



FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

Licenciatura em Serviço Social

**ESTRATÉGIAS USADAS PELOS PAIS/ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO NA
PROTECÇÃO DE CRIANÇAS PORTADORAS DE HIV CONTRA O ESTIGMA E
DISCRIMINAÇÃO – ESTUDO DE CASO DA ASSOCIAÇÃO HIXIKHANWE
(2020 – 2022)**

Autor: Frazão Marimine Cumbe

Supervisora: Msc. Deborah Brito

Maputo, Julho de 2024

Frazão Marimine Cumbe

ESTRATÉGIAS USADAS PELOS PAIS/ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO NA
PROTECÇÃO DE CRIANÇAS PORTADORAS DE HIV CONTRA O ESTIGMA E
DISCRIMINAÇÃO – ESTUDO DE CASO DA ASSOCIAÇÃO HIXIKHANWE
(2020 – 2022)

Monografia apresentada como parte parcial dos
requisitos para obtenção do grau académico de
Licenciado em Serviço Social na Universidade Eduardo
Mondlane.

Supervisora: Msc. Deborah Brito

Maputo, Julho de 2024

FOLHA DE APROVAÇÃO

Autor: Frazão Marimine Cumbe

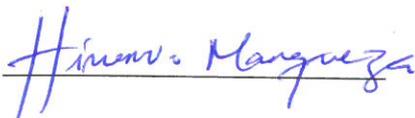
ESTRATÉGIAS USADAS PELOS PAIS/ENCARREGADOS DE EDUCAÇÃO NA
PROTECÇÃO DE CRIANÇAS PORTADORAS DE HIV CONTRA O ESTIGMA E
DISCRIMINAÇÃO – ESTUDO DE CASO DA ASSOCIAÇÃO HIXIKHANWE
(2020 – 2022)

Os membros do Júri

Supervisora

Presidente

Oponente



Maputo, aos 24 de SETEMBRO de 2024

DECLARAÇÃO DE HONRA

Eu, Frazão Marimine Cumbe, declaro por minha honra que a presente Monografia nunca foi apresentada em nenhuma instituição para qualquer fim académico. O conteúdo nele constante é original, resultante da minha investigação sob orientação da minha Supervisora, e todas fontes citadas constam nas referências bibliográficas.

Maputo, Julho de 2024



(Frazão Marimine Cumbe)

AGRADECIMENTOS

O meu agradecimento a minha Supervisora Msc. Deborah Brito, por ter dispensado seu tempo, pela dedicação, orientação e conhecimentos partilhados até a elaboração e apresentação desta Monografia.

Agradeço à Deus pelo dom da vida que tem me proporcionado, pela protecção e luz do Espírito Santo, que me orientam em todos os momentos da minha vida e dá-me forças para continuar com a minha caminhada mesmo nos momentos turbulentos.

À minha família, em especial os meus pais, Raúl Salomão Cumbe e Matilde Francisco Massango, pelo apoio emocional e financeiro na minha vida académica, aos meus irmãos, Delfa Raúl Cumbe, Nilsa Raúl Cumbe e Nelson Raúl, pelo apoio.

Agradeço à minha parceira, Stela da Marta Félix Chirindza, pelo apoio incondicional e companheirismo que tem me proporcionado ao longo da nossa caminhada, e pelo incentivo a minha vida académica.

A todo o quadro do Curso de Serviço Social, em especial os docentes, pelo seu precioso conhecimento partilhado desde o primeiro ao último ano da formação. À todos os meus colegas do Serviço Social-2018, em especial, Kukika Timba, Xavier Malova e Élia Guambe, os meus agradecimentos.

Agradeço à Associação Hixikhanwe pela abertura de espaço, pelo conhecimento e experiência partilhada, aos activistas pela paciência e colaboração nos trabalhos realizados no campo. À todos, muito obrigado!

DEDICATÓRIA

*Dedico aos meus pais, Raúl Salomão
Cumbe e Matilde Francisco Massango.*

EPÍGRAFE

“A igualdade não é apenas um direito humano fundamental, mas também a base para um mundo mais justo, inclusivo e harmonioso” (Desconhecido).

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Relação entre os representantes legais e às crianças	24
-----------------	------------------------------------------------------------	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Nível de escolaridade das crianças	23
Gráfico 2	Transmissão materno – infantil	25
Gráfico 3	Crianças que já sofreram ou não discriminação e estigma.....	31

LISTA DE ABREVIATURAS

HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MISAU	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OIT	Organização Internacional do Trabalho
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
TARV	Tratamento Anti-Retroviral

RESUMO

A pesquisa tem como tema, *Estratégias Usadas pelos Pais/Encarregados de Educação na Protecção de Crianças Portadoras de HIV Contra o Estigma e Discriminação – Estudo de Caso da Associação Hixikhanwe (2020 – 2022)*, tendo como problema de pesquisa, os impactos que a doença do HIV/SIDA aliada a estigmatização e discriminação social que afectam psicologicamente e socialmente às crianças portadoras ao longo do seu desenvolvimento. Na pesquisa foi aplicada uma abordagem qualitativa e quantitativa. Em relação aos métodos de recolha de dados, adoptou-se a pesquisa bibliográfica referente ao tema do HIV/SIDA em crianças, aplicou-se a pesquisa do campo, entrevistas semi-estruturadas e observação, a uma amostra composta por 16 encarregados de crianças portadoras do HIV com idade compreendida de 10 á 15 anos. No que refere a análise dos dados, foi feita a luz da teoria Fenomenologia de Husserl (1984), que propõe que a realidade é constituída a partir das experiências individuais dos sujeitos, e que é necessário estudar a consciência e a percepção para se compreender o quotidiano da sociedade. Quanto a análise e discussão dos dados constatou-se que os pais ou encarregados das crianças portadoras do HIV como mecanismo de proteger às suas crianças do estigma e discriminação optam pelo sigilo do diagnostico e a restrição dos ambientes no qual deve frequentar à criança. A revelação da seropositividade do HIV às crianças criou nestas perturbações psicológicas (a ideia de um vírus da morte no organismo), e como forma de reduzir os impactos constatou-se que, os pais ou encarregados tem desenvolvido fortes relações com às crianças, criando uma rede de apoio e protecção. Concluindo-se que a construção de uma rede de apoio contribui para o enfrentamento dos impactos, do estigma e discriminação relacionados com o HIV/SIDA em crianças, proporcionando maior envolvimento destas no processo de tratamento e controlo da doença.

Palavras-chave: Criança; Estigma e Discriminação; HIV/SIDA; Protecção.

ABSTRACT

The theme of the research is *Strategies Used by Parents/Guardians to Protect Children With HIV from Stigma and Discrimination – A Case Study of the Hixikhanwe Association (2020-2022)*, the research problem is the impact of HIV/AIDS combined with stigmatisation and social discrimination can have psychologically and socially on child carriers throughout their development. The research used a qualitative and quantitative approach. In terms of data collection methods, bibliographical research was carried out on the subject of HIV/AIDS on children, and field research, semi-structured interviews and observation were applied to a sample of 16 carers of HIV-positive children aged between 10 and 15. The data was analysed in the light of Husserl's Phenomenology theory (1984), which proposes that reality is constituted from the individual experiences of the subjects, and that it is necessary to study consciousness and perception in order to understand the daily life of society. In terms of analysing and discussing the data, it was found that the parents or carers of HIV-positive children, as a way of protecting their children from stigma and discrimination, choose to keep the diagnosis secret and restrict the environments in which the child should be. The disclosure of HIV-positive children has created psychological disturbances in them (the idea of a death virus in the body), and as a way of reducing the impact it has been found that parents or carers have developed strong relationships with the children, creating a network of support and protection. The conclusion is that building a support network contributes to coping with the impacts, stigma and discrimination related to HIV/AIDS in children, providing them with greater involvement in the process of treatment and control of the disease.

Keywords: *Child; Stigma and Discrimination; HIV/AIDS; Protection.*

ÍNDICE

DECLARAÇÃO DE HONRA	i
AGRADECIMENTOS	ii
DEDICATÓRIA.....	iii
EPÍGRAFE.....	iv
LISTA DE TABELAS	v
LISTA DE ABREVIATURAS	vi
RESUMO	vii
ABSTRACT.....	viii
i. INTRODUÇÃO.....	1
ii. Contextualização	2
iii. Problema de pesquisa	4
Pergunta de partida	5
iv. Objectivos	5
<i>Objectivo Geral.....</i>	<i>5</i>
<i>Objectivos Específicos</i>	<i>6</i>
v. Hipóteses.....	6
vi. Justificativa.....	6
vii. Estrutura do trabalho.....	7
CAPÍTULO I: QUADRO TEÓRICO E CONCEPTUAL	8
1.1. Enquadramento teórico.....	8
1.2. Enquadramento conceptual	11
1.2.1. <i>HIV e SIDA</i>	<i>11</i>
1.2.2. <i>Estigma e discriminação.....</i>	<i>11</i>
1.2.3. <i>Direitos das crianças: protecção da criança.....</i>	<i>12</i>
1.2.4. <i>Serviço Social no trabalho com menores.....</i>	<i>13</i>
CAPÍTULO II: APRESENTAÇÃO DO PLANO DE INTERVENÇÃO.....	16
2.1. Visitas Domiciliárias as Famílias das Crianças portadoras do HIV	16
2.2. Apoio Psicossocial às Crianças portadoras do HIV e os seus encarregados.....	16
2.3. Desenvolvimento de Acções Socioeducativas aos pais ou encarregados de Educação das Crianças	17
CAPÍTULO III: METODOLOGIA DE PESQUISA.....	18
3.1. Natureza da pesquisa.....	18
3.2. Tipo de pesquisa.....	18

3.3.	Método de pesquisa	19
3.4.	População e amostra	19
3.5.	Instrumentos de recolha de dados	20
3.6.	Análise e tratamento de dados	21
3.7.	Validade e Fiabilidade dos resultados	21
3.8.	Aspectos éticos da pesquisa	21
3.9.	Local de Estudo	22
3.10.	Constrangimentos da Pesquisa	22
CAPÍTULO IV: APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DO TRABALHO DE CAMPO		23
4.1.	Perfil Sociodemográfico dos Entrevistados	23
4.2.	Diagnóstico e Tratamento do HIV/SIDA na Criança	25
4.3.	Estratégias usadas pelos pais ou encarregado de educação para proteger às crianças do estigma e discriminação	30
4.4.	Mecanismos aplicados pela Associação Hixikhanwe na intervenção em crianças portadoras do HIV	35
4.5.	Praticas de Intervenção do assistente social com crianças portadoras do HIV para a protecção e promoção do bem-estar da criança	36
4.6.	Actividades implementadas no âmbito do plano de intervenção	39
5.	CONCLUSÃO E SUGESTÕES	41
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFIAS		43
APÊNDICES		49
	Apêndice 1	50
	Apêndice 2	51
	Apêndice 3	52
	Apêndice 4	53
Anexo 1: Credencial		54
Anexo 2 : Protocolo Comportamental		55

i. INTRODUÇÃO

O SIDA é uma doença causada por vírus designado HIV, que enfraquece o corpo. A doença foi reconhecida em meados de 1981, nos EUA, com a identificação de um número elevado de pacientes adultos do sexo masculino, homossexuais que apresentavam comprometimento do sistema imune, levando naquela época à conclusão de que se tratava de uma nova doença, infecciosa e transmissível (Pinheiro, 2022).

O HIV constitui como uma das epidemias mundiais que tem preocupado diversos países e organizações internacionais. Em Moçambique a epidemia tem tido grande impacto nas diversas esferas, comprometendo os recursos e capacidade para o desenvolvimento do país. Como forma de controlo da doença, foram desenhados e implementados diversos programas e estratégias que tem por objectivo conscientizar e reduzir a propagação da doença (Conselho de Ministros, 2010).

Assim como, surgem também iniciativas da sociedade civil, sob a forma de campanhas de educação a sociedade em relação a doença e prevenção, e actividades com o intuito de apoiar as pessoas que vivem com o HIV/SIDA.

A doença, para além de ainda não ter cura, é acompanhada por diversos impactos psicológicos e sociais nas pessoas portadoras. Podendo gerar dificuldade no paciente para lidar com a doença, que é acompanhada por outro lado pela discriminação e estigmatização social (Sousa, 2001). A estigmatização e a discriminação influenciam de forma negativa no controlo da doença e no tratamento dos indivíduos portadores de HIV.

Inicialmente tenha sido descrita em homossexuais do sexo masculino, o HIV/SIDA atingiu também a população infantil (Araújo, 2014). Sendo que esta população também não se encontra imune dos impactos relacionados ao HIV/SIDA, estando também vulnerável a situações de estigma e discriminação em diversos ambientes sociais.

A pesquisa traz uma abordagem voltada a protecção da criança portadora do HIV, tendo como tema, *Estratégias Usadas Pelos Pais/Encarregados de Educação na Protecção de Crianças Portadoras de HIV Contra o Estigma e Discriminação – Estudo De Caso Da Associação Hixikhanwe (2020 – 2022)*. Constituindo como grupo alvo da pesquisa às crianças beneficiárias dos serviços prestados pela Associação Hixikhanwe, residentes no Distrito Municipal Kamubukhana.

ii. Contextualização

O HIV/SIDA teve a sua eclosão nos anos de 1980, como uma nova epidemia conhecida como AIDS (Acquired Immunological Deficiency Syndrome) na língua inglesa e SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) na língua portuguesa. Os primeiros casos de SIDA foram observados nos Estados Unidos em pacientes homossexuais. Foram tidos como grupo de risco os homossexuais masculinos, prostitutas, usuários de drogas injectáveis e hemofílicos dos grandes centros urbanos, como os principais afectados pela doença (Andrade, 2010).

O vírus HIV no organismo humano varia de pessoa para pessoa no seu desenvolvimento. Por questões genéticas, reacções aos medicamentos, alimentação, e estilos de vida, há pessoas que são HIV positivas que permanecem assintomáticas, enquanto outras manifestam os sintomas, e quando o sistema imunológico não consegue combater a infecção, o indivíduo está sujeito a doenças oportunistas o que poderá influenciá-lo negativamente na saúde do mesmo (Valentim, 2003).

Para a pessoa que tem o sistema imunológico alto, capaz de combater a doença pode viver com a doença durante toda a sua vida mantendo-se assintomático, todavia não significa que não possa transmitir a doença para outra pessoa.

