

# O estigma do HIV e SIDA e a testagem de infecção pelo HIV entre os adolescentes e jovens em Moçambique

Boaventura M. Cau

GAZETA DE POPULAÇÃO E SAÚDE

nº 03

Maio 2014

**Título**

O estigma do HIV e SIDA e a testagem de infecção pelo HIV entre os adolescentes e jovens em Moçambique

**Autor**

Boaventura M. Cau

**Edição**

CEPSA - Centro de Pesquisa em População e Saúde

**Editores**

Carlos Arnaldo  
Boaventura M. Cau

**Design Gráfico e Paginação**

Lourino Pelembe

**Revisão**

Henriqueta Tojais

**Número de Registo**

8111/RLINLD/2014

**ISBN**

978-989-98516-3-4

**Copyright © CEPSA 2014**

Proibida a reprodução total ou parcial para fins comerciais

**Endereço do editor**

Centro de Pesquisa em População e Saúde  
Rua de França, n.º 72 R/C  
Tel: +258 21 415 328  
[cepsa@cepsa.ac.mz](mailto:cepsa@cepsa.ac.mz)  
[www.cepsa.ac.mz](http://www.cepsa.ac.mz)  
[www.facebook.com/cepsamoz](http://www.facebook.com/cepsamoz)  
Maputo – Moçambique

Maputo, Maio de 2014

## Resumo

Este estudo usa dados de 1007 adolescentes do Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique 2009 e de 2796 jovens mulheres e 996 jovens homens, do Inquérito Demográfico e de Saúde em Moçambique de 2011 para estimar, através da Regressão Logística, os factores associados ao estigma do HIV e SIDA entre estes grupos e, examina a relação entre o estigma do HIV e SIDA e a testagem do HIV entre os jovens. Constatou-se que, entre os adolescentes, possuir mais anos de educação, residir nas áreas urbanas e ter ouvido programas de combate ao HIV e SIDA reduz o estigma de HIV e SIDA. Para as jovens, possuir mais anos de educação, elevado estatuto de ocupação profissional, ser de um agregado familiar com mais riqueza, residir nas áreas urbanas e alguma vez ter feito um teste de HIV está negativamente associado ao estigma do HIV e SIDA. Embora as constatações sobre os jovens sejam muitas vezes similares às sobre as jovens, o estatuto de ocupação profissional não tem uma associação significativa com o estigma do HIV e SIDA entre os jovens. Sobre o estigma do HIV e SIDA e a testagem da infecção pelo HIV constatou-se que, ter algum estigma do HIV e SIDA reduz significativamente a probabilidade de fazer um teste de HIV em 42% para as jovens e em 51% para os jovens. As constatações neste estudo sugerem que, nos esforços de combate ao estigma do HIV e SIDA, dever-se-ia dar mais atenção aos grupos menos favorecidos, quer sejam os menos escolarizados, os residentes nas áreas rurais ou os das famílias pobres. Este estudo também sugere que combater o estigma do HIV e SIDA pode ser favorável a testagem do HIV entre as jovens e os jovens em Moçambique.

**Palavras-Chave:** Estigma, HIV e SIDA, Teste de HIV, Adolescentes, Jovens, Moçambique

### **Sobre o Autor**

Demógrafo social doutorado pela Arizona State University. Investigador e Coordenador de Pesquisa e Desenvolvimento de Capacidades no Centro de Pesquisa em População e Saúde. As suas áreas de interesse na pesquisa incluem a saúde reprodutiva, migração e saúde, mortalidade e HIV e SIDA.

Email: [bcou@cepsa.ac.mz](mailto:bcou@cepsa.ac.mz)

## Índice

ÍNDICE.....	IV
ÍNDICE DE TABELAS.....	V
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. DADOS E MÉTODOS.....	3
2.1 DADOS.....	3
2.2 MEDIDAS.....	4
2.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	7
3. RESULTADOS.....	8
3.1 FACTORES ASSOCIADOS AO ESTIGMA DO HIV E SIDA ENTRE OS ADOLESCENTES.....	8
3.2 FACTORES ASSOCIADOS AO ESTIGMA DO HIV ENTRE AS JOVENS E OS JOVENS.....	10
3.3 EFEITOS DO ESTIGMA DO HIV E SIDA NA TESTAGEM DA INFECÇÃO PELO HIV ENTRE AS JOVENS E OS JOVENS.....	15
4. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES.....	20
4.1 EM RELAÇÃO AOS FACTORES ASSOCIADOS AO ESTIGMA DO HIV.....	20
4.2 EM RELAÇÃO AO ESTIGMA DO HIV E SIDA E A TESTAGEM DE INFECÇÃO PELO HIV.....	21
5. BIBLIOGRAFIA.....	22
6. ANEXOS.....	24
SOBRE A GAZETA DE POPULAÇÃO E SAÚDE.....	25

## Índice de Tabelas

TABELA 1. CARACTERÍSTICAS SELECIONADAS DOS ADOLESCENTES, INSIDA 2009, MOÇAMBIQUE.....	8
TABELA 2. FACTORES ASSOCIADOS AO ESTIGMA DO HIV E SIDA ENTRE OS ADOLESCENTES, INSIDA 2009, MOÇAMBIQUE (COEFICIENTES NÃO TRANSFORMADOS, N=1007).....	9
TABELA 3. CARACTERÍSTICAS SELECIONADAS DAS JOVENS E DOS JOVENS, IDS 2011, MOÇAMBIQUE.....	11
TABELA 4. FACTORES ASSOCIADOS AO ESTIGMA DO HIV E SIDA ENTRE AS JOVENS E OS JOVENS, IDS 2011, MOÇAMBIQUE (COEFICIENTES NÃO TRANSFORMADOS).....	13
TABELA 5. CARACTERÍSTICAS SELECIONADAS DAS JOVENS E DOS JOVENS POR TESTE DE HIV, IDS 2011, MOÇAMBIQUE .....	15
TABELA 6. ASSOCIAÇÃO ENTRE O ESTIGMA DO HIV E SIDA E O TESTE DE INFECÇÃO PELO HIV ENTRE AS JOVENS E OS JOVENS, IDS 2011, MOÇAMBIQUE.....	17

## 1. Introdução

O estigma do HIV e SIDA refere-se ao prejuízo, desconsideração, descrédito e discriminação contra pessoas entendidas como tendo o HIV ou SIDA e aos indivíduos, grupos ou comunidades com os quais estão associados (Herek, 1999). O estigma do HIV e SIDA é um problema sério em muitos países afectados pelo HIV e SIDA e constitui uma barreira à prevenção do HIV, tratamento e cuidados com pessoas vivendo com o HIV e SIDA (Kalichman et al., 2005; Mawar et al., 2005; Genberg et al., 2008; Conselho de Ministros, 2010; Sambisa, Curtis & Misha, 2010). As consequências do estigma do HIV e SIDA incluem a negação de apoio às pessoas infectadas com o HIV (Mawar et al., 2005), demora na busca de apoio e ocultação do estado de infecção com o HIV devido ao medo de rejeição e isolamento (Genberg et al., 2008). O estigma do HIV e SIDA também pode constituir uma barreira para aderir ao aconselhamento e testagem voluntária do HIV (Nyblade & Field-Nguer, 2001; Kalichman & Simbayi, 2003; Sambisa, Curtis & Misha, 2010).

Moçambique é um dos países do mundo seriamente afectados pelo HIV e SIDA. As estimativas do Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV/SIDA em Moçambique – INSIDA 2009, indicaram uma taxa de prevalência de HIV entre adultos dos 15-49 anos em Moçambique de 11,5%, sendo de 13,1% entre as mulheres e 9,2% entre os homens (INS, INE & ICF Macro, 2010:5). Em 2012 estimava-se que cerca de 1 600 000 pessoas de todas as idades viviam com o HIV no país (UNAIDS, 2013:A14). Entre os adolescentes e jovens a situação é preocupante. Em 2009 estimava-se que a prevalência do HIV nos adolescentes dos 12-14 anos em Moçambique era de 1,2% nas mulheres e 2,5% nos homens. Entre os jovens dos 15-24 anos de idade, as mulheres estão desproporcionalmente mais infectadas com o HIV do que os homens em Moçambique, tendo registado uma taxa de prevalência de HIV em 2009 de 11,1% contra 3,7% para os homens da mesma idade (INS, INE & ICF Macro, 2010:6).

