

Soc. 16

2004

**UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE**

**Faculdade de Letras e Ciências Sociais**

**REPRESENTAÇÕES DAS RELAÇÕES DE GÉNERO E O SEU  
IMPACTO NA REINSERÇÃO SOCIAL DA MULHER**

**SEROPOSITIVA:**

**O Caso das Mulheres Seropositivas Da Província de Maputo**

Candidata:

Tânia Mariza Gonhamo

Dissertação apresentada em cumprimento parcial dos requisitos exigidos para a obtenção do grau de licenciatura em sociologia na Universidade Eduardo Mondlane.

**Supervisor:** Doutor Jaime da Costa Alípio

**Co-Supervisor:** doutor António Oscar Mulima

U.E.M. - UFICS	
R. E.	448
DATA	14 / 09 / 05
AQUISIÇÃO	oferta
COTA	

Maputo, Setembro de 2004

**REPRESENTAÇÕES DAS RELAÇÕES DE GÉNERO  
E O SEU IMPACTO NA REINSERÇÃO SOCIAL DA  
MULHER SEROPOSITIVA:**

**O Caso das Mulheres Seropositivas Da Província de Maputo**

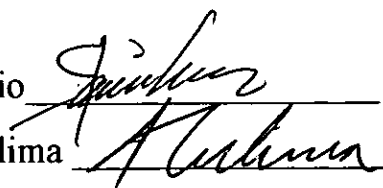
**Candidata:**

**Tânia Mariza Gonhamo**

Dissertação apresentada em cumprimento parcial dos requisitos exigidos para a obtenção do grau de licenciatura em sociologia na Universidade Eduardo Mondlane.

**Supervisor** : Doutor Jaime Alípio

**Co-Supervisor** : António Oscar Mulima

The image shows two handwritten signatures in black ink. The first signature is for the supervisor, Jaime Alípio, and the second is for the co-supervisor, António Oscar Mulima. Both signatures are written over horizontal lines.

Maputo, Setembro de 2004

## DECLARAÇÃO

Declaro que esta tese nunca foi apresentada, na sua essência, para a obtenção de qualquer grau, e que ela constitui o resultado da minha investigação pessoal, estando indicados nos textos e na bibliografia as fontes que utilizei.

Tânia Mariza Gonhamo  
Tânia Mariza Gonhamo

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CEP	Centro de Estudos da População
CNCS	Conselho Nacional De Combate Ao Sida
DTS	Doença De Transmissão Sexual
EP1	Ensino Primário Do Primeiro Grau
EP2	Ensino Primário Do Segundo Grau
FNUAP	Fundo das Nações Unidas Para a População
HIV	Vírus De Imunodeficiência Adquirida
INE	Instituto Nacional De Estatística
ONUSIDA	Organização Das Nações Unidas Sobre o Sida
OMS	Organização Mundial Da Saúde
MPF	Ministério Do Plano E Finanças
MISAU	Ministério Da Saúde
MICAS	Ministério da Mulher e da Coordenação da Acção Social
MTB	Ministério do trabalho Brasileiro
MONASO	Rede Moçambicana de Organizações contra o SIDA
PNUD	Programa Das Nações Unidas Para O Desenvolvimento
PVHS	Pessoas vivendo com o HIV/SIDA
RDHM	Relatório De Desenvolvimento Humano De Moçambique
SADC	Conferência Para O Desenvolvimento Da África Austral
SAFAIDS	Serviços da África Austral de combate ao Sida
SANASO	Serviços Da África Austral De Disseminação De Informação Sobre Sida
UEM	Universidade Eduardo Mondlane
UNESCO	Organização Das Nações Unidas Para Educação Ciência E Cultura
UNICEF	Organização Das Nações Unidas Para A Infância

## DEDICATÓRIA

Com todo o meu amor quero dedicar esta tese a minha mãe Virgínia Cossa que sempre apostou e acreditou no sucesso da minha carreira estudantil, ao meu marido Lucas Macie e ao meu filho Allan de Luca Macie minhas fontes de inspiração; aos meus irmãos e amigos, especialmente ao Marcos Cuembelo que sempre acreditou em mim (Marcos nunca te esquecerei).

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus por ter me dado saúde e força para levar a cabo os meus estudos, aos meus professores do curso pelos seus preciosos ensinamentos. Ao meu tutor Doutor Jaime da Costa Alípio e ao meu co-tutor doutor António Oscar Mulima, por terem disponibilizado o seu tempo e saber na orientação do presente estudo. Aos médicos sem Fronteiras da Suíça e Bélgica, a associação Kidlimuka e Tinhena por nos terem conduzido ao encontro das mulheres seropositivas e para elas um agradecimento muito especial pela sua preciosa colaboração sem a qual não teria sido possível a realização deste estudo. Agradeço igualmente a todos que directa ou indirectamente contribuíram para que se tornasse possível a realização do estudo.

## ÍNDICE

Lista de siglas e Abreviaturas	i
Declaração	ii
Dedicatória	iii
Agradecimentos	iv
Resumo	v
INTRODUÇÃO	1
a) Formulação do Problema	1
b) Objectivos do Estudo	3
c) Modelo de Análise- Hipóteses	3
d) Justificativa do Estudo	5
e) Delimitação do Estudo	5
f) Enquadramento Teórico	6
g) Definição de Conceitos	9
h) Estrutura do Trabalho	12
CAPÍTULO I: CONTEXTUALIZAÇÃO	13
1.1. O HIV/SIDA no Mundo	13
1.2. O HIV/SIDA na África Sub-Sahariana	13
1.3. O HIV/SIDA em Moçambique	14
CAPÍTULO II: REVISÃO DE LITERATURA	16
2.0. Determinantes Da Vulnerabilidade Da Mulher Ao HIV/SIDA	17
2.1. Factores Sócio-Económicos	17
2.1.1.O Sexo Coercivo	18
2.1.2.O Sexo Comercial	18
2.1.3. As Práticas Etno-Culturais	19
2.1.4. A Construção social da Masculinidade	19

2.2. Factores Biológicos	21
2.2.1. As Diferenças Genitais	21
2.2.2. A Idade Da Mulher	21
2.3. Os Direitos Humanos no Contexto do HIV/SIDA	24
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGIA</b>	<b>27</b>
3.1. População e Amostra	27
3.2. Colecta e Tratamento dos Dados	29
3.3. Constrangimentos	30
3.4. Estratégias e Superação	30
3.5. As entrevistas Exploratórias	31
3.6. A Recolha Empírica: As Entrevistas Propriamente Ditas	31
3.7. A Preparação do Material Recolhido	32
<b>CAPÍTULO IV: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>33</b>
4.1. Caracterização dos Agregados Familiares	34
4.2. Perfil dos Doentes	35
4.3. Informação que Detinham sobre o HIV/SIDA antes e Depois do Sucedido	35
4.4. Provável Forma de Infecção	39
4.5. Experiências de Discriminação na Família	41
4.6. Experiências de Discriminação na Comunidade	47
4.7. Principais Dificuldades e estratégias de Superação	49
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES</b>	<b>53</b>
5.1. Conclusões	53
5.2. Recomendações para Futuros Estudos	55
5.3. Recomendações para os Programas de redução do Estigma	56



BIBLIOGRAFIA

57

Outras Fontes

59

ANEXOS

Anexo I: Situação do HIV/SIDA no Mundo

Anexo II: Prevalência do HIV/SIDA em Moçambique por sexo e faixa etária

Anexo III: Expressões de violação dos direitos humanos das pessoas  
portadoras do HIV/SIDA

ANEXO IV: Guião de entrevistas

## RESUMO

No presente estudo propusemo-nos a analisar a problemática da estigmatização e discriminação da mulher portadora do vírus do HIV/SIDA na província de Maputo. Procuramos analisar de que forma as representações sociais, especificamente as relações de género influenciam as respostas de estigmatização e discriminação da mulher seropositiva, analisando as suas manifestações no contexto familiar e comunitário, bem como os factores que podem contribuir para que sua reinserção social na comunidade.

Para tal partimos do pressuposto teórico segundo o qual as representações sociais, incluindo as representações das relações de género resultam da relação dialéctica entre o homem e a sociedade, passando por três momentos nomeadamente: a interiorização, a exteriorização e a objectivação. As representações sociais são interiorizadas e objectivadas na consciência dos indivíduos, por sua vez a realidade objectivada é exteriorizada na interacção social em forma de normas sociais e são objectivadas na realidade através das instituições sociais, é com base nestas normas sociais institucionalizadas que a sociedade orienta o seu esquema de acção e faz o controle social.

Foi levantada uma questão a partir da qual se procura saber de que forma é que a estigmatização e discriminação da mulher seropositiva inibe a sua reinserção na família e na comunidade. As três hipóteses levantadas pelo trabalho com recurso as técnicas documentais (*revisão de literatura*) e não documentais (*observação directa e indirecta por meio de entrevistas semi-directivas*) utilizadas para a realização do presente estudo, poderão fornecer informações capazes de validar ou invalidar as hipóteses previamente levantadas.

A observação foi realizada foi realizado nas zonas rurais e bairros periféricos da província de Maputo, nomeadamente: Magude\*, Maxaquene "A" e "C", Infulene, Liberdade, Polana Caniço, Mafalala, Manhiça e Boane e no "Hospital Dia" dos centros

---

\* O bairro Magude localiza-se na zona periférica da cidade de Maputo, no interior do bairro de Mafafala. Este bairro, surgiu do reassentamento da população proveniente do distrito de Magude aquando das cheias que assolaram o país no ano 2001.

de saúde do Alto-Maé e Polana Caniço, a um grupo alvo constituído pelas *mulheres seropositivas, seus familiares e pela a comunidade*, para o qual definimos uma *amostragem intencional*, com base em alguns critérios de identificação que marcando o perfil do nosso grupo alvo.

Os resultados da pesquisa permitiram perceber que a interacção dos diferentes factores sócio-económicos e biológicos resultantes da construção social das relações de género discriminatórias e os factores biológicos inerentes ao sexo constituem os factores determinantes da vulnerabilidade da mulher ao HIV/SIDA, contribuindo e legitimando a feminização do HIV/SIDA e discriminação da mulher seropositiva na família e na comunidade.

## INTRODUÇÃO

Moçambique encontra-se entre os 10 países mais afectados pelo HIV/SIDA na África Sub-Sahariana<sup>1</sup>. Na óptica de Martins (2004), os esforços com vista a redução da progressão da doença não tem se traduzido na mudança de comportamento, verificando-se deste modo um aumento cada vez crescente de novos casos de HIV/SIDA no nosso país. Por um lado, a progressão da epidemia está profundamente associada à sexualidade dos indivíduos que é fortemente influenciada por factores de natureza individual, social, cultural e económica; por outro a inadequação das mensagens difundidas a estes factores que são inerentes a cultura Moçambicana, não produzindo por essa razão as mudanças de comportamento desejadas<sup>2</sup>.

### a) Formulação do Problema

Decorridos cerca de 18 anos desde que o primeiro caso de SIDA foi registado em Moçambique, dois fenómenos tem se verificado:

- o crescimento acelerado do número de mulheres infectadas pelo vírus do HIV e as consequentes mortes pelo SIDA,
- as atitudes e comportamentos de estigmatização e discriminação contra as pessoas que vivem com o vírus do HIV/SIDA e seus familiares.

Segundo a ONUSIDA (1998), o HIV/SIDA surgiu inicialmente como uma preocupação meramente médica e biológica para posteriormente se transformar numa preocupação social, mostrando ser capaz de despertar por um lado sentimentos de solidariedade, compaixão e apoio e por outro comportamento de exclusão social, pois ela é acompanhada pelo estigma e discriminação, pois a maior parte dos indivíduos infectados ou que se acredita estarem infectados já experimentaram sentimentos de rejeição pela comunidade, pelos amigos e até mesmo pelos seus familiares.

Uma investigação sobre Género e HIV/SIDA (2001), realizada em Moçambique pelo CEP refere que (*op. cit.*) a problemática do SIDA remete-nos a forma como as normas

---

<sup>1</sup> CEP 92201).

<sup>2</sup> Martins *et al.* (2004).

mulheres, de como as pessoas vivem e percebem a sua sexualidade, trazendo para a esfera pública a problemática questão da sexo, assunto que desde sempre constituiu tabu na sociedade africana.

Alguns estudos realizados no continente africano, mostraram que as expectativas culturais sobre os papéis e comportamentos relativos a ambos os sexos influenciam a forma como as pessoas vivem a sua sexualidade e enfrentam a infecção pelo HIV e as mortes pelo SIDA. Estes estudos demonstram que os efeitos do HIV/SIDA afectam de maneira diferente os homens e as mulheres numa família. As mulheres são "obrigadas" a aceitar a doença e a cuidar dos seus maridos infectados, de outros membros seropositivos da família e das crianças órfãs, enquanto que aos homens cuidam do sustento da família. Entretanto a infecção numa mulher é vista como um sinal de promiscuidade levantando então problemas complexos de estigma e discriminação no seio da família e da comunidade.

As normas culturais acrescidas a vulnerabilidade das mulheres as DTS/HIV/SIDA contribuem para a propagação do vírus entre as mulheres criando na sociedade crenças fortemente enraizadas de feminização do HIV/SIDA considerando-as o principal "vector" de transmissão, sendo então mais afectadas que os homens no suporte das consequências negativas da doença, incluindo as respostas de discriminação.<sup>2</sup>

A nossa inquietação não reside apenas no facto de recair sobre as mulheres os encargos de cuidar da família infectada pelo HIV/SIDA, inquieta-nos pois a tendência de feminização do HIV/SIDA e a forma como as mulheres seropositivas são particularmente estigmatizadas e discriminadas.

O presente trabalho procurará responder à seguinte questão: como é que a estigmatização e discriminação da mulher seropositiva inibe a sua reinserção na família e na comunidade?

## **b) Objectivos do Estudo**

### **Objectivo Geral**

- Analisar de que forma que a estigmatização e a discriminação da mulher seropositiva é definida e compreendida nas relações de género e a expressão da discriminação no seio familiar e comunitário.

### **Objectivos Específicos:**

- Mostrar de que forma é que as representações sociais ligadas a sexualidade da mulher podem constituir um entrave à reinserção da mulher seropositiva na comunidade,
- Identificar as maiores dificuldades que as mulheres vivendo com HIV/SIDA enfrentam e analisar as possibilidades da sua reinserção na família e na comunidade,
- Identificar os diferentes factores sócio-económicos que podem influenciar o processo de estigmatização.

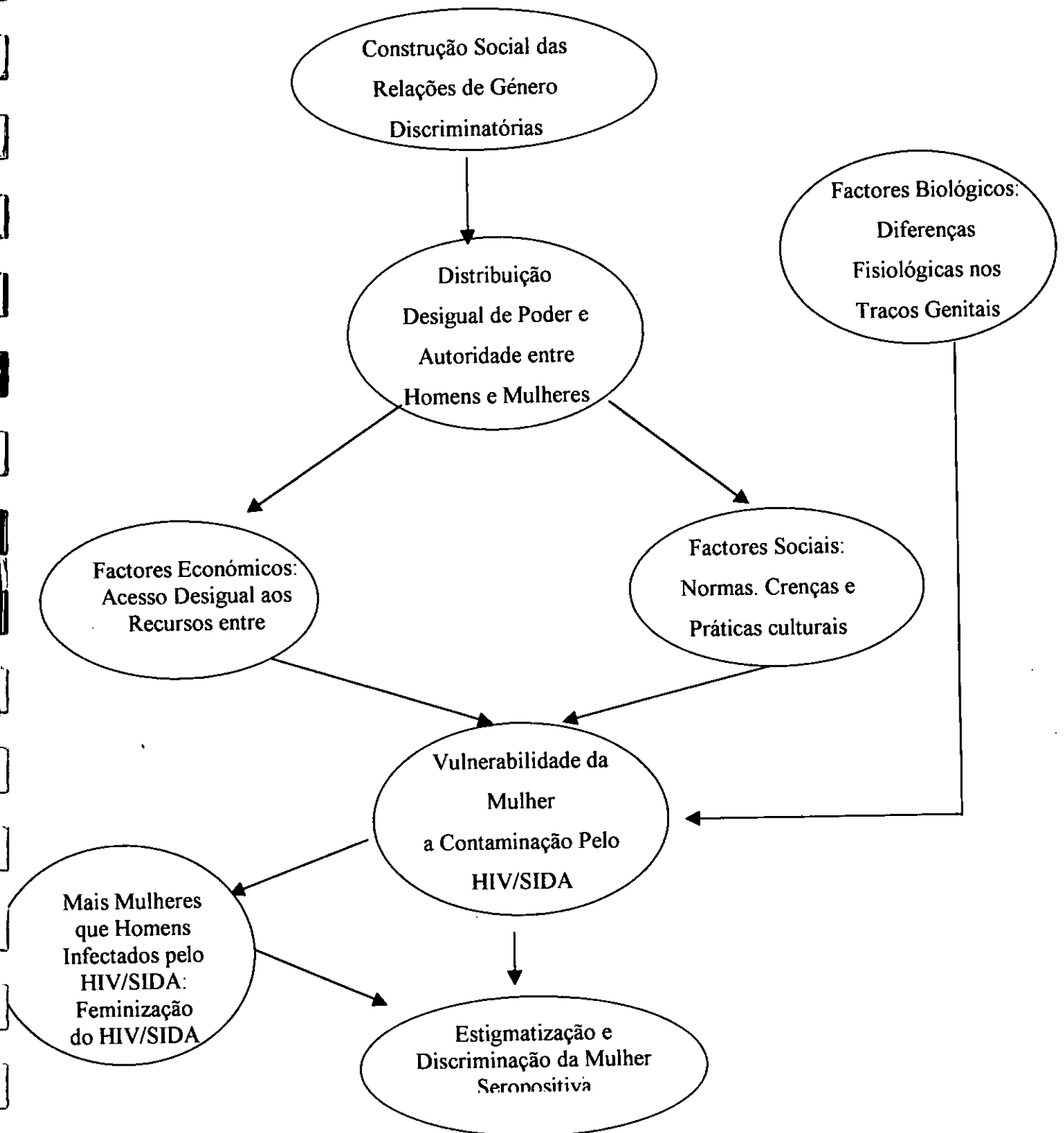
## **c) Modelo de Análise-Hipóteses**

- A estigmatização e discriminação da mulher seropositiva é influenciada pelas representações sociais da sexualidade feminina, contribuindo para a sua exclusão social.
- As respostas sociais de estigmatização e discriminação da mulher seropositiva, contribuem para a recusa ou manipulação da identidade da mulher seropositiva, facilitando a sua reinserção na família e na comunidade.
- A estigmatização e discriminação da mulher seropositiva é influenciada pelo estatuto sócio-económico da mulher seropositiva ou dos seus familiares contribuindo positivamente para a sua reinserção social.