A adopção de medidas preventivas por parte dos diversos organismos governamentais ocorreu quando a SIDA foi caracterizada como uma epidemia, atingindo paralelamente toda a camada populacional: mulheres, usuários de drogas, crianças, indivíduos expostos a objectos cortantes, dentre outros grupos (Andrade, 2010, p. 13)

A primeira conferência sobre o SIDA realizou-se em 1985, posteriormente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) cria a Global Programme On AIDS no ano de 1986, tendo mais tarde o programa se transformado em ONUSIDA que se refere ao Programa das Nações Unidas em HIV/SIDA. De acordo com Andrade (2010), a ONUSIDA é a instituição de maior vinculação com a causa do HIV/SIDA, voltada ao fortalecimento e apoio à resposta à epidemia do HIV/SIDA, à prevenção do avanço do HIV, ao tratamento e assistência para os infectados e afectados pela doença e na redução da vulnerabilidade dos indivíduos e comunidades.

O primeiro registro do SIDA em Moçambique foi diagnosticado em 1986 num indivíduo estrangeiro que se encontrava no país naquele período (Matsinhe, 2005 citado em Andrade, 2010). Nos primeiros anos de emergência da SIDA em Moçambique, a epidemia era

compreendida como qualquer doença contagiosa e o seu combate competia os serviços de saúde.

No período da guerra civil o país registrou níveis baixos de contaminação do HIV, devendo se ao deslocamento da população aos países vizinhos por conta da instabilidade política que o país atravessava. Todavia, com o fim da guerra civil aliado ao regresso dos refugiados da guerra civil, o país registrou um aumento no nível de contaminação do HIV. Até ao ano de 1999 controlo da doença, nesse caso a prevenção, tratamento e mitigação competia unicamente ao sector de saúde, pois, a população ainda não tinha a noção da doença (MISAU, 1999).

No ano de 2000, o HIV/SIDA deixa de ser tido apenas como um problema de saúde pública, passando a ser também um problema social e de desenvolvimento, sendo que, foram desenvolvidos programas que visam conscientizar a população sobre o HIV/SIDA (Andrade, 2010).

De acordo com Conselho de Ministros (2010), no Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV/SIDA-2010, o HIV e SIDA constitui como o mais sério risco para o desenvolvimento do país, ameaçando reverter os ganhos dos últimos anos do ponto de vista do desenvolvimento social e económico. Como forma de responder a situação, o Governo de Moçambique ratificou diversas declarações e convenções regionais e internacionais que visam reduzir o número de novas infecções do HIV e o impacto do SIDA no país. Entre os instrumentos globais e regionais ratificados por Moçambique destacam-se a Declaração de Compromisso sobre o HIV e SIDA da Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas (UNGASS) (2001) e os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (2001).

De acordo com os dados apresentados pelo Ministério da Saúde na VIII Reunião Nacional do Programa Nacional de Controlo das ITS, HIV e SIDA, Moçambique registou cerca de 98.000 novas infecções do HIV em 2020, no mesmo período foram registadas, igualmente, 38.000 mortes e 94.000 mulheres grávidas testaram positivo para o HIV. E a taxa de transmissão vertical do HIV da mãe para o seu filho foi de 13%. Ainda segundo as estimativas, cerca de 2.1 milhões da população moçambicana vive actualmente com o HIV (MISAU, 2021).

Ainda de acordo com o MISAU, o risco de infecção do HIV é alto entre as populações chave, mulheres e raparigas adolescentes e mulheres jovens, sendo que em 2020 os adolescentes e jovens foram responsáveis por 40% das novas infecções por HIV. Em 2019, a região da

África Subsaariana, com apenas 12% da população mundial, concentrava cerca de 68% das pessoas de todas as idades vivendo com o HIV no mundo, e Moçambique, segundo as estatísticas, é o segundo país na região que mais contribui em novas infecções por HIV.

Torna-se cada vez mais evidente a preocupação das organizações nacionais e internacionais no controlo da epidemia do HIV e SIDA no país, assim como também o controlo da mesma a nível mundial.

A SIDA vem se caracterizando como um problema no mundo todo, mas, nos países em desenvolvimento, a situação é mais complexa não só porque é mais difícil de evitar a propagação da doença, como também, as consequências económicas e sociais são mais graves, por serem países já debilitados economicamente (Sousa, 2001).

Com a epidemia na esfera mundial, surgiram diferentes formas de se encarar o indivíduo HIV positivo, sendo que a estigmatização e a discriminação sejam algumas destas formas. O estigma e a discriminação associados ao vírus HIV tem por vezes levado as pessoas infectadas optarem em muitos casos por esconder ou mesmo negar o diagnóstico e consequentemente o tratamento e cuidados de saúde, devido à culpabilização imposta pela sociedade a pessoas portadoras do HIV (Andrade, 2010).

iii. Problema de pesquisa

A estigmatização e a discriminação não se restringem apenas aos adultos HIV positivo, as crianças, sobretudo, as com idade escolar (10 aos 15 anos para a pesquisa) são também vítimas do estigma e discriminação dentro da sociedade moçambicana. São restringidos o direito à educação, direitos a convivência familiar, lazer, privacidade e sigilo/confidencialidade (Zucchi et al, 2010).

Segundo a Lei nº19/2014 de 27 de Agosto, no quarto artigo, 1. a pessoa vivendo com HIV e SIDA goza dos mesmos direitos e tratamento de qualquer outra pessoa; 2. a pessoa vivendo com HIV e SIDA não deve ser discriminada ou estigmatizada em razão do seu estado de seropositividade.

E no seu artigo 7, a Lei nº19/2014 de 27 de Agosto afirma que, 1. a criança ou adolescente vivendo com HIV e SIDA tem os direitos e garantias consagrados na Constituição da República e nas convenções internacionais, nomeadamente a Declaração dos Direitos da Criança, a Carta Africana dos Direitos e Bem estar da Criança e demais legislação nacional;

2. a família e a comunidade asseguram que toda a criança ou adolescente vivendo com HIV e SIDA tenha o direito à assistência, nomeadamente educação, saúde, alimentação, psicossocial e habitação no seio da sua família e, só em casos excepcionais, em famílias substitutas.

O acto de discriminação e estigmatização da pessoa, criança ou adolescente vivendo com HIV/SIDA constitui como uma violação de direitos, tomando em consideração os mecanismos jurídicos.

O estigma e a discriminação constituem como formas frequentes quando se esta diante de uma pessoa, criança com o HIV positivo, mesmo com os esforços feitos pelos órgãos governamentais e não governamentais, lamentavelmente, este acto ainda esta muito visível na sociedade moçambicana. Faz-se ainda necessário entender o fenómeno do HIV/SIDA não apenas sob o prisma orgânico/fisiológico, mas capturar os diversos factores que compõe esta doença.

O impacto que a doença do HIV tem sobre às crianças não pode ser comparada com a de um adulto. Tal como refere Motta (2007), as implicações da seropositividade para às crianças que enfrentam uma doença ainda sem cura, a qual necessita de tratamento adequado e satisfatória adesão medicamentosa, evidencia vulnerabilidades específicas relacionadas ao HIV que vão além daquelas que fazem parte da infância.

Pergunta de partida

Diante da análise do conteúdo anterior surge a seguinte questão: *Que estratégias os pais ou encarregados de educação têm usado para garantir a protecção das crianças portadoras do HIV diante do estigma e discriminação?*

iv. Objectivos

Objectivo Geral

- Compreender a forma como os pais ou encarregados de educação protegem as crianças portadoras do HIV à situações de estigma e discriminação.

Objectivos Específicos

- Descrever as formas de transmissão do vírus do HIV e o tratamento em Criança;
- Identificar as estratégias utilizadas pelos pais ou encarregado de educação para proteger às crianças do estigma e discriminação;
- Reflectir sobre os instrumentos usados pela Associação Hixikhanwe na intervenção em crianças portadoras do HIV;
- Elucidar as práticas de intervenção do assistente social com crianças portadoras do HIV para promoção e defesa dos direitos e bem-estar das crianças.
- Sugerir mecanismos para a inclusão e conscientização sobre o combate a estigma e discriminação a pessoas vivendo com HIV.

v. Hipóteses

Hipótese 1: Para proteger as crianças portadoras do HIV os pais ou encarregados de educação têm mantido a condição de saúde destas em segredo e restringindo-as a ambientes que consideram seguro para elas.

Hipótese 2: Os pais ou encarregados de educação têm mantido diálogo com as crianças sobre a condição de saúde, deixando-as cientes e como lidar com as situações de estigma e discriminação da doença.

vi. Justificativa

Sob o âmbito pessoal, a escolha do tema para a pesquisa surge com a observância de casos de estigmatização e discriminação de crianças portadoras do HIV, no meio social, escolar e familiar. Isolando-se a criança sob o intuito de que esta poderá transmitir a doença para as outras crianças ou mesmos para os adultos na qual a criança interage.

O estudo permite compreender e adquirir conhecimentos na matéria de protecção das crianças aos diferentes abusos, sobretudo aos ligados a saúde-doença, sendo que o assistente social munido de competências, compete defender os direitos humanos, assim como os direitos das crianças.

Contribuindo no âmbito social, para a observância e desenvolvimento de novas estratégias que possibilitem que às crianças com o HIV positivo tenham acesso a educação, gozem de

todos os direitos que qualquer outra criança tem. Contribuindo também, para a conscientização da necessidade de uma maior divulgação do conhecimento da sexualidade e das doenças de transmissão sexual, assim como de objectos cortantes a diversas esferas da sociedade moçambicana, aliando a práticas saudáveis da sexualidade a cultura.

Na perspectiva científica, contribui a pesquisa na discussão do Serviço Social na esfera social e na protecção dos direitos das crianças. O Serviço Social em Moçambique na esfera da criança e adolescente, da promoção dos direitos da criança, sobretudo, as que estão em questões de vulnerabilidade não apresenta níveis satisfatórios de produção de artigos científicos e livros, sendo importante a promoção dessa área de pesquisa aos investigadores do Serviço Social.

vii. Estrutura do trabalho

A pesquisa apresenta a seguinte estrutura:

- A parte introdutória é apresentado a formulação do problema, a pergunta de partida, a definição das hipóteses, os objectivos da pesquisa, a justificativa, a delimitação e a apresentação da estrutura do trabalho.
- Após a introdução segue o primeiro capítulo, no qual é referente ao enquadramento teórico e conceptual em que é apresentado a teoria que norteia a pesquisa e os conceitos chaves da pesquisa.
- No segundo capítulo é ilustrado o plano de intervenção que consiste na organização sistemática das actividades que foram levadas a cabo na intervenção no problema identificado.
- Com apresentação do plano de intervenção segue o terceiro capítulo, onde é apresentada a metodologia empregada para a consecução da pesquisa, assim como os instrumentos que foram usados para a obtenção dos dados necessários para a compreensão do problema.
- No quarto capítulo é referente a apresentação e discussão dos resultados do trabalho de campo, seguido pela conclusão do estudo, as referências bibliográficas, os apêndices e os anexos.

CAPÍTULO I: QUADRO TEÓRICO E CONCEPTUAL

Nesse capítulo são apresentados os conceitos chaves e a teoria que vai orientar a pesquisa, de modo a compreender melhor a questão social. Salientando que, a protecção da criança não se restringe apenas a família, esta se alarga a todas instituições públicas e privadas e ao Estado.

1.1.Enquadramento teórico

Para a compreensão e explicação da realidade, nesse caso da pesquisa, é necessário que se tenha definido uma teoria que permitira perceber a realidade, a forma como a questão social se manifesta. A teoria Fenomenológica de Husserl (1989) constitui como a teoria base da pesquisa e a Teoria de Representação Social de Moscovici (1981) como teoria complementar.

1.1.1. Teoria Fenomenológica

A teoria fenomenológica de Edmund Husserl é uma das contribuições mais significativas para a filosofia do século XX. Husserl (1989) é considerado o fundador da fenomenologia, uma abordagem filosófica que se concentra na análise do fenómeno, isto é, naquilo que aparece à consciência. Em sua obra mais influente, "Ideias para uma Fenomenologia Pura e para uma Filosofia Fenomenológica", Husserl desenvolve sua teoria fenomenológica, que busca investigar as estruturas e as características dos fenómenos.

Segundo Husserl (1989) a fenomenologia é uma ciência rigorosa, que procura distinguir entre as aparências e as essências dos fenómenos. Sendo necessário interromper as crenças e pressuposições sobre o fenómeno, a fim de investigar as estruturas fundamentais da experiência humana. Essa abordagem crítica e reflexiva permitiria alcançar uma compreensão mais profunda da realidade e da consciência.

Um dos conceitos fundamentais da fenomenologia de Husserl (1989) é o da "intencionalidade". Para o autor, toda consciência é sempre consciência de algo, isto é, toda experiência consciente está direccionada para um objecto. A intencionalidade é a característica essencial da consciência, que sempre se relaciona com algo externo a ela. Esta relação entre a consciência e o objecto da experiência é estudada pela fenomenologia como um dos aspectos fundamentais da experiência humana.

Isto é, a consciência sempre se dirige para algo, e é a partir desse movimento intencional que se construi as representações sobre o mundo. Assim, a fenomenologia busca compreender

como a consciência se relaciona com o mundo e como se dá a construção do conhecimento a partir dessa relação.

Propõe ainda Husserl (1989), a noção de "redução fenomenológica" como um método para alcançar a verdadeira essência dos fenómenos. A redução fenomenológica envolve suspender as crenças e pressuposições individuais sobre a realidade, a fim de investigar as estruturas fundamentais da experiência. Ao suprimir todas as referências a conceitos prévios ou teorias estabelecidas, a fenomenologia busca atingir a essência pura dos fenómenos, permitindo uma compreensão mais genuína da realidade.

A fenomenologia oferece uma abordagem que valoriza a análise da experiência directa e a busca pela compreensão profunda da consciência e da realidade vivida. Ao estudar o estigma e discriminação de crianças portadoras do HIV, a fenomenologia permitiu a análise das experiências subjectivas dos pais ou encarregados para a protecção das crianças que sofrem o estigma e discriminação, bem como as atitudes e comportamentos das pessoas ao seu redor.

A análise fenomenológica poderia se concentrar em compreender como o estigma e discriminação afectam a consciência e a experiência dessas crianças, examinando as diferentes formas em que o estigma se manifesta e suas consequências na vida quotidiana.

1.1.2. *Teoria de Representação Social*

Constitui como referencial teórico complementar para a análise da questão de estratégias de protecção de crianças portadoras HIV diante do estigma e discriminação a Teoria de Representação Social de Serge Moscovici.

