

**Conhecimento sobre o VIH e determinantes sociodemográficos
entre homens na Guiné-Bissau: evidência do Sexto Inquérito
de Indicadores Múltiplos (MICS-6)**

Mestrado em Saúde Pública

Undiga Mendes

Outubro, 2025

**Conhecimento sobre o VIH e determinantes sociodemográficos
entre homens na Guiné-Bissau: evidência do Sexto Inquérito
de Indicadores Múltiplos (MICS-6)**

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública, realizada sob a orientação científica do Professor Doutor Gonçalo Figueiredo Augusto e do Mestre Francisco Madeira

Outubro, 2025

AGRADECIMENTOS

A conclusão desta dissertação representa não apenas o fim de um percurso académico, mas também a concretização de um sonho construído com o apoio e o carinho de muitas pessoas especiais.

Em primeiro lugar, expresso a minha eterna gratidão aos meus pais, pelo amor, pela educação e pelos valores que me transmitiram e aos meus irmãos, pela presença constante e pelo incentivo em todos os momentos da minha vida.

À minha esposa, a minha mais profunda admiração e reconhecimento. A tua força, compreensão e dedicação foram o meu maior suporte. A forma como assumiste, com coragem e amor, a nossa família em Bissau durante o meu tempo de estudo em Portugal foi decisiva para que eu pudesse chegar até aqui. Este trabalho é, em grande parte, também teu e dos nossos filhos.

Aos meus amigos, que mesmo à distância me acompanharam com palavras de encorajamento, e os colegas de estudo, com quem partilhei desafios, aprendizagens e conquistas, deixo o meu sincero agradecimento.

Agradeço igualmente à empresa de construção civil, ProjetObra Aguiar Maia_arquitetos Lda, onde trabalhei, pela oportunidade e compreensão que me permitiram sustentar e prosseguir esta etapa académica.

Aos meus orientadores, Professor Doutor Gonçalo Figueiredo Augusto e do Mestre Francisco Madeira, o meu profundo respeito e gratidão pela paciência, pela disponibilidade e pela orientação científica que tornaram este trabalho possível.

A todos os que, de uma forma ou de outra, fizeram parte desta jornada, o meu mais sincero **muito obrigado**.

RESUMO

Introdução: Apesar dos progressos na prevenção do VIH, o conhecimento e a adesão à testagem entre homens na África Ocidental e Central permanecem insuficientes. Este estudo analisou o nível e os determinantes do conhecimento e da testagem para o VIH entre homens dos 15 aos 49 anos na Guiné-Bissau, com base em dados nacionalmente representativos.

Métodos: Realizou-se uma análise secundária dos dados do *Multiple Indicator Cluster Survey* (MICS-6) da Guiné-Bissau (2018–2019). A amostra incluiu 2 422 homens de 15–49 anos. O conhecimento abrangente sobre o VIH foi definido segundo o indicador padrão do MICS, baseado em seis perguntas sobre prevenção e transmissão. Efetuaram-se análises descritivas não ponderadas, bivariadas e multivariadas (regressões linear e logística) no RStudio 2025.09.1+401, para identificar preditores sociodemográficos do conhecimento e da testagem.

Resultados: Apenas 32,5 % dos homens apresentaram conhecimento abrangente sobre o VIH. As respostas corretas foram mais frequentes quanto ao uso de preservativo (89,3 %) e à monogamia com um parceiro não infetado (87,7 %), mas persistiram conceções erradas sobre picadas de mosquitos (40,4 %), partilha de alimentos (30,1 %) e causas sobrenaturais (21,2 %). Os homens que alguma vez realizaram o teste do VIH apresentaram pontuações médias de conhecimento significativamente superiores ($4,88 \pm 1,03$ vs. $4,57 \pm 1,34$; $t = 5,24$; $p < 0,001$). Nos modelos ajustados, idade, escolaridade, riqueza do agregado familiar e região foram preditores significativos do conhecimento. Homens com ensino superior apresentaram maior probabilidade de conhecimento abrangente (OR = 2,44; IC95 %: 1,39–4,31), e aqueles pertencentes ao quintil mais rico tiveram odds mais elevadas do que os mais pobres (OR = 1,57; IC95 %: 1,01–2,46). A testagem foi mais frequente entre homens mais velhos (OR = 3,60–8,98), com maior escolaridade (até OR = 11,0) e em agregados mais ricos (até OR = 4,49), mas não se associou significativamente ao índice de conhecimento.

Conclusão: O conhecimento e a testagem para o VIH entre homens na Guiné-Bissau permanecem baixos e desigualmente distribuídos. É fundamental reforçar a educação formal e comunitária, melhorar a comunicação adaptada a populações com baixa literacia e reduzir desigualdades socioeconómicas e regionais para acelerar o progresso rumo às metas nacionais e globais de prevenção do VIH e aos objetivos 95-95-95 da UNAIDS.

Palavras-chave: conhecimento sobre o VIH; testagem do VIH; homens; Guiné-Bissau;

ABSTRACT

Background: Despite progress in HIV prevention, knowledge and testing uptake among men in West and Central Africa remain suboptimal. This study assessed the level and determinants of HIV knowledge and testing among men aged 15–49 years in Guinea-Bissau using nationally representative data.

Methods: A secondary analysis was conducted using data from the Guinea-Bissau *Multiple Indicator Cluster Survey* (MICS-6, 2018–2019). The analytic sample comprised 2,422 men aged 15–49 years. Comprehensive HIV knowledge was defined according to the standard MICS indicator, based on six questions on prevention and transmission. Unweighted descriptive, bivariate, and multivariable (linear and logistic regression) analyses were performed in RStudio 2025.09.1+401 to identify sociodemographic predictors of HIV knowledge and testing.

Results: Only 32.5 % of men demonstrated comprehensive HIV knowledge. Correct understanding was highest for condom use (89.3 %) and monogamy with an uninfected partner (87.7 %), while misconceptions persisted regarding mosquito bites (40.4 %), food sharing (30.1 %), and supernatural causes (21.2 %). Men who had ever been tested for HIV had significantly higher mean knowledge scores (4.88 ± 1.03 vs. 4.57 ± 1.34 ; $t = 5.24$; $p < 0.001$). In adjusted models, age, education, household wealth, and region were significant predictors of knowledge. Men with higher education were more likely to have comprehensive knowledge (OR = 2.44; 95 % CI: 1.39–4.31), and those in the richest wealth quintile had higher odds than the poorest (OR = 1.57; 95 % CI: 1.01–2.46). HIV testing was more common among older men (OR = 3.60–8.98), those with higher education (up to OR = 11.0), and those from wealthier households (up to OR = 4.49), but was not significantly associated with the knowledge score.

Conclusion: HIV knowledge and testing among men in Guinea-Bissau remain low and unevenly distributed. Strengthening formal and community-based education, improving communication strategies for low-literacy populations, and reducing socioeconomic and regional inequalities are essential to accelerate progress toward national and global HIV prevention targets and the UNAIDS 95-95-95 goals.

Keywords: HIV knowledge; HIV testing; men; Guinea-Bissau; Multiple Indicator Cluster Survey; socioeconomic determinants; public health; West Africa.

ÍNDICE

LISTA DE ABREVIATURAS	8
INTRODUÇÃO GERAL	9
ARTIGO ORIGINAL	17
1. INTRODUÇÃO	18
2. MÉTODOS	20
2.1. DESENHO DO ESTUDO	20
2.2. RECOLHA, ACESSO E AMOSTRA ANALÍTICA	20
2.3. VARIÁVEIS DO ESTUDO	21
2.4. ANÁLISE DOS DADOS	22
2.5. ÉTICA	22
3. RESULTADOS	23
3.1. CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA	23
3.2. INDICADORES DE CONHECIMENTO SOBRE O VIH	24
3.3. CONHECIMENTO E TESTAGEM	25
3.4. PREDITORES DO ÍNDICE DE CONHECIMENTO SOBRE O VIH	26
3.5. PREDITORES DA TESTAGEM PARA O VIH	28
3.6. PREDITORES DO CONHECIMENTO ABRANGENTE SOBRE O VIH	30
4. DISCUSSÃO	32
4.1. NÍVEL DE CONHECIMENTO SOBRE O VIH	32
4.2. DETERMINANTES DO CONHECIMENTO E DA TESTAGEM	32
4.3. IMPLICAÇÕES PARA POLÍTICAS E PROGRAMAS	33
4.4. PONTOS FORTES E LIMITAÇÕES	34
5. CONCLUSÃO	34
6. REFERÊNCIAS	35

LISTA DE ABREVIATURAS

HSH – Homens que têm sexo com homens

INE – Instituto Nacional de Estatística

MICS – Inquérito de Indicadores Múltiplos

TARV – Terapia antirretroviral

UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas para o VIH/SIDA

UNICEF – Fundo das Nações Unidas a Infância

VIH – Vírus da imunodeficiência humana

INTRODUÇÃO GERAL

O Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH)

O Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) continua a ser um dos maiores desafios de saúde pública em todo o mundo. A meio caminho do marco de 2025 estabelecido pela Assembleia Geral das Nações Unidas em junho de 2021 [1], a resposta global ao VIH aproxima-se do objetivo de acabar com a SIDA como ameaça à saúde pública até 2030, compromisso consagrado nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS 3) [2].

