

ET-55

ET-55



UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE  
FACULDADE DE CIÊNCIAS  
DEPARTAMENTO DE MATEMÁTICA E INFORMÁTICA

Trabalho de Licenciatura

**Nível de percepção dos professores das Escolas Secundárias  
da Cidade de Maputo sobre a problemática do HIV/SIDA**

**Autor:** Ivo Neto Felício da Costa

Maputo, Dezembro de 2008

ET-55



UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE  
FACULDADE DE CIÊNCIAS  
DEPARTAMENTO DE MATEMÁTICA E INFORMÁTICA

Trabalho de Licenciatura

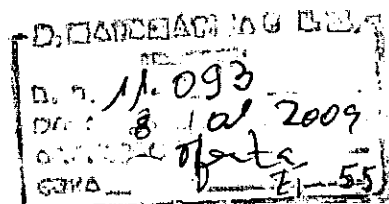
**Nível de percepção dos professores das Escolas Secundárias  
da Cidade de Maputo sobre a problemática do HIV/SIDA**

**Autor:** Ivo Neto Felício da Costa

**Supervisor:** Dr. Bonifácio José

**Co-Supervisor:** Dr. Esmael Latifo

Maputo, Dezembro de 2008



## **DEDICATÓRIA**

Em memória da minha mãe (em especial), ao meu pai e irmãos, pela generosidade, conselhos e paciência neste longo percurso universitário. Curvo-me a Deus com fé, amor e esperança.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao longo desta jornada, difícil e penosa, o exemplo e preciosa ajuda da família, amigos e professores, foi inestimável.

O meu muito obrigado ao meu supervisor Dr. Bonifácio José e Co-supervisor Dr. Esmael Latifo, pela atenção, conselhos e condução superior que permitiram, a boa realização do trabalho.

Aos meus pais, Felício Rafael Cossa e Elisa Meta Mapanga (em memória), pelo apoio incondicional, incansável e estímulo nos momentos, mais difíceis e complicados de todo processo académico.

Aos meus irmãos, Jaques, João, Anilsa, Felício Júnior, Amâncio, Hernani, Arsénio e Edgar, pelo apoio, moral e material e encorajamento sem limites, que sempre me dispuseram.

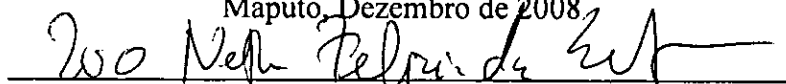
Aos meus colegas, docentes e funcionários da faculdade que directa ou indirectamente contribuíram para a efectivação deste trabalho

*Kanimambo*

## **DECLARAÇÃO DE HONRA**

Declaro por minha honra que este trabalho é resultado da minha própria investigação e é só para ser submetido ao grau de **Licenciatura em Informática** na Universidade Eduardo Mondlane.

Maputo, Dezembro de 2008.



**IVO NETO FELÍCIO DA COSTA**

## **RESUMO**

O presente trabalho teve como objectivo, analisar o nível de percepção dos professores das escolas secundárias Josina Machel e Francisco Manyanga na Cidade de Maputo, face a problemática do HIV/SIDA em Moçambique, nisto que este mal constitui uma grande preocupação para o governo e sociedade em geral. Depois de muitas análises neste trabalho constatou-se que não há dúvidas por parte dos professores em relação à esta problemática, pode-se afirmar que o maior numero de fontes funciona como força motriz de disseminação da informação nos jovens.

## **ABREVIATURAS**

**HIV:** Vírus de Imunodeficiência Humana

**MISAU:** Ministério da Saúde

**SIDA:** Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

**PNCDS/SIDA:** Programa Nacional de Controle de Doenças de Transmissão Sexual e do Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

**CNCS:** Conselho Nacional de Combate a SIDA

**ONG'S:** Organizações Não Governamentais.

**INE:** Instituto Nacional de Estatística

## **LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS**

### **I-Relação entre os casos em estudo**

**Tabela 1:** Número de professores em cada escola e o total dos mesmos

**Tabela 2:** Idade dos Professores em faixas etárias

**Tabela 3:** Relação entre o ser professor de uma dada escola e o estado Civil

**Tabela 4:** Grau académico dos Professores

**Tabela 5:** Relação entre o ser religioso e ouvir falar de HIV/SIDA

### **II-Fonte de informação sobre o HIV/SIDA**

**Tabela 6:** Alguma vez já ouviu falar do HIV/SIDA X Rádio

**Tabela 7:** Alguma vez já ouviu falar do HIV/SIDA X Televisão

**Tabela 8:** Alguma vez já ouviu falar do HIV/SIDA X Jornal

**Tabela 9:** Alguma vez já ouviu falar do HIV/SIDA X Folhetos

**Tabela 10:** Alguma vez já ouviu falar do HIV/SIDA X Igrejas

**Tabela 11:**Alguma vez já ouviu falar do HIV/SIDA X Amigos

**Tabela 12:**Alguma vez já ouviu falar do HIV/SIDA X familiares

**Tabela 13:**Alguma vez já ouviu falar do HIV/SIDA X Hospitais

**Tabela 14:** Alguma vez já ouviu falar do HIV/SIDA X Outros

### **III-Nível de percepção dos professores das escolas em estudo sobre o HIV/SIDA**

**Tabela 15:** Acredita que o HIV/SIDA existe?

**Tabela 16:**Achas que o HIV/SIDA é uma doença mortal?

**Tabela 17:** Não ter relações sexuais.

**Tabela 18:** Usar sempre preservativo

**Tabela 19:** Ter um só parceiro.

**Tabela 20:** Fidelidade

**Tabela 21:** Evitar vacinas tradicionais

**Tabela 22:** Não compartilhar lâmina.

**Tabela 23:** Não comer com pessoas Infectadas



#### **IV- Entidades com quem abordar sobre o HIV/SIDA**

**Gráfico 1:** Pais

**Tabela 24:** Irmãos

**Tabela 25:** Colegas

**Tabela 26:** Enfermeiros

#### **V- Opinião dos professores quanto a abordagem sobre o HIV/SIDA**

**Gráfico 2:** Assuntos sobre HIV/SIDA têm de ser abordados segundo o nível de escolaridade.

**Gráfico 3:** Abordagem sobre o HIV/SIDA tem de respeitar o nível etário.

**Gráfico 4:** Tem sido capacitado em matéria de HIV/SIDA?

**Tabela 27:** Abordagem sobre o HIV/SIDA tem que ser curricular

**Tabela 28:** Teste do Qui-Quadrado

**Tabela 29:** Medida de associação simétrica

#### **VI- Relação entre o ser religioso e aceitação na existência do HIV/SIDA**

**Tabela 30:** Teste do Qui-Quadrado

**Tabela 31:** Teste do Qui-Quadrado

**Tabela 32:** Medida de associação simétrica

**Tabela 33:** Teste do Qui-Quadrado

**Tabela 34:** Medida de associação simétrica

**Tabela 35:** Teste do Qui-Quadrado

**Tabela 36:** Medida de associação simétrica

## Índice

1.1. DEFINIÇÃO DO PROBLEMA .....	3
1.2. OBJECTIVOS .....	4
1.2.1. <i>Geral</i> .....	4
1.2.2. <i>Específicos</i> .....	4
1.3. JUSTIFICATIVA.....	4
1.4. LIMITAÇÕES .....	5
1.5. ESTRUTURA DE TRABALHO .....	5
2. REVISÃO DA LITERATURA .....	6
2.1. VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA HIV /SIDA .....	6
2.1.1. <i>Sintomas</i> .....	7
2.1.2. <i>Diagnóstico do HIV/SIDA</i> .....	8
2.1.3. <i>Contágio do HIV/SIDA</i> .....	9
2.1.4. <i>Prevenção HIV/SIDA</i> .....	11
2.2. PERCEPÇÃO .....	11
2.2.1. <i>Definição da Percepção</i> .....	11
2.2.2. <i>Alterações da percepção</i> .....	12
2.2.3. <i>Possibilidades da Percepção</i> .....	12
3. METODOLOGIA .....	14
3.1 PLANO DE SONDAÇÃO.....	15
3.2 TÉCNICA DE AMOSTRAGEM PARA A RECOLHA DA AMOSTRA .....	15
3.3 TESTE DO QUI-QUADRADO ( $\chi^2$ ).....	16
3.3.1 <i>Procedimentos para a realização do teste:</i> .....	19
3.3.2 <i>Nas tabelas de contingência 2 x 2</i> .....	19
3.3.3 <i>Nas tabelas de contingência r x 2</i> .....	19
3.3.4 <i>Correcção de Yates</i> .....	20
3.4 RELAÇÕES DE ASSOCIAÇÃO E INDEPENDÊNCIA DE VARIÁVEIS .....	21
3.4.1 <i>Tabelas de contingência 2x2</i> .....	21
3.4.2 <i>Associação de variáveis em tabelas de contingência KxM</i> .....	24
3.5 TABELAS DE FREQUÊNCIAS.....	25
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES .....	27
4.1 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA.....	27
4.2 FONTE DE INFORMAÇÃO SOBRE O HIV/SIDA .....	29
4.3 NÍVEL DE PERCEPÇÃO DOS PROFESSORES DAS ESCOLAS EM ESTUDO SOBRE O HIV/SIDA .....	32
4.4 OPÇÕES DOS PROFESSORES SOBRE COMO EVITAR O HIV/SIDA .....	32
4.5 ENTIDADES COM QUEM ABORDAR SOBRE O HIV/SIDA .....	34
4.6 OPINIÃO DOS PROFESSORES QUANTO A ABORDAGEM SOBRE O HIV/SIDA .....	36
4.7 RELAÇÃO ENTRE O SER CAPACITADO EM MATÉRIA SOBRE O HIV/SIDA E A ACEITAÇÃO NA EXISTÊNCIA DA MESMA PANDEMIA.....	37
4.8 RELAÇÃO ENTRE O SER RELIGIOSO E ACEITAÇÃO NA EXISTÊNCIA DO HIV/SIDA .....	38
4.9 RELAÇÃO ENTRE O SER RELIGIOSO E A ESCOLHA DA OPÇÃO: "EVITAR O HIV/SIDA NÃO TENDO RELAÇÕES SEXUAIS .....	38
4.10 RELAÇÃO ENTRE O SER RELIGIOSO E A ESCOLHA DA OPÇÃO: "EVITAR VACINAS TRADICIONAIS" .....	38
4.11 RELAÇÃO ENTRE O SER RELIGIOSO E A ESCOLHA DA OPÇÃO: "NÃO COMER COM PESSOAS INFECTADAS" .....	39
5. CONCLUSÕES .....	40

6. RECOMENDAÇÕES.....	40
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41
ANEXO.....	42

## 1. INTRODUÇÃO

Após o diagnóstico do primeiro caso de SIDA em Moçambique em 1986, o governo de Moçambique iniciou, através do Ministério de Saúde (MISAU), um movimento destinado a minimizar a evolução da epidemia. Deste modo, em 1988 foi criado o Programa Nacional de Controle de Doenças de Transmissão Sexual e do Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (PNC DTS/SIDA).