A teoria de representação social de Serge Moscovici é uma das teorias mais influentes em diversas áreas. Moscovici (1981) foi um psicólogo social francês que desenvolveu sua teoria a partir de uma perspectiva sociocognitiva, buscando compreender como as pessoas constroem e compartilham conhecimentos sobre o mundo social ao seu redor.

Segundo Moscovici (1981) as representações sociais são formas de conhecimento compartilhadas e construídas socialmente, que ajudam as pessoas a compreender e interpretar o seu ambiente social. Em suas palavras, as representações sociais são "saberes práticos enraizados na vida cotidiana" (Moscovici, 1981, p. 220). Estas representações sociais servem como um guia para a compreensão do mundo social, permitindo que as pessoas orientem suas acções e interacções no ambiente em que estão inseridas.

A teoria de representação social de Moscovici traz contribuições importantes para o entendimento do funcionamento da mente humana no contexto social. Ela demonstra como a cognição e a cultura estão intrinsecamente ligadas e como as representações sociais são influenciadas pelo contexto social em que são produzidas. A teoria, segundo Moscovici (1981), destaca como as representações sociais são dinâmicas e mutáveis, moldadas pela interação social e pela transformação das relações sociais ao longo do tempo.

Uma das principais contribuições de Moscovici foi a introdução do conceito de ancoragem e objectivação. Segundo Moscovici (1981), a ancoragem ocorre quando uma nova ideia ou informação é associada a uma ideia já existente na mente das pessoas, ajudando a tornar a nova informação mais compreensível e significativa. Por outro lado, a objectivação se refere ao processo pelo qual ideias abstractas são transformadas em algo mais concreto e palpável, permitindo que as pessoas lidem com conceitos complexos de forma mais acessível e tangível.

As representações sociais são compartilhadas e difundidas por meio da comunicação entre as pessoas, sendo influenciadas pela linguagem e pela forma como as informações são transmitidas e interpretadas. Dessa forma, a comunicação desempenha um papel fundamental na formação e manutenção das representações sociais, moldando a forma como as pessoas percebem e interpretam o mundo social ao seu redor (Moscovici, 1984).

A teoria de representação social de Moscovici oferece uma perspectiva útil para o entendimento de questões sociais e políticas. A teoria é frequentemente utilizada para analisar como as representações sociais actuam na formação de estereótipos e preconceitos, mostrando como determinados grupos sociais são representados de maneira negativa e estigmatizada na sociedade.

Afirma Jovchelovitch (2008) que a teoria também é aplicada para compreender como as representações sociais influenciam as atitudes e comportamentos das pessoas em relação a questões sociais, como a imigração, a diversidade cultural e a justiça social.

De acordo com Castorina (2012) a teoria é, também, utilizada para entender como as atitudes em relação à saúde e à doença são moldadas pelas representações sociais, influenciando a forma como as pessoas buscam cuidados médicos e aderem a tratamentos.

A aplicação da teoria da representação social no estudo do estigma e discriminação de pessoas portadoras de HIV permitiu compreender melhor como essas representações sociais são formadas, difundidas e internalizadas pela sociedade.

1.2. Enquadramento conceptual

Após a apresentação da teoria que constitui como lente de análise para a pesquisa são apresentados a seguir os conceitos chaves da pesquisa, operacionalizando-os para se enquadrarem na presente pesquisa.

1.2.1. HIV e SIDA

O vírus HIV (em inglês, Human Immuno Deficiency Vírus, que significa Vírus da Imuno Deficiência Humana) é um micróbio que só se consegue ver com um microscópio especial. O HIV ataca as células do sistema imunitário (o sistema de defesa do organismo humano), Hesperian (s/d). O SIDA é uma doença causada por um vírus chamado HIV, os doentes com SIDA, o sistema imunitário não funciona devidamente.

A forma de transmissão é por meio de relações sexuais desprotegidas, por objectos cortantes, seringas, transfusão de sangue, contacto com o sangue de uma pessoa contaminada, assim como, durante a gravidez, parto ou amamentação, de mãe para a criança (Hesperian, 2009).

1.2.2. Estigma e discriminação

Anthony Giddens (2001, p. 160) citado em Taela (2004, p. 6), conceptualiza o estigma como sendo “qualquer característica que coloca um indivíduo ou grupo à parte da maioria da população, resultando daí que o indivíduo ou grupo é tratado com suspeição ou hostilidade.”

Para que o estigma opere em relação a um grupo ou indivíduo, é necessário que o estigmatizado (além de ser reconhecido e reconhecer-se no estigma) esteja em um lugar no qual, supostamente, não deveria estar, um lugar no qual não pertence. O processo de estigmatização varia de acordo com a evidência e a exposição das características do indivíduo (Soares, 2009).

Segundo a ONUSIDA (2000, p.10) “a discriminação ocorre quando é feita uma distinção em relação a uma pessoa, em consequência da qual ela é tratada incorrecta e injustamente, por pertencer, ou por se presumir que pertence, a determinado grupo.” Sendo que, os indivíduos discriminados não têm o direito e o alcance que os outros tem.

Pode se observar que os dois conceitos, estigma e discriminação não apresentam o mesmo significado, sendo que o estigma se refere a uma determinada característica atribuída a determinados indivíduos, enquanto, a discriminação é referente ao comportamento, a forma como determinados indivíduos são tratados em relação a outros.

O estigma e a discriminação não significam necessariamente que esteja relacionado ao HIV/SIDA, outras doenças como afirma Taela (2004), como a tuberculose, as pessoas que tem essa doença são também estigmatizadas e discriminadas.

O estigma relacionado ao HIV é uma barreira que impede que as pessoas com HIV revelem sua condição e tenham os serviços de apoio e assistência disponíveis, o que prejudica também a prevenção do HIV, que estimula as pessoas a aderirem comportamentos mais seguros.

1.2.3. Direitos das crianças: protecção da criança

Segundo Sicoche (2015), a necessidade de garantir uma protecção especial à criança foi declarada, pela primeira vez, na Declaração de Genebra de 1924 sobre os Direitos da Criança, tendo de seguida na Declaração dos Direitos da Criança que foi adoptada pelas Nações Unidas em 1959.

Foi também ratificada pela Declaração Universal dos Direitos do Homem; pelo Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos; pelo Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais (art. 10); e pelos estatutos e instrumentos pertinentes das agências especializadas e organizações internacionais que se consagram ao bem-estar da criança.

A criança, segundo a Declaração dos Direitos da Criança, por conta da sua falta de maturidade física e intelectual, tem necessidade de uma protecção e cuidados especiais, principalmente de protecção jurídica adequada, tanto antes como depois do nascimento da mesma (Unicef, 2019).

A criança, nessas directrizes constitui como um individuo que por conta da sua incapacidade de defender-se das vicissitudes humanas e das diversas situações que podem comprometer o seu desenvolvimento são e harmonioso, devendo-se dar atenção especial e protecção dentro da sociedade.

A Convenção dos Direitos da Criança define a criança como, “...*todo o ser humano menor de 18 anos, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade cedo*” (Unicef, 2019).

Não saindo da mesma linhagem, a Lei nº 7/2008, conceitua a criança no artigo 3 como, toda a pessoa menor de dezoito anos de idade, sendo que, casos expressamente previstos, a Lei aplica-se também aos menores com mais de dezoito e menos de vinte e um anos de idade. Nos termos adoptados em Moçambique, todo ser humano com idade inferior a dezoito anos tem por garantia o gozo pleno dos direitos da criança, também prevendo o mesmo gozo dos direitos a indivíduos com mais de dezoito e menos de vinte e um, em determinados casos como explicito na lei.

A pesquisa, dá-se o maior enfoque às crianças com idade compreendida entre os 10 aos 15 anos. Os direitos das crianças constituem desse modo uma série de directrizes que visam garantir a protecção da criança, concebendo a esta a oportunidade de ter um desenvolvimento saudável.

O estabelecimento da Convenção dos Direitos da Criança, como afirma Pereira (2014), surge por conta da violência e abusos que às crianças e adolescentes sofreram ao longo do tempo, sendo que a visibilidade estabeleceu por meio da Convenção das Nações Unidas, no qual se reconhece os direitos da criança.

Os sujeitos menores estão submetidos a autoridade parental, esta que deve velar pela segurança, saúde, educação e moralidade, sendo assim objecto de medidas de protecção judiciária. Isto é, os menores são sujeitos de direitos quando estão em perigo ou quando são considerados perigosos (Pereira, 2006).

1.2.4. Serviço Social no trabalho com menores

Por conta da gravidade da situação da violência vivida por crianças e por adolescentes, o serviço de atendimento deve ser orientado por uma proposta ética que garanta a dignidade e protecção a crianças, sendo elas/eles sujeitos sem capacidade de defesa.

A cada categoria de profissionais tem seu código ético que rege essas questões, mas isso não exclui a necessidade de estabelecerem acordos internos para melhor atender as demandas, nesse sentido, os profissionais devem ter o comprometimento com o atendimento oferecido a fim de garantir o pleno desenvolvimento de autonomia individual, familiar e social, e evitar a revitalização (Pereira, 2006).

Para compreender a actuação do serviço social no trabalho com menores, é importante destacar o papel da família e da comunidade nesse contexto. De acordo com Abramovay (2005), é fundamental considerar a família como o principal contexto de socialização e protecção das crianças e adolescentes.

O serviço social também actua na articulação com a rede de protecção social. Segundo Gracia (2010), a rede de protecção social tem como objectivo a implementação de políticas de protecção e promoção dos direitos das crianças e adolescentes, e o serviço social desempenha um papel fundamental nesse processo, actuando na identificação de situações de risco e vulnerabilidade, no acolhimento e acompanhamento das famílias e na busca de soluções para os problemas enfrentados pelas crianças e adolescentes.

No trabalho de protecção dos menores é importante não apenas a cooperação institucional e dos seus profissionais, que desenvolvem funções nessas instituições, como também da população em geral, das crianças e jovens e das famílias (Magalhães, 2002 citado em Pereira 2006).

Como faz menção a autora, no trabalho de protecção dos menores, há necessidade de uma cooperação, e esta cooperação não deve se limitar apenas ao âmbito institucional, a sociedade e a família também deve fazer parte do círculo que luta e contribui para a protecção das crianças nas diferentes questões sociais ou vicissitudes da vida. A intervenção do Serviço Social torna-se como um dos marcos orientadores para a concretização dos direitos da criança.

De acordo com Carvalho (2015), o Serviço Social desempenha um papel fundamental na busca por alternativas de protecção e acolhimento, que visem à promoção do convívio familiar e comunitário das crianças e adolescentes, respeitando seus direitos e necessidades.

Sendo que, para o desenvolvimento do trabalho com menores, o Serviço Social se utiliza de diferentes instrumentos e técnicas de intervenção, que visam à protecção e promoção dos

direitos das crianças e adolescentes. Segundo Fonseca (2017), o Serviço Social actua na realização de entrevistas, visitas domiciliarias, acompanhamento sociofamiliar, articulação com a rede de protecção, elaboração de relatórios e pareceres técnicos, entre outros, buscando sempre a garantia dos direitos e o fortalecimento das famílias.

E ressaltando que o trabalho com menores exige uma postura ética e comprometida com a defesa dos direitos humanos e a justiça social. De acordo com Yamamoto (2010), o serviço social busca promover a transformação das condições de vida das crianças e adolescentes, buscando superar as desigualdades e violações de direitos, através de acções que busquem garantir a protecção e promoção de seus direitos.

Em ilação, Serviço Social desempenha um papel fundamental no trabalho com menores, actuando na protecção, prevenção e promoção dos direitos das crianças e adolescentes em situação de risco ou vulnerabilidade social. Através de acções que buscam a promoção do bem-estar e desenvolvimento integral desses sujeitos, o serviço social contribui para a garantia dos direitos fundamentais da infância e adolescência, buscando sempre a construção de uma sociedade mais justa e democrática.

CAPÍTULO II: APRESENTAÇÃO DO PLANO DE INTERVENÇÃO

Neste capítulo é ilustrado o plano de intervenção que foi desenvolvido pelo pesquisador, indicando as acções, os objectivos que foram traçados de modo a intervir no problema, para a resolução ou redução dos impactos no grupo alvo.

O plano de intervenção para Gil (2008), constitui um instrumento de trabalho dinâmico, que visa indicar acções, problemas e objectivos a serem alcançados com critérios de acompanhamento e avaliação do trabalho desenvolvido.

2.1. Visitas Domiciliárias as Famílias das Crianças portadoras do HIV

A visita domiciliar consiste na colecta de dados observando no próprio local de vida familiar, onde há maior espontaneidade”, pois os envolvidos estão em seu território, o que permite captar “elementos que revelam o modu vivendi”, e que ainda expressa a “valorização do local do núcleo físico do grupo (Freitas; Freitas, 2003 citado por Lavoratti; Costa, 2016).

A visita domiciliar constitui um instrumento importante no processo de recolha de dados e intervenção no contexto social, pois possibilita perceber de forma ampla as interacções familiares e a situação socioeconómica da população alvo.

A actividade apresenta como objectivos, conhecer a realidade social e empoderar os pais e encarregados a cuidarem e acompanharem os seus educandos, fortalecendo a convivência e o apoio familiar de modo a garantir o bem-estar físico e psicológico da criança.

O grupo alvo foram os pais ou encarregados de educação e as crianças, sendo os intervenientes o pesquisador e os assistentes da Associação Hixikhanwe, tendo como duração da realização da actividade três semanas.

2.2. Apoio Psicossocial às Crianças portadoras do HIV e os seus encarregados

Segundo INEE (2016) apoio psicossocial refere-se a um processo facilitador da resiliência nos indivíduos, famílias e comunidades, respeitando a sua independência, dignidade e mecanismos de defesa. O apoio psicossocial é constituído por acções que respondam quer às necessidades sociais quer psicológicas de indivíduos, famílias e comunidades.

O apoio psicossocial visa promover a restauração da coesão social e de infra-estruturas, tendo como objectivo ajudar à recuperação de indivíduos depois de uma crise que tenha afectado as suas vidas, e reforçar a sua capacidade de recuperação e de regresso à normalidade depois de experimentar adversidades decorrentes dessa crise (INEE, 2016).

Esta actividade tem como objectivo proporcionar apoio psicológico e social às crianças portadoras do HIV e aos pais ou encarregados de educação das mesmas, modo que possam recuperar-se dos impactos da discriminação.

