

Artigo Original



Vozes silenciadas: vivências de pessoas que convivem com HIV na província de Gaza, Moçambique

Silenced voices: experiences of people living with HIV in the province of Gaza, Mozambique

Voces silenciadas: experiencias de personas que viven con el VIH en la provincia de Gaza, Mozambique

Bento Saloio Daniel Mazuze¹ 
Thayna Davi de Souza Borges² 
Natália Lemes Sixel Lobo³ 

Pedro Araújo Vázquez⁴ 
Stella Manhiça Langa⁵ 
Larissa Polejack⁶ 

^{1,5}Universidade Eduardo Mondlane (Maputo). Maputo, Moçambique. loymz@yahoo.com.br, manhicastella@gmail.com

^{2,4}Universidade de Brasília (Brasília). Distrito Federal, Brasil. thayna-davi@hotmail.com, natalia.l.s.lobo@gmail.com, pavazquez121@gmail.com

⁶Autora para correspondência. Universidade de Brasília (Brasília). Distrito Federal, Brasil. larissapolejack@hotmail.com

RESUMO | OBJETIVO: 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, país 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 semiestruturadas 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 quais ocorreram no segundo semestre de 2021. 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 do 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 com o vírus. As mulheres escondem seu estado sorológico do marido, da família e da comunidade por medo das consequências relacionadas com normas sociais rígidas e interferência de fatores culturais. Os resultados dos profissionais de saúde trouxeram aspectos 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 da pouca eficácia. **CONCLUSÕES:** Observou-se que ainda existem muitas barreiras para prevenção da transmissão vertical em Moçambique, em especial, a qualidade do aconselhamento e dificuldades de acesso ao serviço, seja por falta de recursos ou pelas normas sociais e familiares que não reconhecem a autonomia da mulher. É necessário apoiar as mães que não desejam amamentar e aquelas que tem maior vulnerabilidade socioeconômica. 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 de desenvolvimento de um programa de intervenção e promoção de saúde mental para mulheres gestantes ou lactantes soropositivas.

PALAVRAS-CHAVE: Gestante. Amamentação. HIV/AIDS. Transmissão vertical. Saúde mental.



ABSTRACT | OBJECTIVE: In the world, about 16 million women are living with HIV, many of them in reproductive age. These levels of infection and vertical transmission rates are still of great concern, due to the lack of early therapeutic intervention in many African countries. In Mozambique, a country in sub-Saharan Africa, HIV prevalence rates are 13.2%, placing the country in second place in terms 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 were held with mentor mothers and group interviews with mentor fathers, which took place in the second half of 2021. The interviews and meetings were recorded with a voice recorder and transcribed in full. 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 HIV diagnosis with the pregnancy test or childbirth, and the period of pregnancy and breastfeeding is marked by the fear of infecting the child with the virus. Women hide their serological status from their husband, family and community for fear of consequences related to rigid social norms and interference of cultural factors. The results of health professionals brought similar aspects 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 its low effectiveness. **CONCLUSIONS:** It was observed that there are still many barriers to preventing mother-to-child transmission in Mozambique, in particular, the quality of counseling and difficulties in accessing the service, whether due to lack of resources or social and family norms that do not recognize women's autonomy. It is necessary to support mothers who do not wish to breastfeed and those who are more socioeconomically vulnerable. 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 the involvement of community leaders in the process of developing a program of intervention and promotion of mental health for seropositive pregnant or lactating women.

KEYWORDS: Pregnant woman. Breastfeeding. HIV/AIDS. Vertical transmission. Mental health.

