



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - UFBA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA - IPsi
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA-PPGPSI
MESTRADO



BENVINDO FELISMINO SAMUEL MALOA

CONHECIMENTOS E ATITUDES EM RELAÇÃO AO HIV-AIDS NAS ESCOLAS
SECUNDÁRIAS: UM ESTUDO COMPARATIVO ENTRE AS PROVÍNCIAS DE
MAPUTO E NIASSA EM MOÇAMBIQUE

SALVADOR-BA

2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

BENVINDO FELISMINO SAMUEL MALOA

CONHECIMENTOS E ATITUDES EM RELAÇÃO AO HIV-AIDS NAS ESCOLAS
SECUNDÁRIAS: UM ESTUDO COMPARATIVO ENTRE AS PROVÍNCIAS DE
MAPUTO E NIASSA EM MOÇAMBIQUE

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Emanuel Pereira

SALVADOR

2009

M257 Maloa, Benvindo Felismino Samuel
Conhecimentos e atitudes em relação ao HIV-AIDS nas escolas secundárias:
um estudo comparativo entre as províncias de Maputo e Niassa em Moçambique.
-- Salvador, 2009.
92 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Emanuel Pereira
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, 2009.

1. HIV. 2. AIDS (doença). 3. Educação - Saúde. 4. Comportamento Social – Moçambique. I. Pereira, Marcos Emanuel. II. Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.

CDD – 616.97

TERMO DE APROVAÇÃO

CONHECIMENTOS E ATITUDES EM RELAÇÃO AO HIV-AIDS NAS ESCOLAS
SECUNDÁRIAS: UM ESTUDO COMPARATIVO ENTRE AS PROVÍNCIAS DE
MAPUTO E NIASSA EM MOÇAMBIQUE

BENVINDO FELISMINO SAMUEL MALOA

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Helmuth Ricardo Krüger
Universidade Católica de Petrópolis

Prof. Dr. Antonio Marcos Chaves
Universidade Federal da Bahia

Prof. Dr. Marcos Emanuel Pereira- Orientador
Universidade Federal da Bahia

SALVADOR, 15 DE DEZEMBRO DE 2009

AGRADECIMENTOS

Expresso o meu agradecimento ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) que concedeu ajuda financeira permitindo a realização dos estudos no Brasil.

Um especial agradecimento ao Professor Marcos Emanuel Pereira, orientador do presente estudo que sempre esteve disponível a dar contribuições para a efetivação do presente trabalho.

A Universidade Pedagógica de Moçambique (UP) por ter autorizado a continuação dos meus estudos.

Aos meus pais Julião Naquaque Maloa e Ana Paula Samuel pela sua constante incentivo no sentido de cada vez mais aprofundar os meus conhecimentos.

À Coordenação, aos Professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia bem como ao Corpo Técnico Administrativo que sempre estiveram disponíveis para esclarecer e ajudar nalgumas necessidades.

A Sheila Luciano Mulembwe, pela ajuda na impressão dos instrumentos de coleta de dados. Ao tio Gabriel Luciano, pelo apoio na aplicação dos questionários.

Aos amigos André Faro e Viviane Mutti o meu muito obrigado pelas sugestões que fizeram para a melhoria do trabalho.

Aos colegas do mestrado, pela hospitalidade e ajuda na integração na UFBA, em Salvador e no Brasil em Geral.

A todos muito obrigado

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Estatísticas Regionais sobre HIV/AIDS 2001 a 2007	13
Tabela 2: Dados demográficos dos estudantes participantes, por província e sexo.....	46
Tabela 3: Dados Demográficos dos professores participantes por província	51
Tabela 4: Valores obtidos e esperados de acesso aos meios de comunicação de massa, por província	53
Tabela 5: Participação em ações de sensibilização sobre o HIV-AIDS.	56
Tabela 6: Diferença no grau de conhecimento dos professores e estudantes em relação ao HIV/AIDS por província.	60
Tabela 7: Diferença no grau de conhecimento dos professores e estudantes em relação ao HIV/AIDS por implementação do programa.	62
Tabela 8: Correlação entre as dimensões meios de transmissão, infecção e tratamento e meios de prevenção no TCCAIDS nos professores.	64
Tabela 9: Correlação entre as dimensões meios de transmissão, infecção e tratamento e meios de prevenção no TCCAIDS nos alunos.	65
Tabela 10: Diferença nas atitudes sobre o HIV/AIDS dos professores e estudantes por província.	65
Tabela 11: Diferença nas atitudes dos professores e estudantes por implementação do programa.	66
Tabela 12: Correlação entre as dimensões origens da AIDS, conhecimentos sobre a AIDS, relações com os soropositivos e a idade dos professores na EAFAIDS	67
Tabela 13: Correlação entre as dimensões origens da AIDS, conhecimento da AIDS, relações com os soropositivos e a idade dos alunos na EAFAIDS	67

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Anúncio de um curandeiro	3
Figura 2: Evolução da prevalência do HIV/AIDS	10

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS - do Inglês Acquired Immunodeficiency syndrome (ou Síndrome de Imunodeficiência Adquirida).

CNCS - Conselho Nacional de Combate ao SIDA

DP - Desvio Padrão

EAF AIDS - Escala de Atitudes Frente a AIDS

FDC - Fundação Para o Desenvolvimento da Comunidade

GATV - Gabinete de Aconselhamento e Testagem Voluntária

HIV - Vírus de Imunodeficiência Adquirida

INE - Instituto Nacional de Estatística

ITS - Infecções de Transmissão Sexual

M - Média

MEC - Ministério da Educação e Cultura

MICOA - Ministério de Coordenação do Ambiente

MISAU - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONUSIDA - Organização das Nações Unidas para o Combate ao SIDA

PEN - Plano Estratégico Nacional

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

RM - Rádio Moçambique

SSAJ - Serviços de Saúde a Adolescentes e Jovens

SSR - Saúde Sexual e Reprodutiva

TARV - Tratamento Antiretroviral

TCCAIDS - Teste de Conhecimento Científico sobre a AIDS

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo geral analisar os conhecimentos e atitudes dos alunos e professores das províncias de Maputo e Niassa face ao HIV/AIDS, nas escolas secundárias onde o programa Geração BIZ está sendo implementado e em outras onde não está sendo implementado. O primeiro fator analisado foi a província, sendo Maputo a mais desenvolvida e Niassa a menos desenvolvida. O primeiro grupo de hipóteses era de que alunos e professores da província de Maputo apresentariam conhecimentos elevados sobre o HIV/AIDS em relação aos alunos e professores de Niassa. O segundo grupo de hipóteses era de que as atitudes dos alunos e professores de Maputo seriam mais positivas para com os soropositivos em relação aos alunos e professores da província de Niassa. O terceiro é relativo ao programa Geração Biz, postulava que os alunos e professores cujas escolas estão implementando o programa teriam conhecimentos mais elevados sobre o HIV/AIDS, bem como atitudes positivas para com os soropositivos em relação àqueles que as suas escolas não estão implementando o programa. Para a coleta dos dados foram utilizados três instrumentos, o questionário sócio demográfico, o TCCAIDS e a EAFAIDS. Participaram 391 alunos e 66 professores. Os dados foram tratados pela estatística descritiva e inferencial. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, no que concerne ao primeiro fator província dos participantes nos professores, e para os alunos apenas foram encontradas diferenças significativas na dimensão infecção e tratamento no TCCAIDS. Os alunos de Maputo tiveram atitudes mais positivas em todas as dimensões na EAFAIDS em relação aos alunos de Niassa, embora estes últimos tenham tido conhecimentos elevados na dimensão infecção e tratamento na TCCAIDS. Os alunos cujas escolas estão implementando o programa obtiveram atitudes mais positivas em relação aos alunos cujas escolas não estão implementando o programa na dimensão relação com os soropositivos na EAFAIDS. Os alunos cujas escolas não estão implementando o programa apresentaram escores elevados no TCCAIDS em relação àquelas que estão implementando o programa na dimensão infecção e tratamento. Reconhecendo a importância das ações educativas para a prevenção e mitigação dos efeitos do HIV/AIDS, no presente estudo não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no TCCAIDS bem como na EAFAIDS nos alunos e professores de Maputo e Niassa, bem como os que já estão implementando e os que não implementaram o programa.

Palavras chave: HIV/AIDS, Educação para a Saúde, Atitudes sociais

ABSTRACT

The present study has as its general objective, analyse the knowledge and attitudes of students and teachers in Maputo and Niassa Provinces towards HIV/AIDS, at secondary schools where the BIZ Generation program is being implemented as well as others schools where this program is not yet being implemented. The first factor analysed was the province, where Maputo is considered the most developed province and Niassa the less developed Province. The first group of hypothesis were that students and teachers from Maputo who would have higher level of knowledge about HIV/AIDS than the students and teachers from Niassa. The second group of hypothesis was that the attitudes of students and teachers from Maputo would be more positive towards the HIV positives than the attitudes of students and teachers from Niassa Province. The third hypothesis is regarding the BIZ Generation Program, was believed that the students and teachers from schools where the program is being implemented would have higher level of knowledge about HIV/AIDS, as well as positive attitudes towards HIV positives than those, which their schools are not implementing the program. In order to collect data, three instruments were used, the social demographic questionnaire, the TCCAIDS and the EFAAIDS. 391 students and 66 teachers participated. The data was analysed according to descriptive and inferential statistic. No significant statistics differences were found, regarding the first factor, province, from the teachers, and for the students were only found significant differences in the aspects related to the infections and treatment on the TCCAIDS. The students from Maputo had more positive attitudes in all aspects on the EFAAIDS in relation the students from Niassa, although these students (Niassa) have obtained high levels of knowledge in the dimation of infection and treatment on the TCCAIDS. The students from schools where the program is being implemented, obtained more positive attitudes than the students, which their schools are not implementing the program in the dimension towards the HIV positives at EFAAIDS. The students, which their schools are not implementing the program, present high scores in the TCCAIDS than those that are implementing the program in the infection and treatment dimension. Acknowledging the importance of educative actions to the prevention and mitigation of the HIV/AIDS effects, at the present study no significant statistics differences were found on the TCCAIDS as well as on the EFAAIDS on students and teachers in Maputo and Niassa, as well as the ones that are currently implementing and those that are not implementing the BIZ Generation Program

Key words : HIV/AIDS, Education for the Heath, Social Attitudes

SUMÁRIO

Capítulo I. Apresentação	2
1.1 África Subsaariana e o HIV/AIDS	2
1.2 Objetivos.....	6
1.2.1 Objetivo Geral	6
1.2.2 Objetivos Específicos	6
Capítulo II O HIV-AIDS	8
2.1 Origens do HIV/AIDS.....	8
2.2 Prevalência do HIV-AIDS na África Subsaariana	8
2.3 Prevalência do HIV/AIDS em Moçambique	10
2.4 Um paralelo entre a situação do HIV/AIDS em Moçambique e no Brasil.....	12
2.5 Conseqüências do HIV-AIDS sobre o setor da educação em Moçambique	14
2.6 As ações do governo face ao HIV-AIDS	15
2.7 O Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV-AIDS	16
2.8 O Plano Estratégico do Ministério de Educação e Cultura no combate ao HIV-AIDS.....	17
2.8.1 O Programa Geração Biz.....	18
Capítulo III As atitudes	21
3.1 Formação das atitudes	21
3.2 Componentes das atitudes	24
3.3 Funções das atitudes	26
3.4 O modelo de ação refletida.....	27
3.5 A mudança de atitudes.....	28
3.6 As relações entre as atitudes e os comportamentos.....	30
3.7 Teorias sobre mudanças de comportamento em relação ao HIV/AIDS	33
3.7.1 Modelo de Redução de Risco em AIDS (AIDS Risk Reduction Model-ARRM).....	33
3.7.2 Modelo de Crença na Saúde (Health Belief Model).....	34
3.7.3 Teoria sociocognitiva	35
3.8 Estereótipos e HIV/AIDS em Moçambique	36
3.9 As práticas culturais e o HIV/AIDS	38
3.10 Meios de Comunicação de Massa e a Educação para a Mitigação do HIV- AIDS	42
3.11 Dificuldades na Luta contra o HIV/AIDS em Moçambique	44
3.12 Hipóteses da Pesquisa.....	47
Capítulo IV Método.....	48
4.1 Participantes	48
4.2 Instrumentos	57
4.3 Procedimentos	57
4.4 Critérios para a análise de dados	58
Capítulo V. Análise dos Dados	60
5.1. Conhecimento científico sobre AIDS, por província	60
5.2 Atitudes frente à AIDS	65
Referências	71

Capítulo I. Apresentação

Descoberto pelo cientista Robert Gallo, em 1979, o vírus HIV rapidamente se propagou pelo mundo. A AIDS, uma doença ainda sem perspectivas de cura e de origem desconhecida, causou um impacto considerável em todas as partes. As suas consequências não foram, no entanto, as mesmas em todas as paragens; em alguns lugares elas foram muito marcantes, em outros menos graves e, em alguns países as consequências foram simplesmente devastadoras. Sabe-se que a África Subsaariana é a região mais afetada no mundo pela AIDS, com cerca de 22,5 milhões de adultos e crianças infectados. Para ter uma idéia de quão alta é a incidência da AIDS em algumas regiões africanas, basta comparar com os dados da América Latina, que conta com cerca de 1.6 milhões de adultos e crianças soropositivos. (UNAIDS, 2007).

1.1 África Subsaariana e o HIV/AIDS

A África Subsaariana é a região que tem mais soropositivos e, como tal, a que mais sofre os efeitos da epidemia. Em Moçambique, por exemplo, a taxa de prevalência atual do HIV/AIDS é de 16%, extraordinariamente alta se comparada com a prevalência no Brasil, onde a taxa é de 0,6 % (UNAIDS, 2007). Uma das consequências mais funestas deste quadro pode ser facilmente inferida: o país não consegue providenciar antiretrovirais para todos que dele necessitam, o que aumenta a taxa de mortalidade e impede que os soropositivos possam ter uma vida longa e produtiva.

Com o objetivo de enfrentar o desafio da AIDS, o governo criou o CNCS (Conselho Nacional de Combate ao HIV/AIDS), órgão ao qual se atribui a responsabilidade de coordenar os vários programas de combate à epidemia. Um desses programas, implementados em algumas escolas secundárias públicas, o Programa Geração Biz, procura combater os efeitos negativos e a visão preconceituosa contra os HIV positivos, mediante a oferta de conhecimentos, a implementação de práticas para a

prevenção do HIV/AIDS e a promoção de atitudes e comportamentos positivos perante os soropositivos. Em que pese as diversas atividades e programas implementados pelo governo, os números da infecção estão cada vez mais altos.

Conforme assinala Matsinhe (2005), pouco se sabe a respeito das atitudes das pessoas têm sobre essas ações, e conseqüentemente, torna-se difícil avaliar o impacto dos programas de prevenção desta natureza. Em Moçambique, as doenças e os infortúnios geralmente são atribuídos a causas não naturais, sendo usualmente explicadas mediante o apelo a entidades espirituais, sobrenaturais e mágicas. As estratégias de intervenção parecem não levar em consideração o impacto destes fatores culturais e as diretrizes globais adotadas podem se tornar menos efetivas face aos múltiplos estereótipos e as representações sociais sobre o HIV/AIDS compartilhados pelos diversos grupos sociais. Em Maputo, por exemplo, aparecem com desenvoltura, nos jornais de grande circulação, anúncios de curandeiros que se dizem capazes de curar a AIDS.

Figura 1: Anúncio de um Curandeiro

	<p>Na casa 74Q – Célula B, em frente à esquadra, funciona um dos consultórios mais requisitados do Triunfo, bairro da cidade de Maputo.</p>
<p>Medicamentos tradicionais são a primeira linha de defesa da saúde para muitos moçambicanos</p>	<p>Na sala que cheira a incenso, Kenete Mudine trata do que promete nos anúncios de jornal: cura tuberculose e malária, soluciona problemas de azar e emprego e trata doenças oportunistas provocadas pela Sida com “antiretrovirais africanos.”</p>
	<p>Com ajuda dos espíritos, este curandeiro de 47 anos atende mais de 50 pacientes por semana.</p>
	<p>“Desde que a Sida chegou, nosso trabalho dobrou”, disse ele ao PlusNews.</p>
	<p>Juntamente com os outros cerca de 72 mil curandeiros, segundo estimativas do governo, Mudine é às vezes o primeiro – e, não raro, o único – médico a cuidar de muitos soropositivos em Moçambique.</p>
	<p>A escassez de médicos e enfermeiros aliada a um enraizamento da medicina tradicional na cultura torna o apoio dos curandeiros essencial na resposta ao HIV, que atinge 16,2 por cento dos adultos do país.</p>

As pessoas acreditam que a medicina tradicional seja mais eficaz que a convencional e, ademais, crêem que os curandeiros detêm a capacidade de curar doenças para as quais a medicina convencional não consegue encontrar remédios. A desproporção no número de médicos em relação aos curandeiros ajuda a entender esta situação, pois o país conta com aproximadamente 889 médicos e 72 mil curandeiros para tratar os mais de 20 milhões de habitantes. As pessoas têm mais facilidade de acesso aos serviços dos curandeiros do que aos médicos dos serviços públicos de saúde. Uma vez que existe um médico para 40 mil habitantes, enquanto que a oferta dos serviços dos curandeiros, também chamados médicos tradicionais, é de 230 para mil habitantes (MISAU, 2009), é de se esperar que a principal referência ou fonte de informação acerca da AIDS para a população seja a da medicina tradicional.

Ao contrário de muitos países que dispõem de serviços de informações muito abrangentes sobre o HIV/AIDS, em Moçambique pode ser detectada uma certa dificuldade em identificar as pesquisas conduzidas sobre o assunto, pois o país se ressentia da falta de um sistema de informação confiável que ofereça uma base de dados sobre as diversas pesquisas conduzidas no país. O único estudo amplamente divulgado, talvez por ter sido feito fora do país, trata-se, de uma tese de doutorado intitulada "Tabula rasa": dinâmica da resposta moçambicana contra o HIV/AIDS", onde o autor analisa as respostas do governo de Moçambique face a gravidade da pandemia e conclui que as estratégias estão a falhar porque as características culturais das diversas regiões do país não são respeitadas (Matsinhe, 2005).

A complexidade cultural em Moçambique exige medidas igualmente complexas para o desenho de programas de intervenção que respeitem e levem em consideração as diferenças entre as regiões. Fala-se, em todo o país, dezesesseis línguas distintas. No norte do país, onde mais se pratica a religião muçulmana, encoraja-se a poligamia e é bastante comum a existência de ritos de iniciação, nos quais uma importante etapa envolve a circuncisão, muitas vezes feita com um único objeto cortante para mais de uma pessoa. Silvestre um curandeiro da província de Nampula informa que aprendeu a circuncidar, como uma etapa dos ritos de iniciação em 1984, com um *nakanga* (mestre) que circuncisava até 100 crianças num mesmo dia e com o mesmo objeto. O mestre utilizava um método rude, dois ou três adultos imobilizavam a criança e ele cortava o

prepúcio (PlusNews, 2009). Em algumas comunidades esta prática ainda existe, apesar do risco que ela representa para a propagação do HIV/AIDS. No Sul, é comum o levirato, uma prática cultural que consiste no casamento da viúva com o irmão do falecido, com a finalidade de contribuir para a criação dos filhos e permitir que a esposa continue a procriar. A prática do sororato, que consiste no casamento do viúvo com uma das irmãs da falecida é também uma prática corriqueira. Não é difícil imaginar que práticas desta natureza concorram para a maior propagação do HIV/AIDS. Estas práticas se sustentam em crenças arraigadas e impõem um conjunto significativo de atitudes frente a AIDS, aos soropositivos e aos diversos tipos de intervenção patrocinados pelos programas governamentais e não governamentais.

Considerando que as atitudes são disposições favoráveis ou não favoráveis em relação aos diversos objetos atitudinais, em que medida podem ser identificadas diferenças nas atitudes frente a AIDS dos alunos e professores de duas regiões, Maputo e Niassa, nas escolas onde o Programa Geração Biz foi implementado, quando comparadas com professores e alunos de escolas nas quais ainda não ocorreu a implementação do dito programa? E estas diferenças, também se manifestam no âmbito do conhecimento?

Nos últimos anos, os índices de soropositividade são cada vez maiores e a África Subsaariana parece pagar o tributo mais pesado da doença, com 2,6 milhões de mortos, apenas no ano 1999 (MICOA, 2000). O contato da população moçambicana com países vizinhos, como a África do Sul, Malawi, Zimbabwe e Tanzânia, entre outros, com índices também elevados de prevalência, é inevitável, o que torna quase toda uma região geográfica propensa ao mesmo problema. No caso específico de Moçambique, segundo os informes associados ao Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV/AIDS 2005-2009 [PEN] (2005), estima-se que nos últimos 5 anos mais de 300 mil pessoas faleceram, como consequência de uma taxa de mortalidade proporcional por AIDS superior a 20%. A cada ano, cem mil novos casos anuais são notificados, que poderão gerar cerca de 30 milhões de dias de internamento nas unidades sanitárias, o que representa uma taxa de ocupação de cerca de 60% dos leitos hospitalares. Caso não sejam tomadas, com urgência, medidas preventivas e terapêuticas apropriadas, a situação do sistema de saúde chegará em breve aos limites da sustentabilidade. A situação dificilmente pode ser avaliada de forma otimista, pois as projeções da evolução

da prevalência nacional do HIV/AIDS mostram que se a situação continuar nos termos atuais haverá aumento de, aproximadamente, 20% dos casos em 2010 (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Humano [PNUD], 1999).

Uma das consequências mais negativas da epidemia se manifestará na esfera educacional, sendo particularmente marcante um acréscimo nos indicadores relativos às taxas de ausência de professores, funcionários e alunos das atividades escolares. Seja por sofrerem o impacto da doença, seja por se afastarem com a finalidade de exercerem o papel de cuidadores, muitos professores e estudantes que deveriam estar frequentando regularmente o ambiente escolar, serão obrigados, por razões não acadêmicas, a deixar de frequentar este ambiente. Isto é particularmente grave, por que muitos programas de intervenção são desenhados mediante intervenções oriundas a partir do contexto educacional. O objetivo do presente estudo é o de avaliar uma destas intervenções, o Programa Geração BIZ e avaliar os seus possíveis impactos sobre o grau de conhecimento e as atitudes de estudantes e professores relativas ao HIV/AIDS.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

O objetivo central deste estudo é analisar os conhecimentos e atitudes dos alunos e professores das províncias de Maputo e Niassa face ao HIV-AIDS, nas escolas secundárias onde o programa de sensibilização Geração BIZ está sendo implementado e noutras onde não está sendo implementado.

