

António Manuel Nunes Ferreira

**Conhecimentos sobre VIH/Sida nos clientes de um hospital de
Lakes State - Sudão do Sul**

Mestrado em Enfermagem Comunitária



Viseu, maio de 2016

António Manuel Nunes Ferreira

**Conhecimentos sobre VIH/Sida nos clientes de um hospital
de Lakes State - Sudão do Sul**

Mestrado em Enfermagem Comunitária

Orientadora: Professora Doutora Madalena Cunha

Coorientadores: Professor Doutor João Carvalho Duarte;
Professora Doutora Susana André

Viseu

“Now I feel like everybody else.
I am not thinking all the time about HIV.
I do not bury my dreams”.

(Thobani _capayi, from Khayelitsha, Cape Town,
is HIV-positive and receiving treatment).

Dedico este trabalho a todos os cidadãos do Sudão do Sul, desejando-lhes um futuro promissor.

Agradecimentos

Ao longo deste trabalho muitas foram as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a sua concretização. A todas elas gostaria de expressar a minha profunda gratidão pelo apoio prestado.

À Professora Doutora Madalena Cunha, minha Orientadora, pelo profissionalismo, sabedoria, encorajamento, disponibilidade e inestimável apoio;

Ao Professor Doutor João Duarte, agradeço a sua prestimosa ajuda no tratamento estatístico.

A todas os clientes do *Hospital Mary Immaculate de Mapuordit*, que aceitaram integrar a investigação e que responderam ao questionário.

À Administração do *Hospital Mary Immaculate de Mapuordit*, por autorizar a aplicação dos questionários e pela sua prestimosa colaboração.

A todos, o nosso muito obrigado.

Resumo

Enquadramento: O VIH/Sida exige uma ação direcionada na vertente da prevenção, cujo suporte integra a transmissão de conhecimentos promotores da adoção e manutenção de comportamentos seguros, em conformidade com as características sociais e culturais dos indivíduos.

Objetivos: Validar, para a população do Sudão do Sul, a Escala de Conhecimentos sobre VIH/Sida, *The HIV Knowledge Questionnaire: HIV-KQ-45*, de Carey et al. (1997); analisar de que forma as variáveis sociodemográficas influenciam os conhecimentos sobre VIH/Sida, dos cidadãos de Mapuordit Sudão do Sul; verificar se a frequência de formação sobre VIH/Sida influencia o seu nível de conhecimentos.

Metodologia: Estudo quantitativo, descritivo-analítico e transversal, com 232 clientes do *Mary Immaculate de Mapuordit Hospital*. Foi utilizado um Questionário de caracterização sociodemográfica e do contexto de formação sobre o VIH/Sida, e o *HIV Knowledge Questionnaire (HVI-K-Q)* de Carey, Morrison-Beedy e Johnson (1997).

Resultados: Amostra é maioritariamente masculina (74.6%), com uma média de idade 22,83 (± 5.793 anos). A análise fatorial confirmatória do HIV-K-Q permitiu apurar 5 fatores, cujos valores médios mais significativos foram nos fatores preconceitos/medos (média=80.60%), conhecimentos sobre os comportamentos de risco (média=76.58%) e vias de transmissão (média=70.36%). Os sudaneses pontuaram maioritariamente com razoáveis conhecimentos sobre a Sida (média=68.08%). As mulheres, os participantes mais velhos, com companheiro(a), mais escolarizados, profissionalmente ativos, a distar do hospital ≤ 20 Km, deslocando-se num veículo não motorizado e com diagnóstico de VIH relataram mais conhecimentos sobre a Sida. Os participantes com informação sobre a prevenção do VIH/Sida e frequência em *workshop* na área demonstraram melhores conhecimentos. Revelaram-se preditivas dos conhecimentos acerca da doença as habilitações literárias ($\beta=0.32$) e o diagnóstico de VIH/Sida ($\beta=0.14$) revelou-se preditor dos conhecimentos sobre os comportamentos de risco.

Conclusão: As casuísticas significativas do VIH/Sida justificam considerar as habilitações literárias e a presença de diagnóstico VIH/Sida como variáveis a avaliar previamente ao planeamento estratégico das ações de educação para a prevenção do VIH/Sida no Sudão do Sul.

Palavras-chave: Conhecimentos; VIH/Sida; Sudão do Sul.

Abstract

Background: HIV/AIDS requires an action directed at the area of prevention, whose support includes the transmission of knowledge promoting the adoption and maintenance of safe behavior in accordance with the social and cultural characteristics of individuals.

Objectives: To validate, for the people of Southern Sudan, the Knowledge Scale HIV / AIDS, The HIV Knowledge Questionnaire: HIV-KQ-45, Carey et al. (1997); examine how sociodemographic variables influence the knowledge about HIV / AIDS, citizens of Mapuordit South Sudan; check the frequency of training on HIV/AIDS affects their level of knowledge.

Methodology: Quantitative, descriptive-analytical and cross-sectional study with 232 clients of Mary Immaculate of Mapuordit Hospital, one sociodemographic questionnaire and context of training on HIV/AIDS, and HIV Knowledge Questionnaire (HVI-K-Q) Carey, Morrison-Beedy and Johnson (1997) was used.

Results: Sample is predominantly male (74.6%) with a mean age 22.83 (± 5.793 years). Confirmatory factor analysis of HIV-KQ, it appeared that 5 factors whose most significant values were the prejudices/fears factors (mean=80.60%), knowledge about risk behaviors (mean=76.58%) and transmission routes (mean=70.36%). Sudanese mainly scored with reasonable knowledge on AIDS (mean=68.08%). Women, older participants with a partner (a), more educated, professionally active, to be within the hospital =<20 Km, moving in a non-motorized vehicle and HIV diagnosis reported more knowledge about AIDS. Participants with information about HIV/AIDS and frequency workshop in the area showed better knowledge. Proved to be predictive of knowledge about the disease educational attainment ($\beta=0.32$) and the diagnosis of HIV/AIDS ($\beta=0.14$) was revealed predictor of knowledge about risk behaviors.

Conclusion: The significant cases of HIV/AIDS justify considering the educational and the presence of diagnosed HIV/AIDS as variables to assess in advance the strategic planning of education activities for the prevention of HIV/AIDS in South Sudan.

Keywords: Knowledge; HIV/Aids; South Sudan.

Índice

Introdução	21
1. Metodologia	37
1.1. Métodos	37
1.2. Participantes	39
1.2.1. Caracterização da amostra	39
1.3. Instrumento de colheita de dados	41
Factores	49
1.2.2. Validade convergente e fiabilidade compósita	53
1.4. Critérios de operacionalização e recodificação das variáveis	55
1.5. Procedimentos formais e éticos	56
1.6. Análise dos dados	56
2. Resultados	59
2.1. Análise descritiva	59
2.2. Análise inferencial	69
2.2.1. Variáveis sociodemográficas e conhecimentos sobre a Sida	69
2.2.2. Variáveis de contexto de formação e conhecimentos sobre a Sida	77
3. Discussão	78
3.1. Discussão metodológica	93
3.2. Discussão dos resultados	94
Conclusão	101
Referências bibliográficas	103
Anexos	107
Anexo I - Instrumento de recolha de dados	
Anexo II - Autorização do autor do questionário	
Anexo III - Autorizações de aplicação do instrumento de colheita de dados	
Anexo IV - Scores do questionário obtidas para os 45 itens aferidos pelo estudo psicométrico	

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Estatísticas relativas à idade segundo o sexo.....	39
Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica em função do sexo.....	41
Tabela 3 - Consistência interna dos itens do HIV Knowledge Questionnaire (HVI-K-Q)...	47
Tabela 4 - Ordenações dos itens por fator e pesos fatoriais	49
Tabela 5 - Trajetórias, rácios críticos e coeficientes lambda da escala de conhecimentos sobre a Sida	50
Tabela 6 - Índices de bondade de ajustamento global.....	53
Tabela 7 - Fiabilidade compósita e Variância extraída Média	54
Tabela 8 - Operacionalização das variáveis sociodemográficas	55
Tabela 9 - Classificação do grau de dispersão em função do Coeficiente de variação	57
Tabela 10 - Estatística referente à informação sobre a prevenção do VIH/Sida em função do sexo.....	60
Tabela 11 - Presença de diagnóstico de VIH em função do sexo	61
Tabela 12 - Estatísticas percentuais relativas aos conhecimentos sobre a Sida	62
Tabela 13 - Níveis de conhecimentos sobre a Sida em função do sexo	62
Tabela 14 - Níveis dos conhecimentos sobre a Sida em função dos grupos etários	63
Tabela 15 - Níveis dos conhecimentos sobre a Sida em função do estado civil	64
Tabela 16 - Níveis dos conhecimentos sobre a Sida em função das habilitações 64literárias.....	64
Tabela 17 - Níveis dos conhecimentos sobre a Sida em função da situação profissional	65
Tabela 18 - Níveis dos conhecimentos sobre a Sida em função do tipo de habitação	65
Tabela 19 - Níveis dos conhecimentos sobre a Sida em função da distância entre a residência e o hospital	66
Tabela 20 - Níveis dos conhecimentos sobre a Sida em função do meio de transporte ..	66
Tabela 21 - Níveis dos conhecimentos sobre a Sida em função do grupo étnico	67
Tabela 22 - Níveis dos conhecimentos sobre a Sida em função da zona de residência ..	67
Tabela 23 - Níveis dos conhecimentos sobre a Sida em função do diagnóstico de VIH...	67
Tabela 24 - Níveis dos conhecimentos sobre a Sida em função da informação sobre a prevenção do VIH/Sida	68
Tabela 25 - Níveis dos conhecimentos sobre a Sida em função da participação em workshop sobre como prevenir o VIH/Sida.....	68
Tabela 26 - Teste U de Mann-Whitney para diferença de médias dos conhecimentos sobre a Sida em função do sexo.....	70

Tabela 27 - Teste Kruskal-Wallis para diferença de médias dos conhecimentos sobre a Sida em função dos grupos etários.....	70
Tabela 28 - Teste U de Mann-Whitney para diferença dos conhecimentos sobre a Sida em função do estado civil	71
Tabela 29 - Teste Kruskal-Wallis para diferença de médias dos conhecimentos sobre a Sida em função das habilitações literárias	72
Tabela 30 - Teste U de Mann-Whitney para diferença de médias dos conhecimentos sobre a Sida em função do grupo étnico	72
Tabela 31 - Teste U de Mann-Whitney para diferença de médias dos conhecimentos sobre a Sida em função da zona de residência.....	73
Tabela 32 - Teste U de Mann-Whitney para diferença de médias dos conhecimentos sobre a Sida em função da situação profissional	73
Tabela 33 - Teste U de Mann-Whitney para diferença de médias dos conhecimentos sobre a Sida em função do tipo de habitação	74
Tabela 34 - Teste U de Mann-Whitney para diferença de médias dos conhecimentos sobre a Sida em função da distância de casa ao hospital.....	74
Tabela 35 - Teste U de Mann-Whitney para diferença de médias entre o meio de transporte e os conhecimentos sobre a Sida	75
Tabela 36 - Teste U de Mann-Whitney para diferença de médias dos conhecimentos sobre a Sida em função da presença de diagnóstico de VIH	75
Tabela 37 - Teste U de Mann-Whitney para diferença de médias entre a informação sobre a prevenção do VIH/Sida e os conhecimentos sobre a Sida	77
Tabela 38 - Teste U de Mann-Whitney para diferença de médias dos conhecimentos sobre a Sida em função da participação em workshop sobre como previr o VIH/Sida	78
Tabela 39 - Correlações de Pearson entre variáveis independentes e conhecimentos sobre Sida	79
Tabela 40 - Correlações de Pearson entre variáveis independentes e o conhecimento sobre as vias de transmissão.....	81
Tabela 41 - Correlações de Pearson entre variáveis independentes e o conhecimento sobre as crenças face à Sida.....	83
Tabela 42 - Correlações de Pearson entre variáveis independentes e conhecimentos sobre a doença	85
Tabela 43 - Correlações de Pearson entre variáveis independentes e o conhecimento sobre os preconceitos e medo face à Sida	87
Tabela 44 - Correlações de Pearson entre variáveis independentes e total dos conhecimentos sobre a Sida.....	89

Índice de Figuras

Figura 1 - Esquema conceptual de base da relação prevista entre as variáveis	38
Figura 2 - Gráfico de Scree Plot.....	48
Figura 3 - Modelo 1 - Modelo inicial da escala de conhecimentos sobre a Sida.....	51
Figura 4 - Modelo final refinado da escala de conhecimentos sobre a Sida	52
Figura 5 - Modelo final de 2ª ordem	53
Figura 6 - Modelo ajustado aos conhecimentos sobre os comportamentos de risco.....	81
Figura 7 - Modelo ajustado do conhecimento sobre as vias de transmissão.....	83
Figura 8 - Modelo ajustado do conhecimento acerca das crenças face à Sida	84
Figura 9 - Modelo ajustado dos conhecimentos sobre a doença.....	86
Figura 10 - Modelo ajustado dos conhecimentos sobre os preconceitos e medos acerca da Sida	88
Figura 11 - Modelo ajustado dos conhecimentos sobre VIH/Sida (fator global)	90
Figura 12 - Regressão múltipla multivariada entre as variáveis latentes e as variáveis manifestas	91

Índice de Quadros

Quadro 1 - Regressão múltipla entre os conhecimentos sobre os comportamentos de risco e variáveis independentes.....	80
Quadro 2 - Regressão múltipla entre o conhecimento sobre as vias de transmissão e variáveis independentes	82
Quadro 3 - Regressão múltipla entre os conhecimentos acerca das crenças e variáveis independentes	84
Quadro 4 - Regressão múltipla entre conhecimentos sobre a doença e variáveis independentes	86
Quadro 5 - Regressão múltipla entre os conhecimentos sobre os preconceitos e medo e variáveis independentes	88
Quadro 6 - Regressão múltipla entre o total dos conhecimentos sobre a Sida e variáveis independentes	90

Introdução

Desde o seu aparecimento, a infeção por Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) tem suscitado o interesse das ciências sociais em decorrência das questões socialmente envolvidas nas formas de transmissão, como a sexualidade, o género, a toxicodependência ou a discriminação, bem como os problemas que suscitam em termos de ordem política, jurídica e económica, nomeadamente a intervenção do Estado no âmbito da saúde pública e o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde (Maia & Ferreira, 2014). De acordo com os mesmos autores, por força da sua gravidade e amplitude, a epidemia de VIH/Sida tem alterado inclusive o tecido das organizações não-governamentais. Contrariamente, à mobilização associativa, as respostas dos Estados à epidemia têm sido lentas.

Em consequência, o complexo VIH/Sida a nível mundial tem-se constituído, desde os meados da década de 80 do século XX, como um dos temas mais relevantes nas agendas políticas no domínio da saúde pública e no domínio da ação social (Lopes, 2014). A mesma autora acrescenta que se trata de uma epidemia de contornos complexos, marcados quer pelas especificidades da doença, enquanto tal, quer pelos constructos culturais e simbólicos que, desde sempre, a rodearam. O complexo VIH/Sida representa um conjunto de desafios novos que as políticas sociais têm que continuar a negociar e a incorporar. Na gestão desses novos desafios, desde cedo se assumiu a importância da participação de um conjunto alargado de intervenientes, desde os atores públicos aos atores privados, passando pelas famílias, pelos profissionais de saúde, entre outros.

O VIH, cuja designação oficial e internacional é *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) pertence ao grupo dos retrovírus, que são vírus que medem cerca de um décimo milésimo de milímetro que têm um invólucro, e que têm a particularidade de possuir um ARN (Ácido Ribonucleico) que, graças a uma enzima especial, é transcrito numa cópia de ADN (Ácido Desoxirribonucleico) no interior da célula. O VIH apresenta uma certa afinidade por determinadas células do sistema imunitário, os linfócitos T4. A infeção por este vírus dá-se quando este entra em contacto com os linfócitos do hospedeiro (Montagnier, 2014).

Este vírus tem como células alvo os linfócitos T4, os quais têm um recetor, o CD4, que tem capacidade de fixar um dos invólucros do vírus VIH. A partir do momento em que o vírus se encontra fixado ao linfócito, o seu invólucro, constituído por proteínas, muda de forma fundindo-se com a do linfócito. O maquinismo celular põe-se então em marcha, só que, desta feita, trabalhando a favor do vírus. Graças às moléculas de transcriptase inversa, o ARN do vírus é transcrito em ADN, e o ADN viral é inserido no ADN do linfócito, formando um pro-vírus. Em seguida o vírus introduz o seu ARN no interior do linfócito já contaminado. Se o linfócito for ativado, o pro-vírus passa a produzir os ARN mensageiros que «codificam»

para a totalidade do vírus, por outras palavras, fornecem aos ribossomas a informação que possibilita a fabricação das proteínas do vírus. O retrovírus pode, então, reproduzir-se a expensas do linfócito T4 (Daudel & Montagnier, 2013).

Segundo Montagnier (2014), o VIH replica-se sempre da mesma maneira da célula que infecta. A replicação efetua-se em três etapas: penetração do vírus na célula; inserção ao acaso dos genes do VIH no ADN da célula hospedeira; a expressão de novas partículas virais prontas a infetar outras células. Este pode ser transmitido, exclusivamente, por três vias: sexual, endovenosa (transusão sanguínea ou de fatores de coagulação no caso dos hemofílicos e, ainda, por partilha de objetos perfurantes/cortantes, e passagem da mãe ao feto ou ao lactente (Grmek, 2014). A modalidade mais comum é a infeção durante as relações sexuais. No esperma e nas secreções vaginais das pessoas contaminadas, o vírus está presente em pequena quantidade no estado livre e, em quantidade muito mais considerável, sob a forma de associação estreita com células infetadas. A doença pode ser transmitida por vírus livres, mas ao que parece a infeção opera-se em maior grau por meio de células vivas contaminadas (Grmek, 2014).

O processo de evolução da doença é longo. Depois da infeção pelo VIH, decorre normalmente um largo período até à manifestação dos primeiros sinais clínicos. A história natural da doença compreende várias etapas: a fase precoce ou primo-infeção, a fase assintomática ou fase silenciosa e a doença clínica – SIDA (Montagnier, 2014).

A fase precoce da infeção pode ser clinicamente silenciosa ou manifestar-se por sinais não específicos de uma infeção viral aguda, semelhante a uma gripe. Por esta razão, esta fase passa muitas vezes despercebida. São vários os sinais que podem aparecer num período que pode variar de uma a mais de quatro semanas, tais como: febre, erupções cutâneas, cefaleias, mialgias, artralguas, diarreia e dor de garganta. Raramente ocorre o aparecimento de adenopatias e manifestações neurológicas que refletem a passagem do vírus no cérebro (Ferreira, 2014). Geralmente, três meses após a exposição ao vírus aparecem os anticorpos específicos. O doente raras vezes vai à consulta por causa destes sinais tão anódinos, mas o interrogatório realizado, posteriormente, pelo médico pode permitir datar a contaminação. Estudos recentes sugerem que o prazo para o aparecimento da Sida está ligado à severidade clínica da primo-infeção (Montagnier, 2014).

No que se refere à sua fase assintomática, depois da infeção por VIH, decorre em média uma dezena de anos até se manifestarem sinais clínicos e biológicos (Patrão, 2014). Nesta fase, a pessoa não apresenta qualquer sinal clínico de doença, mas pode transmitir o vírus a outras pessoas. Esta é a altura em que habitualmente se fala, não de doença, mas sim de seropositividade. Segue-se um período em que os indivíduos apesar de serem

portadores do VIH, não referem quaisquer sintomas, podendo viver muitos anos sem serem atingidos por infeções graves (Duque, 2012).

Na fase da denominada doença clínica – Sida, segundo Montagnier (2014), a Sida revela-se pelo aparecimento de uma ou mais infeções oportunistas, sendo as mais frequentes a pneumonia por *Pneumocystis Carinii*, a toxoplasmose, a tuberculose e a criptococose. Para o mesmo autor, manifestam-se como doenças potencialmente mortais: infeções por vírus: *Citomegalovirus*, *Herpes Simplex*, *Epstein-Barr*; infeções por bactérias: *Mycobacterium avium-intracelulare*, outras microbactérias que normalmente não causam doenças, *Mycobacterium tuberculosis*, *Salmonella* e outras; infeções por fungos: candidíase dos pulmões ou esófago (por *Candida albicans*, uma levedura); neoplasias: cancros como linfoma e linfoma de *Hodgkin* causado pelo vírus *Epstein-Barr* e sarcoma de *Kaposi*. Outras condições incluem encefalopatia causada por VIH que leva à demência e é uma ação direta do vírus nos micróglia (células cerebrais semelhantes a macrófagos) que infecta. Um achado característico é a leucoplaquia pilosa (placa branca pilosa na boca) devida ao vírus Epstein-Barr.

Quanto ao modo de transmissão, dá-se habitualmente por via sexual, por via sanguínea ou por transmissão da mãe para o filho na gravidez, no parto ou no aleitamento materno (Ford, 2012). Após a transmissão do vírus, desenvolve-se uma infeção crónica que evolui por várias fases clínicas. Existem diversos genes que influem na história natural desta patologia, condicionando a maior ou menor rapidez da sua evolução até à fase da doença, bem como a resposta ao tratamento. A partir do momento em que penetra no organismo humano, o vírus atinge e destrói os glóbulos brancos, que protegem contra as infeções. Todavia, importa ressaltar que esta primeira infeção passa quase sempre despercebida, não sendo sempre perceptível a sua associação ao VIH, caracterizando-se pela manifestação, em geral, de sintomas virais inespecíficos e aumento ganglionar (Antunes, 2012).

De acordo com a autora supracitada, em seguida, os doentes ficam aparentemente bem por um longo período, que pode ir de oito a dez anos, embora infetados. Depois do período assintomático, ocorre a fase de sintomatologia da doença que evolui por diversos períodos, com duração de alguns meses a vários anos. Na doença sintomática precoce emergem infeções de gravidade moderada que regularmente não colocam em risco a vida do doente, como, por exemplo, a rinite, a sinusite, a foliculite, as úlceras aftosas, os herpes genital e zona, entre outras. Numa fase mais tardia manifesta-se o emagrecimento e a quebra do estado geral, diarreia, febre, infeções pulmonares, meningite, depressão e outras complicações (Antunes, 2012).

A degradação imunológica torna-se mais evidente e promove a ocorrência de doenças oportunistas, infecciosas ou neoplásicas, constituindo a principal causa de morbidade e de mortalidade (Duque, 2012; Antunes, 2012). Em cerca de 80% dos casos, a doença oportunista, infecciosa ou neoplásica, assume-se como a manifestação inaugural da Sida, sendo os locais do organismo mais afetados por estas infeções o aparelho respiratório, o sistema nervoso, o aparelho digestivo, o sangue, a pele e as mucosas (Antunes, 2012). A mesma autora refere que, para além destas doenças oportunistas, cerca 20% dos doentes apresentam igualmente uma co-infeção com o vírus da hepatite B ou C, o que contribui para o agravamento do seu prognóstico. Durante o período de evolução da infeção emerge o risco de transmissão do vírus. Por outro lado, a superinfeção por um segundo vírus numa pessoa já infetada pode ocorrer, resultando na degradação do seu estado clínico.

Caso a pessoa infetada não esteja a ser submetida a tratamento, a evolução da infeção resulta quase sempre na doença progressiva e, conseqüentemente, na morte. Antunes (2012) refere que o objetivo fundamental da terapêutica consiste na redução da carga viral, bem como na estimulação da função imunológica, tanto quanto possível. A mesma autora menciona que os avanços terapêuticos têm sido rápidos, todavia, a resistência aos medicamentos antimicrobianos é uma situação muito frequente. Por conseguinte, é importante o cumprimento da terapêutica para que se possa garantir a máxima eficácia e impedir o aparecimento de vírus multirresistentes.

As partículas virais de VIH têm um diâmetro de 100 nanómetros (nm) e estão rodeadas por uma membrana lipo-proteica. Cada partícula contém 72 complexos glicoproteicos integrados nesta membrana lipídica e cada um é composto por trímeros de uma glico-proteína (gp) externa, a gp120 e por uma proteína transmembranar a gp41. Segundo Oh Sy (2012), a ligação entre a gp120 e a gp41 não é definitiva pelo que a gp120 pode mudar espontaneamente com o ambiente local. A glico-proteína gp120 pode também ser detectada no soro, bem como no tecido linfático de doentes infetados por VIH-1.

Durante o processo de formação das vesículas, o vírus pode também incorporar a partir da membrana da célula hospedeira na sua camada lipo-proteica, diferentes proteínas do hospedeiro, como as proteínas HLA (*human leukocyte antigen system*) de classe I e II, ou proteínas de adesão, como a ICAM-1 que podem facilitar a adesão a outras células alvo. A proteína (p) de matriz p17 é ancorada ao interior da membrana lipo-proteica viral. O antigénio p24 do núcleo contém duas cópias de ARN de HIV-1. O ARN de VIH faz parte de um complexo proteína-ácido, que é composto pela núcleo-proteína p7 e pela transcriptase reversa p66 (RT). A partícula viral contém todo o equipamento enzimático necessário à

replicação: uma transcriptase reversa (RT), uma integrase p32 e uma protease p11 (Bour, 2010).

O CD4, já tinha sido caracterizado em 1984 como um recetor primário e necessário para o VIH-1, HIV-2 e SIV. No entanto, experiências com linhas de células não-humanas transfetadas com CD4 humano mostraram que a expressão do CD4 humano na superfície das células de uma linha celular não humana não era suficiente para permitir a entrada do VIH (Bravo, Edwards, Rollnick & Elwyn, 2010). Deste modo, foi postulada a necessidade de um coreceptor humano adicional para a entrada viral. Por outro lado, alguns isolados laboratoriais de VIH-1 bem como de VIH-2 e SIV são capazes de infetar células humanas independentemente do CD4 (Bravo, Edwards, Rollnick & Elwyn, 2010). Os anticorpos monoclonais contra o CD4 induzem epitopos conformacionais (CD4I) que se ligam a gp120 de vírus independentes de CD4. Estas observações sugerem que a gp120 de vírus independentes de CD4 expõem as regiões que são necessárias para o reconhecimento e ligação do coreceptor e conseqüentemente a ligação ao CD4 não é um pré-requisito para a entrada destes vírus. Vírus independentes de CD4 são fáceis de neutralizar usando soro de doentes infetados com VIH, sugerindo que a resposta imunitária é selecionada contra vírus independentes de CD4 (Bravo, Edwards, Rollnick & Elwyn, 2010).

Quanto mais elevada a carga viral mais infeccioso é o doente, o que é particularmente importante para os doentes na fase aguda da infeção pelo vírus. Durante este período, e na ausência de qualquer resposta imunitária adaptativa detetável, o vírus replica-se de forma extensiva atingindo e ultrapassando as 100 milhões de cópias de RNA viral/ml (Bravo, Edwards, Rollnick & Elwyn, 2010).

De acordo com Bour (2010), na ausência de qualquer intervenção estima-se que 15 a 30% das mães infetadas pelo VIH o transmitam aos seus filhos durante a gravidez e parto. Em cerca de 75% dos casos, o VIH é transmitido na última fase da gravidez ou durante o parto. Cerca de 10% dos casos de transmissão vertical ocorrem antes do terceiro trimestre e entre 10 a 15% são causados pelo aleitamento. Nos países ocidentais, a transmissão perinatal (vertical) do VIH tem-se tornado cada vez menos frequente desde que foi instituída a profilaxia da transmissão com terapêutica anti retrovírica e se tem optado pela cesariana eletiva (Bour, 2010).

Na maioria dos países ocidentais, a administração ou transfusão de sangue ou derivados sanguíneos contaminados pelo VIH tem-se tornado um acontecimento raro. Com os atuais testes de deteção, o risco de infeção numa unidade de transfusão é de um em mil. No entanto, apesar de na Europa Ocidental, Estados Unidos, Austrália, Canadá e Japão

vigorarem regras firmes quanto à análise do sangue doado, o mesmo não acontece noutros países (Bour, 2010).

A síndrome viral aguda da infeção primária por VIH, definida pelo período de tempo entre a infeção inicial e o desenvolvimento da resposta imunológica, apresenta sintomas que muitas vezes se assemelham aos da mononucleose. Estes sintomas aparecem durante os primeiros dias ou semanas após a exposição ao VIH. No entanto, os sintomas ou sinais podem não ocorrer em todos os doentes infetados. Normalmente, durante a infeção aguda por VIH, existe uma elevada virémia plasmática e um decréscimo acentuado das células CD4 (coreceptor de células protetoras do tipo T, macrófagos, monócitos e células dendríticas, presentes na pele e em mucosas, principalmente dos órgãos). Posteriormente, a contagem de células CD4 volta a aumentar, mas normalmente para níveis inferiores aos existentes antes da infeção (Bravo, Edwards, Rollnick & Elwyn, 2010).

