



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

**VULNERABILIDADE DE GÊNERO E INFECÇÃO PELO HIV: PERCEPÇÕES DE
PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS E DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA CIDADE DE
MAPUTO, MOÇAMBIQUE**

Arune João Estavela

Brasília, Março de 2014



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

Programa de Pós-graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

**VULNERABILIDADE DE GÊNERO E INFECÇÃO PELO HIV: PERCEPÇÕES DE
PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS E DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA CIDADE DE
MAPUTO, MOÇAMBIQUE**

Arune João Estavela

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde.

ORIENTADORA: Profa. Dra Eliane Maria Fleury Seidl

Brasília, Março de 2014

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da
Universidade de
Brasília. Acervo 1015064.

Estavela, Arune João .

E79v Vulnerabilidade de gênero e infecção pelo HIV : percepções
de pessoas vivendo com HIV/AIDS e de profissionais
de saúde da cidade de Maputo, Moçambique / Arune João

Estavela . --2014.

xii, 73 f. ;30 cm.

Tese (doutorado) -Universidade de Brasília, Instituto
de Psicologia, Programa de Pós -Graduação em Processos
de Desenvolvimento Humano e Saúde, 2014 .

Inclui bibliografia .

Orientação: Eliane Maria Fleury Seidl .

1. Identidade de gênero -Doenças -Maputo (Moçambique).

2. Infecções por HIV -Prevenção -Vida e costumes

sociais. 3. Maputo (Moçambique) -Pessoas HIV-positivo

-Aspectos psicológicos. I. Seidl, Eliane Maria Fleury.

II.

Título .

CDU 159. 9:616. 988

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

TESE APRESENTADA PARA A SEGUINTE BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Eliane Maria Fleury Seidl

Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília - Presidente

Prof. Dr. Josué Nazareno de Lima

Ministério da Saúde - Membro

Prof. Dr. Mauro Sanchez

Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília - Membro

Profa. Dra. Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo

Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília - Membro

Profa. Dra. Larissa Polejack Brambatti

Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília - Membro

Profa. Dra. Ximena Pamela Claudia Diaz Bermudez

Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília - Suplente

Dedico este trabalho aos meus filhos Edy, Deny & Vino e, em especial,
à minha esposa Vina, à minha mãe Natália e ao meu tio Raipo,
por matricular-me na escola e aprender o abecedário.
É com esse abecedário que escrevi esta Tese.

Agradecimentos

Obter um grau acadêmico é um grande desafio. A incerteza de terminar com os créditos recomendados e a redação da tese é sempre presente. O término deste trabalho é claramente oriundo da inspiração, orientação e apoio moral e psicológico direto e indireto das pessoas especiais que me deram condições de caminhar até o fim e lograr o produto final desejado. Elas, hoje e sempre, o meu mais profundo e sincero: muito obrigado, *kanimambo*, *kohochukuru*.

Para Professora Doutora Eliane Maria Fleury Seidl, pelas ideias compartilhadas, ensinamentos e orientação em vários momentos de discussão via conference call ou mesmo fisicamente, acalmou minhas angústias, ansiedades e paranóias. Obrigado, Eliane pela paciência e pela semente que lançou na terra do continente africano. Obrigado, o meu *kanimambo* e o sentimento de *kuhochukuru vengiene*.

O meu obrigado também se estende para o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pela concessão de bolsa de estudo. Aos professores e colaboradores do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (UnB), que sempre e gentilmente forneceram informações valiosas para o término desta etapa.

Aos meus colegas, André, Natália, Graziela, Carolina, Clarissa, José, o meu muito *kanimambo*.

Aos colegas de serviço também devo um grande muito obrigado pelo apoio moral incondicional. A vocês: Josué de Lima, Rufino Fernandes, Isabelle Yersin, Bibi Aly, Guita Amane, Jorge Tojais e Dina Winchell, o meu profundo obrigado.

Aos meus amores. Minha esposa Vina, meus filhos Edy, Deny e Vino. O grande obrigado de papai pelo tudo que fizeram para que hoje se realize o nosso sonho. Não tenho como expressar o meu obrigado a vocês que durante bastante tempo só falamos via skype, choramos, matamos saudades e ficamos com vontade de um dia compartilhar o beijo, o abraço bem forte.

Aos meus familiares, Raipo Marrune, meu tio, professor e mentor da vida, não tenho como manifestar e agradecer os seus ensinamentos. Hoje reconheço que sou o que sou graças aos seus ensinamentos. A minha mãe, Natália, meu pai João, meu anjo irmão Elídio, meus demais familiares, Wilson, Alegria, Lurdes, Lúcia, Dina, Joana, Saíde, Macário, Adriano, e outros aqui não mencionados, o meu muito *kihochurukuro*.

Especial agradecimento para duas pessoas que contribuíram muito durante a minha vida estudantil. Ao padraсто Manuel Cardoso Três, ao Tio António Viola, ambos falecidos, o meu obrigado e que DEUS vos dê merecido eterno descanso.

RESUMO

Em Moçambique, segundo estudo do Instituto Nacional de Saúde publicado em 2009, embora se observe uma tendência à estabilização, a prevalência do HIV/aids na população adulta de 15-49 anos é de 11,5%, sendo superior nas mulheres (13,1%), comparativamente aos homens (9,2%). Outro aspecto da sociedade moçambicana é que a construção social do gênero feminino está baseada na submissão ao homem, na sua inferioridade e na incapacidade de garantir direitos iguais para ambos os sexos. Esse contexto tem influência sobre as práticas preventivas e sobre a vulnerabilidade de gênero à infecção pelo HIV. Destaca-se ainda a presença de práticas culturais arraigadas que também exercem influência sobre a prevenção e o tratamento da aids em pessoas já infectadas. A presente pesquisa teve como objetivo analisar a percepção de pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) e de profissionais de saúde (PS), da cidade de Maputo, em relação à vulnerabilidade de gênero e infecção pelo HIV, explorando ainda aspectos da cultura tradicional e a pobreza como fatores de vulnerabilidade. O estudo incluiu trinta e três PVHA em três grupos focais e em entrevistas individuais, e quinze PS entrevistados. Roteiros para grupos focais e de entrevista elaborados para o estudo foram usados para a coleta de dados. A análise de dados seguiu procedimentos de análise de conteúdo. Cinco eixos temáticos nortearam a análise dos resultados: vulnerabilidade de gênero e infecção pelo HIV; pobreza e vulnerabilidade de infecção pelo HIV; práticas culturais; papel de lideranças comunitárias, políticas e religiosas na luta contra o HIV/aids; aspectos positivos e negativos da assistência a pessoas vivendo com HIV/aids na cidade de Maputo. A quase totalidade dos participantes argumentou que a vulnerabilidade da mulher é maior, delineando categorias como submissão da mulher, dificuldade de negociar o uso do preservativo e influência das práticas culturais. Grande parte dos participantes reconheceu haver relação entre pobreza e infecção pelo HIV, e que práticas culturais calcadas na tradição ampliam contextos de risco de infecção. No que tange à assistência, houve predomínio de relatos referentes a aspectos negativos, com destaque para as categorias incapacidade do Sistema Nacional de Saúde para responder à demanda e escassez de recursos humanos, medicamentos, materiais e infraestrutura. O estudo teve o mérito de levantar percepções de dois segmentos sociais implicados na questão do HIV/aids, o que permitiu compreender melhor o contexto de vulnerabilidades que afetam cidadãos de Maputo em um país de prevalência elevada da epidemia.

Palavras-chave: HIV/aids, Vulnerabilidade, Gênero, Prevenção

ABSTRACT

In Mozambique, according to a study published by the National Institute of Health in 2009, although there has been a trend towards stabilization, the prevalence of HIV/AIDS in the adult population (aged 15-49) is 11.5%, with higher rates in women (13.1%), compared to men (9.2%). Another aspect of Mozambican society is the social construction of female gender which is based on submission to men, feelings of inferiority and the failure of guaranteeing equal rights for both sexes. And, until today, the relationship between men and women is based on the differentiation of different roles in a way that favors men, allowing men disproportionate opportunities in relation to women. This context has an influence on preventive practices and on gender vulnerability to HIV infection. Also noteworthy is the presence of entrenched cultural practices which exert influence on the prevention and treatment of HIV in people already infected. Another issue of interest relates to public policy that guides actions in the field of prevention, with three main strategies: abstinence, fidelity in marriage / sex and regular and consistent condom use. The main objective of this research study is to analyze the perception of people living with HIV / AIDS (PLWHA) and health professionals (HP) in the city of Maputo, in relation to gender vulnerability and HIV infection, exploring aspects of traditional culture and public policies for prevention interventions. The study includes thirty-three PLWHA in three focus groups and individual interviews, as well as fifteen HP respondents (seven doctors and four medical technicians, three psychologists and one nurse). Interview scripts developed for the study were used to collect data with HF and PLWHA. Data analysis followed the procedures of content analysis. Results: Almost all participants argued that women's vulnerability is greater when compared to men due to submission of women, lack of power to negotiate condom use and weight of cultural practices. Regarding the health assistance, there was a predominance of reports regarding the negative aspects, highlighting the weakness categories of the National Health System to respond to demand due to lack of human resources, medicines, health materials and infrastructure. The study had the merit of raising perceptions of the two social groups involved in HIV/AIDS, which allowed better understand of the context of vulnerabilities affecting citizens of Maputo in a country with high prevalence of the epidemic.

Keywords: HIV / AIDS, Vulnerability, Gender, Prevention

LISTA DE SIGLAS

- ABC** – Abstinence, Be faithful and Use a Condom
- AIDS** – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- ATS** - Aconselhamento e Testagem em Saúde
- APR** – Annual Progress Report
- CDC** – Centers for Disease Control and Prevention
- CNCS** - Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA
- CNAM** - Conselho Nacional de Ação para a Mulher
- DF** - Distrito Federal
- DNM** - Direção Nacional da Mulher
- FLCS** - Faculdade de Letras e Ciências Sociais
- INS** - Instituto Nacional de Saúde
- INE** - Instituto Nacional de Estatística
- INSIDA** - Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique
- ITS** - Infecção de Transmissão Sexual
- GdM** - Governo de Moçambique
- HIV** - Vírus da Imunodeficiência Humana
- ICAP** - International Center for Aids Care and Treatment Program - Global Health Action
- MICAS** - Ministério da Coordenação e de Ação Social
- MISAU** - Ministério da Saúde
- MMAS** - Ministério da Mulher e de Ação Social
- MMCAS** - Ministério da Mulher, Coordenação e de Ação Social
- ODM** - Objetivos do Desenvolvimento do Milênio
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- ONU** - Organização das Nações Unidas
- OSC** - Organização da Sociedade Civil
- PARPA** - Plano de Ação de Redução da Pobreza Absoluta
- PARP** - Plano de Ação e Redução da Pobreza
- PEPFAR** – The United States President’s Emergency Plan for AIDS Relief
- PEN** - Plano Estratégico Nacional
- PI** - Pathfinder International
- PNCT**- Programa Nacional de Combate à Tuberculose
- PNAM** – Programa Nacional de Ação da Mulher
- PVD** - Países em Vias de Desenvolvimento
- PTV**- Prevenção da Transmissão vertical
- PVHA** - Pessoas Vivendo com HIV/aids

SADC - Southern Africa Development Community

TB - Tuberculose

UEM - Universidade Eduardo Mondlane

UNAIDS - United Nations Programme on HIV/AIDS

UNESCO - United Nation Educational Scientific and Cultural Organization

UNICEF- United Nations International Children's Emergency Fund

Sumário

Agradecimentos.....	vi
RESUMO	vii
ABSTRACT.....	viii
LISTA DE SIGLAS	ix
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I REFERENCIAL TEÓRICO	9
1.1 Gênero: conceituação.....	9
1.2 A realidade da mulher moçambicana: panorama de desigualdades	10
1.3 Desigualdades de gênero e vulnerabilidades ao HIV/aids	12
1.4 O conceito de vulnerabilidade.....	14
1.5 Pobreza e epidemia de aids.....	18
1.6 Pobreza e questões de gênero	20
1.7 Ações e políticas públicas para a promoção da igualdade de gênero	23
CAPITULO II DEFINIÇÃO DO PROBLEMA E OBJETIVOS .Error! Bookmark not defined.	
2.1 Questões norteadoras do estudo.....	27
2.2 Objetivo geral	27
2.3 Objetivos específicos	27
CAPITULO III MÉTODO	28
3.1 Delineamento da pesquisa	28
3.2 Caracterização do local do estudo	28
3.3 Participantes	29
3.4 Instrumentos de coleta de dados	30
3.5 Procedimento de coleta de dados	30
3.6 Análise de dados	33
CAPÍTULO IV RESULTADOS	35
4.1 Vulnerabilidade de gênero e infecção pelo HIV	35
4.2 Pobreza e vulnerabilidade à infecção pelo HIV.....	38
4.3 Práticas culturais e infecção pelo HIV	40
4.4 Papel de lideranças comunitárias, políticas e religiosas na luta contra o HIV/aids	42
4.5 Aspectos positivos e negativos da assistência a PVHA na cidade de Maputo.....	45
CAPITULO V DISCUSSÃO	49
5.1 Vulnerabilidade de gênero e infecção pelo HIV	49
5.2 Pobreza e infecção pelo HIV	50
5.3 Práticas culturais da sociedade moçambicana e infecção pelo HIV	52
5.4 Papel das lideranças no processo de luta contra o HIV/aids.....	53
5.5 Aspectos positivos e negativos da assistência de PVHA na cidade de Maputo.....	55
CAPÍTULO VI CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
Referências	58
Anexo I	64
Anexo II.....	65
Anexo III	66
Anexo IV	67
Anexo V	69
Anexo VI	70

INTRODUÇÃO

Moçambique está situado no sudoeste da África, banhado pelo Oceano Índico e possui como países vizinhos a Tanzânia ao norte, o Malawi, a Zâmbia e o Zimbábue ao centro, a África do Sul e Suazilândia ao sul. A República de Moçambique ficou independente do regime colonial português em 1975 e atualmente, segundo dados do censo geral da população e habitação desenvolvido pelo INE (2007), o país tem 22.948.858 habitantes, dos quais 52% são do sexo feminino. O país é composto por grupos étnicos com diferentes idiomas e culturas, do Rovuma ao Maputo, sendo a língua portuguesa a oficial. A agricultura familiar é a principal atividade econômica do país (INE, 2007).

Assim como nos demais países da África Sub-Sahariana, a epidemia do HIV/aids¹ em Moçambique é preocupante visto que a prevalência de pessoas adultas de 15-49 anos é de 11,5%, sendo superior nas mulheres (13,1%), comparativamente aos homens (9,2%). A prevalência é também mais elevada nas áreas urbanas (15,9%) em relação às áreas rurais (9,2%). Entre adultos de 50-64 anos, a prevalência de HIV/aids é de 8,5%, e mais baixa entre adolescentes de 12-14 anos, atingindo 1,8%. A prevalência entre mulheres jovens de 15-24 anos é mais elevada (11,1%), comparativamente a dos homens da mesma faixa etária, que é de 3,7% (INS, 2009).

Ainda segundo o INS (2009), a prevalência de adultos de 15-49 anos apresenta grande variação por província (divisão que equivale a estados no Brasil), partindo de um mínimo de 3,7% na província do Niassa para um máximo de 25,1% na província de Gaza. Em Maputo, onde foi presente estudo foi realizado, a prevalência é de 16,8%. A variação de prevalência de HIV do norte ao sul do país deve-se à proximidade com zonas endêmicas do HIV.

Outro dado de interesse da realidade moçambicana é que a prevalência do HIV/aids cresce com o aumento da escolaridade: entre as mulheres de 15-49 anos, 9,8% das que não tem qualquer nível de escolaridade estão infectadas pelo HIV, comparativamente a 14,4% das que têm nível primário e 15% dentre as que possuem nível secundário e superior. O mesmo padrão se observa entre os homens, nos quais a prevalência cresce de 7,2% entre os que não têm qualquer nível de escolaridade, para 10,1% entre os que possuem nível secundário e superior. A prevalência de HIV/aids também tem relação com o *status* socioeconômico na medida em que 6% dos participantes de 15-49 anos no estudo do INS (2009), de ambos sexos, no quintil mais baixo de renda estavam infectados, comparando com 17,4% do quintil mais elevado. Arnaldo e Francisco (2004) revelam que “os distritos com melhores condições socioeconômicas e de bem-estar tendem a exibir taxas de prevalência do HIV mais elevadas do que os distritos mais pobres” (p.2). Uma hipótese a ser colocada é o acesso de cidadãos moçambicanos de melhor nível de renda e escolaridade ao diagnóstico do HIV e ao tratamento, fato que pode explicar esses indicadores.

¹ AIDS - vem da expressão em inglês Acquired Immunodeficiency Syndrome, traduzida em português para Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids), e tem sua origem no HIV (human immunodeficiency vírus) ou vírus da imunodeficiência humana (HIV).

Vale destacar ainda que o aparecimento do HIV/aids em Moçambique veio a agravar o estado geral de saúde da população, que já se vê confrontada com a resistência ao tratamento da malária, à persistência da cólera que se tornou endêmica e as taxas elevadas de tuberculose (MISAU, 2002).

Em Moçambique, o conhecimento sobre o HIV/aids entre mulheres e homens de 15-49 anos melhorou desde 2003, mostrando que 98% das mulheres e 99% dos homens no país ouviram falar de HIV/aids. Em 2003, 53% de mulheres conheciam o preservativo e a fidelidade como métodos de prevenção – estratégia adotada no país para prevenir o HIV dentro da perspectiva ABC (*Abstinence, Be faithful and Use a Condom*) –, enquanto, em 2009, 70% referiram o preservativo e 67% a fidelidade. Entre os homens, o conhecimento sobre o preservativo aumentou de 71% para 73%, ao passo que o conhecimento sobre a estratégia preventiva baseada na fidelidade oscilou de 74% para 76%, de 2003 a 2009, respectivamente, indicando um aumento discreto.

Tal como em outros países, o conhecimento sobre a prevenção da infecção pelo HIV aumenta visivelmente com o nível de escolaridade. Assim, 46% das mulheres não instruídas mencionaram duas maneiras de prevenção do HIV que vem sendo divulgadas – fidelidade e uso do preservativo masculino –, comparado com 50% das mulheres com formação primária e 66% das que tinham nível secundário e mais de escolaridade. Entre os homens, o percentual dos que conheciam as duas estratégias de prevenção era de 52%, 74% e 85%, segundo fossem não instruídos, tivessem nível primário ou nível secundário e mais, respectivamente (INS, 2009). Apesar do aumento do conhecimento sobre a infecção pelo HIV e as medidas preventivas, há ainda desinformação sobre aspectos importantes da transmissão do HIV: pouco mais da metade (52%) de mulheres entrevistadas sabiam que o HIV pode ser transmitido ao bebê pela amamentação, por exemplo (INS, 2009). Estudo (Estavela, 2007) conduzido no país para avaliar o nível de conhecimento acerca de medidas preventivas, e como jovens de 15 a 24 anos percebiam os programas de prevenção de HIV/aids na cidade de Maputo, identificaram que grande parte de jovens moçambicanos conhecia as categorias de transmissão do vírus mas ainda havia muitas dificuldades para a adoção de medidas preventivas. Isso pode ser ilustrado pelo relato de uma entrevistada desse estudo: "o meu namorado não sabe que sou soropositiva. Depois de seis meses namorando não usamos o preservativo. Ele me confia e tenho medo de revelar o meu resultado, visto que ele me prometeu casamento" (Estavela, 2007, p. 21).

O uso do preservativo de modo consistente e regular é a prática comportamental mais importante na prevenção da infecção pelo HIV entre pessoas sexualmente ativas. Apesar do bom nível de conhecimento sobre o preservativo como medida preventiva, os dados do INS (2009) mostraram que:

Somente 17% das raparigas e 6% dos rapazes de 12-14 anos que já tinham iniciado a atividade sexual reportaram ter usado o preservativo na última vez que tiveram relações sexuais. Entre os que não usaram o preservativo, 55% mencionaram não tê-lo usado

porque este não estava disponível, sendo que 21% pensam que o preservativo não é necessário e 15% acreditam que o preservativo reduz o prazer sexual (p. 88).

Um levantamento conduzido pelo Instituto Nacional de Saúde (INS), em parceria com o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) e a *Pathfinder International* (PI) em 2012, com profissionais do sexo mostrou que entre 38 mulheres de Maputo 14,2% relataram que não usaram o preservativo na sua última relação sexual. De uma amostra de 45 prostitutas, 26,6% referiram que não usaram o preservativo na última relação com o cliente na cidade da Beira. Finalmente, na cidade de Nampula, em uma amostra de 90 mulheres profissionais do sexo, 37,2% mencionaram que não usaram o preservativo (Mozambique, 2011–2012).

Além dessa realidade acerca do uso do preservativo, segundo o INE (2011), da totalidade de mulheres em idade fértil, 3% afirmam terem tido mais de um parceiro sexual nos doze meses anteriores, sendo que proporção igual foi encontrada em 2009 no Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre HIV e SIDA em Moçambique (INSIDA). O INE (2011) notou que essa prática é mais frequentes entre as mulheres que residem na área urbana que entre as que habitam zonas rurais (4% e 2%, respectivamente). A proporção de mulheres com mais de um parceiro sexual aumenta com o nível de instrução: de 1,5% entre as mulheres não escolarizadas, 2,7% entre as que alcançaram o nível primário e de 5,1% entre as que alcançaram o nível secundário e mais. Como poderia se esperar, a proporção de mulheres que reportam parceiros múltiplos é menor entre as mulheres em união conjugal (1,8%), é maior entre as solteiras (4,2%) e ainda maior entre as que sofreram uma dissolução marital, seja por viuvez, separação ou divórcio (5,5%) (INE, 2011).

Cabe esclarecer que em Moçambique a estratégia de abstinência, fidelidade e uso correto e consistente do preservativo (denominada ABC - *abstinence, be faithful and condom*) tem norteado a política de prevenção da infecção pelo HIV. Essa política tem origem no plano emergencial norteamericano, difundido pelo Presidente dos EUA na era Bush, para a redução da aids no mundo denominado *President's Emergency Plan for AIDS Relief* (PEPFAR). Cabe destacar que Moçambique é um dos países que recebe fundos do *Center for Disease Control and Prevention* (CDC), que orienta as regras do PEPFAR (UNAIDS, 2004). Atualmente, essa política norteia as ações preventivas na área do HIV/aids, tendo sido adotada pelo Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU), conforme documentos oficiais MISAU/PNCT-DTS/SIDA (PEN, 2004-2008). A questão é em que medida essa política vai de encontro a práticas e costumes da cultura moçambicana, trazendo desafios para sua implementação.

O estigma e a discriminação contra as pessoas vivendo com HIV/aids é outro desafio na prevenção e controle da epidemia. No estudo do INS (2009), 18% dos adultos entrevistados manifestaram atitudes de aceitação em relação a pessoas soropositivas. As PVHA enfrentam discriminação, e às vezes abandono, o que leva a não revelação do diagnóstico e negação da procura de cuidados de saúde. Os adultos residentes em zonas rurais e com baixo nível de escolaridade ou

sem escolaridade tendem a expressar mais atitudes negativas que outros segmentos da população (Instituto Nacional de Estatística, 2008-2010).

No que tange à mortalidade por HIV/aids, há estimativas de número maior de óbitos na região central do país por ser mais populosa, com prevalência elevada e com maior tempo de epidemia. O grande número de infecções por via heterossexual aumentou a participação das mulheres no perfil epidemiológico da doença em Moçambique. Vale destacar que as mulheres constituem a maior parte da população moçambicana, mas são majoritariamente dependentes em termos socioeconômicos, privadas de direitos preconizados internacionalmente como igualdade de oportunidades de trabalho, igualdade de gênero e de direitos humanos. Destacam-se ainda aspectos relativos à fecundidade que atingem as mulheres: estas têm em média seis filhos. Ademais, as mulheres contribuem para maiores níveis de analfabetismo (50,4%) e muitas apresentam, por todos esses fatores, maior vulnerabilidade ao HIV/aids (INE, 2008-2010).

A porcentagem de mulheres analfabetas economicamente ativas difere muito ao longo do país. Percebe-se que as províncias do norte têm as taxas mais elevadas, enquanto que nas províncias setentrionais e meridionais, essa porcentagem diminui. A Província de Cabo Delgado tem a taxa mais elevada de mulheres analfabetas (89,2%) e a cidade de Maputo apresenta a taxa mais baixa de mulheres analfabetas, com 18,6% (INE, 2008).

Urge ressaltar que a educação constitui um dos fatores essenciais para a promoção do desenvolvimento humano, pois é ferramenta chave para homens e mulheres, isto é, cidadãos dotados de conhecimentos, atitudes, habilidades e valores, com capacidade de usar a autonomia para fazer escolhas conscientes que lhes permitam melhorar as condições de vida e participar ativamente na sociedade (Relatório Nacional de Desenvolvimento Humano, 2005). Atingir a educação primária universal é o segundo objetivo de desenvolvimento do milênio, estabelecendo-se a meta de que, até 2015, todas as crianças, de ambos sexos, tenham acesso e concluam a educação básica. Atingir esse objetivo constitui grande desafio para muitos países africanos, especialmente aqueles cujos índices educacionais são ainda baixos, como é o caso de Moçambique: “Apesar de Moçambique desenvolver estratégias para elevar o número de crianças a frequentar a escola, muitas delas ainda principalmente no centro e norte do país e, de forma particular, as meninas estão fora da escola” (Relatório Nacional de Desenvolvimento Humano, 2005, p. 39).