A expansão da terapia antirretroviral (TARV) transformou uma doença inevitavelmente fatal numa condição crónica e controlável, levando a declínios notáveis nas taxas mundiais de mortalidade e de novas infeções [3]. Em 2023, registou-se o menor número de novas infeções desde o final da década de 1980. Quase 31 milhões de pessoas estavam em TARV, reduzindo as mortes relacionadas com a SIDA ao seu nível mais baixo desde 2004 [4].

Contudo, nas duas últimas décadas, o número de pessoas que vivem com VIH aumentou de 27,9 milhões em 2000 para 40,8 milhões em 2024, refletindo o êxito no acesso ao tratamento e na sobrevivência, mas também desigualdades no controlo da transmissão [5]. Apesar de progressos sustentados, persistem disparidades regionais e populacionais.

As iniciativas globais de saúde contribuíram significativamente para os avanços, mas enfrentam limitações relacionadas com dependência orçamental, alinhamento insuficiente com necessidades locais e sustentabilidade das intervenções [6]. Em 2023, estimava-se que 39,9 milhões de pessoas viviam com VIH, das quais 38,6 milhões eram adultos (≥ 15 anos) e 53 % mulheres [7].

Apesar da expansão da TARV — 30,7 milhões em tratamento —, persistem desigualdades: apenas 72 % dos homens adultos têm acesso à TARV, face a 83 % das mulheres [7]. As populações-chave continuam desproporcionalmente afetadas: em 2021, 70 % das novas infeções ocorreram entre homens que têm sexo com homens (HSH), trabalhadoras do sexo (TS) e pessoas que injetam drogas (PID), embora representem <5 % da população mundial [8].

Os HSH têm 28 vezes, as TS 30 vezes e as PID 35 vezes maior risco de infeção pelo VIH em comparação com a população geral [9]. Embora os avanços científicos ofereçam múltiplas intervenções eficazes, persistem desafios na tradução da eficácia clínica em impacto populacional, exigindo a aplicação pragmática e localizada de

estratégias de prevenção combinada baseadas em evidência [10,11].

A epidemia na região africana

A região africana concentra 26 milhões de pessoas com VIH e continua a suportar cerca de metade das novas infeções globais [12]. Pela primeira vez, contudo, mais novas infeções ocorrem fora da África Subsariana do que dentro dela [4].

Apesar dos avanços nos serviços de prevenção e tratamento, a esperança média de vida na região aumentou de 56,3 anos (2010) para 61,1 anos (2023) [13]. Ainda assim, a concretização de uma geração livre de SIDA continua a ser um grande desafio.

Entre 2010 e 2019, foram investidos 52 mil milhões de dólares em 40 países da África Subsariana, o que permitiu ampliar a cobertura de TARV (9 %–90 %, média 64 %) e a supressão viral (8 %–87 %). No entanto, menos de 60 % das PVVIH estavam em tratamento em mais de metade dos países analisados [14]. O financiamento interno continua insuficiente e desigual, com cobertura de TARV inferior entre homens e populações-chave [15].

VIH na Guiné-Bissau

A Guiné-Bissau apresenta uma das mais elevadas prevalências de VIH na África Ocidental — 3,1 % entre adultos de 15–49 anos em 2021 [16] — sendo o VIH a terceira principal causa de morte entre os homens [17]. Muitos indivíduos só descobrem o seu estado serológico em fase avançada, o que se associa a mortalidade quatro vezes superior [18].

Estima-se que 5,3 % da população em idade reprodutiva viva com o vírus, sendo as mulheres mais afetadas (≈70 % dos casos) [19]. Em 2024, a prevalência estimada foi de 2,9 % nas mulheres e 1,4 % nos homens dos 15–49 anos [20].

A epidemia caracteriza-se por circulação dupla de VIH-1 e VIH-2 e por desigualdades regionais marcadas. Estudos de vigilância em Bissau mostram aumento de VIH-1 (0 % em 1987 para 4,6 % em 2006) e declínio de VIH-2 [21]. O conflito político-militar de 1998, a instabilidade governativa e a dependência de financiamento externo fragilizaram a resposta nacional [22].

Fatores socioculturais — como poligamia, desigualdade de género, crenças tradicionais e desconfiança do tratamento biomédico — perpetuam o problema [18]. A crise alimentar, com o aumento da subnutrição de 15,7 % (2001) para 32,2 % (2022) [23], agrava vulnerabilidades estruturais.

As trabalhadoras do sexo representam uma das populações de maior risco. Um estudo recente revelou que 26,3 % iniciaram a atividade antes dos 18 anos, 27,5 % não sabiam ler nem escrever, e apenas 30,1 % já tinham realizado o teste do VIH; somente 13,1 % sabiam que o sexo anal implica risco acrescido [24].

Em 2024, 83 % das pessoas com VIH conheciam o seu estado serológico e 79 % recebiam TARV, mas não há dados sobre supressão viral [20]. Barreiras estruturais — rutura de stocks, falta de profissionais, estigma, distância e custos de transporte — continuam a limitar o acesso [25–28].

Um estudo de coorte em Bissau mostrou que, sete anos após início da TARV, 56 % dos doentes estavam perdidos no seguimento, sendo 75,9 % LTFU (lost to follow-up), 17,8 % falecidos e 6,3 % transferidos [29]. A principal razão apontada foi a mobilidade geográfica [30,31].

Apesar do aumento do Índice de Cobertura Universal de Saúde (de 19 em 2000 para 37 em 2021) [23], persistem lacunas no acesso e na prevenção, sobretudo nas populações-chave. Um mapeamento em 2022 estimou 8 606 HSH (2,1 % da população masculina 18–49 anos, prevalência de VIH 3,0 %) e 12 278 TS (3,3 % da população feminina 18–49 anos, prevalência 5,6 %) [32].

A integração dos serviços e o reforço do financiamento interno são cruciais para reduzir barreiras sociais e culturais. Contudo, serviços de prevenção ainda falham em alcançar grupos móveis e marginalizados [33].

Literacia e conhecimento sobre VIH

A literacia em saúde é hoje reconhecida como determinante fundamental da prevenção, testagem e adesão terapêutica [34]. Uma literacia compreensiva — capacidade de identificar métodos eficazes e rejeitar mitos — associa-se a maior testagem voluntária e uso consistente do preservativo [35,36].

Estudos na África Subsariana revelam baixos níveis de literacia e conhecimento sobre VIH, frequentemente associados a menor adesão à TARV e a níveis elevados de estigma [37–41].

Na Guiné-Bissau, o Inquérito MICS-6 (2018–2019) forneceu pela primeira vez dados nacionais sobre conhecimento entre homens. Apenas 52,7 % responderam corretamente a todas as seis perguntas de transmissão, contra 60,6 % das mulheres; 32,6 % sabiam onde realizar um teste e 3,8 % tinham sido testados nos 12 meses anteriores [42].

A baixa literacia e o estigma limitam a adesão ao tratamento e ao rastreio, sugerindo que pacientes com menor conhecimento correm maior risco de falha virológica [43,44].

Para que as estratégias de prevenção sejam eficazes em contextos de recursos limitados, é essencial aplicar os princípios de alfabetização e acesso utilizados na TARV também à prevenção, integrando abordagens culturais e contextuais [45].

Referências

1. UNAIDS. *Roadmap 2025: Prevenção do VIH — rumo ao fim da SIDA*. Genebra: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2021. Disponível em: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/prevention-2025-roadmap_pt.pdf
2. World Health Organization. *Targets of Sustainable Development Goal 3*. WHO Regional Office for Europe; 2023. Disponível em: <https://www.who.int/europe/about-us/our-work/sustainable-development-goals/targets-of-sustainable-development-goal-3>
3. De Cock KM, Jaffe HW, Curran JW. The evolving epidemiology of HIV/AIDS. *AIDS*. 2012;26(10):1205–13. DOI: <https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e328354622a>
4. UNAIDS. *Global AIDS Update 2024: Seizing the Moment*. Genebra: UNAIDS; 2024. Disponível em: <https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2024/07/RelatorioGlobalPTBR.pdf> (10 Outubro 2025)
5. UNAIDS. *Fact Sheet 2024*. Genebra: UNAIDS; 2024. Disponível em: <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet> (10 Outubro 2025)
6. Sanca AM, Figueiredo NM, Zago PTN, Rocha CMF, Riquinho DL. Iniciativas globais de saúde e o combate ao HIV/Aids no continente africano: revisão de escopo. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2025; 30 (06) DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232025306.07182024>
7. UNAIDS. *Global HIV & AIDS statistics — Fact sheet*. Genebra: UNAIDS; 2023. Disponível em: <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet> (10 Outubro 2025)
8. UNAIDS. *Global AIDS Report 2022: Dangerous Inequalities*. Genebra: UNAIDS; 2022.
9. UNAIDS. *Key Populations Atlas*. Genebra: UNAIDS; 2023. Disponível em: <https://www.unaids.org/en/resources/key-populations> (10 Outubro 2025)
10. Piot P, Abdool Karim SS, Hecht R, Legido-Quigley H. Defeating AIDS — advancing global health. *Lancet*. 2015;386(9989):171–218. DOI:

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60658-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60658-4)

11. Gupta S, Granich R. When will sub-Saharan Africa reach UNAIDS 90–90–90 targets? *J Glob Health*. 2016;6(2):020401. doi:10.7189/jogh.06.020401
12. World Health Organization. *HIV data and statistics 2023*. Geneva: WHO; 2024.
13. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World Population Prospects 2024*. Nova Iorque: ONU; 2024. Disponível em: <https://population.un.org/wpp/>
14. Nachega JB, et al. Trends and correlates of antiretroviral therapy coverage and HIV funding in sub-Saharan Africa (2010–2019). *BMJ Glob Health*. 2021;6:e006772. doi:10.1136/bmjgh-2021-006772
15. Leuba SI, et al. HIV treatment coverage among men and key populations in sub-Saharan Africa: gaps and challenges. *medRxiv* [pré-publicação]. 2022. doi:10.1101/2022.07.27.22278071
16. Silva CM, et al. Reality or utopia: eradication of the AIDS epidemic in Guinea-Bissau by 2030. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2022;27(9):3649–60. doi:10.1590/1413-81232022279.08702022
17. World Health Organization. *Guinea-Bissau country health profile*. WHO; 2024. Disponível em: <https://data.who.int/countries/624>
18. Silva CM, et al. Reality or utopia: eradication of the AIDS epidemic in Guinea-Bissau by 2030. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2022;27(9):3649–60.
19. UNICEF. *Guinea-Bissau: HIV/AIDS Data*. Nova Iorque: UNICEF; 2023. Disponível em: <https://www.unicef.org/guineabissau/>
20. UNAIDS. *AIDSinfo Country Factsheets — Guinea-Bissau 2024*. Genebra: UNAIDS; 2024.
21. da Silva ZJ, et al. Changes in prevalence and incidence of HIV-1 and HIV-2 infection in urban Guinea-Bissau: 1987–2006. *AIDS*. 2008;22(4):478–86. doi:10.1097/QAD.0b013e3282f47054
22. Holmgren B, et al. HIV in Guinea-Bissau — an epidemiological and socio-political perspective. *AIDS Res Ther*. 2012;9(1):10. doi:10.1186/1742-6405-9-10
23. United Nations Statistics Division. *Sustainable Development Goals Indicators Database*. Nova Iorque: ONU; 2023. Disponível em: <https://unstats.un.org>
24. Vieira CB, et al. Early initiation of sex work and HIV risk among female sex workers in Guinea-Bissau. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(19):12715. doi:10.3390/ijerph191912715

25. Micek MA, et al. Loss to follow-up of adults in public HIV care in Mozambique. *PLoS One*. 2009;4(5):e5631. doi:10.1371/journal.pone.0005631
26. Tenthani L, et al. Retention in care under universal antiretroviral therapy in Malawi. *AIDS*. 2014;28(3):343–52. doi:10.1097/QAD.0000000000000058
27. Brinkhof MWG, et al. Mortality of HIV-infected patients starting antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa: comparison with HIV-negative populations. *PLoS Med*. 2009;6(4):e1000066. doi:10.1371/journal.pmed.1000066
28. Losina E, et al. Rationing antiretroviral therapy in Africa — treating too few, too late. *N Engl J Med*. 2009;360(18):1808–14. doi:10.1056/NEJMp0810973
29. Jespersen S, et al. Loss to follow-up from HIV care at a referral hospital in Bissau, Guinea-Bissau. *BMJ Open*. 2013;3(10):e003499. doi:10.1136/bmjopen-2013-003499
30. Ahoua L, et al. Risk factors for loss to follow-up before and after initiation of antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Trop Med Int Health*. 2012;17(9):1048–60. doi:10.1111/j.1365-3156.2012.03038.x
31. Camlin CS, et al. Mobility and its impact on HIV care in sub-Saharan Africa: a qualitative systematic review. *AIDS Behav*. 2017;21(6):1697–716. doi:10.1007/s10461-016-1459-2
32. Enda Santé Guiné-Bissau. *Estudo de Mapeamento Populacional HSH e TS na Guiné-Bissau 2022*. Bissau: Enda Santé; 2023. Disponível em: <https://endasantegb.org/>
33. Cherutich P, et al. Reaching key populations with HIV services in West Africa: barriers and lessons. *J Int AIDS Soc*. 2023;26(Suppl 2):e25993. doi:10.1002/jia2.25993
34. Sørensen K, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12:80. doi:10.1186/1471-2458-12-80
35. McCaffery KJ, et al. Health literacy and HIV prevention: systematic evidence review. *Health Promot Int*. 2020;35(5):1137–51. doi:10.1093/heapro/daz105
36. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med*. 2008;67(12):2072–8. doi:10.1016/j.socscimed.2008.09.050
37. Bärnighausen T, et al. High HIV incidence in communities with low health literacy. *AIDS*. 2007;21(Suppl 6):S31–S39. doi:10.1097/01.aids.00000298102.88557.11
38. De Walt DA, et al. Health literacy universal precautions toolkit. *Nurs Outlook*.

- 2018;66(4):423–31. doi:10.1016/j.outlook.2017.12.005
39. Kebede D, et al. Comprehensive knowledge of HIV/AIDS and associated factors among adults in Ethiopia. *PLoS One*. 2022;17(2):e0264163. doi:10.1371/journal.pone.0264163
 40. Asante KO, et al. Low health literacy and HIV-related stigma: implications for prevention. *AIDS Care*. 2022;34(6):723–31. doi:10.1080/09540121.2021.1871838
 41. World Health Organization. *Health literacy toolkit for low- and middle-income countries*. Nova Deli: WHO SEARO; 2015. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/205244>
 42. Instituto Nacional de Estatística (INE), UNICEF. *Inquérito de Indicadores Múltiplos MICS-6 Guiné-Bissau 2018–2019: Relatório final*. Bissau: INE/UNICEF; 2020.
 43. Kalichman SC, et al. HIV treatment adherence and health literacy in African patients. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2015;26(6):658–67. doi:10.1016/j.jana.2015.05.004
 44. Mwale M, et al. HIV knowledge and adherence in Malawi: a mixed-method study. *Afr J AIDS Res*. 2013;12(3):167–74. doi:10.2989/16085906.2013.815405
 45. Auerbach JD, et al. Addressing social drivers of HIV/AIDS for the long-term response. *J Int AIDS Soc*. 2015;18(Suppl 1):20429. doi:10.7448/IAS.18.1.20429

ARTIGO ORIGINAL

Conhecimento sobre o VIH e determinantes sociodemográficos entre homens na Guiné-Bissau: evidência do 6.º Inquérito de Indicadores Múltiplos (MICS-6)

Undiga Mendes¹; Francisco Madeira²; Gonçalo Figueiredo Augusto²

1. NOVA National School of Public Health, NOVA University Lisbon, Lisbon, Portugal

2. NOVA National School of Public Health, Public Health Research Centre, Comprehensive Health Research Center, CHRC, REAL, CCAL, NOVA University Lisbon, Lisbon, Portugal

RESUMO

Introdução: Apesar dos progressos na prevenção do VIH, o conhecimento e a adesão à testagem entre homens na África Ocidental e Central permanecem insuficientes. Este estudo analisou o nível e os determinantes do conhecimento e da testagem para o VIH entre homens dos 15 aos 49 anos na Guiné-Bissau, com base em dados nacionalmente representativos.

Métodos: Realizou-se uma análise secundária dos dados do *Multiple Indicator Cluster Survey* (MICS-6) da Guiné-Bissau (2018–2019). A amostra incluiu 2 422 homens de 15–49 anos. O conhecimento abrangente sobre o VIH foi definido segundo o indicador padrão do MICS, baseado em seis perguntas sobre prevenção e transmissão. Efetuaram-se análises descritivas não ponderadas, bivariadas e multivariadas (regressões linear e logística) no RStudio 2025.09.1+401, para identificar preditores sociodemográficos do conhecimento e da testagem.

Resultados: Apenas 32,5 % dos homens apresentaram conhecimento abrangente sobre o VIH. As respostas corretas foram mais frequentes quanto ao uso de preservativo (89,3 %) e à monogamia com um parceiro não infetado (87,7 %), mas persistiram concepções erradas sobre picadas de mosquitos (40,4 %), partilha de alimentos (30,1 %) e causas sobrenaturais (21,2 %). Os homens que alguma vez realizaram o teste do VIH apresentaram pontuações médias de conhecimento significativamente superiores ($4,88 \pm 1,03$ vs. $4,57 \pm 1,34$; $t = 5,24$; $p < 0,001$). Nos

modelos ajustados, idade, escolaridade, riqueza do agregado familiar e região foram preditores significativos do conhecimento. Homens com ensino superior apresentaram maior probabilidade de conhecimento abrangente (OR = 2,44; IC95 %: 1,39–4,31), e aqueles pertencentes ao quintil mais rico tiveram odds mais elevadas do que os mais pobres (OR = 1,57; IC95 %: 1,01–2,46). A testagem foi mais frequente entre homens mais velhos (OR = 3,60–8,98), com maior escolaridade (até OR = 11,0) e em agregados mais ricos (até OR = 4,49), mas não se associou significativamente ao índice de conhecimento.