1.2.2 Objetivos Específicos

1. avaliar o nível de conhecimento sobre HIV/AIDS entre os professores das escolas secundárias da província de Maputo e os da província de Niassa;
2. avaliar o nível de conhecimento sobre HIV/AIDS entre os alunos das escolas secundárias da província de Maputo e os da província de Niassa;

3. comparar o nível de conhecimento sobre HIV/AIDS nos professores das escolas secundárias onde o projeto está sendo implementado, com o dos professores das escolas secundárias onde o projeto não está sendo implementado;
4. comparar o nível de conhecimentos sobre HIV/AIDS nos alunos das escolas secundárias onde o projeto está sendo implementado com o dos alunos das escolas secundárias onde o projeto não está sendo implementado;
5. mensurar as atitudes em relação ao HIV/AIDS dos professores das escolas secundárias de Maputo e das escolas secundárias de Niassa;
6. mensurar as atitudes em relação ao HIV/AIDS dos alunos das escolas secundárias de Maputo e os das escolas secundarias de Niassa;
7. mensurar as atitudes em relação ao HIV/AIDS dos professores das escolas secundárias onde o programa esta sendo implementado em comparação com as atitudes dos professores das escolas em que que o programa não está sendo implementado;
8. mensurar as atitudes em relação ao HIV/AIDS dos alunos das escolas onde o programa está sendo implementado em relação às atitudes dos alunos das escolas nas quais o programa não está sendo implementado.

Capítulo II O HIV-AIDS

2.1 Origens do HIV/AIDS

Até aos nossos dias, segundo o Ministério da Saúde [MISAU] (2002), pouco se sabe acerca da origem do HIV/AIDS. Nos princípios de 1980 foram diagnosticados os primeiros casos de HIV/AIDS, nomeadamente nos EUA, Europa e Austrália, entre homossexuais, o que fez com que durante muito tempo circulasse a crença de que a AIDS era uma doença exclusivamente associada aos homossexuais. No ano de 1981, o centro de controle de doenças de Atlanta, nos EUA, publicou o caso de uma doença rara, observada não só em homossexuais, mas também em viciados de drogas injetáveis. Em 1982, a doença foi denominada HIV/AIDS e a partir de 1983 passa-se a considerar a possibilidade da infecção ser transmitida por relações heterossexuais, sendo atualmente reconhecido que o HIV/AIDS pode atacar qualquer um, independentemente da orientação sexual.

Dentre as teorias aceitas sobre a origem do vírus, a mais aceita se refere ao *Cerithellicus Althops*, conhecido como macaco verde. Esta teoria admite a hipótese do homem ter contraído o vírus a partir deste animal, que em seguida se alastrou pelo mundo. O vírus HIV não provoca nenhum dano no macaco, mas no ser humano ele destrói o sistema imunológico, deixando o organismo sem defesas contra uma série de microrganismos e outros tipos de vírus que se podem desenvolver no organismo. (MISAU, 2002).

2.2 Prevalência do HIV-AIDS na África Subsaariana

A pandemia do HIV/AIDS atinge em grande escala os países subdesenvolvidos. A África Subsaariana é uma região constituída, na sua maior parte, por países pobres que há algum tempo vem sendo severamente devastados pelos efeitos da pandemia. Estima-se que cerca de 33 milhões de pessoas vivem com a HIV/AIDS, das quais 22,5

milhões estão na África Subsaariana. A Organização das Nações Unidas para o combate ao HIV/AIDS [UNAIDS] (2008) assinala que a África Subsaariana persiste como a região mais afetada pela epidemia, pois mais de 68% de todas as pessoas que convivem com HIV/AIDS residem nesta região.

Os dados mostram uma forte relação entre a pobreza e o HIV/AIDS. Uma simples comparação entre os dados epidemiológicos desta região e de outras mais desenvolvidas mostra diferenças significativas nos padrões de manifestação da epidemia. A título de exemplo, na América do Norte estimava-se, em 2007, uma prevalência de 1,3 milhões de adultos e crianças vivendo com o HIV/AIDS, enquanto este número alcançava cifras de 22,5 milhões na África Subsaariana.

Embora a pobreza possa explicar, parcialmente, estas taxas, é importante assinalar que alguns fatores socioculturais podem estar exercendo um impacto significativo nos padrões de manifestação da epidemia nesta região, pois a África Subsaariana possui várias características socioculturais que favorecem a propagação do HIV/AIDS, como os referidos casos do levirato, do sororato, da poligamia e de alguns ritos de iniciação. Isto, claro, repercute na efetividade das ações de combate à epidemia, pois, conforme assinalado no caso específico de Moçambique, os programas podem não atingir os seus objetivos por não se adaptarem às características socioculturais da população. (Matsinhe, 2005).

Quanto a novos casos de infecções, estima-se que em 2007 tenham sido registradas 2,7 milhões de novas infecções pelo vírus em crianças e adultos no mundo, dos quais cerca de 1,7 milhões na África Subsaariana. Segundo a UNAIDS (2008) do total geral 2,1 milhões de falecimentos de adultos e crianças na África Subsaariana 1,6 milhões foi por AIDS e estima-se que haja 11,4 milhões de órfãos de AIDS.

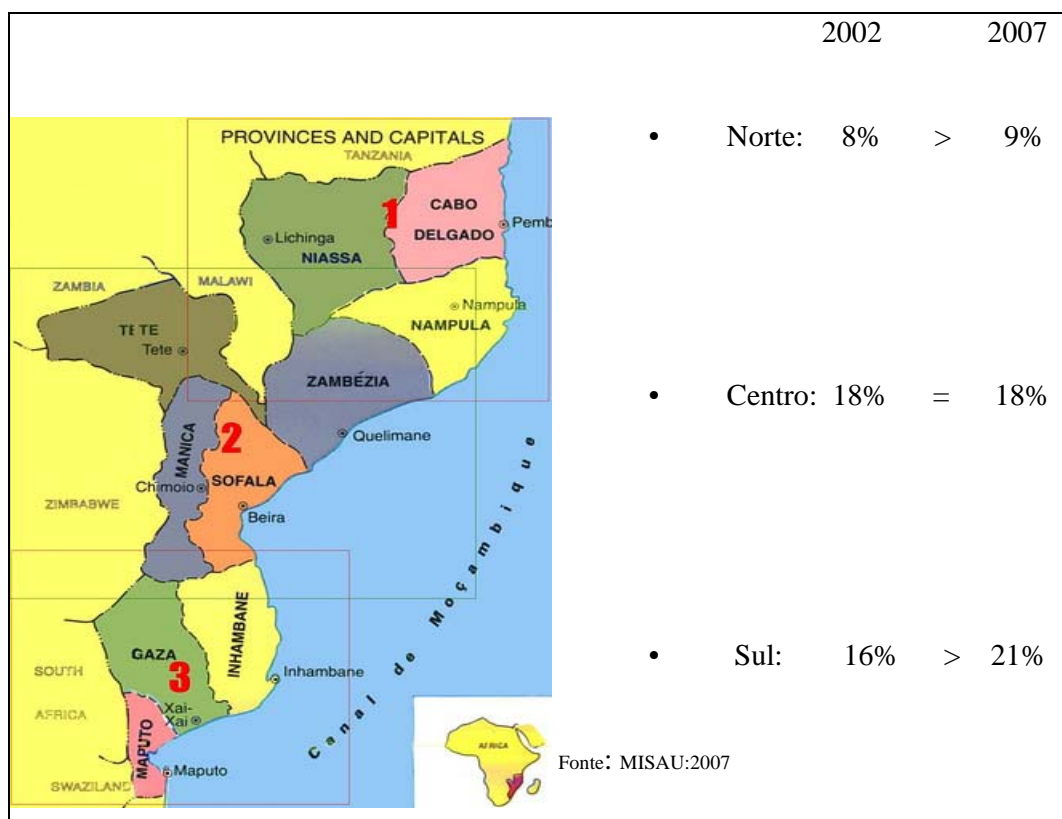
De forma preocupante, os dados mostram que há uma tendência de aumento de infecção pelo vírus e que inevitavelmente trará reflexos na economia e na sociedade. Pode-se supor, uma perda significativa de recursos humanos qualificados e experientes, o que exigirá maior rotação do pessoal e novos investimentos em formação para a manutenção do pessoal preparado para trabalhar nas organizações. A questão da AIDS não afeta

apenas a pessoa portadora do vírus, mas também a família do portador, a comunidade e, por fim, a sociedade em geral.

2.3 Prevalência do HIV/AIDS em Moçambique

Em Moçambique, a prevalência do HIV/AIDS vem aumentando de forma constante; em 2002 a taxa de prevalência foi de 13,6% e atualmente a taxa de incidência é de cerca de 16% da população (UNAIDS, 2008).

Figura 2. Evolução da prevalência do HIV/AIDS



O cenário atual evidencia que a Zona Sul, sobretudo as províncias de Gaza com 27% e Maputo com 26%, apresentam taxas mais elevadas, quando comparadas com outras províncias no país (MISAU, 2008). Na zona central estima-se uma prevalência de cerca de 23% na província de Sofala, de 19% na Zambézia, 16% em Manica e 13% em Tete. Na região Norte, a província de Cabo-Delgado apresenta 10%, seguida de Nampula 8% e, por último, Niassa com 8%.

Embora os dados acima sejam alarmantes, a situação se torna mais grave face às suspeitas de que o sistema de notificação de casos de HIV/AIDS nas unidades sanitárias de Moçambique capta apenas 9% do número real de casos. As notificações de novos casos podem se dar de duas maneiras, a passiva, mediante o acolhimento em unidades sanitárias, e a ativa, realizada pela vigilância sentinela do HIV/AIDS na população de mulheres gestantes. Nem todos os doentes procuram serviços de saúde para a condução do tratamento, nomeadamente devido aos problemas de acessibilidade, pois muitos serviços podem se localizar a trinta quilômetros ou mais do local de residência do paciente, principalmente no meio rural. Isso é agravado pela incipiente rede de transportes e vias de acesso, um fator que pode contribuir para sustentar a crença de que a medicina tradicional é melhor que a convencional, principalmente para as pessoas que moram no meio rural. Fatores semelhantes a estes dificultam que as unidades sanitárias capturem os números reais da prevalência do HIV/AIDS.

Sabe-se que atualmente um doente de AIDS pode continuar a desenvolver as suas atividades, desde que siga os cuidados médicos, como é o caso do tratamento com antiretrovirais. Moçambique, pelo seu baixo poder econômico, não consegue providenciar tratamento gratuito para todos os que necessitam. O Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV/AIDS (2005), estimou que em 2004 mais de 200 mil pessoas necessitariam do tratamento antiretroviral e, a partir destas cifras, estimou-se a incorporação de aproximadamente 310 mil casos anuais a partir de 2007.

Estes números tornam o déficit de oferta de medicações ainda mais dramático. Ademais, a oferta dos medicamentos não é, por si apenas, suficiente, pois os soropositivos também necessitam suporte psicológico e nutricional, medidas que ainda são distantes da realidade. Reconhece-se que a auto-estima, a depressão e o controle da autonomia se correlacionam com o comportamento de adesão ao tratamento de doenças crônicas (Vasconcelos, Picard e Ichai, 2003).

As pessoas, ao se saberem infectadas, podem reagir de diferentes maneiras. Um estudo realizado com o objetivo de investigar como as mulheres enfrentam o cotidiano após o conhecimento do diagnóstico, revela diferentes formas de enfrentamento relacionados à fragilidade da descoberta do diagnóstico, à necessidade de ocultar a infecção decorrente da discriminação e preconceito (Carvalho e Galvão, 2008).

Apesar de já se passarem mais de 20 anos desde a descoberta do HIV/AIDS e da implementação de diversas modalidades de intervenção, a maneira pela qual a doença é representada socialmente interfere no tratamento. Os adolescentes, por exemplo, associam o HIV/AIDS à morte, a uma fatalidade que se manifesta de forma rápida e vulnerável (Thiengo, Oliveira e Rodrigues, 2005), o que gera implicações negativas quanto ao tratamento, pois se uma pessoa acredita que se trata de uma doença grave e sem possibilidades de cura, ela pode desconsiderar as possibilidades de tratamento.

2.4 Um paralelo entre a situação do HIV/AIDS em Moçambique e no Brasil

O primeiro caso de AIDS no Brasil foi notificado em São Paulo em 1980 (Szwarcwald, Bastos, Esteves e Andrade, 2000) e em seguida no Rio de Janeiro, passando a se alastrar nos grandes centros urbanos, atingindo atualmente, todas as regiões do país. Nos países da América Latina, a AIDS se alastrou rapidamente, atingindo indiscriminadamente pessoas de todos os estratos sociais (Santos, Tayara, Silva, Buchala e Laurente, 2002; Szwarcwald, Bastos, Esteves, e Andrade, 2000). A AIDS deixou rapidamente de ser vista como uma doença que afeta apenas a determinados grupos. Na maioria dos países da África Subsaariana a AIDS nunca foi vista como sendo doença exclusivamente de homossexuais. Isto não quer dizer, necessariamente, que as pessoas tiveram conhecimentos sólidos sobre a doença, pois a AIDS era vista como doença de prostitutas e de brancos, ou seja, uma doença dos outros.

A partir de 1992 a epidemia da AIDS no Brasil passa a se alastrar rapidamente na população feminina, isto em parte influenciado pela incapacidade das mulheres em negociar a prática do sexo seguro, concretamente o uso do preservativo. (Rodrigues-Junior e Castilho, 2004). Na África, em particular em Moçambique, o HIV/AIDS atinge principalmente à população feminina, pois razões socioculturais levam as mulheres a serem educadas nos princípios de submissão aos homens, donde a decisão do uso ou não do preservativo cabe exclusivamente ao homem.

Tabela 1: Estatísticas Regionais sobre HIV/AIDS 2001 a 2007

	África Subsaariana		América Latina	
	2001	2007	2001	2007
Pessoas vivendo com HIV/AIDS	20.9 milhões	22.5 milhões	1.3 milhões	1.6 milhões
Adultos e crianças novas infecções	1.7 milhões	2.7 milhões	130.000	100.000
Prevalência em adultos %	5,8	5	0.4	0.5
Adultos e crianças falecidas	1.4 milhões	1.6 milhões	51.000	58.000

Fonte: UNAIDS, 2007

No Brasil, aproximadamente dez milhões de pessoas já tiveram algum sintoma de doenças sexualmente transmissíveis, dos quais 6,6 milhões de homens e 3,7 milhões de mulheres. Estima-se que 18% deles e 11,4% delas nunca procuram as unidades sanitárias para se submeter a algum tipo de tratamento. Sabe-se, no entanto, que as DSTs podem aumentar 18 vezes o risco de se contrair o HIV (MISAU, 2009). Por causa destes números, o Ministério da Saúde do Brasil lançou a campanha “Muito prazer, sexo sem DST”. O objetivo da campanha foi fazer conhecer à população os sintomas das DSTs, contribuindo para que esta passasse a procurar tratamento nas unidades sanitárias e informar ao seu parceiro (a) para que este (a) venha a procurar tratamento. Foram distribuídos 600 mil adesivos para banheiros, 180 mil cartazes e 60 mil cartões postais.

Em novembro de 1996 foi promulgada a Lei número 9313, conhecida como “Lei Sarney”, que dispõe sobre a obrigação do Estado em distribuir de forma universal e gratuita os medicamentos para os portadores do HIV e doentes da AIDS (MISAU, 2005). Eles são bastante benéficos, pois permitem que o vírus HIV não se multiplique rapidamente, fazendo com que os soropositivos desenvolvam as suas atividades normalmente e tenham ainda um período longo de vida.

O Brasil foi o primeiro país emergente a oferecer antiretrovirais de forma universal e gratuita para o tratamento do HIV/AIDS na rede pública de saúde. Mais de 180 mil pessoas recebem o tratamento com antiretrovirais, financiados pelo governo. A prevalência do HIV/AIDS é de 0,6% e há cerca de 630 mil pessoas vivendo com o HIV/AIDS no Brasil, segundo as estimativas da Organização das Nações Unidas. Em Moçambique, com uma população estimada em 21.284.701 (INE, 1997), a prevalência do HIV/AIDS é estimada em 16%, contabilizando-se 1.5 milhões de pessoas vivendo com o HIV/AIDS. Como se afirmou anteriormente, o Estado até o momento não

encontrou condições de oferecer tratamento universal e gratuito a todos os que necessitam dos antiretrovirais (MISAU, 2008).

No Brasil, a prevalência do HIV/AIDS tem uma tendência estacionária, pois segundo a UNAIDS (2007), se a prevalência do HIV/AIDS de indivíduos de 15 a 49 anos em 2001 era de 0,6%, estes números foram os mesmos em 2007. Em Moçambique, infelizmente, a situação não é a mesma, pois a prevalência na população de 15 a 49 anos de idade saltou de 10,3% em 2001 para 12,5% em 2007.

A parceria entre as iniciativas da sociedade civil, organizações não-governamentais e o governo, aliados à política de distribuição gratuita e universal dos antiretrovirais, bem como as campanhas de sensibilização sobre o HIV/AIDS nos diversos setores da sociedade, são apontados como um dos principais fatores que justificam o sucesso do combate ao HIV/AIDS no Brasil (UNAIDS, 2009).

2.5 Conseqüências do HIV-AIDS sobre o setor da educação em Moçambique

O setor da educação certamente enfrentará as conseqüências da ampliação do alcance do HIV/AIDS. Um único estudo a respeito do impacto do HIV/AIDS sobre o setor da educação em Moçambique foi realizado em 2000. O Plano Estratégico Nacional [PEN] (2005), no entanto, traz algumas considerações mais recentes, a respeito de três níveis de impacto da AIDS, na procura, na oferta e na qualidade do ensino em Moçambique.

No que concerne à procura, evidencia-se uma redução no número de efetivos no ensino primário do primeiro grau, que comporta da 1ª à 5ª classe. Assume-se que no período 2000-2010 haverá uma redução do número de alunos, considerando as ausências e desistências resultantes de causas indiretas relacionadas com o HIV/AIDS, a exemplo da necessidade de cuidar dos parentes doentes ou de procurar atividades alternativas para o sustento da família. Para o ensino primário do segundo grau (6ª e 7ª classes), o ensino secundário geral 8ª, 9ª e 10ª classes, bem como nos níveis técnicos de ensino, espera-se uma reduzida procura de vagas.

Quanto à oferta, estima-se que haverá uma perda por morte ou complicações decorrentes do HIV/AIDS de 17% dos professores do ensino primário do primeiro grau, correspondendo a 7.280 professores, o que representa uma perda de 18 meses de tempo produtivo de aulas por absenteísmo. Destes professores, supõe-se que apenas 16% têm formação psicopedagógica, uma vez que o país tem recrutado professores sem formação psicopedagógica para todos os subsistemas de ensino, porque os formados são poucos e não conseguem atender completamente às necessidades do sistema de ensino.

No ensino primário do 2º grau estima-se uma perda de 903 professores, o que acarretará um acréscimo na relação de proporção aluno professor, que alcançará a cifra de 54:1 (cinquenta e quatro alunos para um professor, por turma) no lugar da proporção 50:1, identificada no ano 2000. Estima-se que no ensino secundário geral, 702 professores falecerão devido à doença, o que obrigará o governo a expandir a formação dos professores, face às perdas decorrentes do HIV/AIDS.

No que se refere à qualidade do ensino, o estudo analisou a capacidade dos professores proporcionarem serviços satisfatórios e as implicações de acolher um número considerável de alunos provenientes de agregados familiares afetados pelo HIV/AIDS. Estudos de França-Junior, Dong & Stella (2006) e MEC (2005) apontam que órfãos e crianças de agregados familiares afetados pelo HIV/AIDS correm um maior risco de abandonar a escola ou a enfrentar o fracasso escolar. Afetados pelo HIV/AIDS, os alunos podem ter uma baixa auto-estima, o que se agrava devido às perdas financeiras familiares. Estima-se que esta situação global produzirá impactos na qualidade das atividades desenvolvidas pelos professores, dado que a doença afeta os índices de absenteísmo e gera impactos na estabilidade emocional de professores e estudantes.

2.6 As ações do governo face ao HIV-AIDS

Segundo o PEN (2005), para o combate do HIV/AIDS são apontadas sete estratégias prioritárias:

- a) redução do número de novas infecções, baixando do nível atual de 500 casos/dia, para 350 casos/dia nos próximos cinco anos até alcançar, em dez anos, a taxa de 150 casos/dia. Para atingir este objetivo o governo propôs desenvolver

- ações de educação e comunicação para os diferentes estratos populacionais, fazendo o uso das diferentes línguas faladas em Moçambique;
- b) transformar o combate ao HIV/AIDS numa urgência nacional;
 - c) reduzir o potencial estigmatizador e discriminatório do HIV/AIDS;
 - d) prolongar e melhorar a qualidade de vida das pessoas infectadas pelo HIV/AIDS;
 - e) reduzir as consequências do HIV/AIDS, no nível dos indivíduos, das famílias, das comunidades e das empresas, sem desconsiderar o seu impacto global;
 - f) aumentar o grau de conhecimento científico sobre o HIV/AIDS, suas consequências e as melhores práticas no seu combate; e
 - g) reforçar a capacidade de planificação, coordenação e descentralização dos mecanismos de tomada de decisão e gestão dos recursos destinados ao combate da epidemia.

Com base nessas ações, espera-se, antes de qualquer coisa, uma redução de novos casos de HIV/AIDS. Ademais, espera-se que a oferta de informações e a intensificação no nível de conhecimento acerca do HIV/AIDS, proporcione uma redução substancial nos índices de discriminação aos portadores do vírus.

2.7 O Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV-AIDS

O primeiro caso do HIV/AIDS foi diagnosticado em Moçambique no ano de 1986, logo após a Organização Mundial de Saúde (OMS) ter alertado para a manifestação da doença na África e, particularmente, ter recomendado aos países africanos a constituição de comitês de combate ao HIV/AIDS. Seguindo a esta recomendação, foi criado em Moçambique, no mesmo ano de 1986, a Comissão Nacional do HIV/SIDA, subordinada ao Ministério da Saúde.

