

# Os Médicos e a SIDA

## Estudo exploratório das representações sociais da SIDA entre Clínicos Gerais, Psiquiatras, Infecceiologistas, Cirurgiões e Dentistas

JOSÉ A. CARVALHO TEIXEIRA (\*)  
BRUNO RASGA (\*\*)  
PEDRO ANTÃO (\*\*)  
VANDA COSTA (\*\*)  
VILMA FLORES (\*\*)  
ISABEL MARQUES (\*\*)

*«Um dos grandes triunfos da medicina ocidental foi o êxito na luta contra as doenças infecciosas e as epidemias, graças aos antibióticos e às vacinas. Os médicos podiam repousar sobre os seus louros até que a bomba da SIDA explodiu há uma dezena de anos e pôs todos esses êxitos em questão... Todo o mundo médico ficou traumatizado, e culpabilizado de até agora não ter conseguido controlar esta doença. Todos os médicos estão muito pessoalmente envolvidos, embora a maior parte deles nunca tenha observado uma pessoa com SIDA. Evocam-se de novo as epidemias do passado, a peste...*

*... Enfim, a SIDA é a morte visível e não programada, reintroduzida brutalmente na nossa sociedade e nos seus hospitais, enquanto a ciência médica triunfante tende a ocultá-la, a negá-la ou a recalá-la.»*

P.-B. Schneider (1991)

### 1. INTRODUÇÃO

A SIDA confronta a Medicina e os Médicos com a impotência perante uma doença infecciosa, sexualmente transmissível, deitando por terra

crenças optimistas nos seus sucessos e desenvolvimentos (Teixeira, Antão, Costa, Flores, & Marques, 1993), ao mesmo tempo que se revelou excelente analisador do sistema de saúde, questionando a organização dos serviços, a qualidade dos cuidados de saúde, a natureza dos modelos usados em educação para a saúde e prevenção e *questionando também os próprios médicos enquanto pessoas e profissionais de saúde*. Como

---

(\*) Psiquiatra. Assistente, ISPA. Coordenador do Núcleo de Investigação em Psicologia da Saúde, ISPA.

(\*\*) Psicólogos Clínicos.

ninguém fica indiferente perante o fenómeno social da SIDA, cada médico ficou pessoalmente envolvido, mesmo antes sequer de se confrontar com uma pessoa doente ou um sujeito seropositivo para o VIH. Isto porque atender pessoas que solicitam cuidados de saúde relacionados com VIH/SIDA, ou simplesmente imaginar que isso possa vir a acontecer, questiona directamente as crenças, valores e representações que os médicos tenham em relação à SIDA.

Como tivemos ocasião de discutir anteriormente (Teixeira e col., 1993), o fenómeno da SIDA pode despertar sentimentos ambivalentes e contraditórios uma vez que, por um lado, existe o desejo de cuidar e de ajudar (enraizado na consciência profissional) e, por outro, podem existir atitudes pessoais críticas e hostis e medo do contacto (Schaffner, 1990), além de que o confronto com o problema clínico pode levar o médico a questionar-se sobre o seu próprio risco pessoal (a nível sexual ou outro) e o coloca diante de sujeitos pertencentes a grupos sociais que anteriormente à problemática da SIDA não frequentavam muito os serviços de saúde.

Neste contexto é plausível pensar que, em certas circunstâncias, possa ocorrer *prejuízo da neutralidade* em que assenta o acto clínico (com as consequências conhecidas que isto pode ter para a eficácia dos cuidados de saúde, por exemplo), eventuais *disrupções relacionais* e desenvolvimento de *contra-actitudes negativas* que, como a culpabilização, a hostilidade e a rejeição, comprometem a qualidade dos cuidados e a confiança em que enraiza a relação médico-doente. Estes aspectos são tão mais relevantes quando se sabe que é necessário e indispensável garantir a confidencialidade e assegurar o consentimento informado. Isto mostra como pode ser importante e pertinente investigar quais as representações que os médicos têm em relação à SIDA, uma vez que elas podem influenciar as suas atitudes e comportamentos em relação aos infectados, doentes e suas famílias, bem como em relação aos sujeitos que consultam preocupados com a possibilidade de poderem estar infectados, com ou sem história de comportamentos de risco.

Mais especificamente, essas representações podem ter consequências a 3 níveis:

- Na qualidade dos cuidados de saúde que

são prestados a sujeitos seropositivos para o VIH e doentes de SIDA

- No desempenho dos médicos enquanto transmissores de informação e agentes de influência social
- No papel que os médicos podem ter na prevenção da SIDA, designadamente na abordagem individual da prevenção que pode ser agida nas diferentes modalidades de aconselhamento (pré-teste, pós-teste, etc.).

Importa saber se as representações tendem ou não a sobrepôr-se aos conhecimentos científicos que os médicos possuem sobre a infecção pelo VIH, dado o significado deste aspecto no que diz respeito à dimensão biológica (que se preocupa com o risco de contágio de si próprio e de familiares) e à dimensão moral (que se preocupa com valores associados à liberdade/controlo sexual). Especificamente, *procurou-se saber como é que nos médicos se manifesta a visão social da doença em relação à sua visão científica*. A importância de um estudo desta natureza relaciona-se com o facto das representações, que enraizam em valores sociais e institucionais que são prévios à formação médica, poderem influenciar o desempenho pessoal do papel profissional do médico e os seus processos de tomada de decisão. Numa altura em que é cada vez mais necessário que cada técnico de saúde se constitua como peça essencial do dispositivo de prevenção.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

A amostra consistiu em 245 médicos, sendo 163 do sexo masculino e 82 do feminino, exercendo a sua actividade profissional no Distrito de Lisboa e pertencentes a diferentes especialidades médicas: 105 Clínicos Gerais/Médicos de Família, 60 Dentistas, 30 Psiquiatras, 25 Infeccionistas e 25 Cirurgiões.