Segundo a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), em 2000, mais de cem milhões de crianças continuam sem acesso à escola, majoritariamente nos países em vias de desenvolvimento (PVD). Essa falta de educação básica significa que as camadas mais jovens têm menos escolhas e oportunidades, ao mesmo tempo que se torna ainda mais difícil para os PVD enfrentarem a pobreza e a epidemia de HIV/aids que se propaga sem fronteiras.

Além das questões de ordem educacional, dados sociodemográficos de Moçambique indicam que 76% da população pratica a agricultura tradicional, a silvicultura, a pesca, a extração mineral. Ademais, 69% dos agregados familiares são chefiados por homens, 31% por mulheres e 6.149 famílias

são chefiadas por crianças entre 12-14 anos de idade. A mortalidade infantil atinge 64/1000, uma taxa considerada extremamente alta, segundo os indicadores do Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF (INE - Inquérito Demográfico e de Saúde, 2011).

É neste contexto que o governo de Moçambique vem implementado várias atividades preventivas desde o advento da epidemia de HIV/aids. Essas atividades sempre foram contempladas no Programa Quinquenal do Governo², no Plano Estratégico Nacional³ (PEN), elaborado pela primeira vez em 2000, direcionado ao combate ao HIV e às infecções de transmissão sexual (ITS). Sua aprovação pelo Conselho de Ministros levou à criação do Conselho Nacional de Combate à SIDA (CNCS) com o objetivo de coordenar e programar a resposta nacional (PEN I, 2000) e o Plano de Ação e da Redução da Pobreza Absoluta⁴ (PARPA), que responsabiliza e atribui a cada setor-chave do governo um papel preponderante na mitigação da pobreza absoluta no país.

O PARPA (2005) considerou como determinantes principais da pobreza absoluta os seguintes fatores: (a) crescimento lento da economia nacional; (b) baixo nível educacional dos membros dos agregados familiares em idade economicamente ativa, com maior destaque para as mulheres; (c) elevado nível de dependência dos agregados familiares; (d) baixa produtividade da agricultura familiar; (e) falta de oportunidades de emprego dentro e fora do setor agrário; (d) fraco desenvolvimento de infraestruturas (em particular nas zonas rurais).

Com base nessa constatação, a estratégia de redução da pobreza absoluta em Moçambique baseia-se em seis prioridades para a promoção do desenvolvimento humano e para a criação de um ambiente favorável ao crescimento econômico rápido, inclusivo e abrangente: educação, saúde, agricultura e desenvolvimento rural; infraestruturas básicas; boa governação e gestão macroeconômica e financeira (Relatório Nacional de Desenvolvimento Humano, 2005).

O PARPA tinha como objetivo a redução substancial dos níveis de pobreza absoluta em Moçambique, por meio de medidas para o aprimoramento das oportunidades de todos os moçambicanos e, em particular, dos pobres. O PARPA tinha como objetivo específico reduzir a incidência da pobreza absoluta do nível de 70% em 1997, para menos de 60% em 2005, e menos de 50% até final de 2010.

Em 2011, o governo de Moçambique aprovou o Plano de Ação de Redução da Pobreza (PARP) para abranger o período entre 2011-2014 tendo sido retirado o termo “absoluta” marcando formalmente o início de uma nova fase de implementação de políticas de combate à pobreza no país. Vários críticos nacionais como Beúla e Féliz (2012) consideram que o governo ao retirar o termo pobreza “absoluta” adotou uma posição defensiva. Argumentam que a pobreza não é uma simples

² Programa Quinquenal do Governo - A cada cinco anos, Moçambique tem eleições multipartidárias e legislativas. O Governo eleito elabora um programa para os cinco anos de sua vigência.

³ Plano Estratégico Nacional (PEN I, II, III) - É um documento mestre elaborado com todos os atores-chave no país sob tutela do Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Combate ao HIV/aids, para orientar as estratégias nacionais de Combate ao HIV/Aids e DST no País.

⁴ PARPA (I, II) – Plano multisetorial que orienta todas as estratégias de diminuição da assimetria de desenvolvimento socioeconômico e redução dos níveis de pobreza absoluta no país.

relação estatística, mas a expressão de uma situação concreta de pessoas concretas, e que ela tem crescido. Os mesmos autores mostram que “no período entre 2002 para 2009, o número de pobres aumentou no país e a pobreza não está a diminuir, nem estabilizada, mas sim a crescer ” (p.27).

Segundo dados do INS (2009), ainda há muitas pessoas em Moçambique que ficam privadas de satisfazer suas necessidades básicas. O INS investigou a população de 15-64 anos de idade e constatou que 45% dos participantes revelaram ter ficado muitas vezes sem dinheiro, 18% sem medicamentos ou cuidados médicos, 12% sem comida suficiente e 8% sem água potável para beber e cozinhar.

A falta de medicamentos ou cuidados médicos identificados pelo INSIDA pode ter várias justificativas tais como: a maioria dos centros de saúde encontra-se em estado de conservação abaixo do razoável, com cerca de 30% delas sem água corrente. No que se refere aos equipamentos médico-cirúrgicos e hospitalares, dois inquéritos realizados em 2002 demonstraram que cerca de metade das unidades sanitárias não dispunham de condições de esterilização confiáveis e 40% não tinham seringas e agulhas descartáveis. Essa escassez de material ou de medidas preventivas de infecções hospitalares também pode ser considerada uma das fontes de infecção pelo HIV. O uso excessivo de injeções em centros de saúde pode contribuir para a transmissão de HIV através do sangue, na medida em que aumenta o risco de práticas pouco seguras, tais como o uso compartilhado de objetos perfurantes. Segundo o INS (2009):

Numa amostra de 6413 mulheres de 15-64 anos, 8,5% receberam a última injeção nas quais a seringa e agulha foram retiradas de um pacote não selado; e, em um total de 4799 pessoas de 15-64 anos, 6,9% receberam a última injeção cuja seringa e agulha foram retiradas de um pacote selado (p. 114).

Pode-se apontar, outro exemplo, como os resultados do relatório geral da testagem de proficiência de ensaios laboratoriais realizado pelo Instituto Nacional de Saúde, com base em 100 testes realizados: nove testes de HIV foram reportados como resultados falso-positivos, enquanto 29 testes foram reportados como resultados falso-negativos; um teste de HIV foi interpretado como inválido. Isso significou que houve má interpretação do resultado final do teste.. Os participantes desse ensaio foram laboratórios clínicos, banco de sangue, consulta de pré natal (PTV, aconselhamento e testagem e consulta de controle da tuberculose (INS, Ensaio PNAEQ, 2013). Esse painel mostrou resultados falsos-positivos e falsos-negativos, onde as possíveis razões para essa situação foram as seguintes: seguimento inadequado do algoritmo nacional de testagem de HIV, fraca capacidade de leitura dos resultados finais, condições impróprias de armazenamento dos kits de testagem, mau seguimento das instruções para reconstituição das amostras e fraca capacidade de preenchimento das fichas do painel.

A escassez de recursos humanos, em termos de quantidade e qualidade, é uma das grandes fragilidades do país e constitui barreira para responder à demanda dos serviços de saúde e para

responder aos objetivos de desenvolvimento do milênio. O governo, diante de seus programas quinquenais, tenta ampliar a formação de profissionais de saúde em várias áreas, mas a cobertura ainda está aquém do necessário. A título ilustrativo, a razão de médicos/habitantes é de quatro médicos por 100.000 habitantes e os médicos especialistas em várias áreas de saúde correspondem a 1,8 por 100.000 habitantes (Relatório de Desenvolvimento Humano, 2005), enquanto que a Organização Mundial da Saúde preconiza um médico para grupos de 100.000 habitantes (OMS, 2011).

Em 2001, o Ministério da saúde aprovou as normas de organização do Serviço Nacional de Saúde para o atendimento e tratamento de pessoas vivendo com HIV/aids, nos termos dos artigos segundo e terceiro, ambos do Decreto Presidencial nº 11/95, de 29 de dezembro de 2001 (GdM, 2001). Com o aumento do número de doentes, os hospitais ficaram superlotados e foram introduzidas listas de espera. Isso criou um obstáculo à garantia de um tratamento de boa qualidade. Também se tornou mais difícil colocar pessoas em tratamento, especialmente em zonas periféricas onde não havia hospitais próximos. Assim, a transferência dos cuidados e do tratamento de HIV de hospitais para unidades sanitárias de nível primário tornou-se prioritário. Como resultado, o Ministério da Saúde lançou um plano ambicioso em 2006 para aumentar a capacidade nacional de fornecer o tratamento antirretroviral e descentralizar grupos de PVHA acompanhados em hospitais para os centros de saúde (Audet, Burlison, Moon, Sidat, Alfredo, & Colls, 2010; MSF, 2011).

Esse processo foi caracterizado, no entanto, por muita perda de seguimento de pacientes e abandono de tratamento (INE, 2011). Do total das unidades sanitárias⁵ do país, relativamente poucas são constituídas por hospitais e têm capacidade precária para resolver problemas de saúde de alguma complexidade. A rede de atenção primária oferece cobertura para cerca de 50% a 60% da população moçambicana (Relatório de Desenvolvimento Humano, 2005).

Uma das estratégias adotadas na área do HIV/aids foi a implementação da Educação de Pares, desde 2007, como um componente da resposta nacional à necessidade de controlar a incidência de infecção pelo HIV no país. Devido a escassez de recursos humanos no Sistema Nacional de Saúde (SNS), para a execução de serviços de apoio psicossocial aos pacientes em cuidados e tratamento para HIV, muitos componentes desse trabalho tem sido partilhados com os educadores de par, que são pacientes soropositivos em tratamento nas unidades sanitárias e que desempenham essas atividades de forma voluntária.

Resultados de estudo feito pelo ICAP e Pathfinder International (2011) mostraram que trabalhar com educadores de par tem vantagens, principalmente na mudança de comportamento das PVHA, porque considerando o conceito que par é uma pessoa na mesma condição que a outra, em geral do mesmo grupo social e nível educacional. A Educação por Pares é uma abordagem pela qual uma minoria de pares representativa de um grupo informa e influencia a maioria para produzir

⁵ Unidades Sanitárias - são serviços de saúde, de qualquer nível de atenção.

mudanças entre outros membros de um mesmo grupo, com foco na promoção da saúde e na produção de mudanças em nível individual e coletivo (ICAP & Pathfinder, 2011).

O governo tem reforçado o setor de saúde com o intuito de alcançar, para os moçambicanos, níveis de saúde próximos à média da África Sub-sahariana com acesso a cuidados de saúde básicos de boa qualidade, por meio de um sistema de saúde que corresponda às expectativas dos cidadãos. Contudo, ainda é perceptível que a infecção por HIV continua elevada, as infecções oportunistas decorrentes da imunodeficiência continuam a aumentar a morbidade e a mortalidade na população vulnerável quando comparada com outros estratos sociais do país.

Diante destes contrastes e desafios, há necessidade de se desenvolver um estudo, ainda que em caráter exploratório, para analisar, como objetivo principal, a vulnerabilidade de gênero e a infecção por HIV na cidade de Maputo, capital de Moçambique, considerando ainda práticas culturais e tradicionais da sociedade que podem ampliar essa vulnerabilidade, mediante a percepção de dois segmentos sociais implicados nesse processo: pessoas vivendo com HIV/aids e profissionais de saúde que atuam na área. Tendo em vista que políticas direcionadas ao *empowerment* da mulher e à igualdade de gênero figuram há muito na agenda de desenvolvimento do país, o tema é relevante e atual.

O presente trabalho está dividido em seis capítulos. O primeiro se refere ao referencial teórico onde estão descritos os conceitos-chaves do tema da pesquisa, a partir da revisão de literatura. O segundo capítulo descreve o problema e apresenta os objetivos da pesquisa. O Capítulo III trata do método e descreve como o a pesquisa foi conduzida, os participantes do estudo, os instrumentos e os procedimentos de coleta e de análise de dados. O quarto capítulo contém os resultados da pesquisa com base nos eixos temáticos que foram identificados. O capítulo quinto traz a discussão dos resultados obtidos e, finalmente, o capítulo VI apresenta as considerações finais da pesquisa e o seu fechamento.

CAPÍTULO I

REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 Gênero: conceituação

Segundo Grezowski (2005), o termo gênero, na sua acepção gramatical, designa indivíduos de sexos diferentes (masculino/feminino), contudo o termo tem sido usado em vários contextos tomando conotações bem distintas. No âmbito de correntes feministas, a definição do termo enfatiza a noção de cultura, ressaltando – diferentemente do conceito de sexo que se situa no plano biológico –, um caráter intrinsecamente sociocultural ligado à mulher e ao homem dependendo do contexto social.

Na percepção de Scott (1991), o termo gênero torna-se uma maneira de indicar construções culturais e a criação social de ideias sobre papéis adequados a homens e a mulheres. Trata-se de uma forma de se referir às origens exclusivamente sociais das identidades subjetivas de homens e de mulheres em diversos contextos socioculturais. É nesta ótica que o autor considera gênero como uma categoria social imposta a um corpo sexuado.

Por ser a definição desses termos muito complexa, Scott citado por Silva e Vargens (2009) adverte que:

Há uma complexidade ao definir a palavra gênero, pois se relaciona com o social e o subjetivo e exerce influências em diversas situações. Gênero é a forma de apontar as construções sociais, na ideia de papéis diferentes para homens e mulheres. É uma maneira de se referir às origens sociais das identidades exclusivas de homens e mulheres (p. 402).

Todo processo de organização social é determinado por assimetrias de gênero, como argumenta Fonseca (2005), ao afirmar que cada sociedade – e nela cada grupo social –, criam padrões de dominação e potencialidades, manifestados por meio de condições negativas “riscos de contrair doenças e práticas socioculturais negativas somente para serem aceitos como membros da mesma sociedade”. É neste entendimento que Silva, citado por Grezowski (2005) enfatiza:

As representações acerca da mulher, seja na relação familiar ou na sociedade, passam pelas concepções de fragilidade, dependência e submissão, que dão ao homem o direito de tutela sobre ela. Essa situação é freqüentemente posta como se fosse uma questão inerente à natureza da mulher e não fruto de uma ideologia que tende a reproduzir uma ordem social única, baseada em relações de poder contraditórias (p.14).

Ao lado das assimetrias de gênero, acredita-se que imperativos socioculturais – como sexo transgeracional (sexo entre pessoas de gerações distintas), poligamia, onipotência masculina, reduzido poder de decisão do sexo feminino em relação ao sexo oposto, práticas culturais não seguras

(*pitakufa/kudjinga*⁶), entre outros – constituem barreiras para a apropriação de medidas preventivas em relação ao HIV/aids. Portanto, urge compreender melhor fatores de vulnerabilidade para uma maior efetividade dos atuais programas de prevenção de infecção do HIV em Moçambique, bem como no continente africano, tido como o mais problemático epicentro da pandemia desde o seu advento em finais do século passado.

1.2 A realidade da mulher moçambicana: panorama de desigualdades

As mulheres moçambicanas contribuem para maiores níveis de analfabetismo (50,4%) e muitas apresentam, por todos esses fatores, maior vulnerabilidade ao HIV/aids (INE, 2008-2010). Para responder ao dilema de analfabetismo, governantes de Moçambique se comprometeram em Jomtiem, no ano 1990, e em Dakar no ano 2000, bem como em outras conferências internacionais da Organização das Nações Unidas (ONU), a envidar esforços para oferecer educação básica e de qualidade a todos os cidadãos, mas com foco especial nas mulheres.

Para estabelecer a confiança das famílias nas escolas e tornar relevante o ensino para as meninas, o setor educacional optou pela expansão da inclusão de mulheres como professoras primárias, assegurando-lhes um tratamento equitativo, tanto no seu recrutamento para a formação inicial como também no acesso aos níveis superiores de formação (UNESCO, 2000). Visando eliminar os obstáculos econômicos que as famílias enfrentam com os custos da educação, foram proibidas as taxas de matrícula e foi instituída a distribuição de livros escolares gratuitos em todo o país (Matabele, 2005).

Ao lado de questões de ordem educacional, observa-se a maior participação de mulheres na chefia de agregados familiares⁷. Assim, 31% dos agregados familiares são chefiados por mulheres, 69% por homens e 6149 famílias são chefiadas por crianças entre 12-14 anos de idade. Paradoxalmente, apesar de avanços da representação política feminina na sociedade moçambicana, aspectos estruturais e uma forte cultura patriarcal continuam a manter a posição dominante dos homens e a inibir a maioria das mulheres a ganhar mais autonomia econômica e independência social, conforme assinala Tvedten, Paulo e Toumien (2010):

Moçambique continua a ser o país mais pobre e menos desenvolvido da África Austral em termos de desenvolvimento humano e de gênero. Os indicadores sobre rendimento, educação e longevidade são excepcionalmente baixos e a prevalência de pobreza é maior em agregados familiares chefiados por mulheres (p. 3).

⁶ Pitakufa / Kudjinga - Prática tradicional moçambicana: quando o marido morre a viúva deve fazer sexo não protegido com o cunhado para purificá-la. Se o ato for recusado pela viúva, ela pode perder os bens da família, retirados pelos familiares do falecido.

⁷ Agregado familiar – considera-se agregado familiar a pessoa singular ou grupo de pessoas, ligadas ou não por laços de parentesco, que vivem na mesma casa, partilhem a alimentação e a maior parte das despesas da casa.

As mulheres em geral, e as africanas em particular, sentem o peso da dependência econômica, sociocultural, e às vezes política, no seu processo de luta pela sobrevivência. Percebendo essa vulnerabilidade do gênero feminino, Fonseca (2005) e Zimba e Castiano (2005) admitem que, na pós-modernidade, têm sido detectados vários processos destrutivos da vida das mulheres. Um deles se refere ao aumento na proporção de mulheres chefes de agregado familiar sem capacidade econômica para sustentar os seus dependentes. Para tentar se livrar dessa “prisão” elas recorrem, muitas vezes, a práticas de risco na atuação como profissional de sexo ou comerciante ambulante informal nas grandes avenidas de Maputo.

Em nível nacional, a percentagem de agregados familiares chefiados por mulheres é elevada, atingindo 31%, tal como já mencionado. Contudo, a região sul e, particularmente, as províncias de Gaza e Inhambane, apresentam percentagens mais elevadas de agregados familiares chefiados por mulheres, sendo 54% e 46% respectivamente nessas duas províncias (INE, 2008).

Ademais, o peso da dupla – e até mesmo tripla – jornada de trabalho é relevante, visando possibilitar condições de sobrevivência familiar, tais como atuação no trabalho informal remunerado e no trabalho doméstico. A esses encargos, somam-se atividades político-participativas, dado o número crescente de mulheres nos movimentos populares e a importância desses movimentos no processo de transformação social. O trecho abaixo ilustra essa afirmativa:

Recentemente, nota-se uma participação cada vez mais crescente da mulher moçambicana em todos os setores da vida política, econômica e social do país. Fazendo parte dos fóruns de decisão, a mulher desempenha papel social e político de relevo em todas as esferas da sociedade (Zimba & Castiano, 2005, p.16).

Tvedten, Paulo e Toumien (2009) delineiam ainda um panorama do aumento da participação da mulher na vida política moçambicana, comparando o período de 1997 a 2002. Em 1997, o país tinha uma ministra e passou para três em 2002. Tinha 12 diretoras provinciais e 23 diretoras nacionais em 1997 e chegou a 33 nos dois cargos mencionados em 2002. Por outro lado, se observamos indicadores socioeconômicos relevantes sobre a posição das mulheres em Moçambique, nota-se o seguinte: quanto ao emprego formal, homens chegam a 19% e mulheres a 3,9%; acerca do emprego na agricultura, homens atingem 67,5% e mulheres chegam a 89,3%; a taxa de alfabetização de adultos é de 67% para homens e 37,5% para mulheres. E, finalmente, a frequência na escola primária é de 62,7% para homens e 56,7% para mulheres.

Constata-se, assim, que ao lado de uma trajetória ascendente da mulher moçambicana quanto à participação em atividades e cargos políticos de destaque, os dados indicam que, considerando os 22.416.881 habitantes do país (INE, 2007), essa representação é ínfima, isto é, a mulher moçambicana ainda perde a “expressão de viva voz” diante de seu parceiro dominante. Ademais, indicadores socioeconômicos apontam a ocorrência de maior desvantagem das mulheres, se comparadas aos homens.

1.3 Desigualdades de gênero e vulnerabilidades ao HIV/aids

Bastos (2000), Marques et al. (2006) e Patrão (2009) ressaltam como ponto central da questão da feminização da epidemia de HIV/aids, em diferentes contextos, a questão de gênero. O tratamento desigual dado aos gêneros, em termos políticos, culturais e socioeconômicos, tem uma dimensão macro e microssocial, compreendendo a não observância dos direitos fundamentais, relações desiguais de poder e acesso diferenciado a bens materiais. Frequentemente essas desigualdades se superpõem, gerando efeitos sinérgicos, que multiplicam os riscos a que estão submetidas as mulheres em geral, e com maior agravo para as africanas, por excelência subestimadas pela historiografia do continente. Nessa perspectiva, Saldanha e Figueiredo (2003) afirmam que:

A combinação da violência material e simbólica, da dupla moral no que diz respeito ao comportamento sexual de homens e mulheres no âmbito da família e da sociedade, da assimetria na capacidade de tomar decisões e efetivá-las, e a ausência de canais por onde manifestar queixas e resolver pendências torna mais difícil para a mulher ter acesso às informações adequadas e atualizadas e, mesmo dispondo delas, modificar seus comportamentos e manter estas mudanças nas interações cotidianas (p. 108).

A falta de liberdade e poder de decisão das mulheres foi um dos resultados de Silva e Vargens (2009), no estudo sobre percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair infecções de transmissão sexual (ITS) e HIV realizado com mulheres brasileiras. Os autores assumem que as mulheres têm menor liberdade em sua vida sexual e têm menor poder de decisão nas práticas sexuais seguras. Assim, essa desigualdade produz uma maior vulnerabilidade, aumentando o impacto da epidemia sobre elas.

A complexidade do conceito de gênero fez emergir a necessidade de contextualizar aspectos da realidade de países mais pobres e endêmicos quanto à aids, no qual se inclui Moçambique. Especificamente no norte do país, as mulheres são submetidas a rituais socioculturais após a menarca, onde são instruídas à submissão total ao parceiro masculino, à obediência e cumprimento das vontades sexuais do homem. Outra situação de natureza sociocultural também acontece no centro e sul do país, onde a viúva deve aceitar fazer sexo sem proteção com um cunhado para sua purificação, prática denominada *pitakufa/kudjinga*. Esse fenômeno social reveste-se de muitos riscos em contextos de disseminação de HIV/aids e das infecções de transmissão sexual. O trecho abaixo ilustra essa exposição ao risco de contrair HIV e ITS: “A vida de homens e mulheres é permeada de imensos tabus que colocam a vida de ambos em risco, e em particular a mulher” (MISAU, Estratégia de Inclusão da Igualdade de Gênero no Setor de Saúde, 2009, p. 17).

No caso concreto de relações sociais de gênero, a consolidação de elementos estruturantes (o lobolo⁸, por exemplo) pode levar à ocultação dos sinais formais da desigualdade, sem que essa, contudo, seja posta em causa. Isso revela que – embora do ponto de vista político e da Constituição moçambicana tenha sido possível dar ênfase à igualdade de gênero por meio da convocação da mulher à participação política –, o papel social feminino permanece limitado pelo modelo androcrático. Dessa maneira, a igualdade é representada apenas em termos complementares, sem que a dominação masculina seja questionada.

Outro aspecto de natureza sociocultural se refere aos sistemas matrilinear e patrilinear. No norte de Moçambique onde o sistema matrilinear é aceito, as questões relacionadas com a gestão de bens e a tomada de decisões importantes competem aos familiares da mulher, que simultaneamente se responsabilizam pela educação dos filhos resultantes da união matrimonial. No sul do país onde o sistema patrilinear é vigente, após o casamento é a mulher que vive junto à família do marido, numa posição subalterna e os filhos fazem parte da linhagem do pai. Em ambos os casos, a subordinação da mulher em relação ao homem é um fato, visto que a estruturação da sociedade tradicional reforça as relações desiguais de poder que repercutem em outras áreas, como na formação superior, conforme afirma Serra (2005):

A discriminação da mulher é visível no ambiente moçambicano em pleno século XXI: por exemplo, a universidade passou a ser território exclusivamente masculino. As mulheres continuam em casa arcando com os velhos mitos criados desde Platão que escreveu que as mulheres eram uma reencarnação perversa dos homens e de Aristóteles que defendeu que as mulheres não tinham alma (p. 33).