A actividade foi realizada pelo pesquisador em conjunto com os assistentes da Associação Hixikhanwe, no qual o grupo alvo foram às crianças portadoras do HIV e aos pais ou encarregados de educação, tendo se realizado durante duas semanas.

2.3. Desenvolvimento de Acções Socioeducativas aos pais ou encarregados de Educação das Crianças

As acções socioeducativas, de acordo com Lima e Carloto (2009), compreendem a um conjunto de actividades em grupos socioeducativos, campanhas socioeducativas, grupos de convivência familiar, grupos de desenvolvimento familiar, e grupos de desenvolvimento local das comunidades em que cada um enfatiza uma actividade. O desenvolvimento de acções socioeducativas realiza-se conforme a vulnerabilidade das famílias ou necessidades locais. A ênfase das acções fundamenta-se em uma visão participativa e dialógica.

Para esta actividade constitui como objectivo conscientizar aos pais ou encarregados das crianças portadores do HIV sobre a importância do tratamento anti-retroviral para a saúde da criança e qualquer outra pessoa com o vírus do HIV.

Constituem como grupo alvo dessa actividade os pais e encarregados das crianças, assim como as mesmas crianças, tendo como intervenientes o pesquisador e os assistentes da Associação Hixikhanwe, tendo se realizado durante cinco dias no recito da Associação.

CAPÍTULO III: METODOLOGIA DE PESQUISA

Após a apresentação do plano de intervenção que foi aplicado na pesquisa segue nesse capítulo os pontos referentes a metodologia de pesquisa que foi adoptada para a elaboração, obtenção de dados, tratamento e posterior análise dos mesmos.

3.1. Natureza da pesquisa

No que se refere a natureza da pesquisa, este é do tipo qualitativo e quantitativo. Qualitativo, segundo Minayo (2014), porque possibilita reter, no processo investigativo, o significado e a intencionalidade das acções humanas como inerentes tanto aos indivíduos, quanto as relações sociais e estruturas sociais, procurando desse modo, compreender os mecanismos usados para enfrentar a questão do estigma e discriminação relacionado com o HIV.

E é quantitativa, segundo Richardson (2002), pelo facto de ser caracterizada pelo emprego da quantificação, tanto nas modalidades de colecta de informações quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas.

3.2. Tipo de pesquisa

Quanto ao tipo de pesquisa, caracteriza-se como bibliográfica, documental e descritiva. Bibliográfica, sendo a que é desenvolvida a partir de material já elaborado relativo ao problema, possibilitando o conhecimento das abordagens dos diferentes autores (Vergara, 2000). E com base nos materiais bibliográficos se fez a análise dos dados obtidos com o conteúdo referenciado por diferentes autores sobre o problema.

Documental, como refere Lakatos e Marconi (2001), constitui a colecta de dados em fontes primárias, como documentos escritos ou não, pertencentes a arquivos públicos, arquivos particulares de instituições e domicílios, e fontes estatísticas. Tendo sido nesse tipo de pesquisa analisado o material referente as leis que protegem os indivíduos portadores do HIV em Moçambique.

Descritiva, *“têm como objectivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenómeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis”* (Gil, 2002, pág. 42). Sendo feita a descrição do problema de pesquisa e os mecanismos aplicados pelos pais/encarregados de educação para a protecção das crianças portadoras do HIV

3.3. Método de pesquisa

Na pesquisa é aplicado o método de pesquisa- acção, que é:

Um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma acção ou com a resolução de um problema colectivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo”. (THIOLENT, 2000, p.14).

Com base no método de pesquisa- acção, o pesquisador traçou um plano de intervenção que tem por objectivo intervir no problema que foi constatado de modo a solucionar o mesmo ou reduzir os impactos que este problema traz a população-alvo.

3.4. População e amostra

3.4.1. População

De acordo com Lakatos e Marconi (2003) universo ou população é o conjunto de seres animados ou inanimados que apresentam pelo menos uma característica em comum e que irão constituir como objecto de pesquisa. A Associação Hixikhanwe é composta por 1149 crianças dos 0 á 19 anos de idade, beneficiárias dos seus serviços da instituição. A pesquisa tomou este número como a população da pesquisa.

3.4.2. Amostra

A amostra vai constituir a parte representativa do universo, quando a pesquisa não abrange a totalidade do universo, sendo então um subconjunto do universo (Lakatos; Marconi, 2003). A amostra da população da pesquisa é constituída por: 16 pais ou encarregados de educação de 16 crianças beneficiarias dos serviços da Associação Hixikhanwe dos 10 á 15 anos.

A pesquisa seleccionou crianças com idade compreendida entre os 10 e 15 anos, por considerar que já tenham capacidade para compreender os factos que se apresentam no quotidiano das mesmas.

Característica da amostragem é não probabilístico do tipo intencional, integrando se os sujeitos- tipos que definem a pesquisa. Em que é seleccionado um subgrupo da população com base nas informações disponíveis de modo a ser considerado como representante da população (Gil, 2008).

Quanto aos critérios de selecção dos elementos da amostra, tomou-se em consideração os elementos da população que tinha disponibilidade para participar da pesquisa e que não se encontram a residir distante da Associação.

3.5. Instrumentos de recolha de dados

No processo da pesquisa os instrumentos de recolha de dados são importantes para obtenção de dados do problema que pretende-se analisar em um determinado contexto. Desse modo, a entrevista semi-estruturada e a observação constituem os instrumentos de recolha de dados a que foram aplicados.

A entrevista, segundo Richadson (2012), constitui como uma técnica importante que possibilita o desenvolvimento de uma estreita relação entre as pessoas. A entrevista divide-se em três tipos, entrevista estruturada, entrevista semi-estruturada e entrevista não estruturada. A entrevista semi-estruturada, a que foi aplicada na pesquisa, é constituída por perguntas abertas em que o entrevistado traz aquela que é a sua concepção sem que o pesquisador o limite (Richadson, 2012).

Na entrevista semi-estruturada o entrevistado tem a liberdade de expressar as suas interpretações sobre o problema seguindo o guião de perguntas, e este instrumento possibilitou a recolha de dados proporcionou a análise da forma como a população afectada pelo problema em estudo tem lido com a discriminação e estigma no contexto actual.

A Observação é uma técnica muito utilizada, mas pouco entendida como tal. Sendo que, pode ser traduzida em ouvir com atenção, sem fazer pré-julgamentos ou discriminação. Envolve atitudes de perceber, tomar conhecimento de uma situação ou demanda ou acontecimento que possa ajudar a esclarecer ou a compreender a realidade dos sujeitos/usuários com o qual o profissional está intervindo (Gerber, s/d).

Com base na observação conheceu-se a realidade social em que se encontra a população da pesquisa, a forma como se relacionam com outros dentro do seu contexto social, os mecanismos aplicados pela associação para prestar apoio as pessoas portadoras do HIV, que estejam necessitando.

3.6. Análise e tratamento de dados

Na análise e tratamento de dados, os dados recolhidos foram revisados e categorizados segundo a relevância dos mesmos para a pesquisa. Como afirma Gil (2008, p. 157), “as respostas fornecidas pelos elementos pesquisados tendem a ser as mais variadas. Para que essas respostas possam ser adequadamente analisadas, torna-se necessário, portanto, organizá-las, o que é feito mediante o seu agrupamento em certo número de categorias”.

Esta categorização consiste em identificar palavras-chaves nos dados recolhidos para a posterior relacionar os mesmos entre si. E quanto aos dados obtidos na entrevista, foi aplicado o modelo de Laville e Dionne (1999), no qual, fez-se a leitura, a descrição, o agrupamento dos dados por assuntos e a sua interpretação, com vista a sumariá-los e organizá-los em forma de conclusões parciais.

3.7. Validade e Fiabilidade dos resultados

No que se refere a validade foi aplicado a triangulação metodológica, este que permite que haja confrontação dos dados, tal como refere Yin (2001), a triangulação estabelece-se na lógica de se empregar várias fontes de evidências, isto é, confrontação entre o que já foi pesquisado sobre o tema ou com relação no mesmo e com os dados que são obtidos na pesquisa. A aplicação de várias fontes na colecta de dados é uma necessidade e, ao mesmo tempo, um ponto forte muito essencial para estudos de caso.

No que refere a fiabilidade dos resultados dos resultados recorreu-se à técnica de *teste-reteste*, aplicando os mesmos instrumentos ao mesmo grupo alvo em momentos diferenciados.

3.8. Aspectos éticos da pesquisa

Para o desenvolvimento de uma pesquisa é necessário ter em conta os aspectos éticos, pois, uma pesquisa que envolve seres humanos deve salvaguardar os direitos dos mesmos. Aos participantes apresentou-se as informações referentes a pesquisa, os objectivos que pretende-se alcançar, tendo sido observado o procedimento de consentimento informado, de modo a obter a autorização dos participantes.

Foram igualmente esclarecidas todas as dúvidas dos participantes, estando estes, também, livres de consultar terceiros antes de fazer parte da pesquisa. Tendo sido garantida a liberdade de desistir ou continuar na participação da pesquisa, assegurada a confidencialidade e a privacidade, a protecção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas.

3.9. Local de Estudo

No que se refere a delimitação espacial, a pesquisa se foca no Distrito Municipal Ka-Kamubukhana, este que constitui um dos distritos de actuação da Associação Hixikhanwe na Cidade de Maputo.

A Associação Hixikanwe é uma organização não governamental que tem ajudado as pessoas que vivem com o vírus da SIDA nos bairros da cidade de Maputo, com base em apoios de sensibilização sobre as formas de prevenção do vírus, promoção de acções socioeducativas para a mudança de comportamentos de risco, o uso correcto e consistente do preservativo, testagem voluntária, apoio psicossocial para a recuperação da auto-estima, acolhimento de crianças órfãs e vulneráveis.

3.10. Constrangimentos da Pesquisa

O primeiro constrangimento da pesquisa é refere a aceitação da instituição que possibilitou a realização da pesquisa, pois, se encontrava na mesma alguns estudantes/pesquisadores a realizarem as suas pesquisas, o que remeteu com que aguardássemos até a finalização do trabalho desses estudantes/pesquisadores naquela instituição. O segundo constrangimento da pesquisa é refere a língua, pois, alguns dos entrevistados não têm domínio da língua portuguesa, o que em algumas ocasiões proporcionou dificuldades na transcrição das respostas dos entrevistados no bloco de respostas

CAPÍTULO IV: APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DO TRABALHO DE CAMPO

Com apresentação dos procedimentos metodológicos, segue neste capítulo a apresentação, análise e discussão dos dados recolhidos no campo e os resultados. No qual, no primeiro ponto desse capítulo é apresentado a descrição do perfil sociodemográfico dos entrevistados, seguido pela apresentação dos resultados da pesquisa, a implementação do plano de intervenção, a conclusão e sugestões.

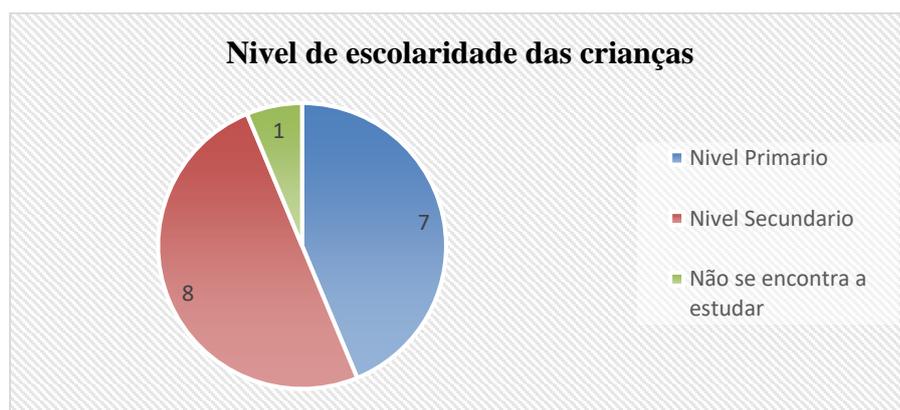
4.1. Perfil Sociodemográfico dos Entrevistados

É apresentado neste subcapítulo o perfil sociodemográfico das crianças e dos pais ou encarregados de educação. As entrevistas foram aplicadas à 16 pais e encarregados de educação de 16 crianças portadoras do HIV com idade compreendida entre 10 e 15 anos de idade.

Na aplicação das entrevistas constatou-se que, em relação ao nível de escolaridade das 16 crianças, 7 das crianças encontram-se a frequentar o nível primário; 8 das crianças encontram-se a frequentar o nível secundário; e 1 não se encontra a estudar.

Gráfico 1

Nível de escolaridade das crianças



Fonte: Elaborado pelo pesquisador (2023).

No que refere a relação existente entre os representantes legais e as crianças, constatou-se, ao longo das entrevistas que, 9 dos representantes são pais legítimos das crianças; 3 dos representantes são avós das crianças; 4 dos representantes são tias/tios das crianças. Das 7

crianças cujo os representantes não são os seus pais legítimos, 3 das crianças são órfãos dos mesmos.

Tabela 1

Relação entre os representantes legais e as crianças

Número de representantes legais	Relação entre os representantes legais e as crianças
9	Pais legítimos
3	Avos
4	Tias/tios

Fonte: Elaborado pelo pesquisador (2023).

Em relação ao estado dos pais ou encarregados das crianças, verificou-se que, 5 tem o HIV negativo e 11 tem o HIV positivo. Sendo que dois dos encarregados das crianças foram infectados no processo dos cuidados de higiene e saúde da criança.

“Fiquei infectada quando cuidava das feridas da criança, e quando fui ao hospital fazer o teste deu positivo” (Encarregado 1).

“Sou HIV positiva, por causa de cuidar da criança, acabei ficando infectada também” (Encarregado 2).

A transmissão do vírus do HIV não se restringe apenas as formas sexual e vertical (da mãe para o filho durante a gestação, parto e aleitamento), a transmissão pode ser também por via sanguínea, após a exposição a sangue contaminado, a um instrumento que produziu o ferimento e ainda tenha a presença de sangue visível de um indivíduo com o vírus do HIV, partilha de agulhas constituem fontes que implicam a infecção por meio sanguíneo (Ministério de Saúde do Brasil, 2004). Como também, segundo Misau (2019), a transfusão de sangue contaminado, instrumentos médicos não esterilizados, constituem como formas de transmissão do vírus do HIV.