Conclusão: O conhecimento e a testagem para o VIH entre homens na Guiné-Bissau permanecem baixos e desigualmente distribuídos. É fundamental reforçar a educação formal e comunitária, melhorar a comunicação adaptada a populações com baixa literacia e reduzir desigualdades socioeconómicas e regionais para acelerar o progresso rumo às metas nacionais e globais de prevenção do VIH e aos objetivos 95-95-95 da UNAIDS.

Palavras-chave: conhecimento sobre o VIH; testagem do VIH; homens; Guiné-Bissau; *Multiple Indicator Cluster Survey*; determinantes socioeconómicos; saúde pública; África Ocidental.

1. INTRODUÇÃO

O VIH continua a constituir um dos principais desafios globais de saúde pública, sobretudo na África Subsaariana, onde ocorre a maioria das infeções e mortes relacionadas com a SIDA. Desde o início da epidemia de VIH/SIDA na década de 1980, mais de 42 milhões de pessoas morreram devido a doenças associadas à SIDA [1]. Em 2024, estimava-se que 40,8 milhões de pessoas viviam com o VIH em todo o mundo, das quais 39,4 milhões eram adultos com 15 ou mais anos. Embora 31,6 milhões tivessem acesso à terapêutica antirretroviral (TARV), a cobertura entre homens adultos continua a ser inferior, com apenas 78% a receber tratamento [1,2].

A região da África Ocidental e Central concentra aproximadamente 5,2 milhões de pessoas que vivem com o VIH, sendo a Guiné-Bissau um dos países que enfrenta desafios persistentes no controlo da epidemia [1]. Os primeiros casos de VIH/SIDA no país foram diagnosticados em 1985. Desde então, foram desenvolvidas diversas respostas institucionais, incluindo a criação do Programa Nacional de Luta contra a

SIDA (PNLS) em 1986. Contudo, o conflito político-militar de 1998 contribuiu para um aumento acentuado da prevalência de VIH-1, que passou de 0,6 % em 1990 para 9,5 % logo após o conflito [3].

Em 2001, a prevalência de VIH foi estimada em 4 % entre indivíduos sexualmente ativos com 15 ou mais anos [4]. Estimativas mais recentes apontam para uma prevalência nacional de 1,6 % entre os homens e 3,1 % entre as mulheres com idades entre 15 e 49 anos [5]. Os homens que têm relações sexuais com homens (HSH) são considerados uma população-chave para intervenções direcionadas, com uma taxa de prevalência na região de 3,4 % [6]. O VIH mantém-se como a terceira principal causa de morte entre os homens na Guiné-Bissau, com apresentação tardia aos cuidados de saúde, acesso limitado ao tratamento e taxas elevadas de mortalidade, particularmente entre os doentes do sexo masculino [7,8].

A resposta nacional ao VIH tem sido orientada pelas metas 95-95-95 da UNAIDS, que visam pôr fim à SIDA até 2030. Em 2024, estimava-se que 79% (67-91%) de todas as pessoas que viviam com VIH estivessem em TARV [9], mas persistem diversos constrangimentos sistémicos, incluindo infraestruturas de saúde subfinanciadas, interrupções no fornecimento de medicamentos, estigma e baixos níveis de literacia [10,11].

O conhecimento sobre o VIH e a literacia em saúde são componentes essenciais das estratégias de prevenção, adesão ao tratamento e redução do estigma. Na Guiné-Bissau, apenas 31 % dos homens entre os 15 e os 49 anos demonstram conhecimento abrangente sobre a prevenção do VIH, enquanto 78 % revelam atitudes discriminatórias face às pessoas que vivem com o vírus [5]. Entre os jovens homens dos 15 aos 24 anos, o conhecimento sobre o VIH é fortemente influenciado pelo nível de escolaridade e pelo local de residência — 35 % dos jovens urbanos possuem conhecimento adequado, comparativamente a 25 % dos jovens rurais, e 40 % entre os que têm ensino secundário face a 23 % com apenas ensino primário [5].

Apesar da existência de numerosos estudos internacionais que analisam o conhecimento, atitudes e práticas relacionadas com o VIH, subsiste uma lacuna significativa na literatura relativamente a países com recursos limitados, como a Guiné-Bissau. Poucos estudos exploraram especificamente os determinantes do conhecimento sobre o VIH entre homens adultos neste contexto. O presente estudo procura colmatar essa lacuna, analisando a relação entre o conhecimento sobre o VIH e os fatores sociodemográficos entre homens dos 15 aos 49 anos na Guiné-Bissau, com base em dados nacionalmente representativos do *Multiple Indicator Cluster*

Survey (MICS). Esta evidência é fundamental para orientar intervenções direcionadas e informar políticas alinhadas com o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3.3, que visa pôr fim à epidemia de SIDA até 2030.

2. MÉTODOS

2.1. DESENHO DO ESTUDO

O presente estudo consiste numa análise secundária dos dados do *Multiple Indicator Cluster Survey* da Guiné-Bissau, sexta ronda (MICS-6), realizado entre 2018 e 2019. O inquérito foi implementado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) da Guiné-Bissau, com apoio técnico da UNICEF e financiamento do PNUD, UNFPA, PAM e União Europeia.

O MICS-6 utilizou um desenho de amostragem por conglomerados, em duas etapas e estratificado, com base nas áreas de enumeração do Censo da População e Habitação de 2009. Na primeira etapa, as áreas de enumeração foram selecionadas com probabilidade proporcional ao tamanho e estratificadas segundo a residência urbana ou rural. Na segunda etapa, foi selecionada, em cada conglomerado, uma amostra aleatória sistemática de agregados familiares. No total, foram entrevistados com sucesso 7 379 agregados familiares, correspondendo a uma taxa de resposta global de 98,4 %.

2.2. RECOLHA, ACESSO E AMOSTRA ANALÍTICA

O trabalho de campo decorreu entre novembro de 2018 e março de 2019, conduzido por entrevistadores formados que utilizaram cinco questionários padronizados do MICS, incluindo o questionário dirigido a homens com idades entre 15 e 49 anos. Dos 3 028 homens elegíveis, 2 805 foram entrevistados com sucesso, o que corresponde a uma taxa de resposta de 92,6 %.

Os microdados anonimizados foram obtidos a partir do repositório global do MICS, após aprovação formal. As análises restringiram-se aos homens com idades entre 15 e 49 anos que completaram o questionário dos homens. Após a exclusão dos registos com respostas em falta em qualquer uma das seis perguntas sobre conhecimento do VIH, a amostra analítica final compreendeu 2.422 observações.

2.3. VARIÁVEIS DO ESTUDO

Variável dependente

O conhecimento sobre o VIH foi avaliado através das seis perguntas padrão do MICS relativas à transmissão e à prevenção do VIH:

1. Uma pessoa pode reduzir o risco de contrair o VIH tendo relações sexuais apenas com um parceiro não infetado que não tenha outros parceiros?
2. Uma pessoa pode ser infetada pelo VIH através da picada de um mosquito?
3. As pessoas podem reduzir a probabilidade de contrair o VIH usando corretamente o preservativo em todas as relações sexuais?
4. Uma pessoa pode ser infetada pelo VIH ao partilhar alimentos com alguém que vive com o vírus?
5. O VIH pode ser transmitido por meios sobrenaturais?
6. Uma pessoa com aparência saudável pode estar infetada pelo VIH?

Cada resposta correta foi pontuada com 1, enquanto as respostas incorretas ou “não sabe” receberam 0.

Em seguida, foi criado um *Score* de Conhecimento sobre o VIH, obtido pela soma do número de respostas corretas, resultando numa pontuação total que variou entre 0 e 6. Esta pontuação foi posteriormente transformada num indicador binário (Sim/Não) de conhecimento abrangente sobre a transmissão do VIH, codificado como “Sim” para os inquiridos que responderam corretamente às seis perguntas (pontuação = 6, indicando conhecimento abrangente) e “Não” para aqueles com menos de seis respostas corretas (pontuação = 0–5, indicando conhecimento não abrangente).

Variáveis independentes

As principais co-variáveis sociodemográficas — selecionadas com base na literatura prévia — incluíram: grupo etário (15 a 49 anos, estruturado em intervalos de cinco anos, por exemplo, 15–19 anos), nível de escolaridade (nenhum/pré-escolar, básico, secundário, técnico/profissional, superior, desconhecido/em falta), quintil de riqueza do agregado familiar (índice baseado em bens do MICS), estado civil, local de residência (urbano/rural) e região de residência, bem como cobertura por seguro de saúde.