Foi recolhida no Instituto de Clínica Geral da Zona Sul e em várias instituições hospitalares da cidade de Lisboa, designadamente: Hospital de Santa Maria, Hospital de S. José, Hospital de Egas Moniz, Hospital de Santa Marta, Hospital de Santa Cruz, Hospital de Curry Cabral, Hospital Miguel Bombarda e Hospital Júlio de Matos.

O instrumento utilizado foi um questionário

constituído por 11 questões (6 questões abertas e 5 fechadas, elaboradas com escala tipo Likert de cinco pontos) e construído especificamente para o efeito com a finalidade de avaliar cinco dimensões: *informação/conhecimento, associações, crenças, atitudes e intenções comportamentais.*

Os questionários utilizados para cada um dos grupos de especialistas médicos eram constituídos por um número maior de questões, na medida em que incluíram algumas questões especificamente relacionadas com as diferentes práticas profissionais. *Para este estudo apenas foram consideradas as questões comuns a todos os grupos.*

O tratamento dos dados foi realizado de forma diferente consoante o tipo de questões. Para cada uma das perguntas fechadas determinaram-se os resultados globais (média e desvio padrão) de cada grupo estudado, compararam-se esses resultados através de uma análise de variância para investigar diferenças significativas, aplicou-se o teste de Scheffe para determinar quais os grupos de médicos entre os quais existiam diferenças significativas e, finalmente, determinaram-se os resultados globais (média e desvio padrão) para a totalidade da amostra. Para as perguntas abertas foi efectuada análise de conteúdo categorial-temática.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1. Informação/conhecimentos

Globalmente, os sujeitos que constituíram a amostra deste estudo consideraram que a principal forma de evitar a infecção pelo VIH seria a *adopção de comportamentos sexuais seguros* (73%). No entanto, foram também apontadas: *precauções profissionais* (46%), *seringas e agulhas novas* (23%), *prevenção* (18%), *modificações do comportamento* (14%), *evitamento de contactos físicos com sujeitos seropositivos* (7%) e *rastreio sistemático do sangue para transfusões* (3%) (ver Quadro 1).

Os sujeitos que referiram as *precauções profissionais* distribuíram-se essencialmente pelos grupos de Cirurgiões (68%), Infecciologistas (64%) e Dentistas (52%).

O *evitamento de contactos físicos com sujeitos*

*seropositivos* (7%) apenas foi referido por sujeitos pertencentes aos grupos de Cirurgiões e Clínicos Gerais/Médicos de Família.

No que se refere à transmissão da infecção verificaram-se percentagens altas de referências à *via sanguínea* (91%) e à *via sexual* (84%), ao mesmo tempo que apenas 15% se referiu à *via vertical* e 21% dos sujeitos fez referência a uma categoria inespecífica de *fluidos corporais*, que incluiu secreções, saliva e leite.

A comparação entre os grupos evidenciou homogeneidade relativa, excepto no que se refere aos Cirurgiões que não fizeram qualquer referência à via vertical.

Em relação à seropositividade para o VIH verificou-se que apenas 40% dos sujeitos a definiram como presença de anticorpos anti-VIH no sangue periférico de sujeitos infectados. As categorias portador do vírus (38%) e portador assintomático (25%) apareceram imediatamente a seguir.

A comparação entre os grupos evidenciou que a primeira categoria (presença de anticorpos anti-HIV) estava ligada essencialmente aos Infecciologistas. Por outro lado, foram os Cirurgiões e os Dentistas que mais referiram a categoria portador do VIH.

Em relação aos Clínicos Gerais foi investigada uma dimensão que não é habitualmente examinada nestes estudos e que é da caracterização das fontes de informação que os médicos utilizam para obter conhecimentos sobre a SIDA. Verificou-se que no grupo de Clínicos Gerais da amostra deste estudo a *informação/conhecimento* era essencialmente adquirida através de artigos técnicos (80%), mais predominantemente no sexo masculino, enquanto que no feminino era adquirida através de colóquios e conferências, sendo esta diferença significativa.

Esta área de *informação/conhecimentos* está entre aquelas que têm sido mais frequentemente avaliadas em estudos deste tipo que envolvem técnicos de saúde. Globalmente verificou-se que, como era esperado, o nível de informação dos sujeitos é elevado e genericamente concordante com os resultados que mais habitualmente apontam para a associação entre educação formal mais longa (médicos) e maior conhecimento (Krasnik e col., 1990). O nível de *informação/conhecimentos* dos Infecciologistas mostrou-se

QUADRO 1  
*Como se evita contrair o vírus da SIDA?*

CATEGORIAS	INFECTO	CIRURGIÕES	MED. FAM.	PSIQUIATRAS	DENTISTAS	TOTAL
Sexo seguro	44%	56%	69%	90%	92%	73%
Seringas/Agulhas novas	12%	16%	17%	33%	35%	23%
Precauções profissionais	64%	68%	40%	23%	52%	46%
Modificações comport.	28%	12%	20%	10%	0%	14%
Prevenção/Informação	20%	0%	17%	37%	17%	18%
Evitar contactos físicos com seropositivos	0%	16%	13%	0%	0%	7%
Rastreio do sangue para transfusão	0%	0%	0%	0%	13%	3%

ligeiramente superior aos dos outros grupos de médicos, o que é compreensível em função da natureza própria da especialidade.

Embora não tenha sido investigada a eventual relação entre nível de informação e idade como tem sido frequentemente feito em estudos que envolvem técnicos de saúde, há outros aspectos que merecem atenção nestes resultados.