Os cenários acima descritos configuram a realidade moçambicana influenciando, assim, o processo de disseminação da infecção pelo HIV junto a pessoas do sexo feminino, visto que as desigualdades presentes em vários contextos da vida social deixam as mulheres com menos condições de se prevenir do HIV e de negociar práticas sexuais seguras com seus parceiros. Ademais, as mulheres moçambicanas são as mais vitimizadas quando infectadas: muitas vezes, são consideradas como mulheres de má conduta social, e até mesmo como profissionais do sexo.

Isto porque a mulher perde o poder de decidir sobre a sua saúde sexual e reprodutiva, de usufruir de direitos e deveres consagrados em vários instrumentos internacionais e nacionais. O mais complicado no caso de Moçambique é que o marido é quem decide se a esposa deve ir ou não ao hospital caso ela esteja doente. Em contextos de gravidez, é a sogra e a cunhada quem tem o poder de decidir se a nora deve ter o parto no hospital ou em casa, por exemplo. Sobre esse tema, Fonseca

⁸ Lobolo – pagamento efetuado no casamento aos pais da noiva. Prática comum no sul de Moçambique. O lobolo pode ser pago em dinheiro, gado ou outro bem material que a família da noiva determina. No caso da separação do casal, o marido fica desobrigado de apoios financeiros pois já teria arcado com despesas do lobolo antes do casamento.

(2005), pesquisando mulheres brasileiras, assinala que: “a violência baseada no gênero constitui um fenômeno social que influencia sobremaneira o modo de viver, adoecer e morrer das mulheres” (p. 458).

Diante desse cenário, pode-se considerar que a mulher moçambicana ainda está longe de auferir os direitos universalmente delineados, o que evidencia o risco do país não atingir os objetivos de desenvolvimento do milênio, metas de diversas nações, como afirma Silva (2003):

Esta aparente incompatibilidade entre discursos e práticas configura o papel e a função que é permitido à mulher: como mãe e/ou esposa devem reproduzir o homem novo, como trabalhadora cuidar dos filhos e alimentar o agregado familiar tornando cada vez mais a mulher vulnerável para infecção de HIV (p.167).

Portanto, a compreensão de fatores de vulnerabilidade de gênero num contexto de muitas assimetrias socioeconômicas e de práticas culturais e tradicionais enraizadas na historiografia do país, passa por uma análise multifatorial cuidadosa

1.4 O conceito de vulnerabilidade: contribuição para a compreensão das desigualdades de gênero e infecção pelo HIV

No processo de enfrentamento de patologias crônicas e condições adversas no processo saúde-doença emerge o conceito de vulnerabilidade. Vários autores como Buchalla e Paiva (2002), Silva (2009), Scott (2006) e Patrão (2009) trazem concepções sobre a vulnerabilidade em diferentes dimensões do processo saúde-doença. É nesta ótica que Salleti, citado por Silva (2009), assinala que:

A conceituação da vulnerabilidade em HIV/aids expressa um esforço de produção e difusão do conhecimento e de ação sobre os diferentes graus e naturezas da suscetibilidade de indivíduos e coletividades à infecção, adoecimento e/ou morte pelo HIV/aids, de acordo com a particularidade de sua situação quanto ao conjunto integrado dos aspectos sociais, programáticos e individuais em relação ao problema e com os recursos para seu enfrentamento (p. 402).

Segundo Ayres (1996), o termo vulnerabilidade origina da advocacia internacional pelos direitos universais do homem que significa o conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, social e cultural cuja interação amplia ou reduz o risco ou a proteção de uma determinada enfermidade, condição ou dano. Focaliza, originalmente, grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania.

Desde o surgimento da epidemia de HIV na década de 1980, esse conceito considera que qualquer pessoa pode se expor ao HIV/aids e tem chance de se infectar. Nessa perspectiva, busca considerar, além dos fatores epidemiológicos, outros fatores como os de natureza individual, social e político-institucionais ou programáticos que determinam as diferentes chances de uma pessoa se expor ao HIV. A proposta é reforçar as medidas preventivas aos grupos mais vulneráveis dependendo do contexto. A afirmativa de Buchalla (2002) ilustra esse conceito: “a vulnerabilidade de um grupo à infecção pelo HIV e ao adoecimento é resultado de um conjunto de características dos contextos político, econômico e sociocultural que ampliam ou diluem o risco individual” (p. 108).

Na perspectiva de Ayres (1996), portanto, essa conceituação avalia as chances de infecção pelo HIV, em três planos analíticos: individual, social e programático. O plano individual está associado a aspectos da pessoa que criam oportunidades para infectar-se em um contexto pessoal e único (aspectos biológicos, características pessoais, crenças sobre a aids e o preservativo, uso de substâncias psicoativas, por exemplo).

No plano social destacam-se indicadores de ordem socioeconômica e cultural, tais como: acesso à informação; situação sociopolítica e cultural de homens e mulheres na sociedade, desigualdades de gênero em certa comunidade. No plano programático, ou institucional, pode-se citar: o desenvolvimento de ações político-institucionais especificamente voltadas para a prevenção do HIV e tratamento da aids; políticas públicas que assegurem insumos de prevenção a baixo custo ou gratuitamente, entre outras.

O ponto de partida das análises de vulnerabilidade e seu componente individual é sempre algum agravo à saúde ou limitação, buscando-se identificar tão exaustivamente quanto possível os fatores físicos, psicológicos ou comportamentais que podem expor um indivíduo a tal agravo ou limitação. Meyer, Mello, Valadão e Ayres (2006) consideram que o conceito de vulnerabilidade é entendido como algo dinâmico, multidimensional, polissêmico, transdisciplinar e qualitativo, amplamente utilizado em diversas áreas do conhecimento. Abrange os diferentes níveis de complexidade, podendo favorecer abordagens integradas e contribuir para ampliar o diálogo entre profissionais de diferentes formações.

Há, ainda, outra concepção de vulnerabilidade (Patrão, 2009), focada na assistência à saúde, abarcando as seguintes dimensões: (1) as de ordem existencial, que se reportam a determinantes da identidade pessoal; (2) as de ordem social, que se referem a condicionantes da vivência em comunidade; (3) as de ordem clínica, que dizem respeito a situações relacionadas ao acometimento de enfermidades.

Segundo Araújo (2005) e Bastos (2000), a mulher torna-se mais vulnerável ao HIV a partir de três aspectos ou níveis de análise. Em primeiro lugar, a vulnerabilidade biológica ocorre devido à extensão da superfície da mucosa vaginal que é exposta ao sêmen, o qual tem uma concentração de HIV significativamente maior do que o líquido vaginal, além da direcionalidade do sêmen, que é ejaculado, enquanto o líquido vaginal é difundido por espalhamento. Apesar disso, é amplamente

reconhecida a relação existente entre a aids e as outras infecções sexualmente transmissíveis (ITS), sendo estas facilitadoras para a infecção pelo HIV, determinando uma fragilização das barreiras naturais à infecção. Nas mulheres, as ITSs são frequentemente assintomáticas, dificultando a detecção e o tratamento. Conforme a análise de Bastos (2000) citado por Saldanha (2003), na abordagem de suscetibilidade à infecção das mulheres admite que:

Foi evidenciado, mais recentemente, que as mulheres estariam mais suscetíveis à infecção, simultaneamente, por diversas quase-espécies do HIV-1, o que dificultaria a reação do sistema imunológico à infecção e facilitaria a emergência de variantes resistentes ao tratamento e de maior patogenicidade, ao contrário dos homens, nos quais ocorre maior homogeneidade das quase-espécies infectantes (p. 30).

A vulnerabilidade epidemiológica ocorre em sociedades tradicionais com práticas de risco de infecção pelo HIV socialmente aceitas – como por exemplo a poligamia, a *pitakufa/ kudjinga e catorzinhas/mbuias* – nesta última as mulheres jovens iniciam a prática sexual precocemente com homens mais velhos. Algumas práticas vivenciadas atualmente são exemplos ilustrativos dessa vulnerabilidade visto que alguns homens soropositivos são atendidos pelos curandeiros e a prática de sexo não seguro com uma menina virgem é recomendada para obter a cura da aids. A famosa cultura de *catorzinhas* ou *mbuias* que significa a manifestação de poder econômico do homem é, às vezes, expressa pelo homem ter múltiplas parceiras sexuais, de preferência mulheres adolescentes. Numa sociedade onde todos assistem com passividade a essas práticas, associadas ao estupro, casos de violência sexual de pais e/ou padrastos contra os seus dependentes, multiplicam-se os fatores de risco de infecção de mulheres que, por sinal, estão situadas num contexto de total submissão ao homem, que são ensinadas a cumprir os desejos e apetites do seu parceiro durante os ritos de iniciação (região norte do país) e à *pitakufa/kudjinga* (centro e sul do país).

A vulnerabilidade de gênero se refere à sexualidade que tem uma conceituação bastante ampla e diversificada. A ela associam-se hábitos, costumes, crenças e atitudes; está relacionada à história sociocultural de cada etnia, clã e sociedade, constituindo-se em aspecto inerente a todo ser humano. Pode se assumir que sexualidade é a energia que impulsiona o ser humano não apenas para a reprodução, mas também para a obtenção do prazer, do amor e do erotismo.

O processo da sexualidade constrói-se em todas as fases da vida do ser humano e exerce influência nas relações humanas, do nascimento até a morte. Por isso, muitos autores consideram que ela é inerente à pessoa e é também determinante de um modo individual de ser, de se manifestar, de se comunicar, de sentir e de se expressar. Considerando-se que a sexualidade é uma dimensão relevante na vida humana, é fundamental contextualizar a sexualidade de pessoas em contextos de risco, para se garantir equidade e igualdade à assistência integrada e usando o paradigma biopsicossocial de atenção à saúde (Patrão, 2009; Reis & Gir, 2010).

Outro ponto de vulnerabilidade com maior interesse para discussão nessa pesquisa provém das representações sociais de gênero que permeiam o imaginário dos profissionais de saúde, cujas funções seriam também de identificar, notificar e aconselhar parceiros, orientar tratamento para as ITS de forma conjunta para o casal, além de atender casais para adotarem, de forma consistente, práticas sexuais mais seguras.

Estudos recentes demonstram que estas notificações e aconselhamentos frequentemente não são feitos de forma adequada do ponto de vista científico e da perspectiva de uma cultura que não se queira sexista e paternalista, incidindo essas inadequações e impropriedades, preferencialmente, sobre mulheres de classes sociais mais pobres, que são infantilizadas por orientações parciais e errôneas, não se beneficiando de práticas que poderiam, ao menos em parte, compensar a maior vulnerabilidade desta população (Alves et al., 2002; Reis & Gir, 2010).

E, finalmente, é fundamental mencionar a escassez e a dificuldade de aceitabilidade do preservativo feminino, ou seja, o elevado custo deste insumo, associado ao fraco poder de decisão nas relações afetivo-sexuais e de resistências ao seu uso, deixa a mulher mais suscetível a aceitar o que o parceiro decidir, tal como a UNESCO (2005) enfatiza:

Na aplicação e no avanço do conhecimento científico da prática médica e das biotecnologias associadas, deve ser tomada em consideração a vulnerabilidade humana. Indivíduos e grupos de vulnerabilidade especial devem ser protegidos e a integridade pessoal de tais indivíduos deve ser respeitada (p.79).

Estudos desenvolvidos em Botswana, Malawi e Moçambique, para entender os determinantes de vulnerabilidade feminina à infecção pelo HIV, categorizou os fatores de vulnerabilidade em três dimensões: fatores culturais de submissão ao homem, como a obrigatoriedade quanto à aceitabilidade das demandas do homem, parceiros múltiplos, casamentos precoces que levam à prática de sexo sem proteção com homens mais velhos; fatores sociais, como a existência de lugares seguros e não seguros na comunidade (os considerados seguros são escolas, igrejas, instituições públicas protegidas, os não seguros são mercados e boates); os fatores econômicos são a pobreza e a prostituição. Os participantes mencionaram que a pobreza ou a falta de dinheiro para comprar produtos de primeira necessidade lhes leva a fazer sexo com muitos clientes em troca de dinheiro (Underwood, Skinner, Osman, & Schwandt, 2011).

Os mercados e ruas também foram considerados locais não seguros para adolescentes no estudo desenvolvido por Jewkes, Levin e Penn-Kekana (2003) na África do Sul, onde os resultados mostraram que “30% das raparigas envolvidas no estudo tiveram o seu primeiro ato sexual forçado; 71% já tiveram pelo menos uma vez ato sexual sem consentimento e 11% tiveram ato sexual por força de raptos”(p.3).

A prevalência de HIV/aids entre mulheres em Moçambique indica não só as dificuldades em oferecer respostas institucionais para conter a epidemia, mas, acima de tudo, remete às questões de

gênero que construíram papéis sociais de homens e mulheres, cuja assimetria provoca aumento da vulnerabilidade das mulheres à infecção e submissão total às exigências e arrogâncias masculinas em seu dia-a-dia. A mulher raramente se percebe vulnerável devido à pobreza ou pela fragilidade de políticas públicas direcionadas para o gênero feminino, tal como Zimba e Castiano (2005) concluíram no estudo em Moçambique:

As mulheres permanecem marginalizadas e vulneráveis e não gozam ainda de igualdade de condições, acesso aos serviços e recursos como os seus parceiros masculinos. Encontra-se de fato em último degrau da pobreza, sem acesso à terra e estão mais concentradas nas zonas rurais, onde os serviços e facilidades escasseiam e elas são vítimas das piores formas de violência (p. 207).

Em um país como Moçambique, as mulheres são expostas a múltiplas adversidades que emergem da deterioração da situação econômica e social, tais como: alimentação deficiente; estado geral de saúde precário determinado por necessidades básicas insatisfeitas; sistema de saúde com capacidade de cobertura escassa. Outro fator que aumenta a vulnerabilidade da mulher é a elevada taxa de fertilidade associada a aspectos socioculturais como o aumento do prestígio da mulher quanto maior o número de filhos, dada a necessidade do clã familiar possuir muitas crianças para ajudar nas tarefas domésticas e produtivas. Ademais, há a preferência pelo bebê do sexo masculino, que vai manter o sobrenome da família e supostamente apoiar os pais na terceira idade. Pelo fato de a taxa de mortalidade ser alta, pais e mães possuem dúvidas quanto ao número de filhos que vão sobreviver, optando pelo maior número possível, o que expõe a mulher a riscos maiores devido a partos fora do hospital. Algumas sociedades moçambicanas percebem que ter muitos filhos é sinônimo de riqueza, e nessas sociedades o nível de aceitabilidade de anticoncepcionais é muito menor, o que torna difícil implementar ações para prevenir a concepção.

Guirao, citado por Brambatti (2007), considera que a África Sub-sahariana enfrenta uma das epidemias mais graves já registradas na história deste continente, uma vez que a aids afeta, principalmente, as faixas etárias mais produtivas da população e seu impacto na realidade e no futuro desses países é imenso, na medida em que afeta diretamente a produtividade e coloca em risco a segurança alimentar das famílias e das comunidades e, ainda, a economia nacional (p.10).

1.5 Pobreza e epidemia de aids

A pobreza é compreendida como a incapacidade dos indivíduos assegurarem para si e seus dependentes um conjunto de condições básicas e mínimas para a sua subsistência e bem-estar segundo as normas da sociedade (Baenett, 2002, Zimba & Castiano, 2005). Embora essa falta faça referência principalmente a dinheiro e a recursos materiais, o conceito de pobreza pode também ser ampliado para incluir aspectos como ausência de segurança e proteção do ambiente, privação ao

acesso à educação, falta de oportunidades de emprego, moradia, acesso à informação, o que pode redundar em impacto emocional relevante. No entanto, quando a falta de recursos resulta em um estado em que uma pessoa seja privada de dieta equilibrada, abrigo e vestuário, essa situação é considerada como sendo pobreza absoluta, em oposição a pobreza relativa (Baenett, 2002; Makgoba, 2000).

A epidemia de aids é reconhecida como causa pessoal, familiar, e mesmo nacional, da pobreza devido à incidência de morbidade e mortalidade no grupo etário econômica e sexualmente ativo (CNCS, 2009; Fenton, 2004). Os dados do estudo sobre impacto demográfico do HIV/aids feito pelo Instituto Nacional de Estatística ilustram essa afirmativa: 26,9% de mortes no país são causadas por aids ou doenças oportunistas associadas (INE, 2008-2010). Segundo o INS (2008), esperava-se que até 2010 houvesse em Moçambique um aumento do número de óbitos causados por doenças associadas à infecção pelo HIV na razão de 98 mil, incluindo homens com idade igual ou superior a 15 anos, com 34,5 mil óbitos, e mulheres da mesma faixa etária, na ordem de 44,1 mil óbitos. Quanto às crianças de zero a 14 anos de idade, as estimativas indicavam 19,4 mil mortes. Quanto à perda de professores por mortes associadas à aids esperava-se chegar a 9,2 mil e o setor saúde poderia perder cerca de 15% de profissionais até 2010.

Aliada a esta perda de professores, poder-se-á assistir à deterioração da qualidade da educação como consequência da perda gradual de professores formados e a potencial redução de recursos do país. Por sua vez, isso significa que os pais poderão deixar de mandar seus filhos à escola e os órfãos deixarão de frequentá-la.

Importa atender de forma particular aos professores devido à sua vulnerabilidade, à necessidade de tratamento e ao fato de ser um grupo que, tendo em vista a sua profissão, deve influenciar os comportamentos dos educandos. Por isso, “os professores podem ser um veículo importante de difusão de conhecimentos e de habilidades na escola e na comunidade relativos à prevenção e ao combate do HIV/aids” (Relatório Nacional de Desenvolvimento Humano, 2005, p. 46).

Voltando a abordar a questão dos óbitos em função da epidemia, as mortes de cidadãos moçambicanos deverão provocar aumento significativo no número de órfãos que se distribuirão da seguinte forma: em maior número os maternos, com cerca de 454,7 mil, os paternos, com 411,7 mil e, em menor número, os de ambos os pais, que pode atingir o valor de 369,4 mil (INE, 2008-2010). A situação de órfãos deve constituir uma prioridade a ser equacionada, atendendo ao fato de se esperar um número de órfãos cada vez maior com o passar do tempo, mesmo diante das possibilidades de tratamento para a aids. Isso poderá bloquear as pretensões de Moçambique, tanto quanto ao alcance da educação primária universal como a equidade de gênero, uma vez que são geralmente as meninas que deixam a escola para cuidar de seus parentes acometidos pela aids.

A influência da aids na pobreza familiar é visível no contexto social, visto que a doença exige maiores despesas, especialmente para os cuidados de saúde e para funerais, o que resulta na venda de bens familiares e na contração de empréstimos monetários. O impacto negativo da aids em

Moçambique cria um questionamento sobre o alcance de alguns Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) como: (a) reduzir pela metade a proporção da população vivendo abaixo de linha de pobreza; (b) reduzir pela metade a proporção da população acometida pela fome. O crescimento econômico no âmbito desses ODM pode ser considerado um processo transversal para atingir quase todos os outros ODM e a relação intrínseca entre eles como ilustra o trecho a seguir:

A redução da fome e da má nutrição levam ao aumento da produtividade e do rendimento das famílias; leva também à igualdade de gênero e à conquista de poder pela mulher, à redução da vulnerabilidade às doenças e à redução da mortalidade infantil; acarreta melhoria da saúde materna; possibilita o aumento da resistência ao HIV/Aids, à malária e a outras doenças, a redução da pressão sobre o ambiente e a maior participação no comércio e no desenvolvimento (Relatório Nacional de Desenvolvimento Humano, 2005, p. 22).

Pesquisas realizadas em outros países, como Tailândia e Filipinas, nos agregados familiares afetados pela pandemia, também reportam efeitos a curto prazo sobre a renda familiar e as consequências a longo prazo causadas pela venda de bens e redução na produtividade as quais, em última instância, ameaçam a sobrevivência da família (Cohen, 2000). Pode-se afirmar que a população dos países com graves problemas socioeconômicos parece estar condenada a viver na extrema pobreza como consequência da epidemia (Butler, 2000; Fenton, 2004).

1.6 Pobreza e questões de gênero

O empoderamento da mulher e a igualdade de gênero figuram desde há muito na agenda de desenvolvimento internacional, e tornaram-se parte integrante da maioria dos planos de desenvolvimento e estratégias de redução da pobreza como questões transversais.

As mulheres na África Sub-Sahariana têm ainda pesadas responsabilidades domésticas, empregos subalternos, acesso à terra inferior, menor produção agrícola e níveis mais baixos de educação e saúde do que os homens (Tvedten, 2010, p. 2).

É consensual que o entendimento das questões de gênero e o seu devido equacionamento resultarão em maior envolvimento de homens e mulheres nos processos de desenvolvimento econômico, bem como na promoção e observância dos direitos humanos. Percebendo a diferença de tratamento da mulher em comparação ao homem, o governo de Moçambique considera que igualdade de gênero na saúde constitui um dos pilares de justiça social: “é o termômetro que mede quão comprometido o sistema de saúde está com a luta contra todo o tipo de discriminação social entre mulheres e homens” (MISAU - Estratégia de Inclusão da Igualdade de Gênero no Sector da Saúde, 2009, p. 9).

Apesar desses progressos, resultados de pesquisas feitas no país sublinham a desvalorização da mulher e a feminização da epidemia de doenças sexualmente transmissíveis, incluído o HIV/aids:

(...) no modelo tradicional as mulheres são consideradas como possuidoras de maldades e cheias de impurezas que causam doenças; da forma lógica das normas da comunidade elas são vistas como potenciais transmissoras de doenças via sexual. As mulheres que negociam o uso de preservativo não são confiadas e são subjetivadas como de grupo de risco (Passador, 2009, p. 692).

A estratégia de inclusão da igualdade de gênero tem como objetivos: prática permanente de planificação de atividades de saúde sensíveis ao gênero; criação de um ambiente de trabalho, onde homens e mulheres usufruem das mesmas oportunidades, sem discriminação de sexo. Contudo, apesar de avanços de representação política feminina, os constrangimentos estruturais e uma forte cultura patriarcal continuam a preservar a posição dominante dos homens e a inibir a maioria das mulheres a ganhar mais autonomia econômica e independência social, conforme assinala Tvedten (2010):

Moçambique continua a ser o país mais pobre e menos desenvolvido da África Austral em termos de desenvolvimento tanto humano e de gênero. Os indicadores sobre rendimento, educação e longevidade são excepcionalmente baixos e a contagem de pobreza 63% entre os agregados familiares chefiados por mulheres é consideravelmente mais alta do que a de 52% nos agregados familiares chefiados por homens, estando a discrepância a subir (p. 3).

Os cenários acima descritos constituem a realidade moçambicana influenciando assim o processo de disseminação da doença. As pessoas que vivem com HIV/aids muitas vezes revelam o seu diagnóstico quando estão na fase de cronicidade e em condições adversas da doença. Ademais, as mulheres moçambicanas são as mais vitimizadas quando infectadas.

Arthur (2007) na sua obra sobre memórias do ativismo pelos direitos humanos das mulheres em Moçambique, afirma que a maior parte da violência e dominação socioeconômica das mulheres exerce-se de forma consentida pela mulher. É o marido que dispõe dos bens do casal, que controla as poupanças e define as estratégias do futuro da família já que “as mulheres foram educadas para achar normal a privação relativa de bens da família e deixar tudo a responsabilidade do marido” (p.25).

Como forma de garantir que haja direitos e oportunidades iguais para mulheres e homens, o governo de Moçambique instituiu a política de gênero e estratégias da sua implementação que visa contribuir para a redução das desigualdades e promover a mudança gradual de mentalidade, tanto do homem como da mulher em relação à situação de discriminação existente no tratamento social, econômico, político e cultural (Ministério da Mulher e Ação Social - MMAS, 2008).

É preciso que as entidades responsáveis pelas correntes feministas, programas de empoderamento da mulher e de promoção de igualdade e equidade socioeconômica e política entre

homens e mulheres, delineiem estratégias de forma a erguer a voz feminina para que elas consigam desenvolver uma negociação. Casimiro (2004) no seu texto sobre feminismo e direitos humanos das mulheres argumenta que, em Moçambique crescem as vozes que reagem contra a agudização das desigualdades sociais, a polarização dos rendimentos, falta de transparência, discriminação com base no sexo e gênero e a constante sub valorização da mulher socialmente vulnerável (p.223).

Apesar das crescentes associações feministas, ainda existem vários exemplos ilustrativos da passividade da mulher perante o homem em África, mas para esse propósito apresentamos dois exemplos. O Rei Mswati III, da Suazilândia, que assumiu o poder em 1986, desde os seus 18 anos casa-se a cada ano com uma jovem, ou seja, existe uma cerimônia anual chamada *Umglanga*⁹ onde são convidadas jovens raparigas especiais, supostamente virgens, vindas de todo o reino para prestar a homenagem à Rainha-mãe Ndlovukazi. O Rei Mswati III só participa no último dia da cerimônia para assistir o desfile das selecionadas especiais, jovens raparigas supostamente virgens, da comunidade que dançam de seios não protegidos e vestem uma mini-saia. Ele escolhe a adolescente que mais preferir para casar-se com ele. Até setembro de 2010, o Rei Mswati III já tinha vinte e duas esposas. “O pai do Rei Mswati III, contraiu matrimônio com mais de 100 mulheres e deixou mais de 1000 netos” (Cossa, 2010, p.19). O segundo exemplo ilustrativo é o poder poligâmico do presidente da África do Sul, Jacob Juma. Ele conta com três esposas oficiais e, por imperativos culturais, as mulheres não devem recusar a casar-se com o presidente.

