que 63,6% pensam que o VIH pode ser transmitido através da

picada de mosquitos e 67,6% têm a noção de que a SIDA é a causa do VIH. Apesar de 43,4% dos idosos considerarem que o VIH e SIDA são a mesma coisa, uma percentagem expressiva (56,6%) tem uma perceção contrária. É de referir também que apenas 32,9% dos idosos consideram que não se pode contrair VIH ao beijar uma pessoa VIH positiva, enquanto a maioria (67,1%) julgam ser este um meio de transmissão. Há também a ressaltar que 46,9% dos idosos são de opinião que a pessoa com VIH/SIDA deve fazer de tudo para manter o seu estado de saúde em segredo. Estes resultados comprovam a necessidade de se transmitir mais informações aos idosos sobre o VIH/SIDA, como forma de os dotar de mais literacia. Estas evidências têm implicações importantes para futuras intervenções projetadas pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária, ou seja, estas informações poderão servir de linha de base para o desenvolvimento de programas de intervenção específicos sobre o VIH/SIDA, tendo como população alvo os idosos.

No que se refere a terem conhecimento do teste rápido para VIH, verificou-se que a maioria (65,2%) não tem conhecimento do mesmo, contrariamente a 34,8% que dizem conhecer o referido teste. Quase a totalidade da amostra não realizou o teste rápido para o VIH (94,7%). Todavia, 10,5% dos homens e 2,6% das mulheres já realizaram o teste apenas uma vez, tendo 8 referido que o realizaram há mais de 15 anos, 4 por volta dos 20 anos e 6 dizem que não se lembram. Anokye, Acheampong, Budu-Ainooson, Obeng et al. (2019) relatam que os idosos têm 1/5 de probabilidade de fazer o teste de HIV quando comparados a pessoas em risco na faixa etária dos 20 anos. Salientam que um número significativo de idosos não tem conhecimento do teste rápido para VIH, o que é resultado do facto de não se considerarem uma população de risco e terem baixa literacia sobre o VIH/SIDA.

Apurou-se que a maioria dos idosos confirma ter facilidade de acesso a informação sobre o VIH/SIDA (68,8%). No entanto, 31,2% dos idosos afirmam que não têm facilidade de acesso a informação sobre o VIH/SIDA. Dos 231 idosos que referiram ter facilidade de acesso a informação sobre o VIH/SIDA indicaram como fontes de informação, sobretudo, os

profissionais de saúde (n=203), seguindo-se a internet (n=112), as revistas (n=88), os panfletos (n=83) e as figuras (n=31). Contrariamente, no estudo exploratório-descritivo de Pimenta, Costa, Farias et al. (2016), no qual averiguaram o conhecimento de 26 idosos sobre o VIH/SIDA, utentes de um Centro de Saúde no Paraíba, Brasil, sendo maioritariamente mulheres, pertencentes à faixa etária dos 60-69 anos e casados, prevaleceram como fontes de informação a internet e as revistas, com menor destaque para os profissionais de saúde. De acordo com Pereira e Borges (2010), a dificuldade dos profissionais de saúde em falar sobre a sexualidade dos idosos é evidente, pois o conhecimento e o comportamento em relação às infeções sexualmente transmissíveis e VIH/SIDA geralmente são tratados apenas para alguns grupos populacionais específicos, destacando adolescentes e adultos jovens. Neste sentido e como forma de os idosos demonstrarem literacia em saúde, é necessário ter acesso a informações, processá-las de forma a conseguirem níveis elevados de literacia em saúde (Donovan-Kicken et al., 2012). Por conseguinte, os profissionais de saúde, mais especificamente o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, pode contribuir para um aumento de literacia em saúde junto das comunidades através de sessões de educação para a saúde, no caso concreto junto da população idosa fornecendo informações claras, compreensíveis, apropriadas, corretas e úteis sobre o VIH/SIDA, rastreios e distribuição de *flyers*, dotando-os de mais literacia.

Muitos estudos revelam que os idosos geralmente procuram informações sobre VIH/SIDA através dos meios de comunicação tradicionais, como a rádio, o jornal, os panfletos e, principalmente, a televisão, destacando também que os profissionais de saúde não abordam este assunto durante as consultas com os idosos (Silveira, Santos, Sousa et al., 2013; Silva Meira, Morais, Nogueira et al., 2015). Uma proposta é a sensibilização dos profissionais de saúde para abordarem este tema nas consultas, sobretudo nas zonas mais rurais.

É igualmente importante mencionar que, segundo Nardelli, Gaudenci, Silveira, Gracia et al. (2019), há uma diferença entre “ouvir sobre” e ter informações corretas sobre um assunto. Nesse sentido, o facto de muitos

idosos terem “ouvido falar” sobre a doença não garante que estes tenham conhecimento ou informações corretas sobre a doença e, portanto, estejam cientes de si mesmos como indivíduos vulneráveis que podem ser infectados pelo VIH. Reconhecer a própria vulnerabilidade é um conceito mais amplo que o de risco e deve ser incluído em programas individuais e sociais. Portanto, requer considerar os determinantes sociais da doença, exigir a renovação das práticas de saúde e centrar na análise e intervenções multidimensionais (Silva Meira et al., 2015).

