

2. CRENÇAS EM RELAÇÃO AO HIV/SIDA EM ADOLESCENTES DAS CIDADES DE MAPUTO, BEIRA E LICHINGA

Beliefs About Hiv/Aids Among Adolescents In The Cities Of Maputo, Beira And Lichinga

Benvindo Samuel Maloa⁴

Resumo

O estudo analisa as crenças em relação ao HIV/SIDA nos alunos das cidades de Maputo, Beira e Lichinga. Participaram 357 alunos, com idade mínima ~~foi~~ de 12 anos e máxima de 27 anos, sendo a média de 17 anos, com um DP (desvio padrão) de 2,3. Para a coleta de dados foram utilizados o Questionário Sociodemográfico e o Questionário de Crenças em relação ao HIV/SIDA. Entre as crenças que têm a ver com as ações de prevenção do HIV/SIDA e sobre os sujeitos com risco de infecção pelo vírus, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Na Beira compartilha-se mais a crença de que os seropositivos ficam doentes durante muito tempo. No desenho e implementação das ações de prevenção e mitigação do HIV/SIDA devem ter-se em conta as particularidades socioculturais das regiões e cidades do país, por causa de sua grande diversidade.

Palavras-chave: HIV/SIDA; Educação para a saúde; Crenças; Atitudes.

Abstract

The study analyzes beliefs about HIV / AIDS among students in the cities of Maputo, Beira and Lichinga. Participants included 357 students. Minimum age was 12 years and maximum, 27 years, mean 17 years, with a SD (standard deviation) of 2.3. For the data collection, the Sociodemographic Questionnaire and the Beliefs Questionnaire regarding HIV / AIDS were used. Between the beliefs that have to do with HIV / AIDS prevention actions and those who may be infected by the virus, no statistically significant differences were found. In Beira she shares more with beliefs that HIV-positive people are sick for a long time. The design and implementation of HIV / AIDS prevention and mitigation actions should take into account the sociocultural particularities of the regions and cities of the country, because of their great diversity.

Keywords: HIV / AIDS; Health education; Beliefs; Attitudes.

INTRODUÇÃO

A pandemia do HIV/SIDA atinge, em grande escala, os países subdesenvolvidos. A África Subsaariana é constituída, na sua maioria ~~parte~~, por países pobres, que, há algum tempo, vêm sendo severamente devastados pelos efeitos da pandemia. Estima-se que cerca de 34 milhões de pessoas vivem com o HIV/SIDA, das quais 23,5 milhões estão na África Subsaariana. A UNAIDS (2012)

⁴ Doutor em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia, Coordenador do Programa de Doutorado em Psicologia Educacional na Faculdade de Educação e Psicologia da UP-Maputo. bmaloa@up.ac.mz

assinala que a África Subsaariana é a mais afetada, porque mais de 69% de todas as pessoas que vivem com HIV/SIDA residem nessa região.

Os dados mostram que há uma forte relação entre a pobreza e o HIV/SIDA. Uma simples comparação entre os dados epidemiológicos desta região e de outras mais desenvolvidas apresenta diferenças significativas nos padrões de manifestação da epidemia. A título de exemplo, na América do Norte estimava-se, em 2011, uma prevalência de 1,4 milhão de adultos e crianças vivendo com o HIV/SIDA, enquanto este número alcançava cifras de 23,5 milhões na África Subsaariana (UNAIDS, 2012).

Quanto aos novos casos de infeções, estima-se que, em 2011, tenham sido registradas 2,5 milhões de novas infeções pelo vírus em crianças e adultos no mundo, dos quais cerca de 1,8 milhão na África Subsaariana (UNAIDS, 2012). Segundo a UNAIDS (2008), do total geral de 2,1 milhões de falecimentos de adultos e crianças na África Subsaariana, 1,6 milhão foi por SIDA e estima-se que haja 11,4 milhões de crianças órfãos e vulneráveis.

Um fator a ter em conta para explicar as altas taxas nessa região são as crenças das pessoas sobre as causas das diferentes enfermidades, uma vez que as crenças podem influenciar as atitudes e comportamentos das pessoas.

1. As Crenças

As Crenças resultam do conhecimento que temos de nós próprios e dos outros objetos e fenómenos. Elas, contudo, nem sempre correspondem, de maneira objetiva, ao conhecimento que temos sobre um dado fenómeno. Antes do ano 2000, por exemplo, havia uma crença generalizada de que nesse ano ocorreria o fim do mundo. Muita gente acreditava nisso (Roberts & Albarricin, 2005).