Foi também avaliado o histórico de testagem para o VIH (alguma vez testado para o VIH: sim/não).

2.4. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram inicialmente tratados no IBM SPSS v29, onde se procedeu à recodificação das variáveis e à criação do indicador composto de conhecimento sobre o VIH. As análises subsequentes foram realizadas no RStudio (versão 2025.09.1+401).

Foram efetuadas análises descritivas, apresentando as variáveis categóricas sob a forma de frequências e percentagens, enquanto o Índice de Conhecimento sobre o VIH foi resumido através de médias e desvios padrão.

As associações bivariadas entre cada pergunta individual de conhecimento sobre o VIH e o estatuto de testagem foram avaliadas com o teste do qui-quadrado de Pearson (χ^2), e as diferenças nas pontuações médias de conhecimento entre homens testados e não testados foram analisadas com testes t para amostras independentes.

Foram estimados três modelos de regressão multivariada para identificar os fatores associados ao conhecimento e à testagem para o VIH:

1. Um modelo de regressão linear, tendo como variável dependente o Índice de Conhecimento sobre o VIH (contínuo), e como variáveis independentes o estatuto de testagem, grupo etário, nível de escolaridade, quintil de riqueza do agregado familiar, seguro de saúde e região.
2. Um modelo de regressão logística, com o estatuto de testagem para o VIH como variável dependente, e o Índice de Conhecimento sobre o VIH e o mesmo conjunto de covariáveis sociodemográficas como preditores.
3. Um modelo de regressão logística com o conhecimento abrangente sobre o VIH (binário) como variável dependente, e o grupo etário, nível de escolaridade, estado civil, quintil de riqueza, seguro de saúde e região como variáveis independentes.

Os resultados da regressão linear são apresentados como coeficientes β , e os das regressões logísticas como odds ratios (OR) com respetivos intervalos de confiança de 95 %. A significância estatística foi determinada segundo os níveis convencionais de $p < 0,05$, $p < 0,01$ e $p < 0,001$. Todas as análises foram não ponderadas, assumindo amostragem aleatória simples.

2.5. ÉTICA

O protocolo do MICS-6 obteve aprovação ética do Ministério da Saúde Pública da Guiné-Bissau e cumpriu as diretrizes éticas internacionais da UNICEF. Foi obtido

consentimento informado por escrito de todos os participantes no momento da realização do inquérito original.

Dado que o presente estudo consistiu numa análise secundária de dados públicos anonimizados, não foi necessária aprovação ética adicional. A autorização para descarregar e utilizar os dados foi concedida pela Equipa Global do MICS da UNICEF.

3. RESULTADOS

3.1. CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

Foram incluídos 2 422 homens com idades entre 15 e 49 anos na análise. Do total, 57,4 % tinham menos de 29 anos. Mais de metade dos inquiridos (53,6 %) tinha concluído o ensino básico, 20,9 % o ensino secundário, e apenas 3,8 % referiram ter ensino superior. Cerca de um em cada cinco participantes (17,4 %) não possuía qualquer escolaridade formal.

A grande maioria dos homens (98,5 %) não tinha cobertura por seguro de saúde, e 57,8 % nunca tinham sido casados nem viviam em união. Relativamente à riqueza do agregado familiar, 24,9 % pertenciam ao quintil mais pobre e 18,3 % ao quintil mais rico.

Os residentes urbanos representaram aproximadamente um terço da amostra, sendo as maiores proporções observadas nas regiões de SAB (17,4 %), Gabú (15,4 %) e Oio (13,4 %) (Tabela 1).

Tabela 1. Estatísticas sumárias das variáveis do estudo (n=2,422).

	Frequência absoluta (N)	Frequência relativa (%)
Grupo etário		
15-19	497	20.5
20-24	517	21.3
25-29	378	15.6
30-34	345	14.2
35-39	290	12.0
40-44	217	9.0
45-49	178	7.3
Nível de escolaridade		
Nenhum	421	17.4
Básico	1298	53.6
Secundário	506	20.9
Médio/Técnico	101	4.2
Superior	93	3.9
<i>Em falta</i>	3	0.1
Quintil de riqueza do agregado familiar		
Mais pobre	602	24.9

Segundo	462	19.1
Terceiro	390	16.1
Quarto	525	21.7
Mais rico	443	18.3
Local de residência		
Urbano	957	39.5
Rural	1465	60.5
Região de residência		
Bafatá	310	12.8
Biombo	294	12.1
Bissau (Sector Autónomo)	422	17.4
Bolama/Bijagós	152	6.3
Cacheu	130	5.4
Gabu	374	15.4
Oio	324	13.4
Quinara	320	13.2
Tomabli	96	4.0
Conhecimento sobre a transmissão do VIH		
Pode evitar-se o VIH tendo apenas com um parceiro não infetado		
Não	298	12.3
Sim ^{rc}	2124	87.7
Pode ser-se infetado pelo VIH através da picada de um mosquito		
Não ^{rc}	1444	59.6
Sim	978	40.4
Pode evitar-se o VIH usando sempre o preservativo corretamente		
Não	259	10.7
Sim ^{rc}	2163	89.3
Pode ser-se infetado pelo VIH ao partilhar alimentos com alguém que tem VIH		
Não ^{rc}	1693	69.9
Sim	729	30.1
Pode ser-se infetado pelo VIH por meios sobrenaturais		
Não ^{rc}	1909	78.8
Sim	513	21.2
Uma pessoa com aparência saudável pode estar infetada pelo VIH		
Não	570	23.5
Sim ^{rc}	1852	76.5

rc: resposta correta

3.2. INDICADORES DE CONHECIMENTO SOBRE O VIH

A Tabela 1 também apresenta as respostas às seis perguntas padrão sobre conhecimento do VIH. A compreensão correta foi mais elevada nos itens “usar corretamente o preservativo em todas as relações sexuais reduz o risco de infeção” (89,3 %) e “ter apenas um parceiro não infetado reduz o risco de infeção” (87,7 %).

Contudo, persistiram conceções erradas com frequência significativa: 40,4 % dos homens acreditavam que o VIH podia ser transmitido por picadas de mosquitos, 30,1 % pensavam que podia ser transmitido através da partilha de alimentos, e 21,2 % atribuíram a transmissão a causas sobrenaturais (Tabela 1). No total, 76,5 % reconheceram que uma pessoa com aparência saudável pode estar infetada pelo VIH. O *score* composto de conhecimento sobre o VIH variou entre 0 e 6 (média = 4,6 ± 1,3).

Apenas cerca de um terço dos inquiridos (32,5 %) atingiu conhecimento abrangente (pontuação = 6) (Tabela 2).

Table 2. Análise descritiva do Score de Conhecimento sobre o VIH (e do Conhecimento Abrangente da Transmissão do VIH)

Respostas corretas	Frequência absoluta (N)	Frequência relativa (%)
0	9	0.4
1	41	1.7
2	115	4.7
3	302	12.5
4	555	22.9
5	612	25.3
6 (conhecimento abrangente)	788	32.5

3.3. CONHECIMENTO E TESTAGEM

Os homens que alguma vez tinham realizado o teste do VIH apresentaram pontuações médias de conhecimento significativamente superiores (média = $4,88 \pm 1,03$) em comparação com aqueles que nunca tinham sido testados (média = $4,57 \pm 1,34$; $t = 5,24$; $p < 0,001$) (Tabela 3).

Tabela 3. Teste t : comparação das pontuações de conhecimento sobre o VIH segundo o estatuto de testagem para o VIH.

Testagem para o VIH	Média	DP	Diferença de médias (Testado – Não testado)	t (gl)	Valor p	IC 95 %
Testado	4.88	1.03	0.31	5.24 (681.2)	< 0,001	[0.20 ; 0.43]
Não testado	4.57	1.34	—	—	—	—

Nota: t (gl) = valor do teste t (graus de liberdade).

Os testes do qui-quadrado revelaram associações estatisticamente significativas entre a testagem para o VIH e as respostas corretas a vários itens de conhecimento, nomeadamente os relacionados com a transmissão por mosquitos ($p < 0,001$), o uso do preservativo ($p < 0,001$) e o reconhecimento de que uma pessoa com aparência saudável pode estar infetada pelo VIH ($p < 0,001$) (Tabela 4).