No decurso de 1987 foram notificados os primeiros cinco casos clínicos, embora fosse de conhecimento a existência de outros casos. No período que se seguiu até o ano de 1989, o número de casos foi aumentando paulatinamente, a cada ano. Para fazer frente ao crescente número de casos e monitorar as suas manifestações, foi criado, em 1988, o primeiro posto sentinela, no Hospital Geral José Macamo, em Maputo. Em 2000, o número de postos chegou a 20 e em 2001 a 36, número que se mantém até a

presente data. Os centros sentinelas têm a função de testar as mulheres grávidas que se apresentam pela primeira vez à consulta pré-natal, no sentido de identificar a incidência do vírus na população geral. Com os postos sentinelas, o conhecimento sobre a progressão da doença evoluiu bastante. Pode-se assinalar, no entanto, que as atividades conduzidas inteiramente sob os auspícios do Ministério da Saúde não foram suficientes para fazer frente à epidemia, o que pode ter contribuído para o fracasso da estratégia de combate à AIDS, já que os outros órgãos governamentais, ao atribuírem a responsabilidade frente ao combate à epidemia exclusivamente aquele ministério, se eximiam da responsabilidade de se juntar aos esforços coletivos de combate ao HIV/AIDS. Frente a este diagnóstico, o governo de Moçambique promoveu o envolvimento de quase todas as esferas do governo e da sociedade moçambicana, donde o surgimento do Plano Estratégico Nacional de Combate as DTS/AIDS 2000-2002 (PEN I) e a posterior criação do Conselho Nacional de Combate ao SIDA (CNCS).

O PEN II (2004-2009) foi concebido como um plano mais atualizado, assentado numa perspectiva de abordagem do HIV/AIDS rigorosamente multisetorial, pois o plano abrange todos os setores públicos, a sociedade civil, o empresariado, os sindicatos, as organizações religiosas e as organizações não governamentais. O princípio central de atuação e intervenção se sustenta no entendimento de que cada setor da atividade deve desenvolver atividades de prevenção, bem como a promoção de atitudes positivas frente aos soropositivos.

2.8 O Plano Estratégico do Ministério de Educação e Cultura no combate ao HIV-AIDS

O setor da educação é o que tem maior aproximação com adolescentes e jovens, pois muitos deles estão frequentando o ensino secundário. Sabe-se que este grupo populacional é mais vulnerável à infecção pelo HIV/AIDS. Em muitos países, 60% de todos os casos de novas infecções se referem a jovens entre 15 a 24 anos (UNAIDS, 1997).

2.8.1 O Programa Geração Biz

O Programa Geração Biz possui o objetivo de expandir o acesso aos jovens de Moçambique a conhecimentos e habilidades para a vida e de serviços clínicos adequados na área de educação e prevenção em saúde sexual e reprodutiva e DST/HIV/AIDS.

Os Ministérios de Juventude e Desportos, da Educação e da Saúde coordenam as atividades, que são conduzidas nas esferas centrais, provinciais, distritais de governo e no nível das comunidades. O Programa é denominado Geração Biz, um nome escolhido pelos jovens para representar a sua geração e enfatizar o fato de que eles devem exercer o protagonismo na proteção da própria saúde sexual e reprodutiva. O termo “Biz” em Moçambique tem o significado de muita ocupação, muita preocupação. A idéia subjacente a este nome é a de que os jovens vivem em uma geração que precisa ficar muito preocupados com a prevenção da AIDS, pois esta é uma doença ainda incurável, que se expande rapidamente.

O programa, financiado pelo fundo das Nações Unidas para a População (UFPA), atingiu inicialmente a cidade de Maputo e Província da Zambézia. Em 2002, as atividades começaram nas Províncias de Gaza, Maputo e Tete e em 2003, expandiram-se para Cabo Delgado, sendo introduzida na província de Niassa no ano de 2005.

Metas do programa

A principal meta do programa é melhorar a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes, incluindo a redução na incidência de gravidez precoce, doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e HIV/AIDS dentro deste grupo populacional, promovendo atividades institucionalizadas dentro dos ministérios e multissetorialmente coordenadas, que capacitam os jovens com os necessários conhecimentos, habilidades e acesso a serviços de qualidade.

Objetivos do Programa

- favorecer um ambiente político e a consciência pública da comunidade, no nível provincial e nacional, que seja encorajador e favorável a provisão de programas de informação, educação e promoção de mudanças de comportamentos, bem como a provisão de serviços para a melhoria da SSR/ITS/HIV/AIDS;
- prover informação, educação e aconselhamento aos jovens na escola e fora dela, de forma que estes possam ampliar e aperfeiçoar os conhecimentos, as habilidades, os comportamentos e as práticas em relação à saúde sexual e reprodutiva;
- tornar acessível aos adolescentes e jovens na escola e fora dela, os serviços que satisfaçam as suas necessidades em saúde sexual e reprodutiva; e
- fortalecer os mecanismos de envolvimento dos jovens em todos os aspectos do programa, com participação importante de jovens de ambos os sexos.

O Programa Geração Biz atualmente alcança 40 distritos de seis províncias e envolve 24 organizações na sua implementação. Constitui uma rede de cerca de 3000 militantes que atingem os adolescentes e jovens com informação e habilidades através de programa implantado em mais de 170 escolas. Deste a sua concepção, o Programa Geração BIZ, vem desenvolvendo políticas e ações de prevenção, com vista a reduzir a vulnerabilidade de adolescentes e jovens moçambicanos, em três dimensões distintas:

Dimensão institucional

- oferecer serviços de saúde a adolescentes e jovens (SSAJ), Gabinetes de Aconselhamento e Testagem Voluntária (GATV);
- oferecer preservativos e outros insumos de prevenção;
- desenvolver material informativo com vista a mudança de comportamento; e
- prover formações e treinamentos.

Dimensão individual

- desenvolver habilidades para a vida, através do aconselhamento, intervenções face a face e materiais de comunicação;

- promover a solidariedade e o respeito aos portadores de HIV/AIDS; e
- oferecer serviços adequados que proporcionem as condições de reflexão e aumento do grau de consciência que estes indivíduos têm e o poder de transformação efetiva de comportamentos a partir dessa consciência.

Na dimensão social

- desenvolver estratégias de comunicação direcionadas às normas culturais, de modo a fazer uma reflexão crítica e transformadora;
- realizar pesquisas sócio-demográficas para compreender melhor o comportamento e os determinantes culturais nas práticas sociais;
- ampliar a discussão sobre o respeito à diversidade sexual; e
- estimular políticas que garantam a solidariedade e o respeito pelos portadores do HIV/AIDS.

É necessário, no entanto, submeter o programa aos esforços de avaliação permanente e continuada e, sobretudo, determinar em que medida ele interfere no nível de conhecimento e nas atitudes dos alunos e professores das escolas secundárias. Esta avaliação é decisiva, dado que entre os objetivos do programa conta a oferta de conhecimentos científicos sobre o HIV/AIDS e também a promoção de atitudes positivas para com os infectados (soropositivos) e aqueles indiretamente afetados (filhos e outros dependentes).

Capítulo III As atitudes

3.1 Formação das atitudes

O termo atitude desde há muito tem sido um tópico de interesse para os psicólogos. Segundo Marot (2003), foram Thomas e Znanieki, em 1918, que introduziram pela primeira vez este conceito na literatura psicológica, com o objetivo de explicar as diferenças de comportamentos observados entre camponeses poloneses e norte-americanos. Daí em diante, o termo passa a merecer grande atenção dos psicólogos, a ponto de Allport, ainda em 1935, tê-lo um dos conceitos indispensáveis para a Psicologia Social. (Lima, 1990, citado por Marot, 2003).

Ao longo do tempo o termo foi recebendo várias definições. Thurstone, em 1946, considerava atitude como a intensidade do afeto positivo ou negativo dirigido a um objeto psicológico. Fishbein & Ajzen, em 1975 definiram a atitude como uma resposta avaliativa em relação a um objeto (Rodrigues, 2000). Fundamentando-se em definições prévias, Rodrigues (2007) define atitude como uma organização duradoura de crenças e cognições, em geral dotada de carga afetiva pró ou contra um objeto social definido.

Existem várias definições do termo, mas o que parece comum na maioria delas, segundo Leyens e Yzerbyt (2004), é que qualquer atitude se refere a uma representação mental que condensa a avaliação de um objeto atitudinal. As atitudes são predisposições para agir de uma maneira favorável ou não favorável para determinados fatos ou fenômenos da sociedade. A atitude, neste sentido, pode ser positiva, negativa ou neutra, sendo caracteristicamente avaliativa. Este conceito interessa à psicologia social, sobretudo, por que a partir do conhecimento das atitudes é possível prever o comportamento das pessoas. Isto significa que para mudar o comportamento das pessoas pode ser necessário modificar as atitudes que elas acolhem, embora este efeito não seja absolutamente garantido.

Um dos mais conhecidos estudos sobre as relações entre as atitudes e os comportamento foi realizado por LaPière, em 1935, nos Estados Unidos da América.

Nessa época o preconceito contra os negros e chineses era bem marcante. LaPièrre percorreu 66 hotéis e 184 restaurantes acompanhado de um aluno e sua mulher, ambos chineses. Na medida em que ia avançando na viagem, eram anotados os endereços e a resposta dos proprietários à indagação se ele aceitaria hóspedes chineses. Depois do regresso, Lapiere enviou cartas para os estabelecimentos visitados, perguntando se aceitavam receber casais chineses. Dos 128 estabelecimentos que responderam, 92% disseram que não prestariam serviços a chineses. O estudo apresentou evidências plausíveis de que muitas vezes as atitudes não são capazes de prever o comportamento, na medida em que quase a totalidade dos estabelecimentos visitados permitiu que os acompanhantes chineses se hospedassem nas suas instalações (Rodrigues, 2007).

Apesar destas evidências, acredita-se que de certa forma o conhecimento antecipado das atitudes de uma determinada pessoa permite prever com uma certa probabilidade o seu comportamento futuro (Rodrigues, 2007; Leyens & Yzerbyt, 2004). Os autores argumentam que os resultados das pesquisas anteriormente feitas sobre a relação comportamento e atitude foram influenciados por um erro metodológico, pois os pesquisadores, na maioria das vezes, utilizavam apenas questionários das atitudes para coletar dados dos participantes das pesquisas, sendo necessária a utilização concomitante de vários indicadores e índices para verificar com exatidão se a atitude poderia ou não prever o comportamento.

As atitudes são formadas durante o processo de socialização do indivíduo. No contato com os outros, determinadas atitudes vão sendo adquiridas. Isto não quer dizer, no entanto, que o ser humano é passivo e que apenas recebe influências dos outros; o ser humano deve ser considerado um agente ativo, capaz de modificar ou transformar a cultura na qual está inserido. Existem várias instâncias de socialização nas quais a pessoa vai interagir com os outros e daí resultam várias modalidades de aprendizagem. As atitudes do indivíduo, em última instância, dependem das influências que eles obtêm durante os seus contatos com os vários grupos sociais aos quais se encontra afiliado.

Na infância, a família é uma instância primária de socialização, cada uma delas tem os seus pontos de vista acerca do mundo, sobre o que é correto e o que é incorreto. A criança, nela inserida, aos poucos vai desenvolvendo certas atitudes em relação às

peças, aos objetos e fenômenos naturais. A título de exemplo, na cultura *makhua*, no norte de Moçambique, em períodos de chuva é raro as pessoas vestirem-se de roupa de cor vermelha, face à crença de que o relâmpago é atraído por esta cor. Nesse sentido, as pessoas desenvolvem uma atitude não favorável à roupa de cor vermelha, principalmente na estação das chuvas.

Kruger (1986), bem como Aparecido, Buchala, Paiva, Oliveira, Stall e Norman (2002), afirmam que outros grupos sociais, além da família, são decisivos na formação das atitudes, pois durante a vida, qualquer pessoa vai estar filiada a um número bastante grande de grupos sociais. O grupo de coetâneos, formado basicamente por indivíduos quase da mesma idade, constitui um meio de influência importante, em especial na adolescência. O adolescente tende a se comportar como o seu ídolo, que pode ser um artista, um professor ou até mesmo um outro adolescente mais velho. À medida que as crianças vão crescendo o seu ambiente de influências vai se alargando e por meio da imitação ele vai formando as suas atitudes. Para evitar ser sancionada ou mesmo excluída do grupo, ele tenderá a se comportar como a maioria, embora o comportamento da maioria nem sempre seja socialmente aceitável.

Outra fonte de influência sobre as atitudes se refere aos grupos formais, como no caso dos grupos escolares, nos quais o aluno é obrigado a seguir determinadas regras, tais como não dormir na sala de aulas ou não estabelecer conversas com os colegas enquanto o professor explica a matéria. Estas regras favorecem a formação das atitudes em relação ao ensino e à educação, de forma que os alunos podem vir a desenvolver certas predisposições não favoráveis a certos atos que a escola considera ruins, como é o caso de dormir na sala de aulas, e por outro lado aprendem a desenvolver certas predisposições favoráveis, nos atos que a escola acha desejáveis, como é o caso de chegar cedo à aula.

Outros ambientes, a exemplo dos locais de trabalho ou as igrejas, exigem comportamentos mais sofisticados, que dependem em larga medida das demandas do meio sociocultural. Ao longo das experiências de interação social, multiplicadas à medida que novos papéis passam a ser desempenhados, crescem as oportunidades de reforço e imitação, cujo resultado mais palpável é a relativa homogeneidade da atitude exibida pelos membros dos diversos e numerosos grupos humanos. (Kruger, 1986)

Por último, cabe destacar a contribuição dos meios de comunicação de massa, como é o caso do rádio, da televisão e, atualmente, da Internet, como agentes que contribuem para a formação das atitudes. No caso de Moçambique, por exemplo, é notória a influência das telenovelas brasileiras, principalmente na população feminina. O efeito destas peças de ficção sobre a população feminina é marcante; as mulheres temem ficar gordas, porque isso é visto como não estético, o que termina por levar ao desenvolvimento de atitudes não favoráveis a certos alimentos com muitas calorias. Esta mudança nos padrões alimentares evidencia o impacto dos meios de comunicação de massa na formação e mesmo na mudança das atitudes.

3.2 Componentes das atitudes

A maior parte dos estudos sobre as atitudes sugerem que estas são compostas por três componentes, o cognitiva, o afetivo e o comportamental (Leyens e Yzerbyt, 2004; Rodrigues, 2007).

O componente cognitivo é constituído por um conjunto de conhecimentos e crenças sobre determinados objetos. Durante o processo de socialização o aprendiz passa a ter contatos com várias formas de explicar os fenômenos naturais e sociais, desenvolvendo, em consequência, crenças sobre a natureza destes fenômenos. Nas sociedades mais desenvolvidas o principal agente de socialização é a escola, agente responsável pela transmissão de conhecimentos, normas e valores culturais (Fonseca, Gouveia e Gouveia, 2007). Nos países subdesenvolvidos, a exemplo de Moçambique, onde, segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE0 (1997), mais de 60,5% da população não sabe ler e escrever, a influência da escola ainda não é tão marcante quanto em outros contextos. A comparação dos índices de escolarização de homens e mulheres suscita a interpretação de que a população feminina é menos alfabetizada em relação aos homens, 74,1% contra 44,6% respectivamente (INE, 1997). Face a estas taxas de analfabetismo, particularmente entre as mulheres, pode ser que a escola exerça uma influência mais modesta do que outras fontes, a exemplo da religião, da família e dos ensinamentos tradicionais dos moradores mais velhos da comunidade. Esta situação pode gerar um debate considerável acerca da efetividade da ação de programas como o Geração Biz. Por exemplo, enquanto no ambiente escolar o uso do preservativo é considerado fundamental para evitar a contaminação, no local de residência a pessoa

pode estar sujeito a outras fontes de influência, como, por exemplo, a de um curandeiro que assegura para as pessoas que a infecção pode ser evitada caso elas passem a andar com um amuleto (uma espécie de uma pequena almofadinha, contendo por dentro algumas raízes que se deve guardar no bolso). Em que medida os ensinamentos de curandeiros e outros representantes do saber popular pode inibir e dificultar a assimilação das informações trazidas pelo Programa Geração Biz? A questão da crença de que os curandeiros têm maior poder de cura e estão habilitados a prevenir e tratar doenças e outros infortúnios parece ser uma crença central nos países da África Subsaariana. Na África do Sul, cerca de 80% da população quando está doente inicialmente recorre aos serviços de um curandeiro, antes de acorrer aos serviços de um médico convencional (Donnelly, 2004).

Sobre o componente afetivo, pode-se afirmar que na base das nossas crenças e dos nossos conhecimentos estão presentes sentimentos e afetos em relação aos objetos atitudinais, que podem ser positivos ou não. Se um programa de prevenção do HIV/AIDS é visto como benéfico, a probabilidade do desenvolvimento de atitudes positivas sobre o mesmo é bem mais alta; se, no entanto, o programa não é percebido como benéfico, porque ele pode, por exemplo, incitar a sexualidade precoce, pode-se desenvolver sentimentos negativos sobre os mesmos e isto, por sua vez, pode suscitar desinteresse ou mesmo desenvolver um sentimento de vergonha quanto a participar do mesmo.

Falar apenas de atitudes, sem estabelecer qualquer relação com o comportamento seria muito pobre para entender socialmente a natureza humana. Um outro componente das atitudes é a dimensão comportamental, pois as reações dependem, em parte, de como os objetos são avaliados. Esta suposição de que as atitudes são capazes de prever o comportamento foi um dos principais determinantes do interesse dos psicólogos sociais pelo estudo das atitudes. Este, no entanto, não é um assunto inteiramente resolvido, dada a diversidade de opiniões a respeito da natureza das relações entre as atitudes e o comportamento. O ponto de vista aqui defendido se coaduna com aqueles que embora considerem não haver uma correspondência perfeita entre atitudes e comportamento, consideram que o conhecimento da atitude de uma pessoa permite, com uma razoável probabilidade de acerto, prever o comportamento. Por exemplo, espera-se que uma atitude favorável ao uso do preservativo se encontre

associada não apenas em relação à intenção de utilizá-lo, como também à sua utilização efetiva (Camargo e Botelho 2007). Desafortunadamente, em Moçambique existem regiões nas quais as pessoas têm uma atitude bastante negativa em relação ao uso do preservativo, que se sustenta em crenças estereotipadas, a exemplo, de que *“fazer sexo com preservativo é deitar fora filhos”*, *“fazer sexo com preservativo é um perigo, porque ele pode-se colocar no útero e impedir a procriação futura”*, *“fazer sexo com preservativo é comer banana com casca”* ou *“fazer sexo com preservativo é como tomar banho com capa”*.

Presume-se que a probabilidade de pessoas com atitudes semelhantes venham a utilizar o preservativo como meio de proteção contra o HIV/AIDS é relativamente baixa, particularmente se for estabelecida uma comparação em relação aquelas que vêem o preservativo como um meio eficaz para a proteção contra as doenças sexualmente transmissíveis.

3.3 Funções das atitudes

As atitudes têm a função de ajudar o homem no ajustamento ao meio ambiente sociocultural (Steil, Pillon & Kern, 2005). Os indivíduos que não se adaptam ao meio em que estão inseridos podem ser sancionados, pois cada sociedade tem normas que guiam o comportamento dos seus membros, bem como um sistema de controle dessas normas. É importante destacar que cada pessoa se auto-avalia e que uma parcela significativa desta avaliação se fundamenta nas avaliações realizadas por outras pessoas. Também cabe destacar também destacar a função de reflexão das convicções e valores, dado que estas estão inseridas no meio sociocultural. O ser humano não é um mero receptor da cultura, pois ele também pode agir sobre a cultura, tendo em conta a sua percepção da realidade social e cultural.

Rodrigues (2000) identifica três funções básicas das atitudes. A primeira delas é avaliativa, dado que as pessoas desenvolvem atitudes favoráveis em relação aos objetos em relação aos quais estão favoravelmente inclinados, ao mesmo tempo em que desenvolvem atitudes desfavoráveis em relação a objetos mal avaliados. A definição acerca do que é positivo ou negativo depende das crenças da pessoa, enquanto estas podem resultar da aprendizagem. Neste sentido, se o indivíduo tem a crença de que o

preservativo inibe a expressão da própria sexualidade, ele tenderá a evitar o uso do preservativo, mesmo tendo informações de que este é um meio efetivo para combater as DST/HIV/AIDS.

A função esquemática ou de conhecimento das atitudes favorece a formação de um ambiente carregado de significados e, neste sentido, estes guiam o comportamento, permitem agrupar as pessoas, objetos e acontecimentos em categorias ou esquemas e o desenvolvimento de atitudes simplificadas (estereotipadas) que permitem tratar os indivíduos como membros de uma categoria.

A terceira função da atitude é a heurística, pois elas permitem que a partir de conhecimentos anteriormente adquiridos, seja possível aplicar o que se sabe para situações novas, não vivenciadas no passado.

3.4 O modelo de ação refletida

Segundo Michener, Delamater & Myeres (2005), o modelo de ação refletida foi desenvolvido por Fishbein e Ajzen em 1975. Este modelo baseia-se na racionalidade do comportamento e incorpora muitos fatores que se mostram decisivos na tentativa de evidenciar as relações de coerência entre atitudes e comportamentos.

O comportamento é determinado pela intenção comportamental, sendo esta influenciada pela atitude e pela norma subjetiva. A norma subjetiva se refere à percepção do comportamento, se ele será visto como desejável ou não pelos outros. Pode-se, por exemplo, ter uma atitude positiva para com uma moça de uma outra etnia, mas antes de manifestar um comportamento de amizade para com ela, a tendência será a avaliar se este ato será bem visto ou não pelos membros da etnia ao qual se pertence; se achar que isso será mal visto, haverá uma maior probabilidade de não manifestar o comportamento anteriormente pretendido.

As atitudes não surgem do vazio, elas são influenciadas pela crença de uma pessoa em relação a prováveis consequências do comportamento e sua avaliação positiva ou negativa de cada um desses resultados. A norma subjetiva é influenciada pela crença de uma pessoa a respeito da avaliação dos outros. Em resumo, pode-se

afirmar que as crenças influenciam as atitudes, estas a intenção e, por fim, o comportamento.

3.5 A mudança de atitudes

Durante o processo de socialização as pessoas adquirem determinadas atitudes, embora nem todas sejam desejáveis, ou porque a situação ambiental mudou, e as atitudes outrora menos ofensivas passam a ser muito ofensivas, como é o caso da circuncisão masculina na tribo *Yao* no norte de Moçambique, que há anos atrás era feita apenas com único objecto cortante para todos os rapazes que eram circuncidados num mesmo local e na mesma época (PlusNews, 2009). Apesar da AIDS, esta prática, chamada de *Unhago*, na língua local *Yao*, da província do Niassa, ainda continua nalgumas tribos em Moçambique.