A exposição frequente a programas de televisão como a novela, por mais que as pessoas tenham a capacidade de diferenciar o que é real do que é ficção, pode influenciar o julgamento das pessoas. Parece que as novelas, por mais que sejam fictícias, em algumas situações tendem a influenciar fortemente a maneira como as pessoas fazem os seus juízos ((Roberts & Albarricin, 2005).

As crenças também podem ser formadas através de motivos. Existem várias motivações, as pessoas podem estar motivadas em manter uma boa imagem ou em ~~para~~ acreditar num mundo

justo. Estes motivos, de certa maneira, podem influenciar na formação das nossas crenças. Se as pessoas acreditam num mundo justo, por exemplo, podem ter a crença de que todos aqueles que estão sofrendo uma determinada enfermidade são responsáveis por isso. Contudo, e se sabe que isso não é verdade, que alguém pode estar infectado pelo HIV porque precisou de transfusão de sangue e, nesse procedimento, por um erro no rastreio, ele ficou infectado. *Para mudar essa crença da responsabilidade individual por ter se infectado com o HIV, a crença central, do mundo justo, em última análise deveria ser mudada.*

A formação das crenças deve ser vista de uma maneira multidimensional, tendo em conta os aspetos cognitivos, afetivos, biológico e socioculturais (Pataro, 2007). Fishbein e Ajzen (1975) fazem uma classificação de três tipos distintos de crenças e cada uma delas é formada de uma maneira diferente. As crenças descritivas formam-se mediante a interação com determinado indivíduo. Podemos formar crenças em relação a esse indivíduo, em termos, por exemplo, de pontualidade, honestidade. Mas não temos oportunidade de presenciar todos os acontecimentos ou fenómenos a respeito dos quais temos crenças. Podemos ler alguma informação no jornal e acreditar naquilo que lemos, mesmo sem tê-lo presenciado, essas são as crenças inferenciais.

Acreditamos, por exemplo, que o nazismo foi um sistema bastante brutal, nós acreditamos isso hoje, mesmo sem tê-lo presenciado. Kruger (1986) afirma que as crenças podem ser qualificadas como opiniões, boatos, dogmas, convicções e estereótipos, sendo que estes últimos podem ser entendidos como crenças amplamente compartilhadas a respeito de um grupo de pessoas.

A crença também é uma expressão de solidariedade com a fé e com a autoridade da Igreja (Lloyd, 2004). A Igreja católica no tempo colonial tinha a missão de fazer com que os indígenas (moçambicanos nativos) fossem submissos aos ideais do colonialismo, isso era ensinado nas escolas a cargo desta, bem como na catequese. Não obedecer aos ideais do colonialismo português era considerado pecado. Nesse sentido, a Igreja aparece atrelada a Deus e, por outro lado, ao governo português. Com este esquema, muitos moçambicanos converteram-se à Igreja católica, “abandonando” as religiões classificadas como animistas.

As crenças podem ser preditoras de comportamento. Uma pessoa se sente cansada, e para se livrar do cansaço acredita que tomando café acaba com o cansaço. Se não tiver nenhuma

contraindicação para ingerir café e no local onde estiver houver café à disposição, poderá tomar para se livrar do cansaço. Nesse sentido, podemos dizer que as crenças podem funcionar como reguladores do comportamento.

O nosso conservadorismo é tal que, mesmo havendo evidência contraditória, seremos certamente lentos para alterar o contexto de significação do qual essa evidência faz parte (Cabral, 2004). Pode haver evidências de que o uso de preservativo previne a transmissão de infecções sexualmente transmissíveis, mas este conhecimento vai contra as crenças de como a prática sexual deve ocorrer, por exemplo, nas sociedades moçambicanas. Isso é notável em máximas como: “Fazer sexo com preservativo é comer banana com casca”. O significado dessa metáfora é que uma relação sexual com o uso do preservativo não seria prazerosa.

Há evidências de que relações sexuais não protegidas conduzem a infecções. Mesmo convivendo com um amigo, familiar ou conhecido que padece de uma ITS, a mudança para que o uso preservativo seja adotado efetivamente como meio de proteção torna-se difícil para muitas pessoas ou leva muito tempo para acontecer.

A questão do uso de preservativo como forma de prevenção do HIV é proposta pelo conhecimento científico. O problema é que todas as sociedades tentam ou têm um conhecimento já formulado de como entendem o mundo e, minimamente, têm os mecanismos de fazer face a essas ameaças. Todos nós, em todo o mundo, estamos certos de que o mundo corresponde largamente ao entendimento que dele temos (Toren, 2004). Esse entendimento pode não ser verdadeiro, mas é o que as pessoas têm num determinado contexto cultural.