O estigma do HIV e SIDA em Moçambique é também uma preocupação (Conselho de Ministros, 2010). Entre os indivíduos entrevistados no Inquérito Demográfico e de Saúde de Moçambique de 2011, 31% das mulheres e 28% dos homens indicaram que não comprariam hortícolas de um vendedor com SIDA e apenas cerca de 29% das mulheres e cerca de 22% dos homens é que acreditavam que o estado de infecção com o HIV de um membro da sua família não devia ser mantido em segredo (MISAU, INE & ICFI, 2013). O Plano Estratégico de Combate ao HIV e SIDA 2010-2014 de Moçambique identifica a discriminação e a estigmatização de certos grupos populacionais como um dos aspectos que influenciam a vulnerabilidade à infecção com o HIV (Conselho de Ministros, 2010). Contudo, pouco se sabe sobre os factores que concorrem para a existência do estigma na sociedade moçambicana assim como é insuficiente o entendimento de como o estigma afecta a testagem da infecção pelo HIV entre adolescentes e jovens no país.

A testagem de infecção pelo HIV é considerada um elemento fundamental da estratégia de prevenção e redução do HIV (Kalichman e Simbayi, 2003; Conselho de Ministros, 2010) e em Moçambique é uma das áreas prioritárias de acção para a aceleração da prevenção da infecção pelo HIV (Conselho de Ministros, 2010). O Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA 2010-2014 indica que o aconselhamento e testagem, é “fundamental para a prevenção do HIV e SIDA visto que é uma porta de entrada para cuidados, tratamento e suporte psicossocial, bem como para a mudança de comportamento.” (Conselho de Ministros, 2010:9). Um estudo realizado no Centro de Moçambique constatou que os indivíduos que tinham participado no aconselhamento e testagem da infecção pelo HIV reportaram maior uso de preservativo em relações sexuais do que os indivíduos que não tinham realizado o aconselhamento e testagem do HIV (Mola et al., 2006). Contudo, a testagem do HIV em Moçambique ainda continua limitada principalmente entre os homens. O relatório do Inquérito Demográfico e de Saúde de Moçambique de 2011 indicou que nos 12 meses anteriores ao inquérito apenas 25,9% de mulheres dos 15-49 anos e 13,3% dos homens dos 15-64 anos tinham feito o teste de HIV e recebido o resultado (MISAU, INE & ICFI, 2013:215-216). Entre os jovens dos 15-24 anos, apenas cerca de 25,7% das mulheres e 11,4% dos homens tinham feito o teste do HIV e recebido o resultado nos 12 meses antecedentes ao inquérito (ibid.). Até que ponto o estigma do HIV contribui para a baixa testagem do HIV entre os adolescentes e os jovens em Moçambique é pouco sabido. Embora hajam estudos que avaliaram os factores associados à testagem do HIV em Moçambique, os mesmos não investigaram o papel do estigma do HIV e SIDA (ex., Agha, 2012).

A redução do estigma do HIV é considerado um passo fundamental no combate da epidemia do SIDA (Brown et al., 2001; Campbell et al., 2005). Moçambique deu um passo significativo ao criar uma legislação contra a discriminação e estigmatização associadas ao HIV e SIDA (Lei No. 5/2000 de 5 de Fevereiro, Contra a Discriminação da Pessoa Vivendo com HIV e SIDA no Local de Trabalho; Lei No. 12/2009 de 12 de Março, sobre Direitos e Deveres da Pessoa Vivendo com o HIV e SIDA). Embora, a legislação seja importante, ela não é suficiente. Estudos internacionais indicam que as manifestações do estigma podem ser subtis e de difícil detecção pelo sistema legal (Campbell et al., 2005). Por isso, o conhecimento dos factores que contribuem para a criação e manutenção do estigma assim como a forma como o estigma afecta a decisão de fazer o teste de infecção pelo HIV é importante para o desenho de programas de intervenção mais efectivos para a redução do estigma do HIV e SIDA nos indivíduos, famílias e comunidades e para fazer declinar a influência adversa do estigma sobre a testagem do HIV. O objectivo principal do presente estudo é examinar os factores associados ao estigma do HIV e SIDA entre os adolescentes e jovens em Moçambique e avaliar a influência do estigma do HIV e SIDA na testagem da infecção pelo HIV entre os jovens no país.



## 2. Dados e Métodos

### 2.1. Dados

Os dados dos adolescentes (12-14 anos de idade) usados neste estudo são do Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV/SIDA em Moçambique 2009 [INSIDA 2009] (INS, INE & ICF Macro, 2010). Este inquérito é baseado numa amostra representativa ao nível nacional de 6232 agregados familiares (INS, INE & ICF Macro, 2010). Um total de 1900 rapazes e raparigas dos 12-14 anos foram seleccionados dos agregados familiares e entrevistados (INS, INE & ICF Macro, 2010). A taxa de resposta para os adolescentes foi de 94% (ibidem.). O INSIDA 2009 recolheu informação sociodemográfica e sobre aspectos ligados aos HIV e SIDA (INS, INE & ICF Macro, 2010). INS, INE e ICF Macro (2010) oferece mais detalhes sobre os dados do INSIDA 2009. Neste estudo usa-se uma sub-amostra de adolescentes composta por 1007 raparigas e rapazes. Estes adolescentes têm informação em todas as medidas consideradas neste estudo.

Os dados dos jovens (15-24 anos de idade) vêm do Inquérito Demográfico e de Saúde em Moçambique 2011 [IDS 2011] (MISAU, INE & ICFI, 2013). A amostra do IDS 2011 é probabilística e representativa ao nível nacional e foi seleccionada em três etapas que envolveram a selecção das unidades primárias de amostragem, a selecção de áreas de enumeração em cada unidade primária de amostragem e a selecção de agregados familiares em cada área de enumeração. O inquérito entrevistou 13107 mulheres dos 15-49 anos e 3971 homens dos 15-64 anos (MISAU, INE & ICFI, 2013:294), tendo registado uma taxa de resposta de 98,9% para as mulheres e 97,5% para os homens (MISAU, INE & ICFI, 2013:12-13). Para além de informação sociodemográfica dos entrevistados, o IDS 2011 recolheu informação sobre conhecimentos do HIV e SIDA, prevenção, atitudes, comportamento e experiências de testagem de infecção com o HIV (MISAU, INE & ICFI, 2013). No IDS de 2011 foram entrevistados 1487 homens do 15-24 anos e 5274 mulheres da mesma idade (MISAU, INE & ICFI, 2013:294). Depois de excluir os casos com informação em falta nas medidas usadas neste estudo, as sub-amostras foram 2796 jovens mulheres e 996 jovens homens (923 na análise dos factores associados ao estigma do HIV e SIDA).

## 2.2. Medidas

### *Variáveis dependentes*

Para a análise dos factores associados ao estigma do HIV e SIDA, a variável dependente ou de resultado é ter ou não algum estigma do HIV e SIDA. Três perguntas que revelam atitudes estigmatizantes contra as pessoas vivendo com o HIV e SIDA foram consideradas para a construção da medida do estigma do HIV e SIDA para os jovens: (1) “Se soubesse que um vendedor de verduras frescas tem HIV e SIDA, compraria os seus produtos?”; (2) “Se uma pessoa da sua família ficasse doente do HIV e SIDA estaria disposto a cuidar dela na sua própria casa?”, e (3) “Na sua opinião, se um professor tivesse HIV e SIDA mas não estivesse doente, deveria ser permitido continuar a ensinar na escola?”. Para cada pergunta, os entrevistados que responderam “não” foram codificados como 1 e os que responderam “sim” 0. As respostas a estas perguntas foram somadas para criar uma escala que varia de 0 a 3. Em seguida usou-se a escala para criada uma medida dicotómica do estigma do HIV e SIDA onde os entrevistados com 0 na escala foram considerados “sem estigma” enquanto os com 1 ou mais foram tidos como estando “com algum estigma” do HIV e SIDA. A medida do estigma do HIV e SIDA para os jovens foi criada separadamente para jovens mulheres e jovens homens.

A medida do estigma do HIV e SIDA para os adolescentes foi baseada numa escala criada a partir da soma de 6 itens resultantes da concordância ou não com as afirmações seguintes: (1) “Mesmo sabendo que um comerciante é seropositivo pode-se comprar suas verduras frescas”; (2) “Pode-se cuidar um membro da família com SIDA”; (3) “Pode-se manter relações sexuais protegidas com um parceiro que tenha HIV e SIDA”; (4) “É uma perda de tempo/dinheiro formar ou promover alguém com HIV e SIDA”; (5) “As crianças HIV positivas devem ser mantidas longe de outras crianças para não infecta-las”; e, (6) “Professores HIV positivos mas não doentes devem continuar a dar aulas”. Os adolescentes que afirmaram “não concordo” para os itens 1, 2, 3 e 6 e os que disseram “concordo” com as afirmações dos itens 4 e 5 foram codificados como 1 versus 0 para os que afirmaram o contrário. A escala do estigma do HIV e SIDA para os adolescentes variou de 0 a 6 e foi usada para criar uma medida do estigma do HIV e SIDA entre os adolescentes que indica “sem estigma” para os adolescentes com o valor de escala igual a 0, e “com algum estigma” para os que tiveram 1 ou mais na escala. Devido ao número reduzido de casos, a medida do estigma do HIV e SIDA para adolescentes é resultante da junção de casos para as raparigas e os rapazes.

