

MULHER E O HIV/SIDA: UMA REFLEXÃO SOBRE O COTIDIANO FEMININO DA INFECÇÃO NA CIDADE DE MAPUTO

Women, HIV, and AIDS: a reflection on the female daily life with the infection in Maputo City

Hélio Bento **MAÚNGUE**

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, Brasil
helio.maungue@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-5231-3418>

Mais informações da obra no final do artigo ●

RESUMO

O artigo reflete sobre as experiências cotidianas de 20 mulheres pobres e infetadas pelo HIV residentes na Cidade de Maputo. Procura entender como elas estruturam o seu cotidiano no contexto das relações sociais que estabelecem. Coloca em comunicação questões de gênero e saúde, para identificar como o fato de ser infetada influencia o contexto das relações familiares e comunitárias das mesmas. Com abordagem qualitativa usamos entrevistas grupais, individuais e revisão da literatura como fontes de dados. Elas experimentam um cotidiano marcado por obstáculos, desafios e enfrentamentos como parte da face feminizada do HIV. Lidam com diferentes manifestações de vulnerabilidade antes e pós-infecção, onde as relações desiguais de gênero contribuem para a feminização da soroprevalência. O cotidiano demonstra que ainda é uma doença clandestina, com estigma, discriminação, segregação e preconceito. Reforçamos a ideia de que o HIV não deve ser encarado como uma fatalidade inevitável, mas que existem questões e determinantes sociais integradas no processo saúde-doença-cuidado.

PALAVRAS-CHAVE: HIV. Feminização. Vulnerabilidade social. Relações de gênero. Pobreza.

ABSTRACT

This paper analyses the daily experiences of 20 poor and HIV-infected women living in Maputo City. It seeks to understand how they structure their daily lives in the context of the social relationships they establish. It puts gender and health issues in communication, to identify how the fact of being infected influences the context of their family and community relationships. With a qualitative approach, we used group and individual interviews and a literature review as data sources. They experience a daily life marked by obstacles, challenges and confrontations as part of the feminized face of HIV. They deal with different manifestations of vulnerability before and after infection, where unequal gender relations contribute to the feminization of seroprevalence. Daily life shows that it is still a clandestine disease, with stigma, discrimination, segregation and prejudice. We reinforce the idea that HIV should not be seen as an inevitable fatality, but that there are social issues and determinants integrated in the health-disease-care process.

KEYWORDS: HIV. Feminization. Social vulnerability. Gender relations. Poverty.

1 INTRODUÇÃO

Desde o registo dos primeiros casos de infecção pelo HIV/SIDA¹ no mundo, com passar do tempo e a mundialização da epidemia, ela passou a ser preocupação global em diferentes perspectivas. Primeiro constituiu uma preocupação na perspectiva biomédica e, relacionado a isso, uma preocupação dos governos. Depois da atenção das ciências biomédicas, a epidemia despertou o interesse das Ciências Sociais e Humanas e outras, passando a ser tratada, em termos científico e acadêmico como um “fenômeno social total”, ou seja, um sistema simbólico de construção coletiva que se encarna em uma experiência individual concreta (GUIMARÃES, 2011).

Passadas mais de três décadas, esta epidemia, mesmo no atual contexto do novo coronavírus/Covid-19, continua sendo um dos maiores desafios do mundo. No entanto, ela tem marcas diferentes, contextos diferentes e é atravessada por diferentes experiências de acordo com as questões políticas, sociais e econômicas também diferentes. Para Parker (2000) vislumbra-se que a epidemia afetou e tem afetado as nossas maneiras de viver e pensar. A doença passou, então, a estruturar e organizar o “mundo da vida” das pessoas direta e indiretamente infetadas e afetadas por ela, ou seja, desencadeou-se uma nova configuração nas nossas formas de ser e estar, quer seja local, quer seja globalmente.

Na configuração das maneiras de viver e pensar, das formas de ser e estar, o cenário mais impactante, é sem dúvida, o da pessoa infetada. Diante disso, procuramos abordar com texto as mudanças nas formas de ser e estar na sociedade que a condição de soropositiva proporciona em 20 mulheres infetadas pelo HIV na Cidade de Maputo, em Moçambique. Queremos destacar que o diagnóstico positivo gera transformações nas suas vidas, na relação com elas mesmas e suas subjetividades, e nas diversas relações sociais que estabelecem com outras e outros. Através do contato com essas mulheres, olhamos o mundo delas, para compreender e interpretá-lo tendo em conta às suas percepções e práticas, como parte de escolhas e comportamentos sociais.

Em Moçambique, e para as pretensões deste texto, a feminização do HIV é um termo atualmente usado para exprimir o crescente índice de infecção e o impacto que a epidemia tem sobre as mulheres (KULA, 2009). Este conceito, portanto, significa, que a feminização do HIV é algo estritamente relacionado a todas as formas de vulnerabilidade (individual, coletiva, programática, social e cultural) das mulheres, bem como que essa infecção é

¹ AIDS no Brasil.



também compreendida como algo inserido no quadro das relações sociais entre mulheres e homens.

A pretensão do texto não é ‘desmistificar’ ou questionar a feminização do HIV. Mas, com base nas experiências cotidianas das mulheres, apresentar, compreender como as relações de gênero influenciam, fazem parte da dinâmica da doença, devem ser consideradas no processo de prevenção, do enfrentamento dos impactos e consequências da doença. Aqui, há que destacar que todas as informações sobre essas mulheres são, de acordo com Scott (1995), informações sobre os homens. Assim, o mundo da vida retratado é um mundo dos homens, isto é, o mundo da vida das mulheres faz parte do mundo dos homens. Porque gênero é uma relação entre sujeitos – mulheres e homens – socialmente constituídos em contextos especificáveis (BUTLER, 1990).

Ao tomarmos as experiências cotidianas dessas mulheres, assumimos que estamos dialogando com a sociedade em que este fenômeno, o HIV/SIDA, é parte presente. Nesse sentido, vamos estudar uma realidade específica, que é desse pequeno grupo de mulheres, o que não quer dizer que sejam situações distantes das que ocorrem com outras mulheres na cidade de Maputo, em Moçambique, em África e no resto do mundo.

O texto, além da introdução, apresenta uma breve contextualização da prevalência do HIV no mundo, na África Subsaariana e em Moçambique, até o ano de 2015, tendo em conta a sua face feminina, seguindo-se de aspectos metodológicos para sua elaboração, depois apresentamos e discutimos alguns resultados sobre a experiência de vida das mulheres soropositivas por nós contactadas e, por fim algumas considerações finais.

2 A PREVALÊNCIA DO HIV E SIDA NO MUNDO, NA ÁFRICA SUBSAARIANA, EM MOÇAMBIQUE E A SUA FACE FEMININA.

O HIV/SIDA é uma epidemia mundial, mas tem suas especificidades históricas e sociais que variam, de acordo com os contextos, países e continentes, onde os índices de infecção, o comportamento epidemiológico e os impactos nos indivíduos são, também, diferenciados. No entanto, os dados mundiais mostram que a epidemia vem crescendo desde 1981, quando foi reconhecida como a epidemia mais grave da história recente da humanidade.

A África Subsaariana², concretamente a África Austral, região de onde Moçambique é parte, continua sendo a região do mundo mais infetada e afetada. De acordo com a UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (2014), em finais de 2013 estimava-se que 24.7 milhões de pessoas, dos 15 aos 49 anos, viviam com HIV na região, representando aproximadamente 71%³ de casos existentes no mundo. Num total de 10 países – Etiópia, Quênia, Malawi, Moçambique, Nigéria, África do Sul, Uganda, República Unida da Tanzânia, Zâmbia e Zimbabué – contabilizavam 81% de todas as pessoas vivendo com HIV na região.

No mundo, a quando da nossa pesquisa, as mulheres correspondiam a 52⁴% de todas as pessoas vivendo com HIV em países de renda baixa e média e os homens, 48%. No entanto, na África Subsaariana, o centro da epidemia global, as mulheres representavam aproximadamente 57⁵% de todas as pessoas adultas vivendo com HIV (UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2014), quer tenham ou não parceiro com quem estejam a coabitar (PULLUM, STAVETEIG, 2013).

Nesta parte do mundo, as desigualdades de gênero e normas sociais desiguais de relacionamento entre mulheres e homens, que promovem sexo inseguro e reduzido acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, continuam contribuindo para a vulnerabilidade relacionada com o HIV por parte das mulheres. Adicionalmente, a sua condição biológica diante da infecção, as desvantagens sociais, legais e econômicas que elas enfrentam reduzem a capacidade das mesmas de se protegerem contra essa infecção e diminui o acesso aos serviços básicos em saúde sexual e reprodutiva (UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2014).

De acordo com Agha (2012) e Cau (2014), Moçambique é um dos países do mundo seriamente afetado pelo HIV e SIDA, fazendo parte do *ranking* dos 10 países⁶ mais afetados (CONSELHO NACIONAL DE COMBATE AO SIDA, 2014; UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2014). Globalmente, na África Subsaariana, em Moçambique e em Maputo, as mulheres são o segmento da população cujo índice de infecção em HIV é

² Região do continente africano que se encontra abaixo do Deserto do Saara, também chamada de África Negra, totalizando 47 países.

³ Em 2018 representava 68%, como indica a Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2019).

⁴ Essa porcentagem se mantém (JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2019).

⁵ Em 2018, segundo a Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (op. cit.) a porcentagem passou para 60.32%.

⁶ Nomeadamente, do primeiro ao décimo: África do Sul, Botswana, Índia, Quênia, Zimbabue, Estados Unidos, República Democrática do Congo, Moçambique, Tanzânia e Malawi.



mais marcante, o que vislumbra uma face feminizada da epidemia (UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2014).

Atualmente, Moçambique possui um total de 2. 200.000 milhões de pessoas de todas as idades vivendo com o HIV, na população de quase 29 milhões de habitantes. Desse total de pessoas vivendo com o HIV, 1 milhão e 200 pessoas são mulheres e 800 mil são homens, todos acima dos 15 anos (JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2019). Para este fato contribuem questões biológicas das mulheres e também fatores socioculturais (normas e representações sociais, casamento precoce, sexo entre gerações diferentes, violência de gênero e fatores econômicos). Além disso, o limitado acesso e controle dos recursos e pobreza, são fatores que contribuem para que a epidemia do HIV/SIDA tenha um rosto feminizado e que a situação das mulheres esteja sendo deteriorada comparativamente à dos homens em Moçambique (CRUZ e SILVA *et al.*, 2007; TVEDTEN, PAULO, MONTSERRAT, 2008).

Estes fatores estão intrinsecamente ligados à forma como as desigualdades de gênero⁷ que, de acordo com KULA (2009), colocam a mulher numa posição de subordinação em relação ao homem e a torna mais vulnerável. Mesmo se reconhecendo a importância da desigualdade de gênero na configuração da epidemia e seus efeitos em Moçambique, a resposta ainda está longe do desejado e, conseqüentemente, a resposta à feminização do HIV tem sido fraca. Essa resposta fraca à feminização do HIV no país é também reflexo de como a desigualdade de gênero está sendo tratada. Os índices de desigualdades entre mulheres e homens e, também, as normas culturais e tradicionais que discriminam as mulheres são pouco combatidas e não variam muito entre os diferentes segmentos e classes sociais (Idem.).

No processo de feminização do HIV, de acordo com Guimarães (2001), os estereótipos associados à figura do 'aidético' fazem com que certas mulheres sejam culpadas pela disseminação do HIV, tendo que carregar o peso dos tabus, medos e estereótipos ligados à sexualidade, enfatizam Cruz e Silva *et al.* (2007). Contudo, não há uma preocupação com o modo como elas contraíram o HIV e muito menos como dão, ou se dão, conta da sua condição de infetadas.

⁷ Sendo que a desigualdade de gênero é vital numa resposta efetiva ao enfrentamento do HIV, há necessidade de se criar condições no mundo inteiro de eliminação destas desigualdades de gênero, das violências baseadas em gênero e também aumentar a capacidade das mulheres se protegerem do HIV (UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2014).



Nesse sentido, os aspectos aqui problematizados, conseqüentemente, fazem antever que “sem que haja uma transformação das relações desiguais de poder de gênero que existem em toda sociedade, as mulheres do mundo inteiro continuarão a ser alvos preferenciais da infecção por HIV e serão incapazes de negociar e garantir sua própria segurança” (PARKER, 2000, p. 107).

3 METODOLOGIA E TRABALHO DE CAMPO

A pesquisa segue uma abordagem qualitativa, tendo como referenciais teorias que se baseiam na realidade social do cotidiano e do conhecimento que os sujeitos de pesquisa têm da realidade, como parte integrante dela (BERGER, LUCKMANN, 1996). Para coleta de informação e dados, optamos pelo enfoque de multimétodos, no sentido de procurar uma comunicação e complementariedade entre eles, respeitando os limites e insuficiências de cada um (GASKELL, 2004).

Constituíram os métodos para coleta de informação e dados os seguintes procedimentos: revisão da literatura, grupos focais e histórias de vida. O critério de seleção das mulheres foi por via de indicação, na medida em que para abordar esta questão tão sensível, carregada de muito preconceito e estigma na sociedade moçambicana, dificilmente conseguiríamos selecionar ao acaso as mulheres infetadas pelo HIV para fazerem parte do estudo. Acabamos conversando com 20 mulheres infetadas pelo HIV e em tratamento e, com as mesmas, constituímos dois grupos focais compostos por 10 mulheres cada um.

O trabalho de campo aconteceu entre os meses de janeiro e março de 2014, na cidade de Maputo, no Bairro George de Dimitrov, na sede da Associação *HIXIKWANE*⁸ (AH), onde realizamos todas as entrevistas individuais e em grupo. A AH é uma Organização Comunitária de Base (OCB) que visa colmatar algumas insuficiências do Estado. Suas atividades procuram servir como suporte e mitigação dos efeitos do HIV/SIDA em nível dos bairros periféricos de um dos distritos municipais da Cidade de Maputo, servindo como uma espécie de prestadora de assistencial social, uma vez que fornece cestas básicas, oferece roupa e material escolar para filhos das mulheres que à ela se aproximam.

⁸ Numa das línguas nativas do sul de Moçambique, *Ronga*, *Hixikwane*, significa ‘Estamos Juntos’.



O fato de o proponente da pesquisa ser um homem e estar a pesquisar sobre a saúde de mulheres foi um constrangimento no processo da elaboração das entrevistas e grupos focais, incluindo neste aspecto o fato de se tratar de um assunto sensível e delicado para as mulheres, em particular, e para sociedade em geral. Para contornar a questão, justificamos o caráter eminentemente acadêmico da pesquisa, bem como garantimos o total anonimato das participantes, sigilo e confidencialidade das informações. Aqui as mulheres e o pesquisador assinaram um termo de doação de entrevista oral. Para salvaguardar o anonimato os nomes das mulheres foram substituídos por códigos, onde designamos cada uma pela letra E, de Entrevistada, e por números de um até 20, indicando respectivamente a sequência das entrevistas, ficando E1, E2, (...) e E20.

A análise dos dados foi temática. Depois de gravadas em áudio, as entrevistas foram transcritas. Depois procuramos captar as interpretações, nem sempre convergentes, do cotidiano dessas mulheres que espelham os objetivos da nossa pesquisa. Esta fase constituiu-se na transcrição das entrevistas na íntegra e bem detalhadas, como propõe Myers (2004), para encontrar uma correspondência entre a linguagem e a comunicação das entrevistadas com a realidade em análise.

4 EXPERIÊNCIAS E VIVÊNCIAS COTIDIANAS NO FEMENINO FACE AO HIV

A discussão dos resultados desenvolve-se na análise das experiências cotidianas que as mulheres têm com a infecção. A intenção, portanto, é trazer uma contribuição para o conhecimento da experiência de sujeitos concretos com a infecção e ver como o seu cotidiano é estruturado por essa condição. E, deste modo compreender como as relações de gênero influenciam na dinâmica e consequências com a doença.

4.1 As mulheres enquanto sujeitas de pesquisa

O perfil das mulheres entrevistadas mostra que, quanto à idade, a mais nova tinha 34 anos e a mais velha 52 anos. Quanto ao estado civil, seis eram casadas, sendo que cinco casaram num casamento coletivo e beneficente organizado pela AH; três são divorciadas; cinco são solteiras, duas sem nenhum relacionamento, uma namorando, duas

vivendo maritalmente; e seis são viúvas⁹. Quanto ao nível de instrução, a menos instruída estava fazendo alfabetização e a mais instruída tem o último ano do ensino médio completo, sendo essa a mais nova das entrevistadas. Somente três delas declararam estar empregadas, sendo esse vínculo empregatício com a creche comunitária da AH. O número de filhos das mulheres varia de um a sete filhos. A idade menor para ter o primeiro filho entre elas foi de 17 anos e a maior é de 30 anos.

Quanto à composição dos agregados familiares (AF), o menor é de três pessoas e o maior é de 13 pessoas. Este dado é importante porque, de acordo com o Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Estatística e ICF International (2013), o tamanho da família e o sexo do seu chefe pode influenciar nos níveis de bem-estar. Pelos nossos dados, das 20 entrevistadas, 11 podem ser consideradas como sendo chefes dos agregados, das quais somente uma faz parte das três que trabalham na creche da AH. Mas o fato de as outras viverem com seus parceiros (duas fazem parte das que trabalham na creche) e serem desempregadas influencia negativamente no fato de não poderem contribuir para o orçamento familiar. Consequentemente, todas elas atravessam problemas para dar conta das necessidades cotidianas e das diretamente relacionadas ao cuidado de sua saúde, como veremos mais em frente.

Se essas mulheres se encontram no limiar da pobreza e dispõem de orçamentos fracos, as características de suas habitações também são informativas sobre o seu bem-estar. Todas elas residem em bairros suburbanos ou periféricos da cidade de Maputo. Das 20 mulheres, 18 vivem em casas que podem ser consideradas como próprias, sendo que dessas 18, cinco têm a particularidade de, respectivamente, morar em casa do sogro (duas), morar com os pais, morar em casa dos falecidos pais e morar em casa partilhada com o cunhado. As duas restantes vivem, respectivamente, em casa emprestada e alugada. No entanto, as características dessas casas, isto é, pela descrição fornecida por elas sobre as condições físicas das habitações e o acesso aos serviços básicos como, por exemplo, água e eletricidade, elas vivem em condições 'precárias' e de vulnerabilidade.

Nenhuma das casas das mulheres têm fossa séptica, todas têm banheiro separado ou fora da casa, 19 têm cozinha separada ou fora da casa e só uma tem cozinha dentro. Em todas as casas o banheiro e a cozinha não têm canalização para água. A fonte de água é uma torneira fora da casa, no quintal, portanto, o banho não é de chuveiro. Os alimentos

⁹ Estas seis mulheres são viúvas decorrente da perda dos seus companheiros pelo HIV/SIDA. Fato que agrava a sua condição de infetadas e dos desafios de sobrevivência.

são preparados fora e a louça também é lavada fora. Quanto à parte elétrica, cinco das 20 casas não dispõem de instalação elétrica.

Entre as entrevistadas, 17 fizeram o exame para o diagnóstico do HIV depois da manifestação da doença em seus parceiros, tendo tido a experiência de acompanhá-los, as três restantes tiveram o diagnóstico quando fizeram o pré-natal, durante a gravidez. Fato que vislumbra a manifestação da infecção em relacionamentos estáveis. Segundo Fishel *et al.* (2011), nos últimos anos, tem aumentado o interesse na propagação do HIV em parceiros sexuais em relações estáveis. Reforçando, Guilhem e Azevedo (2008) apontam que este fato não é somente resultante das relações de gênero, mas também da vulnerabilidade conjugal.

Das três que ficaram sabendo durante a gravidez, duas foram infetadas pelos parceiros anteriores, mas os atuais são soronegativos. Uma delas aponta não saber como se infetou, porque está com o parceiro há muito tempo e ela ficou sabendo da infecção quando ficou grávida e ele é soronegativo. A outra se separou do parceiro que a infetou. Entre as mulheres que atualmente têm parceiros (11), seis delas constituem casais HIV positivo e cinco casais discordantes, onde elas é que são as infetadas. Este fato, em que nos casais discordantes as mulheres é que têm a tendência de serem as infetadas, também pode ser tomado como um dado para mostrar o atual cenário da feminização do HIV, porque é a mulher que carrega “peso” do vírus na relação e o risco de julgamentos sociais.

4.2 O TARV da vida

Em Moçambique o Tratamento Antirretroviral (TARV) é universal, gratuito e coordenado pelo Ministério da Saúde. Havendo algumas ONGs como, por exemplo, os Médicos Sem Fronteiras e a Comunidade Santo Egídio, que também prestam alguma assistência. Porém, os antirretrovirais não são produzidos em Moçambique¹⁰ e provêm de doações internacionais.

Nos primeiros momentos de introdução do tratamento houve certo receio e reserva. De acordo com KULA (2008), até ao ano 2001 Moçambique manteve uma posição

¹⁰ Em 2003, há cerca de 17 anos, foi lançado um projeto de construção de uma fábrica de antirretrovirais, cuja ideia e financiamento foram do governo brasileiro, do então Presidente Lula, no âmbito do estreitamento da cooperação Sul-Sul entre o Brasil e o Continente Africano no geral, e como Moçambique em particular. No entanto a fábrica não produz antirretrovirais, mas sim analgésicos.



oficialmente contrária à inclusão do TARV como parte da campanha de enfrentamento ao HIV/SIDA. O argumento utilizado para isso envolvia vários pontos como o custo elevado associado ao tratamento, as limitações laboratoriais, a falta de recursos humanos e até mesmo dúvidas sobre a capacidade e condições dos infectados de aderirem de forma integral a um programa de tratamento antirretroviral, descrito na época como ‘altamente complexo’. No entanto, o ano de 2003 é oficialmente considerado como o de início do TARV, sendo que a expansão começou em meados de 2004.

Entre os critérios de elegibilidade para o acesso à terapia, fora do nível das células de defesa (CD4), contava-se a capacidade de provar de que a pessoa dispõe de mínimas condições de seguimento e adesão como, por exemplo, dispor de recursos para suportar as despesas do tratamento (de infecções oportunistas) e controle biológico contínuo, alimentação adequada, transporte, endereço fixo¹¹, de modo a comparecer às consultas regulares de controle (KULA, 2008). Também como parte dos requisitos para aderir ao tratamento, a pessoa infectada devia e deve escolher, levar e apresentar uma pessoa de sua confiança na Unidade Sanitária (US) onde está inscrita para receber assistência médica. Essa pessoa é comumente denominada de ‘confidente’¹² e pode ser um familiar, amigo ou qualquer outra pessoa.

As entrevistas individuais e grupais, indicam que a questão alimentação é um dos obstáculos, se não o principal, que elas têm que suportar para poder dar conta do tratamento, começando pelo número de refeições diárias. Aqui, importa apontar que, dependendo das condições, o comum é ter quatro refeições, o café da manhã, o almoço, o café da tarde ou lanche, no fim da tarde, e o jantar. Mas, se considera razoável que o AF tenha pelo menos três refeições diárias, excluindo o lanche no fim de tarde. Essa preocupação com alimentação pode ser ilustrada nas seguintes falas:

[O Estado] devia nos ajudar nós que somos doentes em..., na..., acerca dos alimentos, nos dar comida para nós podermos melhorar mais breve possível (E6);

Por falta de melhor... às vezes estamos a comer duas vezes. Quando ter...às vezes três vezes, acordar tomar chá, almoço às 12h00min, às 12h00min almoçar, às 12h00min pronto, ficar até aquela hora da tardinha para jantar, 14/15 horas estamos começar cozinhar (E20).

¹¹ Apesar de não ser uma questão aqui analisada, a questão de endereço fixo é importante porque os serviços de saúde têm deparado com casos de desistência do tratamento, bem como casos de indivíduos que por não aceitar o diagnóstico positivo ao HIV indicam um endereço falso.

¹² O “confidente” é uma figura instituída pelos serviços de saúde que, tal como o requisito de endereço fixo, serve como mecanismo para garantir a continuidade do tratamento e, em algumas situações, tem credibilidade para receber o TARV quando a pessoa infectada não pode fazê-lo.



Não, teve almoço só..., como as crianças, os meus filhos já habituaram, quando não houver, estão a dizer mamã preferível cozinhar jantar, porque a noite é que custa (E3).

O fato de serem mulheres desempregadas, na sua maioria, pode ser um entrave para que tenham condições econômicas para poderem ter o número de refeições que desejariam, bem como a 'qualidade' desejada. Pelas falas das mulheres, o fato de terem poucas refeições, estando infetadas e algumas terem que fazer hortas familiares para seu sustento, mostra o quão elas estão em situação de vulnerabilidade social e econômica e, conseqüentemente, em vulnerabilidade alimentar, uma vez que a dieta não é equilibrada para quem está em tratamento. Também, o fato de serem desempregadas agrava essa situação, porque desempregadas elas acabam ficando economicamente dependentes. Aqui a feminização da pobreza fica evidente. Nessa necessidade de alimentação para as pessoas infetadas, a AH, quando pode, oferece uma cesta básica para as mulheres que fazem parte da associação. Ao fazer isto, a AH procura suprir uma das tarefas difíceis que o Estado podia tentar atender para as infetadas.

A questão da alimentação, o fato de serem mulheres, na sua maioria, desempregadas e com fraco poder econômico se manifesta como importante para entender o cenário de vulnerabilidade vivido por estas mulheres no cotidiano. Mas esse cotidiano com o TARV não é somente atravessado pelo tratamento, mas também pelo acesso ao mesmo, isto é, pelo deslocamento para a unidade sanitária (US) e, conseqüentemente, se relacionar com os serviços de saúde. Para Delmira e Said (2010), esses fatores são apontados como motivadores para interrupção do tratamento, isto é, longas distâncias e mau atendimento podem desmotivar a aderência e continuidade do tratamento. No entanto, as mulheres que entrevistamos não interromperam o TARV por questões ou dificuldades de alimentação, também não o fizeram devido ao deslocamento e acesso.

Para elas, ter que deslocar-se a US para serem vistas pelo médico e/ou para receber o coquetel de antirretrovirais torna esse dia cansativo. O que torna a jornada de ida ao médico ou à farmácia para receber os antirretrovirais difícil e complicada é o fato de ter que acordar muito cedo, dificuldades com transporte e ter que passar longas horas na US. No entanto, esse continuar com o tratamento é acompanhado de desafios e obstáculos, tornando o cotidiano delas, no que se refere ao acesso aos serviços de saúde, problemático. Algo enfatizado por Loforte (2011), ao apontar os obstáculos que as mulheres infetadas pelo HIV enfrentam, uma vez que elas raramente têm dinheiro próprio e a procura

de meios para pagarem a viagem representa uma barreira adicional para acederem ao tratamento. As falas abaixo demonstram como se manifesta a questão de transporte:

(...) eu às vezes não tenho dinheiro de chapa¹³ [para ir a US] (E7).
(...) me deram transferência [para outra US] porque dinheiro de chapa já não tinha (E8).
[A US] é muito longe sim, se eu tenho [dinheiro apanho] chapa, às vezes ando a pé, se não tenho dinheiro (E12).
Não tenho [dinheiro de transporte], mas dia que sabe...no dia X [tenho que ir a US] ando a vasculhar, pedir cinco contos, cinco contos, até chegar dinheiro (E2).

Ter um sinal corporal de alerta ou alguém da família para lembrar o horário de tomar o medicamento funciona como estímulo para o cumprimento do tratamento no cotidiano (DELMIRA, SAID, 2010). Assim, depois que as mulheres começaram o tratamento, este passou a ser algo que faz parte de suas vidas, um prolongamento dessas vidas e, conseqüentemente, algo com o qual elas dão sentido à vida, como podemos observar nas falas abaixo:

Eu, quando chega a hora [de medicar] começa a dar comichão todo o corpo, depois vejo que já está na hora, quando vejo no relógio, vejo que são horas de tomar comprimidos, depois passa (E6).
(...) aquela coisa de ficar nervosa (...), quando eu não tomar comprimidos estou nervosa, esse [filho] de 17 [anos] mesmo já descobriu (E2).
Quando começa dar..., às oito horas, começa tocar cabeça, às vezes, às vezes parece que há-de sair sangue do nariz, depois quando tomar, depois passa (E7).

4.3 Entre o silêncio e a revelação do estado sorológico

O HIV/SIDA era e continua uma epidemia que carrega com ela muito preconceito, discriminação, estigmatização, segregação, abandono e outros males sociais. Esses males fazem com que as pessoas infetadas vivam com o dilema de revelar ou não o seu estado sorológico; se se mantêm em silêncio e em segredo; se vivem isoladas ou não; se vivem sem convívio social (família ou com vizinhos e/ou membros da comunidade de onde fazem parte). Isso, porque as pessoas infetadas pelo HIV são vistas como desviantes e a doença é tida como de 'outros' porque as pessoas não se previnem achando que não podem ser infetadas, entre outros aspectos.

¹³ Nome de meio de transporte coletivo de passageiros, de caráter privado que varia de 15 a 17 lugares para pequenas vans e 30 a 45 lugares para viaturas maiores.



Pessoas infetadas e vivendo com o HIV/SIDA fazem parte da categoria particular de indivíduos ou grupo de indivíduos que, nas várias relações, na família ou na comunidade/vizinhança presentes no cotidiano, passam por momentos de estigmatização e são considerados *outsiders*. Passam por dilemas de ter ou não vida coletiva. Passar por esses momentos pode fazer com que o estado sorológico das infetadas e infetados piore e, conseqüentemente, levar a morte, porque evitam revelar o estado sorológico, não se dirigem as unidades sanitárias, abandonam o tratamento, etc. Para as mulheres por nós entrevistadas, a situação de pobreza e dependência econômica, aliada ao estigma faz suas vidas mais complicadas ainda. Para fugir ou lidar com as possibilidades de estigma gerados pela doença, Castellanos e Nunes (2005) destacam que os indivíduos reorganizam seu mundo da vida adotando estratégias para lidar com essa questão social.

Pesquisando sobre o estigma em Moçambique, Cau (2014) aponta que nos esforços de enfrentamento ao estigma do HIV, deve-se prestar mais atenção aos grupos menos favorecidos, os que sejam menos escolarizados, os residentes nas áreas rurais ou pertencentes às famílias pobres, como são as nossas entrevistadas. Momentos de estigma fazem parte das experiências cotidianas que as mulheres que entrevistamos têm nas relações sociais com familiares e vizinhos nos bairros onde residem. Elas também passam por situações onde acabam omitindo ou ficando em silêncio sobre o seu estado sorológico, como estratégias para fugir ao estigma.

A situação mais preocupante de estigma que as mulheres são sujeitas é aquela que ocorre no grupo de convivência onde elas deviam ter mais acolhimento e carinho, a família. Este aspecto é uma das causas sociais que pode levar a morte e, conseqüentemente, uma das barreiras no enfrentamento do HIV/SIDA (MINISTÉRIO DA SAÚDE, INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, ICF INTERNATIONAL, 2013; SAMBISA, CURTIS, MISHRA, 2010; UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2013). As falas em seguida demonstram como se manifestam questões de estigma e omissão do estado sorológico:

Só uma minha filha aí, tem 25 anos, ela não me visita, mal que soube que mamã está doente, não aparece em casa, não me visita... não me visita, mal soube que eu estou doente não liga para mim (E12).

Tenho seis [irmãos]. Só as gêmeas, juntei as duas e contei. Eu não cheguei de dizer porque vi que a minha família... Explicar que é isto, isto, como... são pessoas que falam muito. Inclusive a minha mãe, fala, eu não disse nada. Ainda está viva, quem morreu é meu pai. Fala muito, por isso eu limitei [em] não dizer nada (E1).



Nos vizinhos falavam, como eu vendia às vezes, diziam outras pessoas para não vir comprar pães¹⁴ na minha banca porque eu sou [soropositiva] (...) só falavam, outras pessoas vinham me dizer: 'dizem que você tem SIDA, você está doente, nós não podemos vir [comprar teu pão] (E17).

Diante destes cenários, isto é, como estratégia de fugir ao estigma e discriminação, as mulheres tendem a esconder o seu estado sorológico, ficando em silêncio ou omitindo o estado. Reforçando as razões que podem estar por de trás da omissão/silêncio, Delmira e Said (2010) destacam que comunicar à família que está infetada e que está a fazer o TARV pode ter muitas implicações. São essas implicações: abandono do parceiro, rejeição por parte da família do parceiro, perseguição por parte de parentes, perda de filhos e da casa. No entanto, estigmas, preconceitos, discriminação, segregação, abandono e perseguição são atos socialmente desvalorizadores com que lidam as pessoas infetadas pelo HIV, conferindo-lhes uma espécie de 'morte social'¹⁵.

4.4 AH: Solução, fuga ou convivência positiva

A condição de infetadas deu a estas mulheres uma nova vida coletiva. Vida coletiva essa que vai além da vida familiar e de vizinhança. Se aproximando da AH elas acabaram entrando em uma nova família, 'família positiva' e/ou 'família soropositiva'. Sair de casa para a AH e se encontrar com as "irmãs", para além de fugirem do estigma, elas encontram um lugar de solidariedade. Um lugar de partilha de sofrimento. Um lugar de partilha de conhecimento e de troca de experiências. Nesse encontrar com as irmãs, elas aliviam os estresses e dificuldades que apontamos antes. Porém, aliviam e esquecem essas questões por momentos, porque ao saírem da AH voltam às outras redes de convívio, na família, vizinhança e comunidade. E o drama de ser infetada pelo HIV volta a manifestar-se.

Para Goffman (1988) os membros de uma categoria de estigma particular tendem a reunir-se em pequenos grupos sociais cujos membros pertencem à mesma categoria. Quando um membro da categoria entra em contato com outro, ambos podem dispor-se a modificar o seu trato mútuo, devido à crença que fazem parte do mesmo grupo.

Passando por momentos de pouca aceitação social, as mulheres têm no contato com outras mulheres infetadas uma ocasião para elevar a sua autoestima. É como se elas

¹⁴ Em Maputo é comum às pessoas comprarem pão nas padarias para revender em casa ou nos mercados informais.

¹⁵ Para mais pormenores sobre a questão de "morte social" ver Goffman (1974).

ganhassem uma nova identidade. Identidade essa que contrapõem à identidade desvalorizada que marca a pessoa infetada. É uma oportunidade para fugir aos rótulos e conotações negativas que a sociedade lhes impõe. A convivência com mulheres infetadas passou a ser uma maneira de elas mesmas darem sentido à vida. É um mecanismo de coesão na construção de suas identidades soropositivas. O espírito familiar que as mulheres invocam estando na AH manifesta-se também no fato de a associação oferecer cesta básica.

Essa convivência mútua também é um lugar de aprendizado. Muitas delas não sabiam o que era o vírus do HIV antes de infetadas. Estando na associação, partilhando experiências e conhecimentos, elas ganham *inputs* que servem como formas de empoderamento em matéria de enfrentamento ao vírus.

O “ter uma família” para elas é que, estando entre elas, conseguem ter aquele apoio moral que esperavam ter em casa, junto dos familiares. Fazendo parte desta “família”, as mulheres, como aponta Goffman (1988), compartilham o mesmo estigma, por isso se definem umas às outras como iguais. Paralelamente, Pereira e Costa (2013) apontam que esse encontro com iguais é crucial, por ser compreendido como um pedido de participação no jogo relacional e para a construção da subjetividade da portadora de HIV. Algo que tem a função de manter ou redefinir a sua identidade de excluída.

Com o conhecimento adquirido sobre o HIV, elas se tornam ativistas no enfrentamento à infecção. Aqui se manifesta o vínculo ativo com a AH. É um sentimento de pertença e de participação na mitigação dos efeitos do HIV. É também um aprendizado de novas maneiras de interagir, onde desenvolvem habilidades e talentos para cuidar¹⁶ de outros infetados. Para Loforte (2011) em Moçambique as mulheres é que tendem a estar significativamente nos cuidados domiciliários com pessoas infetadas. A autora aponta que isso se deve a diferentes razões. Razões essas que denotam as desigualdades de gênero e poder existentes nas práticas assistenciais e de cuidado. O fato de adquirirem conhecimento e prestarem cuidados a pessoas infetadas fica patente nas falas abaixo:

Experiência já tenho porque, por exemplo, eu posso cuidar de uma pessoa [soropositiva]. Sei aconselhar a pessoa a aderir ao tratamento... assisto todas as aquelas pessoas que entram pela primeira vez na associação, que são [soropositivas] (E9).

¹⁶ Para mais conhecimento sobre os estudos relativos aos “cuidados” exigidos das mulheres (*care* em inglês), naturalização do trabalho feminino e da invisibilidade do mesmo, ver, entre outros, Boris (2014) e Hirata e Kergoat (2007).



Ganhei [conhecimentos] e ajudo muitas pessoas. E através de visitas, de busca [dos que desistem do tratamento], fui numa casa de uma menina. Uma menininha de 19 anos, tinha abandonado tratamento. Eu disse menina você sabe que está em risco agora, vai infectar muitas pessoas e também vai ficar infectada. Você vai ter DST e muitas doenças, você vai ter.... e muitas pessoas, quando eu ver [que] está doente, eu vou dizer a ele ou a ela, vamos ao hospital. Eu vou te acompanhar, é uma pessoa que eu estou a ver [que] ele está mal, eu acompanho (E18).

Quando chegar a fazer isso aí...ah consegue dar conselhos. Se é homem, mesmo homem nós costumamos atender. Se é homem, se é mulher eu costumo dizer: irmã você não pode ficar triste. Você tem que ficar bem. Isto é uma coisa que passa. Você não pode tomar comprimidos com estresse (E8).

Para Herrera (2019, p. 64) “o trabalho de cuidados não aparece como uma questão marginal da vida de seres humanos, mas, ao contrário é central para a existência e é também uma atividade geradora de bem estar”. Contudo, “o trabalho de cuidados remete à questão de gênero, na medida em que esta atividade está socialmente naturalizada como se fosse inerente à posição e à disposição feminina” (Idem, p. 65).

A possibilidade das mulheres fazerem visitas domiciliares para prestar cuidados a infetados e infetadas lhes confere liberdade e autonomia de ir e vir. Abre-lhes oportunidades de estabelecerem outras relações sociais no cotidiano, fazendo parte de suas experiências como infetadas. Elas são assim ativas, porque o fazem por iniciativa própria, conferindo-lhes certo poder de decisão em suas vidas.

4.5 E a vida continua...

Outra das experiências cotidianas que as mulheres têm, diz respeito ao futuro delas. Isto é, como diante das dificuldades e desafios que mostramos antes elas ainda pensam no futuro de maneira positiva. Mas, esse futuro é encarado positivamente se ultrapassadas as dificuldades e desafios do presente. O fato de estas mulheres terem aderido ao tratamento e continuarem em tratamento lhes confere possibilidade de uma ‘vida normal’. ‘Normal’ como de uma pessoa não infetada.

Igual a uma pessoa não infetada, elas também têm direitos e desejos, que gostariam de materializar. Elas estão cientes que o tratamento mudou a vida delas e que o fundamental é continuarem para seguirem vivas. Aqui, elas também estão cientes que mudanças de comportamento como, por exemplo, não consumir bebidas alcoólicas não perder noites pode ser a garantia de mais anos de vida. Segundo Delmira e Said (2010),

recuperar-se de estados mórbidos, passar a sentir-se bem, motiva a manutenção do tratamento.

Para estas mulheres, o futuro só é futuro se conseguirem um emprego ou fonte de renda. O emprego é que lhes pode conferir uma boa alimentação, por exemplo. Com rendimento mensal, elas melhorariam as condições habitacionais e, conseqüentemente, de higiene e saneamento. Este rendimento ajudaria nas despesas cotidianas e possibilitaria a satisfação das necessidades básicas dos seus filhos e/ou dependentes, como por exemplo, efetuar a matrícula escolar e comprar material escolar, entre outros aspectos essenciais.

Elas pensam também no futuro dos filhos e/ou dependentes. No final de tudo, o futuro passa por melhorar a saúde e a qualidade de vida. De acordo com Barroso, Carvalho e Galvão (2006), os filhos constituem um motivo para que as mães infetadas pelo HIV continuem na luta pela vida e não desanimem frente aos obstáculos, como ilustram as falas seguintes:

O futuro em primeiro lugar é ter um emprego seguro, segundo ter a minha casa própria e também outro plano é prospectar o futuro das crianças. Eles estudarem até o mais além e para estudar até o mais além é preciso que eu esteja a trabalhar, reunir meios financeiros, ter conta no banco (E14).

Os piores momentos que eu tenho é falta de emprego para alimentar os meus filhos..., eu tenho preocupação de ter um emprego para eu trabalhar, para ajudar em algumas coisitas. Porque eu tenho muita falta na minha casa. Tenho muita coisa que eu preciso fazer, mas não consigo fazer porque não trabalho (E2).

Eu gostaria que talvez houvesse um projeto para nos ajudar, pelo menos eu ter um emprego. Meus filhos estudaram, eu me sacrifiquei, não fiz nada na minha vida, estive a fazer os meus filhos estudarem. Não têm emprego, estão ali sentados. Eu estou com fome, os meus filhos estão com fome (E9).

Além da preocupação com os filhos, em seus sonhos e projetos, o desejo de casa própria tem sempre lugar de destaque. A casa própria aparece como uma representação de liberdade, de conforto e recompensa pelo trabalho, enfatizam Pinto *et al.* (2011).

Reforçando a situação de vulnerabilidade social e a necessidade de trabalho por parte das mulheres, ou seja, como meio de reverter a situação de vulnerabilidade, Pinto *et al.* (2011, p. 177, grifo nosso) destacam que:

O trabalho adquire um sentido de afirmação de si enquanto mulheres e enquanto mulher provedora de seus lares. Nesse aspecto, a relação trabalho e cuidado com a família fortalecem a construção da identidade feminina, um jeito especial de ser mulher. Para as mulheres, o trabalho significa mais do que a sobrevivência material, até porque seus parcos rendimentos **para as que trabalham**, mal cobrem as necessidades imediatas da família. O trabalho assume também uma condição de autoafirmação como mulheres provedoras e, assim, elas constroem sua autonomia diante do poder masculino.



Assim, o fato delas, mesmo pouco escolarizadas, almejem um emprego nos faz tê-las como mulheres que encaram a infecção pelo HIV positivamente e sem perder todas as esperanças.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A preocupação de elaborar a pesquisa, sob a perspectiva das relações de gênero e sua articulação com o campo da saúde, está relacionada com o fato de querermos entender como, nas mulheres entrevistadas, se manifesta a questão da feminização do HIV. E, através destas experiências, entendermos como o cotidiano delas está estruturado e é influenciado pelo e no contexto das relações sociais que estabelecem. Com isto, enquadrar as experiências destas mulheres no campo de conhecimento que relaciona as questões de gênero com as de saúde. Mas também demonstrar que o cotidiano delas é marcado por momentos de vulnerabilidade individual, programática, social e cultural, antes e pós-infecção.

De acordo com os resultados apresentados e discutidos, as mulheres entrevistadas experimentam um cotidiano onde a condição de infetadas pelo vírus do HIV é marcada por obstáculos, desafios e enfrentamentos que mostram como se manifesta a face feminizada do HIV. Esses resultados, também indicam que não se deve olhar para as mulheres em relacionamentos estáveis como um segmento excluído da infecção pelo HIV. Principalmente em um país como Moçambique, e em toda a África Subsaariana, onde a transmissão heterossexual do HIV é marcadamente alta.

Os mesmos resultados reforçam a ideia de que a feminização do HIV ultrapassa o fato de serem as mulheres o segmento da população, estatisticamente em Moçambique, com os índices mais elevados de soroprevalência, pois há outros indicadores da feminização. Os dados apresentados no perfil das mulheres entrevistadas nos mostram que a principal via de infecção é sexual. As mulheres são infetadas pelos companheiros e em relações estáveis. Quando uma mulher é detectada com o HIV/SIDA, o marido não é obrigado a fazer os exames, portanto pode ficar fora das estatísticas.

Os resultados nos indicam que para estas mulheres as dificuldades em comprar alimentação fazem parte dos desafios e obstáculos para uma experiência positiva com o vírus do HIV. No entanto, o cultivo de hortas lhes possibilita uma autonomia alimentar, fato

que possibilita um enfrentamento positivo da doença, dessa forma poder dar conta de ter como se alimentar e continuar com o tratamento. No entanto, essa horta por si não é garantia de uma alimentação equilibrada e variada.

A condição de infetadas força-as a entrar em relação com as US's. Mas essa relação é turbulenta, pelas dificuldades de transporte. A questão da viagem de casa para a US e vice-versa faz parte das experiências negativas que elas têm, decorrente das fragilidades econômicas para custear as passagens de transporte.

Os resultados avigoram a ideia de que não revelando que são HIV positivas, as mulheres estão fugindo ao estigma, preconceito, discriminação, segregação, entre outros males sociais muitas vezes associados às pessoas infetadas pelo HIV. Conseqüentemente, a omissão e o silêncio quanto ao estado sorológico vão se mantendo, na mesma proporção em que a desvalorização social da pessoa infetada também prevalece.

Constatamos que estas mulheres se sentem aceitas quando próximas de pessoas iguais, isto é, mulheres também infetadas pelo vírus do HIV. Verificamos que esse se aproximar à AH traz consigo as seguintes conclusões: elas experimentam um cotidiano de inclusões e exclusões sociais, isto é, quando próxima às outras mulheres infetadas vivem momentos de inclusão social, mas quando em casa ou na vizinhança, vivem momentos de exclusão social; Portanto, a AH tira nessas mulheres o peso de incapazes de viver na sociedade, conferindo-lhes capital social para um enfrentamento positivo da doença e da sociedade. Na AH eles recebem cestas básicas, algumas casaram com apoio da associação e outras conseguiram emprego na creche comunitária pertencente à associação. Portanto, a AH serve como suporte na mitigação e redução de alguns efeitos sociais do HIV/SIDA

A continuação do papel de cuidadoras que a prática do ativismo lhes confere reforça a ideia de que as mulheres infetadas, além de cuidarem de sua saúde, cuidam também da saúde dos outros, neste caso específico não de familiares delas. Isto agrava a situação de que as mulheres são o segmento da população que ocupam os papéis dóceis ou pouco valorizados. Situações estas que lhes fazem vivenciar cenários de vulnerabilidade individual e social, pois esse 'trabalho' de cuidadoras não é remunerado.

Pesquisas tendem em focar aspectos negativos das mulheres, no que diz respeito às posições e papéis sociais desvalorizados, comparadas aos homens. Às vezes, as mulheres são projetadas como passivas e oprimidas. Mas, o fato das mulheres que entrevistamos quererem sair da dependência econômica em que se encontram, bem como fugir aos assistencialismos, querendo um emprego ou fonte de renda é uma maneira de

elas responderem a posição generalizada de socialmente fracas e dependentes. Isto é, elas respondem e encaram com esperança a condição de infetadas. Mas, a falta de emprego ou fonte de renda é uma questão conjuntural que afeta, claro, principalmente às mulheres, o que se agrava para nossas entrevistadas por serem infetadas. Assim, a compreensão que se teve aqui é de que o HIV não torna estas mulheres diferentes das outras ou de todas as mulheres. O HIV apenas torna tudo mais forçoso para elas. Porque acresce à preocupação de cuidar de si, a de cuidar dos filhos, da casa, do companheiro e, como ativistas, do cuidado de outras pessoas infetadas.

REFERÊNCIAS

AGHA, Sohail. Factors associated with HIV testing and condom use in Mozambique: implications for programs. **Reproductive Health**, v. 9, n. 20, p. 1-9, 2012.

BARROSO, Léa; CARVALHO, Carolina; Galvão, Marli. Mulheres com HIV/AIDS: subsídios para a prática de enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 7, n. 2, p. 67-73, 2006.

BERGER, Peter; LUCKMANN, Thomas. **A construção social da realidade**: tratado da sociologia do conhecimento. Rio de Janeiro: Vozes, 1996.

BORIS, Elieen. Produção e reprodução, casa e trabalho. **Tempo Social, revista de sociologia da USP**, v. 26, n. 1, p. 101-121, 2014.

BUTLER, Judith P. **Gender trouble**: Feminism and the subversion of identity. New York: Routledge, 1990.

CASTELLANOS, Marcelo; NUNES, Everardo. A Sociologia da saúde: Análise de um manual. **PHYSIS: Ver. Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 353-371, 2005.

CAU, Boaventura M. O estigma do HIV e SIDA e a testagem de infecção pelo HIV entre adolescentes e jovens em Moçambique. **Gazeta de População e Saúde**, n. 3, p. 1-33, 2014.

CONSELHO NACIONAL DE COMBATE AO HIV E SIDA (CNCS). **Global AIDS response progress report**: Country progress report, Mozambique. Maputo: CNCS, 2014.

CRUZ e SILVA, Teresa; ANDRADE, Ximena; OSÓRIO, Conceição; ARTHUR, Maria. **Representações práticas da sexualidade entre jovens e a feminização do SIDA em Moçambique**: estudos de caso no Centro e Sul do país. Maputo: WLSA, 2007.

DELMIRA, Petersburgo; SAID, Rosa. **Adesão ao tratamento antirretroviral**: desafios comportamentais. Maputo: Johns Hopkins University/Bloomberg School of Public Health/Center For Communication Programs, 2010.

FISHEL, Joy; BRADLEY, Sarah; YOUNG, Peter; MBOFANA, Francisco, BOTÃO, Carlos. **HIV no seio dos casais em Moçambique**: estado serológico, conhecimento do estado e factores associados com a serodiscordância do HIV. Análise profunda ao Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique (INSIDA) 2009. Calverton, Maryland: ICF International, 2011.

GASKEL, George. Entrevistas individuais e grupais. *In*: BAUER, Martin W.; GASKEL, George (Orgs.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2004.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Tradução de Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

_____. **Manicômios, prisões e conventos**. Tradução de Dante Moreira Leite. São Paulo: Editora Perspectiva, 1974.

GUILHEM, Dirce; AZEVEDO, Ana Maria. Bioética e gênero: moralidades e vulnerabilidade feminina no contexto da AIDS. **Revista Bioética**, v. 16, n. 2, p. 229-240, 2008.

GUIMARÃES, Carmen. **AIDS no Feminino**: por que a cada dia mais mulheres contraem AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2001.

HERRERA, Karolyna. **A jornada interminável**: a experiência no trabalho reprodutivo no cotidiano das mulheres rurais. Tese (doutorado) em Sociologia Política. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2019.

HIRATA, Helena; KERGOAT, Danièle. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. **Cadernos de Pesquisa**, v. 37, n. 132, p. 595-609, 2007.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. **UNAIDS data 2019**. Geneva: UNAIDS, 2019

KULA. **Análise da situação do HIV e SIDA e o acesso ao tratamento em Moçambique**. Maputo: Kula, 2008.

_____. **Plano nacional de acção multisectorial sobre gênero e HIV e SIDA 2010-2015**. Kula: Maputo, 2009.

LOFORTE, Ana. Mulheres e cuidados domiciliários num contexto de HIV e SIDA. **Outras Vozes**, n. 35-36, p. 1-9, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA; ICF INTERNATIONAL. **Moçambique**: Inquérito demográfico e de saúde 2011. Calverton, Maryland: MISAU; INE; ICFI, 2013.

MYERS, Greg. Análise da conversação e da fala. *In*: BAUER, Martin W.; GASKEL, George (Orgs.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2004.



PARKER, Richard. **Na contramão da AIDS: Sexualidade, intervenção, política.** Rio de Janeiro: Editora 34, 2000.

PEREIRA, Maria Helena; COSTA, Liana. Santa pecadora ou execrada santa? O autocuidado em mulheres soropositivas para HIV. **Psico-USF**, v. 12, n. 1, p. 103-110, 2007.

PINTO, Rosa; MICHELETTI, Fátima; BERNARDES, Luzana; FERNANDES, Joice; MONTEIRO, Gisela; SILVA, Magda; Barreira, Tânia; MAKHOUL, Aparecida; COHN, Amélia. Condição feminina das mulheres chefes de família em situação de vulnerabilidade social. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 105, p. 167-179, jan./mar., 2011.

PULLUM, Thomas; STAVETEIG, Sara. **HIV status and cohabitation in Sub-Saharan Africa.** DHS Analytical Studies, n. 35, Rockville: ICF International, 2013.

SAMBISA, William; CURTIS, Sian; MISHRA, Vinod. AIDS stigma as an obstacle to uptake of HIV testing: evidence from a zimbabwean national Population-based survey. **AIDS Care**, v. 22, n. 2, p. 170-186, 2010.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p.71-99, 1995.

TVEDTEN, Inge; PAULO, Margarida; MONTSERRAT, Georgina. **Políticas de Gênero e Feminização da Pobreza em Moçambique.** Noruega: CHR. Michelsen Institute (CMI), 2008.

UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. **Global Report: UNAIDS Report on global AIDS epidemic 2012.** Geneva: UNAIDS, 2012.

_____. **Global Report: UNAIDS Report on global AIDS epidemic 2013.** Geneva: UNAIDS, 2013.

_____. **The GAP report.** Geneva: UNAIDS, 2014.

NOTAS

TÍTULO DA OBRA

Mulher e o HIV/SIDA: uma reflexão sobre o cotidiano feminino da infecção na cidade de Maputo

Hélio Bento Maungue

Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Ciência Política
Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil
helio.maungue@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-5231-3418>

FINANCIAMENTO

O presente trabalho foi realizado com o apoio do Programa Estudantes de Convênio de Pós- Graduação – PEC-PG, CNPq – Brasil.

LICENÇA DE USO

Os autores cedem à **Em Tese** os direitos exclusivos de primeira publicação, com o trabalho simultaneamente licenciado sob a [Licença Creative Commons Attribution 4.0 Internacional \(CC BY\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/). Esta licença permite que **terceiros** remixem,



adaptem e criem a partir do trabalho publicado, atribuindo o devido crédito de autoria e publicação inicial neste periódico. Os **autores** têm autorização para assumir contratos adicionais separadamente, para distribuição não exclusiva da versão do trabalho publicada neste periódico (ex.: publicar em repositório institucional, em site pessoal, publicar uma tradução, ou como capítulo de livro), com reconhecimento de autoria e publicação inicial neste periódico.

PUBLISHER

Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política. Publicado no [Portal de Periódicos UFSC](#). As ideias expressadas neste artigo são de responsabilidade de seus autores, não representando, necessariamente, a opinião dos editores ou da universidade.

HISTÓRICO

Recebido em: 29 de maio de 2020

Aprovado em: 15 de agosto de 2020