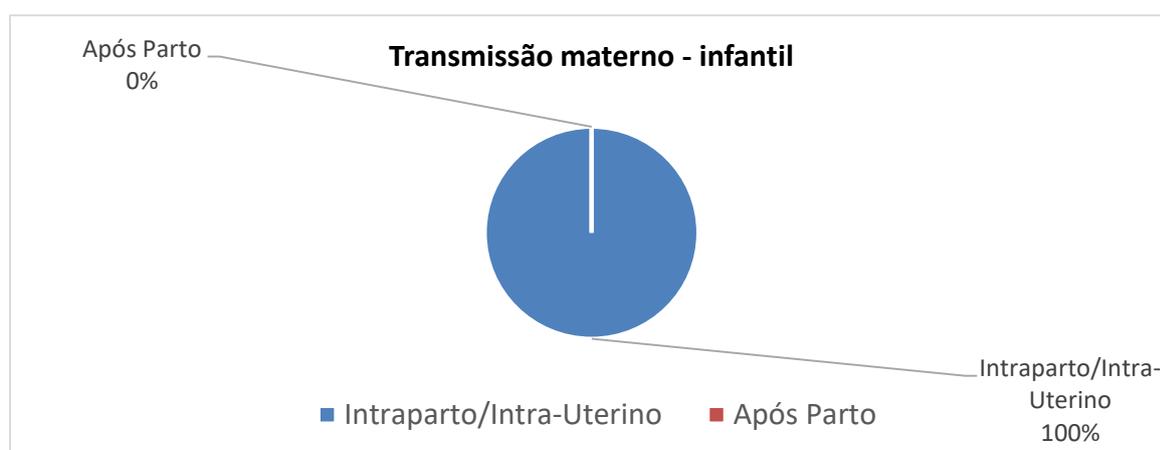
4.2. Diagnóstico e Tratamento do HIV/SIDA na Criança

- *Diagnóstico e revelação a criança*

A transmissão materno infantil pode ocorrer no período intra-uterino, intraparto, ou após o parto através do aleitamento materno, corioamnionites, ruptura prematura da placenta, prematuridade e tabagismo (Nishimoto, 2005).

Gráfico 2

Transmissão materno – infantil



Fonte: Elaborado pelo pesquisador (2023).

“A criança foi diagnosticada com HIV quando nasceu” (Encarregado 3).

“Ah, me disseram que a criança pegou o HIV ao longo da gravidez”
(Encarregado 4).

A transmissão do HIV às crianças que compõem o grupo de pesquisa, foi com base na transmissão materno infantil através do intraparto/intra-uterino. Tal como refere o Ministério de Saúde do Brasil (2004), a transmissão intra-uterina é possível em qualquer fase da gravidez, porém é menos frequente no primeiro trimestre. A transmissão para o filho pode ser da seguinte forma: 65% ocorrem durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito; 35% ocorrem intra-útero, principalmente nas últimas semanas de gestação; e 7% a 22% na amamentação.

Na mesma perspectiva, refere o Ministério da Saúde de Moçambique (2019) que, a transmissão do HIV de mãe para filho pode ocorrer durante a gravidez, parto e aleitamento

materno. No entanto, com o devido acompanhamento e tratamento, é possível reduzir significativamente o risco de transmissão do vírus.

De acordo com Silva (2006), o risco para a infecção varia segundo o comprometimento imunológico e a viremia da mãe durante a gestação, que aumenta na infecção aguda ou em fases avançadas da doença. Como também, a exposição a novas cargas infectantes do vírus, a forma de aquisição do vírus pela mãe, principalmente por drogas e o sorotipo viral.

Segundo OMS (2006) citado por Ferreira (2008), acredita-se que de 25% a 30% da transmissão perinatal do HIV ocorre em útero e de 70% a 75% ocorra na hora do parto. O aumento de infecção na hora do parto é explicado pelo risco de contaminação envolvendo exposição directa ao sangue materno, secreções do tracto vaginal e microtransfusões transplacentárias.

A revelação constitui o processo no qual determinado individuo é informado sobre o seu estado, que é portador do HIV. Segundo Bosteels e Goetghebuer (2008) ao revelar o estado das crianças, é necessário que seja feito através de um processo de revelação progressiva, que consiste num processo gradual que ocorre ao longo de um período, ao qual a criança adquire consciência do seu estado de saúde, de que tem uma infecção, que precisa passar por um tratamento, para que esta possa saber sobre a sua real condição.

“A criança foi informada do seu estado de saúde, e tem reagido bem”
(Encarregado 8).

“Foi dito no hospital que é seropositivo. No início reagiu bem, depois começou a reagir mal, até queria se matar. Mas agora já melhorou”
(Encarregado 4).

Afirmam Costa e Mello Filho (1991) que desde o diagnóstico da seropositividade por HIV, os pacientes o recebem num intenso impacto emocional, desencadeando reacções emocionais intensas, relacionadas não apenas com a ideia de morte lenta decorrente de um processo degenerativo, mas também a partir de circunstâncias sociais em que estão inseridas.

Pode-se compreender nos depoimentos e na análise de Costa e Mello Filho (1991) que a descoberta do diagnóstico da seropositividade desprende reacções emocionais intensas para os pacientes, podendo em alguns casos chegar a situações extremas, que podem atentar contra

a vida do individuo. Quando existe a descoberta da seropositividade, nasce no individuo uma série de aflições e perturbações que vão além de questões biológicas, atravessando pelos âmbitos psicológicos e social.

As pessoas que convivem com uma enfermidade crónica como o HIV/SIDA estão sujeitas a diversos tipos de transtornos, dentre eles os psíquicos, podendo apresentar depressão e profundo sofrimento. Relacionado a esse diagnóstico, surgem diversos tipos de sentimentos negativos em relação a qualidade de vida, saúde e futuro. E às crianças quando já tem consciência sobre alguns factos relacionados a saúde-doença, sobretudo do HIV/SIDA, também estão sujeitas a estes transtornos psíquicos.

Segundo Araújo (2018), no que concerne o diagnóstico do HIV, o trabalho do assistente social esta voltado ao apoio psicossocial aos pacientes com HIV, envolvendo o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, a promoção da auto-estima e o fortalecimento dos laços sociais, contribuindo para o bem-estar e a qualidade de vida dos pacientes.

O diagnóstico de HIV pode ser um momento de grande impacto emocional e psicológico, desencadeando sentimentos de medo, ansiedade, depressão e isolamento. Nesse sentido, o assistente social desempenha um papel fundamental no apoio emocional, na escuta activa, no acolhimento e na orientação dos pacientes, auxiliando-os a lidar com as emoções e a desenvolver estratégias de enfrentamento.

- *Tratamento para o Controlo do vírus do HIV/SIDA e enfrentamento da doença*

Ao ser diagnosticado com o HIV é necessário seguir o tratamento adequado, este que é orientado por um funcionário da saúde, de modo que a carga viral do HIV seja controlada para que tenha uma vida saudável.

Segundo Pieri e Laurenti (2012) a mortalidade por HIV/SIDA tende a diminuir progressiva, com uma probabilidade de sobrevivência de mais de 80% em pacientes submetidos a tratamento adequado para o controlo do vírus.

“Sim, a criança tem recebido o tratamento adequado para controlar o vírus do HIV. O tratamento consiste em medicamentos anti-retrovirais dados no hospital” (Encarregado 5).

“A criança tem recebido o tratamento adequado, foi dado medicamentos anti-retrovirais para controlar o vírus do HIV” (Encarregado 6).

O Tratamento Anti-Retroviral (TARV) refere-se a fármacos que são utilizados para o tratamento do HIV, tendo como objectivo reduzir a morbilidade associada ao HIV, proporcionando uma melhoria da qualidade de vida, reduzindo a quantidade de vírus no organismo do Paciente. Constituindo como papel do Estado proporcionar o acesso adequado aos medicamentos referentes a TARV a todos os pacientes.

“O tratamento que a criança recebe são medicamentos anti-retrovirais que tem tomado todos os dias como foi dito pelo médico” (Encarregado 7).

A utilização do Tratamento Anti-Retroviral (TARV), segundo o Conselho de Ministros (2010), é relativamente recente em Moçambique. É marcado o início do programa TARV no sector público nos anos de 2003/2004. Tendo o país registado progresso na expansão da provisão dos serviços, no qual, a rápida expansão foi também facilitada por uma mudança na política adoptada em meados de 2006, onde os técnicos de medicina foram largamente treinados e autorizados a administrar o TARV tendo assim permitido a expansão geográfica para todos os distritos no país.

A adesão ao tratamento anti-retroviral (TARV) é fundamental para poder controlar a infecção por HIV, evitando, desse modo, complicações clínicas e o desenvolvimento de cepas de HIV resistentes (Maria; Carvalho; Fassa, 2022).

De acordo com Brown e Lourie (2000) antes do surgimento do tratamento anti-retroviral combinada, a taxa de mortalidade por SIDA de crianças seropositivas era elevada, além da ocorrência frequente de deficits no desenvolvimento psicomotor e neuro-cognitivo devido à acção do HIV sobre o sistema nervoso central. Com a disponibilidade de tratamento, nota-se melhoria dos índices gerais de saúde e de desenvolvimento desses pacientes, com redução da ocorrência de internações e de infecções oportunistas.

Não basta apenas que a criança seja submetida ao tratamento, ou seja, como afirmam Bosteels e Goetghebuer (2008), não deve ser vista simplesmente como uma agente passiva “tomadora de medicamentos”. A criança deve estar envolvida de maneira participativa no seu próprio tratamento, o que contribui para o seu desenvolvimento.

“A criança tem ido ao hospital buscar os medicamentos com sua prima. E ela não tem falhado a hora de tomar os comprimidos, quando chega a hora toma, sem precisar de ser dita” (Encarregado 8).

O envolvimento da criança na sua situação de saúde é importante para o seu desenvolvimento, assim como também, contribui para o enfrentamento da doença por parte da criança.

Ao assistente social cabe desempenhar o papel fundamental de acompanhamento e monitoramento dos pacientes seropositivos, auxiliando na adesão ao tratamento anti-retroviral, fornecendo apoio emocional e orientações sobre cuidados preventivos. De acordo com Souza (2016), a actuação do assistente social no tratamento do HIV envolve a identificação das necessidades dos pacientes, o planeamento de intervenções e estratégias de apoio, bem como o acompanhamento e avaliação dos resultados.

Apesar do avanço da anti-retroviral, o HIV/SIDA constitui ainda como uma doença potencialmente letal. Conviver com a ideia de morte é sempre um factor gerador de estresse e sintomas psíquicos (Malbergier, 2000). E torna ainda mais dificultoso para o individuo portador de HIV quando este não possui condições favoráveis para fazer face a medicação, que é pesada para o individuo.

“Tem enfrentado dificuldade a criança para tomar os medicamentos todos os dias” (Encarregado 9).

“Tem dificuldade a criança para medicar, por vezes tem que medicar enquanto ainda não comeu nada” (Encarregado 10)

Conforme refere OIT (2001), quando há um regime alimentar pobre, más condições de habitação e de higiene, tornam as pessoas portadoras do HIV ainda mais vulneráveis às doenças relacionadas com a SIDA.

A falta de condições para cumprir com as necessidades do tratamento do HIV pode abrir espaço para que as pessoas portadoras do HIV sejam vulneráveis às doenças oportunistas, visto que o seu organismo não se encontra forte o suficiente para enfrentar a doença.

Segundo Taela (2004) o contexto de países pobres como Moçambique, onde as pessoas vivem em situações de vulnerabilidade devido a factores socioeconómicos e políticos, leva à

diminuição do ganha-pão das pessoas e à falta de acesso aos cuidados de saúde necessários, pelo que o doente de SIDA fica condenado a morrer.

Refere Castells (1998) citado por Parker e Camargo (2000) que, a diferenciação social e na distribuição de recursos, tem gerado crescente polarização entre ricos e pobres. Esta polarização tem sido associada ao crescimento, em todos os países, da extrema pobreza ou miséria.

Nas relações de produção, esta diferenciação social tem-se descrito pelo processo de individualização do trabalho e o conseqüente aumento do sector informal da economia, grande exploração de trabalhadores, com o crescimento do trabalho infantil, e exclusão de grupos populacionais do mercado de trabalho, ao tempo em que ocorre a integração destes sectores no mundo paralelo da economia criminosa. Esses impactos nocivos da globalização são os elementos estruturais da produção de susceptibilidades crescentes à infecção e da incapacidade de se cuidar dos doentes de SIDA (Idem).

A falta de condições para fazer face aos anti-retrovirais deixa o organismo das crianças mais vulneráveis, fazendo com que o vírus se multiplique no organismo da mesma e deixe o sistema imunológico fraco. E com a pobreza e falta de meios económicos eficazes, aliado a incapacidade do Estado em prestar assistência adequada a esse grupo, a doença torna-se mais impactante para a vida das crianças.

A actuação do assistente social no diagnóstico e tratamento de pessoas com HIV é de extrema importância, contribuindo para a promoção da saúde, o bem-estar emocional e a qualidade de vida dos pacientes, facilitando o acesso a recursos e orientando sobre os direitos e benefícios disponíveis para fazer face ao tratamento. Por meio de sua actuação humanizada, ética e comprometida, o assistente social desempenha um papel fundamental na construção de uma sociedade mais justa, inclusiva e solidária, onde todas as pessoas possam viver com dignidade e respeito (Almeida, 2010).

4.3. Estratégias usadas pelos pais ou encarregado de educação para proteger às crianças do estigma e discriminação

O surgimento do HIV/SIDA é visto como um factor social e histórico que trouxe sob seu encargo uma carga de vulnerabilidade social marcante, bem como alguns preconceitos e dúvidas a respeito dessa doença (Araújo, 2014). Sendo assim, desenvolveu-se a

estigmatização social que é até hoje vivida de diferentes formas pelas pessoas que convivem com HIV/AIDS.

Gráfico 3: Crianças que já sofreram ou não discriminação e estigma



Fonte: Elaborado pelo pesquisador (2023).

No gráfico 3, com base nos depoimentos constatou-se que, às crianças têm sido vítimas de actos de estigmatização e discriminação no seio da comunidade em que se encontram inseridos, estando estas restringidas de fruir dos seus direitos.

“A criança tem sofrido discriminação por ser seropositivo, alguns vizinhos que sabem o estado da criança, proibem as suas crianças de brincarem com ele” (Encarregado 11)

“Não tem muitos amigos a criança porque os pais das outras crianças têm medo que sejam as suas crianças sejam contaminados” (Encarregado 5).

A epidemia do HIV/SIDA foi e continua sendo acompanhada pela estigmatização e discriminação das pessoas que estejam infectadas. Tal como refere Zambedetti (2014), esse constructo pode ser definido como um modo de desprestígio ou desqualificação de um indivíduo em função de possuir ou ter a possibilidade de presença do HIV/SIDA.