---

<sup>2</sup> SAFAIDS: *Intercâmbio de Saúde Sexual*, 2003.

**Hipóteses: Modelo de efectivação da estigmatização resultante da construção social das relações de Género**



#### **d) Justificativa do Estudo**

De acordo com pesquisas bibliográficas com vista a identificação de obras que retractam a problemática do HIV/SIDA, constatou-se que a maior parte da informação publicada e dos estudos empíricos realizados no país, a epidemia do HIV/SIDA foi remetida durante muito tempo ao domínio médico, dando-se relevâncias a aspectos como a natureza da doença, as suas formas de transmissão e prevenção, a informações estatísticas relativas ao número de seropositivos no país e no mundo, aos índices de infecção por região entre outros, em detrimento dos aspectos sócio-económicos e biológicos que concorrem para a propagação da doença, particularmente sobre a relação entre esse estigma e a construção das relações de género, tornando-se então pertinente proceder a esta análise, bem como a análise das suas formas de manifestação e variações no contexto familiar e comunitário.

Este facto contribuiu de certa forma para a falta de conhecimentos sobre a doença e para o fortalecimento dos estereótipos construídos pela sociedade sobre os seropositivos, contribuindo para o enraizamento de crenças discriminatórias e a adopção de medidas de controle social violentas desde a exclusão social ao abandono dos seropositivos pelas suas próprias famílias reforçando deste modo a discriminação.

As mulheres seropositivas não representam apenas números estatísticos, representam antes membros da sociedade que se vêem impedidos de participar em diversas instituições sociais. Torna-se então pertinente "dismistificar" o HIV/SIDA de forma a possibilitar a reinserção das mulheres seropositivas na família e na comunidade.

#### **e) Delimitação Do Estudo**

O presente estudo foi realizado nas zonas rurais e nos bairros periféricos da província de Maputo, nomeadamente: Magude, Maxaquene "A" e "C", Infulene, Liberdade, Polana Caniço, Mafalala, Manhiça, Boane e no "Hospital Dia" dos centros de saúde do Alto-Maé e Polana Caniço.

A escolha destas áreas justifica-se pelo facto de alguns autores como Jackson, H. (2002) considerarem que (*op. cit.*) os factores culturais são mais visíveis nos países



subdesenvolvidos do que nos desenvolvidos, e que dentro dos países subdesenvolvidos são mais visíveis nas zonas rurais e periféricas”.

Os resultados do presente estudo poderão fornecer bases para uma compreensão mais global dos factores que influenciam a vulnerabilidade da mulher às infecções por DTS, HIV/SIDA, contribuindo deste modo para a elaboração de estratégias de redução da estigmatização da mulher seropositiva.

### f) Enquadramento Teórico

A presente pesquisa pretende compreender as fundamentações sociais da estigmatização e discriminação da mulher seropositiva tendo como base a teoria do *construtivismo social* desenvolvida por Berger e Luckman (1990) na obra “*A Construção Social da Realidade*”, e as teorias da construção social das relações de género.

A opção desta teoria para a fundamentação do nosso problema de pesquisa encontra-se no facto de pensarmos que esta nos permite compreender claramente em que medida o processo de construção das normas sociais, particularmente o processo de construção das normas relativas as relações de género, podem contribuir para a estigmatização e discriminação da mulher seropositiva influenciando a sua re inserção social.

Entretanto, devido as limitações destas teorias no que se refere as respostas dos indivíduos alvos da exclusão social, recorreremos ao contributo deixado pelo sociólogo Erving Goffman nas suas obras: *Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade deteriorada*, (1988) e *A Manipulação do Eu na Vida Quotidiana* (1975).

Para a compreensão do processo de construção das representações sociais, tomaremos em consideração as duas dimensões da realidade levantadas pelo problema: (a) *a construção da realidade no geral*, (b) *a construção das relações de género em particular*.

De acordo com Berger e Luckman, cada sociedade apreende a realidade da vida diária como uma realidade ordenada e objectivada que se impõe a sociedade orientando os seus esquemas de acção; os actores sociais embora envolvidos no processo de construção da realidade sociais não se apercebem dele, assumindo-o como naturalmente ordenado.

Segundo estes autores (*op. cit.*), a construção social da realidade deriva de um processo dialéctico entre o indivíduo e a sociedade e como tal passa por três momentos: (1) a *interiorização*, (2) a *exteriorização* e (3) *objectivação*.

A *interiorização* ocorre no processo pelo qual os indivíduos interiorizam o mundo social como uma realidade objectiva. A *exteriorização* refere-se ao processo pelo qual o indivíduo exterioriza a realidade objectivada subjectivamente. A *objectivação* refere-se ao momento em que o a exteriorização passa a ser uma realidade objectiva que se impõe aos próprios indivíduos constringendo-os.

Alfred Shutz, citado por Ferreira et al. (1995) refere que ao analisar a realidade social localizou os constringimentos nos fenómenos culturais, e segundo Robinson, G (1985), citado por Xiberras (1993), factores culturais são componentes particulares como as tradições, os valores éticos e morais que orientam a conduta dos indivíduos numa determinada sociedade.

Isto significa que apesar dos actores participam na construção social da realidade comportam-se como se a realidade existisse por si, que o bom e o mau, o normal e o anormal, o certo e o errado foram estabelecidos independente deles, impondo-se aos homens. É com base nestes esquemas de acção que a sociedade faz o controle social e exerce a exclusão social contra todos os indivíduos ou grupos que não agem de acordo com os esquemas de acção previamente estabelecidos.

De acordo com Osório (1997), a construção social das relações de género configura-se em normas discriminatórias que conferem aos homens maior poder sócio-económico e maiores oportunidades no acesso aos recursos, subalternizando a mulher. Estas normas reflectem-se numa primeira fase na família e ao longo da vida em diferentes instituições onde os indivíduos interagem.

Para Osório (*op cit.*), as relações sociais que se desenvolvem na família estruturam-se de acordo com o sexo e a idade, e são esses dois elementos que determinam as representações e a distribuição das posições dentro da família. Assim, as relações sociais são relações de género e ser homem ou mulher determina e define a forma como as responsabilidades e os valores morais são construídos, transmitidos e são legitimados.

Segundo Malcon et al.<sup>3</sup>, a discriminação resultante das desigualdades nas relações de género são bem visíveis em muitas sociedades, pois na maioria delas o ideal feminino é caracterizado pela passividade, ignorância e expectativas de as mulheres satisfazerem as necessidades sexuais do homem, enquanto que a masculinidade se define pela multiplicidade de parceiras e controle das relações sexuais.

Marques, R. citando Holper, C. defende que (*op. cit.*) tanto os homens como as mulheres adquirem valores sobre a sua identidade sexual de acordo com o que a sua cultura define como sendo mais apropriado para cada sexo. Este autor definiu a sexualidade como sendo a construção sociocultural do sexo, conformada e definida pelo carácter físico e social, pela linguagem de cada sociedade. Segundo o autor, a sexualidade está intimamente interligada as relações de género, pelos papéis reprodutivos, sociais, económicos, políticos, culturais e religiosos que homens e mulheres desempenham em cada sociedade.

Ainda sobre o mesmo assunto, Malcon et al.<sup>4</sup> refere que para as mulheres, o risco e a vulnerabilidade à infecção são aumentadas por normas que vedam o acesso aos conhecimentos sobre a sexualidade, ou que impedem que sugiram o uso do preservativo; pela relação comum entre o consumo de substâncias tóxicas e a troca de relações sexuais por dinheiro, e pelo recurso ao trabalho sexual por mulheres em situações adversas”.

O autor refere ainda que nas sociedades fortemente marcadas pelos tabus e pelos preconceitos de género, a seropositividade na mulher é associada a promiscuidade, pois o senso comum tende a ignorar as questões biológicas, sociais, culturais e económicas que contribuem para a vulnerabilidade da mulher a infecção pelo vírus do HIV/SIDA. A

---

<sup>3</sup> ONUSIDA, 1998.

<sup>4</sup> *Ibidem.*

sociedade tende então a estigmatiza-la e a discrimina-la pelo seu comportamento "irresponsável".

Estas percepções constituem uma série de "explicações já estabelecidas" que estabelecem uma base poderosa para respostas estigmatizadoras e discriminatórias.

Na óptica de Xiberras M. (1993), o que define as "diferenças" constroem-se tanto em volta dos valores morais e religiosos ou em volta de outras representações do mundo e é em nome desses valores ou dessas representações que certas populações acabam por ser excluídas; quer se excluam a si próprias de um mundo que não têm lugar ou sejam excluídas pelos outros devido as suas características inadmissíveis.

Goffman (1988), refere que (*op. cit.*) pode-se tomar como estabelecido que uma condição necessária para a vida social é que todos os participantes compartilhem um único conjunto de expectativas normativas, sendo as normas sustentadas, em parte, porque foram incorporadas. Quando uma regra é quebrada, surgem medidas restauradoras quer por agências de controle, quer pelo próprio culpado.

Xiberras salienta que do ponto de vista da sociedade que exclui, a estigmatização e discriminação resulta das dificuldades de inserção e integração de certos indivíduos ou grupos as normas sociais, levando a ruptura dos laços sociais e das representações que lhes eram comuns; relativamente aos doentes do SIDA, pode-se observar uma ruptura de laços a nível psicológico, momento em que o doente perde a auto-estima, e gradualmente uma ruptura a nível social que conduz ao isolamento, a seguir a morte solitária.

#### g) Definição de Conceitos

O Conceito chave com o qual trabalharemos é o de *representações sociais*, contudo definiremos outros conceitos também importantes para a compreensão do presente estudo, nomeadamente: relações de género, estigmatização e discriminação, exclusão e reinserção social, família e comunidade.

O conceito de representações sociais é definido por Moscovice (1981), como sendo um conjunto de conceitos, preposições e explicações criadas na vida quotidiana no decurso da comunicação interindividual. Assim, o conceito de representações ou percepção social



da mulher seropositiva é aqui entendido como sendo a forma como a comunidade percebe a mulher seropositiva tendo como base as normas sociais que orientam as relações de género.

De acordo com Robson G.(1998), e o Ministério do trabalho Brasileiro (1997), as relações de género referem-se as relações que se estabelecem entre homens e mulher, e mais concretamente as diferenças entre ambos que são socialmente construídas. Sendo assim, as relações de género variam de acordo com contextos específicos, circunstâncias sócio-económicas específicas, de um período histórico para o outro, de uma cultura para outra e de uma geração para a outra.

O PNUD (2001), por sua vez define as relações de género como sendo a compreensão da sociedade sobre o que significa ser um homem ou uma mulher, que se desenvolve-se durante o decurso da vida e têm variado no decurso do tempo pela cultura, pela família, pela comunidade e pelo relacionamento em cada geração; enquanto que o sexo é biologicamente definido, o género é socialmente construído.

De uma forma geral, os autores definem as relações de género como sendo o significado das diferenças entre ser homem ou mulher construídas socialmente, e como esse facto define os papéis sociais, oportunidades, responsabilidades e as relações dos indivíduos numa sociedade.

O sociólogo Erving Goffman definiu o estigma como um atributo de “descrédito significativo”<sup>5</sup> possuído por alguém com uma “diferença indesejada,”<sup>6</sup> ou seja, o estigma refere-se a um atributo extremamente depreciativo através do qual se constrói a diferença. A sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas e o total de atributos considerados comuns e naturais para os membros duma sociedade. Assim, a sociedade constrói um sistema de classificação do que é normal e do que é patológico, inserindo o indivíduo dentro desse sistema.

---

<sup>5</sup> Com o conceito, Goffman refere-se a discrepância no sentido negativo entre um atributo possuído por um indivíduo e os estereótipos construídos pela sociedade.

<sup>6</sup> Ainda segundo o mesmo autor, o conceito de diferença indesejada refere-se ao conjunto dos atributos possuídos por um indivíduo ou grupo que não são esperados e nem desejados pela sociedade.

Para Goffman (*op. cit.*) um estigma é, então na realidade, um tipo especial de relação negativa entre o atributo e estereótipo," podendo ser usado pela sociedade como um forte instrumento de controle social efectivado por meio da exclusão social, especificamente por atitudes e comportamentos de negação, rejeição, isolamento, culpabilidade, descrédito, inferiorização e distanciamento social.

Assim, definimos estigmatização como sendo o acto de classificar os indivíduos que apresentam atributos que se afastam dos consideradas "normais" pela sociedade, enquanto que a discriminação refere-se a acções resultantes dessa classificação.

Segundo Ferreira (1995), o conceito de exclusão social, refere-se a impossibilidade que certos indivíduos ou grupos encontram em participarem nas principais instituições duma sociedade. A definição envolve dois problemas essenciais: o primeiro, o da identificação duma situação "normal", abaixo da qual podemos considerar os indivíduos como excluídos, o segundo, a identificação do critério de exclusão (podendo ser a renda, o status social, raça religião, comportamento entre outros).

Assim, definimos exclusão social como sendo as barreiras que a sociedade impõe aos indivíduos ou a certos grupos de participarem na vida sociocultural, económica e política com base em critérios específicos.

Na óptica de Xiberras<sup>7</sup> o conceito de inserção pode ser percebido a partir do que recobre o *contrário* o conceito de exclusão.

Xiberras ao falar da inserção social fá-lo numa bordagem do nacional em contraposição ao estrangeiro. Para a autora, a política de inserção enquanto facto social indica as condições de acolhimento no estrangeiro, ou seja trata-se de se arranjar um lugar entre os outros, como os outros, no seio do espaço da comunidade nacional com a manutenção dos seus particularismos de origem.

O conceito de reinserção que será usado neste estudo terá como base o conceito de Xiberras, contudo extrapolaremos o conceito de inserção como acolhimento do estrangeiro para acolhimento da mulher serpositiva na comunidade.

---

<sup>7</sup> *Idem.*

Assim, o conceito de reinserção social refere-se a aceitação e integração da mulher seropositiva no seio da sua família, comunidade e no local de trabalho com a manutenção dos particularismos que ela apresenta.

Para a presente dissertação usaremos o conceito de comunidade definido pela ONUSIDA como sendo uma associação de pessoas que partilham interesses ou objectivos comuns, mais do que o sentido da comunidade geográfica a comunidade pode ser definido como o espaço onde o indivíduo está inserido, onde estabelece relações sociais e é por ele influenciado. Assim, as pessoas pertencem a uma ampla variedade de comunidades.

Saraceno (1992), define família como sendo um espaço físico, relacional e simbólico onde um conjunto de pessoas ligados por laços de consanguinidade, de afinidade, ou de afectividade, partilham direitos e deveres. Assim podemos encontrar uma variedades de famílias. Usaremos o termo família nuclear ou directa para nos referirmos a que é constituída por pais e filhos, o termo família por afinidade a que é constituída por laços de casamento esposo (a) família deste (a).

### **Estrutura do Trabalho**

O presente estudo apresentará a seguinte estrutura:

No capítulo I daremos o panorama da problemática do HIV/SIDA no mundo, na África Sub-Sahariana e em Moçambique, dando sempre um maior enfoque aos dados relacionados com a mulher. No capítulo II faremos a revisão da literatura abordaremos os diferentes factores sócio-económicos e biológicos que influenciam a vulnerabilidade Da mulher ao HIV/SIDA, faremos também uma abordagem dos direitos humanos no contexto da doença e por fim apresentaremos a discussão de alguns autores sobre a estigmatização e discriminação da mulher seropositiva. No capítulo III apresentaremos os aspectos metodológicos que orientaram a presente pesquisa nas suas diferentes fases. No capítulo IV faremos a apresentação e discussão dos resultados da pesquisa para em seguida apresentarmos no capítulo V as nossas conclusões e recomendações.

Por fim apresentaremos a bibliografia utilizada para a realização do estudo e alguns anexos.

## CAPÍTULO I CONTEXTUALIZAÇÃO

### 1.1- O HIV/SIDA no Mundo

Segundo dados divulgados em Dezembro de 2003 num relatório do Programa Conjunto das nações Unidas sobre o HIV/SIDA<sup>8</sup>-ONUSIDA (UNICEF, PNUD, FNUAP, UNODC, ILO, UNESCO, OMS, Banco Mundial); a epidemia do SIDA matou em todo o mundo, cerca de 3 milhões de pessoas e estima-se que cerca de 5 milhões adquiriram o vírus durante o ano 2003, subindo para 40 milhões o número de pessoas vivendo com o vírus em todo mundo, dos quais 37 milhões são adultos e 3 milhões são crianças abaixo dos 15 anos de idade<sup>9</sup>.

### 1.2- O HIV/SIDA Na África Sub-Sahariana

De acordo com a ONUSIDA a África Sub-Sahariana é a região com os mais altos e persistentes níveis de infecção, que se traduzem igualmente em altos índices de mortalidade, continuando a ser de longe a região mais afectada pelo vírus de HIV/SIDA no mundo. Durante o ano 2003, cerca de 26.6 milhões de pessoas nesta região viviam com o vírus do HIV, incluindo cerca de 3.2 milhões de pessoas que foram infectadas durante o ano 2002. O SIDA matou aproximadamente 2.3 milhões de pessoas em 2003<sup>10</sup>.