Essa prática nos dias de hoje constitui um verdadeiro foco de propagação do HIV/AIDS e no sentido de reverter este cenário o Ministério da Saúde tem trabalhado com os líderes tribais, com objetivo de dotá-los de conhecimentos e práticas seguras no que concerne à circuncisão nos ritos de iniciação praticados anualmente. Essas tentativas de conciliar o conhecimento tradicional e o científico em vários campos nem sempre tem alcançado sucesso em Moçambique. Canda e Morais (2006), num estudo realizado no sul de Moçambique, com o objetivo de avaliar o impacto da educação tradicional sobre a educação moderna oficial no que diz respeito ao rendimento escolar dos alunos iniciados, chegou a conclusão de que as comunidades tradicionais mostraram-se aflitas pela ineficácia da escola oficial em relação à educação de base humana das novas gerações. O fato da escola oficial ser patrocinada pelo governo inibe as comunidades de exprimirem as suas opiniões relativas a essa questão e esta situação faz com que o conflito (aparente) entre a educação autóctone e a educação oficial se mantenha por muito tempo. Os ritos de iniciação podem ser considerados uma espécie de escola. Além disso, a educação oficial reforça muitas práticas tradicionais, a exemplo da educação para o respeito à hierarquia de idade ou ao matrimônio, em especial ao acentuar as relações entre o que é aprendido na teoria e os afazeres inerentes à vida cotidiana.

Os psicólogos sociais propõem várias formas de mudança de atitudes, acreditando que a mudança de um dos componentes da atitude pode afetar a mudança

em vários outros. Rodrigues (2000) cita o estudo de Deutsch e Colin, que verificaram que o fato de uma pessoa portadora de uma atitude preconceituosa para com os negros, morar num projecto habitacional com negros redundava em modificação da atitude negativa anteriormente contra as pessoas dessa cor. O motivo da mudança deveu-se à verificação, por parte da pessoa preconceituosa, de que muitas das suas crenças acerca do negro eram falsas. As cognições que ele tinha sobre os negros foram mudadas, passando deste modo a ter comportamentos de amizade e solidariedade.

É possível também se referir à questão da mudança do componente afetivo. Se, de alguma maneira, a pessoa deixa de gostar de uma pessoa, a quem anteriormente nutria um afeto positivo, as cognições e os comportamentos relativos a esta pessoa também sofrerão mudanças.

Além da mudança de um dos componentes da atitude como fonte de mudança, há que se considerar outros fatores. A influência do comunicador na mudança de atitude tem uma grande importância, tendo em conta os diferentes contextos socioculturais, uma vez que as pessoas diferem quanto à dimensão da credibilidade. Na questão da mudança de atitude, se a mensagem do que se pretende mudar for apresentada por uma pessoa não confiável, ela redundará em fracasso. Normalmente, para os adolescentes, pessoas confiáveis são os seus ídolos, que podem ser músicos, desportistas, atores; se estes contribuírem no sentido de apresentarem mensagens acerca de práticas sexuais seguras, a probabilidade dos adolescentes acatarem estas mensagens amplia-se consideravelmente (Rodrigues, 2000).

As pessoas não reagem da mesma forma a um mesmo estímulo, sendo esta uma das principais críticas atribuídas ao behaviorismo, uma vez que este sugere que determinados estímulos produzem necessariamente determinadas respostas, em diferentes pessoas. É importante assinalar que a mudança na atitude não depende exclusivamente da credibilidade do comunicador. As características dos receptores também se revestem de importância no processo de mudança de atitudes. Por outro lado, o comunicador deve ter a capacidade de fazer compreender a atitude que pretende mudar, pois se os receptores não forem capazes de perceber a mensagem, pode não ocorrer qualquer mudança (Peçanha e Menezes, 1998).

Em relação à influência da forma de apresentação da comunicação, podem ser identificadas diversas maneiras pelas quais a comunicação pode suscitar mudanças nas atitudes. Pode-se apresentar a comunicação com argumentos suscitadores de medo, como, por exemplo, "A SIDA Mata" ou "A SIDA não tem cura", enunciados muito comuns em cartazes afixados nas paredes das escolas onde os programas de prevenção da AIDS estão sendo implementados. Esta não é necessariamente uma boa maneira de persuadir as pessoas a mudarem de atitude. Janis e Feshbah (1953), citado por Peçanha & Menezes (1998), conduziram um experimento no qual utilizaram comunicações capazes de suscitar medo ou ameaça. Para estes investigadores, uma mensagem que ameaçasse o receptor, no sentido de que consequências desagradáveis ocorreriam em função da não aceitação da mensagem da comunicação persuasiva, poderia conduzir a uma maior aceitação da mensagem. Tal suposição não foi confirmada, o que pode levar à conclusão de que a finalidade da mensagem foi unicamente a de apresentar uma ameaça, o que a tornou difícil de ser acatada.

A forma como é apresentada a informação persuasiva também exerce influência no processo de mudança de atitude. Ela pode ser apresentada na forma de apresentação ou omissão de conclusões, comunicação bilateral ou unilateral, apresentar argumentos fracos e depois os mais fortes. Estas diversas maneiras de apresentação da comunicação podem concorrer para a mudança da atitude, para tal, a que ter em conta o público alvo. Peçanha & Menezes (1998) verificaram que a apresentação de conclusões é mais eficiente quando o público é pouco sofisticado intelectual e educacionalmente. Esta conclusão também depende do tipo de problema; quando for um problema menos estudado, ou pouco explorado, há indícios de que a melhor forma de apresentação é a unilateral, embora este raciocínio não se aplique a receptores com alto nível de educação.

3.6 As relações entre as atitudes e os comportamentos

Um dos principais focos de interesse pelo estudo das atitudes é de que elas podem servir de mediadores do comportamento. Várias pesquisas realizadas sobre a relação entre atitudes e comportamentos mostram que essa relação pode ser de coerência, na medida em que na base de uma determinada atitude pode-se prever o comportamento; por exemplo, as pessoas que são favoráveis ao uso do preservativo, nas

suas práticas sexuais usam o preservativo. Por outro lado, pode haver uma relação de incoerência, a pessoa é a favor dos preservativos, mas não utiliza o preservativo nas suas práticas sexuais (Barbará, Sachetti, & Crepaldi, 2005).

É necessário ter em conta as representações sociais que as pessoas tem para com o objeto, pois só assim as atitudes terão maior probabilidade de prever o comportamento das pessoas. As representações sociais são teorias do senso comum que as pessoas utilizam para explicar os fenômenos do meio ambiente. Segundo Barbará, Sachetti & Crepaldi (2005), o conhecimento do senso comum procede basicamente de duas formas: por ancoragem, que consiste em incorporar um fato novo ou estranho em uma categoria mais familiar, em sistemas prévios de classificação. Na África, por exemplo, desde os tempos remotos as doenças foram explicadas como o resultado de feitiçaria, resultante de um sucesso da pessoa que poderá suscitar inveja em terceiros, normalmente os familiares. Como toda doença é explicada na base da feitiçaria, para curá-la é necessária a intervenção de um curandeiro. A AIDS não escapa este esquema de pensamento. Por outro lado, o conhecimento procede na base da objetivação, que consiste em tornar concreto o que é abstrato. Retomando o exemplo, os curandeiros têm alguns mecanismos de fazer acreditar a um doente quem foi o causador da sua doença. Geralmente eles têm um consultório, uma cabana com espelhos, garrafas, etc. Os resultados da consulta são relatados pelo curandeiro, afirmando que ele está vendo no espelho ou na garrafa.

A questão do HIV/AIDS, no início da sua descoberta no ocidente, bem como no Brasil, estava associada a certos grupos, inicialmente os homossexuais e, posteriormente, usuários de drogas injetáveis e prostitutas. Na atualidade, sabe-se que a AIDS não é uma doença apenas de alguns grupos, pois todas as pessoas são propensas a contrair o vírus de HIV. Contudo, segundo Bárbara, Sachetti & Crepaldi (2005), uma pesquisa realizada com profissionais de saúde (enfermagem, odontologia, medicina e psicologia) identificou que as informações específicas sobre o vírus HIV, bem como suas formas de transmissão, não modificaram a representação social do HIV/AIDS que predominava quando da descoberta da doença. O estudo mostra as suas representações sociais mais frequentes de profissionais qualificados e capacitados para trabalhar com portadores de HIV/AIDS estão relacionadas à morte e se referem a alguns grupos sociais.

Alguns estudos mostram que quanto maior a acessibilidade da atitude, maior é a probabilidade dela vir a orientar comportamentos futuros. Michener, Delamater e Myeres (2005) se referem a um estudo realizado em 1984, no qual 245 pessoas foram questionadas, sobre suas atitudes em relação aos candidatos à presidência dos Estados Unidos, Ronald Reagan e Walter Mondale. A latência da resposta e a rapidez com que a pessoa respondia à pergunta sobre o candidato foram usadas como medida de acessibilidade. Depois da eleição, a cada pessoa foi perguntada em que candidato havia votado. Quanto maior a acessibilidade da atitude, ou seja, quanto maior a prontidão da resposta da pessoa a pergunta, maior era a probabilidade da pessoa votar no candidato. Ou seja, quanto mais forte for uma atitude, maior a probabilidade dela influenciar o comportamento.

Além disso, é importante considerar as experiências diretas, pois as várias atitudes podem ser adquiridas de diferentes maneiras. Algumas são adquiridas por experiência própria e podem antecipar com maior probabilidade um comportamento futuro. Se uma mulher for agredida à noite, enquanto faz um passeio, ela apresentará uma maior probabilidade de evitar passear a noite, quando comparada com outra mulher, que apenas ouviu dizer que alguém foi agredida durante um passeio noturno.

O tempo também pode influenciar a relação entre as atitudes e os comportamentos. Thornton estudou as atitudes de 458 mulheres em relação ao divórcio. As atitudes foram mensuradas em três momentos distintos, em 1962, 1977 e 1980. Constatou-se uma estabilidade substancial das atitudes ao longo do período de 18 anos, principalmente entre as mulheres que frequentavam a igreja. Nem sempre, no entanto, as atitudes são estáveis, pois uma série de fatores podem interferir na mudança das atitudes. Se, por algum motivo, forem desencadeadas mudanças no meio social, é provável que ocorra algum tipo de mudança nas atitudes.

3.7 Teorias sobre mudanças de comportamento em relação ao HIV/AIDS

Várias teorias tentam explicar como ocorre a mudança do comportamento em relação ao HIV/AIDS. A próxima seção será dedicada à apresentação das mais proeminentes destas teorias.

3.7.1 Modelo de Redução de Risco em AIDS (AIDS Risk Reduction Model- ARRM)

Este modelo foi desenvolvido por Catania, Keleges e Coates em 1990. Caracteriza-se pela ideia de que o empenho individual é de grande importância no que concerne à mudança de comportamentos sexuais de risco relacionados à transmissão do HIV.

Postula-se que a mudança de comportamento ocorre através de três estágios. No primeiro, o indivíduo deve reconhecer o comportamento de alto risco em relação à transmissão do HIV. Se um indivíduo não reconhecer que um determinado comportamento é fonte de problemas, torna-se difícil modificá-lo; apenas quando o indivíduo percebe que o comportamento trará consequências graves para a saúde, ele ficará motivado a modificá-lo. Em segundo lugar, é necessário que o indivíduo assuma o compromisso de mudar o comportamento de risco. A tomada de decisão e o compromisso em mudar o comportamento depende o empenho individual, sendo muito importante a ponderação entre os custos e os benefícios inerentes do uso do preservativo (Sanches, 1999). No último estágio, reconhece-se que as emoções contrárias à comunicação sexual, ao comportamento de procura de ajuda e aos fatores sociais afetam o processo de tomada de decisão.

Neste sentido, os programas que usam o modelo de redução do risco do HIV/AIDS centram-se em avaliar o risco em influenciar a decisão de reduzir o risco através de percepções de prazer ou auto-eficácia e apoiá-lo para aceitar a mudança (acesso a preservativos e apoio social).

3.7.2 Modelo de Crença na Saúde (Health Belief Model)

Este modelo foi desenvolvido para tentar explicar os comportamentos relacionados à saúde, em particular, a prevenção das doenças (Sanches, 1999). Segundo a ONUSIDA (1999), este modelo, desenvolvido nos anos 50, advoga que o comportamento saudável depende das características sócio-demográficas, conhecimentos e atitudes do indivíduo. Uma pessoa deve ter as seguintes crenças para ser capaz de mudar de comportamento:

1) a susceptibilidade percebida a um problema particular de saúde, que se refere a uma questão do tipo "Estou em risco em relação ao HIV?". Como em Moçambique a maior parte das pessoas acredita que a doença é resultado da feitiçaria, o máximo que a pessoa pode fazer é procurar um curandeiro para se proteger do mau olhado, o que a levará a continuar adotando os comportamentos de risco que favorecem a contaminação pelo HIV;

2) a gravidade percebida dessa condição. A questão central, neste caso, pode ser a seguinte: até que ponto a AIDS é uma doença grave?

3) a crença na eficácia no novo comportamento, que relaciona com a pergunta: serão os preservativos eficientes contra a transmissão do HIV?. Esta é uma situação particularmente grave em Moçambique, dada a crença de que os preservativos contêm o vírus da AIDS propositalmente inoculados pelos fabricantes, com o fim de dizimar os negros (Matsinhe, 2006);

4) disposição para a ação, advindo de uma situação mais ou menos extrema, como, por exemplo, testemunhar a morte de um familiar ou amigo por AIDS. O problema é que qualquer doença é vista como sendo provocada por alguám, com a finalidade de causar algum infortúnio ou mesmo a morte. A doença em si não é a causa da morte, mas sim o feiticeiro que usou a doença para matar a pessoa;

5) sentir a necessidade da ação preventiva. Nesta fase, o indivíduo deve reconhecer que se começar a usar o preservativo, pode evitar ser contaminado; e

6) superar as barreiras para iniciar a ação. O fundamental, neste caso, é combater a crença de que não gosta de usar o preservativo. O uso do preservativo, como forma de prevenção da AIDS, parece ir contra os princípios locais. No pensamento africano, usar o preservativo irá impedir que ele se tenha muitos filhos, o que no futuro resultará numa redução da produção de alimentos para a família, pois os filhos são vistos como uma força de produção na agricultura

Neste modelo, promover ações para a mudança de comportamentos deve incluir necessariamente mudanças nas crenças do indivíduo. As pessoas pesam os benefícios contra os possíveis custos e barreiras para a mudança. Para a mudança ocorrer, os benefícios devem pesar mais que os custos. Este modelo assemelha-se ao modelo de ação refletida, pois ambos enfatizam os benefícios pessoais decorrentes do processo de mudança de comportamento. Uma grande diferença, no entanto, reside na questão da intenção comportamental, fundamental na teoria da ação refletida e pouco enfatizada no presente caso. Uma das críticas que se faz ao modelo de crença na saúde é a sua incapacidade de levar em conta as influências socioculturais sobre o comportamento. No que concerne a AIDS, segundo Sanches (1999), as relações sexuais envolvem pelo menos duas pessoas e o comportamento sexual de risco é antes uma atividade social do que individual.

3.7.3 Teoria sociocognitiva

A teoria sociocognitiva do comportamento humano, defendida por Bandura, se fundamenta em duas noções fundamentais. Em primeiro lugar, as pessoas vivem em um mundo complexo, em interação com outras pessoas. A maior parte dos comportamentos resulta da aprendizagem, mediante a interação com outras pessoas (Sanches, 1999). O segundo aspecto é que a reação do indivíduo aos vários estímulos presentes no ambiente não ocorre ao acaso, mas sim a partir das experiências anteriormente acumuladas.

O comportamento em saúde será determinado pela expectativa da resposta e pela expectativa da eficácia. A expectativa da resposta consiste em “crenças” sobre se um dado comportamento irá determinar uma resposta específica. A auto-eficácia é o maior determinante para que uma pessoa tenha ou não um comportamento específico,

definindo-se a auto-eficácia como a crença do indivíduo sobre sua capacidade de desempenho em atividades específicas. Ela envolve o julgamento de suas capacidades para mobilizar recursos cognitivos e ações de controle sobre eventos demandas do meio (Medeiros, Loureiro, Linhares & Marturano, 2000).

A negociação relativa ao uso de preservativos durante o ato sexual é um exemplo que pode ser afetado pela expectativa de auto-eficácia (Basen-Engquist 1992, Jemmott et al, 1992, Walter et al, 1992 & Brien et al, 1994, citados por Sanches, 1999). Outro conceito discutido pela teoria social cognitiva é o de *self*, que é composto por estruturas cognitivas que proporcionam mecanismos de referência e um conjunto de sub-funções para a percepção, avaliação e regulação do comportamento (Freitas, 2008). Esta teoria acredita que o *self* não é mero receptor das influencias do meio ambiente, mas também age para modificá-las.

3.8 Estereótipos e HIV/AIDS em Moçambique

O estereótipo foi definido por Lipman (1922), segundo Pereira, Ferreira, Martins, Cupertino (2002), como fotografias na cabeça do percebedor. Uma vez ativado um estereótipo, o indivíduo é percebido como tendo as características do grupo ao qual ele pertence.

A África do Sul constitui um ponto de atração de emprego para muitos moçambicanos. As minas de ouro da África do Sul são vistas como fonte de emprego capaz de elevar a qualidade das suas vidas, bem como das suas famílias. Os moçambicanos que trabalham nas minas da África do Sul são denominados *Madjonidjoni*. Normalmente, são homens que deixam as suas famílias em Moçambique e partem à procura de melhores condições de vida. A rotina de trabalho exige que ele esteja todo o ano no seu local de trabalho, retornando uma vez por ano a Moçambique, com finalidade de visitar familiares e amigos. Os *Madjonidjoni* são percebidos, em decorrência dos bens que trazem para Moçambique, depois de cada jornada anual de trabalho, como pessoas com muito dinheiro. Eles trazem bens, como camas, cobertores, eletrodomésticos, em alguns casos até mesmo automóveis, que dificilmente um trabalhador numa indústria em Moçambique conseguiria acumular no período de um ano. Desenvolveu-se, desta forma, o estereótipo de que todo o indivíduo que trabalha

na África do Sul é rico, embora se saiba que muitos moçambicanos estão em situação ilegal na África do Sul, e que apesar das dificuldades enfrentadas, consideram a vida na África do Sul melhor do que em Moçambique.

O contingente de trabalhadores moçambicanos e de outros trabalhadores de outros países da África Austral nas minas sul africanas, alcança a cifra de 22.948 indivíduos (Instituto Beneficente Viva a Vida, 2009). O fato dos *Madjonidjoni* terem que trabalhar quase todo o ano nas minas e só voltarem para a Moçambique nas férias, que geralmente são no fim do ano, tornou este grupo de trabalhadores vulneráveis a infecção com o HIV/AIDS, pois ficam propensos a se envolverem sexualmente com prostitutas e assim contraírem o HIV/AIDS.

Quando um *Madjonidjoni* adoece, imediatamente as pessoas suspeitam da AIDS. Um estudo que foi realizado em 1997, no distrito de Kuazulo Natal (África do Sul), mostrou que há um aumento alarmante nas taxas de infecção pelo HIV em até 26% entre mulheres grávidas. Estimava-se que em Kwazulo Natal viviam 400 a 500 prostitutas, e que a taxa de infecção entre os mineiros era estimada em 22% (Estebanéz, 2000).

Estereótipo e aparência física

Com o advento dos anti-retrovirais a questão de HIV/AIDS começou a ser vivenciada de uma maneira diferente pelos soropositivos, pois se tornou possível diminuir a carga viral, fazendo com que menos doenças oportunistas aparecessem, o que significou uma melhora na qualidade de vida dos portadores do HIV (Seben, Gauer, Giovelli, 2008). Para muitos países africanos as representações da AIDS continuam sendo as da época em que não havia os anti-retrovirais, pois ela está associada à perda de peso ou ao aparecimento de inúmeras doenças. Assim, uma aparência física debilitada por qualquer causa é interpretada como sendo consequência da AIDS. Todas as pessoas que repentinamente emagrecem imediatamente passam a conviver com a suspeita de que são portadores do vírus. Pereira (2008) diz que a categorização é uma estratégia utilizada pelos percebedores para organizar os fenômenos do meio ambiente. A cada dia que passa a pessoa se confronta com novos fenômenos, mas o processo de categorização favorece ao desenvolvimento da tendência a perceber os novos eventos à luz do conhecimento anteriormente memorizado. O ser humano não teria capacidade

cognitiva para poder perceber cada novo elemento que lhe aparece, daí a tendência a incorporar o novo nos esquemas mentais pré-existentes. A categorização surge como forma de poupar recursos cognitivos, mas o problema é de que ela nem sempre coincide com a verdade.

3.9 As práticas culturais e o HIV/AIDS

Em Moçambique ocorrem algumas práticas culturais que favorecem a propagação do HIV/AIDS. A região sul do país, que corresponde às províncias de Maputo, Gaza e Inhambane, é constituída por sociedades patrilineares, onde a sucessão dos filhos acontece por via paterna, ou seja, os filhos nascidos de um casamento pertencem à família do pai, sendo a mulher considerada apenas uma reprodutora. Algumas condições devem ser satisfeitas para que ocorra um casamento, sendo particularmente marcante o costume do *lobolo*, uma compensação, normalmente em valor monetário, e um conjunto de bens, basicamente uma lista de vestuário para o pai, a mãe, os avós e outros familiares considerados próximos.

O *lobolo* praticado no sul de Moçambique é uma forma tradicional de aliança matrimonial dos *tsongas*. Consiste na oferta de uma compensação pelo grupo do noivo a um outro grupo, o da noiva, para que este estabeleça o equilíbrio entre as famílias que compõem o clã, através da aquisição de um novo membro, uma mulher. (Mussane, 2009).

O *lobolo* significa que se o homem quer casar, isto significará tirar da família da futura esposa uma parcela da força de trabalho. Isto também contribuirá para o enriquecimento da família do marido, enriquecimento esse medido pelo número de filhos proporcionado pelo casamento, pela capacidade da mulher em fazer trabalhos caseiros e pelas tarefas relacionadas com a agricultura. Se o marido morre, a mulher lobolada deverá se casar com um dos irmãos do falecido, prática denominada *kutchinga*. Subjaz a esta prática a crença de que os cuidados com os filhos devem continuar, apesar da morte do pai biológico, e que a viúva não deve ficar desamparada. Como anteriormente referido, a riqueza é medida pelo número de filhos, quanto maior é, mais rica é considerada a família, pois todos contribuirão para o desenvolvimento da agricultura familiar ou da pesca.