Parker e Aggleton (2001), arrolam alguns factores que contribuem para a discriminação e estigmatização do portador, sendo estes:

- a) a SIDA é uma doença que ameaça a vida;
- b) as pessoas têm medo de contrair o HIV;
- c) a associação entre adquirir o HIV e comportamentos estigmatizados;
- d) a responsabilidade do portador por contrair a doença;

e) as crenças religiosas ou morais que vêem a SIDA como punição.

Quando se depararam com um indivíduo portador do HIV pressupõem que ao estar no mesmo espaço com o mesmo podem também contrair o HIV, ou seja, pode o indivíduo os contaminar, tornando-se uma ameaça a vida destes. Apesar de inúmeras informações sobre as formas de transmissão na actualidade, a discriminação e o estigma ainda se encontram presente dentro da sociedade.

Segundo Parker e Aggleton (2021), a contínua persistência do estigma e da discriminação, pode ser claramente identificada como um dos factores mais importantes que impedem o progresso na busca pelo fim da epidemia.

Refere ainda a Parker e Aggleton (2021) que, a estigmatização não ocorre simplesmente de uma maneira abstracta. Esta parte das complexas lutas pelo poder que estão no coração da vida social. Ou seja, o estigma é empregado por actores sociais reais e identificáveis que buscam legitimar o seu próprio status dominante dentro das estruturas de desigualdade social existentes.

As pessoas frequentemente estigmatizadas e discriminadas pela sociedade aceitam e até internalizam o estigma a que estão sujeitas. Pelo facto de que estão sujeitas a um aparato simbólico opressivo cuja função é legitimar desigualdades de poder com base em entendimentos diferentes de valor e valia, sendo a capacidade dos indivíduos ou grupos oprimidos, marginalizados e estigmatizados para resistir às forças que os discriminam, é limitada (Idem).

“Não tenho feito nada para evitar a discriminação e estigmatização na criança” (Encarregado 12).

“Só tenho dito a criança para não falar que é seropositivo e que brinque aqui em casa com essas que tem aceitado ficar com ela” (Encarregado 13).

Não tendo formas de responder as discriminações e estigmatizações, os estigmatizados tornam-se obrigados a aceitar o estigma, como pode se perceber nos depoimentos dos entrevistados, buscando restringir os ambientes sociais que à criança deve estar e se relacionar com os outros, assim como também o sigilo do estado da criança como o mecanismo de protecção.

“Contou para alguns familiares e na escola do menino (...) e não tem tido problema” (Encarregado 7)

Segundo Andreolli (2008) é comum que a revelação do diagnóstico seja conhecida apenas por pessoas que fazem parte da família, sendo restrita a vizinhos e amigos, como mecanismo de cuidado activo e acolhimento de modo a reduzir possíveis dificuldades e discriminação.

Por conta da discriminação e estigmatização algumas famílias tendem a decidirem por manter o diagnóstico em segredo, com frequência, revelando a um grupo específico que tem colaborado na protecção da criança.

“Não tenho dito ninguém que a criança é seropositiva, apenas a família. E sempre digo a criança para não dizer a ninguém que é seropositiva, para não ser discriminada” (Encarregado 14).

Destacam Cluver e Gardner (2007) o impacto do estigma do HIV nas crianças, afirmando que as crianças afectadas pelo HIV são frequentemente alvo de rejeição, ridicularização e isolamento, o que pode resultar em problemas emocionais e de saúde mental, bem como atrasos no desenvolvimento. E o medo do estigma pode levar as famílias a esconder o status sorológico das crianças, o que pode ter impactos negativos no acesso aos cuidados de saúde e no apoio psicossocial.

Por causa das condições de saúde das crianças portadoras do HIV os seus cuidadores tendem a impor certas restrições nas relações devido às preocupações ligados ao estigma e discriminação que as pessoas portadoras do HIV têm sofrido até na actualidade. Pois, desde a sua descoberta o HIV/SIDA tem sido acompanhado pela estigmatização e discriminação das pessoas portadoras.

O estigma e a discriminação também podem impactar negativamente a adesão ao TARV entre crianças portadoras do HIV. Segundo Roura *et al* (2009) em um estudo publicado na revista PLOS ONE descobriu que o estigma do HIV estava associado a níveis mais baixos de adesão à TARV em crianças, o que pode resultar em falha no tratamento e desenvolvimento de resistência ao HIV. Como também, o estigma do HIV poderia levar as crianças a esconder seu status sorológico, o que dificulta a obtenção de apoio e cuidados adequados.

“Ela tinha parado de tomar os comprimidos por que diziam que ela é diferente das outras crianças que brincam com ela. Mas agora, graças as activistas da Hixikhanwe, voltou a tomar” (Encarregado 16).

Se o surgimento do HIV/SIDA no início da década de 1980 causou grande impacto em todas as sociedades, como uma doença vergonhosa e condenável de homossexuais, ocasionando grandes receios aos profissionais de saúde, hoje, é um facto reconhecido, tratando-se de uma questão que extrapola preconceitos, pois, impacta de forma directa e indirecta a toda sociedade na actualidade.

A desinformação constitui como um importante meio do preconceito, em que se este não for considerado em sua complexidade, analisando-se as relações políticas de poder e dominação, continuará se tratando da questão como mera necessidade de tolerância cultural (Zucchi et al, 2010).

“As crianças que tem o HIV devem também ter os mesmos benefícios com às crianças que não tem. Por ter HIV não significa que não é pessoa, por isso não deve discriminar” (Encarregado 16).

A OMS (2013) reconhece o estigma e a discriminação como barreiras significativas para o tratamento e cuidados adequados às crianças portadoras do HIV. Em um relatório sobre o estigma e a discriminação relacionados ao HIV, a OMS destaca a importância de abordar essas questões para garantir o acesso igualitário aos cuidados de saúde e aos direitos humanos das crianças portadoras do HIV, também enfatiza a importância de programas de sensibilização e educação para reduzir o estigma e a discriminação em relação ao HIV.

A luta contra o estigma e a discriminação das crianças portadoras do HIV requer uma abordagem abrangente que inclua a educação, a sensibilização e a promoção dos direitos humanos. Tal como refere Stangl *et al* (2013), as campanhas de conscientização sobre o HIV e o estigma devem ser direccionadas a comunidades, escolas e profissionais de saúde, a fim de mudar atitudes e comportamentos negativos em relação às crianças portadoras do HIV. Além disso, é importante fornecer apoio psicossocial e serviços de aconselhamento para crianças e suas famílias para lidar com o estigma e a discriminação.

4.4. Mecanismos aplicados pela Associação Hixikhanwe na intervenção em crianças portadoras do HIV

O bem-estar psicossocial do indivíduo depende em muito da sua capacidade de recorrer a recursos a cada três domínios fundamentais aquando da resposta aos desafios enfrentados, que são estes:

- Capacidade humana: referente à saúde física e mental, bem como aos conhecimentos, capacidades e competências do indivíduo.
- Ecologia Social: referente a ligações e apoio sociais, incluindo relacionamentos, redes sociais, e sistemas de apoio do indivíduo e na comunidade.
- Cultura e valores: referente ao contexto e cultura das comunidades, que influenciam a forma como as pessoas experimentam, entendem e respondem no seu ambiente específico. Quer os sistemas, cultura ou valores influenciam aspectos individuais e sociais no comportamento das pessoas e têm um papel importante na determinação do bem-estar psicossocial. (INEE, 2016, p. 8-9)

Em circunstâncias difíceis, como uma situação de doenças crónicas ou conflito, podem esgotar esses recursos, o que pode levar à necessidade de intervenções externas e de assistência para a reconstrução do bem-estar psicossocial individual.

“A Associação tem trabalho com crianças portadoras do HIV, prestando apoio psicossocial, saúde, educação e fortalecimento económico. As nossas activistas têm trabalho com alguns centros de saúde, com vista a identificar o nosso grupo alvo e fazer devido acompanhamento” (Assistente da Associação Hixikhanwe).

A Associação tem identificado o seu grupo-alvo fornecendo os seus serviços, para que os mesmos não possam desistir de cumprir com o tratamento da doença, possibilitando com que tenha uma melhor qualidade de vida ao longo do seu desenvolvimento.

“Temos feito visitas aos nossos beneficiários para saber e acompanhar o estado de saúde, se tem cumprido com a medicação, tem se feito ao hospital para levantar os medicamentos e fazer os exames de rotina solicitados pelos médicos e temos os aconselhados a continuar com o tratamento e a cuidarem da sua saúde” (Assistente da Associação Hixikhanwe).

A visita domiciliar é uma ferramenta fundamental, pois permite uma compreensão mais aprofundada das condições de vida e das necessidades das famílias atendidas. A visita domiciliar pode ser utilizada para avaliar as condições de moradia, situação económica, relações familiares, apoio social, entre outros aspectos que influenciam no bem-estar e na qualidade de vida dos utentes (Netto, 2017).

Nesse contexto, a visita domiciliar permite uma melhor compreensão do contexto em que o utente vive, possibilitando identificar e abordar problemas que podem estar influenciando a saúde do paciente, como questões relacionadas à alimentação, o apoio familiar, entre outros.

“Também temos realizado campanha porta a porta para persuadir os encarregados de educação a realizarem o teste de HIV juntamente com as suas crianças, aconselhando e explicando sobre o tratamento no caso do resultado for positivo” (Assistente da Associação Hixikhanwe).

O aconselhamento terapêutico pode fortalecer às crianças a lidar com a dor, o trauma emocional, a perda dos pais, o estigma e a discriminação, além de oferecer orientação nas escolhas da vida. Como também, pode contribuir para a auto-estima e a autoconfiança, além de ajudá-las nos passos necessários para que melhorem seu conhecimento sobre situações potenciais de exploração ou de risco (AICoHIV/SIDA, 2013).

O acompanhamento das crianças no processo de tratamento e apoio psicossocial possibilitam com que estas tenham mais consciência sobre a doença e aceitação sobre a sua condição, e com a rede de apoio possibilita com que estejam mais envolvidas no processo de tratamento, o que garante melhoria na sua qualidade de vida. As visitas domiciliares realizadas pela associação constituem como mecanismo de dar mais atenção às crianças e a sua família, para além do meio hospitalar nos processos de cuidados de saúde.

4.5. Práticas de Intervenção do assistente social com crianças portadoras do HIV para a protecção e promoção do bem-estar da criança

O desenvolvimento do trabalho junto ao usuário, o Serviço Social parte das suas competências teórico-metodológico, técnico-operativo e ético-político para expor propostas de trabalho a serem desenvolvidas em abordagens socioeducativas, que partem de dimensões

assistenciais e de prevenção que proporcionaram melhoria do acesso aos serviços de saúde e também na luta pela garantia dos direitos dos usuários da política (Azevedo, 2015).

É de extrema importância a acção dos assistentes sociais inseridos nos serviços de atenção à saúde, com destaque para aqueles que ofertam tratamento específico para as pessoas que vivem com HIV/SIDA. O perfil de intervenção deste profissional que actua nas várias expressões da questão social, segundo Miranda (2012), possibilita uma abordagem da problemática da HIV/SIDA que extrapola o enfoque biologizante tradicionalmente predominante no atendimento à saúde.

Tanto às crianças infectadas pelo HIV/SIDA como as que não possuem o vírus, mas convivem com ele, nesse caso filhos (as) de pais vivendo com HIV/SIDA, sofrem com todos os estressores associados a uma doença crónica. A família toda se envolve e necessita lidar com a doença, que reflecte de diferentes formas em cada membro, muitas vezes obrigando a família a se reorganizar para poder enfrentar as dificuldades que se apresentam (Rotheram-Borus; Flannery; Rice; Lester, 2005).

É crucial que seja implementado intervenções voltadas para a população de crianças que vivem ou convivem com o HIV/SIDA, visando ajudá-las a enfrentar os desafios impostos pela presença da infecção. Tendo em consideração o impacto da infecção pelo HIV/SIDA sobre às crianças portadoras, é necessária a assistência multiprofissional para que seja garantida actual possibilidade de que estas tenham uma longa sobrevida e cheguem à fase adulta e velhice.

Tal como refere Souza e Mangini (2017), o profissional do Serviço Social deve actuar de maneira investigativa e interventiva, por meio de seus instrumentais de trabalho, deve realizar um acompanhamento social dos usuários em tratamento HIV/SIDA, como também auxiliar e orientar os familiares intervindo na realidade apresentada e nas fragilizações existentes no contexto da doença, visando o fortalecimento dos vínculos familiares, das redes de relações, e do convívio social.

Os instrumentos e técnicas de intervenção não podem ser mais importantes que os objectivos da acção profissional. Se partirmos do pressuposto que cabe ao profissional apenas ter habilidades técnicas de manusear um instrumento de trabalho, o Assistente Social perderá a dimensão do porque ele está utilizando determinado instrumento. Sua prática se torna mecânica, repetitiva, burocrática. Mais do que meramente aplicar técnicas “prontas” – como se fossem “receitas de bolo”, o diferencial de um profissional é saber adaptar um determinado instrumento às necessidades que precisa responder no seu cotidiano (Souza, 2008, p. 124 citado por Souza e Mangini, 2017).

O assistente social ao trabalhar com essa demanda, partindo das suas competências, desenvolve acções que proporcionem o bem-estar do usuário, assim como também de toda a rede social e familiar, pois, a dificuldade das famílias que vivem ou convivem com o vírus se reflecte directamente no tratamento das crianças portadores, sendo necessário o fortalecendo os vínculos e garantindo a adesão sem receio ao tratamento dos pacientes portadores.

Segundo Kleber, Breda e Cornil (2017), o assistente social actua de forma a garantir o acesso a direitos, serviços e cuidados necessários para o seu bem-estar. Além disso, o profissional busca promover a inclusão social e combater o estigma e a discriminação enfrentados por essas crianças e suas famílias.

O estigma e a discriminação são desafios significativos enfrentados por crianças com HIV, que muitas vezes são excluídas socialmente e enfrentam preconceito e tratamento injusto devido à sua condição de saúde. O assistente social actua de forma a combater o estigma e a discriminação, promovendo a sensibilização e conscientização da sociedade, articulando estratégias de enfrentamento do preconceito e apoiando as crianças e suas famílias no enfrentamento desse desafio.