O Síndrome de Imunodeficiência Adquirida é a pandemia mais devastadora da actualidade no mundo, em geral, e na África sub-Sahariana, em particular. A mortalidade causada pelo SIDA está a mudar a estrutura populacional da maioria dos países mais afectados incluindo a de Moçambique (Impacto demográfico de SIDA- CNCS, 2002).

Moçambique possui uma das maiores taxas de prevalência de HIV/SIDA da África sub-sahariana, sendo a camada juvenil a mais vulnerável ao risco. Neste contexto, o governo de Moçambique, em geral, e os Ministérios da Saúde, Educação e Cultura e Juventude e Desportos, em particular, vêm desenvolvendo, desde 1999, em conjunto, um programa multisectorial destinado a Adolescentes e Jovens (AJ), com o objectivo de promover o acesso a informação e serviços de qualidade em Saúde Sexual Reprodutiva (SSR) e HIV/SIDA sendo que os beneficiários, os adolescentes e jovens, deverão exercer um forte protagonismo na protecção da sua própria saúde (Direcção Nacional de Promoção de Saúde e Controle de Doenças MISAU, 2007).

O HIV/SIDA deixou de ser um problema apenas de saúde mas sim multidisciplinar, cujo impacto e procedimentos de combate têm de ter uma visão estratégica na educação.

A redução de novas infecções de HIV, assim como a mitigação do impacto da epidemia, são as principais metas de combate ao HIV/SIDA em Moçambique. A monitoria do alcance dessas metas é obtida através de sistemas de vigilância epidemiológica, biológica e comportamental, estabelecido ao nível nacional, bem como através dos sistemas rotineiros de produção de informação sobre o progresso na implementação de acções de combate ao HIV/SIDA. O processo tem como finalidade contribuir para uma melhor visualização da realidade nacional em relação à epidemia e para a definição de estratégias e prioridades na resposta nacional - (Prof. Dr. Paulo Ivo Garrido, Ministro da Saúde e Vice Presidente do CNCS).

Moçambique é um país de população marcadamente jovem, portanto no ciclo de ensino/aprendizagem nas escolas os utentes são jovens e estão inseridos no grupo da população mais activa sexualmente.

E nesse âmbito da implementação do Programa de Saúde Sexual e Reprodutiva do Adolescente e Jovem (SSRAJ) surge a necessidade de obtenção de indicadores sobre o nível de percepção dos professores das escolas secundárias sobre o HIV/SIDA, pois o professor é um dos melhores veículos para a transmissão de conhecimentos da problemática de HIV/SIDA nos jovens (Direcção Nacional de Promoção de Saúde e Controle de Doenças- MISAU, 2007).

O ambiente escolar é um dos ambientes onde a metodologia da educação em HIV/SIDA baseada em habilidades para a vida deveria ser implementada ( Indicadores do Sistema de Monitoria e Avaliação da Resposta Nacional de Combate ao HIV/SIDA – Dados de Base, 2006/2008).

Com o presente estudo, pretende-se analisar até que ponto os Professores das Escolas Secundárias da Josina Machel e Francisco Manyanga da Cidade de Maputo percebem a magnitude da problemática do HIV/SIDA em Moçambique.

### **1.1. Definição do Problema**

Apesar dos esforços realizados pelo governo em coordenação com as ONG'S a infecção pelo HIV, de certa forma, continua a sua progressão no país, atingindo níveis extremamente preocupantes.

Segundo INE e outros (2002), em 1998 o governo adoptou uma abordagem multisectorial, com o objectivo de envolver cada sector da sociedade na luta contra o SIDA, ao nível das suas áreas de influência. Um dos sectores em destaque é o da educação considerado o mais sensível. Ainda a mesma fonte afirma que até 2010 em cada três óbitos, um será devido ao SIDA.

Sendo o professor um dos veículos para a transmissão de conhecimentos da problemática de HIV/SIDA aos jovens e não havendo informação de fonte segura quanto a percepção dos mesmos sobre esta problemática, este trabalho proporciona uma análise para o efeito.

## **1.2.Objectivos**

### **1.2.1.Geral**

- Analisar o nível de percepção dos professores das escolas secundárias Josina Machel e Francisco Manyanga da Cidade de Maputo, face à problemática do HIV/SIDA em Moçambique.

### **1.2.2.Específicos**

- Verificar se os professores das escolas secundárias Josina Machel e Francisco Manyanga da cidade de Maputo ouviram alguma vez falar do HIV/SIDA;
- Identificar as fontes de informação, sobre o HIV/SIDA, mais relevantes;
- Identificar dos professores que alguma vez ouviram falar do HIV/SIDA qual a percentagem dos mesmos que professam a religião;
- Descrever a associação de capacitação dos professores em matéria da pandemia e a sua aceitação de que existe HIV/SIDA;
- Descrever a associação entre o ser religioso e aceitar que existe HIV/SIDA;
- Descrever a associação entre o ser religioso e a escolha das opções: para evitar o HIV/SIDA não se deve ter relações sexuais;
- Descrever a associação entre o ser religioso e a escolha das opções: evitar vacinas tradicionais;
- Descrever a associação entre o ser religioso e a escolha das opções: não comer com pessoas infectadas.

## **1.3. Justificativa**

Os dados epidemiológicos vêm demonstrando progressões galopantes no número de casos notificados de HIV/SIDA. Segundo CASTILHO & SZWARCOWALD (1997) esse aumento caracteriza a participação da população heterossexual envolvendo mulheres em idade reprodutiva.

Sendo o plano de governo, o envolvimento em actividades a todos sectores, que possam reduzir a proliferação deste mal, e como sendo o da educação imprescindível, desta forma, há

uma necessidade de analisar a percepção do professor sobre a problemática em estudo. Pois o professor é o meio pelo qual se possa fazer chegar a mensagem às crianças e jovens para uma educação digna que num futuro próspero o país possa ter quadros saudáveis e com capacidade para o trabalho.

Milhares de crianças, dia a pós dia, perdem os seus pais devido ao SIDA, não é de duvidar que o governo possa ter uma responsabilidade no que concerne ao acolhimento das mesmas. Portanto, o professor bem informado sobre a problemática dará o seu contributo no que diz respeito a disseminação da mensagem nas escolas sobre as formas de prevenção e como evitar este mal.

Descriminação aos doentes padecendo da SIDA é trivial em todo mundo. Se melhor compreendermos as formas de transmissão do HIV/SIDA, não nos aliaremos à aqueles que discriminam os seropositivos (pessoas vivendo com HIV/SIDA). E a forma fácil de receber a mensagem sobre essas vias de transmissão é com pessoas capacitadas e que melhor percebem o problema. Dai a razão do desenvolvimento deste tema.

#### **1.4. Limitações**

Foram como limitações deste trabalho:

- Dificuldades na recolha de dados por parte dos professores da Escola Secundária Francisco Manyanga.
- O acesso as obras que abordem em detalhe temas relacionados com a percepção.

#### **1.5. Estrutura de Trabalho**

Este trabalho está organizado em quatro pontos a destacar:

- Introdução, que engloba a definição do problema, os objectivos em geral e específicos, a justificativa, as limitações e a estrutura do trabalho.
- É feito o detalhe da Revisão Bibliográfica onde se procede a abordagem de alguns conceitos relacionados ao HIV/SIDA, a percepção sobre a pandemia entre outros assuntos ligados ao tema.
- Faz-se a abordagem genérica sobre Metodologia aplicada neste trabalho.
- Apresentam-se os Resultados e discussão
- Conclusões e Recomendações.

## **2. REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1. Vírus da Imunodeficiência Humana HIV /SIDA**

A SIDA define-se como sendo uma manifestação clínica avançada da infecção pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), ( <http://www.aidsbrasil.com>, dia 10.11.2008; 12:10h).

A mesma fonte afirma que a SIDA é provocada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), que, ao entrar no organismo humano e ao penetrar no sistema sanguíneo, começa de imediato a reproduzir-se dentro dos linfócitos T4 (ou células CD4) acabando por matá-las. As células CD4 são, precisamente, os elementos do sistema imunológico que dão indicações às restantes células para a necessidade de proteger o organismo contra agentes invasores.

Sob a acção do vírus, a função de defesa fica enfraquecida e deixa a pessoa infectada, ou seropositiva, mais vulnerável em relação à actuação de bactérias e vírus, que provocam as chamadas doenças oportunistas. É o caso de formas raras de pneumonia, toxoplasmoses, candidose, meningite criptocócica e cancros como o Sarcoma de Kaposi. Estas doenças são, normalmente, a causa de morte dos seropositivos, sendo bastante raras entre as pessoas que não sofrem de imunodeficiência.

Ainda a mesma fonte afirma que a SIDA é um síndrome, ou seja, de um conjunto de sintomas e sinais que não dizem respeito apenas a uma doença. É uma síndrome de Imunodeficiência porque o vírus deixa o sistema imunológico deficiente. É adquirida, uma vez que resulta da acção de um agente externo ao organismo humano.

A infecção com o HIV caracteriza-se por quatro fases diferentes. Ocorre primeiro o período de infecção aguda, até quatro semanas após o contágio e no qual o seropositivo é afectado por diversos sintomas pouco característicos, semelhantes aos de uma gripe, e cuja causa, normalmente, passa despercebida a doentes e médicos.

Segue-se um período que pode durar dez a quinze anos (em alguns casos mais em outros menos), no qual, embora o vírus se continue a multiplicar, o seropositivo não apresenta quaisquer sintomas. Nesta fase, apesar de o vírus continuar a matar as células CD4, o



organismo consegue repor quase a mesma quantidade de células que são destruídas diariamente.

A terceira fase da doença, em que o organismo já não consegue repor completamente a quantidade de células CD4 destruídas pelo vírus, caracteriza-se por uma imunodepressão moderada, com sintomas e sinais associados. Emagrecimento, suores nocturnos, diarreia prolongada e febre, são alguns dos exemplos de manifestações clínicas nesta fase de evolução da infecção.

A quarta fase, em que o seropositivo passa a ter SIDA, ocorre quando a contagem de células CD4 se torna muito baixa ou quando a pessoa é afectada por outra doença indicadora de um estado de imunodeficiência grave.

O HIV apenas afecta os humanos, só neles sobrevive e se reproduz e pode ser transmitido de três formas: por contacto sanguíneo; através do sêmen e dos fluidos vaginais nas relações sexuais; de mãe para filho (transmissão vertical), o que pode ocorrer durante a gestação, no momento do parto e durante o aleitamento, ( <http://www.aidsbrasil.com>, dia 10.11.2008; 12:10h).