Rejeitar esse entendimento e aliar-se a outro gera um problema fundamental, pois estaria agindo contra a hegemonia. Não raras vezes, nos hospitais públicos de Moçambique, numa situação de doença sem cura, a equipe médica aconselha ao paciente que vá procurar um curandeiro. O pessoal médico está munido de conhecimentos científicos e técnicos, muitas vezes impostos pelo Ocidente. Uma situação em que esses conhecimentos se mostram não eficazes, o recurso ao conhecimento “tradicional” muitas vezes é indicado, de maneira informal, na relação médico-paciente.

Portanto, a produção de sentido é um processo histórico, o mundo é repositório de sentidos que criamos (Toren, 2004). Por isso, para que um programa de intervenção seja efetivo, deve ser inclusivo e, para tal, é necessário que os beneficiários participem do seu desenho, implementação e monitoramento, o que raramente acontece.

Quando os beneficiários de uma determinada intervenção não participaram do desenho dessa intervenção significa que está-se a considerá-los como agentes passivos, agentes que não teriam como lidar com os seus próprios problemas. Nessas situações, a possibilidade de adotar o que é proposto pelas intervenções, por vezes, pode ir contra os seus ideais. É importante que sejam adotados mecanismos para que a participação deles seja efetiva, pois essa seria uma maneira de tornar os programas de intervenção mais próximos à realidade.

Os programas de intervenção contra o HIV/SIDA são suportados por doações de financiadores estrangeiros, organizações não-governamentais em parceria com o governo Moçambicano. Essas organizações não só trazem o financiamento, mas também o conhecimento a ser implementado, como condição do financiamento ao projeto. Essas condições, em geral, criam o conflito entre o conhecimento internacional e o local. A maneira de ver o mundo das organizações internacionais, organizações nacionais e os beneficiários da intervenção, muitas vezes, é diferente. Para que as intervenções sejam eficientes é crucial a colaboração entre os vários atores do processo (Aveling, 2011).

O conhecimento não pode ser transferido de forma linear, como muitos doadores podem propor, por serem experiências bem-sucedidas noutros contextos, visto que uma intervenção pode não funcionar da mesma maneira em contextos diferentes. O conhecimento deve ser adequado ao contexto, tendo em conta as visões do mundo dos beneficiários e os seus interesses. Com isso, não queremos dizer que as crenças que atentem ao bem-estar, ou que facilitem a propagação de Infecções de Transmissão Sexual, devem ser mantidas, mas sim, deve haver uma negociação, aproveitando-se o que é benéfico e deixando de lado o prejudicial.

Vários estudos apontam que, se a intervenção não tiver em conta o contexto, muitas vezes, fracassa. No Camboja, por exemplo, as intervenções eram financiadas por doadores externos e, em função disso, eram adotadas práticas que foram bem-sucedidas em outros países. O caso da

estratégia de que se deveria sensibilizar as pessoas de alto risco, nesse caso, prostitutas e homens que fazem sexo com outros homens. A intervenção foi considerada um fracasso, dado que o número de novas infeções continuou a subir e os resultados apontam que metade das novas infeções ocorre em mulheres casadas (Aveling, 2011). Neste contexto percebe-se que as infeções não ocorrem em grupos específicos.

Assim, por exemplo, emancipação da mulher moçambicana é outro exemplo a ser evidenciado. Várias campanhas foram e estão sendo levadas a cabo com vista a estabelecer direitos iguais entre homens e mulheres. Várias políticas adotando a discriminação positiva estão sendo implementadas para garantir mais vagas nas escolas para as mulheres, programas de bolsas de estudo que priorizam às mulheres, entre outras ações. Essas ações põem em conflito as mulheres, principalmente as do meio rural. Em parte, elas querem aderir aos ideais da emancipação e, por outro lado, não querem ser mal interpretadas pelos seus familiares como pessoas de comportamento desviante. O contexto em que elas vivem tem uma expectativa de que venham a ser mulheres casadas, procriadoras e submissas aos maridos. Aqui, depreende-se a contradição do conhecimento internacionalmente difundido e o localmente existente, portanto uma aproximação, negociação entre o conhecimento internacional e o local parece ser a via para evitar situação de conflito à que muitas mulheres podem estar expostas.

O objetivo do estudo é de analisar as crenças em relação ao HIV/SIDA nos alunos das cidades de Maputo, Beira e Lichinga. Partiu-se da hipótese de que os alunos da cidade de Maputo, por ser mais desenvolvida, apresentariam crenças menos inaccuradas em relação aos da Beira e Lichinga.