Esta estrutura familiar, bem como a prática de herdar esposas, pode contribuir para a propagação do HIV/AIDS. Jackson (2004) refere-se a fatores biológicos e culturais que contribuem para elevada prevalência das infecções por transmissão sexual e aponta a questão do coito sem lubrificação, a sucessão de esposas, os ritos de iniciação, envolvendo o coito e a purificação sexual das viúvas, como sendo fatores que concorrem para a propagação do HIV/AIDS na África. A questão da confluência de vários fatores sociais e econômicos aumenta a vulnerabilidade individual à infecção pelo HIV, incluindo o estigma e a discriminação, a pobreza, a falta de sensibilização e acesso a educação, saúde e outros serviços. (República de Moçambique, 2008).

Apesar das campanhas de informação sobre o HIV/AIDS, sua transmissão e sobre levar uma vida de forma positiva apesar da contaminação, conduzidas por organizações não-governamentais, como a Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade (FDC), muitas práticas culturais arriscadas continuam a sobreviver em muitas regiões de Moçambique.

Na região norte do país, que corresponde às províncias de Niassa, Cabo Delgado e Nampula, a linhagem é predominantemente matrilinear. Os filhos nascidos de um casamento pertencem à família da mulher. O homem é visto como um mero reprodutor, capaz de contribuir para o crescimento da família. Nessas sociedades, onde o *lobolo* não é uma condição para o casamento, daí os filhos pertencerem à família da mulher. A crença fundamental é a de que se existe alguma certeza que todos os filhos nascem duma mulher, não se pode afirmar categoricamente que todos os filhos do casamento foram biologicamente gerados pelo homem. Uma das principais características culturais nesta região se refere aos ritos de iniciação, pois estes constituem uma escola tradicional para o ensinamento de regras de vida para as novas gerações.

Para os homens, os ritos de iniciação, além de permitirem a transmissão de ensinamentos acerca da vida, faz-se a circuncisão. Esta circuncisão não é feita por um profissional de saúde que conhece as regras de bio-segurança, contribuindo deste modo para evitar a propagação do HIV/AIDS. Outro fato a apontar, conforme assinala Matsinhe (2006) ao abordar a questão da poligamia e a multiplicidade de parceiros, persiste a idéia de que o impulso sexual do homem é mais intenso do que o da mulher e a crença correlata de que uma única mulher não será suficiente para satisfazer os desejos

sexuais de um homem, donde a necessidade do homem em ter mais de uma mulher. A poligamia é uma pratica aceita e isto ganha eco nalgumas comunidades onde predomina a religião muçulmana, como é o caso da cidade de Lichinga. Não é proibido ter mais de uma mulher, segundo o muçulmanismo, desde que o homem tenha condições para cuidar de todas elas.

As regiões sul e norte de Moçambique possuem algumas características culturais comuns no que concerne a explicação da origem do HIV/AIDS. A AIDS é vista como uma doença do estrangeiro, na medida em que se aponta como as causas o contacto com povos de outros países, como Malawi, África do Sul ou Zimbábwe. O contacto com os brancos seria, portanto, a causa do HIV/SIDA. Ou por outra, a prática de comportamentos sexuais desviantes da moral, como é o caso da prostituição, facilitaria a transmissão, enquanto os que não praticam a prostituição ou os que não mantêm contatos sexuais com estrangeiros e os brancos, não estariam propensos à contaminação pelo HIV/AIDS.

A explicação acima citada parece ir ao encontro da teoria de atribuição da causalidade, Regato e Assmar (2004) explicam como os portadores do HIV/AIDS explicam a causa do seu estado de soropositivo e causas atribuídas pelos médicos à AIDS e concluem que os pacientes de AIDS tendem a explicar a partir de causas ambientais, enquanto os médicos tende a elaborar explicações com base do comportamento dos pacientes. A maior parte dos moçambicanos explica a propagação do HIV/AIDS mediante o apelo a forças externas. Pode-se supor que o entendimento do problema pode influenciar maneira pela qual este é enfrentado. Regato e Assmar (2004) demonstraram que os portadores do HIV/AIDS que fizeram atribuições externas à contaminação tendem a enfrentar de uma maneira negativa a epidemia, quando comparados com os portadores de HIV/AIDS que fazem atribuições internas.

A maior parte dos africanos, e os moçambicanos não representam uma exceção, concebe que a doença ou a morte é causada por forças sobrenaturais, a exemplo da feitiçaria. A feitiçaria parece ser uma crença central para a justificação da causa de várias doenças. Pereira (1998) relata um episódio ocorrido no distrito de Mueda, na província de Cabo Delgado, no norte de Moçambique, onde ele era administrador do distrito e também desempenhava as funções de juiz. Um dia um senhor foi encaminhado

à prisão, acusado de ter agredido o próprio pai até a morte. Na audiência, o acusado proferiu um longo discurso. Narrou que um dos seus filhos menores falecera, depois de uma prolongada doença. Como a criança não parava de tossir, levaram-na ao curandeiro, onde se diagnosticou que um parente direto da parte do pai era o responsável pela doença. O pai do acusado morava na mesma aldeia do filho. Após algum tempo, a criança viria a falecer, o que no entender do acusado serviu para provar que o pai dele, avô da criança falecida, o único familiar direto a viver na mesma povoação, deveria ser considerado culpado. Passaram algumas semanas e a esposa do acusado começou a tossir, o que lhe levou a consultar um outro curandeiro. Este reiterou que a doença da esposa fora causada por um membro da sua família, embora não fosse possível afirmar exatamente quem seria o responsável. Passado algum tempo, a esposa faleceu. Depois das cerimônias fúnebres, o acusado se dirigiu à casa do pai, no sentido de se vingar, pois este era visto como o principal responsável pelo feitiço que causou a morte do seu filho e da sua mulher. Ele agrediu o pai até a morte, o que culminou com a prisão. Passado alguns meses, o detido começou a tossir, o que fez com que fosse encaminhado ao posto médico, uma vez que estava por estar numa cadeia do Estado, não era possível ir ao curandeiro. O enfermeiro diagnosticou tuberculose pulmonar, o que levou o administrador a pensar que o filho falecido e a sua mulher provavelmente também teriam falecido de tuberculose. O homem, apesar desta informação, continuou a acreditar que o pai dele foi o responsável pela morte da mulher e da filha.

O relato demonstra como é interpretada a questão da doença e da morte. Portanto, é difícil falar de uma morte natural, causada por uma doença cientificamente explicada, como é o caso da AIDS. A crença de que o feitiço é a causa das doenças predomina. Os jovens podem ouvir na escola o que é cientificamente o HIV/AIDS, mas ao sair da escola e retornar ao convívio familiar continuará a ouvir que a doença é decorrente da feitiçaria. Palme & Matavele (2000), em estudo realizado nas províncias de Nampula e Maputo, conduziram entrevistas nas quais a maior parte das pessoas acredita que as doenças sexualmente transmissíveis tinham como causa o feitiço.

3.10 Meios de Comunicação de Massa e a Educação para a Mitigação do HIV- AIDS

Sanches (1999) e Villela e Maardem (2006) focam a questão da cultura como sendo de grande importância para o sucesso de um determinado programa de prevenção e mitigação das doenças. Num país como Moçambique, com grande diversidade cultural, uma informação sobre a prevenção feita na língua oficial, o português, exclui uma grande maioria que não tem o domínio desta língua, pois segundo o Instituto Nacional de Estatística [INE] (1997), o país possui mais de dezesseis línguas nacionais e cerca de dez etnias.

É uma tarefa cercada por enormes dificuldades proporcionar informações nas diferentes línguas, em particular devido ao desenvolvimento incipiente na escrita das várias línguas nacionais. Ao se utilizar apenas o português, uma parcela considerável da população torna-se excluída do acesso a informações importantes para o combate à epidemia. Ciente desse fenômeno, o Ministério de Educação e Cultura está introduzindo no ensino básico, embora ainda em caráter experimental, o ensino das línguas nacionais.

Esta experiência também deveria ser seguida pelos programas de prevenção e mitigação do HIV/AIDS, e nisso Villela e Maardem (2006), no seu trabalho de avaliação de projetos da sociedade civil com uma alta prevalência do HIV/AIDS, mostram que para que haja sucesso dos projetos é imperioso o esforço integrado do governo e da sociedade civil. No caso de Moçambique, esta participação da sociedade civil só será efetiva com o suporte das línguas nacionais, dada a necessidade de integrar a maioria que não fala e nem escreve o português.

No Brasil, o sucesso alcançado no enfrentamento do HIV/AIDS, em parte está relacionado à estreita parceria entre o governo e a sociedade civil na implementação de ações conjuntas, múltiplas e articuladas, visando à prevenção e ao acesso ao tratamento. Sabe-se que os projetos que estão sendo implementados em Moçambique não chegam a dar o devido apoio aos que dele precisam. A título de exemplo, em 2006 a cobertura do tratamento antiretroviral (TARV) era apenas de 12,6% dos que dela necessitavam (Villela e Maardem, 2006). Essa cobertura insuficiente pode significar várias coisas.

Em primeiro lugar, evidencia que o governo não consegue providenciar cuidados médicos a toda a população, pois a cobertura sanitária é insuficiente, havendo uma relação de 1 médico para 30 mil pacientes, o que está longe de alcançar a recomendação da OMS que é de 1/1000. O país possui aproximadamente 889 médicos, para uma população de mais de 20 milhões de habitantes (INE, 1997). Uma taxa de mortalidade infantil de 107,84 mortes por 1000 nascimentos, que é muito alta, mesmo comparada a alguns países africanos, como é o caso de Argélia, que é de 29. A esperança de vida em Moçambique é de 41 anos, que também é extremamente baixa comparada a outros países da África, como a Líbia, onde, por exemplo, a esperança de vida é de 78 anos (indexmundi.com). A segunda questão que limita a aderência ao tratamento em Moçambique é o precário nível de informação da população, uma vez que pessoas insuficientemente informadas podem não ver vantagens no tratamento. Além disso, uma melhora temporária, decorrente da ação dos anti-retrovirais, pode parecer uma cura definitiva, o que não corresponde à verdade, e pode levar ao abandono prematuro do tratamento.

A comunicação para a mudança de comportamento no âmbito do programa Geração BIZ depende da implementação de um conjunto de atividades, a exemplo de filmes sobre doenças sexualmente transmissíveis associadas ao HIV/AIDS. Os filmes apresentam imagens chocantes sobre essas doenças. Esta estratégia se sustenta no entendimento de que se as pessoas tiverem medo, elas poderão mudar as atitudes e comportamentos face ao HIV/AIDS. Sobre isso os estudos de Leyens e Yzervyt (2004) indicam que as comunicações com objetivo de mudar comportamentos que apelam ao medo despertam muita atenção, mas elas também podem criar uma resposta de fuga, gerando um efeito oposto ao procurado. A maior parte das pessoas se sente desconfortável durante a apresentação dessas mensagens. Uma maneira eficaz seria de não só provocar medo, mas informar, devendo haver um equilíbrio entre o medo e as informações sobre as várias possibilidades de prevenção da doença. Leyens e Yzervyt (2004), mostram que as informações muito impressionantes mostrando as relações entre o tabagismo e o câncer do pulmão, com a intenção de minimizar os desejos de fumar, não são exatamente funcionais, pois as pessoas tendem a ignorar o problema deixando de lado as boas práticas no que concerne ao combate do câncer.

Além da estratégia de exibição de filmes, vale destacar a produção de peças de teatro, preparadas no sentido de fazer chegar informações sobre a prevenção, a solidariedade para com os afetados e infectados pela pandemia. São peças teatrais preparadas pelos ativistas, com muito apelo ao senso de humor, no sentido de sensibilizar a comunidade escolar. Há de se assinalar, no entanto, confirme argumentam Mackie e Worth (1991), citado por Leyens e Yzervyt (2004), que as pessoas com humor positivo podem tratar as mensagens persuasivas de modo superficial.

Um outro importante recurso adotado do programa é a preparação de cartazes e panfletos, afixados nos murais das escolas e distribuídos aos alunos e professores. Infelizmente nem sempre os cartazes e panfletos estão disponíveis, pois a sua produção tem custos que o projeto não consegue providenciar de uma forma constante. Leyens e Yzervyt (2004), falam da exposição simples e constante a um determinado estímulo pode concorrer para modificação de atitudes e comportamentos. A questão do “desconhecido familiar”, pode ser comparada à vida urbana, em que as mesmas pessoas podem se encontrar várias vezes em diversos lugares, pode ser no shopping, no ônibus, num restaurante, nas lojas e isso cria um sentimento de simpatia entre elas, ainda que não se conheçam pessoalmente. O estudo acima referido foi feito confrontando muitas pessoas com sons, sílabas, fotografias de rosto de pessoas. Alguns estímulos foram apresentados apenas uma única vez, outros duas vezes e os outros ainda mais vezes. A principal conclusão do estudo foi a de que os participantes gostam mais de um estímulo quanto mais estão familiarizadas com o mesmo, o que permite a conclusão de que se esses panfletos tivessem uma constante rotina, isso criaria um gosto e simpatia pelas informações neles contidas.

3.11 Dificuldades na Luta contra o HIV/AIDS em Moçambique

Moriya, Elucir & Hayashida (1994), os desenvolvedores de escala de atitudes frente ao HIV/AIDS, acreditam que as atitudes podem prever o comportamento das pessoas. A escala foi desenvolvida para avaliar os programas que lutam contra o HIV/AIDS de uma forma fidedigna. Coelho, Gouveia, & Milfont (2006) discutem a questão dos valores humanos como explicadores das nossas atitudes ambientais e

intenções comportamentais pró-ambientais e defendem que o estudo das atitudes pode contribuir para a modificação do comportamento das pessoas.

Existem diversificadas perspectivas que tratam sobre a questão da mudança de atitudes e comportamentos frente ao HIV/AIDS, Ayres (1999) citado por Ferreira (2008), mostra que no que concerne ao HIV/AIDS, vários fatores devem ser vistos para a gravidade do problema. A falta de informação científica sobre o HIV/AIDS contribui negativamente para o combate a este flagelo, caso notório em países que a desigualdade social é bastante acentuada, como nos casos do Brasil e de Moçambique. Um outro problema se refere à vulnerabilidade grupal, que ocasiona a possibilidade dos não letrados ficarem excluídos das campanhas de sensibilização, pois a maioria delas é conduzida na língua portuguesa, mesmo sabendo-se que mais de 60% da população do país não é alfabetizada nesta língua. Isso acena para uma outra dificuldade, pois Moçambique conta com cerca de quinze línguas nacionais, não existindo, evidentemente, condições de criar escolas específicas que ensinem a escrever nessas línguas.

Além da vulnerabilidade grupal, há de se destacar a vulnerabilidade individual. Existem pessoas com várias necessidades especiais. Não se conhece em Moçambique, por exemplo, a existência de programas de prevenção e mitigação do HIV/AIDS específicos para pessoas com impedimentos múltiplos, por exemplo, portadores de deficiência auditiva e visual. Essas pessoas acabam ficando sem se beneficiar dos poucos programas de sensibilização do HIV/AIDS. O próprio Programa Geração BIZ não propõe atividades específicas e diversificadas tendo em conta as necessidades dos alunos, o que mais uma vez prova que a declaração de Salamanca de 1994, que preconiza uma educação para todos, reconhecendo as necessidades e a urgência de provimento de educação a jovens e adultos com Necessidades Educativas Especiais dentro do sistema regular do ensino, não está sendo adequadamente cumprida em Moçambique, embora o país seja um signatário deste acordo.

A pessoas sabem que para se prevenir é necessário usar preservativo, mas se moram num meio em que a cobertura hospitalar é insuficiente, os preservativos podem não estar acessíveis. Sabe-se que desde o período de independência colonial, em 1975, os serviços de saúde têm ampliado a sua cobertura, ainda que estes avanços não atinjam

todo o território, pois apenas 50 a 79% da população tem acesso aos medicamentos essenciais oferecidos pelo Sistema de Saúde (USAID, 2005).

Quanto ao TARV, segundo o Governo de Moçambique [GM] (2009), o seu relatório do balanço do Plano Económico e Social de 2008 de Moçambique, mostra que ainda ha muito que se fazer no que concerne ao tratamento anti-retroviral para com os soropositivos. Atualmente a cobertura do TARV foi expandida a 213 unidades sanitárias, correspondendo a uma cobertura de 93%, em todo o país, o que indica que cada distrito tem uma unidade prestando esses serviços. Na maioria das vezes, no entanto, o serviço está na sede do distrito, o que quer dizer que um paciente, para obter o acesso a uma unidade sanitária, necessita percorrer muitas vezes mais de cem quilómetros, algo particularmente grave num meio em que a rede de transporte é precária, utilizando-se na maioria das vezes bicicletas para conseguir chegar ao destino pretendido.

Claramente vê-se que o problema de acesso do TARV permanece um grande obstáculo, pois o número de pessoas que necessitam do TARV tem estado a aumentar consideravelmente e o Sistema Nacional de Saúde não consegue dar resposta, pois o relatório avança que no ano 2008 cerca de 335 novas pessoas maiores de 15 anos foram infectadas pelo vírus de HIV/AIDS diariamente. Em 2008 registrou-se uma média de 385.000 pessoas adultas necessitando o TARV, embora o Sistema Nacional informe que apenas 115.308 adultos e 8.883 crianças menores de 15 anos têm acesso ao tratamento. A cobertura atual do tratamento com anti-retrovirais corresponde apenas a 23% das pessoas que dele necessitam. A falta de cobertura deve-se à fraca rede sanitária, bem como a não existência em Moçambique de uma fabrica de medicamentos anti-retrovirais genéricos, o que leva o governo a gastar avultadas somas para a a importação dos medicamentos.

Esses fatos contribuem para que os óbitos por HIV/AIDS continuem a aumentar, pois em 2000, ainda segundo o relatório estimava-se que o número de óbitos por HIV/AIDS estava acima de 40.000, mas nos nossos dias estima-se que a taxa seja superior aos 85.000 por ano. Como era de prever, as elevadas taxas de mortalidade contribuem também para o aumento de crianças órfãs e vulneráveis. Dos mais de um milhão de órfãos maternos que foram registros pelo Ministério da Mulher e Ação

Social, em colaboração com outras organizações não governamentais, 382.000 foram por causa do AIDS. (GM, 2009).

3.12 Hipóteses da Pesquisa

H1: Em decorrência das diferenças no nível de desenvolvimento econômico e social, espera-se que o nível de conhecimentos sobre HIV/AIDS seja maior a) nos professores e b) nos alunos da província de Maputo em relação aqueles da província de Niassa;

H2: Uma vez que os objetivos do programa geração BIZ contemplam prover informações, educação e aconselhamento, espera-se que o nível de conhecimentos sobre HIV/AIDS seja maior a) entre os professores e b) entre os alunos das escolas secundárias onde o programa está sendo implementado em relação aos professores e alunos das escolas onde o projeto não está sendo implementado;

H3: Dadas as diferenças no nível de desenvolvimento econômico, social e cultural, espera-se que as atitudes sobre os portadores do HIV/AIDS sejam mais positivas a) entre os professores e b) entre os alunos da província de Maputo quando comparados com os professores e alunos da província de Niassa;

H4: Uma vez que os objetivos do programa geração BIZ contemplam a promoção da solidariedade e o respeito pelos portadores de HIV/AIDS, espera-se que as atitudes em relação aos portadores do HIV/AIDS sejam mais positivas a) entre os professores e b) entre os alunos das escolas secundárias onde o programa está sendo implementado, quando comparadas com aquelas apresentadas por professores e alunos das escolas onde o projeto não está sendo implementado;

Capítulo IV Método

O presente capítulo apresenta os procedimentos metodológicos adotados para a condução do estudo, contemplando seções relativas aos participantes, aos procedimentos, aos instrumentos e os critérios adotados para a análise dos dados obtidos durante a pesquisa empírica.

4.1 Participantes

O estudo contou com a participação de 391 estudantes e 66 professores. As ações de emancipação das mulheres têm estado a surtir os efeitos, principalmente nas grandes centros urbanos. Em Maputo participaram da pesquisa mais mulheres que homens ($\chi^2_{(1)} = 18,5$, $p < .001$), o valor obtido foi maior em relação ao esperado (104 x 83,3). Em Niassa acontece o inverso, identificando-se mais homens do que mulheres a frequentar o ensino secundário (124 x 103,3). Na província de Niassa predominam algumas práticas culturais que incentivam as meninas a constituição das suas famílias, relegando a escola, nesse caso, para o segundo plano. Uma das práticas é denominada *emwali*, uma espécie de oficina de aprendizagem de trabalhos maternos. Lá as mulheres aprendem como cuidar dos filhos, do marido e como fazer os trabalhos caseiros considerados típicos da mulher, por exemplo, cozinha, lavar pratos, etc. Um pai que tem dois filhos, sendo uma menina e um homem, se estiver numa situação de optar em qual deles investirá, optará pelo homem. Em Niassa, há mais professores do que professoras, uma vez que as mulheres não são incentivadas a estudar, o se refletirá nas oportunidades de emprego. A maior parte das pessoas que tem um emprego que exige certo nível de formação é composta por homens, pois estes têm mais oportunidades de se formar do que as mulheres ($\chi^2_{(1)} = 8,0$, $p < .005$).

Quanto ao local de residência, como esperado, em Maputo, a capital e maior cidade moçambicana, apresentou um número maior de participantes na zona urbana do que na rural, ao contrário do que ocorreu em Niassa, a província menos desenvolvida do país, na qual a maior parcela dos participantes residia na zona rural. O local de residência serve como um bom indicador das assimetrias de desenvolvimento entre as duas províncias, a se considerar o local de residência como um indicador de bem estar, uma vez que, no caso específico de Moçambique, as pessoas que moram em zonas

urbanas têm mais probabilidade de ter acesso à água canalizada, a energia e aos meios de comunicação de massa quando comparados com os habitantes que residem nas zonas rurais.