Apesar de não existirem fármacos capazes de eliminar por completo o vírus do organismo, os medicamentos anti-retrovíricos existentes conseguem baixar a quantidade do vírus para valores mínimos e preservar a função imunológica do organismo, retardando a evolução da doença e proporcionando aos seropositivos uma maior esperança e melhor qualidade de vida.

### **2.1.1. Sintomas**

A fase aguda da infecção com HIV ocorre uma a quatro semanas após o momento do contágio. Algumas pessoas apresentam sintomas semelhantes aos de uma gripe como febre, suores, dor de cabeça, de estômago, nos músculos e nas articulações, fadiga, dificuldades em engolir, gânglios linfáticos inchados e um leve prurido. Calcula-se que pelo menos 50 por cento dos infectados tenham estes sintomas ( <http://www.aidsbrasil.com>, dia 10.11.2008; 12:10h).

Algumas pessoas também perdem peso e outras, ocasionalmente, podem perder a mobilidade dos braços e pernas, mas recuperam-na passado pouco tempo. A fase aguda da infecção com HIV dura entre uma a três semanas. Todos recuperam desta fase, em resposta à reacção do sistema imunológico, os sintomas desaparecem e observa-se um decréscimo da carga vírica.

Os seropositivos vivem, depois da fase aguda, um período em que não apresentam sintomas, embora o vírus esteja a multiplicar-se no seu organismo o que pode prolongar-se por diversos anos. É neste período que se encontram, actualmente, 70 a 80 por cento dos infectados em todo o mundo.

Na fase sintomática da infecção (mas ainda sem critérios de SIDA), o doente começa a ter sintomas e sinais de doença, indicativos da existência de uma depressão do sistema imunológico. O doente pode referir-se ao cansaço não habitual, perda de peso, suores nocturnos, falta de apetite, diarreia, queda de cabelo, pele seca e descamativa, entre outros sintomas.

A fase seguinte na evolução da doença designa-se por SIDA e caracteriza-se por uma imunodeficiência grave que condiciona o aparecimento de manifestações oportunistas (infecções e tumores).

A evolução da infecção descrita acima, designada como “Evolução Natural da Infecção” pode, actualmente, ser modificada pelo tratamento com os fármacos anti-retrovirais, podendo os seropositivos nunca chegar a uma fase sintomática da doença.

### **2.1.2. Diagnóstico do HIV/SIDA**

O diagnóstico faz-se a partir de análises sanguíneas para detectar a presença de anticorpos ao HIV. De acordo com a fonte electrónica citada acima, estes anticorpos são detectados, normalmente, apenas três a quatro semanas após a fase aguda, não podendo haver uma certeza absoluta sobre os resultados nos primeiros três meses após o contágio.

As primeiras análises a um infectado podem dar um resultado negativo se o contágio foi recente, por isso, os testes devem ser repetidos quatro a seis semanas e três meses após a

primeira análise. O período em que a pessoa está infectada, mas não lhe são detectados anticorpos, chama-se «período de janela». Com os testes actualmente disponíveis é possível detectar a infecção mais cedo e reduzir este «período de janela» para 3 a 4 semanas.

O teste usado é o ELISA («Enzyme Linked Immuno-Sorbent Assay»). Pode usar-se também um outro teste, o «Western Blot», para confirmar o resultado.

Aos seropositivos realizam-se também testes de carga viral para avaliar o nível de HIV no sangue. Estes, juntamente com os exames para efectuar a contagem de células CD4, são fundamentais para fazer um prognóstico sobre a evolução da doença. Se a carga viral for elevada e a contagem das células CD4 baixa, e se o seropositivo não começar a fazer tratamento, a doença progredirá rapidamente. Os testes à carga viral são, igualmente, importantes para avaliar a reacção do doente aos tratamentos. Os dois exames são, geralmente, repetidos de três em três meses.

Segundo a fonte, uma pessoa saudável tem entre 500 e 1 500 células CD4 por mililitro de sangue. A seropositividade transforma-se em SIDA quando as células CD4 baixam para menos de 200 por mililitro de sangue, ficando assim o organismo mais desprotegido e tornando-se um alvo fácil das chamadas doenças oportunistas.

No caso dos recém-nascidos, filhos de mãe seropositiva, os testes aos anticorpos só têm completa validade ao fim de 18 meses, já que os anticorpos existentes no seu organismo podem ter sido herdados da mãe. No fim desse período, se a criança não apresentar anticorpos é porque o HIV não se encontra presente e o bebé torna-se seronegativo. Nestes casos, pode também fazer-se uma análise para detectar a presença de material genético do vírus.

### **2.1.3. Contágio do HIV/SIDA**

O contágio acontece através de sangue, sémen, fluidos vaginais, leite materno e, provavelmente, dos fluidos pré-ejaculatórios dos seropositivos. O HIV não se transmite pelo ar nem penetra no organismo através da pele, precisando de uma ferida ou de um corte para penetrar no organismo.

A forma mais perigosa de transmissão é através de uma seringa com sangue contaminado, já que o vírus entra directamente na corrente sanguínea.

A transmissão por via sexual nas relações heterossexuais é mais comum do homem para a mulher, do que o contrário, porque o sémen é mais virulento do que os fluidos vaginais. O contágio pode ocorrer em todos os tipos de relação, seja vaginal, anal ou oral, já que as secreções vaginais ou esperma, mesmo que não entrem no organismo, podem facilmente contactar com pequenas feridas e cortes existentes na vagina, ânus, pénis e boca. As relações sexuais com mais riscos são as anais.

De mãe para filho, o vírus pode ser transmitido durante a gravidez, o parto ou, ainda, através da amamentação.

O HIV pode encontrar-se nas lágrimas, no suor e na saliva de uma pessoa infectada, contudo, a quantidade de vírus é demasiado pequena para conseguir transmitir a infecção.

É durante a fase aguda da infecção, que ocorre uma a quatro semanas após a entrada do vírus no corpo, que existe maior perigo de contágio devido à quantidade elevada de vírus no sangue.

Actualmente, a transmissão por transfusão de sangue ou de produtos derivados do sangue apresenta poucos riscos, uma vez que são feitos testes a todos os dadores.

#### **2.1.4. Prevenção HIV/SIDA**

Segundo INE, *et all* (2002), usar sempre preservativo nas relações sexuais, não partilhar agulhas, seringas, material usado na preparação de drogas injectáveis e objectos cortantes (agulhas de acupunctura, instrumentos para fazer tatuagens e piercings, de cabeleireiro, manicura).

Além dos preservativos comuns, vendidos em farmácias e supermercados, existem outros, menos vulgares, que podem ser utilizados como protecção durante as mais diversas práticas sexuais.

Contudo, é também preciso ter atenção à utilização de objectos, uma vez que, se estiverem em contacto com sémen, fluidos vaginais e sangue infectados, podem transmitir o vírus.

### **2.2. Percepção**

#### **2.2.1. Definição da Percepção**

Segundo Costa (2004), percepção é a captação e presença, na mente, na consciência, dos estímulos vindos dos órgãos sensoriais e do corpo como um todo.

O homem possui um conjunto de órgãos responsáveis pela sensação, pelo sentir: olhos, ouvidos, nariz, boca e a pele. E os órgão internos como o coração, estômago, intestino, músculos, útero entre outros, também são capazes de enviar estímulos à consciência (taquicardia, náuseas, dores, fadiga, cólica menstrual, etc).

Desta forma, a integridade do sistema sensorial é o primeiro passo tanto na captação do mundo exterior ao indivíduo quanto dos estímulos internos. Assim, todos os estímulos são levados, por nervos, até o cérebro, em sua parte mais externa, o córtex, onde se tornam conscientes.

### **2.2.2. Alterações da percepção**

São as seguintes alterações da percepção:

- **Variações Normais:** Quando não percebemos vários estímulos a nossa volta. Por exemplo: estar concentrado em algo e não escutar a música que toca na Rádio ou não ouvir alguém dizendo ou falando algo;  
Almoçar pensando em problema e não perceber o sabor dos alimentos.
- **Alterações Patológicas:** embora alterações graves nos órgãos sensoriais levem a alterações importantes na percepção (ex.: lesão nos dois olhos levando à cegueira completa), este tipo de distúrbio não é muito estudado na Psicopatologia, pois a alteração original não se dá no cérebro, e sim nos órgãos sensoriais.

Os deprimidos costumam descrever o mundo como "sem cor, sem cheiros". O uso de algumas drogas, como o ecstasy, pode levar à percepção mais intensa dos estímulos; outras, como o LSD, podem induzir mesmo alucinações. A mania também pode cursar com estas alterações.

Na esquizofrenia é muito comum que a pessoa escute outras pessoas falando algo com ela, às vezes ordenando-lhe algo, sem que as pessoas à sua volta estejam realmente falando o que o paciente ouviu. É também frequente que escute vozes sem que alguém esteja dizendo-lhe algo ou mesmo sem que exista qualquer pessoa por perto. Neste transtorno, também ocorrem, com menor frequência, alterações na percepção visual (ver "demónios", bichos, pessoas falecidas).

Na abstinência do dependente de álcool, há rebaixamento da consciência, desorientação, tremores, ocasionalmente convulsões e, quanto à percepção, é comum que a pessoa veja pequenos animais ou insectos, no ambiente ou subindo pelo seu corpo (o quadro completo é chamado de *delirium tremens*).

### **2.2.3. Possibilidades da Percepção**

Entre as principais possibilidades de atenção encontramos então:

- **Percepção Normal:** esta possibilidade de percepção é de intensidade comparável à média das pessoas ou ao habitual do paciente, sem a presença de alucinações;
- **Hiperestesia:** refere-se ao aumento na intensidade das percepções. As cores parecem mais intensas, os gostos mais fortes etc.
- **Ilusão:** quando, na presença de determinado estímulo, este é percebido de forma diferente. Ex.: ver uma sombra e achar que é uma pessoa; escutar algo diferente do que foi dito. Segundo Costa (2004) a ilusão pode ser corrigida em pessoas saudáveis.
- **Alucinação:** quando há uma percepção (auditiva, visual etc.) sem que exista qualquer estímulo. Nas esquizofrenias, as alucinações mais relatadas são as auditivas. As visuais são frequentes nos estados de rebaixamento da consciência. Portanto, na descrição de uma alucinação, deve-se especificar seu tipo: "alucinação **visual**", "alucinação **auditiva**" etc. As alucinações que ocorrem no momento em que adormece são chamadas de "hipnagógicas", e as no momento em que se acorda, "hipnopômicas" – as duas são fenómenos relativamente comum na população, e não são consideradas patológicas.

### **3. METODOLOGIA**

O trabalho foi direccionado para avaliar o nível de percepção dos professores das escolas Secundárias da Cidade de Maputo. Para isso, foi realizado um preteste nas Escolas Secundárias Josina Machel e Francisco Manyanga.

Este estudo centrou-se nas variáveis qualitativas. Segundo Ludke & Andre (1986), a pesquisa qualitativa oferece a possibilidade de o pesquisador captar a maneira pela qual os indivíduos pensam e reagem frente às questões focalizadas. Proporciona ao pesquisador conhecer a dinâmica e a estrutura da situação em estudo, do ponto de vista de quem a vivência.