Procurou-se saber em que medida as variáveis sociodemográficas e profissionais influenciam o nível de literacia acerca do VIH/SIDA, tendo-se aferido que a idade, as habilitações académicas e a zona de residência foram variáveis com relevância estatisticamente significativa. Assim, constatou-se que os idosos com 65 anos de idade ($p=0,000$), com o ensino superior ($p=0,000$) e residentes em meio urbano ($p=0,000$) revelam mais literacia sobre o VIH/SIDA. No estudo de Ama et al. (2016), a idade, o estado civil e a situação profissional foram variáveis preditoras do conhecimento sobre a transmissão do VIH ($p<0,05$). Todavia, o mesmo estudo revela que quanto mais idade os idosos possuem, maior o conhecimento acerca dos métodos de transmissão do VIH, e que quanto maior a escolaridade, menor o nível dos conhecimento acerca dos métodos de transmissão do vírus, enquanto no presente estudo ficou demonstrado que são os idosos mais novos e com mais habilitações literárias que possuem maior nível de literacia sobre o VIH/SIDA, o que foi corroborado com os resultados obtidos da regressão múltipla, que indica que a idade e as habilitações académicas são variáveis preditoras do nível de literacia sobre o VIH/SIDA. No estudo de Anokye et al. (2019), 17% dos idosos com mais idade (≥ 75 anos) tinham pouco conhecimento dos sinais e sintomas do VIH; esta baixa literacia sugere que os idosos precisam de educação de todas as formas possíveis para a prevenção do VIH, bem como ao nível dos meios de transmissão, sinais e sintomas. Da mesma forma, Jackson, Early, Schim e Penprase (2005), num estudo com idosos afro-americanos, relataram a falta de conhecimento sobre o VIH/SIDA, particularmente nos que possuem mais idade (≥ 80 anos) e menor habilitação académica (não saber ler e escrever e/ou apenas com

o 1.º ciclo do ensino básico). No estudo de Pimenta et al. (2016), grande parte dos idosos tinha insuficiente conhecimento sobre a definição, fontes de informação, tratamento e prognóstico do VIH, estando os seus conhecimentos enraizados na mistificação popular de que esta é uma patologia mais propensa a pessoas mais novas. Face a estes resultados, os mesmos autores salientam que a baixa literacia tem implícito o aumento da prevalência do VIH/SIDA na população idosa. Assim sendo, consideram ser essencial intervir junto desta amostra populacional, dotando-a de conhecimentos sobre o VIH/SIDA. Importa ainda referir que vários estudos mostram que o nível de escolaridade é um fator importante para avaliar a vulnerabilidade dos idosos ao VIH/SIDA, uma vez que o número de casos é maior em idosos com menos escolaridade, referindo-se à condição de pior cobertura dos sistemas de vigilância e cuidados de saúde entre os menos favoráveis economicamente, sob a suposição de que o nível de educação é uma variável importante em termos de literacia em saúde (Pereira & Borges, 2010; Batista, Marques, Leal et al., 2011; Pimenta, Costa, Leite et al., 2015).

Em suma, tendo-se em consideração a elevada percentagem de idosos com fraca literacia sobre o VIH/SIDA, há a necessidade de uma maior intervenção da Enfermagem de Saúde Comunitária na promoção da literacia em saúde, com base em programas que abordem os vários conceitos sobre VIH/SIDA, no esclarecimento acerca das vias de transmissão e prevenção e na sintomatologia associada ao diagnóstico. Além disso, a Enfermagem de Saúde Comunitária deve colaborar com vários intervenientes-chave para promover a literacia relacionada com o VIH/SIDA junto da população idosa.

Como tal, sugere-se a inclusão desta temática nas universidades séniores que existam na referida região do país; a realização de sessões de educação oportunas e em momentos chave de convívio ou interação dos idosos com a comunidade; a distribuição regular de informação sob a forma de *flyers* nos momentos das consultas ou na visita domiciliária; entre outros.

CONCLUSÃO

A literatura referente aos idosos mostra que a infeção pelo VIH/SIDA nesta população está a aumentar, sugerindo que os idosos necessitam de mais conhecimentos a respeito da patologia. Fica claro que é necessário investir-se mais em termos de promoção da saúde, através do desenvolvimento de campanhas educativas para dissipar os mitos da infeção pelo vírus e capacitar os idosos, dotando-os, assim, de mais literacia em saúde.

O reconhecimento desta realidade por parte da investigadora, enquanto enfermeira de cuidados de saúde generalizados, em paralelismo com formação especializada em Enfermagem Comunitária, despontou a vontade de estudar cientificamente a literacia que os idosos têm sobre o VIH/SIDA.

Os principais resultados do estudo permitiram responder às questões de investigação, chegando a um conjunto de conclusões, aplicáveis à amostra de 350 idosos de uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da região centro estudada.

Assim concluiu-se que o valor percentual mais elevado corresponde aos idosos que revelam fraca literacia (43,7%), seguindo-se os que detêm moderada literacia (32,9%), com apenas 12,0% a possuírem boa literacia e 11,4% elevada literacia sobre o VIH/SIDA.