Contudo, a prevalência do HIV/SIDA por sexo indica que a África Sub-Sahariana é a única região no mundo na qual mais mulheres do que homens estão infectadas pelo HIV e morrem de SIDA. Estimativas do estudo indicam que 13.3 milhões de mulheres vivem com o HIV/SIDA comparando com 10.9 milhões de homens, e 13 mulheres se infectem

---

<sup>8</sup> O vírus é um tipo de micróbio que ataca o sistema de defesa do organismo humano, enfraquecendo a sua capacidade de combater as doenças. O HIV é o vírus que transmite o SIDA.

*Síndrome pode ser uma entre várias doenças, Imuno é a capacidade que o organismo tem de combater as doenças, Deficiência é a insuficiente capacidade para combater a doença, Adquirida é obtida do exterior. O HIV enfraquece o nosso corpo e o SIDA é qualquer doença que advenha desse enfraquecimento. (OOr, Neil M.:2001).*

<sup>9</sup> Ver anexo I.

<sup>10</sup> Idem.



diariamente pelo vírus do HIV/SIDA em comparação com o número de homens que é inferior em três unidades. A SANASO (2003), salienta que cerca de 4/5 das mulheres contraem o vírus através de relações heterossexuais e na maioria das vezes são infectadas pelo seu único, parceiro podendo ser o seu esposo.

### 1.3- O HIV/SIDA Em Moçambique

De acordo com os dados obtidos do “Plano Estratégico Nacional de combate as DTS/HIV/SIDA 2000-2002: Integração, Qualidade e Abrangência”, a nível Mundial, Moçambique continua entre os 10 países mais afectados pela infecção do HIV/SIDA no mundo<sup>11</sup>.

Informações obtidas no mesmo documento mostram que no ano 2000 a taxa de prevalência do HIV/SIDA<sup>12</sup> em Moçambique era de 13.6%, sendo a região Centro a mais afectada com 21.1% de casos registrados, seguindo-se a região Sul com 16% e por fim a região Norte do país com 6.8% de pessoas infectadas<sup>13</sup>.

De acordo com dados divulgados pelo CNCS, estima-se que actualmente existem em Moçambique cerca de 1 500 000 pessoas vivendo com o HIV/SIDA, sendo 1 227 000 adultos dos quais cerca de 676 000 são mulheres e 551 000 são homens correspondendo 55% e 45% respectivamente. As restantes 273 000 são crianças abaixo dos 15 anos de idade<sup>14</sup>.

Estimativas extraídas da “Primeira Parte Da Versão Preliminar Da Análise De Situação Com Vista A Elaboração Da Componente Estratégica Dum Plano Nacional Multisectorial De Combate Ao HIV/SIDA (2004)”, referem que se o padrão histórico da

---

<sup>11</sup> Ver anexo I.

<sup>12</sup> As taxas de prevalência do HIV/SIDA são representativas da população adulta dos (15-49) anos de idade.

<sup>13</sup> Factores como a forte presença das forças armadas em torno do corredor da Beira durante a guerra civil; um fluxo massivo de refugiados regressados dos países vizinhos com elevada prevalência de HIV; uma mobilidade de pessoas ao longo dos corredores comerciais contribuíram fortemente para os actuais níveis de prevalência do HIV/SIDA na região; as taxas de prevalência do HIV/SIDA na região Sul são influenciadas pela forte mobilidade devido a existência de corredores comerciais que ligam a região Sul do País aos países vizinhos: a Suazilândia e África do sul com as mais altas taxas de seroprevalência na região austral com 25% e 19% nomeadamente., RDHM (2000).

<sup>14</sup> Ver anexo I.

evolução se mantiver sem a intervenção rápida e eficaz, a taxa de prevalência do HIV/SIDA poderá subir de 13.6% registados no ano 2000 para 17% até o ano 2009.

Estes valores mostram que o país terá alcançado um equilíbrio entre o número de infecções diárias pelo HIV e mortalidade diária pelo SIDA, o que significa que o número de infecções diárias pelo HIV poderá ser igual ao número de mortes diárias pelo SIDA, ou seja num cenário actual em que registam cerca de 500 novas infecções diárias se verificariam igualmente 500 mortes diárias pelo SIDA.

Dados da vigilância epidemiológica do ano 2002, mostram que a prevalência do HIV nas mulheres não se mantém superior a dos homens durante toda a fase sexualmente activa.

Na faixa etária dos 15-19 anos de idade (altura em que iniciam as relações sexuais) a prevalência do HIV começa a aumentar rapidamente nos dois sexos, com maior incidência no sexo feminino, a partir desta fase as diferenças na prevalência do HIV entre os dois sexos são muito marcantes, chegando a taxa de prevalência nas mulheres quase a atingir o triplo da prevalência dos homens da mesma idade, esta tendência mantém-se constante até aos 30 anos.

Dos 30-49 anos de idade passa a se verificar uma maior prevalência do vírus do HIV/SIDA nos homens como consequência da maior mortalidade das mulheres pelo SIDA e pela continuidade da actividade sexual por parte dos homens<sup>15</sup>.

De acordo com informações divulgadas pelo Grupo Técnico Multisectorial<sup>16</sup>, o país vai registar durante o presente ano cerca de 97 000 (noventa e sete mil) óbitos devido ao SIDA, dos quais 38 000 (trinta e oito mil) irão ocorrer na região centro, 19 000 (dezanove mil) na região Sul e 11 000 (onze mil) na região Norte do País. Cerca de 60 000 (secenta mil) óbitos se situam na população economicamente activa (adultos com idades compreendidas entre os 20 e 49 anos de idade). Presume-se de acordo com a situação actual do HIV/SIDA por sexo que mais de metade dos óbitos vão ocorrer entre indivíduos do sexo feminino.

---

<sup>15</sup> Ver anexo II.

## CAPÍTULO II

### REVISÃO DE LITERÁRIA

No presente capítulo apresentaremos a discussão dos autores sobre a problemática do HIV/SIDA com enfoque para os factores sociais, culturais, económicos e biológicos que contribuem para a vulnerabilidade das mulheres a infecção pelo vírus do HIV/SIDA e influenciam as respostas de estigmatização e discriminação. Faremos de seguida uma abordagem do problema de estigma relacionado ao HIV/SIDA no contexto dos direitos humanos.

Na óptica da ONUSIDA (2000), apenas uma perspectiva histórica e sociocultural ajudaria a compreender as reacções negativas produzidas pelo HIV/SIDA doença. Em epidemias anteriores, o contágio real ou presumível duma doença resultava no isolamento e exclusão das pessoas infectadas tendo ao longo da história as doenças de transmissão sexual sempre produzido reacções divisórias.

O mesmo autor salienta que desde o começo da epidemia do SIDA a sociedade foi mobilizando uma série de metáforas que servem para legitimar e reforçar a estigmatização. A percepção da doença como uma punição, como um crime, como algo que só acontece aos outros, como um horror ou algo vergonhoso, têm ao longo dos tempos servido para legitimar e reforçar a estigmatização das pessoas portadoras do vírus do HIV/SIDA<sup>17</sup>.

Segundo Omangi (1997) citado pela ONUSIDA (2000), a maneira como as pessoas respondem ao HIV/SIDA varia de acordo com as ideias e recursos que a sociedade lhes disponibiliza, alimentando-se de ideologias dominantes sobre o bom e o mau a respeito do sexo e da doença, e sobre comportamentos próprios e impróprios.

---

<sup>16</sup> *Constituído Pelo INE, MISAU, MPF, UEM e CNCS, com vista a avaliação do impacto do HIV/SIDA a nível Nacional.*

<sup>17</sup> *Usarei o termo seropositivo para me referir as pessoas portadoras do vírus do HIV/SIDA.*

Esta ideia é igualmente defendida por Mejia, (1988) em "*El SIDA en México, los efectos sociales*" in ONUSIDA<sup>18</sup>, segundo este autor, em muitas sociedades onde a infecção

pelo HIV/SIDA é associada a perversão a doença pode ser visto como uma punição resultante da irresponsabilidade individual.

## **2.0. Determinantes Da Vulnerabilidade Da Mulher Ao HIV/SIDA**

Na óptica da ONUSIDA os diversos factores biológicos, sociais e económicos tornam as mulheres são 2 a 4 vezes mais susceptíveis de serem infectadas pelo vírus do HIV/SIDA do que os seus parceiros do sexo masculino.

### **2.1-Factores Sócio-Económicos**

Factores como a pobreza, o nível educacional, a identidade étnica, os valores morais e costumes interagem entre si influenciando a atitude dos indivíduos perante vários aspectos da vida social.

Segundo Martins et. al. (2004)<sup>19</sup> o acesso desigual aos recursos, o analfabetismo, a dependência económica e as desigualdades de poder e autoridade<sup>20</sup> na família, na comunidade e na sociedade em geral, contribuem para a subordinação da mulher ao homem, reduzindo a possibilidade desta participar em pé de igualdade em assuntos referentes a sua vida, aumentando a vulnerabilidade da mulher ao HIV/SIDA.

Este autor defende que a progressão da epidemia está profundamente associada a sexualidade dos indivíduos e muitos fenómenos culturais como os ritos de iniciação, ritos de morte, casamentos polígamos e tradicionais, tabus entre outros são fortemente atravessados por componentes da sexualidade como recurso importante o ritual.

---

<sup>18</sup> *Idem.*

<sup>19</sup> ONUSIDA, (1998).

<sup>20</sup> *O conceito de Poder é definido por Weber (1989) como sendo a capacidade que alguém tem de influenciar de algum modo a conduta de outrem ou de lhe impor a sua vontade, e autoridade como sendo a probabilidade que certa ordem dada a outrem seja de facto cumprida. O poder está associado a personalidade dos indivíduos, enquanto que a autoridade está associada ao exercício de um papel ou posição numa determinada organização social.*

### 2.1.1- O Sexo Coercivo

A natureza desigual das relações de poder e autoridade que se estabelecem entre homens e mulheres colocam-nas numa posição de subalternidade. Estas, relegadas a dependência económica, e ao medo de serem abandonadas ou violentadas pelos seus parceiros, têm pouco ou nenhum controle sobre a sua vida sexual, o que se traduz na sua falta de poder para decidir quando e como têm relações sexuais, tornando-as vulneráveis as infecções<sup>21</sup>.

### 2.1.2- O Sexo Comercial

Na óptica de Jackson, H.(2002), a dependência financeira das mulheres em relação aos homens conduz a dificuldades no acesso aos recursos. Devido a pobreza, muitas mulheres vêm-se obrigadas a recorrer ao sexo comercial. Esta troca reflecte-se na prostituição ou mesmo na troca de favores sexuais em ambientes pobres como único meio de que as mulheres dispõem para garantir sustento para si e para os seus filhos.

Martins et al. (2004), encontra na combinação de factores como a pobreza e a desestruturação familiar por um lado, e a construção de novas identidades baseadas nos valores da sociedade de consumo por outro, a razão que leva muitos jovens, principalmente as raparigas a envolverem-se sexualmente com homens mais velhos em troca de bens materiais, ficando mais expostas ao risco de contaminação pelo vírus do HIV/SIDA.

Para a ONUSIDA, um constrangimento acrescido encontra-se na falta de mobilidade das mulheres para a procura de serviços de saúde reprodutiva e sexual devido as responsabilidades familiares conferidas pelo pelas relações de género e sobretudo aos custos dos medicamentos, limitando-lhes o acesso a um tratamento adequados, uma vez que elas, muitas vezes não têm fundos próprios para suportar os tratamentos. Por outro lado, os serviços de saúde orientado as mulheres não incluem os relativos às DTS o que constitui um constrangimento, pois estes serviços carregam um estigma maior que os

---

<sup>21</sup> *Idem.*

serviços integrados, criando uma grande barreira para o acesso das mulheres aos mesmos serviços.

### 2.1.3- As Práticas Etno-Culturais

De acordo com Loforte citado por Martins et al. (2004) em algumas sociedades africanas a morte é vista como uma força contaminadora e poluente, este facto faz com que muitas comunidades realizem rituais de purificação para que a família retome a sua vida normal. Estes rituais variam dependendo do tipo de morte, do estatuto social do morto, da região e etno-linguística onde ocorre a morte.

O autor salienta que em algumas comunidades da região sul do país, em caso de morte de um homem, a sua mulher é considerada impura ficando esta temporariamente excluída de participar em qualquer actividade na família e na comunidade. Para a sua reinserção, a comunidade realiza rituais de purificação da viúva<sup>22</sup> que entre outros actos consiste em que esta mantenha relações sexuais com um parente próximo do defunto. Este acto realiza-se sem o uso do preservativo, contribuindo para a exposição da mulher ao vírus do HIV/SIDA.

O mesmo autor refere que existem no seio da comunidade crenças suportadas por mitos da medicina tradicional segundo as quais um homem infectado por uma DTS ou HIV/SIDA pode encontrar a cura ou “limpar-se” ao manter relações sexuais com uma rapariga virgem. As “vacinas” constituem outras formas terapêuticas correntes da medicina tradicional, estas envolvem a utilização de instrumentos cortantes ou perfurantes que sem a prévia esterilização aumentam o risco de contaminação pelo HIV/SIDA.

### 2.1.4- A Construção Social da Masculinidade

O comportamento masculino concorre em grande medida para a propagação do vírus, devido as crenças e expectativas culturais em torno da masculinidade. Segundo a

<sup>22</sup> Na região sul o ritual é designado “Ku Tchinga”; na região centro (Manica) é designado “Pita Kufa” ou “Pita Nhanga”, em Sofala por “Sororatu”.



ONUSIDA, (2001), (*op. cit.*) em todo o mundo, em média, os homens tem mais parceiros sexuais do que as mulheres e são mais susceptíveis a adoptarem outros comportamentos de risco tais como o consumo de álcool, o uso de drogas injectáveis, podendo transmitir o vírus do HIV tanto para os parceiros toxicodependentes, como para os seus parceiros sexuais que podem ser outros homens ou mulheres. Entretanto é muito menos provável que os homens procurarem os serviços de saúde do que as mulheres.

Este autor mostra que as acções dos homens, bem como as das mulheres estão limitadas pelas crenças e expectativas ligadas às tradições e são influenciadas pelas convicções culturais e pelas normas sociais que os dividem, (*op. cit.*), supõem-se que os homens sejam fisicamente fortes, emocionalmente firmes, atrevidos e viris e que mantenham relações sexuais com outras parceiras como sinal da sua virilidade, enquanto que as mulheres são obrigadas a se manter fiéis a um esposo ou parceiro<sup>23</sup>.

Para Jackson, H.(2002), estas diferenças por serem vistas pela sociedade como sendo “normais”, influenciam a forma como a sociedade percebe um homem ou uma mulher seropositiva, a autora acrescenta ainda que a discriminação relativamente aos homens seropositivos é comum em situações em que a doença está associada a homossexualidade. Nestes casos a doença é vista pela sociedade como sendo o resultado de comportamentos desviantes<sup>24</sup>. Contudo, mesmo nestes casos a discriminação não se manifesta com a mesma intensidade com que se manifesta a discriminação da mulher seropositiva.

Ao atribuir a culpa a grupos ou indivíduos, particularmente às mulheres por possuírem o que Goffman (1988) chamou de “diferença indesejada” a sociedade pensa que pode absolver-se da responsabilidade de cuidar e de tomar conta desses grupos, esquecendo-se que a própria é que criou as bases para a diferenciação.

Na óptica de Xiberras (1993), as respostas negativas ao HIV/SIDA são inevitáveis, reforçam-se e alimentam-se de ideologias dominantes sobre o bom e o mau a respeito do

---

<sup>23</sup> *Idem.*

<sup>24</sup> *Conceito desenvolvido por Goffman (1988), através do qual a sociedade classifica todos os comportamentos que se distanciam dos considerados “normais”, como é o caso da prostituição, homossexualidade, alcoolismo entre outros.*

sexo e da doença, e de comportamentos próprios e impróprios de acordo com as relações de género.

## **2.2-Factores Biológicos**

A vulnerabilidade biológica da mulher está relacionada com as diferenças fisiológicas nos traços genitais, que contribuem directamente para que a mulher corra um risco mais elevado de contrair a infecção pelas DTS e HIV que os homens.

### **2.2.1- As Diferenças Genitais**

As diferenças fisiológicas nos traços genitais contribuem para que as mulheres tenham durante as relações sexuais, uma maior área de mucosa exposta às secreções dos seus parceiros, ficando maior tempo em contacto com os fluídos sexuais do seu parceiro, que estando infectado, o seu sémen contém normalmente uma concentração do vírus mais alta do que as secreções sexuais da mulher<sup>25</sup>.

Estas diferenças contribuem também para que uma DTS não tratada facilite 10 vezes mais o risco de contaminação pelo HIV. A maioria dos casos das DTS nas mulheres “é silenciosa”, uma vez que as feridas ou outros sinais são ausentes ou então difíceis de se ver devido a forma como se apresenta o aparelho reprodutor feminino<sup>26</sup>.

### **2.2.2- A Idade da mulher**

Segundo a ONUSIDA (1998) a vulnerabilidade das mulheres na infecção pelo vírus do HIV é condicionada pela imaturidade fisiológica do seu útero particularmente nas mulheres mais jovens cujas escassas secreções vaginais colocam uma menor barreira ao HIV, permitindo que durante uma relação sexual sem protecção o homem seropositivo tenha maior probabilidade de transmitir o vírus para uma mulher não infectada, do que uma mulher seropositiva tem de infectar o seu parceiro do sexo masculino. A maior

---

<sup>25</sup> SANASO, 2003.