Como é frequente quando se estudam técnicos de saúde, verificou-se que além da valorização da adopção de comportamentos sexuais seguros como forma de evitar a infecção pelo VIH são referidas de forma frequente as precauções a nível profissional, que apontam para a existência de uma consciencialização de que, em certas situações relacionadas com o desempenho profissional, sejam adoptadas medidas de protecção pessoal que evitem a possibilidade de um contágio. No entanto, este resultado não nos permite afirmar se os sujeitos se estariam a referir a precauções especiais em relação à SIDA ou, pelo contrário, às precauções universais que, nos serviços de saúde é necessário ter para evitar riscos profissionais de contaminação que envolvem o VIH mas também outras possibilidades de infecção como o vírus de hepatite B, etc. Seja como for, a importância dada às precauções profissionais apareceu essencialmente ligada aos Cirurgiões, aos Infecçionologistas e aos Dentistas, o que se poderia relacionar com uma percepção de vulnerabilidade para a infecção pelo VIH básica-

mente associada ao risco profissional. Este resultado, pelo menos no que se refere aos Cirurgiões e aos Dentistas, parece associado a medo mais intenso de contágio ao nível profissional (ver adiante). Porém, tenha-se em conta que não foi avaliada a percepção de vulnerabilidade dos sujeitos relacionada com risco pessoal fora do contexto profissional.

É de salientar que cerca de 7% dos médicos tenham referido que uma das formas de evitar ser infectado seria o evitamento de contactos físicos, não sexuais, com sujeitos seropositivos, o que indica que, apesar de tudo, ainda um reduzido número de médicos inquiridos parece desconhecer que não existem riscos de transmissão do VIH por contactos sociais, o que a nível da informação/conhecimento não seria esperado neste grupo profissional. Por outro lado, este resultado, embora envolvendo uma minoria, poderia relacionar-se com atitudes negativas em relação aos infectados e influenciar a qualidade dos cuidados de saúde. Todavia, este aspecto deve ser considerado com reservas, uma vez que não foi avaliada a intenção de recusar cuidados quando se estudaram as intenções comportamentais. Finalmente, em relação às formas de evitar a transmissão do VIH, *não aparece de forma clara a referência a uma estratégia global de prevenção como única forma de evitar a SIDA, como seria em princípio de esperar numa amostra de técnicos de saúde com formação médica,*

o que poderá indicar que os especialistas estudados não se percebem a si próprios como elementos fundamentais dessa estratégia de prevenção.

Em relação às vias de transmissão do VIH, para além dos resultados esperados referentes às vias sanguínea e sexual, é de salientar a baixa percentagem de médicos que referiu a via vertical, parecendo indicar sensibilização escassa dos médicos estudados para as questões que se relacionam com a gravidez e a maternidade neste campo, questões que para alguns especialistas, como os Cirurgiões e os Dentistas, por exemplo, estão habitualmente fora do seu horizonte profissional, mas que para outros, como os Médicos de Família, constituem parte integrante da sua prática clínica quotidiana, designadamente no que se refere a aconselhamento prenatal.

Por outro lado, apareceu de forma inesperada uma referência a uma categoria inespecífica de fluidos corporais que inclui líquidos orgânicos não especificados ou, então, inclui outros que não são transmissores de VIH como a saliva, por exemplo. Poderá isto querer dizer que 21% dos médicos estudados não acreditam que as vias de transmissão do VIH sejam só a sexual, a sanguínea e a vertical?

Verificou-se que só 40% dos médicos inquiridos definiu rigorosamente o que é a seropositividade para o VIH enquanto presença de anticorpos anti-VIH no sangue periférico, que seria a resposta esperada tendo em conta a formação médica. No entanto, a maioria apontou para o conceito de «portador», que também é um conceito integrado no discurso médico mas mais afastado de uma definição precisa e rigorosa da seropositividade. Isto é, neste caso os médicos afastaram-se dos seus conhecimentos técnicos e aproximaram-se mais do senso comum, e os que falaram em portador assintomático não tiveram em conta que um seropositivo pode ser sintomático sem ter ainda critérios de SIDA.

### 3.2. Associações

Fazendo uma análise global das respostas dadas pelos sujeitos que constituíram a amostra deste estudo verificou-se que as categorias que mais se salientaram foram as de *toxicodependência* (46%) e de *doença* (44%). De seguida, sur-

giram as categorias *promiscuidade sexual* (29%) e *homossexualidade* (27%). As categorias toxicodependência e homossexualidade foram elaboradas directamente a partir das respostas dos sujeitos, enquanto que a categoria doença resultou de um agrupamento de subcategorias nas quais foram incluídas respostas tais como infecciosidade da doença, infecções oportunistas, doença viral e diminuição da imunidade, entre outras. A categoria promiscuidade sexual foi elaborada a partir de subcategorias tais como múltiplos parceiros sexuais, promiscuidade sexual e prostituição, entre outras. Foram globalmente menos frequentes as categorias *sangue* (21%), *morte* (17%), *comportamentos de risco* (9%) e *sofrimento psicológico* (3%) (Figura 1).

Ao nível da diferença entre os grupos verificou-se que os Infeciologistas e os Psiquiatras associaram predominantemente SIDA a *doença*. Mais especificamente, verificou-se que os Infeciologistas relacionavam a palavra SIDA a aspectos da sua prática profissional, como sejam a infecciosidade da doença.

Os Psiquiatras revelaram uma preocupação específica de outra natureza, associando SIDA a conteúdos relacionados com a prestação de cuidados e a necessidades de apoio ao doente. Por outro lado, Clínicos Gerais/Médicos de Família, Cirurgiões e Dentistas associaram predominantemente a *toxicodependência*, não tendo sido feitas referências a conteúdos tais como prevenção primária e prestação de cuidados.