No que concerne à perceção dos idosos sobre as populações de maior risco de contrair VIH, verificou-se que a maioria refere serem as prostitutas, seguindo-se os toxicodependentes, os homossexuais,

as pessoas jovens e também todas as pessoas, homens e mulheres, independentemente da idade.

Maioritariamente, os idosos não possuem conhecimento do teste rápido para VIH e não o realizaram, tendo também prevalecido os idosos que têm facilidade de acesso a informação sobre o VIH/SIDA, cujas fontes de informação são, sobretudo, os profissionais de saúde, seguindo-se a Internet, as revistas e os panfletos.

Os resultados referentes à relação entre as variáveis sociodemográficas e profissionais e o nível de literacia acerca do VIH/SIDA demonstram que a idade, as habilitações académicas e a zona de residência foram variáveis com relevância estatisticamente significativa. Assim, aferiu-se que os idosos com idade ≤ 65 anos ($p=0,000$), com o ensino superior ($p=0,000$) e residentes em meio urbano ($p=0,000$) revelam mais literacia sobre o VIH/SIDA. As variáveis preditoras de literacia sobre o VIH/SIDA foram a idade e as habilitações académicas, sugerindo que quanto menos idade e mais escolaridade os idosos têm, mais elevada é a literacia sobre o VIH/SIDA.

Neste sentido, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, enquanto profissional com competências nos domínios da melhoria contínua da qualidade de vida e saúde das pessoas, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, assume-se como um elemento fundamental no seio da equipa pluridisciplinar na capacitação dos idosos para a aquisição das competências necessárias que lhe garantam um nível mais elevado de literacia sobre o VIH/SIDA.

Os enfermeiros são os profissionais de saúde aptos a ajudar e assistir as comunidades no desempenho do seu papel na promoção de mais literacia em saúde, pelo que devem ter um olhar preventivo, ajustando as intervenções às necessidades de cada idoso, para que este possa desenvolver estratégias que lhe garantam uma maior qualidade de vida e bem-estar, através do desenvolvimento de habilidades para cuidar de si e prevenir doenças, efetivando assim ganhos em saúde.

Por conseguinte, sugere-se a realização de programas educativos que consistem sobretudo em facultar informação aos idosos, de modo a

capacitá-los para melhor gerirem os fatores de risco do VIH/SIDA. Podem ser utilizados recursos como panfletos, materiais audiovisuais, cartazes ou manuais, que demonstram melhorar significativamente os conhecimentos e desenvolver competências nos idosos. Estas intervenções educativas podem variar quanto à duração, ao formato (realizando-se individualmente ou em grupo), à composição (integrando diferentes profissionais) ou quanto ao teor da informação (aspetos referentes à patologia, às formas de transmissão, às comorbilidades, à prevenção de riscos, ao tratamento, entre outros). Ainda no âmbito da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, os programas de educação para a saúde podem ser incluídos nas consultas de forma objetiva e programada.

Face a esta multiplicidade de programas de intervenção, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária pode fazer uso dos recursos à sua disposição, em qualquer contexto da sua prestação de cuidados, para planear e colocar em prática intervenções que visem dotar os idosos de mais literacia em saúde.

Antes de se dar por terminado o presente trabalho, faz-se referência às limitações encontradas, que se referem sobretudo ao facto de ser uma população idosa e conseqüentemente haver limitações inerentes à idade, tais como, acuidade visual diminuída, o que dificultou, em muitos casos, o preenchimento do questionário, visto que muitos idosos não possuíam os seus óculos pessoais, sendo necessário a leitura do questionário, o que implicava o dispêndio de mais tempo para o preenchimento do mesmo. Conseqüentemente, a diminuição da acuidade auditiva foi também uma dificuldade sentida por parte de alguns intervenientes, aquando a necessidade de leitura, por não apresentarem os seus óculos pessoais, como foi referido anteriormente. Muitos idosos recusaram o preenchimento do questionário, revelando que este continua a ser um tema em que ainda existem muitos tabus, sobretudo pelo facto de estar relacionado com a intimidade da pessoa em causa, daí a sua relutância. É de referir também que alguns idosos consideraram muito extenso o questionário e outros interrompiam o seu preenchimento porque eram

chamados para a consulta. Estas limitações poderão ser arrogadas como uma limitação metodológica, uma vez que a veracidade dos resultados depende da sinceridade das respostas dos participantes, isto é, as suas respostas poderão ter sido mais encaminhadas para condutas socialmente desejáveis, podendo não traduzir condutas concretas, o que pode ter interferido nos resultados do estudo.

Outra limitação metodológica prende-se com o facto deste estudo ser transversal, o que aponta para algumas vantagens e desvantagens. Por conseguinte, considera-se vantajoso ser um estudo mais breve e metodologicamente menos complexo. Porém, tem as suas desvantagens, como, por exemplo, a avaliação centrar-se no momento da recolha de dados, isto é, na perceção retrospectiva dos respondentes, sem existir um seguimento da problemática em estudo, o que poderia ser evitado com a realização de um estudo longitudinal. Por outro lado, considera-se que existem sempre limitações, quando se aplica este tipo de instrumento de recolha de dados, não apenas relativo à validade do próprio instrumento como também ao facto de ser aplicado a uma amostra com características específicas como a que foi estudada.