Tabela 4. Teste do Qui-quadrado: associação entre a testagem para o VIH e as

respostas corretas às perguntas de conhecimento sobre o VIH

Questões e Respostas	Testado para o VIH N = 393 (16.23%)	Não testado para o VIH N = 2.029 (83.77%)	χ^2	Valor p
Pode evitar-se o VIH tendo apenas com um parceiro não infetado				
Errada	20 (5.1)	278 (13.7)	21.84	<0.001
Correta	373 (94.9)	1,751 (86.3)		
Pode ser-se infetado pelo VIH através da picada de um mosquito				
Errada	142 (36.1)	836 (41.2)	3.31	0.069
Correta	251 (63.9)	1,193 (58.8)		
Pode evitar-se o VIH usando sempre o preservativo corretamente				
Errada	19 (4.8)	240 (11.8)	16.14	<0.001
Correta	374 (95.2)	1,789 (88.2)		
Pode ser-se infetado pelo VIH ao partilhar alimentos com alguém que tem VIH				
Errada	148 (37.7)	581 (28.6)	12.32	<0.001
Correta	245 (62.3)	1,448 (71.4)		
Pode ser-se infetado pelo VIH por meios sobrenaturais				
Errada	46 (11.7)	467 (23.0)	24.56	<0.001
Correta	347 (88.3)	1,562 (77.0)		
Uma pessoa com aparência saudável pode estar infetada pelo VIH				
Errada	65 (16.5)	505 (24.9)	12.29	<0.001
Correta	328 (83.5)	1,524 (75.1)		

χ^2 : Qui-quadrado

3.4. PREDITORES DO ÍNDICE DE CONHECIMENTO SOBRE O VIH

A Tabela 5 apresenta os resultados do modelo de regressão linear multivariada utilizado para identificar os fatores associados ao índice de conhecimento sobre o VIH.

A testagem para o VIH não se mostrou associada a pontuações mais elevadas de conhecimento ($\beta = 0,02$; IC95 %: -0,11–0,15; $p = 0,8$).

Após o ajustamento para fatores sociodemográficos, observaram-se pontuações de conhecimento significativamente mais altas entre os homens mais velhos, com maior nível de escolaridade, maior riqueza do agregado familiar e residentes em determinadas regiões do país.

Comparativamente aos homens dos 15–19 anos, aqueles com 25–29 anos ($\beta = 0,24$; IC95 %: 0,08–0,40; $p = 0,003$), 30–34 anos ($\beta = 0,22$; IC95 %: 0,05–0,39; $p = 0,013$),

40–44 anos ($\beta = 0,23$; IC95 %: 0,02–0,43; $p = 0,033$) e 45–49 anos ($\beta = 0,32$; IC95 %: 0,10–0,54; $p = 0,004$) apresentaram pontuações significativamente superiores no índice de conhecimento sobre o VIH.

A escolaridade evidenciou um forte gradiente positivo. Os homens com ensino secundário ($\beta = 0,44$; IC95 %: 0,28–0,60; $p < 0,001$), ensino técnico/profissional ($\beta = 0,53$; IC95 %: 0,28–0,78; $p < 0,001$) e ensino superior ($\beta = 0,70$; IC95 %: 0,43–0,97; $p < 0,001$) apresentaram valores de conhecimento significativamente mais elevados do que os sem escolaridade.

Verificou-se igualmente um claro gradiente de riqueza: os homens pertencentes ao segundo ($\beta = 0,24$; IC95 %: 0,11–0,37; $p < 0,001$), terceiro ($\beta = 0,27$; IC95 %: 0,13–0,41; $p < 0,001$), quarto ($\beta = 0,38$; IC95 %: 0,23–0,53; $p < 0,001$) e quintil mais rico ($\beta = 0,39$; IC95 %: 0,20–0,59; $p < 0,001$) registaram pontuações progressivamente mais elevadas do que os do quintil mais pobre.

As diferenças regionais foram particularmente marcadas. Os homens das regiões de Gabú ($\beta = 1,70$; IC95 %: 1,50–1,90), Cacheu ($\beta = 1,50$; IC95 %: 1,20–1,70) e Bolama/Bijagós ($\beta = 1,40$; IC95 %: 1,10–1,60) apresentaram pontuações significativamente mais elevadas do que os residentes em Tombali, enquanto os de Oio apresentaram valores inferiores ($\beta = -0,50$; IC95 %: -0,74 – -0,26).

O local de residência, o estado civil e a cobertura por seguro de saúde não se mostraram significativamente associados ao conhecimento sobre o VIH.

Tabela 5. Regressão linear multivariada: preditores do *score* de conhecimento sobre o VIH.

	Beta (β)	IC 95%	Valor p
Testagem para o VIH			
Não [Referência]	—	—	
Sim	0.02	-0.11, 0.15	0.8
Grupo etário			
15–19 [Referência]	—	—	
20–24	0.12	-0.02, 0.25	0.092
25–29	0.24	0.08, 0.40	0.003
30–34	0.22	0.05, 0.39	0.013
35–39	0.21	0.02, 0.40	0.028
40–44	0.23	0.02, 0.43	0.033
45–49	0.32	0.10, 0.54	0.004
Nível de escolaridade			

Nenhum [Referência]	—	—	
Básico	0.07	-0.05, 0.20	0.3
Secundário	0.44	0.28, 0.60	<0.001
Médio/Técnico	0.53	0.28, 0.78	<0.001
Superior	0.7	0.43, 0.97	<0.001
Quintil de riqueza do agregado familiar			
Mais pobre [Referência]	—	—	
Segundo	0.24	0.11, 0.37	<0.001
Terceiro	0.27	0.13, 0.41	<0.001
Quarto	0.38	0.23, 0.53	<0.001
Mais rico	0.39	0.20, 0.59	<0.001
Seguro de saúde			
Tem seguro [Referência]	—	—	
Não tem seguro	0.19	-0.17, 0.54	0.3
Local de residência			
Urbano [Referência]	—	—	
Rural	0.01	-0.12, 0.15	0.8
Região de residência			
Tombali [Referência]	—	—	
Quinara	0.41	0.16, 0.65	<0.001
Oio	-0.5	-0.74, -0.26	<0.001
Biombo	0.08	-0.17, 0.33	0.5
Bolama/Bijagós	1.4	1.1, 1.6	<0.001
Bafatá	1.1	0.83, 1.3	<0.001
Gabu	1.7	1.5, 1.9	<0.001
Cacheu	1.5	1.2, 1.7	<0.001
Bissau (Sector Autónomo)	0.73	0.47, 1.0	<0.001
Estado civil			
Atualmente casado/unido [Referência]	—	—	
Anteriormente casado/unido	-0.01	-0.37, 0.34	>0.9
Nunca casado/unido	-0.09	-0.22, 0.04	0.2

IC 95%: intervalo de confiança 95%

3.5. PREDITORES DA TESTAGEM PARA O VIH

No modelo de regressão logística que avaliou os preditores da testagem para o VIH, observaram-se gradientes sociodemográficos evidentes.

Comparativamente aos homens mais jovens (15–19 anos), todos os grupos etários superiores apresentaram probabilidades significativamente mais elevadas de já terem realizado o teste do VIH (intervalo de OR: 3,60–8,98; $p < 0,001$ em todos os casos).

O nível de escolaridade mostrou uma associação fortemente positiva com a testagem: os homens com ensino básico (OR = 2,09; IC95 %: 1,33–3,37; $p = 0,002$), ensino

secundário (OR = 4,78; IC95 %: 2,91–8,07; $p < 0,001$), ensino técnico/profissional (OR = 5,84; IC95 %: 3,14–11,0; $p < 0,001$) e ensino superior (OR = 11,0; IC95 %: 5,65–21,9; $p < 0,001$) apresentaram probabilidades marcadamente superiores de já terem sido testados do que aqueles sem escolaridade.

A riqueza do agregado familiar também se associou positivamente à testagem, sobretudo no quintil mais rico (OR = 4,49; IC95 %: 2,58–7,88).

Observaram-se diferenças regionais significativas, com maiores probabilidades de testagem nas regiões de Bolama/Bijagós (OR = 5,69; IC95 %: 2,27–16,5), Biombo (OR = 3,76; IC95 %: 1,60–10,4), Quinara (OR = 4,26; IC95 %: 1,82–11,8) e SAB (OR = 2,89; IC95 %: 1,21–8,12), em comparação com Tombali.

Os homens sem seguro de saúde apresentaram menor probabilidade de já terem sido testados (OR = 0,29; IC95 %: 0,13–0,66), tal como os homens nunca casados (OR = 0,63; IC95 %: 0,45–0,89), comparativamente aos atualmente casados ou em união.

O índice de conhecimento sobre o VIH não se associou significativamente à testagem (OR = 1,03; IC95 %: 0,91–1,16).

Estes resultados evidenciam desigualdades persistentes na cobertura da testagem, tanto socioeconómicas como geográficas, destacando a necessidade de estratégias direcionadas para reduzir as iniquidades no acesso aos serviços de diagnóstico do VIH.

Tabela 6. Regressão logística multivariada: Preditores da testagem para o VIH.