Foi feito um teste de confiança para verificar a compatibilidade e consistência interna dos itens considerados na construção de cada escala. Os valores alfa de Cronbach foram 0,71 para a escala baseada nas jovens, 0,56 na dos jovens e 0,47 na dos adolescentes (raparigas e rapazes juntos). O valor alfa de Cronbach aumenta quando há maior consistência interna entre os itens usados na construção de uma escala. Um valor alfa de Cronbach mais próximo de 1 revela um maior grau de confiança (maior consistência interna entre os itens). As Tabela A1 e Tabela A2 em anexo mostram os resultados dos testes de confiança das escalas.

A segunda variável dependente neste estudo é ter feito ou não um teste de HIV e SIDA nos 12 meses anteriores ao inquérito. Esta variável dependente deriva das seguintes perguntas: “Não estou interessada em saber o resultado, mas alguma vez foi testada para verificar se é portadora do vírus do SIDA?” e “Há quantos meses atrás fez o seu teste de HIV e SIDA mais recente?”. Estas perguntas foram feitas para mulheres e homens. As jovens e jovens que fizeram um teste de HIV e SIDA nos 12 meses anteriores ao inquérito foram codificados como 1 e os que não fizeram como 0. Devido ao número reduzido de adolescentes que tinham feito o teste de HIV e SIDA no INSIDA 2009, no que diz respeito a este grupo populacional, neste estudo apenas fez-se uma avaliação dos factores associados ao estigma do HIV e SIDA.

### ***Variáveis independentes***

Várias variáveis teoricamente plausíveis foram usadas para avaliar os factores associados ao estigma do HIV e SIDA. Na análise baseada nos dados das jovens e dos jovens as variáveis usadas são a idade, o estado civil, a religião, o nível de escolaridade, a posição da ocupação profissional, o estatuto de riqueza do agregado familiar, o local de residência, a exposição aos Mídias, visita a uma unidade sanitária um ano antes do inquérito, a idade da primeira relação sexual, conhecimentos sobre HIV e SIDA, a prática de actividades sexuais de risco, o número de parceiros sexuais ao longo da vida e ter alguma vez feito um teste de HIV e SIDA. A idade tem duas categorias: 15-19 anos (referência) e 20-24 anos. O estado civil também tem duas categorias: unido maritalmente (referência) e não unido maritalmente. As categorias consideradas para medir a religião são católica (referência), evangélica/pentecostal, protestante, zione/sião, islâmica, outra religião e sem religião. O nível de escolaridade tem três categorias: nenhum, 1 a 7 anos e 8 ou mais anos (referência). A posição da ocupação profissional tem as seguintes categorias: posição profissional elevada (com as seguintes áreas ocupacionais - profissional/técnica/gestão, secretariado, vendas e serviços) e posição profissional baixa (as restantes áreas ocupacionais como por exemplo, a agricultura e o trabalho doméstico). A posição profissional baixa foi considerada como referência. O estatuto de riqueza do agregado familiar tem três categorias que são baixo (referência), médio e elevado. O local de residência é rural (referência) ou urbano. Em relação à exposição aos Mídias, os entrevistados que leram jornal ou revista ou escutaram rádio ou assistiram a televisão, pelo menos de vez em quando por semana foram codificados como 1 e os que nunca como 0 (referência). Os entrevistados que visitaram uma unidade sanitária nos 12 meses anteriores ao inquérito foram codificados como 1 e o contrário como 0. Os indivíduos que não visitaram uma unidade sanitária foram considerados como referência. Esta variável só existe para as jovens uma vez que os jovens não foram perguntados sobre a visita a uma unidade sanitária nos 12 meses anteriores ao inquérito. A idade da primeira relação sexual tem duas categorias: antes dos 16 anos e 16 anos ou mais (referência).

Há três indicadores que foram usados para medir os conhecimentos de HIV e SIDA: saber que há medicamentos para prevenir a transmissão do vírus de HIV de mãe para o bebe [os que sabiam codificados como 1 e os que não sabiam como 0 (referência)]; saber que usar preservativo todas as vezes que mantiver as relações sexuais reduz o risco de infecção com o HIV [os que sabiam codificados como 1 e os que não sabiam como 0 (referência)]; e, saber que ter um/a parceiro/a não infectado/a que não tenha outro/a parceiro/a reduz o risco de infecção com o HIV [os que sabiam codificados como 1 e os que não sabiam como 0 (referência)]. Os/as entrevistados/das que tiveram sexo com 1 ou mais parceiras/ros que não sejam a esposa/esposo nos 12 meses antecedentes ao inquérito ou aqueles que tiveram uma infecção de transmissão sexual no mesmo período foram considerados como tendo actividades sexuais de risco e codificados como 1 e o contrário codificados como 0 (referência). O número de parceiros sexuais tidos ao longo da vida que também expressa actividades sexuais de risco tem 4 categorias: 1 parceiro (referência), 2 parceiros, 3 parceiros e 4 parceiros ou mais. Finalmente, os que alguma vez tinham realizado um teste de HIV foram codificados como 1 e o contrário como 0 (referência).

Na análise referente aos adolescentes, as variáveis independentes usadas foram a idade [12 anos, 13 anos e 14 anos (referência)], sexo (masculino codificado como 1 e feminino como 0), estado civil (codificado como indicado acima), religião (codificado como indicado acima), nível de escolaridade [nenhum, 1 a 5 anos, 6 anos ou mais (referência)], exposição aos Mídias [adolescentes que leram jornal ou revista ou escutaram rádio ou assistiram a televisão, várias vezes por semana ou todos os dias foram codificados como 1 e os outros como 0 (referência)] e ter ouvido falar de programas de combate ao SIDA [codificado como 1 para os que já ouviram e como 0 o contrário (referência)].

No que diz respeito à avaliação da influência do estigma do HIV e SIDA na testagem do HIV, a principal variável independente de interesse neste estudo é o estigma do HIV e SIDA (definido como foi indicado acima). As variáveis de controlo são: a idade, o estado civil, a religião, o nível de escolaridade, a ocupação profissional, o estatuto de riqueza do agregado familiar, o local de residência, a exposição aos Mídias, visita a uma unidade sanitária um ano antes do inquérito, a idade da primeira relação sexual, conhecimentos sobre HIV e SIDA, a prática de actividades sexuais de risco e o número de parceiros sexuais ao longo da vida. A definição destas variáveis já foi indicada.

### **2.3. Análise Estatística**

Para avaliar os factores associados ao estigma do HIV e SIDA empregou-se a Regressão Logística no Stata versão 11 (StataCorp, 2009). No caso dos jovens, os modelos foram estimados em separado para jovens mulheres e jovens homens. Esta divisão não foi feita entre os adolescentes devido ao número reduzido de participantes quando desagregados de acordo com o sexo em algumas variáveis consideradas na análise. A Regressão Logística também foi empregada para estimar o efeito do estigma do HIV e SIDA na probabilidade de fazer um teste de HIV, controlando por outras variáveis teoricamente plausíveis. Nestas análises, os valores de significância inferiores ou iguais a 0,05 foram considerados estatisticamente significativos. Para cada resultado estudado, fez-se primeiro a descrição das características dos participantes e depois a análise multivariada onde examina-se a influência de vários factores correlacionados com o resultado estudado.

### 3. Resultados

#### 3.1. Factores associados ao estigma do HIV e SIDA entre os adolescentes

A Tabela 1 apresenta características seleccionadas dos adolescentes que compõe a sub-amostra usada neste estudo. Em geral, na Tabela 1 observa-se que mais de três quartos dos 1007 adolescentes (85%) tinham algum estigma do HIV e SIDA. Desagregando a sub-amostra em características específicas, nota-se igualmente uma maior presença do estigma do HIV e SIDA entre os adolescentes. A seguir fez-se uma avaliação dos factores associados ao estigma do HIV e SIDA entre os adolescentes.