Outro exemplo que ilustra a situação do poder masculino, mas enfrentado por mulheres comuns, foram dados colhidos na unidade de aconselhamento e testagem para saúde (ATS) nos serviços de saúde materno-infantil do centro de saúde José Macamo, em Maputo, que demonstraram que em um universo de 2.712 primigestas inscritas, das quais 2.672 foram aconselhadas e testadas para o HIV, 583 tiveram o resultado de HIV positivo, e foram feitos convites a seus parceiros. Somente 37 deles das 583 mulheres, ou seja, 2,15% desses parceiros aceitaram o convite para a testagem do HIV (ICAP- APR, 2010).

Sumarizando, podemos assumir que a situação da mulher em Moçambique é caracterizada por grandes dificuldades, devido a uma série de fatores tais como os de ordem econômica, a rigidez dos papéis de gênero atribuídos socialmente às mulheres, o difícil acesso à educação, à saúde, ao crédito bancário e à posse da terra. Os aspectos de natureza socioeconômica que determinam a organização familiar também influenciam largamente a posição da mulher, pois dois sistemas de parentesco familiar coexistem no país: o matrilinear e o patrilinear (Mejía, Osório, & Arthur, 2004). A subordinação da mulher em relação ao homem é um fato, visto que a estruturação da sociedade tradicional reforça essas relações desiguais de poder.

⁹ Umglanga – *Reed dance* que em português significa dança das canas – assume-se como uma cerimônia mais tradicional e mais conhecida na Suazilândia que acontece nos finais de agosto ou princípios de setembro. Durante a semana anterior à festa, as raparigas reúnem canas, normalmente com quatro metros de altura.

1.7 Ações e políticas públicas para a promoção da igualdade de gênero

O Governo de Moçambique, as organizações não-governamentais e os parceiros de cooperação têm envidado esforços para promover a equidade de gênero nos seus programas de desenvolvimento. A construção dos papéis e responsabilidades da mulher e do homem em Moçambique conduz à maior discriminação da mulher na área sexual e reprodutiva, em que a mulher se encontra cinco vezes mais afetada que o homem por infecções de transmissão sexual (MISAU - Estratégia de Inclusão da Igualdade de Gênero no Sector da Saúde, 2009). A estratégia de inclusão da igualdade de gênero tem como objetivos: prática permanente de planificação de atividades de saúde sensíveis ao gênero e a criação de um ambiente de trabalho, onde homens e mulheres usufruam das mesmas oportunidades, sem discriminação de gênero.

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde de Moçambique tem incluído de forma consistente a abordagem de gênero nas discussões das suas políticas e programas de combate ao HIV/aids. Reconhece-se agora, cada vez mais, as diferenças da prevalência de HIV entre homens e mulheres em diferentes faixas etárias do mesmo grupo sociocultural e econômico (MISAU - Estratégia de Inclusão da Igualdade de Gênero no Sector da Saúde, 2009).

Para reduzir o abuso do poder do homem sobre a mulher, o governo de Moçambique ratificou a Lei 29/2009 sobre a violência doméstica praticada contra as mulheres embora na prática não se note a operacionalidade desse documento legal.

Como forma de garantir que haja direitos e oportunidades iguais para mulheres e homens, o governo de Moçambique institucionalizou a política de gênero e as estratégias da sua implementação que visam contribuir para a redução das desigualdades de gênero e promover a mudança gradual de mentalidade, tanto do homem como da mulher, despertando e criando sensibilidades necessárias em ambos, relativamente à situação de discriminação existente no tratamento social, econômico, político e cultural segundo o Ministério da Mulher e de Ação Social (MMAS, 2008).

É preciso que as entidades responsáveis pelos programas de empoderamento da mulher e de promoção de igualdade e equidade socioeconômica e política entre homens e mulheres, delineiem estratégias de forma a erguer a voz feminina para que elas consigam desenvolver uma negociação. Historicamente, a função de promover a igualdade de gênero tem sido atribuída a diferentes instituições, começando com um Secretariado Nacional para a Ação Social no Ministério da Saúde. Em 1995, esta função foi atribuída ao então recém-criado Ministério de Coordenação da Ação Social (MICAS), em particular ao Departamento da Mulher na Direção Nacional da Ação Social. No ano 2000, o Ministério foi transformado no Ministério da Mulher e Coordenação da Ação Social (MMCAS), tendo resultado na criação de uma Direção Nacional da Mulher de forma independente. Em 2005, o Ministério foi transformado em Ministério da Mulher e da Ação Social (MMAS), continuando a Direção Nacional da Mulher a existir dentro do MMAS (Asdi, 2009).

O então criado Ministério da Mulher e Coordenação da Ação Social¹⁰ (MMCAS), que atualmente se denomina Ministério da Mulher e Ação Social e, tem como objetivos centrais: desenvolvimento e capacitação que inclui a reestruturação, organização e modernização do setor, bem como o reforço da capacidade de formação profissional das mulheres; elevar o status da mulher e a sua participação na vida política, econômica e social, por meio da introdução de perspectivas de gênero e *empowerment*¹¹. Finalmente, a questão central do Ministério é o reconhecimento pelo governo da subvalorização do gênero feminino e, em seguida, desenvolver a política nacional de gênero e reforçar a lei da família, o código penal e a declaração de princípios contra atos de violência doméstica (Matabele, 2005).

Em 2004, o Conselho de Ministros criou o Conselho Nacional para o Avanço da Mulher (CNAM). Os membros do CNAM incluem vários Ministros e Vice-Ministros, duas Organizações da Sociedade Civil (OSCs) que trabalham em prol da igualdade de gênero, um representante de organizações religiosas, um representante dos sindicatos e um representante do setor privado. Para apoiar o secretariado executivo foi formado um conselho técnico que é composto por pontos focais¹² de gênero e representantes de instituições públicas (Boletim da República, 2004).

Passados mais de vinte anos da criação do Ministério da Mulher e da Ação Social, cujo objetivo é valorização da mulher moçambicana, torna difícil atualmente notar os seus efeitos. Assim, os imperativos socioculturais de subvalorização da mulher na zona rural moçambicana, onde grande parte da população habita, ainda são observáveis. No entanto, os ganhos relativos desde a criação do Ministério, acompanhados pelo processo de democratização do país, aponta uma tendência de inclusão política da mulher. Nota-se uma minoria de mulheres a assumir altos cargos governamentais, como a primeira-ministra e algumas delas dirigindo ministérios e a presidente da assembleia da república. Apesar desses avanços, pessoas com capacidade de análise e olhar crítico não ficam satisfeitas, visto que a maioria de mulheres que vive em áreas rurais ainda sente as desigualdades de sexo e gênero no processo de convivência com os homens. Há necessidade de se estabelecer mais políticas sociais, econômicas e sanitárias para melhor proteger as mulheres, como afirma Takahashi, Shima e Souza (1998):

A presença cada vez mais marcante da mulher no quadro da epidemia de aids traz a necessidade de melhor explorar a temática, pois se trata de um segmento com

¹⁰ MMCAS- Criado pelo decreto presidencial no 1/2000, de 17 de Janeiro, tendo definido o seu mandato pelo decreto presidencial no 8/2000, de 16 de Maio.

¹¹ *Empowerment* – termo de língua inglesa, que pode ser traduzido por empoderamento. Para este estudo, pretendemos referir o processo de tomada de poder e/ou mecanismos de acesso ao poder.

¹² Depois da Conferência de Pequim, o Governo criou um Grupo Operativo para o Avanço da Mulher (GOAM). Este órgão servia de plataforma de coordenação multisetorial, composto por dois pontos focais de gênero de cada Ministério, pelo fórum mulher, por algumas OSCs da área do gênero e por órgãos acadêmicos, e era presidido pela Ministra da Mulher e da Ação Social. O objetivo principal do GOAM era promover e garantir a integração do gênero em todos os planos setoriais do Governo. Contudo o GOAM permaneceu bastante ineficiente devido ao fato de muitos dos seus membros serem juniores e de estes pontos focais de gênero não terem capacidade para influenciar as tomadas de decisões. Em 2004, o GOAM foi extinto e substituído pelo Conselho Nacional para o Avanço da Mulher (CNAM).

especificidades distintas da população masculina e que apresenta desvantagens no que se refere à prevenção, ao controle e tratamento da infecção (p. 60).

A essas questões são somadas atividades político-participativas, dado o número crescente de mulheres nos movimentos populares e a importância desses movimentos no processo de transformação social. O trecho abaixo ilustra essa afirmativa:

Recentemente, nota-se uma participação cada vez mais crescente da mulher moçambicana em todos os setores da vida política, econômica e social do país. Fazendo parte dos fóruns de decisão, a mulher desempenha papel social e político de relevo em todas as esferas da sociedade (Zimba & Castiano, 2005 p.16).

Para sustentar essa afirmação, estudos mostram exemplos evidentes da participação da mulher moçambicana em órgãos de destaque, como a Assembleia da República que tem a função primordial de elaborar leis. Zimba e Castiano (2005) explica que a ocupação de cargo de deputada da Assembleia da República subiu de 27,6% de mulheres em 1994 para 29,4% em 1999, e finalmente 42,7% em 2009 (Centro de Análise de Políticas da FLCS/UEM, 2009; MMAS, 2008; Zimba & Castiano, 2005).

No entanto, apesar desses esforços ainda são observadas diferenças marcantes quando são medidas as desigualdades entre mulheres e homens. O Índice de Desenvolvimento Humano (2005) apresenta de um a três pontos de diferença quando ajustado ao gênero, ou seja, a situação das mulheres é sempre inferior a dos homens. Nessa perspectiva, a afirmativa de Fonseca (2005) é ilustrativa: “Nenhuma sociedade trata tão bem suas mulheres como trata seus homens. A desigualdade de gênero está fortemente relacionada à pobreza humana” (p. 456). Esse tratamento desigual é que obriga as mulheres a assumirem papéis sociais de subordinação ao homem e aumentar a sua vulnerabilidade a enfermidades infecto-contagiosas e, conseqüentemente maior morte e morbidade. O baixo estatuto social da mulher moçambicana, sobretudo devido à dominação masculina na tomada de decisão sobre a sexualidade, contribui para a maior propagação do HIV/aids, porque impede a mulher de exercer uma maior influência nas negociações relacionadas à prática de sexo seguro (Arnaldo & Francisco, 2004).

CAPITULO II

DEFINIÇÃO DO PROBLEMA E OBJETIVOS

Em Moçambique, apesar dos esforços conjuntos entre o governo e os parceiros de cooperação, com vistas a reduzir a incidência da pobreza e das desigualdades de gênero, essas parecem continuar a serem percebidas como as principais causas de vulnerabilidade para propagação do HIV/aids no seio da população.

O Relatório Anual da Pobreza (2004) reporta dados preocupantes sobre saúde, educação e qualidade de vida da população em situação de pobreza, principalmente em relação a crianças, adolescentes e adultos jovens, e sugere medidas urgentes para seu enfrentamento. O relatório explicita a íntima relação entre pobreza e aids e ressalta como uma das estratégias para o seu combate a participação da sociedade civil e o fortalecimento de movimentos sociais de pessoas vivendo com HIV/aids.

É à luz desse contexto que se desenvolveu este estudo de abordagem qualitativa, constituído com base nos conceitos de vulnerabilidade e gênero. Uma vez que esses aspectos são levantados por meio de análises de risco ou outras fontes de conhecimento biomédico, busca-se, no componente social, caracterizar as chances e maneiras de exposição ao agravo, isto é, os aspectos culturais, morais, políticos, econômicos e institucionais que possibilitam a exposição ou, ao contrário, as desfavorecem. Por fim, o componente programático buscou examinar o papel exercido por políticas, programas e serviços na intervenção sobre os diversos contextos sociais e suas repercussões sobre a vulnerabilidade de populações e indivíduos.

O interesse desse quadro conceitual decorre do fato de que, ao conduzir o raciocínio do nível individual ao coletivo/social e vice-versa, a análise de vulnerabilidade possibilita um diálogo promissor e objetivo entre diferentes disciplinas e áreas técnicas envolvidas na saúde.

Por outro lado, estudos recentes como de Arthur (2007), Cau e Arnaldo (2013) e Bila (2013), na área de HIV/aids, têm demonstrado como a perspectiva dos direitos humanos tem oferecido uma referência clara e sólida, não apenas para a identificação e compreensão de situações socialmente configuradas de vulnerabilidade, como também para identificar meios para ajudar a superar essas situações.

Com efeito, os direitos humanos tornam-se mais visíveis em várias dimensões e padrões sobre os quais se fundam concretamente os ideais humanos de bem-estar social, moral, mental, físico, aqueles, portanto, a que cada grupo populacional deve ter acesso. A elaboração dos roteiros de entrevista teve por base esse quadro abrangente com especial interesse em perceber como questões de gênero, pobreza e outras condições levam à vulnerabilidade de infecção pelo HIV/aids em Maputo, Moçambique.

2.1 Questões norteadoras do estudo

Com base no referencial teórico, na caracterização epidemiológica, de gênero e socioeconômica do país de interesse, as seguintes questões norteiam o presente estudo:

- O que pensam PVHA e profissionais de saúde acerca da vulnerabilidade de gênero para contrair o HIV na sociedade de Maputo?

- E no que se refere à pobreza? Os participantes percebem associação entre condição de pobreza e vulnerabilidade ao HIV/aids?

- Quais associações os participantes fazem entre práticas culturais e tradicionais comuns na sociedade e infecção pelo HIV? Algumas práticas são percebidas como aumentando riscos e vulnerabilidades?

- Quais aspectos positivos e negativos do sistema de saúde direcionado à atenção e cuidado em HIV/aids os participantes destacam?

2.2 Objetivo geral

Analisar a percepção de pessoas vivendo com HIV/aids e de profissionais de saúde, residentes em Maputo, sobre vulnerabilidade de gênero, condição de pobreza, práticas culturais e infecção pelo HIV.

2.3 Objetivos específicos

- Descrever a percepção de pessoas vivendo com HIV/aids e profissionais de saúde sobre vulnerabilidade de infecção pelo HIV e questões de gênero na sociedade de Maputo.

- Descrever a percepção de pessoas vivendo com HIV/aids e de profissionais de saúde sobre vulnerabilidade de infecção pelo HIV e condições de pobreza em Maputo.

- Investigar em que medida os padrões de vulnerabilidade de infecção pelo HIV, de homens e mulheres, estão associados às práticas culturais e tradicionais, segundo os participantes.

CAPITULO III

MÉTODOS

3.1 Delineamento da pesquisa

O estudo é uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa desenvolvida em Maputo, Moçambique, e incluiu diferentes categorias de participantes.

Na década de 1990, os estudos qualitativos tornaram-se bem aceites em investigações na área da saúde, afirma Turato (2005). Anteriormente, para esse autor, as investigações qualitativas na saúde eram percebidas como “histórias curiosas contadas por pessoas sobre os eventos de suas vidas” (p. 39), sendo esse tipo de produção rejeitada em periódicos de saúde bem conceituados, pelo fato desse tipo de investigação ser considerada não científica.

No entanto, de acordo com Fleith e Costa-Junior (2005), o modelo qualitativo de pesquisa não pode ser considerado superior ou inferior ao modelo quantitativo, pois os dois possuem rigor metodológico, dependendo da escolha do modelo teórico-conceitual e de acordo com os objetivos da investigação. Assim, a escolha do método se deve à sua capacidade de focalizar a interpretação de realidades sociais e à primazia de compreender os aspectos psicossociais. É neste contexto que Flick (2000, p. 98) apresenta quatro bases teóricas da pesquisa qualitativa: realidade social vista como construção e atribuição social de significados; ênfase no caráter processual e na reflexão em perguntar às pessoas sobre seus comportamentos, o que fizeram e fazem, e sobre seus estados subjetivos; condições objetivas da vida tornam-se relevantes por meio de significados subjetivos e oferecem realismo da situação estudada; caráter comunicativo da realidade social que permite fazer do processo de pesquisa uma construção das realidades.

Laville e Dionne (1999) afirmam ainda que a análise qualitativa exige uma postura importante do pesquisador frente ao seu objeto de estudo, levando em consideração a subjetividade tanto dos participantes como do próprio pesquisador.

3.2 Caracterização do local do estudo

Maputo é a capital da República de Moçambique. A população de Maputo, segundo o censo de 2007, é de 1.099.102 habitantes, dos quais 531.794 são homens e 567.308 mulheres.

O estudo aconteceu em unidades sanitárias do nível primário, segundo a classificação do MISAU com base no Diploma Ministerial n.º 127/2002. A rede de atenção em HIV/aids inclui as seguintes unidades: os Centros de Saúde de Mavalane e o Polana Caniço, ambos pertencentes à área do hospital geral de Mavalane, para onde são referenciados pacientes em caso de necessidade de atendimento mais especializado. Os Centros de Saúde do José Macamo, de Bagamoio e de Zimpeto, pertencentes à área do hospital geral José Macamo, unidade de referência de pacientes dessa área de

jurisdição. Todos os centros de saúde são unidades sanitárias periféricas e é onde se implementam a estratégia de cuidados de saúde primários. Essas unidades sanitárias constituem o primeiro contato dos usuários com os serviços de saúde e asseguram a cobertura sanitária de uma população dentro de uma zona geográfica bem definida pela área de saúde.

O MISAU e seus parceiros de cooperação continuam a promover e implementar o conceito participativo de cuidados de saúde primários, o qual se baseia na prestação de serviços de forma integrada, acessíveis, localmente relevantes, com tecnologia apropriada e com a participação da comunidade (MISAU - Plano Estratégico do Setor de Saúde 2007- 2012).

Cada unidade sanitária conta com conselhos de saúde compostos por líderes religiosos, políticos e comunitários. Esses conselhos atuam como elos de ligação e comunicação entre as unidades sanitárias e a comunidade, e de outro lado servem de empoderamento da comunidade no seio das atividades oferecidas pela equipe de saúde.

Esses cinco centros de saúde foram selecionadas para a realização do estudo devido ao grande número de pacientes inscritos em cuidados e tratamento, ao lado da abrangência geográfica que possuem. São unidades sanitárias que em 2008 acomodaram os primeiros pacientes transferidos dos antigos hospitais-de-dia que, segundo o diploma Ministerial nº 183-A/2001, aprovou as normas de organização e os princípios orientadores do Serviço Nacional de Saúde para atendimento e tratamento de pessoas vivendo com HIV/aids (GdM, 2001).

3.3 Participantes

Os participantes do estudo constituíram dois segmentos: o primeiro composto de pessoas vivendo com HIV/aids (n=38), sendo que 33 estavam atuando como educadores de par¹³ e cinco eram pacientes em acompanhamento clínico em unidades sanitárias da cidade de Maputo. O segundo segmento foi composto de profissionais de saúde (n=15) que atuavam nas unidades sanitárias selecionadas para o estudo. Assim, 53 pessoas participaram da pesquisa. O critério de saturação foi utilizado para definir o número de participantes.

A caracterização sociodemográfica e clínica de cada participante do segmento PVHA está apresentada na Tabela 1 (Anexo VII) e descrita no tópico Procedimento de coleta de dados, considerando o perfil do grupo de participantes. No caso dos profissionais de saúde, dada a

¹³ Educadores de Par - são pacientes voluntários que promovem atividades de acolhimento e atenção a pacientes com problemas de adesão aos cuidados e tratamento. Esses pacientes se identificam como PVHA e sensibilizam os demais para mudança de comportamento, aceitabilidade do diagnóstico, adoção de estratégias de prevenção positiva e redução da discriminação e estigma.

possibilidade de identificação dos participantes a partir do perfil sociodemográfico, infringindo critérios de sigilo e confidencialidade, os dados foram apresentados de forma não individualizada.

3.4 Instrumentos de coleta de dados

Foram usados três instrumentos de coleta de dados elaborados para a presente pesquisa. Com os pacientes foram utilizados um roteiro para realização dos grupos focais (Anexo I) e um roteiro de entrevista semiestruturado (Anexo II). Na coleta de dados com os profissionais foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado (Anexo III).

Os três instrumentos incluíram a mesma sequência de perguntas, dado que o objetivo foi investigar as percepções de segmentos sociais distintos sobre os mesmos temas de interesse. Os instrumentos eram constituídos por duas partes, a primeira delas com enfoque em dados sociodemográficos, sendo que incluíam questões específicas para PVHA (ano do diagnóstico e do início do tratamento antirretroviral) e para profissionais de saúde (local de trabalho, tempo de atuação profissional e tempo de atuação no serviço específico).

As cinco questões abertas, que constituíram os cinco eixos temáticos do estudo, versaram sobre: vulnerabilidade e contextos de risco de infecção pelo HIV de mulheres e homens; pobreza e riscos de infecção pelo HIV na sociedade; práticas culturais tradicionais e vulnerabilidade de infecção pelo HIV; responsabilidade de líderes políticos, religiosos e comunitários e prevalência de HIV/aids; aspectos positivos e negativos no acompanhamento e tratamento de pessoas com HIV/aids em Maputo.

3.5 Procedimento de coleta de dados

Após a aprovação para realização do estudo pela Direcção de Saúde da Cidade de Maputo (N/ref.2776/AES/DSCM-GD/11) e pelo Comitê Nacional de Bioética para Saúde (IRB 00002657-ref: 349/CNBS/11) (Anexo V) foi feito um estudo piloto envolvendo dez pessoas, sendo cinco PVHA e cinco provedores de saúde (um enfermeiro geral, dois técnicos de medicina, um médico e um psicólogo). O piloto foi feito em 2011 e objetivou avaliar os procedimentos de coleta de dados e os roteiros de entrevista em termos de sequência e clareza das questões. Algumas dificuldades de compreensão das questões no roteiro das PVHA foram observadas, devido aos termos usados, o que levou à reestruturação das questões. Em um segundo momento foi aplicado o roteiro reestruturado a mais duas pessoas do mesmo segmento, onde os procedimentos de coleta de dados e roteiro mostraram-se adequados aos objetivos do estudo. A coleta de dados foi feita de outubro de 2012 a janeiro de 2013.

Todos os participantes, selecionados por conveniência, foram informados dos objetivos da pesquisa, bem como dos procedimentos adotados. Apenas aqueles que aceitaram participar e

assinaram o termo de consentimento de livre e esclarecido (TCLE) foram incluídos no estudo (Anexo IV). As entrevistas com profissionais de saúde foram agendadas com duas semanas de antecedência, foram feitas chamadas telefônicas de confirmação ao sétimo dia e aos dois dias antes da data marcada para a entrevista.

O convite para as entrevistas individuais às PVHA foi feito pelo pesquisador principal em salas de espera em dias de consulta e realizado no mesmo dia em lugar previamente reservado. Para os grupos focais, o convite foi feito em salas de espera, corredores e pátio dos centros de saúde. Dois dias antes da data marcada para o grupo focal, o pesquisador contactava por telefone os participantes para lembrar-lhes e solicitar a presença. O período de agendamento foi de uma semana.

Pessoas Vivendo com HIV/aids (PVHA): grupos focais

Foram feitos três grupos focais envolvendo PVHA, dois deles compostos de educadores de par e um com mulheres vivendo com HIV/aids que não atuavam como educadoras de par. O primeiro grupo com catorze participantes teve lugar no Centro de Saúde Polana Caniço, integrado por seis pessoas do sexo masculino e oito do feminino. A média de idade dos participantes foi igual a 34,1 anos, variando de 24 a 47 anos. Quanto à religião, cinco eram católicos, dois *maziones*¹⁴, dois adventistas, um presbiteriano, dois evangélicos, um muçulmano e um participante se declarou sem religião. Quanto ao ano de diagnóstico de HIV, um deles ocorreu em 2005, cinco fizeram o teste em 2008, quatro em 2009, um participante em 2010, dois no ano 2011 e um não se lembrava do ano em que recebeu o resultado. No que se refere ao ano de início da TARV, um participante começou em 2007, cinco iniciaram em 2008, cinco em 2009, dois em 2011 e um no ano 2012.

O segundo grupo focal foi composto por onze participantes educadores de par do Centro de Saúde José Macamo, sendo oito do sexo feminino e três do masculino. A média da idade entre os participantes foi de 36,5 anos, com variação entre 27 e 51 anos. Dentre eles, três professavam a religião *mazione*, quatro eram católicos, um presbiteriano, um adventista e dois se declararam muçulmanos. Quanto ao ano de diagnóstico, um participante fez o teste de HIV em 2005, seis em 2006, três em 2007 e o último não se lembrava do ano. No que concerne ao início da TARV, cinco a iniciaram em 2006, cinco em 2007 e, finalmente, um participante em 2008.