2. Metodologia do Estudo

Participaram desta pesquisa 357 estudantes, 157 homens e 205 mulheres das cidades de Maputo, Beira e Lichinga. A idade mínima dos participantes foi de 12 anos, a máxima, 27 anos, sendo a média 17 anos, com um DP (desvio padrão) de 2,3. Em Maputo, a idade média foi de 17 anos, com DP de 2,7; idade mínima de 12 anos e máxima de 27 anos; na cidade de Beira, a idade média foi também de 17 anos, DP de 1,1, idade mínima de 14 anos e máxima de 18 anos; e, por último, em Lichinga, a idade média também foi 17 anos, DP 2,7, idade mínima de 14 anos e a máxima de 26 anos.

Questionário sobre crenças em relação ao HIV/SIDA

Este instrumento foi elaborado para o presente estudo e contempla questões relativas às crenças sobre a origem do HIV/SIDA, o tratamento e a sua cura. O questionário contém 24 itens.

Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico, onde foram colhidos dados referentes à região, sexo, idade, religião e a participação ou não nas ações de sensibilização em face do HIV/SIDA.

3. Resultados e Discussão

Na presente seção são analisadas as crenças relativas à cura, às origens, às ações de prevenção do HIV/SIDA, à possibilidade de ser infetado pelo vírus HIV, bem como as características dos seropositivos.

O quadro 1 apresenta crenças relativas à cura da SIDA, por cidade. O entendimento básico a respeito desta crença se fundamenta na suposição de que se as pessoas acreditam que a SIDA tem cura podem não se interessar em adotar medidas de prevenção.

Quaro 1. *Crenças sobre A Cura da SIDA por Cidade*

Crenças	<i>Cidade</i>			
	Maputo	Beira	Lichinga	<i>P</i>
	N (%) (VE)	N (%) (VE)	N (%) (V)	
Os curandeiros podem curar a SIDA.	7 (4.6) (6.6)	5 (4.3) (5.0)	3 (3.7) (3.5)	.73
Ter relações sexuais com uma mulher virgem cura a SIDA.	4 (2.6) (4.7)	6 (5.0) (3.7)	1 (1.2) (2.6)	.50
Se um soropositivo se converter a certas religiões pode se curar da SIDA.	17 (11.2) (14.7)	10 (8.5) (11.3)	7 (8.5) (7.9)	.84
Os antirretrovirais só pioram o estado de saúde dos soropositivos.	8 (5.3) (15.3)	18 (15.7) (11.6)	9 (11.3) (8.1)	.01

Legendas: N = quantidade de respostas afirmativas; % = porcentagem de respostas afirmativas; VE = valor estatisticamente esperado; p = nível de significância, mensurado pelo teste do qui-quadrado.

Como se pode verificar no Quadro 1, a crença de que os antirretrovirais só pioram o estado de saúde dos seropositivos é mais acolhida na cidade da Beira em relação às cidades de Maputo e Lichinga, ($\chi^2_{(2)} = 18.51, p < .01$), embora, apenas 15.7% das pessoas acolham essa crença.

A evidência científica mostra que, até o presente momento, a SIDA não tem cura e que os antirretrovirais concorrem para melhoria da qualidade de vida dos seropositivos. Contudo, os antirretrovirais têm efeitos colaterais quando não se cumpre rigorosamente o tratamento.

Para além dos esquemas de tratamento que devem ser seguidos de uma forma correta, eles necessitam de um suporte nutricional e psicológico que nem sempre está disponível em todas as cidades, o que contribui para que se compartilhe mais a crença de que os antirretrovirais só pioram o estado de saúde dos soropositivos.

O fato de os efeitos negativos da SIDA estarem presentes quase em todas as cidades de Moçambique, a avaliar pelo número de crianças órfãs, traz a certeza de que a SIDA existe. Embora não se compartilhe a crença de que ela não tenha cura, principalmente no meio rural, porque seria o mesmo que mostrar que a medicina tradicional é impotente perante certas enfermidades. Muitas culturas dificilmente desacreditam as suas crenças. Uma das estratégias para perpetuar as crenças é desacreditando-se a ciência (Kalichman, Eaton e Cherry, 2010).

Todas as culturais são dinâmicas, no tocante ao HIV/SIDA, vista como doença com cura principalmente no meio rural. Atualmente parece haver uma estruturação dessa crença muito compartilhada de que os curandeiros curam todas as doenças independentemente de quais sejam (Gomes, 2007). Essa crença tende a mudar em parte através de experiências que se têm com os doentes da SIDA.

Tais experiências estão ligadas com situações em que as tentativas de cura de doenças da SIDA difundidas pelos curandeiros redundaram em fracasso. Essas experiências são diretas e não permitem de certa maneira a reestruturação das crenças.

Poucas pessoas acolhem a crença de que manter relações sexuais com uma mulher virgem cura o indivíduo da SIDA; no presente estudo, em relação a este aspecto, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas três cidades em estudo. Poucas pessoas compartilham essa crença, apenas quatro pessoas na cidade de Maputo, seis na cidade da Beira e uma na cidade de Lichinga.