<sup>26</sup> *Idem.*



Essa tendência que indivíduos possuidores de um estigma têm de se fazer “passar por pessoas normais” foi classificou-a pelo sociólogo Erving Goffman como sendo a atitude do “encobrimento” ou da “manipulação da identidade deteriorada”<sup>27</sup>.

Malcon et al. citado pela ONUSIDA refere ainda que a manipulação da identidade pela mulher seropositiva, baseia-se no facto de a sociedade considerar a doença como resultado de uma falha moral (especificamente a promiscuidade sexual) e de temerem as atitudes e comportamentos de estigmatização e discriminação. A SANASO (2003) refere que (*op. cit.*) o estigma e a discriminação relacionado ao HIV/SIDA estão intimamente relacionados com a construção social da sexualidade feminina.

Goffman (1988), faz uma distinção importante entre 3 tipos de estigma: *As abominações do corpo* referindo-se as diferentes deformações físicas ou biológicas; *estigmas congénitos* percebidos pela sociedade como sendo culpas de carácter individual, estão relacionadas com comportamentos desviantes (a prostituição, desonestidade, a homossexualidade, dentre outros) e por fim os stigmas *tribais de raça, nação e religião*, podendo ser transmitidos de geração em geração.

A estigmatização e discriminação da mulher seropositiva insere-se no segundo tipo de estigma classificado por Goffman ou seja ao estigma congénitos, em que a seropositividade da mulher é vista como sendo o resultado de um comportamento imoral (promiscuidade).

Entretanto para Goffman, um indivíduo possuidor de um estigma; neste caso, uma mulher possuidora de um estigma, pode por um lado assumir que a sua característica distinta é conhecida ou é imediatamente percebida por outros (*condição de desacreditado*) e por outro assumir que o estigma não é conhecido e nem imediatamente perceptível (*condição de desacreditável*), permitindo a manipulação da identidade. Esta manipulação visa “controlar” a estigmatização e discriminação que eventualmente possa ocorrer resultante da sua identidade deteriorada.

---

<sup>27</sup> Com o conceito, Goffman refere-se a identidade de um indivíduo portador de um estigma.

Estudos realizados em Moçambique pela da MONASO e divulgados no boletim informativo "Meditar", (2003) cujo objectivo é discutir consequências do HIV/SIDA, reporta casos de estigmatização e discriminação que uma mulher sofreu na sua comunidade que por ter se declarado seropositiva. O estudo refere que muitas mulheres seropositivas, por temerem a estigmatização relacionada com o HIV/SIDA, preferem continuar ignorando o seu seroestado ou então mantê-lo em segredo.

Estudos realizados pela ONUSIDA sobre a estigmatização e discriminação da mulher seropositiva, encontraram nas construções sociais das relações de género especificamente na construção social da sexualidade feminina as causas da discriminação das mulheres seropositivas.

### **2.3- Os Direitos Humanos no contexto do HIV/SIDA**

A nível internacional foram realizadas diversas conferências convocadas pela ONUSIDA e pelo Gabinete do Alto Comissariado para os Direitos Humanos, onde foram delineadas directrizes internacionais sobre o HIV/SIDA e os direitos humanos.

A declaração de Viena de Junho de 1993, afirma que é proibida qualquer forma de discriminação baseada em no sexo, raça, orientação sexual, origem, estado de saúde ou "outro estatuto": *(op. cit.), todos os direitos humanos são Universais, indivisíveis, interdependentes e interrelacionados..., os estados têm a obrigação, independentemente dos seus sistemas políticos, económicos e culturais, de promover e proteger os direitos humanos universalmente reconhecidos e as liberdades fundamentais de acordo com o padrão internacional dos direitos humanos*<sup>28</sup>.

A lei internacional sobre os Direitos Humanos da Comissão das Nações Unidas, na Resolução 49/1999 determinou o seguinte:

*"A discriminação na base do estado relativamente ao HIV ou SIDA, real ou presumido, é proibida de acordo com os padrões internacionais existentes sobre os direitos humanos, e que o termo, "ou outro estatuto" nas disposições não-discriminatórias nos textos internacionais sobre os direitos humanos deve ser interpretado como cobrindo o estatuto de saúde, incluindo o HIV/SIDA".*

vulnerabilidade da mulher volta a verificar-se na menopausa fase em que as secreções vaginais voltam a escassear.

O relatório da terceira reunião do fórum da Mulher africana refere uma forma geral, a rápida propagação do vírus nas mulheres deve-se essencialmente a falta de acesso da mulher à informação relevante, aos recursos e oportunidades para desenvolver as habilidades necessárias para evitar a infecção pelo HIV.

Em "Womem and AIDS in developing countries, social science and medicine", de Bruney (1992) citado pela ONUSIDA (1998), refere que uma diferença biológica importante entre o homem e a mulher que leva a consequências sociais e culturais adicionais relativas ao HIV/SIDA está no facto de as mulheres com HIV poderem transmitir o vírus para os seus filhos por meio da transmissão vertical, este facto tem reforçado a concepção da mulher como um vector de transmissão da doença.

Esta realidade levanta muitas questões complexas adicionais em torno da culpabilidade da transmissão das DTS/HIV/SIDA, reforçando a tendência de feminização do SIDA e servindo apenas para perpetuar a estigmatização e discriminação da mulher seropositiva.

Scambler e Hopkins, 1986; Jacoby, (1994), citados pela ONUSIDA defendem que a forma como a sociedade tende a culpabilizar as mulheres por "trazerem" o HIV/SIDA para a família e para a comunidade levanta o problema do estigma sentido e o estigma imposto. Estes autores distinguem o estigma sentido do estigma imposto na medida em que o estigma sentido refere-se a "sentimentos que indivíduos albergam acerca da sua condição e das reacções prováveis de outros, enquanto que o estigma imposto ou decretado refere-se "às experiências reais de estigmatização e discriminação".

Para estes autores, o estigma sentido muitas vezes precede o estigma imposto e pode limitar o grau até o qual este é experimentado. Os autores explicam que muitas pessoas que vivem com o HIV/SIDA, conscientes de que muitas pessoas com HIV/SIDA foram maltratadas podem esconder o seu estado de seropositividade. Tais indivíduos, enquanto conseguirem se fazer "passar por" pessoas não infectadas, podem durante algum tempo limitar a quantidade do estigma imposto prevalecente numa sociedade ou comunidade.

A abordagem dos direitos humanos no contexto específico do HIV/SIDA tem como base a obrigatoriedade dos estados na protecção dos seus cidadãos portadores do vírus do HIV/SIDA como elemento essencial para uma resposta efectiva contra a estigmatização e discriminação.

Como forma de aderir plenamente a declaração de Viena, a África Austral promulgou em Setembro de 1997 o “Código da SADC sobre o HIV/SIDA que representa um padrão comum com que a região vai abordar os direitos e deveres relacionados com o HIV/SIDA no emprego.

Moçambique como país integrante da SADC adoptou no ano 2002 a legislação sobre os direitos humanos das pessoas que vivem com o HIV/SIDA no local do trabalho (lei 5/2002). Segundo o documento, a legislação visa proteger os trabalhadores seropositivos da discriminação no seu local de trabalho, garantindo o seu direito ao emprego; contudo apesar dela não ser abrangente, permite a violação dos direitos humanos pela falta de imposição activa de tal legislação<sup>29</sup>.

Contudo, algumas normas sociais e determinados procedimentos tendem a conduzir a exclusão das pessoas que vivem com o vírus do HIV/SIDA, violando a lei internacional sobre os Direitos Humanos da Comissão das Nações Unidas, na Resolução 49/1999 e acima de tudo os direitos humanos das mulheres.

A ONUSIDA (2000), defende que algumas autoridades nacionais e muitas instituições privadas tem adoptado medidas restritivas e coercivas como as exigências de testes de HIV/SIDA<sup>30</sup> para a provisão de serviços, emprego e viagens. Estas medidas aparentemente com objectivos de “proteger” a sociedade da infecção, na realidade servem para promover a estigmatização e a exclusão dos indivíduos infectados. O resultado positivo dos testes ou a simples suspeita pode significar a exclusão social destes indivíduos aos serviços requeridos.

---

<sup>28</sup> O termo incorpora qualquer estatuto relacionado a saúde, incluindo o HIV/SIDA, significando então que a discriminação contra as pessoas que vivem com o HIV/SIDA ou que se acreditam estarem infectadas é legalmente proibida.

<sup>29</sup> Kindlimuka (2002).

<sup>30</sup> Ver anexo III.

Pesquisas realizadas a nível nacional no ano 2002 pela associação Kindlimuka<sup>31</sup> reportam experiências individuais de estigmatização e discriminação de pessoas seropositivas na família, na comunidade e no local de trabalho. De acordo com o estudo os comportamentos de discriminação são bem visíveis na família, na comunidade e no local de trabalho mais importante que um instrumento legal de protecção é a aplicação das leis estabelecidas<sup>32</sup>, estas devem ser acompanhadas por medidas de concretas de oposição ao estigma e discriminação, incluindo o combate ao preconceito contra as trabalhadoras do sexo e a homossexualidade masculina<sup>33</sup>.

---

<sup>31</sup> *A associação de pessoas vivendo com o HIV/SIDA e simpatizante. Foi a primeira ONG nacional a realizar estudos sobre a estigmatização e discriminação de pessoas seropositivas em Moçambique.*

<sup>32</sup> *Kindlimuka, (2002).*

<sup>33</sup> *SAFAIDS (2003).*

## CAPÍTULO III

### METODOLOGIA

#### 3.1- População e Amostra

Para o presente estudo foi definida uma população jovem na faixa etária dos 18 aos 49 anos de idade. A escolha desta faixa etária deveu-se aos seguintes factores:

- (1) ser considerada economicamente e sexualmente activa e incidindo maioritariamente sobre ela os maiores índices de infecção pelo vírus do HIV/SIDA,
- (2) considera-se que nesta faixa etária os indivíduos possuem maturidade suficiente para tomar decisões importantes e fazer análise de fenómenos sociais,
- (3) ao longo desta faixa etária podem-se observar sintomas da presença do vírus do HIV/SIDA no organismo quer através da presença de doenças oportunistas ou através de confirmação médica.

**A população foi constituída por 4 grupos nomeadamente:**

- a. As mulheres seropositivas
- b. Familiares das mulheres seropositivos;
- c. Enfermeiros, conselheiros ou activistas<sup>34</sup> dos serviços de atendimento (hospital Dia- Centro de Saúde do Alto-Maé e da Polana Caniço),
- d. A comunidade onde as mulheres estão inseridas.

O facto de termos definido para a nossa observação outros grupos alvo para além da mulher que vive directamente a experiência de ser seropositiva, justifica-se pelo facto destes constituírem actores activos na reinserção social, podendo nos fornecer informações importantes que analisadas conjuntamente com as fornecidas pelas mulheres seropositivas, poderão tornar mais global a compreensão da estigmatização da mulher

---

<sup>34</sup> Os activistas estão inseridos numa determinada organização, o seu trabalho reflecte o trabalho da organização que se encontram inseridos.

seropositiva; como explica Xiberras (1993), (*op. cit.*) *a inserção não diz respeito somente a população dos excluídos, mas supõe também um papel da parte dos actores que pertencem ao campo de domínio da inserção, convém não esquecer o ponto de vista da comunidade, o ponto de vista dos actores que povoam este espaço destinado a servir de lugar de acolhimento.*

A constituição da amostra assumiu características diferentes. De acordo com a especificidade de cada grupo, definimos uma amostragem a partir da qual se pretendeu obter casos possíveis que cumprem determinados requisitos através de critérios de identificação e de procura de dados.

Para os grupos (a) e (c) definimos uma amostragem intencional, com base em dois critérios identificação:

(a): *ser mulher seropositiva e ser casada (ou viver maritalmente), divorciada (ou separada) ou viúva.*

(c): *ser enfermeiro, activista ou conselheiro e prestar assistência médica e/ou assistência psico-social.*

A opção do perfil escolhido para as mulheres seropositiva (casadas, divorciadas ou viúvas), encontra-se no facto de a partir delas ser possível obter informações que nos permitirão verificar se a tese defendida por alguns autores<sup>35</sup>, segundo a qual as mulheres seropositivas são mais discriminadas e conseqüentemente menos aceite que os homens seropositivos na família e na comunidade se verifica no caso específico da nossa área do estudo, sem que para tal seja necessário entrevistarmos os homens seropositivos.

Para o grupo (b) - definimos também uma amostragem intencional, contudo com base num critérios de identificação: *ser familiar de um seropositivo*

Finalmente para o grupo (d) definimos uma amostragem aleatória o que significa que todos os membros da comunidade tiveram a mesma probabilidade de serem entrevistados. Os critérios acima mencionados marcaram o perfil do grupo em estudo.

---

<sup>35</sup> ONUSIDA (2000).

### 3.2- Colecta e Tratamento dos Dados

O presente trabalho é um estudo de caso, pois se concentra num grupo alvo mais restrito, na óptica de Lima (2000), o estudo de caso é um procedimento lógico de investigação empírica que consiste (*op. cit.*) no exame intensivo, tanto em amplitude como em profundidade e utilizando todas as técnicas disponíveis, de uma amostra particular, seleccionada de acordo com determinado objectivo (ou no máximo de um certo número de unidades de amostragem), de um fenómeno social, ordenando os dados resultantes por uma forma a preservar o carácter unitário da amostra, com a finalidade última de obter uma ampla compreensão do fenómeno na sua totalidade.

Para a elaboração do presente estudo foram usadas as técnicas *documentais*: pesquisa bibliográfica, informações obtidas em jornais e revistas, análise da legislação e dados estatísticos, *não documentais*: observação indirecta por meio de entrevistas semi-directivas ou semi-estruturadas e observação directa as pessoas seropositivas que têm se beneficiado do tratamento TARV (ambulatório) e da assistência domiciliária.

Como explica Quivy e Campenhoudt (1992) a entrevista semi-directiva (*op. cit.*) é um tipo de entrevista constituída por um conjunto de perguntas-guias relativamente abertas, a propósito das quais é imperativo receber uma informação da parte do entrevistado possibilitando a obtenção de informação a um grau máximo de profundidade e autenticidade (o entrevistado tem a possibilidade de exprimir as suas interpretações ou experiências relativas a um acontecimento) e a possibilidade de inverter a ordem, a formulação das questões no decorrer da entrevista, e de reencaminha-lo sempre que se desvia dos objectivos da entrevista.

A grande desvantagem deste método é segundo Quivy<sup>36</sup> a incapacidade de generalizar com rigor as conclusões obtidas de um estudo, ou seja o método enfrenta o problema de representatividade. As suas extrapolações podem ser difíceis e não legítimas se não se tomarem as devidas medidas, por outro lado, as amostras são tão reduzidas que o método resulta mais viável.

---

<sup>36</sup> *Idem.*



A observação directa por seu turno permite a apreensão dos comportamentos ou reacções espontâneas (hesitação, risos, choro e outros) no preciso momento em que eles se produzem, possibilitando desta forma a comparação entre esses comportamentos e as informações fornecidas pelos entrevistados<sup>37</sup>.

Na mesma obra Quivy refere que nenhum método é em si mesmo, melhor nem pior de que qualquer outro, tudo depende, na realidade dos objectivos da investigação, do modelo de análise e das características do campo de análise.

A combinação da observação directa e indirecta possibilitou-nos uma melhor análise da informação fornecida pelos entrevistados.

### **3.3- Constrangimentos**

- (1) identificação das mulheres seropositivas (pela nossa incapacidade de identificá-la a primeira vista sem confirmação médica);
- (2) o princípio de confidencialidade e privacidade segundo o qual não se divulga a seropositividade sem autorização dos doentes;
- (3) Relativa burocracia para a autorização dos conselheiros ou activistas, enfermeiros cederem entrevistas;
- (4) O grau de dispersão das residências dos entrevistados.

### **3.4- Estratégias Adoptadas.**

- (1) Identificação através de associações de seropositivos e simpatizantes e de organizações que prestam assistência médica e psico-social aos doentes;
- (2) Realização de entrevista sem recurso ao gravador e máquinas fotográficas;
- (3) Apresentação da credencial passada pela universidade e dos objectivos do estudo.

---

<sup>37</sup> *Ibidem.*

### **3.5- Entrevistas Exploratórias**

As entrevistas exploratórias constituíram a primeira fase de contacto com o nosso grupo alvo, tiveram por objectivo estabelecer um contacto com os actores da realidade que nos propusemos analisar e definir o instrumento de recolha de dados.

Assim, foram realizadas de 15 Abril a 5 de Maio de 2004, na provincia de Maputo as entrevistas exploratórias, estas decorreram das 8 às 16 horas (meio de semana) e no aos Sábados período da manha. As entrevistas exploratórias contribuíram para a redefinição do objecto de estudo, reformulação das questões de pesquisa e introdução de novas questões.

### **3.6- A Recolha Empírica: As Entrevistas Propriamente Ditas**

As entrevista forma realizadas durante 3 semanas de 8 Junho a 2 Julho do ano 2004.

Foram definidos tópicos sobre os quais as perguntas deveriam incidir, sendo com base nos mesmos que faremos a apresentação dos resultados do estudo, a saber:

- Caracterização dos agregados familiares,
- Perfil dos doentes,
- Informações sobre o HIV/SIDA antes e depois do sucedido,
- Provável forma de infecção,
- Experiências de discriminação na família,
- Experiências de discriminação na comunidade,
- Dificuldades face a doença e estratégias de sua superação,
- Objectivos do aconselhamento,
- A confidencialidade e suas implicações,
- Reacções dos casais face a seropositividade de um
- Apoio comunitário as mulheres seropositivas.

Alguns tópicos acima descritos não serão destacados no início da abordagem, contudo serão abordados no decorrer da apresentação e discussão dos resultados.