O terceiro grupo focal foi composto por oito mulheres vivendo com HIV/aids, cuja média de idade foi de 33,9 anos, com variação entre 24 a 41 anos. Das oito participantes, três se declararam católicas, duas adventistas, duas *maziones* e uma muçulmana. Quando ao ano de diagnóstico de HIV, três fizeram o teste em 2005, duas no ano 2006, uma em 2007, uma participante em 2004 e uma em 2003. No tocante ao início da TARV, duas iniciaram em 2008, quatro em 2007, uma em 2006 e, finalmente, uma começou em 2005. Este grupo focal teve lugar na sala de aconselhamento de adesão do Centro de Saúde de Zimpeto.

¹⁴ Mazione – é uma religião africana muito professada no sul de Moçambique.

Após os convites aos participantes, foi feito o agendamento da data, horário e local de encontro para os três grupos focais (GF). Todos os participantes assinaram o TCLE antes do início do GF. Os GF tiveram lugar em salas previamente identificadas dentro das unidades sanitárias, sendo que houve a gravação da reunião, após prévia autorização de todos os participantes e o material foi guardado de forma sigilosa. Os grupos focais tiveram duração média de 80 minutos e foram conduzidos pelo pesquisador principal com a participação de um auxiliar de pesquisa devidamente treinado.

Cabe apontar alguns aspectos concernentes à técnica de grupo focal, uma das adotadas no presente trabalho e muito usada em pesquisa qualitativa. Tem sido utilizada no entendimento de como se formam as percepções e atitudes acerca de um fato, prática, produto ou serviços (Carlini-Cotrim, 1996). Basicamente, o grupo focal pode ser considerado uma espécie de entrevista em grupo, sendo que a essência do grupo focal consiste em se apoiar na interação entre seus participantes para se colher dados, a partir de tópicos que são fornecidos pelo pesquisador.

Nos últimos anos nota-se um emprego crescente da técnica do grupo focal, tanto por parte de pesquisadores como por profissionais das áreas de saúde e educação. O local de realização o grupo deve ser neutro, acessível e silencioso, sendo que a utilização de espaços comunitários como igrejas, serviços de saúde e escolas é bastante comum. A duração média de um grupo é de uma hora e trinta minutos. O pesquisador facilita a interação grupal, enquanto um co-facilitador pode ficar encarregado de captar as informações não verbais e auxiliar o facilitador a analisar os possíveis vieses ocasionados por problemas decorrentes de sua forma de coordenar a sessão, por exemplo (Borgens & Santos, 2005).

A aplicação do grupo focal, seja como técnica única ou em combinação com outras, pode se constituir em uma ferramenta importante na aproximação dos pesquisadores/profissionais ao universo da população-alvo em processos de coleta de dados de projetos e estudos (Iervolino & Pelicioni, 2001).

Pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA): entrevistas

Foram feitas cinco entrevistas a PVHA acompanhadas nas unidades sanitárias mencionadas, usando um roteiro de entrevista semiestruturado, contendo os principais eixos da pesquisa. Dos cinco entrevistados três eram do sexo feminino e dois do masculino. A média de idade foi de 30,4 anos, com variação de 20 a 37 anos. O tempo médio de diagnóstico de HIV foi de quatro anos, sendo que o diagnóstico mais recente foi feito em 2012 e o mais antigo em 2005. Dois deles não estavam em TARV e os três restantes estavam em terapia antirretroviral, desde 2006, 2008 e 2011, respectivamente. Todos foram convidados nas salas de espera das unidades sanitárias e aceitaram fazer a entrevista que, em média, duraram trinta minutos. Os entrevistados assinaram o TCLE. Houve gravação das entrevistas e o material foi guardado de forma segura com garantia de privacidade e confidencialidade.

Profissionais de saúde: entrevistas

O segmento de profissionais de saúde foi composto de quinze profissionais de diversas categorias, nomeadamente uma enfermeira geral, quatro técnicos de medicina geral, uma médica internista, seis médicos generalistas e três psicólogos. Dos quinze entrevistados cinco eram do sexo masculino e dez do sexo feminino, sendo que a média de idade foi de 36,1 anos, variando de 21 a 57 anos. O tempo médio de atuação profissional foi de 8,1 anos, variando de um a trinta anos, ao passo que o tempo médio de atuação no serviço específico foi igual a 4,6 anos, variando de um a dez anos.

Foi agendada a data e hora de entrevista, segundo a disponibilidade dos entrevistados e estas foram realizadas nas salas de consulta onde os profissionais faziam atendimento. A duração média das entrevistas foi de 45 minutos. As entrevistas foram gravadas e foi garantida a confidencialidade e privacidade aos entrevistados. Por motivo de sigilo não foram apresentados dados individualizados de cada participante desse segmento. Todas as entrevistas foram realizadas pelo pesquisador principal.

As entrevistas, notadamente as semiestruturadas, constituem uma das técnicas de coleta de dados mais comuns e frequentes, na qual o entrevistador tem a liberdade de fazer perguntas direcionadas ao objetivo do trabalho e permite uma melhor compreensão da real percepção do sujeito de pesquisa. Laville e Dionne (1999) explicam que “a flexibilidade do pesquisador possibilita um contacto mais próximo entre o entrevistador e o entrevistado, favorecendo assim a exploração em profundidade de seus saberes, bem como de suas representações, de suas crenças e valores” (p. 35).

De modo geral o pesquisador segue um conjunto de questões previamente definidas, mas ele o fará em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal. O entrevistador deve ficar atento para dirigir, no momento que achar oportuno, a discussão para o assunto de seu interesse fazendo perguntas adicionais para elucidar questões que não ficaram claras ou ajudar a recompor o contexto da entrevista, caso o informante tenha “fugido” do tema ou apresente dificuldades para responder. Salienta-se que a técnica de entrevista é muito utilizada quando se deseja delimitar o volume das informações, obtendo assim um direcionamento maior para o tema, intervindo a fim de que os objetivos da pesquisa sejam alcançados (Bauer, 2002; Flick, 2009).

3.6 Análise de dados

Quanto à análise de dados, inicialmente as entrevistas e relatos dos grupos focais foram transcritos na íntegra, permitindo a leitura flutuante do *corpus*. Em um segundo momento, os dados foram organizados conforme os eixos temáticos de interesse, previamente definidos a partir dos instrumentos de coleta de dados. Em um segundo momento, procedeu-se à leitura horizontal das questões e respostas dos participantes, de forma a identificar categorias para cada eixo.

Como os roteiros dos grupos focais e de entrevista tiveram questões iguais, visando investigar as percepções de segmentos sociais distintos sobre os eixos temáticos do estudo, a análise integrou os

dados obtidos dos diferentes participantes, sem separá-los a partir de sua inserção como PVHA ou profissional de saúde, tal como previsto nos objetivos do estudo.

Os relatos verbais referentes aos eixos temáticos foram categorizados a partir de seu conteúdo (Bardin, 2009), por dois pesquisadores (o doutorando e a orientadora) que tomaram por base a concordância de suas análises para a identificação e nomeação das categorias. Efetuou-se, ainda, a seleção de trechos de relatos dos participantes como ilustração das categorias identificadas.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Com base nos roteiros dos grupos focais e das entrevistas, bem como na análise dos relatos verbais dos dois segmentos de participantes, foi possível evidenciar cinco eixos temáticos na presente pesquisa: vulnerabilidade de gênero e infecção pelo HIV; pobreza e vulnerabilidade de infecção pelo HIV; práticas culturais e infecção pelo HIV; papel de lideranças comunitárias, políticas e religiosas na luta contra o HIV/aids; aspectos positivos e negativos da assistência a pessoas vivendo com HIV/aids na cidade de Maputo.

A seguir, são apresentados cada um dos eixos e as respectivas categorias identificadas. Para ilustrá-las, foram destacados trechos de relatos dos entrevistados. Vale esclarecer que as contribuições dos participantes dos grupos focais e das entrevistas ilustraram as categorias de forma distinta. No primeiro caso, dado que os relatos foram obtidos em contexto de atividade coletiva, estes foram identificados pelo grupo focal (GF1, GF2 ou GF3) onde a pessoa estava inserida, sem menção quanto ao sexo, idade ou qualquer informação específica do participante. No caso dos conteúdos obtidos via entrevista, os relatos foram identificados como P1 a P5 para as pessoas vivendo com HIV/aids, e PS1 a PS15 para os profissionais de saúde, sendo indicado o gênero e idade desses participantes.

4.1 Vulnerabilidade de gênero e infecção pelo HIV

Esse eixo temático focalizou percepções dos participantes acerca de eventuais diferenças quanto à vulnerabilidade de infecção pelo HIV entre homens e mulheres residentes na cidade de Maputo. Observou-se que a vinte e cinco pessoas vivendo com HIV/aids e treze profissionais de sexo argumentaram que a vulnerabilidade da mulher é maior, se comparada a de homens. Essa quase unanimidade foi observada tanto nos relatos dos grupos focais, quanto nas entrevistas individuais feitas com PVHA e com profissionais de saúde. Uma participante afirmou, no entanto, que a vulnerabilidade do homem é maior justificando que: "talvez o homem porque o homem não se controla. As mulheres se controlam mais. homem anda fora mesmo tendo mulher em casa. Então quando volta para casa traz doenças" (P2, 28 anos, feminino, PVHA). Dois outros participantes PVHA referiram que a vulnerabilidade é igual para homens e mulheres, sendo que o relato de P3 (32 anos, masculino, PVHA) ilustra essa posição:

todos tem o mesmo risco, tanto homem como mulher. Digo isso porque há jovens masculinos menores (...) que acabam se envolvendo com senhoras idosas viúvas, somente para satisfazer as madames em troca de dinheiro. Mas não sabe quais são as fases que a senhora passou até ser viúva ou divorciada (...). Assim, todos temos a mesma probabilidade de risco.

Os argumentos para respaldar as afirmativas de que pessoas do sexo feminino são mais vulneráveis à infecção pelo HIV compuseram cinco categorias: *dependência e submissão da mulher; mulher não consegue negociar o uso do preservativo; mulher é mais vulnerável devido às práticas culturais; prostituição; homens se recusam a fazer o teste e/ou não revelam o status sorológico às parceiras.*

A categoria *dependência e submissão da mulher* se constituiu de relatos sobre a situação atual da mulher, que mencionaram contextos diversos nos quais estas são dependentes e subjugadas à vontade de seus parceiros. Três falas exemplificam essa categoria:

como mulher somos sempre cumpridoras das ordens dos homens. O homem tem seu dia, sexta-feira é o dia do homem onde sai do serviço, vai beber, prostituir, visitar as Mbuias e chegar em casa quando quer e como quiser, a mulher só deve calar (...). Eu nunca mais abri minha boca. Hoje me trouxe SIDA em casa (GF 1);

As mulheres são mais vulneráveis visto que há maior dependência aos maridos. Isso faz com que as mulheres sejam mais vulneráveis para contrair o HIV. Não falo pela constituição anatômica e biológica da mulher que incrementa a possibilidade de contrair o HIV. Enfim a mulher é uma coitada em tudo. É triste, triste mesmo saber e conhecer a vivência da mulher em todos campos, religioso, cultural, político. A mulher sempre é a prejudicada. No meu dia a dia no hospital vejo mulheres inocentes que tem boa adesão à TARV, com vontade de superar o HIV, mas os maridos, que muitas vezes trazem as infecções, nunca aparecem no hospital (PS7, 37 anos, feminino);

A sociedade moçambicana até hoje considera a mulher a vítima, ou seja, aquela que deve servir o homem, aquela que não deve ter palavra, somente sim senhor, satisfazer os interesses do marido, sem possibilidade de dizer 'hoje não estou a fim do sexo' (PS9, feminino, 46 anos).

Mulher não consegue negociar o uso do preservativo se refere à segunda categoria desse eixo temático, que versa sobre a vulnerabilidade decorrente das dificuldades enfrentadas diante da recusa de seus parceiros quanto ao uso da camisinha e suas incapacidades de negociação de práticas sexuais seguras. Os relatos de duas participantes, ambas do GF3, ilustram essa categoria, cujos conteúdos tiveram apoio das demais mulheres desse grupo focal: "Os nossos maridos ou namorados negam usar o preservativo porque dizem que eles não sentem nada. Não sentem o sabor e querem carne a carne";

Nós mulheres, quando sugerimos ao marido para usar o preservativo, eles dizem que quando eu vim te casar não vim usar plástico. Outros não querem usar o preservativo porque dizem que o preservativo é que traz o HIV. Eles dizem que põem na água e saem vírus. Meu marido diz isso sempre e nós usamos preservativo só as vezes".

Na fala de profissionais de saúde, essa categoria tem como exemplo o seguinte trecho:

Como nós sabemos, na nossa sociedade mais de 60% das mulheres são analfabetas, com baixa escolaridade e em algum momento não estão informadas sobre o uso correto do preservativo. As poucas que sabem e querem usar o preservativo não tem capacidade de negociar o sexo seguro (...). Eu digo mais, a falta de negociação é mais forte, visto que o acesso ao preservativo feminino é limitado, não é acessível (PS7, feminino, 37 anos).

Outro ponto observado foram relatos que indicaram que a recusa masculina quanto ao sexo seguro está, muitas vezes, amparada em mitos acerca do preservativo, tal como explicaram dois participantes do G2: "É por causa do óleo (lubrificante), eles põem o preservativo no sol e quando começa a derreter logo dizem que são bichos e é o HIV que está a andar"; "outros põem na água a ferver e saem bolhas de óleo e dizem que esse óleo é o bicho (o vírus)". Essas práticas relatadas, calcadas em desinformação e tabus acerca desse insumo de prevenção, na realidade aniquilam a sua eficácia pois destroem o látex da camisinha.

Outra categoria identificada se refere à vulnerabilidade feminina devido às *práticas culturais*, tradicionais e fortemente arraigadas na sociedade moçambicana. Um depoimento de uma mulher soropositiva, obtido via entrevista, ilustra essa situação:

No meu caso sei onde apanhei esta doença. Quando faleceu meu marido em 2005, o meu cunhado, que é irmão dele, fez a cerimônia de tirar luto (kudjinga) e não fizemos o teste de HIV, e tínhamos que dormir sem preservativo. Em 2006, dormi com meu cunhado sem preservativo. Meu marido não faleceu da doença nem de HIV, foi acidente de carro (...). Agora estou a ouvir que ele (o cunhado) está muito mal lá em Chicualacuala por causa de SIDA (...). Mas desde que faleceu meu marido não faço sexo sem preservativo. Só foi nessa cerimônia" (P1, 37 anos, feminino).

A fala de uma profissional de saúde acerca desse tema (PS2, feminino, 49 anos) também contribuiu com essa categoria:

Até neste século continuamos a ver a venda de pessoas, mesmo que seja pagamento simbólico de cabeça de boi e 100 meticais, mas o que fica na cabeça do marido é que 'comprei um objeto para usar em casa'. Essas práticas deixam a mulher cada vez mais sem poder de negociar nada. Vou dar exemplo: um casal com filhos e que aceitou comunhão de bens. Quando há divórcio o homem tem o belo prazer de escolher os bens que julga necessários e deixar a mulher sem nada. Como não bastasse vai aos sogros solicitar o reembolso do valor que pagou na hora de lobolo. Isso acontece num olhar dos líderes e ninguém diz nada (...). Isso deve ter fim. E não falo do pitakufa, poligamia e mais. Ser mulher moçambicana e pobre é quase declarar uma morte precoce sem nenhum dia ter vivido a felicidade que uma mulher deveria ter.

A prática da *prostituição*, também presente em relatos dos dois segmentos, constituiu outra categoria acerca da vulnerabilidade feminina à infecção pelo HIV. Um integrante do GF1 e uma profissional de saúde (PS11, feminino, 21 anos) ilustraram essa categoria ao afirmarem, respectivamente, que "um fator de risco é que as pobres e chefes de família sempre mostram tendência a prostituir ou fazer 'piscados' para alimentar a família, as vezes até pagar a renda de casa"; "as mulheres se expõem (...) por relações sexuais extraconjugais e outras querem imitar as outras que se vestem bem e acabam vendendo o sexo para ganhar dinheiro".

Uma última categoria identificada nesse eixo temático recebeu a denominação *homens se recusam a fazer o teste e não revelam o status sorológico*, sendo representada por falas de duas participantes, uma do GF1 e outra do GF 2, que deram depoimentos vivenciados na vida pessoal:

Eu sei que apanhei HIV com meu marido, ele estava a trabalhar nas minas da África do Sul e lá tinha esposas e amigas, sempre ele ficava doente e nunca me dizia. Na África do Sul já tinham lhe dito que tinha SIDA. Eu nunca lhe obriguei preservativo, mas quando ficou grave os amigos lhe trouxeram para Maputo com um saco de medicamentos. Eu não sabia que tipo de medicamento eram, agora que estou a tomar TARV é que estou a ver que aqueles comprimidos são os mesmos de TARV;

Fiquei grávida e descobriram na consulta pré-natal que eu era positiva e comecei a fazer tratamento, quando eu disse ao meu marido para também fazer o teste, ele negou. Fomos até a polícia porque ele me batia, sempre queria fazer sexo sem preservativo e ele acabou por me abandonar e a criança morreu. Mas ele era positivo há muito tempo e nunca me falou.

4.2 Pobreza e vulnerabilidade à infecção pelo HIV

Esse eixo temático se referiu à percepção dos participantes acerca de relações entre condição de pobreza e vulnerabilidade ao HIV. A questão colocada para os participantes da pesquisa foi se, segundo as suas percepções, cidadãos em situação socioeconômica desfavorável teriam mais chances de se infectar pelo vírus HIV.

A análise dos relatos verbais indicou menos consenso em relação a esse tema, sendo identificadas três categorias: *há relação entre pobreza e infecção pelo HIV; não há relação entre pobreza e infecção pelo HIV; é difícil dizer*. Observou-se maior frequência de respostas na primeira categoria, com grande contribuição dos profissionais de saúde: dos quinze profissionais, onze opinaram que a pobreza aumenta a vulnerabilidade ao HIV. Entre as pessoas que vivem com HIV/aids, essa concordância foi observada em relatos de participantes dos três grupos focais e de uma pessoa soropositiva entrevistada (P3, 32 anos, masculino). Os argumentos abordaram aspectos diversos do contexto de vida de cidadãos residentes em Maputo, e também moçambicanos, no intuito de respaldar suas opiniões, tal como o relato de um educador de par, participante do GF1:

Eu acho que há relação direta. Vou dar exemplo. Muitos pacientes que ficam graves a tomarem ARVs são muito pobres, que nem chá e pão conseguem. Você começa a falar com ele para integrar no serviço, mas a primeira coisa que pergunta é se o hospital oferece comida e apoio. O que é que isso significa? Pobreza, né? Então eu acho que há relação direta. Olha que estamos na cidade, mas no campo deve ser bem pior, os pobres são os que mais morrem por HIV e doenças associadas.

Entre os profissionais de saúde, as falas que afirmaram haver relação entre pobreza e HIV ilustraram de forma contundente as suas posições: "Existe uma relação estreita. Olha, muitos pacientes que aparecem em estado crítico e avançado do SIDA são os pobres. Eles morrem mais e carecem de condições de sustento para ter uma dieta equilibrada" (PS1, 57, anos, masculino);

Se você é pobre, principalmente mulher, a opção mais fácil de ter dinheiro e sobreviver é a prostituição e lá, dependendo do cliente que aparecer, usa ou não o preservativo. Acaba não tendo a voz de dizer 'quero sexo protegido'. Muitos homens que sabem que são soropositivos fazem sexo sem proteção porque dizem que não querem morrer sozinhos e querem engrossar a lista e as meninas, coitadas, são vítimas simplesmente em troca de centavos. Para os que tem SIDA, debilitados acabam vendendo o pouco que tinha para ir ao hospital, comer e mais. Começa a contrair dívidas e chega o momento de estar no zero (PS4 36 anos, feminino);

90% dos pacientes com SIDA, em estado grave, efeitos colaterais, má adesão são pobres, a pobreza lhes influencia as más práticas, como faltar as consultas porque não teve dinheiro para pagar transporte para o hospital, ou não tomou o comprimido porque não tinha nada para comer. E muitas vezes esses pobres morrem com SIDA e doenças associadas porque não tem um suporte social, em muitos casos são abandonados pelos próprios filhos. Ao passo que a pessoa de renda média ou alta, tem uma rede social de apoio com cuidados domiciliares e ajuda para adesão. Isso me faz aceitar que ser pobre é um dos grandes riscos de morrer por SIDA e doenças associadas (PS5, 30 anos, feminino);

(...) A assimetria entre o rico e o pobre cada vez mais aumenta e os pobres são cada vez mais vulneráveis em contrair as doenças transmissíveis sexualmente, incluindo o HIV. Os pobres arriscam suas vidas para obter algo e ver o pôr do sol. Mesmo sabendo que não devem se prostituir, mas o único bem natural que tem, sem custos é o sexo. Por isso usam como instrumento de renda (PS15, 34 anos, masculino);

Moçambique é um dos países em vias de desenvolvimento, onde grande parte da população é pobre e analfabeta. Os índices de pobreza da população moçambicana influenciam para a propagação de HIV no país. A população em idade sexual ativa é a mesma população em idade ativa para produção e, por coincidência, é a mesma sem emprego, analfabeta e pobre.

Na tentativa de sobreviver muitos migram para África do Sul, país com alta taxa de prevalência de HIV e os que ficam cá na cidade fazem comércio informal durante o dia e de noite viram profissionais de sexo. Essas atividades de risco, consideradas de sobrevivência para eles, são fatores de risco para infecção pelo HIV. Por isso considero que a pobreza ajuda a pessoa a ser vítima de HIV (PS10, 28 anos, masculino).

Os relatos abordaram tanto a realidade de pessoas já infectadas pelo HIV, com a pobreza aumentando sua vulnerabilidade em relação ao quadro de aids, quanto situações de vida marcadas por carências socioeconômicas que aumentam as chances de exposição ao HIV, a partir de práticas como a prostituição. Alguns destacaram as desigualdades sociais como forte propulsora das vulnerabilidades diante do HIV/aids.

A categoria *não há relação entre pobreza e infecção pelo HIV* teve oito menções, sendo seis de pessoas vivendo com HIV/aids e duas de profissionais de saúde. Os trechos de falas de participantes PVHA explicitaram essa posição: "Não é risco, ser pobre não significa ter probabilidade de infecção de HIV, ricos e pobres apanham (GF2); "eu não acho, eu não me entrego, não me vendo, sou pobre mas não sou pobre demais, mas estou aqui, já estou infectada. Todos podemos contrair o HIV. Depende da pessoa" (P1, 37 anos de idade, feminino); "Para ter o HIV não depende de pobreza, mas sim depende do comportamento, por exemplo reduzir o número de parceiros, os homens casados só devem fazer sexo em casa" (GF2).

Cinco menções contribuíram com a categoria *é difícil dizer* acerca da relação entre pobreza e HIV, sendo três de PVHA e dois de profissionais de saúde. Assim, um participante do GF1 assinalou que: "Olha, é difícil dizer sim ou não. Porque o que gente vê nos hospitais é difícil dizer se é pobre ou rico". No que se refere aos profissionais de saúde, o relato de PS6 (39 anos, masculino) esclarece sua posição:

Olha é preciso sempre analisar com cuidado a relação pobreza e HIV. Vamos partir do exemplo dos dados divulgados no país sobre prevalência de HIV. Na zona rural, onde a pobreza é bem assente, há menor prevalência de HIV, ao passo que nas cidades onde reside a população da média e alta classe são zonas epidemiológicas não só de HIV, mas também de gravidezes indesejadas, infecções de transmissão sexual, múltiplos parceiros.

4.3 Práticas culturais e infecção pelo HIV

Esse eixo temático versou sobre a percepção dos participantes acerca da vulnerabilidade de infecção pelo HIV associada às diversas práticas culturais tradicionais e ainda muito frequentes na sociedade moçambicana. Essas diversas práticas, descritas no Capítulo 1, foram mencionadas pelos dois segmentos de participantes. A análise dos relatos verbais revelou forte concordância dos

participantes no sentido de que essas práticas, calcadas na tradição, ampliam contextos de risco de infecção e a vulnerabilidade de pessoas submetidas às mesmas. As seguintes categorias foram identificadas nesse eixo temático: *práticas culturais usam instrumentos que aumentam risco de infecção pelo HIV; práticas culturais perpetuam a submissão da mulher; práticas culturais proíbem uso do preservativo.*

A categoria *práticas culturais usam instrumentos que aumentam risco de infecção pelo HIV* incluiu falas que descreveram duas práticas comuns e enraizadas na cultura do país, ambas citadas de forma frequente: a tatuagem tradicional feita pelas mulheres e a circuncisão tradicional feita em crianças e jovens do sexo masculino. De modo geral, os participantes mencionaram que a esterilização de objetos pérfuro-cortantes usados nesses procedimentos não são adotados, sendo que estes são feitos por curandeiros e pessoas leigas, e não por profissionais de saúde. Relatos de dois participantes do GF1 exemplificaram essa realidade, sendo que obtiveram apoio dos demais integrantes: "Tatuagem das mulheres na barriga e pernas. Essa tatuagem serve para excitar os homens e dizem que o marido quando palpa a tatuagem fica logo excitado"; "Muitos homens dizem que a tatuagem ajuda a excitação dos homens e isso se faz em todas idades. Há homens que até obrigam as parceiras caso ela não tenha feito".