A crença de que se um seropositivo se converter a certa religião pode se curar da SIDA é pouco compartilhada nas três cidades em estudo, embora quando alguém se sabe infectado pelo vírus HIV/SIDA pode vir a fazer uma reestruturação das suas crenças religiosas.

No início da política de massificação do acesso aos antirretrovirais, muitos pacientes da SIDA experimentaram efeitos colaterais e falência terapêutica, em parte, influenciados pela fraca segurança alimentar, bem como pelo abandono dos esquemas terapêuticos adotados pelo Ministério da Saúde. Esses fatos devem ter contribuído para a massificação da crença de que os antirretrovirais são venenosos, tal como fazem as teorias conspiratórias ao atacarem os cientistas. Uma maneira de se fazer isso é apontar com insistência os erros cometidos pelos pesquisadores do HIV/SIDA, invalidando, desse modo, todo o conhecimento científico produzido sobre o HIV/SIDA (Kalichman, Eaton e Cherry, 2010).

Em relação aos antirretrovirais, por exemplo, as teorias conspiratórias concentram-se mais nos efeitos colaterais, ignorando os que ajudam a prolongar a vida dos seropositivos, fazem com que haja um decréscimo de hospitalização por doenças relacionadas ao HIV/SIDA. As teorias conspiratórias funcionam como propaganda que destrói os saberes científicos sobre uma determinada doença; no caso específico, o fato de não acreditar-se que a SIDA não tem cura, pode influenciar uma grande quantidade de pessoas que passam a compartilhar essa crença (Kalichman, Eaton e Cherry, 2010).

Em seguida, passamos a analisar as crenças relativas às origens do HIV/SIDA. O quadro 2 apresenta crenças relativas às origens do HIV/SIDA, em função da cidade dos participantes.

Quadro 2: *Crenças Sobre Origens da SIDA, por Cidade*

	Cidade			
	Maputo	Beira	Lichinga	

Crenças	N (%) (VE)	N (%) (VE)	N (%) (VE)	P
A SIDA veio como punição de DEUS por causa da falta da moral das pessoas.	55 (35.9) (49.2)	39 (33.9) (37.0)	18 (22.5) (27.7)	.03
O HIV foi criado por alguém num laboratório.	12 (7.9) (18.2)	17 (14.4) (14.1)	13 (16.0) (9.7)	.19
A SIDA foi criada para dizimar os negros.	4 (2.6) (4.8)	3 (2.5) (3.7)	4 (4.9) (2.5)	.87
A SIDA surgiu pelos maus hábitos higiênicos dos Europeus nas relações sexuais.	18 (11.9) (17.2)	15 (12.6) (13.6)	7 (8.6) (9.2)	.57
O HIV foi inventado no sentido de alargar a venda dos preservativos feitos nos países Europeus e vendidos em África.	10 (6.5) (14.8)	16 (13.7) (11.3)	8 (9.9) (7.8)	.09
O vírus HIV foi inventado pelos brancos no sentido de dizimar os negros e depois ficar com as suas terras já que o colonialismo acabou.	6 (3.9) (9.6)	10 (8.6) (7.3)	6 (7.2) (5.2)	.57

Legendas: N = quantidade de respostas afirmativas; % = percentagem de respostas afirmativas; VE = valor estatisticamente esperado; *p* = nível de significância, mensurado pelo teste do qui-quadrado.

Na cidade de Maputo, compartilha-se mais a crença de que a SIDA veio como punição de Deus por causa da falta da moral das pessoas, comparativamente a Beira e Lichinga, como se pode constatar no Quadro 2 ($\chi^2_{(2)} = 10.48, p < .05$). Esta crença possui uma aceitação relativamente alta em todas as cidades, quando comparada com as demais, 35% x 33.9% x 22.5%, para as cidades de Maputo, Beira e Lichinga, respetivamente.

À medida que se tem a crença de que Deus existe, formam-se outras derivadas da central, a de que Ele é responsável pela proteção dos males, bem como pela punição daqueles que se desviam das normas estabelecidas por uma determinada religião.

Existe a hegemonia do conhecimento científico que explica as origens das doenças, porém parece que a explicação do surgimento das doenças em bases teocêntricas prevalece, pois estas

fazem parte das crenças das pessoas. Os dados nos levam a pensar sobre a representação de Deus nessa sociedade.

Os ocidentais são vistos como tendo interesses pelas riquezas da África. Houve o tempo da escravidão, quando muitos africanos foram trabalhar como escravos em vários países das Américas. Houve o processo de colonização, quando muitos africanos foram submetidos, mesmo na África, a trabalhos forçados de construção das cidades, vias de comunicação, entre outros grandes empreendimentos.

