

## **O Impacto Sócio-Económico do HIV/SIDA, numa Perspectiva de Género: Agregados Familiares e Comunidade nas Cidades de Maputo e Quelimane**

**Isabel Casimiro, Ximena Andrade, Manuel Macia,  
Elisa Muianga e Ágata M'tauma**

*Centro de Estudos Africanos  
Ministério da Mulher e da Coordenação da Acção Social*

### **Introdução**

O objectivo desta investigação – realizada em 2001 – era identificar o impacto do HIV/SIDA a nível dos agregados familiares e comunidades, numa perspectiva de género, com estudos de caso em Maputo e Quelimane. A razão desta pesquisa está relacionada com o facto de se ter constatado que os efeitos do HIV/SIDA, a nível dos agregados familiares, são diferentes para homens e mulheres, sendo as mulheres mais afectadas que os homens no suporte das consequências negativas da epidemia, atendendo à divisão sexual e social de tarefas existente. O cuidado dos doentes infectados recai sobretudo nas mulheres, tratando-se de agregados familiares pobres, sem possibilidades de suportar os custos dos tratamentos e sendo obrigados a relegar as responsabilidades do cuidados dos doentes para a família.

### **Aspectos Metodológicos da Pesquisa**

A pesquisa realizou-se num período de três meses, embora a proposta inicial previsse apenas dois. Infelizmente, atrasos na transferência de fundos obrigaram ao adiamento do trabalho de campo em Quelimane. A equipa de investigação era constituída por Isabel Casimiro (CEA),

Ximena Andrade (Faculdade de Letras), Manuel Macia (UFICS), Elisa Muianga (investigadora associada do CEA e presidente da MULEIDE), e Agata M'tauma (Ministério da Mulher e Coordenação da Acção Social).

A primeira fase do trabalho de investigação foi preenchida com a revisão da literatura existente e o seu debate a nível da equipa de investigação; com o contacto com as diversas Associações e instituições do Estado que se ocupam da luta contra o SIDA; e com a elaboração do quadro teórico e analítico da investigação. Na segunda fase, procedeu-se à aplicação dos instrumentos de recolha de informação em Maputo e Quelimane; na terceira fase transcreveram-se e analisaram-se as entrevistas; na quarta fase elaborou-se o relatório da pesquisa; por último, realizaram-se dois encontros, com a Direcção Nacional da Mulher (24 de Outubro de 2001) e com o FNUAP (31 de Outubro de 2001), para debater os resultados preliminares da investigação com participantes diversos.

A unidade de referência empírica foi constituída por cinco grupos: seropositivos e seus familiares; médicos e enfermeiros de atendimento directo ou indirecto do HIV/SIDA; activistas da luta contra o SIDA; representantes das instituições governamentais de prevenção do HIV/SIDA; e investigadores de diferentes áreas do conhecimento. O trabalho de campo desenvolveu-se por meio de entrevistas em profundidade (não estruturadas), e de grupos de discussão e observação directa nas visitas aos doentes pelas equipas ambulatórias de atendimento e/ou assistência aos doentes.

A constituição da amostra e a sua prática assumiu características diferentes de acordo com os grupos-alvo identificados. A interpretação e a prática de “romper o silêncio” perante o HIV/SIDA por parte dos actores foi o que orientou as possibilidades do tipo e tamanho da amostra. Esta acabou por ir sendo definida ao longo do trabalho com as Associações e instituições do Estado, e abarcou sobretudo as camadas da população com menores rendimentos, pois são estas que recorrem às referidas Associações e instituições do Estado.

Foram entrevistadas cerca de 80 pessoas, sem contar com os 75 participantes da Assembleia Geral da ASSOTSI – Associação dos Vendedores dos Mercados Informais – com quem iniciámos o

trabalho de campo, a 29 de Junho de 2001. Este encontro revelou-se fundamental para a equipa, pois permitiu-nos conhecer a percepção dum determinado grupo de pessoas acerca desta doença, bem como o grau e qualidade da informação sobre o HIV/SIDA. De entre os restantes 80 entrevistados contaram-se: 4 médicos em Maputo e 2 em Quelimane; 5 enfermeiras de aconselhamento em Maputo e 1 em Quelimane; 3 seropositivos em Maputo e 7 em Quelimane; 7 membros de agregado familiar em Maputo e 3 em Quelimane; 7 agregados familiares em Maputo e 10 em Quelimane; 1 grupo de discussão com 14 participantes activistas de luta contra o SIDA e 1 entrevista em profundidade em Maputo e 1 grupo de discussão com 11 participantes em Quelimane; 1 entrevista em profundidade em Maputo e 1 em Quelimane, com representantes dos órgãos governamentais de luta contra o SIDA; e 3 entrevistas em profundidade a investigadores de diferentes dimensões do conhecimento em Maputo.