A prática da circuncisão tradicional também foi mencionada, sendo descrita por participantes do GF1 e do GF2:

Outra prática é de ritos de iniciação masculino onde as crianças de 5 a 10 anos fazem circuncisão tradicional com facas tradicionais. Isso é um risco e é comum, e não temos como negar. Essa cerimônia acontece todos os anos no período de férias escolares; os hospitais poucos fazem circuncisão. Fica na lista de espera por muito tempo (...). Quando a criança não faz circuncisão tradicional não tem amigos, é criança e logo os pais são obrigados a levar. Quando for adulto não circuncidado, as mulheres dizem 'não posso comer banana não descascada e suja'.

Ainda quanto ao uso de instrumentos pérfuro-cortantes, o relato do PS3 (25 anos, feminino) explicita o risco de infecção em outros procedimentos: "Há tanta gente que recorre ao tratamento tradicional onde os curandeiros usam a mesma lâmina. Trocam de cliente para cliente e isso é perigoso". Os relatos alertaram que diante desses procedimentos, tanto homens como mulheres ficam vulneráveis, além de indicar a omissão do poder público por não oferecer serviços acessíveis à prática da circuncisão masculina em unidades de saúde e não regulamentar procedimentos seguros para a realização de tatuagens.

A segunda categoria desse eixo temático – *práticas culturais perpetuam a submissão da mulher* – se constituiu a partir de relatos que as descreveram como condições aceitas pela sociedade moçambicana que reduzem a autonomia da mulher, subjugando-a à vontade dos homens e de seus familiares, podendo, assim, ampliar a vulnerabilidade de infecção pelo HIV, pois muitas dessas

práticas levam à exposição ao vírus. Uma participante do GF3, grupo focal constituído por mulheres, deu um depoimento que ilustra essa realidade:

Kudjinga/pitakufa é prática de risco e isso é que nos mata. Sinceramente falando como soropositiva, mulher e viúva, apanhei SIDA com meu cunhado na cerimônia de kudgenga. Não vejo outro motivo. Nunca fui internada no hospital, nunca gostei de curandeiros e nunca recebi sangue transfundido.

PS9 (46 anos, feminino) mencionou essas práticas reiterando a associação das mesmas com o aumento de vulnerabilidade devido à exposição ao HIV:

Moçambique deve ter leis fortes para proteger os adolescentes e proibir os velhos com posse econômica a comprar as adolescentes. As cerimônias tradicionais, os rituais e até tendências culturais aceitas na comunidade considero como fatores de risco (...). Sabe por quê? Muitos homens trabalham na África do Sul nas minas e quando chegam, com o pouco dinheiro que tem, compram adolescentes. São regiões onde o lobolo, poligamia, prostituição e até a venda da filha ao poderoso acontece, e toda a estrutura política tradicional assiste com belo prazer as circuncisões tradicionais, pitakufa, catorzinhas.

A terceira categoria faz menção à proibição do uso de insumos de prevenção por algumas dessas práticas culturais, o que legitima do ponto de vista sociocultural a rejeição e resistência ao sexo seguro mediante o uso de preservativos, estratégia difundida e adotada mundialmente na prevenção do HIV. Assim, a categoria *práticas culturais proíbem uso do preservativo* pode ser ilustrada pelo relato de participantes do GF1 e do GF3 que afirmaram: "os curandeiros tradicionais obrigam a fazer sexo sem preservativo. Ainda há mulheres que perdem suas casas porque não aceitaram fazer pitakufa. Afinal onde estamos mesmo? É triste e acho que deveria parar";

Depois de 6 meses de luto (do marido) tive que fazer kudgenga e meu cunhado como mais velho e chefe da família disse que seria ele a purificar a cerimônia, porque o falecido foi irmão dele. Ele dormiu comigo e segundo a tradição kudgenga não se repete, é só uma vez que se faz o sexo, mas naquela noite ele me obrigou a fazer três vezes. Meses depois morreu uma das suas esposas, e no mesmo ano ele morreu. As duas esposas que ficaram todas tem SIDA e eu também. Então o que vocês acham? Foi ele que me deu SIDA e morreu. Peço a Deus que lhe dê o troco que merece com aquilo que fez aqui na terra. Isso me dói bastante, dói mesmo.

4.4 Papel de lideranças comunitárias, políticas e religiosas na luta contra o HIV/aids

Este eixo pretendia colher as percepções dos dois segmentos envolvidos no estudo sobre o papel das várias lideranças – religiosas, comunitárias e políticas – no processo de luta contra a epidemia de HIV/aids.

Nos grupos focais, assim como nas entrevistas individuais dos dois grupos de entrevistados, emergiram duas categorias: uma delas congregou relatos que expressavam uma postura positiva diante de tais lideranças, apontando sugestões de ações concretas a serem realizadas. De modo geral, esses relatos assinalaram que os políticos fazem seu papel, mas que deveriam ser mais proativos. A segunda categoria foi composta de relatos marcados por uma percepção negativa acerca dessas personalidades públicas, caracterizados pelo descrédito e não legitimação de várias dessas lideranças no processo de luta contra o HIV/aids no país.

As afirmações de reconhecimento e sugestão de ações concretas foram mais colocadas pelas PVHA, e pouco pelos profissionais de saúde. As PVHA reconheceram que algo está sendo feito pelas lideranças, mas o ritmo ainda parece estar aquém da expectativa. Nessa direção, participantes do GF1 afirmaram: “os líderes religiosos devem sensibilizar seus crentes a não aceitarem as práticas culturais de risco como pitakufa/kudjinga. Os políticos devem proibir as crenças tradicionais junto dos líderes comunitários e curandeiros”.

A percepção de que essas lideranças devem desenvolver ações efetivas para banir as práticas culturais que aumentam a vulnerabilidade e o risco de infecção pelo HIV foi unânime: tanto as PVHA quanto os profissionais de saúde julgaram que as lideranças deveriam servir de exemplo na prevenção e combate à aids como revela o trecho abaixo:

Os líderes políticos devem ser eles a promover campanhas de testagem de HIV e eles serem os primeiros a testar, quer dizer, serem exemplos. Para os religiosos é altura de tomarem a dianteira na disseminação de mensagens correctas sobre o uso correcto do preservativo e aceitabilidade e eficácia do TARV; e para os comunitários, devem usar sua legitimidade para influenciar na definição de políticas para proibir a poligamia, catorzinhas/mbuias, pitakufa e a de construção de complexos para a prostituição (PS1, 57 anos, masculino).

O reconhecimento no sentido de que os líderes devem ser os mentores para banir as práticas de risco teve grande consenso, visto que os que defendiam essa posição argumentaram que eles são os que, muitas vezes, abençoam e legitimam as cerimônias tradicionais na comunidade. Assim, são essas lideranças que recebem o lobolo, que permitem os casamentos precoces e a prática de *mbuias*, tal como PS1 enfatizou: “olha se eu fosse presidente do país hoje mesmo diria: nunca mais pitakufa, nunca mais catorzinas e mbuias, mas não sou, então só posso sugerir aos líderes que façam leis proibitivas” (57 anos, masculino).

Profissionais de saúde ressaltaram os avanços na assistência implementados por lideranças políticas na definição de leis como gratuidade da TARV, integração dos serviços de atendimento às PVHA em centros de saúde para evitar o estigma e a discriminação, bem como tornar os serviços mais acessíveis, opinião exemplificada no relato de PS13: “o governo implementou as políticas de proteção de PVHA, já existe a lei de protecção do trabalhador com sida e atribuição da cesta básica” (41 anos, feminino).

Finalmente, assume-se que nessa categoria foi feita uma radiografia das principais ações positivas e sugestões para que haja mais proatividade desses atores na luta contra a epidemia. Muitos relatos foram permeados por sentimentos de esperança dos participantes no sentido de que haja empenho de lideranças e maior empoderamento dos grupos vulneráveis para mudar o cenário que o país vive atualmente, ou seja, reduzir a discriminação e estigma.

A segunda categoria deste eixo se referiu-se ao descrédito ou falta de legitimidade dos dois segmentos de participantes que fizeram críticas e deram exemplos de atitudes das lideranças que até catalizam a propagação do HIV.

Participantes do GF3 relataram condutas inadequadas de algumas lideranças e argumentaram que:

Olha, os políticos que, na maioria são os ricos, são os primeiros a cometerem as gineiras (...) são os donos das catorzinhas, e os líderes comunitários são eles que assistem as práticas culturais e deixam nossas filhas serem compradas a olho nu e a preço de banana no famoso lobolo.

Na percepção de PS6 os líderes comunitários são o grande vetor de disseminação da aids em Moçambique visto que “eles é que cobram o lobolo, participam nas cerimônias de pitakufa, lideram as circuncisões tradicionais” (39 anos, masculino). Devido ao presumível impacto negativo que as lideranças assumem no processo de combate ao HIV, profissionais de saúde mencionaram os esforços envidados para sensibilizá-los no sentido de optarem por boas práticas, tal como a narrativa de PS13 explica: “Eu já fiz encontros com os responsáveis das congregações religiosas e falamos da desinformação nas igrejas sobre o TARV, mas ainda temos abandonos porque o Pastor orientou mais orações e pagamento de dízimos para curar a aids” (41 anos, feminino).

Em um olhar mais crítico dos participantes lhes parece que há falta de vontade das lideranças em assumirem o HIV como doença de todos, ao passo que são eles próprios, muitas vezes, os mentores da desinformação, não educação e má comunicação sobre o HIV/aids. Nesse sentido, o relato de P3 exemplifica: “Eu já fui nos chefes dos quarteirões e me identifiquei como PVHA e educador de par, mostrei a vontade de dar palestras na comunidade sobre HIV, mas até hoje nunca me deram oportunidade” (32 anos, masculino). Essa vontade manifestada pela PVHA, dada sua experiência de acolhimento e educação em matéria de HIV na qualidade de educador de par, perfaz o papel de não legitimação das lideranças para evitar cenários de propagação do HIV na sociedade.

Finalmente os participantes do estudo reconheceram que cada ator tem seu papel e enfatizaram que é momento de definir que práticas culturais a sociedade deve aceitar como elo de educação de geração para geração, que políticas e estratégias o país deve ter para banir as práticas de risco, que mecanismos multisetoriais deverão ser acionados para prevenir e combater a epidemia de HIV/aids.

4.5 Aspectos positivos e negativos da assistência a pessoas vivendo com HIV/aids na cidade de Maputo

Este eixo temático procurou explorar a percepção dos dois segmentos de participantes quanto ao processo de atendimento e assistência às PVHA no Sistema Nacional de Saúde com destaque para os aspectos positivos e negativos mencionados.

Diante das narrativas dos três grupos focais, das entrevistas com PVHA e com profissionais de saúde observou-se maior frequência de menções a aspectos negativos da assistência. Três categorias emergiram no que se refere aos aspectos negativos, merecendo destaque aquelas que foram mencionadas em maior frequência pelos participantes: *tempo de espera em situações de atendimento, incapacidade do Sistema Nacional de Saúde para responder à demanda e escassez de recursos humanos, medicamentos, materiais e infraestrutura*.

A categoria *tempo de espera em situações de atendimento* foi levantada majoritariamente pelos PVHA e em entrevistas dos profissionais de saúde como ilustram os trechos abaixo: "(...) *demorarmos muito nas filas, veja só fila para consulta, fila para laboratório e fila para farmácia, e na farmácia é onde se perde quase todo dia*" (GF3); "Eu acho que vir no hospital é um problema, a pessoa perde todo o dia no hospital, talvez porque somos muitos doentes e poucos hospitais" (P4, 35 anos, masculino).

A questão do tempo gasto nas unidades de saúde pelos usuários também foi expresso por profissionais de saúde, que assumem esse ponto como uma das debilidades do sistema, tal como ilustra o depoimento de PS9:

Primeiro, essa doença veio aumentar a demanda no Serviço Nacional de Saúde. Quer dizer o número de utentes com necessidades de assistência integrada e de urgência aumentou e isso tem implicação nas longas filas e muito tempo de espera para as consultas (46 anos, feminino).

Devido ao número elevado de pacientes e ao número reduzido de profissionais e de serviços, os pacientes ficam muito tempo à espera para serem consultados pelos profissionais de saúde ou fazerem outros procedimentos. O mesmo cenário foi mencionado sobre a demora para iniciar o tratamento antirretroviral para os pacientes elegíveis, segundo os critérios aprovados pelo Ministério da Saúde.

A segunda categoria relacionada aos aspectos negativos da assistência foi denominada *incapacidade do Sistema Nacional de Saúde para responder à demanda* e trata das limitações desse sistema como um todo para atender e prover assistência à população com qualidade. Segundo relatos dos dois segmentos, evidenciou-se que a primeira categoria – *tempo de espera em situações de atendimento* – está associada à segunda. Os depoimentos mostraram que as duas situações possuem relação direta, como enfatiza o trecho selecionado:

O Sistema Nacional de Saúde está sufocado. A demanda é maior e não é possível prever os estoques. Sempre temos epidemias, sempre temos casos emergenciais no país cujo orçamento geral do Estado alocado ao setor de saúde não satisfaz nem metade das necessidades. Nós vivemos na base de doações, até os fármacos gratuitos como antimaláricos, antidiabéticos, antihipertensivos, antirretrovirais, anticoncepcionais, dependemos de doações. Com tudo isso não é fácil responder as necessidades dos utentes com a qualidade desejada (PS14, 41 anos, feminino).

Nessa categoria o déficit de quase tudo foi afirmado pelos participantes. PS8, preocupada com o que fazer diante deste cenário, argumenta que *“a grande procura dos serviços de saúde associada à escassez de tudo, tudo mesmo, até as luvas de observação, testes de HIV, acabamos por perder vidas que ainda viveriam se tivéssemos intervenções certas e necessárias no momento próprio”* (35 anos, feminino).

Durante a condução do primeiro grupo focal emergiram falas sobre o reconhecimento da situação de escassez por parte das PVHA. O fato de atuarem como educadores de par – e terem uma vivência diferenciada dos demais pacientes –, permitiu que fizessem uma comparação entre o tempo dos hospitais-de-dia e o atual cenário de integração da aids nas unidades de saúde descentralizadas. O olhar minucioso dessas PVHA permitiu que avaliassem os serviços oferecidos outrora e agora, afirmando: *“Já somos muitos pacientes e agora os centros de saúde não conseguem descongestionar e ficamos todo o dia a sofrer de fome (pela demora do atendimento)”* (GF1). Essa fala ganhou unanimidade dos participantes do grupo, o que os levou a aplaudir e lançar palavras sobre a urgência na resolução do problema.

A terceira categoria se refere à *escassez de recursos humanos, medicamentos, materiais e infraestrutura*, que recebeu número elevado de menções dos dois segmentos, mas teve forte contribuição dos profissionais de saúde. As narrativas dos dois segmentos trouxeram a magnitude da falta de recursos diversos do setor saúde. Sobre isso, PS8 e PS12 afirmaram, respectivamente:

Eu vou falar do meu centro de saúde, nos dias chuvosos os pacientes passam mal, não há espaço para acomodar a todos, os corredores são pequenos e não há bancos. Somos dois técnicos para fazer todas as consultas, e por dia em média cada um observa 50 a 60 pacientes. Até às 12 horas já não consigo, mas fazer o que, tenho que atender porque não posso mandar embora (35 anos, feminino);

Como aspecto negativo, o Sistema Nacional de Saúde não consegue oferecer o que os pacientes precisam como atendimento. Rotura constante de antirretrovirais e falta de equipamentos laboratoriais para monitorar os pacientes e escassez de recursos humanos qualificados (39 anos, masculino).

Outro depoimento de realce para essa categoria foi feito por PS2, ao enfatizar que o governo parece não priorizar o setor saúde:

Olha, como país pobre e com as condições que o país tem, com o número de moçambicanos infectados, 11,5 milhões, posso dizer que estamos num bom caminho. Poderíamos estar bem longe disso, porque não faz sentido até agora não conseguirmos gerir os estoques. Há dias que ficamos sem ARVs, sem fármacos, até o contrimoxazol. Isso é grave. Entendo que dependemos de donativos, mas é momento do governo saber priorizar o setor de saúde (49 anos, feminino).

Outros aspectos negativos mencionados acerca da assistência, mas em frequência menor – muitas vezes por um participante – foram: insuficiência de preservativos, insuficiência de testes para diagnóstico do HIV, dificuldade de acesso rápido à segunda linha de TARV e ausência de estratégias para melhorar a adesão.

No que se refere aos aspectos positivos da assistência, referidos em baixa frequência já que muitas vezes nada foi mencionado sobre esse ponto pelos participantes, três categorias foram identificadas: *gratuidade dos medicamentos antirretrovirais, integração dos cuidados em HIV/aids no atendimento de doenças crônicas e redução do preconceito*".

Quanto ao acesso gratuito aos antirretrovirais, esse aspecto foi citado pelos dois segmentos, sendo que os relatos de PS7 (37 anos, feminino) e de PS14 (41 anos, feminino) exemplificam a categoria, respectivamente: "O facto dos ARV serem gratuitos e serem disponíveis. Ainda temos falta de acesso rápido à segunda linha do TARV, ainda temos burocracia, mas estamos a caminhar no bom caminho"; "o tratamento é gratuito embora com constantes roturas de estoque. Mas vamos controlando assim lentamente para satisfazer a demanda. Aliás são as condições que o país oferece"

A vantagem da gratuidade dos ARVs foi ponderada por alguns participantes que referiram uma dificuldade – que não é dos serviços e do sistema –, mas dos pacientes. Nessa perspectiva, um profissional, que já atuou como gestor de programas de saúde, argumentou que:

Os pacientes não ajudam. Já recebemos informações de medicamentos achados nos contentores de lixo, deitam os antirretrovirais e preservativos, tem má adesão e isso sob o ponto de vista de gestão é desperdício. Um recurso escasso que deveria ser útil para um paciente que precisa, mas o outro levou e não tomou. Assim, piora a miséria do Sistema Nacional de Saúde (PS6, 39 anos, masculino).

Outro profissional confirmou essa posição ao afirmar:

Olha é incrível que você recupera um gajo no estágio IV da OMS (quadro de aids), o tipo começa a andar e fica estabilizado, depois de um tempo abandona o tratamento, volta grave e aí? Fazer o quê? É mais um paciente com necessidades de cuidados intensivos e que não precisava (PS10, 28 anos, masculino).

Aqui evidenciou-se uma posição que reivindica maior responsabilidade dos usuários em seu autocuidado. A visão de alguns profissionais de saúde sobre a não aceitabilidade do diagnóstico e dificuldades de adesão das PVHA aos cuidados e tratamento é justificada como tendo aspectos negativos e positivos: positivo porque o Sistema Nacional de Saúde, mesmo com as suas limitações, consegue oferecer tratamento aos seus pacientes. A percepção negativa da gratuidade dos ARV, segundo profissionais de saúde, emergiu das constantes perguntas que recebem dos pacientes no dia-a-dia: "por quê o paracetamol e o preservativo têm custo e o antirretroviral, que não é produzido no país, tem custo zero"? Para esse segmento essa situação leva, de certa forma, ao descrédito e a não legitimação da TARV como terapia eficaz. Nessa direção, PS8 e PS3 assinalaram, respectivamente: "O facto de o tratamento ser gratuito e acessível é um ganho. Os pacientes não pagam nada e tem assistência integrada gratuita, apesar de esse ser um dos factos que leva ao descrédito e não aceitabilidade do HIV" (35 anos, feminina); "o tratamento é gratuito e muitas vezes o facto de ser gratuito os pacientes consideram como algo inválido e muitos julgam que não existe HIV por causa dos serviços gratuitos oferecidos" (25 anos, feminina).

A segunda categoria de aspectos positivos – *integração dos cuidados de aids no atendimento de doenças crônicas* – se refere às vantagens das mudanças efetuadas na rede de serviços em Maputo e em todo o país, com o processo de descentralização e a organização dos serviços na área do HIV/aids integrados à rede de atenção básica, os centros de saúde. Essa mudança parece que está tendo papel importante na transformação da concepção da enfermidade, no sentido de ser compreendida em termos de sua cronicidade, auxiliando inclusive na redução do preconceito e do estigma. Nesse sentido, a fala de PS6 (39 anos, masculino) contribuiu com essa categoria: "o aspecto positivo é a integração dos cuidados de HIV/SIDA nas consultas de doenças crônicas, assim não temos serviços diferentes e todos pacientes vão para a mesma consulta. Isso reduz a discriminação e o estigma".

A terceira categoria identificada – *redução do preconceito* – não se refere à assistência apenas mas aponta avanços na sociedade de modo geral, pois faz menção a atitudes menos preconceituosas diante da aids e das PVHA, tal como afirmaram dois profissionais de saúde: "Outro ganho é que a sociedade já reconhece o HIV como uma patologia prevenível e sem muitos mitos como havia anos atrás. Era normal o paciente de HIV ser discriminado pela família, perder emprego, mas hoje é uma convivência normal" (PS6, 39 anos, masculino); "Agora ser HIV positivo não é vergonha como em anos anteriores. Os pacientes assumem com franqueza, muita gente tem boa adesão" (PS13, 25 anos, feminino).

Essa terceira categoria, que aponta a possibilidade de uma realidade promissora e em processo de mudança em relação à soropositividade e às PVHA na percepção de profissionais de saúde, não teve contribuição desse segmento, já que nenhum participante soropositivo fez menção à redução do estigma e do preconceito, tanto nos grupos focais quanto nas entrevistas.

CAPITULO V

DISCUSSÃO

Este trabalho teve como objetivo principal analisar a percepção de pessoas vivendo com HIV/aids e de profissionais de saúde, residentes em Maputo, sobre vulnerabilidade de gênero e infecção pelo HIV. Para este capítulo, os resultados descritos na seção precedente serão discutidos e analisados à luz da literatura e com base em conceitos teóricos adotados.

Para facilitar a organização e compreensão dos vários aspectos descritos, optou-se por dividir o capítulo em seções, com base nos eixos temáticos identificados.

5.1 Vulnerabilidade de gênero e infecção pelo HIV

Este eixo primava descrever as percepções dos participantes acerca de eventuais diferenças quanto à vulnerabilidade de infecção pelo HIV entre homens e mulheres residentes na cidade de Maputo. Os dois segmentos de participantes foram quase unânimes em reconhecer que a mulher, no contexto de Maputo e do país, enfrenta maior vulnerabilidade ao HIV/aids. As vulnerabilidades – expressas nas categorias identificadas – são aquelas que estudos consideraram como determinantes da feminização da aids em Moçambique. Nessa perspectiva, Passador (2009) assinala que aspectos socioculturais são os catalizadores da disseminação de HIV/aids em Moçambique. No presente estudo, notadamente as categorias sobre a dependência e submissão da mulher e a que se refere às práticas culturais se inserem na vulnerabilidade social, segundo a abordagem de Ayres (1996).

Corroborando essa posição, Monteiro (2009) reforça que o papel subjogado da mulher no continente africano a fragiliza no processo de adoção de medidas preventivas e profiláticas, prejudicando sua capacidade de se proteger contra as ITS e o HIV, como se observou em depoimentos de mulheres participantes da pesquisa ao revelarem que se infectaram em cerimônias de pitakufa, prática cultural tida como "purificação das viúvas", ainda em vigência na sociedade, mesmo na capital do país.

Ademais, a situação de dependência econômica do parceiro parece ampliar as condições de vulnerabilidade, em uma sociedade onde a cultura machista é hegemônica. A mulher moçambicana desde a menarca é ensinada a obedecer às vontades e demandas do parceiro e, segundo as estatísticas nacionais (INE, 2007), o fato de as mulheres serem maioria entre as pessoas analfabetas e pobres amplia sua vulnerabilidade.

Pela constituição biológica, a mulher é considerada mais vulnerável à infecção pelo HIV. Vários pesquisadores como Buchalla e Paiva (2002), Silva (2009), Scott (2006) e Patrão (2009) consideram a vulnerabilidade biológica da mulher difícil de ser evitada, visto que esta está, do ponto de vista anatômico, mais propensa à exposição de fluídos sexuais, se comparada aos parceiros do sexo

masculino. No entanto, os aspectos de natureza sociocultural falam muito alto na ampliação da vulnerabilidade da mulher moçambicana.

Outro aspecto digno de destaque concerne à constatação de que os participantes defendiam pontos de vista semelhantes nesse tema, mostrando um forte consenso, se consideramos as percepções de pessoas que participaram do estudo. É possível afirmar que até os dias de hoje, a relação entre homens e mulheres na sociedade moçambicana se baseia na demarcação de papéis distintos, de certa forma favorecendo o homem, permitindo-lhe oportunidades de modo desigual em relação à mulher, ampliando suas vulnerabilidades diante do HIV/aids. Desde muito tempo a construção social do gênero feminino está baseada na submissão ao homem, na inferioridade e na incapacidade de garantir direitos iguais para ambos os sexos. Modificar essa realidade não é tarefa fácil e parece exigir a formulação de políticas e ações de diferentes atores sociais de forma integrada.