Embora se esteja consciente destas limitações, considera-se que as opções metodológicas foram as mais adequadas ao tipo de estudo desenvolvido, tendo o mesmo permitido um conhecimento mais concreto da literacia dos idosos sobre o VIH/SIDA, considerando as suas perceções, remetendo assim para a real necessidade de intervenção na comunidade, a fim da melhoria do estado de saúde da mesma.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs of the American Medical Association (1999, 11 de Fevereiro). Health literacy: Report of the council on scientific affairs. *Journal of the American Medical Association*. doi:10.1001/jama.281.6.552.

Alabi, A.S., Jaffar, S., Ariyoshi, K., et al. (2003). Plasma viral load, CD4 cell percentage, HLA and survival of HIV-1, HIV-2, and dually infected Gambian patients. *AIDS* (London, England);17(10), 1513-1520. DOI: 10.1097/00002030-200307040-00012.

Alarcão, I. & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto Enfermagem*, 14 (3), 373-382. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000300008>

Albuquerque, H.M.M., Leal, M.C.C., Oliveira, A.P.M., & Marino, J.G. (2012). O conhecimento sobre Aids de homens idosos e adultos jovens: um estudo sobre a percepção desta doença. *Ciências Saúde Coletiva*, 17(1), 43-53. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000100007>

Alubo, S.O., Zwandor, A., Jolayemi, T., & Omudu, E. (2010). Acceptance and stigmatization of PLWA in Nigeria. *AIDS CARE*, 14 (1), 117-126. <https://doi.org/10.1080/09540120220097991>

Alwaf, H.A., Meer, A.M.T., Shabkah, A., Mehdawi, F.S., El-haddad, H., Bahabri, N., & Almoallim, H. (2018). Knowledge and attitudes toward HIV/AIDS among the general population of Jeddah, Saudi Arabia. *Journal of Infection and Public Health*; 11, 80-84. DOI: 10.1016/j.jiph.2017.04.005

Ama, N.O., Shaibu, S., & Burnette, J.D. (2016). HIV-related knowledge and practices: a cross-sectional study among adults aged 50 years and above in Botswana. *South African Family Practice*, 58(3), 100-107. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/20786190.2016.1167310>

Anokye, R., Acheampong, E., Budu-Ainooson, A., Obeng, E.I. et al. (2019). Knowledge of HIV/AIDS among older adults (50 years and above) in a peri-urban setting: a descriptive cross-sectional study. I. *BMC Geriatrics*, 19 (304), 2-8. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1335-4>

Antunes, L., Camargo, B., & Bousfield, A.B.S. (2014). Representações sociais e estereótipos sobre aids e pessoas que vivem com HIV/Aids. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*,

16(3), 43-57. 1980-6906. Acedido em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872014000300004&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1516-3687.

Arriaga, M.T. de (2019). Nota. In Almeida, C.V. de, Sila, C.R. da., Rosado, D., Miranda, B. et al. (2019). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde - Capacitação dos Profissionais de Saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Arriaga, M.T. de, Santos, B. dos, Silva, A., Mata, F., Chaves, N. & Freitas, G. (2019). *Plano de Ação para a Literacia em Saúde. Portugal 2019-2021*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido em <http://portaisch.azurewebsites.net/chpl/wp-content/uploads/sites/39/2019/11/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.pdf>

Autenrieth, C.S., Beck, E.J., Stelzle, D. et al. (2018). Global and regional trends of people living with HIV aged 50 and over: Estimates and projections for 2000–2020. *PLOS ONE*; 29, 1-11. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207005>

Baker, D. W., Gazmararian, J. A., Sudano J., & Patterson, M. (2000). The association between age and health literacy among elderly persons. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 55(6), 368-374. DOI: 10.1093/geronb/55.6.S368

Barrantes, F.J., Violante, C., Graça, L., & Amorim, I. (2017). Programa de luta conta o estigma: resultados obtidos na formação nos profissionais da saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, ESPECIAL* 5, 19-24. Acedido <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe5/nspe5a04.pdf>

Barton, A.J., Allen, P.E., Boyle, D.K., Loan, L.A., Stichler, J.F., & Parnell, T.A. (2018). Health Literacy: Essential for a Culture of Health. *J Contin Educ Nurs.*; 49(2), 73-78. DOI: 10.3928/00220124-20180116-06

Bastos, L.M., Tolentino, J.M.S., Frota, M.A.O. de, Tomaz, W.C., Fialho, M.L.S., Batista, A.C.B., Teixeira, A.K.M, & Barbosa, F.C.B. (2018). Avaliação do nível de conhecimento em relação à Aids e sífilis por idosos do interior cearense, Brasil. *Ciências Saúde Coletiva*; 23 (8), 2495-2502. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.10072016>

Batista, A.F.O., Marques, A.P.O., Leal, M.C.C., Marino, J.G., & Melo, H.M.A. (2011). Idosos: Associação entre o conhecimento da Aids, atividade sexual e condições sociodemográficas. *Revista Brasileira Geriatria Gerontologia*, 14(1), 39-48. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232011000100005>