Gualda, Merighi & Oliveira (1995) acreditam que a pesquisa qualitativa utilizada nas escolas "contribui para a compreensão holística do homem", além de permitir explorar melhor alguns problemas sobre a educação.

As afirmações acima confirmaram-nos que, para conhecer o universo de comportamentos de grupo cultural definido, deveríamos utilizar métodos qualitativos. Assim, optamos por realizar este estudo tendo a etnografia como referencial metodológico, a qual direccionou a colecta e a análise dos dados culturais.

Streubert & Carpenter (1995) referem que a exploração de culturas dentro do paradigma da Educação é facilitada pela exposição do professor pesquisador no cenário cultural, pois, ao valorizar a natureza cognitiva do ser humano, tem a possibilidade de melhor compreender a dinâmica do fenómeno sob estudo e os relacionamentos presentes na cultura. Esta compreensão auxilia ao professor a prestar cuidado culturalmente baseado e, portanto, proceder a intervenções mais adequadas à sua comunidade.

Foi elaborado um questionário, constituído por duas secções, uma relacionada com a caracterização demográfica e a outra relacionada com as questões do HIV-SIDA.

#### **1. Caracterização demográfica:**



Esta parte consta de cinco questões, das quais duas são dicotómicas, três com três categorias. A informação pedida diz respeito ao sexo, idade, estado civil e Grau académico.

## **2 Questões relacionadas ao HIV-SIDA**

Esta secção é composta por questões, dicotómicas e as outras têm mais de duas categorias.

### **3.1 Plano de Sondagem**

A população alvo os professores.

A população é constituída por:

- Professores de ambos os sexos, com idades iguais ou superiores a 20 anos.
- Professores das Escolas Secundárias Josina Machel e Francisco Manyanga.

### **3.2 Técnica de Amostragem para a recolha da amostra**

Para tornar realidade este trabalho foi aplicado a amostragem estratificada pois são duas escolas onde foram recolhidos os dados.

A estratificação dos professores foi feita considerando dois estratos. Sendo:

Estrato 1: Escola secundária da Josina Machel

Estrato 2: Escola secundária Francisco Manyanga

Em cada escola foi retirada uma amostra aleatória dos professores, em função do número total dos professores desta escola.

A fórmula utilizada no cálculo da dimensão da amostra global foi:

$$n_0 = \frac{Z_{\frac{\alpha}{2}}^2 PQ}{d^2} \Rightarrow n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0 - 1}{N}} \text{ ( Amostragem Aleatória Simples)}$$

Como o valor da proporção de todos professores não é conhecido, optou-se considerar  $P = Q = 0.5$

Considerando 10% como erro máximo aceitável, com um taxa do erro de 5%, tem-se o seguinte tamanho global:

$$n_0 = \frac{1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.1^2} = 96.04 \Rightarrow n = \frac{96.04}{1 + \frac{96.04-1}{389}} = 77$$

Sendo  $N_1$  o número total de professores da escola secundária Josina Machel e  $N_2$  o número total dos professores da escola secundária Francisco Manyanga.

Onde  $N_1=168$  professores e  $N_2=221$  professores.

$$N = \sum_{h=1}^2 N_h = N_1 + N_2 = 168 + 221 = 389$$

$Z_{\frac{\alpha}{2}}$ : representa o quartil de distribuição normal estandardizada para um determinado nível de confiança.

d: representa o erro máximo aceitável

N: representa a dimensão da população.

A dimensão da amostra em cada escola é calculada com base na seguinte fórmula:

$$n_h = \frac{N_h}{N} n \quad (h=1,2)$$

$$n_1 = \frac{168}{389} \times 77 = 33$$

$$n_2 = \frac{221}{389} \times 77 = 44$$

Para este trabalho foram entrevistados 60 professores, sendo 33 da escola secundária Josina Machel e os restantes 27 são da escola secundária Francisco Manyanga. Nesta recolha de dados não foi possível entrevistar 17 professores da escola secundária Francisco Manyanga, devido aos desencontros e rejeição por parte de alguns.

### 3.3 Teste do Qui-Quadrado ( $\chi^2$ )

Em muitas situações é de interesse comparar as frequências esperadas de acordo com um modelo teórico ou hipotético. Em outros casos, deseja-se testar se a distribuição de determinados eventos em diferentes amostras apresentam o mesmo padrão ou se, pelo

contrário, estas distribuições são dependentes das amostras à que pertencem as observações. Em qualquer um dos casos é utilizado um teste estatístico denominado de Qui-Quadrado ( $\chi^2$ ), proposto por Karl Pearson, e que permite comparar os resultados observados e os esperados por uma determinada hipótese, Cabello(2002).

O teste de independência do Qui-Quadrado, que analisa a nível inferencial, a relação global entre duas variáveis qualitativas;

Por definição, duas variáveis são independentes se a probabilidade de cada observação pertencer a uma célula, for o produto das suas probabilidades marginais. Considera-se probabilidade marginal, a total de cada linha ou coluna dividido pela dimensão da amostra.

Nos testes do Qui-Quadrado, os valores esperados para todas as células são comparados com os respectivos valores observados para se inferir sobre a relação existente entre as variáveis. Se as diferenças entre os valores observados e esperados não-se consideram significativamente diferentes, as variáveis são independentes, ou seja, o valor do teste pertence à região de aceitação. Caso contrário, rejeita-se a hipótese de independência ou seja, o valor do teste pertence à região crítica

As hipóteses testadas são:

*H<sub>0</sub>: As variáveis são independentes*

*H<sub>1</sub>: As variáveis são dependentes*

Neste trabalho, foi adoptado um nível de significância de 5%. E a regra de decisão aplicada no trabalho foi: rejeitar a hipótese nula (H<sub>0</sub>) se o sig associado ao valor do teste, é menor que o sig (nível de significância) adoptado.

A estatística  $\chi^2$  tem como fórmula geral:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^m \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

onde m = número de classes

O<sub>i</sub> = frequência observada na i-ésima classe

$E_i$  = frequência esperada na  $i$ -ésima classe

por outro lado,  $\sum O_i = \sum E_i = n =$  tamanho da amostra em estudo. Isto permite que a fórmula do  $\chi^2$  possa ser assim modificada:

$$\chi^2 = \sum \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i} = \sum \frac{O_i^2 - 2O_i E_i + E_i^2}{E_i} = \sum \frac{O_i^2}{E_i} - 2 \sum O_i + \sum E_i = \sum \frac{O_i^2}{E_i} - n$$

Segundo Cabello (2002), esta última fórmula permite um número menor de operações, diminuindo o número de possíveis erros de computação e arredondamento, tornando-se muito útil quando o número de classes é grande (p. ex. se queremos testar a aderência de uma distribuição observada à distribuições teóricas como a binomial ou a normal). A única restrição ao uso dessa fórmula, é que ela não permite determinar a contribuição individual de cada classe para o valor do qui-quadrado.

Antes de iniciar a discussão sobre algumas das aplicações do  $\chi^2$ , foi feita uma emissão de um conceito relativo aos graus de liberdade.

Cabello (2002) mostra que, quando se trata de fórmulas ou equações que contenham elementos vinculados, como por exemplo  $\sum E_i - n = 0$  ou  $\sum (X_i - \bar{X}) = 0$ , o conceito de graus de liberdade pode ser enunciado, de uma forma genérica, como sendo o número de escolhas ou classes esperadas calculadas de maneira independente.

Na aplicação do teste do  $\chi^2$ , algumas classes esperadas necessariamente deverão ser calculadas de maneira independente e, dado que  $\sum E_i = n$ , pelo menos um dos valores esperados tornar-se-á dependente, isto porque as classes ou categorias são mutuamente exclusivas, o que permite calcular alguma ou algumas delas por simples diferença dos totais.

Além disso, se para calcular as frequências esperadas das classes é necessário estimar previamente, a partir dos dados,  $k$  parâmetros, então os graus de liberdade são calculados pela fórmula:

$$\text{g.l.} = m - d - k$$

onde,  $m$  = número total de classes,

$d$  = número de classes dependentes

$k$  = número de parâmetros calculados a partir dos dados.

### 3.3.1 Procedimentos para a realização do teste:

- Enquadrar as frequências observadas em uma tabela de contingência  $k \times r$ , utilizando as  $k$  colunas para os grupos e as  $r$  linhas para as condições. Para comparar dois grupos independentes têm-se  $k = 2$  e para comparar  $k$  grupos têm-se  $k > 2$ .
- Obter a frequência esperada de cada célula fazendo o produto dos totais marginais referentes a cada uma e dividindo-o pelo número total de observações independentes ( $N$ ).
- Obter o valor de Qui-quadrado calculado

### 3.3.2 Nas tabelas de contingência $2 \times 2$ .

- Se  $N < 20$ , deve-se utilizar a *Prova Exacta de Fisher*;
- Se  $20 \leq N \leq 40$  e nenhuma frequência esperada menor que 5, utilizar  $Qui_{cal}$  com correcção de continuidade de *Yates*<sup>1</sup>;
- Se  $N > 40$ , deve-se utilizar  $Qui_{cal}$  com correção de continuidade de *Yates*;

$$Qui_{cal} = \frac{N \cdot \left( |A \cdot D - B \cdot C| - \frac{N}{2} \right)^2}{(A + B) \cdot (C + D) \cdot (A + C) \cdot (B + D)}$$

### 3.3.3 Nas tabelas de contingência $r \times 2$ .

- Em tabelas  $r \times 2$  o teste Qui-quadrado pode ser aplicado somente se o número de células com frequências esperadas inferior a 5 é inferior a 20% do total de células e se nenhuma célula tem frequência esperada inferior a 1. Se essas condições não são satisfeitas pelos dados na forma em que foram colectados originalmente, o pesquisador deve combinar categorias adjacentes de modo a aumentar as frequências esperadas nas diversas células, segundo Siegel (1975), página 124.

---

<sup>1</sup> A correcção de continuidade de Yates é utilizada apenas em tabelas  $2 \times 2$ .

$$Qui_{cal} = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^k \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}, \text{ onde:}$$

$O_{ij}$  = Frequência absoluta observada na categoria  $i$

$E_{ij}$  = Frequência absoluta esperada na categoria  $i$

Nas tabelas de contingência  $r \times k$ :

Em tabelas  $r \times k$ , adoptam-se os mesmos procedimentos como em uma tabela  $r \times 2$ . Em todos os casos o número de graus de liberdade é:  $gl = (r - 1) \cdot (k - 1)$ .

- Obter o valor de Qui-quadrado tabelado. Este valor pode ser obtido mediante a tabela da distribuição.