RESUMEN | OBJETIVO: En el mundo, alrededor de 16 millones de mujeres viven con el VIH, muchas de ellas en edad reproductiva. Estos niveles de infección y tasas de transmisión vertical siguen siendo motivo de gran preocupación, debido a la falta de una intervención terapéutica temprana en muchos países africanos. En Mozambique, un país del África subsahariana, las tasas de prevalencia del VIH son del 13,2%, lo que coloca al país en el segundo lugar en términos de nuevas infecciones, solo por detrás de Sudáfrica. **OBJETIVO:** Conocer las vivencias y las principales dificultades vividas por mujeres embarazadas o lactantes seropositivas y sus parejas sexuales en el contexto específico. **METODOLOGÍA:** Estudio cualitativo realizado en Chókwè en la provincia de Gaza-Mozambique. Se realizaron entrevistas semiestructuradas con mujeres embarazadas o lactantes que viven con el VIH, con sus parejas sexuales y con profesionales de la salud. Se realizaron grupos focales con madres mentoras y entrevistas grupales con padres mentores, que se realizaron en el segundo semestre de 2021. Las entrevistas y encuentros fueron grabados con una grabadora de voz y transcritas en su totalidad. La información pasó por el proceso de análisis temático. **RESULTADOS:** Participaron del estudio diez mujeres embarazadas o lactantes seropositivas y una pareja sexual; trece madres mentoras y dos padres mentores; dos enfermeras de Salud Materno Infantil y una psicóloga. Los hallazgos revelan que las participantes asocian el diagnóstico de VIH con la prueba de embarazo o el parto, y el período de embarazo y lactancia está marcado por el miedo a contagiar al niño con el virus. Las mujeres ocultan su estado serológico a su esposo, familia y comunidad por temor a las consecuencias relacionadas con las normas sociales rígidas y la interferencia de factores culturales. Los resultados de los profesionales de la salud trajeron aspectos similares a los de las mujeres que viven con el VIH, sin embargo, destacan la falta de profesionales para ofrecer una atención de calidad. Se constató que la unidad de salud y la comunidad utilizan las charlas como única estrategia de educación en salud, a pesar de su baja efectividad. **CONCLUSIONES:** Se observó que todavía existen muchas barreras para prevenir la transmisión materno-infantil en Mozambique, en particular, la calidad de la consejería y las dificultades para acceder al servicio, ya sea por falta de recursos o por normas sociales y familiares que no reconocen la autonomía de la mujer. Es necesario apoyar a las madres que no desean amamantar ya aquellas que son más vulnerables socioeconómicamente. Se recomienda una mayor inversión en estrategias de apoyo psicosocial y participación comunitaria, utilizando alternativas como la Terapia Comunitaria Integrativa (TIC) y la Educación Popular. Se sugiere involucrar a los líderes comunitarios en el proceso de desarrollo de un programa de intervención y promoción de la salud mental para mujeres embarazadas o lactantes seropositivas.

PALABRAS CLAVE: Mujer embarazada. Amamantamiento. VIH/SIDA. Transmisión vertical. Salud mental.

Introdução

Moçambique é um país localizado na África Subsaariana, região com uma das maiores taxas de infecção pelo HIV, em que se faz necessária a continuidade de estudos nesta área temática. De acordo com o [Ministério da Saúde de Moçambique](#) (2019), o país apresenta uma prevalência de HIV igual a 13,2%, sendo que a Província de Gaza, local onde se realizou a pesquisa, tem uma prevalência de HIV de 24,4%. Em 2021, o MISAU iniciou um novo inquérito para recolher dados sobre a situação do HIV em Moçambique, e logo existirão novas informações sobre a prevalência do HIV no país.

Este estudo objetiva conhecer as experiências e as principais dificuldades vivenciadas pelas gestantes ou lactantes soropositivas e seus parceiros sexuais no contexto específico. Estes aspectos, dos pontos de vista social e antropológico, abordam 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, ressaltam-se as variadas experiências de gravidez na adolescência, que são influenciadas pela classe econômica e idade dos pais (Heilborn et al., 2002).

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) (Ministério da Saúde de Moçambique, 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 et al., 2010).

A abordagem de Padoin, Souza e Paula tem o mesmo significado no contexto social e cultural das mulheres soropositivas em Chókwè, onde a mulher, ainda que conheça sobre infecções sexualmente transmissíveis, está proibida de abordar o assunto no meio familiar, sob pena de receber diversos rótulos, principalmente o de prostituta.

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, devido a realocação de recursos voltados ao HIV para a luta contra a COVID-19 (UNAIDS, 2020).

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 que o triplo da meta global, que previa baixar o número de 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, o isolamento social teve como uma das consequências o medo de se aproximar das unidades de saúde, inclusive pelo medo da infecção com coronavírus, o que pode ter contribuído para a dificuldade em alcançar as metas previstas.

HIV e GÊNERO

Mulheres e meninas na África Subsaariana 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). Contudo, onde a assistência médica para pessoas que vivem com a infecção é mais abrangente, os níveis de transmissão do vírus reduzem significativamente.