De uma forma geral, depois da infeção aguda ocorre o equilíbrio entre a replicação viral e a resposta imune do hospedeiro, sendo que muitas das pessoas infetadas podem não apresentar manifestações clínicas da infeção por VIH durante anos. Mesmo na ausência de tratamento antirretroviral, o período de latência clínica pode durar entre 8 a 10 anos, como já referido. Porém, o termo “período de latência” pode ser falacioso, devido à replicação extremamente elevada do vírus e à destruição diária severa de células T CD4 (Antunes, 2012).

No *terminus* do “período de latência”, podem ocorrer vários sintomas ou sinais que não cumprem os critérios de definição de Sida, os quais compreendem sinais imunológicos, dermatológicos e hematológicos ligeiros. Muitos deles estão referidos na Categoria B do sistema de classificação do CDC. Sintomas inespecíficos, como a febre, a perda de peso, os suores noturnos e a diarreia, podem igualmente desenvolver-se. Nesta situação, o nível de 200 células CD4/ μ l revela-se um importante limite, abaixo do qual aumenta o risco de desenvolvimento de muitas das doenças que definem a Sida, entre as quais se encontram várias infeções oportunistas e certas neoplasias. Acima das 200 células CD4/ μ l, a maioria das doenças que definem a Sida constituem eventos raros (Antunes, 2012).

No entanto, o curso da infeção pode variar e, nalguns casos, a progressão para Sida ocorre rapidamente. Os fatores do hospedeiro determinam principalmente se um indivíduo infetado por VIH evolui ou não clinicamente para uma imunodeficiência ou se esse indivíduo pertence ao grupo dos progressores lentos (*long-term non-progressors*), que representam cerca de 5% de todos os doentes infetados (Bour, 2010).

Segundo o Relatório Mundial UNAIDS/OMS (2014), referido na revista Informação Sida e outras doenças infecciosas (2015), o acesso ao tratamento do VIH melhorou

significativamente nos últimos anos. Mais de um milhão de pessoas em países de baixo e médio rendimento vivem agora vidas mais longas e melhores porque estão em tratamento anti retrovírico e cerca de 250 a 350 mil mortes foram evitadas nos últimos anos, graças ao acesso expandido ao tratamento do VIH.

Os fármacos usados no tratamento da infeção por VIH interferem nas funções da biologia do vírus, suficientemente diferentes das funções das células humanas. Há nestes fármacos, inibidores da enzima transcriptase, reversa que o vírus usa para se reproduzir e que não existem nas células humanas (Nunes, 2014). De acordo com o mesmo autor, o tratamento consiste na combinação de medicamentos de cada um dos três grupos que minimizam a carga vírica e retardam os malefícios que o vírus pode provocar no sistema imunológico. Os medicamentos anti retrovíricos podem ser administrados em qualquer fase da infeção, na fase aguda, no período assintomático, na fase sintomática mas sem critérios de Sida ou na fase de Sida.

A medicação pode levar a um falso sentimento de segurança, uma vez que diminui a carga vírica e, conseqüentemente, o risco de transmissão do vírus – mas não o torna nulo. Além do mais, a medicação pode levar ao aparecimento de resistências e, havendo transmissão, poderá ser já de uma estirpe resistente (Mota, 2010). A quimioprofilaxia, após uma relação sexual de risco, se for iniciada imediatamente e durante quatro semanas, diminui o risco de infeção, mas não é cem por cento eficaz. Os medicamentos atuais tentam diminuir a carga de vírus, atrasando a baixa do número de linfócitos T4, o que aumenta a longevidade do paciente e a sua qualidade de vida. Quanto mais precoce for o tratamento maior será a duração da sua vida, visto que, em fases precoces da doença, os níveis de linfócitos T4 ainda se encontram satisfatórios. Por outro lado, em fases tardias da doença os níveis de linfócitos T4 encontram-se demasiado baixos, para um tratamento eficaz (Mota, 2010).

A prevenção deve ser feita junto dos indivíduos não infetados e dos infetados, a fim de evitar comportamentos discriminatórios. Existe, por isso, a necessidade de aceitar a pessoa com VIH, de não estigmatizar e marginalizar, o que pode desencadear sentimentos de raiva e de vingança (Mota, 2010). Na perspetiva da mesma autora, se se aceitar o indivíduo infetado com VIH, ele não vai tentar esconder a doença ou a terapêutica. O indivíduo que toma a medicação sem ter de a esconder da família ou dos colegas de trabalho consegue aderir muito melhor do que aquele que tem de se esconder para tomar os comprimidos. Arenga (2014) refere que a lacuna da prevenção começa ao nível da educação sexual nas escolas, afirmando que a população continua a acreditar que o VIH é uma infeção só para os outros, sendo urgente a transmissão de conhecimento, desde idades precoces, de modo a que a prevenção seja efetiva. Na mesma linha de pensamento,

o *Report Of The Special Envoys For HIV/AIDS* (2015) afirma que o mais importante a nível preventivo é a educação, visando a prática de *sexo seguro*, diminuição do número de parceiros e incentivo ao uso de preservativos.

Na prevenção da transmissão vertical são utilizados medicamentos anti retrovíricos. Segundo o Relatório Mundial UNAIDS/OMS (2015), as taxas de infeção pelo VIH em adultos caíram em certos países tendo, para isso, contribuído as mudanças de comportamento, para prevenir a infeção, tais como o aumento do uso de preservativos, atraso da primeira experiência sexual e menos parceiros sexuais. Arenga (2014) refere que, para além de se prevenir em comportamentos sexuais de risco e a toxicodependência, deve igualmente abordar-se a problemática da imigração. Este mesmo autor defende que se deve garantir o acesso anónimo aos serviços de saúde dos ilegais, afirmando que, em África e no Leste Europeu, a infeção por VIH é um grave problema. Na Europa, estes casos são frequentemente escondidos porque os indivíduos ilegais não acedem aos serviços de saúde com receio de serem obrigados a regressar aos países de origem (Arenga, 2014).

Em conformidade com o Relatório da ONUSIDA (2005), se até 2025 milhões de africanos forem infetados pelo VIH anualmente, há claros indícios que o mesmo ocorrerá não por não se ter dado escolha, não por falta de conhecimentos sobre as consequências das decisões e ações que têm sido tomadas, no início do século XXI. De acordo com o mesmo organismo, esta situação poderá dever-se ao facto de as lições dos primeiros 20 anos da epidemia não terem sido assimiladas ou porque a sua aplicação não foi eficaz. Deste modo, será porque, coletivamente, a vontade política para alterar os comportamentos, a todos os níveis, implicando as instituições e a comunidade, até ao cidadão em particular, e a dilatação das forças motoras da epidemia da Sida em África não tenha sido suficiente. Este cenário evidencia que, apesar de as sociedades terem de lidar com a Sida por algum tempo no futuro, o grau do impacte da epidemia dependerá da resposta e do investimento no presente. Desta feita, a diligência e a manutenção das lições dos últimos 20 anos terão um impacte relevante no futuro de África.

Tomando-se a Sida sobretudo como um problema de saúde ou como uma questão de transformação de comportamentos pessoais, no caso da gravidade da epidemia da Sida em África, a mesma tem sido percecionada como um sintoma de subdesenvolvimento e desigualdade, com a necessidade de respostas diferentes (Relatório da ONUSIDA, 2005). Em consonância com o mesmo organismo, os governos podem definir o problema, todavia, caso essa definição não seja partilhada pelas sociedades civis ou vice-versa, será impossível que a resposta seja coerente.

África é um continente diversificado e com uma epidemia também ela diversificada. Os cenários encontram-se enraizados nas realidades médicas, culturais, económicas e sociais interrelacionadas e complexas do VIH e SIDA, neste continente. Um dos maiores desafios com que os cenários panafricanos se confrontam é a indispensabilidade de reflexão sobre a diversidade do continente: um continente constituído por imensos grupos linguísticos, religiosos e étnicos, cujas fronteiras excecionalmente coincidem, bem como uma grande variedade de regimes económicos e políticos. Por outro lado, a dinâmica da epidemia, na verdade o próprio vírus, não é uniforme em todo o continente. Segundo as estimativas da ONUSIDA (2005), a média de prevalência do VIH, em 2003, nos países da África Austral era de 16%, África Oriental 6%, África Central e Ocidental 4,5%, e África do Norte menos de 0,1%. Existem diferentes epidemias de Sida em África, estando as mesmas sobrepostas, com diferentes subtipos virais. Todavia, o mesmo organismo alerta para o facto de esta diversidade não poder ser encarada como uma barreira à eficácia da ação. Pelo contrário, deve constituir-se como uma fonte de criatividade e de grande experiência com oportunidades relevantes para a aprendizagem e para partilha entre os países africanos.

O acesso universal assume-se como indispensável para travar e reverter o alastramento do VIH até 2015 no continente africano, através de uma maior aposta na educação, na saúde materna e infantil, na redução da pobreza e maior sustentabilidade ambiental, fatores dos quais depende igualmente o sucesso da prevenção, tratamento e mitigação do VIH (UNESCO, 2012).

As ações globais e por países africanos, apesar de paulatinamente, têm produzido efeitos. Deste modo, de acordo com a UNESCO (2012), em 33 países, dos quais 22 na África subsaariana, o número de novas infeções reduziu mais de 25% entre 2001 e 2009. Um melhor acesso aos serviços para prevenir a transmissão de mãe para filho tem tido efeitos positivos, na medida em que diminuiu o número de bebés infetados pelo VIH de 500.000 em 2001 para 370.000 em 2009. Outras intervenções passam pelas tecnologias emergentes, nomeadamente a circuncisão masculina, os microbicidas e a profilaxia pré-exposição, que podem potencialmente reforçar os esforços de prevenção do VIH, caso sejam implementados a uma escala suficiente. Por outro lado, o acesso ao tratamento aumentou significativamente, e 5,2 milhões de pessoas em países de baixo e médio rendimento já recebem terapia antirretroviral. Estas intervenções têm ajudado a reduzir o número de mortes relacionadas com a Sida, de 2,2 milhões em 2004 para 1,8 milhão em 2009 (UNESCO, 2012). Vários esforços estão a ser empregues para simplificar a disponibilização do tratamento e para minimizar os custos do tratamento, para que se possa acelerar o alargamento do acesso à terapia antirretroviral. Ainda em conformidade com a

UNESCO (2012), um número significativo de evidências tem demonstrado que a disponibilidade do tratamento pode contribuir para a prevenção do VIH. Porém, os grandes desafios subsistem. A África subsaariana, onde cerca de 68% de todas as pessoas que vive com o VIH, continua a ser a região mais gravemente afetada. Os jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos representam 40% das infeções e muitos deles continuam sem acesso à informação, às competências e a serviços imprescindíveis para prevenir a infeção pelo VIH. As mulheres jovens são principalmente vulneráveis ao VIH na África subsaariana (UNESCO, 2012).

Na África subsaariana, onde prevalecia a transmissão heterossexual, as evidências apontam para um risco elevado de VIH entre homens que fazem sexo com homens e usuários de drogas injetáveis. O trabalho sexual continua a ser um foco central da epidemia em muitos países da África subsaariana, sendo a sobreposição do trabalho sexual com uso de drogas injetáveis um fator substancial na transmissão do VIH (UNESCO, 2012).

A educação constituiu-se num fator indispensável para a preparação dos jovens africanos para a vida adulta e é uma proteção importante contra o VIH (UNESCO, 2012). Segundo o mesmo organismo, a prioridade tem sido a Educação para Todos, sendo fundamental para reduzir a vulnerabilidade e o risco relacionado com o VIH. A UNESCO e os seus parceiros têm estado a trabalhar com os países para alcançar este objetivo, uma área onde se tem alcançado significativos progressos, pois 47 países em 163 realizaram o ensino primário e 20 países comprometeram-se a atingir este objetivo até 2015. O número de crianças em idade escolar não escolarizadas reduziu em 33 milhões, contudo em 2007 cerca de 72 milhões ainda não eram escolarizadas, ainda que a taxa de matrícula das raparigas tenha melhorado, 24 países dificilmente alcançarão a paridade entre géneros no ensino primário ou secundário, em 2015 (UNESCO, 2012).

No que se refere ao conhecimento que cidadãos africanos possuem sobre o VIH/Sida, referencia-se o estudo desenvolvido por Simões (2011), cujo objetivo consistiu em identificar os conhecimentos e comportamentos face à infeção do VIH/Sida em 289 africanos e brasileiros, residentes na área metropolitana de Lisboa. De acordo com os resultados, as principais fontes de informação utilizadas pelos migrantes que contribuem para o conhecimento do VIH/Sida são os meios de comunicação social (televisão, rádio e jornais), os amigos, os familiares e conhecidos, bem como campanhas de prevenção. Simões (2011) verificou que a maioria dos participantes africanos relataram que utilizam os serviços de saúde para se informarem sobre o VIH/Sida. Contudo, admitiram que em caso de infeção recorreriam ao hospital e ao centro de saúde. Em ambas as comunidades, a maioria dos participantes opta pela não utilização de qualquer método de contraceção, sobretudo as mulheres africanas. Quanto às infeções sexualmente transmissíveis, mais de

metade dos participantes admitiram ter “muito” medo de as contrair, principalmente os homens africanos e as mulheres brasileiras. Segundo Simões (2011), de acordo com as evidências do seu estudo, a comunidade brasileira revela mais conhecimentos sobre o VIH/Sida e menos comportamentos considerados de risco perante à infeção do VIH/Sida comparativamente à comunidade africana.

Patrão, McIntyre e Costa (2015) referem que na África subsaariana as mulheres são as mais afetadas pelo VIH/Sida, numa proporção de infeção quatro vezes maior do que nos homens, o que exige um aumento de conhecimento acerca dos fatores psicossociais e sociocognitivos ligados ao género, cultura e biologia, fatores estes que põem a mulher em maior risco para o VIH/Sida. De acordo com os mesmos autores, a literatura sugere que há fatores predisponentes para tal, nomeadamente: a vitimização, características da relação, problemas de saúde mental, história de cárcere e profissionais do sexo. Referem ainda que o nível de conhecimentos sobre a doença, as crenças e as competências relativas à prática do *sexo seguro* e a autoeficácia são fatores que influenciam os comportamentos sexuais de risco para a infeção pelo VIH, assumindo-se a perceção e a análise destes fatores como relevantes para o planeamento de estratégias interventivas mais realistas.

Na África subsaariana, o número total de jovens e adultos infetados com idades superiores aos 15 anos era de, aproximadamente, 23 milhões, correspondendo as mulheres a quase 13 milhões, o que se traduz em 60% dos casos (Simões, McIntyre & Costa, 2015). De acordo com os mesmos autores, esta é a única região do mundo onde as taxas de prevalência de VIH/Sida são mais elevadas nas mulheres do que nos homens. As mulheres revelam maior suscetibilidade fisiológica para a infeção pelo VIH, sendo particularmente vulneráveis em consequência das suas desvantagens sociais, legais e económicas.

A inflexibilidade de papéis e de comportamentos nas relações de género, segundo Jarama, Belgrave, Bradford, Young e Honnold (2007) e Simões, McIntyre e Costa (2015), tem-se constituído como outro dos fatores de vulnerabilidade para a infeção pelo VIH/Sida. As desigualdades de género desenvolvem a vulnerabilidade para a infeção pelo VIH na mulher africana por meio de crenças ou de tabus inerentes ao contexto relacional. A título exemplificativo, Simões, McIntyre e Costa (2015) referem que muitas mulheres africanas sentem-se impedidas de negociar o uso do preservativo, receando perder o apoio financeiro a nível pessoal e com os filhos, acreditando que não pode fazer exigências sexuais ao homem. Noutros casos, há mulheres que têm medo que o parceiro responda com violência. Deste modo, na perspetiva dos autores citados, a desigualdade de género resulta na desigualdade no acesso aos recursos, assumindo-se como um impedimento na participação das mulheres na sua própria prevenção face ao VIH/Sida.

Outro fator a ter em consideração é a reduzida percepção de risco para o VIH por parte dos cidadãos africanos, sobretudo por parte das mulheres grávidas e solteiras, as quais não se percebem como estando em risco para o VIH (Kibombo, Neema & Ahmed, 2007). Os mesmos autores realizaram um estudo com adolescentes do Uganda de ambos os sexos, num total de 5.112, cujos resultados revelaram que a percepção de risco dos jovens para o VIH está significativamente relacionada com os comportamentos sexuais. No que se refere aos jovens do sexo masculino, Kibombo, Neema e Ahmed (2007) constaram que existe uma forte associação entre a elevada percepção de risco e o aumento dos comportamentos protetores (abstinência, fidelidade total e uso do preservativo). Em relação aos jovens do sexo feminino, os mesmos autores apuram que esta associação é menos significativa. Os autores justificam esta diferença com base em fatores económicos e sociais. Argumentam ainda que, para além do seu comportamento sexual, as mulheres sentem-se altamente vulneráveis ao VIH. Todavia, há constrangimentos de ordem social, ou seja, a dependência económica, que coíbem a efetivação de comportamentos sexuais mais seguros (Kibombo, Neema & Ahmed, 2007).

No que se refere ao Sudão do Sul, o mesmo confronta-se com taxas elevadas de infeção pelo VIH, à semelhança da Etiópia, do Quênia, do Uganda e da República Democrática do Congo. Contudo, aparentemente o país não foi afetado a um nível excessivamente dramático ao longo da guerra civil com o Sudão do Norte, a qual teve a duração de mais de 20 anos (Lual, 2015). Todavia, de acordo com Lual (2015), depois da assinatura do acordo de paz em 2005 e posteriormente à independência do Sudão do Sul em 2011, o VIH transformou-se num problema, tendo sido considerado a “segunda guerra” do país. Um dos motivos apontados, ainda na perspetiva do autor citado, para esta situação refere-se com o retorno massivo de refugiados que se encontravam nos países vizinhos. Por outro lado, surgem outros fatores que contribuem para tal, como a abertura das fronteiras do país e o acréscimo das oportunidades económicas, com o intenso movimento de comerciantes vindos dos países limítrofes. A prevalência do VIH parece ser mais elevada ao longo das fronteiras com o Congo, o Uganda e na capital, Juba. Nas aldeias limítrofes às estradas e em instalações militares, a atividade das profissionais do sexo tem potenciado o alastramento do VIH (Lual, 2015).

No Sudão do Sul, os dados estatísticos referentes a 2013-2014 revelam que as profissionais do sexo, os condutores das moto-táxi e os militares afiguram-se como o mais numeroso grupo de novas infeções pelo VIH, transmitidas sexualmente (Lual, 2015). Outras formas elevadas de transmissão são as uniões polígamas e o sexo ocasional. A transmissão de mãe para filho consiste na segunda principal via de infeção pelo VIH no Sudão do Sul, bem como é a principal fonte de infeção para crianças com idades inferiores a cinco anos. É

reduzido o número de mães submetidas ao teste do VIH durante a gravidez, sendo ainda mais reduzido o número das que têm acesso aos cuidados pré-natais, o que resulta no aumento das possibilidades destas infetarem os seus recém-nascidos, pois somente 21% das mães grávidas seropositivas, entre 2013-2014, tiveram acesso à prevenção da transmissão de mãe para filho (Lual, 2015).

O governo do Sudão do Sul tem vindo a implementar um plano estratégico nacional para combater a Sida, resultando em algum sucesso, sendo exemplo a redução da taxa de infeção de 2.6% em 2012 para 2.3% em 2013, sobretudo na faixa etária entre os 15 e os 49 anos. Porém, ainda segundo Lual (2015), este progresso é suscetível de ser revertido por causa dos reduzidos níveis de testes e de tratamento, sendo que apenas 6% das pessoas que vivem com o VIH no Sudão do Sul seguem a terapia antirretroviral e, entre 2013-2014, ocorreram 13.000 mortes em consequência de doenças relacionadas com a Sida (Lual, 2015). Existem outros fatores que podem contribuir para esse retrocesso, como sejam os serviços de saúde públicos poucos desenvolvidos, escassez de fundos para o tratamento, bem como a falta de conhecimento que a população local tem acerca do VIH e Sida e o estigma que continua a preponderar no país (Lual, 2015).

Outro obstáculo à prevenção é o baixo nível de escolaridade que predomina no Sudão do Sul, com apenas 27% da população de idade igual ou superior a 15 anos a revelar literacia (Lual, 2015). Importa salientar que os níveis de escolaridade são significativamente mais altos entre os homens e nas áreas urbanas. Assim, para que qualquer estratégia de prevenção seja eficaz, tem de se ter presente esta realidade. Desta feita, Lual (2015) refere que as possíveis estratégias passam pelo desenvolvimento do conhecimento e da sensibilização quanto ao VIH e à Sida através de canais eficientes de comunicação, bem como ao nível do contexto escolar e por parte dos profissionais de saúde. De modo a coibir a epidemia, a fim de que a mesma chegue a ficar fora de controlo, no Sudão do Sul, é premente aumentar a prevenção com campanhas de sensibilização, bem como os testes e o tratamento.

Particularizando-se no caso do Lakes State - Sudão do Sul, região onde se insere Mapuordit, *locus* de estudo, começa-se por referir que o *Hospital Mary Immaculate* é uma organização com fundação religiosa, localizado no estado de Lakes, condado de Yirol. Foi fundado pela diocese Católica de Rumbek em 2002 e é administrado desde então pelos Missionários Combonianos. A clínica de ART (*anti retrovírus treatment*) começou a sua atividade em 2010, mas oficialmente o início deu-se em março de 2011. Nesta região, o VIH continua a ser um grande problema em especial entre as classes mais desfavorecidas, com baixo nível de literacia e que se apresentam assintomáticos em relação à doença. Os serviços prestados são gratuitos para os clientes a viver com o vírus VIH. Junta-se a isso o

facto de o hospital oferecer outros serviços com cirurgias, imagiologia, entre outros, igualmente de forma gratuita de maneira a incentivar os clientes a seguirem os tratamentos com perseverança. Todos os clientes são ajudados a nível nutricional desde o início do internamento com refeições cozinhadas no hospital. Cada um recebe duas refeições por dia com possibilidade de mais algum apoio nutricional suplementar de forma a encorajar a toma da medicação antirretroviral (Mary Immaculate ART/VCT 7 Months Report, 2014/2015).

A prevalência do VIH no estado de Lakes aumentou para 2,6% de acordo com os últimos números do ANC de 2014 (Mary Immaculate ART/VCT 7 Months Report, 2014/2015). De acordo com o mesmo organismo, o aconselhamento e os testes são oferecidos no ART no hospital e numa unidade móvel, incorporando o programa pré-natal de assistência às grávidas. O centro recebe uma média de 149 clientes que vêm mensalmente fazer o teste para o VIH. Mensalmente, a média de casos testados positivos é de 22. De dezembro de 2014 até maio 2015 foram testados para o VIH 894 pessoas das quais 14.42% apresentaram reativo (positivo). A clínica recebe mais pessoas para fazer o teste na estação seca do que na estação das chuvas, devido à maior facilidade em se mobilizarem, pois as estradas estão em melhores condições na estação seca. A insegurança gerada pelo conflito técnico, despoletado entre as duas maiores tribos (Dinka *versus* Nuer), desde dezembro de 2013, tem limitado o número de pessoas a fazer o teste.

A todos os clientes é proporcionado o *counseling* (aconselhamento) o que favorece a aceitação da situação clínica. Contudo, algumas pessoas permanecem em negação e não voltam ao hospital, ficando como que ocultos na comunidade. Estes clientes normalmente estão assintomáticos ou encontram-se no estágio 1 ou 2. Vêm-se a si mesmos como estando saudáveis e a maioria teme a estigmatização. Existe um nível muito baixo de conhecimento sobre o VIH na comunidade, bem como um grande nível de negação em relação à doença, embora sejam feitos bastantes *workshops* e sessões de *counselling* (Mary Immaculate ART/VCT 7 Months Report, 2014/2015). Segundo a mesma fonte, o estigma e a discriminação ainda são o maior problema a ser ultrapassado. Muitos clientes temem ser expostos ou isolados numa diferente “classe” social na comunidade. A sensibilização, através de programas de rádio, reuniões na comunidade sobre VIH/Sida com alvos concretos e nas línguas locais pode ser uma maneira de reduzir o estigma e a discriminação. No entanto, para estas atividades não existe orçamento aprovado. O envolvimento do parceiro nas consultas pré-natais pode ser muito positivo quando se trata de atividades que focam prevenir a transmissão do VIH da mãe para filho. O apoio do cônjuge/parceiro à grávida é ainda muito raro e isto contribui para que muitas desistam das consultas de acompanhamento pré-natal.

A realidade social e clínica da vivência de aconselhamento/tratamento das pessoas com VIH/Sida no Sudão do Sul emergem como motivação para o estudo sobre os conhecimentos sobre VIH/Sida nos clientes de um hospital de Lakes State - Sudão do Sul. Esta surge da combinação de diversos fatores: inquietações pessoais e experiência profissional; confronto com a escassez de estudos científicos que abordem esta problemática no Sudão do Sul; evidência de benefício para a saúde a longo prazo, através de intervenções a nível de promoção de conhecimentos na população local em termos de VIH/Sida; prevenção de comportamentos de risco, com intervenção na escola e nas unidades móveis (veículos que se deslocam às aldeias para fazer vacinação, apoio pré-natal e ensinos), melhor compreensão do *modus vivendi* da população local.

Com base nestas motivações, a orientação deste estudo suportou-se na seguinte questão de investigação: “Que conhecimentos revelam os cidadãos de Mapuordit - Sudão do Sul - sobre VIH/Sida?”.

À questão formulada procurar-se-á dar resposta ao longo do trabalho desenvolvido. Para o efeito delineou-se o seguinte objetivo geral: avaliar os conhecimentos sobre VIH/Sida dos cidadãos de Mapuordit – Sudão do Sul.

Considerando este tema pertinente, mas pouco estudado no contexto, apesar da dificuldade em se reunirem resultados de estudos sobre a problemática para discutir os resultados do presente estudo empírico, optou-se pelo desafio de arriscar no sentido de contribuir para o desenvolvimento de novas investigações.

Este estudo encontra-se dividido em duas partes de modo a facilitar a sua leitura e organização. A primeira parte é constituída pela introdução a qual se integra a revisão teórica, construída com base em contributos investigativos que suportem o estudo empírico. A segunda parte constitui o estudo empírico que se encontra subdividida em três capítulos, sendo o primeiro relativo à metodologia, onde se explanam os métodos, participantes, instrumento de recolha de dados, procedimentos éticos e estatísticos. Segue-se a apresentação dos resultados, de modo a poder responder-se às questões de investigação que orientaram o estudo. Tem lugar de seguida a discussão de resultados, na qual se confrontam os resultados obtidos no presente estudo com os constructos teóricos e achados científicos de outras investigações sobre a temática. Segue-se a conclusão, onde se salientam os resultados considerados mais pertinentes, sugerindo estudos futuros sobre a problemática.

1. Metodologia

No decorrer deste capítulo serão descritos e apresentados um conjunto de procedimentos metodológicos adotados, ferramentas reconhecidas como necessárias e facilitadoras na busca da solução às questões de investigação formuladas.

1.1. Métodos

Apesar de existir pouca informação sobre o VIH/Sida no Sudão do Sul, segundo o *Time To Acte Now* (2014), diversos relatórios revelam aumentos anuais na taxa de prevalência da doença, bem como um conhecimento extremamente limitado da população em relação à sua prevenção. Em 2006, a prevalência do VIH/sida na população (com idades compreendidas entre os 24 e os 51 anos) era de 3,1%. Segundo a UNICEF (2013), foram realizados vários progressos na África Oriental e Austral neste âmbito, todavia, ainda subsistem significativos desafios, continuando o VIH a ser um problema que requerer uma solução urgente, com 430 000 novas infeções por ano entre os jovens com idades entre os 15 e os 24 anos, sendo as raparigas jovens as mais duramente afetadas, verificando-se um aumento global de 50% na mortalidade de adolescentes portadores de VIH/Sida.

Com o aparecimento dos tratamentos e cuidados com medicamentos antirretrovirais, existem mais crianças que sobrevivem ao VIH e atingem a adolescência e a idade adulta. As pessoas que vivem com o VIH no Sudão do Sul necessitam igualmente de uma educação sexual abrangente de boa qualidade e de serviços e apoio psicológico que lhes deem competências para a vida e lhes possibilitem fazer escolhas saudáveis em matéria de saúde sexual e reprodutiva, de modo a poderem atingir a plenitude das suas potencialidades (UNICEF, 2013).

Delineado que está o tema em estudo, levantam-se as questões de investigação:

- Em que medida as variáveis sociodemográficas influenciam os conhecimentos sobre VIH/Sida, dos cidadãos de Mapuordit – Sudão do Sul?
- Qual a influência da frequência de formação sobre as medidas preventivas do VIH/Sida nos conhecimentos sobre VIH/Sida, dos cidadãos de Mapuordit – Sudão do Sul?