### 3.3.4 Correção de Yates

Para Cabello (2002), repetidas vezes temos apontado que, tamanhos amostrais reduzidos podem provocar sérias distorções. Assim, se tivermos duas classes alternativas, e a proporção esperada em uma das classes for muito pequena (menor ou igual a 5), ou o tamanho da amostra reduzido (menor ou igual a 40) é recomendado o uso de uma correção, denominada de correção de Yates.

Cabello(2002), enfatiza que a correção proposta a seguir, só pode ser aplicada, nas provas do  $\chi^2$  que tenham somente um grau de liberdade.

$$\chi_{YATES}^2 = \sum \frac{(|O_i - E_i| - 0,5)^2}{E_i}$$

que pode ser simplificada assim:

$$\begin{aligned} \chi_{YATES}^2 &= \frac{(|d| - 0,5)^2}{np} + \frac{(|d| - 0,5)^2}{nq} \\ &= \frac{(|d| - 0,5)^2}{npq} \end{aligned}$$

Cabello (2002), mostra que a correção de Yates torna o teste do  $\chi^2$  mais conservador, pois esta correção é sempre menor que o valor normalmente calculado; portanto se ao utilizar normalmente o teste, verificamos que as diferenças não são significativas, torna-se desnecessária a aplicação da correção pois ela não modificará a nossa decisão. Por outro lado, se aplicarmos a correção sobre grandes amostras, as diferenças entre os dois testes serão mínimas.

O teste Qui-Quadrado apenas informa sobre a independência entre as variáveis, mas nada diz sobre o grau de associação existente.

### **3.4 Relações de associação e independência de variáveis**

Neste trabalho, foram usadas tabelas e coeficiente de contingência para registrar e analisar o relacionamento entre duas ou mais variáveis, normalmente de escala nominal. O coeficiente de contingência quantifica o relacionamento entre duas (ou mais) variáveis de escala nominal. A relação causal que possa existir entre duas variáveis, quer sejam qualitativas ou quantitativas, sempre fundamentada pela teoria, em a causa precede sempre o efeito (Gageiro e Pestana, 2005)

#### **3.4.1 Tabelas de contingência 2x2**

Segundo Cabello(2002), frequentemente um conjunto de indivíduos pode ser estudado simultaneamente para duas características diferentes e procurar-se estabelecer a relação existente entre elas. Assim por exemplo, podemos estudar, de um lado, as proporções relativas a um carácter clínico (normais e afetados), e de outro, as proporções sexuais (homens e mulheres).

Pode-se fazer esta análise considerando estas características em separado, mas frequentemente é necessário analisar se as proporções de normais e afetados entre os homens é semelhante às proporções observadas entre as mulheres. Este tipo de análise é feito utilizando-se uma tabela de dupla entrada conhecida como tabela de contingência (vide Tabela 1), onde as colunas correspondem às diferentes formas de um carácter e as filas se referem aos estados do outro carácter.

*Tabela1. Esquema de dados tabulados na forma de uma tabela de contingência 2x2*

		Caráter A		
		Presente	Ausente	
Caráter		+	-	Total
B				
Presente	+	a	b	$a+b=n_1$
Ausente	-	c	d	$c+d=n_2$
Total		$a+c=n_3$	$b+d=n_4$	N

onde as células internas correspondem às observações:

- a - número de indivíduos positivos, tanto para o caráter A como para o caráter B;
- b - número de indivíduos negativos para o caráter A e positivos para o caráter B;
- c - número de indivíduos positivos para o caráter A e negativos para o caráter B;
- d - número de indivíduos negativos para ambas características.

A última coluna e a última fila correspondem aos totais marginais, ou seja os totais correspondentes a cada uma das características, independentes de sua distribuição entre as classes do outro caráter. Assim  $n_1$  corresponde ao total de indivíduos B+, independentemente da presença ou ausência do Caráter A;  $n_2$  é o total de indivíduos B-, independentemente da presença ou ausência do Caráter A; analogamente  $n_3$  e  $n_4$  correspondem aos totais de indivíduos A+ e A- respectivamente (independentemente da presença ou ausência do Caráter B).

O fundamento do teste é determinar, a independência (ou alternativamente a associação) das características em estudo. A hipótese nula estabelece que elas são independentes, o que é mostrado se as proporções  $a/n_1$  e  $c/n_2$  não diferem significativamente de  $n_3/N$ , Cobello(2002),.

Por outro lado, é possível raciocinar nos seguintes termos:

- a probabilidade de um indivíduo ser do tipo A(+) é igual a  $n_3/N$ ;
- a probabilidade de um indivíduo ser do tipo B(+) é igual a  $n_1/N$ ;



- se as características A e B são independentes, a probabilidade de um indivíduo ser A(+) e B(+) será igual a  $n_1.n_3/N^2$ ;
- o número esperado de indivíduos A(+) e B(+) em uma amostra de N indivíduos será  $N.[n_1.n_3/N^2] = n_1.n_3/N$ , que designaremos por  $E_a$ ;
- da mesma forma os esperados nas outras células serão: A(-) e B(+) =  $n_1.n_4/N (=E_b)$ , A(+) e B(-) =  $n_2.n_3/N (=E_c)$  e A(-) e B(-) =  $n_2.n_4/N (=E_d)$ .

De uma maneira geral o esperado numa determinada célula da tabela é calculado como a multiplicação do total da linha vezes o total da coluna correspondentes e dividindo o resultado pelo total geral (N).

Portanto, podemos agora comparar os resultados observados com os números esperados:

$$\chi^2 = \sum \frac{(O-E)^2}{E}$$
$$= \frac{(a-E_1)^2}{E_1} + \frac{(b-E_2)^2}{E_2} + \frac{(c-E_3)^2}{E_3} + \frac{(d-E_4)^2}{E_4}$$

Este valor do  $\chi^2$  será então comparado com o  $\chi^2$  crítico que deve ser procurado. Lembremos, por outro lado, que  $\Sigma$ Observados é igual à  $\Sigma$ Esperados = Total marginal, portanto, neste caso, basta determinar independentemente a frequência esperada em uma das células, por exemplo  $E_1$  e as outras classes se tornam automaticamente dependentes, e podem ser obtidas por diferença dos totais marginais, assim:  $E_2=n_1-E_1$ ,  $E_3=n_3-E_1$  e  $E_4=n_2-E_3$  ou  $n_4-E_2$ .

Logo, os graus de liberdade em uma tabela de contingência 2x2 é igual a unidade, uma vez que  $G.L. = \text{No total de classes} - \text{N}^\circ \text{ classes dependentes} - \text{N}^\circ \text{ de parâmetros calculados da amostra}$  ( $G.L. = 4 - 3 - 0 = 1$ ).

Cabello (2002), mostra que o valor do  $\chi^2$  assim calculado mede basicamente as diferenças entre nossas observações e os esperados correspondentes. Intuitivamente devemos imaginar que quanto maior o  $\chi^2$ , maior a diferença entre os observados e os esperados e consequentemente menores as probabilidades de que estas diferenças sejam casuais.

De forma geral, as observações feitas sobre os valores da primeira linha podem ser estendidas para todas as outras linhas ou graus de liberdade, ou seja, para cada grau de liberdade existe uma distribuição de valores de  $\chi^2$  associados a sua probabilidade de ocorrência casual.

Por outro lado, quando o  $\chi^2$  calculado é significativo, podemos determinar o sentido da associação entre as variáveis em estudo: se  $ad > bc$ , esta associação é positiva e se  $ad < bc$ , então a associação é negativa.

Diversos autores têm procurado estimar um coeficiente que permita medir o grau de associação entre as características assim estudadas. Um desses coeficientes é a estatístico  $c$  que é igual a  $\sqrt{\chi^2 / N}$ .

### 3.4.2 Associação de variáveis em tabelas de contingência KxM

As noções apresentadas para tabelas de contingência 2x2 podem ser generalizadas para variáveis que apresentam mais de duas classes alternativas mutuamente exclusivas. A tabela 2 mostra como dispor os dados neste tipo de estudo.

Nesse tipo de tabela, a independência entre as características A e B é aceite se:

$$O_{ij} = (F_i)(C_j)/N \quad (\text{para } i=1, 2, \dots, k \text{ e } j=1, 2, \dots, m).$$

Se a tabela for quadrada, isto é, se  $K=M$ , intuitivamente, pode-se esperar que, quando a associação for positiva, os indivíduos da amostra estejam concentrados na diagonal principal ( $O_{11}, O_{22}, \dots, O_{km}$ ). Se a associação for negativa, os indivíduos estarão concentrados na diagonal secundária ( $O_{1m}, O_{2\ m-1}, \dots, O_{k1}$ ). Se os atributos A e B forem independentes, então os indivíduos se distribuirão mais ou menos aleatoriamente em toda a tabela.

*Tabela 2. Modelo de uma tabela de contingência KxM para as variáveis A e B.*

	A <sub>1</sub>	A <sub>2</sub>	.....	.....	A <sub>j</sub>	.....	.....	A <sub>m</sub>	Totais
B <sub>1</sub>	O <sub>11</sub>	O <sub>12</sub>	.....	.....	O <sub>1j</sub>	.....	.....	O <sub>1m</sub>	F <sub>1.</sub>
B <sub>2</sub>	O <sub>21</sub>	O <sub>22</sub>	.....	.....	O <sub>2j</sub>	.....	.....	O <sub>2m</sub>	F <sub>2.</sub>
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
B <sub>i</sub>	O <sub>i1</sub>	O <sub>i2</sub>	.....	.....	O <sub>ij</sub>	.....	.....	O <sub>im</sub>	F <sub>i.</sub>
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
B <sub>k</sub>	O <sub>k1</sub>	O <sub>k2</sub>	.....	.....	O <sub>kj</sub>	.....	.....	O <sub>km</sub>	F <sub>k.</sub>

Totais	C. <sub>1</sub>	C. <sub>2</sub>	.....	.....	C. <sub>j</sub>	.....	.....	C. <sub>m</sub>	N
--------	-----------------	-----------------	-------	-------	-----------------	-------	-------	-----------------	---

onde:

k = Número de filas

m = Número de colunas

O<sub>ij</sub> = Número de observações na célula correspondente à fila-i e à coluna-j

F<sub>i</sub> = Total de observações na fila-i

C.<sub>j</sub> = Total de observações na coluna-j

N = Total de observações (= Σfilas = Σcolunas)

A fórmula do  $\chi^2$  para uma tabela geral de contingência KxM pode ser expressa por:

$$\chi^2 = \left( \sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^m \frac{O_{ij}^2}{F_i \cdot C_j / N} \right) - N$$

É de notar que, o valor esperado para uma determinada célula é facilmente calculado, multiplicando-se os totais marginais da fila e coluna correspondentes e dividindo esse resultado pelo tamanho total da amostra. Para calcular o número de graus de liberdade em tabelas de contingência KxM utilizamos a fórmula: G.L. = (k-1)(m-1); isto porque, o total de classes é igual a K.M, mas como as classes são mutuamente exclusivas, uma coluna inteira de frequências esperadas pode ser obtida por diferença dos totais marginais; da mesma forma, uma linha inteira de esperados também pode ser obtida por diferença dos totais marginais. Portanto o número de classes, cujas frequências esperadas devem ser calculados independentemente (= graus de liberdade) será igual à multiplicação de (número de linhas - 1) x (número de colunas - 1).