### **3.7- Preparação do Material Recolhido**

A preparação do material consistiu na análise temática que compreendeu três momentos: a pré-análise, a exploração dos dados recolhidos e a interpretação dos mesmos. No primeiro momento, foi feita a exploração exhaustiva da informação obtida nas entrevistas, no segundo foi feita a selecção das informações pertinentes ao estudo através da definição prévia de categorias temáticas, e no último foi feita a análise de informação com base nas categorias previamente definidas permitindo a interpretação dos dados.

## CAPÍTULO IV

### APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A nossa unidade de observação empírica, foi constituído pelos quatro grupos definidos anteriormente. A informação foi recolhida nas zonas rurais e bairros periféricos da província de Maputo, nomeadamente: bairro Magude, Maxaquene "A" e "C", Infulene, Liberdade, Polana Caniço, Mafalala, Manhiça e Boane.

Foram realizadas 62 sendo: 32 entrevistas as mulheres seropositivas, 5 aos agregados familiares, 6 aos conselheiros ou activistas e 20 a comunidade. A determinação do número dos diferentes grupos foi aleatória, contudo pretendia-se uma certa representatividade da amostra.

A realização das entrevistas esteve condicionada a não uso de gravadores e máquinas fotográficas.

Durante 5 dias fizemos o acompanhamento as conselheiras e activistas nas visitas domiciliária<sup>38</sup>, o objectivo era de estabelecer o primeiro contacto com os doentes e marcar uma data para a realização das entrevistas, visto que o tempo disponibilizado pelas conselheiras para a realização das era muito curto.

Para o caso dos doentes que recebem tratamento ambulatorio<sup>39</sup> foi estabelecido um contacto telefónico e marcada a data para a realização das entrevistas. Algumas se realizaram nas residências dos doentes seropositivos e outras nas suas associações.

O acesso aos doentes seropositivos, aos enfermeiros e activistas (ou conselheiros) foi conseguido através de ONG's que trabalham na área assistência médica e psico-social

---

<sup>38</sup> Consistem na deslocação dos conselheiros ou activistas às residências dos doentes seropositivos que se encontram num estado avançado da doença, estas tem como objectivo prestar cuidados de higiene, controlar a administração dos antiretrovirais e em alguns casos o aconselhamento para o doente e para os seus familiares.

<sup>39</sup> É direccionado aos doentes seropositivos que se encontram em "bom" estado de saúde, ou seja que por si conseguem deslocar-se e exercer as suas actividades normais. Estes deslocam-se no mensalmente ao hospital Dia para receberem os antiretrovirais.

nomeadamente: *Associação Kindlimuca e Thinena*<sup>40</sup> e *os Médicos sem Fronteira Luxemburgo e Suíça*.

O acesso aos familiares dos seropositivos foi facilitado pelos próprios doentes. Nos casos em que apenas um membro do agregado familiar é que tinha o conhecimento da doença do seu parente (o seu confidente)<sup>41</sup>, a entrevista era realizada a na ausência dos outros membros adultos da família.

#### 4.1- Caracterização dos Agregados Familiares

As mulheres seropositivas e os seus familiares são maioritariamente pobres, os seus agregados familiares são compostos em média por 6 pessoas e são na sua chefiadas por mulheres. Das trinta e duas mulheres seropositivas entrevistadas 7 tem o ESG, 5 que tem o EP2, 14 tem menos que EP1, três são viúvas, cinco são divorciadas e as restantes 24 são casadas, na faixa etária dos 25 aos 55 anos de idade. Os membros do agregado familiar possuem na maioria apenas o EP2.

As condições habitacionais são precárias (zinco e caniço), as de alvenaria estão em fase de construção; frequentemente são muito pequenas para albergar elevado número do agregado familiar. Na maioria das vezes, o sustento da família é garantido pelas mulheres através da sua actividade no mercado informal, enquanto que os restantes membros procuram outras alternativas de auto-sustento como eles mesmos dizem "tentam desarascar a vida".

Contudo pudemos identificar algumas famílias que não se encontram na mesma situação de pobreza. São famílias em condições financeiras aceitáveis, possuem habitação própria ou alugada, construída com material de alvenaria, em que as mulher tem um trabalho formal é com os seus rendimentos faz face as necessidades da família.

---

<sup>40</sup> *Associações de pessoas vivendo com o HIV/SIDA e simpatizantes. Em Xirronga, Kindlimuca significa Acorda e Tinhena significa heróis.*

<sup>41</sup> *Os serviços de assistência médica aos doentes seropositivos exigem que o doente informa a pelo menos um familiar seu sobre a sua seropositividade para que este possa ajuda-lo na administração dos medicamentos e possa socorre-lo em casos de urgência. Este familiar é designado "confidente".*

#### **4.2- Perfil dos doentes**

Foi possível identificar dois grupos de mulheres seropositivas:

(1) das que se encontram num estado avançado da doença e que por isso recebem assistência domiciliária, não possuem capacidades físicas para desenvolverem uma actividade remunerável, tornando-as completamente dependentes da família, uma vez que tiveram que foram obrigadas a abandonar as actividades que desenvolviam antes de ficarem doente.

(2) das que apesar de viverem com o vírus no organismo são "normais" podendo desenvolver qualquer actividade; estas recebem tratamento ambulatorio. Pudemos identificar algumas mulheres seropositivas, embora em número reduzido que contribuem para o sustento da família através do subsídios resultantes das actividades de geração de rendimentos desenvolvidas nas associações que trabalham. Um caso marcantes foi de duas mulheres seropositivas que trabalham activamente para quebrar o silêncio e através do seu trabalho garantem o sustento da sua família.

#### **4.3- Informações Sobre O HIV/SIDA Antes E Depois Do Sucedido**

Esta questão permitiu avaliar as razões das reacções iniciais dos doentes, dos seus familiares bem como da comunidade ao se depararem com uma situação real de HIV/SIDA. Assim foi possível identificar 3 grupos de respostas:

(i)- Dos que já tinha ouvido falar da doença, acreditava na sua existência e que qualquer pessoa podia ser infectada,

(ii)- Dos que já tinham ouvido falar na doença, mas só a passaram a acreditar quando foram informadas que eram seropositivos ou então que tinham um parente seropositivo.

(iii)- Dos que apenas ouviram falar quando lhes foi comunicado sobre o seu estado.

O primeiro grupo afirmou que já tinha ouvido informações pela rádio, pelo jornal ou através de amigos, sabiam que as relações sexuais eram uma forma comum de infecção.

Uma mulher afirmou o seguinte:

*“ouvi falar em 1988 no Zimbabwe onde tenho os meus familiares, na altura já se falava muito da doença e ter SIDA era normal, quando meu marido ficou doente comecei a desconfiar da doença e desloquei-me ao Zimbabwe com o meu marido e ele fez o teste; foi lá onde iniciou os tratamentos...então quando me informaram que também era seropositiva não foi novidade para mim...”*.

O segundo grupo foi o mais comum, a maioria das mulheres seropositivas tinha informações sobre a doença mas não esperava que elas ou alguém próximo se infectasse muitos afirmaram que:

*“não esperava que ter esta doença porque eu só dormia com o meu marido e sabia que essa doença ataca as pessoas que tem muitos amantes, mas depois fiquei a saber que mesmo dormindo com apenas um homem se ele tiver a doença também posso apanhar”*.

Algumas mulheres que ouviram falar da doença na altura em que lhes foi comunicado o seu estado vive com o vírus a mais de 10 anos. Uma mulher casada afirmou que:

*“lá onde vivia não chega a rádio, nunca tinha ouvido falar e também nunca falei sobre esses assuntos com o meu marido, em 1992 comecei a adoecer muito, fomos para muitos curandeiros e como não melhorava viemos para Maputo mais tarde me disseram no hospital que tinha SIDA...”*.

Todas as doentes entrevistadas após tomarem conhecimento do seu estado passaram a demonstrar um maior interesse pela doença aprofundando os seus conhecimentos sobre a doença. Uma doente disse:

*“como posso lutar contra alguma coisa que não conheço... tenho que conhecer muito bem para poder viver...”*.

✓

Relativamente aos familiares a maioria afirmou que já tinha ouvido falar da doença mas que passou a acreditar nela quando teve seu parente doente. Uma mãe de uma mulher seropositiva afirmou o seguinte:

*“já tinha ouvido na rádio, mas nunca prestei muita atenção, só quando a minha filha conversou comigo é que comecei a me interessar para poder ajuda-la”.*

No decorrer do estudo foi possível verificar que a maioria das mulheres seropositivas entrevistadas tiveram conhecimento do seu seroestado depois dos seus maridos.

Uma mulher afirmou o seguinte:

*“primeiro o meu marido preparou-me, começou a falar muito de HIV/SIDA e um tempo depois disse-me que estava infectado e disse-me para também ir fazer o teste”. Outra ainda disse que: “soube porque o meu filho ficou muito doente e morreu de SIDA... então eu fiz o teste e deu positivo, pensei que também ia morrer, mas ainda estou viva. Agora sei que ter o HIV/SIDA não significa que vou morrer”.*

A observação permitiu verificar que as mulheres adultas tem o conhecimento do seu seroestado relativamente tarde, altura quando os maridos se encontram num estado avançado da doença ou depois que estes morrem. Esta constatação encontra justificação nas teorias abordadas relativas a construção social das relações de género, segundo as quais a falta de mobilidades das mulheres para a procurar os serviços de saúde sexual e reprodutiva deve-se ao exercício de seu papel tradicional que consiste em cuidar da casa e dos filhos, impedido-a ter conhecimento da sua seropositividade relativamente cedo. Bordada sobre o assunto uma conselheira explicou:

*“muitas mulheres jovens vêm fazer o teste enquanto estão saudáveis, elas tem o vírus, apesar de serem portadoras do vírus não estão doentes de SIDA, fazem o teste e se for necessário começam a tomar os antiretrovirais, enquanto que as mulheres adultas quando chegam aqui já estão muito doentes. Temos muitos casos de mulheres jovens que nunca ficaram doentes”.*

O mesmo não se verifica com as mulheres mais jovens, estas muitas vezes têm conhecimento da sua seropositividade na fase inicial da doença, pois procuram os serviços de planeamento familiar com mais frequência e na presença de uma DTS ou de uma gravidez são aconselhadas a fazer o teste do HIV/SIDA.



De acordo com Jackson, H., este facto deve-se a tendência de “abertura” das novas gerações aos novos valores culturais.

Este é o caso de algumas mulheres jovens que afirmaram o seguinte:

*“eu sei que estou infectada porque fiz o teste, nunca tive nenhum sintoma e nunca fiquei doente, o meu marido também”.*

Uma multiplicidade de factores influencia as reacções dos doentes seropositivos, da família e da comunidade ao se depararem com uma situação real de HIV/SIDA. Na óptica da ONUSIDA (2000), muitas dessas reacções resultam da percepção do HIV/SIDA como uma doença altamente contagiosa e que leva a morte.

Um outro entrevistado afirmou que:

*“fiquei chocada, logo pensei o que seria de mim, o que a minha família ia pensar de mim, a minha família ia me acusar de trazer desgraça para casa”.*

Algumas mulheres que afirmaram ter tido contacto anterior com doentes seropositivos e que tinham perdido seus maridos ou parentes afirmaram que ficaram conformadas só lhes restava esperar a morte. Uma mulher viúva disse-nos que:

*“quando me informaram, fiquei conformada, de certa forma já esperava, o meu marido morreu de SIDA e como eu tinha a doença também ia morrer”.*

Contudo, algumas mulheres mais jovens afirmaram não ter pensado na morte, porque tinham recebido aconselhamento e sabiam que podiam continuar a viver. Uma entrevistada referiu que:

*“ eu aceitei a doença e interessei-me mais em querer saber como podia viver com o vírus, não pensei na morte, também estava deprimida por ter perdido o meu filho”. Outra ainda afirmou que: “claro que fiquei triste, mas não pensei que era o fim do mundo, já sabia que podia prolongar a minha vida, bastava tomar os devidos cuidados”.*

Segundo Goffman, a estigmatização “toca” também a família da pessoa portadora do estigma. A ONUSIDA refere que as pessoas portadoras de doenças contagiosas e seus familiares sempre foram discriminadas pela comunidade

Um pai disse o seguinte:

*“Esta doença é uma vergonha para a família, ninguém vai querer conviver com pessoas que tem um doente de SIDA em casa ”.*

#### **4.4- Provável Forma de Infecção**

De acordo com a ONUSIDA (1998), num contexto do HIV/SIDA a probabilidade de uma pessoa se infectar pelo vírus é influenciada pela interação de diversos factores nomeadamente factores pessoais, sociais, económicos, biológicos e outros relacionados com a qualidade e cobertura dos serviços de prevenção da doença.

Foram identificados alguns factores sociais resultantes das relações desiguais de poder e autoridade entre os homens e as mulheres com reflexos no campo da sexualidade. Estes, têm contribuído para a vulnerabilidade das mulheres a infecção pelo vírus do HIV/SIDA. Alguns autores já abordados defendem que a construção social da sexualidade permite que os homens tenham mais que uma parceira sexual, enquanto que a mulher é obrigada a assumir uma fidelidade incondicional ao seu marido e a não questionar a suas relações extra conjugais pois estas são consideradas sinónimo da sua virilidade. Assim, muitas mulheres afirmaram que apesar de terem conhecimento de que os seus maridos tinham mais que uma parceira sexual não tinham poder para exigir-lhes o uso do preservativo.

De acordo com Jackson, H. esta falta de poder é influenciada por aspectos culturais onde o uso do preservativo está relacionado a práticas extraconjugais ou ao sexo ilícito, e uma mulher que sugira ao seu marido o uso do preservativo corre o risco de ser agredida por ele ou de ser censurada pela família caso tome conhecimento.

Questionadas sobre a provável forma de infecção, a maioria das mulheres seropositivas apontaram as relações sexuais como tendo sido a via mais provável de contaminação.

Uma mulher referiu que:

*“ O meu ex-marido era motorista e viaja muito por todo o país, sabes como é motorista tem muitas mulheres, um dia sugeri que usássemos o preservativo e ele disse que se eu quisesse usar preservativo que fosse com os meus amantes”.*

Outra afirmou que:

*“eu fiz uma operação e desconfio que pode ter sido lá, mas como o meu marido anda com muitas mulheres... quando zangamos e eu vou dormir em casa da minha irmã, no mesmo dia vai buscar uma mulher para dormir com ela dentro de casa... eu também tinha um amigo, mas ele também fez o teste e deu negativo,... o meu marido anda com todas as vizinhas, é por isso que desconfio mais dele”.*

Na óptica de Jackson, H.( 2002) e ONUSIDA (1998), certas crenças, normas e práticas culturais contribuem para o fracasso das mensagens de prevenção tais como o uso do preservativo ou a redução de parceiras sexuais, conduzindo a negligência a deliberada das pessoas de praticarem “sexo seguro”. Relativamente a este aspecto uma mulher seropositiva fez o seguinte comentário:

*“ essa coisa dos homens terem muitas amantes e ainda por cima não gostarem de usar o preservativo só lhes prejudica, o meu namorado sempre teve muitas amigas, e nunca aceitou usar o preservativo, eu também tenho um amigo casado e ele também não aceita, agora que estou assim... também não posso lhes dizer nada porque ia perder muita coisa...”*

Na óptica da SAFAIDS(2003), os factores pessoais como o número de parceiros sexuais ou e actos sexuais não protegidos e a natureza dos actos sexuais também contribuem para a vulnerabilidade a contaminação pelo HIV/SIDA. Contudo estes factores não podem ser dissociados de factores como a existência de conhecimento e capacidades das mulheres se protegerem, a existência de conhecimentos acerca dos programas de tratamento e apoio social, bem como a capacidade de acesso a esses

serviços devido sobretudo aos custos (do transporte ou dos medicamentos), pois estes são socialmente condicionados.

Algumas mulheres encontraram a possibilidade de terem sido infectadas pelo seu próprio comportamento sexual, uma mulher afirmou que:

*"foi através do sexo, tenho certeza por causa do que eu faço, muitos clientes não aceitam usar o preservativo e... mesmo agora que estou infectada quando o cliente paga mais eu aceito fazer sexo sem preservativo".*

#### **4.5- Experiências De Discriminação Na Família**

As famílias dos países africanos geralmente são famílias alargadas e são as principais prestadoras de cuidados aos membros doentes, contudo relativamente ao HIV/SIDA, a maioria das respostas familiares tem sido negativa.

Relativamente as mulheres seropositivas cujas famílias tem o conhecimento do seu seroestado foi possível identificar 4 grupos de mulheres seropositivas quanto as experiências de discriminação e as razões e manifestações da mesma. Os principais factores identificados foram, a falta de conhecimentos sobre os factores sociais que tornam a mulher mais vulnerável ao HIV/SIDA, influenciam a percepção da seropositividade da mulher como sinónimo de promiscuidade. Um outro factor que contribui para a estigmatização e discriminação da mulher seropositiva é factor económico.

Algumas mulheres afirmaram nunca terem sido discriminadas pela sua família, contudo estes casos são muito raros.

(1)- Doentes cuja famílias muito é pobre mas que prestam apoio moral e financeiro de acordo com as suas possibilidades:

Este tipo de relação é mais frequente nas famílias directas (pais e irmão) das mulheres seropositivas, mas são casos muito raros. Os familiares acreditam que ela tinha sido infectada pelo marido ou que a sua doença seja resultante de feitiçaria. Na maioria das vezes o regresso a casa de uma mulher divorciada ou viúva e em estado debilitado de

saúde tem significado encargos para a família e a tristeza da família provem do facto de não ter recursos para suportar um membro doente. Estas famílias facilitam de certa forma a reinserção da mulher seropositiva na família.

uma senhora divorciada lamentou:

*“ Quando fiquei doente o meu marido não quis entender, disse que sempre desconfiou que eu dormia com outros homens... não quis guardar segredo e foi logo informar a família dele, como nunca gostaram de mim expulsaram-me de casa, tive que voltar a casa dos meus familiares aqui eles me tratam bem, somos pobres mas me ajudam muito”.*

Uma senhora divorciada que disse o seguinte:

*“ Quando fiquei doente o meu marido não quis entender, disse que sempre desconfiou que eu dormia com outros homens... não quis guardar segredo e foi logo informar a família dele, como nunca gostaram de mim expulsaram-me de casa, tive que voltar a casa dos meus familiares aqui eles me tratam bem”.*

(2)- grupo de doentes cuja família é muito pobres e não presta nenhum tipo de apoio ao doente: Este grupo apenas aceita a doente por ser a sua família, acha que a mulher vai morrer e que a responsabilidade de cuidar dos doentes é do hospital e não sua, não prestam nenhum tipo de apoio e só se mostram interessados pela doente na presença das conselheiras que são obrigadas a se deslocarem cerca de 3 vezes por semana para darem assistência a doente. As doentes neste tipo de família são discriminadas abertamente pela própria família dificultando a sua reinserção na família.