A vulnerabilidade social é uma questão importante a ser considerada, uma vez que muitas crianças com HIV vivem em situações de pobreza, falta de acesso a serviços de saúde e educação, moradia precária, entre outros desafios sociais. Nesse sentido, o assistente social actua para garantir o acesso a direitos e serviços básicos, como saúde, educação, assistência social, moradia, entre outros, visando oferecer condições dignas de vida para essas crianças e suas famílias (Oliveira; Jaime e Lima, 2014).

A violação de direitos também é uma preocupação central, já que as crianças com HIV muitas vezes enfrentam a negação de direitos básicos, como o direito à saúde, à educação, à protecção e ao convívio familiar e comunitário. Tal como refere Kleber, Breda e Cornil (2017), assistente social actua para garantir o cumprimento desses direitos, promovendo a defesa e a garantia dos direitos humanos dessas crianças, o que inclui o direito à não discriminação, à dignidade, à privacidade e ao acesso a cuidados e tratamentos adequados.

4.6. Actividades implementadas no âmbito do plano de intervenção

Na realização da pesquisa foi elaborado um plano de intervenção no qual apresenta actividades estratégicas que tem em vista intervir no problema que foi identificado, visando proporcionar o acompanhamento necessário no processo de tratamento da doença do HIV e fortalecer os vínculos familiares, entre às crianças e os seus encarregados/cuidadores. Tendo o mesmo sido colocado em prática após a constatação do problema.

4.6.1. Visitas Domiciliárias as Famílias das Crianças portadoras do HIV

A primeira actividade consistiu na realização de visitas domiciliaries as famílias das crianças beneficiarias dos serviços prestados pela Associação Hixikhanwe, com o propósito de conhecer a realidade social das famílias e empoderar os pais ou encarregados nos cuidados e acompanhamento dos seus educandos, fortalecendo a convivência e o apoio familiar de modo a garantir o bem-estar físico e psicológico da criança.

Os mesmos objectivos foram concretizados, tendo os pais ou encarregados e às crianças estado atentamente aos conselhos e propostas de abordagem nos cuidados de saúde das crianças assim como dos cuidadores. A actividade foi realizada pelo pesquisador e os assistentes da Associação Hixikhanwe, tendo sido visitadas 17 famílias com crianças beneficiarias dos serviços da associação, durante três semanas.

4.6.2. Apoio Psicossocial às Crianças portadoras do HIV e os seus encarregados

A segunda actividade é referente ao apoio psicossocial às crianças portadoras do HIV, como também aos seus encarregados. Esta actividade visava proporcionar apoio psicológico e social às crianças portadoras do HIV e aos pais ou encarregados das mesmas, para que possam recuperar-se dos impactos da discriminação.

A concretização da actividade deu-se ao longo da realização de visitas domiciliaries, assim como também no recito da Associação Hixikhanwe, com base em conversa, em certas ocasiões de forma informal, para dar liberdade ao grupo alvo de se libertarem dos traumas e estresses que a doença tem causado.

Também, foram realizadas sessões em grupo “Roda Terapêutica”, no qual os membros da associação poderiam dar testemunho de como tem lido com o tratamento nas e outras

questões ligadas ao seu estado de saúde nas suas vidas. Tendo sido realizada pelo pesquisador e os assistentes da Associação Hixikhanwe, durante duas semanas.

4.6.3. Desenvolvimento de Acções Socioeducativas aos pais ou encarregados de Educação das Crianças

A realização desta actividade foi com base em palestras sobre diversos pontos relacionados com o HIV/SIDA, estas que foram realizadas no recito da associação. Tendo se concretizado o objectivo de conscientizar aos pais ou encarregados das crianças portadores do HIV sobre a importância do tratamento anti-retroviral para a saúde da criança e qualquer outra pessoa com o vírus do HIV, bem como da inclusão da criança e não exclusão nos meios sociais.

A actividade foi realizada pelo pesquisador em conjunto com os pais ou encarregados de educação das crianças e os assistentes da Associação Hixikhanwe, tendo a mesma actividade a duração de cinco dias. E com a actividade, os pais ou encarregados de educação das crianças puderam compreender a importância da inclusão da criança nos diferentes seguimentos sociais, como também, fazer conhecer aos outros as formas de transmissão do HIV e a necessidade do tratamento para o controlo do vírus do HIV.

Tal como refere Reinaldo (2017), o assistente social actua como um agente de transformação social, promovendo a conscientização e a empatia em relação às pessoas vivendo com HIV. Nesse sentido, o assistente social desempenha um papel crucial na promoção da aceitação e inclusão social dos pacientes seropositivos, combatendo o estigma e trabalhando para garantir seus direitos e dignidade.

5. CONCLUSÃO E SUGESTÕES

5.1. Conclusão

Na pesquisa analisou-se o impacto psicossocial do HIV/SIDA em crianças portadoras, cujo grupo alvo constituiu os beneficiários dos serviços prestados pela Associação Hixikhanwe, no distrito municipal Kamubukhana. O HIV/SIDA ao longo da história, desde o registro dos primeiros casos até os dias actuais, é acompanhado por impactos psicológicos e sociais nos indivíduos portadores.

A descoberta da seropositividade traz consigo implicações na forma de viver dos pacientes, pois, afecta a vida do individuo como um todo ao longo da sua existência. Em uma criança, torna-se mais impactante, pelo facto de esta estar sujeita desde cedo aos estressores advindos da doença, ao tratamento que tem os seus efeitos colaterais no organismo do paciente, assim como as visões distorcidas sobre a doença que se manifesta por meio de estigma e discriminação.

Ao longo da análise dos resultados foram concretizados os objectivos traçados na presente pesquisa, tendo sido destacado o impacto que a revelação da doença do HIV trouxe a criança, identificadas as estratégias que os pais ou encarregado tem aplicado para proteger às crianças do estigma e discriminação social, analisados os instrumentos de intervenção que a Associação Hixikhanwe tem aplicado de modo a proporcionar o apoio psicossocial às crianças portadoras do HIV e apresentadas as praticas de intervenção do assistente social com crianças portadoras do HIV para a promoção do bem-estar da criança.

Na pergunta de partida previamente levantada na pesquisa, no qual foram colocadas duas hipóteses em resposta a mesma, ambas testadas, no entanto, foi confirmada a primeira hipótese, pois, os pais ou encarregados das crianças tem fortalecido os seus laços proporcionando bem estar psicológico a criança e tem optado pelo sigilo da doença para evitar que a criança seja afectada pela discriminação e estigmatização social, sendo revelado o estado da criança a indivíduos que contribuem para no bem-estar da mesma.

As pessoas portadoras do HIV para que não sejam vítimas de estigma e discriminação optam pelo sigilo do seu estado, pois, mesmo com os avanços no tratamento da doença, como também na divulgação de informações sobre as formas de transmissão do vírus, o estigma e a discriminação ainda se encontram presente dentro da sociedade.

A ideia de morte ocasionada pelo desenvolvimento de um vírus no organismo tem gerado medo pensamentos negativos, aliado a discriminação e estigma, o isolamento. A rede de

apoio familiar e de profissionais com competências para o trabalho com grupo alvo é crucial para que a criança possa gozar de um bem-estar psicossocial, como foi analisado ao longo da análise dos resultados.

A contínua promoção de acções socioeducativas a sociedade e o apoio psicossocial aos pacientes constituem como mecanismo para a aderência ao tratamento anti-retroviral aos portadores e também ao controlo da epidemia no seio da sociedade. Sendo o trabalho do assistente social importante, na intervenção não só com crianças, como também com a família e a comunidade, de modo a envolvê-los no processo de disseminação de informações sobre a doença e a importância da adesão ao tratamento.

5.2. Sugestões

Como forma de inclusão e continuidade no combate a discriminação e estigmatização da pessoa portadora do HIV, sobretudo crianças, tanto na instituição Hixikhanwe como em outras de carácter privado e público, são colocadas as seguintes sugestões:

- Realizar estudos e pesquisas sobre o impacto que o HIV se manifesta no âmbito social e psicológico em crianças, a fim de aprimorar as intervenções e políticas públicas voltadas para esse público específico e suas famílias.
- Implementar programas de apoio psicossocial em hospitais ou em outras instituições para crianças portadoras do HIV, com foco no bem-estar emocional e social, oferecendo espaços para o diálogo e o compartilhamento de experiências.
- Estimular a participação das crianças portadoras do HIV em actividades extracurriculares e culturais, visando promover a sua integração social e fortalecer a sua auto-estima.
- Capacitar profissionais de saúde, educadores e assistentes sociais para lidar de forma sensível com a realidade psicossocial das crianças portadoras do HIV, promovendo uma abordagem integrada e acolhedora.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFIAS

- Abramovay, M. (2005). *Adolescências: riscos e oportunidades*. Brasília: UNESCO.
- AICoHIV/SIDA (Aliança Internacional Contra o HIV/SIDA). (2013). *Apoio psicossocial*.
- Almeida, M. G. (2010). *O papel do assistente social na actuação com pessoas vivendo com HIV/AIDS*. Revista Salusvita.
- Andrade, R. (2010). *Estigma e discriminação: experiências de vida de mulheres HIV positivo nos bairros periféricos da cidade de Maputo, Moçambique*. Bahia: UFB
- Andreolli, A. (2008). *As pessoas que vivem com HIV/AIDS: uma revisão da literatura científica*. Porto Alegre: UFRS
- Araújo, L. F. (2014). *Psychological and SocioDemographic Variables Associated with Sexual Risk Behavior for Sexually Transmitted Infections/HIV*. *International Journal of Clinical and Health Psychology*
- Araújo, L. R. (2018). *O apoio psicossocial como estratégia de enfrentamento do HIV/AIDS*. Cadernos de Serviço Social
- Azevedo, V. (2015). *A prática profissional do Serviço Social no tratamento para HIV/AIDS no Brasil*. Lisboa: *Revista Intervenção Social*
- Boletim da República de Moçambique. (2008). *Lei n° 7/2008, de 9 de Julho*
- Boletim da República de Moçambique. (2014). *Lei n°19/2014 de 27 de Agosto*
- Bosteels, K.; Goetghebuer, D. (2008). *Apoio psicossocial à criança HIV+*. Trad. Wânia Correia. MSF
- Brown, L. K.; Lourie, K.J. (2000). *Children and Adolescent living with HIV and AIDS: A review*. Cambridge
- Carvalho, M. F. (2015). Serviço social, acolhimento e convivência familiar e comunitária. In: Cruz, P. A. R.; Paim, L. M. (Orgs.). *Serviço social em debate: família, protecção social e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Letra Capital.
- Castorina, J. A. (2012). Representação e Educação: Fundamentos Teóricos, o papel do aprendizado e o contexto psicológico da aprendizagem. In: Valsiner, J. (Ed.). *O Manual da Oxford de Cultura e Psicologia*. Oxford: University Press.

- Castro, M., Lima, R. (2012). *Didáctica para a educação infantil: implicações do materialismo histórico dialético e da teoria histórico-cultural*. Paraná: Revista Diálogo Educacional.
- Conselho de Ministros. (2010). *Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV/SIDA*. Maputo
- Costa, L.P.; Mello Filho, J. (1991). *Aspectos psicológicos dos pacientes portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida*. Informe Psiquiátrico
- Cluver, L.; Gardner, F. (2007). *The Mental Health of Children Orphaned by AIDS: A Review of International and Southern African Research*. Journal of Child & Adolescent Mental Health.
- Ferreira, J.C. (2008). *Qualidade de Vida nas perspectivas de Crianças e Adolescentes Portadores de HIV/AIDS*. Goiana: UCG
- Fonseca, A. F. (2017). *Serviço social e cuidados paliativos: análise da experiência realizada no hospital de apoio de Brasília*. Brasília: UnB
- Gerber, L. (s/d). *Oficina de serviço social: elaboração de relatórios e laudos*.
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnica de pesquisa social*. 6 ed. São Paulo: Atlas.
- _____. (2002). *Como elaborar projectos de pesquisa*. 4 ed. São Paulo: Atlas.
- Gracia, M. L. M. (2010). Políticas de atendimento à criança e ao adolescente: aspectos conceituais e referenciais éticos. In: Matos, M.; Carvalho, L. M. (Orgs.). *O mundo da criança e do adolescente: numa perspectiva interdisciplinar*. Florianópolis: Insular
- Hesperian. (2009). *HIV e SIDA*. Disponível em: hesperian.org/wp-content/uploads/pdf/pt_wtnd_2009
- Husserl, E. (1989). *Ideas pertaining to a pure phenomenology and to a phenomenological philosophy*. Springer.
- Iamamoto, M. V. (2010). *O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. São Paulo: Cortez.
- INEE. (2016). *Apoio psicossocial e aprendizagem social e emocional de crianças e jovens em contextos de emergência*. Nova Iorque: INEE

- Jocchelovitch, S. (2008). *Ortega y Gasset Palestra sobre Antropologia e Psicologia Social*. Associação Europeia do Boletim de Psicologia Social
- Kleber, L.C.O; Brêda, A.; Cornil, H.A.G. (2017). *O Papel do Assistente Social no Atendimento a Crianças com HIV/Aids: Considerações*. Minas Gerais: REME.
- Lakatos, E. M.; Marconi, M. A. (2001). *Fundamentos metodologia científica*. 4.ed. São Paulo: Atlas.
- Laville, C.; Dionne, J. (1999). *A construção do saber: Manual de Metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: Editora Artmed
- Lavoratti, Cleide, Costa, Dorival (Org). (2016). *Instrumentos técnico-operativos no Serviço Social: um debate necessário*. Ponta Grossa: Estúdio Texto.
- Lima, E. S.; Carloto, C. M. (2009). *Ações socioeducativas: reflexões a partir de Freire*. Londrina: Emancipação
- Malbergier, A. (2000). *Aids e Psiquiatria: um guia para os profissionais de saúde*. Rio de Janeiro: Revinter
- Maria, M.P.; Carvalho, M.P.; Fassa, A.G. (2022). *Adesão à terapia antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/Aids em Florianópolis*. Florianópolis: CSP
- Minayo, M. C.S. (2014). *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade..* Petrópolis. Vozes.
- Ministério da Saúde de Moçambique. (1999). *Plano Estratégico Nacional: Seminário para Análise da Situação da Epidemia de HIV/SIDA em Moçambique*.
- Ministério da Saúde de Moçambique. (2019). *Programa Nacional de Controlo das ITS/HIV/SIDA: Protocolo de Tratamento Anti-retroviral e Infecções Oportunistas em Adultos e Adolescentes*. Maputo
- Ministério da Saúde de Moçambique. (2021). *Moçambique registou cerca de 98.000 novas infecções do HIV em 2020*. Disponível em: <https://www.misau.gov.mz/index.php/441-mocambique-registou-cerca-de-98-000-novas-infeco-es-do-hiv-em-2020>.
- Ministério da Saúde do Brasil. (2004). *Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em adultos e adolescentes*. Brasília: Ministério da Saúde
- Miranda, D.S.M. (2012). *O serviço social e o enfrentamento da Aids na Paraíba*. João Pessoa: UFPB