Neste contexto como objetivos para este estudo define-se:

- Validar a Escala de Conhecimentos sobre VIH/Sida, The HIV Knowledge Questionnaire: HIV-KQ-45, de Carey et al. (1997) na população do Sudão do Sul

- Analisar de que forma as variáveis sociodemográficas influenciam os conhecimentos, sobre VIH/Sida, dos cidadãos de Mapuordit Sudão do Sul.

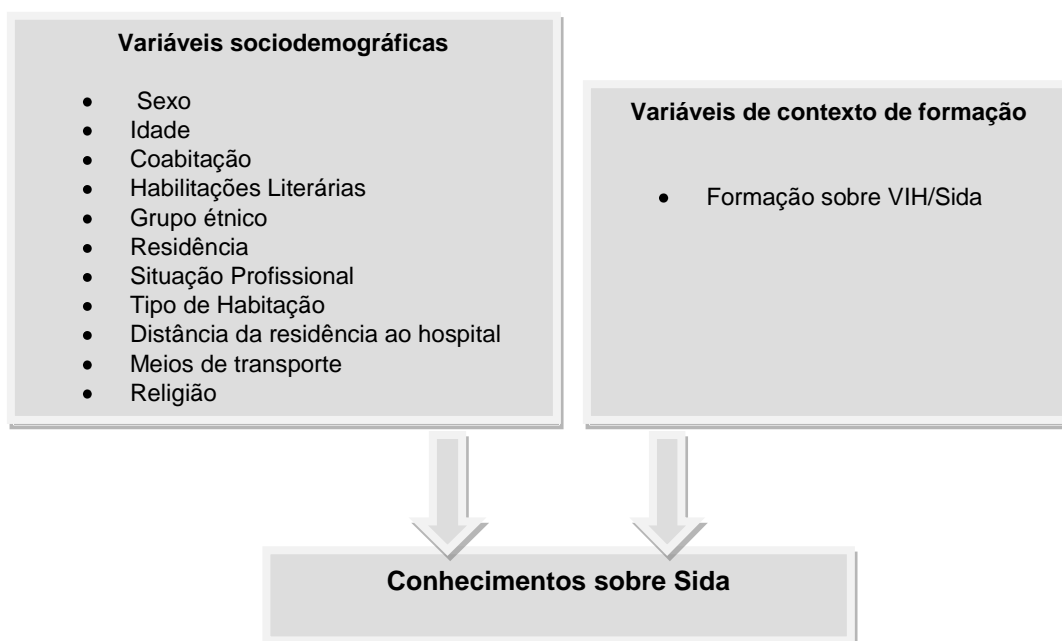
- Verificar se a frequência de formação sobre VIH/Sida influencia o nível de conhecimentos sobre VIH/Sida.

O estudo desenvolvido segue o método da análise quantitativa, uma vez que se pretende garantir a precisão dos resultados, evitando assim distorções de análise e interpretação. Enquadra-se no tipo de investigação não-experimental; É um estudo transversal, descritivo, analítico e correlacional uma vez que se pretende, para além da análise e descrição das relações entre as variáveis, analisar e explicar a relação entre as mesmas.

Tendo por objetivo certificar as relações explicativas entre as diversas variáveis com o nível de conhecimentos sobre VIH/Sida dos cidadãos de Mapuordit – Sudão do Sul. Com este propósito foi aplicado um questionário a uma amostra de cidadãos de Mapuordit – Sudão do Sul durante os meses de julho e agosto de 2015.

A construção do quadro teórico e a articulação das variáveis em estudo é projetada num modelo de representação esquemática (cf. figura 1)

Figura 1 – Esquema conceptual de base da relação prevista entre as variáveis



1.2. Participantes

Para o estudo, optou-se por uma amostragem do tipo não probabilística por conveniência pela impossibilidade de inclusão de todos os habitantes de Mapuordit – Sudão do Sul, sendo constituída por indivíduos de ambos os sexos, clientes do *Hospital Mary Immaculate de Mapuordit*.

O total da amostra foi de 232 cidadãos, que aceitaram integrar a investigação e que responderam ao questionário.

1.2.1. Caracterização da amostra

Os resultados obtidos em relação à **idade** revelam, para a globalidade da amostra, uma idade mínima de 16 anos e uma máxima de 50 anos, ao que corresponde uma idade média de 22.83 anos (± 5.793 anos). Para o sexo masculino, que representa 74.6% da totalidade da amostra, a idade mínima é 16 anos e a máxima de 45 anos, e para o sexo feminino, com uma representatividade de 25.4%, a mesma oscila entre 16 e os 50 anos. As mulheres, em média ($M=23.47$ anos ± 7.349 anos), são mais velhas o que os homens ($M=22.61$ anos ± 5.163 anos). Os coeficientes de variação indicam uma dispersão moderada face às idades médias encontradas e os valores de assimetria e curtose curvas leptocurticas e enviesadas à esquerda para ambos os sexos e globalidade da amostra (cf. Tabela 1).

Tabela 1 - Estatísticas relativas à idade segundo o sexo

Sexo	N	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro	KS	p
Masculino	173	16	45	22,61	5,163	22,83	9,38	8,58	0,252	0,000
Feminino	59	16	50	23,47	7,349	31,31	4,91	4,15	0,224	0,000
Total	232	16	50	22,83	5,793	25,37	10,90	11,10	0,238	0,000

Ainda em relação à **idade**, como exposto na Tabela 2, verifica-se que, para a totalidade da amostra, sobressaem os participantes com idades compreendidas entre 20-29 anos (57.3%), no sexo masculino, este grupo representa 65.3% e no feminino 33.9%. Seguem-se os participantes mais novos (27.6%), fazendo parte deste grupo 23.1% do sexo masculino e 40.7% do sexo feminino. Os participantes mais velhos são os que se apresentam com menor representatividade (15.1%).

Da análise dos resultados relativos ao **estado civil**, pode afirmar-se que há um claro predomínio de participantes sem companheiro(a) (67.7%), com maior preponderância entre

os homens (76.9%). Dos 32.3% de participantes que habitam com companheiro, na sua maioria (59.3%) sobressaem as mulheres (cf. Tabela 2).

Em relação às **habilitações literárias**, afere-se um predomínio de participantes com o ensino secundário/ensino superior (86.2%). Quando analisamos os resultados por sexo o maior destaque recai nos homens (96.0%). Verifica-se que 10.8% da amostra não possui escolaridade, com predomínio das mulheres (37.3%) (cf. Tabela 2).

Fazendo-se uma análise dos resultados tendo em conta a **etnia**, verifica-se que há um claro predomínio de participantes Dinka (95.3%), Para os homens o percentual é de 96.0% e nas mulheres de 93.2%. Apenas 4.7% são de etnia Jur (cf. Tabela 2).

Em relação à **zona de residência**, a quase totalidade da amostra (97.4%) reside em meio rural, com apenas 2.6% dos participantes a residirem em meio urbano.

Quanto aos resultados referentes à **situação profissional**, sobressaem os participantes que se encontram em situação não ativa profissionalmente (73.3%). Denotamos que 79.8% são homens e 54.2% são mulheres. Já dos 26.7% que se encontram ativos profissionalmente, encontram-se nesta situação 20.2% dos homens e 45.8% das mulheres (cf. Tabela 2).

No referente ao **tipo de habitação**, constata-se que mais de metade da amostra (82.8%) vivem numa cabana, ou seja, numa habitação tradicional denominada Tukul (homens 79.2% vs. mulheres 93.2%), enquanto 17.2% habitam numa casa de cimento, com predomínio dos homens 20.8%.

Os resultados obtidos em relação à **distância de casa ao hospital** indicam que 77.6% dos participantes distam do hospital até 20 Km, sendo esta uma situação idêntica a 80.3% dos homens e a 69.5% das mulheres, enquanto 22.4% residem a mais de 20 Km do hospital (homens 19.7% vs. 30.5% mulheres) (cf. Tabela 2).

Quanto aos resultados relativos ao **meio de transporte** mais utilizado pelos participantes constata-se que a quase totalidade da amostra (90.5%) se desloca ao hospital em veículo não motorizado, correspondendo esta situação a 93.6% dos homens e a 81.4% das mulheres.

Como se verifica, a maioria da amostra (99.6%) é cristã. Apenas 0.4% dos participantes professa outra religião (cf. Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica em função do sexo

Variáveis	Sexo		Feminino		Total		Residuais	
	nº (173)	% (74.6)	nº (59)	% (25.4)	nº (232)	% (100.0)	1	2
Idade								
≤19 anos	40	23,1	24	40,7	64	27,6	-2,6	2,6
20-29 anos	113	65,3	20	33,9	133	57,3	4,2	-4,2
≥ 30 anos	20	11,6	15	25,4	35	15,1	-2,6	2,6
Estado civil								
Sem companheiro(a)	133	76,9	24	40,7	157	67,7	5,1	-5,1
Com companheiro(a)	40	23,1	35	59,3	75	32,3	-5,1	5,1
Habilitações literárias								
Sem escolaridade	3	1,7	22	37,3	25	10,8	-7,6	7,6
Ensino básico	4	2,3	3	5,1	7	3,0	Não aplicável	
Ensino secundário/superior	166	96,0	34	57,6	200	86,2	7,4	-7,4
Etnia								
Dinka	166	96,0	55	93,2	221	95,3	,9	-,9
Jur	7	4,0	4	6,8	11	4,7	-,9	,9
Zona de residência								
Urbana	6	3,5	-	-	6	2,6	Não aplicável	
Rural	167	96,5	59	100,0	226	97,4		
Situação profissional								
Ativa	35	20,2	27	45,8	62	26,7	-3,8	3,8
Não ativa	138	79,8	32	54,2	170	73,3	3,8	-3,8
Tipo de habitação								
Cabana - Tukul	137	79,2	55	93,2	192	82,8	-2,5	2,5
Casa de cimento	36	20,8	4	6,8	40	17,2	2,5	-2,5
Distância da residência ao hospital								
< =20 km	139	80,3	41	69,5	180	77,6	1,7	-1,7
>20 Km	34	19,7	18	30,5	52	22,4	-1,7	1,7
Meio de transporte								
Não motorizado	162	93,6	48	81,4	210	90,5	2,8	-2,8
Motorizado	11	6,4	11	18,6	22	9,5	-2,8	2,8
Religião								
Cristã	172	99,4	59	100,0	231	99,6	-,6	,6
Tradicional	1	0,6	-	-	1	0,4	,6	-,6

1.3. Instrumento de colheita de dados

Na seleção do instrumento de recolha de dados teve-se em consideração os objetivos do estudo e as características da amostra. Optou-se por um questionário e uma escala. A ordem pela qual se apresentam obedece à seguinte disposição: a primeira parte comporta o questionário de caracterização sociodemográfica e de contexto de formação acerca da Sida e a segunda a escala de avaliação dos conhecimentos face à Infeção pelo VIH - HIV Knowledge Questionnaire (HVI-K-Q) de Carey, Morrison-Beedy e Johnson (1997 (cf. Anexo I).

I Parte – Caracterização sociodemográfica e de contexto de formação

Esta secção é composta por 11 questões que permitem colher informação acerca do sexo, idade, estado civil, grupo étnico, local de residência, situação profissional, tipo de

habitação, distância de casa ao hospital, meio de transporte e religião. Contém também 3 questões que possibilitam recolher informação sobre a informação acerca da prevenção do VIH/Sida, fonte de informação e participação em *workshop* acerca da prevenção do VIH/Sida.

II Parte - HIV Knowledge Questionnaire (HVI-K-Q) de Carey, Morrison-Beedy e Johnson (1997)

Para avaliar os conhecimentos na área da infeção pelo HIV/sida, foi utilizada a versão de 45 itens do HIV-Knowledge QuestionnaireStudy (HIV-K-Q), de Carey, Morrison-Beedy e Johnson (1997), em língua inglesa, uma vez que esta é a língua mãe dos sujeitos da amostra. Este questionário foi criado e validado para ser de autopreenchimento e avaliar os conhecimentos face ao vírus da imunodeficiência humana (VIH), na sua versão original é constituído por 62 itens, com sistema de resposta dicotómica, do tipo verdadeiro e falso, aos quais corresponde uma cotação de 0 (zero) valores para a resposta incorreta e de 1 (um) valor para a resposta correta. O resultado consiste no somatório das respostas corretas. Está construído para que pontuações mais elevadas correspondam níveis de conhecimento mais elevados. Os itens correspondentes às respostas verdadeiras são: 4, 5, 6, 11, 12, 13, 14, 16, 18, 21, 24, 25, 28, 30, 31, 35, 36, 37, 39, 43, 44, 47, 51, 52, 53, 55, 59 e 60, sendo as restantes falsas. Este questionário pode ser preenchido por qualquer pessoa, desde que tenha um nível básico de ensino. São necessários somente 7 minutos para o preenchimento. O objetivo do questionário é o de obter dados sobre os conhecimentos que o indivíduo possui na área da infeção pelo VIH/SIDA. Abrange as vias de transmissão e de não-transmissão da infeção pelo VIH, estratégias eficazes de redução de risco (utilização do preservativo masculino e feminino) e ineficazes (tomar banho, pílula, vacina) e consequências da infeção (período assintomático, tratamento e evolução da doença) (Ciampa, Shannon, Patrício et al., 2012).

A análise do questionário de 45 itens resultou num único fator que denominaram de “conhecimento de VIH”. Foi encontrada uma consistência interna avaliada através do valor de alfa de Cronbach de 0.91, considerada muito boa. Este valor é consistente no tempo mantendo-se com o valor de $\alpha=0.90$ passadas doze semanas (Carey, Morrison-Beedy & Johnson, 1997). No estudo de validação deste questionário, os autores utilizaram uma amostra (N=1033) que reuniu grupos distintos de sujeitos atendendo ao seu nível de conhecimento relativamente à infeção pelo VIH, nomeadamente peritos em VIH, estudantes universitários, e três grupos selecionados na população em geral (mulheres, utentes de

cuidados primários e casais). Estes autores calcularam o alfa de Cronbach para este questionário, em cada um destes grupos. O valor mínimo obtido foi de 0.83 e o valor máximo foi de 0.93.

No presente estudo, apesar de termos utilizado a versão em inglês na recolha de informação, procedeu-se à tradução para a língua portuguesa dos itens, de modo a facilitar a leitura dos resultados.

Características psicométricas para o presente estudo do HIV Knowledge Questionnaire (HVI-K-Q)

Uma vez obtida a autorização dos autores da escala, conforme recomendado pelos preceitos éticos, iniciou-se a avaliação de algumas das suas propriedades métricas sobretudo os estudos de validade e de fiabilidade. Estes dois constructos são duas características que um instrumento deve possuir para garantir a qualidade informativa dos dados (Coutinho, 2014). Apesar de conceitos distintos, os mesmos estão estritamente relacionados pois como é referido pela autora citada a validade é o complemento da fiabilidade ao indicar até que ponto o que se mede com o instrumento reflete a realidade que se quer conhecer. Encontram-se várias formas de determinar a fidelidade (fiabilidade) de um instrumento, sendo as mais conhecidas a estabilidade temporal (teste-reteste) e a consistência interna ou homogeneidade dos itens. No presente estudo não se considerou relevante efetuar o teste-reteste como medida de fiabilidade, dado que se trata de um estudo em corte transversal.

A consistência interna ou homogeneidade dos itens refere-se ao grau de uniformidade e de coerência entre as respostas dos inquiridos a cada um dos itens que compõem o instrumento. Para a sua obtenção, realizamos os seguintes passos: (i) determinação do poder discriminativo dos itens obtido através do coeficiente de correlação de Pearson das diversas questões com a nota global e (ii) Determinação do coeficiente alfa de Cronbach, em substituição do teste de Kuder Richardson (usado para variáveis dicotómicas). Este indicador permite avaliar a forma como os diversos itens se complementam na avaliação dos diferentes aspetos de um fator pertencentes a uma mesma subescala (Coutinho, 2014).

Decidimos proceder à eliminação de itens que apresentassem valores correlacionais inferiores a 0,20 por forma a aumentar a consistência interna da escala.

Quanto aos índices de consistência interna (alfa de cronbach) estes podem tomar qualquer valor situado entre 0 e 1 sendo que a partir de 0,8 a consistência interna é considerada de muito boa (Marôco, 2014; Pestana e Gageiro, 2014). Os mesmos autores apontam como valores de referencia :>0,9 muito boa; 0,8 – 0,9 boa; 0,7 – 0,8 média; 0,6 – 0,7 razoável; 0,5 – 0,6 Má; <0,5 inaceitável.

Quanto à validade, existem três tipos a considerar: validade de conteúdo, validade de critério e validade de conceito ou de constructo sendo que este subordina os dois tipos anteriores (Coutinho, 2014). A validade de constructo deve acompanhar todo o processo de construção de um instrumento e não se expressar sob a simples forma de um coeficiente de correlação. Como metodologia usada para a validade de conceito ou constructo usamos a abordagem estatística que passa pela aplicação de um método denominado de análise fatorial dos itens e resultados (AFE). Com este método “parte-se do cálculo da intercorrelação entre os itens de um teste para se identificarem as componentes gerais e/ou diferenciadas que possam explicar a variância comum neles encontrada” (Coutinho, 2014 pag.135). Com este procedimento os itens mais válidos e a incluir no instrumento são os que explicam a maior proporção de variância relativa.

Inicia-se a análise fatorial exploratória realizando, primeiramente, o teste de Kaiser Mayer Oklim (KMO) e o Teste de esfericidade de Bartlett. No KMO os resultados variam de zero (0) a um (1) sendo que índices de KMO menores que 0,5 são considerados inaceitáveis, entre 0,5 e 0,7 medíocres; entre 0,7 e 0,8 bons e valores maiores que 0,8 e 0,9 (Lorenzo-Seva, Timmerman & Kiers, 2011). No teste de esfericidade de Bartlett, valores com níveis de significância inferiores a 0,05 indicam que a matriz é favorável. Para a determinação do número de fatores a reter utilizamos o método dos componentes principais com rotação ortogonal do tipo varimax tendo-se também optado pelo critério de Kaiser com valores próprios (*eigenvalues*) superiores a um. Foram apenas retidos os itens com saturações fatoriais superiores a 0.40. Como método auxiliar foi usado o *Scree test* que analisa graficamente a dispersão do número de fatores a reter.

Após a realização da análise fatorial exploratória submetemos o constructo obtido a uma análise fatorial confirmatória (AFC). Trata-se de método que serve para confirmar se determinados fatores latentes são responsáveis pelo comportamento de variáveis manifestas específicas de acordo com uma teoria, padrão pré-estabelecido noutra estudo, etc. (Marôco, 2014). Considerámos a matriz de covariâncias e foi adotado o algoritmo da máxima verosimilhança MLE (*Maximum-Likelihood Estimation*) para estimação dos parâmetros.

Como indicadores de qualidade de ajustamento global usa-se: (i) razão entre qui quadrado e graus de liberdade (χ^2/gf) considerando-se valores inferiores a 5 como ajustamento aceitável, (ii) índice comparativo, adicional, de ajuste ao modelo (*Comparative Fit Index* - CFI) e índice de qualidade de ajuste (*Goodness of Fit Index* - GFI) sendo recomendados valores acima de .90 para se considerar um ajustamento bom; (iii) *Root Mean Square Error of Approximation* (**RMSEA**), com valores inferiores a 0.06 indicativos de um bom ajustamento e aceitáveis entre .08 e .10; (iv) *Root mean square residual* (**RMR**), quanto menor o índice melhor o ajustamento e o (v) *Standardized root mean square residual* (**SRMR**) considerando-se um valor de zero como indicador de ajuste perfeito e um valor inferior a 0.08 é um bom ajuste (Marôco, 2014).

A qualidade do ajustamento local do modelo foi efetuada com base na (i) fidelidade individual dos itens (λ), sendo o valor de referencia o peso fatorial superior a .50, podendo considerar-se superior a 0.40 em estudos iniciais o que ocorreu nesta pesquisa, (ii) fiabilidade individual dos indicadores (δ), com coeficientes iguais ou superiores a .25; na (iii) fidelidade compósita (FC) que estima a consistência interna dos itens relativos ao fator. Considera-se valores acima de 0.70 como indicadores de boa consistência interna; (iv) validade convergente avaliada através da variância extraída média (VEM) permite-nos determinar o modo como os itens que são reflexo de um fator, saturam fortemente nesse fator. Valores superiores a .50 são considerados indicativos de boa validade convergente (Maroco, 2014); (v) validade discriminante é considerada quando o valor de VEM para cada constructo é maior do que o quadrado das correlações múltiplas entre esse constructo e um outro qualquer.

A sensibilidade dos itens foi avaliada com base nos coeficientes de assimetria (Sk), achatamento (Ku) e coeficiente multivariado de mardia. Coeficientes de assimetria superiores a 3 de achatamento superior a 7, e de mardia superiores a 5 em valores absolutos, apresentavam problemas de desvio significativo da normalidade (Marôco, 2014).

A Tabela 3 mostra as estatísticas e as correlações obtidas entre cada item e o valor global. Analisando os índices médios e respetivos desvios padrão dos diversos itens, verifica-se que se encontram na sua quase totalidade bem centrados na medida em que numa escala de 1 a 3, o valor mínimo (média=0.10) foi obtido no item 8 “O VIH é eliminado por lixivia”, podendo este tornar-se o mais problemático quando relacionado com os restantes e o máximo no item 42 (média=0.94) “Uma mulher pode contrair o VIH tendo relações sexuais de natureza vaginal com um homem que tem o vírus.”. Os desvios padrão indicam dispersões baixas. Os itens 4, 8, 10, 15, 21, 24, 26, 33 e 38 foram eliminados por apresentarem correlações inferiores a 0.20, ou negativas com o fator global.

Em relação aos valores de alfa de Cronbach todos os itens podem classificar-se de bons, pois variam entre 0.797 nos itens 29 (“Geralmente, podemos determinar se alguém está infetado pelo VIH olhando para a pessoa”) e 31 (“Um preservativo de pele natural é mais seguro contra o VIH do que um preservativo de latex”) e 0.814 no item 4 “O VIH não é disseminado através da tosse ou espirros”. Os coeficientes de correlação item total corrigido revelam que os itens 4 ($r=-0.087$), 10 ($r=0.017$), 21 ($r=-0.077$) e 26 ($r=0.079$) são os mais problemáticos não se revelando homogéneos face aos restantes itens. Calculado o valor de alfa de Cronbach, o mesmo revelara-se bom, uma vez que se obteve um alfa global de 0.807.

Tabela 3 – Consistência interna dos itens do HIV Knowledge Questionnaire (HVI-K-Q)

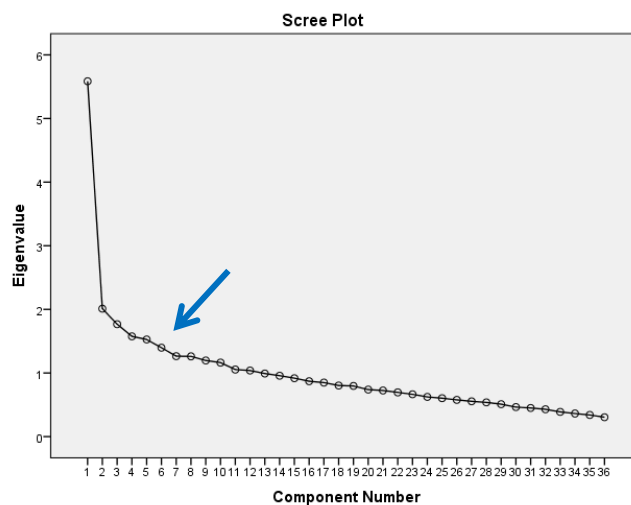
Nº Item	Itens	Média	Dp	1ª avaliação		2ª avaliação	
				r/item total	α sem item	r/item total	α sem item
1	O VIH e a SIDA são a mesma coisa.	0,52	0,501	0,214	0,805	0,227	0,829
2	Existe cura para a SIDA.	0,88	0,321	0,300	0,803	0,305	0,827
3	Uma pessoa pode contrair o VIH em casas de banho públicas.	0,93	0,254	0,276	0,804	0,283	0,827
4	O VIH não é disseminado através da tosse ou espirros.	0,69	0,462	-0,087	0,814		
5	O VIH pode ser disseminado por mosquitos.	0,79	0,406	0,358	0,801	0,358	0,825
6	A SIDA é a causa do VIH.	0,35	0,479	0,236	0,805	0,243	0,828
7	Uma pessoa pode contrair o VIH ao partilhar um copo de água com alguém que está infetado pelo vírus.	0,93	0,261	0,235	0,805	0,251	0,828
8	O VIH é eliminado por lixívia.	0,10	0,299	0,089	0,808		
9	É possível contrair o VIH ao fazer uma tatuagem.	0,57	0,496	0,351	0,801	0,332	0,825
10	Uma mulher grávida que está infetada pelo VIH pode transmitir o vírus ao seu bebé antes de ele nascer.	0,59	0,493	0,017	0,812		
11	Se o homem retirar o pénis antes de atingir o orgasmo, está a impedir que a mulher com quem está a ter relações sexuais contraia o VIH.	0,53	0,500	0,296	0,803	0,336	0,825
12	Uma mulher pode contrair o VIH se praticar sexo anal com um homem.	0,60	0,490	0,221	0,805	0,214	0,8529
13	Tomar um duche ou lavar os órgãos genitais depois de ter relações sexuais impede que uma pessoa contraia o VIH.	0,76	0,426	0,296	0,803	0,317	0,826
14	Ingerir alimentos saudáveis pode impedir uma pessoa de contrair o VIH.	0,88	0,321	0,385	0,801	0,411	0,824
15	Todas as mulheres grávidas, infetadas pelo VIH, terão filhos com SIDA.	0,46	0,500	0,149	0,808		
16	O uso de um preservativo de latex ou de borracha pode diminuir a possibilidade de uma pessoa contrair o VIH.	0,78	0,418	0,337	0,801	0,308	0,826
17	Uma pessoa infetada pelo VIH pode parecer e sentir-se saudável.	0,33	0,472	0,302	0,802	0,281	0,827
18	As pessoas que contraíram o VIH mostram rapidamente sérios sinais de terem sido infetadas pelo vírus.	0,47	0,500	0,388	0,799	0,395	0,823
19	Uma pessoa pode estar infetada pelo VIH durante 5 anos ou mais sem ter SIDA.	0,33	0,470	0,230	0,805	0,204	0,830
20	Existe uma vacina que pode impedir que as pessoas adultas contraíam o VIH.	0,75	0,436	0,285	0,803	0,310	0,826
21	Foram fabricados alguns medicamentos para o tratamento da SIDA.	0,39	0,488	-0,027	0,813		
22	As mulheres são testadas ao VIH sempre que fazem o teste "papanicolaú".	0,24	0,429	0,226	0,805	0,264	0,827
23	Uma pessoa não pode contrair o VIH por praticar sexo oral, com um homem infetado pelo VIH.	0,50	0,501	0,274	0,803	0,272	0,828
24	Uma pessoa pode contrair o VIH mesmo se tiver relações sexuais com outras pessoas uma única vez.	0,85	0,359	0,177	0,806		
25	Usar "Lambskin condoms" (pele natural) é a melhor proteção contra a infeção pelo VIH.	0,36	0,482	0,211	0,805	0,221	0,829
26	É possível que as pessoas contraíam o VIH através de beijos "profundos", em que põem a língua na boca de um parceiro infetado pelo VIH.	0,50	0,501	0,079	0,810		
27	Uma pessoa pode contrair o VIH ao "dar sangue".	0,43	0,496	0,320	0,802	0,315	0,826
28	Durante o seu período menstrual, a mulher não pode contrair o VIH ao ter relações sexuais.	0,71	0,454	0,318	0,802	0,300	0,826
29	Geralmente podemos determinar se alguém está infetado pelo VIH olhando para a pessoa.	0,61	0,489	0,448	0,797	0,447	0,822
30	Existe um preservativo feminino que pode ajudar a diminuir a possibilidade das mulheres contraírem o VIH.	0,60	0,491	0,376	0,800	0,368	0,824
31	Um preservativo de pele natural é mais seguro contra o VIH do que um preservativo de latex.	0,69	0,464	0,465	0,797	0,452	0,822
32	Se uma pessoa estiver a tomar antibióticos, não pode contrair o VIH.	0,74	0,441	0,392	0,800	0,409	0,823
33	Ter relações sexuais com mais de um parceiro pode aumentar a possibilidade de uma pessoa ser infetada pelo VIH.	0,81	0,389	0,196	0,805		
34	Fazer um teste ao VIH uma semana depois de ter relações sexuais, permitirá "mostrar" se uma pessoa está ou não infetada pelo VIH.	0,39	0,488	0,382	0,800	0,392	0,823
35	Uma pessoa pode contrair o VIH se partilhar uma banheira ou uma piscina, com alguém que esteja infetado pelo VIH.	0,90	0,299	0,315	0,803	0,307	0,827
36	Uma pessoa pode contrair o VIH através do contacto com saliva, lágrimas, suor ou urina.	0,71	0,454	0,346	0,801	0,335	0,825
37	Uma pessoa pode contrair o VIH através das secreções vaginais.	0,62	0,486	0,259	0,804	0,241	0,828
38	Uma pessoa pode contrair o VIH tendo relações sexuais de natureza oral com uma mulher.	0,53	0,500	0,105	0,809		
39	Se uma pessoa obtém um resultado positivo no teste VIH, o local onde realizou o teste terá de divulgar esse resultado a todas as instituições de saúde.	0,63	0,484	0,259	0,804	0,263	0,828
40	Utilizar vaselina ou óleo para bebé quando se usa o preservativo, diminui a possibilidade de se contrair o VIH.	0,57	0,496	0,327	0,801	0,355	0,825
41	A lavagem, com água fria, do "equipamento" utilizado no uso de drogas, elimina o vírus.	0,85	0,354	0,414	0,800	0,434	0,823
42	Uma mulher pode contrair o VIH tendo relações sexuais de natureza vaginal com um homem que tem o vírus.	0,94	0,230	0,252	0,805	0,230	0,828
43	Os atletas que partilham agulhas quando injetam esteroides, podem contrair o VIH através das agulhas.	0,87	0,341	0,359	0,802	0,344	0,826
44	Tomar um banho depois de ter relações sexuais impede que uma mulher contraia o VIH.	0,69	0,464	0,298	0,802	0,306	0,826
45	Tomar vitaminas impede que uma pessoa contraia o VIH.	0,88	0,331	0,495	0,799	0,522	0,822
Coefficiente alpha Cronbach global				0.807		0.830	

Procedeu-se com os restantes itens à análise fatorial exploratória para extração de fatores efetuada componentes principais, utilizando o método de rotação ortogonal do tipo varimax e com valores próprios superiores a 1 (método de Kaiser). Na retenção dos itens foi considerado cargas fatoriais superiores a 0.40 com o respetivo fator. O primeiro passo consistiu em verificar a adequabilidade da análise fatorial através do teste de Kaiser Mayer Olklim (KMO) e teste de esfericidade de Bartlett (BTS)

O valor do KMO da amostra é de 0,754, ou seja, superior ao patamar crítico de 0,60. Da mesma forma, o teste BTS é estatisticamente significativo ($p < 0,000$), o que em ambos os casos, os testes sugerem que os dados são adequados à análise fatorial

Prosseguindo com a análise fatorial exploratória o método de Kaiser sugere a retenção de 12 fatores que explicam no seu total 57.89%. Contudo, o gráfico de variâncias designado por *scree plot* sugere a retenção de cinco fatores conforme ponto de inflexão da curva, pelo que forçamos a rotação a 5 fatores.