A uma mulher seropositiva disse que:

*“no início quando fiquei doente ninguém queria se aproximar mim, os meus irmãos separaram tudo, pratos colheres, lençóis, foi muito difícil para mim ver a minha própria família me tratar assim pelo menos me darem apoio moral, até piorei porque estava sempre a pensar”.*

Uma jovem casada informou-nos que:

*“ eu vi como a minha família tratou a minha irmã quando ficou doente, trataram-lhe como se fosse um animal...nem parecia que era filha deles ela veio da África do sul muito doente e acusaram de ter estado lá a levar má vida, e agora vinha dar trabalho e vergonha a família, se eu contasse ao meu marido teria que voltar para a casa da minha família, prefiro não dizer nada”.*

Na óptica de Goffman (1988), muita vezes, acreditamos que alguém com um estigma não é completamente humano e fazemos várias discriminações através das quais reduzimos as suas chances de vida.

- (4) grupos de doentes cuja família em condição económica aceitável e que se não responsabiliza pelo doente:

Estes sentem como sendo uma imposição ficar com doente seropositivo em casa, muitas vezes não controlam a medicação e alimentação da doente e mostram pouco interesse na sua recuperação. Estas acham que o dever de cuidar da doente é da família directas e não da família dos esposos e que eles têm ocupações mais importantes. Casos de família do marido que cuida da mulher seropositiva são muito raros identificámos apenas.

Uma mulher viúva disse que:

*“ Quando o meu marido ficou de baixa e soubemos que estava com SIDA, a família dele acusou-me de ter sido eu a trazer a doença apesar de eu estar saudável na altura, no dia seguinte não me deixara entrar no quarto e foi assim até ele morrer”, esta mulher acrescentou ainda que “ o funeral foi realizado na minha casa, mas eu não podia fazer nada quando voltamos do cemitério mandaram-me embora e ficaram com a casa, até hoje os irmãos vivem lá”.*

Uma mulher casada com um homem também seropositivo informou que:

*“a minha família no que vive no norte sabe que eu e o meu marido somos seropositivos, aqui no sul não tenho família directa, só a familiar do meu marido, mas já lhes informei e não nos deram nenhuma ajuda ,mas não é por falta de dinheiro”.*

Os casos de discriminação também se verificam em relação aos familiares directas . Uma mulher seropositiva afirmou ter sentido mais a discriminação quando já não podia contribuir para as despesas da casa, contou:

*“quando eu sustentava esta casa todos gostavam de mim, mas quando fiquei muito doente a minha família comentava que eu só dava trabalho e que o dinheiro que tinham era para comer e não para gastar em medicamentos para uma pessoa que ia morrer, agora que voltei a trabalhar tratam-me melhor”.*

- (4) grupos de família em condição aceitável e que se responsabiliza pelo doente:

Estas famílias não tem grandes problemas financeiros e a volta do seu familiar doente não constitui nenhum constrangimento para a família. Esta mostra-se sempre disposta a ajudar e preocupada com a saúde do seu familiar. A reinserção da mulher seropositiva nesta família torna-se fácil e contribui para que a doente recupere e consiga enfrentar a discriminação na comunidade.

Uma mulher contou:

*“a minha família tem me ajudado desde que souberam do meu estado, tem me dado muito carinho e cuidam de mim com muito carinho, tornei-me a criança da casa e isto é muito importante para mim porque assim não me importo com os comentários dos outros”*

Outra ainda informou o seguinte:

*“ quando a minha família soube que o meu marido tinha SIDA aconselharam-nos a ir fazer o tratamento no Zimbabwe e ajudaram-nos a pagar o tratamento, mesmo agora que estou aqui eles têm mandado dinheiro para ajudar na nossa alimentação, mas a família dele não se preocupa comigo, dizem que eu é que apanhei a doença no Zimbabwe e passei para o meu marido ”.*

De uma forma geral as mulheres cujas famílias tem conhecimento do seu estado afirmaram já terem sido discriminadas pelos seus maridos. Geralmente quando o homem toma conhecimento da seropositividade da sua esposa antes da sua, tende a discrimina-la, nestes casos a discriminação está fortemente ligada a percepção da doença ao mau comportamento da mulher (infidelidade) tendo o homem suporte social para abandoná-la.

Uma mulher que teve essa experiência contou:

*“ eu fui a primeira a ficar doente, antes do meu marido fiquei de baixa no hospital e lá informaram ao meu marido que eu estava infectada, ele acusou-me de lhe ter traído e nunca mais apareceu... ”.*

São frequentes casos de discriminação de mulheres seropositivas pelos próprios maridos, um conselheiro afirmou que:

*“ uma vez fizemos o teste a mulher que estava muito doente e informamos o resultado que era positivo e ao marido, o senhor começou a insulta-la aqui mesmo, chamou-lhe prostituta e que quando chegasse a casa não queria mais lhe encontrar lá, este homem não aceitou o aconselhamento e foi-se embora”.*

Na optica de Goffman (1975), o estigma sentido precede ao estigma imposto e pode limitar o grau até ao qual o último é experimentado influenciando as atitudes de manipulação da identidade.

O estudo mostrou que muitas mulheres por saberem como outras mulheres seropositivas forma tratadas e guiadas pelo medo de serem tratadas da mesma forma, tendem a manipular a sua identidade de mulher seropositiva, fazendo-se passar por mulheres não infectadas na família e na comunidade, mostrando a sua verdadeira identidade apenas na presença de outras mulheres seropositivas.

como disse a entrevistada:

*“na casa onde vivo com o meu marido, os seus irmãos e sobrinhos e dois filhos nossos, nessa casa ninguém sabe que estou infectada o só o meu filho mais velho de 11 anos é que sabe e têm me dado muito apoio... nem penso em contar, como não me dou bem com o meu marido e com a família dele com certeza que iriam expulsar-me de casa”, esta acrescentou ainda que “ a minha mãe e a minha irmã mais velha sabem do meu estado e me dão muito apoio !”.*

Uma conselheira referiu que:

*“nós sempre aconselhamos as mulheres a informarem a família, principalmente aos maridos para que possam fazer o teste, mas a maioria recusa-se, nós exigimos no máximo três confidentes, mas a maioria só apresenta um”.*

Uma mulher questionada sobre esse assunto respondeu:

*“não posso contar ao meu marido, sei que não sou culpada, como fui a primeira a saber ele vai pensar que fui eu que lhe transmiti, prefiro não dizer nada”.*

Segundo Jackson, o apoio e a cooperação da família joga um papel fundamental para a recuperação da auto-estima e para a luta contra a estigmatização e discriminação na comunidade. O estrato abaixo reflecte o significado do apoio familiar para uma mulher seropositiva:

*“a minha família sabe que sou seropositiva desde o dia que tive o resultado... esconder para que? É a minha família, não posso lhes esconder nada, principalmente uma informação dessas, e depois quando a*



*“ pessoa está infectada precisa de muito carinho da família para conseguir enfrentar a discriminação, além do mais eu não tenho culpa de ter contraído o vírus...”*

De acordo com os conselheiros a tendência dos doentes é de manterem o máximo de confidencialidade possível, a conselheira explicou que:

*“ nós exigimos no máximo três confidentes, mas a maioria só traz um”*, ligada ainda a confidencialidade acrescentou que:

*“ o medo da discrimina, é um problema muito sério. Os doentes que recebem tratamentos nos hospitais públicos correm maior risco de serem discriminados, porque de certa forma eles são vistos aqui, os que têm dinheiro só vêm fazer o teste e depois nunca mais vem, esses fazem o tratamento nas clínicas privadas fora do país onde ninguém lhes conhece e ninguém vai comentar que o fulano tem SIDA, nestes o segredo fica com a pessoa ou só com a família”*

Relativamente ao apoio prestado pela família pudemos verificar que a seropositividade de uma mulher é mais facilmente aceite, na sua família directa (embora tenham se verificados casos muito raros) do que na família do marido. Entretanto a seropositividade dos seus maridos é facilmente aceite tanto na sua família como na da sua esposa. A seropositividade dos seus maridos é percebida como uma simples doença contagiosa e não como uma falha moral, como acontece no caso das mulheres. Nestes casos a estigmatização e discriminação dos homens seropositivos resulta do medo que a sociedade tem da doença

Como explica uma mulher seropositiva:

*“a família do meu marido sabe que nós dois estamos infectados, mas tratam bem ao filho deles enquanto que eu só recebo insultos, dizem que eu tenho muitos homens e foi com eles que apanhei SIDA, uma vez que faço mukero, acho que só não me mandam embora porque tenho que cuidar do meu marido, mas se ele morrer, não vou durar nem mais um segundo nesta casa”*.

Outra mulher ao contar-nos a sua experiência afirmou:

*“ Na minha família nunca trataram mal o meu marido, mesmo quando ele soube que tinha a doença antes de mim eles é que nos ajudavam a pagar o tratamento, mas a família dele não me trata bem, a irmã dele gosta dele está sempre preocupada com a saúde dele mesmo agora que está melhor, mas a mim olha-me com uma cara...”*

Por vezes a estigmatização vem do próprio doente, na óptica de Goffman, em alguns casos esta auto-estigmatização manifesta-se por indivíduos possuidores de um estigma começarem a evitar certos ambientes sociais nos quais poderiam ser sujeitos a estigmatização e discriminação.

Um parente de uma mulher seropositiva explicou:

*“ a minha sobrinha tem o vírus, está um pouco doente, mas pode sair, mas ela pensa que as pessoas vão desconfiar e que vão lhe estranhar, por isso prefere ficar dentro de casa, não vai nem para a igreja”.*

#### **4.6- Experiências De Discriminação Na Comunidade**

Respostas semelhantes de estigma podem ser encontrado na comunidade. Questões sociais relacionadas com a forma que homens e mulheres devem viver a sua sexualidade têm contribuído para a estigmatização e discriminação. Questionada sobre as razões da discriminação dos doentes seropositivos (homens e mulheres), a maioria dos entrevistados na comunidade respondeu a esta questão tendo como base a construção social da sexualidade dos homens e das mulheres, assim estabeleceu uma diferença entre a forma como percebe a mulher e o homem seropositivo.

Um senhor ao estabelecer esta diferença referiu-se do seguinte modo:

*“ coitado do gajo teve azar apanhou uma mulher doente...”*

*“ Deixa-la a gaja quem mandou ser vaca...”*

Esta forma de percepção da mulher seropositiva extremamente depreciativa têm fortes raízes nas crenças culturais e contribui para a perpetuação de crenças erróneas e largamente difundidas segundo as quais as mulheres são as distribuidoras das DTS, HIV/SIDA, como se as doenças existissem por si no organismo das mulheres. Na óptica da ONUSIDA, estas ideias são partilhadas tanto pelos homens como pelas mulheres, contribuído para a sua estigmatização e discriminação.

Apesar da maioria das mulheres seropositivas entrevistadas tentarem manter o seu estado de seropositividade sob máxima confidencialidade na família e principalmente na

comunidade, não impede que a comunidade desconfie e teça comentários sobre o presumível ou confirmado estado de seropositividade de alguém.

Uma mulher contou a sua experiência de estigmatização e discriminação no bairro onde vivia:

*“acho que o dono da casa sabia, de um dia para o outro aumentou a renda da casa para o dobro... fomos obrigados a sair, alguns anos depois íamos comprar uma casa e já tínhamos pago 50%, mas o dono devolveu-nos o dinheiro sem uma justificação convincente... acho que ouviu falar de nós”.*

Outras mulheres afirmaram terem sido alvo de risadas no bairro onde vivem, uma contou:

*“tinha uns amigos no bairro quando fiquei doente os meus vizinhos desconfiaram quando eu passava dizia que só podia ser SIDA, que uma pessoa não podia perder tanto peso em pouco tempo, comentavam e os meus amigos também e quando eu ia ter com eles saía um a um e eu ficava sozinha...”*

Relativamente a este assunto uma mulher disse:

*“não sei se os meus vizinhos sabem, eu nunca lhes disse nada, se sabem pode ter sido pela televisão... sabes como essas notícias correm, mas também não escondo, também não vou andar por aí a dizer a todo o mundo que sou seropositiva, mas quando alguém me pergunta respondo que sou apesar de não acreditarem”.*

A confidencialidade em volta do estado de seropositividade das pessoas faz com que a maioria da comunidade nunca tenha tido a experiência de conviver com uma pessoa seropositiva. Este facto tem contribuído para a concepção de doentes seropositivos como sendo pessoas fisicamente debilitadas, com pouco peso, com feridas pelo corpo e as “portas” da morte, esta percepção é resultado das imagens difundidas pelos meios de comunicação, particularmente pela televisão. Na presença de um doente seropositivo “saudável”, a tendência da comunidade é de não acreditarem no seu estado de portador do HIV/SIDA.

Como explicou uma mulher seropositiva:

*"...agora que recuperei os meus amigos vieram ter comigo e me disseram que pensaram que eu tinha SIDA, mas que agora viram que estavam enganados, eu disse-lhes que não estavam, que sou seropositiva, mas como estou bem eles não quiseram acreditar". outra explicou o seguinte: "... as pessoas não acreditam, já tive que mostrar o resultado dos exames e o meu cartão de controle de antiretrovirais e ainda assim a minha cunhada não acreditou..!"*

Na comunidade, existem certas pessoas que devido a proximidade com o doente podem ter informação, mas são casos muito raros, estes preferem informar a algumas pessoas que vivem fora do seu bairro, uma mulher contou-nos que:

*"eu informei ao meu pastor na igreja e a conselheira que me incentivou a fazer o teste, são boas pessoas e tem me dado muito apoio moral".*

Existem outros que decidiram "quebrar o silêncio" e sempre que são solicitados para aconselhamento usam a sua própria experiência de seropositivos para dar apoio moral aos doentes recentemente informados.

Este é o caso de uma mulher seropositiva:

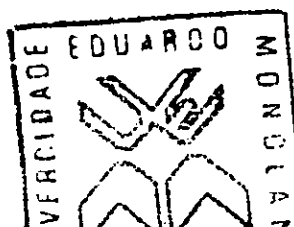
*"eu sou uma pessoa religiosa e acho que se deus pôs este vírus em mim tinha algum objectivo, agora para que esconder? Na minha igreja contei ao meu pastor e a algumas irmãs sérias, mais tarde comecei a fazer palestras na igreja para ajudar as pessoas que ainda não conseguiram enfrentar a doença, eu recebi apoio e sei como é importante, agora eu é que dou apoio moral as pessoas".*

#### **4.7- Principais Dificuldades e Estratégias de Superação**

As maiores dificuldades enfrentadas pelas mulheres seropositivas e seus familiares pode ser encontrada a dois níveis:

- (1)- falta de recursos financeiros para a medicamentos e alimentação recomendada,
- (2)- a estigmatização e discriminação da mulher seropositiva.

Todas as mulheres entrevistadas pertencem ao grupo de doentes que recebem assistência médica gratuita em antiretrovirais (combinação dos comprimidos antiretrovirais com os antibióticos), contudo para a medicação específica para cada doente não é gratuita, tendo a mulher seropositiva que suportar a sua compra, na sua maioria medicamentos



caros e existentes apenas nas farmácias privadas, tornando-se impossível a sua compra devido a condição de pobreza da maioria das mulheres seropositivas.

A irmã duma doente explicou:

*"está a ver a pele dela como está seca? receitaram-lhe uma pomada mas é muito cara, temos dinheiro para comprar, então de vez em quando pomos vaselina mas não melhora"*

Por outro lado, a recuperação dos doentes exige uma alimentação equilibrada rica em vitaminas, o que tem significado outro constrangimento.

Serviços de assistência social levados a cabo por organizações não governamentais têm contribuído em certa medida para a superação destas dificuldades através das visitas domiciliárias, contudo esta ajuda tem sido assistemática e dependente de financiamentos provenientes de outros países.

Uma mulher seropositiva explicou:

*"... as vezes a comida enjoa-me, quando como vomito tudo, só me apetece tomar líquidos, mas não tenho dinheiro... as vezes penso que era melhor eu morrer"*.

Muitas famílias de mulheres seropositivas em estado avançado da doença queixam-se de nada poderem fazer para fazer face a falta de dinheiro. Estas famílias apenas esperam apoios trazidos pelas organizações que lutam contra o HIV/SIDA tanto para fazer face a alimentação como para a discriminação.

Um conselheiro informou-nos que:

*" muitas famílias aproveitam-se dos kits de alimentos que trazemos para as doentes para a alimentação de toda a família, a comida que damos devia durar um mês e só dura uma semana..."*

A assistência alimentar está principalmente direccionada as doentes que se encontra de "cama", cabendo as mulheres saudáveis superar por si as dificuldades.

Verificamos que a maioria destas mulheres têm optado em trabalhar nas associações de pessoas portadoras do HIV/SIDA como activistas ou conselheiras dos grupos de apoio ou desenvolvendo outro tipo de actividade no mercado informal.