**Tabela 1.** Características Seleccionadas dos Adolescentes, INSIDA 2009,

Variável	n	Com Algum Estigma de HIV e SIDA, %
Total	1007	85,2
Idade		
12 anos	302	86,1
13 anos	296	86,5
14 anos	409	83,6
Sexo		
Feminino	483	82,4
Masculino	524	87,8
Estado Civil		
Unido	7	71,4
Não unido	1000	85,3
Religião		
Católica	310	83,2
Protestante	277	86,3
Zione/Sião	84	85,7
Islão	166	87,3
Outra	51	78,4
Sem religião	119	87,4
Nível de escolaridade		
Nenhum	227	81,5
1-5 anos	516	90,9
6 ou mais	264	77,3
Exposição aos Mídias por semana		
Algumas vezes ou menos	376	90,7
Varias vezes ou todos os dias	631	81,9
Programas de combate ao HIV e SIDA		
Não ouviu falar	458	90,2
Ouviu falar	549	81,1
Local de residência		
Rural	473	92,4
Urbano	534	78,8

A Tabela 2 mostra os resultados da análise dos factores associados ao estigma do HIV entre os adolescentes em Moçambique. Os resultados são indicados como coeficientes não transformados (coeficientes *b*). Um coeficiente com sinal positivo indica que o efeito de um certo factor aumenta o estigma do HIV enquanto que um coeficiente negativo mostra o contrário.

**Tabela 2.** Factores Associados ao Estigma do HIV e SIDA entre os Adolescentes, INSIDA 2009, Moçambique (Coeficientes não Transformados, n=1007)

Variável	Coeficiente b	Valor do p
Idade		
14 anos (referencia)	1	
12 anos	-0,066	0,775
13 anos	0,279	0,216
Sexo		
Feminino (referencia)	1	
Masculino	0,348	0,064
Estado Civil		
Unido (referencia)	1	
Não unido	0,940	0,304
Religião		
Católica (referencia)	1	
Protestante	0,308	0,205
Zione/Sião	0,111	0,758
Islão	0,213	0,464
Outra	0,089	0,822
Sem religião	0,196	0,550
Nível de escolaridade		
6 ou mais (referencia)	1	
Nenhum	0,137	0,559
1-5 anos	0,725	0,001
Exposição aos Mídias por semana		
Algumas vezes ou menos (referencia)	1	
Varias vezes ou todos os dias	-0,397	0,072
Programas de combate ao HIV e SIDA		
Não ouviu falar (referencia)	1	
Ouviu falar	-0,556	0,005
Local de residência		
Rural (referencia)	1	
Urbano	-0,834	0,000
Interceptor	1,235	0,196
Logaritmo de Verossimilhança	-385,194	

A Tabela 2 revela que o sexo, o nível de escolaridade, os programas de combate ao HIV e o local de residência têm uma associação significativa com o estigma do HIV. Em comparação com as raparigas, os rapazes têm maior chance de ter algum estigma do HIV (marginalmente significativa,  $p=0,064$ ). Os adolescentes com 1 a 5 anos de escolaridade possuem significativamente algum estigma do HIV do que aqueles com 6 ou mais anos de escolaridade. Os resultados também revelam que ter ouvido falar de um programa de combate ao HIV e SIDA reduz significativamente a probabilidade de ter algum estigma do HIV. Adolescentes residentes nas áreas urbanas têm significativamente menos estigma do HIV do que aqueles das áreas rurais. Finalmente, maior exposição aos Mídias parece reduzir o estigma do HIV e SIDA entre os adolescentes ( $p < 0,072$ ). Os outros factores considerados no modelo não mostram uma associação com o estigma do HIV estatisticamente significativa.

### **3.2. Factores associados ao estigma do HIV entre as jovens e os jovens**

A Tabela 3 indica características seleccionadas das jovens e dos jovens que fazem parte deste estudo. A presença de algum estigma do HIV e SIDA é um pouco maior entre as jovens (28%) do que entre os jovens (26%). Tanto entre as jovens como entre os jovens, é notável um maior nível de estigma de HIV e SIDA entre os com nenhum nível de escolaridade (45%, entre as jovens; 49%, entre os jovens), baixo estatuto de riqueza do agregado familiar (43%; 39%), residência rural (37%; 33%) e que nunca fizeram um teste de HIV (38%; 30%). Entre as jovens em particular, é adicionalmente notável a presença de algum estigma de HIV e SIDA entre as que não sabem que há medicamentos para prevenir a transmissão do vírus de HIV de mãe para o bebé (48%) e as que não sabem que ter um parceiro não infectado que não tenha outro parceiro reduz o risco de infecção pelo HIV (48%).



**Tabela 3.** Características Seleccionadas das Jovens e dos Jovens, IDS 2011, Moçambique

Variável	Mulheres		Homens	
	n	Com Algum Estigma de HIV e SIDA	n	Com Algum Estigma de HIV e SIDA
Total	2796	28,4	996	25,8
Idade				
15-19 anos	1335	31,6	470	26,8
20-24 anos	1461	25,5	526	5,9
Estado Civil				
Unido	1643	32,1	294	33,7
Não unido	1153	23,2	702	22,5
Religião				
Católica	779	25,5	71	24,0
Evangélica/Pentecostal	535	29,7	154	22,7
Protestante	169	24,3	49	14,3
Zione/Sião	576	27,4	148	27,0
Islão	394	30,5	135	37,0
Outra	110	18,2	30	23,3
Sem religião	233	42,1	184	25,5
Nível de escolaridade				
Nenhum	375	45,3	39	48,7
1-7 anos	1452	34,4	514	34,0
8 ou mais	969	13,0	443	14,2

**Tabela 3.** Continuada

Estatuto de ocupação profissional				
Baixo	2496	30,0	742	26,7
Elevado	300	15,7	254	23,2
Estatuto de riqueza do agregado familiar				
Baixo	695	42,6	257	38,9
Medio	470	33,8	153	20,9
Elevado	1631	20,8	586	21,3
Local de residência				
Rural	1493	37,1	481	33,1
Urbano	1303	18,5	515	19,0
Exposição aos Mídias				
Não exposto	1138	33,1	218	31,2
Exposto pelo menos 1 vez por semana	1658	25,2	778	24,3
Visitou uma unidade sanitária nos 12 meses antes do inquérito				
Não	1120	33,6	na	na
Sim	1676	25,0	na	na
Idade da primeira relação sexual				
16 ou mais anos	1380	24,6	531	26,0
Menos de 16 anos	1416	32,1	465	26,0
Há medicamentos para prevenir a transmissão do vírus de HIV de mãe para bebe				
Não	446	48,4	176	26,7
Sim	2350	24,6	820	25,6
Usar preservativo todas as vezes que mantiver as relações sexuais reduz o risco de infecção pelo HIV				
Não	904	36,2	126	23,8
Sim	1892	24,7	870	26,1
Ter um/a parceiro/a não infectado/a que não tenha outro/a parceiro/a reduz o risco de infecção pelo HIV				
Não	591	44,7	62	27,4
Sim	2205	24,1	934	25,7
Actividade Sexual de Risco				
Não	1749	32,0	202	36,6
Sim	1047	22,5	794	23,0
Numero de parceiros sexuais ao longo da vida				
Um parceiro	1279	29,4	160	31,3
Dois parceiros	782	28,0	170	28,2
Três parceiros	407	23,8	166	28,3
Quatro ou mais parceiros	328	31,4	500	22,4
Alguma vez fez teste de HIV				
Não	1284	37,8	723	30,4
Sim	1512	20,5	273	14,0

Nota: na = não aplicável

A Tabela 4 indica os resultados da avaliação dos factores associados ao estigma do HIV entre as jovens e os jovens. As primeiras duas colunas referem-se às jovens e as outras duas aos jovens. Entre as jovens observa-se que aquelas com 15 a 19 anos são mais susceptíveis de ter algum estigma do HIV do que as com 20 a 24 anos de idade. Em comparação com as jovens pertencentes à denominação católica, aquelas pertencentes às denominações evangélica ou pentecostal, zione e aquelas sem religião mostram maior chance de ter algum estigma do HIV. Contudo, a diferença entre as jovens pertencentes à denominação zione e às da denominação católica é marginalmente significativa ( $p=0,075$ ). As jovens com 8 ou mais anos de escolaridade revelam menos chance de ter algum estigma do HIV do que as jovens com níveis de educação inferiores. A Tabela 4 reporta ainda que as jovens com elevado estatuto de ocupação profissional, as jovens de famílias com um estatuto de riqueza médio ou elevado, as jovens residentes nas áreas urbanas e as jovens que visitaram uma unidade sanitária nos 12 meses anteriores ao inquérito têm significativamente menos chance de possuir algum estigma do HIV do que a sua contraparte.