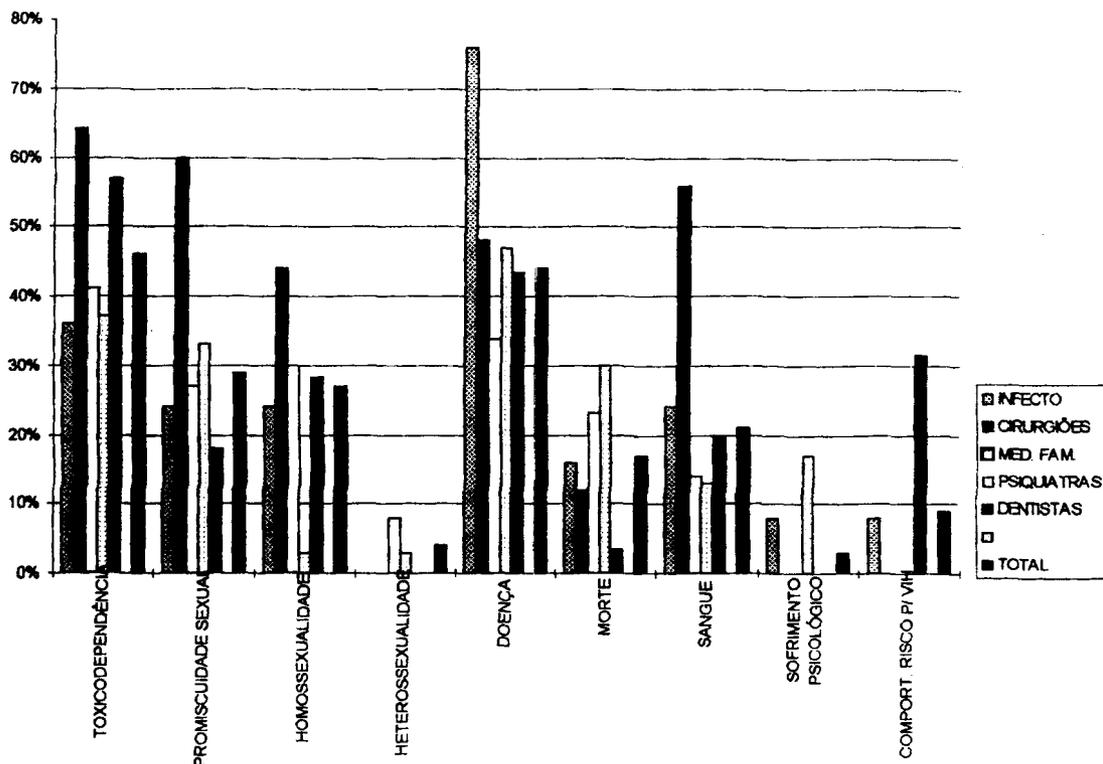
Finalmente, uma elevada percentagem de Cirurgiões associou SIDA a sangue, quando comparados com os outros especialistas.

Os resultados obtidos nesta dimensão evidenciaram que os médicos inquiridos associam fortemente a SIDA aos anteriormente denominados grupos de risco (como os homossexuais e os toxicodependentes) e à chamada promiscuidade sexual, o que coloca algumas questões interessantes.

Verificou-se que, apesar das evidências em contrário, nomeadamente os dados epidemiológicos postos à disposição dos profissionais da Medicina pelos centros de vigilância epidemiológica dos diferentes países, *os médicos estudados continuam a associar a doença a determinados grupos sociais* que, além de minoritários e estigmatizados, adoptam estilos de vida que não

FIGURA 1  
A que é que associa a SIDA?

Questão VII



se inserem nos normativos sociais dominantes, quer ao nível da orientação sexual quer ao nível do uso de drogas intravenosas e não aos comportamentos de risco para a infecção pelo VIH, como em princípio seria de esperar em técnicos de saúde com esta formação superior. Ou seja, tal como outros grupos sociais sem formação de saúde, muitos médicos ainda conceptualizam a possibilidade dos sujeitos poderem infectar-se por *serem* isto ou aquilo (neste caso a orientação homossexual e, também a toxicodpendência) e não, como seria de esperar, por *fazerem* isto ou aquilo, isto é, adoptarem comportamentos de risco. Estes, corresponderam a um número baixíssimo de respostas. Portanto, verificou-se que um grande número dos sujeitos da amostra não conseguiu fazer ainda a passagem da categoria estigmatizante e discriminatória de *grupos de risco* para a categoria *comportamentos de risco*, o

que poderá relacionar-se com atitudes negativas em relação aos infectados e aos sujeitos não-infectados mas pertencentes àqueles grupos sociais e provavelmente poderá querer dizer que, nesta dimensão das associações, as representações ancoradas nos contextos sociais se sobrepõem as do conhecimento profissional.

A associação a *promiscuidade sexual* é frequente, mas este resultado é de difícil interpretação na medida em que não foi avaliado o que é que os inquiridos entendiam por isso, o que será importante em estudos futuros já que há indicações de que, dentro do mesmo grupo social, aparecem diferentes conceptualizações do que é a promiscuidade sexual.

Pensamos ser importante referir a baixa associação à categoria *morte* que, no contexto específico de técnicos de saúde, pode ser explicável pelas escotomização que a formação médica ha-

bitualmente faz das questões associadas à morte e ao morrer, o que não deixa de ser interessante dada a óbvia e fortíssima associação entre a SIDA e a morte. Mais uma vez, a impotência resultante da ausência de respostas curativas pode relacionar-se com um resultado deste tipo.

Realce também para a grande associação que os Cirurgiões fizeram com *sangue*, o que poderá relacionar-se com as características específicas da sua prática profissional e com a percepção de vulnerabilidade à infecção no contexto profissional. Este resultado poderá estar relacionado com um medo maior de contrair a infecção que os Cirurgiões (tal como os Dentistas) evidenciaram (ver adiante).

*Verificou-se que foi nesta dimensão do estudo que os resultados foram mais discriminantes.* Enquanto que os Infeciologistas e os Psiquiatras associaram predominantemente a SIDA a *doença*, os outros grupos de especialistas médicos associaram-na predominantemente à *toxicodependência*. Este resultado parece ser congruente com conteúdos representacionais relacionados com uma posição mais médica e menos influenciada pelos valores sociais por parte dos dois primeiros grupos, como seria de esperar em profissionais da Medicina que lidam directamente com os problemas médicos dos doentes infectados e/ou imunodeficientes (Infeciologistas) e que estão mais atentos às implicações pessoais e relacionais da infecção (Psiquiatras).