Uma mulher viúva que vive apenas com as duas filhas disse:

*“trabalhamos na associação como conselheiras, tivemos financiamento para actividades de rendimento pelas quais recebemos um subsídio, mas o dinheiro é pouco e termina no próximo mês, não sei como será depois porque sou a única que trabalha em casa, as minhas filhas são estudantes”.*

Uma mulher vendedora no mercado fajardo contou:

*“eu trabalhava como empregada doméstica numa casa, mas quando comecei a ficar doente faltava muito ao serviço, a minha senhora mandou-me embora, quando melhorei não procurei mais emprego, vim trabalhar aqui”.*

Relativamente a estigmatização e discriminação na família e na comunidade as mulheres seropositivas afirmaram que possuir um trabalho e poder contribuir com as despesas da casa tem facilitado a sua reinserção na família, pois a nível pessoal devolve-lhes a auto-estima e a nível familiar tem a possibilidade de recuperar o respeito que uma vez perderam.

Uma mulher seropositiva que viveu essa experiência contou:

*“ ter um trabalho ajuda muito, mesmo quando a tua família gosta de ti e entende o teu problema se a pessoa a pessoa depende deles para tudo nunca vão faltar bocas, até as crianças da casa não vão te respeitar...agora que melhorei e trabalho já convivemos bem”.*

Uma outra reportou:

*“Eu nunca fui mal tratada pela minha família, mas sinto que agora que melhorei e trabalho o nosso relacionamento melhorou muito”.*

O facto de algumas mulheres seropositivas assumirem publicamente o seu estado pode influenciar para a redução do estigma na comunidade, como disse uma entrevistada:

*“ muita gente sabe que sou seropositiva porque já apareci publicamente em vários momentos, dou aconselhamento no hospital dia de três hospitais, participo em campanhas de advocacia, sinto que as pessoas tentam se aproximar talvez por curiosidade de quererem saber como é uma pessoa com SIDA, a*

*minha família já se reaproximou de mim e os meus vizinhos e irmãos da igreja também, sinto que não estão totalmente a vontade comigo, mas com o tempo podem melhorar”.*

Outra mulher que defendeu a mesma ideia disse:

*“ se as pessoas não se escondessem tanto talvez a discriminação reduzisse, porque o problema não é ter a doença o maior problema é a discriminação, quantas pessoas já ouvimos dizer que morreram de SIDA, quando me perguntam eu digo que tenho SIDA, esta é a minha forma de lutar conta a discriminação e que é uma doença normal como as outras, só é preciso tomar certos cuidados”.*

Todas as mulheres seropositivas cujas famílias não tem conhecimento do seu seroestado afirmaram terem intenção de informa-los, contudo como a falta de conhecimentos e as crenças culturais existentes em volta da doença tornam o estigma um problema muito complexo, optaram por “preparar” as suas famílias para que estas possam receber a notícia da melhor forma possível.

Esta atitude resulta da assistência psicológica que as mulheres seropositivas se beneficiam como parte complementar do seu tratamento, pois o HIV/SIDA afecta para além da saúde física a saúde psicológica e social e o seu tratamento do dos doentes seropositivos requer um assistência simultânea a todos os aspectos da saúde no geral..

A assistência psico-social prestada as mulheres seropositivas, visa essencialmente a sua reinserção nas suas famílias e na comunidades. Através do aconselhamento apelam aos familiares e a comunidade para abandonar atitudes de estigmatização e que o importante não procurar as razões da infecção, mas acima de tudo informam que ser portador do HIV/SIDA não significa o fim da vida, e sim o início de uma nova etapa que requer cuidados, mas também cooperação e apoio da família e da comunidade.

## CAPÍTULO V

### CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

#### 5.1 Conclusões

Ao assumirmos hipoteticamente as três hipóteses levantados pelo estudo, pudemos verificar com base nos resultado, que a estigmatização e discriminação da mulher seropositiva resultante das desigual distribuição de poder e autoridade nas relações de gênero têm manifestações a nível individual, familiar, comunitário e institucional, materializando-se através de barreiras a participação da mulher seropositiva nas diferentes nestas instituições sociais, limitando as suas chances de vida.

Assim, verificamos que a primeira hipótese<sup>42</sup> foi corroborada em certa medida pois a forma diferenciada como a sociedade construiu a sexualidade masculina ( em que lhes é permitido e até encorajado a ter mais que uma parceira sexual) e a feminina ( em que é censurada por este comportamento) contribui para o enraizamento de crenças errôneas e largamente difundidas da percepção das DTS, HIV/SIDA nas mulheres como sinal de promiscuidade sexual servindo como legitimadora da feminização do HIV/SIDA e por sua vez da estigmatização e discriminação da mulher seropositiva na família e na comunidade.

Por outro lado a percepção social da seropositividade da mulher influencia a diferenciação na estigmatização e discriminação das mulheres relativamente aos homens. Apesar de termos verificado que os homens e as mulheres não são tratados da mesma maneira quando estão ou se acredita estarem infectados pelo HIV/SIDA (os homens por serem vistos como “vítimas da infecção das mulheres”, tendem a serem aceites tanto pelas duas famílias, bem como pela comunidade) nem sempre as mulheres são estigmatizadas e discriminadas, existindo casos de mulheres que são aceites e apoiadas pela sua família, frequentemente a sua família do 1º grau e pela comunidade, embora sejam casos muito raros.

---

<sup>42</sup> *A estigmatização e discriminação da mulher seropositiva é influenciada pelas as representações sociais da sexualidade feminina, contribuindo para a sua exclusão social.*



A segunda<sup>43</sup> e terceira hipótese foram totalmente corroboradas.

Relativamente a segunda verificamos que o medo das respostas estigmatizadoras reais ou esperadas dos outros leva com que algumas mulheres seropositivas e seus familiares recusem ou escondam o seu seroestado ou do seu familiar privando-se de receber os cuidados de saúde necessários e de enfrentar a discriminação.

Quanto a última hipótese<sup>44</sup>, verificamos que o estatuto social e a relativa segurança financeira permite que as mulheres seropositivas ou os seus familiares possam controlar a discriminação dentro do lar e na comunidade.

A segurança financeira da mulher seropositiva (ou dos seus familiares) permite que algumas mulheres devido as suas condições financeiras aceitáveis e a posição que ocupam na sociedade transformem a sua seropositividade num segredo pessoal ou familiar ao receber tratamentos em hospitais privados ou mesmo fora do país, controlando desta forma a estigmatização.

Por outro lado, as famílias pobres não têm as mesmas chances e a assistência social de que se beneficiam admite publicamente por si a seropositividade, contudo a relativa segurança financeira da mulher seropositiva permite que ela não seja vista como um encargo, contribuindo para a redução do estigma no seio da família e na comunidade.

Ao analisar o problema complexo da estigmatização e discriminação da mulher seropositiva na comunidade e na família concluímos que os diversos factores sociais económicos (directamente relacionados com a distribuição desigual de poder e autoridade entre os homens e as mulheres) e alguns factores biológicos são

---

<sup>43</sup> *As respostas sociais de estigmatização e discriminação da mulher seropositiva, contribuem para a recusa ou manipulação da identidade da mulher seropositiva, facilitando a sua reinserção na família e na comunidade.*

<sup>44</sup> *A estigmatização e discriminação da mulher seropositiva é influenciada pelo estatuto sócio-económico da mulher seropositiva ou dos seus familiares contribuindo positivamente para a sua reiserção social.*

determinantes da vulnerabilidade da mulher a contaminação pelo vírus do HIV/SIDA contribuindo para a sua discriminação.

Assim, a reinserção social da mulher seropositiva passa por um lado pela mudança da forma como a sociedade concebe as relações de género, particularmente na construção social da sexualidade masculina e feminina.

A família como instituição primária de socialização joga um papel importante para a mudança de mentalidade com vista a redução do estigma e discriminação, bem como para a luta contra a institucionalização da estigmatização e discriminação da mulher seropositiva.

Por outro, a reinserção social da mulher seropositiva passa pela existência de um quadro legal de apoio aos esforços para travar a estigmatização e discriminação da mulher seropositiva, que dê maior enfoque as questões culturais e estruturais prevalentes que actuam como determinantes e legitimadoras da exclusão social da mulher seropositiva.

A partir do estudo realizado foi possível perceber a variedade dos factores determinantes da estigmatização e discriminação da mulher seropositiva e as suas diferentes formas de manifestação e institucionalização, contudo apesar de pensarmos que os objectivos propostos pelo estudo terem sido alcançados, reconhecemos que devido a complexidade e a natureza do estudo realizado por nós as questões não foram esgotadas, podendo estas serem alargadas a outras categorias de pessoas portadoras do vírus do HIV/SIDA e a outros contextos sociais.

## **5.2. Recomendações Para Futuros Estudos:**

- Sobre as formas institucionalizadas da estigmatização das pessoas portadoras do vírus do HIV/SIDA (no local de trabalho, nas instituições de cuidados de saúde, nos serviços de pedidos de visto, entre outros),
- Sobre a influencia dos medias nas respostas de estigmatização e discriminação das pessoas portadoras do vírus do HIV/SIDA,

- Sobre as respostas positivas que podem surgir em diferentes contextos resultantes da estigmatização e discriminação relacionada com o HIV/SIDA.

### **5.3- Recomendações Para Os Programas De Redução Do Estigma:**

- Deve-se desenvolver programas com enfoque para os factores que contribuem para a vulnerabilidade da mulher ao HIV/SIDA de forma a acabar com a feminização do HIV/SIDA e a sua consequente estigmatização ,
- Empreender campanhas de advocacia para acelerar a concepção de um quadro legal mais abrangente de protecção dos seropositivos e a sua aplicação,
- Devem envolver a comunicação social na promoção da tolerância e solidariedade social, utilizando uma abordagem não baseada no medo,
- Promover a compreensão da sociedade sobre a forma como as expectativas culturais ligadas a construção da masculinidade torna o homem vulnerável ao HIV/SIDA.

## BIBLIOGRAFIA

1. BERGER, Peter L. & LUCKMANN, Thomas. *A Construção Social da Realidade: Tratado da Sociologia da Conhecimento*. 8ª Edição. Trad. Floriano de Sousa Fernandes. Petrópoles, Editora Vozes, 1990.
2. CEP & MICAS. *Investigação Género HIV/SIDA: O Impacto Sócio-Económico do HIV/SIDA Numa Perspectiva de Género, Agregados Familiares e Comunidade nas cidades de Maputo e Quelimane*. Maputo, 2001.
3. CNCS. *Situação actual do HIV/SIDA em Moçambique*. Relatório apresentado num seminário do Programa Mundial de Alimentação. Maputo, 2004.
4. GOFFMAN, Erving. *Estigma: Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*. 4ª Edição. Trad. Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. Rio de Janeiro. Guanabara, 1988.
5. INE. *Impacto Demográfico do HIV/SIDA em Moçambique: Actualização da vigilância epidemiológica*. Maputo, 2004
6. JACKSON, Helen. *AIDS África: Continent in Crisis*. Maurícias. Virginia Curtin Knigh & Lindy Maine. 2002.
7. KIDLIMUKA. *Projecto de Advocacia em Favor Dos Direitos Humanos das Pessoas Que Vivem Com o HIV/SIDA em Moçambique*. Maputo. 2002.
8. LIMA, Martins Pires de. *Inquérito Sociológico*. Lisboa, Editora Presença, 2000.
9. MARTINS et al. *Primeira Parte da Versão Preliminar da Análise de Situação em vista da Componente Dum Plano Nacional Multisectorial de Combate ao HIV/SIDA*. Maputo. 2004.
10. MTB. *Género e Raça: Todos Unidos Para a Igualdade de Oportunidades*. Programa Nacional de Direitos Humanos. Brasília. 1997.

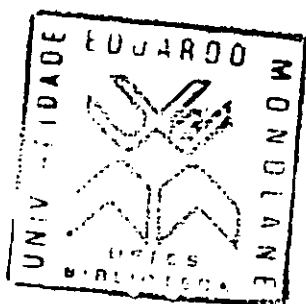
11. MISAU. *Plano Estratégico Nacional de Combate às DTS/HIV/SIDA, 2000-2002*. *Integração, Qualidade e Abrangência*. Maputo. 2000. .
12. QUIVY, Raimond & CAMPENHOUDT, Luc Van. *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 2ª Edição. Trad. João Minhoto Marques, Maria Amália Mendes e Maria Carvalho. Lisboa, Gravita, 1998.
13. ONUSIDA. *Expansão da Resposta global contra o HIV/SIDA através de uma acção Focalizada: Redução do risco e vulnerabilidade: Definições, Princípios e Vias*. Coleções Boas Práticas. Suíça. 1998.
14. ONUSIDA. *Género e HIV/SIDA: Actualização Técnica*. Coleções Boas Práticas. Suíça. 1998.
15. ONUSIDA. *O HIV/SIDA em Moçambique*. Maputo. 2000
16. ONUSIDA. *Os Homens e o SIDA: Uma abordagem Baseada no Género- Campanha Mundial contra o SIDA*. Coleções Boas Práticas. Suíça. 2000.
17. ONUSIDA. *Mulheres e o SIDA*. Coleções Boas Práticas. 1997.
18. OOR, Neil M. *Vida Positiva*. Maputo. 2001.
19. OSÓRIO, C. *Relações de Género em Moçambique*. Maputo, Livraria Universitária- UEM. 1997.
20. ONUSIDA. *Estigmatização, Discriminação e Rejeição relacionadas com o HIV e SIDA: Formas, Contextos e Determinantes*. Coleções Boas Práticas. Suíça. 2000.
21. ROBSON, G. *Crosscultural Understanding*. London. Pergamon. 1998.
22. SARACENO, Chiara. *Sociologia Da Família*. Trad. M. F. Gonçalves de Azevedo. Lisboa, Estampa, 1992.

23. UNDP. *National Human Development Report*, In: Gender, Women and Human Development: An agenda for future. Maputo.2001.
24. VALA, Jorge. *Representações Sociais Para uma Psicologia Social do Pensamento Social*. In *Psicologia Social* por VALA, Jorge & MONTEIRO, Maria Benedicta. Capítulo XIII. 3ª Edição. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.1997.
25. XIBERRAS, Maria. *As Teorias de Exclusão: Para uma teoria de construção do Imaginário*. Lisboa, Piaget, 1993.

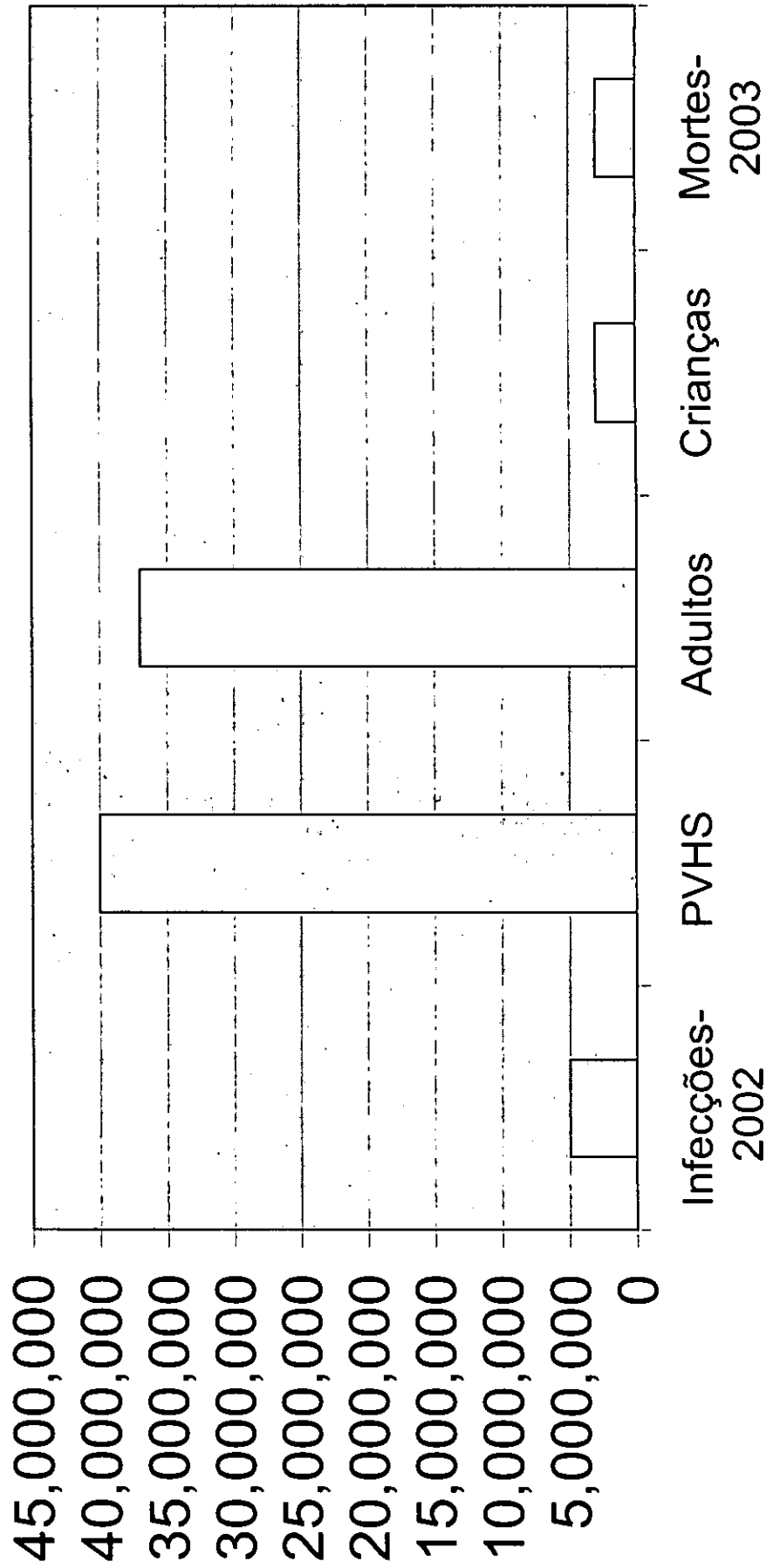
#### **Outras Fontes**

1. SAFAIDS, 2003. Intercâmbio de Saúde Sexual: Promover a saúde Sexual Significa Promover abordagens Saudáveis para a Sexualidade. n.º 1.
2. SANASO, 2003. Notícias SIDA: Salvando as Mulheres do HIV/SIDA. Relatório apresentado na da 5ª Reunião do Fórum da Mulheres Africanas em Abril. n.º 4.
3. SAFAIDS, 2003. Acção HIV/SIDA na África Austral: Respondendo ao Estigma e à discriminação. n.º 1.
4. SANASO, 2003. Stigma and Discrimination. n.º 49/50
5. MONASO. Não ao Estigma e Discriminação. Janeiro a Março 2003