Os fatores anteriormente arrolados contribuem para que se tenha um olhar de suspeita em relação aos brancos do Ocidente. Desse modo, a crença de que o HIV/SIDA foi criado para dizimar os negros, já que essa é uma prática sentida no tempo da escravidão, da colonização e do *apartheid*. Não acontece apenas com o HIV/SIDA, como também com outras enfermidades são reportados casos de recusa e mesmo de conflitos com os ativistas que propõem atos de prevenção ou de cura de determinadas doenças. Um caso recorrente é o da cólera por ser uma doença que mata rapidamente. A proposta do tratamento de água com cloro ou outro medicamento, como forma de evitar a propagação das doenças, tem sido interpretada como sendo o que causa a cólera.

Vários mecanismos são adotados com o intuito de se proteger as maldades do Ocidente, mesmo que a ciência mostre os fatos, mas essa ciência resulta do Ocidente. Na era colonial eram pilhadas as riquezas da África, manufaturadas no Ocidente, e depois esses produtos eram vendidos na África a preços altos, o que contribui para acolher a crença de que, o HIV/SIDA é uma doença inventada com o objetivo de vender os preservativos produzidos no Ocidente, porque são propostos como meios de proteção contra o HIV/SIDA. Ainda que no presente estudo a adesão a essa crença tenha sido muito baixa: apenas 6.5% x 13.7% x 9.9% para as cidades de Maputo, Beira e Lichinga, respetivamente.

Apenas no que tange à crença de que a SIDA veio como punição de Deus, por resultante da falta da moral das pessoas, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, como pode ser observado na Tabela 2. Entre os alunos da cidade de Maputo compartilha-se mais essa crença, seguidos pelos da cidade da Beira e por último os da cidade de Lichinga.

Em geral, a adesão a outras crenças relativas às origens do HIV/SIDA foi muito baixa em todas as cidades, como pode ser observado na Tabela 2. Em seguida, são analisadas crenças sobre as ações de sensibilização frente ao HIV/SIDA.

O quadro 3 apresenta crenças sobre as ações de prevenção da SIDA, por cidade dos participantes.

Quadro 3. *Crenças Sobre as Ações de Prevenção da SIDA, por Cidade*

Crenças	Cidade			
	Maputo	Beira	Lichinga	<i>P</i>
	N (%) (VE)	N (%) (VE)	N (%) (VE)	
A promoção do uso de preservativo não reduz o HIV/SIDA, incita a práticas sexuais.	42 (27.8) (48.3)	35 (29.9) (37.4)	34 (43.0) (25.3)	.08
Ensinando crianças sobre o uso do preservativo encoraja-se-lhes para que pratiquem o sexo precocemente.	45 (29.8) (47.0)	35 (30.2) (36.1)	28 (35.0) (24.9)	.91
Os preservativos contêm o vírus do HIV, que foi introduzido de maneira propositada para dizimar os Africanos.	5 (3.3) (7.8)	8 (6.8) (6.0)	5 (6.0) (4.2)	.14
O HIV não se contrai na primeira relação sexual.	31 (20.7) (43.8)	42 (36.2) (33.9)	29 (34.9) (24.3)	.13
O curandeiro pode proteger o indivíduo de se contaminar pelo HIV durante a relação sexual com um parceiro sexual infectado, fazendo com que o homem perca o desejo de fazer sexo.	21 (13.8) (23.3)	22 (18.8) (17.9)	11 (13.3) (12.7)	.33

Legendas: N = quantidade de respostas afirmativas; % = percentagem de respostas afirmativas; VE = valor estatisticamente esperado; *p* = nível de significância, mensurado pelo teste do qui-quadrado.

Como pode ser constatado no Quadro 3, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas crenças em relação aos programas de prevenção do HIV/SIDA em função da cidade dos participantes. A nossa hipótese era a de que na cidade de Maputo poderiam ser compartilhadas crenças menos inaccuradas em relação às cidades de Beira e Lichinga.

Várias ações têm sido desenvolvidas com o objetivo de fazer face aos efeitos nefastos do HIV/SIDA. Uma das ações é a promoção do uso do preservativo como forma de prevenção do HIV/SIDA.

Falar de aspectos ligados à sexualidade é visto como tabu, razão pela qual tal ação pode ser considerada como incitadoras nos jovens de praticarem relações sexuais precocemente. Nesse sentido, a crença de que as ações apenas incitam a sexualidade pode concorrer para que sejam mal concebidas, o que poderá fazer com que os programas não surtam efeitos desejados.