### 3.5 Tabelas de frequências

Ao colectar dados referentes ao fenómeno objecto em estudo, o analista se defronta com valores que se repetem algumas vezes, sugerindo sua apresentação através de tabelas onde somente apareçam valores distintos, uns dos outros (Cabello,2002). Essa providência favorece evidentemente uma análise e interpretação mais rápida da natureza e comportamento do fenómeno observado.

Neste trabalho, foram usadas as tabelas de frequências como forma de representar da frequência de cada valor distinto da variável. Juntamente com as frequências, esta poderá incluir frequências relativas, frequências acumuladas e frequências relativas acumuladas.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 4.1 Descrição da amostra

De acordo com as tabelas um e dois abaixo pode-se verificar que, dos 60 professores entrevistados, 55.0% são homens e os restantes são mulheres. Ainda o mesmo resultado sugere que 55.0% são professores da escola Secundária Josina Machel, da qual 35.0% são do sexo Masculino e 20.0% são do sexo feminino. Portanto, 45.0% são professores da escola Secundária Francisco Manyanga, da qual 20.0% são do sexo Masculino. A faixa etária mais frequente é dos 36 a 45 anos de idade perfazendo uma percentagem de 24%.

Tabela 1: Número de professores em cada escola e o total dos mesmos

**Escola do professor Questionado \* Sexo Crosstabulation**

			Sexo		Total
			Masculino	feminino	
Escola do professor Questionado	Secundaria Josina Machel	Expected Count	18,2	14,9	33,0
		% of Total	35,0%	20,0%	55,0%
	Secundaria Francisco Manyanga	Expected Count	14,9	12,2	27,0
		% of Total	20,0%	25,0%	45,0%
Total		Expected Count	33,0	27,0	60,0
		% of Total	55,0%	45,0%	100,0%

Tabela 2: Idade dos Professores em faixas etárias

**Idade do Professor**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	21 a 26	18	30,0	30,0	30,0
	27 a 35	9	15,0	15,0	45,0
	36 a 45	24	40,0	40,0	85,0
	46 ae mais	9	15,0	15,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

A tabela abaixo (tabela 3) mostra que dos 60 professores inquirido, nas duas escolas, na sua maioria (50.0%) são casados e apenas 5.0% são viúvos. Porém, dos 55.0% dos professores da escola secundária Josina Machel, 30.0% são solteiro, 20.0% casados e 5.0% são viúvos. E dos 45.0% da escola secundária Francisco Manyanga, a maior parte são casados correspondente a um total de 30.0%. Quanto ao nível académico a maior parte (70.0%) destes, têm o nível médio (vide tabela 4).

**Tabela 3: Relação entre o ser professor de uma dada escola e o estado Civil**

**Escola do professor Questionado \* Estado Civil Crosstabulation**

			Estado Civil			Total
			Solteiro(a)	Casado(a)	Viuvo(a)	
Escola do professor Questionado	Secundaria Josina Machel	Expected Count	14,9	16,5	1,7	33,0
		% of Total	30,0%	20,0%	5,0%	55,0%
	Secundaria Francisco Manyanga	Expected Count	12,2	13,5	1,4	27,0
		% of Total	15,0%	30,0%	,0%	45,0%
Total		Expected Count	27,0	30,0	3,0	60,0
		% of Total	45,0%	50,0%	5,0%	100,0%

**Tabela 4: Grau académico dos Professores**

**Grau Academico**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nivel superior	18	30,0	30,0	30,0
	Nivel Medio	42	70,0	70,0	100,0
Total		60	100,0	100,0	

Quanto a relação entre o ser religioso e ouvir falar do HIV/SIDA, dos 95.0% professores que ouviram alguma vez falar-se do HIV/SIDA professam alguma religião. Facto que leva, a aceitar que as igrejas têm difundido mensagens relacionadas a essa Pandemia "SIDA" (Tabela 5).

**Tabela 5: Relação entre o ser religioso e ouvir falar de HIV/SIDA**

**Professa alguma religião? \* Alguma vez ouviu falar de HIV/SIDA? Crosstabulation**

			Alguma vez ouviu falar de HIV/SIDA?	Total
			SIM	
Professa alguma religião?	SIM	Expected Count	57,0	57,0
		% of Total	95,0%	95,0%
	NAO	Expected Count	3,0	3,0
		% of Total	5,0%	5,0%
Total		Expected Count	60,0	60,0
		% of Total	100,0%	100,0%

**4.2 Fonte de informação sobre o HIV/SIDA**

Nas tabelas abaixo ( de 6 à 11) é notório que todos os respondentes afirmaram terem alguma vez ouvido falar de HIV/SIDA, pela Rádio, Televisão, Jornal, Folhetos, Igrejas e Amigos. Porém, 95.0% dos respondentes afirmam terem ouvido, por meio dos Familiares, Hospitais entre outros meios (vide tabelas 12 à 14).

**Tabela 6: Relação entre o HIV/SIDA e a radio**

**Alguma vez ouviu falar de HIV/SIDA? \* RADIO? Crosstabulation**

			RADIO?	Total
			SIM	
Alguma vez ouviu falar de HIV/SIDA?	SIM	Expected Count	60,0	60,0
		% of Total	100,0%	100,0%
Total		Expected Count	60,0	60,0
		% of Total	100,0%	100,0%

**Tabela 7: Relação entre o HIV/SIDA e a televisão**

Alguma vez ouviu falar de HIV/SIDA? \* Televisao? Crosstabulation

			Televisao?	Total
			SIM	
Alguma vez ouviu falar de HIV/SIDA?	SIM	Expected Count	60,0	60,0
		% of Total	100,0%	100,0%
Total		Expected Count	60,0	60,0
		% of Total	100,0%	100,0%

**Tabela 8: Relação entre o HIV/SIDA e o jornal**

Alguma vez ouviu falar de HIV/SIDA? \* Jornal? Crosstabulation

			Jornal?	Total
			Sim	
Alguma vez ouviu falar de HIV/SIDA?	SIM	Expected Count	60,0	60,0
		% of Total	100,0%	100,0%
Total		Expected Count	60,0	60,0
		% of Total	100,0%	100,0%

**Tabela 9: Relação entre o HIV/SIDA e folhetos**

Alguma vez ouviu falar de HIV/SIDA? \* Folhetos? Crosstabulation

			Folhetos?	Total
			sim	
Alguma vez ouviu falar de HIV/SIDA?	SIM	Expected Count	60,0	60,0
		% of Total	100,0%	100,0%
Total		Expected Count	60,0	60,0
		% of Total	100,0%	100,0%

**Tabela 10: Relação entre o HIV/SIDA e as igrejas**

Alguma vez ouviu falar de HIV/SIDA? \* Igrejas? Crosstabulation

			Igrejas?	Total
			sim	
Alguma vez ouviu falar de HIV/SIDA?	SIM	Expected Count	60,0	60,0
		% of Total	100,0%	100,0%
Total		Expected Count	60,0	60,0
		% of Total	100,0%	100,0%

**Tabela 11: Relação entre o HIV/SIDA e amigos**



Alguma vez ouviu falar de HIV/SIDA? \* Amigos? Crosstabulation

			Amigos?	
			Sim	Total
Alguma vez ouviu falar de HIV/SIDA?	SIM	Expected Count	60,0	60,0
		% of Total	100,0%	100,0%
Total		Expected Count	60,0	60,0
		% of Total	100,0%	100,0%

Tabela 12: Relação entre o HIV/SIDA e familiares

Alguma vez ouviu falar de HIV/SIDA? \* Familiares? Crosstabulation

			Familiares?		Total
			sim	Nao	
Alguma vez ouviu falar de HIV/SIDA?	SIM	Expected Count	57,0	3,0	60,0
		% of Total	95,0%	5,0%	100,0%
Total		Expected Count	57,0	3,0	60,0
		% of Total	95,0%	5,0%	100,0%

Tabela 13: Relação entre o HIV/SIDA e hospitais

Alguma vez ouviu falar de HIV/SIDA? \* Hospitais? Crosstabulation

			Hospitais?		Total
			sim	Nao	
Alguma vez ouviu falar de HIV/SIDA?	SIM	Expected Count	57,0	3,0	60,0
		% of Total	95,0%	5,0%	100,0%
Total		Expected Count	57,0	3,0	60,0
		% of Total	95,0%	5,0%	100,0%

Tabela 14: Relação entre o HIV/SIDA e "outros"

Alguma vez ouviu falar de HIV/SIDA? \* Outros? Crosstabulation

			Outros?		Total
			sim	Nao	
Alguma vez ouviu falar de HIV/SIDA?	SIM	Expected Count	57,0	3,0	60,0
		% of Total	95,0%	5,0%	100,0%
Total		Expected Count	57,0	3,0	60,0
		% of Total	95,0%	5,0%	100,0%

#### 4.3 Nível de percepção dos professores das escolas em estudo sobre o HIV/SIDA

Quanto ao nível de percepção, é de salientar que, maior parte (95.0%) dos professores das escolas envolvidas neste estudo, acreditam na existência do HIV/SIDA. E a mesma percentagem deles afirmaram que SIDA é uma doença mortal (observe a tabela 15 e 16). Com este resultado, nota-se que os professores estão suficientemente informados sobre a pandemia.

**Tabela 15: Distribuição dos inqueridos em relação a crença da existência da HIV/SIDA**

		Acreditas que SIDA existe?			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nao	3	5,0	5,0	5,0
	sim	57	95,0	95,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

**Tabela 16: Distribuição dos inqueridos em relação a fatalidade da doença HIV/SIDA**

		Achas que HIV/SIDA e uma doença mortal?			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nao	3	5,0	5,0	5,0
	sim	57	95,0	95,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

#### 4.4 Opções dos Professores sobre como evitar o HIV/SIDA

Nas tabelas 17 até 23, observa-se que 95.0% dos entrevistados sugeriram, que para evitar o HIV/SIDA não se deve manter relações sexuais e evitar vacinas tradicionais, 100.0% dos mesmos indicaram que só usando sempre o preservativo, tendo um parceiro, optando na fidelidade e não compartilhando laminas, enquanto que 90% sugerem, que não comendo com pessoas infectadas pode-se evitar este mal.