### 3.3. Crenças

Nos grupos de Clínicos Gerais/Médicos de Família, Psiquiatras e Dentistas verificou-se uma tendência para a existência de uma crença comum: a de que o *comportamento sexual* dos sujeitos ter-se-ia alterado com o aparecimento da SIDA.

Nos Infeciologistas revelou-se essencialmente uma crença de que não seria esperável, nos tempos mais próximos, o aparecimento de tratamento curativo eficaz para a infecção pelo VIH.

Nos Dentistas revelou-se importante o grande predomínio das precauções profissionais como meio de prevenir a infecção pelo VIH, em concordância com uma percepção elevada de risco profissional.

Nos Clínicos Gerais/Médicos de Família sur-

giu a crença de que a falta de informação é que seria uma das principais causas de disseminação do vírus, o que pode ter como consequência não terem em conta outros factores pessoais, relacionais e situacionais como possíveis determinantes de comportamentos de risco.

Finalmente, os Psiquiatras acreditam que a SIDA teria introduzido modificações nas relações interpessoais, quer a nível sexual quer afectivo.

Ao nível desta dimensão os médicos inquiridos forneceram respostas maioritariamente ligadas ao modelo médico, não deixando emergir aspectos que apareceram na dimensão das associações. Julgamos que este facto foi devido a insuficiência de questões e, ao mesmo tempo, a questões que tal como foram formuladas já se encontravam direccionadas, o que tem que ser tido em conta em estudos futuros com sujeitos que, em virtude da sua formação, dispõem de conhecimentos científico-técnicos significativos na área da SIDA.

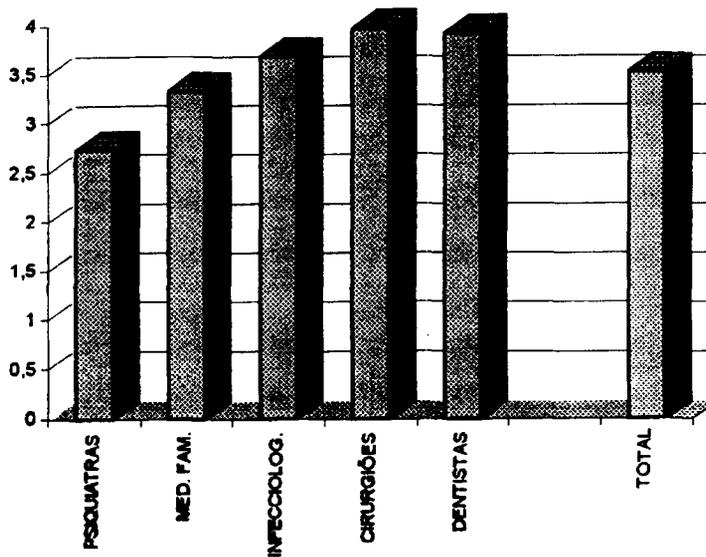
No entanto, devido à sua importância *é de salientar a crença evidenciada por Clínicos Gerais/Médicos de Família de que a falta de informação é que seria responsável pela disseminação do VIH.* Este aspecto revela, mais uma vez, uma negação da realidade de que sujeitos informados podem envolver-se em comportamentos de risco em relação ao VIH e uma hipervalorização da dimensão informação como sustentáculo de comportamentos protectores de saúde e desvalorização de outros factores (pessoais, relacionais e/ou sociais) que podem sustentar comportamentos de risco em sujeitos bem informados sobre o VIH e a SIDA. Ou seja, uma mudança de atitudes em relação à prevenção e ao próprio aconselhamento na área da SIDA por parte destes médicos terá que passar por uma mudança ao nível dos modelos de prevenção, que passe a considerar a complexidade de factores psicológicos e outros que podem motivar os comportamentos relacionados com a saúde para além do grau de informação/conhecimento de que o sujeito dispõe.

### 3.4. Atitudes

Todos os grupos de especialistas médicos estudados revelaram *atitudes positivas no que se refere ao relacionamento médico com os sujeitos*

FIGURA 2

Questão 1



QUADRO 2

PSQUIATRAS	MED. FAM.	INFECCIOLOG.	CIRURGIÕES	DENTISTAS	TOTAL
2.7308	3.3235	3.6800	3.9600	3.9167	3.5126

*infectados e doentes*. No entanto, nos Infeciologistas e nos Dentistas as precauções relacionadas com o medo de contágio emergiram de forma muito saliente.

Nos Psiquiatras verificou-se que as atitudes em relação aos sujeitos afectados (seropositivos e doentes) evidenciaram sobretudo dimensões associadas ao apoio psicológico, que não seriam diferentes daquelas que habitualmente valorizam em relação a quaisquer outros sujeitos a quem prestam cuidados de saúde.

Uma questão que merece atenção particular é a que se refere ao *medo de ser infectado pelo VIH* por parte dos diferentes grupos de médicos (ver Figura 2).

Globalmente, verificou-se que os sujeitos estudados revelaram medo moderado de contrair

infecção pelo VIH. A média de respostas de  $x=3.51$  (Quadro 2) coloca os sujeitos numa posição acima do ponto médio da escala (3) a que responderam. No entanto, no que diz respeito à comparação intergrupos verificou-se que os Cirurgiões e os Dentistas, com médias bastante altas,  $x=3.96$  e  $x=3.91$  respectivamente, evidenciaram muito mais medo de contrair a infecção do que os Psiquiatras ( $x=2.73$ ). Esta diferença revelou-se estatisticamente significativa para  $p<0.05$ .

No que se refere ao *medo de que alguém da família do médico possa infectar-se com VIH* verificou-se que os resultados foram muito semelhantes aos da questão anterior para todos os grupos ( $x=3.68$ ). Mais uma vez, foram os Cirurgiões e os Dentistas que obtiveram os resultados

mais altos ( $x=3.96$  e  $x=3.97$ , respectivamente), referindo terem mais medo que um familiar seu possa infectar-se do que os Psiquiatras ( $x=2.88$ ), sendo as diferenças estatisticamente significativas para  $p<0.05$ .