Figura 2 – Gráfico de Scree Plot



A tabela 4 configura os resultados finais da rotação forçada a cinco fatores, cuja percentagem de variância explicada foi de 41.74%.

A fator 1 designado de comportamentos de risco explica 9.60%, é constituído pelos itens 7, 9, 13, 14, 41, 44 e 45.

O fator 2 apresenta uma percentagem de variância explicada de 8.59% e contém os itens 9, 16, 23, 30, 37 e 43, sendo designados por Vias de Transmissão.

O fator 3, denominado Crenças, explica 8.37% da variabilidade e comporta os itens 20, 22, 31, 32 e 40.

O fator 4 possui 5 itens (1, 6, 25, 27 e 34) explica 8.02% e foi chamado de Conhecimentos Sobre a Doença.

O fator 5 comporta os itens 12, 35 e 36, apresenta uma percentagem de variância explicada de 7.14% e foi designado de Preconceitos/Medos.

Tabela 4 – Ordenações dos itens por fator e pesos fatoriais

	Itens	Fatores				
		1	2	3	4	5
1	O VIH e a SIDA são a mesma coisa.				0.622	
6	A SIDA é a causa do VIH.				0.643	
7	Uma pessoa pode contrair o VIH ao partilhar um copo de água com alguém que está infetado pelo vírus.	0.540				
9	É possível contrair o VIH ao fazer uma tatuagem.		0.514			
11	Se o homem retirar o pénis antes de atingir o orgasmo, está a impedir que a mulher com quem está a ter relações sexuais contraia o VIH.	0.565				
12	Uma mulher pode contrair o VIH se praticar sexo anal com um homem.					0.526
13	Tomar um duche ou lavar os órgãos genitais depois de ter relações sexuais impede que uma pessoa contraia o VIH.	0.513				
14	Ingerir alimentos saudáveis pode impedir uma pessoa de contrair o VIH.	0.521				
16	O uso de um preservativo de latex ou de borracha pode diminuir a possibilidade de uma pessoa contrair o VIH.		0.498			
20	Existe uma vacina que pode impedir que as pessoas adultas contraiam o VIH.			0.516		
22	As mulheres são testadas ao VIH sempre que fazem o teste “papanicolau”.			0.508		
23	Uma pessoa não pode contrair o VIH por praticar sexo oral, com um homem infetado pelo VIH.		0.438			
25	Usar “Lambskin condoms” (pele natural) é a melhor proteção contra a infeção pelo VIH.				0.481	
27	Uma pessoa pode contrair o VIH ao “dar sangue”.				0.448	
30	Existe um preservativo feminino que pode ajudar a diminuir a possibilidade das mulheres contraírem o VIH.		0.617			
31	Um preservativo de pele natural é mais seguro contra o VIH do que um preservativo de latex.			0.551		
32	Se uma pessoa estiver a tomar antibióticos, não pode contrair o VIH.			0.655		
34	Fazer um teste ao VIH uma semana depois de ter relações sexuais, permitirá “mostrar” se uma pessoa está ou não infetada pelo VIH.				0.484	
35	Uma pessoa pode contrair o VIH se partilhar uma banheira ou uma piscina, com alguém que esteja infetado pelo VIH.					0.641
36	Uma pessoa pode contrair o VIH através do contacto com saliva, lágrimas, suor ou urina.					0.631
37	Uma pessoa pode contrair o VIH através das secreções vaginais.		0.534			
40	Utilizar vaselina ou óleo para bebé quando se usa o preservativo, diminui a possibilidade de se contrair o VIH.			0.499		
41	A lavagem, com água fria, do “equipamento” utilizado no uso de drogas, elimina o vírus.	0.571				
43	Os atletas que partilham agulhas quando injetam esteroides, podem contrair o VIH através das agulhas.		0.594			
44	Tomar um banho depois de ter relações sexuais impede que uma mulher contraia o VIH.	0.488				
45	Tomar vitaminas impede que uma pessoa contraia o VIH.	0.530				
		Eigenvalue	% Variância	Nº itens	% Variância acumulada	
Fator 1 – Comportamentos de risco		2.497	9.603	7	9.603	
Fator 2 – Vias de transmissão		2.235	8.598	6	18.201	
Fator 3 - Crenças		2.178	8.378	5	26.579	
Fator 4 – Conhecimentos doença		2.086	8.025	5	34.604	
Fator 5- Preconceitos/medos		1.856	7.140	3	41.744	

Realizada a análise fatorial exploratória, submeteu-se a estrutura penta fatorial encontrada a uma análise fatorial confirmatória, conforme referido anteriormente. Determinadas as estatísticas relativas a cada item, observa-se que os valores de assimetria e curtose se encontravam dentro dos parâmetros de normalidade, o mesmo ocorrendo para o coeficiente multivariado de mardia que apresenta um valor dentro do limite recomendado (CM=5.010).

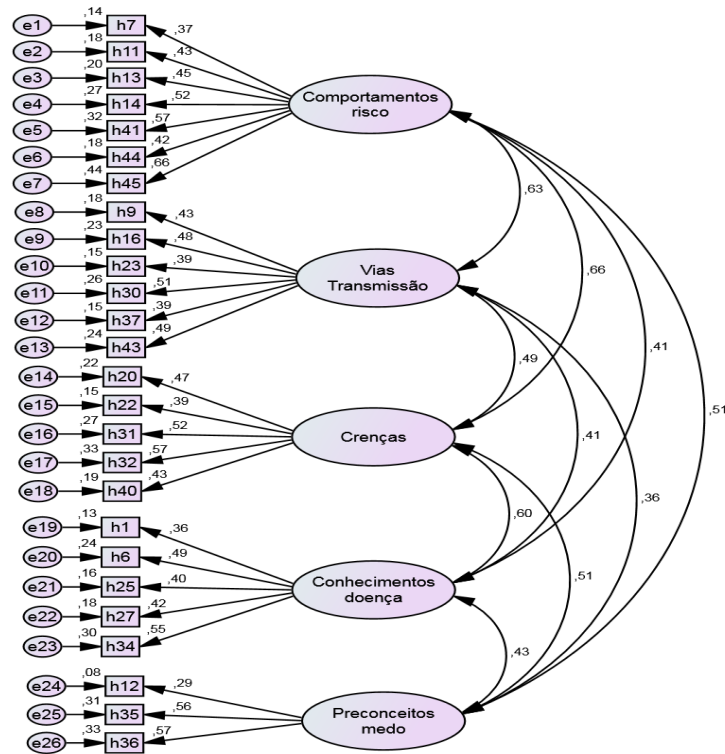
A tabela 5 representa as trajetórias os rácios críticos e os coeficientes lambda obtidos por cada item com o fator a que lhe corresponde. Observamos que todos os itens apresentam diferenças estatísticas significativas e os coeficientes lambda revelam a existência de pesos fatoriais inferiores a 0.40 em alguns itens o que é sugestivo da sua exclusão.

Tabela 5 – Trajetórias, rácios críticos e coeficientes lambda da escala de conhecimentos sobre a Sida

Trajetórias	Estimativas	Erro standarizado	Rácios críticos.	p	λ
h7 <--- F1	1,000				,374
h11 <--- F1	2,184	,543	4,021	***	,427
h13 <--- F1	1,952	,473	4,124	***	,447
h14 <--- F1	1,694	,391	4,335	***	,515
h41 <--- F1	2,051	,459	4,469	***	,565
h44 <--- F1	1,990	,511	3,891	***	,419
h45 <--- F1	2,256	,482	4,676	***	,665
h9 <--- F2	1,000				,425
h16 <--- F2	,959	,241	3,984	***	,484
h23 <--- F2	,926	,253	3,662	***	,389
h30 <--- F2	1,181	,273	4,328	***	,507
h37 <--- F2	,904	,252	3,581	***	,392
h43 <--- F2	,797	,185	4,298	***	,493
h20 <--- F3	1,000				,467
h22 <--- F3	,817	,207	3,953	***	,389
h31 <--- F3	1,185	,249	4,759	***	,522
h32 <--- F3	1,234	,250	4,943	***	,571
h40 <--- F3	1,046	,250	4,177	***	,431
h1 <--- F4	1,000				,363
h6 <--- F4	1,285	,336	3,822	***	,487
h25 <--- F4	1,064	,325	3,276	,001	,401
h27 <--- F4	1,143	,351	3,260	,001	,419
h34 <--- F4	1,478	,437	3,381	***	,549
h12 <--- F5	1,000				,285
h35 <--- F5	1,196	,413	2,899	,004	,558
h36 <--- F5	1,861	,670	2,778	,005	,573

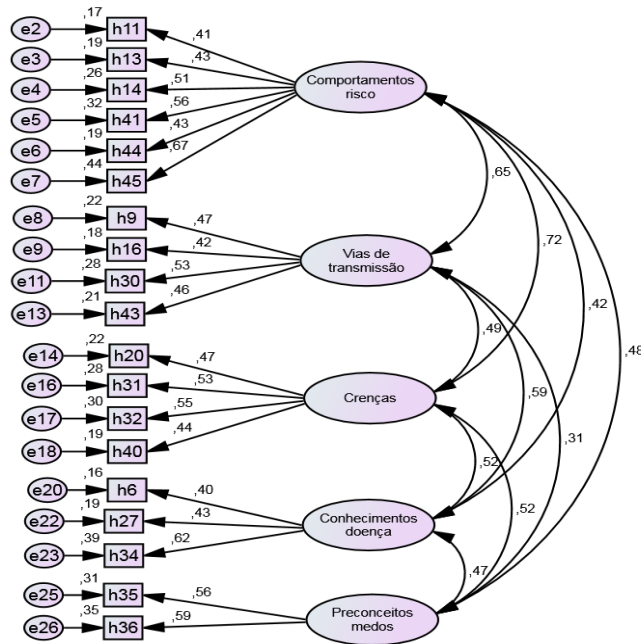
A figura 3 configura o modelo inicial com todos os itens e fatores correspondentes. Conforme se verifica, no fator 1, o item 7, no fator 2 os itens 23 e 37 no fator 3 o item 22, no fator 4, o item 1 e 25 e, no fator 5, o item 12 mostram saturações inferiores a 0.40 com fiabilidade individual também inferior a 0.25. Por outro lado, os índices de ajustamento global neste primeiro modelo são indicadores dum ajustamento inadequado para o (GFI= 0.888), (CFI= 0.860) e adequados para os restantes índices ($X^2/gf=1.345$); (RMSEA= 0.039); (RMR= 0.012) e (SRMR= 0.061).

Figura 3 - Modelo 1 - Modelo inicial da escala de conhecimentos sobre a Sida



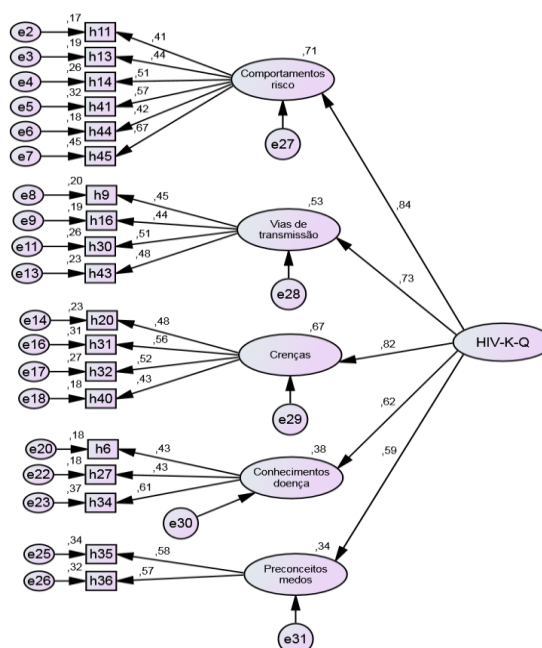
Procedeu-se ao refinamento do modelo com a eliminação dos itens acima referidos e ainda com os índices de modificação propostos pelo AMOS, cujo resultado final se apresenta na figura 4. Como se verifica, a qualidade do ajustamento local é adequada face aos pesos fatoriais de todos os itens com os fatores correspondentes que são superiores a 0.40. Quanto ao ajustamento global, os índices apontam para um bom ajustamento em todos os indicadores avaliados ($\chi^2/gl= 1.267$); (GFI= 0.928); (CFI= 0.927); (RMSEA= 0.034); (RMR= 0.010) e (SRMR= 0.053).

Figura 4 - Modelo final refinado da escala de conhecimentos sobre a Sida



As elevadas correlações que se observaram entre os fatores são sugestivas de um modelo fatorial de segunda ordem. Nesse sentido, procedeu-se à sua construção que se designou de escala de conhecimentos sobre a Sida. A Figura 5 ilustra o modelo obtido. Os valores de qualidade de ajustamento são considerados bons, demonstrando a elevada validade fatorial do questionário de ($\chi^2/df=1.285$; $GFI=0.925$; $CFI=0.919$; $RMSEA=0.035$; $RMR= 0.011$; $SRMR= 0.057$)

Figura 5 - Modelo final de 2ª ordem



A tabela 6 sintetiza os índices de bondade de ajustamento global. Observa-se que todos os índices de bondade de ajuste se tornaram adequados, quando se efetuou o refinamento do modelo.

Tabela 6 - Índices de bondade de ajustamento global

Modelo	χ^2_{gl}	GFI	CFI	RMSEA	RMR	SRMR
Modelo inicial (figura 1)	1.345	0.888	0.860	0.039	0.012	0.061
Modelo com índices de modificação	1.267	0.928	0.927	0.034	0.010	0.053
Modelo final 2ª ordem	1.285	0.925	0.919	0.035	0.011	0.057

Validade convergente e fiabilidade compósita

Os valores de VEM permitem concluir sobre a inexistência de validade convergente ao apresentarem-se com índices inferiores a 0.50. A validade discriminante dos fatores avaliada pela comparação das VEM com os quadrados das correlações entre os fatores, só se mostrou conclusiva para os comportamentos de risco vs. conhecimentos sobre a doença; comportamentos de risco vs. preconceitos/medos; vias de transmissão vs. preconceitos/medos e conhecimentos da doença vs. preconceitos/medos. Quanto à fiabilidade compósita os valores obtidos revelam adequada consistência interna dos itens relativos a cada uma das subescalas (cf. Tabela 7).

1.4. Critérios de operacionalização e recodificação das variáveis

A mensuração das variáveis foi suportada na sua operacionalização, tendo-se iniciado pelas variáveis sócio demográficas (cf. Tabela 8).

Tabela 8 - Operacionalização das variáveis sociodemográficas

Variáveis	Tipo de variável	Questão	Operacionalização
Sexo	Qualitativa nominal	Feminino Masculino	Feminino Masculino
Idade	Ordinal		≤ a 19 anos 20 a 29 anos ≥ a 30 anos
Estado civil	Nominal	Solteiro Casado Divorciado	Sem companheiro(a) Com companheiro(a)
Coabitação	Quantitativa nominal	Monogâmico Polígamo	
Habilitações Literárias	Nominal	Sem escolaridade Ensino básico Ensino secundário/ensino superior	
Grupo étnico	Nominal	Dinka Jur Outro	
Residência	Nominal	Rural; Urbana	
Situação Profissional	Nominal	Classificado em cinco grupos: Empregado; desempregado; doméstico; aposentado; estudante	Ativo Não ativo
Tipo de Habitação	Nominal	Cabana Casa de cimento	
Distância da residência ao hospital	Nominal	Menos de 10 Km Entre 10-20 Km Entre 20-30 Km Entre 30-40 Km Mais de 40 Km	≤ 20 Km >20 Km
Meios de transporte	Nominal	A pé Bicicleta Motorizada Carro	Não motorizados Motorizados
Religião	Nominal	Cristã Muçulmana Outra	

1.5. Procedimentos formais e éticos

Em todo o processo de investigação, procurou respeitar-se uma rigorosa conduta ética, pelo que, num primeiro momento, se solicitou a autorização formal ao autor do instrumento de recolha de dados para a sua utilização. Uma vez concedida, endereçou-se um pedido de Parecer sobre o estudo à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu. Obtida a autorização dos autores e o Parecer favorável da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu (cf. Anexo II), contactou-se a Direção do Hospital *Hospital Mary Immaculate de Mapuordit* a quem lhes foi dado a conhecer os objetivos do estudo, as razões científicas inerentes ao mesmo e as implicações práticas que daí poderiam advir, tendo subjacente o pedido de autorização para a aplicação dos questionários no Hospital, o qual foi concedido (cf. Anexo III). Os dados foram recolhidos entre o dia 21 de julho a 25 de agosto de 2015.

Foi também garantido o direito à confidencialidade, à intimidade e ao anonimato, uma vez que foi assegurado a todos os participantes que as informações obtidas do estudo não seriam comunicadas a terceiros e a identidade do participante não podia ser descoberta por nenhum meio, nem mesmo pelo investigador, pois os questionários foram codificados, seguindo uma numeração atribuída pelo investigador para o tratamento estatístico dos dados.

1.6. Análise dos dados

Para a análise dos dados, utilizou-se a estatística descritiva e a estatística analítica ou inferencial. A estatística descritiva possibilitou determinar as frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central ou de localização como médias e medianas medidas dispersão ou variabilidade como amplitude de variação, coeficiente de variação e desvio padrão, medidas de forma como as medidas de assimetria e curtose e medidas de relação como a correlação de Pearson.

No que se refere ao coeficiente de variação, este é uma medida de dispersão relativa utilizada para estimar a precisão de experimentos e representa o desvio padrão expresso como percentagem da média, devendo os resultados serem interpretados, como sugerem Pestana & Gageiro (2014), da seguinte maneira (cf. Tabela 9).

Tabela 9 – Classificação do grau de dispersão em função do Coeficiente de variação

Coeficiente de variação	Classificação do Grau de dispersão
0% - 15%	Dispersão baixa
16% - 30%	Dispersão moderada
> 30%	Dispersão alta

No que se refere às análises bivariadas com variáveis nominais, aplicamos o teste da percentagem residual (resíduos ajustados). Segundo Pestana & Gageiro (2014), o uso dos resíduos ajustados na forma estandardizada torna-se mais potente que o teste de qui quadrado, na medida que informam acerca das células que mais se afastam da independência entre as variáveis. A interpretação dos resíduos ajustados precisa de um número mínimo de oito elementos quer no total da linha, quer na coluna.

Quanto ao coeficiente de correlação de Pearson, este trata-se de uma medida de associação linear usada para o estudo de variáveis quantitativas, tomando valores situados entre -1 e +1. A correlação aponta para o facto de os fenómenos não estarem indissolúvelmente ligados, mas que a intensidade de um (em média) é acompanhada tendencialmente com a intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso. O sinal negativo sugere que há uma relação inversa entre as variáveis em estudo e o positivo uma relação direta. Assim, positiva ou negativa as correlações são consideradas altas se ($r > \pm 0,7$), médias se apresentam um valor entre ($r \pm 0,4$ e $r \pm 0,6$) e baixas se ($r < \pm 0,3$) (Coutinho, 2014).

Na estatística inferencial usaram-se testes não paramétricos, nomeadamente o teste de U-Mann Whitney (UMW) para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes. Recorremos igualmente ao teste de Kruskal Wallis - para comparação de médias de uma variável quantitativa em três ou mais grupos de sujeitos diferentes. Como complemento dado que estamos a testar a igualdade de mais de duas médias, recorre-se aos testes post-hoc para determinar as que se diferenciam entre si (Pestana & Gageiro, 2014). O teste post-hoc utilizado foi o teste de Tukey que permite testar qualquer contraste que se baseia na diferença mínima significativa, ou seja, a menor diferença de médias de amostras que deve ser tomada como estatisticamente significativa, em determinado nível.

Utilizou-se também o Teste de qui quadrado (χ^2) que é um teste de proporções que compara as frequências observadas com as que se esperam obter no universo para se inferir se diferem relativamente a uma determinada característica.

Na análise estatística utilizaram-se os seguintes valores de significância:

$p < 0,05$ * - diferença estatística significativa

$p < 0.01^{**}$ - diferença estatística bastante significativa

$p < 0,001^{***}$ - diferença estatística altamente significativa $p \geq 0,05$ n.s. – diferença estatística não significativa

Para a apresentação dos resultados recorreu-se a Tabelas, onde constam os dados mais relevantes, tendo-se omitido nas mesmas o local, a data e a fonte, pois todos os dados foram colhidos através do instrumento de colheita de dados. A descrição e análise dos dados obedeceram à ordem por que foi elaborado o instrumento de recolha de dados.

Todo o tratamento estatístico foi processado através dos programas SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) e AMOS (*Analysis of Moments Structures*) versão 21 de 2012 para Windows.

De seguida apresentamos a análise dos resultados, tendo em conta a estatística descritiva e a inferencial.

2. Resultados

A finalidade deste capítulo é descrever e explicar o fenómeno em estudo através da descrição, análise e interpretação dos resultados obtidos no trabalho de campo realizado. Assim, o processo de análise dos dados está estruturado de modo a poder dar-se resposta às questões de investigação e subseqüentes objetivos, pelo que se consideraram dois subcapítulos. No primeiro far-se-á a análise descritiva onde se descrevem os aspetos gerais da amostra relacionados com as diferentes variáveis em estudo; no segundo far-se-á a análise inferencial.

2.1. Análise descritiva

A análise descritiva está estruturada de forma a ir ao encontro das variáveis consideradas fulcrais no presente estudo. Assim, aborda-se, em primeiro lugar, a informação relativa à prevenção do VIH/Sida.

Informação relativa à prevenção do VIH/Sida

Procurou-se saber se os participantes receberam qualquer informação sobre como prevenir o VIH/Sida, inferindo-se, como apresentado na Tabela 10, que do total da amostra o grupo mais representativo é o que corresponde aos participantes que afirmam ter recebido informações sobre como prevenir o VIH /Sida (78.9%). Analisando-se os resultados em função do sexo, constata-se que 81.5% dos homens e 71.2% receberam informação, enquanto 21.1% dos participantes não receberam qualquer informação sobre a prevenção do VIH/Sida, com predomínio das mulheres (28.8%). Dos 193 participantes que responderem ter tido acesso a informações acerca da prevenção do VIH/Sida, constata-se que sobressaem os que referem ter recebido essas informações através dos professores na escola (43.2%), com maior prevalência por parte dos homens (49.6%), com apenas 21.4% das mulheres a indicarem também os professores como fonte de informação. É também expressivo o percentual relativos aos sujeitos da amostra que alegam que a fonte de informação sobre a prevenção do VIH/Sida foram os profissionais de saúde (médico, enfermeiro, assistente médico (41.5%), fazendo parte deste grupo 41.8% homens e 40.5% mulheres.

Intentou-se também saber se os sujeitos da amostra já participaram em algum workshop sobre a prevenção do VIH/Sida. Deste modo e como exposto na Tabela 9, pode dizer-se que a maioria (75.9%) não participou em *workshop* na área, com 72.3% dos homens e 86.4% das mulheres a integrarem este grupo, enquanto 24.1% da amostra admitem que já participaram num workshop relacionado com a forma de prevenir o VIH/Sida, com predomínio dos homens (27.7%). O teste de qui quadrado ($X^2=4.835$; $p=0.028$) e os resíduos ajustados aferem que existe significância estatística entre o sexo e a frequência de *workshop* sobre a prevenção do VIH/Sida (cf. Tabela 9).

Tabela 10 - Estatística referente à informação sobre a prevenção do VIH/Sida em função do sexo

Variáveis	Sexo		Masculino		Feminino		Total		Residuais		X ²	p
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	1	2		
Informação sobre a prevenção do VIH/Sida												
Não	32	18,5	17	28,8	49	21,1	-1,7	1,7	2,811	0,094		
Sim	141	81,5	42	71,2	183	78,9	1,7	-1,7				
Fonte de informação	nº	%	nº	%	nº	%						
	(141)	(77.0)	(42)	(23.0)	(183)	(100.0)						
Os professores na escola	70	49,6	9	21,4	79	43,2	3,2	-3,2	Não aplicável	Não aplicável		
Família	1	0,7	2	4,8	3	1,6	-1,8	1,8				
Padre/Pastor	4	2,8	8	19,0	12	6,6	-3,7	3,7				
TV/Jornais/Rádio	7	5,0	6	14,3	13	7,1	-2,1	2,1				
Médico/Enfermeiros/Assistente médico	59	41,8	17	40,5	76	41,5	,2	-2				
Participação em workshop sobre como previr o VIH/Sida	nº	%	nº	%	nº	%						
	(173)	(74.6)	(59)	(25.4)	(232)	(100.0)						
Não	125	72,3	51	86,4	176	75,9	-2,2	2,2	4,835	0,028		
Sim	48	27,7	8	13,6	56	24,1	2,2	-2,2				
Local de realização do workshop	nº	%	nº	%	nº	%						
	(48)	(85.7)	(8)	(14.3)	(56)	(100.0)						
Hospital	17	35,4	3	37,5	20	35,7	-,1	,1	Não aplicável	Não aplicável		
Escola	2	4,2	2	25,0	4	7,1	-2,1	2,1				
Outro local	29	60,4	3	37,5	32	57,1	1,2	-1,2				

Diagnóstico de VIH

No que se refere ao diagnóstico de VIH, de acordo com a Tabela 11, pode dizer-se que 13.4% dos participantes estão infetados pelo vírus, sendo mais incidente nas mulheres (22.0%) do que nos homens (10.4%), enquanto 86.6% não estão infetados, resultando em relevância estatística ($X^2=5,140$; $p=0.023$).

Tabela 11 – Presença de diagnóstico de VIH em função do sexo

Diagnóstico de VIH	Sexo		Masculino		Feminino		Total		Residuais		X ²	p
	nº (173)	% (74.6)	nº (59)	% (25.4)	nº (232)	% (100.0)	1	2				
Sim	18	10,4	13	22,0	31	13,4	-2,3	2,3	5,140	0,023		
Não	155	89,6	46	78,0	201	86,6	2,3	-2,3				

Conhecimentos sobre a Sida

Uma vez que as subescalas encontradas diferem em número de itens o que não permite efetuar a comparabilidade entre elas, decidiu-se proceder à sua transformação estatística, por forma a possuírem o mesmo denominador comum. Assim, utilizou-se para o efeito a fórmula $((\text{score bruto} - \text{valor mínimo possível}) / \text{amplitude}) \times 100$. Desta forma, todas as subescalas obtêm um score que oscila entre 0 e 100%, devendo a sua leitura efetuar-se em valores percentuais.