Bennett, I., Chen, J., Soroui, J., & White, S. (2009). The contribution of health literacy to disparities in self-rated health status and preventive health behaviors in older adults. *Annals of Family Medicine*, 7(3), 204-211. doi: 10.1370/afm.940

Brega, A.G., Barnard, J., Mabachi, N.M., Weiss, B.D., DeWalt, D.A., Brach, C., & West, D.R. (2015). Health literacy universal precautions toolkit. *AHRQ Publication No. 15- 0023-EF*. 2nd ed. Agency for Healthcare Research and Quality. Rockville, MD. Acedido em <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/literacy-toolkit/index.html>

Carneiro, V., Silva, I., & Jóluskin, G. (2017). Literacia em saúde: um retrato da população adulta portuguesa. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, 4, Extr. (14), A14-134-138. DOI: <https://doi.org/10.17979/reipe.2017.0.14.2559>

Carvalho, S.M., & Paes, G.O. (2011). A influência da estigmatização social em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 19(2), 157-63. Acedido em http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2011_2/artigos/csc_v19n2_157-163.pdf

Chesser, A.K., Woods, N.K., Smothers, K., & Rogers, N. (2016). Health Literacy and Older Adults: A Systematic Review. *Gerontology & Geriatric Medicine*; (2), 1-13. DOI: 10.1177/2333721416630492

Clendon, J. (2012). Working to improve health literacy. *Kai Tiaki Nursing New Zealand*, 18(6), 25.

Costa, A., Saboga-Nunes, L., & Costa, L. (2016). _Avaliação do nível de literacia para a saúde numa amostra portuguesa Health literacy assessment in a Portuguese sample. *Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge*, 9, 38-40. Acedido em http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4111/1/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_N17_2016_artigo9.pdf

Costa, A.S., Arriaga, M., Mendes, R.V., Miranda, D., Barbosa, P., Sakellarides, C., Peralta, A., Lopes, N.A., Roque, C., & Ribeiro, S. (2019). A Strategy for the Promotion of Health Literacy in Portugal, Centered around the Life-Course Approach: The Importance of Digital Tools. *Port J Public Health*; 2-5. doi: 10.1159/000500247

Coutinho, C. P. (2014). *Metodologias de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática* (3ª ed.). Coimbra: Edições Almedina, S. A.

Coutinho, C. P. (2021). *Metodologias de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática* (2ª ed. reimpressão). Coimbra: Edições Almedina, S. A.

Culbert, K.M., Racine, S.E., & Klump, K.L. (2015). Research review: What we have learned about the causes of eating disorders. A synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(11), 1141-1164. <https://dx.doi.org/10.1111/jcpp>.

Department of Health and Human Services (2010). *Healthy People 2010: Understanding and Improving Health*. 2.ª ed. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Despacho n.º 6860/2018. Diário da República, 2.ª série – N.º 135 – 16 de julho de 2018. Acedido em <https://dre.pt/application/conteudo/115698616>

Diário da República, 2.ª série-Nº49-10 de março de 2016. Despacho nº3618 A/2016. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da saúde. Acedido em: <https://dre.pt/application/file/a/73833787>

Direção-Geral da Saúde (2019). *Plano de ação para a literacia em saúde 2019-2021 – Portugal*. Direção-Geral da Saúde. Acedido em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Plano Nacional de saúde: Revisão e extensão a 2020*. Acedido em: <https://pns.dgs.pt/pns-revisao-e-extensao-a-2020>

Direção-Geral da Saúde. (2016). *Dia internacional da literacia*. Acedido em: <http://www.dgs.pt/?cr=11708>

Direção-Geral de Saúde (2015). Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020. Acedido em <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

Donovan-Kiken, E., Mackert, M., Guinn, T. D., Tollison, A. C., Breckenridge, B., & Pont, S. J. (2012). Health literacy, selfefficacy and patients' assessment of medical disclosure and consent documentation. *Health Communication*, 27(6), 581- 590. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/10410236.2011.618434>

Ekstrand, M.L., Bharat, S., Ramakrishna, J., & Heylen, E. (2012). Blame, symbolic stigma and HIV misconceptions are associated with support for coercive measures in urban India. *AIDS Behav.*, 16(3), 700–710. DOI: 10.1007/s10461-011-9888-z

Fernandes, P.B. (2010). *Estudo da Depressão nos doentes infectados pelo VIH*. (Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina). Universidade de Medicina do Porto. Acedido em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/53783/2/Estudo%20da%20Depresso%20nos%20Doentes%20Infectados%20pelo%20VIH.pdf>

Ferreira, A.M.V. (2016). *Conhecimentos sobre VIH/Sida nos clientes de um hospital de Lakes State - Sudão do Sul*. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem Comunitária). Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/3186>

Fevziye, Y., & Çetinkaya, F. (2016). The importance of health literacy for community Health. *Preventive Medicine Bulletin*, 15(1), 69-74. DOI: 10.5455/pmb.1-1448870518

Fortin, M.-F. (com Côté, J., & Filion, F.) (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Freixo, M.J.V. (2011). *Metodologia Científica – Fundamentos Métodos e Técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget.

French, H., Greeff, M., Watson, M.J., & Doak, C. (2015). A Comprehensive HIV stigma-reduction and wellness-enhancement community intervention: a case study. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 26, 81-96. doi: 10.1016/j.jana.2014.03.007.

Gakumo, C.A., Enah, C.C., Vance, D.E., Sahinoglu, E., & Raper, J.L. (2015). “Keep it simple”: older African Americans' preferences for a health literacy intervention in HIV management. *Patient Preference and Adherence*, 9, 2017-223. DOI: 10.2147/PPA.S69763

Gautério, D., Vidal, D., Barlem, J. & Santos, S. (2013). Ações educativas do enfermeiro para a pessoa idosa: estratégia saúde da família. *Revista de Enfermagem Uerj*, 21(esp.2), 824- 828. Acedido em https://www.academia.edu/26476778/A%C3%A7%C3%B5es_

educativas_do_enfermeiro_para_a_pessoa_idosa_estrategia_sobre_a_adequacao_da_familia_acionada_por_enfermeiros_para_educar_os_adultos_da_familia_sobre_a_estrategia_de_saude_da_familia

Giemeniz, J., Elucir, B.E., Teles, M.T., Holanda, K.R., & Karina H. Z. (2013). Effects of depression and anxiety on antiretroviral therapy adherence among newly diagnosed HIV-infected Chinese MSM. *AIDS (London, England)*, 31(3), 401–406. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000001287>

Gomes, A.I.C.S. (2010). *A influência da representação social do sexo nos comportamentos sexuais de risco dos jovens adultos portugueses*. (Tese de Doutoramento em Psicologia). Universidade do Algarve. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Acedido em <https://sapiencia.ualg.pt/bitstream/10400.1/1565/1/Tese%20Alexandra%20Gomes.pdf>

Gomes, A.M.T., Silva, E.M.P., & Oliveira, D.C. (2011). Representações sociais da AIDS para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas. *Revista Latino-Americana. Enfermagem*, 19(3): [08 telas]. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000300006>.

Hazarika, I. (2010). Knowledge, attitude, beliefs and practices in HIV/AIDS in India: identifying the gender and rural–urban differences. *Asian Pacific Journal of Tropical Medicine*; 3(10), 821-827. [https://doi.org/10.1016/S1995-7645\(10\)60198-8](https://doi.org/10.1016/S1995-7645(10)60198-8)

INE (2018, junho 15). Instituto Nacional de Estatística. *Estimativas de população residente em Portugal 2017*. Lisboa: INE. Acedido em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=315156710&DESTAQUESmodo=2

INE (2021). *Censos 2021 – Divulgação dos resultados provisórios*. Acedido em <https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21&xpid=CENSOS21&xlng=pt>

Jackson, F., Early, K., Schim, S.M., & Penprase, B. (2005). HIV knowledge, perceived seriousness and susceptibility, and risk behaviors of older African Americans. *Journal of Multicultural Nursing & Health*, 11 (1), 56. <https://doi.org/10.1177/1049731511426277>

Jorm, A. F. (2014). Mental health literacy: Promoting public action to reduce mental health problems. In *Literacia em saúde mental: Capacitar as pessoas e as comunidades para agir* (Vol. 8, pp. 27-39). Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem.

Jović-Vraneš, A., Bjegović-Mikanović, V., Marinković, J., & Kocev, N. (2011). Health literacy in a population of primary health-care patients in Belgrade, Serbia. *International Journal of Public Health*; 56, 201–207. DOI: 10.1007/s00038-010-0181-0

Jović-Vranes, A., Bjegovic-Mikanovic, V., & Marinkovic J. (2009). Functional health literacy among primary health-care patients: data from the Belgrade pilot study. *Journal of Public Health (Oxford)*, 31(4), 490-495. doi: 10.1093/pubmed/fdp049

Khan, R., Bilal, A., & Siddiqui, S.H. (2017). *Knowledge about HIV and discriminatory attitudes toward people living with HIV in Pakistan: DHS WORKING PAPERS*, (134) Rockville: ICF. Acedido em <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/WP134/WP134.pdf>

Loureiro, L.M., Jorm, A.F., Mendes, A.C., Santos, J.C., Ferreira, R.O., & Pedreiro, A.T. (2013). Mental health literacy about depression: a survey of Portuguese youth. *BMC Psychiatry*, 13(1), 129. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-129>

Loureiro, L.M.J. (2015). Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental – QuALiSMental: estudo das propriedades psicométricas. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV, (4), 79-88. DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14031>

Loureiro, L.M.J. de (2006). Adequação e Rigor na Investigação Fenomenológica em Enfermagem – Crítica, Estratégias e Possibilidades. *Revista Referência*, Série II. (2), 22-32.

Maes, C.A., & Louis, M. (2003). Knowledge of AIDS, perceived risk of AIDS, and at-risk sexual behaviors among older adults. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*; 15(11), 509–516. DOI: 10.1111/j.1745-7599.2003.tb00340.x

Manafo, E., & Wong, S. (2012). Health literacy programs for older adults: a systematic literature review. *Health Education Research*, 27(6), 947-960. DOI: 10.1093/her/cys067

Marôco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (6ª ed.). Pêro Pinheiro: ReportNumber.

McCall, J., & Wilson, C. (2015). Promoting health literacy in an HIV-infected population: Creating staff awareness. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*; 26(4), 498–502. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2014.11.003>

Mello, V. A., & Malbergier, A. (2006). Depression in women infected with HIV. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28 (1), 10-17. DOI:10.1590/S1516- 44462006000100004

Monteiro, T.J., Trajano, L.A.S.N., Carvalho, D.S. et al. (2016). Avaliação do conhecimento sobre HIV/AIDS em grupo de idosos através do QHIV3I. *Geriatr Gerontol Aging*, 10 (1), 29-33. DOI: 10.5327/Z2447-2115201600010006

Moreira, V., Meneses, A. M., Andrade, D., & Araújo, M. C. S. (2010). Fenomenologia do estigma em HIV/AIDS: “co-estigma”. *Mental*, 8(14), 115-132. Acedido em https://www.researchgate.net/publication/266967386_Fenomenologia_do_estigma_em_HIVAIDS_e_na_doenca_mental_Phenomenology_of_stigma_in_HIVAIDS_and_in_Mental_Illness
Moscovici S. (2012). *A psicanálise, sua imagem e seu público*. Petrópolis: Vozes.

Nardelli, G.G., Gaudenci, E.M., Silveira, R.E. da, Garcia, L.A.A., Malaquias, B.S.S., & Santos, A.S. (2019). Knowledge about HIV/AIDS in older adults using the services of Family Health Strategy. *Journal of the Brazilian Society of Tropical Medicine*; (52), 1-4. DOI: 10.1590/0037-86820355-2018

Nasi, M., De Biasi, S., Gibellini, L., Bianchini, E., Pecorini, S., Bacca, V. et al. (2017). Ageing and inflammation in patients with HIV infection. *Clinical and Experimental Immunology*; 187, 44–52. pmid:27198731 DOI: 10.1111/cei.12814

Natividade, J.C., & Camargo, B.V. (2011). Representações sociais, conhecimento científico

e fontes de informação sobre aids. *Paidéia*; (21), 49, 165-174. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2011000200004>.

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 122/2011, 18 de fevereiro de 2011. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série – N.º 35 – 18 de Fevereiro de 2011.

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140/2019: *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2.ª série - N.º 26 - 6 de fevereiro de 2019. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Psicólogos Portugueses (2015). *Literacia em saúde*. Lisboa: Ordem dos Psicólogos Portugueses.

Organização Mundial da Saúde (1998). *Health promotion glossary*. Acedido em: <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf#role-ofhealth-literacy/>

Organização Mundial de Saúde (2012). *Health Education: Theoretical Concepts, Effective Strategies and Core Competencies*. Acedido em http://applications.emro.who.int/dsaf/EMRPUB_2012_EN_1362.pdf

Organização Mundial de Saúde (2013). *Diretrizes consolidadas sobre o uso de medicamentos antirretrovirais para tratamento e prevenção da infecção pelo VIH*. Organização Mundial da Saúde. Genebra 27, Suíça. Acedido em http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85322/WHO_HIV_2013.7_por.pdf;jsessionid=A7B3D15D2C18437D86360F669549C818?sequence=14

Paasche-Orlow, M.K., Cheng, D.M., Palepu, A. et al. (2006). Health literacy, antiretroviral adherence, and HIV-RNA suppression: a longitudinal perspective. *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), 835-840. DOI: 10.1111/j.1525-1497.2006.00527.x

Pedro, A. R.; Amaral, O., & Escoval, A. (2016). LS, dos dados à ação: Tradução, validação e aplicação do European health literacy survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(3), 259-275. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>.

Pereira, G.S., & Borges, C.I. (2010). Conhecimento sobre HIV/AIDS de participantes de um grupo de idosos, em Anápolis-Goiás. *Revista Escola Anna Nery*, 14(4), 720-725. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000400010>

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para as ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (6ª ed.) Lisboa: Edições Silabo, Lda.

Pimenta, C.J.L., Costa, I.L., Leite, E.S., Farias, M.C.A.D., Barbosa, T.L., Maciel, E.J.S. et al.(2015). Understanding of the elderly attached to the Family Health Strategy about the HIV/AIDS infection. *International Archives of Medicine*, 8(241), 1-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.3823/1840>

Pimenta, C.J.L., Costa, I.P. da, Farias, M.C.A.D. de et al. (2016). HIV/AIDS and Seniors: Knowledge of the Elderly about the Disease. *International Archives of Medicine*, 9 (20), 2-7. doi: 10.3823/1891

Pocinho, M. (2012). *Metodologia de Investigação e Comunicação do Conhecimento Científico*. (1ª edição). Lisboa: Lidel.

Polit, D., Beck, C.T., & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre: Artmed.

Reis, R.K., Haas, V.J., Santos, C.B., Teles, S.A., Galvão, M.T.G., & Gir, E. (2011). Sintomas de Depressão e Qualidade de Vida de Pessoas vivendo com HIV/aids. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(4):[08 telas]. Acedido em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_04

Relatório anual referente à Infeção VIH/SIDA (2017). Departamento de Doenças Infeciosas. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge *Programa Nacional para a Infeção VIH, SIDA e Tuberculose*. Direção-Geral da Saúde (colab.). Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. Acedido em <http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/4846>

Ribeiro, M., & Pessanha, M. (2016). O vírus da imunodeficiência humana (VIH): transmissão, diagnóstico, tratamento e epidemiologia. Instituto Politécnico de Bragança (Ed.), *I Congresso Nacional de Ciências Biomédicas Laboratoriais: Livro de Resumos* (pp. 1– 40). <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.34681.77929>

Serrão C., Veiga S., & Vieira I. (2015). Literacia em saúde: resultados obtidos a partir de uma amostra de pessoas idosas portuguesas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*; 2, 33-38. ISSN 1647-2160. Acedido em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe2/nspe2a06.pdf>

Silva Meira, L.C., Morais, K.S., Nogueira, J.A., Silva, A.O., & Bittencourt, G.K.G.D. (2015). Conhecimento de idosos sobre vulnerabilidades ao HIV/ aids: uma revisão integrativa da literatura. *Journal of Research: Fundamental Care*, 7(Suppl), 96-104.

Silva T., Sila A. & Cruz M. (2018). Literacia em saúde à pessoa idosa: uma revisão integrativa. *Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental*; 10(Especial), 114. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10iEspecial.114-118>

Silveira, R.E., Santos, A.S., Sousa, M.C., Fonseca, A.S., & Lippi, U.G. (2013). Atividade sexual e risco para doenças sexualmente transmissíveis entre idosos de três municípios mineiros. *Nursing*, 15(177), 87-92.

Sousa, L.R.M., Moura, L.K.B., Vale, A.R.M.C., Magalhães, L.R.B., & Moura, M.M.B. (2019). Representações sociais do HIV/Aids por idosos e a interface com a prevenção. *Revista Brasileira de Enfermagem*; 72(5), 1192-1199. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0748>

Speros, C. (2011). Promoting health literacy: a nursing imperative. *Nurs Clin North Am.*, 46(3), 321-33, vi-vii. Doi: 10.1016/j.cnur.2011.05.007.

Sudore, R. L., Mehta, K. M., Simonsick, E. M., Harris, T. B., Newman, A. B., Satterfield, S., Rosano, C., Rooks, R. N., Rubin, S. N., Ayonayon, H. A., & Yaffe, K. (2006). Limited literacy in older people and disparities in health and healthcare access. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(5), 770-776. Doi: 10.1111/j.1532-5415.2006.00691.x

Sweeney, S.M., & Vanable, P.A. (2016). The association of HIV-related stigma to HIV medication adherence: a systematic review and synthesis of the literature. *AIDS and Behavior*, 20(1):29-50. DOI: 10.1007/s10461-015-1164-1

Toçi, E., Burazeri, G., Sorensen, Jerliu, N., Ramadani, N., Roshi, E., & Brand, H. (2013). Health literacy and socioeconomic characteristics among older people in transitional Kosovo. *British Journal of Medicine & Medical Research*, 3(4), 1646-1658. DOI: 10.9734/BJMMR/2013/3972

Valente, C.P.C. (2009). *Preconceito e discriminação sexual - contributo para uma sociedade mais justa*. (Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Bioética). Faculdade de Medicina do Universidade do Porto. Acedido em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22191/2/CapaIndiceCarlaValente.pdf>

Vilelas, J. (2017). *Investigação: o processo de construção do conhecimento*. 2ª Edição. Lisboa: Silabo. ISBN 978-972-618-901-5

World Health Organization (2013). *Health literacy The solid facts*. WHO Regional Office for Europe. Acedido em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf>

World Health Organization (2014). *HIV/AIDS surveillance in Europe 2014*. Acedido em https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/293623/HIV-AIDS-Surveillance-Report-Europe-2014-en.pdf

World Health Organization. (2016). *World report on ageing and health*. World Health Organization. Acedido em <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>

Zukoski, A.P., Thorburn, S. & Stroud, J. (2011). 'Seeking information about HIV/AIDS: A qualitative study of health literacy among people living with HIV/AIDS in a low prevalence context'. *AIDS Care*; 23(11), 1505-1508. <http://dx.doi.org/10.1080/09540121.2011.582077>

SOBRE OS AUTORES

Teresa Isabel Almeida Tavares Sequeira

Enfermeira desde 2010, com experiência na área da gerontologia e geriatria, bloco operatório e medicina interna. Neste momento exerce funções no Hospital de Dia de Medicina do Hospital Sousa Martins da Unidade Local de Saúde da Guarda. Mestre em Enfermagem Comunitária desde julho de 2023. <https://orcid.org/0009-0000-6656-3613>

Isabel Maria Ribeiro Fernandes

Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda. Doutorada em Enfermagem. Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária. Mestre em Sociopsicologia da Saúde. CIDEI - Centro de Estudos em Educação e Inovação. UICISA:E. <https://orcid.org/0000-0001-7478-9567>. Ciência ID 0610-9D3E-000F

António Manuel Almeida Tavares Sequeira

Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda. Licenciado em Enfermagem e Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Mestre em Toxicodependência e Patologias Psicossociais - Escola Superior de Altos Estudos de Coimbra. Pós-Graduação em Urgência e Emergência - Escola Superior de Saúde de Viseu. <https://orcid.org/0000-0002-0625-0321>