Especificando em relação às *atitudes face a sujeitos infectados e doentes*, os médicos que referiram já ter contactado com sujeitos nessas condições ( $n=165$ , ou seja, 67% do total de médicos que foram inquiridos) referiram ter boa relação, com média total de  $x=3.91$ , quando considerados globalmente. No entanto, quando se compararam os diferentes grupos, verificou-se uma diferença entre os Dentistas ( $x=3.48$ ) e os Infeciologistas ( $x=4.30$ ) estatisticamente significativa para  $p<0.05$ .

A importância vital desta dimensão resulta do facto de ser plausível que as atitudes possam influenciar os comportamentos dos médicos não só em relação à prestação de cuidados de saúde como também em relação à prevenção. No entanto, tenha-se em conta que, neste estudo, não foi especificamente estudada uma relação eventual entre esses dois tipos de variáveis.

Verificou-se que os médicos inquiridos revelaram um medo moderado de contrair a infecção, medo que parece ser extensível à família, mas este resultado não parece implicar atitudes negativas na relação com sujeitos infectados, o que parece indicar que, plausivelmente, o medo e as atitudes referidas são dirigidas à doença e não aos doentes.

A extensão do medo à família poderia relacionar-se com a idade dos sujeitos e/ou com a existência de filhos, nomeadamente adolescentes.

No entanto, como se viu, os Cirurgiões e os Dentistas foram os grupos que mais medo evidenciaram de contrair a infecção, o que provavelmente se relaciona com a já referida percepção de vulnerabilidade em relação ao que consideram ser risco profissional mas que, na realidade, pelos dados deste estudo não nos é possível afirmar se é assim ou se está relacionada também com risco social. Pensamos que este medo de contágio acentuado poderá influenciar atitudes profissionais negativas, apesar da declaração de que manteriam uma relação satisfatória com sujeitos afectados. Dada a natureza dos

actos médicos nessas especialidades é fácil de compreender como o medo do contágio poderá mais facilmente condicionar atitudes de evitamento ou outras atitudes negativas em relação a sujeitos infectados e/ou doentes, ou percebidos como tal.

Não foi investigado se a natureza positiva ou negativa das atitudes teria alguma relação com a idade dos sujeitos, porque os estudos têm evidenciado resultados inconsistentes e contraditórios (Horsman & Sheerman, no prelo). Também não foram estudadas especificamente as atitudes dos médicos inquiridos em relação à homossexualidade e à toxicod dependência. No entanto, a natureza dos resultados obtidos na dimensão associações obriga a que, em estudos futuros, se investiguem essas atitudes.

### 3.5. *Intenções comportamentais*

Independentemente dos níveis de intervenção específicos de cada grupo de especialistas médicos verificou-se que todos referiram que aceitariam bem o estabelecimento de relações sociais com sujeitos afectados, surgindo as maiores dificuldades em relação a relações íntimas com sujeitos seropositivos para o VIH.

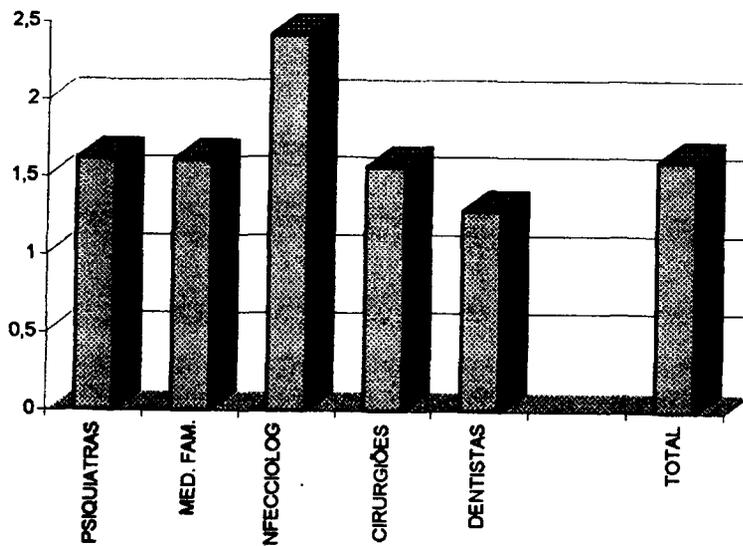
Mais particularmente, a *generalidade dos médicos aceitaria bem um colega de trabalho portador de VIH*, sendo a média global de  $x=3.95$ . No entanto, verificou-se que os Dentistas, com uma média de  $x=3.33$ , foram o grupo de médicos que aceitaria pior um colega de trabalho que fosse seropositivo, em comparação com Psiquiatras ( $x=4.38$ ), Clínicos Gerais/Médicos de Família ( $x=4.17$ ) e Infeciologistas ( $x=4.20$ ). As diferenças mostraram-se estatisticamente significativas para  $p<0.05$ .

Também se verificou que a *generalidade dos médicos aceitaria bem um amigo portador de VIH* (média global de  $x=4.19$ ), não se verificando diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Pelo contrário, com um grau maior de proximidade, a *generalidade dos médicos referiu que aceitaria bastante mal uma relação íntima com um portador de VIH* (média de  $x=1.60$ ) (Figura 3). No entanto, os Infeciologistas com média de  $x=2.42$  mostraram que aceitariam muito melhor uma relação desse tipo do que Clínicos Gerais/Médicos de Família ( $x=1.60$ ) e Dentistas

FIGURA 3  
Como aceitaria ter uma relação íntima com um indivíduo infectado?

Questão VI



( $x=1.28$ ), sendo as diferenças estatisticamente significativas para  $p<0.05$ .

Os Clínicos Gerais/Médicos de Família, perante sujeitos infectados com o VIH, demonstraram essencialmente terem intenção de transmitir informação sobre a infecção, especificamente informação de natureza biológica. Por seu lado, os Psiquiatras quando colocados na mesma situação, referiram que optariam por proporcionar uma intervenção dirigida às implicações psicológicas e familiares da situação.