Vários aspectos podem ser destacados como elementos que contribuem para que a mulher seja o gênero mais infectado pelo HIV em Moçambique, como a constituição biológica do aparelho reprodutor feminino, crenças, pobreza generalizada (que assola mais a mulher do que o homem), machismo na região Sul do país e razões culturais. Por exemplo, biologicamente a mucosa vaginal da mulher é mais extensa e, no contato, o risco de infecção é muito maior para a mulher do que para um homem (Mansani, 2017). Outro aspecto a referenciar é o fato de que a mulher para poder ter acesso aos cuidados médicos precisa ter a autorização do marido, configurando-se na falta de poder de decisão por parte dela mesma, devido à submissão ao marido.

Mães mentoras

O programa m2m, que significa de mãe para mãe, foi instituído em Moçambique em 2017, a fim de fortalecer a implementação de uma estratégia

direcionada a Mães para Mães (MpM) e apoiar o Ministério da Saúde de Moçambique na sua implementação nacional. E 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 ([Mothers2mothers](#), 2020).

O objetivo do Programa é garantir maior adesão e retenção no atendimento às mulheres gestantes ou em amamentação que vivem com HIV, 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 melhoria de currículo, treinamento, ferramentas, estruturas, políticas e implementação da estratégia MpM, além de integrar o Modelo Mentor-Mãe nos sistemas de saúde provinciais, bem como desenvolver um sistema robusto de monitoria e avaliação ([Mothers2mothers](#), 2020).

Método do estudo

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 como construções humanas significativas ([Minayo](#), 2009). E como fundamenta [Conceição](#) et al., (2019), 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. Esse tipo de pesquisa depende de questões de qualidade e não de quantidade, por exemplo, a compreensão profunda da natureza de um fenômeno psíquico.

Os autores acima referenciados são unânimes ao defender que no estudo qualitativo não se pretende obter conclusões com base em dados numéricos, mas, busca-se resultados que permitem 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 resuma em uma simples descrição da informação.

Análise temática

Como estratégia de tratamento das informações, optou-se por utilizar os preceitos da análise temática, que é uma ferramenta de pesquisa flexível, 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 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).

Etapas da análise temática

- 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 recorreu-se ao uso de cores.
- 3) Buscando temas – Nesta fase agrupou-se temas que abordavam o mesmo assunto, para o controle e posterior análise de dados.
- 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.

Procedimentos para a coleta de dados

Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas individuais com 10 mulheres que vivem com HIV; 1 parceiro sexual; 2 enfermeiras de Saúde Materna Infantil (SMI); 1 psicóloga; 13 Mães mentoras; e 2 pais mentores, totalizando 29 participantes. As idades variavam de 18 a 45 anos. A maioria das mulheres entrevistadas tinham concluído a 10ª Classe (Ensino Secundário Geral do 1º ciclo), mas são desempregadas; nenhuma delas tinha o ensino superior, e uma ínfima parte das mulheres entrevistadas era analfabeta.

Critérios de Inclusão

a) Mulheres gestantes ou lactantes vivendo com HIV, com idades compreendidas entre 18 e 45 anos, que consentiram em participar do estudo;

b) Homens parceiros sexuais de mulheres gestantes ou lactantes que vivem com HIV, 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).

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.

Instrumentos de coleta de dados

Entrevista semiestruturada

Para a coleta de informações realizou-se entrevistas semiestruturadas que abordavam as seguintes temáticas: gestação; amamentação; diagnóstico de HIV/Aids; transmissão vertical; e saúde mental. De acordo com [Minayo](#) (2009), as entrevistas semiestruturadas combinam perguntas fechadas e abertas, nas quais o entrevistado tem a possibilidade de expressar-se sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada; e permitem que as pessoas respondam nos seus próprios termos.

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.

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. Posteriormente foi submetido ao Ministério de Saúde de Moçambique para a aprovação administrativa sob nota 1292/GMS/290/2021. Depois da aprovação no MISAU, 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.

Resultados e discussão

Nesta seção, apresentam-se as categorias temáticas encontradas nos resultados, nomeadamente: experiências de mulheres gestantes ou lactantes que vivem com HIV; homem parceiro de mulher que vive com HIV; experiência das enfermeiras de Saúde Materna Infantil (SMI) e de uma Psicóloga que estão na linha da frente no tratamento às pessoas vivendo com HIV; mães mentoras e pais mentores, totalizando 29 participantes no estudo.