**Tabela 4.** Factores Associados ao Estigma do HIV e SIDA entre as Jovens e os Jovens, IDS 2011, Moçambique (Coeficientes não Transformados)

Variável	Mulheres (n=2796)		Homens (n=996)	
	Coeficiente b	Valor do p	Coeficiente b	Valor do p
Idade				
20-24 anos (referencia)	1		1	
15-19 anos	0,222	0,012	0,080	0,665
Estado Civil				
Unido (referencia)	1		1	
Não unido	0,020	0,873	-0,348	0,147
Religião				
Católica (referencia)	1		1	
Evangélica/Pentecostal	0,413	0,001	-0,112	0,655
Protestante	-0,040	0,839	-0,492	0,283
Zione/Sião	0,216	0,075	-0,076	0,762
Islão	-0,066	0,631	0,504	0,037
Outra	0,026	0,916	0,221	0,647
Sem religião	0,480	0,002	-0,128	0,592
Nível de escolaridade				
8 ou mais (referencia)	1		1	
Nenhum	0,994	0,000	1,446	0,000
1-7 anos	0,794	0,000	0,868	0,000

O grau de conhecimentos ligados ao HIV e SIDA também se mostra como um factor importante. Aquelas jovens que sabem que há medicamentos para prevenir a transmissão do vírus de mãe para bebé são menos propensas de ter algum estigma do HIV do que a sua contraparte. As jovens que sabem que ter um parceiro não infectado que não tenha uma outra parceira reduz o risco de infecção com o HIV, têm significativamente menos estigma do HIV do que o grupo de referência. Em comparação com as jovens que tiveram apenas um parceiro sexual na vida, aquelas que tiveram três parceiros e as que tiveram quatro ou mais parceiros são significativamente mais susceptíveis de ter algum estigma do HIV.

**Tabela 4.** Continuada

Estatuto de ocupação profissional				
Baixo (referencia)	1		1	
Elevado	-0,406	0,006	-0,152	0,412
Estatuto de riqueza do agregado familiar				
Baixo (referencia)	1		1	
Medio	-0,227	0,054	-0,754	0,003
Elevado	-0,331	0,005	0,121	0,591
Local de residência				
Rural (referencia)	1		1	
Urbano	-0,384	0,000	-0,411	0,045
Exposição aos Mídias				
Não exposto (referencia)	1		1	
Exposto pelo menos 1 vez por semana	0,020	0,813	-0,096	0,618
Visitou uma unidade sanitária nos 12 meses antes do inquérito				
Não (referencia)	1		na	na
Sim	-0,281	0,001	na	na
Idade da primeira relação sexual				
16 ou mais anos (referencia)	1		1	
Menos de 16 anos	0,108	0,200	0,016	0,923
Há medicamentos para prevenir a transmissão do vírus de HIV de mãe para bebe				
Não (referencia)	1		1	
Sim	-0,564	0,000	0,205	0,329
Usar preservativo todas as vezes que mantiver as relações sexuais reduz o risco de infecção pelo HIV				
Não (referencia)	1		1	
Sim	-0,111	0,228	0,365	0,137
Ter um/a parceiro/a não infectado/a que não tenha outro/a parceiro/a reduz o risco de infecção pelo HIV				
Não (referencia)	1		1	
Sim	-0,604	0,000	-0,195	0,551
Actividade Sexual de Risco				
Não (referencia)	1		1	
Sim	0,813	0,373	-0,167	0,493
Numero de parceiros sexuais ao longo da vida				
Um parceiro (referencia)	1		1	
Dois parceiros	0,156	0,118	0,039	0,882
Três parceiros	0,320	0,015	0,069	0,797
Quatro ou mais parceiros	0,695	0,000	-0,271	0,264
Alguma vez fez teste de HIV				
Não (referencia)	1		1	
Sim	-0,342	0,000	-0,699	0,001
Interceptor	-0,192	0,354	-1,010	0,060
Logaritmo de Verossimilhança	-1870,162		-511,838	

Nota: na = não aplicável

Os resultados entre as jovens mostraram também que aquelas que alguma vez fizeram um teste de infecção com o HIV têm menos chance de ter algum estigma do HIV do que as outras. Os resultados entre os jovens têm algumas similaridades com os das jovens. Tal como entre as jovens mulheres, os jovens com menos de 8 anos de escolaridade têm maior chance de ter algum estigma do HIV do que aqueles com 8 ou mais anos de escolaridade. A residência na área urbana e alguma vez ter feito um teste de HIV reduz a chance de ter um estigma do HIV entre os jovens. Há outras constatações de nota entre os jovens. Em comparação com os jovens da denominação católica, aqueles pertencentes à religião islâmica são menos susceptíveis de ter algum estigma do HIV. Os jovens de famílias com estatuto de riqueza médio revelam menos estigma do HIV do que os de famílias com estatuto de riqueza baixo.

### 3.3. Efeitos do estigma do HIV e SIDA na testagem da infecção pelo HIV entre as jovens e os jovens

A Tabela 5 mostra as estatísticas descritivas da avaliação do efeito do estigma do HIV e SIDA na testagem da infecção pelo HIV. Entre os participantes sem algum estigma de HIV e SIDA, 60% das jovens e 29% dos jovens tinham feito um teste de HIV nos 12 meses anteriores ao inquérito (Tabela 5). A proporção dos que tinham feito um teste de HIV entre os participantes com algum estigma de HIV e SIDA é relativamente baixa, sendo de 39% entre as jovens e 10% entre os jovens. Tanto entre as jovens como entre os jovens, a maior proporção dos que tinham feito algum teste de HIV foi registado na categoria de idade de 20 a 24 anos (65% e 27%, respectivamente). Outras notas de destaque na Tabela 5, a proporção dos que fizeram algum teste de HIV nos 12 meses anteriores ao inquérito é maior entre os participantes com mais anos de escolaridade, elevado estatuto de ocupação profissional, elevado estatuto de riqueza do agregado familiar e residentes das áreas urbanas.

**Tabela 5.** Características Seleccionadas das Jovens e dos Jovens por Teste de HIV, IDS 2011, Moçambique

Variável	Mulheres (n=2796)		Homens (n=923)	
	n	Fez Um Teste de HIV	N	Fez Um Teste de HIV
Sem Algum Estigma de HIV e SIDA	2001	60,1	678	28,8
Com Algum Estigma de HIV e SIDA	795	39,0	245	10,2
Idade				
15-19 anos	1335	41,9	450	15,8
20-24 anos	1461	65,2	473	27,3
Estado Civil				
Unido	1643	56,9	259	19,7
Não unido	1153	50,0	664	22,4
Religião				
Católica	779	49,7	276	24,6
Evangélica/Pentecostal	535	57,6	142	21,8
Protestante	169	58,0	43	30,2
Zione/Sião	576	63,2	136	22,1
Islão	394	38,2	131	12,2
Outra	110	72,7	27	33,3
Sem religião	233	53,2	168	19,6

**Tabela 5.** Continuada

Nível de escolaridade				
Nenhum	375	37,1	37	8,1
1-7 anos	1452	51,9	486	10,7
8 ou mais	969	64,0	400	36,3
Estatuto de ocupação profissional				
Baixo	2496	51,2	695	20,1
Elevado	300	78,0	228	26,3
Estatuto de riqueza do agregado familiar				
Baixo	695	36,8	242	7,4
Medio	470	46,0	142	9,2
Elevado	1631	63,8	539	31,4
Local de residência				
Rural	1493	46,8	450	13,1
Urbano	1303	62,5	473	29,8
Exposição aos Mídias por semana				
Nunca ou menos de uma vez	1138	51,1	202	18,3
Pelo menos uma vez ou mais	1658	56,2	721	22,6
Visitou uma unidade sanitária nos 12 meses antes do inquérito				
Não	1120	38,0	na	na
Sim	1676	64,8	na	na
Idade da primeira relação sexual				
16 ou mais anos	1380	58,6	482	22,2
Menos de 16 anos	1416	49,7	441	21,1
Há medicamentos para prevenir a transmissão do vírus de HIV de mãe para bebe				
Não	446	26,5	165	18,2
Sim	2350	59,3	758	22,4
Usar preservativo todas as vezes que mantiver as relações sexuais reduz o risco de infecção pelo HIV				
Não	904	53,2	120	17,5
Sim	1892	54,5	803	22,3
Ter um/a parceiro/a não infectado/a que não tenha outro/a parceiro/a reduz o risco de infecção pelo HIV				
Não	591	50,1	60	23,3
Sim	2205	55,1	863	21,6
Actividade Sexual de Risco				
Não	1749	58,1	182	17,8
Sim	1047	47,3	741	22,7
Numero de parceiros sexuais ao longo da vida				
Um parceiro	1279	45,8	151	10,6
Dois parceiros	782	57,9	156	19,9
Três parceiros	407	38,6	155	21,3
Quatro ou mais parceiros	328	61,9	461	26,0

Nota: na = não aplicável

A Tabela 6 apresenta os resultados do efeito do estigma do HIV e SIDA na testagem de infecção pelo HIV entre jovens mulheres e jovens homens. Entre as jovens, o estigma do HIV e SIDA é negativamente associado à testagem da infecção pelo vírus do HIV controlando por outros factores. A chance (“razão de chances” ou “*odds ratio*”) de fazer um teste de HIV entre as jovens com algum estigma do HIV e SIDA reduz em cerca de 42% em comparação com as jovens sem algum estigma do HIV e SIDA [ $exp(b)=0,58$ ;  $1-0,58=42$ ].