- Moscovici, S. (1984). O fenómeno das representações sociais. In: Farr, R.; Moscovici, S. (org.). *Representações Sociais*. Imprensa da Universidade de Cambridge.
- Moscovici, S. (1981). Na representação social. In: Forga, J. P. s (ed). *Cognição Social: Perspectivas sobre Psicologia Social*. Imprensa académica.
- Motta, M. G. C. (2007). *Vulnerabilidade no viver de crianças com Aids*. Rio de Janeiro: Revista de enfermagem da UERJ
- Netto, J. P. (2017). *Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais*. São Paulo: Cortez.
- Nishimoto, T.M. I. (2005). *Transmissão materno infantil do vírus da imunodeficiência humana: avaliação de medidas de controle no município de Santos*. Santos: Revista da AMB
- Oliveira, R.; Jaime, P. C.; Lima, B. M. (2014). *A actuação do assistente social no cuidado à criança com HIV/AIDS: contribuições para a prática profissional*. Florianópolis: Sd. Debate
- ONUSIDA. (2000). “*Estigmatização, discriminação e rejeição relacionados com HIV e SIDA: Contextos e determinantes*”, Estudos de Pesquisa de Uganda e Índia, Genebra
- Organização Internacional do Trabalho (OIT). (2001). *Recolha de directivas práticas do BIT sobre o HIV/SIDA e o mundo do trabalho*. Genebra
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2013). *Estigma e Discriminação*. Geneva: World Health Organization. Disponível em: <https://www.who.int/hiv/topics/stigma/pt/>.
- Parker, R.; Aggleton, P. (2021). *Estigma, discriminação e Aids*. 2 ed. Rio de Janeiro: ABIA
- _____. (2001). *Estigma, discriminação e AIDS*. Rio de Janeiro: ABIA
- Parker, R.; Camargo, K.R. (2000). *Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos*. Rio de Janeiro: *Cadernos de Saúde Pública*
- Pereira, A. (2006). *Intervenção social em casos de abuso sexual a menores*. Porto. (monografia apresentada a Universidade Fernando Pessoa como requisito de obtenção de grau de licenciada em Serviço Social).
- Pereira, S. V. (2014). *Abuso sexual: trajectórias de vida*. (dissertação de mestrado em Psicologia da Justiça apresentado ao Instituto Universitário da Maia).

- Pieri, F.M.; Laurenti, R. (2012). *HIV/AIDS: perfil epidemiológico de adultos internados em hospital universitário*. C.C.S
- Pinheiro, F. F. (2022). *Origem da epidemia de HIV*. Disponível em: <https://monografias.brasilecola.uol.com.br/amp/biologia/origem-epidemia-hiv>.
- Reinaldo, A. P. (2017). *A actuação do assistente social no enfrentamento do estigma relacionado ao HIV*. Serviço Social & Saúde, (19), 25-35.
- Richardson, R. J. (2012). *Pesquisa Social: Métodos e Técnicas*. 3ª ed. São Paulo: Atlas
- Richndson, R. J. (2002). *Pesquisa Social: Métodos e Técnicas*. 3ed.Sao Paulo: Atlas
- Roura, M., et al. (2009). *Scaling up stigma? The effects of antiretroviral roll-out on stigma and HIV testing*. Early evidence from rural Tanzania. Sexually Transmitted Infections.
- Rotheram-Borus, M. J., Flannery, D., Rice, E., & Lester, P. (2005). *Families living with HIV*. AIDS Care
- Sicoche, B. F. (2015). *O direito internacional e a protecção dos direitos de crianças e de adolescentes em conflito com a lei em Moçambique*. Brasília: Rev. do Direito Internacional
- Silva, N. E. K. (2006). *Aids e gravidez: os sentidos de risco e o desafio do cuidado*. R.Pública
- Soares, R. (2009). *De palavras e imagens: estigmas sociais em discursos audiovisuais*. Brasília: RANPPGC
- Sousa, M. M. O. (2001). *SIDA: E a vida continua*. Lisboa: Assoc. Portuguesa de Enfermeiros
- Souza, A.C.; Mangini, F.N.R. (2017). *O processo de trabalho do assistente social no ambulatório de infectologia pediátrica do husm*. Santa Catarina
- Souza, F. P. (2016). *A atuação do assistente social no tratamento do HIV: desafios e perspectivas*. Saúde em Debate, 40(3), 86-98.
- Stangl, A., et al. (2013). *A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: how far have we come?*. Journal of the International AIDS Society.
- Taela, K. (2004). *Análise da documentação sobre o estigma e a discriminação relacionados com o HIV/SIDA em Moçambique*. Maputo: Nweti
- Thiollent, M. (2000). *Metodologia da pesquisa-acção*. 9 ed. São Paulo: Cortez.

Trivinos, A. N. S. (1987). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas

Unicef. (2019). *Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos*. S/l: Comité Português para a UNICEF

Valentim, J.H. (2003). *AIDS e relações de trabalho: o efectivo direito ao trabalho*. Rio de Janeiro: Impetus,

Vergara, S. C. (2000). *Projectos e relatórios de pesquisa em administração*. 3.ed. Rio de Janeiro: Atlas.

Yin, R. K. (2001). *Estudo de caso: planeamento e métodos*. 2.ed. Porto Alegre: Bookman.

Zambedetti, G. (2014). *O paradoxo do território e os processos estigmatização da AIDS na atenção básica em saúde*. Porto Alegre: UFRGS

Zucchi, E.; et al. (2010). *Estigma e discriminação vividos na escola por crianças e jovens órfãos por Aids*. São Paulo: Educação e Pesquisa

APÊNDICES

Apêndice 1



Faculdade de Letras e Ciências Sociais
Departamento de Sociologia
Licenciatura em Serviço Social

Termo de Consentimento informado

Eu, _____ aceito participar de livre vontade no estudo intitulado “Estratégias Aplicadas Pelos Pais/Encarregados Na Protecção De Crianças Portadoras De HIV Contra O Estigma E Discriminação – Estudo De Caso Na Associação Hixikhanwe” da autoria de Frazão Marimine Cumbe, Estudante do curso de Licenciatura em Serviço Social na Faculdade de Letras e Ciências Sociais da Universidade Eduardo Mondlane.

Foram-me explicados e compreendo os objectivos principais deste estudo e que a minha participação neste estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que essa decisão se reflecta em qualquer prejuízo para mim.

Ao participar neste trabalho estou a colaborar para o desenvolvimento da investigação na área de protecção social especial da criança, não estando, porém, acordado qualquer benefício directo ou indirecto pela minha participação.

Estou ciente, ainda, que toda a informação obtida neste estudo será precisamente confidencial, bem como, a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa que não esteja relacionada directamente com este estudo, a menos que eu o conceda por escrito.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____/_____/2022

Apêndice 2



Faculdade de Letras e Ciências Sociais

Departamento de Sociologia

Licenciatura em Serviço Social

Declaração de compromisso

Eu, _____, de _____ anos de idade, residente no bairro/Av. _____, declaro que a minha participação no estudo, com o seguinte “Estratégias Aplicadas Pelos Pais/Encarregados Na Protecção De Crianças Portadoras De HIV Contra O Estigma E Discriminação – Estudo De Caso Na Associação Hixikhanwe” da autoria de Frazão Marimine Cumbe, Estudante do curso de Licenciatura em Serviço Social na Faculdade de Letras e Ciências Sociais da Universidade Eduardo Mondlane, é de carácter voluntária e me comprometo a colaborar no desenvolvimento do mesmo, sendo que, em caso de algum desconforto ou prejuízo estou livre de desistir de participar do estudo.

Data: ____ / _____ /2022

Assinatura:

Apêndice 3



Faculdade de Letras e Ciências Sociais

Departamento de Sociologia

Licenciatura em Serviço Social

Tema do projecto: “Estratégias Aplicadas Pelos Pais/Encarregados Na Protecção De Crianças Portadoras De HIV Contra O Estigma E Discriminação – Estudo De Caso Na Associação Hixikhanwe”

Questionário

1. Quando e como a criança foi diagnosticada com HIV? E o encarregado também é portador do HIV?
2. A criança tem recebido o tratamento adequado de modo a controlar o vírus do HIV?
3. Como tem sido o tratamento que a criança recebe?
4. Em quantos dias se dirigem ao centro de saúde?
5. Quando a criança teve o conhecimento de que é portadora do HIV?
6. Como a criança tem reagido a essa situação?
7. Ao pai ou encarregado de educação, qual é o entendimento que tem sobre o HIV?
8. Que mudança trouxe o diagnostico no dia-a-dia da criança e do encarregado?
9. Como tem sido a relação da criança com as outras crianças, na escola, na família e com os vizinhos?
10. Que dificuldades a criança têm enfrentado por ser portadora do HIV?
11. Como a criança tem reagido em relação as dificuldades? Assim como o encarregado de educação da criança?
12. Tem recebido algum apoio psicossocial?
13. Que acções tem feito para proteger a crianças dos impactos psicológicos e social relacionados com o HIV?
14. Em sua opinião, as crianças portadoras do HIV têm tido os mesmos benefícios em termos de direitos em relação as crianças não portadoras?

Muito Obrigado pela colaboração.

Apêndice 4



Faculdade de Letras e Ciências Sociais

Departamento de Sociologia

Licenciatura em Serviço Social

Tema do projecto: “Estratégias Aplicadas Pelos Pais/Encarregados Na Protecção De Crianças Portadoras De HIV Contra O Estigma E Discriminação – Estudo De Caso Na Associação Hixikhanwe”

Guião de observação

A observação constitui como uma das técnicas de recolha de dados adoptadas pela pesquisa. No decurso da recolha de dados no campo, foi observado os sujeitos que compõem o grupo alvo da pesquisa, a relação que existe entre os mesmos (pais ou encarregados de educação e as crianças) e a convivência dos sujeitos com a comunidade (as demais pessoas). Permitindo a captação de dados que não podem ser obtidos através de outro instrumento e técnica.

Anexo 1: Credencial



FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS

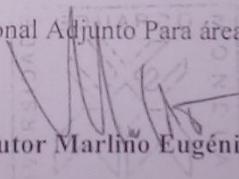
CREDECIAL N°568/DRA-FLCS/ 2022

No âmbito da disciplina de Trabalho de Fim de Curso, credencia-se junto a Associação Hixikanwe, o Sr. **Frazão Marimine Cumbe**, estudante do 4º ano do Curso de Licenciatura em Serviço Social, para realizar o trabalho de recolha de dados sobre o tema “ Violação dos direitos das crianças portadoras do vírus do HIV/ SIDA: Estudo de caso na Associação Hixikanwe”.

Agradece-se antecipadamente todo o apoio que lhe possa ser prestado para o bom andamento do trabalho.

Maputo, 14 de Abril 2022

Director Nacional Adjunto Para área de Graduação


Prof. Doutor Marlino Eugénio Mubai

(Professor Auxiliar)



UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE-Faculdade de Letras e Ciências Sociais-Tel.: (21) 485402 - Fax (21) 485402-

MUT. 700832 - www.fles.uem.mz - C.P. 257-Campus Universitário - Principal -Maputo -Republica de Moçambique.

Anexo 2 : Protocolo Comportamental



PROTOCOLO COMPORTAMENTAL

Relação entre os intervenientes (trabalhadores, funcionários, activistas, voluntários, visitantes, etc.) e Beneficiário (Crianças)

O Projecto, COVida – Juntos pelas Crianças, presta apoio e cuidados às Crianças Órfãs e Vulneráveis, numa abordagem integrada de atenção familiar. Para que as actividades desenvolvidas nas comunidades em prol da criança tenham bons resultados, é importante que as crianças e suas famílias se sintam confortáveis e a vontade, assim como, que os nossos visitantes tenham uma experiência positiva quando visitarem o nosso projecto. Assim aconselhamos que todos os nossos visitantes observem o seguinte código de conduta, quando estiverem nas comunidades:

- Tratar as crianças com respeito.
- Estar sempre acompanhado por, pelo menos um membro da equipa do Projecto. Em nenhuma circunstância o visitante deverá ser deixado sozinho com uma criança.
- Estar sempre à vista de outro adulto quando estiver com uma criança.
- Ser sensível e observar as leis não escritas de conhecimento pessoal da língua, conversa e intimidade física.
- Não regressar para o local do projecto (ex. Estabelecer posterior contacto com os beneficiários) sem ser acompanhado.
- Pedir permissão às crianças (ou guardiões em caso de não se poderem expressar sozinhas. Ex: bebés ou menores de 3 anos), se quiserem fotografar, filmar ou escrever sobre elas. Fotos só devem ser tiradas se as crianças ou guardiões derem o seu consentimento.
- Respeitar a confidencialidade das crianças, não discutindo ou expondo a sua situação ou qualquer outro assunto sobre ela, com ninguém fora da organização.
- Não abraçar e acariciar as pessoas que visitar, especialmente mulheres e crianças.
- Não se envolver em comentários políticos desnecessários.
- Parar de interagir com uma criança quando esta, manifestar verbal ou fisicamente algum sinal de desconforto.
- Não expor as crianças a conteúdos, comportamentos e linguagem de natureza sexual.
- Cumprimentar com um aperto de mão e respetosamente dirigir a palavra aos anciãos em particular (dois beijos nas bochechas são aceitáveis para os membros do sexo oposto).
- Reportar imediatamente ao agente de pessoal, quaisquer preocupações/sinais que possam sugerir/indicar que uma criança está sendo abusada.
- Vestir-se de maneira respeitável e culturalmente apropriada.
- Deve se olhar a criança como sujeito de Direito
- Toda a actividade a ser realizada deve ser do maior interesse da criança
- Deve haver uma comunicação prévia da visita
- As visitas não podem ter uma interferência negativa na vida da criança
- Que a visita não possa ser impedimento para a realização da rotina diária da criança
- Se tiver algum apoio a dar canalize via OCB responsável pela criança

Se concordar por favor, assinar e devolver uma cópia para nós

Nome Françoise Karimane Punde

Assinatura Françoise Punde Data 11/07/2022