Prevalece a ideia de que assuntos ligados à sexualidade são tabu. A sua abordagem aberta incitaria práticas sexuais precoces e promíscuas. A ideia é de que assuntos ligados à sexualidade deveriam ser tratados em fóruns próprios, onde os homens têm esses ensinamentos separados das mulheres, como acontece nos ritos de iniciação.

Muitas religiões são contra o uso do preservativo, que é apontado como o meio seguro da prática das relações sexuais por várias fontes de informação. Acontece que os líderes dessas religiões, na sua maioria, são acreditados e com poder de influenciar as massas ainda que, no presente estudo, não tenham sido encontradas diferenças estatisticamente significativas em função da cidade dos participantes.

Para além da experiência direta do objeto da crença, podemos acolher crenças que são tidas por uma determinada autoridade. Se uma determinada autoridade religiosa tem a crença de que a promoção do uso do preservativo incita práticas sexuais, há maior probabilidade de os crentes dessa religião acolherem essa crença (Rokeach, 1981).

Quadro 4. Crenças sobre as Características dos Soropositivos, por Cidade

Crenças	Cidade			
	Maputo	Beira	Lichinga	<i>p</i>
	N (%) (VE)	N (%) (VE)	N (%) (VE)	
As pessoas com SIDA são sempre muito magras e com saúde debilitada.	44 (28.9)	33 (28.0)	23 (28.0)	.98

	(43.2)	(33.5)	(23.3)	
Quando alguém se infecta com o vírus HIV começa a emagrecer e perder cabelo.	63 (48.0) (70.0)	64 (46.6) (54.8)	36 (50.0) (38.2)	.10
A SIDA é uma doença apenas de jovens.	4 (2.6) (7.4)	7 (6.0) (5.7)	6 (7.3) (4.0)	.13
A SIDA leva as pessoas a pensarem na morte eminente.	97 (63.8) (100)	81(69.2) (77.0)	53 (64.6) (54.0)	.59
Um seropositivo perde a vida sexual.	10 (6.6) (14.3)	15 (12.7) (11.1)	8 (9.8) (7.7)	.30
As pessoas com HIV ficam doentes durante muito tempo.	76 (49.7) (84.8)	77 (67.0) (63.7)	41 (50.0) (45.5)	.04

Legendas: N = quantidade de respostas afirmativas; % = percentagem de respostas afirmativas; VE = valor estatisticamente esperado; p = nível de significância, mensurado pelo teste do qui-quadrado.

Na cidade de Beira partilha-se mais a crença de que as pessoas com HIV-AIDS ficam doentes durante muito tempo, ($\chi^2_{(2)} = 9.59, p < .05$), como pode ser constatado na tabela 4. No início da epidemia do HIV/SIDA, sem a possibilidade de medicamentos antirretrovirais, a perda acentuada do peso e doenças prolongadas eram notórias nos doentes da SIDA. Isso fez com que se desenvolvesse a crença de que, quando uma pessoa se infecta com o vírus HIV, fica doente durante muito tempo. Essa crença pode fazer com que um indivíduo que padece de qualquer outra doença prolongada, mesmo não sendo seropositiva, seja confundida como tal e, desse modo, passar a sofrer os efeitos da discriminação.

Atualmente, nos indivíduos que seguem o tratamento com os antirretrovirais de uma forma adequada, as características de debilidade física são quase não notórias. Os seropositivos que têm a oportunidade do tratamento e um adequado suporte nutricional e psicológico vivem de uma forma normal.

Pelas características culturais da cidade da Beira, há a ideia do uso de duas linhas no tratamento das enfermidades: a linha convencional e a linha tradicional, o que contribui para que

haja maior falência terapêutica e a formação da crença de que os seropositivos ficam doentes durante muito tempo. A isto se alia o fato da cobertura do tratamento com os antirretrovirais ainda ser incipiente, o que contribui para o aumento das taxas de infecção do HIV/SIDA (INSIDA, 2010).

Para acompanhar o doente da SIDA serão necessárias mudanças na vida familiar que vão desde a alimentação e horas de sono regradas a se ter algum confidente que seja capaz de ajudar a lembrar as horas de tomar os medicamentos, o que nem todas as famílias se mostram preparadas para tal.

Estudos conduzidos por Barbieri, Machado e Figueiredo (2005) mostram que muitos familiares dos seropositivos desenvolvem a crença na morte eminente do seu parente, principalmente quando ele já desenvolveu a doença. Essa crença contribui para a formação do medo das consequências que a doença e a morte trarão, principalmente em casos onde ele é o provedor da família. Nesse sentido são necessárias ações dirigidas aos seropositivos bem como aos seus parentes com vista a levarem a bom termo os cuidados ao doente.