# ANEXOS

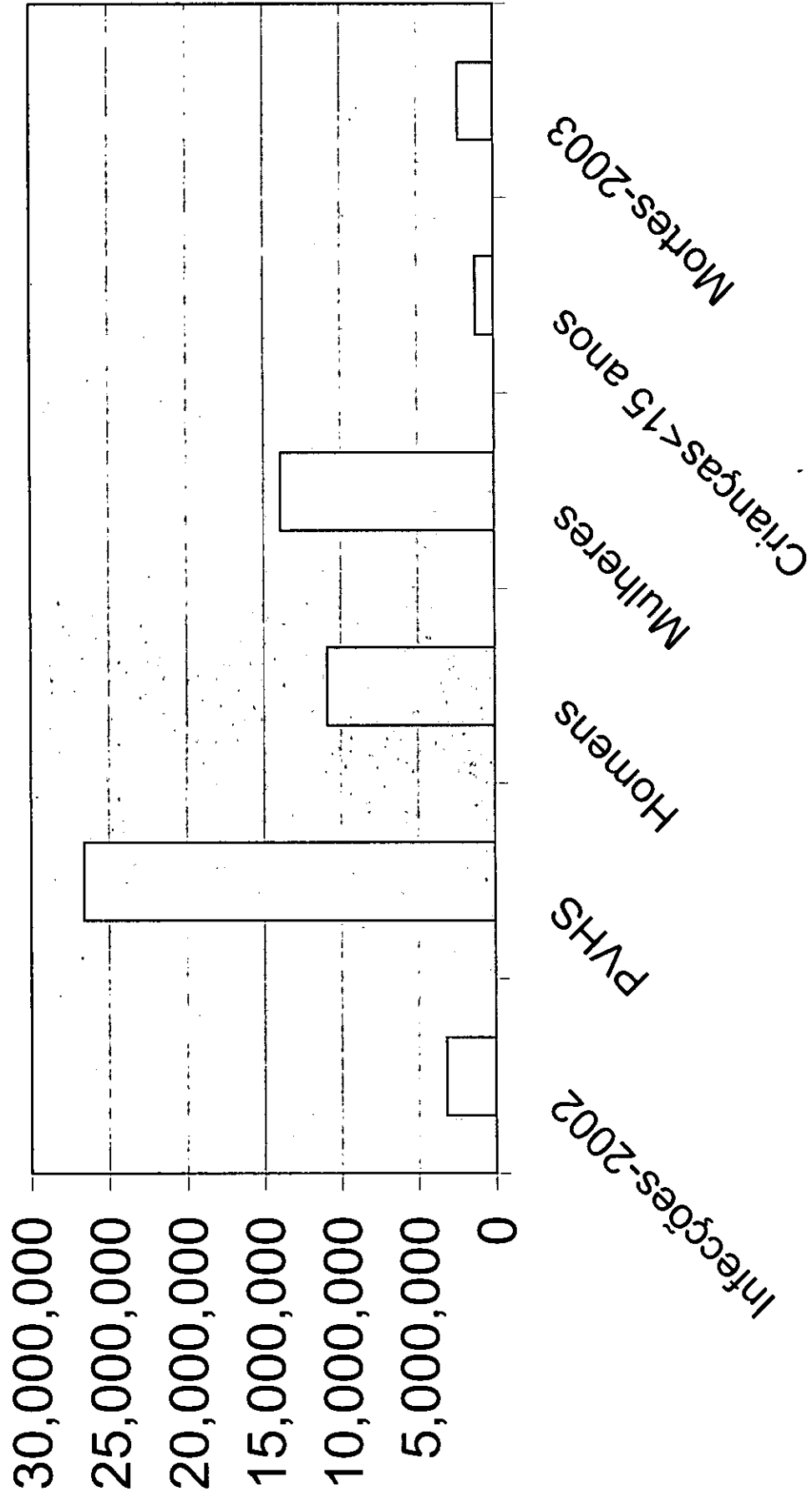


# Situação do HIV/SIDA no Mundo até Dezembro de 2003

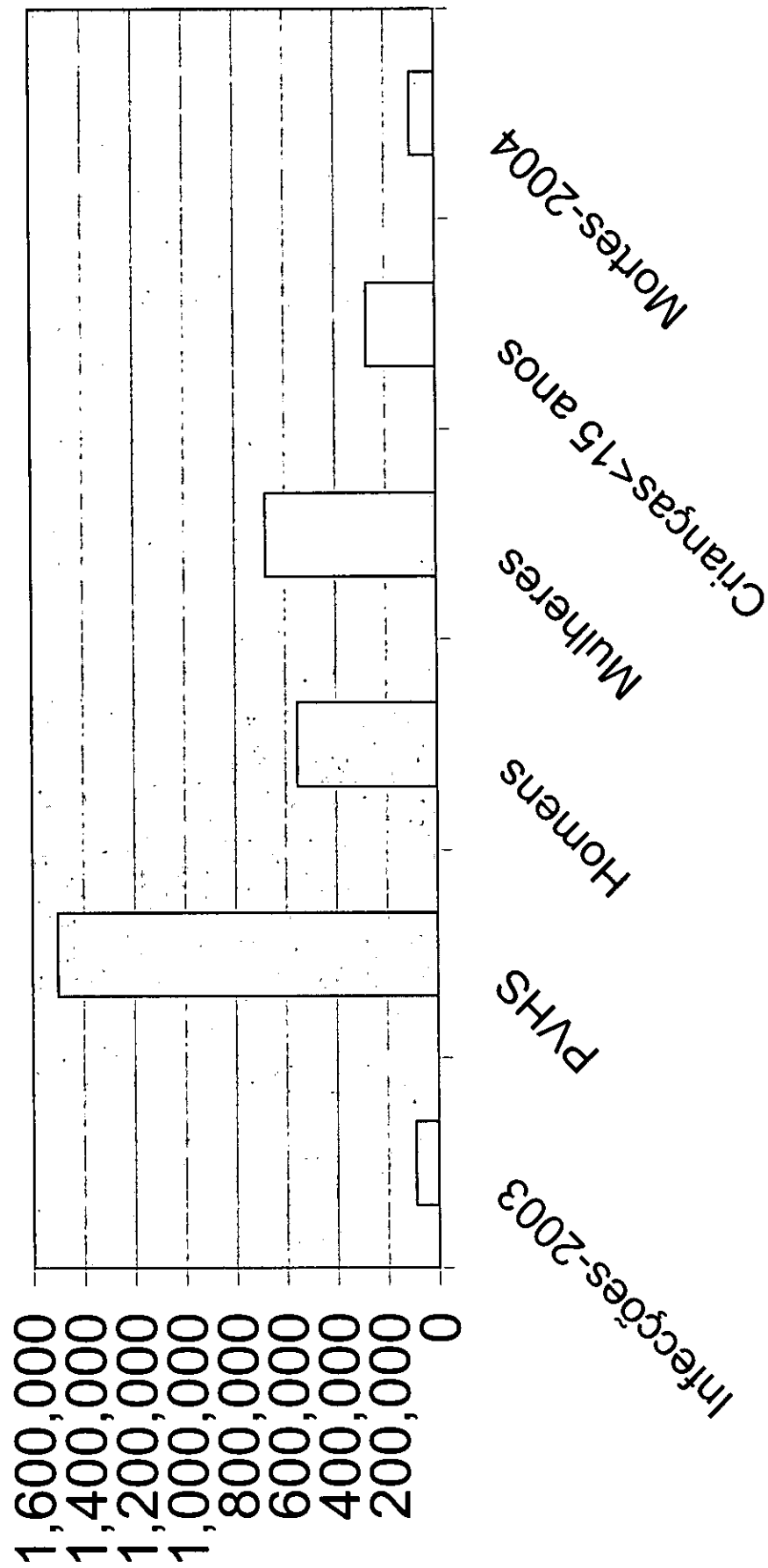




# África Subsahariana

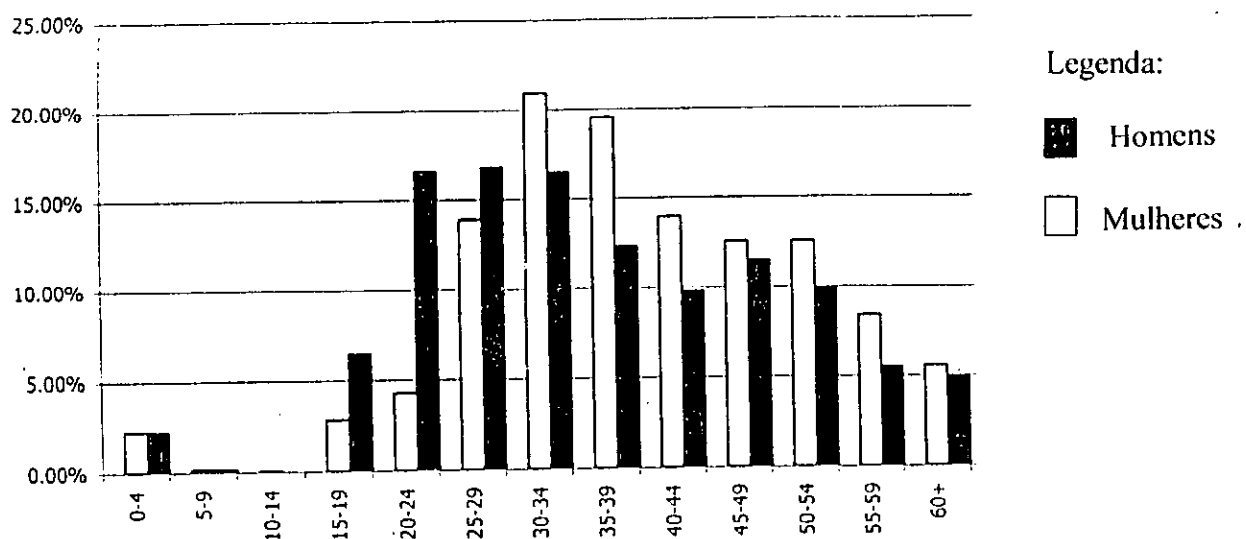


## Situação do HIV/SIDA em Moçambique até Junho de 2004



## ANEXO II

### PREVALÊNCIA DO HIV/SIDA EM MOÇAMBIQUE POR SEXO E FAIXA ETÁRIA (2002)



Fonte: Helder Martins et al (2004)

## ANEXO III

### EXPRESSÕES DE VIOLAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS DAS PESSOAS PORTADORAS DO HIV/SIDA



#### BOLSAS PARA ESTUDOS PÓS-GRADUAÇÃO NA AUSTRÁLIA

Estão abertas inscrições para candidatos moçambicanos (homens e mulheres), para frequentar cursos de pós-graduação, a nível de Diploma ou Mestrado (não inclui Doutoramento), em Universidades Australianas, para o próximo ano académico que inicia em Janeiro 2003. As Bolsas de Estudo Australianas para o Desenvolvimento (ADS) são financiadas ao abrigo do Programa Australiano de Ajuda e gerido pela Agência Australiana para o Desenvolvimento Internacional (AusAID). Estão disponíveis 20 bolsas de estudo que cobrem as passagens aéreas, propinas e uma ajuda de custos na Austrália. A bolsa de estudo inclui algum apoio para a família dos beneficiários que os acompanharem na Austrália. Encoraja-se a candidatura de mulheres e de profissionais baseados nas províncias.

O visto da entrada na Austrália para efeitos de estudo está sujeito a aprovação do Departamento Australiano de Imigração, Assuntos Multiculturais e Indígenas. Como parte do processo de pedido de visto de entrada, as autoridades de imigração exigem que os candidatos se submetam a um exame médico completo incluindo raio-x e um teste de HIV/SIDA.

As áreas de estudo prioritárias incluem:

- Saúde, Agricultura (incluindo Pescas) e Educação

Áreas com menos prioridade incluem:

- Mestrado em Administração Empresarial (MBA) e/ou Finanças/Economia
- Turismo

**Critérios de selecção**

Serão seleccionados 20 candidatos prioritários sendo dez homens e dez mulheres de acordo com os seguintes critérios:

- Desempenho académico mínimo de média global de graduação de 13,5 de um total de 20 valores ou equivalente no grau de Licenciatura ou Bacharelato obtido no estrangeiro;
- Relevância do curso proposto para as necessidades de desenvolvimento de Moçambique;
- Relevância do curso proposto em relação a actual experiência de trabalho e para a futura carreira;

*Fonte: Embaixada da Austrália em Maputo (2002)*

ALGUMAS DAS MAIS COMUNS EXPRESSÕES DE ESTIGMATIZAÇÃO E  
DISCRIMINAÇÃO DAS PESSOAS PORTADORAS DO HIV/SIDA

1. Brevemente estarás morto,
2. O nosso casamento terminou,
3. Não toque em nada,
4. Não és mais meu filho,
5. O que os nossos amigos vão dizer?,
6. Vai-te embora,
7. Que vergonha,
8. Não se aproxime,
9. Trouxeste a vergonha para o nosso país,
10. Com o estilo de vida que levas, isto estava prestes a acontecer,
11. Eu sabia que não podia confiar em tí,
12. Tu és uma desgraça,
13. Seu homossexual,
14. Eu te amava,
15. Pensei que gostavas de nós,
16. Não podemos te dar medicação,
17. Trouxeste a vergonha para a nossa comunidade,
18. A culpa foi tua,
19. Tu me enojas,
20. És uma mulher suja,
21. Trouxeste a vergonha para a nossa família,
22. Desculpe não podemos te dar o visto,
23. Estás despedido,
24. Quem mais sabe disso?,
25. Não queremos brincar contigo,
26. Não se aproxime da minha família,
27. Não venha para cá nunca mais,
28. Porque fizeste isso connosco?,
29. Não quero mais trabalhar contigo,
30. Não queremos o SIDA aqui,
31. Procure outro lugar para viver.

## ANEXO IV

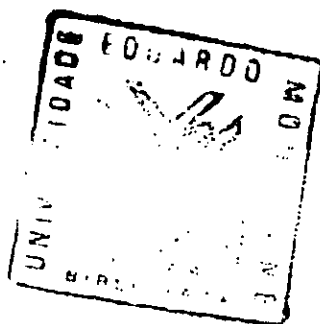
### ENTREVISTAS SEMI-DIRECTIVAS

#### Guião De Entrevistas Direcção As Mulheres Seropositivas

1. A quanto tempo está doente?
2. Como soube da sua doença?
3. Tinha algum conhecimento sobre o HIV/SIDA antes de ser infectado?
4. Que informações obteve depois do conhecimento do seu estado?
5. Como acha que foi infectada?
6. Informou aos seus familiares sobre a sua doença? Porque?
7. O que pensam os seus familiares sobre a sua doença?
8. Recebeu algum tipo de apoio? Caso receba de quem?
9. Houve mudanças na rotina da sua família por causa da doença?
10. Para além da sua família mais alguém tem conhecimento da sua doença?
11. Caso sim, como tem te tratado desde essa altura?
12. Que actividade desenvolvia antes de ficar doente?
13. Continua desenvolvendo as mesmas actividades?
14. Notou alguma diferença na forma como a família e a comunidade trata ou tratou o seu marido?
15. Quais são as maiores dificuldades que tem enfrentado?
16. O que faz para supera-las?
17. Caso sim, na sua opinião a que se devem essas diferenças?
18. Caso toda a sua família e a comunidade tenha conhecimento do seu estado, pensa que poderá continuar a se relacionar com eles como sempre se relacionou?

**Guião De Entrevistas Direcçionado Aos Familiares  
Dos Doentes Seropositivos**

1. Qual é o seu grau de parentesco com o doente?
2. Sabe que doença tem o seu familiar?
3. A quanto tempo sabe da doença?
4. Tinha alguma informação sobre a doença antes do seu familiar se contaminar? E agora tem novas informações?
5. Alguém mais da família ou da comunidade tem conhecimento da doença?
6. Caso sim como tem reagido?
7. Como acha que o seu familiar se contaminou?
8. Quais são as maiores dificuldades que enfrentam por causa da doença?
9. O que a família tem feito para ultrapassar essas dificuldades?
10. Tem tido algum tipo de apoio? Se sim de quem?
11. Acredita na recuperação do doente?
12. A família acha que o doente poderá voltar a levar uma vida normal ( trabalhar e ajudar nas despesas da casa e nas despesas com o seu tratamento)?



## Guião De Entrevistas Direcção a Comunidade

1. Já ouviu falar de HIV/SIDA?
2. Sabe como se transmite o vírus?
3. Conhece ou já ouviu falar de alguém que tenha a doença?
4. Acha que existe alguma diferença na forma como as pessoas tratam uma mulher e um homem seropositivo?
5. Caso sim, a que se deve essa diferença?
6. Qual é a sua reacção imediata quando tem conhecimento da seropositividade de um homem e de uma mulher?
7. Pensa que uma mulher seropositiva deve continuar a conviver com os familiares, vizinhos e amigos? Porque?
8. Acredita que uma mulher seropositiva possa continuar a desenvolver as suas actividades e a conviver com os outros?