**Tabela 6.** Associação entre o Estigma do HIV e SIDA e a Testagem de Infecção pelo HIV entre as Jovens e os Jovens, IDS 2011, Moçambique

Variável	Mulheres (n=2796)		Homens (n=923)	
	Coefficiente b	Valor do p	Coefficiente b	Valor do p
<b>Estigma do HIV e SIDA</b>				
Sem Estigma (referencia)	1		1	
Algum estigma	-0,549	0,000	-0,723	0,004
<b>Idade</b>				
20-24 anos (referencia)	1		1	
15-19 anos	-0,658	0,000	-0,518	0,013
<b>Estado Civil</b>				
Unido (referencia)	1		1	
Não unido	-0,066	0,638	-0,154	0,569
<b>Religião</b>				
Católica (referencia)	1		1	
Evangélica/Pentecostal	0,360	0,006	-0,193	0,480
Protestante	0,422	0,034	-0,067	0,868
Zione/Sião	0,562	0,000	0,024	0,932
Islão	-0,287	0,049	-0,613	0,063
Outra	0,754	0,004	0,133	0,778
Sem religião	0,342	0,051	-0,130	0,636
<b>Nível de escolaridade</b>				
8 ou mais (referencia)	1		1	
Nenhum	-0,654	0,000	-1,134	0,087
1-7 anos	-0,300	0,012	-1,120	0,000
<b>Estatuto de ocupação profissional</b>				
Baixo (referencia)	1		1	
Elevado	0,712	0,000	0,086	0,680
<b>Estatuto de riqueza do agregado familiar</b>				
Baixo (referencia)	1		1	
Medio	0,217	0,116	-0,039	0,921
Elevado	0,757	0,000	1,243	0,000
<b>Local de residência</b>				
Rural (referencia)	1		1	
Urbano	0,134	0,253	-0,066	0,779

**Tabela 6.** Continuada

Exposição aos Mídias por semana				
Nunca ou menos de uma vez (referencia)	1		1	
Pelo menos uma vez ou mais	-0,058	0,549	-0,290	0,227
Visitou uma unidade sanitária nos 12 meses antes do inquérito				
Não (referencia)	1		na	na
Sim	0,945	0,000	na	na
Idade da primeira relação sexual				
16 ou mais anos (referencia)	1		1	
Menos de 16 anos	-0,121	0,192	0,063	0,735
Há medicamentos para prevenir a transmissão do vírus de HIV de mãe para bebe				
Não (referencia)	1		1	
Sim	1,046	0,000	0,010	0,968
Usar preservativo todas as vezes que mantiver as relações sexuais reduz o risco de infecção pelo HIV				
Não (referencia)	1		1	
Sim	-0,062	0,553	0,248	0,396
Ter um/a parceiro/a não infectado/a que não tenha outro/a parceiro/a reduz o risco de infecção pelo HIV				
Não (referencia)	1		1	
Sim	-0,145	0,226	-0,045	0,901
Actividade Sexual de Risco				
Não (referencia)	1		1	
Sim	-0,894	0,000	-0,097	0,745
Numero de parceiros sexuais ao longo da vida				
Um parceiro (referencia)	1		1	
Dois parceiros	0,460	0,000	0,473	0,194
Três parceiros	0,601	0,000	0,585	0,109
Quatro ou mais parceiros	0,404	0,008	0,737	0,025
Interceptor	-1,028	0,000	-1,494	0,032
Logaritmo de Verossimilhança	-1540,017		-400,952	

Nota: na = não aplicável

O modelo das jovens revela outras constatações notáveis. As jovens de 15 a 19 anos têm uma chance de fazer um teste de HIV significativamente reduzida em comparação com as de 20 a 24 anos. A afiliação religiosa das jovens tem uma associação significativa com a testagem da infecção pelo HIV. Por exemplo, em comparação com as jovens católicas, as jovens pertencentes às denominações evangélica ou pentecostal, protestante e zione apresentam uma chance de fazer um teste de HIV elevada, tomando em consideração outros factores no modelo. Como podia se esperar, em comparação com os jovens com 8 ou mais anos de educação, os que têm menos de 8 anos de educação apresentam uma chance de fazer o teste de HIV significativamente reduzida. Um estatuto de ocupação profissional elevado e um estatuto de riqueza do agregado familiar elevado têm significativamente um efeito



positivo na testagem de infecção pelo HIV. As jovens que visitaram uma unidade sanitária nos 12 meses anteriores ao inquérito e as que sabem que há medicamentos para prevenir a transmissão do vírus do HIV de mãe para o bebé apresentam uma chance de fazer um teste de HIV significativamente superior do que a sua contraparte. Outra constatação interessante, as jovens com actividades sexuais de risco possuem uma chance de fazer um teste de HIV baixa em comparação com a sua contraparte. É também interessante que os que tiveram dois ou mais parceiros sexuais ao longo da vida têm chances de fazer um teste de HIV elevadas em comparação com aquelas que apenas tiveram um parceiro sexual ao longo da vida.

Entre os jovens, o estigma do HIV e SIDA tem igualmente um efeito negativo na testagem de infecção pelo HIV. Em comparação com aqueles sem algum estigma do HIV e SIDA, os jovens com algum estigma de HIV e SIDA têm uma chance de ter feito um teste de HIV nos 12 meses anteriores ao inquérito que é significativamente reduzida em 51%, tomando em consideração outros factores. Tal como entre as jovens, os jovens com 15 a 19 anos têm uma chance de fazer um teste de HIV baixa em comparação com os dos 20 a 24 anos. Com a excepção dos jovens pertencentes à religião islâmica, não há diferenças significativas entre os jovens de acordo com a afiliação religiosa. À semelhança do observado entre as jovens mulheres, um baixo nível de educação entre os jovens homens tem um efeito negativo sobre a testagem de infecção pelo HIV. Jovens cujas famílias possuem um estatuto de riqueza elevado apresentam maior chance de fazer um teste de infecção pelo vírus do HIV do que os das famílias de baixo estatuto de riqueza. A diferença entre estes dois grupos é estatisticamente significativa. Uma outra constatação interessante, apenas os jovens com 4 ou mais parceiros sexuais ao longo da vida é que exibem uma chance de fazer um teste de HIV significativamente elevada em comparação com aqueles com um parceiro sexual na vida.

## 4. Discussão e Conclusões

### 4.1. Em relação aos factores associados ao estigma do HIV

Os resultados deste estudo revelam constatações interessantes sobre os factores associados ao estigma do HIV e SIDA entre os adolescentes e jovens. Entre os adolescentes, constatou-se que os mais escolarizados são menos susceptíveis de ter um estigma do HIV e SIDA, assim como os que residem nas áreas urbanas. Estas constatações sugerem um maior grau de acesso à informação e conhecimentos sobre o HIV e SIDA que os adolescentes mais escolarizados e os que residem nas áreas urbanas têm em comparação com os das áreas rurais. De facto, este estudo demonstrou que os adolescentes que ouviram falar de um programa de HIV e SIDA são menos propensos de ter atitudes negativas contra as pessoas vivendo com o HIV e SIDA do que a sua contraparte. Estas constatações são consistentes com estudos anteriores realizados em outros países que mostraram que as pessoas mais escolarizadas e aquelas com mais conhecimentos sobre o HIV e SIDA têm menos estigma do HIV e SIDA (Girma et al., 2013; Ulasi et al., 2009). Para os jovens, as constatações são no fundo similares às dos adolescentes. Os jovens mais escolarizados, os jovens com elevado estatuto de ocupação profissional, assim como os jovens de agregados familiares com um estatuto de riqueza médio e elevado apresentam menos chance de ter um estigma do HIV e SIDA. Os jovens residentes nas áreas urbanas, os que visitaram uma unidade sanitária nos 12 meses anteriores ao inquérito (apenas os jovens), assim como os que alguma vez fizeram um teste de infecção pelo HIV igualmente apresentam menor chance de ter atitudes discriminatórias em relação às pessoas vivendo com o HIV e SIDA.