A este nível de intenções comportamentais o que sobressaiu foi a aceitação positiva de um sujeito com SIDA, seja como amigo seja como colega de trabalho, associada a uma recusa em aceitar uma relação íntima com um sujeito infectado pelo VIH. Parece assim que os médicos inquiridos não tendem a discriminar os sujeitos por estarem infectados pelo VIH mas, quando a relação se torna íntima – ainda que não especificamente sexual – provoca de imediato uma reacção negativa que parece relacionar-se com uma proximidade percebida como ameaçadora. No entanto, tenha-se em conta que a ambiguidade

de do enunciado da questão ao incluir a intimidade, que pode remeter para significados diferentes, não permite retirar grandes conclusões dos resultados obtidos. Porém, no conjunto julgamos ser possível afirmar que, mais uma vez, o medo do contágio e a influência de valores sociais poderão ter-se sobreposto aos conhecimentos científicos, designadamente no que se refere às vias de transmissão da infecção e aos comportamentos preventivos.

Constata-se naturalmente as limitações do estudo nesta dimensão das intenções comportamentais, nas quais teria sido desejável também inquirir no que respeita a intenções relacionadas com pedidos para realizar o teste para o VIH, com o consentimento informado, com a confidencialidade, e com a actuação em situações de emergência médica relacionada com acidentes, entre outras.

#### 4. CONCLUSÕES

Enquanto grupo profissional diferenciado, os médicos têm representações da SIDA que resul-

*tam de uma combinação entre o discurso da Medicina sobre esta nova doença e os seus próprios quadros de referência normativo-valorativos, nomeadamente no que se refere a questões como a sexualidade e o uso de drogas. Acresce que as características inerentes a diferentes especialidades médicas têm como consequência o aparecimento de conteúdos representacionais diferenciados e partilhados pelos médicos pertencentes a essas especialidades.*

Globalmente, o grupo de médicos estudados evidenciou medo significativo em relação à infecção pelo VIH, não por se incluírem nos antigamente denominados grupos de risco a que ainda associam a doença, mas por terem uma percepção de vulnerabilidade em relação ao risco profissional.

Apesar disto, os conteúdos representacionais referem-se à doença e à perigosidade da infecção e não tanto em referência aos sujeitos infectados, em relação aos quais denotam atitudes positivas de aceitação e de manutenção de boa relação, desde que esta não se configure como de intimidade. Assim, referiram aceitar bem uma relação com sujeitos infectados, desde que essa relação não envolva um comportamento de eventual risco para si próprios, ainda que esse risco possa ser evitado por precauções que demonstram conhecer. Ou seja, os conteúdos representacionais não aparecem neste aspecto ancorados nos seus conhecimentos científicos sobre vias de transmissão e sobre comportamentos seguros.

Verificou-se, portanto, que *é quando o próprio médico é posto em causa que os seus conteúdos representacionais prévios se sobrepõem claramente ao seu conhecimento, impedindo-o de agir de acordo com a forma como o seu nível de informação/conhecimento permitiria.* Mais uma vez se mostrou que a informação por si só, e neste caso trata-se de um nível de informação e conhecimentos associado a nível educacional superior em matéria de saúde, embora necessária não é suficiente para garantir atitudes adequadas.

*A pertença a especialidades médicas diferentes parece relacionar-se com conteúdos representacionais diferentes em relação à SIDA.*

Assim, os Psiquiatras e os Infeciologistas evidenciaram representações que resultaram de uma maior ancoragem e objectivação dos seus

esquemas cognitivos na informação/conhecimento que possuem sobre a doença, o que conduziu a uma representação mais congruente com a realidade da infecção pelo VIH, tendo como consequência um tipo de atitudes expressas em relação à SIDA e aos sujeitos afectados mais positivas do que os Cirurgiões e os Dentistas.

Os Cirurgiões e os Dentistas, situando-se num pólo oposto em relação aos primeiros, evidenciaram uma representação dominada pelo medo de poder vir a contrair a infecção, essencialmente através das suas práticas profissionais respectivas, o que se expressou pela sua preocupação dominante ao nível das precauções profissionais e pela associação da SIDA ao sangue.

Parece que, em parte, foram as especificidades da actividade profissional associada às diferentes especialidades médicas, e designadamente a exposição ao sangue dos pacientes, que parecem ter condicionado diferentes representações da SIDA entre diferentes profissionais da Medicina. No entanto, repare-se que *foi nas especialidades médicas mais relacionadas com uma abordagem parcial do sujeito e menos investidas na relação médico-doente como dispositivo da intervenção (aqui representadas pelos Cirurgiões e pelos Dentistas) que se encontraram representações menos congruentes com a realidade dos conhecimentos e mais afastadas duma posição médica, quando comparadas com especialidades médicas mais relacionadas com uma abordagem mais global do sujeito e mais investida na relação médico-doente (aqui representadas pelos Psiquiatras e pelos Infeciologistas).* Neste aspecto, os pares de especialistas referidos situaram-se em pólos opostos, enquanto que os Clínicos Gerais/Médicos de Família se situaram numa posição intermédia entre esses dois pólos.

O medo de contrair a infecção evidenciado essencialmente por Cirurgiões e Dentistas, além de poder ser factor associado a stress ocupacional, poderá também condicionar a qualidade e a adequabilidade dos cuidados de saúde que são prestados e, eventualmente, poderá associar-se a atitudes discriminatórias em relação a sujeitos infectados ou imaginados como tal. Por outro lado, a associação feita entre SIDA e grupos sociais com comportamentos desviantes em relação ao normativo social poderá, no limite, associar-

-se a uma recusa de prestação de cuidados de saúde pelo facto do sujeito pertencer a determinado grupo social, nomeadamente homossexual e dependente de drogas intravenosas. A estigmatização dos sujeitos afectados pela SIDA e a possibilidade de atitudes discriminatórias apareceu mais associada a esses dois grupos de especialistas, que neste aspecto se diferenciaram claramente dos outros.

O presente estudo permitiu evidenciar algumas produções discursivas relevantes que os médicos fazem sobre a SIDA e verificar que, em termos gerais, essas representações mais fundadas numa visão social do problema sobrepõem-se claramente aos conhecimentos científicos, nomeadamente na dimensão biológica do medo do contágio e na dimensão moral dos valores da liberdade/controlo sexual. Ou seja, *nas cinco dimensões estudadas apareceram inferências pessoais que não se relacionam com o nível educacional nem com a actividade profissional e que fazem com que a visão social da SIDA se sobreponha à sua visão médica*. Refira-se, por exemplo, o predomínio de associações que remetem para uma visão social (e moral) da SIDA, tal como no estudo de Mannetti e Perro (1994).

Este estudo também permitiu pôr em evidência algumas diferenças entre os diversos especialistas, que poderão associar-se a atitudes e comportamentos diferentes em contexto profissional, nomeadamente no que se refere aos sujeitos infectados pelo VIH ou percebidos como tal em virtude de pertencerem a certos grupos sociais.

Considerando que os médicos têm uma posição estratégica na prevenção da infecção pelo VIH (sendo a prevenção a única forma de intervenção que actualmente é eficaz para evitar a disseminação do vírus) e também na prevenção do estigma social, este estudo revelou-se importante ao evidenciar outros aspectos que merecem reflexão aprofundada e *investigação ulterior*: os médicos não parecem autorepresentarem-se como peças-chave do dispositivo de prevenção; acreditam ainda de forma significativa que a mudança de comportamentos, indispensável para a prevenção, dependeria apenas de mais informação sobre o VIH e a SIDA, de tal maneira que esta crença escotomiza realidades clínicas; a

percepção de vulnerabilidade ao risco profissional parece poder associar-se a atitudes negativas e estigmatizantes em relação aos afectados e não se evidenciou uma preocupação com as implicações psicológicas que a situação pode ter para os afectados e suas famílias. Finalmente, verificou-se uma tendência geral para associar a SIDA a qualquer sujeito que tenha comportamentos de risco em relação ao VIH quando transmitem uma posição clínica ou médica e, ao mesmo tempo, uma tendência para associar a SIDA à homossexualidade e à toxicoddependência quando transmitem uma posição pessoal. Embora se tenha verificado que estas tendências se evidenciaram de formas diversas nos diferentes especialistas estudados, pode afirmar-se que *nas representações sociais que os médicos evidenciaram em relação à SIDA apareceram a visão biológica e a visão social, tal como é habitual noutras populações e noutros grupos sociais*, de tal maneira que nem sempre as representações sociais que os médicos têm da doença estão subordinadas ao discurso da ciência médica, na qual são protagonistas. Isto poderá querer dizer que os contextos sociais dos sujeitos que são médicos podem ser mais relevantes para a formação das suas representações da SIDA do que o seu contexto profissional.

## BIBLIOGRAFIA

- Horsman, J. M., & Sheeran, P. (no prelo). *Health Care Workers and HIV/AIDS: A critical review of the literature*. Department of Psychology. University of Sheffield.
- Krasnik, A., Fouchard, J., Bayer, T., & Keiding, N. (1990). Health workers and AIDS: Knowledge, attitudes and experiences as determinants of anxiety. *Scandinavian Journal Society Medical*, 18, 103-113.
- Mannetti, L., & Perro, A. (1994). Representaciones sociales del SIDA entre trabajadores de la salud en Italia. *Revista de Psicología Social*, 9 (1), 31-42.
- Schaffner, B. (1990). Reactions of medical personnel and intimates to persons with AIDS. In David Ostrow (Ed.), *Behavioral Aspects of AIDS* (pp. 341-354). New York: Plenum.
- Schneider, P.-B. (1991). *Regards discrets et indiscrets sur le médecin*. Paris: Masson, Médecine et Psychothérapie.

Teixeira, J. A. C., Antão, P., Costa, V., Flores, V., & Marques, I. (1993). Representações sociais da SIDA entre os Médicos. *Análise Psicológica*, 11 (2), 287-290.

#### RESUMO

As representações que os médicos têm da SIDA podem ter consequências a 3 níveis: na qualidade dos cuidados de saúde que são prestados a sujeitos seropositivos para o VIH e a doentes com SIDA; no desempenho dos médicos enquanto transmissores de informação e conhecimentos sobre VIH/SIDA e técnicos de saúde que influenciam atitudes e comportamentos dos outros; no papel que podem ter na prevenção da disseminação do vírus através da realização de aconselhamento de saúde (pré e pós-teste, por exemplo). Assim, neste artigo os autores apresentam os resultados de um estudo que incidiu sobre uma amostra de 245 médicos, sendo 105 Clínicos Gerais/Médicos de Família, 30 Psiquiatras, 25 Infeciologistas, 25 Cirurgiões e 60 Dentistas, exercendo em serviços de saúde da região de Lisboa, com a finalidade de investigar as diferentes práticas profissionais associadas a diferentes especialidades médicas podem ou não estar associadas a diferentes representações da SIDA. Veri-

ficou-se que, em geral, as inferências pessoais tendem a sobrepôr-se aos conhecimentos científico-técnicos e que Infeciologistas e Psiquiatras evidenciam representações mais congruentes com a realidade quando comparados com Cirurgiões e Dentistas, que tendem para uma visão mais social e moralista da doença.

*Palavras-chave:* SIDA, Médicos, Representações sociais.

#### ABSTRACT

This article reports the results of an empirical investigation of physician's social representations of AIDS. These representations could have consequences on health care quality, and on physician's attitudes concerning HIV-infected subjects, persuasive messages about risk avoidance, behavior change, prevention and counselling. In this study were considered 245 subjects: 105 General Practitioners/Family Doctors, 30 Psychiatrists, 25 Infeciologists, 25 Surgeons and 60 Dentists. The results show a overlapping tendency of personal inferences, which are congruent with pre-existing representations, in comparison with contents anchored in medical knowledge.

*Key words:* AIDS, Physicians, Social representations