As estatísticas relativas aos conhecimentos sobre a Sida revelam, para todas as dimensões da escala, um mínimo de 0.00 e um máximo de 100.00. O valor médio mais elevado regista-se nos preconceitos/medo (média=80.60%; ± 31.050), sugerindo que os participantes revelam um elevado nível de preconceitos e de medo em relação ao VIH/Sida. Na dimensão comportamentos de risco, o valor médio é também expressivo a rondar os 76.58% (± 24.664), seguindo-se o conhecimento sobre as vias de transmissão do vírus (média=70.36%; ± 28.253), o que indica que os participantes demonstram possuir conhecimentos em relação aos comportamentos de risco e sobre as vias de transmissão do vírus. Importa referir que a média mais baixa recaiu nos conhecimentos sobre a doença (média=38.93%; ± 34.149). Para a totalidade da amostra, observa-se que o valor médio total aponta para a existência de razoáveis conhecimentos sobre a Sida (média=68.08%; ± 19.143). Os coeficientes de variação evidenciam face às médias encontradas uma dispersão elevada para todas as dimensões, à exceção do total dos conhecimentos sobre a Sida, onde o coeficiente de variação é baixo, em relação à média encontrada (cf. Tabela 12).

As estatísticas referentes aos scores do questionário obtidas para os 45 itens aferidos pelo estudo psicométrico na presente investigação são apresentadas no Anexo IV.

Tabela 12 - Estatísticas percentuais relativas aos conhecimentos sobre a Sida

Conhecimentos	N	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Comportamentos de risco	232	0,00	100,00	76,58	24,664	32,20	-7,30	2,61
Vias de transmissão		0,00	100,00	70,36	28,253	40,15	-4,48	-0,97
Crenças		0,00	100,00	68,64	30,150	43,92	-4,43	-1,54
Conhecimentos sobre a doença		0,00	100,00	38,93	34,149	87,71	2,11	-3,17
Preconceitos/medo		0,00	100,00	80,60	31,050	38,52	8,51	2,30
Conhecimentos sobre a Sida (total)		0,00	100,00	68,08	19,143	28,11	-5,46	2,23

Conhecimentos sobre a Sida e variáveis sociodemográficas

Para determinarmos a prevalência dos conhecimentos sobre VIH/Sida, efetuou-se, para o score global, grupos de corte com base nos percentis 25 e 75. Nesse sentido, foi possível obter três grupos que se classificam como possuidores de fracos conhecimentos todos os participantes com score inferior ou igual a 25, razoáveis entre 25-75 e bons com score igual ou superior a 75.

De seguida apresentam-se os resultados referentes aos conhecimentos sobre a Sida em função das variáveis sociodemográficas.

Em relação ao **sexo**, procurou-se avaliar o nível de conhecimentos sobre a Sida, tendo-se verificado que há um predomínio de conhecimentos razoáveis para a totalidade dos participantes (43.5%), fazendo parte deste grupo 45.1% dos homens e 39.0% mulheres. Seguem-se os participantes com fracos conhecimentos sobre a Sida (31.0%), sendo o grupo mais representativo o dos homens (32.9%), apesar de o percentual de mulheres também ser expressivo (25.4%). Como se observa, a menor percentagem recaiu nos bons conhecimentos sobre a Sida (25.4%), particularmente no que se refere às mulheres (35.6%), comparativamente aos homens (22.0%). Contudo, sem diferenças significativas ($X^2=4.392$; $p=0.111$) (cf. Tabela 13).

Tabela 13 - Níveis de conhecimentos sobre a Sida em função do sexo

Conhecimentos sobre a Sida	Sexo		Feminino		Total		Residuais		X^2	p
	Masculino		nº	%	nº	%	1	2		
	nº	%	(173)	(74.6)	(59)	(25.4)	(232)	(100.0)		
Fracos	57	32,9	15	25,4	72	31,0	1,1	-1,1	4,392	0,111
Razoáveis	78	45,1	23	39,0	101	43,5	,8	-,8		
Bons	38	22,0	21	35,6	59	25,4	-2,1	2,1		

No que se refere aos resultados dos conhecimentos sobre a Sida em função da **idade**, como apresentado na Tabela 14, verifica-se que continuam a prevalecer os conhecimentos razoáveis (43.5%), com 46.9% dos participantes mais novos e 45.1% dos que se situam na faixa etária dos 20-29 anos e 31.4% por parte dos que possuem idade igual ou superior aos 30 anos a revelá-los. Seguem-se, de igual modo, os fracos conhecimentos (31.0%), com predomínio dos participantes mais novos (39.1%), secundados pelos que têm idades compreendidas entre os 20-29 anos (31.6%). Em relação aos bons conhecimentos, regista-se o menor percentual para a totalidade da amostra (25.4%), destacando-se os participantes mais velhos com uma representatividade de 54.3%, seguidos dos que têm idades entre os 20-29 anos. As diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas conforme resultados do teste de qui quadrado ($X^2=28.871$; $p=0.000$) e valores residuais.

Tabela 14 – Níveis dos conhecimentos sobre a Sida em função dos grupos etários

Idade	≤ 19 anos		20-29 anos		≥ 30 anos		Total		Residuais			x ²	p
	nº (64)	% (27.6)	nº (133)	% (57.3)	nº (35)	% (15.1)	nº (232)	% (100.0)	1	2	3		
Fracos	25	39,1	42	31,6	5	14,3	72	31,0	1,6	,2	-2,3	20,871	0,000
Razoáveis	30	46,9	60	45,1	11	31,4	101	43,5	,6	,6	-1,6		
Bons	9	14,1	31	23,3	19	54,3	59	25,4	-2,5	-,9	4,3		

A Tabela 15 dá indicações dos resultados relativos aos conhecimentos sobre a Sida em função do **estado civil**. Como se observa, na totalidade da amostra continua a verificar-se a prevalência de participantes a revelarem razoáveis conhecimentos (43.5%), sendo de 46.5% o percentual dos participantes que não têm companheiro(a) e 37.3% para os que têm companheiro(a). Seguem-se os participantes que revelam fracos conhecimentos (31.0%), onde se destacam os 37.6% do que não possuem companheiro(a), em comparação aos 17.3% que têm companheiro(a). Por último, afere-se que continua a registar-se uma percentagem mais baixa nos bons conhecimentos sobre a Sida (25.4%), com destaque para os participantes que possuem companheiro(a) (45.3%). As diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas em conformidade com os resultados do teste de qui quadrado ($X^2=24.945$; $p=0.000$) e valores residuais.

Tabela 15 - Níveis dos conhecimentos sobre a Sida em função do estado civil

Estado civil	Sem companheiro(a)		Com companheiro(a)		Total		Residuais		X ²	p
	nº (157)	% (67.7)	nº (75)	% (32.3)	nº (232)	% (100.0)	1	2		
Fracos	59	37,6	13	17,3	72	31,0	3,1	-3,1	24,945	0,000
Razoáveis	73	46,5	28	37,3	101	43,5	1,3	-1,3		
Bons	25	15,9	34	45,3	59	25,4	-4,8	4,8		

Quanto aos resultados dos conhecimentos sobre a Sida em função das **habilitações literárias**, constata-se que prevalecem os conhecimentos razoáveis, para a totalidade da amostra, fazendo parte deste grupo 25.0% dos participantes sem escolaridade e 45.0% com o ensino secundário/ensino superior. Continuam a surgir em segundo lugar os conhecimentos fracos, com uma representatividade de 31.0%, onde a percentagem mais elevada recaiu nos participantes com o ensino básico, seguindo-se os que possuem mais escolaridade (33.0%). Em termos de conhecimentos bons, regista-se uma percentagem mais elevada para os participantes sem escolaridade (60.0%), secundados pelos que têm o ensino secundário/ensino superior (cf. Tabela 16).

Tabela 16 - Níveis dos conhecimentos sobre a Sida em função das habilitações literárias

Habilitações literárias	Sem escolaridade		Ensino básico		Ensino secundário/ Ensino superior		Total		Residuais			x ²	p
	nº (25)	% (10.8)	nº (7)	% (3.0)	nº (200)	% (86.2)	nº (232)	% (100.0)	1	2	3		
Fracos	3	12,0	3	42,9	66	33,0	72	31,0	-2,2	,7	1,6	Não aplicável	Não aplicável
Razoáveis	7	28,0	4	57,1	90	45,0	101	43,5	-1,7	,7	1,1		
Bons	15	60,0	-	-	44	22,0	59	25,4	4,2	-1,6	-3,0		

Reportando-se os resultados da Tabela 17 ao nível de conhecimentos sobre a Sida em função da **situação profissional**, os mesmos indicam que continua a verificar-se que a maioria dos participantes demonstram razoáveis conhecimentos (43.5%), onde 29.0% dos participantes se encontram ativos profissionalmente e 48.8% não estão ativos. Em segundo lugar regista-se reiteradamente os conhecimentos fracos (31.0%), particularmente em relação a 35.3% dos participantes que não se encontram ativos em termos profissionais. Quanto aos fracos conhecimentos, que representam 25.4% da amostra, o valor mais expressivo corresponde aos participantes ativos profissionalmente (51.6%), sendo as diferenças estatisticamente significativas ($X^2=30.614$; $p=0.000$).

Tabela 17 - Níveis dos conhecimentos sobre a Sida em função da situação profissional

Situação profissional Conhecimentos sobre a Sida	Ativo		Não ativo		Total		Residuais		X ²	p
	nº (62)	% (26.7)	nº (170)	% (73.3)	nº (232)	% (100.0)	1	2		
Fracos	12	19,4	60	35,3	72	31,0	-2,3	2,3	30,614	0,000
Razoáveis	18	29,0	83	48,8	101	43,5	-2,7	2,7		
Bons	32	51,6	27	15,9	59	25,4	5,5	-5,5		

Quanto aos conhecimentos sobre a Sida em função do **tipo de habitação**, observa-se que são os participantes que vivem numa casa tradicional - Tukul – os que apresentam percentagens mais elevadas em todos os níveis de conhecimento, com particular incidência nos conhecimentos razoáveis (37.1%), seguindo-se os que revelam conhecimentos fracos (24.1%), com apenas 21.6% de participantes com bons conhecimentos. No grupo de participantes que vivem numa casa de cimento a percentagem mais elevada recaiu nos que demonstram fracos conhecimentos (6.9%) (cf. Tabela 18).

Tabela 18 - Níveis dos conhecimentos sobre a Sida em função do tipo de habitação

Tipo de habitação Conhecimentos	Casa tradicional (Tukul)		Casa de cimento		Total		Residuais		X ²	p
	nº (192)	% (82.8)	nº (40)	% (17.2)	nº (232)	% (100.0)	1	2		
Fracos	56	24,1	16	6,9	72	31,0	-1,3	1,3	1,819	0,403
Razoáveis	86	37,1	15	6,5	101	43,5	8	-8		
Bons	50	21,6	9	3,9	59	25,5	5	-5		

Como se apura, em relação aos conhecimentos sobre a Sida em função da **distância entre a residência e o hospital**, continua a ser reiterante a prevalência de razoáveis conhecimentos (43.5%), com 45.6% dos participantes a residirem a uma distância igual ou inferior a 20 Km do hospital a apresentar conhecimentos razoáveis e 36.5% a residirem a uma maior distância do hospital. Verifica-se também que 31.0% dos participantes demonstram conhecimentos fracos, dos quais 30.6% distam do hospital menos Km e 32.7% residem a uma distância superior do hospital. Constata-se que continuam em menor percentagem os participantes que demonstram bons conhecimentos sobre a Sida (25.4%), fazendo parte deste grupo 30.8% dos que distam do hospital a mais de 20 Km e 23.9% a menos distância (cf. Tabela 19).

Tabela 19 - Níveis dos conhecimentos sobre a Sida em função da distância entre a residência e o hospital

Distância entre a residência e o hospital	≤ 20 Km		>20 Km		Total		Residuais		X ²	p
	nº (180)	% (77.6)	nº (52)	% (22.4)	nº (232)	% (100.0)	1	2		
Fracos	55	30,6	17	32,7	72	31,0	-,3	,3	1,564	0,458
Razoáveis	82	45,6	19	36,5	101	43,5	1,2	-1,2		
Bons	43	23,9	16	30,8	59	25,4	-1,0	1,0		

No que se refere aos dados referentes aos conhecimentos sobre a Sida em função do **meio de transporte** até ao hospital, como representado na Tabela 20, pode dizer-se que os conhecimentos razoáveis continuam a ter uma maior representatividade (43.5%), onde se incluem 44.8% dos participantes que se deslocam ao hospital num veículo não motorizado e 31.8% num veículo motorizado. Uma vez mais se verifica que os conhecimentos fracos surgem em segundo lugar (31.0%), onde o percentual mais elevado recaiu nos participantes que se deslocam ao hospital sem ser num veículo motorizado. Por fim, surgem os conhecimentos bons, com uma representatividade na amostra total de 25.4%, onde se incluem 23.3% dos participantes que se deslocam ao hospital sem ser num veículo motorizado e 45.5% num veículo motorizado.

Tabela 20 - Níveis dos conhecimentos sobre a Sida em função do meio de transporte

Meio de transporte	Não motorizado		Motorizado		Total		Residuais		X ²	p
	nº (210)	% (90.5)	nº (22)	% (9.5)	nº (232)	% (100.0)	1	2		
Fracos	67	31,9	5	22,7	72	31,0	,9	-,9	5,139	0,077
Razoáveis	94	44,8	7	31,8	101	43,5	1,2	-1,2		
Bons	49	23,3	10	45,5	29	25,4	-2,3	2,3		

Relativamente à relação entre os conhecimentos sobre a Sida em função agora do **grupo étnico**, observa-se que é reiterante a maior representatividade de participantes com conhecimentos razoáveis, fazendo parte deste grupo 43.0% dos Dinka e 54.5% dos Jur. Regista-se igualmente que os conhecimentos fracos surgem em segundo lugar (31.0%), principalmente por parte dos participantes do grupo étnico Dinka (31.7%). Em terceiro lugar estão os participantes com conhecimentos bons (25.4%), dos quais 25.3% são Dinka e 27.3% Jur (cf. Tabela 21).

Tabela 21 - Níveis dos conhecimentos sobre a Sida em função do grupo étnico

Grupo étnico	Dinka		Jur		Total		Residuais		X ²	p
	nº	%	nº	%	nº	%	1	2		
Conhecimentos sobre a Sida	(221)	(95.3)	(11)	(4.7)	(232)	(100.0)				
Fracos	70	31,7	2	18,2	72	31,0	,9	-,9	Não aplicável	Não aplicável
Razoáveis	95	43,0	6	54,5	101	43,5	-,8	,8		
Bons	56	25,3	3	27,3	59	25,4	-,1	,1		

Na Tabela 22 figuram os resultados referentes à relação entre os conhecimentos sobre a Sida em função da **zona de residência**, do que se infere que o percentual mais elevado recai novamente nos conhecimentos razoáveis (43.5%), com destaque para os participantes residentes em meio rural (44.2%), seguindo-se os conhecimentos fracos (31.0%), onde 30.1% dos residentes do meio rural os revelam, sendo neste grupo onde se verificam mais conhecimentos bons (25.7%).

Tabela 22 - Níveis dos conhecimentos sobre a Sida em função da zona de residência

Zona de residência	Urbana		Rural		Total		Residuais		X ²	p
	nº	%	nº	%	nº	%	1	2		
Conhecimentos sobre a Sida	(6)	(2.6)	(226)	(97.4)	(232)	(100.0)				
Fracos	4	66,7	68	30,1	72	31,0	1,9	-1,9	Não aplicável	Não aplicável
Razoáveis	1	16,7	100	44,2	101	43,5	-1,3	1,3		
Bons	1	16,7	58	25,7	59	25,4	-,5	,5		

Na Tabela 23 encontram-se os resultados obtidos em relação aos conhecimentos sobre a Sida em função do **diagnóstico de VIH**, constatando-se que surgem novamente em primeiro lugar os participantes com conhecimentos razoáveis, fazendo parte deste grupo 35.5% dos que lhe foi diagnosticado VIH e 44.8% que não estão infetados. De igual modo constata-se que os conhecimentos fracos aparecem em segundo lugar (31.0%), correspondendo a 16.1% dos participantes com diagnóstico de VIH e a 33.3% dos que não estão infetados pelo vírus. Por último, 48.4% dos participantes com VIH e 21.9% dos que não estão infetados revelam conhecimentos bons, estando em menor representatividade. Entre os grupos registam-se significâncias estatísticas ($X^2=10.509$; $p=0.005$), com os resíduos ajustados a apontarem diferenças.

Tabela 23 - Níveis dos conhecimentos sobre a Sida em função do diagnóstico de VIH

Diagnóstico de VIH	Sim		Não		Total		Residuais		X ²	p
	nº	%	nº	%	nº	%	1	2		
Conhecimentos sobre a Sida	(31)	(13.4)	(201)	(86.6)	(232)	(100.0)				
Fracos	5	16,1	67	33,3	72	31,0	-1,9	1,9	10,509	0,005
Razoáveis	11	35,5	90	44,8	101	43,5	-1,0	1,0		
Bons	15	48,4	44	21,9	59	25,4	3,2	-3,2		

Conhecimentos sobre a Sida e variáveis de contexto de formação

Quanto aos dados obtidos em relação aos conhecimentos sobre a Sida em função de os participantes possuírem informação sobre a prevenção do VIH/Sida, como apresentado na Tabela 24, pode dizer-se que as percentagens mais elevadas recaíram no grupo de participantes que afirmam ter recebido informação, onde há um claro predomínio de participantes com conhecimentos razoáveis acerca da Sida (36.2%), secundados pelos que apresentam bons conhecimentos (23.3%) e pelos 19.4% com fracos conhecimentos. Entre os grupos registam-se significâncias estatísticas ($X^2=18.373$; $p=0.000$), com os resíduos ajustados a apontarem diferenças.

Tabela 24 - Níveis dos conhecimentos sobre a Sida em função da informação sobre a prevenção do VIH/Sida

Informação sobre a prevenção do VIH/Sida	Não		Sim		Total		Residuais		X ²	p
	nº (49)	% (21.1)	nº (183)	% (78.9)	nº (232)	% (100.0)	1	2		
Conhecimentos										
Fracos	27	11,6	45	19,4	72	31,0	4,1	-4,1	18,373	0,000
Razoáveis	17	7,3	84	36,2	101	43,5	-1,4	1,4		
Bons	5	2,2	54	23,3	59	25,5	-2,8	2,8		

Fazendo-se uma análise dos dados expostos na Tabela 25, constata-se que a percentagem mais elevada corresponde concomitantemente aos participantes com conhecimentos razoáveis (43.5%), onde se incluem 42.6% dos que nunca participaram em *workshops* sobre como prevenir o VIH/Sida e 46.4% dos que já participaram neste tipo de evento. Seguem-se os participantes que revelam conhecimentos fracos (31.0%), a manifestá-los mais os que nunca participaram em *workshops* sobre como prevenir o VIH/Sida. Com menor percentagem surgem os participantes a demonstrarem bons conhecimentos sobre a Sida (25.4%), fazendo parte deste grupo 21.6% dos que nunca frequentaram *workshops* e 37.5% de participantes a terem participado em *workshops*.

Tabela 25 - Níveis dos conhecimentos sobre a Sida em função da participação em *workshop* sobre como prevenir o VIH/Sida

Participação em <i>workshop</i> sobre como prevenir o VIH/Sida	Não		Sim		Total		Residuais		X ²	p
	nº (176)	% (75.9)	nº (56)	% (24.1)	nº (232)	% (100.0)	1	2		
Conhecimentos sobre a Sida										
Fracos	63	35,8	9	16,1	72	31,0	2,8	-2,8	9,696	0,008
Razoáveis	75	42,6	26	46,4	101	43,5	-,5	,5		
Bons	38	21,6	31	37,5	59	25,4	-2,4	2,4		

Em síntese:

- verifica-se uma prevalência de conhecimentos razoáveis sobre a Sida, tendo em conta todas as variáveis sociodemográficas e as variáveis de contexto de formação, seguindo-se os conhecimentos fracos e, por último, os conhecimentos bons;

- pontuaram, com conhecimentos razoáveis, os participantes: mais novos (46.9%); que não têm companheiro(a) (46.5%); com o ensino secundário/ensino superior (45.0%); que não estão ativos profissionalmente (48.8%); que vivem numa casa tradicional - Tukul - (37.1%); os que residem a uma distância igual ou inferior a 20 Km do hospital (45.6%); que se deslocam ao hospital num veículo não motorizado (44.8%); os do grupo étnico Jur (54.5%); residentes em meio rural (44.2%); que não estão infetados com o VIH/Sida (44.8%); que receberam informação acerca do VIH/Sida (36.2%); que nunca participaram em *workshops* na área (42.6%).

2.2. Análise inferencial

Efetuada a análise descritiva procede-se à análise inferencial, procurando dar resposta às questões de investigação. Nesse sentido, a primeira questão procurava determinar: Em que medida as variáveis sociodemográficas influenciam os conhecimentos sobre VIH/Sida, dos cidadãos de Mapuordit – Sudão do Sul?

2.2.1. Variáveis sociodemográficas e conhecimentos sobre a Sida

Relação entre o sexo e os conhecimentos sobre a Sida

Procurou-se saber se o sexo era uma variável discriminadora dos conhecimentos sobre a Sida por parte dos cidadãos de Mapuordit. Assim, constata-se, pelos resultados apresentados na Tabela 26, que em quase todas as dimensões são as mulheres a revelarem valores de ordenação média nos bons, à exceção dos preconceitos e medo, onde foram os homens a pontuar mais. As mulheres revelam índices médios mais elevados nos bons nos conhecimentos sobre a doença, seguindo-se as crenças e o total dos conhecimentos sobre a Sida. Encontram-se diferenças estatisticamente significativas nas crenças ($p=0.042$) e nos conhecimentos sobre a doença ($p=0.025$). Os resultados sugerem que as mulheres, na globalidade, apresentam níveis mais elevados de conhecimentos nestes fatores.

Tabela 26 – Teste U de Mann-Whitney para diferença de médias dos conhecimentos sobre a Sida em função do sexo

Conhecimentos sobre a Sida	Sexo	Masculino	Feminino	UMW	p
		OM	OM		
Comportamentos de risco		114,74	121,67	4798,500	0,447
Vias de transmissão		116,18	117,43	5048,500	0,898
Crenças		111,46	131,27	4232,000	0,042
Conhecimentos sobre a doença		110,96	132,75	4145,000	0,025
Preconceitos e medo		118,37	111,03	4780,500	0,373
Conhecimentos sobre Sida (Total)		112,51	128,20	4413,000	0,119

Relação entre a idade e os conhecimentos sobre a Sida

Em conformidade com os resultados apresentados na Tabela 27, pode dizer-se que, na globalidade, são os participantes mais velhos a apresentarem valores de ordenação média mais elevados em todas as dimensões dos conhecimentos sobre a Sida, com uma ordenação média de 152.60 no total dos conhecimentos sobre a Sida, sendo também expressiva a correspondente aos conhecimentos sobre a doença (OM=150.30) e no que se refere às crenças acerca da mesma (OM=143.37). Os participantes que revelam menor conhecimentos são os mais novos, à exceção dos comportamentos de risco (OM=121.03), onde foram os que se situam na faixa etária dos 20-29 anos a terem um valor de ordenação média mais baixo (OM=111.79). O teste de *Kruskal Wallis* apresenta significâncias estatísticas para as crenças, conhecimentos sobre a doença e total dos conhecimentos, o que foi corroborado pelo teste *Post Hoc*, que revela precisamente que essas diferenças se situam entre os participantes mais novos e os mais velhos

Tabela 27 – Teste Kruskal-Wallis para diferença de médias dos conhecimentos sobre a Sida em função dos grupos etários

Conhecimentos sobre a Sida	Idade	<=19 anos	20-29 anos	>=30 anos	X ²	p
		OM	OM	OM		
Comportamentos de risco		121,03	111,79	126,13	1,800	0,407
Vias de transmissão		100,41	121,39	127,34	5,756	0,056
Crenças		101,51	116,64	143,37	9,519	0,009
Conhecimentos sobre a doença		110,34	110,57	150,30	11,359	0,003
Preconceitos e medo		110,38	116,31	128,43	2,471	0,291
Conhecimentos sobre Sida (Total)		99,15	115,35	152,60	14,573	0,001

Relação entre o estado civil e os conhecimentos sobre a Sida

Os resultados da relação entre o estado civil e os conhecimentos sobre a Sida, através da aplicação do teste U de Mann-Whitney, revelam que na globalidade são os participantes com companheiro(a) a revelarem mais conhecimentos, à exceção dos

comportamentos de risco, onde sobressaem os participantes sem companheiro(a) (OM=118,00). Registam-se diferenças estatisticamente significativas no conhecimento sobre as vias de transmissão ($p=0.003$), nas crenças ($p=0.000$), nos conhecimentos sobre a doença ($p=0.000$) e no total dos conhecimentos sobre a Sida ($p=0.000$), sugerindo que são os participantes com companheiro(a) a demonstrarem mais conhecimentos nestas dimensões (cf. Tabela 28).

Tabela 28 – Teste U de Mann-Whitney para diferença dos conhecimentos sobre a Sida em função do estado civil

Conhecimentos sobre a Sida	Estado civil		UMW	p
	Sem companheiro(a)	Com companheiro(a)		
	OM	OM		
Comportamentos de risco	118,00	113,35	5651,500	0,608
Vias de transmissão	107,87	134,57	4532,500	0,003
Crenças	106,21	138,03	4272,500	0,000
Conhecimentos sobre a doença	104,05	142,55	3933,500	0,000
Preconceitos e medo	112,09	125,74	5194,500	0,075
Conhecimentos sobre Sida (Total)	103,34	144,05	3821,500	0,000

Relação entre as habilitações literárias e os conhecimentos sobre a Sida

Os resultados do teste de Kruskal-Wallis (cf. Tabela 29) evidenciam que são os participantes com mais escolaridade a revelarem um maior conhecimento sobre os comportamentos de risco, seguidos dos que não têm escolaridade. Em relação ao conhecimento acerca das vias de transmissão da doença, o valor de ordenação média mais elevado corresponde aos participantes sem escolaridade, secundados pelos que possuem o ensino básico. Nas restantes dimensões continuam a ser os participantes sem escolaridade a revelar mais conhecimentos, com uma ordenação média superior no total dos conhecimentos (164,84). Registam-se significâncias estatísticas para as crenças ($p=0.016$), conhecimentos sobre a doença ($p=0.000$) e total dos conhecimentos ($p=0.000$), tendo os resultados do teste *Post Hoc* confirmado que as diferenças se situam entre o grupo de participantes sem escolaridade e os que possuem o ensino básico.

Tabela 29 – Teste Kruskal-Wallis para diferença de médias dos conhecimentos sobre a Sida em função das habilitações literárias

Habilitações literárias	Sem escolaridade	Ensino básico	Ensino secundário/ Ensino superior	X ²	p
	OM	OM	OM		
Conhecimentos sobre a Sida					
Comportamentos de risco	115,46	82,93	117,81	1,978	0,372
Vias de transmissão	145,66	116,50	112,86	5,771	0,056
Crenças	146,40	76,36	114,17	8,333	0,016
Conhecimentos sobre a doença	175,76	107,50	109,41	23,741	0,000
Preconceitos e medo	130,04	122,29	114,61	1,852	0,396
Conhecimentos sobre Sida (Total)	164,84	90,64	111,36	15,316	0,000

Relação entre o grupo étnico e os conhecimentos sobre a Sida

Ao relacionar-se o grupo étnico com os conhecimentos sobre a Sida, apura-se que os Jur possuem mais conhecimentos, tendo obtido valores de ordenação média mais elevados em quase todas as dimensões, excetuando os conhecimentos sobre a doença onde se destacam os Dinka (OM=117.35), todavia não se registam diferenças estatisticamente significativas com a aplicação do teste U de Mann-Whitney (cf. Tabela 30).

Tabela 30 – Teste U de Mann-Whitney para diferença de médias dos conhecimentos sobre a Sida em função do grupo étnico

Conhecimentos sobre a Sida	Grupo étnico	Dinka	Jur	UMW	p
		OM	OM		
Comportamentos de risco		116,65	113,45	1182,000	0,873
Vias de transmissão		115,81	130,45	1062,000	0,461
Crenças		115,52	136,14	999,500	0,301
Conhecimentos sobre a doença		117,35	99,50	1028,500	0,370
Preconceitos e medo		116,31	120,36	1173,000	0,810
Conhecimentos sobre Sida (Total)		116,36	119,23	1185,500	0,890

Relação entre a zona de residência e os conhecimentos sobre a Sida

Na Tabela 31 figuram os dados obtidos da relação entre a zona de residência e os conhecimentos sobre a Sida, de onde se extrai que são os participantes que residem em meio rural a pontuarem mais em quase todas as dimensões do conhecimento, excetuando o conhecimento sobre os comportamentos de risco, onde o valor de ordenação média é mais elevado para os participantes residentes em meio urbano (OM=119.67). No entanto, não se verifica relevância estatística com a aplicação do teste U de Mann-Whitney.