Tabela 2: Dados demográficos dos estudantes participantes, por província e sexo

	Províncias							
	Maputo				Niassa			
	Homens		Mulheres		Homens		Mulheres	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Escolaridade								
8ª Classe	21	40,4	26	26,8	34	28,3	26	32,5
9ª Classe	2	3,8	12	12,4	43	35,8	29	36,3
10ª Classe	29	55,8	59	60,8	43	35,8	25	31,3
Residência								
urbana	31	56,4	61	67,0	37	33,0	24	32,9
peri-urbana	14	25,5	11	12,1	30	26,8	15	20,5
rural	10	18,2	19	20,9	45	40,2	34	46,6
Idade								
10 – 15	13		16		31		23	
16 – 20	26		58		34		17	
21 – 25	7		13		4		-	
26 - 30	-		1		-		-	
Com quem mora								
pai e mãe	40	62,5	56	53,8	70	60,3	41	51,9
pai ou mãe	8	12,5	19	18,3	12	10,3	13	16,5
Irmãos	8	12,5	14	13,5	26	22,4	18	22,8
outros	8	12,5	15	14,4	8	6,9	7	8,9
Religião								
Católica	23	36,5	46	45,5	74	63,2	47	59,5
Muçulmana	3	4,8	6	5,9	31	26,5	22	27,8
Protestante	6	9,5	3	3,0	3	2,6	3	3,8
Outras	31	49,2	46	45,5	9	7,7	7	8,9

A média de idade dos alunos foi de 16,7 anos, com desvio-padrão de 2,6 anos. A análise dos dados permite identificar uma diferença significativa ($t_{(241)} = 4,56$, $p < .001$) nas idades dos estudantes das duas províncias, sendo os estudantes de Maputo (média =

17,4; $dp=2,7$; mínimo = 13 anos; máximo = 28 anos) mais velhos do que os estudantes de Niassa (média = 17,4; $dp=2,7$; mínimo = 10 anos; máximo = 23 anos). A idade oficial de admissão na primeira classe do ensino escolar em Moçambique é de 6 anos, o que quer dizer que em norma a oitava classe deveria ser frequentada por alunos de 12 anos, embora em algumas situações esta regra seja flexível. Os dados indicam que vários alunos estão a frequentar o ensino secundário numa faixa etária superior à esperada, mas por falta de oportunidades escolares, em especial devido a falta de vagas na escola no período específico, muitos alunos contam com esta oportunidade numa idade mais avançada. Muitas vezes os alunos são obrigados a abandonar os estudos por falta de condições familiares para arcar com os custos escolares.

A maior parte dos alunos, em ambas as províncias, reside com o pai e a mãe, embora se saiba que a taxa de orfandade no país é alta no país, particularmente devido ao HIV/AIDS. Há de se assinalar, no entanto, que o conceito de pai e de mãe para as pessoas de Moçambique não se refere necessariamente aos pais biológicos, pois culturalmente o tio, os irmãos e os primos do pai podem ser considerados como o pai da criança.

Sobre a religião praticada pelos estudantes, importa dizer que o país sofreu durante mais de 500 anos a colonização portuguesa e uma das práticas coloniais mais marcantes foi a proibição das religiões nativas e a imposição da religião cristã. Isso fez com que muitas pessoas tenham abandonado as crenças tradicionais e aderido à religião cristã, dados os benefícios daí advindos, a exemplo do acesso à escola, pois uma dos requisitos para frequentá-la era a de ser batizado e cristão praticante. Apesar do esforço dos colonizadores em erradicar as religiões nativas, este objetivo não foi plenamente atingido, pois existe ainda hoje um número considerável de habitantes que continua a praticá-las, conforme evidencia a tabela 2, que demonstra um número significativo de seguidores da religião muçulmana, particularmente na província de Niassa. Ademais, várias religiões ainda são praticadas em Moçambique, embora não seja possível enumerar todas. Se existe uma palavra uma palavra que pode agrupá-las, é possível denominá-las religiões animistas, pois os seus seguidores acreditam que Deus está representado por elementos da natureza, como uma árvore, a água, uma pedra, objetos estes que se tornam símbolos de adoração. A maioria dos alunos da província de Niassa pratica a religião católica, seguida da muçulmana ($\chi^2_{(1)} = 79,8$, $p < .001$).

Tabela 3: Dados demográficos dos professores participantes por província

	Províncias							
	Maputo				Niassa			
	Homens		Mulheres		Homens		Mulheres	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Form. Psicopedagógica								
Sim	22	84,6	20	100,0	10	62,5	1	100,0
Não	4	15,4	-	-	6	37,5	-	-
Nível de Formação								
Médio	23	85,2	17	81,0	14	93,3	-	-
Bacharel	4	14,8	4	19,0	-	-	1	100,0
Licenciado	-	-	-	-	1	6,7	-	-
Residência								
Urbana	15	55,6	11	52,4	8	50,0	1	100,0
peri-urbana	10	37,0	5	23,8	3	18,8	-	-
Rural	2	7,4	5	23,8	5	31,3	-	-
Idade								
18 – 30	19		7		10		-	-
31- - 40	2		4		4		-	-
41 – 50	2		1		1		-	-
61—60	-		-		-		-	-
Estado Civil								
Solteiro	24	92,3	12	57,1	7	46,7	-	-
Casado	2	7,7	6	28,6	4	26,7	1	100,0
Divorciado	-	-	1	4,8	-	-	-	-
Viúvo	-	-	1	4,8	1	6,7	-	-
Outro	-	-	1	4,8	3	20,0	-	-
Religião								
Católica	12	48,0	13	61,9	11	73,3	1	100,0
Muçulmana	2	8,0	-	-	2	13,3	-	-
Protestante	6	24,0	6	28,6	1	6,7	-	-
Outra	5	20,0	2	9,5	1	6,7	-	-

Conforme assinalado anteriormente, o estudo contou com a participação de 66 professores das escolas secundárias moçambicanas. Os dados apresentados na tabela 3

sugerem que o país tem poucos professores qualificados atuando no ensino secundário, o que seria desejável para levar a bom termo o processo de ensino e aprendizagem. O Ministério da Educação e Cultura anualmente precisa contratar um número maior de professores com formação psicopedagógica do que aqueles graduados nas instituições de formação de professores estatais e privadas, sendo necessário recorrer à contratação de professores sem formação psicopedagógica adequada. Dos professores participantes, apenas um possui o nível de Licenciatura (graduação), sendo a grande maioria detentora apenas dos níveis médios, que corresponde ao 12º ano de escolaridade.

A análise dos dados não permitiu identificar qualquer diferença significativa nas idades dos professores das duas províncias, conforme pode ser observado nos dados relativos aos professores participantes das províncias de Maputo (média = 28,6; dp=7,9; mínimo = 18 anos; máximo = 50 anos) e Niassa (média = 29,3; dp=6,9; mínimo = 21 anos; máximo = 43 anos).

As duas províncias tiveram influências culturais diversificadas. Os árabes, que na sua maioria praticam a religião muçulmana, influenciaram bastante o norte de Moçambique, que corresponde às províncias de Nampula, Cabo Delgado e Niassa. Com exceção de Niassa, as duas outras províncias possuem costa do oceano Índico que antes da chegada dos portugueses a Moçambique em 1498 já tinham contacto com os árabes. A costa constitui um importante centro de trocas comerciais entre árabes e moçambicanos, o que se refletiu na influência da religião muçulmana, até hoje muito praticada no norte do país. Segundo Pereira (1999), Moçambique foi dominado durante cinco séculos pelos árabes, antes da chegada dos portugueses. Com a chegada dos portugueses começa-se com a difusão do cristianismo, principalmente nas cidades do interior de Moçambique.

O sul de Moçambique que corresponde às províncias de Gaza, Inhambane e Maputo é a que mais conservou a religião nativa. Uma das características dessas religiões é de acreditar que Deus é representado por um elemento da natureza. Acredita-se que o sucesso da vida depende da proteção dos antepassados e para falar com os antepassados é necessária a intervenção de um mediador, usualmente um elemento material, que depende, em última instância, do sistema de crença da etnia.

Acesso aos meios de comunicação de massa

Com a finalidade de tornar a descrição dos participantes do estudo mais detalhada possível, serão apresentados na tabela 4 alguns dados acerca do acesso aos meios de comunicação de massa, dado o impacto que estes podem exercer na difusão de mensagens e dos programas de sensibilização face ao HIV/AIDS.

Tabela 4: Valores obtidos e esperados de acesso aos meios de comunicação de massa, por província

Meios de comunicação	Maputo				Niassa			
	Alunos		Professores		Alunos		Professores	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Televisão	155 (124,3)	89,6	46 (39,8)	95,8	113 (143,7)	56,5	7 (13,3)	43,8
Rádio	152 (138,8)	90,5	46 (46,5)	95,8	143 (156,2)	75,7	16 (15,5)	100
Internet	62 (52,4)	38,0	21 (16,5)	43,8	54 (63,6)	27,3	1 (5,5)	6,3

Os dados evidenciam a enorme disparidade de acesso aos meios de comunicação de massa entre as diferentes províncias de Moçambique. A província de Maputo recebe um maior investimento de infra-estruturas sociais em relação às outras províncias do país e estas diferenças se tornam mais acentuadas quando comparadas com aquelas situadas na região norte, como é o caso de Niassa. Em todos meios de comunicação de massa analisados, exceto o rádio, entre os professores, os habitantes de Maputo possuem um melhor acesso aos meios de comunicação que os de Niassa. No caso específico da televisão, identifica-se uma clara diferença no padrão de resultados entre as duas províncias ($\chi^2_{(1)} = 50,2$, $p < .001$), onde se nota que o valor obtido pelos estudantes é maior do que o esperado no caso de Maputo (155 x 124,3), enquanto em Niassa o valor obtido foi menor do que o esperado (113 x 143,7). Esta mesma tendência se observa no caso dos professores ($\chi^2_{(1)} = 22,8$, $p < .001$), com os valor obtido sendo

maior do que o esperado em Maputo (46 x 39,8) e o esperado maior do que o obtido em Niassa (7 x 13,3). A televisão é um meio de comunicação de massa que facilita o acesso de diversificadas informações, como é o caso de programas educativos que visam à prevenção do HIV/AIDS e mitigar os efeitos negativos da pandemia. Em situações que não é possível o contato face a face para a divulgação de qualquer conhecimento, a televisão pode ser bastante útil. Os dados indicam que as pessoas de Maputo têm mais probabilidade de ficarem mais informadas sobre vários aspectos usando a televisão em relação aquelas que residem em Niassa.

Quanto ao rádio, os alunos de Maputo têm mais acesso em relação aos do Niassa ($\chi^2_{(1)} = 13,6$, $p < .001$), embora isto não seja verdadeiro no caso dos professores, uma vez que todos os professores da província de Niassa que participaram da pesquisa informaram terem acesso a este meio de comunicação. Em que pese a enorme difusão do rádio, o tempo alocado para programas educativos de rádio difusão pública é pouco significativo. Segundo o INE (2009c), em 2005 o tempo para programas educativos na rádio difusão pública, onde estão incluídos programas ligados à prevenção de doenças como malária, cólera, HIV/AIDS foi de 6.399 horas, enquanto os programas de música africana atingiram a cifra de 11.251 horas e de música Moçambicana exatas 21.643 horas. O fato de ter acesso ao rádio, apenas por si, não garante que a pessoa tenha acesso aos programas educativos sobre o HIV/AIDS, pois o tempo alocado para os programas é pouco e tendo em conta os afazeres da maioria das pessoas pode ser que, mesmo tendo acesso ao rádio, as pessoas podem não ser alcançadas pelas informações, especificamente no que concerne aos programas educativos.

No que diz respeito ao acesso da internet, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre alunos e professores de Maputo e de Niassa. A internet é um meio de acesso ainda incipiente, mesmo entre aqueles que moram na capital, a exemplo dos 38% de estudantes e 43,8% de professores que informaram acessar a este meio de comunicação. A Internet facilita bastante o acesso da informação não apenas do próprio meio sociocultural, mas também no plano global. Conhecimentos recentes sobre avanços científicos em diferentes áreas podem estar disponíveis muito rapidamente, bastando o internauta aceder aos jornais científicos de acesso gratuito.

Participação nas ações de sensibilização em relação ao HIV/AIDS

Uma das principais hipóteses do trabalho se refere ao impacto do programa Geração BIZ, uma das ações de sensibilização frente ao HIV/AIDS, no nível de conhecimento e nas atitudes em relação aos portadores do HIV. Para avaliar este impacto é importante descrever o perfil dos participantes do estudo em relação a esta participação. A tabela 5 apresenta, de forma condensada, estes dados.

Nos alunos das duas províncias identifica-se um equilíbrio na percentagem dos alunos que já tiveram a oportunidade de participar em ações de sensibilização face ao HIV/AIDS. Percebe-se nos dados da tabela 5, que a maioria participou nessas ações na escola, sendo 74,2% e 80,3% nas províncias de Maputo e Niassa, respectivamente. Curiosamente o número de alunos que participou das ações de sensibilização em Niassa é maior do que em Maputo. Como nesta última província foi identificado um maior acesso aos meios de comunicação de massa, poder-se-ia supor que as pessoas teriam mais oportunidades para obter informações sobre a pandemia. Será que os meios de comunicação fazem pouco para tal ou os programas não são fontes de motivação para os alunos?

Quando comparados com a taxa de acesso em outros meios que não a escola, nota-se claramente que a escola representa um centro de oportunidades para a sensibilização dos alunos face à pandemia. Ademais, a prevenção da doença pode não ser o foco da igreja, bem como o das comunidades.

A maioria dos alunos, correspondente a 67,7% em Maputo e a 56,9 em Niassa afirmou já ter iniciado a vida sexual. O início precoce da atividade sexual pode estar associado à idéia de que a virilidade masculina é medida pela capacidade de ter relações sexuais e procriar. Provavelmente estes resultados, pelo menos na província de Niassa, podem ser explicados pelo costume dos ritos de iniciação.

O uso de preservativos não parece ser uma prática completamente difundida nas duas províncias, pois os valores indicam um equivalente a 60% entre os alunos de Maputo e 44,8% entre os de Niassa. Embora as pessoas saibam da importância do preservativo, as respostas podem não representar exatamente os costumes sexuais,

principalmente se forem considerados o índice crescente de transmissão do HIV pela via do contato sexual.

Tabela 5: Participação em ações de sensibilização sobre o HIV-AIDS

	Maputo				Niassa			
	Alunos		Professores		Alunos		Professores	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Participou ações de sensibilização								
Sim	78	46,2	32	66,7	112	56,6	15	93,8
Não	91	53,8	16	33,3	86	43,4	1	6,3
Local da participação								
Escola	72	74,2	22	68,8	110	80,3	8	61,5
Igreja	8	8,2	2	6,3	3	2,2		
Bairro	8	8,2	1	3,1	18	13,1	2	15,4
outros locais	9	9,3	2	6,3	6	4,4	3	23,1
Iniciou relações sexuais								
Sim	114	67,9			111	56,9		
Não	54	32,1			84	43,1		
Usa preservativo								
Sempre	78	60,0	15	39,5	56	44,8	7	41,2
as vezes	28	21,5	20	52,6	40	32,0	10	58,8
Nunca	24	18,5	3	7,9	29	23,0	-	-
Quantos parceiros sexuais								
um parceiro	98	79,0	33	89,2	95	75,4	14	82,4
dois parceiros	12	9,7	2	5,4	17	13,5	3	17,6
mais de três parceiros	14	11,3	2	5,4	29	23,0	-	-
Implementação Geração Biz								
Sim	104	59,8	16	33,3	148	68,2	13	86,7
Não	70	40,2	32	66,7	69	31,8	2	13,3
Avaliação Geração Biz								
Muito bom			2	13,7			3	23,1
Bom			10	66,7			7	53,8
Suficiente			3	20,0			2	14,4
Mau			-	-			1	7,7

No que concerne à participação no programa geração BIZ, o foco central da presente dissertação, 59,8% dos estudantes participantes de Maputo e 68,2% dos de Niassa afirmaram que o programa está sendo aplicado nas escolas. Quanto aos professores, 33,3% em Maputo e 86,7% em Niassa confirmaram a implementação do programa nas suas escolas. De modo geral, a avaliação do programa é positiva, ao menos para os professores cujas escolas que dele participam.

4.2 Instrumentos

Para a condução dos trabalhos que resultou na presente dissertação foram considerados três instrumentos. O primeiro deles, o questionário sócio-demográfico, permitiu caracterizar de forma detalhada a amostra, conforme observado na seção anterior. O segundo instrumento utilizado no presente estudo foi o questionário de mensuração de conhecimentos científicos acerca HIV/AIDS. Este instrumento, desenvolvido no Brasil por Camargo, Bárbara e Bertol (2005), foi elaborado a partir da publicação oficial do Instituto Pasteur, coordenado por Luc Montagnier, em 1996. O instrumento é constituído de 24 sentenças que devem ser respondidas como verdadeira, falsa ou tenho dúvidas. Os itens estão organizados em três dimensões: avaliação do conhecimento acerca do vírus HIV e as diversificadas formas de transmissão, constituído por 10 itens; avaliação do conhecimento sobre a infecção e sobre o seu tratamento, constituída por 6 itens; por último, avaliação do grau de conhecimento sobre a prevenção do HIV/AIDS, formada por 8 itens.

O terceiro instrumento utilizado na presente pesquisa foi a escala de atitudes frente a AIDS, desenvolvida por Moriya, Gil e Hayashida (1994), com o objetivo de avaliar atitudes favoráveis e desfavoráveis frente a AIDS, bem como ajudar na avaliação de programas educativas relacionados ao HIV/AIDS. A escala, no formato Likert, contém 25 afirmações relativas a AIDS. Os itens 1, 2, 3, 4, 5 e 6 correspondem a sub-escala origens da doença. Na presente aplicação, o item 4 foi excluído por comprometer a consistência interna da dimensão, e após a exclusão o valor do *alpha* atingiu aceitáveis .717. Os itens 7 a 17 correspondem à sub-escala conhecimentos sobre a AIDS. Para fins de análise, quatro itens foram excluídos, resultado num *alpha* de .628. Finalmente, os itens 18 a 25 correspondem à sub-escala avaliação do relacionamento com os soropositivos. Neste caso, embora três itens tenham sido excluídos, o valor do *alpha* permaneceu relativamente baixo, alcançando apenas um valor de .508.

4.3 Procedimentos

Foram estabelecidos, inicialmente, contatos com o Ministério da Educação e Cultura de Moçambique, no sentido de oficializar a intenção de conduzir pesquisa nas escolas secundárias, bem como colher informações acerca do Programa Geração BIZ.

Dentre as informações obtidas se destacam as províncias e escolas onde o programa foi implementado, os objetivos e as atividades realizadas no âmbito do programa.

A aplicação dos instrumentos, no caso dos alunos, foi realizada coletivamente, de forma a não comprometer as rotinas estabelecidas nas escolas. Em Niassa, os diretores pedagógicos ajudaram a identificar os horários vagos, de forma que os alunos poderiam responder aos questionários na própria sala de aula. Embora a página inicial do caderno de instrumentos contemplasse a apresentação e as instruções de como proceder ao preenchimento dos questionários, o pesquisador proporcionou uma explicação oral dos objetivos da pesquisa e informou como os instrumentos deveriam ser preenchidos.

Em Maputo, os professores com atuação nas escolas secundárias se disponibilizaram a aplicar os instrumentos em suas escolas, depois de explicados pelo pesquisador os objetivos da pesquisa e como teriam que ser preenchidos os instrumentos. Eles ficaram responsáveis de fazer esclarecimentos adicionais aos alunos, caso houvesse necessidade.

No caso específico dos professores, os questionários foram distribuídos, combinando-se a devolução para uma data posterior.

4.4 Critérios para a análise de dados

O desenho adotado para a condução da pesquisa foi o 2 x 2 x 2, sendo o primeiro fator a província (Maputo e Niassa), o segundo o a categoria social avaliada (professores e alunos) e o terceiro a adoção do Programa geração BIZ (escolas que adotaram e escolas que não adotaram). Os dados foram tratados pela estatística descritiva e inferencial, nos seguintes termos:

a) obtenção da média e desvio-padrão do nível de conhecimento e atitudes de professores;

a) obtenção da média e desvio-padrão do nível de conhecimento e atitudes de estudantes;

b) comparação das médias do nível de conhecimento e das atitudes, mediante a aplicação da ANOVA Fatorial;

Capítulo V. Análise dos Dados

5.1. Conhecimento científico sobre AIDS, por província

A primeira hipótese do trabalho se refere às diferenças no nível de conhecimento relativo ao HIV/AIDS entre as províncias de Maputo e Niassa e se sustentava no entendimento, pelas razões anteriormente expostas, de que o conhecimento científico seria mais abrangente entre os participantes de Maputo quando comparados aos de Niassa.

Tabela 6: Diferença no grau de conhecimento dos professores e estudantes em relação ao HIV/AIDS por província

Dimensões no TCCAIDS	Província				p	
	Maputo		Niassa		Prof.	Aluno
	Prof.	Aluno	Prof.	Aluno		
Meios de transmissão	4,42 (0,96)	3,35 (1,18)	4,05 (1,51)	3,39 (1,32)	0,25	0,757
Infeção e tratamento	2,24 (1,65)	2,78 (1,61)	2,35 (1,45)	3,58 (1,85)	0,81	0,001
Meios de prevenção	4,98 (1,40)	4,52 (1,62)	4,03 (1,61)	4,09 (1,62)	0,04	0,001

Com a finalidade de testar a hipótese 1a foram conduzidos três testes t para as diferenças das médias entre os grupos de professores, um para cada dimensão do TCCAIDS.

Os valores apresentados na tabela 6 indicam um grau de conhecimento semelhante em relação às dimensões meios de transmissão e infecção e tratamento; no caso específico do conhecimento sobre os meios de prevenção, foi identificado um maior conhecimento dos professores da província de Maputo quando comparados com os professores de Niassa ($4,98 \times 4,03$; $t = 2,31$, $gl = 24,866$, $p < 0,05$). Os resultados podem significar que em Maputo existe maior disponibilidade de informações sobre meios de prevenção da AIDS em relação a Niassa, daí os professores de Maputo apresentarem altos escores nessa dimensão. Ou seja, as várias informações sobre o HIV/AIDS que circulam em Maputo enfatizam os meios de prevenção, em relação a

questão ligadas a meios de transmissão e infecção e tratamento, por isso as diferenças foram notórias apenas nessa dimensão.

Com a finalidade de determinar o efeito das variáveis demográficas, foram conduzidas várias análises, realizadas com os testes t para diferença entre as médias e a análise da variância (ANOVA). No caso dos professores, não foi possível identificar qualquer efeito de variáveis como o sexo do participante, ter formação psicopedagógica, anos de experiência, local de residência, estado civil, prática religiosa, acesso à televisão, ao rádio e à Internet, participação em ações de sensibilização, o local onde participou destas ações, uso do preservativo durante as relações sexuais e número de parceiros sexuais sobre o nível de conhecimento das três dimensões mensuradas pelo TCCAIDS.