4. Conclusão

O objetivo do estudo foi de analisar as crenças em relação ao HIV/SIDA nos alunos das cidades de Maputo, Beira e Lichinga. A nossa hipótese era de que os alunos da cidade de Maputo, por ser mais desenvolvida apresentariam crenças menos inaccuradas em relação aos da Beira e Lichinga.

Quanto às crenças sobre as origens do HIV/SIDA, um terço dos participantes de Maputo compartilha a crença de que a AIDS veio como punição de Deus, por causa da falta da moral das pessoas. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas crenças sobre as ações de prevenção do HIV/SIDA, bem como crenças sobre quem pode vir a ser infectado pelo vírus HIV. Quanto às crenças sobre as características dos seropositivos, na cidade da Beira compartilha-se mais a crença de que os seropositivos ficam doentes durante muito tempo. A hipótese não foi corroborada.

Os programas de intervenção face ao HIV/SIDA, que visam mudar as crenças inaccuradas face a esta doença, devem se adequar a realidade de cada local onde se implementa o programa. Os líderes locais e a população alvo devem ser chamada a participar em todas etapas dos projetos.

Outros estudos, que abranjam maior número de cidades, são necessários, bem como outros níveis de ensino, uma vez que o presente baseou-se em apenas três cidades e no nível secundário.

5. Referências

- Aveling, E. (2011). Mediating between International Knowledge and Local Knowledge: The Critical Role of Local Field Officers in an HIV Prevention Intervention. *Journal of Community & Applied Social Psychology J. Community Appl. Soc. Psychol.*, 21(2), 95–110.
- Barbieri, A. L., Machado, A. A. & Figueiredo, M. A. C (2005). Differential Study of the Beliefs Concerning Home Care and Death among Relatives Caring for Patients with HIV/AIDS and cancer. *Psic., Saúde & Doenças*, 6(2), 157-163.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Gomes, L. L. (2007). *Representações da Masculinidade entre os Jovens em Moçambique em tempos da Sida*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.
- INSIDA (2010). Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique. MISAU, Maputo;
- Kalichman, S. C, Eaton, L., Cherry, C. (2010). “There is no proof that HIV causes AIDS’’: AIDS denialism beliefs among people living with HIV/AIDS. *J. Behav Med* 33(6), 432–440.
- Kalichman, S. C. (2009). *Conspiracy Theories, Pseudoscience, and Human Tragedy*. New York: Springer.
- Kruger, H. (1986). *Introdução à Psicologia Social*. São Paulo: EPU.
- Kruger, H. (2011). Ideologias, Sistemas de crenças e atitudes. In Camino, L., Torres A. R. A., Lima M. E. O., & Pereira M. E. (Orgs). *Psicologia Social: Temas e Teorias*. (pp. 171-213). Brasília: TechnoPolitik.
- Lloyd, G. E. R. (2004). A Questionabilidade da Crença. Em F. Gil, P., Livet & J. P. Cabral (Orgs), *O Processo da Crença*. (pp. 11- 28). Lisboa: Edições Grávida.
- Matsinhe, C. (2006). *Tabula Rasa: Dinâmica da Resposta Moçambicana ao HIV/SIDA*. Maputo: Texto Editores.
- Rokeach, M. (1981). *Crenças, atitudes e valores*. (A. M. M. Barbosa, Trad.) Rio de Janeiro: Ed. Interciência. (Obra original publicada em 1968).
- Pátaro, C. S. de O. (2007). Pensamento, Crenças e Complexidade Humana. *Ciência & Cognição*, 12, 134-149.
- Pina-Cabral, J. (2004) Os albinos não morrem: Crença e Etnicidade no Moçambique pós-colonial. In F. Gil, P. Livet & J. P. Cabral (Orgs), *O Processo da Crença*. (pp. 238- 267). Lisboa: Edições Grávida.
- Robert, S., Wyer, Jr. & Albarricin, D. (2005). Belief Formation, Organization, and Change: Cognitive and Motivational Influences. In D. Albarracin, B. T. Johnson & M. P. Zanna. (Orgs.). *The Handbook of Attitudes*. (pp. 273- 322). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
- Toren, C. (2004). Crença e Historicidade. Em F., Gil, P. Livet & J. P. Cabral (Orgs), *1. O Processo da Crença*. (221- 237). Lisboa: Edições Grávida.

- UNAIDS (2008). *África Subsahariana: Situación de la epidemia de SIDA, Resume Regional*, Geneva, Switzerland.
- UNAIDS (2010). *Global Report. HIV Epidemic*. Geneva, Switzerland. Recuperado em 05 de Setembro de 2009, de www.unaids.org.
- UNAIDS (2012). *Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2012*. Recuperado em 28 de novembro de 2012, de www.unaids.org.
- IDS epidemic*. 2012.