Tabela 31 – Teste U de Mann-Whitney para diferença de médias dos conhecimentos sobre a Sida em função da zona de residência

Zona de residência	Urbana	Rural	UMW	p
	OM	OM		
Comportamentos de risco	119,67	116,42	659,000	0,903
Vias de transmissão	105,00	116,81	609,000	0,658
Crenças	79,67	117,48	457,000	0,157
Conhecimentos sobre a doença	85,58	117,32	492,500	0,233
Preconceitos e medo	87,08	117,28	501,500	0,182
Conhecimentos sobre Sida (Total)	82,33	117,41	473,000	0,204

Relação entre a situação profissional e os conhecimentos sobre a Sida

Ao fazer-se a relação entre a situação profissional e os conhecimentos sobre a Sida, através da aplicação do teste U de Mann-Whitney, como exposto na Tabela 32, verifica-se que, à exceção do conhecimento acerca dos comportamentos de risco, são os participantes que se encontram no ativo profissionalmente os que revelam mais conhecimentos, com destaque para os conhecimentos sobre a doença, onde a ordenação média é mais elevada (149.47). Apenas não se regista relevância estatística nos conhecimentos sobre os comportamentos de risco.

Tabela 32 – Teste U de Mann-Whitney para diferença de médias dos conhecimentos sobre a Sida em função da situação profissional

Situação profissional	Ativa	Não ativa	UMW	p
	OM	OM		
Comportamentos de risco	109,71	118,98	4849,000	0,334
Vias de transmissão	139,94	107,95	3817,000	0,001
Crenças	139,94	107,95	3816,500	0,001
Conhecimentos sobre a doença	149,47	104,48	3226,000	0,000
Preconceitos e medo	128,69	112,05	4514,000	0,040
Conhecimentos sobre Sida (Total)	149,06	104,63	3251,500	0,000

Relação entre o tipo de habitação e os conhecimentos sobre a Sida

No que respeita à relação entre o tipo de habitação e os conhecimentos sobre a Sida, infere-se que são os participantes a viver numa casa de cimento os que apresentam uma ordenação média mais elevada nos conhecimentos sobre os comportamentos de risco, bem como em relação aos conhecimentos sobre a doença e nos preconceitos e medos, enquanto os que habitam numa cabana tradicional - Tukul – pontuam mais em termos de conhecimentos sobre as vias de transmissão da doença, crenças e no total dos conhecimentos sobre a Sida. No entanto, os resultados do teste U de Mann-Whitney não revelam diferenças estatisticamente significativas (cf. Tabela 33).

Tabela 33 – Teste U de Mann-Whitney para diferença de médias dos conhecimentos sobre a Sida em função do tipo de habitação

Tipo de habitação	Cabana - Tukul	Casa de cimento	UMW	p
	OM	OM		
Conhecimentos sobre a Sida				
Comportamentos de risco	114,34	126,88	3425,000	0,264
Vias de transmissão	119,12	103,93	3337,000	0,174
Crenças	119,05	104,26	3350,500	0,187
Conhecimentos sobre a doença	116,23	117,80	3788,000	0,888
Preconceitos e medo	114,51	126,08	3457,000	0,223
Conhecimentos sobre Sida (Total)	117,60	111,24	3629,500	0,584

Relação entre a distância de casa ao hospital e os conhecimentos sobre a Sida

A Tabela 34 expressa os dados obtidos relativamente à relação entre a distância de casa ao hospital e os conhecimentos sobre a Sida. Assim, constata-se que os participantes cuja distância da sua habitação até ao hospital é inferior ou igual a 20 Km revelam mais conhecimentos sobre os comportamentos de risco, comparativamente aos que residem a uma maior distância do hospital, os quais apresentam mais conhecimentos acerca das vias de transmissão da doença e conhecimentos sobre a doença. Nas restantes dimensões, os valores de ordenação média são mais elevadas para os participantes que residem a menor distância do hospital. Importa referir que há relevância estatística nos conhecimentos acerca dos comportamentos de risco ($p=0.002$).

Tabela 34 – Teste U de Mann-Whitney para diferença de médias dos conhecimentos sobre a Sida em função da distância de casa ao hospital

Distância de casa ao hospital	<=20 km	>20 Km	UMW	p
	OM	OM		
Conhecimentos sobre a Sida				
Comportamentos de risco	123,48	92,34	3423,500	0,002
Vias de transmissão	114,43	123,65	4308,000	0,363
Crenças	118,66	109,04	4292,000	0,344
Conhecimentos sobre a doença	112,99	128,65	4048,000	0,122
Preconceitos e medo	117,12	114,35	4568,000	0,747
Conhecimentos sobre Sida (Total)	117,74	112,22	4457,500	0,600

Relação entre o meio de transporte e os conhecimentos sobre a Sida

Quanto aos resultados da relação entre o meio de transporte utilizado pelos participantes para se deslocarem ao hospital e os conhecimentos sobre a Sida, apura-se que os participantes que se desloca sem ser num veículo motorizado revelam mais conhecimentos acerca dos comportamentos de risco, bem como pontuaram mais nos preconceitos e medo face à doença, enquanto os que se deslocam num veículo motorizado revelam mais conhecimentos em relação às vias de transmissão da doença, crenças, conhecimentos sobre a doença, bem como apresentam um valor de ordenação média mais

elevada no total dos conhecimentos. Através da aplicação do teste U de Mann-Whitney, verifica-se apenas relevância estatística nos conhecimentos sobre a doença ($p=0.000$) (cf. Tabela 35)

Tabela 35 – Teste U de Mann-Whitney para diferença de médias entre o meio de transporte e os conhecimentos sobre a Sida

Meio de transporte	Não motorizado	Motorizado	UMW	p
	OM	OM		
Conhecimentos sobre a Sida				
Comportamentos de risco	118,72	95,30	1843,500	0,106
Vias de transmissão	115,51	125,98	2101,500	0,468
Crenças	114,45	136,02	1880,500	0,136
Conhecimentos sobre a doença	111,09	168,16	1173,500	0,000
Preconceitos e medo	116,61	115,48	2287,500	0,927
Conhecimentos sobre Sida (Total)	114,13	139,14	1812,000	0,095

Relação entre o diagnóstico de VIH e os conhecimentos sobre a Sida

Analisando-se os dados obtidos na relação entre os participantes com/sem diagnóstico de VIH e os conhecimentos sobre a Sida, como exposto na Tabela 36, pode dizer-se que a manifestar mais conhecimentos em todas as suas dimensões encontram-se os participantes com diagnóstico de VIH, resultando em diferenças estatisticamente significativas nos conhecimentos acerca das vias de transmissão ($p=0.030$), nos conhecimentos sobre a doença ($p=0.008$) e no total dos conhecimentos ($p=0.006$).

Tabela 36 – Teste U de Mann-Whitney para diferença de médias dos conhecimentos sobre a Sida em função da presença de diagnóstico de VIH

Diagnóstico de VIH	Sim	Não	UMW	p
	OM	OM		
Conhecimentos sobre a Sida				
Comportamentos de risco	125,82	115,06	2826,500	0,388
Vias de transmissão	139,85	112,90	2391,500	0,030
Crenças	119,69	116,01	3016,500	0,767
Conhecimentos sobre a doença	145,05	112,10	2230,500	0,008
Preconceitos e medo	132,19	114,08	2629,000	0,086
Conhecimentos sobre Sida (Total)	147,23	111,76	2163,000	0,006

Em síntese:

- as variáveis sociodemográficas que interferiram nos conhecimentos dos cidadãos de Mapuordit - Sudão do Sul – foram:

- o sexo, tendo as mulheres revelados valores médios mais elevados, excetuando os preconceitos e medos em relação à doença, onde pontuaram mais os homens, com diferenças estatísticas nas crenças ($p=0.042$) e nos conhecimentos sobre a doença;

- a idade, tendo os participantes mais velhos revelado mais conhecimentos em todas as dimensões, tendo os participantes mais novos demonstrado menor nível de conhecimentos sobre o VIH/Sida, à exceção dos comportamentos de risco, onde pontuaram mais os que se situam na faixa etária dos 20-29 anos, registando-se relevâncias estatísticas nas crenças sobre a Sida ($p=0.009$), nos conhecimentos sobre a doença ($p=0.003$) e no total dos conhecimentos sobre a Sida ($p=0.001$);

- o estado civil, tendo a globalidade dos participantes com companheiro(a) revelado mais conhecimentos, à exceção dos comportamentos de risco, onde se destacaram os participantes sem companheiro(a) ($OM=118.00$), registando-se diferenças estatisticamente significativas no conhecimento sobre as vias de transmissão ($p=0.003$), nas crenças ($p=0.000$), nos conhecimentos sobre a doença ($p=0.000$) e no total dos conhecimentos sobre a Sida ($p=0.000$),

- as habilitações literárias, cujos resultados revelaram que os participantes com mais escolaridade possuem um maior conhecimento sobre os comportamentos de risco, seguidos dos que não têm escolaridade, observaram-se significâncias estatísticas para as crenças ($p=0.016$), conhecimentos sobre a doença ($p=0.000$) e total dos conhecimentos ($p=0.000$);

- a situação profissional, com os participantes que se encontram no ativo profissionalmente a revelarem mais conhecimentos, com destaque para os conhecimentos sobre a doença, com diferenças estatísticas em quase todas as dimensões do conhecimento, excetuando os conhecimentos sobre os comportamentos de risco;

- a distância de casa ao hospital, tendo sido os participantes cuja distância da sua habitação até ao hospital é inferior ou igual a 20 Km a demonstrarem mais conhecimentos sobre os comportamentos de risco, os que distam a maior distância possuem mais conhecimentos acerca das vias de transmissão da doença e conhecimentos sobre a doença, existindo relevância estatística nos conhecimentos acerca dos comportamentos de risco ($p=0.002$);

- o meio de transporte utilizado para a deslocação para o hospital, verificando-se que os participantes que se desloca sem ser num veículo motorizado revelaram mais conhecimentos acerca dos comportamentos de risco, bem como mais preconceitos e medo face à doença, os que se deslocam num veículo motorizado têm mais conhecimentos em relação às vias de transmissão da doença, crenças, conhecimentos sobre a doença, com relevância estatística nos conhecimentos sobre a doença ($p=0.000$)

- o diagnóstico de VIH, com manifestação de mais conhecimentos, em todas as suas dimensões, os participantes com diagnóstico de VIH, com relevância estatística nos conhecimentos acerca das vias de transmissão ($p=0.030$), nos conhecimentos sobre a doença ($p=0.008$) e no total dos conhecimentos ($p=0.006$).

2.2.2. Variáveis de contexto de formação e conhecimentos sobre a Sida

Seguem-se os resultados relativos à segunda questão de investigação: Qual a influência da frequência de formação sobre as medidas preventivas do VIH/Sida nos conhecimentos sobre VIH/Sida, dos cidadãos de Mapuordit – Sudão do Sul?

Relação entre a informação sobre a prevenção do VIH/Sida e os conhecimentos sobre a Sida

A análise dos resultados apresentados na Tabela 37 indicam que os participantes que afirmam ter recebido informações acerca da prevenção do VIH/Sida são os que revelam valores de ordenação média mais elevadas em todas as dimensões, sugerindo que são estes os que demonstram mais conhecimentos sobre a Sida, resultando em diferenças estatisticamente significativas, à exceção dos comportamentos de risco.

Tabela 37 – Teste U de Mann-Whitney para diferença de médias entre a informação sobre a prevenção do VIH/Sida e os conhecimentos sobre a Sida

Informação sobre a prevenção do VIH/Sida	Não	Sim	UMW	p
	OM	OM		
Conhecimentos sobre a Sida				
Comportamentos de risco	110,70	118,05	4199,500	0,480
Vias de transmissão	91,69	123,14	3268,000	0,002
Crenças	88,00	124,13	3087,000	0,001
Conhecimentos sobre a doença	99,70	121,00	3660,500	0,040
Preconceitos e medo	92,23	123,00	3294,500	0,000
Conhecimentos sobre Sida (Total)	81,92	125,76	2789,000	0,000

Relação entre a participação em *workshop* sobre como prevenir o VIH/Sida e os conhecimentos sobre a Sida

A Tabela 38 contém os resultados referentes à relação entre a participação em *workshop* sobre como prevenir o VIH/Sida e os conhecimentos acerca da mesma, dos quais se infere que os participantes que afirmam ter participado neste evento manifestam mais conhecimentos sobre a Sida, quando comparados com os que não frequentaram nenhum

workshop. Pela aplicação do teste U de Mann-Whitney, observa-se relevância estatística nas crenças ($p=0.001$), nos conhecimentos sobre a doença ($p=0.028$) e no total dos conhecimentos sobre a Sida ($p=0.003$).

Tabela 38 – Teste U de Mann-Whitney para diferença de médias dos conhecimentos sobre a Sida em função da participação em *workshop* sobre como prevenir o VIH/Sida

Participação em <i>workshop</i> sobre como prevenir o VIH/Sida	Não	Sim	UMW	p
	OM	OM		
Conhecimentos sobre a Sida				
Comportamentos de risco	112,44	129,26	4213,500	0,090
Vias de transmissão	115,72	118,96	4790,000	0,742
Crenças	108,62	141,28	3540,500	0,001
Conhecimentos sobre a doença	111,27	132,94	4007,500	0,028
Preconceitos e medo	113,66	125,44	4427,500	0,160
Conhecimentos sobre Sida (Total)	109,23	139,34	3649,000	0,003

Em síntese:

- o facto de os participantes possuírem a informação sobre a prevenção do VIH/Sida e terem frequentado *workshop* sobre como prevenir o VIH/Sida assumiram-se como variáveis com influência nos conhecimentos sobre VIH/Sida, dos cidadãos de Mapuordit – Sudão do Sul, com os participantes que receberam informações acerca da prevenção do VIH/Sida a manifestarem mais conhecimentos acerca da Sida; também foram os participantes que participaram em *workshop* sobre como prevenir o VIH/Sida a possuírem mais conhecimentos, no geral, registando-se diferenças estatística nas crenças ($p=0.001$), nos conhecimentos sobre a doença ($p=0.028$) e no total dos conhecimentos sobre a Sida ($p=0.003$).

Relação entre as variáveis sociodemográficas e de formação e os conhecimentos sobre a Sida

Tendo por base as questões: Em que medida as variáveis sociodemográficas influenciam os conhecimentos sobre VIH/Sida, dos cidadãos de Mapuordit – Sudão do Sul? Qual a influência da frequência de formação sobre as medidas preventivas do VIH/Sida nos conhecimentos sobre VIH/Sida, dos cidadãos de Mapuordit – Sudão do Sul? Efetuou-se análises de regressões múltiplas, uma vez que se trata de um método mais utilizado para realizar análises multivariadas, sobretudo quando se pretende analisar em simultâneo mais que uma variável independente e uma variável dependente (Gageiro & Pestana 2014). Este método define um conjunto de técnicas estatísticas utilizadas para modelar relações e

predizer o valor de uma variável dependente (variável endógena) a partir de um conjunto de variáveis independentes ou preditoras (variáveis exógenas) (Marôco, 2014). Como método de estimação, usamos o método de *Stepwise* (passo a passo) que extrai tantos modelos quantos os necessários até se conseguir determinar as variáveis que são preditoras da variável dependente. AS variáveis independentes foram transformadas em variáveis mudas (dummy variable)

Relação entre variáveis independentes e os conhecimentos sobre os comportamentos de risco

A primeira dimensão do conhecimento sobre a Sida a ser estudada através da regressão múltipla é o conhecimento sobre os comportamentos de risco. Assim, na Tabela 39 encontram-se as correlações obtidas com as diferentes variáveis em análise, cujos resultados indicam que os valores correlacionais entre as variáveis independentes e a variável dependente comportamentos de risco são negativas no sexo, estado civil, nas habilitações literárias, situação profissional, grupo étnico e tipo de habitação e positivas nas restantes, sendo significativa apenas a participação em *workshops* sobre como prevenir a Sida.

Tabela 39 - Correlações de Pearson entre variáveis independentes e conhecimentos sobre Sida

Variáveis	r	p
Idade	0,059	0,184
Sexo	-0,046	0,241
Diagnóstico	0,065	0,163
Estado civil	-0,034	0,305
Habilitações literárias	-0,011	0,436
Situação profissional	-0,012	0,426
Grupo étnico	-0,034	0,305
Local de residência	0,029	0,331
Tipo de habitação	-0,063	0,168
Distância da residência ao hospital	0,154	0,010
Meio de transporte	0,120	0,034
Informação sobre a prevenção do VIH/Sida	0,044	0,253
Participação em <i>workshop</i> sobre como previr o VIH/Sida	0,141	0,016

As variáveis preditoras de conhecimentos sobre os comportamentos de risco são a distância de casa ao hospital e o diagnóstico de VIH, explicando 0.4% da variação, sendo a variância explicada ajustada de 0.3%. O erro padrão de regressão é 24.242 e o teste F ($F=4.485$; $p=0.035$) e o valor de t ($t=3.019$; $p=0.003$), apresentam significância estatística, o que leva a inferir que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo sobre o conhecimento sobre os comportamentos de risco (cf. Quadro 1).

Pelos coeficientes padronizados beta, verifica-se que a distância entre casa e o hospital e o diagnóstico de VIH estabelecem uma relação direta com o conhecimento sobre os comportamentos de risco, sugerindo que os participantes a residirem mais próximos do hospital e com o diagnóstico de VIH/Sida, possuem mais conhecimentos sobre Sida.

Utilizou-se o VIF (*variance inflation factor*) para diagnosticar a multicolaridade que oscilou entre (VIF=1.187) na distância ao hospital e (VIF=1.187) no diagnóstico de VIH, concluindo-se pelos resultados que os fatores presentes no modelo não são colineares, uma vez que são inferiores a 5.0, conforme preconizado por Pestana & Gageiro (2014).

Pela constante e pelos coeficientes B, pode determinar-se o modelo final ajustado para os comportamentos de risco que, neste caso, é dado pela seguinte fórmula:

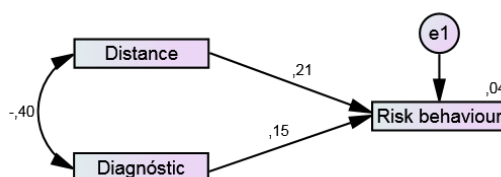
$$\text{Comportamentos de risco} = 65.401 + (12.551 \text{distância ao hospital}) + (10.701 \text{diagnóstico de VIH})$$

Quadro 1 - Regressão múltipla entre os conhecimentos sobre os comportamentos de risco e variáveis independentes

Variável dependente: <i>Conhecimentos sobre os comportamentos de risco</i>					
R=0,206					
R ² =0,042					
R ² Ajustado=0,034					
Erro padrão de estimativa=24.242					
Incremento de R ² =0.019					
F=4.485					
p=0,035					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coeficiente B	Coeficiente beta	t	p	VIF
Constante	65.401				
Distância ao hospital	12.551	0.213	3.019	0.003	1.187
Diagnóstico de VIH	10.791	0.149	2.118	0.035	1.187
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	5947,171	2	2973,585	5,060	0.007
Residual	134584,439	229	587,705		
Total	140531,609	231			

A Figura 6 representa o *output* gráfico do modelo ajustado com os coeficientes estandardizados. Neste modelo, o coeficiente de regressão ou de trajetória da distancia é de ($\beta_{\text{distancia}} = 0.21$) e do diagnostico de ($\beta_{\text{diagnostico}} = 0.15$). O modelo explica 4% da variação observada dos comportamentos de risco nas diferentes variáveis. Por outro lado, a correlação observada entre as duas variáveis manifestas é negativa e explicam entre si 16% da variabilidade dos conhecimentos sobre o risco da doença.

Figura 6 – Modelo ajustado aos conhecimentos sobre os comportamentos de risco



Relação entre variáveis independentes e o conhecimento sobre as vias de transmissão

A segunda dimensão dos conhecimentos sobre Sida a ser estudada através da regressão múltipla foi o conhecimento sobre as vias de transmissão. Na Tabela 40 estão indicadas as correlações obtidas com as diferentes variáveis em análise e os resultados apontam para valores correlacionais entre as variáveis independentes e a variável dependente conhecimento sobre as vias de transmissão negativas no estado civil, nas habilitações literárias, grupo étnico, distância ao hospital e meio de transporte e positivas nas restantes. Verifica-se que só não se encontra relevância estatística no sexo, no grupo étnico, local de residência, tipo de habitação, distância ao hospital, meio de transporte e participação em *workshop* sobre como previr o VIH/Sida, em todas as variáveis independentes.

Tabela 40 - Correlações de Pearson entre variáveis independentes e o conhecimento sobre as vias de transmissão

Variáveis	r	p
Idade	0,175	0,004
Sexo	0,018	0,392
Diagnóstico	0,132	0,022
Estado civil	-0,179	0,003
Habilitações literárias	-0,119	0,036
Situação profissional	0,194	0,001
Grupo étnico	-0,037	0,289
Local de residência	0,070	0,146
Tipo de habitação	0,097	0,070
Distância da residência ao hospital	-0,052	0,217
Meio de transporte	-0,027	0,341
Informação sobre a prevenção do VIH/Sida	0,196	0,001
Participação em <i>workshop</i> sobre como previr o VIH/Sida	0,039	0,277

As variáveis preditoras dos conhecimentos sobre as vias de transmissão da doença são a informação sobre a prevenção do VIH/Sida e a situação profissional, explicando 0.71% da variação, sendo a variância explicada ajustada de 0.6%. O erro padrão de

regressão é 27.352 e o teste F ($F=8.012$; $p=0.005$), apresentam significância estatística, o que sugere que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo sobre os conhecimentos acerca das vias de transmissão do VIH/Sida.

Através da análise dos coeficientes padronizados beta, constata-se que a informação sobre a prevenção do VIH/Sida e a situação profissional estabelecem uma relação direta com o conhecimento sobre as vias de transmissão, indicando que os participantes que possuem mais informação e com mais habilitações literárias são os que possuem mais conhecimentos acerca das vias de transmissão. A informação sobre a prevenção do VIH/Sida é a que estabelece maior peso preditivo e a situação profissional a de menor peso (cf. Quadro 2).

Termina-se por apresentar o modelo final ajustado para os conhecimentos sobre as vias de transmissão, que é dado pela seguinte fórmula:

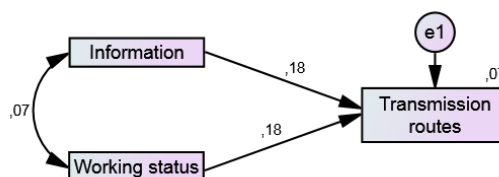
$$\text{Conhecimento sobre as vias de transmissão} = 57.343 + (12.608 \text{ informação sobre a prevenção do VIH/Sida}) + (11.518 \text{ situação profissional})$$

Quadro 2 - Regressão múltipla entre o conhecimento sobre as vias de transmissão e variáveis independentes

Variável dependente: <i>Conhecimento sobre as vias de transmissão</i>					
R=0,266					
R ² =0,071					
R ² Ajustado=0,063					
Erro padrão de estimativa=27,352					
Incremento de R ² =0.033					
F=8,012					
p=0,005					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coeficiente B	Coeficiente beta	t	p	VIF
Constante	57,343				
Informação sobre a prevenção do VIH/Sida	12,608	0,183	14,355	0,000	1,005
Situação profissional	11,518	0,181	2,858	0,005	1,005
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	13069,620	2	6534,810		
Residual	171324,238	229	748,141	8,735	0,000
Total	184393,858	231			

O *output* gráfico da modelo ajustado das vias de transmissão é apresentado na Figura 7. São duas as variáveis predictoras que explicam na sua globalidade 7% da variabilidade. A trajetória da informação com as vias de transmissão é de (β informação =0.18) e da situação profissional de (β situação profissional =0.18), variando em sentido direto.

Figura 7 – Modelo ajustado do conhecimento sobre as vias de transmissão



Relação entre variáveis independentes e o conhecimento sobre as crenças acerca da Sida

Quanto ao conhecimento sobre as crenças acerca da Sida, a Tabela 41 demonstra que as correlações obtidas com as variáveis independentes variam entre $r=0.020$ para o diagnóstico e $r=0.224$ para a informação sobre a prevenção do VIH/Sida. Para quase todas as variáveis, configura-se uma correlação direta, à exceção do sexo, estado civil, situação profissional, grupo étnico e meio de transporte. Encontra-se significância estatística em quase todas as variáveis independentes estudadas, excetuando o sexo, diagnóstico, grupo étnico, tipo de habitação, distância ao hospital e meio de transporte.

Tabela 41 - Correlações de Pearson entre variáveis independentes e o conhecimento sobre as crenças face à Sida

Variáveis	r	p
Idade	0,206	0,001
Sexo	-0,107	0,052
Diagnóstico	0,020	0,382
Estado civil	-0,215	0,000
Habilitações literárias	-0,166	0,006
Situação profissional	0,200	0,001
Grupo étnico	-0,064	0,166
Local de residência	0,124	0,030
Tipo de habitação	0,093	0,079
Distância da residência ao hospital	0,084	0,101
Meio de transporte	-0,093	0,079
Informação sobre a prevenção do VIH/Sida	0,224	0,000
Participação em <i>workshop</i> sobre como previr o VIH/Sida	0,195	0,001

As variáveis preditoras do conhecimento sobre as crenças face à Sida são a informação sobre a prevenção do VIH/Sida e a idade, explicando 0.8% da variação, sendo a variância explicada ajustada de 0.7%. O erro padrão de regressão é 28.966 e o teste F ($F=8.703$; $p=0.004$) apresentam significância estatística, o que indica que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo sobre o conhecimento acerca das crenças face à Sida (cf. Quadro 3).

Os coeficientes padronizados beta indicam-nos que a informação sobre a prevenção do VIH/Sida é a que tem maior valor preditivo e a menor a idade, variando em sentido direto, pelo que podemos inferir que quanto mais informações os participantes tiverem e mais idade maiores os conhecimentos sobre as crenças face à Sida.

Terminamos por apresentar o modelo final ajustado para os conhecimentos sobre as crenças face à Sida que é dado pela seguinte fórmula:

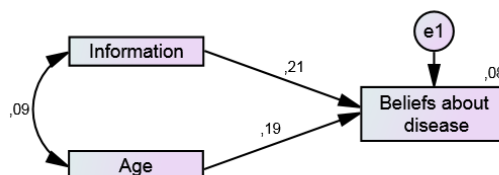
$$\text{Conhecimento acerca das crenças} = 57.343 + (12.608 \text{ informação sobre a prevenção do VIH/Sida}) + (11.518 \text{ situação profissional})$$

Quadro 3 - Regressão múltipla entre os conhecimentos acerca das crenças e variáveis independentes

Variável dependente: <i>Conhecimento acerca das crenças</i>					
R=0,224					
R ² =0,085					
R ² Ajustado=0,077					
Erro padrão de estimativa=28,966					
Incremento de R ² =0.035					
F=8,703					
p=0,004					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente beta	t	p	VIF
Constante	34,333				
Informação sobre a prevenção do VIH/Sida	15,295	0,207	3,270	0,001	1,008
Idade	0,974	0,187	2,950	0,004	1,008
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	17849,061	2	8924,531	10,636	0,000
Residual	192148,245	229	839,075		
Total	209997,306	231			

A Figura 8 apresenta o gráfico do *output* do modelo ajustado com os coeficientes estandardizados para as crenças acerca da doença. O coeficiente da informação é de ($\beta=0.21$), e da idade ($\beta=0.19$), com um modelo final a explicar 8% da variabilidade das crenças acerca da doença.

Figura 8 – Modelo ajustado do conhecimento acerca das crenças face à Sida



Relação entre variáveis independentes e conhecimentos sobre a doença

A quarta dimensão do conhecimento sobre a Sida a ser estudada, através da regressão múltipla, é o conhecimento sobre a doença. Assim, na Tabela 42 encontram-se as correlações obtidas com as diferentes variáveis em análise, cujos resultados indicam que os valores correlacionais entre as variáveis independentes e a variável dependente conhecimentos sobre a doença são negativas no sexo, estado civil, nas habilitações literárias, tipo de habitação, distância ao hospital e tipo de transporte e positivas nas restantes, sendo significativa em quase todas as variáveis, à exceção do grupo étnico, local de residência, tipo de habitação e distância ao hospital.

Tabela 42 - Correlações de Pearson entre variáveis independentes e conhecimentos sobre a doença

Variáveis	r	p
Idade	0,230	0,000
Sexo	-0,165	0,006
Diagnóstico	0,183	0,003
Estado civil	-0,292	0,000
Habilitações literárias	-0,351	0,000
Situação profissional	0,329	0,000
Grupo étnico	0,057	0,196
Local de residência	0,080	0,113
Tipo de habitação	-0,003	0,481
Distância da residência ao hospital	-0,104	0,058
Meio de transporte	-0,278	0,000
Informação sobre a prevenção do VIH/Sida	0,137	0,019
Participação em <i>workshop</i> sobre como previr o VIH/Sida	0,144	0,014

As variáveis preditoras dos conhecimentos sobre a doença são as habilitações literárias, participação em *workshop* sobre como previr o VIH/Sida, grupo étnico e situação profissional, que explicam 20.3% da variação, sendo a variância explicada ajustada de 18.8%. O erro padrão de regressão é 30.762 e o teste F ($F=4.447$; $p=0.036$) revelam significância estatística, indicando que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo sobre os conhecimentos acerca da doença (cf. Quadro 4).

Pelos coeficientes padronizados beta, verifica-se que a participação em *workshop* sobre como previr o VIH/Sida, grupo étnico e situação profissional estabelecem uma relação direta com o conhecimento sobre a doença, sugerindo que os participantes que mais participam em *workshop* sobre como previr o VIH/Sida possuem mais conhecimentos sobre a doença, enquanto as habilitações literárias estabelecem uma relação inversa, sugerindo que quanto menores as habilitações literárias, menores são os conhecimentos sobre a doença.

Terminamos por apresentar o modelo final ajustado para o conhecimento sobre a doença, que é dado pela seguinte fórmula:

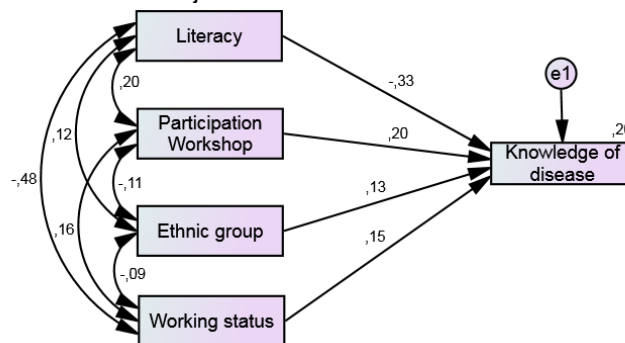
Conhecimentos sobre a doença = 44.525 + (-36.693 habilitações literárias) + (15.926 Participação em *workshop* sobre como prever o VIH/Sida) + (21.242 Grupo étnico) + (11.495 situação profissional)

Quadro 4 - Regressão múltipla entre conhecimentos sobre a doença e variáveis independentes

Variável dependente: <i>Conhecimentos sobre a doença</i>					
R=0,450					
R ² =0,203					
R ² Ajustado=0,188					
Erro padrão de estimativa=30,762					
Incremento de R ² =0.016					
F=4,447					
p=0,036					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente beta	t	p	VIF
Constante	44,525				
Habilitações literárias	-36,693	-0,334	-4,651	0,000	1,467
Participação em <i>workshop</i> sobre como prever o VIH/Sida	15,926	0,200	3,133	0,002	1,160
Grupo étnico	21,242	0,132	2,198	0,029	1,034
Situação profissional	11,495	0,149	2,109	0,036	1,426
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	54562,351	4	13640,588	14,414	0,000
Residual	214819,833	227	946,343		
Total	269382,184	231			

O gráfico do modelo ajustado com os coeficientes estandardizados para os conhecimentos sobre a doença indica que as habilitações literárias têm um peso preditivo de ($\beta=-0.33$), a participação em *workshop* sobre como prever o VIH/Sida ($\beta=0.20$), o grupo étnico de ($\beta=-0.13$) e a situação profissional de ($\beta=0.15$). O modelo final explica 20% da variabilidade dos conhecimentos sobre a doença (cf. Figura 9).

Figura 9 - Modelo ajustado dos conhecimentos sobre a doença



Relação entre variáveis independentes e o conhecimento sobre o preconceito e medo face à Sida

Os conhecimentos sobre os preconceitos e medo perante a Sida foram a quinta dimensão do conhecimento sobre a Sida a ser estudada, através da regressão múltipla. Na Tabela 43 estão expostas as correlações obtidas com as diferentes variáveis em análise, cujos resultados mostram que os valores correlacionais entre as variáveis independentes e a variável dependente preconceitos e medos são negativas no estado civil, nas habilitações literárias, grupo étnico e tipo de habitação, sendo positivas nas restantes. Registam-se diferenças estatísticas na idade, no diagnóstico, estado civil, situação profissional, local de residência e informação sobre a prevenção do VIH/Sida.

Tabela 43 - Correlações de Pearson entre variáveis independentes e o conhecimento sobre os preconceitos e medo face à Sida

Variáveis	r	p
Idade	0,139	0,017
Sexo	0,066	0,160
Diagnóstico	0,123	0,031
Estado civil	-0,120	0,034
Habilitações literárias	-0,083	0,104
Situação profissional	0,127	0,027
Grupo étnico	-0,009	0,447
Local de residência	0,117	0,038
Tipo de habitação	-0,065	0,163
Distância da residência ao hospital	0,030	0,322
Meio de transporte	0,011	0,434
Informação sobre a prevenção do VIH/Sida	0,204	0,001
Participação em <i>workshop</i> sobre como prevenir o VIH/Sida	0,077	0,122

Pela análise dos resultados apresentados no Quadro 5, pode dizer-se que a variável preditora dos conhecimentos sobre os preconceitos e medo perante a Sida é a informação sobre a prevenção do VIH/Sida, que explica 0.42% da variação, sendo a variância explicada ajustada de 0.38%. O erro padrão de regressão é 30.461 e o teste F ($F=10.024$; $p=0.002$) que revelam significância estatística, sugerindo que a variável independente que entrou no modelo de regressão tem poder explicativo sobre os preconceitos e medo.

Através dos coeficientes padronizados beta, constata-se que a informação sobre a prevenção do VIH/Sida estabelece uma relação direta com os conhecimentos sobre os preconceitos e medo, indicando que quanto mais informações os participantes possuem, mais preconceitos e medo sentem em relação à doença.

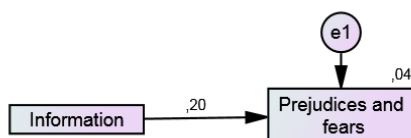
Conhecimentos sobre os preconceitos e medo = 68.367 + (15.512 informação sobre a prevenção do VIH/Sida)

Quadro 5 - Regressão múltipla entre os conhecimentos sobre os preconceitos e medo e variáveis independentes

Variável dependente: <i>Conhecimento sobre os preconceitos e medo</i>					
R=0,204					
R ² =0,042					
R ² Ajustado=0,038					
Erro padrão de estimativa=30,461					
Incremento de R ² =0.042					
F=10,024					
p=0,002					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coeficiente B	Coeficiente beta	t	p	VIF
Constante	68,367				
Informação sobre a prevenção do VIH/Sida	15,512	0,204	3,166	0,002	1,000
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	9300,774	1	9300,774	10,024	0,002
Residual	213414,743	230	927,890		
Total	222715,517	231			

Apenas a variável informação é preditora dos conhecimentos acerca dos preconceitos e medos sobre a doença. Apresenta um coeficiente standarizado de ($\beta = 0.20$) e explica 4% da variabilidade dos preconceitos e medos sobre a doença (cf. Figura 10).

Figura 10 - Modelo ajustado dos conhecimentos sobre os preconceitos e medos acerca da Sida



Relação entre variáveis independentes e total dos conhecimentos sobre a Sida

No que se refere ao total dos conhecimentos sobre a Sida, que se constitui como a variável dependente deste estudo, as correlações obtidas com as diferentes variáveis revelam que os valores correlacionais entre elas são negativas no sexo, no estado civil, nas habilitações literárias, no grupo étnico e no meio de transporte, sendo positivas nas restantes. Apenas não se encontram diferenças estatísticas no sexo, no grupo étnico, no tipo de habitação, distância da residência ao hospital e meio de transporte (cf. Tabela 44).

Tabela 44 - Correlações de Pearson entre variáveis independentes e total dos conhecimentos sobre a Sida

Variáveis	r	p
Idade	0,235	0,000
Sexo	-0,084	0,101
Diagnóstico	0,147	0,013
Estado civil	-0,243	0,000
Habilitações literárias	-0,209	0,001
Situação profissional	0,236	0,000
Grupo étnico	-0,032	0,314
Local de residência	0,117	0,038
Tipo de habitação	0,023	0,362
Distância da residência ao hospital	0,050	0,223
Meio de transporte	-0,067	0,156
Informação sobre a prevenção do VIH/Sida	0,226	0,000
Participação em <i>workshop</i> sobre como prevenir o VIH/Sida	0,188	0,002

As variáveis preditoras dos conhecimentos sobre a Sida são o estado civil e a informação sobre a prevenção do VIH/Sida, explicando 0.94% da variação, sendo a variância explicada ajustada de 0.86%. O erro padrão de regressão é 18.301 e o teste F ($F=8.774$; $p=0.003$), indicando significância estatística, sugerindo que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão possuem poder explicativo sobre os conhecimentos sobre a Sida.

Com base nos coeficientes padronizados beta, apura-se que o estado civil estabelece uma relação inversa com os conhecimentos sobre a Sida, enquanto a informação sobre a prevenção do VIH/Sida estabelece uma relação direta, indicando que quanto mais informações os participantes possuem, mais conhecimentos possuem sobre a Sida (cf. Quadro 6).

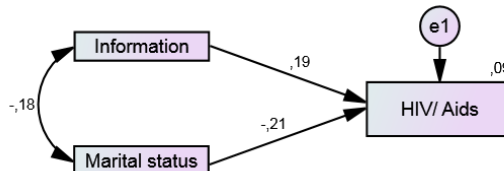
Total dos conhecimentos sobre a Sida = $66.892 + (-8.571 \text{ estado civil}) + (8.860 \text{ informação sobre a prevenção do VIH/Sida})$

Quadro 6 - Regressão múltipla entre o total dos conhecimentos sobre a Sida e variáveis independentes

Variável dependente: <i>Total dos conhecimentos sobre a Sida</i>					
R=0,307					
R ² =0,094					
R ² Ajustado=0,086					
Erro padrão de estimativa=18,301					
Incremento de R ² =0.035					
F=8,774					
p=0,003					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente beta	t	p	VIF
Constante	66,892				
Estado civil	-8,571	-0,210	-3,284	0,001	-0,210
Informação sobre a prevenção do VIH/Sida	8,860	0,189	2,962	0,003	0,189
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	7953,063	2	3976,532	11,872	0,000
Residual	76701,512	229	334,941		
Total	84654,575	231			

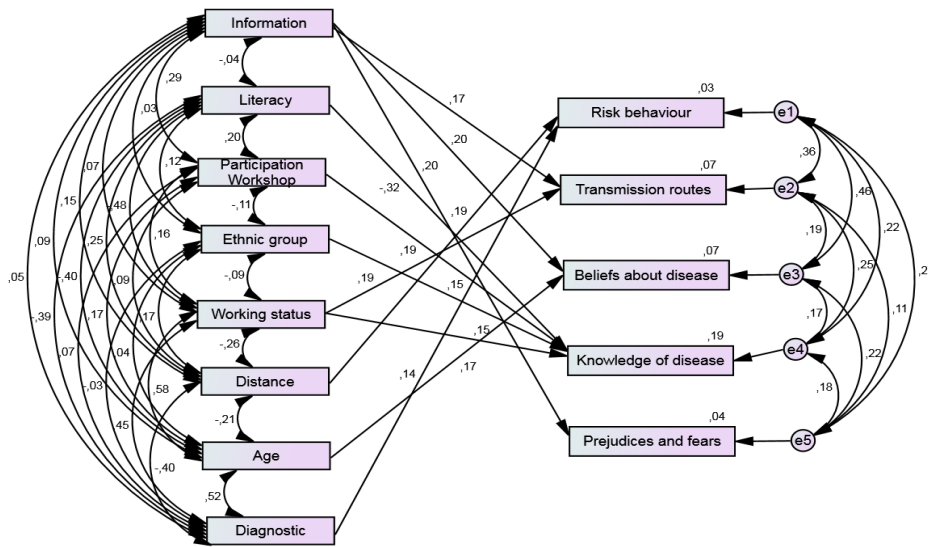
Apresenta-se na Figura 11 o *output* gráfico do modelo ajustado com os coeficientes standarizados dos conhecimentos sobre o VIH/Sida (fator global). O coeficiente de regressão da informação para o fator global é de ($\beta=0.19$) e do estado civil de ($\beta=-0.21$) explicando as duas variáveis 9% dos conhecimentos sobre VIH/Sida.

Figura 11 - Modelo ajustado dos conhecimentos sobre VIH/Sida (fator global)



Finaliza-se a análise estatística com a apresentação dum regressão linear múltipla multivariada onde figuram como variáveis manifestas todas as se manifestaram como predictoras das variáveis latentes. Nesta conformidade, regista-se que os comportamentos de risco possuem como variáveis predictoras a distância ao hospital, o diagnóstico, as vias de transmissão a informação, a situação profissional, a idade, os conhecimentos sobre a doença, as habilitações literárias, a participação em *workshops*, o grupo étnico, a situação profissional e, finalmente, a preconceitos/medos. Pelos coeficientes beta, a variável com maior peso preditivo são as habilitações literárias ($\beta=0.32$) na predição dos conhecimentos acerca da doença e a de menor peso preditivo é o diagnóstico ($\beta=0.14$) que se manifestou predictor dos comportamentos de risco. A maior percentagem de variância explicada (19.0%) é encontrada entre as variáveis predictoras dos conhecimentos acerca da doença (cf. Figura 12).

Figura 12 - Regressão múltipla multivariada entre as variáveis latentes e as variáveis manifestas



Em síntese:

Os resultados das regressões efetuadas revelam que:

- os participantes a residirem mais próximos do hospital e com o diagnóstico de VIH/Sida possuem mais conhecimentos sobre Sida;
- os que possuem mais informação e mais habilitações literárias revelam melhores conhecimentos acerca das vias de transmissão, sendo a informação sobre a prevenção do VIH/Sida a variável com maior peso preditivo;
- os participantes mais velhos e com mais informações relataram mais conhecimentos sobre as crenças face à Sida;
- os participantes que mais participam em *workshop* sobre como previr o VIH/Sida possuem mais conhecimentos sobre a doença, enquanto as habilitações literárias estabelecem uma relação inversa, sugerindo que os detentores de baixas habilitações literárias possuíam menos conhecimentos sobre a doença;
- a informação sobre a prevenção do VIH/Sida estabelece uma relação direta com os conhecimentos sobre os preconceitos e medo, indicando que quanto mais informações os participantes possuem, mais conhecimentos acerca dos preconceitos e medo sentem em relação à doença;
- quanto mais informações os participantes possuem, mais conhecimentos possuem sobre a Sida;

- a variável com maior peso preditivo foi as habilitações literárias na predição dos conhecimentos acerca da doença e a de menor peso preditivo foi o diagnóstico que se manifestou preditor dos conhecimentos sobre os comportamentos de risco.

3. Discussão

Depois da apresentação dos resultados, procede-se seguidamente à sua discussão, procurando interpretá-los à luz dos conhecimentos teóricos, baseando-nos na revisão da literatura efetuada na primeira parte deste trabalho, tendo em conta também as questões de investigação e os objetivos delineados. Esta análise crítica dos resultados é precedida da discussão metodológica, onde se arreferem as limitações encontradas.

3.1. Discussão metodológica

A estratégia metodológica desenhada para esta investigação teve em conta o tipo de estudo, as questões de investigação, os objetivos e o tipo de amostra, elegendo-se como instrumentos de recolha de dados o questionário de autorresposta. Considera-se que a utilização do questionário de autorresposta aplicado aos clientes do *Hospital Mary Immaculate de Mapuordit* – Sudão do Sul, para avaliação dos conhecimentos sobre a Sida, é, segundo a perspetiva de Hernández Sampieri, Fernández Collado e Baptista Lucio (2006), o mais adequado para se examinar, num curto espaço de tempo, um significativo número de sujeitos. Ainda em relação ao instrumento de recolha de dados utilizado, há a considerar as limitações que se encontram quando se trabalha com o público em geral e neste caso particular com cidadãos de uma cultura tão peculiar, já que os resultados dependem da honestidade e sinceridade do respondente, isto é, as suas respostas são habitualmente dirigidas mais a condutas desejáveis e não tanto às que na realidade acontecem.

Outra limitação consiste na validade do instrumento, já que um instrumento não adequado inevitavelmente poderá resultar na perda da validade e da confiabilidade dos resultados da pesquisa. Para evitar essa situação problemática, optou-se por validar, em língua inglesa, a Escala de Conhecimentos sobre a Sida. Assim, foi efetuado o estudo de fiabilidade, como preconizado por Coutinho (2014). Considera-se que o instrumento de recolha de dados utilizado foi adequado ao estudo, tendo em consideração os objetivos de investigação, as variáveis e a amostra. Refere-se, ainda, que como aporte positivo teve-se a validação da Escala *HIV Knowledge Questionnaire (HVI-K-Q)*.

Tal como referido, o estudo empírico realizado enquadra-se no tipo de pesquisa com características dos estudos descritivos correlacionais e explicativos, tratando-se igualmente de um estudo em corte transversal cuja estrutura é semelhante a um estudo de corte, porém, todas as medições são feitas num único "momento" não existindo um período de

seguimento dos indivíduos. Este tipo de estudo tem as suas vantagens, designadamente ser mais rápido, mais barato, mais fácil em termos logísticos e de não se apresentar sensível a problemas como as perdas de seguimento, uma característica dos estudos longitudinais. Este estudo é o mais apropriado para descrever os comportamentos dos sujeitos tal qual se manifestam nos seus ambientes naturais de vida e de identificar a inter-relação entre as variáveis dependentes e independentes, bem como obter evidências para explicar por que ocorre um determinado fenómeno. Foi com base neste pressuposto que se tornou possível avaliar a eficácia preditiva de algumas variáveis em estudo, como as variáveis sociodemográficas e de contexto de formação, face aos conhecimentos dos clientes do *Hospital Mary Immaculate de Mapuordit* acerca da Sida.

Outra limitação prendeu-se com a dificuldade de se obter uma amostra mais alargada, o que se deveu ao facto de o Sudão do Sul se encontrar em conflito armado, particularmente em Lakes State onde o conflito envolvia duas frações da mesma tribo Dinka, resultando na impossibilidade de muitos cidadãos se dirigirem ao hospital por insegurança.

Apesar das eventuais limitações do estudo, considera-se que os resultados obtidos permitiram adquirir um conhecimento mais real sobre a problemática dos conhecimentos sobre a Sida dos clientes do *Hospital Mary Immaculate de Mapuordit*.

3.2. Discussão dos resultados

Partindo-se do pressuposto que o conhecimento sobre a Sida é a variável dependente deste trabalho, definiu-se como objetivo investigar a sua relação com as variáveis sociodemográficas e de contexto de formação.

Em decorrência da multiplicidade de fatores que a influenciam cada vez mais a infeção pelo VIH/Sida, a mesma tem sido estudada numa diversidade de áreas científicas da saúde. No seguimento de vários estudos realizados, optou-se por estudar esta problemática no Sudão do Sul, onde já se começam a registar progressos consideráveis na resposta ao VIH/Sida. Todavia, o número de novas pessoas infetadas pelo VIH continua a aumentar, sendo a Sida ainda uma das causas principais de mortalidade entre a população adulta. Esta situação requer que maiores esforços sejam empregues para reverter a epidemia, ganhando muita relevância a transmissão de conhecimentos à população do Sudão do Sul, garantindo-lhe, dentro e fora da educação formal, acesso à educação integral sobre o VIH.

Foi neste contexto que se desenvolveu o presente estudo numa amostra constituída por 232 clientes do *Hospital Mary Immaculate de Mapuordit*, sendo a maioria do sexo masculino (74.6%), com uma média de idades de 22.83 anos, sem companheiro(a)

(67.7%), sobretudo os homens (76.9%). Trata-se de uma amostra maioritariamente com um nível alto de escolaridade, pois constatou-se um predomínio de participantes com o ensino secundário/ensino superior (86.2%). Importa referir que, na amostra em estudo, estão incluídos estudantes. Estes resultados corroboram as diretrizes preconizadas para o continente africano, onde a educação se tem constituído como um fator de grande importância para a preparação dos jovens para a vida adulta, assumindo-se igualmente como uma proteção importante contra o VIH (UNESCO, 2012). Segundo o mesmo organismo, a área educacional tem obtido significativos progressos, com muitos cidadãos africanos a realizarem o ensino primário.

No que se refere à etnia, a amostra é constituída na maioria por participantes Dinka (95.3%), o que se deve ao facto de Mapuordit ter sido fundada durante o período de guerra por comunidades que fugiram de cidades Dinka, cidades de Rumbek e Yirol. O objetivo da fundação de Mapuordit foi precisamente que estivesse longe das principais estradas, para se tornar numa localidade mais segura, tendo em conta que as grandes cidades eram frequentemente bombardeada, tornando-se assim num meio mais rural, o que justifica também o facto de haver, na amostra em estudo, um predomínio de residentes em meio rural (97.4%), onde são características as cabanas - Tukul, construídas com materiais que a natureza lhes oferece, o barro, as canas, a palha e os paus. Esta construção é muito comum pelo facto de serem temporárias, devido ainda à insegurança vivida pela população local, o que está na base de se ter constatado que mais de metade da amostra (82.8%) vive neste tipo de habitação tradicional.

Constatou-se também que sobressaem os participantes que se encontram em situação não ativa profissionalmente (73.3%). Neste sentido, refere-se que a população de Dinka são predominantemente pastores de gado bovino, uma tarefa dos homens, pois as mulheres têm ao seu encargo as tarefas domésticas e o cuidar dos filhos. Como tal, não consideram a pastorícia como uma profissão, mas como um aspeto cultural.

Quanto à distância de casa ao hospital, apurou-se que 77.6% dos participantes distam do hospital \leq 20 Km, porque começaram a construir a sua habitação à volta do hospital e da Missão, por lhes oferecer mais segurança e pelos serviços prestados por estas duas entidades, a saúde e educação. Esta distância justifica o facto de quase a totalidade da amostra (90.5%) se deslocar ao hospital em veículo não motorizado, deslocando-se a pé e em bicicletas. Verificou-se também que a maioria da amostra (99.6%) é cristã. Neste âmbito, refere-se que a área geográfica, desde a ocupação inglesa, é maioritariamente protestante/luteranos.

Constatou-se uma prevalência de razoáveis conhecimentos sobre a Sida, tendo em conta todas as variáveis sociodemográficas e as variáveis de contexto de formação, seguindo-se os conhecimentos fracos e, por último, os conhecimentos bons. Estes resultados requerem uma reflexão, na medida em que o Sudão do Sul se confronta com taxas elevadas de infeção pelo VIH (Lual, 2015). Deste modo, é importante que os cidadãos sudaneses tenham acesso a todo o tipo de informação sobre o VIH/Sida, de forma a dotá-los de conhecimentos acerca dos comportamentos e atitudes sobre a infeção VIH o que se assume como determinante para a adequação das estratégias de prevenção. Dever-se-á promover conhecimentos, o que também se reverte no combate à estigmatização associadas à infeção VIH/Sida. É que o silêncio que ainda se abate sobre esta doença é consequência de uma ampla ignorância (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS – UNAIDS, 2014).

Em relação à primeira questão de investigação, através da qual se procurou saber em que medida as variáveis sociodemográficas influenciam os conhecimentos sobre VIH/Sida, dos cidadãos de Mapuordit – Sudão do Sul, começa-se por dizer que o sexo interferiu estatisticamente nos resultados, sendo as mulheres a revelarem índices médios mais elevados nos conhecimentos sobre a doença, seguindo-se as crenças e o total dos conhecimentos sobre a Sida. Apesar de Patrão, McIntyre e Costa (2015) referirem que, na África subsaariana, as mulheres são as mais afetadas pelo VIH/Sida, numa proporção de infeção quatro vezes maior do que nos homens, verificou-se que na amostra em estudo são elas que demonstram possuir mais conhecimentos sobre a Sida. No entanto, há a necessidade de um aumento de conhecimento sobre os fatores psicossociais e sociocognitivos associados ao género, cultura e biologia, na medida em que estes fatores predis põem a mulher ao maior risco para o VIH/Sida. De acordo com os dados de um estudo realizado pelo Ministério da Saúde de Angola (2010), as mulheres, apesar de já terem ouvido falar do VIH/Sida, conhecerem algumas das formas de transmissão, identificarem também algumas informações incorreta, apenas 7.2% tinha conhecimentos suficientes sobre o VIH/Sida, o que não se verificou no presente estudo, pois foram as mulheres a revelarem um nível conhecimento mais elevado do que os homens.

Apurou-se que, na globalidade, são os participantes mais velhos a apresentarem valores de ordenação média mais elevados em todas as dimensões dos conhecimentos sobre a Sida, com uma ordenação média de 152.60 no total dos conhecimentos sobre a Sida, sendo também expressiva a correspondente aos conhecimentos sobre a doença (OM=150.30) e no que se refere às crenças acerca da mesma (OM=143.37). Os participantes que revelam menor conhecimentos são os mais novos, à exceção dos comportamentos de risco (OM=121.03), onde foram os que se situam na faixa etária dos 20-

29 anos a terem um valor de ordenação média mais baixo (OM=111.79). Constatou-se também que, na globalidade, são os participantes com companheiro(a) a revelarem mais conhecimentos, à exceção dos comportamentos de risco, onde sobressaem os participantes sem companheiro(a) (OM=118.00). Registam-se diferenças estatisticamente significativas no conhecimento sobre as vias de transmissão ($p=0.003$), nas crenças ($p=0.000$), nos conhecimentos sobre a doença ($p=0.000$) e no total dos conhecimentos sobre a Sida ($p=0.000$), sugerindo que são os participantes com companheiro(a) a demonstrarem mais conhecimentos nestas dimensões. Estes resultados estão em conformidade com os apurados no estudo do Ministério da Saúde de Angola (2010), onde os cidadãos angolanos na faixa etária superior aos 29 anos e com companheiro(a) revelavam mais conhecimentos suficientes acerca da Sida.

Kibombo, Neema e Ahmed (2007), com base no seu estudo no Uganda, referem que é reduzida a perceção de risco para o VIH por parte dos cidadãos africanos, principalmente por parte das mulheres grávidas e solteiras e na população mais jovem, onde a perceção de risco para o VIH está significativamente relacionada apenas com os comportamentos sexuais. No que se refere ao sexo masculino, os mesmos autores constaram que existe uma forte associação entre a elevada perceção de risco e o aumento dos comportamentos protetores (abstinência, fidelidade total e uso do preservativo), registando-se uma associação menos significativa nas jovens do sexo feminino. Na mesma linha, Patrão (2014) refere que, na África subsaariana, do total de adultos infestados pelo VIH/SIDA, cerca de 60% são mulheres, sendo esta a única região do mundo onde as taxas de prevalência da doença são mais elevadas nas mulheres do que nos homens, o que se deve a fatores de ordem social e psicológica, ou seja, às normas sociais e culturais, normas familiares, pobreza, baixo nível de escolaridade, desemprego e precariedade laboral, vitimização, desigual, poder de género na relação, profissionais do sexo e baixos níveis de autoeficácia.

Deste modo, assume grande importância perceber-se o que vulnerabiliza as mulheres africanas em relação à Sida, para que se possa planear e desenvolver estratégias interventivas focalizadas e ajustadas aos fatores impulsionadores de risco para esta população específica.

Outro resultado que se chegou refere-se ao facto de terem sido os participantes com mais escolaridade a revelarem um maior conhecimento sobre os comportamentos de risco, seguidos dos que não têm escolaridade. Contudo, em relação ao conhecimento acerca das vias de transmissão da doença, o valor de ordenação média mais elevado corresponde aos participantes sem escolaridade, secundados pelos que possuem o ensino básico. Nas restantes dimensões continuam a ser os participantes sem escolaridade a

revelar mais conhecimentos, com uma ordenação média superior no total dos conhecimentos (164.84). Registam-se significâncias estatísticas para as crenças ($p=0.016$), conhecimentos sobre a doença ($p=0.000$) e total dos conhecimentos ($p=0.000$). Estes resultados revelam que há ainda uma grande necessidade de se apostar na transmissão de informações sobre o VIH/Sida nas escolas, a fim de se dotar a população mais jovem de conhecimentos, o que se assume como um fator de risco de proteção para a doença, sendo esta uma forma de se poder reduzir a incidência da infeção pelo HIV (Lual, 2015). O mesmo autor salienta que um dos obstáculos à prevenção da doença é o baixo nível de escolaridade que predomina no Sudão do Sul, onde apenas 27% da população com idade igual ou superior a 15 anos revela literacia, particularmente em zonas urbanas e no sexo masculino.