Em relação aos resultados dos alunos, que representa a hipótese 1b da presente dissertação, as médias, bem como a significância estatística, estão apresentadas na tabela 6. O resultado evidencia um nível semelhante de conhecimento entre os participantes das duas províncias, exceto no caso da dimensão infecção e tratamento que, ao contrário do esperado, evidenciou um maior grau de conhecimento entre os alunos da província de Niassa (3,58 x 2,78; $t = 4.48$, $gl = 389$, $p < 0.01$).

Esperava-se que os alunos de Maputo, por residirem numa província com um nível de desenvolvimento elevado e com maior disponibilidade de acesso aos meios de comunicação apresentassem um grau de conhecimento mais elevado que os alunos de Niassa. Os resultados sugerem que o fato de morar numa região mais desenvolvida não implica necessariamente que essa pessoa tenha mais informações sobre a AIDS. As informações podem ser tornadas públicas, mas se elas não suscitam interesse, a influência pode não ser percebida. Para que uma pessoa adquira qualquer tipo de conhecimento, não basta apenas que esse conhecimento seja disponibilizado; é necessário que as pessoas se tornem aptas a adquirir esse conhecimento, o que envolve um certo esforço, pois é necessário prestar atenção, ter capacidade de memorizar e utilizar esse conhecimento em situações futuras. Czwienczek (2001) citado por D'Affonseca (2005), diz que a maneira como cada um dos membros da família se comunica e as atitudes adotadas afetam a conduta das crianças em relação as tarefas que

realizam e o grau de satisfação que essas atividades produzem. Algumas famílias podem não estimular o interesse relativo a assuntos como a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, de forma que o conhecimento, mesmo acessível, pode não se tornar um foco de interesse por parte das pessoas.

A análise com os teste t e a ANOVA, também conduzidas com a finalidade de controlar o impacto das variáveis sócio-demográficas na avaliação dos resultados do teste de conhecimento, indica que não foi possível identificar qualquer impacto do sexo, do local de residência, da pessoa com quem reside, da prática religiosa, do acesso ao rádio e à Internet, do local em que foram conduzidas as ações de sensibilização ou de ter uma vida sexual ativa no nível de conhecimento dos alunos sobre o HIV/AIDS.

Impacto do Programa Geração Biz no Conhecimento Científico sobre AIDS

O procedimento para o teste da segunda hipótese do trabalho foi o mesmo adotado para comparar os resultados por província. Conduziu-se inicialmente um teste t, comparando exclusivamente os resultados dos participantes das escolas que implementaram ou não o Programa Geração Biz.

Os resultados dos professores, apresentados na tabela 7, deixam claro a ausência de qualquer impacto do Programa Geração Biz no nível de conhecimento dos professores.

Tabela 7: Diferença no grau de conhecimento dos professores e estudantes em relação ao HIV/AIDS por implementação do programa

Dimensões no TCCAIDS	Implementação do Programa					
	Sim		Não		p	
	Prof.	Alunos	Prof.	Alunos	Prof.	Alunos
Meios de transmissão	4,31 (0,93)	3,26 (1,25)	4,47 (1,08)	3,58 (1,25)	0,529	0,018
Infeção e tratamento	2,64 (1,51)	2,94 (1,75)	2,06 (1,59)	3,75 (1,76)	0,142	0,001
Meios de prevenção	4,68 (1,37)	4,11 (1,61)	4,92 (1,45)	4,59 (1,63)	0,511	0,006

Os resultados podem significar que o programa geração Biz não é a única fonte de informações sobre o HIV/AIDS, daí que os professores que não tem acesso ao programa podem obter conhecimentos por outras vias, não se notando diferenças dos professores nas duas situações. Ou por outra, o programa pode ser providenciado na

escola e os professores não se interessarem pelos mesmos, passando a não participar dos mesmos.

Os resultados do teste da hipótese 2b, conforme se observa na tabela 7, foram completamente inesperados. Em todas dimensões, o nível de conhecimento dos alunos de escolas que não participam do Programa Geração Biz foi mais alto do que o dos alunos das escolas que implementaram o programa.

Estes resultados podem indicar que os alunos das escolas que não implementaram o programa não se interessam em procurar outras fontes de conhecimentos sobre a AIDS, limitando-se apenas ao que é transmitido pelos ativistas do programa, que por vezes pode ser um conhecimento limitado. Os alunos que não tem o privilégio de ter acesso ao programa podem desenvolver um esforço e procurar suprir, por outros meios, as informações que permitam um maior conhecimento sobre a AIDS. Como as atividades do programa não contribuem para a aprovação de classe, os alunos podem não se interessar pelos conteúdos. Ademais, a maneira pela qual o conhecimento é difundindo, mediante palestras, vídeos ou panfletos, pode não ser estimulante para os alunos. Usualmente são feitos estudos CAP (Conhecimento, Atitudes e Práticas), sobre a AIDS, mas os alunos têm um *feedback* do grupo, portanto, não individual, o que pode fazer com que eles não tenham consciência das suas lacunas de conhecimento.

Para entender melhor o conhecimento sobre o HIV/AIDS entre os participantes do estudo, bem como avaliar o impacto de algumas variáveis sócio-demográficas, foram adicionalmente conduzidas análises com a finalidade de identificar diferenças e associações entre estas variáveis e as três dimensões do teste de conhecimento.

A idade do professor manteria alguma associação com o nível de conhecimento? Os resultados apresentados na tabela 8 sugerem que não. A inspeção das células permite identificar apenas uma correlação entre as dimensões do teste de conhecimento sobre o HIV/AIDS.

Tabela 8: Correlação entre as dimensões meios de transmissão, infecção e tratamento e meios de prevenção no TCCAIDS nos professores. (n = 66)

	Dimensões no TCCAIDS			
	1	2	3	4
Meios de transmissão	-	0,35**	0,24*	-0,51
Infecção e Tratamento	-	-	0,15	0,12
Meios de Prevenção	-	-	-	-0,24
Idade professor	-	-	-	-

**p < 0.01

* p < 0.05

A dimensão meio de transmissão apresentou uma associação positiva, porém fraca, com a dimensão infecção e tratamento ($r = 0.35$, $p = 0.01$). Os meios de transmissão também estão associados aos meios de prevenção, o que indica que quando o conhecimento é maior no que concerne aos meios de transmissão da AIDS, maior é o conhecimento em relação aos meios de prevenção ($r = 0.24$, $p = 0.05$). Essas correlações revelam que quanto maior o nível de conhecimento dos meios de transmissão da AIDS, maior será o conhecimento da infecção e o tratamento da AIDS, pois hoje se sabe que apesar da AIDS não ter cura, ela tem tratamento que minimiza o alastramento do vírus. É importante assinalar, entretanto, que não foi identificada qualquer associação entre o conhecimento sobre a infecção e o tratamento e os meios de prevenção.

Conforme se observa na tabela 9, no caso dos alunos, foi possível identificar, exclusivamente, uma correlação positiva entre a idade e o conhecimento acerca dos meios de transmissão do HIV/AIDS. Ademais, foram identificadas correlações entre o conhecimento sobre os meios de transmissão e sobre a infecção e o tratamento, ($r = 0.27$, $p = 0.01$), bem como entre o conhecimento sobre os meios de transmissão e o conhecimento sobre os meios de prevenção ($r = 0.30$, $p = 0.01$). No geral os participantes que tem um conhecimento elevado sobre os meios de transmissão da AIDS, tendem também a conhecer as diferentes formas de infecção, bem como as diferentes formas de se prevenir do vírus HIV.

Os dados também mostram uma correlação entre o conhecimento de meios de transmissão do HIV e a idade dos alunos. Os participantes que apresentam uma média

maior no conhecimento das várias formas de infecções que podem ser causadas pelo HIV, bem como o tratamento das várias doenças oportunistas, tendem também a ter uma idade maior ($r = 20$, $p = 0.01$).

Tabela 9: Correlação entre as dimensões meios de transmissão, infecção e tratamento e meios de prevenção no TCCAIDS nos alunos. (n =391)

	Dimensões no TCCAIDS			
	1	2	3	4
Meios de transmissão	-	0,27**	0,30**	0,20**
Infecção e Tratamento	-	-	0,18	0,66
Meios de Prevenção	-	-	-	0,15
Idade dos alunos	-	-	-	-

**p < 0,01

5.2 Atitudes frente à AIDS

Para a terceira hipótese, foi realizado o teste t e os resultados evidenciam a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre os professores de Maputo e de Niassa, nas três dimensões da EAFAIDS. O fato de morar em Maputo ou em Niassa não influencia nas atitudes dos professores em relação aos soropositivos. Pode ser que os vários programas difundidos na televisão não enfatizem a questão das atitudes ou talvez se preocupem apenas com a questão dos meios de prevenção da AIDS, relegando para o segundo plano a questão das atitudes.

Tabela 10: Diferença nas atitudes sobre o HIV/AIDS dos professores e estudantes por província

Dimensões na EAFAIDS	Província				p	
	Maputo		Niassa		Prof.	Alunos
	Prof.	Alunos	Prof.	Alunos		
Origens da AIDS	4,22 (0,82)	4,03 (0,74)	3,89 (0,79)	3,34 (1,01)	0,163	0,001
Conhecimentos sobre a AIDS	3,97 (0,51)	3,61 (0,78)	3,65 (0,71)	2,97 (0,92)	0,050	0,001
Relações com os Soropositivos	2,18 (1,05)	2,60 (0,80)	1,85 (0,96)	2,35 (0,96)	0,253	0,001

No caso da hipótese 3b, os alunos da província de Maputo tiveram médias mais elevadas dos que os de Niassa em todas dimensões da EAFAIDS. No caso da origem da AIDS, as diferenças entre as médias 4,03 e 3,32 são estatisticamente significativas ($t =$

7.43, $gl = 379$, $p < 0.01$). No que diz respeito ao conhecimento sobre a AIDS, os alunos de Maputo obtiveram uma média de 3,61 e os de Niassa 2,97 ($t = 7.19$, $gl = 379$, $p < 0.01$). No que tange às relações com os soropositivos, os alunos de Maputo também obtiveram médias elevadas 2,60, quando comparados com os de Niassa ($t = 2.62$, $gl = 378$, $p < 0.01$).

Em geral, é possível concluir que os alunos de Maputo sabem mais sobre a origem da AIDS, as diversas formas de transmissão do HIV, as diferentes manifestações da doença, bem como desenvolvem uma atitude positiva para com os soropositivos.

Tabela 11: Diferença nas atitudes dos professores e estudantes por implementação do programa

Dimensões na EAF/AIDS	Implementação do Programa				p	
	Sim		Não		Prof.	Alunos
	Prof.	Alunos	Prof.	Alunos	Prof.	Alunos
Origens da AIDS	4,17 (0,73)	3,60 (0,93)	4,09 (0,91)	3,75 (1,01)	0,706	0,159
Conhecimentos sobre a AIDS	3,74 (0,68)	3,20 (0,89)	4,01 (0,47)	3,38 (0,94)	0,076	0,065
Relações com os Soropositivos	2,11 (1,07)	2,62 (0,85)	2,02 (0,95)	2,18 (0,94)	0,736	0,001

Foram realizados testes t para comparar as médias obtidas nas três dimensões da EAF/AIDS, não sendo encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os professores cujas escolas estão implementando o programa e aqueles que as escolas não estão implementando o programa. A existência do programa não faz diferenças nas atitudes que os professores apresentam frente ao HIV/AIDS e embora um dos objetivos do programa seja o de promover atitudes que não discriminam os soropositivos, pode ser que as ações que são levadas desenvolvidas para alcançar esse objetivo não estejam a surtir os efeitos desejados. Por outro lado, pode ser que as ações que visam a promoção de atitudes positivas para com os soropositivos não sejam enfatizadas durante as atividades de sensibilização.

Os alunos freqüentam escolas nas quais o Programa Geração Biz está sendo implementado apresentaram médias maiores na dimensão relações com os soropositivos em relação aos alunos que as suas escolas o programa não está sendo implementado ($t = 4.67$, $gl = 378$, $p < 0.01$), o que parece indicar que, ao menos no caso dos alunos, o programa contribui para a promoção de atitudes positivas para com os soropositivos. Neste sentido, os alunos cujas escolas estão implementando o programa tem maior

probabilidade de apresentar comportamentos que evitam a discriminação dos soropositivos, tendo em conta que a atitude pode prever com uma razoável probabilidade o comportamento das pessoas.

Nos professores, conforme mostra a tabela 12, a dimensão origens da AIDS teve um relacionamento positivo moderado com a dimensão conhecimento da AIDS ($r=0.41$, $p = 0.01$).

Tabela 12: Correlação entre as dimensões origens da AIDS, conhecimentos sobre a AIDS, relações com os soropositivos e a idade dos professores na EAFAIDS. (n= 65)

	Dimensões no TCCAIDS			
	1	2	3	4
Origens da AIDS	-	0,41**	-0,15	0,23
Conhecimentos sobre a AIDS	-	-	-0,97	0,19
Relações com Soropositivos	-	-	-	0,32
Idade do professor	-	-	-	-

** $p < 0,01$

A dimensão origens da AIDS tem um relacionamento positivo moderado com a dimensão conhecimentos da AIDS ($r = 0.62$, $p = 0.01$). Os alunos que sabem da origem da AIDS tendem também a ter escores elevados na dimensão conhecimentos da AIDS. Por outra, a dimensão conhecimentos da AIDS teve uma associação positiva fraca com a dimensão relação com os soropositivos, ($r = 0.19$, $p = 0.01$). Os alunos que tem conhecimentos elevados sobre a AIDS tende a ter uma atitude positiva para com os soropositivos, ou seja, não demonstram atitudes discriminatórias contra os infectados pelo HIV e os afetados (familiares do soropositivo, filhos, amigos, etc) .

Tabela 13: Correlação entre as dimensões origens da AIDS, conhecimento da AIDS, relações com os soropositivos e a idade dos alunos na EAFAIDS.

	Dimensões na EAFAIDS			
	1 (N= 381)	2 (N= 381)	3 (N= 380)	4 (N= 238)
Origens da AIDS	-	0,62**	0,07	0,09
Conhecimentos sobre a AIDS	-	-	0,19**	0,15
Relações com Soropositivos	-	-	-	-0,45
Idade de alunos	-	-	-	-

** $p < 0,01$

Capítulo VI Considerações Finais

As primeira e segunda hipóteses sustentavam que os professores e alunos da província de Maputo teriam conhecimentos mais abrangentes em relação ao HIV/AIDS do que os professores e alunos de Niassa. A comparação entre as médias do questionário de conhecimento sobre o HIV/AIDS evidenciou que não foram encontradas diferenças significativas entre os professores, mas que na dimensão conhecimento sobre a infecção e tratamento, os alunos de Niassa apresentaram resultados mais elevados que os de Maputo. Estes resultados, em si, permitem descartar as duas primeiras hipóteses.

As terceira e quarta hipóteses se referiam às diferenças de conhecimento de professores e alunos cujas escolas participam do Programa Geração Biz e sugeria um maior nível de conhecimento entre os alunos e professores das escolas que participam do programa. Uma vez mais, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os professores dos dois grupos. No caso específico dos alunos, aqueles cujas escolas estão implementando o programa apresentaram escores menos elevados na dimensão Infecção e Tratamento quando comparados com os os alunos cujas escolas estão implementando o programa.

Estes dados evidenciam que o Programa Geração Biz não está conseguindo alcançar os seus objetivos, pois o conhecimento sobre o HIV/AIDS não parece receber um aporte muito acentuado em decorrência da implementação do programa. Foram identificadas algumas relações entre as distintas modalidades de conhecimento. Os professores que sabem mais sobre as origens da AIDS tendem também a conhecer mais a AIDS. Um resultado importante desta pesquisa sugere que os alunos com mais conhecimentos sobre a AIDS tendem a ter atitudes mais positivas para com os soropositivos.

Quanto às atitudes, a quinta e sexta hipóteses do estudo postulavam que os professores e alunos de Maputo teriam atitudes mais positivas em relação ao HIV/AIDS quando comparados os de Niassa. Os alunos de Maputo tiveram atitudes mais positivas em relação aos do Niassa. Contraditoriamente, os alunos de Niassa obtiveram

conhecimentos mais elevados sobre o HIV/AIDS na dimensão infecção e tratamento e apresentaram atitudes menos positivas para com os soropositivos quando comparados com os alunos de Maputo, o que evidencia que nem sempre o conhecimento predispõe o indivíduo a acolher atitudes menos preconceituosas.

Por último, as sétima e a oitava hipóteses sustentavam que os professores e alunos cujas escolas estão implementando o programa Geração Biz teriam atitudes positivas em relação aos professores e alunos cujas escolas não estavam implementando o programa. Os dados indicam que na dimensão relação com os soropositivos, na EFAIDS os alunos cujas escolas estavam implementando o programa passaram a apresentar atitudes mais positivas quando comparados com os alunos cujas escolas não estavam implementando o programa.

A conclusão central deste trabalho parece apontar que é necessário uma integração entre o conhecimento adquirido na escola sobre o HIV/AIDS e aquele disponível na comunidade sobre o fenômeno. Para isso, na medida do possível, o programa Geração Biz devia se aproximar mais dos esforços e das práticas costumeiras da comunidade na qual a escola está inserida.

Os programas devem se adequar ao contexto sociocultural, tendo em conta que Moçambique apresenta grande variedade nas práticas e nos costumes nas diversas regiões do país. Torna-se necessário avaliar os papéis sociais valorizados em cada meio social, bem como identificar quem desempenha esse papel. Presumivelmente, estas pessoas podem contribuir de forma significativa na credibilidade do conhecimento que se pretende transmitir à comunidade.

É tempo de fazer com que os conteúdos ligados ao HIV/AIDS constituam parte de determinadas disciplinas, que sejam objeto de avaliação e que contribuam para a promoção escolar do aluno. Os vários meios de comunicação de massa deveriam ser aproveitados para divulgar informações de forma constante sobre o HIV/AIDS. Na medida do possível, a informação sobre o HIV/AIDS devia ser oferecida pelos meios de comunicação de massa, para fazer com que aqueles que tem acesso aos mesmos tenham a oportunidade de enriquecer os seus conhecimentos sobre a questão.

É importante assinalar, mais uma vez, que Moçambique apresenta grande diversidade cultural, pois no país está dividido em três grandes regiões. O presente estudo baseou-se apenas em uma província da zona sul, Maputo, e uma outra da zona norte, Niassa. É urgente a condução de novos estudos, mais abrangentes e que sejam capazes de incorporar e avaliar o conhecimento e as atitudes sobre o HIV/AIDS nas outras regiões do país. Como a população estudada foi a de alunos e professores das escolas secundárias, deixando de parte alunos do ensino primário, do segundo grau, e outros níveis de ensino, certamente o presente estudo deve ser completado com outros que assegurem uma avaliação cuidadosa do impacto da AIDS nas mais diversas esferas educacionais.

Referências

Aparecido, S. W., Buchala, C. M., Paiva, V., Oliveira, L. M do R., Stall, R. & Norman, H., (2002). Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS entre jogadores juniores. *Revista de Saúde Pública*, 36 (4): 68-75.

Bárbara, A; Crepaldi, M. A., Sachetti, V. A. R. (2005) Contribuições das representações sociais ao estudo da AIDS. *Integração em Psicologia*, 9 (2): 331-339.

Camargo, B. V. & Botelho, L. J. (2007). Aids, Sexualidade e atitudes de adolescentes sobre a proteção contra o HIV. *Revista de Saúde Pública, São Paulo*, 41 (1). Recuperado em 04 de Setembro de 2009, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-.

Camargo, B. V.; Barbará, A. & Bertoldo, R. B. (2005). Um instrumento de medida da dimensão informática da representação social da Aids. Em: Jornada Internacional e II Conferência Brasileira sobre representações sociais. João Pessoa., v.1., 1385 – 1395.

Cândido, J. C. & Moraes, M. J. (2006). Educação autóctone tradicional e a educação oficial moderna: efeitos dos ritos de iniciação autóctone sobre o rendimento escolar dos alunos iniciados. Recuperado em 07 de Setembro de 2009, de <http://lakh.unm.edu/handle/10229/8459>.

Carvalho, C. M. de L., & Galvão, M. T. G. (2008). Enfrentamento da AIDS entre mulheres infectadas em Fortaleza. CE. *Enfermagem USP*, 42 (1) 90- 97.

Coelho, J. A. P. de M., Gouveia, V. V. & Milfont, T. L. (2006). Valores humanos como explicadores de atitudes ambientais e intenção de comportamento pró ambiental. *Psicologia em Estudo*, 11 (1) 199- 207.

Colaco, V. de F. R. (2004). Processos interacionais e a construção do conhecimento e de subjetividade de crianças. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 17 (3) 333-340.

Colombrini, M. R. C., Lopes, M. H. De Moraes & Figueiredo, R. M. (2006). De Adesão à terapia antiretroviral para HIV/AIDS. *Emfermagem USP*, 40 (4) 576- 581.

Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA (2005). Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV-SIDA 2005-2009. Maputo.

D´Affonseca, S.M: Prevenindo Fracasso Escolar: *Comparando o autoconceito e desempenho acadêmico de filhos de mães que trabalham fora e donas de casa*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de São Carlos.

Donnelly, J., (2004). Programa Anti-AIDS na África pede ajuda aos curandeiros. Recuperado em 03 de Setembro de 2009, de <http://noticias.uol.com.br/midiaglobal/boston/2004/12/26/ult583u214.jhtm>.

Estebané, E. (2000). Aids: As minas de infecção. *Lê monde diplomatique*. Recuperado em 29 de Setembro de 2009, de <http://diplo.uol.com.br/2000-12,a2118>.

Ferreira, M. P. (2008) Nível de conhecimento e percepção de risco da população Brasileira sobre o HIV/AIDS, 1998 e 2005. *Saúde Pública USP*, 40 (1) 65-71.

Fonseca, P. N, Gouveia, V. V., Gouveia, R. S. V (2007). School attitudes scale: factor validity and reliability. *Psicologia Escolar e Educacional*, 11 (2) 285-297.

Franca-Junior, I; Doring, M. & Stella, I. M. (2006). Crianças órfãs e vulneráveis pelo HIV no Brasil: onde estamos e para onde vamos?. *Rev. Saúde Pública* , vol.40, 23-30.

Freitas, F. A, (2008). Aspectos teóricos sobre a Teoria Social Cognitiva. *Psicologia Escolar e Educacional*, 12 (2) 461-462.

Governo de Moçambique (2005). Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV/SIDA 2005-2009. Maputo.

Governo de Moçambique (2009). Balanço do Plano Económico e Social de 2008. Maputo.