	OR	IC 95%	Valor p
Grupo etário			
15–19 [Referência]	—	—	
20–24	3.6	1.97, 7.08	<0.001
25–29	7.85	4.26, 15.5	<0.001
30–34	7.31	3.84, 14.8	<0.001
35–39	8.98	4.58, 18.7	<0.001
40–44	6.91	3.34, 15.0	<0.001
45–49	7.21	3.39, 16.0	<0.001
Nível de escolaridade			
Nenhum [Referência]	—	—	
Básico	2.09	1.33, 3.37	0.002
Secundário	4.78	2.91, 8.07	<0.001
Médio/Técnico	5.84	3.14, 11.0	<0.001
Superior	11	5.65, 21.9	<0.001
Quintil de riqueza do agregado familiar			
Mais pobre [Referência]	—	—	

Segundo	1.41	0.88, 2.26	0.15
Terceiro	1.8	1.11, 2.91	0.016
Quarto	2.83	1.76, 4.61	<0.001
Mais rico	4.49	2.58, 7.88	<0.001
Seguro de saúde			
Tem seguro [Referência]	—	—	
Não tem seguro	0.29	0.13, 0.66	0.003
Local de residência			
Urbano [Referência]	—	—	
Rural	1.13	0.76, 1.70	0.5
Região de residência			
Tombali [Referência]	—	—	
Quinara	4.26	1.82, 11.8	0.002
Oio	1.93	0.79, 5.49	0.2
Biombo	3.76	1.60, 10.4	0.005
Bolama/Bijagós	5.69	2.27, 16.5	<0.001
Bafatá	1.34	0.54, 3.86	0.6
Gabu	1.83	0.74, 5.25	0.2
Cacheu	1.27	0.46, 3.91	0.7
Bissau (Sector Autónomo)	2.89	1.21, 8.12	0.027
Estado civil			
Atualmente casado/unido [Referência]	—	—	
Anteriormente casado/unido	0.98	0.37, 2.40	>0.9
Nunca casado/unido	0.63	0.45, 0.89	0.008
Score de conhecimento sobre VIH	1.03	0.91, 1.16	0.7

OR: *Odds Ratio*; IC 95%: intervalo de confiança 95%

3.6. PREDITORES DO CONHECIMENTO ABRANGENTE SOBRE O VIH

O modelo de regressão logística (Tabela 7) identificou principais preditores sociodemográficos do conhecimento abrangente sobre o VIH.

Nenhum grupo etário apresentou associação estatisticamente significativa com o conhecimento abrangente. A escolaridade mostrou associações claramente positivas: os homens com ensino técnico/profissional (OR = 2,18; IC95 %: 1,28–3,74; $p = 0,004$) e ensino superior (OR = 2,44; IC95 %: 1,39–4,31; $p = 0,002$) apresentaram maior probabilidade de possuir conhecimento abrangente em comparação com os homens sem escolaridade.

Foram também observados gradientes de riqueza, com probabilidades superiores entre os homens pertencentes ao segundo (OR = 1,44; IC95 %: 1,03–2,01; $p = 0,032$), terceiro (OR = 1,50; IC95 %: 1,06–2,11; $p = 0,021$), quarto (OR = 1,54; IC95 %: 1,07–2,20; $p = 0,019$) e quintil mais rico (OR = 1,57; IC95 %: 1,01–2,46; $p = 0,047$), quando

comparados com o quintil mais pobre.

As diferenças regionais foram particularmente marcadas: os homens das regiões de Gabú (OR = 18,3; IC95 %: 9,45–39,3), Cacheu (OR = 21,8; IC95 %: 10,5–49,4), Bolama/Bijagós (OR = 10,4; IC95 %: 5,14–23,1) e Bafatá (OR = 5,49; IC95 %: 2,82–11,8) apresentaram as maiores probabilidades de conhecimento abrangente, em comparação com os de Tombali, enquanto os homens das regiões de Quinara, Oio e Biombo não apresentaram diferenças significativas.

O local de residência, o estado civil e a cobertura por seguro de saúde não se associaram significativamente ao conhecimento abrangente sobre o VIH.

Tabela 7. Regressão logística multivariada: Preditores de conhecimento abrangente sobre VIH.

	OR	IC 95%	Valor p
Grupo etário			
15–19 [Referência]	—	—	
20–24	1.13	0.82, 1.56	0.5
25–29	1.19	0.83, 1.72	0.3
30–34	1.09	0.73, 1.64	0.7
35–39	0.93	0.60, 1.45	0.8
40–44	1.19	0.73, 1.93	0.5
45–49	1.36	0.81, 2.29	0.2
Nível de escolaridade			
Nenhum [Referência]	—	—	
Básico	0.87	0.64, 1.17	0.4
Secundário	1.34	0.92, 1.96	0.12
Médio/Técnico	2.18	1.28, 3.74	0.004
Superior	2.44	1.39, 4.31	0.002
Quintil de riqueza do agregado familiar			
Mais pobre [Referência]	—	—	
Segundo	1.44	1.03, 2.01	0.032
Terceiro	1.5	1.06, 2.11	0.021
Quarto	1.54	1.07, 2.20	0.019
Mais rico	1.57	1.01, 2.46	0.047
Seguro de saúde			
Tem seguro [Referência]	—	—	
Não tem seguro	1.89	0.80, 5.01	0.2
Local de residência			
Urbano [Referência]	—	—	
Rural	1.31	0.95, 1.80	0.1
Região de residência			
Tombali [Referência]	—	—	

Quinara	0.57	0.26, 1.34	0.2
Oio	0.45	0.20, 1.08	0.065
Biombo	1.89	0.94, 4.13	0.089
Bolama/Bijagós	10.4	5.14, 23.1	<0.001
Bafatá	5.49	2.82, 11.8	<0.001
Gabu	18.3	9.45, 39.3	<0.001
Cacheu	21.8	10.5, 49.4	<0.001
Bissau (Sector Autónomo)	4.18	2.05, 9.32	<0.001
Estado civil			
Atualmente casado/unido [Referência]	—	—	
Anteriormente casado/unido	1.19	0.50, 2.77	0.7
Nunca casado/unido	0.89	0.66, 1.20	0.4

OR: *Odds Ratio*; IC 95%: intervalo de confiança 95%

4. DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou o nível de conhecimento sobre o VIH e identificou os fatores sociodemográficos associados ao conhecimento e à testagem entre homens de 15–49 anos na Guiné-Bissau, com base em dados representativos a nível nacional do inquérito MICS-6 (2018–2019). Os resultados revelam lacunas persistentes no conhecimento e na testagem do VIH, com disparidades significativas segundo a escolaridade, o quintil riqueza do agregado familiar e a região de residência.

4.1. NÍVEL DE CONHECIMENTO SOBRE O VIH

Apenas cerca de um terço (32,5 %) dos homens demonstrou conhecimento abrangente sobre o VIH, respondendo corretamente a todas as seis questões padrão do MICS. Embora a maioria reconheça que o uso de preservativo e a monogamia com um parceiro não infetado reduzem o risco de infeção, continuam a prevalecer conceções erradas sobre a transmissão através de picadas de mosquitos (40,4 %), partilha de alimentos (30,1 %) e meios sobrenaturais (21,2 %). Estes resultados indicam que a consciência sobre prevenção não se traduz necessariamente em compreensão completa da transmissão, sugerindo limitações na eficácia das estratégias de comunicação atualmente em vigor [12-14].

4.2. DETERMINANTES DO CONHECIMENTO E DA TESTAGEM

A escolaridade emergiu como o determinante mais consistente do conhecimento e da

testagem. Homens com ensino secundário ou superior apresentaram probabilidade significativamente mais elevada de compreender corretamente os mecanismos de prevenção e transmissão, corroborando resultados observados noutros países da África Subsariana [15-17]. A educação formal potencia a literacia em saúde, o acesso aos meios de comunicação e a capacidade de interagir com os serviços de saúde, tornando-se um vetor crucial de prevenção.

O gradiente de riqueza observado reflete desigualdades socioeconómicas no acesso à informação e aos serviços. Homens de agregados mais pobres enfrentam barreiras financeiras, geográficas e informacionais, reduzindo a exposição a mensagens preventivas e oportunidades de testagem [18,19]. Estas desigualdades estruturais continuam a limitar o progresso na região da África Ocidental [20].

Foram também identificadas diferenças regionais marcadas, com níveis de conhecimento significativamente mais elevados nas regiões de Gabú, Cacheu e Bolama/Bijagós, provavelmente associadas a iniciativas comunitárias e programas transfronteiriços apoiados por parceiros internacionais [21]. Em contraste, regiões como Oio e Quinara registaram níveis inferiores, refletindo assimetrias na infraestrutura e na cobertura dos serviços de saúde. Tais desigualdades evidenciam que as médias nacionais ocultam disparidades locais significativas, reforçando a necessidade de planificação distrital orientada por dados, integração da educação sobre VIH nos cuidados de saúde primários e utilização de rádio comunitária e pares educadores para ampliar o alcance das mensagens preventivas.

Homens que já tinham realizado o teste do VIH apresentaram níveis mais elevados de conhecimento, resultado coerente com estudos de outros contextos africanos [12,22,23]. As consultas de aconselhamento e testagem constituem momentos privilegiados para a educação em saúde e redução do risco. Todavia, a relação é provavelmente bidirecional: indivíduos mais informados tendem também a procurar ativamente o teste.

A expansão do acesso à testagem voluntária, através de programas comunitários e locais de trabalho, pode, portanto, ter um duplo benefício: promover o diagnóstico precoce e reforçar indiretamente a literacia sobre o VIH.