De acordo com Patrão (2014), o nível de escolaridade influencia o nível de conhecimentos acerca do VIH/Sida, ou seja, as pessoas com maior nível de escolaridade possuem mais capacidade para aceder e compreender informação no que se refere à proteção do VIH/Sida, o que, por inerência, aumenta a perceção de risco e a motivação para a prática do sexo seguro. A mesma autora revela que, em África, as mulheres representam o grupo populacional com menor nível de escolaridade, o que se deve, para além de outros motivos, ao facto de, nas famílias mais pobres, as raparigas serem as primeiras a abdicar da escola ou a serem retiradas da mesma precocemente trabalharem e contribuir monetariamente para o orçamento familiar. Os resultados de um estudo com jovens estudantes tanzanianas indicam que um maior nível de alfabetização se associa a um maior nível de conhecimentos sobre VIH/Sida. No mesmo estudo, a variável “alfabetização” revelou ser significativa quando relacionada com o nível de conhecimentos acerca do VIH (Vavrus, 2006; Jarama, Belgrave, Bradford, Young & Honnold, 2007). A corroborar, Gregson, Waddell e Chamdiwana (2011) referem que os cidadãos de países em vias de desenvolvimento com menores níveis de literacia entre a população adulta são aqueles que revelam maiores níveis de prevalência em termos de VIH/Sida.

Observou-se que os participantes que residem em meio rural pontuaram mais em quase todas as dimensões do conhecimento, excetuando o conhecimento sobre os comportamentos de risco, onde o valor de ordenação média é mais elevado para os participantes residentes em meio urbano ($OM=119.67$), não estando estes resultados em conformidade com os apurados pelo Ministério da Saúde de Angola (2010), que revelou que é mais alto o conhecimento nas zonas urbanas do que nas zonas rurais. Apesar de 75.1% da população nas zonas urbanas já ter ouvido falar de VIH/Sida, apenas 24.7% conhecem três formas de transmissão. O caso é ainda mais grave a nível das zonas rurais, onde apenas 10.4% da população sabe identificar três formas de transmissão do VIH/Sida. Os

resultados apurados no presente estudo podem ser justificados com o facto de a maioria dos participantes residirem em meio rural, tal como justificado anteriormente, bem como pelo facto de as unidades móveis se deslocarem às aldeias e transmitirem informações sobre o VIH/Sida, procurando consolidar conhecimentos nas populações locais, aumentando, assim, o seu nível de literacia sobre a doença.

Constatou-se também que, à exceção do conhecimento acerca dos comportamentos de risco, foram os participantes que se encontram no ativo profissionalmente os que revelaram mais conhecimentos sobre a Sida, com destaque para os conhecimentos sobre a doença, onde a ordenação média é mais elevada (149.47). Estes resultados poderão ser justificados com o facto de a amostra ser constituída sobretudo por pastores, os quais, na sua maioria, apresentam baixos níveis de escolaridade ou mesmo sem escolaridade. O seu modo de vida ainda mais difícil o acesso ao conhecimento acerca do HIV/Sida.

Apurou-se que os participantes cuja distância da sua habitação até ao hospital é inferior ou igual a 20 Km revelam mais conhecimentos sobre os comportamentos de risco, comparativamente aos que residem a uma maior distância do hospital, os quais apresentam mais conhecimentos acerca das vias de transmissão da doença e conhecimentos sobre a doença. Nas restantes dimensões, os valores de ordenação média são mais bons para os participantes que residem a menor distância do hospital. Importa referir que há relevância estatística nos conhecimentos acerca dos comportamentos de risco ($p=0.002$). Estes resultados poderão ser justificados com o facto de estes participantes estarem mais próximos do hospital e da Missão, onde a circulação de informações sobre o VIH/Sida é mais notória.

Outro resultados apurado refere-se à demonstração de mais conhecimentos por parte dos participantes com diagnóstico de VIH, resultando em diferenças estatisticamente significativas nos conhecimentos acerca das vias de transmissão ($p=0.030$), nos conhecimentos sobre a doença ($p=0.008$) e no total dos conhecimentos ($p=0.006$), o que se pode justificar com o facto de estarem mais em contacto com os programas do Hospital na área do HIV/Sida e receberem informações dos profissionais de saúde.

No que se refere à segunda questão de investigação, que procurava saber a influência da frequência de formação sobre as medidas preventivas do VIH/Sida nos conhecimentos sobre VIH/Sida, dos cidadãos de Mapuordit – Sudão do Sul, constatou-se que o facto de os participantes possuírem a informação sobre a prevenção do VIH/Sida e terem frequentado *workshop* sobre como prevenir o VIH/Sida assumiram-se como variáveis com influência nos conhecimentos sobre VIH/Sida, dos cidadãos de Mapuordit – Sudão do Sul.

A literatura sugere que há uma grande necessidade de auto-percepção adequada por parte dos cidadãos africanos para se conseguir evitar comportamentos e situações de risco (Patrão, 2014). A mesma autora informa que, no continente africano, existem relatos de crenças de que ter relações sexuais com uma jovem virgem elimina o vírus, bem como ainda persiste em muitas localidades a crença de que a Sida não é fatal e que é possível identificar uma pessoa infetada unicamente através da sua aparência. Deste modo, o aumento do nível de conhecimentos sobre o VIH/Sida influencia a transformação dos comportamentos sexuais, sobretudo entre a população africana menos instruída (Snelling, Omariba, Hong, Georgiades, Racine & Boyle, 2010).

Apurou-se que os comportamentos de risco possuem como variáveis preditoras a distância ao hospital e o diagnóstico, as vias de transmissão a informação, a situação profissional, a idade, os conhecimentos sobre a doença, as habilitações literárias, a participação em *workshops*, o grupo étnico, a situação profissional e os preconceitos/medos. A variável com maior peso preditivo são as habilitações literárias na predição com os conhecimentos acerca da doença e a de menor peso preditivo é o diagnóstico, que se manifestou preditora dos comportamentos de risco. A maior percentagem de variância explicada (19.0%) é encontrada entre as variáveis preditoras dos conhecimentos acerca da doença.

Atendendo aos resultados apurados, refere-se a importância da educação para a saúde que deve ser praticada de acordo com um processo de diagnóstico e de intervenção (Chaves, 2010). De acordo com a mesma autora, este é um processo que tem de assentar no princípio de que a fase de avaliação das necessidades e da motivação para aprender, bem como das metas a atingir, devem ser mutuamente estabelecidas com os cidadãos. Assim sendo e tendo em conta a realidade do Sudão do Sul, a intervenção deve estimular o ensino face às necessidades de aprendizagem da população local, requerendo igualmente uma avaliação periódica dos conhecimentos sobre VIH/Sida ao longo do processo, de modo a poder verificar-se se as metas estão ou não a ser alcançadas. Chaves (2010) refere ainda que é frequente a necessidade de reensino, pois nem sempre é possível concluir com rigor que a intervenção tenha resultado em aprendizagens desejadas junto das comunidades. Deste modo, a mesma autora alerta para a necessidade de um *follow-up* e um reforço do ensino.

Conclusão

Este trabalho permitiu avaliar os conhecimentos sobre a Sida em clientes do *Hospital Mary Immaculate de Mapuordit* – Sudão do Sul, tendo em conta as variáveis sociodemográficas e de formação ao nível do VIH/Sida, tendo sido possível responder às questões de investigação e alcançar os objetivos delineados.

Do estudo empírico concluiu-se que a amostra é constituída maioritariamente por participantes do sexo masculino, com uma média de idades de 22.83 anos, sem companheiro(a), com o ensino secundário/ensino superior, pertencentes ao grupo étnico Dinka, residentes em meio rural e em cabanas – Tukul, cuja residência, na sua maioria, dista do hospital menos ou igual a 20 Km, ao qual se deslocam sobretudo em veículo não motorizado. Concluiu-se também que há um predomínio de participantes em situação não ativa profissionalmente.

Apurou-se uma prevalência de conhecimentos razoáveis sobre a Sida, atendendo às variáveis sociodemográficas e às variáveis de contexto de formação, sucedendo-se os conhecimentos fracos e os conhecimentos bons apresentaram menores valores percentuais.

Verificou-se que as variáveis sociodemográficas que interferiram nos conhecimentos dos cidadãos de Mapuordit - Sudão do Sul – foram: o sexo, a idade, o estado civil, as habilitações literárias, a situação profissional, a distância de casa ao hospital, o meio de transporte utilizado para a deslocação para o hospital e o diagnóstico de VIH. O facto de os participantes possuírem a informação sobre a prevenção do VIH/Sida e terem frequentado *workshop* sobre como previr o VIH/Sida assumiram-se como variáveis com influência nos conhecimentos sobre VIH/Sida, dos cidadãos de Mapuordit – Sudão do Sul.

Em face dos resultados s, considera-se que, apesar de já se lutar contra a epidemia de Sida nesta região africana, muitas informações ainda têm de ser apreendidas pela população local. Assim, há a necessidade de uma resposta mais estruturada e eficiente que mobilize o Governo e a sociedade num amplo leque de alianças multissetoriais, multidisciplinares onde a pluralidade, o respeito à diversidade, a referência permanente aos aspetos éticos e aos direitos humanos configurem a base para a formulação das políticas públicas em termos de saúde. Este trabalho também demonstrou que é possível partilhar experiências e aprender com as experiências e resultados de outros países e que a cooperação horizontal é uma ferramenta estratégica para fortalecer os países em desenvolvimento. Processos de cooperação estabelecidos de modo equânime, horizontal e respeitoso, onde toda a população tem a receber e também experiências a partilhar, são

aqueles que verdadeiramente agregam ao fortalecimento das capacidades locais no que se refere ao VIH/Sida.

Deste modo, sugere-se que se formem os professores em Lakes State na área para serem eles também a participarem ativamente na formação dos alunos na área do VIH/Sida. É importante que, nas escolas, se promova a educação das raparigas, numa perspetiva de igualdade, a fim de se anularem as desigualdades de género. Sugere-se uma maior aposta nas unidades móveis, que vão ao encontro da população, sobretudo nos meios mais afastados e rurais – *cattle camp*, de modo a difundir-se mais informação sobre a prevenção da Sida. Será também pertinente a realização de campanhas de formação de profissionais de várias áreas, nomeadamente Governo, saúde, professores e agentes das Igrejas, de modo a poder alcançar-se o *behaviour change*. Outra sugestão a considerar é a realização de é integrar a educação para a prevenção e promoção da saúde nas atividades lúdicas/culturais da comunidade, como peças de teatro sobre a Sida, promoção de concursos de canções sobre a sua prevenção, apostar nos contos tradicionais, convidar pessoas, ídolos e militares, através dos quais também se pode aliar informações sobre a prevenção da Sida. Ainda em termos de atuação na comunidade, sugere-se a realização de programas de promoção da agricultura, de modo a melhorar as condições de vida da população, o que se traduzirá numa maior possibilidade de os mais novos poderem frequentar a escola, um local privilegiado para a transmissão de conhecimentos sobre a Sida. No que se refere às Igrejas locais, as mesmas também são um importante veículo de transmissão de informação. Como tal, deve apostar-se em palestras nas Igrejas sobre a Sida, bem como fomentar iniciativas com a juventude sobre os comportamentos que previnem a transmissão da Sida. Importa também combater a estigmatização e levar à adesão ao tratamento.

Referências bibliográficas

- Antunes, F. (2012). *Manual sobre doenças infecciosas*. 2ª Edição. Lisboa: Permanyer.
- Bravo, P., Edwards, A., Rollnick, S., & Elwyn, G. (2010). Tough decisions faced by people living with HIV: a literature review of psychosocial problems. *AIDS Rev.*; 12(2): 76-88.
- Bur. S. (2014). The human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) CD4 receptor and its central role in promotion oh HIV-1 infection. *Microbiol*, 59: 63-93.
- Chaves, M.C.B. (2010). *Promoção de Comportamentos Saudáveis e Prevenção da SIDA no Ensino Superior*. Tese de Doutoramento. Universidade de Aveiro. Departamento de Ciências da Educação.
- Coutinho, C.P. (2014). *Metodologias de Investigação em Ciências Sociais e Humanas, teoria e prática*. Coimbra: Edições Almedina, SA.
- Daudel, R., & Montagnier, L. (2013). *A Sida*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Duque, V. (2012). *Subtipos genéticos e resistências do VIH/Sida*. Coimbra: Editora Minerva.
- Gregson, S., Waddell, H., & Chamdiwana, S. (2011). School education and HIV control in Sub-Saharan Africa: from discord to harmony? *Journal of International Development*, 13: 467-485.
- Grmek, M. (2014). O enigma do aparecimento da Aids. *Estudo avançados*, 24: 229-239. Acedido em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v9n24/v9n24a11.pdf>
- Jarama, S.L., Belgrave, F.Z., Bradford, J., Young, M., & Honnold, J.A. (2007). Family, cultural and gender role aspects in the context of HIV risk among African American women of unidentified HIV status: An exploratory qualitative study. *AIDS Care*; 19: 307-317.
- Jarama, S.L., Belgrave, F.Z., Bradford, J., Young, M., & Honnold, J.A. (2007). Family, cultural and gender role aspects in the context of HIV risk among African American women of unidentified HIV status: an exploratory qualitative study. *AIDS Care*; 19: 307-317.
- Kibombo, R., Neema, S., & Ahmed, F.H. (2007). Perceptions of risk to HIV infection among adolescents in Uganda: Are they related to sexual behavior. *Afr J Reprod Health*; 11: 168-181.
- Lopes, A. (2014). Dinâmicas institucionais na construção de respostas à epidemia de Sida: virtudes, desafios e limitações do papel das ONGs. In Maia, M., & Ferreira, P. (2014)

- (org.) (pp. 13-30). *VIH-Sida e ciências sociais. Diversidade e Percursos de investigação*. Santa Maria da Feira: Edições Afrontamento.
- Lual, T.A. (2015). *O HIV e a SIDA na nação mais jovem do mundo*. African Jesuit AIDS Networ. Nairobi, Kenya. Acedido em: <http://ajanweb.org/ajanweb.org/ajanews-portuguese/611-o-hiv-e-a-sida-na-nacao-mais-jovem-do-mundo>
- Maia, M., & Ferreira, P. (2014). *VIH-Sida e ciências sociais. Diversidade e Percursos de investigação*. Santa Maria da Feira: Edições Afrontamento.
- Mary Immaculate ART/VCT 7 Months Report, 2014/2015 (2015).
- Montagnie, L. (2014). Plasma viral load, CD4 cell percentage, HLA and survival of HIV-1, HIV-2, and dually infected Gambian patient. *AIDS*; 17: 1513-1520.
- ONUSIDA (2005). *SIDA em África. Três cenários até 2025*. Acedido em: services-concept.ch
- Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) (2012). *A estratégia da UNESCO Para o VIH/SIDA*. Divisão de Educação para a Paz e o Desenvolvimento Sustentável. Secção de Educação em VIH e Saúde. Acedido em: <http://www.unesco.org/new/en/hiv-and-aids/>.
- Patrão, A.L. (2014). Pertinência da intervenção psicossocial ao nível da promoção da saúde sexual e prevenção do VIH/sida nas mulheres africanas: fundamentação teórica. *Saúde reprodutiva, sexualidade e sociedade*, 4: 6-13.
- Patrão, A.L., McIntyre, T. & Costa, E. (2015). Factores de risco psicossociais e sócio-cognitivos para o vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida (VIH/Sida) na mulher africana. *Revista Saúde Pública*, 3(2): 222-234.
- Pestana, M.H., & Gageiro, J.N. (2014). *Descobrimos regressão: com a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Silabo.
- Plano Estratégico Nacional para as Infecções de Transmissão Sexual, VIH/SIDA (2010). República de Angola Ministério da Saúde. Acedido em: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_173701.pdf.
- Relatório Mundial UNAIDS/OMS (2014). *Saúde das pessoas. O que funciona? Relatório sobre a Saúde na Região Africana 2014*. Organização Mundial de Saúde. Escritório Regional para a África. Acedido em: <https://www.who.int/sites/default/files/publications/3606/ARHR-2014-po.pdf>
- Report of The Special Envoys For HIV/AIDS (2015). To The United Nations Secretary-General/May 2015. Acedido em:

http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2717_SpecialEnvoysReport2015_en.pdf

- Simões, S.F. (2011). *Conhecimentos e comportamentos face à infecção do VIH/SIDA em Migrantes Africanos e Brasileiros residentes na área metropolitana de Lisboa*. Dissertação de Mestrado. Universidade Nova de Lisboa. Acedido em: http://run.unl.pt/bitstream/10362/7152/1/Tese_Susana%20Ferreira%20VersaoFinalD EZ2011.pdf
- Snelling, D., Omariba, D.W.R, Hong, S., Georgiades, K., Racine, Y., Boyle, M.H. (2007). HIV/AIDS knowledge, women's education, epidemic severity and protective sexual behaviour in low and middle-income countries. *Journal of Biosocial Sciences*; 39: 421-442.
- Varus, F. (2006). Girls schooling in Tanzania: the key to HIV/AIDS prevention? *AIDS Care*, 18: 863-871.

Anexos

Anexo I – Instrumento de recolha de dados



Escola Superior de Saúde de Viseu

3rd Course of Masters in Community Nursing

Researcher: António Manuel Nunes Ferreira

Main Researcher: Professor Madalena Cunha PHD

Data collection: Questionnaire

Title: “HIV/AIDS Knowledge of the Clients of Mapuordit Hospital – South Sudan for Better Prevention.”

Hello! I am António Nunes a Registered Nurse researching about “HIV/AIDS Knowledge of the clients of Mapuordit Hospital – South Sudan for better prevention”. Prevention is, up to now, the best protection against HIV/AIDS and information the cornerstone of all the process.

Your participation in answering this questionnaire is highly appreciated.

All information given in this questionnaire is confidential and anonymous and will be used specifically for academic proposes of research.

Thank you very much for your collaboration!



Questionnaire Code



INFORMED CONSENT

RESEARCH: “HIV/AIDS Knowledge of the Clients of Mapuordit Hospital – South Sudan for Better Prevention.”

Study made by: António Manuel Nunes Ferreira
Date of Birth: 30/01/1972
ID n°: 9992662

The research, in which you will participate, will be conducted by the Nurse Antonio Manuel Nunes Ferreira, aiming the development of a research project, under the guidance of Professor Madalena Cunha PHD. This consent is used only for this purpose. The questionnaire is completely anonymous and confidential. Your participation in this survey is completely voluntary and can be interrupted at any time, without any problem.

Thank you very much for your cooperation!

Please, fill in the space below if you accept to collaborate.

I, _____,
ID n° _____, declare that I have been informed on the research and I authorize my participation, as well as the publication of results

(Signature or finger print)

Date ____/____/____

For each statement, please mark with a cross (X) the answer that best suits your personal situation and fill in the other blank spaces.

PART I
SÓCIO-DEMOGRÁFIC CHARACTERIZATION

- 1. Sex** ₁ Male
 ₂ Female

2. Age _____ years

3. Marital Status:

- ₁ Single
₂ Married
₃ Divorced
₄ Widow/er

If Married, Are you married with,

- ₁ One Person
₂ More than one person

5. Ethnic Group

- ₁ Dinka
₂ Jur
₃ Other _____

4. Literacy

- ₁ Do not know how to write or read
₂ Primary School
₃ Secondary School
₄ University

6. Place of Living

- ₁ City
₂ Rural Area

7. Working Status

- ₁ Employed
₂ Unemployed
₃ At Home
₄ Retired
₅ Student

8. Housing

- ₁ Traditional House (Tukul)
₂ Cement and Brick House

9. Distance from the Hospital

- ₁ Less than 10 Km
₂ From 10 Km up to 20 Km
₃ From 20 Km up to 30 Km
₄ From 30 Km up to 40 Km
₅ More than 40 Km

10. Means of Transportation

- ₁ Walking
₂ Bicycle
₃ Motorbyke
₄ Car

11. Religion

- ₁ Christianity
₂ Muslim
₃ Other _____

12. Did you receive any information about "how to prevent HIV/AIDS?"

- ₁ No
₂ Yes

If Yes, from whom?

- ₁ Teachers at school
₂ Family
₃ Priest/Pastor
₄ TV/Newspaper/Radio
₅ Doctor/Nurse/Medical Assistant
₆ Others _____

13. Did you participate in any workshop about prevention of HIV/AIDS?

- ₁ No
₂ Yes

If Yes, Where?

II PART

Scales

HIV Knowledge Questionnaire (HIV-K-Q) (45 item version)

Carey, M. P., Morrison-Beedy, D., & Johnson, B.T. (1997). The HIV Knowledge Questionnaire: Development and evaluation of a reliable, valid, and practical self-administered questionnaire. *AIDS and Behavior*, 1, 61-74.

HIV-KQ-45

For each statement, please circle True (T), False (F), or I Don't Know (DK). If you do not know, please do not guess; instead, please circle "DK."

	True	False	Don't Know
1. HIV and AIDS are the same thing.	T	F	DK
2. There is a cure for AIDS.	T	F	DK
3. A person can get HIV from a toilet seat.	T	F	DK
4. Coughing and sneezing DO NOT spread HIV.	T	F	DK
5. HIV can be spread by mosquitoes.	T	F	DK
6. AIDS is the cause of HIV.	T	F	DK
7. A person can get HIV by sharing a glass of water with someone who has HIV.	T	F	DK
8. HIV is killed by bleach.	T	F	DK
9. It is possible to get HIV when a person gets a tattoo	T	F	DK
10. A pregnant woman with HIV can give the virus to her unborn baby.	T	F	DK
11. Pulling out the penis before a man climaxes/cums keeps a woman from getting HIV during sex.	T	F	DK
12. A woman can get HIV if she has anal sex with a man.	T	F	DK
13. Showering, or washing one's genitals/private parts, after sex keeps a person from getting HIV.	T	F	DK
14. Eating healthy foods can keep a person from getting HIV.	T	F	DK
15. All pregnant women infected with HIV will have babies born with AIDS.	T	F	DK
16. Using a latex condom or rubber can lower a person's chance of getting HIV.	T	F	DK
17. A person with HIV can look and feel healthy.	T	F	DK

18. People who have been infected with HIV quickly show serious signs of being infected.	T	F	DK
19. A person can be infected with HIV for 5 years or more without getting AIDS.	T	F	DK
20. There is a vaccine that can stop adults from getting HIV	T	F	DK
21. Some drugs have been made for the treatment of AIDS.	T	F	DK
22. Women are always tested for HIV during their pap smears.	T	F	DK
23. A person cannot get HIV by having oral sex, mouth-to-penis, with a man who has HIV.	T	F	DK
24. A person can get HIV even if she or he has sex with another person only one time.	T	F	DK
25. Using a lambskin condom or rubber is the best protection against HIV.	T	F	DK
26. People are likely to get HIV by deep kissing, putting their tongue in their partner's mouth, if their partner has HIV.	T	F	DK
27. A person can get HIV by giving blood.	T	F	DK
28. A woman cannot get HIV if she has sex during her period.	T	F	DK
29. You can usually tell if someone has HIV by looking at them.	T	F	DK
30. There is a female condom that can help decrease a woman's chance of getting HIV.	T	F	DK
31. A natural skin condom works better against HIV than does a latex condom.	T	F	DK
32. A person will NOT get HIV if she or he is taking antibiotics.	T	F	DK
33. Having sex with more than one partner can increase a person's chance of being infected with HIV.	T	F	DK
34. Taking a test for HIV one week after having sex will tell a person if she or he has HIV.	T	F	DK
35. A person can get HIV by sitting in a hot tub or swimming with a person who has HIV.	T	F	DK
36. A person can get HIV through contact with saliva, tears, sweat, or urine.	T	F	DK
37. A person can get HIV from a woman's vaginal secretions/wetness from her vagina.	T	F	DK
38. A person can get HIV if having oral sex, mouth on vagina,	T	F	DK

with a woman.

- | | | | |
|--|----------|----------|-----------|
| 39. If a person tests positive for HIV, then the test site will have to tell all of his or her partners. | T | F | DK |
| 40. Using Vaseline or baby oil with condoms lowers the chance of getting HIV. | T | F | DK |
| 41. Washing drug use equipment/"works" with cold water kills HIV. | T | F | DK |
| 42. A woman can get HIV if she has vaginal sex with a man who has HIV. | T | F | DK |
| 43. Athletes who share needles when using steroids can get HIV from the needles. | T | F | DK |
| 44. Douching after sex will keep a woman from getting HIV. | T | F | DK |
| 45. Taking vitamins keeps a person from getting HIV. | T | F | DK |

Anexo II – Autorização do autor do questionário

Dear António,

You have my permission to use the HIV KQ. please see attached.
Good luck with your research.

Best wishes,

Mike

Michael P. Carey, Ph.D.

Director, The Centers for Behavioral and Preventive Medicine, The Miriam Hospital
Professor of Psychiatry and Human Behavior, The Alpert Medical School of Brown University
Professor of Behavioral and Social Sciences, School of Public Health

Anexo III - Autorizações de aplicação do instrumento de colheita de dados



Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU
COMISSÃO DE ÉTICA

PARECER

Nº 17/2015

ASSUNTO: PARECER SOBRE O ESTUDO "HIV/AIDS KNOWLEDGE OF THE CLIENTS OF MAPUORDIT HOSPITAL-SOUTH SUDAN FOR BETTER PREVENTION"

Tendo o estudante António Manuel Nunes Ferreira sob a orientação da Prof. Doutora Madalena Cunha, solicitado a emissão de parecer sobre o estudo a realizar no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, no âmbito da unidade curricular de Relatório final da Escola Superior de Saúde de Viseu, a Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu apresenta o seguinte parecer:

- Considerando que o estudo se reveste de extrema importância para avaliar os conhecimentos sobre VIH/SIDA dos clientes do Hospital de Mapuordit – Sudão do Sul, recomendamos que com a realização deste trabalho sejam propostas estratégias que respondam à finalidade do trabalho e que os resultados sejam dados a conhecer à comunidade;
- Considerando que a participação no estudo consiste na aplicação de um instrumento de recolha de dados, aos clientes do Hospital de Mapuordit – Sudão do Sul que se disponibilizem a participar no estudo, deve ser garantido que a sua participação é voluntária e que os dados, uma vez que são considerados sensíveis, devem ser anonimizados e garantidos a sua confidencialidade, através da disponibilização e esclarecimento do consentimento informado;
- Considerando que no questionário não há identificação nominal e que será garantida a anonimização dos sujeitos; recomendamos, contudo, o cumprimento do segredo profissional por parte do investigador na recolha da informação;

Somos de parecer que este estudo cumpre os requisitos éticos referentes à anonimização e autonomia dos participantes e tem uma adequada metodologia científica para ser realizado.

Viseu, 22 de junho de 2015

A relatora: Joana Araújo Peres



**Diocese of Rumbek (DOR).
Mary Immaculate Mapuordit Hospital**

Mapuordit, Yirol West County, Eastern Lakes State, Republic of South Sudan

2nd July 2015

TO WHOM IT MAY CONCERN.

RE: BROTHER ANTONIO NUNES

This letter serves to inform you that Brother Antonio Nunes was granted permission to apply the questionnaire "*HIV/AIDS Knowledge of Clients of Mary Immaculate Hospital – South Sudan, for Better Prevention*" in Mary Immaculate Mapuordit Hospital.

The research and interaction with HIV/AIDS clients was very helpful and we hope that the research will one day be implemented to help fight HIV/AIDS pandemic not only in Mary Immaculate Hospital but in South Sudan at large.

In faith,

Dr. Br. Rosario Iannetti-Medical Director
c.c.File



Anexo IV - Scores do questionário obtidas para os 45 itens aferidos pelo estudo psicométrico

As estatísticas relativas aos conhecimentos sobre a Sida revelam, para todas as dimensões da escala, um mínimo de 0.00, variando o máximo entre 2.00 nos conhecimentos sobre os preconceitos e medo e os 19.00 para o total dos conhecimentos. O valor médio mais elevado regista-se no total dos conhecimentos (média=12.93; ± 3.637). Na dimensão comportamentos de risco, o valor médio é também expressivo a rondar os 4.59 (± 1.479), seguindo-se o conhecimento sobre as vias de transmissão do vírus (média=2.81; ± 1.130), o que indica que os participantes demonstram possuir conhecimentos em relação aos comportamentos de risco e sobre as vias de transmissão do vírus. Importa referir que a média mais baixa recaiu nos conhecimentos sobre a doença (média=1.16; ± 1.024). Os coeficientes de variação evidenciam face às médias encontradas uma dispersão elevada para todas as dimensões, à exceção do total dos conhecimentos sobre a Sida, onde o coeficiente de variação é razoável, em relação à média encontrada.

Scores do questionário obtidos para os 45 itens aferidos pelo estudo psicométrico

	N	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro
Conhecimentos								
Comportamentos de risco		0,00	6,00	4.59	1.479	32.22	-7.30	2.61
Vias de transmissão		0,00	4,00	2.81	1.130	40.21	-4,48	-0.31
Crenças		0,00	4,00	2.74	1.206	44.01	-4.43	-1.54
Conhecimentos sobre a doença	232	0,00	3,00	1.16	1.024	88.27	2.42	-3.17
Preconceitos/medo		0,00	2,00	1.61	0.621	38.57	-8.51	2,30
Conhecimentos sobre a Sida (total)		0,00	19,00	12.93	3.637	28.12	-5.46	2.23