I. Categoria - Experiências de mulheres vivendo com HIV

Diagnóstico do HIV

Neste seguimento, os resultados abaixo trouxeram os seguintes temas de análise: desconforto com o resultado positivo do diagnóstico de HIV; recepção da notícia sobre o diagnóstico de HIV associado ao teste de gravidez ou ao parto; aceitação do diagnóstico; e desconforto e conformismo.

Desconforto com o resultado positivo do diagnóstico de HIV

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)

Recepção da notícia sobre o diagnóstico de HIV associado ao teste de gravidez ou ao parto

Os resultados revelaram 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 iam ao hospital para fazer a consulta pré-natal ou 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).

Aceitação do diagnóstico

Os resultados abaixo demonstram que 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.

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

Desconforto e conformismo

Os resultados revelam que a recepção do diagnóstico de HIV traz sensação de desconforto em uma primeira fase em alguns casos, mas também pode trazer a sensação de conformismo noutros casos, para algumas mulheres.

“[...] 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).

Os depoimentos acima referenciados são sustentados por Souza et al. (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, à culpa, e ao estigma por causa da infecção, trazendo ainda mais sofrimento psíquico.

Experiências durante a gestação

Os resultados nesse eixo conduziram os seguintes temas de análise: gravidez complicada por causa dos antirretrovirais; gestação compartilhada entre o

casal; aconselhamento; desconforto e medo de infectar o bebê com o HIV.

Gravidez complicada por causa dos antirretrovirais

As participantes do estudo vivenciaram momentos de ambivalência entre o fato de saberem que iam ser gestantes e mães, e a experiência de momentos de gravidez complicada devido ao tratamento antirretroviral.

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

Gestação compartilhada entre o casal

Os dados revelaram que parte significativa das mulheres que vivem com HIV partilham com os seus parceiros sexuais de quem são gestantes, 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)

Aconselhamento

O estudo demonstrou que as mulheres quando se dirigem à unidade de saúde para fazer o pré-natal, passam por processo de acompanhamento médico e pelo aconselhamento, que tem como objetivo assegurar a adesão terapêutica.

“Fui à 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).

Desconforto e medo de infectar o bebê com o 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 demonstram as falas 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)

Experiências durante a amamentação

Neste seguimento, os dados viabilizaram o surgimento dos seguintes temas de análise: teste negativo versus amamentação; desmame precoce para evitar a infecção; cumprir com o tratamento durante a amamentação para evitar a infecção; vontade de dar leite artificial para evitar a infecção.

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 pelo 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).

Desmame precoce para evitar a infecção

As mulheres lactantes que vivem com HIV 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 o depoimento 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).

Cumprir com o tratamento durante a amamentação para evitar a infecção

Os dados 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 consequência, 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).

Vontade de dar leite artificial para evitar a infecção

Os dados explicitam que existe voluntariedade das participantes do estudo em não amamentar para evitar a infecção da criança pelo vírus, mas como as orientações do MISAU defendem o aleitamento materno até os dois anos, acatam as recomendações do hospital, o que causa desconforto.

“[...] 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).

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 têm em amamentar gera um imenso desconforto.

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: desejo de não amamentar versus desejo de amamentar; proteção da criança; incerteza na gestação; e sigilo relacionado ao estado de saúde.

Desejo de não amamentar versus desejo de amamentar

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

“A minha preocupação está relacionada à 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 à amamentação, porque estou a amamentar não do jeito que eu queria [...] gostaria de amamentar 1 ano e 6 meses, mas não poderei” (G-10).*

Sentimentos ou emoções enfrentadas na gestação ou na amamentação

Neste seguimento, os resultados destacaram os seguintes temas de análise: medo da transmissão vertical; preocupação com a saúde versus medo de morrer.

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 HIV, conforme os depoimentos abaixo.

“[...] 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).

Preocupação com a saúde versus medo de morrer

Os relatos abaixo provam 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, 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 nascer 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).

II. Categoria - Grupo focal com mães mentoras

Segredo

Experiência como mães mentoras no atendimento de mulheres gestantes ou lactantes que vivem com HIV

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

Adesão terapêutica

Os dados abaixo sustentam que as mães mentoras recorrem às 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 ao seguimento do tratamento". "Trabalhamos com gestantes e crianças, fazemos acompanhamento às gestantes para terem uma criança saudável" (MM).