Um ponto que merece destaque é o modo como o preservativo é percebido por parcela da sociedade. Os relatos expressaram com clareza que há mitos e desinformação sobre esse insumo de prevenção, adotado mundialmente na prevenção da transmissão sexual do HIV. Os resultados que emergiram no presente estudo indicam a necessidade de redirecionar as ações educativas voltadas para o sexo seguro, em especial o uso da camisinha nas relações sexuais. Além de propiciar amplo acesso a esses insumos de prevenção de forma gratuita – o que é responsabilidade da política pública –, deveria haver maior investimento em ações educativas (campanhas em mídias diversas, valorizando atividades em escolas, locais de trabalho e associações comunitárias, como oficinas de sexualidade e práticas seguras com grupos menores de participantes) direcionadas ao uso correto da camisinha e à modificação da desinformação e de crenças negativas sobre o preservativo. O estudo mostrou mitos e crenças acerca da camisinha que são fortes barreiras à sua inserção como estratégia preventiva.

5.2 Pobreza e infecção pelo HIV

Esse eixo temático identificou a percepção dos participantes acerca de eventuais relações entre condição de pobreza e vulnerabilidade de infecção pelo HIV. Os resultados obtidos nos grupos focais e nas entrevistas de PVHA e profissionais de saúde mostraram duas vertentes: algumas PVHA não consideraram que a pobreza pode servir como condição para a prática de atividades de risco de infecção pelo HIV; por outro lado, os profissionais de saúde e a maioria dos PVHA consideraram que de fato a pobreza aumenta os níveis de vulnerabilidade para infecção pelo HIV, enquanto que a aids parece ser um fator de vulnerabilidade para a pobreza, fazendo uma espécie de círculo vicioso. Vale ressaltar ainda que vários participantes afirmaram que práticas de prostituição adotadas por pessoas pobres para melhorar sua renda, muitas vezes banalizando o uso de insumos de prevenção, são fatores de risco para a infecção pelo HIV. Nessa direção, Underwood (2011) assinala que a falta de condições

financeiras para acesso a bens de primeira necessidade levam pessoas em idade sexualmente ativas a optarem pela venda de sexo e sexo transgeracional em troca de dinheiro para sobrevivência. Este tipo de vulnerabilidade também foi destacada por Villela e Madden (2009) ao afirmarem que alguns jovens moçambicanos fazem sexo comercial em troca de dinheiro ou bens e que não consideram essa prática como prostituição, pois se inclui em uma espécie de *modus vivendi* aceito pela sociedade, sendo que até os pais desses jovens observam essa realidade de forma tolerante e indulgente.

Os resultados do presente estudo vão ao encontro de dados como aqueles reportados no Relatório Anual sobre a Pobreza, publicado no ano 2004, no qual o governo moçambicano reconheceu a íntima relação entre pobreza e aids, ressaltando como uma das estratégias para o seu combate a participação da sociedade civil e o fortalecimento de movimentos sociais de pessoas vivendo com HIV/aids, sendo essa posição também reforçada nos estudos de Arthur (2007), Bila (2013) e Cau e Arnaldo (2013).

A ligação entre pobreza e condição de soropositividade é uma espécie de espinha dorsal no caso do HIV/aids. A infecção por doenças oportunistas decorrentes da imunodeficiência, dificuldades de adesão ao tratamento e morte precoce aumentam com a pobreza (INE, 2008-2010). O ex-presidente sul-africano destacou a pobreza como um fator contribuinte para a epidemia de aids ao afirmar que a pobreza é o maior assassino do mundo e é a maior causa de problemas de saúde e de sofrimento do planeta, exemplificando com as condições dos povos que vivem na África Subsaariana. Esse discurso quebrou o silêncio da maioria dos líderes políticos da região em matéria de prevenção e de aids. No entanto, ele recebeu críticas pois sua afirmativa subestimava a ocorrência da epidemia, independente de condições socioeconômicas (Makgoba, 2000).

Destacando a percepção de segmentos da população moçambicana sobre as prováveis causas da disseminação da aids, nota-se uma orientação direcionada aos comportamentos de risco individual, visando a modificação destes, como a única solução para o problema. Há décadas que teorias de objetivação foram usadas para explicar os portadores da doença: HIV/Aids era considerada uma condição de pessoas com má conduta social, com múltiplos parceiros sexuais e usuários de drogas. Devido a essa concepção, o nível de estigmatização e discriminação dos pacientes com aids aumentou e os familiares de PVHA tendiam a esconder seu parente soropositivo.

Atualmente, a valorização de determinantes do contexto sociocultural, econômico e de desigualdades de gênero tem prevalecido ao se discutir as vulnerabilidades de infecção pelo HIV em sociedades diversas (Barnett & Whiteside, 2002; Cohen, 2000; Fenton, 2004). No presente estudo, categorias evidenciadas – nos eixos vulnerabilidade de gênero e infecção por HIV e práticas culturais especialmente – indicaram forte predomínio de determinantes programáticos e sociais de vulnerabilidade, tal como definido por Ayres (1996). Assim, é ingenuidade considerar que pessoas, ou seja, que aspectos subjetivos e individuais consigam reorientar ou reverter vulnerabilidades fortemente consolidadas na sociedade em tela.

A evidente associação entre aids e pobreza tem sido tema atual no país. A recente alteração do PARPA para PARP, ou seja, a não aceitação pelo governo de que existe pobreza absoluta na sociedade moçambicana, tem suscitado várias críticas no meio acadêmico (Bila, 2013; Brito, 2012; Castel-Branco, 2012). Brito (2012) ressaltou que não basta à atenção das mídias e os debates públicos promovidos pelo governo para persuadir a sociedade que a pobreza já não é absoluta e está diminuindo. Para esse autor o governo está tomando uma posição defensiva, sendo que não há vontade política para questionar as propostas do PARPA e do PARP, e que não existem sinais claros do governo para compreender as falhas e limitações dos planos até agora implementados.

Por fim, merece destaque o documento oficial que ilustra as tendências de prevalência de HIV/aids em Moçambique, o INSIDA (2009), ao trazer uma associação da população mais vulnerável, ou seja mais pobre, composta de jovens desempregados e de usuários de drogas, como aqueles que possuem maior probabilidade de exercerem atividades de risco de infecção pelo HIV, ignorando as medidas preventivas.

5.3 Práticas culturais da sociedade moçambicana e infecção pelo HIV

Esse eixo temático versou sobre a percepção dos participantes acerca da vulnerabilidade de infecção pelo HIV associada às diversas práticas culturais tradicionais ainda muito frequentes na sociedade moçambicana. Os participantes de modo geral, tanto para PVHA quanto os profissionais de saúde consideraram que essas práticas aumentam o risco de infecção pelo HIV.

Passador (2009), no seu estudo sobre “Tradição, pessoa, gênero e DST/HIV/aids no sul de Moçambique”, ensina que – para melhor compreender como as práticas tradicionais exercem influência sobre a vulnerabilidade às ITS e HIV –, é necessário reconhecer a relevância que as comunidades dão a essas práticas culturais, pois carregam valores simbólicos da sociedade, significando troca de objetos, hábitos, costumes, rituais, ganhando legitimidade no seio de seus adeptos.

Uma das práticas consideradas de maior risco é a *pitakufa/kudjinga*, a famosa cerimônia de purificação da viúva, praticada até os dias atuais no centro e sul de Moçambique. Bastos, citado por Saldanha (2003), argumenta que práticas como essa ampliam a vulnerabilidade feminina à infecção de ITS/HIV pois, além de suas características essenciais, há a obrigação de fazer sexo com um parente do falecido sem preservativo, o que aumenta fortemente a possibilidade de exposição ao HIV em uma sociedade com índices elevados de prevalência.

A prática de poligamia – presença de muitos parceiros sexuais ou simplesmente *Mbuias* – aparece na literatura internacional como um dos veículos de propagação do HIV, bem como o sexo comercial e o transgeracional. Este estudo mostrou que ter muitas mulheres, sejam Mbuias ou esposas, é aceito na cidade de Maputo. Mesmo com as campanhas de sensibilização e educação levadas a cabo pelo governo e os parceiros de cooperação, fatos indicam que há muito que caminhar

para reduzir ou modificar essas práticas. Assim, em algumas avenidas e ruas de Maputo é visível a circulação de jovens a procura de clientes, sendo que autores como Araújo (2005) e Bastos (2000) alertam para esses fatores de risco de propagação da epidemia de aids no contexto do país. No estudo desenvolvido por Bandali (2012), para avaliação de risco e estratégias de redução de risco em Cabo Delgado, constatou-se que grande parte das jovens não usava o preservativo com regularidade e tinham diferentes parceiros sexuais.

Outra prática cultural bem focalizada no presente estudo, principalmente pelas PVHA, foram as tatuagens e a circuncisão masculina tradicionais, já que em ambas se usa objetos cortantes como lâminas e facas. No contexto da epidemia de aids, o uso e compartilhamento de objetos perfuro-cortantes é considerado prática de extremo risco, devido à transmissão sanguínea do HIV.

Vale ressaltar que essas tatuagens diferem daquelas em voga no mundo ocidental, que em geral já possuem regulamentações das autoridades sanitárias de diferentes países acerca de como proceder, visando evitar compartilhamento de objetos perfuro-cortantes, por exemplo. As tatuagens da cultura moçambicana – valorizadas como procedimentos que trazem beleza e sensualidade às mulheres –, são feitas nos membros inferiores e no abdômen e servem como fator de atração e excitação do parceiro sexual. Fica fácil entender o forte apelo que essa prática exerce sobre o público feminino nas comunidades que a valorizam, pois ter ou não o corpo tatuado tem grande repercussão na vida conjugal e sexual.

No caso da circuncisão em pessoas do sexo masculino, que tem um efeito relevante na prevenção da transmissão do HIV chegando a ser recomendada por organismos internacionais e adotada em alguns países do continente africano como estratégia preventiva, o risco se deve ao modo como é praticada, além de contar com o aval de pessoas responsáveis pela criança ou adolescente, como pais e familiares.

Ambas as práticas poderiam ser perpetuadas como expressões legítimas da cultura de uma comunidade. O que poderia fazer diferença relevante, de modo que deixassem de se constituir em risco de transmissão do HIV, seria a regulamentação das mesmas pelas autoridades sanitárias, ao lado da educação da população quanto à necessidade de realização de procedimentos seguros e confiáveis. No caso da circuncisão, a rede de serviços de saúde poderia passar a executar esse procedimento, com os cuidados necessários para prevenir a infecção pelo HIV e outras enfermidades de transmissão sanguínea. Para o êxito dessas medidas, a sanção a curandeiros que as praticam na forma arriscada deve ter lugar, sendo valioso o papel educativo de lideranças comunitárias, religiosas e políticas, tal como exemplificado pelos participantes do presente estudo.

5.4 Papel das lideranças no processo de luta contra o HIV/aids

Este eixo temático procurou saber dos participantes como as diversas lideranças – políticas, comunitárias e religiosas – se envolviam no processo de mitigação da epidemia de HIV/aids na

sociedade, segundo suas visões. A discussão dos três GF, as entrevistas com PVHA e profissionais de saúde indicaram duas posições: o reconhecimento e indicação de sugestões às lideranças em prol da luta contra o HIV/aids e o descrédito acerca do que pode ser feito por grande parte dessas lideranças, sendo que muitos relatos assumiram tom de denúncia, já que elas legitimariam e até seriam atores de muitos atos que ampliam os contextos de vulnerabilidade ao HIV na sociedade.

Passador (2009) explica que o papel das lideranças no desenho de estratégias de prevenção e de autocuidado são importantes para que a população as aceite e as reconheça como intervenção de saúde pública. Participantes do estudo falaram nessa direção, indicando que as lideranças deveriam servir de exemplo em contextos diversos como situações de testagem sorológica e de autocuidado no caso de pessoas soropositivas, atuando em intervenções de naturezas diversas. Os participantes sugeriram que as lideranças assumissem papéis proativos tanto na esfera preventiva quanto de tratamento. Um exemplo de um ato de proatividade e envolvimento na luta contra a aids de uma grande liderança africana foi o ato de Nelson Mandela que, em 2007, reconheceu publicamente que seu filho faleceu por doenças associadas à aids por não adesão aos cuidados clínicos, o que determinou o agravamento da doença.

Muitos autores (Butler, 2000; Fenton, 2004) reconhecem que as condições sociopolíticas e econômicas dos países africanos condicionam as estratégias de luta contra a doença do século. Nesta perspectiva, a elaboração de leis ou normas para controlar e restringir as práticas de risco de infecção pelo HIV, ao lado da realização de ações e programas preventivos abrangentes para a sociedade moçambicana, pode ser uma das alternativas para mitigar a epidemia. Foi frequente a recomendação feita pelos participantes no sentido de se banir práticas que vulnerabilizam mulheres e homens e os expõem ao HIV, o que implica a adoção de sanções que exigem forte vontade política de parte dos governantes, mas que deverão contar com o apoio da sociedade. Apesar de avanços da representação dos segmentos políticos, religiosos e comunitários no Conselho Nacional de Combate ao HIV/aids, os componentes estruturais e a continuidade da realização de cerimônias de risco – como *pitakufa*, *lobolo*, *catorzinhas/mbuias* – continuam a preservar a posição masculina dominante, restringindo a autonomia e a independência da maioria das mulheres, conforme assinala Tvedten (2010).

O que chamou a atenção nesse eixo temático foram as palavras de descrédito e crítica, e mesmo de denúncia, dos participantes em relação a atitudes de lideranças, com mais ênfase em direção às religiosas e comunitárias. Em Moçambique, a definição de políticas públicas articuladas na luta contra o HIV/aids tiveram início apenas na segunda metade da década de 1990, com a implementação de uma articulação institucional, traduzida na criação de um órgão coordenador, segundo Mejia et al (2007). Na percepção dos participantes do estudo parece que as lideranças criam instituições para lutar contra o HIV, porém eles próprios, como sujeitos políticos, comunitários e religiosos continuam com atitudes que não ajudam na luta contra a epidemia, ao contrário, apoiam, legitimam, fazem vistas grossas e até atuam em conformidade com muitas dessas práticas. Assim, muitas lideranças

consolidam o poder patriarcal, estimulando e consolidando as desigualdades de gênero (Arthur, 2007).

Segundo Zimba e Castiano (2005), as lideranças devem ser o exemplo de boas práticas no contexto social, ganhando o respeito da população. Caso as lideranças não atuem de forma coerente e digna – tal como os participantes deste estudo mencionaram – significa que seus papéis são postos em causa e suas legitimidades ficam em xeque.

5.5 Aspectos positivos e negativos da assistência a pessoas vivendo com HIV/aids na cidade de Maputo

Este eixo temático explorou a percepção dos dois segmentos de participantes quanto ao processo de atendimento de PVHA no Sistema Nacional de Saúde, com destaque para os aspectos positivos e negativos. A descrição dos aspectos tidos como negativos da assistência foram mais frequentes em relação aos positivos: tempo elevado de espera nos atendimentos, incapacidade do sistema em responder à demanda com qualidade, escassez de recursos humanos, de medicamentos e de infraestrutura. A pouca menção a aspectos positivos pode ser considerado um indicador dos imensos desafios ainda presentes na esfera assistencial e da atenção às PVHA na realidade de Maputo.

No que tange à gratuidade dos ARV *versus* aceitabilidade do diagnóstico e adesão ao tratamento, vale notar que há preconceitos sobre a eficácia da TARV, que de certa forma geram a descontinuidade do tratamento ou adesão irregular. Estudo de Drezett, Baldacini, & Nisida (1999) identificou que a descontinuidade da TARV em 47 mulheres submetidas à triterapia antirretroviral pós violência sexual foi de 24,2%. Segundo o mesmo estudo, algumas pacientes justificaram as razões de abandono da terapia argumentando fatores diversos e outras simplesmente mantiveram-se em silêncio.

Campêlo e Lacerda (2007), por sua vez, associaram o nível de abandono de TARV com escolaridade e sexo: eles concluíram que menor nível de escolaridade e sexo masculino tinha maior probabilidade de abandonar a TARV do que mulheres ou pessoas com nível mais alto de escolaridade. Nesse exemplo, determinantes de gênero e socioeconômicos parecem afetar a adesão, indo ao encontro de resultados de estudos realizados com populações brasileiras, que também verificaram associação entre abandono e baixa escolaridade (Santos & Seidl, 2011) e entre adesão insuficiente e níveis educacionais mais baixos (Seidl, Melchíades, Farias, & Brito, 2007). No entanto, ambos não encontraram associação com a variável gênero.

A visão de profissionais de saúde é de que, muitas vezes, não há colaboração dos pacientes e há falta de aceitação do diagnóstico. A não adesão a cuidados de saúde e tratamentos é amplamente reconhecida na literatura como um tema de interesse científico, existindo atualmente uma discussão mais ampliada dessa questão, principalmente associada a doenças crônicas, que investiga os aspectos

biopsicossociais, na medida em que adesão é um fenômeno multideterminado, complexo e plural (Brasil, 2008).

Na literatura, existem várias definições de adesão, que vão desde o conceito que entende o paciente como aquele que cumpre regras, obedecendo às prescrições médicas, até o entendimento de que adesão é um processo compartilhado entre profissional de saúde e usuário, que envolve uma decisão autônoma e o compromisso do paciente com seu autocuidado. Diante das escassez de recursos humanos, infraestruturas precárias e insuficiência de medicamentos, entre outras condições adversas que penalizam os pacientes e prejudicam a qualidade da assistência, pode-se aventar que esses aspectos prejudicam fortemente a adesão à TARV de parte de PVHA residentes em Maputo.

Alguns profissionais de saúde ressaltaram a dependência do sistema de donativos e a ausência de estratégias para melhorar adesão. Aliás, a questão de falta de recursos materiais e humanos para os setores públicos-chaves, como saúde e educação, têm sido debatidas em vários fóruns em Moçambique. Os provedores de saúde não percebem porque, até o presente momento, já que a economia moçambicana é considerada pelos políticos em franco desenvolvimento, que o orçamento alocado ao setor de saúde seja ínfimo. Brito (2012) considera que esse é um problema que o governo deve resolver, visto que advoga menos pobreza, mas existem mais pobres no país escondidos pelo governo em afirmações tais como "padrões de pobreza analisados em vários prismas, apoiam a ideia de que Moçambique está gradualmente a mover-se em direção às metas de redução da pobreza" (Brito, 2012, p. 27, citando GdM, relatório preparado para o G19).

Os resultados do estudo apontam para a necessidade de definir que práticas culturais a sociedade deve aceitar como elo de educação de geração para geração, que políticas e estratégias o país deve fortalecer para modificar as práticas de risco e, por fim, que mecanismos multisetoriais deverão ser acionados para prevenir e combater a epidemia de HIV/aids de forma efetiva.

CAPÍTULO VI

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desse estudo permitiram identificar que a vulnerabilidade do gênero feminino e infecção pelo HIV é uma associação presente na sociedade moçambicana, ao lado de outros desafios identificados, como pobreza e infecção pelo HIV, o papel de práticas culturais nessa vulnerabilidade e a responsabilidade de lideranças no combate ao HIV/aids.

Diante da escassez de pesquisas que investigaram a relação entre gênero e HIV/aids e outras dimensões da vulnerabilidade na realidade de Maputo, o presente estudo representou uma contribuição importante ao analisar a percepção de dois segmentos de participantes envolvidos diretamente no tema: PVHA e profissionais de saúde que atuam em HIV/aids.

Os aspectos metodológicos do estudo se mostraram satisfatórios e permitiram que seus objetivos fossem alcançados. A aplicação do estudo piloto em um grupo reduzido de PVHA e profissionais de saúde, fez-se muito útil para que certas dificuldades do instrumento fossem identificadas e reformuladas. O procedimento de coleta de dados se mostrou adequado aos participantes e aos objetivos do estudo.

Considerando a proposta para essa pesquisa, pode-se dizer que os objetivos foram atingidos. No entanto, é importante considerar as limitações do estudo. Uma limitação se referiu ao caráter de conveniência na seleção dos participantes. As entrevistas com profissionais foram difíceis de serem realizadas devido à pouca disponibilidade de tempo dos mesmos, sendo que houve vários reagendamentos até que se conseguiu efetuar uma entrevista.

Vale lembrar que o número reduzido de entrevistas individuais dos PVHA deveu-se ao critério de saturação, dado que o conteúdo oriundo dos grupos focais foi rico e atendeu aos objetivos. Um aspecto a ser mencionado é que o segmento de educadores de par – que foi o maior número de participantes da pesquisa – é diferenciado do conjunto de pessoas vivendo com HIV/aids: são mais informadas e se aproximam dos profissionais de saúde dada a prática que exercem nos serviços de saúde. Assim, a clareza e a contundência acerca de temas investigados no estudo poderiam sofrer alteração se o segmento PVHA não tivesse sido representado por educadores de par. De qualquer forma, esse aspecto não chega a ser uma limitação do estudo.

Como estudo futuro poder-se-ia pensar em uma investigação sobre a estratégia ABC que Moçambique adotou, para melhor avaliar o nível de aceitabilidade da população no contexto rural, periurbano e urbano, visto que as taxas de prevalência de HIV no país se caracterizam com base em cada região e poderio econômico. Uma outra pesquisa de interesse poderia focalizar conhecimentos e mitos sobre o preservativo e práticas de sexo seguro em setores da população moçambicana, tendo em vista as crenças negativas sobre esse insumo de prevenção que apareceram na pesquisa, fortes barreiras à sua inserção como estratégia preventiva à infecção pelo HIV.

Referências

- Abrahamsson, H. (2001). *Aproveitando oportunidades: espaço de manobra numa ordem mundial em transformação: o caso de Moçambique*, Maputo.
- Adimora, A. A., & Schoenbach, V. J. (2002). Contextual factors and the black-white disparity in heterosexual HIV transmission. *Epidemiology*, 13(6), 707-712.
- Alves, R.N., Kovács, M.J., Sal, R., & Paiva, V. (2002). Fatores psicossociais e a infecção por HIV em mulheres, Maringá, PR. *Revista de Saúde Pública*, 36(4), 32-39.
- Araújo, M. F. (2005). Diferença e igualdade nas relações de gênero: revisitando o debate. *Psicologia Clínica*, 17(2), 42-51.
- Arnaldo, C., & Francisco, A. (2004). *As características sócio-económicas dos distritos com postos de vigilância epidemiológica do HIV/aids e sua influência na taxa de prevalência do HIV em Moçambique*. Centro de Estudo da População e Desenvolvimento. Maputo: UEM.
- Arthur, M. J. (2007). *Memórias do Activismo pelos Direitos Humanos das Mulheres. Recolha de textos publicados no boletim outras vozes 2002-2006*. Moçambique: WLSA.
- Audet, C. M., Burlison, J., Moon T.D., Sidat, M., Vergara, A., & Vermund, S. H. (2010). Sociocultural and epidemiological aspects of HIV/AIDS in Mozambique. *BMC International Health and Human Rights*, 23(5) 23-30.
- Ayres, J. R. C. M. (1996). *HIV/aids, DST e abuso de drogas entre adolescentes. Vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas*. São Paulo: Casa de Edição.
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: LDA.
- Barnett, T. A., & Whiteside, J. (2002). *Poverty and HIV/AIDS: Impact, coping and mitigation policy. AIDS, public policy and child well-being*. France, UNICEF-IRC.
- Bastos, F. I. A. (2000). Feminização da Aids no Brasil: determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento. *Saúde Sexual e Reprodutiva*, 3, 210-230.
- Bates, I. (2004). Vulnerability to malaria, tuberculosis, and HIV/AIDS infection and disease: Determinants operating at individual and household level. *Lancet publishing*, 1(4), 267-277.
- Bauer, M. W., & Gaskell, G. (2006). *Qualitative researching, with text, image and sound: A practical handbook*. London.
- Beúla, M. J., & Félix, A. B. (2012). Pobreza em Moçambique põe o governo e seus parceiros entre a espada e a parede. *Boletim Ideias*, 31(3), 54-70.
- Bila, J. (2013). *Direitos Humanos em África: Questões moçambicanas*. S. Paulo: Editora Livre Expressão.
- Bloom, D. E., & Silvia, J. (2001). *Health, wealth, AIDS and poverty: The case of Cambodja*. Geneva: UNAIDS.
- Booyesen, F. L. R. (2004). HIV/AIDS, poverty and risky sexual behavior in South Africa. *African Journal of AIDS*, 3(1), 57-67.