**Tabela 17: Distribuição dos inqueridos em relação ao ter ou não relações sexuais**

**Nao ter relacoes sexuais**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nao	3	5,0	5,0	5,0
	sim	57	95,0	95,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

**Tabela 18: Distribuição dos inqueridos em relação ao uso do preservativo**

**Usar sempre o preservativo**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sim	60	100,0	100,0	100,0

**Tabela 19: Distribuição dos inqueridos em relação a ter parceiro único**

**Ter um so parceiro**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sim	60	100,0	100,0	100,0

**Tabela 20: Distribuição dos inqueridos em relação a fidelidade**

**Fidelidade**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sim	60	100,0	100,0	100,0

**Tabela 21: Distribuição dos inqueridos em relação as vacinas tradicionais**

**Evitar vacinas tradicionais**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nao	3	5,0	5,0	5,0
	sim	57	95,0	95,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

**Tabela 22: Distribuição dos inqueridos em relação a partilha de lâminas**

**Nao compartilhar lamina**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sim	60	100,0	100,0	100,0

**Tabela 23: Distribuição dos inqueridos em relação partilha de alimentação com infectados**

**Nao comer com pessoas infectadas**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nao	6	10,0	10,0	10,0
	sim	54	90,0	90,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

**4.5 Entidades com quem abordar sobre o HIV/SIDA**

O estudo objectiva o nível de percepção dos professores sobre HIV/SIDA. É uma pandemia que requer encontrar vias de como reduzir a intensidade desse mal identificando o tipo de pessoa a ser conveniente abordar o assunto de HIV/SIDA. Os resultados da pesquisa mostram que os professores percebem a problemática uma vez que estes afirmam ser conveniente abordar sobre o HIV/SIDA com irmãos, colegas, Enfermeiros e maior parte (95%) opinam ser conveniente a abordar com os pais (Tabelas 24-26 e Gráfico 1).

**Gráfico 1: Pais**

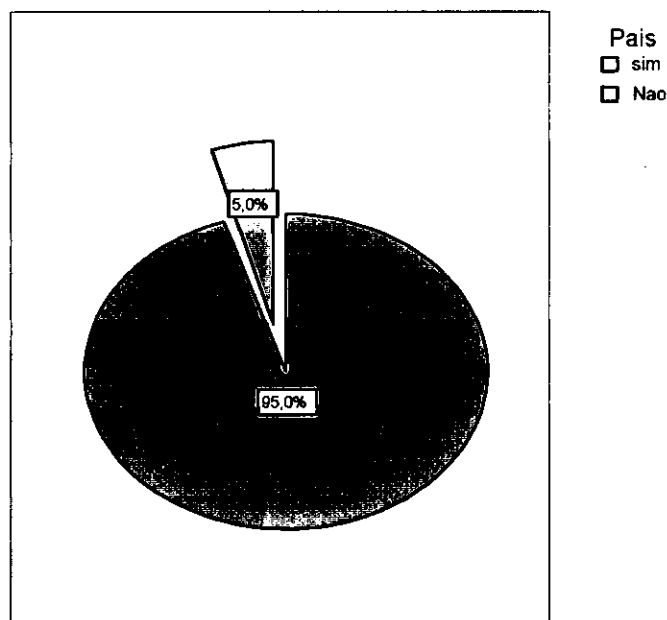


Tabela 24: Partilha de conhecimentos de HIV/SIDA com irmãos

**Irmaos**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sim	60	100,0	100,0	100,0

Tabela 25: Partilha de conhecimentos de HIV/SIDA com Colegas

**Colegas**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sim	60	100,0	100,0	100,0

Tabela 26: Partilha de conhecimentos de HIV/SIDA com Enfermeiros

**Enfermeiros/Medicos**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sim	60	100,0	100,0	100,0

#### 4.6 Opinião dos professores quanto a abordagem sobre o HIV/SIDA

A atitude e conduta dos entrevistados frente ao HIV/SIDA evidenciam preconceito, medo e insegurança dos mesmos de se caso a abordagem se tornar pública, o receio de se falar em detalhe sobre HIV/SIDA com todo grupo alvo. Os professores embora tenham mostrado uma boa percepção por meio dos resultados atrás, necessitam de mais informações. A avaliação percentual maior (100%) dos professores recai na opinião de que a abordagem sobre o HIV/SIDA tem que ser curricular, 95% a abordagem segundo o nível de escolaridade e 80% a abordagem tem de respeitar o nível etário (Tabela 27 e gráficos 2 e 3).

**Tabela 27:** Inserção de programas de HIV/SIDA nos currículos escolares

A abordagem sobre HIV/SIDA tem que ser curricular

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sim	60	100,0	100,0	100,0

Gráfico 2

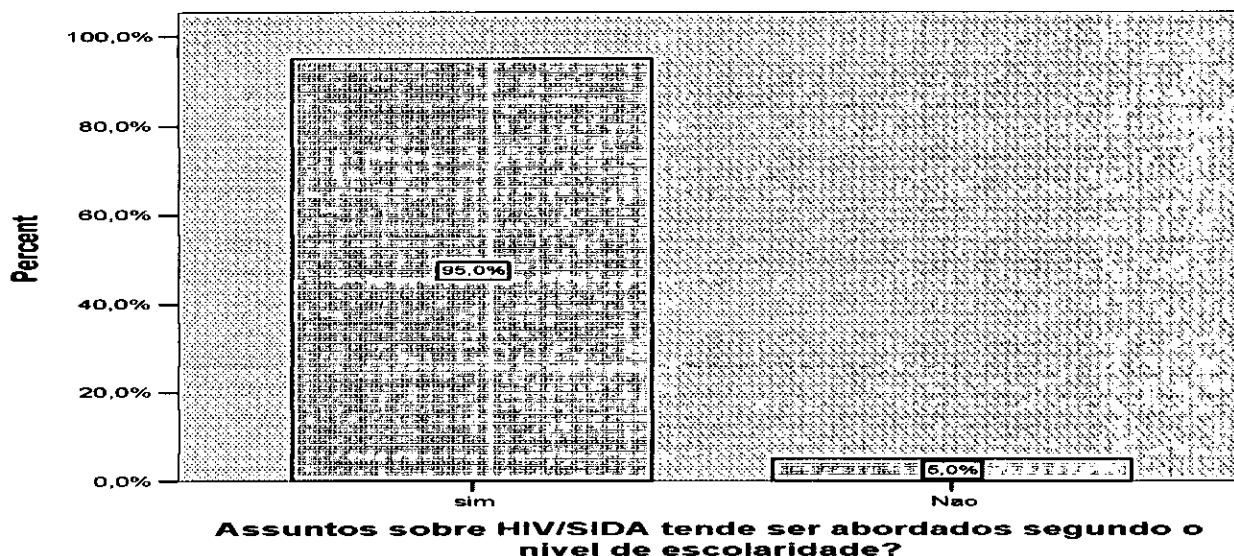
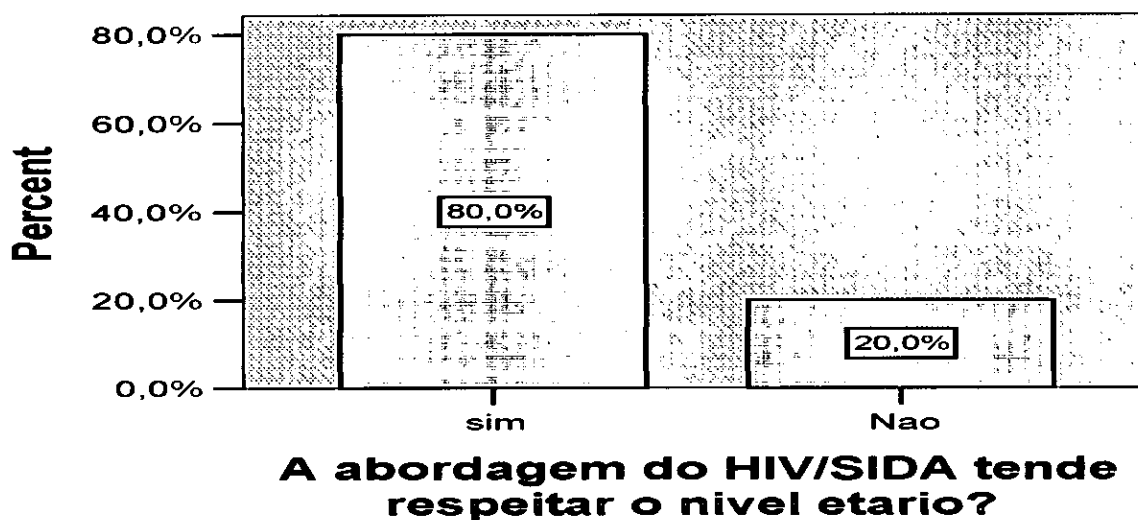


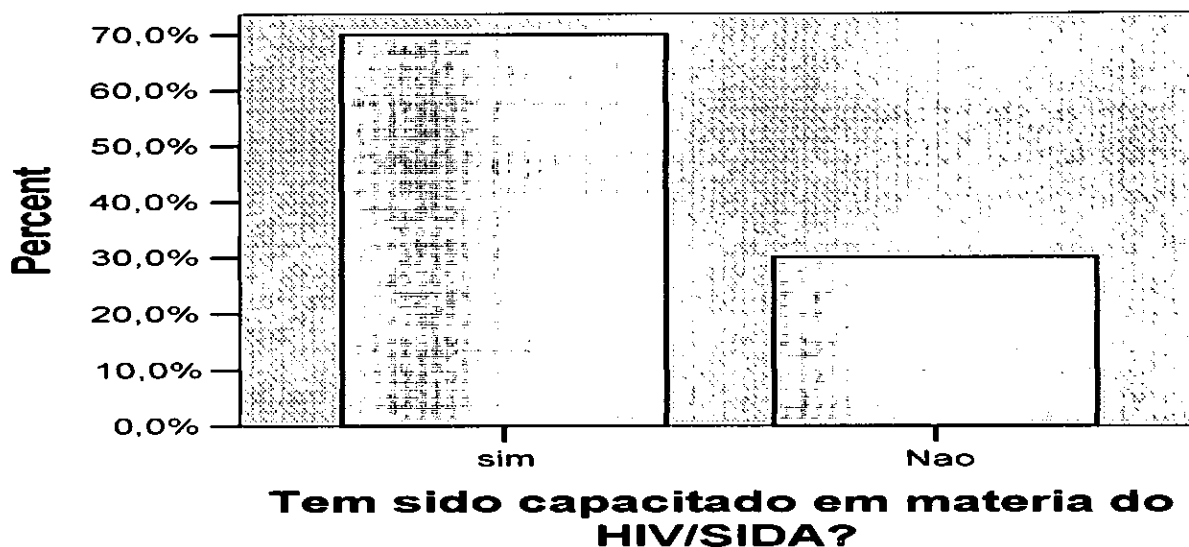
Gráfico 3



#### 4.7 Relação entre o ser capacitado em matéria sobre o HIV/SIDA e a aceitação na existência da mesma pandemia.

O gráfico 4 abaixo indica que cerca de 70.0% dos professores entrevistados concordam terem sido capacitados em matéria do HIV/SIDA. Entretanto, aplicando um teste ( $\chi^2$ ) da tabela 28, que tem associado um nível de significância de 0.007, pelo que para uma taxa de erro de 0.05 do analista, pode-se concluir que este rejeita a hipótese de que o conhecimento dos professores, das escolas envolvidas no estudo, na aceitação da existência do HIV/SIDA não depende deles serem capacitados. O coeficiente de 0.331 mostra uma associação fraca entre o ser capacitado em matéria sobre o HIV/SIDA e a aceitação na existência da mesma pandemia, mas este coeficiente é estatisticamente significativo pois tem associado um nível de significância de 0.007 (vide anexo A-tabela 28,29).