INE (2009a) Duração das transmissões das televisões públicas segundo tipos de programas, 2003- 2005. Recuperado em 13 de Outubro de 2009, de http://www.ine.gov.mz/sectorias_dir/cultura/radiotv/Document.2007-0717.7560559395.

INE (2009b) Número de consumidores de energia elétrica segundo regiões e províncias em 13 de Outubro de 2009 de http://www.ine.gov.mz/sectorias_dir/energia/Document.2007-07-12.2253996874.

INE (2009c) Tempo de transmissão de emissões da radiodifusão pública, 2003-2005. Recuperado em 13 de Outubro de 2009 de http://www.ine.gov.mz/sectorias_dir/cultura/radiotv/Document.2007-0717.7454678163.

Instituto Beneficiente Viva a Vida (2009), Minas sul africanas reduzem a contratação de trabalhadores Moçambicanos. Recuperado em 29 de Setembro de 2009, de <http://www.ibvivavida.org.br/noticias.asp?id=4259>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2009). População. Recuperado em 04 de Setembro de 2009, de <http://www.ibge.gov.br/home/disseminacao/online/popclock/popclock.php>.

Instituto Nacional de Estatística (1997). *Recenseamento Geral da População de Moçambique*.

Jackson, H. (2004). SIDA em África: Continente em Crise. Editora Safaids. Harare.

Kruger, H (1986). Introdução à Psicologia Social. São Paulo: EPU, Coleção Temas Básicos de Psicologia, vol. 12.

Leyens, J. P. & Yzerbyt V. (2004). Psicologia Social. (Lalardy, B. & Porto, L. Trad) Lisboa: edições 70, Pierre Mardaga éditeur (Obra Original Publicada em 1979).

Marot, R. S. V (2003). *A consistência entre as atitudes e as intenções dos internautas em relação à aprovação da terapia online no Brasil*. Dissertação de Mestrado, Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro, Brasil.

Matsinhe, C. (2006). *Tábula Rasa: Dinâmica da Resposta Moçambicana ao HIV/SIDA*. Maputo: Texto Editores.

MEC (2005). *Apoio às Crianças órfãos e vulneráveis*. Maputo.

Medeiros, P. C., Loureiro, S. R., Linhares, M. B. M & Marturano, E. M. (2000). A auto-eficácia e os aspectos comportamentais de crianças com dificuldades de aprendizagem. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 13 (3) 327-336.

Michener, H. ; Delamater, J. D. ; & Myeres, D. J. (2005). *Psicologia Social*. São Paulo: Pioneira Thompson Learning.

Ministério da Saúde (2002). *A Sida em Moçambique: Informação para jovens (3ª edição)*. Maputo.

Ministério da Saúde (2005). *A sustentabilidade do acesso universal a anti retrovirais no Brasil*. Brasília.

Ministério da Saúde (2008). *Relatório Sobre a revisão dos dados de Vigilância Epidemiológica do HIV: Ronda 2007*, Maputo.

Ministério da Saúde (2009). *Noticias do Departamento de DST, Aids e Hepatites virais*. Recuperado em 04 de Setembro de 2009, de <http://www.aids.gov.br/data/Pages>.

Ministério de Saúde (2009). *Um panorama da AIDS em Moçambique*. Recuperado em 08 de Novembro de 2009, de <http://www.aids.gov.br/mocambique/72.htm>.

Ministério para a Coordenação da Ação Ambiental (2000). *Moçambique, Revista número 37*. Maputo.

Morales, J. F. (Coord.). (1994) *Psicologia Social* (2ª Edição). Madrid: McGraw Hill/Interamericana de Espanha.

Moriya, T. M.; Elucir, G. & Hayashida, M. (1994). Escalas de atitudes frente a AIDS: uma análise psicométrica. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. 2 (2) 37-53.

Mussane, G. F. (2009). *A Kunga n'Nkinga: O Lobolo como foco das representações sociais*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Organização das Nações Unidas (2005). *Avaliação da Corrupção: Moçambique, Relatório final*. Maputo.

Organização das Nações Unidas (2009). *A ONU e a Reposta à AIDS no Brasil*. Recuperado em 04 de Setembro de 2009, de <http://www.onubrasil.org.br/doc/LivretoUNAIDSCompleto.pdf>.

Organização das Nações Unidas para o Combate a AIDS (2007). *Aids epidemic update*. Geneva, Switzerland. Recuperado em 05 de Setembro de 2009, de www.unaids.org.

Organização das Nações Unidas para o Combate ao SIDA (1999). *Mudança de comportamento sexual em relação ao HIV. Até onde nos levam as teorias?* Genebra.

Organização das Nações Unidas para o Combate da AIDS (1997). *Educação sobre a SIDA na Escola*. Genebra, Switzerland.

Organização das Nações Unidas para o Combate da AIDS (1999). *África Subsahariana: Situacion de la epidemia de SIDA, Resume Regional*, Genebra, Switzerland.

Organização das Nações Unidas para o Combate da AIDS (2008). *África Subsahariana: Situacion de la epidemia de SIDA, Resume Regional*, Genebra, Switzerland.

Organização das Nações Unidas para o Combate da AIDS UNAIDS (2007). *Situacion de la epidemia de SIDA*, Genebra, Switzerland.

Palme, M. & Matavele, J.,(2000). Condições Culturais e sociais para a introdução da educação sexual na Escola Primária em Moçambique. INDE: Maputo.

Peçanha, D. L. & Menezes, E. J. C. (1998). Contribuições da Psicologia para as estratégias de mudança nas empresas. Departamento da Administração, III SemeAD, USP.

Pereira, A (1999) A grande dívida da história. Recuperado em 12 de Outubro de 2009, de <http://www.libreopinion.com/members/imigport/div-hist.htm>.

Pereira, E. N. (1998). Mitos, Feitiços e Gente de Moçambique (2ª Edição). Lisboa: Caminho.

Pereira, M.E. (2008). Cognição, categorização, estereótipos e vida urbana. *Ciência & Cognição*. 13 (3) 280-287.

Pereira, M.E. Ferreira, F. de O., Martins, A. H., Cupertino, C.M. (2002). Imagens e significados e o processamento dos estereótipos. *Estudos de Psicologia*. 7 (2) 389- 397.

PlusNews (2009). Moçambique: Os velhos ritos de iniciação no Mundo de hoje. Recuperado em 04 de Setembro de 2009, de <http://www.plusnews.org/pt/Report.aspx?ReportId=73372>.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (1999). Relatório Nacional de Desenvolvimento Humano: Moçambique, Educação e Desenvolvimento, Percursos para o Sec XXI. Maputo.

Programa Nacional DST/Aids (2005). Recuperado em 03 de Setembro de 2009, de <http://sistemas.aids.gov.br/imprensa/Noticias.asp?>.

Regato, V. C. & Assmar, E. M. L. (2004). A AIDS de nossos dias: Quem é o responsável. *Estudos de Psicologia*, 9 (1) 1671-1677.

República de Moçambique (2008). Boletim: Edição Especial sobre o HIV/SIDA na província de Gaza, número 2, Agosto.

Rodrigues- Junior, A. L & Castilho, E. A. (2004). A epidemia da AIDS no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 37 (4) 312-317.

Rodrigues, A. (2007). *Psicologia Social para Principiantes* (11ª Edição). Rio de Janeiro: Vozes.

Rodrigues, A., Assmar E. M. L & Jablonsk, B. (2000). *Psicologia Social* (18ª Edição). Rio de Janeiro: Vozes.

Sanches, K. R. de B. (1999). *A AIDS e as mulheres: Uma questão de vulnerabilidade*. Tese de doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Brasil.

Santos, N. J. S., Tayara, A., Silva, S.R., Buchalla, C. M. & Laurent, R (2002). A Aids no Estado de São. Paulo: as mudanças no perfil da epidemia e as perspectivas de vigilância epidemiológica. *Epidemiologia USP*. 4 (3) 286-310.

Santos, N.J.S., Tayara, A., Silva, S.R., Buchala, C.M., Laurente, R.(2002). A AIDS no Estado de São Paulo.As mudanças no perfil da epidemia e perspectivas de vigilância epidemiológica. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 5 (3) 286-310.

Seben, G., Gauer, G. J.C., Giovelli, G.R.M. (2008) Adultos Jovens portadores de HIV: análise dos processos subjetivos no enfrentamento doença. *Psicologia: Revista da Vetor Editora* 9 (1) 63- 72.

Steil, A.V., Pillon A.E. e Kern V.M., (2005). Atitudes com relação à Educação a distância em uma universidade. *Psicologia em Estudo*, 10 (2) 253-263.

Szwarcwald C. L., Bastos, F. I., Esteves, M.A.P. e Andrade, C. L. T, (2000). A disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período (1987-1996): Uma análise espacial. *Caderno de Saúde Pública*, (suplemento 1) 7-19.

Thiengo, M. A., Oliveira, D. C. & Rodrigues, B. M. R. D. (2005). Representações Sociais do HIV/AIDS entre adolescentes: Implicações para os cuidados de enfermagem. *Enfermagem USP*, 39 (1) 68-76.

Vasconcelos, D., Picard, O. & Ichai S. C. (2003). Condições Psicológicas para observação de terapias antiretrovirais altamente ativas. *Psiquiatria*, 25 (2) 335-344.

Villela, W. V. & Maarden, R. B. (2007). Avaliação de Projetos da Sociedade civil em países com alta prevalência do HIV: uma discussão metodológica. Comunicação. *Informação Inovação e Saúde*, 1 (2) 184-192.

WWW.indexmundi.com data de acesso 12/06/2009

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Senhor (a)

Este é um estudo desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia, Brasil, pelo professor Benvindo Maloa da Universidade Pedagógica de Moçambique- Maputo, cujo objetivo é estudar as atitudes e conhecimentos sobre o HIV/SIDA em Maputo e Niassa.

Trata-se de uma pesquisa de opinião, logo não há respostas certas ou erradas. O que importa é o que você acha e responda aquilo que mais combina com os seus sentimentos. Se quiser, sinta-se a vontade para acrescentar qualquer observação ou comentário, à medida que for respondendo às perguntas. Por favor, esforce-se a responder cada uma das perguntas da melhor forma possível, sem deixar nenhuma em branco.

A sua participação é voluntária e o sigilo sobre as informações fornecidas e o anonimato dos participantes estão garantidos. Caso esteja de acordo em participar pedimos a sua assinatura deste documento:

O contato com o pesquisador, caso seja necessário poderá ocorrer através do e-mail:

bfsmaloa@yahoo.com.br

Muito obrigado pela sua colaboração!

Atenciosamente,

Benvindo Felismino Samuel Maloa

Sim, aceito participar deste estudo.

Nome: _____

Assinatura: _____

ANEXO 2

TESTE DE CONHECIMENTO CIENTÍFICO SOBRE A AIDS (TCCA)

Favor ler cada afirmação cuidadosamente e decidir se a afirmação é VERDADEIRA (V) ou FALSA (F), ou se você realmente não sabe (?) a resposta. *Favor colocar um “X” no quadro apropriado para cada item.*

1	A SIDA é uma doença que surge a partir da infecção pelo vírus HIV.	V[1]	F	?
2	A SIDA é uma síndrome decorrente da deficiência no sistema imunológico.	V	F	?
3	O HIV não necessita do organismo humano como hospedeiro para sobreviver.	V	F	?
4	A infecção pelo vírus HIV, quando não controlada, pode causar uma deficiência imunológica generalizada nas pessoas.	V	F	?
5	O HIV não pode ser transmitido na primeira relação sexual com o parceiro.	V	F	?
6	Se houver um indivíduo infectado, o compartilhamento de agulhas ou seringas pode infectar os demais usuários.	V	F	?
7	A mãe seropositiva deve amamentar seu bebê porque sua carga viral não afetará a criança.	V	F	?
8	A saliva transmite o vírus HIV no beijo.	V	F	?
9	Os resultados positivos do teste de detecção do HIV, não significam que uma pessoa apresentará, em curto espaço de tempo, os sintomas da doença da SIDA.	V	F	?
10	Em Moçambique, o maior número de casos notificados da infecção	V	F	?

	pele HIV é em indivíduos do sexo masculino.			
11	Algumas semanas após a infecção pelo HIV, o indivíduo pode apresentar febre, dor de garganta, dores musculares e nas articulações, o que pode ser confundido com uma gripe forte.	V	F	?
12	O portador do vírus HIV muitas vezes não sabe que o contraiu, pois a infecção pode passar muitos anos sem manifestar sinal algum.	V	F	?
13	Os sintomas do SIDA (febre, manchas na pele, emagrecimento, diarreia) são resultado direto da infecção pelo vírus HIV.	V	F	?
14	O HIV pode agir diretamente no sistema nervoso central induzindo lesões neurológicas.	V	F	?
14	Os coquetéis inibem a multiplicação viral, mas não eliminam o vírus HIV do organismo.	V	F	?
16	Para que o tratamento seja mais eficaz, é recomendável iniciá-lo apenas quando o indivíduo já esteja com a maior parte dos sintomas da doença.	V	F	?
17	O uso correto da camisinha é a forma mais segura de prevenção contra a transmissão sexual do SIDA e doenças de transmissão sexual.	V	F	?
18	As relações sexuais sem proteção e com penetração anal ou vaginal podem transmitir o vírus HIV.	V	F	?
19	O uso de seringas e agulhas descartáveis evitam a transmissão do vírus HIV.	V	F	?
20	Após acidente de trabalho com sangue contaminado, considerado de risco, é recomendado aos profissionais da saúde o uso de medicamentos anti-retrovirais para a prevenção da infecção.	V	F	?

21	O uso da medicação anti-retroviral na gestação diminui o risco de contaminação do bebê.	V	F	?
22	Na nossa legislação é exigido das gestantes o teste da Aids durante o pré-natal.	V	F	?
23	O vírus HIV possui grande capacidade de mutação, o que dificulta produzir uma vacina eficaz.	V	F	?
24	Moçambique ainda não participa de pesquisas na busca de uma vacina contra o SIDA.	V	F	?

ANEXO 3

GABARITO DO TESTE DE CONHECIMENTO CIENTÍFICO SOBRE A AIDS
(TCCA)[\[1\]](#)

1	O SIDA é uma doença que surge a partir da infecção pelo vírus HIV.	<input checked="" type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> F	?
2	O SIDA é uma síndrome decorrente da deficiência no sistema imunológico.	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	?
3	O HIV não necessita do organismo humano como hospedeiro para sobreviver.	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	?
4	A infecção pelo vírus HIV, quando não controlada, pode causar uma deficiência imunológica generalizada nas pessoas.	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	?
5	O HIV não pode ser transmitido na primeira relação sexual com o parceiro.	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	?
6	Se houver um indivíduo infectado, o compartilhamento de agulhas ou seringas pode infectar os demais usuários.	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	?
7	A mãe seropositiva deve amamentar seu bebê porque sua carga viral não afetará a criança.	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	?
8	A saliva transmite o vírus HIV no beijo.	<input type="checkbox"/> V	<input checked="" type="checkbox"/> F	?
9	Os resultados positivos do teste de detecção do HIV, não significam que uma pessoa apresentará, em curto espaço de tempo, os sintomas da doença do SIDA.	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	?
10	Em Moçambique, o maior número de casos notificados da infecção pelo HIV é em indivíduos do sexo masculino.	<input checked="" type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> F	?

11	Algumas semanas após a infecção pelo HIV, o indivíduo pode apresentar febre, dor de garganta, dores musculares e nas articulações, o que pode ser confundido com uma gripe forte.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	O portador do vírus HIV muitas vezes não sabe que o contraiu, pois a infecção pode passar muitos anos sem manifestar sinal algum.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Os sintomas do SIDA (febre, manchas na pele, emagrecimento, diarreia) são resultado direto da infecção pelo vírus HIV.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	O HIV pode agir diretamente no sistema nervoso central induzindo lesões neurológicas.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Os coquetéis inibem a multiplicação viral, mas não eliminam o vírus HIV do organismo.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Para que o tratamento seja mais eficaz, é recomendável iniciá-lo apenas quando o indivíduo já esteja com a maior parte dos sintomas da doença.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	O uso correto da camisinha é a forma mais segura de prevenção contra a transmissão sexual do SIDA e das doenças de transmissão sexual.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	As relações sexuais sem proteção e com penetração anal ou vaginal podem transmitir o vírus HIV.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	O uso de seringas e agulhas descartáveis evitam a transmissão do vírus HIV.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Após acidente de trabalho com sangue contaminado, considerado de risco, é recomendado aos profissionais da saúde o uso de medicamentos anti-retrovirais para a prevenção da infecção.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	O uso da medicação anti-retroviral na gestação diminui o risco de	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	contaminação do bebê.			
22	Na nossa legislação é exigido das gestantes o teste do SIDA durante o pré-natal.	V	F	?
23	O vírus HIV possui grande capacidade de mutação, o que dificulta produzir uma vacina eficaz.	V	F	?
24	Moçambique ainda não participa de pesquisas na busca de uma vacina contra a AIDS.	V	F	?

[1] Camargo, Brígido Viseu, Barbara, A., Bertoldo, R. B (2005).

[2] As alternativas corretas estão assinaladas em cinza.

ANEXO 4
 ESCALA DE ATITUDE FRENTE A AIDS
 (EA-AIDS)

Favor ler cada afirmação cuidadosamente e Favor colocar um “X” no quadro apropriado para cada item, segundo a avaliação que fizer. Veja antes a Legenda abaixo

1	A SIDA é uma punição de Deus frente ao liberalismo do final do século XX.	1	2	3	4	5
2	O uso excessivo de drogas intravenosas causou o aparecimento da SIDA.					
3	A SIDA surgiu para punir a humanidade que há muito vem se afastando de Deus.					
4	A SIDA surgiu como qualquer doença poderia ter surgido.					
5	A SIDA existe em consequência a um grande número de homossexuais, atualmente existente.					
6	Os homossexuais por abusarem da sexualidade, trouxeram para a humanidade o mal da SIDA.					
7	Quando a SIDA se manifesta, o resultado é sempre fatal.					
8	Pouco se sabe sobre a origem da SIDA.					
9	A proibição do homossexualismo, tal como ocorre nos países islâmicos, pode proteger o país contra a SIDA.					
10	As formas de sexo que envolvem sangramento são de alto risco para contrair SIDA.					

11	Os insetos que se alimentam de sangue humano podem transmitir a SIDA.					
12	O uso de vaselina, durante a relação sexual, previne a SIDA.					
13	As pessoas que freqüentam saunas correm risco de contrair a SIDA.					
14	A casa de banho pública é um local que pode transmitir a SIDA.					
15	O motel nada tem a ver com local que transmite SIDA.					
16	A SIDA pode ser curada se detectada precocemente.					
17	A SIDA é causada por um vírus denominado HIV.					
18	Realizar teste para se detectar possível portador do vírus da SIDA, como exame pré admissional Em qualquer emprego, é um ato discriminatório.					
19	-O portador da SIDA tem direito a continuidade de sua vida civil, profissional, sexual e afetiva.					
20	É um ato reprovável, impedir a freqüência de alunos em escolas, cujos pais estejam contaminados com o vírus da SIDA .					
21	É preciso afastar hemofílicos, homossexuais, usuários de drogas injetáveis, de empregos e escolas afim de proteger os demais colegas.					
22	Crianças contaminadas com SIDA requerem salas especiais para se evitar contatos com outros alunos.					
23	Hospitais só para SIDA são desnecessários para proteger a					

	população do perigo de contaminação.					
24	Os portadores da SIDA devem ser tratados sem discriminação.					
25	Deve ser vedada a participação de portadores do SIDA de atividades coletivas, escolares e militares.					

Legenda

- 1- Concordo totalmente
- 2- Concordo em parte
- 3- Estou em dúvida
- 4- Discordo em parte
- 5- Discordo totalmente

ANEXO 5
 QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO
 A- ALUNOS

Favor ler cada afirmação cuidadosamente e Favor colocar um “X” no quadro apropriado para cada item, ou preencha os espaços em branco.

1. Província: Niassa_____ Maputo _____
2. Sexo: M _____ F _____ 2. Idade:_____
3. Classe que frequenta: 8 _____ 9 _____ 10 _____
4. Local de residência: rural_____ peri- urbana_____ urbana_____
5. Com quem mora: pai e mãe _____ apenas pai ou mãe _____ com irmãos _____
Outros _____
6. Praticante de religião: católica _____ muçulmana_____ protestante_____ outra _____
7. Meios de comunicação de massa:
Tem acesso a TV: sim_____ não _____
Tem acesso a rádio: sim _____ não_____
Tem acesso a internet: sim _____ não _____
8. Já participou em ações de sensibilização sobre o HIV/SIDA: sim _____ não _____
10. Se respondeu sim, onde: na escola_____ no bairro _____ na igreja _____ outra_____
11. Já teve a sua primeira relação sexual: sim_____ não_____
12. Se respondeu sim, na perguntar anterior, tem usado preservativo nas suas relações sexuais:
sempre_____ as vezes _____ nunca _____

13. Quantos parceiros sexuais tem: 1 parceiro _____ 2 parceiros _____ mais de 3
parceiros _____

ANEXO 6
 QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO
 A- PROFESSORES

Favor ler cada afirmação cuidadosamente e Favor colocar um “X” no quadro apropriado para cada item, ou preencha os espaços em branco

1. Província: Niassa_____ Maputo _____
2. Sexo: M _____ F _____ 2. Idade:_____
3. Nível de formação: médio _____ bacharel _____ licenciado _____ mestrado _____
4. Tem formação Psicopedagógica: sim _____ não _____
- 5: Anos de experiência: _____
6. Disciplina que leciona _____
7. Local de residência: rural_____ peri- urbana_____ urbana_____
8. Estado Civil: casado/a_____ solteiro/a _____ divorciado/a _____ viúvo/a _____
9. Praticante de religião: católica _____ muçulmana_____ protestante_____ outra _____
10. Meios de comunicação de massa:
 - 10.1 Tem acesso a TV: sim_____ não _____
 - 10.2 Tem acesso a rádio: sim _____ não _____
 - 10.2 Tem acesso a internet: sim _____ não _____
11. Já participou em ações de sensibilização sobre o HIV/SIDA: sim _____ não _____
12. Se respondeu sim, onde: na escola _____ no bairro _____ na igreja _____ outra _____
13. Tem usado preservativo nas suas relações sexuais:

sempre_____ as vezes _____ nunca _____

14. Quantos parceiros sexuais tem: 1 parceiro ___ 2 parceiros ___ mais de 3 parceiros ___

15. O programa Geração Biz, está sendo implementado na sua escola: sim ___ não

16. Se respondeu sim, como avalia o programa:

muito bom _____ bom _____ suficiente _____ mau _____

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)