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 à adesão ao TARV são encontradas em crianças que vivem com HIV e que não estão sob custódia dos pais, mas na tutela dos avôs. Essas crianças às vezes abandonam o tratamento, porque os avôs não conseguem dar conta da rotina da administração do medicamento. Para esses casos, a estratégia de superação é o diálogo com os acompanhantes dessas 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 têm 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". (MM)

Os relatos das mães mentoras revelam que há muitos casos de mulheres que vivem com HIV, casadas ou em união estável, que guardam sigilo sobre a sua soropositividade para o parceiro. Nesses casos é bastante difícil fazer a abordagem do assunto diante do casal, recorrendo à 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 à 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".

Efeitos colaterais do TARV

As narrativas das mães mentoras demonstram que no seio daquela comunidade ainda há resistência com a administração dos medicamentos antirretroviral 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".

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 à utilização dos medicamentos. Para estes casos, a psicóloga alocada 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" (MM).

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

realizar o trabalho, 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 et al. \(2021\)](#), 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.

III. Categoria - Profissionais de Saúde no atendimento às mulheres que vivem com HIV gestantes ou lactantes

Experiência da profissional de saúde no atendimento às mulheres gestantes ou lactantes que vivem com HIV

Os resultados nesse seguimento trouxeram os seguintes temas de análise: estratégia para a adesão terapêutica; sentimentos referenciados; preocupações recorrentes; negação da existência do HIV; retenção e adesão terapêutica; segredo.

Estratégia para a adesão terapêutica

As enfermeiras de SMI relatam que usam as palestras como estratégia para que os pacientes possam aderir à testagem e ao tratamento antirretroviral, e as essas 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”.

Sentimentos referenciados

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 foram infectadas pelo vírus.

“Ficam deprimidas, procuram entender em que momento aconteceu a infecção”.

Preocupações recorrentes

A possibilidade de transmissão do HIV de mães para 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”.

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 soro discordante, disse a enfermeira de SMI.

“As mulheres sorodiscordantes são as que têm 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).

Medo relacionado à partilha da notícia com o seu parceiro

O preconceito que ainda existe em torno do HIV obriga a mulher a conviver com medo de partilhar a notícia com o seu parceiro, sob pena de ser rotulada como infiel ou prostituta e isso gerar separação.

“Para as mulheres que fazem o tratamento que os maridos não sabem, inventam que a criança tem tosse” (SMI).

“As mulheres revelam preocupação em relação à 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).

A literatura, na abordagem de [Pasini](#) (1995) e [Batista e Silva](#) (2007), defende que o medo da descoberta alheia provoca, na gestante que vive com HIV, a reação de mentir, na qual a inverdade se torna funcional, servindo para dissimular a real condição em que se encontra. Sendo assim, é dita com o intuito de evitar que outros tenham conhecimento da realidade vivida.

Problemas comuns de saúde mental

Os resultados destacam a existência de casos de violência física, financeira, psicológica, depressão e ansiedade relacionada à possibilidade de infectar a criança como aspectos comuns que afetam a saúde mental de pessoas que vivem com HIV, em particular as mulheres. E isso 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 têm 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 à família"; "[...] tenho diagnosticado casos de depressão; ansiedade relacionada a possibilidade de infectar a criança" (PC).

Fatores de risco para a Transmissão Vertical

Outro problema ligado à realidade sociocultural do país, e que é um atentado à saúde mental da mulher, é a dependência total da sogra e da família no geral, bem como do machismo institucionalizado na cultura moçambicana; isso tira da mulher o direito de decisão sobre o rumo da sua vida, conforme realçam os depoimentos abaixo:

"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 à dependência total, querem saber de tudo o que acontece com a nora e por que ela vai ao hospital; fator cultural (machismo)".

Assistência social

As profissionais de saúde afirmaram que um dos grandes problemas que enfrentam no atendimento a mulheres e crianças que vivem com HIV é a falta de uma ação e assistência social que atenda as demandas das pessoas necessitadas 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 a deixa 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".

Fortalecer o grupo de mãe para mãe

A psicóloga clínica alocada no Centro de Saúde de Chókwè afirmou que a estratégia denominada de mães para mãe devia ser mais fortalecida, porque ela 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)".

Conclusões

O estudo realizado em Chókwè, na Província de Gaza, permitiu constatar que as mulheres gestantes ou lactantes que vivem com HIV experienciam momentos de medo de infectar os seus filhos durante a gestação ou na amamentação; podem conviver com a doença sem poder partilhar com o parceiro, devido ao receio de a notícia causar divórcio ou conflitos conjugais; a sua base de apoio emocional na família é, no geral, precária, o que causa um maior risco de sofrimento psíquico durante a gestação. As barreiras culturais, sobretudo as consultas ao curandeiro antes de se fazer ao hospital, são outro problema levantado pelas mães e pais mentores na abordagem do HIV em Chókwè.