4.3. IMPLICAÇÕES PARA POLÍTICAS E PROGRAMAS

Os resultados evidenciam a necessidade de estratégias diferenciadas de comunicação, adaptadas a homens com baixa escolaridade e rendimentos reduzidos. Abordagens baseadas em rádios comunitárias, materiais visuais e redes de pares mostraram-se

eficazes em contextos de baixa literacia [24,25]. A integração da educação sobre o VIH em programas de alfabetização de adultos e saúde reprodutiva poderá multiplicar o impacto.

A redução das iniquidades geográficas deve constituir prioridade das autoridades de saúde, com o Programa Nacional de Luta contra a SIDA (PNLS) a desempenhar um papel de coordenação, em colaboração com autoridades locais e organizações comunitárias, para assegurar intervenções sustentáveis e baseadas em evidência.

4.4. PONTOS FORTES E LIMITAÇÕES

Entre os pontos fortes deste estudo destaca-se o uso de dados nacionais de elevada qualidade (MICS-6) e de métodos analíticos robustos, permitindo uma caracterização abrangente dos determinantes do conhecimento e da testagem. É o primeiro estudo a analisar conjuntamente estes dois desfechos entre homens na Guiné-Bissau.

As limitações incluem o carácter transversal dos dados, que impede inferências causais, a simplicidade do indicador composto de conhecimento, que pode não captar nuances conceptuais, e a possível influência de enviesamentos de autorrelato. Além disso, os dados (2018–2019) antecedem iniciativas nacionais mais recentes, podendo subestimar o progresso atual.

5. CONCLUSÃO

O conhecimento abrangente sobre o VIH e a cobertura de testagem entre os homens na Guiné-Bissau permanecem baixos e desigualmente distribuídos. A escolaridade, a riqueza do agregado familiar e a região de residência surgem como os principais determinantes tanto do nível de conhecimento como da probabilidade de testagem, refletindo desigualdades estruturais e geográficas persistentes. Estes resultados sublinham a necessidade de políticas públicas que integrem a educação em saúde nos currículos escolares e nos programas de formação profissional, reforcem estratégias de comunicação comunitária adaptadas a contextos de baixa literacia e promovam o acesso equitativo à testagem voluntária e confidencial. O combate à desinformação e a eliminação das barreiras económicas e territoriais são condições essenciais para melhorar a literacia em VIH e acelerar o progresso rumo às metas nacionais e globais de prevenção, nomeadamente os objetivos 95-95-95 da UNAIDS. A monitorização contínua através de inquéritos populacionais, como o MICS, será fundamental para orientar intervenções baseadas em evidência e acompanhar os

avanços na resposta ao VIH na Guiné-Bissau.

6. REFERÊNCIAS

1. UNAIDS. *Global HIV & AIDS statistics – Fact sheet*. Geneva: UNAIDS; 2025. <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet> (10 October 2025)
2. World Health Organization (WHO). Global Health Observatory: data on the size of the HIV/AIDS epidemic. Geneva: WHO; 2024. Available at: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/data-on-the-size-of-the-hiv-aids-epidemic> (10 October 2025)
3. INASA. *Relatório Nacional sobre a Epidemia de VIH/SIDA na Guiné-Bissau*. Bissau: Instituto Nacional de Saúde Pública; 2004.
4. PNLS. *Plano Estratégico Nacional de Luta contra o VIH/SIDA 2001–2005*. Bissau: Programa Nacional de Luta contra a SIDA; 2001.
5. Ministério da Economia e Finanças; Direção-Geral do Plano; Instituto Nacional de Estatística (INE). *Inquérito aos Indicadores Múltiplos (MICS6) 2018–2019: Relatório Final*. Bissau: MEF/DGP/INE; 2020.
6. MacAllister J, Sherwood J, Galjour J, Robbins S, Zhao J, Dam K, Grosso A, Baral SD. A comprehensive review of available epidemiologic and HIV service data for female sex workers, men who have sex with men, and people who inject drugs in select West and Central African countries. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2015;68 Suppl 2:S83-90. DOI: <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000000457>
7. INASA. *Relatório de Situação: VIH em Populações-Chave*. Bissau: Instituto Nacional de Saúde Pública; 2020.
8. WHO. *HIV Country Profile: Guinea-Bissau*. Geneva: World Health Organization; 2024. Available at: <https://data.who.int/countries/624> (10 October 2025)
9. UNAIDS. *Country Factsheet: Guinea-Bissau 2025*. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2025. Available at: https://www.unaids.org/en/countries_guinea-bissau_tabs (10 October 2025)
10. Rasmussen DN, da Silva Té D, Rodkjaer L, Oliveira I, Medina C, Barfod T, *et al*. Barriers and facilitators to antiretroviral therapy adherence among patients with HIV in Bissau, Guinea-Bissau: A qualitative study. *Afr J AIDS Res*. 2013;12(1):1-8. DOI: <https://doi.org/10.2989/16085906.2013.815405>
11. WHO Africa. *West & Central Africa HIV catch-up - WHO in an era of transformation*. Brazaville: World Health Organization – African Region; 2023. Available at: <https://www.afro.who.int/publications/west-central-africa-hiv-catch-who-era-transformation> 10 October 2025)

12. Tetteh JK, Frimpong JB, Budu E, Adu C, Mohammed A, Ahinkorah BO, Seidu AA. Comprehensive HIV/AIDS knowledge and HIV testing among men in sub-Saharan Africa: a multilevel modelling. *J Biosoc Sci.* 2022;54(6):975-990. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0021932021000560>
13. Ijaiya MA, Anibi A, Abubakar MM, Obanubi C, Anjorin S, Uthman OA. A multilevel analysis of the determinants of HIV testing among men in Sub-Saharan Africa: Evidence from Demographic and Health Surveys across 10 African countries. *PLOS Glob Public Health.* 2024;4(5):e0003159. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0003159>
14. Teshale AB, Yeshaw Y, Alem AZ, Ayalew HG, Liyew AM, Tessema ZT, Tesema GA, Worku MG, Alamneh TS. Comprehensive knowledge about HIV/AIDS and associated factors among women of reproductive age in sub-Saharan Africa: a multilevel analysis using the most recent demographic and health survey of each country. *BMC Infect Dis.* 2022;22(1):130. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12879-022-07124-9>
15. Ramos NNV, Fronteira I, Martins MDRO. Comprehensive Knowledge of HIV and AIDS and Related Factors in Angolans Aged between 15 and 49 Years. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(19):6816. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph20196816>
16. Sabo, K.G., Seifu, B.L., Kase, B.F. *et al.* Factors influencing HIV testing uptake in Sub-Saharan Africa: a comprehensive multi-level analysis using demographic and health survey data (2015–2022). *BMC Infect Dis.* 2024;24:821. <https://doi.org/10.1186/s12879-024-09695-1>
17. Fenny A, Kusi A, Adu-Gyamfi Y, et al. Determinants and Distribution of Comprehensive HIV/AIDS Knowledge in Ghana. *Glob J Health Sci.* 2017;9(12):32-40. DOI: <https://doi.org/10.5539/gjhs.v9n12p32>
18. Jooste, S., Mabaso, M., Taylor, M. *et al.* Socio-economic differences in the uptake of HIV testing and associated factors in South Africa. *BMC Public Health.* 2021; 21, 1591 DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11583-1>
19. Agegnehu CD, Tesema GA. Effect of mass media on comprehensive knowledge of HIV/AIDS and its spatial distribution among reproductive-age women in Ethiopia: a spatial and multilevel analysis. *BMC Public Health.* 2020;20(1):1420. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09536-1>
20. UNAIDS. *The path that ends AIDS – 2023 Global AIDS update.* Geneva: UNAIDS; 2023. Available at: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2023/global-aids-update-2023> (10 October 2025)
21. Bandim Project. Available at: <https://www.bandim.org/> (10 October 2025)
22. Hlongwa M, Mashamba-Thompson T, Makhunga S, Hlongwana K. Barriers to HIV testing uptake among men in sub-Saharan Africa: a scoping review. *Afr J AIDS Res.* 2020;19(1):13-23. DOI: <https://doi.org/10.2989/16085906.2020.1725071>

23. Adugna DG, Worku MG. HIV testing and associated factors among men (15-64 years) in Eastern Africa: a multilevel analysis using the recent demographic and health survey. *BMC Public Health*. 2022;22(1):2170. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14588-6>
24. Green DP, Groves DW, Manda C. A Radio Drama's Effects on HIV Attitudes and Policy Priorities: A Field Experiment in Tanzania. *Health Education & Behavior*. 2021;48(6):842-851. DOI: <https://doi.org/10.1177/10901981211010421>
25. Hosaka, K.R.J., Mmbaga, B.T., Gallis, J.A. *et al.* Feasibility and acceptability of a peer youth led curriculum to improve HIV knowledge in Northern Tanzania: resilience and intervention experience from the perspective of peer leaders. *BMC Public Health*. 2021; 21, 1925. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11876-5>