- Borges, C.D., & Santos, M. A. (2005). Aplicações da técnica do grupo focal: fundamentos metodológicos, potencialidades e limites. *Revista da SPAGESP*, 6(1),74-80.
- Brambatti, L.P. (2007). *Compartilhando olhares, diálogos e caminhos: adesão ao tratamento anti-retroviral e qualidade de vida em pessoas vivendo com HIV/Aids em Maputo, Moçambique*. Tese de doutorado não publicada, Universidade de Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids (2008). *Manual de Adesão ao Tratamento para Pessoas Vivendo com HIV e Aids*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brito, L. (2012). Pobreza, “PARPAS” e governação. Em L.Brito., C.N. Castelo- Branco, S. Chichava & A. Francisco (Eds.), *Desafios para Moçambique 2012* (pp. 25-42).
- Buchalla, C. M., & Paiva, V. (2002). Da compreensão da vulnerabilidade social ao enfoque multidisciplinar. *Revista de Saúde Pública*, 36(4), 117-119.
- Butler, C. (2000). HIV and AIDS, poverty and causation. *Lancet Publishing*, 356, 1445-1446.
- Calman, K.C. (1997). *Equity, poverty and health for all*. *British Medical Journal*, 314(1187), 11-17.
- Carlini-Cotrim, B. (1996). Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. *Revista de Saúde Pública*, 30(3), 285-293.
- Campêlo, E.H.B., & Lacerda, H. R. (2007). A relação da escolaridade e o sexo dos pacientes portadores de AIDS no HC-UFPE no abandono ao tratamento antirretroviral. *Anais do XV Congresso de Iniciação Científica da UFPE*, Brasil.
- Casimiro, I. (2004). Feminismo e direitos humanos das mulheres. Em M. J. Arthur (Ed.), *Memórias do activismo pelos direitos humanos das mulheres. Recolha de textos publicados no boletim outras vozes 2002-2006*. Moçambique: WLSA.
- Castel-Branco, C.N., & Ossemame, R. (2012). Políticas monetárias e redução da pobreza em Moçambique: discussão crítica. Em L. Brito, C.N. Castel-Branco, S. Chichava & A.Francisco (Eds.), *Desafios para Moçambique*, 2012 (pp.185-219).
- Cau, B. M., & Armando, C. (2013). *Dinâmicas da população em Moçambique*. Maputo: Centro de Pesquisa em População e Saúde/UEM.
- Centro de Análises Políticas da FLCS/UEM (2009). *Economia, política e desenvolvimento*. Maputo: Universidade Eduardo Mondlane.
- Cohen, D. (2000). *HIV and development program: Mainstreaming the policy and programming response to the HIV Epidemic*. UNDCP.
- Collins, J., & Raul. B. (2000). *AIDS in the context of development: Program on social policy and development*. UNRISD/UNAIDS.
- Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA (2009). *Relatório de indicadores de prevalência de HIV/SIDA em Moçambique*, Maputo.
- Cossa, I. A. (2010). A festa da Umhlanga. *M de Moçambique*, Ano 1(5), 18-20.
- Estavela, A. J. (2007). *How do young people aged 14-24 perceive prevention programs related to HIV/AIDS in Maputo City*. Tese de Mestrado não publicada. Universidade de Copenhagem.

- Fenton, L. (2004). Preventing HIV/AIDS through poverty reduction: The only sustainable solution? *Lancet Publishing*, 364, 1186-1187.
- Fleith, D. S., & Costa Junior, A. (2005). Métodos de pesquisa em psicologia do desenvolvimento: o que é relevante considerar? In M. A. Dessen. & A. L. Costa Junior (Eds.), *A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras* (pp. 37-49). Porto Alegre: Artmed.
- Flick, U. (2009). *Introdução à pesquisa qualitativa* (3ª ed.). Porto Alegre.
- Fonseca, R. G. S. (2005). Equidade de gênero e saúde das mulheres. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39(4), 450-459.
- Gaspar, F. (2005). *O papel das ciências sociais na luta contra a malária e o HIV/SIDA: o combate contra a malária, uma prioridade das ciências sociais em Moçambique*.
- Governo de Moçambique (2001). *Boletim da República. Publicação Oficial da República de Moçambique*. 4º Suplemento. Diploma Ministerial nº 183-A/2001.
- Governo de Moçambique (2011-2012). *Plano de ação de redução da pobreza (PARP) 2011-2014*. Maputo.
- Guedes, R. N., Silva, A. T. M., & Fonseca, M. R. G. S. (2009). Violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. *Revista de Enfermagem*, 13(3), 625-631.
- Grezoski, A. C. (2005). *Mito da tutela penal no combate à violência de gênero ocorrida no âmbito doméstico e familiar*. Monografia de Graduação em Direito. Universidade do Sul de Santa Catarina, Florianópolis, SC.
- ICAP (2010). *Annual Preliminar Report*. Maputo: ICAP.
- ICAP & Pathfinder International (2011). *Avaliação conjunta das actividades desenvolvidas por Educadores de Pares em Maputo e Inhambane*. Maputo: ICAP.
- Iervolino, S. A., & Pelicioni, M.C.F.A. (2001). Utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 35 (2), 115-121.
- Instituto Nacional de Estatística - INE (2011). *Inquérito Demográfico e de Saúde. Relatório preliminar*, Maputo.
- Instituto Nacional de Estatística - INE (2008). *Mulheres e homens em Moçambique: indicadores selecionados de gênero*. Maputo.
- Instituto Nacional de Estatística - INE (2007). *Indicadores Demográficos*. Maputo: INE.
- Instituto Nacional de Estatística - INE (2008-2010). *Impacto Demográfico de Aids em Moçambique*. Maputo: INE.
- Instituto Nacional de Saúde - INS (2011). *Relatório geral do oitavo painel de proficiência da testagem do HIV em Moçambique*, Maputo.
- Instituto Nacional de Saúde - INS (2013). *Relatório geral da testagem de proficiência de ensaios laboratoriais. Ensaio PNAEQ 04*. Maputo.

- Instituto Nacional de Saúde (2009). *INSIDA - Inquérito Nacional de Prevalência, riscos comportamentais e infeção sobre HIV e SIDA em Moçambique*. Relatório Final, Maputo.
- INS, CDC, PI, I-TECH (2012). *The integrated biological and behavioral survey among female sex workers, Mozambique 2011– 2012. Final Report*. Maputo: INS.
- Jewkes, R., Levin, J., & Penn-Kekana, L.(2003). Gender inequalities, intimate partner violence and HIV preventive practices: findings of a South African cross-sectional study. *Social Science Medicine*, 56,125.
- Laville, C., & Dionne, J. (1999). *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Loforte, A. M. (2003). Mulheres, poder e tradição em Moçambique. Em M. J. Arthur (Eds.), *Memórias do activismo pelos direitos humanos das mulheres*. Recolha de textos publicados no boletim outras vozes, 2002-2006 (pp.207-222). Moçambique: WLSA.
- Makgoba, M. W. (2000). HIV/AIDS: The peril of pseudoscience. *Science*, 288(5),1171.
- Marques, H. S., Silva, N. G., Gitierrez, P. L., & Lacerda, R., (2006). A revelação do diagnóstico na perspectiva dos adolescentes vivendo com HIV/Aids e seus pais educadores. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(3), 619-629.
- Matabele, V. S. (2005). O papel da mulher na luta contra a pobreza absoluta em Moçambique. Em B. Zimba. & J. P. Castiano (Eds.), *As ciências sociais na luta contra a pobreza em Moçambique* (pp. 61-74). Maputo.
- Matsinhe, C. (2005). *Tábula rasa: dinâmica da resposta moçambicana ao HIV/SIDA*. Maputo: Texto Editores.
- Mejia, M., Osorio, C., & Arthur, M.J. (2007). *Gabinetes de atendimento da mulher e da criança: análise dos casos registados*. In M. J. Arthur (Eds.), *Memórias do activismo pelos direitos humanos das mulheres*. Recolha de textos publicados no boletim outras vozes, 2002-2006 (pp.135-140). Moçambique: WLSA
- Meyer, D.E.E., Mello, D.F., Valadão, M.M., & Ayres, J.R.C.M. (2006). “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(6),1335-1342.
- Ministério da Saúde da República de Moçambique (2002). *XXVII Conselho Coordenador de Saúde*. Maputo: MISAU
- Ministério da Saúde da República de Moçambique (2008). *Ronda de vigilância epidemiológica*. Maputo: MISAU.
- Ministério da Saúde da República de Moçambique (2008). *Impacto do HIV/SIDA em Moçambique: atualização da ronda de vigilância epidemiológica de 2007*. Maputo: MISAU.
- Ministério da Saúde da República de Moçambique (2004). *Plano estratégico nacional de combate às ITS/HIV/SIDA sector saúde 2004-2008*. Maputo: MISAU.

- Ministério da Saúde da República de Moçambique (2007). *Plano nacional estratégico do setor de saúde 2007- 2012*. Maputo: MISAU.
- Ministério da Mulher e Ação Social (2008). *Política de gênero e estratégias da sua implementação*. Maputo: MMAS
- Monteiro, S. (2009). Fórum: desafios da prevenção das DST/AIDS em países africanos de língua oficial portuguesa: contribuições da pesquisa social e do recorte de gênero. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(3), 677-679.
- Médicos Sem Fronteira (2011). MSF em Moçambique 2001-2010: dez anos de projecto de HIV. Acessado em 3 de fevereiro de 2014.
http://www.misau.gov.mz/pt/hiv_sida/programa_de_tratamento_antiretroviral_tarv/dados_tarv_nacionais.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2011). *Relatório Anual de Saúde*. Genebra: OMS.
- Passador, L. H. (2009). “Tradição”, pessoa, gênero e DST/HIV/AIDS no Sul de Moçambique. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(3), 687-693.
- Patrão, M. N. (2009). *UNESCO and the principle of respect for human vulnerability*. Geneva.
- Pruhal, A. S. C., & Weser, D. (1991). Sexual behavior AIDS and poverty in Sub-Saharan Africa. *International Journal of STD/AIDS*, 2(1), 1-9.
- Raimundo. I. M., & Muanamoha, R.C.(2013). A dinamica migratória em Moçambique. In C. Arnaldo & B. M. Cau (Eds.), *Dinâmicas da população e saúde em Moçambique* (pp. 157-182). Maputo: CEPSA.
- Raimundo, I. (2009). Mobilidade da população, pobreza e feitiçaria no meio rural em Moçambique. Em CAP/UEM (Eds.), *Economia, política e desenvolvimento* (pp. 20-32). Maputo: UEM.
- Reis, R. K., & Gir, E. (2010). Convivendo com a diferença: o impacto do soro discordância na vida afetiva-sexual de portadores do HIV/Aids. *Revista da Escola de Enfermagem, USP*, 44(3), 759-765.
- Relatório Nacional de Desenvolvimento Humano (2005). *Desenvolvimento humano até 2015: alcançando os objetivos de desenvolvimento do milênio*. Maputo: RNDH.
- Saldanha, A.A.W. (2003). *Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da seropositividade ao HIV por mulheres infectadas e em relacionamento estável*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade de São Paulo, SP.
- Santos, M. (2005). O call e o possível papel na disseminação de informação sobre o HIV/SIDA em Moçambique. Em B. Zimba. & J. P. Castiano (Ed.), *As ciências sociais na luta contra a pobreza em Moçambique* (pp. 85-960). Filsom Entertainment.
- Santos, F.B., & Seidl, E.M.F. (2011). Caracterização de pessoas vivendo com HIV/aids em abandono de tratamento antirretroviral e a busca consentida de casos. *Brasília Médica*, 48(3), 268-276.
- Serra, C. (2005). *Ciências, cientistas e investigação: manifesto do reencantamento social*. Maputo: UEM. Imprensa Universitária.

- Scott, J. (1991). *Gênero: Uma categoria útil para análise estrutural*. Recife: SOS Corps.
- Scott, P. (2006) Re-assentamento, saúde e insegurança em Itaparica: um modelo de vulnerabilidade em projetos de desenvolvimento. *Saúde e Sociedade*, 15(3), 74-89.
- Silva, C.M. & Vargens, O. M. C. (2009). Percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DTS/HIV. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(2), 401- 406.
- Silva, T. (2003). Violência doméstica: fatores e discursos. Em B. S. Santos & J. C.Trindade. (Eds.), *Conflito e transição das justiça social: Uma paisagem das justiça em Moçambique* (pp. 33-49). Edições Afrontamento.
- Seidl, E.M.F., Melchíades, A., Farias, V., & Brito, A. (2007). Pessoas vivendo com HIV/aids: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(10), 2305-2316.
- Takahashi, R. F., Shima, H., & Souza, M. (1998). Mulher e AIDS: perfil de uma população infectada e reflexões sobre suas implicações sociais. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 6 (5), 59-65.
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507-514.
- Turmen. T. (2003). Gender and HIV/AIDS. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 82, 411–418.
- Tvedten I., Paulo, M., & Toumien, M. (2009). *Se homens e mulheres fossem iguais, todos nós seríamos simplesmente pessoas: gênero e pobreza no norte de Moçambique*. Relatório do Chr. Michelsen Intitute, Noruega.
- Tvedten I., Paulo, M., & Toumien, M. (2010). Gênero e pobreza em Moçambique. *Chr Michelsen Institute*, 9(6), 1-4.
- UNAIDS (1999). *Gender and HIV/AIDS: Taking stock of research and program*. Geneva: UNAIDS.
- UNAIDS (2004). *Global report on the AIDS epidemic 'ABC'*. Geneva: UNAIDS.
- UNAIDS (2009). *Report on the global AIDS epidemic: Executive summary*. Geneva: UNAIDS.
- Underwood, C., Skinner. J., Osman, N., & Schwandt, H. (2011). Structural determinants of adolescent girls' vulnerability to HIV: Views from community members in Botswana, Malawi, and Mozambique. *Social Science & Medicine*, 73 (2011), 343-350.
- UNDCP (2001). *HIV/AIDS implications for poverty reduction*. New York: UNDCP
- UNESCO (2000). *Quadro de ação de Dakar*. Senegal: UNESCO.
- Villela, W.V., & Barber-Madden, R. (2009). Abordagem de gênero em projetos comunitários de combate à AIDS em Moçambique: convergências e desencontros entre governo e sociedade civil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(3), 694-699.
- Zimba, B., & J. P. Castiano, J.P. (2005). *As ciências sociais na luta contra a pobreza em Moçambique*. Maputo: Filsom Entertainment.

Anexo I

Roteiro para Realização dos Grupos Focais

Data: ____/____/2011

Local:

I. Dados sociodemográficos (obtidos em formulário individual de cada participante)

Sexo

Idade

Ocupação

Religião

Escolaridade

Estado Civil

Residência atual

Quando fez o teste de HIV

Está em TARV? Desde quando?

II. Questões

1. Na opinião de vocês há diferença de risco de infecção pelo HIV entre homens e mulheres em nossa sociedade?
2. Na opinião de vocês as condições de pobreza têm relação com os riscos de infecção pelo HIV em nossa sociedade? Como vocês entendem essa relação?
3. Como é que práticas culturais tradicionais (como a kudjinga/pitakufa e catorzinhas, entre outras) interferem na vulnerabilidade de infecção pelo HIV?
4. Qual a responsabilidade de líderes políticos, religiosos, comunitários e da sociedade em geral para mudar a prevalência de HIV/aids em Moçambique?
5. Com base em sua experiência, aponte os aspectos positivos e negativos no acompanhamento e tratamento de pessoas com HIV/aids em Maputo. Destaque os aspectos que considerar mais relevantes.

Anexo II

Roteiro de entrevista semiestruturado para pessoas vivendo com HIV/aids

Data: ____/____/2011

Local:

I. Dados sociodemográficos

Sexo

Idade

Ocupação

Estado Civil

Religião

Escolaridade

Residência atual

Quando fez o teste de HIV

Está em TARV? Desde quando?

II. Questões centrais

1. Na sua opinião, há diferença de risco de infecção pelo HIV entre homens e mulheres em nossa sociedade?
2. Na sua opinião, as condições de pobreza têm relação com os riscos de infecção pelo HIV em nossa sociedade? Como você entende essa relação?
3. Como é que práticas culturais tradicionais (como a kudjinga/pitakufa e catorzinhas, entre outras) interferem na vulnerabilidade de infecção pelo HIV?
4. Qual a responsabilidade de líderes políticos, religiosos, comunitários e da sociedade em geral para mudar a prevalência de HIV/aids em Moçambique?
5. Com base em sua experiência, aponte os aspectos positivos e negativos no acompanhamento e tratamento de pessoas com HIV/aids em Maputo. Destaque os aspectos que considerar mais relevantes.

Anexo III

Roteiro de entrevista semiestruturado para profissionais de saúde

Data: ____/____/20__

Local:

I - Dados Sociodemográficos

Sexo

Idade

Profissão

Anos de Experiência Profissional

Anos de atendimento de PVHA

Religião

Residência atual

1. Na sua opinião há diferença de risco de infecção pelo HIV entre homens e mulheres em nossa sociedade?
2. Na sua opinião as condições de pobreza têm relação com os riscos de infecção pelo HIV em nossa sociedade? Como você entende essa relação?
3. Como é que práticas culturais tradicionais (como a kudjinga/pitakufa e catorzinhas, entre outras) interferem na vulnerabilidade de infecção pelo HIV?
4. Qual a responsabilidade de líderes políticos, religiosos, comunitários e da sociedade em geral para mudar a prevalência de HIV/aids em Moçambique?
5. Com base em sua experiência, aponte os aspectos positivos e negativos no acompanhamento e tratamento de pessoas com HIV/aids em Maputo. Destaque os aspectos que considerar mais relevantes.

Anexo IV



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Pós-graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Maputo, / /20__

Prezado(a) Senhor(a),

Você está sendo convidado(a) para participar de uma pesquisa realizada no Curso de Doutorado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Brasília, Brasil. O objetivo do estudo é analisar a percepção de diferentes segmentos sociais da população moçambicana (pessoas com HIV/aids e provedores de saúde) em relação à vulnerabilidade de gênero e infecção pelo HIV/sida em nossa sociedade. Vamos falar de diferenças entre homens e mulheres, bem como se a pobreza interfere nesses riscos. Vamos perguntar também sobre sua percepção quanto às práticas culturais tradicionais e risco de infecção pelo HIV. A pesquisa é realizada por **Arune João Estavela**, Doutorando do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, sob orientação da Professora Dra. **Eliane Maria Fleury Seidl**, professora da UnB.

Participação. Ao aceitar participar no estudo o Sr(a) fará uma entrevista individual ou participará de um grupo focal, cuja duração deverá ser de aproximadamente 60 minutos. A sua participação é voluntária e o Senhor(a) poderá a qualquer momento desistir do estudo, sem qualquer prejuízo ou penalidade. A participação nessa pesquisa não implicará em risco de qualquer natureza para o Sr(a) Pedimos ainda sua autorização para que o grupo focal ou a entrevista sejam gravados.

Benefícios: Não há nenhum benefício direto para você por participar. As informações obtidas durante o estudo poderão contribuir para uma melhoria na qualidade de serviços prestados pelo governo, sociedade civil e as organizações não governamentais que lutam contra o HIV em Moçambique.

Confidencialidade: Nenhuma informação que o identifique aparecerá no questionário e nos dados colectados. As informações recolhidas na sua entrevista serão guardadas e usadas apenas para questões da pesquisa.

Esclarecemos ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, o(a) Sr(a) não terá direito a nenhuma remuneração. Informamos ainda que esse estudo foi aprovado pelo Comitê Nacional de Bioética para Saúde.

Consentimento para participação: Caso tenha alguma dúvida ou necessidade de explicação adicional, favor de não hesitar em contactar o Arune João Estavela (cel 823042709), email: aruneestavela@gmail.com. Caso concorde em participar, pedimos para que assine duas cópias: uma ficará com o Senhor(a) e a outra permanecerá com o pesquisador. Gostaria de expressar grande agradecimento pela paciência e colaboração para a realização desse estudo.

Arune João Estavela
Pesquisador

Sim, aceito participar da pesquisa.

Nome: _____ Tel: _____

Assinatura: _____

Anexo V

Carta de Aprovação para realização do projeto pela Direção de Saúde da Cidade de Maputo.

Anexo VI

**Carta de Aprovação para realização do projeto pelo Comitê de Bioética para a Saúde do
Ministério da Saúde de Moçambique**

ANEXO VII

Dados sociodemográficos e clínicos de participantes no grupo focal 1 composto por Educadores de Pares do Centro de Saúde José Macamo

Nome	Sexo	Idade	Estado Civil	Religiao	Profissao	Nivel de escolaridade	Ano do teste de HIV	Ano de inicio TARV
GF1	F	42	Casada	Mazione	Contabilista	12 ^a	2006	2006
GF1	F	34	Casada	Católica	Desempregada	5 ^a	2006	2007
GF1	F	41	Viuva	Católica	Desempregada	5 ^a	2006	2006
GF1	F	35	Casada	Presbiter.	Secretária	12 ^a	2007	2007
GF1	M	31	Uniao de fato	Católica	Comerciante ¹⁵	9 ^a	Não se lembra	2006
GF1	F	30	Solteira	Adventista	Empregada doméstica	9 ^a	2006	2006
GF1	F	27	União de Fato	Mazione	Desempregado	3 ^a	2007	2008
GF1	M	39	União de Fato	Católica	Desempregado	7 ^a	2006	2007
GF1	M	43	União de fato	Muçulmano	Desemprego	6 ^a	2007	2007
GF1	F	51	Viúva	Muçulmana	Aposentada	Bacharel	2005	2007
GF1	F	29	Solteira	Mazione	Estudante	Superior	2006	2006

¹⁵ Mukerista – busca produtos na Africa do Sul e Vende em Moçambique

Dados sociodemográficos e clínicos de participantes no grupo focal 2
composto por Educadores de Pares do Centro de Saúde Polana CANIÇO

Nome	Idade	Religião	Estado Civil	Profissão	Nível de escolaridade	Ano do teste de HIV	Ano de início TARV
GF2	29	Mazione	união de fato	Comerciante ¹⁶	8 ^a	2009	2009
GF2	32	Mazione	solteira	Domestica	5 ^a	2011	2012
GF2	28	católica	casada	Professora	12 ^a +2	2009	2009
GF2	45	Envangelica	casada	Domestica	4 ^a	2008	2008 ¹⁷
GF2	24	Católica	solteira	Estudante	12 ^a	2011	2011 ¹⁸
GF2	35	Adventista	casado	Motorista	10 ^a	2010	2011
GF2	37	Sem religiao	solteiro	Desempregado	3 ^o	Nao se lembra	2008
GF2	27	Presbeteriana	Solteira	Estudante	Superior	2008	2008
GF2	40	Católica	união de fato	Domestica	6 ^a	2008	2008
GF2	47	Evangélica	casado	Pastor da igreja	10 ^a	2008	2008 * ¹⁹
GF2	30	Católico	solteiro	Desempregado	11 ^a	2009	2009
GF2	33	Católica	divorciada	Servente da escola	12 ^a	2005	2007
GF2	39	Muçulmano	casada	Comerciante ²⁰	7 ^a	2009	2009
GF2	31	Adventista	casado	Bombeiro ²¹	12 ^a	2008	2009

Dados sociodemográficos e clínicos de participantes no grupo focal 3
composto de Educadores de Pares do Centro de Saúde de Zimpeto

Nome	Sexo	Idade	Religião	Estado Civil	Profissão	Nível de escolaridade	Ano do teste de HIV	Ano de início TARV
GF3	F	37	Católica	Casada	Doméstica	6 ^a	2005	2008
GF3	F	26	Adventista	Solteira	Doméstica	10 ^a	2006	2006
GF3	F	35	Catolica	Viúva	Doméstica	11 ^a	2007	2008
GF3	F	24	Mazione	Solteira	Estudante	11 ^a	2005	2007
GF3	F	40	Muçulmana	Casada	Administrativa	12 ^a	2004	2007
GF3	F	41	Adventista	casada	Doméstica	8 ^a	2006	2207
GF3	F	29	Católica	casada	Comerciante ²²	9 ^a	2003	2007
GF3	F	39	Mazione	Solteira	Comerciante	7 ^a	2005	2005

¹⁶ Comerciante ambulante

¹⁸ São irmãs. Ambas são órfãs de pai e mãe. Na família são 4 meninas e um menino. A mais velha que é professora é quem cuida dos irmãos mais novos.

¹⁹ Trabalhava nas minas da África do Sul e quando perdeu emprego voltou para Maputo. Agora é pastor da Igreja

²⁰ Mukerista- Busca produtos na África do sul e vende em Mocambique

²¹ Trabalha nas Bombas de combustível

²² Confecciona comida e vende no Mercado de Estrela Vermelha

Caracterização dos participantes das entrevistas individuais de PVHA

Nome	Sexo	Idade	Religião	Estado Civil	Profissão	Nível de escolaridade	Ano do teste HIV	Ano de início de TARV
P1	F	37	Mazione	Viúva	Comerciante informal	5ª Classe	2012	Nao
P2	F	28	Cristã Evangélica	Casada	Doméstica	Não estudou	2011	Nao
P3	F	32	Cristão católico	Solteiro	Desempregado	10ª Classe	2005	2008
P4	F	35	Pentecostal	Solteiro	Desempregado	4ª classe	2006	2006
P5	F	20	Católica	Casada	Desempregada	2ª Classe	2011	2011