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.

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.

Contribuições dos autores

Mazuze, B. S. D. é o mentor do manuscrito, participou da coleta e análise temática dos dados em Chókwe – Moçambique. Borges, T. D. S. participou da revisão linguística e formatação do manuscrito. Lobo, N. L. S. participou da revisão de literatura e da respectiva correção. Vázquez, P. A. participou da correção do manuscrito e adequação às normas APA e da revista. Langa, S. M. participou da revisão linguística e contextual de alguns termos específicos de Moçambique. Polejack, L. foi coautora do projeto, orientadora e revisora técnico-científica do manuscrito.

Conflitos de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo, mas não se limitando a subvenções e financiamentos, participação em conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística etc.).

Indexadores

A Revista Psicologia, Diversidade e Saúde é indexada no [EBSCO](#), [DOAJ](#) e [LILACS](#).



Referências

- Batista, C. B., & Silva, L. R. (2007). Sentimentos de mulheres soropositivas para HIV diante da impossibilidade de amamentar. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 11(2), 268–75. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452007000200013>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology [Usando análise temática em psicologia]. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

- Camarano, A. A. (1998). *Fecundidade e anticoncepção da população de 15-19 anos*. In E. M. Vieira, M. E. L. Fernandes, P. Bailey, & A. McKay (Org.), *Seminário gravidez na adolescência* (pp. 35-46). Associação Saúde da Família.
- Conceição, M. I. G., Gastaldo, D., Fraga, A. B., Bosi, M. L. M., Magalhães, L., Lago, R. R., Andrade, J. T., & Gladstone B. (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. Lordello, M. Neubern, & E. Queiroz (Org.), *Psicologia clínica e cultura contemporânea* (vol. 4, pp. 467–482). Technopolitik. <http://www.redequali.unb.br/index.php/pt/recursos/textos>
- Heilborn, M. L., Salem, T., Rohden, F., Brandão, E., Knauth, D., Víctora, C., Aquino, E., McCallum, C., & Bozon, M. (2002). Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. *Horizontes Antropológicos*, 8(17), 13–45. <https://doi.org/10.1590/S0104-71832002000100002>
- Kleinubing, R. E., Lipinski, J. M., Pereira, F. W., Fonseca, A. D., Chagas, M. C. S., & Ilha, S. (2014). Puérperas Soropositivas para o HIV: Como estão Vivenciando a não amamentação. *Revista de Enfermagem*, 8(1), 107-113. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v8i1a9612p107-113-2014>
- Mansani, T. (2017, 28 de julho). Moçambique: Porque as mulheres estão mais vulneráveis ao HIV/SIDA? *DW*. <https://www.dw.com/pt-002/porque-as-mulheres-est%C3%A3o-mais-vulner%C3%A1veis-ao-hiv-sida-em-mo%C3%A7ambique/a-39880616>
- Minayo, M. C. S. (2009). *Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta*. In M. C. S. Minayo, S. F. Deslandes, & R. Gomes (Org.), *Pesquisa social: teoria, método e criatividade* (p. 67). Editora Vozes.
- 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. (2019). Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique (IMASIDA). *Relatório Suplementar Incorporado os Resultados de Biomarcadores de Antirretrovirais*. https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/AIS12/AIS12_SP.pdf
- Mothers2mothers. (2020). *Mozambique* [Moçambique]. <https://m2m.org/what-we-do/where-we-work/mozambique-2>
- Padoin, S. M. M., Souza, I. 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>

- Pasini, W. A. (1995). *Qualidade dos sentimentos*. Rocco.
- 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. *Rev. Pesqui.*, 13, 1020-1025. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9847>
- UNAIDS. (2020). *Relatório do UNAIDS mostra que metas para 2020 não serão cumpridas; COVID-19 pode prejudicar resposta ao HIV*. <https://unaids.org.br/tag/relatorio-2020/>
- 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/25026ParticipatHIVosEd92021FINALBALXA05102021113434.pdf
- 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. *Katálysis*, 17(2), 196-206. <https://doi.org/10.1590/S1414-49802014000200005>