O elemento central que explica estas associações pode ser o acesso à informação não discriminatória em relação às pessoas com o HIV e SIDA. Os jovens mais escolarizados podem estar em melhor posição de ler e ouvir mensagens informativas e iluminantes em relação à ignorância existente sobre o HIV e as pessoas vivendo com o HIV e SIDA. Os que visitaram uma unidade sanitária nos 12 meses anteriores ao inquérito assim como os que alguma vez fizeram um teste de HIV podem ter sido aconselhados sobre o HIV e SIDA e informados sobre as vantagens de não discriminar as pessoas vivendo com o HIV e SIDA. Os jovens com estatuto profissional elevado e os dos agregados familiares com o nível de riqueza médio e elevado podem ter maior possibilidade de possuir diversificados meios de informação sobre a saúde, ter maior acesso às unidades sanitárias onde se divulga informação sobre HIV e SIDA e possuírem redes mais alargadas de informação sobre a saúde.

Em geral, as constatações sobre a análise dos factores associados ao estigma do HIV e SIDA neste estudo sugerem a necessidade de se fornecer mais informação não discriminatória contra as pessoas vivendo com o HIV e SIDA aos grupos menos favorecidos para combater o estigma do HIV e SIDA, quer sejam o grupo dos menos escolarizados, dos que têm menos acesso às unidades sanitárias como dos residentes nas áreas rurais e dos que são de famílias pobres. Contudo, o papel do acesso à informação sobre estigma do HIV e SIDA entre os jovens é um assunto que ainda necessita de um melhor entendimento. Para além do acesso à informação sobre o HIV e SIDA per si, é possível que o tipo de

informação e a forma como é transmitida sejam aspectos importantes. Porém, a base de dados que usamos não permite explorar estes aspectos com mais profundidade.

#### **4.2. Em relação ao estigma do HIV e SIDA e a testagem de infecção pelo HIV**

Este estudo também examinou a influência que o estigma do HIV e SIDA tem sobre a testagem de infecção pelo vírus da SIDA. Em Moçambique, ter algum estigma do HIV e SIDA reduz significativamente a chance de fazer um teste de infecção pelo HIV em 42% para as jovens e em 51% para os jovens, ajustando por outros factores. O facto de que a chance de fazer um teste de HIV em Moçambique reduz entre as jovens e os jovens com algum estigma do HIV e SIDA em comparação com a sua contraparte, constitui uma séria preocupação porque fazer um teste de HIV é necessário para recuar a epidemia do SIDA.

Em países com elevada taxa de prevalência de HIV, foi recomendada a expansão da testagem de infecção com o HIV de modo a ligar as pessoas infectadas ao tratamento e cuidados (Venkatesh et al., 2011; Dodd et al., 2010; Granich et al., 2010). A Estratégia de Aceleração da Prevenção da Infecção pelo HIV em Moçambique também define a testagem como uma porta de entrada para cuidados, tratamento e suporte psicossocial (Conselho de Ministros, 2010). A efectivação do papel da testagem da infecção pelo HIV nos esforços de combate à epidemia do SIDA em Moçambique pode variar entre os jovens se estes continuarem com atitudes estigmatizantes em relação às pessoas vivendo com o HIV e SIDA.

Este estudo também constatou que a influência do estigma na testagem da infecção pelo HIV varia de acordo as características das jovens e dos jovens. As jovens e os jovens de 15-19 anos, com baixa educação escolar e de famílias com baixo estatuto de riqueza têm significativamente menos chance de fazer um teste de HIV do que a sua contraparte. Um estudo recente argumentou que a falta de recursos financeiros ao nível do agregado familiar era a maior barreira à testagem de HIV em Moçambique, sobretudo porque as unidades sanitárias ficam distantes e os custos de transporte limitam o uso dos serviços de saúde (Agha, 2012).

As constatações neste estudo oferecem a evidência da necessidade de reduzir o medo e a ignorância sobre as pessoas vivendo com o HIV e SIDA existente entre os jovens para elevar a testagem da infecção pelo HIV neste grupo populacional em Moçambique. As constatações também mostram a necessidade de orientar as acções de redução do estigma entre os jovens para o subgrupo dos mais jovens, dos que têm baixa escolaridade e dos de famílias de nível de riqueza baixo.

## 5. Bibliografia

Agha, S. 2012. "Factors associated with HIV testing and condom use in Mozambique: implications for programs". *Reproductive Health*. 9(20):1-9.

Campbell, C.; Foulis, C.A.; Maimane, S. & Sibiya, Z. 2005. "I have an evil child at my house": HIV/AIDS management in a South African community. *American Journal of Public Health*. 95(5):808-815.

Conselho de Ministros. 2010. *Plano Estratégico nacional de resposta ao HIV e SIDA 2010-2014*. Maputo: Conselho de Ministros.

Dodd, P.; Garnett, G.P. & Hallett, T.B. 2010. "Examining the promise of HIV elimination by 'test and treat' in hyperendemic settings". *AIDS*. 24(5):729-735.

Genberg, B.L.; Kawichai, S.; Chingono, A.; Sendah, M.; Chariyalertsak, S. et al. 2008. "Assessing HIV/AIDS stigma and discrimination in developing countries". *AIDS Behavior*. 12(5):772-780.

Girma, E.; Gebretsadik, L.A.; Kaufman, M.R.; Rimal, R.N.; Morankar, S.N. et al. 2013. "Stigma against people with HIV/AIDS in rural Ethiopia: signs and predictors of improvement". *AIDS Behav* (DOI 10.1007/s10461-013-0611-0).

Granich, R.; Crowley, S.; Vitoria, M.; Lo, Y.R.; Souteyrand, Y. et al. 2010. "Highly active antiretroviral treatment for the prevention of HIV transmission". *Journal of the International AIDS Society*. 12(13):1-8.

Herek, G.M. (1999). "AIDS and stigma". *American Behavioral Scientist*. 42(7):1106-1116.

INS (Instituto Nacional de Saude); INE (Instituto Nacional de Estatística) & ICF Macro. 2010. Inquérito nacional de prevalência, riscos comportamentais e informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique (INSIDA) 2009. Calverton, Maryland, EUA: INS, INE e ICF Macro.

Kalichman, S.C. & Simbayi, L.C. 2003. "HIV testing attitudes, AIDS stigma, and voluntary HIV counselling and testing in a black township in Cape Town, South Africa". *Sexually Transmitted Infections*. 79:442-447.

Kalichman, S.C.; Simbayi, L.C.; Jooste, S.; Toefy, Y.; Cain, D. et al. 2005. "Development of a brief scale to measure AIDS-related stigma in South Africa". *AIDS and Behavior*. 9(2):135-143.

Mawar, N.; Sahay, S.; Pandit, A. & Mahajan, U. 2005. "The third phase of HIV pandemic: social consequences of HIV/AIDS". *Indian Journal of Medical Research*. 122:471-484.

MISAU (Ministério da Saude); INE (Instituto Nacional de Estatística) & ICFI (ICF International). 2013. *Moçambique inquérito demográfico e de saude 2011*. Calverton, Maryland, USA: MISAU, INE e ICFI.

Mola, O.D.; Mercer, M.A.; Asghar, R.J.; Gimbel-Sherr, K.H.; Gimbel-Sherr, S. et al. 2006. "Condom use after voluntary counselling and testing in Central Mozambique". *Tropical Medicine and International Health*. 11(2):176-181.

Nyblade, L. & Field-Nguer, M.L. 2001. *Women, communities, and the prevention of mother-to-child transmission of HIV: issues and findings from community research in Botswana and Zambia*. International Center for Research on Women, The Population Council.

Sambisa, W.; Curtis, S. & Mishra, V. 2010. "AIDS stigma as an obstacle to uptake of HIV testing: evidence from a Zimbabwean national population based survey". *AIDS Care*. 22(2):170-186.

Uiasi, C.I.; Preko, P.O.; Baidoo, J.A.; Bayard, B.; Ehiri, J.E.; Jolly, C.M. et al. 2009. "HIV/AIDS-related stigma in Kumasi, Ghana." *Health Place*. 15(1) 255-262.

UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). 2013. *Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013*. UNAIDS.

Venkatesh, K.K.; Madiba, P.; de Bruyn, G.; Lurie, M.N.; Coates, T.J. et al. 2011. "Who gets tested for HIV in a South African township? Implications for test and treat and gender-based prevention interventions". *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*. 56(2):151-165.

## 6. Anexos

**Tabela A1.** Consistência Interna dos Itens Usados para Criar a Escala do Estigma de HIV e SIDA, Adolescentes, INSIDA 2009, Moçambique

Item do Estigma de HIV e SIDA	Correlação do Item ao Total	Alfa de Cronbach
Mesmo sabendo que um comerciante é seropositivo pode-se comprar suas verduras frescas	0,347	0,328
Pode-se cuidar um membro da família com SIDA	0,320	0,355
Pode-se manter relações sexuais protegidas com um parceiro que tenha HIV/SIDA	0,203	0,433
É uma perda de tempo/dinheiro formar ou promover alguém com HIV/SIDA	0,144	0,460
As crianças HIV positivas devem ser mantidas longe de outras crianças para não infecta-las	0,123	0,480
Professores HIV positivos mas não doentes devem continuar a dar aulas	0,170	0,451
<b>Coefficiente de Confiança da Escala</b>		<b>0,467</b>

**Tabela A2.** Consistência Interna dos Itens Usados para Criar a Escala do Estigma de HIV e SIDA, Jovens, IDS 2011, Moçambique

Item do Estigma de HIV e SIDA	Mulheres		Homens	
	Correlação do Item ao Total	Alfa de Cronbach	Correlação do Item ao Total	Alfa de Cronbach
Se soubesse que um vendedor de verduras frescas tem HIV/SIDA, compraria os seus produtos?	0,514	0,630	0,384	0,424
Se uma pessoa da sua família ficasse doente do HIV/SIDA estaria disposto a cuidar dela na sua própria casa?	0,514	0,631	0,292	0,567
Na sua opinião, se um professor tivesse HIV/SIDA mas não estivesse doente, deveria ser permitido continuar a ensinar na escola?	0,546	0,597	0,426	0,365
<b>Coefficiente de Confiança da Escala</b>		<b>0,709</b>		<b>0,557</b>

## **Sobre a Gazeta de População e Saúde**

A Gazeta de População e Saúde é uma plataforma para a publicação de resultados de pesquisa desenvolvida por investigadores do CEPISA e outros investigadores em temáticas ligadas a população e saúde pública. Embora textos baseados em evidências sejam bastante encorajados, outros textos tais como reflexões teóricas e metodológicas são aceites. As propostas submetidas para publicação serão avaliadas pelo CEPISA, podendo para o efeito, recorrer a especialistas da área temática. Esta avaliação tem como objectivo garantir que o texto publicado tenha a relevância e a qualidade científica desejada.

Para publicar, o autor deve preparar o seu texto escrito seguindo as instruções abaixo indicadas e enviar para o email [cepsa@cepsa.ac.mz](mailto:cepsa@cepsa.ac.mz)

A autoria e a responsabilidade pelo conteúdo do texto publicado é do(s) autor(es). Contudo, o texto poderá ser formatado para se enquadrar no estilo das publicações do CEPISA.

## **Instruções para os autores**

O texto deverá ser escrito em Microsoft Word na língua portuguesa (os textos em inglês também são aceites).

O texto deverá estar escrito em Times New Roman 12, espaçamento simples e não pode exceder as 50 páginas excluindo a bibliografia e anexos.

A capa do texto deverá conter o título, os nomes do(s) autor(es) e o nome da instituição de afiliação de cada autor. No caso de co-autoria, os autores deverão indicar o autor que deverá receber correspondências.

Uma pequena biografia de cada autor que indica o seu grau académico, a ocupação e afiliação institucional actual, a área de interesse na investigação e o seu email deve ser submetido com o texto.

Se houver agradecimentos e reconhecimentos também podem ser incluídos

O texto deverá conter um resumo com um máximo de 300 palavras que indica o objectivo principal do estudo, os dados e métodos e os principais resultados e conclusões. O resumo deve ter ainda um máximo de 7 palavras-chave.

O texto típico de estudos baseados em evidências deverá ter pelo menos a introdução, os dados e métodos, os resultados e a discussão. Para clarificar o conteúdo de algumas secções mais subtítulos podem ser criados.

As tabelas e figuras devem ser enumeradas em enumeração arábica.

Os materiais e informações obtidos de fontes previamente publicadas, quer sejam citadas directamente ou parafraseadas, deverão ser devidamente reconhecidos através de uma referência bibliográfica apropriada.

## **Citação e apresentação da bibliografia**

As referências bibliográficas devem ser feitas no corpo do texto, entre parênteses curvos, na forma abreviada da indicação do último apelido do autor, data de publicação e, se for o caso, número de página (a seguir a dois pontos). Exemplos:

Um só autor: (Arnaldo, 2004:22);

Dois autores: (Raimundo & Muanamoha, 2013);

Três ou mais autores: (Cau et al., 2011).

Uma citação directa com mais de 4 linhas deve ser indicada em forma de parágrafo, colocando o parágrafo 4 cm para dentro a partir da margem esquerda e com o tamanho de letra 10 (menor que do resto do texto).

Deve ser incluída no final, com o título "Bibliografia", a lista completa, por ordem alfabética de apelidos dos autores, das obras que tenham sido referidas ao longo do texto (e apenas destas). É obrigação do autor verificar a exactidão das citações e dos nomes dos autores referidos no texto. As referências bibliográficas devem seguir rigorosamente o modelo dos exemplos a seguir apresentados:

- **Livros:**

Baia, A. 2009. *Reflexões sobre o Espaço Urbano: a cidade de Nampula*. Dakar: Codesria Books.

- **Colectâneas:**

Serra, C. (org.) 2009. *Linchamentos em Moçambique 2 (okhwiri que apela à purificação)*. Maputo: Imprensa Universitária.

- **Capítulo de livro:**

Basu, A. M. 1999. "Women's education, marriage, and fertility in South Asia: do men really not matter?". In C. H. Bledsoe et al. (org.), *Critical Perspectives on Schooling and Fertility in the Developing World*. Washington, D.C: National Academy Press. Pp. 267-286,

- **Artigo de revista**

Arnaldo, C. 2004. "Regional Fertility Trends in Mozambique". *Journal of Population Research*. 21(2):177-197.

- **Artigo em livro de conferência**

Farley, T.M.M. & E.M. Belsey. 1988. "The prevalence and aetiology of infertility". In *African Population Conference*, Vol. 1. Dakar: International Union for the Scientific Study of Population. Pp. 2.1.15-2.1.30.

- **Artigo apresentado em conferência**

Cruz e Silva, T. 2009. "Aquino de Bragança e as reflexões e respostas sobre a produção do conhecimento, e as Ciências Sociais em África: Moçambique, lições aprendidas, lições esquecidas?". Apresentado em: *Colóquio em Homenagem a Aquino de Bragança. Como Fazer Ciências Sociais e Humanas em África: questões epistemológicas, metodológicas, teóricas e políticas*. Maputo, 23-24 de Setembro.

- **Dissertações**

Brandon, A. J. 1990. Marriage dissolution, remarriage and childbearing in West Africa: a comparative study of Côte d'Ivoire, Ghana and Nigeria. Dissertação de Doutoramento, University of Pennsylvania, Philadelphia.

- **Relatório de Pesquisa**

Instituto Nacional de Estatística. 1998. Moçambique, Inquérito Demográfico e de Saúde 1997: Relatório Resumido. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.

- **Artigo retirado/consultado na internet**

United Nations Population Division. 2007. World Population Prospects: The 2006 Revision. United Nations : New York, NY. <http://esa.un.org/unpp>. Acesso 25.09.2007.

- **Dois ou mais obras do mesmo autor e do mesmo ano**

Se houver duas ou mais obras do mesmo autor e do mesmo ano, acrescentam-se à data as letras, a, b, etc., respeitando a ordem pela qual as referências aparecem no texto. Exemplo:

Agadjanian, V. 1998a. "Economic security, informational resources, and women's reproductive choices in urban Mozambique". *Social Biology* 45 (1-2): 60-79.

Agadjanian, V. 1998b. "'Quasi-legal' abortion services in a sub-Saharan setting: users' profile and motivations". *International Family Planning Perspectives*. 24 (3): 111-116.

Agadjanian, V. 1998c. "Women's choice between indigenous and western contraception in urban Mozambique". *Women and Health*. 28 (2):1-17.



Apoio financeiro:

