



**Universidade de Brasília**  
**Instituto de Psicologia**  
**Departamento de Psicologia Clínica**  
**Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura**

**DORES SILENCIADAS: VIVÊNCIAS DE MULHERES QUE VIVEM COM HIV,  
GESTANTES OU LACTANTES, E SEUS PARCEIROS SEXUAIS NA PROVÍNCIA DE  
GAZA – MOÇAMBIQUE**

Doutorando: Bento Saloio Daniel Mazuze

**Brasília**  
**Julho, 2022**



**Universidade de Brasília**  
**Instituto de Psicologia**  
**Departamento de Psicologia Clínica**  
**Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura**

**DORES SILENCIADAS: VIVÊNCIAS DE MULHERES QUE VIVEM COM HIV,  
GESTANTES OU LACTANTES, E SEUS PARCEIROS SEXUAIS NA PROVÍNCIA DE  
GAZA – MOÇAMBIQUE**

Doutorando: Bento Saloio Daniel Mazuze

Texto submetido para a defesa da Tese de Doutorado junto ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Doutor em Psicologia Clínica e Cultura.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Larissa Polejack.

**Brasília**

**Julho, 2022**



**Universidade de Brasília**  
**Instituto de Psicologia**  
**Departamento de Psicologia Clínica**  
**Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura**

**Banca Examinadora**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Larissa Polejack

Universidade de Brasília – PPG-PsiCC

Presidente da Banca

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Inês Gandolfo da Conceição

Universidade de Brasília - PPG-PsiCC

Membro Titular

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Sheila Giardini Murta

Universidade de Brasília - PPG-PsiCC

Membro Titular

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Mónica Lourdes Franch Gutiérrez

Universidade Federal da Paraíba

Pós-Graduação em Antropologia e em Sociologia

Membro Titular

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Eliane Maria Fleury Seidl

Universidade de Brasília – PPG-PsiCC

Membro Suplente

---

## **Dedicatória**

*Dedico este trabalho à minha esposa e aos meus filhos Lesley da Gayne Cuna Mazuze e Lawson Ygran Cuna Mazuze, pelo suporte emocional que prestaram.*

## **Agradecimentos**

Aos meus antepassados que sempre estiveram ao meu lado nos momentos críticos de caminhada.

À Alda, minha mãe e meu anjo da guarda, que onde quer que esteja, sempre me protege, orienta e guia mesmo com uma idade já avançada.

A Angélica, minha esposa, e aos meus filhos, Lesley e Lawson. Obrigado pela companhia e paciência.

Aos meus irmãos, Domingos e Fátima, por sempre acreditarem nos meus ideais.

À minha orientadora, Larissa Polejack, mãe de espírito e alma, que de forma incondicional aceitou-me e acolheu-me na UnB, deu-me todo suporte necessário para um estudante que está longe da sua família, e por compartilhar comigo a paixão pela Psicologia da Saúde e sua metodologia de ensino que levarei para sempre na vida profissional.

Aos meus queridos colegas e auxiliares de pesquisa, Thayane, Natália, Caroline, e Pedro, que foram a força motriz de muitas coisas aqui escritas e refletidas. Obrigado pelos ensinamentos, acolhimento e advertências. Este trabalho é fruto do vosso esforço.

A professoras do Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica e Cultura pelos ensinamentos e conhecimento compartilhado, em especial, à Prof<sup>a</sup> Sheila Giardini Murta, Maria Inês Gandolfo da Conceição, que contribuíram bastante para eu mudar a forma de pensar sobre esta temática. À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mónica Lourdes Franch Gutiérrez da Universidade Federal da Paraíba que aceitou participar na minha banca mesmo sem conhecer-me, mas forneceu contribuições científicas valiosas.

A todos os meus amigos que apoaram-me em momentos críticos desta caminhada, agradeço imensamente.

À minha amiga e parceira de doutorado Ana Cláudia Machado, pelo apoio e companheirismo nesta estrada de 4 anos de troca de conhecimentos comigo. À toda família da Ana Cláudia Machado, em especial a mãe que aceitou-me incondicionalmente como filho e deu-me todo o suporte que eu precisava, o meu muitíssimo obrigado pelo acolhimento.

Aos membros da banca, pela disponibilidade em contribuir com o aprimoramento deste trabalho.

A todas as mulheres que participaram e colaboraram para que esta pesquisa, torna-se realidade.

## **Lista de abreviações e siglas**

ARV- antirretroviral

CD4 – Carga Viral (grau de infecção por HIV)

HIV – Human immunodeficiency virus

INSIDA – Inquérito Nacional de HIV/SIDA (Moçambique)

MISAU – Ministério da Saúde de Moçambique

MpM - Mothers2Mothers

OMS/WHO – Organização Mundial da Saúde/ World Health Organization

SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

TARV – Tratamento Antirretroviral

UEM – Universidade Eduardo Mondlane

UNAIDS – United Nations Programme on HIV/Aids

## Resumo

**Introdução:** No mundo, cerca de 16 milhões de mulheres vivem com HIV, muitas delas em idade reprodutiva. Esses níveis de infecção e as taxas de transmissão vertical ainda trazem grandes preocupações, devido à pouca intervenção terapêutica precoce em muitos países africanos. Em Moçambique, nação da África Subsaariana, os índices de prevalência do HIV são de 13,2%, colocando o país em segundo lugar na conta de novas infecções, atrás apenas da África do Sul. **Objetivo:** conhecer as experiências e as principais dificuldades vivenciadas pelas gestantes ou lactantes soropositivas e seus parceiros sexuais no contexto específico. **Metodologia:** Estudo qualitativo realizado em Chókwè na província de Gaza- Moçambique. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com mulheres gestantes ou lactantes que vivem com HIV, com seus parceiros sexuais e com profissionais de saúde. Foram realizados grupos focais com mães mentoras e entrevista em grupo com pais mentores. As entrevistas e os encontros foram gravados com gravador de voz e transcritas na íntegra. As informações passaram pelo processo de análise temática. **Resultados:** Participaram no estudo dez mulheres gestantes ou lactantes soropositivas e um parceiro sexual; treze mães mentoras e dois pais mentores; duas enfermeiras de Saúde Materno Infantil e uma psicóloga. Os achados, revelam que as participantes associam o diagnóstico do HIV ao teste de gravidez ou ao parto e o período da gestação e da amamentação é marcado pelo medo de infectar o filho pelo vírus. As mulheres escondem seu estado sorológico para o marido, a família e a comunidade por medo das consequências relacionadas com normas sociais rígidas e interferência de fatores culturais. Os resultados dos profissionais de saúde trouxeram questões similares aos das mulheres vivendo com HIV, entretanto ressaltam a falta de profissionais para oferecer atendimento de qualidade. Constatou-se que na unidade de Saúde e na comunidade utilizam palestras como única estratégia de educação em saúde, apesar de pouca eficácia. **Conclusões:** Constatou-se que existem ainda muitas barreiras para prevenção da transmissão vertical em Moçambique, em especial, qualidade do aconselhamento e dificuldades de acesso ao serviço seja por falta de dinheiro ou pelas normas sociais e familiares que não reconhecem a autonomia da mulher. Há necessidade de maior apoio para as mães que não desejam amamentar assim como para aquelas em maior vulnerabilidade sócioeconômica. Recomenda-se maior investimento nas estratégias de apoio psicossocial e envolvimento comunitário, utilizando alternativas como a Terapia Comunitária Integrativa (TCI) e Educação Popular. Sugere-se o envolvimento de lideranças comunitárias no processo desenvolvimento de um programa de intervenção e promoção de saúde mental para mulheres gestantes ou lactantes soropositivas.

**Palavras Chave:** Gestante; lactante; HIV/Aids, transmissão vertical, saúde mental.

## Abstract

**Introduction:** Around 16 million women worldwide are living with HIV, many of them of reproductive age. These levels of infection and the rates of mother-to-child transmission still raise major concerns, given the lack of early therapeutic intervention in many African countries. In Mozambique, a nation in Sub-Saharan Africa, HIV prevalence rates are 13.2%, placing the country in second place in the count of new infections, behind only South Africa. **Objective:** to know the experiences and the main difficulties experienced by HIV-positive pregnant or lactating women and their sexual partners in the specific context. **Methodology:** Qualitative study carried out in Chókwè in the province of Gaza- Mozambique. Semi-structured interviews were conducted with pregnant or lactating women living with HIV, with their sexual partners and with health professionals. Focus groups with mentor mothers and group interviews with mentor fathers were carried out. The interviews and meetings were recorded with a voice recorder and fully transcribed. The information went through the thematic analysis process. **Results:** Ten seropositive pregnant or lactating women and one sexual partner participated in the study; thirteen mentor mothers and two mentor fathers; two maternal and child health nurses and a psychologist. The findings reveal that the participants associate the diagnosis of HIV with the pregnancy test or delivery and the period of pregnancy and breastfeeding is marked by the fear of infecting the child with the virus. Women hide their HIV status from their husbands, family and community for fear of consequences related to rigid social norms and interference from cultural factors. The results of health professionals brought up issues similar to those of women living with HIV, however, they highlight the lack of professionals to offer quality care. It was found that the health unit and the community use lectures as the only health education strategy, despite little effectiveness. **Conclusions:** It was found that there are still many barriers to the prevention of mother-to-child transmission in Mozambique, in particular, the quality of counseling and difficulties in accessing the service, either due to lack of money or social and family norms that do not recognize the autonomy of women. There is a need for greater support for mothers who do not wish to breastfeed, as well as for those with greater socioeconomic vulnerability. Greater investment in psychosocial support and community involvement strategies is recommended, using alternatives such as Integrative Community Therapy (ICT) and Popular Education. It is suggested that community leaders be involved in the process of developing a mental health intervention and promotion program for HIV-positive pregnant or lactating women.

**Keywords:** Pregnant woman; breastfeeding woman; HIV/aids, vertical transmission, mental health.

## Índice

Apresentação .....	9
Capítulo 1 - Contextualização .....	11
1.2 Transmissão vertical do HIV .....	14
1.2 Problema de pesquisa .....	21
1.3 Justificativa social e relevância do estudo.....	22
Capítulo 2 - Objetivos: .....	24
2. 1 Geral .....	24
2.2 Específicos .....	24
Capítulo 3 - Revisão integrativa de literatura.....	25
3.1 Diagrama da seleção dos artigos para revisão integrativa.....	27
3.2 A gestação da mulher vivendo com HIV .....	32
3.3 Vivências da mulher vivendo com HIV diante do aleitamento materno .....	34
3.4 A (im) possibilidade de Transmissão vertical .....	36
3.5 Promoção da saúde da mulher vivendo com HIV .....	37
Capítulo 4 - Método .....	45
4.1 Delineamento da pesquisa.....	45
4.2 Fases do Método.....	45
4.3 Método Focal.....	46
4.4 Cenário de pesquisa.....	46
4.5 Procedimentos para a coleta de dados .....	47
4.6 Critérios de inclusão e exclusão .....	47
4.6.1 Critérios de Inclusão.....	47
4.6.2 Critérios de exclusão .....	48
4.7 Instrumentos de coleta de dados.....	48
4.7.1 Entrevista Semi-estruturada .....	48
4.7.2 Caderno de afetações.....	49
4. 8 Processo de convite dos participantes .....	49
4.9 Procedimentos para análise de dados .....	50
4.9.1 Análise temática .....	50
4.10 Período do estudo .....	51
4.11 Local da realização do estudo .....	51
4.12 Cuidados éticos .....	52

4.13 Riscos .....	53
4.14 Benefícios.....	54
Capítulo 5 - Apresentação dos resultados e discussão .....	55
5.1 Resultados das experiências das mulheres que vivem com HIV .....	57
5.2 Discussão dos resultados das experiências de mulheres que vivem com HIV .....	73
5.3 Resultados da experiência do parceiro da mulher gestante que vive com HIV .....	74
5.4 Discussão dos resultados do homem.....	77
4.7 Discussão dos resultados do grupo focal de mães mentoras.....	85
5.8 Resultados de entrevista em grupo com pais mentores.....	86
5.9 Discussão dos resultados de entrevista em grupo com pais mentores .....	91
5.10 Resultados dos profissionais de saúde no atendimento a mulheres que vivem com hiv gestantes ou lactantes .....	93
Capítulo 6 - Considerações Finais...Até Aqui!.....	106
6.1. Limitações do estudo e sugestões de pesquisas futuras .....	111
Referências .....	113
Anexos.....	134

<b>Lista de tabelas</b>	<b>Pag.</b>
Tabela 1. Fatores que influenciam na transmissão vertical do HIV.....	18
Tabela 2. Resultado da revisão integrativa.....	28
Tabela – 3 Etapas da análise temática.....	50
Tabela – 4 Mulheres que vivem com HIV gestantes ou lactantes.....	55
Tabela – 5 Profissionais de saúde.....	56
Tabela -6 Mães mentoras.....	56
Tabela- 7 Pais mentores.....	56

## **Apresentação**

O Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília tem um convênio para a intercâmbio de conhecimento e formação do pessoal docente com a Faculdade de Educação da Universidade Eduardo Mondlane em Moçambique. Foi neste contexto de cooperação que conheci as professoras do IP da UnB, particularmente a minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Larissa Polejack que possui uma larga experiência na pesquisa e intervenção em assuntos ligados a Psicologia da Saúde, especificamente na temática do HIV, que é minha área de interesse. A partir dessa altura criamos um vínculo no sentido de me formar na Universidade de Brasília, para permitir que a Faculdade de Educação da UEM, tenha corpo docente capaz de desenvolver projetos cientificamente consistentes e ao mesmo tempo cogitar-se a possibilidade de criar-se um curso de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Outro motivo não menos importante, é pelo fato de Moçambique ser um país da Africa com níveis de infecção pelo HIV elevados, mesmo com um número significativo de ações governamentais e não governamentais no combate a esta epidemia. Esta razão causou em mim alguma indignação e, passei a questionar o porque desse aumento. Não encontrando respostas como estudante decidi pela pesquisa pois, na cultura moçambicana, a mulher é comumente responsabilizada pela disseminação do HIV, mesmo que seu parceiro mantenha relações sexuais desprotegidas com diferentes parceiras ou parceiros. Além desta questão cultural específica, cabe ressaltar que há muitas mulheres que vivem na pobreza extrema, e vislumbram a prostituição ou casamento precoce como alternativa para a sobrevivência. Cabe ressaltar ainda que outros fatores culturais e socio-econômicos, como a dependencia financeira em relação ao homem ou a falta de poder de decisão dentro da relação e na vida familiar ampliam as vulnerabilidades das mulheres moçambicanas para infecção pelo HIV. Considerando este cenário, preferi ouvir as mulheres como forma de desmitificar as responsabilidades que são imputadas a mulher vivendo com HIV em Moçambique.

Depois de ter feito a graduação, tendo como tema HIV não me senti conformado com os resultados encontrados na altura, porque os mesmos revelavam que havia uma forte relação entre a disseminação do HIV com aspetos culturais e sociais em Moçambique, o que de certa forma deixou-me indignado, tendo decidido levar avante mais uma pesquisa no mestrado sobre fatores psicológicos em mães vivendo com HIV adolescentes e jovens durante o aleitamento materno para além de seis meses nos centros de saúde do Bagamoio, Xipamanine e Zimpeto em Maputo em 2014. No entanto, de lá para cá os níveis de prevalência do HIV em Moçambique tendem a aumentar mesmo com várias estratégias de combate a doença e tudo indica que o atual cenário está relacionado ao fato de o Serviço Nacional de Saúde de Moçambique abranger somente 42% do território nacional, e esta realidade, associada à aspectos socioculturais existentes na sociedade moçambicana colaboram para o aumento das taxas de prevalência do HIV. É no âmbito da necessidade de contribuir com base em estudos científicos sólidos que decidi dar continuidade a esta temática, para poder trazer à tona subsídios ou conhecimento que ajudem na elaboração de políticas públicas que possam suprir algumas lacunas existentes na abordagem do HIV em Moçambique.

## Capítulo 1 - Contextualização

De acordo com o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS) cerca de 1,7 milhão de pessoas em todo o mundo foram infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH ou HIV) até 2019. No entanto, houve progresso na África oriental e meridional, onde as novas infecções por HIV diminuíram 38% desde 2010. Isso contrasta fortemente com a Europa oriental e a Ásia Central, que viram um aumento impressionante de 72% em novas infecções por HIV desde 2010. E as novas infecções por HIV também aumentaram no Oriente Médio e no Norte da África, em 22%, e em 21% na América Latina (UNAIDS, 2018).

A África Subsaariana concentra 80% do total das infecções por Tuberculose (TB) associada ao HIV no mundo, e as mulheres dessa região continuam sendo afetadas de forma desproporcional pela epidemia do HIV/Aids em comparação com os homens. Na Zâmbia, por exemplo, a prevalência de infecção pelo HIV entre as mulheres com idades entre 15 e 24 anos é quase quatro vezes superior à dos homens do mesmo grupo etário (UNAIDS, 2018). Moçambique possui uma das maiores taxas de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) no mundo. A prevalência de HIV na população de 15-49 anos é de 13,2% (MISAU, 2019), o que representa um recrudescimento da epidemia no país na última década, já que em 2009 o índice era 11,5% (MISAU, 2010). A prevalência média da infecção por HIV possui diferenças expressivas entre as onze províncias moçambicanas, variando de 5,2% em Tete, localizada na região centro, à preocupantes 24,4% em Gaza, que fica na região sul, local onde foi realizada esta pesquisa. Na província de Maputo, principal porta de entrada de estrangeiros e importante fluxo comercial do país, a prevalência alcança 22,9% da população (MISAU, 2019).

Das 2,1 milhões de pessoas que viviam com HIV/Aids no país em 2014, apenas 59% conheciam o diagnóstico e só 54% recebiam tratamento antirretroviral – TARV (MISAU, 2015). Tal situação é ainda agravada pelo fato do Serviço Nacional de Saúde de Moçambique abranger

somente 42% do território nacional, o que faz com que a maior parte da população, em especial os mais pobres, não tenha acesso às necessidades básicas de saúde (Vieira, et al, 2014).

Nesse contexto cultural, as mulheres que vivem com HIV/Aids podem se deparar com desafios que incluem o sentimento de solidão, as dificuldades em falar com os outros sobre sua condição sorológica (mesmo para o companheiro ou para os filhos), ou ainda, com a insegurança e medo de perder amigos, familiares ou seus filhos. Na sociedade, na comunidade e no seu local de trabalho, as atitudes de discriminação também acontecem, o que acaba aumentando a possibilidade do surgimento do sofrimento psíquico na mulher que vive com HIV (Padoin, Souza & Paula, 2010).

A confirmação da gravidez na mulher que vive com HIV, pode gerar diversos comportamentos tais como a indiferença, a contrariedade e a insatisfação tanto pelos familiares, quanto pela equipe de saúde, o seja, aqueles que deveriam atuar como rede de apoio, podem agravar as vulnerabilidades. As dificuldades socioeconômicas que assolam as mulheres que vivem com HIV adquirem maior gravidade quando as gestantes enfrentam sentimentos de preocupação, insatisfação e angústia decorrentes de sua condição sorológica (Paiva & Galvão, 2004). Outro desafio não menos importante para a mulher gestante vivendo com HIV é ver-se na possibilidade de poder transmitir verticalmente o HIV ao seu filho, o que, de algum modo, pode gerar medo, preocupações e inseguranças.

De acordo com *Joint United Nations Programme on HIV/ AIDS* (UNAIDS, 2018), nos últimos anos foram alcançados consideráveis avanços no combate ao HIV nas regiões leste e sul do continente africano, as quais concentram mais da metade (53%) dos 36,9 milhões de pessoas que viviam com HIV no mundo em 2019. Em contrapartida, as regiões da África Subsaariana, Europa Oriental e Ásia Central registraram pouco progresso na redução anual de novas infecções por HIV, que dobraram a partir do ano 2000. Muito embora uma ampliação do acesso ao tratamento ocorrido nos últimos anos seja um aspecto positivo, abrangendo 68% dos

adultos e 53% das crianças (OPAS, 2021 & OMS, 2021), as novas infecções pelo HIV diminuíram apenas 18% desde 2010, bem menos que os 75% esperados até 2020 (UNAIDS, 2018).

No entanto, com o surgimento da COVID-19, o cenário do combate ao HIV no mundo pode tomar outros contornos. E como afirma a UNAIDS (2020) que uma interrupção completa de seis meses no tratamento do HIV pode ter causado mais de 500.000 mortes adicionais na África Subsaariana no período de 2020 a 2021, trazendo a região de volta aos níveis de mortalidade por aids de 2008. Em alguns países da América Latina, viu-se como os recursos, medicamentos, equipes de saúde e equipamentos voltados ao HIV foram movidos para a luta contra a COVID-19.

E no caso de Moçambique, as medidas definidas pelo governo para combater a COVID-19, que foram caracterizadas pelo isolamento social e distanciamento físico deram espaço para as pessoas que vivem com HIV desenvolverem o medo de se aproximar às unidades de saúde por receio da contaminação pelo coronavírus, porque, os hospitais eram vistos como locais de contaminação, o que de algum modo prejudicou a adesão ao tratamento antirretroviral. Outro aspecto não menos importante que impactou na adesão terapêutica, foi o desvio dos esforços de alguns países no combate ao HIV para serem canalizados ao enfrentamento da COVID-19, o que pode ter fragilizado a assistência médica e medicamentosa (UNAIDS, 2020).

No mundo cerca de 16 milhões de mulheres vivem com o HIV, sendo muitas delas em idade reprodutiva. Estima-se que a taxa de transmissão vertical (TV) seja de 31%, devido à ausência de acesso à intervenção terapêutica precoce. Metade do total das crianças menores de 15 anos existentes na África correm o risco de serem infectadas por meio da TV, sendo que 90% dessas infecções ocorrem na África Subsaariana (Friedrich, Menegotto, Magdaleno, e da Silva, 2016).

De acordo com a UNAIDS (2020), dos oito países com mais pessoas infectadas pelo HIV no continente africano, o que apresenta o maior índice é a África do Sul, cujas novas infecções, em 2018, somaram 240.000 casos. O segundo país mais afetado é Moçambique (150.000 novas infecções), seguido da Tanzânia (72.000), Uganda (53.000), Zâmbia (48.000), Quênia (46.000), Malawi (38.000) e Zimbábue (38.000).

Sabe-se que a infecção pelo HIV/Aids possui causalidades multifatoriais em Moçambique e, em particular, na Província de Gaza, onde tais fatores perpassam questões culturais e sociais como o machismo e o movimento migratório. Um outro aspecto a destacar, é que em virtude de escassas oportunidades de emprego na região sul do continente africano, trabalhadores migram constantemente entre os países, com especial destaque para o fluxo que há entre Moçambique e África do Sul. E, é por isso, que o vírus HIV encontrou ali condições ideais de transmissão (por exemplo o movimento migratório Africa de Sul - Moçambique; a pobreza feminina que pode levar as mulheres a optar pela prostituição; os padrões culturais (casamentos prematuros e lobolo) e comportamento sexual masculino (multiplicidade de parceiras sem uso de preservativo), a situação da epidemia na região da África Subsaariana é fonte de preocupação mundial (MISAU, 2015). Cabe ressaltar que, mulheres e meninas na África Subsaariana, de onde Moçambique faz parte, continuam sendo as mais afetadas e foram responsáveis por 59% de todas as novas infecções por HIV na região, em 2019. As mulheres jovens representaram 24% das novas infecções por HIV em 2019, apesar de constituírem apenas 10% da população na África Subsaariana (UNAIDS, 2020).

## **1.2 Transmissão vertical do HIV**

O vírus da imunodeficiência humana tipo 1 (HIV-1) pode ser transmitido da mãe para o filho durante a gestação, no momento do parto e através do leite materno. O risco de transmissão vertical (TV) do HIV, sem que ocorra qualquer intervenção durante a gestação para evitá-lo, situa-se entre 25% e 30%. Desse percentual, o risco de transmissão intraútero é de 25%

a 40% e intraparto de 60% a 75%. A amamentação está associada a um risco adicional de transmissão, podendo chegar a 29% nos casos de infecção aguda. No recém-nascido, as portas de entrada do vírus são as mucosas da nasofaringe e do trato gastrointestinal (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2017).

Acabar com a epidemia de HIV entre crianças, adolescentes e mulheres jovens requer metas ambiciosas e uma aceleração ainda mais intensa na resposta de combate à epidemia. Até 2016, estimava-se que 2,1 milhões de crianças viviam com HIV no mundo (UNAIDS, 2018). Mas, com o surgimento da COVID-19, houve uma redistribuição de recursos a vários níveis, e isso, pode ter constituído um entrave no alcance das metas 90-90-90 do combate ao HIV. Por exemplo: em 2019, o financiamento para o HIV caiu 7% em relação a 2017, para US \$ 18,6 bilhões. Esse revés significa que o financiamento esteve 30% abaixo dos US \$ 26,2 bilhões necessários para responder efetivamente ao HIV em 2020 (UNAIDS, 2020).

Em 2016, o mundo registrou 160 mil novas infecções por HIV entre crianças, estando quase a sua totalidade (140 mil) concentrada nos 23 países mais atingidos pela doença no globo. No mesmo ano, cerca de 200 mil adolescentes entre 15 e 19 anos foram infectados pelo HIV, dos quais 72% eram mulheres jovens, levantando preocupações relacionadas a novas infecções por HIV entre mulheres jovens e meninas. Mais de 70% de todas as novas infecções por HIV entre jovens aconteceram na África Subsaariana, que tem a população jovem que mais cresce no mundo. Moçambique faz parte desta região, a qual apresenta as maiores taxas de infecção no mundo. Além disso, o país apresenta um elevado número de novas infecções por HIV entre mulheres adolescentes e jovens na população moçambicana, o que pode provocar uma explosão no número de afetados pelo HIV no futuro para toda a sociedade (UNAIDS, 2018).

As taxas de HIV por TV variam no intervalo de 15-25% em crianças alimentadas com fórmula exclusiva, que é um composto lácteo artificial, e de 25-40% naqueles amamentadas ao seio. Com a introdução da terapia antirretroviral combinada (TARV) para as gestantes, ao final

da década de 90, houve uma redução de 20 vezes nas taxas de TV. O início precoce na gestação, a cesariana eletiva, a profilaxia medicamentosa perinatal e a prática de não-aleitamento (em países onde esta é possível e sustentável), contribuíram para a redução de até 95% da TV em países ricos, levando a taxas inferiores a 2% (Friedrich, Menegotto, Magdaleno, e da Silva, 2016).

Tais políticas de saúde pública, as quais foram implementadas em vários países, constituem a prova inequívoca de que a amamentação realizada por mães soropositivas, se interrompida precocemente, pode evitar a TV de HIV da progenitora para o(a) filho(a). Contudo, em Moçambique, por se tratar de um país em vias de desenvolvimento, e que ainda apresenta casos de desnutrição em recém-nascidos, o Ministério de Saúde local ainda defende a política de amamentação até os dois anos de idade, o que pode ser um fator de risco para a TV, em especial se considerado o acesso à assistência médica e medicamentosa que a gestante infectada pelo HIV possui na região em que vive.

Por exemplo, um estudo realizado no Brasil defende que a impossibilidade de amamentar seus bebês traz para as mulheres vivendo com HIV/Aids não apenas questionamentos no que diz respeito ao seu papel como mãe, como também suspeitas e sanções públicas sobre a própria infecção pelo vírus. Elas precisam lidar, por um lado, com os questionamentos das outras mulheres sobre a não amamentação e com seus próprios desejos de poder estar aleitando o seu bebê (Joaquim, 2012). Outro aspecto não menos importante destacado neste estudo, é a percepção de que o aleitamento facilita o *apego* e é associado ao fato de que a maioria das mulheres que participaram neste estudo, teve experiências anteriores de amamentação tanto na família, com mães e irmãs que amamentaram, como com os seus próprios filhos nascidos antes do diagnóstico de soropositividade para o HIV. E estas experiências relativas à amamentação, principalmente com os filhos que *mamaram no peito*, permitiram às mulheres perceber que, no momento da amamentação, há uma aproximação e

um contato mais próximo entre mãe-filho. A amamentação em Moçambique ainda constitui um desafio, porque, para além de ser considerado um fenómeno natural e com benefícios enormes para o bebê, é associado a aspectos culturais tais como garantia de auto-cuidado da mãe para o seu filho. E num contexto de soropositividade e do risco que isso traz para o recém-nascido, a mãe é sempre posta em causa, ao decidir se amamenta ou não. O fato de Moçambique não ter a fórmula latea no Sistema Nacional de Saúde, também põem em cheque a decisão que a mulher deve tomar diante do aleitamento materno na presença do HIV.

Segundo Friedrich, Menegotto, Magdaleno, e da Silva (2016), estudos demonstram a redução de taxas de TV para 1%, quando a carga viral materna é suprimida a níveis indetectáveis durante a gestação. Em 2015, Cuba foi o primeiro país a receber a validação da OMS em relação à eliminação da TV do HIV, definida como menos de 50 casos para 100.000 nascidos vivos, com uma transmissão inferior a 5% em lactentes amamentados ao seio, ou inferior a 2% naqueles não amamentados, além do uso de antirretroviral (ARV) por mais de 95% das gestantes.

Em países onde não há recursos para se suspender a amamentação de bebês expostos ao HIV, estudos demonstraram que o uso de antirretrovirais (ARV) por lactantes é seguro e reduz efetivamente a transmissão através do leite materno. Assim, o risco de transmissão pós-natal do HIV pode ser reduzido para menos de 2%, nível que permite contemplar a prevenção da TV mesmo em locais onde há recursos limitados. O TARV durante a gestação é a intervenção mais efetiva para a prevenção da TV. Os antirretrovirais iniciados antes mesmo da concepção e mantidos durante toda a gestação resultam em taxas de transmissão extremamente baixas.

Mas, no caso do Brasil, o Ministerio de Saúde (2019) defende que todas as gestantes que iniciarem TARV durante a gestação poderão realizar troca do antirretroviral para *dolutegravir* (DTG) após o final da gestação, reforçando-se que a amamentação é contraindicada em toda a mulher que vive com HIV.

Contudo, Moçambique é um dos países que ainda não é possível suspender a amamentação quando o bebê está exposto ao HIV, devido a vários fatores, tais como aspectos de ordem cultural em torno da amamentação, o estigma social que pode advir da interrupção precoce da amamentação, somada aos problemas econômicos e de acesso aos serviços de atendimento básico durante a gestação, bem como, a ausência de política de não aleitamento com oferta da fórmula substitutiva. Assim, a TV ainda constitui um fator de risco e pode impactar o estado emocional da mãe soropositiva durante a gestação ou amamentação.

Cabe salientar que esse cenário não é a realidade da maioria dos países que convivem com a epidemia de HIV/Aids. A Organização Mundial da Saúde (OMS) revela que em 22 países onde mais de 90% das gestantes expostas ao HIV, apenas 44% das mesmas foram testadas para HIV. Das que sabidamente convivem com a doença, 73% receberam antirretroviral na gestação e apenas 61% durante a amamentação. Apenas 50% das crianças expostas receberam profilaxia com antirretroviral e dessas, somente 44% foram testadas até os dois meses de vida. Outro índice preocupante é que apenas 32% das crianças que foram diagnosticadas como infectadas estavam recebendo antirretroviral adequadamente (Friedrich, Menegotto, Magdaleno, e da Silva, 2016). A redução do parto prematuro, que requer cuidados pré-natal adequados, influencia na eficácia da redução da TV intraparto e pós-natal precoce.

### Tabela 1

*Fatores que influenciam na transmissão vertical do HIV*

Classificação	Fatores que interferem na transmissão vertical	Evidências
<b>Risco</b>	Clínicos e imunológicos	Soroconversão durante a gravidez; infecção recente; carga viral das gestantes; baixa contagem de linfócitos T CD4+; infecções vaginais; tuberculose materna.
	Nutrição materna	Vitamina A em associação com $\beta$ -caroteno.
	Obstétricos	Parto vaginal; parto prematuro.
	Relacionados ao recém-nascido	Baixo peso ao nascer; alimentação do recém-nascido, amamentação e mastites pós-parto.

	Uso de antirretrovirais	Ausência de antirretrovirais na gestação; resistência aos antirretrovirais.
	Comportamentais	Idade jovem materna; utilização de drogas de abuso pelas gestantes.
<b>Proteção</b>	Uso de antirretrovirais	Profilaxia em gestantes; profilaxia antirretroviral do recém-nascido; terapia antirretroviral durante 6 meses pós-parto.
	Relacionados ao recém-nascido	

Fonte: Hoffmann, Santos, Silva, Paula, Padoin e Barros (2014) e Ministério da Saúde do Brasil (2019).

A tabela 1 diz respeito ao contexto brasileiro, e nota-se que os principais aspectos que constituem obstáculos para a redução da TV no contexto moçambicano podem diferir, o que se justifica ao se reconhecer a existência de especificidades de fatores culturais e sociais que influenciam o modo de abordar o problema, além de aspectos estruturais singulares de cada realidade sanitária, incluindo o acesso da população à assistência médica e medicamentosa.

Salienta-se, ainda, que para prevenir a TV, o tratamento antirretroviral deve iniciar na fase precoce da gestação, especialmente para mulheres que requerem o uso de antirretroviral para suas próprias indicações clínicas. No momento do parto, o tempo de exposição à ruptura de membranas também é importante. Além disso, a redução do parto prematuro por meio de um cuidado pré-natal adequado é eficaz na redução da TV intraparto e pós-natal precoce (Hoffmann, Santos, Silva, Paula, Padoin, & Barros, 2014).

Cabe ressaltar que é necessário identificar quais fatores podem ampliar a vulnerabilidade da mulher vivendo com HIV durante a gestação. A vulnerabilidade pode ser entendida como um conjunto de aspectos biológicos, individuais, programáticos, sociais e culturais, interdependentes e mutuamente influenciáveis, assumindo pesos e significados diversos que variam no decorrer do tempo e determinam o grau de susceptibilidade e condições de respostas de indivíduos e comunidades em relação ao HIV/Aids (Matos, 2005).

Por essa razão, além do estigma e sofrimento individual da mulher gestante que vive com HIV, pode existir o medo da rejeição e abandono pela sociedade, família, companheiro e amigos (Carneiro, Cabrita & Menaia, 2006). De acordo com Esteves (2000), o medo é um sentimento humano que precisa de especial cuidado e atenção porque pode afetar profundamente o modo de enfrentamento das diversas situações da vida, deixando a mulher ainda mais vulnerável.

Considerando a existência ainda de casos de preconceito e de discriminação contra pessoas que vivem com HIV em Moçambique, adotou-se o programa m2m, que significa de mãe para mãe, estabelecido desde 2017, quando o Governo dos Estados Unidos de América, por meio do Centro de Controle e Prevenção de Doenças e da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional, contratou a m2m para fornecer assistência técnica a fim de fortalecer a implementação de uma estratégia direcionada a Mães para Mães (MpM) e apoiar o Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU) na sua implementação nacional. A partir de 2018, o programa m2m passou a prestar serviços de apoio à prevenção da transmissão vertical do HIV em 31 unidades de saúde em cinco províncias, nomeadamente: Cabo Delgado, Maputo, Nampula, Sofala e Zambézia (Mozambique - mothers2mothers, 2020).

O objetivo é garantir maior adesão e retenção no atendimento a mulheres que vivem com HIV, gestantes ou lactantes, e aumentar as taxas de cobertura de testes de diagnóstico precoce da criança e do bebê expostos ao HIV nas primeiras semanas e meses de vida.

O programa m2m fornece assistência técnica ao Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU) e a outros parceiros para melhorar o currículo, treinamento, ferramentas, estruturas, políticas e implementação da estratégia MpM, e integrar o Modelo Mentor-Mãe nos sistemas de saúde provinciais, bem como desenvolver um sistema robusto de monitoria e avaliação (Mozambique - mothers2mothers, 2020). A estratégia de mães e pais mentores, que

Moçambique adotou, está baseada na metodologia de educação entre pares. E de acordo com Polejack e Seidl (2015) para que haja efetividade nas estratégias de prevenção, as informações oferecidas precisam fazer sentido para o sujeito, que deve reconhecer os benefícios que uma mudança de comportamento ou adesão a novas práticas pode trazer. Para o efeito as mães e pais mentores tem como função garantir a ligação entre a comunidade e o Hospital, resgatando mulheres que vivem com HIV que abandonaram o tratamento por várias razões. Esta estratégia permite que haja diálogo de mulher para mulher dando espaço para uma conversa franca e horizontal e é um programa que é extensivo para os pais mentores que também tem a tarefa de resgatar os homens na comunidade que abandonaram o tratamento hospitalar.

## **1.2 Problema de pesquisa**

A pobreza extrema da mulher, somada à sua dependência familiar para acessar a assistência médica e medicamentosa, aliado a ideia de que, só o marido é que deve autorizar para ela ir à consulta hospitalar, bem como, a ausência de poder de decisão em relação à família que recai sobre a população feminina são aspectos que fazem parte dos interesses desta pesquisa, pois podem afetar a adesão aos cuidados e tratamento assim como limitar o direito de acesso à saúde.

A partir da gravidade do problema na região, que se faz evidente a partir dos dados epidemiológicos apresentados anteriormente, considera-se pertinente conhecer as principais dificuldades vivenciadas pelas gestantes ou lactantes soropositivas e seus parceiros sexuais, porque Moçambique ainda apresenta altos níveis de infecção pelo HIV (sendo o segundo país mais afetado da África Subsaariana) e, a pesquisa e o debate acadêmico do fenômeno pode ampliar as formas de abordagem ao problema e ajustar-se as estratégias de enfrentamento do HIV à realidade sociocultural do grupo-alvo residente em Chókwè, na Província de Gaza-Moçambique.

Face ao exposto anteriormente, constituiu interesse desta pesquisa responder à seguinte questão: *Quais são as experiências e principais dificuldades enfrentadas por mulheres vivendo com HIV/Aids, dos seus parceiros sexuais e dos profissionais de saúde que assistem às pacientes durante a gravidez ou amamentação?*

### **1.3 Justificativa social e relevância do estudo**

A pertinência do estudo reside no fato de existir poucas pesquisas, até então em Moçambique, voltadas às vivências das gestantes ou lactantes soropositivas no contexto cultural da Província de Gaza, e que incluem o homem como parte integrante do fenômeno. O problema alvo, portanto, é tanto a promoção da saúde mental da mulher soropositiva gestante ou em amamentação, como dos homens parceiros dessas mulheres.

Ao receber e comunicar o diagnóstico de HIV, os indivíduos ficam sujeitos a sofrer discriminação e estigmatização, o que pode gerar sofrimento, perda da qualidade de vida, e ainda pode afetar os níveis de adesão ao TARV, o que, por sua vez, gera problemas de saúde pública tais como resistência terapêutica e necessidade de mudanças de medicamentos, numa realidade de Moçambique onde os recursos ainda são escassos. À medida que o Distrito de Chókhwè - em particular, e a Província de Gaza - no geral, ainda registram altos índices de infecção pelo HIV na população, e apesar de louvável o esforço governamental e das organizações não-governamentais no combate à doença, julgou-se necessário desenvolver pesquisas voltadas às vivências da mulher gestante ou lactante que vive com HIV, tendo em vista a promoção da sua saúde mental.

A região em questão apresenta cenários culturais típicos, caracterizados pelo machismo, onde o homem geralmente é quem toma as decisões de forma unilateral sobre a vida da mulher, o que, de alguma forma, pode impactar negativamente sua saúde mental e qualidade de vida. Outro aspecto a se destacar é a comum dependência financeira da mulher em relação ao seu parceiro, o que pode influenciar as decisões que a mesma toma sobre a sua saúde, sobretudo

considerando-se que, nessas condições, a mulher só pode acessar a assistência médica e medicamentosa com a autorização do marido. Assim, se o parceiro souber que a mulher está infectada pelo HIV, ela corre o risco de perder esse apoio, o que dificulta ainda mais que as mesmas exponham suas condições sorológicas no âmbito familiar.

Os impactos familiar, social e econômico, incluindo os altos custos da assistência médica e medicamentosa para essa população, também constituem objetos de interesse da presente pesquisa. O especial interesse reside nas questões associadas aos valores socioculturais com padrões de conduta rígidos, não sendo comum a essa sociedade tolerar outros modos de vida tais como mulheres vivendo com HIV gestantes ou lactantes ou mulheres trabalhadoras do sexo.

Moçambique registra novos casos de infecção pelo HIV, em sua maior parte, em mulheres em idade reprodutiva. Vislumbra-se necessário, portanto, a realização de pesquisas nessa área de conhecimento, como forma de contribuir na elaboração de estratégias de mitigação da epidemia do HIV. A infecção por HIV, ainda é uma condição que pode influenciar de forma negativa a saúde mental para várias mulheres, pelo fato de que, em grande parte das vezes, as mesmas não podem contar com o suporte social e familiar necessários quando descobrem-se acometidas pelo vírus. Por isso, faz-se pertinente e relevante pesquisar possíveis formas de intervenção, de modo a ampliar o apoio fornecido às pessoas nessa condição.

## **Capítulo 2 - Objetivos:**

### **2.1 Geral**

- Conhecer as experiências e as principais dificuldades vivenciadas pelas gestantes ou lactantes vivendo com HIV e dos seus parceiros sexuais.

### **2.2 Específicos**

- Descrever as experiências vivenciadas pelas mulheres vivendo com HIV durante a gravidez ou durante a amamentação e as estratégias de enfrentamento aos problemas;

- Descrever as experiências vivenciadas pelos homens parceiros de mulheres vivendo com HIV durante a gravidez ou durante a amamentação e as estratégias de enfrentamento aos problemas;

- Conhecer os principais desafios dos profissionais de saúde na abordagem de mulheres vivendo com HIV durante sua gravidez ou durante a amamentação;

- Identificar as experiências das mães mentoras e pais mentores sobre mulheres vivendo com HIV/Aids gestantes ou lactantes.

### Capítulo 3 - Revisão integrativa de literatura

O método da revisão integrativa viabiliza a capacidade de sistematização do conhecimento científico e permite que o pesquisador se aproxime a problemática que deseja apreciar, traçando um panorama sobre sua produção científica para conhecer a evolução do tema ao longo do tempo e, visualizar possíveis oportunidades de pesquisa (Botelho, Cunha & Macedo, 2011; Cunha, Cunha & Alves, 2014). Foi por isso, que se recorreu a este método para fazer-se a síntese e análise do conhecimento já existente sobre o tema em estudo, obedecendo às normas preconizadas que se seguem:

Esta revisão integrativa de literatura foi norteada pela seguinte pergunta: *Quais são as experiências e principais dificuldades enfrentadas por mulheres vivendo com HIV/Aids, dos seus parceiros sexuais e dos profissionais de saúde que assistem às pacientes durante a gravidez ou amamentação?*

E na sequência os seguintes procedimentos:

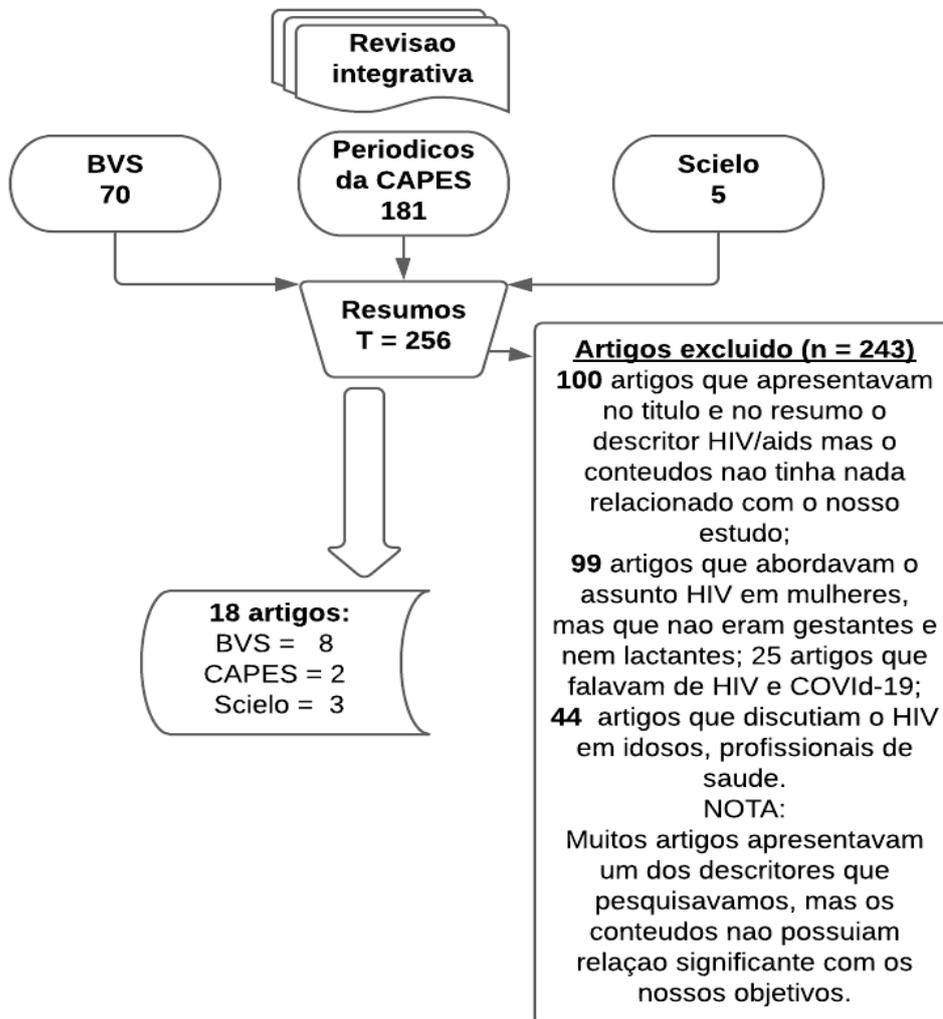
- i) Consulta as seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual de Saúde – (BVS), Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (CAPES) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). A escolha destas plataformas esteve relacionado à similaridades dos descritores usados na área da saúde no Brasil e em Moçambique.
- ii) Consulta nas bases de dados das combinações entre os descritores com a utilização dos operadores *booleanos*: Experiência AND Gestação AND HIV; Experiência AND aleitamento materno AND HIV; Lactação AND experiencia AND HIV; HIV AND Gestação AND Aleitamento materno; Transmissão vertical AND gestação AND aleitamento materno; Transmissão vertical AND HIV AND aleitamento materno; Saúde mental AND mulheres AND HIV; Promoção da Saúde AND Saúde mental. A consulta resultou em: 70 resumos da BVS, 181 resumos do periódico da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior

(CAPES) e 5 resumos na *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO); e a busca incluiu artigos em português e inglês publicados nos últimos 5 anos, totalizando 256 artigos.

iii) Critérios de inclusão: (1) artigos que abordam as áreas temáticas em discussão no projeto de pesquisa nomeadamente: Mulher HIV positiva; gestante; lactante soropositiva; parceiro sexual; transmissão vertical e promoção de saúde ou saúde mental da mulher HIV positiva.

iv) Critérios de exclusão: Todos artigos que não incluíam os descritores que estão sendo discutidos no projeto; todos os artigos que não estavam no intervalo dos últimos 5 anos, mesmo que tratassem do HIV/Aids.

### 3.1 Diagrama da seleção dos artigos para revisão integrativa



Fonte: elaborado pelo autor

**Tabela 2** - Evidências científicas dos achados identificados na busca que foi feita nas bases de dados sobre a temática em discussão.

Título	Autores	Base de dados Local/Ano	Resultados
<p><b>O Empoderamento das Mulheres Soropositivas como concretização da Cidadania Feminina no Brasil</b></p>	<p>Franca, Karoline Veiga ; Brauner, Maria Claudia Crespo</p>	<p><b>BRASIL</b> CAPES /2017</p>	<p>A estigmatização da aids causa um impacto significativo na saúde mental dos doentes. Depressão, isolamento social, uso de drogas, bebidas alcoólicas, suicídio, são apenas alguns dos transtornos mentais que tornam os doentes mais vulneráveis, os quais começam a aparecer a partir do diagnóstico, repercutindo negativamente na evolução da doença.</p> <p>No que tange ao atendimento das mulheres soropositivas, no Brasil, embora o tratamento de prevenção e de combate à aids tenha melhorado sobremaneira desde a descoberta da patologia até os dias atuais, ainda é precário o atendimento no campo da saúde mental, área bastante afetada pela síndrome.</p>
<p><b>HIV-seropositive women: Understanding, feelings and experience before motherhood</b></p>	<p>Farias de Oliveira, Patrícia</p>	<p><b>BRASIL</b> CAPAES /2013</p>	<p>Os resultados possibilitaram compreender o peso de sentimentos como tristeza, surpresa, desespero e auto prestígio em relação à revelação do diagnóstico e preocupação com a saúde da criança. A impossibilidade da amamentação gerou frustração e negação para ocultar a doença.</p>

<p><b>Entre a mulher e a salvação do bebê: experiências de parto de mulheres com HIV</b></p>	<p>Bellotto, Paula Cristina Barth; Lopez, Laura Cecília; Piccinini, Cesar Augusto; Gonçalves, Tonantzin Ribeiro.</p>	<p><b>BRASIL</b> SciELO /2019</p>	<p>Como resultados, apontamos a pouca participação na escolha da via de parto, a falta de orientações no pré-natal, inclusive quanto à prevenção da transmissão vertical (TV) e o pouco uso de analgesia ou técnicas de alívio da dor, evidenciando falhas no processo de cuidado humanizado. O medo da transmissão para o filho(a) se soma à centralidade conferida à prevenção da TV e à salvação do bebê. A saúde sexual e reprodutiva e o enfrentamento do diagnóstico pelos casais não foram foco de cuidado, denotando hierarquias reprodutivas e carência de uma atenção integral.</p>
<p><b>Sexualidade e prevenção das IST/aids no cuidado em saúde mental: o olhar e a prática de profissionais no Município do Rio de Janeiro, Brasil</b></p>	<p>Mann, Cláudio Gruber; Monteiro, Simone.</p>	<p><b>BRASIL</b> SciELO/2018</p>	<p>Os profissionais de saúde mental reconheceram uma maior vulnerabilidade dos usuários de serviços de saúde mental às situações de violência sexual, mas não às IST/aids. Afirmaram ser importante abordar a sexualidade e a prevenção das IST/ aids, todavia, tais temas não aparecem nas discussões em equipe e raramente no dia a dia do cuidado devido à falta de formação e conhecimento dos profissionais de saúde mental, bem como da ausência de diretrizes e orientações institucionais. Os profissionais de saúde mental reconheceram suas dificuldades e reforçaram a importância da construção de espaços de troca de experiências nos serviços. Os achados apontam a necessidade de incorporar a sexualidade e a prevenção das IST/ aids na dinâmica institucional e na formação dos profissionais de saúde mental. Apesar da desinstitucionalização e dos avanços no campo da aids, além da oferta de um cuidado integral e humanizado, tais temas ainda não foram incorporados ao debate na RAPS. Foram indicadas</p>

			recomendações que visam contribuir na melhoria da qualidade do cuidado oferecido.
<b>Qualidade de vida relacionada à saúde em pessoas com HIV e fatores associados</b>	Susana Gabriela Cabrera Alonso, Zaida Arteta Dalchiele, Juan J. M. Rouco, Giorella Cavalleri	<b>URUGUAI</b>  Scielo/2018	o score global de QVRS foi bom apesar de ser uma população com múltiplas vulnerabilidades. Embora a adesão ao tratamento estivesse relacionada a uma melhor percepção da QVRS em alguns domínios, não teve impacto no score global. A carga viral indetetável não foi preditor de melhor QVRS, o que confirma que os parâmetros biológicos isolados não explicam a complexidade da percepção de saúde.
<b>Experiências e atitudes de pessoas com HIV / AIDS: uma revisão sistemática de estudos qualitativos</b>	Colmenero, T. A, Morente, A. P., Morcillo, A. J. R., Díaz, C. C, Martínez, M. R., e Montoro. C. H.	<b>ESPANHA</b>  BVS /2020	O momento do diagnóstico é de vital importância para essas pessoas devido a sentimentos como decepção, tristeza, medo, desespero, falta de consciência e dor. O apoio social é muito valorizado entre essas pessoas e está vinculado à melhoria da qualidade de vida dessas pessoas. Diferentes tipos de estigma acompanham as pessoas com HIV / aids ao longo de sua vida, como estigma social, auto estigma e estigma dos profissionais de saúde. Mulheres soropositivas que decidem ser mães podem sentir frustração porque não podem amamentar. A espiritualidade ajuda algumas pessoas a lidar com o fato de serem portadoras de vírus ou doenças.
<b>Vivência da gestação e da maternidade por adolescentes/ jovens que nasceram infectadas pelo HIV</b>	Clarissa Bohrer da Silva, Maria da Graça Corso da Motta, Renata Bellenzani	<b>BRASIL</b> BVS /2020	Evidenciaram-se quatro categorias: descoberta da gravidez em curso sentimentos ambivalentes diante da soropositividade; Revelação da notícia da gestação ao parceiro, familiares e profissionais de saúde; Vivência do parto e da profilaxia da transmissão vertical do HIV; e Vivência da maternidade implicações nas histórias de vida e projetos futuros.

<b>Mães adolescentes que vivem com o HIV: uma investigação qualitativa sobre a Constelação da Maternidade</b>	Margaret Daros Pinto, Gabriela Nunes Maia, Marco Daniel Pereira e Daniela Centenaro Levandowski	<b>BRASIL</b> BVS/2020	O estudo indicou preocupação da mãe com a saúde do bebê, medo de infectá-lo e ansiedade frente à possibilidade de diagnóstico positivo para HIV. A presença do HIV mostrou-se um grande desafio para as adolescentes, embora tenham descrito um sentimento positivo frente à maternidade. Verificou-se a constituição de uma boa rede de apoio familiar, que auxiliou as jovens no cuidado do bebê.
<b>Fatores de Risco para a Maternidade entre Adolescentes vivendo com Hiv – 1</b>	Gabriela Vescovi; Luciana Castoldi; Marco Daniel Pereira; Daniela Centenaro Levandowski	<b>BRASIL e PORTUGAL</b> BVS /2016	Os fatores de risco dificuldades na vivência da gestação/maternidade: descoberta da soropositividade durante a gestação, baixa adesão ao tratamento antirretroviral e não realização desse tratamento pelo parceiro, além de dificuldades enfrentadas nos serviços de saúde.
<b>Mães vivendo com HIV: a substituição do aleitamento por fórmula láctea infantil.</b>	Willyane de Andrade Alvarenga; Lucila Castanheira Nascimento; Camila Lima Leal; Marcia Regina Cangiani Fabbro; Jamile Claro de Castro Bussadori; Simone Santos e Silva Melo; Denisse Cartagena-Ramos; Giselle Dupas.	<b>BRASIL</b> BVS /2019	Os símbolos sociais da amamentação, a (in)disponibilidade da fórmula láctea e o (des)apoio dos profissionais de saúde influenciaram a experiência das mães com a alimentação por fórmula láctea. Cerceamentos sociais, culturais e econômicos mostraram-se capazes de prejudicar as condições necessárias para a substituição do aleitamento materno.
<b>Mother-to-child HIV transmission and its associations among exposed infants after Option B+ guidelines implementation in the Amhara regional state referral hospitals, Ethiopia</b>	Mesfin Wudu Kassawa, Ayele Mamo Abebeb, Biruk Beletew Abate, Kenean Getaneh Tlaye, Ayelign Mengesha Kassie.	<b>ETIOPIA</b> BVS/2017	A prevalência de transmissão do HIV entre crianças expostas no início do programa foi de 2,3% (cinco casos) (IC 95%, 0,5-4,6%), enquanto a prevalência de transmissão do HIV entre crianças expostas na conclusão do programa foi de 3,7% (8) (IC de 95%, 1,4-6,5%).
<b>High proportion of unknown HIV exposure status among children aged less than 2 years: An analytical study using the</b>	Maria Grazia LainI, Sergio Chicumbe, Aleny Couto, Esmeralda Karajeane,	<b>MOÇAMBIQUE</b> BVS /2020	O estado de exposição ao HIV era desconhecido em 27% das crianças de mães que residem no Norte, na área rural sem educação e sem ter utilizado nenhum serviço de saúde na última gravidez tiveram

<b>2015 National AIDS Indicator Survey in Mozambique</b>	Carlo Giaquinto, Paula Vaz.		maior probabilidade de ter um filho com estado de exposição ao HIV desconhecido.
<b>Breastfeeding Practices Among Women Living with HIV in KwaZulu-Natal, South Africa: An Observational Study</b>	Jocelyn E. Remmert, Nzwakie Mosery, Georgia Goodman, David R. Bangsberg, Steven A. Safren, Jennifer A. Smit & Christina Psaros	<b>AFRICA de SUL</b> BVS/2020	Nenhum participante relatou alimentação mista, 30% relataram AME e 70% relataram alimentação exclusiva com fórmula. As razões comumente relatadas para não amamentar incluíam o medo da transmissão do HIV ao bebê e de ficar longe do bebê por longos períodos de tempo. O suporte social ( $p = 0,02$ ) e o suporte social relacionado ao HIV ( $p < 0,01$ ) foram significativamente maiores em mulheres que tentaram amamentar em comparação com mulheres que nunca tentaram amamentar.

Artigos revisados de 1- 15 de Março de 2021 e (atualizado no dia 08.06.2022).

### 3.2 A gestação da mulher vivendo com HIV

No início da epidemia, as mulheres infectadas pelo HIV eram desencorajadas a engravidar e fortemente censuradas pela equipe de saúde, o que resultava no aborto ou abandono do tratamento (Zihlmann & Alvarenga, 2015). Contudo, apesar de atualmente, os serviços de saúde, atuarem adequadamente para a prevenção da Transmissão Vertical, ainda incorrem na desatenção nos cuidados que oferecem à mulher, pelo fato de persistir a histórica priorização da assistência focada na criança em detrimento da mulher (Mindry et al., 2017).

Para entender a gestação sob a perspectiva de pessoas infectadas pelo HIV é fundamental fazer uma análise mais clara das políticas públicas, pelo fato de abordarem de modo simplista e homogêneo, não contemplando as singularidades e a complexidade da vivência com o vírus numa sociedade repleta de estigmas (Ministério da Saúde, 2019).

Depois da descoberta da gestação, as mulheres expressaram a ambivalência de sentimentos com a notícia, em alguma medida não esperada conscientemente, referindo surpresa, nervosismo, tristeza e alegria. Apresentam o medo de vivenciar a gestação devido à

sua infecção pelo HIV, outras, minoritariamente, sentem apreensão devido à idade (Silva et al., 2020). E a constatação de uma gravidez no contexto de HIV em que, durante a experiência assistencial prévia, a possibilidade da TV não tenha sido minimamente abordada como fonte de reflexão e condutas decorrentes – parece ser potencialmente mais capaz de produzir repercussões negativas na saúde materna, além de favorecer a cogitação pelas gestantes da interrupção da gravidez por meio de um aborto induzido.

Para Vescovi et al. (2016) a descoberta do HIV durante a gravidez apresenta-se para as mulheres como um fator de risco, dentre outros motivos, pela intensa preocupação com a possibilidade de infecção do bebê e as eventuais complicações decorrentes da mesma. Um estudo realizado por Ingram e Hutchinson (2000) revelou também que as mães que tinham descoberto o HIV durante a gestação lembravam-se desse fato como algo especialmente difícil. Ethier et al. (2002); Kwalombota (2002); Pinto et al. (2017) exortaram para a necessidade de identificação dos riscos psicossociais, depressão e desordens somáticas envolvendo o diagnóstico de infecção pelo HIV/Aids durante o período gestacional.

A vigência do HIV durante a gravidez pode ser destacada como fator de risco para as mulheres, porque gerou a necessidade de acompanhamento médico especializado. A infecção dos companheiros criou um risco adicional, pois, ainda que o casal fosse soroconcordante, as orientações vigentes reforçam a importância do uso do preservativo nas relações sexuais, sobretudo para evitar reinfeções e aumento da carga viral de ambos (Vescovi, et al., 2016).

A gestação na presença do HIV não necessariamente reduz os sentimentos positivos quanto à maternidade e ao filho, mas, certamente, impõe muitos temores e cuidados estritos para prevenir a TV, particularmente, no nascimento. As vivências de culpa e medo de transmitir do HIV para o filho(a) se associa à centralidade que as políticas e ações em saúde conferem à profilaxia. Apesar de assumir uma posição de obediência frente à profilaxia e à intensa

medicalização, até certo ponto necessária, as mulheres manifestam desejos sobre o tipo de parto e sobre como queriam vivenciar esse momento. E entende-se que o diálogo deve ser fortalecido no sentido do vínculo e do apoio sem julgamentos às mulheres, imponderando-as quanto ao parto na presença do HIV (Bellotto, et al., 2019).

Os aspectos psicológicos das mulheres que recebem resultado positivo para HIV na gestação podem ser profundamente afetados, sendo que a principal experiência vivida por essas mulheres está relacionada ao medo da transmissão ao feto, tornando esse medo uma parte central de seu universo emocional, pois, em geral, o nascimento está associado a um sentimento positivo e relacionado à felicidade. Percebe-se que, quando existe a possibilidade de contaminação de seu bebê, a angústia ganha corpo e assume um papel importante para a gestante, mas, Moçambique sendo um país onde o pensamento coletivo, e os padrões culturais e sociais são mais fortes do que as decisões individuais, há a necessidade de acolher e apoiar a mulher de modo a redesenhar a subjetividade do risco de contaminação de seus filhos pelo HIV.

O processo gestacional tende a ser uma experiência baseada em medos, trazendo tensão e insegurança, tanto em relação à transmissão do HIV quanto no uso de medicamentos, temendo assim pelo sofrimento da criança em relação a todos os estressores aliados à Infecção por HIV. Ressalta-se que estar grávida na presença do HIV /aids, além das ambivalências sentimentais, faz com que a mulher tenha que se reconhecer como mãe e ter consciência de todas as consequências e riscos que essa condição acarreta (Bastos et al., 2019).

### **3.3 Vivências da mulher vivendo com HIV diante do aleitamento materno**

Esforços para eliminar novas infecções pelo HIV em crianças tem sido globais. Atualmente, 1.800.000 menores de 15 anos vivem com HIV no mundo, o que representa menos de 1% do total de pessoas que vivem com HIV (UNAIDS, 2016).

A mulher tem sobre si uma forte expectativa social relacionada à maternidade na qual a decisão de ser mãe, sendo HIV positiva, dentro de um contexto de padrões culturais muito fechados e localizados e que não coadunam com os padrões mundialmente constituídos tais como liberdade de pensamento e decisão, devido as crenças incutidas à mulher gestante e que dão espaço para o surgimento do medo da discriminação e rejeição pela família, amigos e sociedade em geral, obriga às mulheres que vivem com HIV a pensar que não possuem e nem devem possuir vida sexual e reprodutiva ativa, chegando a culpá-las quando ocorre uma gravidez. É por isso que, o significado em torno do aleitamento materno pode fazer com que as mulheres se questionem sobre o vínculo mãe-filho, porque acreditam que a amamentação possui um papel central na vinculação entre mãe e filho e podem associar a alimentação artificial a dificuldades de interação e eventual prejuízo no desenvolvimento da criança (Cartaxo, et al., 2013; Alvarenga, et al., 2019). Quanto à saúde geral do bebê, as mães relataram apreensões, e a vivencia de sentimentos de medo e incerteza.

Nesse mesmo sentido, de acordo com Alvarenga, et al. (2019) os discursos sociais e simbólicos em torno da amamentação parecem influenciar o sofrimento materno. O discurso de que o leite materno é o melhor alimento para o bebe é reproduzido pelas mulheres, o que potencializa a tristeza e influencia no provimento de uma alimentação por elas considerada mais adequada para a criança.

As mulheres podem então vivenciar isolamento, insegurança, sofrimento, vergonha de que alguém descubra seu diagnóstico de soro positividade, por medo de vivenciar preconceitos, discriminação e indiferença, por parte dos que estão a seu redor, como a família, companheiro e amigos (Rodriguez, et al., 2014).

Evidencia-se, na abordagem da mulher que vive com HIV, o medo de transmitir o vírus para o filho durante a amamentação, pois a possibilidade da infecção do filho está diretamente ligada ao sofrimento e ao preconceito que a doença traz consigo ao adquirir o vírus.

### **3.4 A (im) possibilidade de Transmissão vertical**

A transmissão vertical (TV) do HIV é um evento multifatorial, com fatores de risco e de proteção, incluindo principalmente as características maternas, obstétricas, pediátricas e socioeconômicas. É caracterizada pela infecção do vírus de mãe para filho que pode ocorrer durante a gestação, parto ou puerpério, ou no período de amamentação com diferentes chances de transmissão em cada um desses momentos (Siqueira, et al., 2020).

Até ao ano de 2016, aproximadamente 2,1 milhões de crianças de até 15 anos viviam com HIV em todo o mundo, sendo a transmissão vertical responsável por mais de 90% desses casos (UNAIDS, 2017). E na África Subsaariana, mulheres e meninas representaram 59% de todas as novas infecções por HIV (UNAIDS, 2017); o que significa que ainda teremos novas infecções por transmissão vertical se as medidas profiláticas não serem eficazes nesta região do continente africano.

Segundo Rodrigues, et. al. (2020) o desejo de ser mãe não diminui na mulher vivendo com HIV, mas, fica evidente o medo de transmitir o vírus ao filho. E ressalta-se que a mulher que vive com HIV, além de pensar na gravidez, também pensa na saúde do filho durante e após o período gestacional, gerando sentimentos ambíguos, como medo e desejo de conceber na presença do vírus, fazendo com que sua vontade seja prolongada, podendo levar assim a uma gravidez não planejada com alto risco de transmissão vertical.

A prevenção pós-parto da transmissão vertical torna-se responsabilidade do cuidador, seja um parente de sangue ou não. O cuidador pode ser emponderado para melhorar a qualidade de vida da criança. quando é totalmente suportado e orientado por profissionais de saúde. No

entanto, quando a orientação e apoio prestado pelos profissionais de saúde às mulheres HIV positivas é insuficiente ou inadequado, a criança pode não ter a satisfação nutricional necessária oferecida pela mãe. E para garantir a proteção da vida e reduzir as chances de transmissão vertical, o acesso oportuno ao tratamento profilático e antirretroviral é imperativo (Bick, et al., 2017).

### **3.5 Promoção da saúde da mulher vivendo com HIV**

A promoção da saúde tem se tornado cada vez mais relevante no campo da saúde pública e se apresentado como um importante instrumento de participação social voltado à defesa do direito humano universal à saúde. Assim se constitui como um importante processo de modificação de determinantes da saúde em prol da qualidade de vida de pessoas e comunidades (Gonçalves-Germani & Aith, 2013). Dessa forma a promoção da saúde possui um papel importante nesta discussão, a medida que pode buscar estratégias e políticas para fortalecer o protagonismo e participação da comunidade e evitar a exposição a fatores de risco a Transmissão Vertical no contexto do HIV.

Quanto ao cuidado de mulheres vivendo com HIV no ciclo gravídico e em amamentação, estudos apontam que estas vivências podem ser especialmente desafiadoras para as mulheres e permeadas por maiores preocupações com relação a TARV e a possibilidade de Transmissão Vertical (Vescovi, et al., 2016).

As indagações sobre como podem ser abordada a sexualidade e prevenção da Transmissão Vertical do HIV envolvem múltiplos fatores, como por exemplo, as características socioculturais e históricas da população, e os atores envolvidos no suporte a mulher vivendo com HIV. É de grande importância que a partir das demandas dos atores envolvidos: mulheres gestantes ou lactantes, parceiros e profissionais de saúde, sejam feitas as articulações necessárias para a formulação e desenvolvimento de políticas públicas e intervenções atentas a todos os elementos.

Segundo Vescovi, et al. (2016) elementos como uma assistência pré-natal esclarecedora, a identificação de vulnerabilidades e fatores de risco, o fortalecimento das redes de apoio da mulher, e o devido acolhimento e suporte técnico, informacional e emocional são imprescindíveis na atenção a mulher que vive com HIV gestante ou em amamentação. Os estudos de (Mann & Monteiro, 2018) corroboram ao apresentar a grande importância a identificação e compreensão de fatores de risco, assim como de condições e variáveis que podem estar associadas a questões de riscos em âmbitos biológicos, psíquicos e sociais. É imprescindível ainda que tanto os profissionais como serviços especializados estejam sensibilizados a temática em busca de um acompanhamento mais eficiente e eficaz das mulheres vivendo com HIV.

Nesse sentido, as instituições e profissionais de assistência a saúde possuem um papel fundamental. No entanto, algumas vezes a assistência pode ser comprometida por fatores como o despreparo ao abordar estes temas, a ausência de diretrizes institucionais ou ainda a invisibilidade de aspectos socioculturais, políticos e históricos que perpassam a vivência da sexualidade no contexto do HIV. Quanto mais criarmos espaços para a discussão sobre meios de criar, melhorar e manter esses espaços de discussão, menos complicado e mais natural poderá ser lidar com as demandas e dúvidas dos usuários e usuárias de serviços de saúde acerca da sexualidade e da prevenção da transmissão das Infecções Sexualmente Transmissíveis (Mann & Monteiro, 2018).

### **3.6 Aspectos socioculturais e psicológicos na gestação**

Do ponto de vista social e antropológico, são discutidos os riscos fisiológicos e psicossociais de uma gestação precoce para a saúde materno-infantil, bem como o aumento do risco de contração de doenças pelo bebê nesse contexto (Camarano, 1998). Além disso, é preciso ressaltar que existem diferentes tipos de experiências de gravidez na adolescência, os

quais podem ser influenciados pela classe econômica e pela idade dos pais (Heilborn, et. al., 2002).

Nas classes populares, é comum que os pais sejam mais conservadores e não abordem assuntos referentes à sexualidade e a biologia feminina com os filhos (Heilborn et. al, 2002). Ademais, eles reprimem o exercício da sexualidade das meninas, que, por outro lado, é incentivado pelos parceiros delas (Heilborn, et. al., 2002). A cultura e a sociedade moçambicana, em geral, e a do Distrito de Chókwè, em particular, apresentam as mesmas características descritas por Camarano e Heilborn, pelo fato de se considerar a questão de sexualidade feminina um assunto que não deve ser abordado com as adolescentes de forma aberta. Por conseguinte, elas não discutem a biologia feminina com seus pais e parceiros com naturalidade, arriscando, deste modo, o desenvolvimento atípico de sua sexualidade e da sua subjetividade.

Algumas mulheres que vivem com HIV, gestantes ou lactantes, não sabem que convivem com o vírus. Ademais, existe o fator cultural que considera a amamentação parte essencial da maternidade, existindo várias campanhas que apontam os benefícios do aleitamento materno para mãe e bebê, especialmente em países com índices elevados de mortalidade infantil, tal como é o caso de Moçambique. O leite artificial não possui um valor acessível a todas as famílias, além de trazer o risco de outras infecções caso não haja condições sanitárias adequadas e o de expor socialmente a condição de soropositiva da mãe (UNAIDS & WHO, 1998).

Durante a gestação, a mãe é vista como uma potencial transmissora do HIV para seu filho (Lea, 1998; Barbosa, 2001), e as vezes não recebe suporte e orientação adequados para prevenir a TV e vivenciar esse período com menores impactos na saúde mental. O diagnóstico do HIV influencia na identidade sexual e as relações íntimas da mulher (Hoogbruin, 1999;

Barbosa, 2001), que nem sempre goza dos direitos sexuais e reprodutivos (Barbosa, 2001). Isso possui um impacto emocional para o qual não basta somente o aconselhamento médico, tornando-se imprescindível a intervenção de um profissional de saúde mental.

O HIV, é considerado uma infecção que acomete homossexuais e prostitutas o que resulta no estigma, e na subnotificação dos casos de mulheres vivendo com a doença. A norma familiar, cultural e os papéis sexuais socialmente estabelecidos permitem que as mulheres não sejam vistas como pessoas que poderiam contrair o vírus por outras vias, e não admitem a possibilidade de que elas possam contrair o HIV pelo fato de seus maridos terem relações extraconjugais (Guimarães, 1996).

Do ponto de vista cultural, os casais estáveis consideram desnecessário adotar medidas preventivas, como o uso da camisinha. E, sugerir que o façam implica demonstrar uma suspeita de que o(a) parceiro(a) esteja traindo ou em admitir que se está fazendo isso. Isso pode gerar conflitos na relação, especialmente quando o assunto for abordado pela mulher, que é questionada até sobre como possui informações a respeito de infecções sexualmente transmissíveis (Guimarães, 1996). Esta abordagem de Guimarães tem o mesmo significado no contexto social e cultural das mulheres que vivem com HIV em Chókwè, onde a mulher, ainda que saiba algo sobre infecções sexualmente transmissíveis, está proibida de abordar o assunto no meio familiar, sob pena de ser rotulada como pessoa de comportamento sexual desviante, isto é, como prostituta.

### **3.7 Implicações da COVID-19 na mitigação do HIV**

De acordo com a UNAIDS (2020) uma interrupção completa de seis meses no tratamento do HIV pode ter causado mais de 500.000 mortes adicionais na África Subsaariana no período de 2020 a 2021, trazendo a região de volta aos níveis de mortalidade por aids de 2008. Em alguns países da América Latina, vemos como os recursos, medicamentos, equipes

de saúde e equipamentos voltados ao HIV estão sendo movidos para a luta contra a COVID-19.

A dificuldade em alcançar as metas 90-90-90 pode ter como resultado a ausência de diminuição dos novos casos de HIV. Cerca de 1,7 milhão de pessoas foram infectadas pelo vírus, mais de três vezes acima da meta global, que previa baixar as novas infecções para 500 mil até 2020. Esse aumento de casos de novas infecções foi de 21% na América Latina (UNAIDS, 2021). No caso de Moçambique, a dificuldade para alcançar as metas previstas pode estar relacionada a vários factores, mas também à medidas definidas pelo governo no âmbito do combater a COVID-19, que foi caracterizado pelo isolamento social, o que obrigou as pessoas a ficarem em casa e, igualmente, a desenvolver medo de se aproximar às unidades de saúde por receio de transmissão de coronavírus. Outro aspecto não menos importante, foi o desvio dos esforços do combate ao HIV para serem canalizados ao enfrentamento da COVID-19, o que fragilizou a assistência médica e medicamentosa dos países (UNAIDA, 2020).

### **3.8 Gênero e HIV/Aids em Moçambique**

De acordo com Parker, *et al.* (2000) Gênero é uma identidade, que para além da forma como outras pessoas nos identificam enquanto indivíduos sexuados, inclui a forma como o indivíduo se identifica e se percebe a si próprio. A sociedade faz pressão para que os indivíduos do sexo masculino comportem-se como estipulado para os homens dessa sociedade e do mesmo modo que os do sexo feminino comportem-se como estipulado para as mulheres. Alguns dos valores atribuídos a uns ou a outros podem contribuir para o aumento da sua vulnerabilidade face a problemas de saúde.

Gênero é uma ideia que abrange indivíduos e grupos de pessoas socialmente organizados ao mesmo tempo. O uso desta abordagem deve fornecer análises e iniciativas

envolvendo tanto comportamentos e práticas individuais ou coletivas, ao mesmo tempo em que fornece políticas que busquem reduzir a desigualdade das mulheres por meio do acesso à educação e à renda. A expectativa é que essa equidade social redunde em menos submissão aos homens em geral e ao parceiro de cada mulher em particular (Albeernaz & Longhi, 2009).

Villela e Madden (2009) afirmam que os padrões culturais adotados por uma determinada sociedade, e as relações sociais de gênero, são interdependentes do modelo de desenvolvimento de cada sociedade. Por isso, prevenir o HIV/Aids requer a implementação de iniciativas voltadas à redução da pobreza. É nesse contexto que a redução das desigualdades sociais entre homens e mulheres pode fazer sentido.

A discussão em torno de gênero perpassa pela observação que fazemos das relações sociais, no trabalho, no lazer, na política, enfim, convivemos permanentemente com relações de dominação e poder. Entende-se então que o gênero é ainda uma das primeiras formas de distribuição do poder, sendo que o que é classificado como masculino tende a ser mais forte, superior e poderoso; ao passo que o que é considerado feminino é visto como mais fraco, com menos poder e, por isso, deve ficar sob a esfera de proteção e de submissão ao masculino (Albeernaz & Longhi, 2009).

Na África Subsaariana, de onde Moçambique faz parte as mulheres e meninas, continuam sendo as mais afetadas, por isso, e responsáveis por novas infecções de HIV na região, em 2019. As mulheres jovens representaram 24% das novas infecções por HIV em 2019, apesar de constituírem apenas 10% da população na África Subsaariana (UNAIDS, 2020). Contudo, onde a assistência médica para pessoas que vivem com a infecção é mais abrangente, os níveis de transmissão do vírus reduzem significativamente.

E de acordo com o Conselho Nacional de Combate ao SIDA (2022) na prevalência por sexo, as mulheres são desproporcionalmente afectadas do que os homens, por isso,

constituem a população vulnerável crítica. E a disparidade é mais acentuada em mulheres adolescentes de 15-19 anos, cuja prevalência é de 4,3 vezes superior à dos seus pares homens (6,5% vs 1,5%). No entanto, Moçambique registou progressos assinaláveis, mas muito mais precisa de ser feito para alcançar as metas 95-95-95 até 2030, isto é, 95% das pessoas vivendo com o HIV são diagnosticadas, 95% das pessoas diagnosticadas estão em tratamento e 95% das pessoas em tratamento alcançam a supressão viral.

Existe vários aspectos que podem ser destacados como elementos que contribuem para que a mulher seja o género mais infectado pelo HIV em Moçambique: dentre eles referenciam-se as crenças e tabus associadas ao HIV, pobreza generalizada que assola mais a mulher do que o homem, machismo na região Sul do país e razões culturais que pesam mais do lado da mulher do que do homem dentro das relações conjugais (DW, 2017). Outro aspecto a referenciar é o fato de que a mulher para poder ter acesso aos cuidados médicos precisa de ter a autorização do marido, configurando-se na falta de poder de decisão por parte da mesma, devido à submissão ao marido.

As mulheres com HIV sofrem maior discriminação do que os homens, dificultando o acesso aos métodos de tratamento e prevenção, mas não há iniciativas específicas para reduzir essa discriminação. Para quem acredita na existência do HIV e na sua transmissão sexual, o que entra em jogo é o preconceito contra a sexualidade feminina; para quem acredita que os sintomas da infecção vêm de fontes sobrenaturais, o que entra em jogo são crenças e mitos que veem a mulher como fonte de todo mal e também fazem parte das desigualdades de género. Isto é, Seja qual for o olhar, a infecção pelo HIV e suas consequências são atribuídas às mulheres, deixando os homens livres para se envolver em sexo desprotegido, casual, comercial ou ritual (*Kutsinga*) e virtualmente transformando-os em vítimas das mulheres uma reversão potencialmente perigosa da situação para as mulheres (Villela & Madden, 2009).

### **3.9 Mães mentoras**

O programa m2m, que significa de mãe para mãe, foi instituído em Moçambique em 2017, quando o Governo dos Estados Unidos de América, por meio dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças e da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional, contratou a m2m para fornecer assistência técnica a fim de fortalecer a implementação de uma estratégia direcionada a Mães para Mães (MpM) e apoiar o Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU) na sua implementação nacional. A partir de 2018, o programa m2m passou a prestar serviços de apoio à prevenção da transmissão vertical do HIV em 31 unidades de saúde em cinco províncias, nomeadamente: Cabo Delgado, Maputo, Nampula, Sofala e Zambézia (Mozambique - mothers2mothers, 2020).

O objetivo é garantir maior adesão e retenção no atendimento a mulheres que vivem com HIV, gestantes ou em amamentação, e aumentar as taxas de cobertura de testes de diagnóstico precoce da criança e do bebê expostos ao HIV nas primeiras semanas e meses de vida.

O programa m2m fornece assistência técnica ao MISAU e a outros parceiros para melhorar o currículo, treinamento, ferramentas, estruturas, políticas e implementação da estratégia MpM, e integrar o Modelo Mentor-Mãe nos sistemas de saúde provinciais, bem como desenvolver um sistema robusto de monitoria e avaliação (Mozambique - mothers2mothers, 2020).

## **Capítulo 4 - Método**

### **4.1 Delineamento da pesquisa**

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa e a escolha deveu-se à sua capacidade de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como sendo inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (Minayo, 2000).

A pesquisa qualitativa visa compreender e explicar os fenômenos e suas interpretações em termos não numéricos e incorpora diversos métodos e técnicas de coleta e análise de dados, tais como observação, entrevistas individuais e em grupo, análise de dados textuais e visuais. Este tipo de pesquisa depende de questões de qualidade e não de quantidade, por exemplo, a compreensão profunda da natureza de um fenômeno psíquico (Conceição, et. al., 2019).

Os autores acima referenciados são unânimes, ao defender que no estudo qualitativo não pretende-se obter conclusões com base em dados numéricos, mas buscam-se resultados que permitam ao pesquisador construir bases sólidas da natureza e profundidade do problema que está sendo estudado. É uma abordagem flexível, mas que exige do pesquisador maior familiaridade com os dados e criatividade na análise dos mesmos para evitar que o estudo se resume a uma simples descrição da informação.

### **4.2 Fases do Método**

a) Realização de entrevistas individuais com mulheres vivendo com HIV, gestantes ou lactantes soropositivas, com o objetivo de identificar as principais dificuldades por elas experienciadas, assim como as estratégias de enfrentamento utilizadas.

b) Realização de entrevistas de parceiros sexuais de uma das mulheres vivendo com HIV, gestante, com o objetivo de identificar as principais dificuldades experienciadas.

c) Realização de entrevistas com mães e pais mentores para ouvir a sua experiência sobre esta estratégia de ligação entre a unidade de Saúde e a comunidade.

d) Realização de entrevistas individuais com profissionais de saúde que atuam junto à população vivendo com HIV/AIDS utente do Centro de Saúde do Distrito de Chókwè, na Província de Gaza em Moçambique.

### **4.3 Método Focal**

Grupo Focal é uma discussão realizada por certo número de pessoas reunidas para atender a determinados objetivos e cujas interações são motivadas e estimuladas pelo pesquisador. E têm como finalidade desenvolver um processo de investigação, por meio do qual, um grupo de participantes especialmente selecionados, respondem às questões fundamentais da pesquisa para que depois, os dados obtidos, possam ser teoricamente analisados, interpretados e compreendidos em toda a sua complexidade e extensão (Barbour, 2009). Para este estudo o grupo focal tinha em vista o registro das experiências das mães e pais mentores que atuam como educadores de pares e elo de ligação entre a Unidade de Saúde e a comunidade. Mas para os pais mentores realizou-se uma entrevista em grupo, porque, o Centro de Saúde de Chókwè só tinha dois homens. E como afirma Minayo (2009) a entrevista em grupo permite a formação de consensos sobre determinado assunto, ou cristalizar opiniões díspares a partir da argumentação.

Devo salientar que não houve registo de dados pessoais das mães mentoras, porque não era prático perguntar sobre a idade das mulheres de forma coletiva.

### **4.4 Cenário de pesquisa**

O Centro de Saúde de Chókwè local onde foi realizado este estudo, está dentro das instalações da Direção Distrital de Saúde do Distrito de Chókwè na Província de Gaza. E o Distrito de Chókwè tem uma superfície de 1 864 km<sup>2</sup> e com 186 597 habitantes, localiza-se a 225 Km da Cidade de Maputo, Capital de Moçambique.

O Centro de Saúde de Chókwè, tem todos os serviços dos cuidados primários, e para o atendimento a pessoas que vivem com HIV, estão alocados para além dos serviços de clínica geral, serviços de Saúde Materno Infantil (SMI) que constituem consulta obrigatória para toda a mulher grávida, Consultas de crianças em risco (CCR) e consultas de Psicologia. Sendo um estudo que estava direcionado a mulheres gestantes ou lactantes e seus parceiros sexuais, o pesquisador fez a coleta de dados em estreita colaboração com os profissionais de saúde alocados nos consultórios de SMI, CCR e de Psicologia.

No consultório de Saúde Materna Infantil está alocada uma enfermeira que faz todas as consultas pré-natais, incluindo mulheres com HIV; no consultório de crianças em risco são atendidas as mães e crianças expostas ao risco de infecção pelo vírus de HIV, e o consultório de Psicologia o acompanhamento psicológico necessário.

#### **4.5 Procedimentos para a coleta de dados**

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com as gestantes vivendo com HIV, seus parceiros e com as profissionais de saúde. Foram realizados grupos focais com as mães mentoras e entrevista em grupo com os pais mentores. Todos os encontros foram gravados em áudio e transcritos na íntegra para a análise. Ademais, o pesquisador tinha um caderno de afetações para registro de sentimentos, ideias, indagações relacionados ao estudo, e que considerava como dados importantes para posterior análise.

#### **4.6 Critérios de inclusão e exclusão**

##### **4.6.1 Critérios de Inclusão**

- a) Mulheres vivendo com HIV gestantes ou lactantes, com idades compreendidas entre 18 e 45 anos, que consentiram em participar do estudo;
- b) Homens parceiros sexuais de mulheres que vivem com HIV, gestantes ou lactantes, com idades compreendidas entre 18 e 45 anos, que conheciam a situação sorológica de suas parceiras e que concordaram em participar do estudo.

c) Mães e pais mentores (ativistas do programa de mãe para mãe) que colaboram com a unidade de Saúde para estabelecer a ligação entre a comunidade e o Hospital no atendimento às mulheres que vivem com HIV. Para participar no estudo foram convidadas pelos profissionais de saúde que trabalham no atendimento a pessoas que vivem com HIV.

d) Profissionais de saúde, que atendam diretamente pacientes soropositivos, e que estavam alocados no Centro de Saúde do Distrito de Chókwè (tinham 5 anos de experiência no mínimo).

#### **4.6.2 Critérios de exclusão**

a) Mulheres gestantes ou lactantes soronegativas;

b) Homens parceiros de mulheres soronegativas;

c) Homens parceiros de mulheres soropositivas que desconheciam o diagnóstico positivo para o HIV de suas parceiras;

d) Profissionais de saúde que não atuavam diretamente com a população positiva para o HIV;

e) Participantes que não concordaram em participar do estudo ou em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);

f) Ativistas que não faziam parte da estratégia de mães e pais mentores.

### **4.7 Instrumentos de coleta de dados**

#### **4.7.1 Entrevista Semi-estruturada**

Para a recolha da informação administraram-se entrevistas semi-estruturadas e abordavam as seguintes temáticas: gestação; amamentação; diagnóstico de HIV/AIDS; transmissão vertical e saúde mental. E de acordo com Minayo (2009) as entrevistas semi-estruturadas combinam perguntas fechadas e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade

de expressar-se sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada. E permite que as pessoas respondam nos seus próprios termos.

#### **4.7.2 Caderno de afetações**

Foi constituído um caderno de afetações que servia para o registo de observações, percepções, apontamentos e sentimentos experienciados pelo pesquisador, ao longo do cenário de coleta de dados, para posterior análise e composição do estudo. É um caderno semelhante ao diário de campo, mas a sua finalidade não é descrever as situações. No entanto, regista-se como as situações naquele momento afetam ou provocam sentimentos, reflexões, perguntas e ideias no pesquisador.

#### **4.8 Processo de convite dos participantes**

O processo de convite dos participantes no estudo foi realizado individualmente pelo pesquisador ao potencial participante da pesquisa, mas contou com a colaboração dos profissionais de Saúde, vinculados ao Centro de Saúde local. Aqueles que aceitaram participar, firmavam sua assinatura no formulário de TCLE correspondente, que foi elaborado pelo pesquisador e entregue aos participantes, contendo informações sobre a pesquisa. Aos participantes iletrados, o conteúdo do TCLE foi lido na íntegra.

Processo de convite das participantes foi feito mediante uma negociação nos consultórios das consultas Pré-natais e no gabinete de Consultas de Crianças em Risco (CCR) do Centro de Saúde do Distrito de Chókwè e contou com a colaboração dos profissionais da saúde; e das Mães mentoras e pais mentores que constituem a estratégia do Ministério de Saúde de Moçambique, para ajudar no resgate e acompanhamento das mulheres e seus parceiros em casos de abandono ao tratamento antirretroviral. Isto é, a estratégia serve de elo de ligação entre a Unidade de Saúde e os pacientes que vivem com HIV/Aids nas comunidades.

Para os profissionais de saúde, o pesquisador fez o convite pessoalmente porta a porta, e dependendo da disponibilidade de tempo que o profissional dispunha marcava-se o dia para a entrevista, mediante a assinatura do consentimento informado, a entrevista decorria num gabinete que o centro de saúde tinha disponibilizado para o efeito.

## 4.9 Procedimentos para análise de dados

### 4.9.1 Análise temática

Como estratégia de tratamento das informações, optou-se por utilizar os preceitos da análise temática, que é uma ferramenta capaz de oferecer um conjunto rico e detalhado de dados a partir do *corpus* analisado. Braun e Clarke (2006) afirmam que a análise temática é um método que identifica, analisa e reporta temas relacionados a dados qualitativos, com o objetivo de evidenciar aspectos latentes nas informações recolhidas, ou seja, ir além do seu conteúdo semântico e mapear as ideias, suposições, conceituações e ideologias subjacentes, que são teorizadas para moldar ou informar o conteúdo semântico dos dados .

As entrevistas foram gravadas em áudio, mediante o consentimento de cada participante e, posteriormente, as mesmas foram transcritas, para auxiliar no desenvolvimento da fase de análise e discussão de dados. A análise de dados foi realizada em estreita obediência aos preceitos metodológicos da análise temática de (Braun e Clarke, 2006).

**Tabela 3 - Etapas da análise temática**

Fases	Descrição
Familiarização com os dados	Transcrever os dados e revisá-los; ler e reler o banco de dados; anotar ideias iniciais durante o processo.
Gerando códigos iniciais	Codificar aspectos interessantes dos dados de modo sistemático em todo o banco; reunir extratos relevantes a cada código.
Buscando temas	Reunir os códigos em temas potenciais; unir todos os dados pertinentes a cada tema em potencial.
Revisando temas	Verificar se os temas funcionam em relação aos extratos e ao banco de dados como um todo; gerar mapa temático da análise.
Definindo e nomeando temas	Refinar os detalhes de cada tema e a história que a análise conta; gerar definições e nomes claros a cada tema.

Fonte: Braun e Clarke (2006).

- 1) **Familiarização** - Nesta etapa o pesquisador fez a transcrição e tradução das entrevistas que foram feitas na língua local (*Xangana*), igualmente fez-se a limpeza dos dados.
- 2) **Gerando códigos iniciais** – Foram definidas as categorias temáticas, com base em números e letras, e para separar da melhor forma os tópicos dos depoimentos recorre-se ao uso de cores.
- 3) **Buscando temas** – Nesta fase agruparam-se temas que abordavam o mesmo assunto, para o controle e posterior análise das informações.
- 4) **Revisando temas** – foram agrupados os temas em função da sua verossimilhança e categoria temática.
- 5) **Definindo e nomeando temas** – Em função do conteúdo que era abordado, fez-se a definição efetiva do tema, no entanto, quando se julgasse necessário o tema era deslocado para uma outra categoria de análise.
- 6) **Produzindo o relatório** – Esta foi a fase da redação do relatório científico, sustentando-se dos extratos e temas previamente definidos na fase anterior.

#### **4.10 Período do estudo**

A coleta de dados foi realizada no período compreendido entre 8 de Novembro de 2021 a 22 de Dezembro de 2021.

#### **4.11 Local da realização do estudo**

O estudo foi realizado no Centro de Saúde do Distrito de Chókwè, localizado na Província de Gaza, em Moçambique, que se encontra a aproximadamente 240 km da Capital

do país Maputo, onde reside o pesquisador. E a escolha do local deveu-se ao fato de ser a Província com mais casos de HIV (24,4%) em Moçambique, a demais em Gaza ainda persistem fatores de risco para a disseminação do vírus que ainda devem ser estudados, tais como a migração dos homens para trabalharem na mineração na África do Sul.

#### **4.12 Cuidados éticos**

Em Março de 2021 o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS), da UnB, tendo sido aprovado segundo o parecer número: 5.313.740 que consta no Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) número: 56103521.4.0000.5540, de Março de 2022.

Foi igualmente submetido ao Comitê Institucional de Bioética em Saúde da Faculdade de Medicina e do Hospital Central de Maputo, tendo sido registado sob a nota: CIBS FM&HCM-066/2021 e aprovado no dia 19 de Outubro de 2021. Depois foi submetido ao Ministério de Saúde de Moçambique para a aprovação administrativa sob nota 1292/GMS/290/2021. Depois da aprovação no MISAU, conforme o documento em anexo, foi novamente submetido à Direção de Saúde de Gaza, tendo sido emitida uma guia para o Centro de Saúde de Chókwè, no dia 08 de Novembro de 2021, conforme o anexo.

Para dar início à pesquisa, foi apresentado aos participantes o contexto da pesquisa, o problema que a motivou, seus objetivos e sua relevância. Em seguida, foi solicitado que cada participante que aceitou ingressar no estudo assinasse o TCLE, o qual assegura o direito de anonimato, de recusa à participação, e de desistir de participar a qualquer tempo.

Para garantir o sigilo das informações, a entrevista foi conduzida em espaço fechado, disponibilizado pelo Centro de Saúde de Chókwè. Os dados coletados foram arquivados em local seguro, de acesso restrito do pesquisador.

Antes de se iniciar a fase de coleta de dados, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS), da UnB, à luz da Resolução nº 466/2012. E que veio a ser aprovado segundo o parecer número: 5.313.740 que consta no Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) número: 56103521.4.0000.5540. Visto que a pesquisa foi realizada em Moçambique, houve a necessidade de submeter o projeto ao Comitê Institucional de Bioética em Saúde da Faculdade de Medicina e Hospital Central de Maputo, ao MISAU e à Direção Provincial da Saúde de Gaza, conforme normas éticas definidas localmente.

#### **4.13 Riscos**

A entrevista consistiu na colocação de questões relacionadas a idade da gestante, sua situação sorológica, seus sentimentos e emoções, e dificuldades enfrentadas por ser mulher HIV positiva gestante ou lactante, bem como seu relacionamento com seu parceiro sexual. Sabendo que as perguntas colocadas à mulher vivendo com HIV gestante ou lactante podem desencadear algum desconforto emocional, o pesquisador se responsabilizou por uma primeira escuta acolhedora e posterior encaminhamento ao profissional de apoio psicossocial da equipe de saúde. Para garantir sigilo e confiabilidade com os participantes, as entrevistas decorreram num consultório fechado, disponibilizado pelo Centro de Saúde de Chókwè. Os dados foram arquivados numa base de dados com um sistema de segurança criado eletronicamente pelo investigador para garantir que não fossem usados indevidamente para os fins pelos quais não foram destinados.

Os dados foram usados para fins acadêmicos. A utilização da informação coletada para a elaboração da tese não oferece riscos adicionais, porque o investigador garante o anonimato dos participantes.

O estudo não trouxe nenhum benefício financeiro para os participantes e não gerou custos adicionais considerando que as entrevistas foram realizadas aproveitando a presença dos participantes no serviço de saúde. Ademais, lhes foi assegurado o sigilo e a possibilidade de interromper a entrevista em qualquer momento sem nenhum prejuízo para seu acompanhamento no serviço de saúde. O pesquisador esclareceu desde o início que não fazia parte da equipe de saúde e que a pesquisa não tinha nenhuma relação com o atendimento oferecido pelo centro de saúde.

#### **4.14 Benefícios**

Os resultados do estudo poderão ajudar ao Ministério de Saúde de Moçambique (MISAU) na elaboração de novas estratégias de combate ao HIV/SIDA, e ao pesquisador na discussão de possíveis estratégias para a melhoria da saúde mental e qualidade de vida de mulheres que vivem com HIV e seus parceiros sexuais.

No âmbito da cooperação Brasil - Moçambique o estudo poderá suscitar novas reflexões sobre as estratégias de apoio às mulheres gestantes ou lactantes que vivem com HIV e ampliar a possibilidade de pesquisas futuras.

## Capítulo 5 - Apresentação dos resultados e discussão

Participaram no estudo dez mulheres gestantes ou lactantes que vivem com HIV, com idade média de 28,5 anos, na sua maioria não tinham trabalho formal e um parceiro sexual com idade de 35 anos e tinha um trabalho formal. A maior parte das mulheres entrevistadas tinham concluído a 10ª Classe (Ensino Secundário Geral do 1 ciclo que equivale ao fundamental do ensino regular básico brasileiro) e nenhuma das mulheres tinha o ensino superior. A renda per capita das mulheres que vivem com HIV é abaixo de 1 dólar por dia, quase 2 a 4 reais por dia.

**Tabela 4 – Variáveis sócio-econômicas das mulheres que vivem com HIV gestantes ou lactantes**

Código	Nível acadêmico	Profissão	Idade
G1	12 classe	Servidora pública	33 anos
G2	7 Classe	Doméstica	29 anos
G3	11 classe	Doméstica	27 anos
G4	7 Classe	Comerciante	35 anos
G5	10 Classe	Doméstica	30 anos
G6	12 Classe	Doméstica	22 anos
G7	10 Classe	Doméstica	25 anos
G8	10 Classe	Doméstica	25 anos
G9	6 Classe	Doméstica	31 anos
G10	12 Classe	Doméstica	28 anos

As profissionais de saúde eram duas enfermeiras de Saúde Materna Infantil e uma psicóloga clínica, com idade média de 37 anos e com o mínimo de quatro anos de experiência na atividade que exercem.

**Tabela – 5 Profissionais de saúde**

Código	Experiência de trabalho	Atividade	Idade
SMI	20 anos	Enfermeira	47 anos
SMI	4 anos	Enfermeira	28 anos
PC	12 anos	Psicóloga Clínica	36 anos

Para o grupo focal participaram treze Mães mentoras, com cinco anos de experiência como ativistas na saúde.

**Tabela -6 Mães mentoras**

Código	Experiência de trabalho
MM 1	5 anos
MM 2	5 anos
MM 3	3 anos
MM 4	5 anos
MM 5	5 anos
MM 6	1 ano
MM 7	5 anos
MM 8	5 anos
MM 9	5 anos
MM 10	1 ano
MM 11	5 anos
MM 12	5 anos
MM 13	5 anos

Uma entrevista grupal foi realizada com dois pais mentores, porque, era só eram estes que existiam.

**Tabela- 7 Pais mentores**

Código	Experiência de trabalho	Atividade	Idade
PM 1	6 anos	Pai mentor	43 anos
PM 2	6 anos	Pai mentor	40 anos

As mulheres que vivem com HIV e que participaram neste estudo tem parceiros, mas não vivem com os mesmos, isto é, tem um relacionamento conjugal instável, por isso, mais da metade não revelou a sua soropositividade ao seu parceiro sexual, o que dificultou o estabelecimento do contato com os mesmos para a entrevista.

Os resultados foram analisados de acordo com os preceitos da análise temática e foram assim divididos: (I) resultados das experiências de mulheres que vivem com HIV gestantes ou lactante; (II) resultados das experiências do parceiro da mulher gestante que vive com HIV; (III) resultados das mães mentoras; IV) resultados dos pais mentores e (V) resultados dos profissionais de Saúde que atendem pessoas vivendo com HIV.

## **5.1 Resultados das experiências das mulheres que vivem com HIV**

### **a) Diagnóstico do HIV**

Neste segmento, os resultados abaixo trouxeram os seguintes temas de análise: *i)* impacto do diagnóstico durante a gestação; *ii)* relação com o diagnóstico

#### ***i) Impacto do diagnóstico de HIV durante a gestação***

As mulheres que participaram no estudo relatam uma sensação de mal-estar no momento que tomam conhecimento de que são pessoas que vão ter que conviver com HIV na gestação.

*“Fiz teste neste hospital e passei mal nos primeiros dias antes de fazer o teste de gravidez”. (G-3)*

*[...] e senti-me muito mal quando tive a informação sobre o diagnóstico de ser gestante e infectada pelo HIV. (G1)*

*[...] “Senti-me mal quando recebi o diagnóstico de HIV no hospital”. (G-7)*

E como fundamenta Gonçalves e Piccinini (2007) e Freire et al. (2021) o impacto do diagnóstico, associado às recomendações da profilaxia sobre a vivência subjetiva da gravidez e do parto, a incerteza sobre a possibilidade de transmissão vertical, e os conflitos conjugais que a notícia pode gerar, bem como os aspectos subjetivos relacionados ao não-aleitamento materno e a relação que deverá ser estabelecida com o filho, especialmente nos primeiros meses depois do parto, constituem o epicentro do mal-estar que ocorre após o recebimento do diagnóstico de HIV para a mulher.

Os resultados revelaram ainda que as mulheres associam a gestação ao diagnóstico de HIV, pelo fato de terem tomado conhecimento de que eram pessoas infectadas pelo vírus no momento que foram ao hospital para fazer a consulta pré-natal ou até durante o parto.

*“Soube que era soropositiva na primeira gestação porque fui submetida ao teste neste Centro de Saúde[...]. (G-1)*

*“A gestação foi boa, fiz dois testes e deu negativo e a terceira vez deu positivo na sala do parto, soube de que era HIV positivo na sala do parto” [...] riu [...] já não me lembro” (G-7)*

*“[...]Sinto-me bem”, mas foi por causa do teste de gravidez que descobri que era HIV positiva. (G-4)*

É, por isso, que Preussler (2007) afirma que as mulheres gestantes que vivem com HIV podem enfrentar diversas dificuldades após a recepção do diagnóstico de soropositividade, porque, a notícia vai além da não aceitação do diagnóstico, pois, envolve relações conjugais, familiares e sociais. Mota et al. (2021) acrescentam que as vivências de mulheres HIV positivas durante a gestação e no pós-parto podem ser compreendidas em três principais vertentes, quais sejam: Os sentimentos, as emoções e a saúde mental da mulher, a relação com os parceiros, familiares e os profissionais de saúde e os estereótipos acerca do diagnóstico e como ele afeta

as gestantes e puérperas soropositivas destacando assim que existem questões complexas interligadas que ocorrem em um momento de maior vulnerabilidade que é a própria gestação.

### **iii) Relação com o diagnóstico**

Os resultados revelam que a recepção do diagnóstico de HIV traz sensação de desconforto numa primeira fase em alguns casos, mas também pode trazer a sensação de conformismo noutros casos, para algumas mulheres. Com o passar do tempo da existência do HIV em Moçambique algumas mulheres começam a entender que pode-se seguir com a vida mesmo vivendo com o vírus do HIV se cumprir com a medicação.

*[...] senti-me mal quando recebi o diagnóstico de HIV, mas como sabia que o meu marido estava a tomar comprimidos segui esse caminho ”. (G-10)*

*[...] Mas com o tempo percebi que não havia outra maneira se não cumprir com as orientações médicas”. (G-1)*

Os depoimentos acima referenciados, são sustentados por Souza, Santos, Carvalho e Lima (2021) quando defendem que o diagnóstico de HIV/Aids é atravessado por reações que englobam os aspectos psicológicos, físicos e sociais. Os primeiros sentimentos experimentados após o diagnóstico são associados à perspectiva da morte, a culpa, e ao estigma por causa da infecção, trazendo ainda mais sofrimento psíquico. E para o caso de Moçambique o HIV é associado a má conduta da mulher, por isso, ela é discriminada quando recebe o diagnóstico de HIV, este fato leva a mulher a esconder a sua condição de soropositividade.

De acordo com trabalho de Freire et al. (2021) as gestantes podem se sentir mais seguras e confiantes na medida em que compreendem melhor as formas de contaminação, os comportamentos de prevenção e a possibilidade de cuidados para consigo e com os outros. Para tal compreensão é muito importante que ela possa contar com uma rede de apoio e com a atuação efetiva os profissionais de saúde.

o acolhimento e escuta ativa por parte dos profissionais de saúde, podem favorecer o enfrentamento dos desafios trazidos pela nova condição e a aceitação do diagnóstico, mas para tal é preciso a revelação da sua soropositividade, tarefa que nem sempre é fácil, pois a ocultação do diagnóstico se transforma em uma forma de proteção (Maciel, et. al., 2019).

#### **b) Experiências durante a gestação**

Os resultados neste eixo conduziram os seguintes temas de análise: *i)* gravidez complicada por causa dos antirretrovirais; *ii)* gestação compartilhada entre o casal; *iii)* aconselhamento; *iv)* desconforto e medo de infectar o bebê de HIV.

##### ***i)* Gravidez complicada por causa dos antirretrovirais**

As participantes do estudo relataram dificuldades associadas ao uso de medicamentos antiretrovirais durante a gestação

*“Foi uma boa experiência engravidar, mas a gravidez foi complicada por causa dos medicamentos que tomei devido ao tratamento do HIV”.* (G-1)

Fernandes, Ribas, Silva, Gomes e Medina (2010) apontam que algumas mulheres gestantes que vivem com HIV relatam dificuldade de adesão ao tratamento devido às reações adversas dos medicamentos, tais como: diarreia, náuseas, astenia, dor abdominal, cefaleia e vômitos. Tais reações podem ser confundidas com os sintomas do início da própria gestação e, portanto, requerem maior atenção dos profissionais de saúde para oferecer esclarecimentos e medicamentos que possam aliviar o desconforto afim de não criar uma barreira logo no início do tratamento.

## **ii) Gestação compartilhada entre o casal**

Os dados revelaram que parte significativa das mulheres que vivem com HIV partilham com os seus parceiros sexuais a possibilidade da gestação, mesmo antes da confirmação dos exames médicos.

*“Passei a desconfiar que poderia estar grávida depois de ter passado um mês do meu período normal para a menstruação, e ter notado algumas mudanças no meu organismo, o que levou a conversar com o meu marido sobre o assunto. O meu marido foi a primeira pessoa a saber do meu estado gestacional”.* (G-1)

[...] *“Sinto-me bem, porque conversei com o meu marido* (G-2)

Medeiros et al.(2015) sustentam que a família é a base principal de apoio e suporte para o enfrentamento do diagnóstico de HIV, sendo percebida pelas mulheres como o centro de maior vínculo para revelarem a sua condição de portadora do vírus. Porém, para algumas mulheres que não receberam o apoio do parceiro ou da família, o apoio dos profissionais de saúde foi de extrema importância.

## **iii) Aconselhamento**

O estudo demonstrou que as mulheres quando dirigem-se a unidade de saúde para fazer o pré-natal, passam por um processo de acompanhamento multiprofissional, que inclui o aconselhamento como medida para assegurar a adesão terapêutica.

*“Fui a consulta abrir a ficha 2 meses depois da gravidez, tendo recebido conselho de que não devia ter engravidado antes da consulta médica no hospital, por causa da doença de que padeço. Fui informada que não devia parar de medicar porque a criança podia nascer com a doença. Por isso, estou a seguir as orientações médicas, e até hoje estou a medicar”.* (G-2)

Percebe-se nesse relato que apesar de haver investimento do Ministério da Saúde de Moçambique (2015, 2019) em buscar melhorar a qualidade da atenção psicossocial e do aconselhamento, na prática ainda há confusão entre realizar o aconselhamento e dar conselhos. Cabe ressaltar ainda a postura prescritiva e repleta de juízo de valores na medida em que o profissional de saúde afirma que a paciente não deveria ter engravidado, ferindo assim a autonomia e direito dessa mulher.

Carneiro e Coelho (2010) defendem que o aconselhamento bem estruturado é uma intervenção importante que favorece a atenção integral e contribui para que as pessoas participem ativamente do processo de promoção da saúde, prevenção e tratamento do HIV/Aids. Neste sentido, é importante que sejam desenvolvidas estratégias de monitoramento da qualidade do aconselhamento que vem sendo oferecido nos serviços de saúde.

#### **iv) Desconforto e medo de infectar o bebê de HIV**

Os resultados revelam que as participantes experienciaram momentos de mal-estar relacionado à possibilidade de infectar o bebê por serem gestantes que vivem com HIV, apesar de terem vivenciado bons momentos por saberem que seriam mães; como demonstra a fala abaixo.

*“Tenho me sentido bem[...], estou bem de saúde[...], estou a fazer tratamento e está indo bem”. “Senti-me mal quando tive a notícia de que estava grávida de gêmeos e que ao mesmo tempo tinha a doença, porque, tinha medo de nascer filhos com doença”. (G-8)*

A decisão de engravidar traz preocupações e angústia. Contudo, as mulheres que vivem com HIV, mesmo temendo pela sua saúde e a do bebê, o desejo de ter um filho não diminui. Porque para elas, o sentimento de que ter filhos é uma atividade natural da mulher e entrar em contato com a sua condição feminina as tornaria completas, felizes e mais fortalecidas para enfrentar a doença durante o processo de gestação (Silva, Motta & Bellenzani, 2019).

Ademais, faz parte da cultura moçambicana compreender que é função da mulher gerar filhos e esse papel ser muito valorizado nas relações familiares. É corrente compreender que a mulher que não tem filhos tem algum problema e não é bem vista na comunidade. Maúngue (2020) ressalta que nesta cultura o coletivo é mais valorizado que o individual e os papéis estão definidos com base nas relações de gênero. Para o autor independente dos sistemas familiares terem estrutura matrilinear ou patrilinear, ambos “ colocam as mulheres em posições subordinadas e as definem como detentoras da tradição e conservadoras da cultura, isto é, elas são elementos-chave nos dois tipos de comunidade, mas sem poder algum”(p.3)

### **c) Experiências durante a amamentação**

Neste segmento, os dados viabilizaram o surgimento dos seguintes temas de análise: *i*) teste negativo *versus* amamentação; *ii*) desmame precoce para evitar a infecção; *iii*) cumprir com o tratamento durante a amamentação para evitar a transmissão do HIV *iv*) vontade de dar leite artificial para evitar a infecção.

#### ***i*) Teste negativo *versus* amamentação**

Os resultados demonstraram que as participantes do estudo vivenciam momentos de aflição durante a amamentação por causa da possibilidade de infectar o bebê com vírus, e os sucessivos testes feitos à criança aliviam a mãe nos casos em que o resultado é negativo para o HIV.

*“O que mais marcou-me durante a amamentação foi o fato de ter feito o teste aos meus dois filhos no hospital e o resultado ter sido negativo para o HIV”.* (G.L-1)

As mães ficam satisfeitas quanto à maternidade e existe um relacionamento afetivo com o bebê. No entanto, elas apresentavam preocupações quanto ao diagnóstico e saúde do recém-nascido durante a amamentação. Por isso, a maternidade é acompanhada pela complexidade diante da presença do HIV, uma vez que as mães precisavam lidar com a não amamentação e a

administração de medicamentos (Gonçalves & Piccinini, 2008; Andrade, Baccelli & Benincasa, 2017). No entanto, em Moçambique o MISAU orienta que as mães devem amamentar a criança até aos 2 anos mesmo na presença do vírus de HIV, considerando as condições socioeconômicas e a dificuldade de acesso à fórmula para todas as mulheres. Para algumas mulheres, a amamentação gera maior preocupação com a possibilidade de transmissão do HIV mas acabam por manter a amamentação por falta de outras alternativas ou por pressão da família.

## **ii) Desmame precoce para evitar a infecção**

As mulheres que vivem com HIV e que estão lactantes preocupam-se em desmamar precocemente a sua criança como medida protetiva que amplia as chances de ter-se um filho livre do vírus de HIV, como confirmam os depoimentos abaixo.

*“Tive que interromper a amamentação da criança antes de dois anos para não infectar o meu filho”; “[...] Não dou a amamentação sempre para evitar a infecção, foi difícil fazer deixar de mamar cedo a criança, mas tinha que tomar esta decisão”. (G-5)*

Apesar de todas as vantagens descritas sobre o aleitamento materno para os recém-nascidos, e do incentivo dados à sua adoção, sua prática em recém-nascidos filhos de mães vivendo com HIV vem sendo desaconselhada, tanto nos países em desenvolvimento como nos desenvolvidos. Isto se deve ao fato da ocorrência do vírus do HIV no leite humano já ter sido comprovado (Ministério da Saúde do Brasil, 1995). No entanto, esta orientação sobre o aleitamento materno em mulheres que vivem com HIV é contrariada no caso de Moçambique, porque, o MISAU incentiva a amamentação até aos 2 anos mesmo na existência do vírus de HIV pelas razões acima descritas

### **iii) Cumprir com o tratamento durante a amamentação para evitar transmissão do HIV**

Os achados revelaram que a vida das mulheres que vivem com HIV que participaram neste estudo, circunscreve-se na necessidade de cumprir com o tratamento antirretroviral como forma de garantir que a sua saúde não se degrade e por consequentemente afetar a saúde da criança.

*“Na segunda gravidez vivi e segui o tratamento e agora também tenho que seguir o mesmo, lutar para não contaminar o meu filho durante a amamentação; defender a saúde da criança”.*

*(G-10)*

Em cada cultura e em cada momento histórico existe um modelo a partir do qual as mulheres se situam em relação à maternidade e através do qual serão regidas suas condutas. Mesmo na presença do HIV a mulher sente-se motivada para garantir o aleitamento materno do seu filho pois entende que sua melhor forma de cuidar (Arteiro, 2017).

### **iv) Vontade de dar leite artificial para evitar a infecção**

Os resultados explicitam que existe desejo das mulheres em não amamentar para evitar a infecção da criança pelo vírus, mas como as orientações do Ministério da Saúde de Moçambique defendem o aleitamento materno até ao dois anos, elas são obrigadas a cumprir com as diretrizes hospitalares, mesmo contra a sua vontade, A obediência causa desconforto, mas como elas tem o medo do julgamento dos profissionais de saúde, da família e da comunidade em geral, acatam o recomendado.

*“[...]Queria só dar leite artificial para o bebê não ficar doente, mas no hospital disseram-me que, dar leite artificial só não era bom, então tive que seguir as orientações do hospital”.*

*(G-10)*

E o exposto acima é fundamentado por Kleinubing et. al.; (2014) ao afirmarem que a presença de um possível pré-julgamento acerca da impossibilidade que as mulheres soropositivas tem em amamentar gera um imenso desconforto. A falta da formula lactea no Sistema Nacional de Saúde e as dificuldades economicas que as mulheres enfrentam interferem na adesão e prevenção da transmissão do vírus HIV para a criança.

#### **d) Preocupações durante a gestação ou na amamentação**

Neste eixo, inerente às preocupações da mulher gestante ou lactante, os resultados trouxeram os seguintes temas de análise: *i) Desejo de não amamentar versus desejo de amamentar; ii) Preocupação com a criança e iii) Sigilo relacionado ao estado de saúde.*

##### ***i) Desejo de não amamentar versus desejo de amamentar***

Os depoimentos das nossas entrevistadas evidenciam a existência na mulher gestante ou lactante que vive com HIV o desejo de não amamentar como forma de reduzir a possibilidade de infectar o seu filho, mas também os relatos revelam que há outras mulheres que se não fosse o vírus prefeririam amamentar por mais tempo, mas sabem que não devem.

*“A minha preocupação está relacionada a vontade de não querer amamentar para não infectar a criança”.(G-4)*

*“Estou preocupada com a minha saúde e da criança”.” Tenho preocupação em relação a amamentação, porque, estou a amamentar não do jeito que eu queria[...]gostaria de amamentar 1 ano e 6 meses mas não poderei”. (G-10)*

E esta preocupação acima referenciada está vinculada ao fato de que, o mal-estar das mulheres associado a não amamentação se relaciona ainda ao fato de que o não amamentar constitui uma das primeiras manifestações visíveis da doença no olhar de outras mulheres

que tiveram bebê e estão amamentando (Joaquim, 2012).

## **ii) Preocupação com a criança**

Outro aspecto digno de realce que foi evidente na pesquisa é a preocupação com o auto cuidado, como mecanismo de proteção à criança, conforme está expresso nas falas que se seguem.

*“[...] Tenho que me cuidar para que a criança não possa ter doença”. (G-8)*

*“Penso sempre no fim da gestação, como o parto vai ser, estou preocupada com o parto se vai correr bem ou não”. (G-5)*

Medeiros, Faria, e Piccinin (2021) afirmam que as mulheres que vivem com HIV, para além de dedicar mais tempo para cuidar do bebê, elas necessitam de lidar com o próprio diagnóstico, com o tratamento e com as preocupações da saúde do bebê que recebe TARV no primeiro mês de vida, e às vezes intensificam-se pelo medo de infectá-lo.

## **ii) Sigilo relacionado ao estado de saúde**

Destaca-se neste tema a necessidade de manter o segredo da sua soropositividade, diante da família, da comunidade e das demais pessoas, de modo a evitar a discriminação e estigmatização. Há que salientar que, neste aspecto de sigilo, as mulheres guardam segredo sobre a soropositividade até mesmo para os maridos, para evitar conflitos, divórcio ou violência doméstica conjugal. Culturalmente, em Moçambique, a mulher ainda é vista como o foco da disseminação do HIV pelo fato de ser vulnerável do ponto de vista financeiro. Ademais, por vezes submete-se a *Kutsinga* (cerimônia tradicional vigente em Moçambique caracterizada pela união da viúva com o irmão do seu falecido marido), que é um ritual tradicional considerado

fator de risco para a transmissão do vírus pois a relação sexual necessita ser desprotegida para ter validade.

*“Dar continuidade com a medicação, vontade de viver mais”, manter o segredo de que tenho HIV para a comunidade. (G-5)*

Mota et al (2022) ressaltam que a aceitação da família e do parceiro são fundamentais para o processo de aceitação e vivência da gestação, Em um contexto ainda repleto de preconceitos, estigma e discriminação como em Moçambique, o processo de revelação é ainda mais difícil e, por vezes, as gestantes preferem não revelar o diagnóstico e, desenvolvem estratégias para escondê-lo (Cuinhane, 2019)

#### **e) sentimentos ou emoções enfrentadas na gestação ou na amamentação**

Neste seguimento os resultados destacaram os seguintes temas de análise: *i)* Medo da Transmissão Vertical; *ii)* Preocupação com a Saúde *versus* medo de morrer.

#### ***i)* Medo da Transmissão Vertical**

Os resultados demonstram que as mulheres que vivem com HIV, vivenciam sentimento de medo, face a possibilidade de transmissão vertical do vírus de HIV, conforme os depoimentos a baixo.

*“[...]Tenho medo que a minha criança fique infectada “. (G-1)*

*“Tenho medo de nascer o bebê e ser positivo; medo de que a criança pode ficar infectada; não quero ficar triste e a pensar no meu estado e de como estou”. (G-10)*

Na gestante ou lactante que vive com HIV persistem sentimentos de culpa e medo, que podem trazer consigo sofrimento psíquico importante e a culpa por colocar o filho em risco, o medo de infetá-lo e de que ele venha a falecer por causa da infecção. E isso, contrasta com a concepção idealizada da maternidade, que dá à mulher a capacidade de gerar a vida e assumir um lugar social privilegiado. E estes sentimentos estão associados às ambivalências vividas por

qualquer mãe, mas trazem sobrecargas particulares para aquelas que vivem com HIV (Carvalho & Piccinini, 2006).

## **ii) Preocupação com a Saúde *versus* medo de morrer**

Os relatos abaixo demonstram que diante de uma situação de infecção pelo HIV a mulher gestante ou lactante, fica preocupada com o seu estado de saúde, porque associa o adoecimento com a morte. Ou seja, há uma conexão direta que é estabelecida pela mulher entre a soropositividade e a morte.

*“[...]Fiquei doente de malária durante uma semana, por isso, penso que o meu filho devia ter tudo, porque, quero que nasça uma criança que não esteja doente, quero criança saudável. Não quero ficar fraca e preocupada comigo mesma e nem com a minha criança; tenho medo de um dia ficar doente e não acompanhar o crescimento da criança”.* (G-2)

A literatura sustenta que, para além do sofrimento causado pela doença, a morte surgiu como uma possibilidade que também assustava bastante às gestantes ou lactantes. Chama a atenção a associação que ainda existe entre aids e morte, apesar dos avanços recentes no tratamento da infecção. Todas as gestantes referiram medo da morte (Carvalho & Piccinini, 2006). E para o caso de Moçambique a dúvida que existe sobre a eficácia da medicação, constitui um dos fatores que influencia às pessoas que vivem com HIV a recorrer aos curandeiros, ou a religiões de matriz africana (*Mazione*) antes de se dirigir ao hospital. A crença de que o curandeira estabelece uma ligação fiel e segura entre o doente e os seus antepassados constitui uma motivação para que as pessoas possam fazer consultas, antes de se dirigirem ao hospital. Outro aspecto importante, é a percepção de que o curandeiro pode interceder com os seus antepassados diante de uma eminente morte pela doença do HIV que a medicina convencional ainda não tem a cura (Cuinhane, 2019).

#### **f) Apoio familiar que a mulher recebe**

No que diz respeito a base de apoio que a mulher tem diante de uma situação de adoecimento, os resultados conduziram para os seguintes temas de análise: *i) apoio do marido versus falta do apoio da familiar; ii) apoio moral da família; iii) negação familiar da gravidez.*

#### **i) Apoio do marido versus falta do apoio da familiar**

As narrativas das mulheres gestantes ou lactantes que vivem com HIV explicitam a existência da base de apoio moral e em alguns casos financeiro dos maridos, mesmo naqueles casos em que não moram juntos na mesma casa porque o parceiro tem outra esposa. E, a situação é complicada naqueles casos em que o marido não trabalha ou se encontra nas minas de Africa de Sul, porque, a vulnerabilidade financeira e social é maior. Mas, queixam-se da falta do apoio familiar, que na maioria das vezes resume-me no apoio moral para não desistir das consultas médicas.

*“Tenho apoio do meu marido quando pode, porque ele não trabalha, mas a família não ajuda”. “A ajuda da família é só moral para ir ao hospital seguir com as orientações médicas, não dão assistência financeira, nem alimentar”. “Recebo o apoio do meu marido e da minha mãe que me aconselham a cumprir com as orientações médicas e não deixar de tomar medicamentos”. (G-5)*

Mas, Seidl e Tróccoli (2006) defendem que o suporte social e familiar é um dos fatores que contribui na garantia à adesão ao tratamento e pessoas que recebem algum tipo de apoio social apresentam maior probabilidade de aderir ao tratamento.

## **ii) Negação familiar da gravidez**

Os resultados revelam a existência ainda de casos em que a mulher é rejeitada pela família se engravidar sem o consentimento da família, o que prova que em Moçambique a mulher ainda não toma decisão sobre a sua vida, depende primeiro da família nuclear, segundo do marido e dos valores culturais impostos pela sociedade que na sua maioria é guiada por princípios machistas.

*“[...]A família reagiu mal quando soube que eu estava grávida. Mas depois aceitou”. “A família toda estranhou, mas depois aceitou”. (G-7)*

Quando a família não cumpre o seu papel de proteção, cuidando dos seus filhos, dando amor e limites, ela pode servir como um fator de risco para o desenvolvimento dos mesmos (Weber, 2007). Observa-se que neste caso de mulheres gestantes ou lactantes, as famílias moçambicanas tem a tendência de negligenciar o apoio moral e financeiro à mulher grávida alegadamente que não cumpriu com as regras e normas familiares e que isso desprestigia a família, ou seja, desonra a família

## **g) Atendimento hospitalar**

Os dados neste eixo conduziram para os seguintes temas de análise: *i) atendimento hospitalar e assistência médica; ii) satisfação com o atendimento hospitalar.*

### **i) Atendimento hospitalar e assistência médica**

As mulheres foram unânimes em afirmar que o atendimento hospitalar e a assistência médica é boa e adequada, mas o semblante contrariava o que oralmente era dito em alguns casos, provavelmente tenha suscitado algum receio para revelar a verdade.

*“[...]Se não tivesse sido bem-recebida no Hospital me sentiria triste, mas porque segui as orientações médicas salvei o meu filho; e tenho a mesma expectativa para esta gravidez, que a criança nasça saudável”. (G-4)*

Acolher as pessoas que vivem com HIV significa incluí-las no serviço de saúde, considerando suas expectativas e necessidades. A experiência em lidar com pessoas vivendo com outras doenças crônicas confere à equipe da Atenção Básica um saber-fazer que pode ser ampliado para o cuidado às PVHIV (Ministério da Saúde do Brasil, 2017). Como pode se constatar o acolhimento para a pessoa que PVHIV é fundamental para a adesão ao tratamento antirretroviral. E isso, faz do paciente nesta condição igual aos outros que se dirigem ao hospital a procura dos serviços de saúde.

## **ii) Satisfação com o atendimento hospitalar**

Todas informações trazidas do estudo relacionadas a este eixo demonstravam que as mulheres estavam satisfeitas pela forma como foram acolhidas no hospital pelos profissionais de saúde e pelas mães mentoras que se dirigem à comunidade, e os depoimentos abaixo confirmam.

*“Estou satisfeita com o atendimento hospitalar, até que recebo visitas de mães mentoras que vem a minha casa de bicicletas a mando do hospital”. (G-3); “ [...] O atendimento hospitalar é bom, tenho sido bem atendida durante estes 9 meses de gestação. Sou da opinião que as mulheres não devem deixar de medicar-se. Os profissionais de saúde ligam para mim quando às vezes falho nas consultas hospitalares”. (G-2)*

Segundo Solla (2005), o acolhimento diz respeito à escuta dos problemas do usuário e o apoio para a resolubilidade dos problemas de saúde. E para o caso das mulheres que vivem com o HIV a satisfação é visível pois o hospital tem um procedimento que permite ir ao encontro da paciente em situações em que esta dá sinais de que quer abandonar o tratamento, e o resgate tem sido significativo.

## **5.2 Discussão dos resultados das experiências de mulheres que vivem com HIV**

O estudo contou com dez mulheres vivendo com HIV, gestantes ou lactantes, e todas elas afirmaram que o momento da descoberta de que tinham o vírus foi chocante e coincidiu com a confirmação de que seriam gestantes e posteriormente mães, o que fez emergir vários sentimentos tais como: culpa por ser mãe vivendo com HIV; preocupação com o decurso da gestação; medo de infectar o bebê; guardar segredo sobre a sua soropositividade para o marido, família, amigos e para toda a comunidade como forma de proteger-se do preconceito e da discriminação. É deste modo que Carneiro, Cabrita e Menaia (2006); Teixeira, et. al. (2013) postulam que o sofrimento individual da mulher gestante que vive com HIV, está relacionado ao medo da rejeição e abandono pela sociedade, família, companheiro e amigos. Esteves (2000) fundamenta ainda que, o medo é um sentimento humano que precisa de especial cuidado e atenção porque pode afetar profundamente o modo de enfrentamento das diversas situações da vida, deixando a mulher ainda mais frágil.

Nos depoimentos das participantes foram apontados aspectos relacionados a vulnerabilidade feminina face à subserviência que a mulher moçambicana gestante ou lactante está sujeita pelo marido e pela família, o que causa sofrimento psíquico. E Matos (2005), Carmo e Guizardi (2018) argumentam que a vulnerabilidade pode ser entendida como um conjunto de aspectos biológicos, individuais, programáticos, sociais e culturais, interdependentes e mutuamente influenciáveis, assumindo pesos e significados diversos que variam no decorrer do tempo e determinam o grau de suscetibilidade e condições de respostas de indivíduos e comunidades em relação ao HIV/Aids.

Nas doenças crônicas a base de apoio é crucial, porque, serve de “almofada” para amenizar a dor. No entanto, as narrativas destas mulheres revelam falta de suporte familiar e social. Por exemplo, elas não podem compartilhar as angústias da doença crônica com ninguém, o que seria um alívio. Ademais, por serem pobres e desempregadas enfrentam dificuldades para ter

acesso ao hospital, por falta de dinheiro para o deslocamento , e isso, compromete a adesão terapêutica, porque, às vezes são obrigadas a faltar as consultas de rotina. Um outro cenário registrado no campo de pesquisa, foi ter visto uma mulher pedir 5 meticais ao profissional de saúde para comprar medicamento, porque não tinha dinheiro para isso. Por isso, que Colmenero, et. al. (2020) salientam que o apoio social é muito fundamental para pessoas que vivem com HIV e está vinculado à sua melhoria da qualidade de vida. Mas no caso de Moçambique o apoio e assistência social é escassa para pessoas que vivem com HIV.

E para Bellotto, et. al., (2019) a gestação na presença do HIV não necessariamente reduz os sentimentos positivos quanto à maternidade e ao filho, mas, impõe muitos temores e cuidados estritos para prevenir a TV, particularmente, no nascimento. As vivências de culpa e medo de transmitir o HIV para o filho(a) se associa à centralidade que as políticas e ações em saúde conferem à profilaxia. Apesar de assumir uma posição de obediência frente à profilaxia e à intensa medicalização, até certo ponto necessária, as mulheres manifestam desejos sobre o tipo de parto e sobre como queriam vivenciar esse momento. E entende-se que o diálogo deve ser fortalecido no sentido do vínculo e do apoio sem julgamentos às mulheres, emponderando-as quanto ao parto na presença do HIV.

### **5.3 Resultados da experiência do parceiro da mulher gestante que vive com HIV**

Neste segmento os resultado produziram os seguintes temas de análise: i) base de apoio para a adesão terapêutica; ii) serodiscordância.

#### ***i) Base de apoio para adesão terapêutica***

O depoimento do parceiro sexual revelou que a experiência dele como esposo de uma mulher que vive com HIV gestante circunscreve-se nos cuidados e no zelo que o mesmo presta à sua

esposa, sobretudo, no que diz respeito à necessidade da parceira não desistir do tratamento antirretroviral para evitar a infecção do filho pelo vírus.

*“[...]Ajudo a minha esposa a cumprir com a medicação, não cometer faltas no levantamento de medicamentos”. (H.1)*

Para uma maior adesão terapêutica, o conhecimento das dimensões da vulnerabilidade individual e social estabelece um espaço de intervenção para o incremento da adesão. Os profissionais de saúde devem possibilitar aos pacientes o acesso a um cuidado integral, um canal aberto não somente para a abordagem de questões relacionadas ao tratamento como também de apoio àqueles com baixa expectativa para adesão (Mann & Tarantola, 1996; Paiva, 2003).

## **ii) Sorodiscordância**

Os relatos do homem evidenciaram a existência da Sorodiscordância, mas aparentemente o semblante deste nosso entrevistado não demonstrava nenhum incômodo em relação ao fato de a mulher viver com HIV e ele ser HIV negativo, o que estava mais presente na sua fala era a necessidade de continuar saudável para cuidar da saúde da parceira e do filho que estavam à espera.

*“ Já fiz testes várias vezes e deu resultado negativo”. (H.1)*

A sorodiscordância se configura como objeto sociológico que permite observar como determinadas regras sociais em relação à doença se colocam diante da esfera afetivo-sexual dos sujeitos (Maksud, 2012). E no caso concreto de Chókwè, as regras sociais ligadas a figura paterna estavam muito presente, ou seja, a necessidade de proteger a esposa como forma de assegurar que o filho não fosse infectado era maior, bem como a necessidade de auto controle para não colocar em perigo a família.

**a) Preocupação do marido em relacionada à gravidez da mulher e da Saúde do bebê**

Os resultados evidenciaram o seguinte tema de análise: *i) Preocupação com a Saúde da mulher e do bebê.*

O homem afirmou que sempre esteve preocupado com a saúde da esposa e com a gestação, porque não queria que o seu filho fosse contaminado. Ou seja, a vida do homem estava em torno dos cuidados a prestar a esposa para evitar a infecção do filho.

As explicações do parceiro aclararam que a grande preocupação do homem era na verdade a necessidade de ter um filho saudável ao nascer, e não concretamente com a saúde da mulher, e isso, está expresso nas palavras abaixo.

*“[...] Não tenho outra preocupação com a gravidez da minha mulher. Mas estou preocupado com o nascimento e saúde do meu filho”. (H.1)*

Associada à gestação da esposa, a soropositividade demonstrou trazer medos, culpas, conflitos internos, e a necessidade de tomar decisões importantes quanto à profilaxia para prevenção da transmissão do HIV ao bebê (Torres de Carvalho e Piccinini, 2006). Nota-se neste tópico a centralidade da atenção do homem em relação ao nascimento e crescimento do filho fora do HIV.

O homem sabendo da seropositividade da sua companheira e dos riscos que podia oferecer, estava mais preocupado com a possibilidade de nascer o seu filho com o vírus HIV. E se tal fato acontecer ele pensava na necessidade de existir sempre medicamentos para o seu tratamento.

*“ Estou preocupado que o meu filho não se infecte e que tenha medicamentos ao nascer”.  
Por isso, aconselho a minha esposa para prevenir-se e apoio na alimentação”.*

Maksud (2003) salienta que, nas pessoas e no sistema de saúde, predomina o medo quanto ao surgimento da gestação na presença do HIV, sendo um temor não somente pelo risco de infecção do bebê, mas um temor ao risco social que simbolicamente está associado à reprodução na presença do vírus.

#### **i) Apoio dos profissionais de saúde**

No que diz respeito a este eixo, os resultados trouxeram três temas de análise relacionado numa única só abordagem. A necessidade de garantir bom atendimento a sua parceira e oferecer apoio emocional, bem como garantir-se uma assistência médica e medicamentosa de qualidade.

*“[...]Eu gostaria que eles garantissem o bom atendimento, dar força e apoio emocional a minha esposa; o atendimento é bom; os profissionais de saúde deviam pesquisar a qualidade do medicamento”.*

Gomes, et. al. (2021) aponta que o respeito, apoio e solidariedade são elementos que podem colaborar para a ressignificação da vida apesar das adversidades trazidas pela síndrome. Ser aceito socialmente, poder manter vínculos afetivos e de trabalho fortalecem a PVHIV e auxilia no enfrentamento do diagnóstico.

### **5.4 Discussão dos resultados do homem**

Há que lamentar nestes resultados, pelo fato de ter conseguido só entrevistar um homem, porque ainda há muita resistência dos homens para se deslocarem para o hospital.

Os achados do homem apontam para maior preocupação com a saúde da esposa, como forma de garantir o bem-estar do filho, ou seja, o maior desassossego do participante deste estudo era evitar a infecção do filho pelo vírus de HIV, colocando a esposa no segundo plano indiretamente. Vislumbrou-se ainda a inquietação com a disponibilidade do medicamento na Unidade de Saúde e sua qualidade, ou seja, o antirretroviral ainda é considerado pelos doentes como um medicamento pesado e com efeitos colaterais insuportáveis.

Deve destacar-se que o homem sempre se colocou na posição de guardião da família, em particular do filho que ia nascer, por isso, era fundamental na ótica dele garantir que a esposa aderisse ao tratamento antirretroviral. E do ponto de vista cultural o homem tem a obrigação de criar condições que os membros da família não passe por necessidades, e é ele que toma as decisões relacionadas à vida de todos na família, o que coloca a mulher no lugar de dependência total.

## 5.6 Resultados do grupo focal de mães mentoras

### a) **Experiência como mães mentoras no atendimento de mulheres que vivem com HIV gestantes ou lactantes**

Para este substrato, os resultados conduziram aos seguintes temas de análise: *i)* adesão terapêutica; *ii)* dificuldades no acompanhamento de crianças que vivem com HIV.

#### ***i)* Adesão terapêutica**

Os dados abaixo, sustentam que as mães mentoras recorrem a visitas domiciliares como estratégia de retenção e de encorajamento para adesão terapêutica de mulheres que vivem com HIV, mas que abandonam o tratamento antirretroviral no hospital.

*“[...] Fizemos buscas para as mulheres que abandonam o tratamento ou não vão ao hospital; fizemos visitas domiciliares para encorajar a continuidade do tratamento”.  
“trabalhamos com gestantes e crianças, fazemos acompanhamento das gestantes para terem uma criança saudável”. (MM)*

Rocha, et. al., (2010) revelam que existem vários fatores associados a não-adesão à terapia antirretroviral que incluem características sociodemográficas relacionados à vulnerabilidade ao HIV e ao acesso aos serviços de saúde e ao tratamento medicamentoso. E em Moçambique as questões culturais e a pobreza impactam bastante na adesão terapêutica.

## **ii) Dificuldades no acompanhamento de crianças que vivem com HIV**

Os relatos das mães mentoras revelam que a tendência das mulheres lactantes é de adesão terapêutica, mas, as barreiras a adesão ao TARV são encontradas em crianças que vivem com HIV e que não estão na custódia dos pais, mas na tutela dos avôs. Essas crianças as vezes abandonam o tratamento, porque, os avôs não conseguem dar conta da rotina dos medicamentos. E para estes casos a estratégia de superação é o dialogo com os acompanhantes destas crianças e passar o testemunho de que as mães mentoras também vivem com HIV e mesmo assim, seguem com a vida normalmente.

*”[...]as mães que amamentam não tem problemas cumprem com as orientações do hospital, mas as crianças HIV que vivem com a avó é que tem problemas de acompanhamento, e é nestes casos em que nós as mães mentoras é que fizemos o acompanhamento ao hospital no sentido de tomarem os comprimidos”. “Nós informamos que também vivemos com HIV, e isso ajuda-nos na interação com elas”.*

O familiar cuidador precisa estar ciente das condições e necessidades da criança e, principalmente, da importância da adesão ao tratamento para o sucesso terapêutico. E para auxiliar a família a desempenhar esse papel é necessário conhecer suas vivências no cuidado a essas crianças. (Pacheco, Gomes, Xavier, Nobre, Aquino, 2016).

### **b) Dificuldades da mãe mentora em estabelecer contacto ou resgatar mulheres que vivem com HIV gestantes ou lactantes**

No concernente ao tópico sobre as dificuldades que as mães mentoras enfrentam durante as suas atividades, os resultados forneceram os seguintes temas de análise: i) segredo; ii) violência conjugal associada a amamentação; iii) efeitos colaterais do tratamento antirretroviral; iv)

Tabus relacionados ao tratamento antirretroviral e v) Discriminação associada a atividade das mães mentoras.

### **i) Segredo**

Os relatos das mães mentoras revelam que há muitos casos de mulheres que vivem com HIV casadas ou em união de fato que guardam sigilo sobre a sua seropositividade para o parceiro. E nestes casos, é bastante difícil fazer a abordagem do assunto diante do casal, recorrendo a estratégia de voltar a testar os dois como se fosse a primeira vez para a mulher, e, em seguida informar que os dois são soropositivos para evitar conflitos no casal.

*“tivemos uma experiência em que a mãe mentora não podia ir a casa de uma mulher que vive com HIV porque o esposo não sabia da soropositividade da esposa, e quando é assim, fazemos convite ao casal para fazerem o teste os dois”. (MM)*

Deste modo, Preussler (2007) aponta que as mães que vivem com HIV/Aids guardam segredo do diagnóstico para aliviar o sofrimento decorrente da infecção. Os sofrimentos, destas mulheres, estão relacionados ao contexto familiar e social, em que estão inseridas, que é desencadeador de diferentes condições de vulnerabilidade, e que prejudicam a sua qualidade de vida, dificultam e interferem na sua liberdade de expressão, na adesão ao tratamento e na inserção social. A discriminação e a estigmatização que a mulher que vive com HIV está sujeita, leva com que opte por guardar o diagnóstico da sua seropositividade como mecanismo de defesa.

### **ii) Violência conjugal associada à amamentação**

As mulheres lactantes que vivem com HIV vivenciam momentos de violência conjugal quando decidem interromper a amamentação, porque, por ter guardado segredo sobre a sua

saúde para o marido, não tem como informar as reais causas da necessidade de interromper precocemente o aleitamento materno. E isso, tem gerado violência física e psicológica na família, havendo situações em que termina no divórcio.

*[...]“E quando o marido não sabe da soropositividade da esposa, tenta obrigar a amamentar, e há casos de violência por causa da falta da informação por parte do marido”.*

Estudos de narrativas maternas revelam que existir uma culpa constante disseminada na cultura em que as mulheres sofrem contínuo patrulhamento, velado ou explícito; sua conduta como mãe e a sensação de estar transgredindo este modelo deixam-na vulnerável e angustiada (Macêdo, 2015).

### **iii) Efeitos colaterais do TARV**

As narrativas das mães mentoras demonstram que no seio daquela comunidade ainda há resistência ao uso de medicamentos antirretrovirais por causa dos seus efeitos colaterais.

*” As mulheres queixam-se dos comprimidos que não lhes caem bem, mas com o nosso apoio acabam dando continuidade com a medicação”.*

De acordo com Monforte, et al., (2000) os efeitos adversos desempenham um papel crucial na adesão à TARV por parte dos pacientes e este é talvez o determinante mais significativo para o sucesso da terapia. E no contexto moçambicano, os efeitos colaterais do TARV ainda são associados a tabus (de que o medicamento foi feito com intencionalmente para matar os doentes com HIV) , o que agrava ainda mais a desconfiança que os pacientes tem em relação ao tratamento.

### **iv) Tabus relacionados ao TARV**

Os relatos abaixo evidenciam a existência de casos de não adesão ao tratamento antirretroviral por causa das crenças e tabus que ainda norteiam o pensamento das mulheres que

vivem com HIV em relação a ingestão dos medicamentos. E para estes casos a psicóloga afeta no local tem sido a solução.

*“Há casos em que as senhoras dizem que não podem tomar comprimidos porque na sua família ninguém toma comprimidos”. “Nestes casos de dificuldades em abordar o assunto pedimos ajuda à psicóloga”.*

Em Moçambique as pessoas que vivem com HIV são vítimas de julgamento moral e são culpabilizadas pela doença, o que reforça o estigma, que por sua vez gera exclusão social, e, conseqüentemente, não-adesão ao TARV. O acesso ao tratamento e a criação de medidas de combate ao preconceito, por meio do reconhecimento das questões culturais é necessário para desmitificar a relação negativa que é estabelecida entre o TARV e os cuidados de saúde (Andrade & Iriart, 2015).

#### **v) Discriminação associada a atividade das mães mentoras**

As mães mentoras referenciaram que enfrentavam dificuldades no exercício das suas atividades na comunidade devido ao uniforme que vestem para os atendimentos, pelo fato de as mulheres não quererem ser identificadas como pessoas que vivem com HIV, para evitar a discriminação.

*“Há casos que não somos recebidos porque há mulheres que não querem ser vistas com mães mentoras devidamente identificadas, ou não querem receber mães mentoras em suas casas para evitar que a comunidade saiba do seu estado”.*

E as falas do trecho acima são sustentada pela literatura científica, na abordagem de Souza, Santos, Carvalho e Lima (2021) que afirmam que as pessoas que vivem com HIV/Aids, muitas vezes, sofrem preconceitos e rejeições em suas famílias ou nos grupos sociais em que estão inseridos, além dos constrangimentos que enfrentam nos serviços de saúde.

**c) Atendimento que a unidade sanitária oferece**

Os resultados neste quesito evidenciaram um único tema de análise: Atendimento Satisfatório.

**Atendimento Satisfatório**

As mães mentoras referenciaram que o atendimento é bom porque fazem acompanhamento as mulheres que vivem com HIV até gerarem crianças saudáveis.

*“[...]O trabalho que fizemos é bom, porque damos acompanhamento as mulheres que vivem com HIV até realizaram o parto de crianças saudáveis”.*

Diante do contexto histórico caracterizado pela marginalização no atendimento e sentimento de exclusão pelo estigma da doença, o reconhecimento dos possíveis fatores relacionados à satisfação das pessoas vivendo com HIV pode auxiliar profissionais de saúde na implementação de práticas e cuidado inovadoras no acompanhamento de PVHIV, tal é o caso da estratégia de mães mentores (Villarinho & Padilha, 2016).

**d) Ajuda concedida a mulheres que vivem com HIV gestantes ou lactantes**

Os dados trouxeram os seguintes temas de análise: *i)* Consulta do casal; *ii)* localização real do paciente; *iii)* Assistência social.

***i)* Consulta do casal**

As mães mentoras defendem que a unidade de saúde devia criar estratégias que pudessem convencer o homem a fazer consultas em simultâneo com a esposa, porque, os homens ainda são resistentes nesta matéria.

*“Aconselharíamos a mulher a convencer o marido para ir ao hospital porque são os homens que ainda são teimosos para vir ao hospital”.*

***ii)* Localização real do paciente**

As mães mentoras afirmam que ainda enfrentam situações em que as pacientes não dão a localização real da residência, o que dificulta a realização das atividades de resgate na comunidade, porque, geralmente a localização domiciliar que consta no processo da paciente é falsa.

*“O hospital deveria questionar sobre a residência real da paciente”.* Ou seja, as MM clamam pela indicação real da casa pelas pacientes, porque, não tem sido frequente.

### **iii) Assistência social**

Os resultados demonstraram fragilidade na assistência social às mulheres que vivem com HIV, que recorrem ao hospital, e isso, acaba influenciando na dependência das mesmas em relação aos seus parceiros sexuais, uma vez que só podem ser estes últimos a dar o suporte alimentar para a sua sobrevivência.

*“Devia existir um apoio alimentar e assistência social para as pessoas que vivem com HIV, mas não existe. Só oferecesse leite, porque, as mulheres reclamam que não têm nada para dar as crianças”.*

Faria e Lopes (2020) salientam que a assistência social deve desenvolver seu trabalho dentro de certas contradições e, definir possibilidades de intervenção e resistindo aos limites impostos. É necessário refletir sobre a assistente social diante da prevenção e do tratamento da infecção pelo vírus HIV/Aids, associando aos condicionantes sociais e econômicos do processo saúde-doença.

#### **4.7 Discussão dos resultados do grupo focal de mães mentoras**

Este seguimento do grupo focal de 13 mães foi bastante relevante, porque, trouxe algumas informações que ainda não tinham sido fornecidas.

Os depoimentos apontam para a existência de abandono terapêutico; estado sorológico não revelado para o parceiro; dificuldades no manejo terapêutico em crianças com HIV; violência conjugal quando a mulher decide não amamentar; discriminação dos pacientes quando são vistos com mães mentoras; tabus relacionados ao TARV; assistência social frágil e ineficaz e satisfação com o atendimento hospitalar.

Para além da sua relevância, os dados acima demonstram uma coincidência entre os temas que eram abordados pelas mulheres gestantes ou lactantes infetados pelo HIV e as mães mentoras. É o caso por exemplo da não adesão terapêutica, sigilo do estado sorológico, tabus em relação ao TARV e satisfação no atendimento hospitalar.

Cada tópico aqui referenciado ainda que seja diferente na sua terminologia, tem algo em comum, que é o fato de ser fonte de sofrimento psíquico para a mulher soropositiva e coincidir com o objetivo desta pesquisa que era conhecer as vivências destas mulheres, em meio a pandemia do HIV.

O HIV em Moçambique ainda é uma doença feminizada em todos aspectos, apesar de ter tomado vários contornos na sua forma de transmissão e propagação desde a sua descoberta no país em 1986. A forma como a sociedade moçambicana está organizada socioculturalmente constitui um obstáculo para a consciencialização das pessoas no sentido de olharem para a doença sem preconceito, estigma e discriminação. Os achados permitiram constatar que, ser mulher gestante ou lactante e infectada pelo HIV, traz à superfície todos os problemas ligados as relações de poder e de gênero num país que é na sua essência machista. Por isso, que Bastos et. al., (2019) defendem que a recepção do diagnóstico do HIV, em meio ao processo

gestacional tende a ser uma experiência baseada em medos, trazendo tensão e insegurança, tanto em relação à transmissão do HIV quanto no uso de medicamentos, temendo assim pelo sofrimento da criança em relação a todos os estressores aliados à infecção por HIV. Ressalta-se que estar grávida na presença do HIV /aids, além das ambivalências sentimentais, faz com que a mulher tenha que se reconhecer como mãe e ter consciência de todas as consequências e riscos que essa condição acarreta.

Há que destacar que as mães mentoras fazem parte da estratégia de educação entre pares, e elas são mulheres que vivem com HIV e esse fato permite que possam partilhar a sua experiência para outras mulheres que receberam a notícia de ser soropositiva.

Os pares são indivíduos que partilham atributos similares, como gênero, orientação sexual, idade, condição de saúde ou estatuto socioeconômico. As intervenções lideradas pelos pares tornaram-se uma abordagem padrão em muitos programas que trabalham com pessoas que vivem com HIV (Washington, 2017).

### **5.8 Resultados de entrevista em grupo com pais mentores**

A intenção do pesquisador era realizar grupo focal com pais mentores, entretanto só foi possível a participação de dois pais mentores e optou-se, portanto, pela realização de entrevista em grupo.

#### **a) Experiência como pais mentores no atendimento de homens parceiros de mulheres que vivem com HIV gestantes ou lactantes**

Neste eixo sobre a experiência dos pais mentores no acompanhamento de parceiros sexuais de mulheres que vivem com HIV, os resultados trouxeram o seguinte tema de análise: Estratégia para adesão terapêutica.

## **Estratégia para adesão terapêutica**

Os pais mentores para conseguirem que os parceiros sexuais das mulheres que vivem com HIV façam teste, usam como estratégia a testagem em simultâneo, como de fosse a primeira vez para o homem e a mulher, quando a mulher já sabe do seu sero estado, mas para evitar conflitos no casal não informam que a mulher já tem a notícia de que vive com HIV. Outra estratégia usada, é informar que eles também são pessoas que vivem com HIV, mas que mesmo assim, prosseguem com a vida e os seus planos bastando para tal cumprir com o tratamento adequadamente.

*“[...]Testamos o homem pela primeira e voltamos a testar a mulher, E encorajamos o paciente a entender que não é o fim da vida, e que podemos seguir com os sonhos se cumprir com o tratamento”.*

A dificuldade de acesso ao homem na sua residência ou no hospital, constitui barreira para a testagem, por isso, os pais mentores ou educadores entre pares, e os profissionais de saúde citaram o preconceito, a dificuldade na localização da casa do doente, como sendo fatores que dificultam o acolhimento pelos serviços de saúde em Chókwè.

### **b) Dificuldades do pai mentor em estabelecer contacto com homens parceiros de mulheres gestantes ou lactantes que vivem com HIV**

Neste segmento, os resultados evidenciaram os seguintes temas de análise: *i)* Barreiras nas consultas; *ii)* Recusa do medicamento; *iii)* segredo; *iv)* abandono terapêutico.

#### ***i)* Barreiras nas consultas**

Os depoimentos dos pais mentores expõem dificuldades para realizarem atividades na comunidade, porque, os homens recusam a dialogarem com eles, por isso, recorrem às mães mentoras como elo de ligação aos homens e estratégia de contato e diálogo com o visado.

*“O homem é teimoso e as vezes somos escoraçados na comunidade, e para conseguirmos a consulta do homem é através da esposa, as mães mentoras é que informam aos pais mentores. “trabalhamos juntamente com as mães mentoras para estabelecermos o contacto com os pacientes”. (PM)*

As pessoas que vivem com HIV revelaram dificuldades para a adesão ao tratamento relacionados às representações sobre HIV associadas ao machismo, ao estigma na comunidade e à complexidade do tratamento. O estigma pode trazer uma série de consequências comportamentais, refletindo negativamente na vida dos indivíduos, e pode ser traduzido em barreiras para o acesso aos serviços públicos de saúde (Cota & Cruz, 2021).

#### **ii) Recusa do medicamento**

Os relatos demonstram que ainda existe recusa ao tratamento antirretroviral no local, porque os homens ainda acreditam e confiam do tratamento tradicional em vez do convencional, isto é, acreditam nos curandeiros. E só mais tarde quando o estado de saúde agrava é que pensam no hospital.

*“Existem homens que não querem medicar”. “Por causa de razões culturais na comunidade há negação do tratamento do hospital e confiam no tratamento tradicional”.*

Em Moçambique o médico tradicional é uma autoridade e é considerado pela comunidade como sendo pessoa dotada de conhecimento para intervir em situações de saúde e doença. As comunidade do interior do país tal é o caso de Chókwè quando são acometidas por uma doença recorrem primeiro ao médico tradicional, e só depois é que se dirigem ao hospital e que acaba agravando a sua condição de doente soropositivo.

A doença física, pode causar um desequilíbrio mental ou espiritual que afeta o paciente e esse desequilíbrio pressupõe, por sua vez, a existência de causas sociais. Segundo esta

perspectiva holística, não basta tratar a doença para curar o paciente; é também necessário restabelecer o equilíbrio social, incluindo a harmonia com os antepassados (Granjo, 2009).

### **iii) Segredo**

Os resultados revelam que os homens também preferem guardar segredo em relação ao seu estado serológico, para as esposas, família, e para a comunidade em geral. E isso, constitui ainda uma dificuldade para os pais mentores porque são obrigados a se fazer á comunidade descaracterizados e mesmo quando estão de bicicletas devem esconder para evitar que sejam facilmente identificáveis ao olho de qualquer um da comunidade.

*“E outros querem guardar sigilo para a comunidade não saber de que tem HIV”. “outro problema é que os homens pensam que os pais mentores recebem dinheiro”. “Os homens não se sentem confortáveis em trabalhar com o homem mentor sabendo que ele também vive com HIV, só de ver bicicletas na comunidade desperta atenção dos vizinhos porque querem saber para aonde é que o pai mentor vai”. “As vezes somos obrigados a abandonar as bicicletas para evitar a exposição da família na comunidade”.*

A não exposição concede aos indivíduos que vivem com HIV certa proteção, não se confrontam com o julgamento moral e a discriminação. No anonimato, não se expõem carregam sozinhos sua enfermidade, mas isso pode fazer com que não consigam enfrentar positivamente algumas situações apresentadas pela doença (De Andrade, et. al., 2018).

### **iv) Abandono terapêutico**

Os resultados destacam ainda a existência de casos de abandono ao tratamento antirretroviral pelo fato que de quando o paciente tem carga viral indetectável, o mesmo já considera-se curado do HIV. E isso, demanda para os pais mentores uma outra estratégia de intervenção para aconselhar o doente a retomar ao tratamento hospitalar.

*“Quando o paciente tem a carga vital indetectável ele desiste do tratamento porque pensa que está curado”.*

E a qualidade do aconselhamento é bastante fundamental para construir no paciente uma capacidade crítica do seu comportamento em relação a doença. E literatura ressalta que a supressão viral é um fator determinante na redução da transmissão vertical (Brasil, 2019). Em Chókwè a supressão da carga viral é relacionada ao abandono ao tratamento antirretroviral por parte de alguns pacientes.

**c) Ajuda concedida pela Unidade de Saúde aos homens, parceiros de mulheres gestantes ou lactantes que vivem com HIV**

Sobre este tópico os resultados trouxeram os seguintes temas: *i)* adesão terapêutica; *ii)* violência baseada no género.

***i)* Adesão terapêutica**

Os pais mentores referem que estando ao serviço do hospital ajudam na conscientização dos pacientes sobre a necessidade de aderirem o tratamento antirretroviral.

*“Ajudamos os homens a aderir os serviços de saúde com base no contacto que as mães mentoras fazem para nós”.*

Nas unidades de Saúde do país temos a figura de conselheiros leigos que desempenham um papel importante no acolhimento de doentes que vivem com HIV, constituem a ponte ou elo de ligação entre o terapeuta e o doente. E a literatura fundamenta que promover a modificação do comportamento é a mais árdua tarefa daqueles que se interessam pela alteração dos hábitos de vida das populações, com intenção de promover a saúde e proporcionar bem-estar a pessoas que vivem com HIV (Camarneiro, 2021).

## **ii) Violência baseada no género**

Os relatos dos pais mentores referem que promovem palestras na comunidade, em colaboração com os líderes do bairro para que os homens possam entender que não acompanhar a esposa a unidade de saúde é também uma forma de violência de género.

*“Promover debates que abordam a violência baseada no género, informar que aquele homem que não acompanha a sua esposa quando está grávida é uma violência”. ” temos colaborado com líderes comunitários para nas reuniões da comunidade darem-nos 5 a 10 minutos para falarmos do assunto”.*

### **5.9 Discussão dos resultados de entrevista em grupo com pais mentores**

Apesar de ter sido apenas dois pais mentores a prestarem depoimentos, a informação foi enriquecedora para o estudo, se considerarmos a relevância dos subtemas abordados tais como: Estratégia para adesão terapêutica; adesão terapêutica; barreiras nas consultas; segredo, e violência baseada no género.

As narrativas dos pais mentores tem algo de comum que no contexto de Moçambique fazem sentido, porque, é característico dos homens resistirem em se dirigir ao hospital, ou seja, os dados permitem apurar que todos os subtemas abordados para este seguimento estão em torno das atividades feitas pelos pais mentores para conseguir convencer o homem que vive com HIV a aderir ao tratamento ou retornar, porque, tinha abandonado. Estas informações não surpreendem olhando para o histórico sociocultural dos homens no que diz respeito a relação que este tem com os serviços de saúde no país; caracterizada pela negação.

Uma das questões que reforça a ausência dos homens ao serviço de saúde é o medo da descoberta de uma doença grave, e não saber pode ser considerado um fator de "proteção" para os homens. Outra dificuldade para o acesso dos homens a esses serviços é a vergonha da

exposição do seu corpo perante o profissional de saúde. É apontado ainda como fator que dificulta esse acesso a falta de unidades específicas para o tratamento da saúde do homem (Gomes, Nascimento, Araújo, 2007).

O machismo que é característico da região onde este estudo foi realizado, também constitui uma barreira para o acesso aos serviços de saúde, a discriminação que assola os homens que vivem com HIV é um outro obstáculo, porque, ninguém quer ser visto que dirigiu-se ao hospital para o atendimento relacionado ao adoecimento por HIV.

A estratégia de palestras que tem sido adotada nas comunidades e nas unidades de saúde, tem se mostrado ineficaz e pode ser uma das razões que a sensibilização do homem não tem sido das melhores.

Em Moçambique ainda tem sido frequente que os doentes de HIV desloquem-se de um distrito para o outro para fazer a consulta e tratamento da doença, como forma de evitar que sejam vistos e reconhecidos por pessoas que vivem na mesma comunidade, e isso dificulta o rastreamento e controlo de indivíduos que vivem com o HIV nas comunidades.

Outro aspecto não menos importante é a necessidade de estimular os pais mentores pela atividade que fazem nas comunidades, mas eles não devem levar as bicicletas porque, constituem um elemento de identificação nos bairros e constrange os homens que vivem com HIV nas comunidades.

Há que salientar que para o caso do contexto específico de Chókwè seria fundamental recorrer-se a metodologia mais participativas que pudessem levar a um processo de reflexão crítica sobre a realidade buscando analisar o problema tendo como base o contexto real e os aspectos culturais e busca de estratégia de intervenção com os principais envolvidos no fenómeno HIV. Porque, as palestras tornaram-se estratégias inapropriadas pelo fato de serem

prescritivas e hierarquizantes. Outro aspecto não menos importante é o tempo disponibilizado para as palestras que é insuficiente.

### **5.10 Resultados dos profissionais de saúde no atendimento a mulheres que vivem com hiv gestantes ou lactantes**

A assistência médica às pessoas que vivem com HIV em Moçambique é multidisciplinar, ou seja, o doente tem passagens obrigatórias de setor a setor, por isso, os profissionais de saúde que participaram neste estudo refletem o quesito da variedade de áreas do saber nos serviços de saúde, nomeadamente: 2 técnicas de Saúde Materna Infantil e uma psicóloga Clínica.

#### **a) Experiência do profissional de saúde no atendimento mulheres que vivem com HIV gestantes ou lactantes**

Os resultados neste seguimento trouxeram os seguintes temas de análise: *i)* estratégia para a adesão terapêutica; *ii)* sentimentos referenciados; *iii)* preocupações recorrentes; *iv)* negação da existência do HIV; *v)* retenção e adesão terapêutica; *vi)* segredo.

##### ***i)* Estratégia para a adesão terapêutica**

As enfermeiras de saúde materna Infantil relatam que usam as palestras como estratégia para que os pacientes possam aderir a testagem e ao tratamento antirretroviral, e as mesmas são feitas nas primeiras horas antes do início das consultas normais.

*“Nós concentramos as pacientes nas primeiras horas e fazemos palestras. As pessoas revelam que estão em tratamento TARV quando atendemos individualmente”. “E é quando revelam que tem criança, mas que saiu negativa para o HIV porque tomam comprimidos”.*  
(SMI)

*“Nós oferecemos o convite para solicitar o marido para vir ao hospital para testagem. E testamos o casal como se fosse a primeira vez e explicamos o resultado, sendo nós as técnicas de saúde e não a mulher a dizer”.*

As palestras como estratégia de educação para a saúde exerce papel importante na prevenção do HIV, uma vez que é capaz de informar, influenciar e motivar públicos para as questões de saúde mais relevantes acerca do vírus da imunodeficiência humana. Pode, ainda, conscientizar e esclarecer aspectos referentes a prevenção da doença, promoção de políticas públicas e de cuidados de saúde, bem como debater a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) (Kibira, et al., 2017).

### **ii) Sentimentos relatados**

As profissionais de saúde relatam a ocorrência de casos de depressão em mulheres que vivem com HIV, por não saber em que momento da vida que terão se infectados pelo vírus.

*“Ficam deprimidas, procuram entender em que momento aconteceu a infecção”.* (PC)

Estes achados de maneira geral, com vários estudo que revelam a existência da preocupação com a saúde do filho, sentimento de culpa por ser gestante soropositiva, medo que seus filhos sofram preconceito porque tem mãe que vive com de HIV/Aids, gerando um sofrimento psíquico generalizado (Santos & cols., 2002).

### **iii) Preocupações recorrentes**

A possibilidade de transmissão do HIV de mães para o filho tem sido a maior preocupação das mulheres gestantes ou lactantes, segundo os depoimentos das enfermeiras de SMI.

*“A maior preocupação é com a criança. Há uma que não acreditava na possibilidade de transmissão”.* (SMI)

Os depoimentos deste estudo coincidem com os de outras pesquisas que destacam com maior ênfase a associação da gestação diante da presença do HIV, ao medo, culpa e conflitos internos relacionados a possibilidade de transmissão do vírus ao filho (Torres de Carvalho & Piccinini, 2006).

#### **iv) Negação da existência do HIV**

Os dados revelam que ainda existem mulheres que não acreditam na existência do vírus de HIV, sobretudo nos casos em que o casal é sorodiferente, disse a enfermeira de SIM.

*“As mulheres sorodiscordantes são as que tem mais dificuldade de acreditar na infecção (ou na existência da infecção)”.* (SMI)

*“Pelo fato de não acreditar na existência da infecção há dificuldade na adesão ao TARV”.* (SMI)

A existência de certo receio e reserva em relação ao TARV, a discriminação, o abandono, a segregação, a estigmatização a falta de recursos econômicos e sociais, principalmente a alimentação, para dar conta do TARV, são aspectos intrinsecamente relacionados à negação a adesão terapêutica em Moçambique (Maúngue, 2015). O ceticismo em relação a infecção está relacionado a forma como o HIV foi abordado desde a sua existência em Moçambique, por exemplo o fato de ter sido relacionado a má conduta das mulheres e a prostituição, levou com que algumas pessoas não encarassem como uma doença seria.

### **iii) Retenção e adesão terapêutica**

As profissionais de saúde afirmaram que para realizarem as atividades no hospital e na comunidade contam com a parceria de uma ONG internacional que fornece insumos necessários no hospital e no pagamento de honorários aos ativistas.

*“Temos o parceiro que nos apoia na retenção e adesão dos pacientes”. “Ajuda no pessoal a dar continuidade na comunidade e temos a conselheira fixa na paragem obrigatória”.*

Neste aspecto as profissionais de saúde destacaram o apoio da *Elizabeth Geysler* que fornece incentivos as mães e pais mentores, bem como na compra de material para o hospital.

### **vi) Segredo**

Segundo as nossas entrevistadas, a mulher gestante ou lactante que vive com HIV prefere guardar o medicamento em casa de familiares para que o marido não saiba que está a fazer TARV, evitando deste modo conflitos conjugais.

*[...]“Há casos que as mulheres deixam todo o processo hospitalar em casa do familiar para o marido não tomar conhecimento do seu estado de saúde”. (PC) “As mulheres que não cumpriam com a medicação são aquelas que tinham medo de revelar ao seu marido, sogra e a família sobre o seu estado”. (SMI)*

O medo do preconceito é tão alarmante que as mulheres optam em manter sob sigilo a sorologia positiva, visto não acreditarem na existência de apoio social, além de temerem as críticas e a exclusão. A ocultação do diagnóstico, ocorre em relação aos familiares, amigos e vizinhos, sendo também direcionada ao filho e esta atitude é justificada por não saberem o momento ideal para revelar o diagnóstico, face ao conflitos que a notícia pode gerar (Galvão, 2013).

**b) Dificuldades enfrentadas pelo profissional de saúde no atendimento a mulheres que vivem com HIV gestantes ou lactantes no seu consultório**

Os resultado evidenciaram os seguintes temas de análise: *i)* Abandono ao TARV; *ii)* Dependência econômica; *iii)* Resistência ao tratamento.

***i)* Abandono ao TARV**

Os profissionais de saúde relatam cenários de dificuldades no manejo daqueles casos em que a criança é infectada por incumprimento do tratamento por parte da mãe. Porque as vezes a mulher abandonou a medicação porque não podia revelar ao marido que ela vive com HIV.

*“enfrentamos situações relacionadas a crianças que estão infectadas porque as mães não cumpriram com a medicação”. “As conselheiras tem encontrado dificuldades e quando isso acontece encaminham as consultas para mim, nos casos de pacientes que abandonam o tratamento e para pacientes que não tem supressão viral”. (PC)*

A inexistência de proposta sistematizada para acolher pacientes (crianças) com má adesão ao tratamento e prevenção do abandono, contribui para o aumento de casos de abandono ao TARV em Chókwè (Rodrigues & Maksud, 2017).

***ii)* Dependência econômica**

Os depoimentos das profissionais de saúde destacam a existência em grande escala de mulheres que ainda dependem economicamente dos seus maridos para ter acesso ao hospital e isso complica a vida da paciente porque se o marido não dá dinheiro para ir ao hospital, elas não tem como se deslocar.

*“Dependência econômica em relação ao marido, por isso, não revelam o seu sero estado ao seu marido”. (PC)*

Os encargos desproporcionais da pobreza das mulheres estão a aumentar mais do que os dos homens; as mulheres enfrentam mais barreiras para superar a pobreza; a feminização da pobreza em Moçambique está relacionada à feminização da chefia das famílias; As famílias chefiadas por mulheres são mais pobres; e por consequência precarizam a vida das crianças. E se estiver associado a existência do HIV, o que tem sido frequente no interior do país, a situação configura-se mais grave, uma vez que os encargos familiares serão adobrar devido aos custos da assistência médica a prestar-se para os membros infetados, cobrando da mulher a necessidade de depender do marido ou da família para se dirigir ao hospital (Maúngue, 2015).

### **iii) Resistência ao tratamento**

Os dados demonstram que os homens ainda resistem em buscaremo hospital, sobretudo, quando sabem que vivem com HIV e que as suas esposas não sabem. No entanto, as profissionais de saúde dizem que optam pela testagem em simultâneo para aqueles casos em que o homem acaba aceitando.

*“Os parceiros que sabem o seu sero estado tendem a resistir em se fazer ao hospital. Mas aqueles que não sabem do seu estado aparecem”.*

É neste contexto que Cardoso e Arruda (2005); Rodrigues e Maksud (2017), consideram que o diagnóstico do HIV/Aids repercute de diversas maneiras de acordo com os inúmeros acontecimentos que fazem parte da trajetória do paciente.

### **c) Experiência do profissional de Saúde relacionada a saúde mental das mulheres que vivem com HIV gestantes ou lactantes**

Os resultados referenciam os seguintes temas de análise: *i)* medo e pânico relacionado a partilha da notícia com o seu parceiro; *ii)* problemas comuns de saúde mental; *iii)* fatores de risco para a TV.

### **i) Medo e pânico relacionado a partilha da notícia com o seu parceiro**

O preconceito que ainda existe em torno do HIV, obriga a mulher a conviver com medo de compartilhar a notícia com o seu parceiro, sob pena de ser rotulada como infiel ou prostituta e isso pode gerar separação e este fato está relacionado ao lugar de dependência que é reservada a mulher na família.

*“[...]Quando encontramos casos de saúde mental mandamos para a psicóloga, no entanto, são frequentes casos de mulheres que revelam medo de informar ao parceiro sobre o seu sero estado”. (SMI)*

*“Para as mulheres que fazem o tratamento que os maridos não sabem inventam que a criança tem Tosse”.*

*“As mulheres revelam preocupação em relação a forma como devem informar ao marido”.*  
*“A saúde mental da mulher depende do aconselhamento, existem pacientes que recebem o resultado com pânico e medo; e outras que aceitam o diagnóstico”. (SMI)*

O medo de revelar o seu estado sorológico a pessoas alheias, permite que a gestante minta, ou opte pela inverdade, para dissimular a real condição em que se encontra. Sendo assim, a mentira é dita com o intuito de evitar que outros tenham conhecimento da realidade vivida (Pasini, 1995); (Batista & Silva, 2007).

### **ii) Problemas comuns de saúde mental**

Os resultados destacam a existência de casos de violência física; financeira; psicológica; depressão; ansiedade relacionada a possibilidade de infectar a criança como aspectos comuns que afetam a saúde mental de pessoas que vivem com HIV, em particular as mulheres. E isto, está relacionado ao lugar de submissão que a mulher é colocada na sociedade moçambicana

*“[...]As mulheres sofrem de violência física e psicológica, não têm liberdade, não tem direito de decidir sobre a sua vida”. “Para se fazer a consulta tem que ir consultar a sogra e o marido”. “é comum revelarem casos de violência financeira e quando isso acontece recorrem a família”; “[...]tenho diagnosticado casos de depressão; ansiedade relacionada a possibilidade de infectar a criança”. (PC)*

De modo geral, as relações de gênero em Moçambique são caracterizadas pela subordinação da mulher em relação ao homem. Ou seja, as organizações sociais, tem papéis definidos com base nas relações de gênero que colocam as mulheres em posições subordinadas e de total dependência, sem poder de decisão. Foi inculcada pela cultura dominante de que é próprio da mulher ser inferior, incapaz, ineficiente, por isso, deve depender do homem (Chanty, 2007) e (Maúngue, 2015). E isso gera um sofrimento psíquico que resulta nos problemas de saúde mental identificados pelas profissionais de saúde que atuam no local onde foi realizado este estudo.

### **iii) Fatores de risco para a TV**

Outro problema ligado a realidade sociocultural do país, e que é um fator de risco para a a saúde mental da mulher é a dependência total da sogra e da família no geral, bem como do machismo institucionalizado na cultura moçambicana e isto tira da mulher o direito de decisão sobre o rumo da sua vida, conforme realçam os depoimentos a baixo.

*“Eu tenho identificado fatores de risco nos pacientes que abandonam o tratamento tais como: pacientes que vivem com a sogra e que remetem a mulher a dependência total, querem saber de tudo o que acontece com a nora e porque ela vai ao hospital, fator cultural (machismo)”*

Para Horne et. al., (2019) os fatores, que influenciam para a adesão terapêutica são múltiplos e complexos (internos e externos). É uma das condições necessárias para que o doente cumpra o tratamento prescrito é o compromisso, que implica a percepção da doença e dos benefícios do tratamento, assim como a mudança positiva do comportamento. Mas para este caso em particular, os fatores externos tais como a cultura (machismo) interferem bastante nas decisões do indivíduo no sentido de aderir ou não ao tratamento.

#### **d) Atendimento de mulheres gestantes ou lactantes que vivem com HIV**

Neste seguimento os resultados produziram os seguintes temas de análise: *i)* Exiguidade de profissionais de saúde; *ii)* Assistência social; *iii)* Fortalecer o grupo de mãe para mãe; *iv)* Agressão.

##### ***i)* Exiguidade de profissionais de saúde**

As enfermeiras que atuam no gabinete de Saúde Materna Infantil defendem que enfrentam dificuldades no atendimento porque, há muitos procedimentos que devem ser realizados durante a consulta, por isso, devia-se alocar mais profissionais de saúde no setor já que é o responsável pelo atendimento das mulheres gestantes

*“Nos gabinetes de Saúde Materna Infantil não devia ser uma só pessoa a trabalhar, pelo facto de ser paragem única (tem muitos registos e coleta de sangue e faz-se receitas para toda a mulher que por aqui passa)”. (SMI)*

##### ***ii)* Apoio social**

As profissionais de Saúde afirmaram que um dos grande problemas que enfrentam no atendimento à mulheres e crianças que vivem com HIV é a falta de uma ação social e assistência social que atenda as necessidades sócioeconômicas de pessoas que vivem com o vírus. Revelam

falta de kit alimentar para este grupo de pacientes, porque na ótica delas o hospital só dá leite artificial para a criança e mais nada, ou seja, a mulher não recebe nenhum apoio alimentar e isso deixa a mesma extremamente vulnerável.

*“Devia providenciar-se um serviço social mais célere ou mais atuante, a ação social deveria ser mais abrangente, incluindo as mães que vivem com HIV e não só olhar nas crianças”. “[...]As mulheres que vivem com HIV deviam beneficiar-se de uma cesta básica e uma fonte de rendimento”.*

Diferente do Brasil que tem um Sistema de Assistência Social (SUAS), Moçambique tem serviços de assistência social, mas não são eficazes e não abrangem o Sistema Nacional de Saúde, o que deixa vulnerável as mulheres que vivem com HIV, porque, a ação social nas Unidades de Saúde só oferece leite artificial às crianças, excluindo deste modo as respectivas mães.

### **iii) Fortalecer o grupo de mãe para mãe**

A psicóloga Clínica entrevistada, afirmou que a estratégia denominada de mães para mãe devia ser mais fortalecida, porque, a mesma desempenha um papel importante na ligação hospital- comunidade e no resgate de pessoas que abandonaram o tratamento.

*“[...]Operacionalizar mais os grupos de apoio de mãe para mãe”. “Oferecer o atendimento adequado (fazendo todo o procedimento e escuta ativa)”.*

### **iv) Agressão verbal**

Os depoimentos abaixo revelam a existência de casos de agressões a pacientes, relacionada a a forma como os seus colegas da área clínica atuam, segundo a entrevistada a agressão aos pacientes que vivem com HIV não ajuda na retenção das mesmas na unidade de saúde.

*As vezes os colegas agredem os pacientes, quando isso acontece eu procuro acalmar os pacientes e traçar plano e estratégias de superação do problema em conjunto”. (PC)*

As situações de conflitos e dilemas particulares entre paciente e profissionais de saúde podem contribuir para a descontinuidade do tratamento. Algumas das razões estão ligadas a fatores como esquema terapêutico, momento da evolução da doença, grau de apoio familiar e as próprias representações sociais relacionada a soropositividade ( Rodrigues e Maksud, 2017).

**e) Apoio dos profissionais de saúde aos usuários da unidade de saúde**

Os resultados para este eixo trouxeram dois temas de análise: *i) Ampliação do grupo alvo;*  
*ii) Testagem em simultâneo.*

***i) Alargamento do grupo alvo***

As profissionais de saúde afirmaram que seria produtivo incluir a família ampliada na estratégia para a retenção de pacientes que vivem com HIV como por exemplo, a mãe da mulher, a sogra e o parceiro, para fortalecer a base de apoio a esta mulher que enfrenta, muitas das vezes, a doença sozinha.

*“[...]Devíamos fazer palestras convite para os parceiros, a sogra, e a própria mãe da gestante, porque são as pessoas mais ligadas a mãe grávida”.*

No entanto, a estratégia de apoio psicossocial está sempre baseada em palestras, apesar de haver dificuldades no que diz respeito a presença do homem e da sogra no acompanhamento da mulher que vive com HIV. A unidade de saúde não tem outras estratégias de atendimento familiar, tais como grupo psicoterapêutico para abordagem familiar.

## **ii) Testagem em simultâneo**

Os resultados referenciaram como fundamental a necessidade de fazer-se a testagem do casal em simultâneo para aqueles casos em que a mulher tem medo de informar o marido, porque, é uma forma de evitar conflitos conjugais. E ajuda na adesão terapêutica do homem.

*“Para os pacientes que não revelaram o seu estado ao seu marido a estratégia para ultrapassar a barreira é o convite ao parceiro e testar os 2 e fazer aconselhamento ao casal e tem logrado sucesso”. “O aconselhamento e testagem do casal como solução para o não abandono ao tratamento”. (PC)*

No contexto da conjugalidade e aids, uma situação que tem sido cada vez mais presente é a experiência de casais que vivem com HIV e que já estavam unidos anteriormente ao diagnóstico positivo. Mas, a experiência de uniões formadas após o conhecimento do resultado positivo de um dos cônjuges gera conflitos conjugais, no entanto, o aconselhamento e testagem adequados podem ser a solução (Andrade, 2010).

### **5.11 Discussão dos resultados dos profissionais de saúde**

Os depoimentos dos profissionais de saúde, sobre a sua experiência no manejo do HIV em mulheres gestantes ou lactantes circunscreviam-se nos seguintes subtemas: Adesão terapêutica; sentimentos encontrados; assistência social; abandono ao TARV; segredo; fatores de risco; testagem simultânea; agressão verbal; fortalecimento do grupo de mãe para mãe; medo e pânico para partilhar a notícia com o parceiro.

Dos tópicos acima referenciados, os mais candentes e impactantes na saúde mental da mulher gestante ou lactante estão relacionados a adesão ou abandono terapêutico, sentimentos ou emoções, necessidade de guardar sigilo para todos e a todo custo e agressão verbal de alguns profissionais de saúde no atendimento hospitalar.

Os embaraços identificados pelos profissionais de saúde que participaram neste estudo, coincidem com a informação de Contin (2010) ao aludir que as mulheres soropositivas enfrentam uma diversidade de obstáculos, decorrentes do impacto do diagnóstico, que na maioria das vezes, ocorre durante a gestação ou parto. Diante disso, elas passam a lidar com muitos acontecimentos em um mesmo período, como assimilar o fato de ser portadora de um vírus incurável, que pode ser transmitido ao seu bebê; decidir sobre a adesão das medidas profiláticas para impedir a transmissão vertical, além de lidar com os sentimentos que são aflorados devido ao preconceito social que permeia esta doença.

A estrutura familiar em Moçambique no geral e em Chókwè em particular compromete a funcionalidade da família, na medida em que centraliza todos os problemas dos membros da família a figura do homem como patriarca, deixando a mulher como uma mera servidora da família (Maúngue, 2020). No contexto do HIV, essa realidade sociocultural compromete a saúde mental já precarizada por causa da doença crônica existente nela. Todas as falas dos profissionais de saúde associam os fatores de risco existentes e referenciados acima à forma como a estrutura familiar moçambicana está constituída, que relega a mulher para o segundo plano no funcionamento da família.

## **Capítulo 6 - Considerações Finais...Até Aqui!**

A tese tinha como objetivo conhecer as experiências e as principais dificuldades vivenciadas pelas gestantes ou lactantes que vivem com HIV e dos seus parceiros sexuais a fim de contribuir com a compreensão de como podemos pensar em estratégias para melhor apoiar essas mulheres em um contexto cultural com tantas desigualdades de gênero, como é Moçambique, e em especial a província de Gaza.

Ao chegar ao final deste processo, urge refletir sobre os desafios em alcançar as metas pactuadas internacionalmente para redução do HIV nos países, em especial a erradicação da transmissão vertical. A chamada “cascata do cuidado contínuo em HIV” (Brasil, 2017) representa a sequência de etapas que as pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) precisam transpor desde a infecção até a supressão viral. Esse cuidado contínuo está espelhado no compromisso assumido por diversos países ao adotarem as metas 95, 95, 95 (95% das pessoas conhecendo seu diagnóstico de HIV e destas termos 95% em tratamento e ainda 95% das pessoas em tratamento com carga viral indetectável) (CNCS, 2021). Para que o cascata seja efetiva é preciso investir em estratégias de prevenção e de ampliação do acesso ao diagnóstico, oferta de cuidado integrado, estratégias de retenção e monitoramento da adesão aos cuidados e tratamento.

Com relação ao diagnóstico do HIV, este estudo identificou que está associado ao teste de gravidez, e isso deveu-se ao fato de as mulheres terem recebido a notícia de que estavam infectadas pelo vírus HIV durante o pré-natal, ou, depois do parto, quando recebiam a informação sobre cuidados a prestar durante a amamentação. Isto demonstra que ainda há dificuldades de acesso amplo e precoce ao teste. Aspectos culturais parecem contribuir fortemente para isso, tais como o estigma relacionado ao HIV, o papel social da mulher na cultura moçambicana e as normas familiares que preconizam a submissão da mulher à família do marido (Chidassicua, 2011; Maungue, 2021),

Uma das ações adotadas pelo Ministério da Saúde de Moçambique é a diversificação das estratégias de testagem e aconselhamento, quais sejam: a) aconselhamento e testagem iniciado pelo provedor (ATIP), b) aconselhamento e testagem iniciado pelo utente (usuário) (ATIU), c) Aconselhamento e testagem em Saúde (ATS) e aconselhamento e testagem em Saúde na Comunidade (ATSC). As participantes desta pesquisa passaram todas ATIP, ou seja, as enfermeiras de SMI propuseram a testagem como parte do pré-natal. Neste sentido, cabe refletir sobre os desafios em ter acesso a um diagnóstico que não partiu de uma demanda pessoal e que ainda encontra várias implicações sociais e pessoais. Constatou-se que o diagnóstico do HIV em mulheres gestantes gera desconforto, mal-estar e suscita a necessidade de dobrar o autocuidado com a sua saúde, como forma de proteger a saúde do seu filho. O relato das mulheres vivendo com HIV e das profissionais de saúde chamou a atenção para a qualidade do aconselhamento que vem sendo oferecido, não apenas pela sobrecarga de trabalho das trabalhadoras da saúde mas também pela manutenção de uma abordagem prescritiva e pouco acolhedora.

Em revisão integrativa realizada por Fendler et al. (2021) sobre os fatores que interferem na transmissão vertical do HIV no Brasil, os autores chamam a atenção para a fragilidade no cuidado prestado à gestante e ao recém-nascido, problemas de adesão à terapia antirretroviral pela gestante, pré-natal inadequado e diagnóstico tardio da infecção. Ressaltam ainda que é dever ser prioridade a adoção de medidas que abordem a importância do atendimento humanizado, do pré-natal de qualidade, maior cobertura de assistência às gestantes em situação de vulnerabilidade social e incentivo ao diagnóstico precoce.

Neste sentido, considerando o contexto de Moçambique, sugere-se que haja maior investimento nas unidades de saúde por meio da ampliação do quadro de profissionais para a área de apoio psicossocial, capacitação na área do aconselhamento com supervisões constantes para monitorar a qualidade do aconselhamento.

Ademais, sugere-se maior investimento nas ações de aconselhamento realizados na comunidade (ATSC) fortalecendo a atuação de pares, como a estratégia preconizada pelo projeto Mães para mães. Sugere-se ainda que seja avaliada a possibilidade de adoção da estratégia de “navegadoras” (peer navigators) para a saúde materno infantil. Esta estratégia vem sendo utilizada por várias organizações parceiras como forma de auxiliar pessoas vivendo com HIV que fazem parte das populações-chave (usuários de drogas injetáveis, mulheres trabalhadoras de sexo, homens que fazem sexo com homens e pessoas trans. De acordo com Krulic et. al (2022) Os navegadores de pares fornecem orientação e suporte através de sistemas de saúde complexos, atuando como uma ponte entre serviços clínicos e comunitários e apoio social. A tendência em vários países é buscar alguma formalização dos navegadores como parte dos serviços de saúde.

Sobre a amamentação, os resultados permitiram concluir que as mulheres vivenciavam momentos de tensão associada à possibilidade de transmitir o vírus das mães para os bebês através do aleitamento materno. Por isso, a ansiedade era maior até que se provasse, por via do teste, que a criança estava livre da doença. Esse foi o mesmo sentimento apresentado pelo marido de uma das participantes e também das mulheres gestantes ou lactantes que vivem com HIV.

Os achados deste estudo apontam para a existência de sentimentos de culpa; ansiedade; depressão; conflitos conjugais; discriminação da família e da comunidade nas gestantes ou lactantes, que por sua vez, optam por manter em segredo o seu estado de soropositividade. A estratégia mais adotada, tanto pelas profissionais de saúde quanto pelas mães mentoras, como forma de apoiar a mulher com o processo de revelação do diagnóstico é simular que o casal fará o teste conjuntamente, como se fosse a primeira vez. Kusemererwa et al. (2021) buscaram identificar as estratégias mais utilizadas para buscar ampliar o acesso do diagnóstico para os

parceiros sexuais e identificaram estratégias semelhantes a esta utilizada em Moçambique. Entretanto, os autores afirmam que gênero masculino tem sido associado à baixa retenção em programas de atenção ao HIV e a maior proporção de homens retidos nos cuidados foi observada quando os grupos de adesão da comunidade foram usados como intervenção..

Os resultados das entrevistas revelaram que existem fatores de risco para a não adesão ao tratamento antirretroviral tais como: mulher que vive com a sogra; dependência financeira; submissão ao marido; guardar segredo sobre a sua condição de soropositividade. Em estudo realizado com profissionais de saúde em três regiões de Moçambique, Polejack et al. (2020) identificaram como fatores de risco para adesão aspectos relacionados à cultura local, o receio da revelação forçada do diagnóstico de HIV positivo a terceiros, à ausência de uma adequada compreensão sobre os benefícios do tratamento, à forma de organização dos serviços de saúde, as questões de gênero e aspectos sociais como fome, dificuldades financeiras e problemas com transporte.

Tais resultados são similares ao estudo realizado por Pires, Marega e Creagh (2018) que identificaram a insegurança alimentar, o desemprego, estigma e discriminação, atendimento deficiente no Centro de Saúde, baixa escolaridade, desconhecimento do risco de falha da medicação, depressão, falta de apoio familiar, desconhecimento e desconfiança dos Grupos de Apoio e Adesão na Comunidade (GAAC). Nenhum participante mencionou a a estratégia de GAAC, apesar de ser uma estratégia preconizada nacionalmente pelo Ministério da Saúde de Moçambique, talvez pelo diagnóstico recente ou por não ter conhecimento sobre essa estratégia em ChoKwé. Sugere-se maior divulgação sobre os GAAC disponíveis, além de capacitar as mães mentoras sobre grupos de adesão e outras estratégias comunitárias, tais como rodas de conversa e oficinas, uma vez que elas fazem parte da mesma comunidade e podem dialogar mais facilmente sobre dificuldades e preocupações comuns.

No que diz respeito ao apoio familiar oferecido à mulher, os resultados demonstraram que ainda existe falta do amparo moral e financeiro por parte da família, e esta situação deixa a mulher que vive com HIV mais vulnerável. Ademais, a mulher ainda sofre pressão dos preceitos culturais vigente no local e associado ao fato de estar a enfrentar a doença crônica sozinha sem poder partilhar as suas angústias com ninguém.

Como possibilidades de superação dos problemas acima identificados, o pesquisador acredita que seria importante investir em estratégias de mobilização e envolvimento comunitários incluindo as lideranças comunitárias tais como a implantação de rodas de terapia comunitária integrativa (TCI).

Silva et al. (2020 ) explicam que a TCI está apoiada em cinco pilares: o pensamento sistêmico, a pragmática da comunicação humana, a antropologia cultural, a pedagogia de Paulo Freire e a resiliência. Durante as rodas há a possibilidade de trocar experiências, preocupações e saberes. Para além disso, abre a possibilidade de estabelecimento e fortalecimento de vínculos e da autonomia, estimulando a resiliência comunitária. Diferente de ações voltadas especificamente para pessoas vivendo com HIV (grupo de apoio, GAAC, estratégia de mães mentoras) a TCI pode trabalhar com a comunidade sobre como as normas e os papéis sociais podem gerar sofrimento psíquico e como a própria comunidade pode desenvolver estratégias de acolhimento, apoio mútuo e cuidado. É possível ainda que as rodas sejam um espaço para construção de alternativas para lidar com a vulnerabilidade socioeconômica, tais como cooperativas, hortas comunitárias e parceria com organizações não-governamentais.

A Educação Popular também pode ser uma abordagem de fortalecimento comunitário e de estreitamento de laços com a equipe da unidade de saúde. Dias e Amarante (2022) afirmam que a educação popular tem como referência principal as ideias e experiências de Paulo Freire e se fundamenta em “ uma concepção prático/teórica e uma metodologia de educação que articula diferentes saberes e práticas valorizando as dimensões da cultura e dos direitos

humanos, assim como o compromisso com o diálogo e protagonismo das classes populares nas transformações sociais” (p. 190). Os autores ressaltam ainda que frequentemente os profissionais de saúde tendem a considerar as populações mais vulneráveis como ignorantes e com dificuldades de compreensão de conteúdos prescritos pelos profissionais e validados pela ciência, sem contudo refletir que tais informações não utilizam elementos da cultura e pouco dialogam com a realidade de seu cotidiano. Dias e Amarante (2022) destacam as contribuições de Victor Valla sobre a educação popular em saúde auxiliando na compreensão de que os saberes populares compartilham elementos de várias concepções de saúde e doença, entre elas, a técnico-científica, mas também a ancestralidade, os saberes transmitidos mediante tradição oral e a espiritualidade, elementos que fazem muito sentido na realidade de Moçambique e que podem fazer ouvir as vozes muitas vezes silenciadas, não apenas pelas normas sociais, mas também pelos ouvidos surdos pela falta de empatia e coerência cultural.

### **6.1. Limitações do estudo e sugestões de pesquisas futuras**

Uma das limitações do estudo foi a dificuldade de acessar os parceiros das mulheres entrevistadas, pelas razões descritas ao longo da tese. Sugerimos que pesquisas futuras busquem acessar os homens nos seus locais de trabalho ou em espaços da comunidade que eles costumam frequentar mais, tais como bares e igrejas.

Para além do conhecimento das experiências e das principais dificuldades vivenciadas pelas gestantes ou lactantes vivendo com HIV e seus parceiros sexuais, inicialmente o estudo tinha o objetivo de desenvolver um programa de intervenção para a promoção da saúde de saúde mental. Os resultados forneceram informações relevantes e apontaram algumas possibilidades, mas devido à resistência dos homens em comparecer às entrevistas, assim como poucos profissionais de saúde, tal intenção mostrou-se inviável, porque precisar-se-ia de mais tempo no campo de pesquisa para a negociação. Outra limitação foi não ter incluído médicos tradicionais e outras lideranças comunitárias que seriam participantes fundamentais para

buscamos identificar estratégias possíveis para apoio das mulheres partindo de uma compreensão cultural mais próxima da realidade.

Recomenda-se que haja mais estudos que possam dar continuidade a este, no sentido de desenvolver-se um programa de intervenção para a promoção da saúde mental da mulher gestante ou lactante que vive com HIV, que estava previsto para esta pesquisa, mas que devido à insuficiência de tempo para operacionalizar as etapas de um programa de intervenção, não se pôs em prática. Sugere-se ainda o desenvolvimento de pesquisas para avaliar a viabilidade da utilização da Terapia Comunitária Integrativa e de dispositivos da educação popular, tais como o círculo de leitura.

Outra sugestão vai ao encontro da necessidade de providenciar-se, por parte do MISAU, mais técnicos de saúde para os setores que atendem mulheres que vivem com HIV para ampliar o atendimento e a oferta de apoio psicossocial, uma vez que as profissionais de saúde alocadas ao Centro de Saúde local reclamam da sobrecarga no atendimento. Sugere-se ainda que o MISAU possa articular com os parceiros financiamento para formação contínua em Psicologia da Saúde, manejo de grupos, psicoterapia de família, e aconselhamento para qualificar ainda mais a atuação dos psicólogos clínicos no Sistema Nacional de Saúde.

Sem dúvida alguma há ainda muito a ser feito, mas espera-se que as reflexões deste pesquisador sejam de alguma forma úteis para melhorar a qualidade da atenção às mulheres vivendo com HIV em Moçambique e, desta forma, poder também contribuir para diminuir a transmissão vertical do HIV, termos gerações futuras livres do HIV e com mais mulheres respeitadas, acolhidas e fortalecidas em seus direitos.

## Referências

- Albernaz, L. S., & Longhi, M. (2009). *Para compreender gênero: uma ponte para relações igualitárias entre homens e mulheres*. In: SCOTT, Parry; LEWIS, Liana; QUADROS, Marion Teodósio de. *Gênero, diversidade e desigualdades na Educação: interpretações e reflexões para a formação docente*. Recife: Editora Universitária UFPE, pp. 75-95.
- Alvarenga, W. A., Nascimento, L. C., Leal, C. L., Fabbro, M. R. C., Bussadori, J. C. C., Melo, S. S. S., Cartagena-Ramos, D., & Dupas I, D. (2019). *Mães vivendo com HIV: a substituição do aleitamento por fórmula láctea infantil*. *Rev Bras Enferm*. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0880>.
- Anderson, C. M., Reiss, D., & Hogarty, B. (1986). *Schizophrenia and the family*. New York: Guilford Press.
- Andrade, C. J., Baccelli, M. S., & Benincasa, M. (2017). *O vínculo mãe-bebê no período de puerpério: uma análise winnicottiana*. São Paulo. ISSN 1806-2490.
- Andrade, H. M. M. (2010). *VIVER a dois com HIV: A Experiência de casais em situação de Sorodiscordância*. <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/12599/1/UFBA%20FINAL.pdf>.
- Andrade, R. G., & Iriart, J. A. B. (2015). *Estigma e discriminação: Experiências de mulheres HIV positivas nos bairros populares de Maputo, Moçambique*. *Caderno Saúde Pública*, 31(3), 565-573. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00019214>.
- Arteiro, I. L. (2017). *A mulher e a maternidade: Um exercício de reinvenção*. Recife. [http://tede2.unicap.br:8080/bitstream/tede/973/5/isabela\\_lemos\\_arteiro\\_ribeiro\\_lins.pdf](http://tede2.unicap.br:8080/bitstream/tede/973/5/isabela_lemos_arteiro_ribeiro_lins.pdf).
- Azevedo, V. C. C. (2004). Gravidez soropositiva. In M. C. Prado (Org.), *Mosaico da violência: a perversão da vida cotidiana* (pp. 193-240). São Paulo: VetorGonçalves, T. R. e Piccinini, C.

- A. (2007). *Aspectos Psicológicos da Gestação e da Maternidade no Contexto da Infecção pelo HIV/Aids*. (pp 113-142). São Paulo.  
<https://www.scielo.br/j/pusp/a/JcfmsJsLgHTqhBXLbXydBgC/abstract/?lang=pt>. Preussler, G.
- Barbosa, R. H. S. (2001). *Mulheres, reprodução e aids: As tramas da ideologia na assistência à saúde de gestantes HIV+* (tese de doutorado, Fundação Oswaldo Cruz).  
[https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4547/2/ve\\_Regina\\_Barbosa\\_ENSP\\_2001.pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4547/2/ve_Regina_Barbosa_ENSP_2001.pdf).
- Barbour, R. (2009). *Grupos Focais*. Porto Alegre, R. S: Artmed.
- Bastos, R. A., Bellini, N. R., Vieira, C. M., Campos, C. J. G., & Turato, E. R. (2019). *Psychological phases of pregnant women with HIV: a qualitative study in a hospital*. *Revista Bioética*, 27(2), pp. 281-288. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019272311>.
- Batista, B. C., & Silva, L. R. (2007). *Sentimentos de mulheres soropositivas para HIV diante da impossibilidade de amamentar*.  
[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452007000200013](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000200013).
- Batista, C. B., & Silva, L. R. (2007). *Sentimentos de mulheres soropositivas para HIV diante da impossibilidade de amamentar*.  
<https://www.scielo.br/j/ean/a/MwNq3mrdKPr87pwYjCLTtz/abstract/?lang=pt>.
- Bellotto, P. C. B., Lopez, L. C., Piccinini, C. A., & Gonçalves, T. R. (2019). *Entre a mulher e a salvação do bebê: experiências de parto de mulheres com HIV*. *Interface: Comunicação, saúde, educação*. (Botucatu) [online]. (Vol. 23), e180556.  
<https://doi.org/10.1590/interface.180556>.
- Bick, M. A., Ribeiro, P. L., Ferreira, T., Padoin, S. M. M., & Paula, C. C. (2017). *Intervening factors in the feeding of infants vertically-exposed to HIV: an integrative review*. *Pan American Journal*. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2017.114>.

- Brasil, (2016). *O serviço social na atenção as pessoas que vivem com HIV/aids: uma experiência do processo de trabalho do assistente social em um hospital universitário*.  
<https://www.cressrj.org.br/wp-content/uploads/2016/05/038.pdf>.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology*. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. ISSN 1478-0887. <http://eprints.uwe.ac.uk/11735>.
- Cabral, M. V., & Silva, P. A. (2010). *A adesão à terapêutica em Portugal: Atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas*. Imprensa de Ciências Sociais. <http://hdl.handle.net/10451/11160>.
- Caetano, J. A. & Pagliuca, L. M. F. (2006). *Autocuidado e o Portador do HIV/AIDS: Sistematização da Assistência de Enfermagem*. *Revista Latino-am. Enfermagem*.  
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/T9NLWz6Tvr5TKF9s4JV4zqt/?format=pdf&lang=pt>.
- Camarano, A. A. (1998). *Fecundidade e anticoncepção da população de 15-19 anos*. In: Vieira, E. M. et al. (Org.). *Seminário gravidez na adolescência*. São Paulo: Associação Saúde da Família.
- Camarneiro, A. P. F. (2021). *Adesão terapêutica: contributos para a compreensão e intervenção*. *Revista de Enfermagem Referência*. (Vol. v, n. 7), Coimbra.  
<https://www.redalyc.org/journal/3882/388269408015/html/>.
- Cardoso, G. C. P., & Arruda, A. (2005). *As representações sociais da soropositividade e sua relação com a observância terapêutica*. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. (Vol. 10, n. 1, pp. 62-15).
- Carmo, M. E., & Guizardi, F. L. (2018). *O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social*. Doi: 10.1590/0102-311X00101417.
- Carneiro, A. J. S., & Coelho, E. A. C. (2010). *Aconselhamento na testagem anti-HIV no ciclo gravídico-puerperal: o olhar da integralidade*. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700031>.

- Carneiro, A., Cabrita, A., & Menaia, M. (2006). *A experiência psicológica da gravidez na mulher seropositiva para o HIV Lisboa*. [on line]. 2003 set; [citado 11 jun 2006]; 4º Congresso: [aprox 12 telas]. <http://www.aidscongress.net/pdf.177.pdf>.
- Cartaxo C. M. B., Nascimento, C. A. D., Diniz, C. M. M., Brasil, D. R. P. A., & Silva, I. F. (2013). *Gestantes portadoras de HIV/AIDS: aspectos psicológicos sobre a prevenção da transmissão vertical*. *Estud. psicol. (Natal)* [online]. (Vol. 18, n.3, pp. 419-427). <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2013000300002>.
- Carvalho, F. T., & Piccinini, C. A. (2006). *Maternidade em situação de infecção pelo HIV: um estudo sobre os sentimentos de gestantes*. *Interações em Psicologia*, 10(2), 345-355.
- Carvalho, F. T., Faria, E. R., Gonçalves, T. R., Moskovics, J. M., & Piccinini, C. P. (2009). *Intervenção psicoeducativa para gestantes vivendo com HIV/SIDA: uma revisão da literatura*. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*. Lisboa.
- Carvalho, P. P., et. al. (2019). *Fatores associados à adesão à terapia antirretroviral em adultos: revisão integrativa de literatura*. *Ciências & Saúde Coletiva*, 2019; 24(7):2543-55.
- Casimiro, I., et al. (2012). *Relatório de pesquisa do Projecto de Pesquisa "Desafio do Sida nas suas Dimensões Socioeconomicas, Culturais e Políticas no Brasil, África do Sul e Moçambique 2011-2012"*. Maputo.
- Cavalcante, M. A. E. S. (2020). *O impacto do diagnóstico do HIV na gravidez ou pós parto e seus efeitos na vida das mulheres: revisão integrativa de literatura*. <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/13157/11859/173277>.
- Chanty, S. H. (2007). *Gender, generation and poverty: exploring the feminization of poverty in Africa, Asia and Latin America*. Cheltenham: Edward Elgar.
- Chidassicua, J. B. (2011). *Práticas e saberes socioculturais sobre saúde, doença e morte de crianças de 0 a 5 anos de idade, na comunidade de Mopeia (Moçambique)*. São Paulo. <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-15062011-114237/pt-br.php>.

- Conceição, M. I. G., et. al. (2019). *Rede Internacional de Excelência no Ensino da Pesquisa Qualitativa em Saúde: Estratégias Iniciais e Propostas de Futuro*. In C. Antloga, K. T. Brasil, S. R. L. Santos, M. S. Neubern, E. Queiroz (Eds.), *Psicologia clínica e cultura contemporânea* 4 (pp. 467-482). Brasília: Technopolitik.
- <http://www.redequali.unb.br/index.php/pt/recursos/textos>.
- Conselho Nacional de Combate ao SIDA (2022). *Plano Estratégico Nacional de resposta ao HIV e SIDA - PEN V (2021 - 2025)*. <https://cncs.gov.mz/noticia/>.
- Contin, C. L. V. (2010). *Experiência da mãe HIV positivo diante do reverso da amamentação*. Revista, Juiz de Fora, (Vol. 36, n. 4, pp. 278-284).
- <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/download/1172/458/6691>.
- Cota, V. L., & Cruz, M. M. (2021). *Barreiras de acesso para Homens que fazem Sexo com Homens à testagem e tratamento do HIV no município de Curitiba*.
- <https://scielosp.org/article/sdeb/2021.v45n129/393-405/pt/>.
- Cuinhane, C. E. (2019). *Role of social norms on pregnancy care and infant feeding among hiv-positive women in rural maputo province, Mozambique*. Rev. cient. UEM: Sér. ciênc. soc.. (Vol. 1, n. 2, pp 54-76). ISSN 2307-3918.
- Cunha, P. L. P., Cunha, C. S., & Alves, P. F. (2014). *Manual de Revisão Bibliográfica. Edição grupo Anima Educação*.
- De Andrade, M. D. C, et. al. (2018). *O conhecimento de pessoas vivendo com HIV/AIDS sobre a Terapia Antirretroviral*. Enferm Glob. nº 17(1):p. 96.
- [https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n49/pt\\_1695-6141-eg-17-49-00096.pdf](https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n49/pt_1695-6141-eg-17-49-00096.pdf).
- Dias, J. V. S., & Amarante, P. D. C. (2021). *Educação popular e saúde mental: aproximando saberes e ampliando o cuidado*. Rio de Janeiro, (Vol. 46, n. 132, pp. 188-199). DOI: 10.1590/0103-1104202213213.

- DW (2017). *Porque as mulheres estão mais vulneráveis ao HIV/SIDA em Moçambique*.  
<https://www.dw.com/pt-002/porque-as-mulheres-estao-mais-vulneraveis-ao-hiv-sida-em-mocambique/a-39880616>.
- Esteves, T. M. B. (2000). *Olhando o passado e repensando o futuro: a desconstrução do paradigma da amamentação, em relação ao vírus da imunodeficiência humana na transmissão vertical* [Dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Alfredo Pinto/UNIRIO.
- Ethier, K. A., Ickovics, J. R., Fernandez, M. I., Wilson, T. E., Royce, R. A., & Koenig, L. J. (2002). *The perinatal guidelines evaluation project HIV and pregnancy study: overview and cohort description*. Public Health Reports, 117, 137-147. doi: 10.1093/phr/117.2.137.
- Faria, D. P. S., & Lopes, V. A. S. (2020). *O serviço social ante o controle do hiv/aids: uma análise com ênfase nos condicionantes do processo saúde-doença*. <http://purl.oclc.org/r.ml/v6n2/d6>.
- Fendler, F. S., Melo, J. F., Gatti, J. C., Barbosa, N. P., & Costa, G. A. (2021). *Fatores associados à transmissão vertical do hiv nos últimos 10 anos no brasil*. Belo Horizonte, Editora UniBH: (Vol. 14, n. 2, pp. 51 -66). [www.unibh.br/revistas/escientia](http://www.unibh.br/revistas/escientia).
- Fendler, F. S., Melo, J. F., Gatti, J. C., Barbosa, N. P., & Costa, G. A. (2021). *Fatores associados à transmissão vertical do HIV nos últimos 10 anos no Brasil*. e-Scientia, Belo Horizonte, (vol. 14, n. 2, pp. 51 -66). Editora UniBH. [www.unibh.br/revistas/escientia/](http://www.unibh.br/revistas/escientia/).
- Galvão, M. T. G. (2013). *Estratégias de mães com filhos portadores de HIV para conviverem com a doença*. Enferm. n° 18(2): pp. 7-230. Fortaleza-Brasil. Disponível:  
<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/27630>.
- Gir, E., Canini, S., Prado, M. A., Carvalho, M. J., Duarte, G., & Reis, R. K. (2004). *A feminização da AIDS: conhecimentos de mulheres soropositivas sobre a transmissão e prevenção do HIV-1*. Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis, 16(3), 73-76.

- Gomes, D. T., Xavier, G. B., Almeida, T. V., & Carvalho, V. P. S. (2021). *Rede de apoio social à gestante que vive com HIV: revisão integrativa*.  
<https://brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/45944>.
- Gomes, R., Nascimento, E. F., & Araújo, F. C. (2007). *Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior*. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300015>.
- Gomes, M. P., et al. (2021). *A vivência do preconceito após a revelação da soropositividade para o HIV*. *Revista Rede de Cuidados de Saúde*.  
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1282399>.
- Gonçalves, T. R., & Piccinini, C. A. (2008). *Experiência da maternidade no contexto do HIV/AIDS aos três meses de vida do bebê*. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24 (4), 459-470.
- Gonçalves-Germani, A. C. C., & Aith, F. (2013). *Advocacia em promoção da saúde: conceitos, fundamentos e estratégias para a defesa da equidade em saúde*. *Revista De Direito Sanitário*, 14(1), 34-59. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.v14i1p34-59>.
- Gonçalves-Pereira, M., Xavier, M., Neves, A., Barahona-Correa, B., & Fadden, G. (2006). *Intervenções familiares na esquizofrenia: dos aspectos teóricos à situação em Portugal*. *Acta Médica Portuguesa*, 19(1), 1-8.
- Granjo, P. (2009). *Saúde e doença em Moçambique*. Lisboa. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000400002>.
- Guimarães, C. D. (1996). *“Mais Merece!”: o estigma da infecção sexual pelo HIV/AIDS em mulheres*. *Estudos Feministas*.
- Heilborn, M. L. (2002). *Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência*. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, (Vol.8, n. 17, pp. 13-44).

- Hoffmann, Santos, Silva, Paula, Padoin & Barros (2014). *Fatores que interferem na transmissão vertical do HIV: revisão integrativa*. Revista: Enfermagem Obstétrica. Pp 31-39.  
<http://www.enfo.com.br/ojs/index.php/EnfObst/article/viewFile/8/10>.
- Hoogbruin, A. L. (1999). *Affirming Life despite a Poisoned Fate: a grounded theory of reproductive decision-making among women living with HIV*. (Mimeo) Tese de Doutorado apresentada à University of British Columbia, Canadá, (217 pgs).
- Horne, R., Chan, A., & Wileman, V. (2019). *Adherence to treatment*. In T. Revenson & R. Gurung (Eds.), *Handbook of psychology* (pp. 148-161). Taylor and Francis.
- Ingram, D., & Hutchinson, S. A. (2000). *Double binds and the reproductive and mothering experiences of HIV-positive women*. *Qualitative Health Research*, 10(1), 117-132.
- Joaquim, J. M. F. (2012). *“Eu vi Elas Dando o Peito e Eu Não Podia Dar” Representações e práticas de Mulheres vivendo com HIV/Aids sobre Aleitamento Materno*.  
<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/49160>.
- Joint United Nations Program on HIV/AIDS. (2016). *Global report: Get on the Fast-Track: the life-cycle approach to HIV*. Geneva, Switzerland.  
<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/get-on-the-fast-track>.
- Joint United Nations Programme on HIV/ aids. (2018). *Miles To Go Closing Gaps Breaking Barriers Righting Injustices*. <http://www.unaids.org/sites/default/files/media-asset/org/sites/default/files/pub-pdf/CSE-Global-Review-2015.pdf>.
- Joint United Nations Programme on HIV/aids. (2018). *Acabando com a epidemia de SIDA entre crianças, adolescentes e mulheres jovens*. <https://unaids.org.br/2018/04/acabando-com-a-epidemia-de-aids-entre-criancas-adolescentes-e-mulheres-jovens>.

- Joint United Nations Programme on HIV/aids. (2020). *Relatório sobre a epidemia HIV*.  
<https://unaids.org.br/2020/07/relatorio-sobre-a-epidemia-de-aids-mostra-que-metas-para-2020-nao-serao-cumpridas-covid-19-pode-prejudicar-resposta-ao-hiv/>.
- Kibira, S.P.S., et al. (2017). *Exploring drivers for safe male circumcision: Experiences with health education and understanding of partial HIV protection among newly circumcised men in Wakiso, Uganda*. Plos One, (Vol. 12, n. 3, pp. 1-10).
- Kleinubing, R. E., et al.; (2014). *Puérperas Soropositivas para o HIV: Como estão Vivenciando a não amamentação*. Revista de Enfermagem. DOI: 10.5205/reuol.4843-39594-1-SM.0801201415.
- Knauth, D. R. (1999). *Subjetividade feminina e soropositividade*. In R. M. Barbosa, & R. Parker (Eds.), *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder* (p. 132). São Paulo: IMS/UERJ.
- Krulic, T., Brown, G., & Bourne, A. (2022). *A Scoping Review of Peer Navigation Programs for People Living with HIV: Form, Function and Effects*. Doi: <https://doi.org/10.1007/s10461-022-03729-y>.
- Kusemererwa, S., Akena, D., Nakanjako, D., Kigozi, J., Nanyunja, R., Nanfuka, M., et al. (2021). *Estratégias para retenção de homens heterossexuais nos cuidados de HIV na África Subsaariana: Uma revisão sistemática*. PLoS ONE 16(2): 0246471. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246471>.
- Kwalambota, M. (2002). *The effect of pregnancy in HIV-infected women*. Aids Care, 14 (3), 431-433. doi: 10.1080/09540120220123829.

- Lea, A. (1998). *Mujeres VIH+. Toma de decisiones sobre su reproducción*. In: Gómez. A. (org). *Mujeres, Vulnerabilidad y VIH/SIDA. Un enfoque desde los derechos humanos*. Cuadernos Mujer y Salud/RSMLAC, (n. 3, pp.78-81).
- Lucksted, A., McFarlane, W., Downing, D., & Dixon, L. (2012). *Recent developments in family psychoeducation as an evidence-based practice*. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), pp. 101-121. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2011.00256.x>.
- Luz, J. M. O. (2020). *Desenvolvimento e avaliação de uma intervenção para promoção do perdão* [Tese de doutorado, Universidade de Brasília].
- M. I. (2007). *Vivenciando as adversidades do binômio gestação e HIV/AIDS*. *Rev. Gaúch. Enferm.* n° 28(1). pp. 25-117. Brasil.
- Macêdo, M. K. (2015). *Histórias do Corpo*. *Revista de Humanidades*. <https://periodicos.ufrn.br/mneme/issue/download/489/56>.
- Maciel, K. L., et. al. (2019). *VIH/SIDA: Una mirada a las Percepciones de quien vive con el Diagnóstico*. *Rev Cuid.* n° 10(3). <https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/638>.
- Maksud, I. (2003). *Soropositividade, conjugalidade e projetos reprodutivos*. [Resumos] Em Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Org.), *Anais, VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva* (p. 621). Brasília, DF: Abrasco.
- Maksud, I. (2012). *Silêncios e segredos: Aspectos (não falados) da conjugalidade face à sorodiscordância para o HIV/aids*. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(6), 1196-1204. Recuperado em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2012000600018&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2012000600018&script=sci_arttext).

- Mann, C., G., & Monteiro, S. (2018). *Sexualidade e prevenção das IST/aids no cuidado em saúde mental: o olhar e a prática de profissionais no Município do Rio de Janeiro, Brasil*. Cadernos de Saúde Pública, 34(7), e00081217. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00081217>.
- Mann, J., & Tarantola, D. (1996). *AIDS in the World II: Global Dimensions, Social Roots, and Responses*. New York: Oxford University Press.
- Matos, G. D. (2005). *Escravas do risco: bioética, mulheres e AIDS*. Brasília (DF): Ed Universidade de Brasília/Finatec.
- Maúngue, H. B. (2015). *A face feminina do hiv e sida: um estudo sobre as experiências de mulheres infectadas pelo hiv na cidade de Maputo, Moçambique*. Florianópolis.  
<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/133238/333876.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Maúngue, H. B. (2015). *A Face Feminina do HIV e SIDA: Um estudo sobre as Experiências de mulheres infectadas pelo HIV na Cidade de Maputo, Moçambique*. Florianópolis.  
<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/133238>.
- Maúngue, H. B. (2021). *Mulher moçambicana: cultura, tradição e questões de género na feminização do HIV/sida*. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, 28 (1). DOI: 10.1590/1806-9584-2020v28n168328.
- Mecupa, F. O. (2020). *Prevalência do aleitamento materno exclusivo e factores associados em Moçambique: uma análise do inquérito nacional de saúde de 2015 (IMASIDA)*. Lisboa.  
<https://run.unl.pt/handle/10362/98560>.

- Medeiros, A. P. D. S., Araújo, V. S., Moraes, M. N., Almeida, A. S., Almeida, J. N., & Dias, M. D. A. (2015). *Experiência da soropositividade para grávidas com HIV/AIDS: preconceito, dor, trauma e sofrimento pela descoberta*. Rev. enferm. UERJ. nº 23(3). Pp. 7-362.
- Medeiros, F. B.; Faria, E. R. & Piccinin, C. A. (2021). *Maternidade e HIV: Continuidade do Tratamento e Adesão em Mulheres após Parto*. Psico-USF. Bragança Paulista, (Vol. 26, n. 1, pp. 53-65). <https://doi.org/10.1590/1413-82712021260105>.
- Minayo, C. S. M. (2013). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13. ed., São Paulo: Hucitec.
- Minayo, M. C. (2009). *Pesquisa Social, teoria, método e criatividade*. Capítulo 3: Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. Ed. Vozes.
- Mindry, D., Wanyenze, R. K., Woldetsadik, M. A., Finocchiaro-Kessler, S., Goggin, K., & Wagner, G. (2017). *Safer conception for couples affected by HIV: structural and cultural considerations in the delivery of safer conception care in Uganda*. AIDS Behav. 21(8):2488–96. doi: 10.1007/s10461-017-1816-4.
- Ministério da Saúde (2007). *Secretaria de Vigilância em Saúde Programa Nacional de DST e AIDS*. Brasília-DF. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_tratamento\\_aids.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_tratamento_aids.pdf).
- Ministério da Saúde (2017). *Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica*. Brasília-DF. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_integral\\_hiv\\_manual\\_multiprofissional.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_integral_hiv_manual_multiprofissional.pdf).
- Ministério da Saúde (2017). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, *Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites*

*Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes.* Brasília (DF): MS.

Ministério da Saúde (2019). *Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais.* Brasília (DF): Ministério da Saúde. 248 p.

Ministério da Saúde (2015). *Direcção Nacional de Assistência Médica (DNAM), Guião de actividades de Apoio Psicossocial e Prevenção Positiva (APSS & PP).*  
<https://www.misau.gov.mz/index.php/guioes-de-prevencao-e-de-cuidados-e-tratamento?download=79:guiao-de-actividades-de-apoio-psicossocial-e-prevencao-positiva>.

Ministério da Saúde (2015). *Direcção Nacional de Assistência Médica (DNAM) para Implementação do Aconselhamento e Testagem em Saúde. Moçambique: MISAU/DNAM.*  
<https://www.misau.gov.mz/index.php/hiv-sida-directrizes-nacionais?download=72:directriz-nacional-para-implementacao-do-aconselhamento-e-testagem-em-mocambique>.

Ministério da Saúde de Moçambique & Instituto Nacional de Estatística (2015). *Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique (IMASIDA) - Relatório de Indicadores Básicos.* <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/AIS12/AIS12.pdf>.

Ministério da Saúde de Moçambique. (2010). *Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique (INSIDA).* Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Saúde & Instituto Nacional de Estatística. Maputo.  
[https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/20110609\\_JC2137\\_Gl\\_obal-Plan-Elimination-HIV-Children\\_en\\_1.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20110609_JC2137_Gl_obal-Plan-Elimination-HIV-Children_en_1.pdf).

- Ministério da Saúde de Moçambique. (2019). Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique (IMASIDA). *Relatório Suplementar Incorporado os Resultados de Biomarcadores de Antirretrovirais*. Maputo.  
[https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/AIS12/AIS12\\_SP.pdf](https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/AIS12/AIS12_SP.pdf).
- Ministério da Saúde do Brasil (2019). *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, SÍFILIS e Hepatites virais*. <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>.
- Ministério da Saúde do Brasil. (1995). *Aleitamento materno e mulheres infetadas pelo HIV/SIDA*.  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aleitamento\\_hiv.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aleitamento_hiv.pdf).
- Ministério de Saúde do Brasil (2017). *Manual técnico de elaboração da cascata de cuidado contínuo do HIV*. Brasília-DF. <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/manual-tecnico-de-elaboracao-da-cascata-de-cuidado-continuo>.
- Monforte, A. D. A., et al. (2000). *Insights into the reasons for discontinuation of the first highly active antiretroviral therapy (HAART) regimen in a cohort of antiretroviral naive patients*. *Aids*, (n. 14.5. pp: 499-507).
- Moreno, C. C. G. S., Rea, M. F., & Filipe, E. V. (2006). *Mães HIV positivo e a não-amamentação*. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 6(2), 199-208. <https://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292006000200007>.
- Mota, L., Pimentel, A., Barbosa, K., Santos, R., & Barbosa, B. (2022). *As vivências de mulheres HIV positivas durante o acompanhamento do pré-natal e no pós-parto*. *Pubsaúde*, 8, a298.  
<https://dx.doi.org/10.31533/pubsaude8.a298>.

- Mozambique - mothers2mothers (2020). Disponível em: <https://m2m.org/what-we-do/where-we-work/mozambique-2>.
- Mozambique - mothers2mothers (2020). Disponível em: <https://m2m.org/what-we-do/where-we-work/mozambique-2>.
- Murta, S. G., & Santos, K. B. (2015). Desenvolvimento de programas preventivos e de promoção de saúde mental. In S. G. Murta, C. Leandro-França, K. B. Santos, & L. Polejack (Eds.), *Prevenção e Promoção em Saúde Mental: Fundamentos, Planejamento e Estratégias de Intervenção*, pp. 168-191. Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Nakano, A. M. S. (2003). *As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser "o corpo para o filho" e ser "o corpo para si"*. Cad Saúde Pública. 19 [Supl 2]: pp. 355-363.
- Organização Pan-Americana de Saúde/ Organização Mundial da Saúde. (2021). *HIV/Aids*. <https://www.paho.org/pt/topicos/hivaid>s.
- Pacheco, B. P., Gomes, G. C., Xavier, D. M., Nobre, C. M. G., & Aquino, D. R. (2016). *Dificuldades e facilidades da família para cuidar a criança com HIV/AIDS*. Brasil. <https://www.scielo.br/j/ean/a/xKcyBdLg54yry9jyhQjqd4k/?lang=pt&format=pdf>.
- Padoin, S. M. M., Souza, Í. E. O., & Paula, C. C. (2010). *Cotidianidade da mulher que tem HIV/aids: modo de ser diante da (im)possibilidade de amamentar*. Revista Gaúcha de Enfermagem, 31(1), 77-83. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000100011>.
- Paiva, S. S., & Galvão, M. T. G. (2004). *Sentimentos diante da não amamentação de gestantes e puérperas soropositivas para HIV*. Texto & Contexto - Enfermagem, 13(3), 414-419. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072004000300011>.

- Paiva, V. (2003). *Além de soluções mágicas: prevenção do HIV e Aids como um processo de emancipação psicossocial*. Saúde para Debate, (n. 27, pp. 192-203).
- Parker, R., et al. (2000). *Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos*. Caderno de Saúde Pública, 16 (Supl.1).
- Pasini, W. A. (1995). *Qualidade dos sentimentos*. Rio de Janeiro(RJ): Rocco.
- Pinto, M. D., Maia, G. N., Pereira, M. D., & Levandowski, D. C. (2017). *Mães adolescentes que vivem com o HIV: uma investigação qualitativa sobre a “Constelação da Maternidade”*. Psicol. clin. [online], (Vol. 29, n. 3, pp. 381-401).  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0103-56652017000300003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-56652017000300003&lng=pt&nrm=iso).
- Pires, P. N., Marega, A., & Creagh, J. M., (2018). *Terapia antirretroviral: investigação de implementação nos cuidados de saúde primários, Nampula, Moçambique*. Rev Port Med Geral Fam; p. 34: <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/12312>.
- Polejack, L., & Seidl, E. M. F. (2015). *Oficinas baseadas em metodologia participativas*. Editora Sinopsys.
- Polejack1, L., Machado, A. C. A., Santos, C. S., & Guambe, A. J. (2020). *Desafios para a Adesão ao TARV na Perspectiva dos Profissionais do Sistema de Saúde de Moçambique*.  
<https://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e36nspe10>.
- Praça, N. S., & Gualda, D. M. R. (2003). *Risco de infecção pelo HIV: como mulheres moradoras em uma favela se percebem na cadeia de transmissão do vírus*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 11(1), 14-20.

- Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids. (2005). *SIDA em África Três cenários até 2025*. [http://data.unaids.org/publications/irc-pub07/jc1058-aidsinafrica\\_pt.pdf](http://data.unaids.org/publications/irc-pub07/jc1058-aidsinafrica_pt.pdf).
- Rocha, G. M., Bonolo, P. F., Ceccato, M. G. B., Campos, L. N., Gomes, R. R. F. M., Acurcio, F. A., & Guimarães, M. D. C. (2010). *Adesão ao tratamento antirretroviral: uma revisão sistemática: Coletânea de estudos do Projeto Atar. 2004-2009*. In Brasil/MS, Ministério da Saúde (Ed.), (pp. 17-32). Brasília:
- Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Fernandes, R. C. S. C., Ribas, G. F., Silva, D. P., Gomes, A. M., & Medina-Acosta, E. (2010). *Desafios operacionais persistentes determinam a não redução da transmissão materno-infantil do HIV*. *Jornal de Pediatria*, 86, 503-508.
- Rodrigues, J. P., Chaves, L. S., Valois, R. C., Carvalho, D. S., Nascimento, M. H. M., Siqueira, L. S., Oliveira, M. F. V., & Panarra, B. A. C. S. (2020). *Mulheres com HIV: Percepção sobre uma futura gestação*. *Rev. enferm. UFPE [on line]*, 14: [1-9].  
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/fr/biblio-1099941>.
- Rodrigues, M., & Maksud, I. (2017). *Abandono de tratamento: itinerários terapêuticos de pacientes com HIV/Aids*. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711314>.
- Rodrigues, M., & Maksud, I. (2017). *Abandono de tratamento: itinerários terapêuticos de pacientes com HIV/aids*. Rio de Janeiro. DOI: 10.1590/0103-1104201711314.
- Rodriguez, M. J. H., Santos, E. K. A., Meirelles, B. H. S., Frigo, J., & Rodriguez, A. H. (2014). *Percepção da mulher HIV positivo acerca do cuidado pré-natal, parto e puerpério: revisão integrativa*. *Rev enferm UFPE [on line]*. Recife, 8(10):3492-501, out. doi: 10.5205/reuol.6039-55477-1-ED.081020129.

- Rohrbach, L. A. (2014). *Design of prevention interventions*. In Z. Sloboda, & H. Petras (Eds.), *Defining Prevention science*, 275-292. Nova York, NY: Springer.
- Santos, N. J. S., Buchalla, C. M., Ventura-Filipe, E., Bugamelli, L., Garcia, S., & Paiva, V. (2002). *Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade*. *Revista de Saúde Pública*, 36 (4), 12- 23.
- Seidl, E. M. F., & Tróccoli, B. T. (2006). *Desenvolvimento de escala para avaliação do suporte social em HIV/Aids*. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(3),317-326.
- Silva C. B., Motta M. G. C., & Bellenzani, R. (2019). *Motherhood and HIV: reproductive desire, ambivalent feelings and a/an (not) offered care*. *Rev Bras Enferm*. 72 (5):1378-88. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0063.
- Silva, C. B., Motta, M. G. C., & Bellenzani, R. (2019). *Motherhood and HIV: reproductive desire, ambivalent feelings and a/an (not) offered care*. *Rev Bras Enferm*. 72(5):1378-88. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0063>.
- Silva, C. B., Motta, M. G. C., & Bellenzani, R. (2020). *Vivência da gestação e da maternidade por adolescentes/ jovens que nasceram infectadas pelo HIV*. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol.73, suppl.4, e20190405. Epub Sep 21. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0405>.
- Silva, I. A. (1997). *Amamentar: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios*. São Paulo. Robe Editorial.
- Siqueira, P. G. B., Miranda, G. M. D., Souza, W. V., Silva, G. A. P., & Mendes, A. C. G. (2020). *Análise hierarquizada dos determinantes da transmissão vertical do HIV: um estudo de caso-controlado*. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*, (Vol. 20 n. 4) Recife Oct/Dec. <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000400005>.

- Solla, J.J.S.P. (2005). *Acolhimento no sistema municipal de saúde*. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, (Vol. 5, n. 4, pp. 493-503).
- Souza, R. M., Santos, A. A. P., Amal, C., & Lima, V. V. R. S. S. (2021). *Viver com HIV/Aids: impactos do diagnóstico para usuários atendidos em um serviço de referência*. jan/dez; 13:1020-1025. <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9847>.
- Staveskas, K. O. (1999). *Ser mãe: narrativas de hoje* [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP. <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-16032005-141212/pt-br.php>.
- Teixeira, V. B., et. al. (2013) *Mulheres soropositivas ao HIV: a decisão de engravidar*. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, vol. 5, núm. 1, enero-marzo, pp. 3159-3167.
- The Joint United Nations Programme on HIV/aids. (2017). *Fact sheet - Latest global and regional statistics on the status of the AIDS epidemic*. Genebra. p. 8.  
[https://www.unaids.org/en/resources/documents/2020/UNAIDS\\_FactSheet](https://www.unaids.org/en/resources/documents/2020/UNAIDS_FactSheet).
- Torres de Carvalho, F., & Piccinini, C. A. (2006). *Maternidade em situação de infecção pelo HIV: um estudo sobre os sentimentos de gestantes*. Revista Interação em Psicologia. nº 10(2). pp. 345-355. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/7693>.
- UNAIDS (2020). *Relatório do UNAIDS mostra que metas para 2020 não serão cumpridas. COVID-19 pode prejudicar resposta ao HIV*. <https://unaids.org.br/2020/07/relatorio-sobre-a-epidemia-de-aids-mostra-que-metas-para-2020-nao-serao-cumpridas-covid-19-pode-prejudicar-resposta-ao-hiv>.
- UNAIDS (2020). *Relatório do UNAIDS mostra que metas para 2020 não serão cumpridas. COVID-19 pode prejudicar resposta ao HIV*. <https://unaids.org.br/2020/07/relatorio-sobre-a-epidemia-de-aids-mostra-que-metas-para-2020-nao-serao-cumpridas-covid-19-pode-prejudicar-resposta-ao-hiv>.

epidemia-de-aids-mostra-que-metas-para-2020-nao-serao-cumpridas-covid-19-pode-prejudicar-resposta-ao-hiv.

UNAIDS & WHO. (1998). *Report on the global HIV/AIDS epidemic*. Geneva, June.

<http://www.unaids.org>.

UNAIDS (2021). *Relatório do UNAIDS mostra que metas para 2020 não serão cumpridas.*

*COVID-19 pode prejudicar resposta ao HIV.*

[https://assets.gskstatic.com/pharma/participathivosgsk\\_com\\_br/25026ParticipatHIVosEd92021FINALBAIXA05102021113434.pdf](https://assets.gskstatic.com/pharma/participathivosgsk_com_br/25026ParticipatHIVosEd92021FINALBAIXA05102021113434.pdf).

UNAIDS (2021). *Relatório do UNAIDS mostra que metas para 2020 não serão cumpridas.*

*COVID-19 pode prejudicar resposta ao HIV.*

[https://assets.gskstatic.com/pharma/participathivosgsk\\_com\\_br/25026ParticipatHIVosEd92021FINALBAIXA05102021113434.pdf](https://assets.gskstatic.com/pharma/participathivosgsk_com_br/25026ParticipatHIVosEd92021FINALBAIXA05102021113434.pdf).

UNAIDS. (1999). *Early data from Mother-to-Child HIV Transmission Study in Africa finds shortest effective regimen ever*. Geneva, February of. <http://www.unaids.org>.

Vescovi, G., Castoldi, L., Pereira, M. D., & Levandowski, D. C. (2016). *Fatores de risco para a maternidade entre adolescentes vivendo com HIV*. *Psicologia Em Estudo*, 21(1), 41-52.

<https://doi.org/10.4025/psicoestud.v21i1.28124>.

Vieira, A. C. S., Rocha, M. S. G., Head, J. F., & Casimiro, I. M. A. P. C., (2014). *A epidemia de HIV/Aids e a ação do Estado: Diferenças entre Brasil, África do Sul e Moçambique*. *Katálisis [online]*, 17(2), 196-206. <https://doi.org/10.1590/S1414-49802014000200005>.

Villarinho, M.V., & Padilha, M. I. (2016). *Feelings reported by health workers when facing the Aids epidemic (19862006)*. Texto Contexto Enferm. 28];p. 25(1):e 0010013.

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016000010013>.

Villela, W. V., & Madden, R. B. (2009). *A abordagem de gênero em projetos comunitários de AIDS em Moçambique: acordo e desacordo entre governo e sociedade civil*.

<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000300025>.

Washington. (2017). *Apoio e cuidados para populações chave através de pares: Guião de Implementação*. DC: FHI 360/linkages.

Weber, L. (2007). *Eduque com carinho: equilíbrio entre amor e limites*. 2ª Edição. Curitiba: Juruá.

Zihlmann, K. F., & Alvarenga, A. T. (2015). *What is this desire? Reproductive decisions among women living with HIV/Aids from a psychoanalysis perspective*. Saúde Soc. 24 (2):633-45.

doi: 10.1590/S0104-12902015000200019.

# **Anexos**



República de Moçambique  
**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
Gabinete do Ministro

Exmo. Senhor  
Bento Saloio Daniel Mazuze  
Pesquisador  
Maputo

Nota nº 1292/GMS/ 290 /2021

Assunto: Pedido de Autorização para Realização de Estudo.

Incumbe-me Sua Excelência o Ministro da Saúde **Dr. Armindo Daniel Tiago**, de acusar a recepção do requerimento, na qual solicita autorização para realização de estudo Intitulado “**Vivência de Mulheres HIV positivas gestantes ou lactantes e seus parceiros sexuais , no Centro de Saúde do Distrito de Chókwe na Provincia de Gaza-Moçambique**”.

Neste âmbito, vimos por meio desta informar o despacho de Sua Excelência Ministro da Saúde cujo teor é o seguinte:

“Autorizo”

Assinado: **Dr. Armindo Daniel Tiago**

(28/10/2021)

Sem mais do momento, subscrevo-me com elevada estima e consideração

Maputo, 28 de Outubro de 2021

A Chefe do Gabinete

Fátima Souto



Comité Institucional de Bioética em Saúde da  
Faculdade de Medicina/Hospital Central de  
Maputo



(CIBS FM&HCM)

*Dra. Jacinta Silveira Langa, Presidente do Comité Institucional de Bioética em Saúde da Faculdade de  
Medicina/Hospital Central de Maputo (CIBS FM&HCM)*

CERTIFICA

Que este Comité avaliou a proposta do(s) Investigador(es) Principal(is):

Nome(s): **Bento Saloio Daniel Mazuze**

Protocolo de investigação: **Sem Versão, de 19 de Outubro de 2021**

Consentimentos informados: **Sem versão, de 19 de Outubro de 2021**

Ficha de observação (caderno de afetação): **Sem Versão e sem data**

Guião de entrevista: **Sem versão de 19 de Outubro de 2021**

Do estudo:

**TÍTULO: "Vivências de Mulheres HIV positivas gestantes ou lactantes e seus parceiros sexuais na  
provincia de Gaza – Moçambique."**

E faz constar que:

1º Após revisão do protocolo pelos membros do comité durante a reunião do dia 02 de Setembro de 2021 e que será incluída na acta 08/2021, o CIBS FM&HCM, emite este informe notando que não há nenhuma inconveniência de ordem ética que impeça o início do estudo.

2º Que a revisão se realizou de acordo com o Regulamento do Comité Institucional da FM&HCM – emenda 2 de 28 de Julho de 2014.

3º Que o protocolo está registado com o número CIBS FM&HCM/066/2021.

4º Que a composição actual do CIBS FM&HCM está disponível na secretária do Comité.

5º Não foi declarado nenhum conflito de interesse pelos membros do CIBS FM&HCM.

6º O CIBS FM&HCM faz notar que a aprovação ética não substitui a aprovação científica nem a autorização administrativa.

7º A aprovação terá validade de 1 ano, até 18 de Outubro de 2022. Um mês antes dessa data o Investigador deve enviar um pedido de renovação se necessitar.

8º Recomenda aos investigadores que mantenha o CIBS informado do decurso do estudo no mínimo uma vez ao ano.

9º Solicitamos aos investigadores que enviem no final de estudo um relatório dos resultados obtidos

E emite

RESULTADO: **APROVADO**

*Jacinta Silveira Langa* CIBS

Assinado em Maputo aos 19 de Outubro de 2021



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE  
PROVÍNCIA DE GAZA  
DIRECÇÃO PROVINCIAL DE SAÚDE

Aos:

SDSMAS de Chókwé

N/Ref. nº 1971 / 2404 /DPS/NP

Xai-Xai, 08 de Novembro de 2021

Assunto: "Credencial para início das actividades relativo ao estudo: **Vive de mulheres HIV, positivos gestantes ou lactentes e seus parceiros sexuais na Provincial de Gaza**

Direcção Provincial de Saúde de Gaza (DPS), credencia o Sr. **Bento Saloio Daniel Mazuze, Doutorando em Psicologia Clínica e Cultura**, para o início das actividades relativo ao inquérito no **Centro de Saúde de Chókwé**.

Salientar que o protocolo tem aprovação do Comité Institucional de Bioética para a Saúde da Faculdade de Medicina e Hospital Central de Maputo e aprovação Administrativa do Ministro de Saúde. No fim, os resultados deverão ser apresentados nos SDSMAS e na Direcção Provincial de Saúde de Gaza ou no Serviço Provincial de Saúde de Gaza por escrito e em plenária.

Sem mais do momento, endereço melhores cumprimentos.

  
A Directora Provincial  
**Dra. Mulássua José Simango**  
(Médica de Clínica Geral Principal)

*Roteiro de entrevista para as mulheres HIV positivas gestantes ou em amamentação*

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

1. Descreva a sua experiência como gestante?
2. Como foi o diagnóstico do HIV?
3. Como está sendo a sua experiência neste período de amamentação?
4. Você enfrenta algumas dificuldades na gestação ou na amamentação pelo fato de viver com HIV?
5. Depois que você engravidou, apareceu alguma preocupação que não tinha antes?
6. Pode descrever os sentimentos ou emoções que enfrenta na gestação ou na amamentação?
7. Tem sentido algumas preocupações relacionadas com a amamentação?
8. Você conta com algum tipo de apoio? Qual? De quem?
9. Como você avalia que a gravidez foi recebida pela sua família?
10. Como você avalia o atendimento na unidade de saúde?
11. O que você avalia que ajudaria outras mulheres vivendo com HIV no seu processo de gestação e amamentação?
12. Como os profissionais da saúde poderiam apoiar?

Cordiais saudações

**Maputo, Abril de 2021**

---

Bento Saloio Daniel Mazuze  
(pesquisador)

*Roteiro de entrevista para homens que tem relacionamento com mulheres HIV positivas gestantes ou em amamentação*

Nome:\_\_\_\_\_ Idade:\_\_\_\_\_ Escolaridade:\_\_\_\_\_ Profissão:\_\_\_\_\_

1. Descreva a sua experiência como parceiro sexual de uma mulher gestante vivendo com HIV?
2. Como está sendo a sua experiência de parceiro sexual de uma mulher vivendo com HIV que está no período de amamentação?
3. Você enfrenta algumas dificuldades na convivência com uma mulher vivendo com HIV que está gestante ou que está a amamentar?
4. Depois que a sua mulher engravidou, você teve alguma preocupação que não tinha antes?
5. Pode descrever os sentimentos ou emoções que enfrenta pelo fato de ter uma mulher vivendo com HIV que está gestante ou a amamentar?
6. Como pensa que poderia apoiar melhor sua parceira?
7. Como pensa que poderia se sentir melhor apoiado pelos profissionais das unidades de saúde?
8. Como você avalia o atendimento na unidade de saúde?
9. Como os trabalhadores da saúde poderiam apoiar?

Cordiais saudações

**Maputo, Abril de 2021**

---

Bento Saloio Daniel Mazuze  
(pesquisador)

*Roteiro de entrevista para profissionais da saúde que estão na linha da frente no atendimento a mulheres HIV positivas gestantes ou em amamentação*

Nome:\_\_\_\_\_ Idade:\_\_\_\_\_ Formação:\_\_\_\_\_ Tempo de Serviço:\_\_\_\_\_

1. Fale da sua experiência como profissional de saúde no atendimento de mulher vivendo com HIV gestante ou lactante?
2. Como profissional da saúde que dificuldades tem observado no atendimento das mulheres vivendo com HIV gestantes ou lactantes no seu consultório?
3. Que experiências a mulher vivendo com HIV gestante ou lactante tem revelado durante as consultas sobre a sua saúde mental?
4. Como você avalia o atendimento que a unidade de saúde oferece aos utentes HIV positivos?
5. O que você avalia que ajudaria às mulheres vivendo com HIV no seu processo de gestação e amamentação?
6. Sendo profissional da saúde como poderia apoiar os utentes da Unidade de saúde?

Cordiais saudações

**Maputo, Abril de 2021**

---

Bento Saloio Daniel Mazuze  
(pesquisador)

*Roteiro de entrevista para mães e pais mentores que estão envolvidos na estratégia de ligação entre a unidade de Saúde e a comunidade no atendimento a mulheres vivendo com HIV gestantes ou lactantes.*

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Formação: \_\_\_\_\_

1. Fale da sua experiência como mãe ou pai mentor no atendimento de mulher vivendo com HIV gestantes ou lactantes?
2. Como mãe ou pai mentor que dificuldades tem observado para estabelecer o contacto e resgatar as mulheres vivendo com HIV gestantes ou lactantes que abandonaram as consultas?
3. Como você avalia o atendimento que a unidade de saúde oferece aos utentes HIV positivos?
4. O que você avalia que ajudaria às mulheres vivendo com HIV no seu processo de gestação e amamentação?

**Maputo, Abril de 2021**

---

Bento Saloio Daniel Mazuze  
(pesquisador)

## **Anexo – 8 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

Prezada Sra.

A Sra. está sendo convidada a participar do projeto de pesquisa “VIVÊNCIAS DE MULHERES HIV POSITIVAS GESTANTES OU LACTANTES E SEUS PARCEIROS SEXUAIS NA PROVINCIA DE GAZA – MOÇAMBIQUE”, de responsabilidade do psicólogo e pesquisador Bento Saloio Daniel Mazuze, sob a orientação da psicóloga e professora Larissa Polejack do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (UnB). O estudo é uma Tese de Doutorado do Curso de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura da UnB.

Nosso objetivo é conhecer as experiências e as principais dificuldades vivenciadas pelas gestantes ou lactantes soropositivas e seus parceiros sexuais, visando ao desenvolvimento de uma intervenção de promoção da saúde. Caso aceite participar, a Sra. receberá os esclarecimentos necessários e poderá tirar dúvidas durante a pesquisa. Nós lhe asseguramos que seu nome não aparecerá em nenhum registro, assim como serão omitidas quaisquer outras informações que possam identificá-la. Dessa forma, garantimos que será mantida a sua privacidade e o total sigilo das informações fornecidas. Se autorizar, nós iremos gravar a entrevista para um melhor registro das informações. Na gravação também não será registrado o seu nome. Você pode ainda pedir para pararmos de gravar a qualquer momento.

Sua participação será por meio de respostas a uma entrevista, feita individualmente, aqui mesmo neste Centro de saúde ou, se preferir, em algum outro local da sua escolha. O tempo estimado para a nossa conversa é de 60 minutos. Informamos que a Sra. poderá se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, assim como pode desistir de participar da pesquisa, e qualquer momento, sem ter nenhum prejuízo, ou seja, continuará realizando as consultas, exames e procedimentos indicados pela equipe de saúde.

A sua participação é voluntária, sendo que a Sra. poderá interromper ou se retirar do estudo, em qualquer momento, se assim o desejar, bastando para isso informar sua decisão de desistência. Foi esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, a Sra. não terá direito a nenhuma remuneração.

Os riscos que a Sra. corre ao participar desta pesquisa são mínimos. Poderá sentir algum cansaço por responder diversas perguntas, constrangimento, vergonha com o teor de alguma questão ou pode ficar emocionada (por exemplo, triste ou com raiva) ao lembrar de alguma

situação relacionada às perguntas. O pesquisador estará atento a qualquer destas reações. De qualquer forma, se alguma dessas situações acontecer, comunique imediatamente ao pesquisador. Você tem todo o direito e poderá solicitar uma pausa para descanso ou mesmo encerrar a atividade, sem qualquer prejuízo. O pesquisador responsável é graduado e especialista em Psicologia com experiência profissional, estando, portanto, capacitado para atender qualquer imprevisto que possa ocorrer. Mas caso haja alguma dificuldade no manejo do problema desencadeado pela entrevista, o pesquisador poderá encaminhá-la para o apoio psicossocial existente na Unidade Sanitária.

Com a sua participação, a Sra. estará contribuindo para que possamos propor novas estratégias de atendimento das mulheres HIV positiva gestantes ou lactantes e propormos um modelo de intervenção para a promoção da saúde.

Se a Sra. não compreender alguma pergunta que for feita ou precisar esclarecer qualquer outra dúvida sobre o estudo e seus procedimentos será atendida imediatamente, tanto antes quanto durante a entrevista, mesmo que isto possa afetar sua vontade de continuar participando.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente, mas sem qualquer risco de identificação dos participantes. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana em Saúde do Brasil. Qualquer informação complementar sobre a pesquisa pode ser obtida pelo telefone: (61) 998509771 (Bento Saloio Daniel Mazuze – pesquisador principal) ou (61) 993257525 (Larissa Polejack). CEP [conep.cep@saude.gov.br](mailto:conep.cep@saude.gov.br)

Caso esteja de acordo em participar, pedimos sua assinatura em duas cópias deste documento: uma ficará com a Sr. (a) e outra com o pesquisador.

Desde já agradecemos pela sua valiosa colaboração neste trabalho.

---

Prof<sup>a</sup> Larissa Polejack

(Orientadora)

---

Bento Saloio D. Mazuze

(pesquisador)

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Anexo - 9 **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

Prezado Sr.

O Sr. está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa “VIVÊNCIAS DE MULHERES HIV POSITIVAS GESTANTES OU LACTANTES E SEUS PARCEIROS SEXUAIS NA PROVINCIA DE GAZA – MOÇAMBIQUE”, de responsabilidade do psicólogo e pesquisador Bento Saloio Daniel Mazuze, sob a orientação da psicóloga e professora Larissa Polejack do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (UnB). O estudo é uma Tese de Doutorado do Curso de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura da UnB.

Nosso objetivo é conhecer as experiências e as principais dificuldades vivenciadas pelas gestantes ou lactantes soropositivas e seus parceiros sexuais, visando ao desenvolvimento de uma intervenção de promoção da saúde. Caso aceite participar, o Sr. receberá os esclarecimentos necessários e poderá tirar dúvidas durante a pesquisa. Nós lhe asseguramos que seu nome não aparecerá em nenhum registro, assim como serão omitidas quaisquer outras informações que possam identificá-lo. Dessa forma, garantimos que será mantida a sua privacidade e o total sigilo das informações fornecidas. Se autorizar, nós iremos gravar a entrevista para um melhor registro das informações, mas nos comprometemos a apagar a gravação assim que a pesquisa terminar. Na gravação também não será registrado o seu nome. Você pode ainda pedir para pararmos de gravar a qualquer momento.

Sua participação será por meio de respostas a uma entrevista, feita individualmente, aqui mesmo neste Centro de saúde. O tempo estimado para a pesquisa é de 60 minutos. Informamos que o Sr. poderá se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, assim como pode desistir de participar da pesquisa, em qualquer momento, sem ter nenhum prejuízo, ou seja, continuará realizando as consultas, exames e procedimentos indicados pela equipe de saúde.

A sua participação é voluntária, sendo que o Sr. poderá interromper ou se retirar do estudo, em qualquer momento, se assim o desejar, bastando para isso informar sua decisão de desistência. Foi esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, o Sr. não terá direito a nenhuma remuneração.

Os riscos que o Sr. corre ao participar desta pesquisa são mínimos. Poderá sentir algum cansaço por responder diversas perguntas, constrangimento, vergonha com o teor de alguma

questão ou pode ficar emocionado (por exemplo, triste ou com raiva) ao lembrar de alguma situação relacionada às perguntas. O pesquisador estará atento a qualquer destas reações. De qualquer forma, se alguma dessas situações acontecer, comunique imediatamente ao pesquisador. Você tem todo o direito e poderá solicitar uma pausa para descanso ou mesmo encerrar a atividade, sem qualquer prejuízo. O pesquisador responsável é graduado e especialista em Psicologia com experiência profissional, estando, portanto, capacitado para atender qualquer imprevisto que possa ocorrer. Mas caso haja alguma dificuldade no manejo do problema desencadeado pela entrevista, o pesquisador poderá encaminhá-lo para o apoio psicossocial existente na Unidade Sanitária.

Com a sua participação, o Sr. estará contribuindo para que possamos propor novas estratégias de atendimento aos parceiros de mulheres HIV positiva gestantes ou lactantes e propormos um modelo de intervenção para a promoção da saúde.

Se o Sr. não compreender alguma pergunta que for feita ou precisar esclarecer qualquer outra dúvida sobre o estudo e seus procedimentos será atendida imediatamente, tanto antes quanto durante a entrevista, mesmo que isto possa afetar sua vontade de continuar participando.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente, mas sem qualquer risco de identificação dos participantes. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana em Saúde do Brasil. Qualquer informação complementar sobre a pesquisa pode ser obtida pelo telefone: (61) 998509771 (Bento Saloio Daniel Mazuze – pesquisador principal) ou (61) 993257525 (Larissa Polejack). CEP [conep.cep@saude.gov.br](mailto:conep.cep@saude.gov.br).

Caso esteja de acordo em participar, pedimos sua assinatura em duas cópias deste documento: uma ficará com a Sr. (a) e outra com o pesquisador.

Desde já agradecemos pela sua valiosa colaboração neste trabalho.

---

Prof<sup>a</sup> Larissa Polejack

(Orientadora)

---

Bento Saloio D. Mazuze

(pesquisador)

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Anexo - 10 **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

Prezado (a) Profissional de Saúde.

O (a) Sr. (a) está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa “VIVÊNCIAS DE MULHERES HIV POSITIVAS GESTANTES OU LACTANTES E SEUS PARCEIROS SEXUAIS NA PROVINCIA DE GAZA – MOÇAMBIQUE”, de responsabilidade do psicólogo e pesquisador Bento Saloio Daniel Mazuze, sob a orientação da psicóloga e professora Larissa Polejack do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (UnB). O estudo é uma Tese de Doutorado do Curso de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura da UnB.

Nosso objetivo é conhecer as experiências e as principais dificuldades vivenciadas pelas gestantes ou lactantes soropositivas e seus parceiros sexuais, visando ao desenvolvimento de uma intervenção de promoção da saúde. Caso aceite participar, o (a) Sr.(a) receberá os esclarecimentos necessários e poderá tirar dúvidas durante a pesquisa. Nós lhe asseguramos que seu nome não aparecerá em nenhum registro, assim como serão omitidas quaisquer outras informações que possam identificá-lo (a). Dessa forma, garantimos que será mantida a sua privacidade e o total sigilo das informações fornecidas. Se autorizar, nós iremos gravar a entrevista para um melhor registro das informações, mas nos comprometemos a apagar a gravação assim que a pesquisa terminar. Na gravação também não será registrado o seu nome. Você pode ainda pedir para pararmos de gravar a qualquer momento.

Sua participação será por meio de respostas a uma entrevista, feita individualmente, aqui mesmo neste Centro de saúde. O tempo estimado para a pesquisa é de 60 minutos. Informamos que o (a)Sr. (a) poderá se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, assim como pode desistir de participar da pesquisa, em qualquer momento, sem ter nenhum prejuízo, ou seja, continuará realizando normalmente suas atividades como profissional de saúde.

A sua participação é voluntária, sendo que o (a) Sr. (a) poderá interromper ou se retirar do estudo, em qualquer momento, se assim o desejar, bastando para isso informar sua decisão de desistência. Esclareço ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, o (a) Sr. (a) não terá direito a nenhuma remuneração.

Os riscos que o (a) Sr. (a) corre ao participar desta pesquisa são mínimos. Poderá sentir algum cansaço por responder diversas perguntas, constrangimento, ou pode ficar emocionado

(por exemplo, triste ou com raiva) ao lembrar de alguma situação relacionada às perguntas. O pesquisador estará atenta a qualquer destas reações. De qualquer forma, se alguma dessas situações acontecer, comunique imediatamente ao pesquisador. Você tem todo o direito e poderá solicitar uma pausa para descanso ou mesmo encerrar a atividade, sem qualquer prejuízo. O pesquisador responsável é graduado e especialista em Psicologia com experiência profissional, estando, portanto, capacitado para atender qualquer imprevisto que possa ocorrer. Mas caso haja alguma dificuldade no manejo do problema desencadeado pela entrevista, o pesquisador poderá encaminhá-lo para o apoio psicossocial existente na Unidade Sanitária. Com a sua participação, o (a) Sr. (a) estará contribuindo para que possamos propor novas estratégias de atendimento aos parceiros de mulheres HIV positiva gestantes ou lactantes e propormos um modelo de intervenção para a promoção da saúde.

Se o (a) Sr. (a) não compreender alguma pergunta que for feita ou precisar esclarecer qualquer outra dúvida sobre o estudo e seus procedimentos será atendida imediatamente, tanto antes quanto durante a entrevista, mesmo que isto possa afetar sua vontade de continuar participando.

‘Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente, mas sem qualquer risco de identificação dos participantes. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana em Saúde do Brasil. Qualquer informação complementar sobre a pesquisa pode ser obtida pelo telefone: (61) 998509771 (Bento Saloio Daniel Mazuze – pesquisador principal) ou (61) 993257525 (Larissa Polejack). CEP conep.cep@saude.gov.br.

Caso esteja de acordo em participar, pedimos sua assinatura em duas cópias deste documento: uma ficará com o (a) Sr. (a) e outra com o pesquisador.

Desde já agradecemos pela sua valiosa colaboração neste trabalho.

---

Prof<sup>a</sup> Larissa Polejack

(Orientadora)

---

Bento Saloio D. Mazuze

(pesquisador)

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## **CARTA DE SOLICITAÇÃO DE REVISÃO ÉTICA DO PROJETO**

Bento Saloio Daniel Mazuze, estudante do curso de doutorado em Psicologia Clínica na Universidade de Brasília, que pretende fazer um estudo sobre as principais dificuldades enfrentadas pelas mulheres HIV positivas gestantes ou lactantes soropositiva e seu parceiro sexual, no Centro de Saúde do Distrito de Chókwè na Província de Gaza - Moçambique, para a produção de uma tese, vem através deste meio solicitar a revisão ética do protocolo ao Comité institucional de Bioética em Saúde, pelo que

Pede Deferimento

Maputo, Abril de 2021

---

Bento Saloio Daniel Mazuze  
(pesquisador)

**Universidade de Brasília**  
**Departamento de Psicologia**

Exmo. Senhor Diretor da Saúde da Província de Gaza

Excelência

Bento Saloio Daniel Mazuze, estudante do curso de doutorado em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília, pretende realizar uma pesquisa no Centro de Saúde de Chókwè, para a elaboração da Tese de doutorado, e que tem como objetivo conhecer as principais dificuldades enfrentadas pelas Mulheres HIV positivas gestantes ou em amamentação e seu parceiro sexual, no Centro de Saúde do Distrito de Chókwè na Província de Gaza - Moçambique.

A pertinência deste estudo revela-se pelo fato de Moçambique ser o segundo país da África Subsaariana com novas infecções pelo HIV e as mulheres e crianças ainda constituírem um seguimento da população que apresentam maior percentagem de infecções. Vislumbrando se necessário fazer-se mais pesquisas nesta área do saber para contribuir cientificamente na elaboração de novas estratégias de combate à doença.

A identificação das principais dificuldades enfrentadas pela mulher HIV positiva gestante ou em amamentação poderá ajudar na elaboração de políticas públicas que protegem e minimizam o impacto dos efeitos psicológicos da doença para este seguimento populacional. Neste sentido, gostaríamos de solicitar à Vossa Excelência a autorização para proceder à recolha dos dados necessários junto a mulheres, homens e profissionais de saúde que estão na linha da frente no atendimento a estas mulheres no Centro de Saúde de Chókwè e o estudo seria feito a partir do mês de Julho de 2021 até Novembro do mesmo ano. Qualquer esclarecimento mais pormenorizado acerca desta atividade poderá ser dado pelo telefone ou e-mail do investigador, abaixo mencionados.

Contato: 61998509771

e-mail: loymz@yahoo.com.br

Pede Deferimento

O pesquisador

(Bento Saloio Mazuze)

## DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE

*Bento Saloio Daniel Mazuze*, pesquisador principal do estudo com o título: Dificuldades enfrentadas pelas mulheres HIV positivas gestantes ou lactantes e seus parceiros sexuais utentes do Centro de Saúde do Distrito de Chókwè na Província de Gaza – Moçambique, declaro que participei na elaboração do protocolo de pesquisa e estarei diretamente envolvido na recolha de dados, análise e publicação dos resultados da pesquisa acima citada. Esta pesquisa não trará nenhum benefício financeiro e não existe nenhum vínculo com companhias farmacêuticas que produzem fármacos ou outras tecnologias usadas no estudo. Esta pesquisa é levada a cabo pelo seu interesse científico e pela sua importância para a saúde pública. Assim, declaro que não haverá nenhum tipo de conflito de interesse em relação a pesquisa que lidero como investigador.

Maputo, Abril de 2021

---

Bento Saloio Daniel Mazuze  
(Pesquisador)

## TERMO DE COMPROMISSO DE INVESTIGADOR

*Bento Saloio Daniel Mazuze*, pesquisador principal do estudo intitulado: Dificuldades enfrentadas pelas mulheres HIV positivas gestantes ou lactantes e seus parceiros sexuais utentes do Centro de Saúde do Distrito de Chókwè na Província de Gaza – Moçambique. Comprometo-me a cumprir com todos os requisitos éticos nacionais e internacionais estipulados para pesquisa envolvendo humanos, respeitar a autonomia individual dos participantes do estudo, maximizar os benefícios e minimizar os riscos, bem como proteger a privacidade e manter a confidencialidade de todos os participantes da pesquisa. Comprometo-me igualmente a não efetuar qualquer alteração ao projeto aprovado pelo Comité Nacional de Biomédica para a Saúde do MISAU & da Direcção Provincial da Saúde, do consentimento informado de cada participante do estudo e processar toda a informação obtida com toda a confidencialidade. Finalmente, comprometo-me que todos os dados recolhidos no âmbito deste estudo não serão usados para quaisquer outros fins que não sejam os referidos no protocolo de pesquisa submetido ao CNBS.

Maputo, Abril de 2021

---

Bento Saloio Daniel Mazuze  
(Pesquisador)

### CARTA DE ENCAMINHAMENTO

Ao Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) da Universidade de Brasília.

Senhor/a Coordenador/a,

Eu, Bento Saloio Daniel Mazuze, encaminho o projeto de pesquisa intitulado “VIVÊNCIAS DE MULHERES HIV POSITIVAS GESTANTES OU LACTANTES E SEUS PARCEIROS SEXUAIS NA PROVINCIA DE GAZA – MOÇAMBIQUE” para revisão ética por parte deste Comitê.

- Natureza do projeto: Doutorado

- Instituição a qual o projeto está vinculado: Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Departamento de Psicologia Clínica e Cultura, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura.

- Pesquisador responsável: Bento Saloio Daniel Mazuze

E-mail para contato: loymz@yahoo.com.br

Link para lattes: <http://lattes.cnpq.br/8897057415136019>

- Orientadora: Larissa Polejack Brambatti

Link para o lattes: <http://lattes.cnpq.br/9794510081314767>

E-mail para contato: larissapolejack@unb.br

- Equipe de pesquisa: Bento Saloio Daniel Mazuze e Larissa Polejack Brambatti

- Instituição onde será realizada a pesquisa: Centro de Saúde de Chókwè

- Início da pesquisa / fase de coleta de dados: Junho/2021

- Eu me comprometo a iniciar a pesquisa/fase de coleta de dados apenas quando houver a aprovação ética de meu projeto de pesquisa por parte do Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS).

### **CARTA DE REVISÃO ÉTICA**

Envio o projeto de pesquisa intitulado “VIVÊNCIAS DE MULHERES HIV POSITIVAS GESTANTES OU LACTANTES E SEUS PARCEIROS SEXUAIS NA PROVINCIA DE GAZA – MOÇAMBIQUE” para apreciação pelo Comitê de ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas, da Universidade de Brasília (CEP-CHS/UnB).

Confirmo que todos os pesquisadores envolvidos nesta pesquisa realizaram a leitura e estão cientes do conteúdo das resoluções nº 510, de 7 de abril de 2016; resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e suas complementares e comprometo-me a:

- 1) Somente iniciar o estudo após as devidas aprovações pelo CEP-CHS;
- 2) Zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações que serão obtidas e utilizadas para o desenvolvimento do estudo;
- 3) Utilizar os materiais e as informações obtidas no desenvolvimento deste estudo apenas para atingir o objetivo proposto e não os utilizar para outros estudos, sem o devido consentimento dos participantes da pesquisa;
- 4) Informar a este comitê qualquer alteração que eventualmente venha a ocorrer no projeto;
- 5) Comunicar e justificar-se a este comitê, caso haja desistência ou cancelamento de estudo;
- 6) Apresentar a este comitê os relatórios parciais e final, de acordo com sua exigência;
- 7) Tornar público os resultados do estudo, quer sejam favoráveis ou não, respeitando a privacidade e os direitos individuais dos sujeitos da pesquisa.

Brasília/DF, 29 de Abril de 2021