Gráfico 4.



#### 4.8 Relação entre o ser religioso e aceitação na existência do HIV/SIDA

Porém nesta secção de análise, o resultado do teste Chi-quadrado sugere a não rejeição da hipótese de que o ser religioso é independente na aceitação da existência do HIV/SIDA (vide anexo A-Tabela 30).

#### 4.9 Relação entre o ser religioso e a escolha da opção: “evitar o HIV/SIDA não tendo relações sexuais”

Os resultados da tabela 31, mostram que o teste do Qui-Quadrado, que tem associado um nível de significância de 0.684, valor maior que 0.05 pelo que não leva a rejeição da hipótese de que ser religioso não depende da escolha da opção: “evitar o HIV/SIDA não tendo relações sexuais”. Contudo o coeficiente de contingência sugere que exista uma associação muito fraca entre o ser religioso e a escolha da opção evitar o HIV/SIDA não tendo relações sexuais (vide anexo A-Tabela 31,32).

#### 4.10 Relação entre o ser religioso e a escolha da opção: “evitar vacinas tradicionais”

Quanto a relação de independência entre o ser religioso e a escolha da opção, evitar vacinas tradicionais, o teste sugere que a escolha da opção não tem a ver com o ser religioso. Este facto é observado aquando da leitura do valor de coeficiente de contingência (na tabela 34), que mostra existir uma associação fraca (0.053) estatisticamente não significativo ( $\text{Sig}=0.684 > 0.05$ ) (vide anexo A-Tabela 33,34).



#### **4.11 Relação entre o ser religioso e a escolha da opção: “não comer com pessoas infectadas”**

Para a relação de independência entre o ser religioso e a escolha da opção, não comer com pessoas estranhas, o teste sugere que a escolha da opção não tem a ver com o ser religioso. Este facto é observado aquando da leitura do valor de coeficiente de contingência (na tabela 36), que mostra existir uma associação entre essas duas variáveis embora fraca(vide anexo A-Tabela 35,36).

## **5. Conclusões**

De acordo com os resultados e análises feitas pode-se concluir o seguinte:

- Que os professores das Escolas secundárias da Cidade de Maputo alguma vez já ouviram falar do HIV/SIDA;
- As fontes mais relevantes são: a rádio, televisão, jornal, folhetos, igreja e amigos;
- Dos Professores que ouviram falar de HIV/SIDA 95% professam alguma religião;
- 70% dos professores entrevistados já foram capacitados em matéria de HIV/SIDA;
- A aceitação dos professores na existência do HIV/SIDA não depende da sua capacitação;
- A aceitação dos professores na existência do HIV/SIDA não depende do ser religioso;
- A escolha da opção: “evitar o HIV/SIDA não tendo relações sexuais” não depende do ser religioso;
- A escolha da opção: “evitar vacinas tradicionais” não depende do ser religioso;
  
- A escolha da opção: “evitar o HIV/SIDA não comendo com pessoas infectadas ” não depende do ser religioso.

## **6. Recomendações**

- Às gerações vindouras recomenda-se que se faça um estudo similar usando técnicas estatísticas avançadas;
- Às escolas da cidade de Maputo, que se promova estudos que envolvam temas sobre a matéria da problemática do HIV/SIDA;
- Que se incentive a expansão da mensagem sobre os métodos de prevenção e combate ao HIV/SIDA aos professores.

## **Referências Bibliográficas**

- CABELLO, Pedro H. Noções Básicas de Bioestatística. Rio de Janeiro, 2002;
- CASTILHO, EA. & SZWARCOWALD, CL. Situação da AIDS no Brasil. Diag Tratamento, v.2, n.3, p.17-20, 1997;
- COSTA, Fernando César Oliveira. Psicopatologia Geral, Brasil, 2004;
- GUALDA, DMR., MERIGHI, MAB & OLIVEIRA, SMJV. Abordagens qualitativas: sua contribuição para a enfermagem. Rev Esc Enf USP, v.29, n.3, p.297-309, 1995;
- <http://www.aidsbrasil.com>, dia 10.11.2008; 12:10h).
- INE et al. Impacto Demográfico do HIV/SIDA em Moçambique, Maputo, 2002;
- LUDKE, M. & ANDRÉ, MEDA. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo, EPU, 1986;
- PESTANA, Maria Helena, GAJEIRO, João Nunes Análise de Dados para Ciências Sociais (A complementaridade do SPSS), 4ª ed. Lisboa, 2005;
- SIEGEL, Sidney. Estatística Não-paramétrica Para as Ciências do Comportamento. São Paulo: McGraw-Hill, 1975;
- STREUBERT, HJ. & CARPENTER, DR. Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative. Philadelphia, L: Lippincott; 1995;

**ANEXOS**

**Anexo A:**

Tabela 28

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,368	1	,007
Continuity Correction <sup>a</sup>	4,277	1	,039
Likelihood Ratio	7,602	1	,006
Linear-by-Linear Association	7,246	1	,007
N of Valid Cases	60		

a. Computed only for a 2x2 table

Tabela 29

**Symmetric Measures**

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	,331	,007
N of Valid Cases	60	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Tabela 30

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,166	1	,684
Continuity Correction <sup>a</sup>	,000	1	1,000
Likelihood Ratio	,316	1	,574
Linear-by-Linear Association	,163	1	,686
N of Valid Cases	60		

a. Computed only for a 2x2 table

Tabela 31

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,166	1	,684
Continuity Correction <sup>a</sup>	,000	1	1,000
Likelihood Ratio	,316	1	,574
Linear-by-Linear Association	,163	1	,686
N of Valid Cases	60		

a. Computed only for a 2x2 table

Tabela 32

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	,053	,684
N of Valid Cases	60	

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Tabela 33

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,166	1	,684
Continuity Correction <sup>a</sup>	,000	1	1,000
Likelihood Ratio	,316	1	,574
Linear-by-Linear Association	,163	1	,686
N of Valid Cases	60		

a. Computed only for a 2x2 table

Tabela 34

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	,053	,684
N of Valid Cases	60	

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Tabela 35

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,351	1	,554
Continuity Correction <sup>a</sup>	,000	1	1,000
Likelihood Ratio	,649	1	,420
Linear-by-Linear Association	,345	1	,557
N of Valid Cases	60		

- a. Computed only for a 2x2 table

Tabela 36

Symmetric Measures

	Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal Contingency Coefficient	,076	,554
N of Valid Cases	60	

- a. Not assuming the null hypothesis.
- b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

**Anexo B**

**INQUÉRITO SOBRE OS CONHECIMENTOS E ATITUDES FACE AO HIV/SIDA NO SEIO DOS PROFESSORES DO ENSINO SECUNDÁRIO DA CIDADE DE MAPUTO.**

Data de preenchimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/2007

**I. Secção de Identificação**

**1. ESCOLA :**

1-Escola secundária Josina Machel; \_\_\_\_

2-Escola secundária Francisco Manyanga \_\_\_\_

**2. SEXO:**

1-Masculino \_\_\_\_

2-Feminino \_\_\_\_

**3. IDADE:**

1. 21 à 26 \_\_\_\_

2. 27 à 35 \_\_\_\_

3. 37 à 45 \_\_\_\_

4. 45 e mais \_\_\_\_

**4. ESTADO CIVIL**

1. Solteiro (a) \_\_\_\_

2. Casado (a) \_\_\_\_

3. Divorciado (a) \_\_\_\_

4. Viúvo (a) \_\_\_\_

**5. GRAU ACDÉMICO**

1.Nível Médio \_\_\_\_

2.Nível Superior \_\_\_\_

## **II. Secção de Perguntas**

### **1. PROFESSA ALGUMA RELIGIÃO?**

Sim \_\_\_

Não \_\_\_

### **2. ALGUMA VEZ JÁ OUVIU FALAR DE HIV/SIDA?**

1. Sim \_\_\_

2. Não \_\_\_

### **3. Através de que fonte de informação ou falar de HIV/SIDA?**

#### **1. Rádio?**

1. Sim \_\_\_

2. Não \_\_\_

#### **2. Televisão?**

1. Sim \_\_\_

2. Não \_\_\_

#### **3. Jornais/Revista?**

1. Sim \_\_\_

2. Não \_\_\_

#### **4. Folhetos?**

1. Sim \_\_\_

2. Não \_\_\_





**5. Igrejas?**

1. Sim \_\_\_

2. Não \_\_\_

**6. Amigos?**

1. Sim \_\_\_

2. Não \_\_\_

**7. Familiares ?**

1. Sim \_\_\_

2. Não \_\_\_

**8. Hospitais?**

1. Sim \_\_\_

2. Não \_\_\_

**9. Outros?**

1. Sim \_\_\_

2. Não \_\_\_

**4. Acreditas que a SIDA existe?**

1. Sim \_\_\_

1. Não \_\_\_

**5. Achas que o HIV/SIDA é uma doença mortal?**

1. Sim \_\_\_

2. Não \_\_\_

3. Não sabe \_\_\_

**6. Como se pode evitar HIV/SIDA?**

1. Sim    2. Não

Não ter relações sexuais                    \_\_\_    \_\_\_

Não comer com pessoas Infectadas        \_\_\_    \_\_\_

Ter um só parceiro                            \_\_\_    \_\_\_

Fidelidade                                      \_\_\_    \_\_\_

Evitar vacinas tradicionais                 \_\_\_    \_\_\_

Não compartilhar lâmina.                    \_\_\_    \_\_\_

Usar sempre preservativo                    \_\_\_    \_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_

**ESPECIFIQUE**

Não sabe                                         \_\_\_    \_\_\_

**7. Com que tipo de pessoas seria conveniente abordar o assunto de HIV/SIDA**

Pais    \_\_\_    \_\_\_

Irmãos    \_\_\_    \_\_\_

Colegas    \_\_\_    \_\_\_

Enfermeiros/Médicos                        \_\_\_    \_\_\_

**Abordagem sobre HIV/SIDA tem que ser curricular**

1 Sim \_\_\_

2. Não \_\_\_

**Assuntos sobre HIV/SIDA tem de ser abordados segundo o nível de escolaridade.**

1.Sim \_\_\_

2.Não \_\_\_

**Abordagem sobre HIV/SIDA tem de respeitar o nível etário.**

1.Sim \_\_\_

2 Não \_\_\_

**Tem sido capacitado em matéria de HIV/SIDA?**

1.Sim \_\_\_

2. Não \_\_\_