### **Algumas Constatações e Reflexões**

Este trabalho de investigação permitiu-nos avançar as seguintes constatações/reflexões:

- ⇒ Houve dificuldades em determinar a amostra devido à inexistência de registos dos seropositivos e doentes, atendendo ao estigma e à confidencialidade;
- ⇒ A informação sobre o SIDA no país é esporádica e amostral. Não há registo sistemático; a cobertura do Serviço Nacional de Saúde apenas atinge 40% do do território nacional e a que está coberta pela atenção nem sempre dispõe dos testes;
- ⇒ A pouca informação que existe encontra-se dispersa;
- ⇒ Dificuldades durante o trabalho de campo. Fazer entrevistas a pessoas directamente infectadas, ou seus familiares, foi extremamente doloroso, agravado devido à extrema pobreza em que se encontram;
- ⇒ Os membros das Associações por nós contactados correspondem ao grupo social dos pobres – único sector social possível de atingir, já que os outros são “invisíveis” ou “clandestinos”;

- ⇒ O estigma do SIDA vive-se igualmente nos hospitais, devido à existência de serviços particulares e escondidos para atender os seropositivos e doentes;
- ⇒ A maior parte das pessoas por nós contactada já ouviu falar do SIDA mas o seu conhecimento varia entre a desconfiança, o ver para crer, a sua origem na feitiçaria, a culpabilização de terceiros, e só um grupo bastante restrito que tem um conhecimento real desta pandemia;
- ⇒ Considera-se que aproximadamente 6% das pessoas sexualmente activas usam o preservativo;
- ⇒ O preservativo feminino é praticamente desconhecido. O preço da sua comercialização é 25 vezes superior ao preservativo masculino. Quando se fala em preservativo apenas se refere o masculino;
- ⇒ Existe um grande silêncio nas famílias em relação a esta doença. Normalmente há uma pessoa a quem compete deter o conhecimento e não o divulgar, inclusivamente entre os outros membros do agregado familiar;
- ⇒ A mulher não tem poder. De uma maneira geral, ela não tem condições de solicitar a utilização do preservativo por parte do cônjuge, e quando a doença se abate sobre a família é ela quem acarreta com as principais responsabilidades – cuidar dos doentes, inventar estratégias de sobrevivência para suportar os custos em medicamentos e alimentação, apoiar-se nas redes de interajuda familiares, e recorrer ao apoio das confissões religiosas;
- ⇒ Não existe uma política para os seropositivos e infectados que acompanhe os programas de prevenção. A proposta de lei discutida na Assembleia da República apenas cobre o trabalhador com um emprego formal, o que representa cerca de 8% da população economicamente activa;
- ⇒ Não existem serviços em todo o país como parte integrante dos Cuidados de Saúde Primários – incluindo serviços para realização de testes e acompanhamento dos portadores e doentes;
- ⇒ A quase totalidade dos entrevistados – profissionais de Saúde e membros das instituições e organizações que trabalham sobre o SIDA – manifestou descontentamento em relação à falta de acções

por parte da Comissão e Secretariado Nacional da Luta contra o SIDA;

⇒ Uma leitura cuidada do Plano Estratégico de Luta contra as DTS e o HIV/SIDA (2000-2002) e a investigação no terreno – Maputo e Quelimane – revelaram que este não está sendo devidamente implementado pelos diversos intervenientes, apesar de nele estarem contidas acções fundamentais.

### **Informação, Atitudes e Limitações Perante a Questão do SIDA**

Ao analisar a relação informação, atitudes e limitações perante a questão do SIDA, identificámos uma categorização de situações na base dos dados fornecidos pelas pessoas entrevistadas, no esforço para detectar as condicionantes (e o seu peso) que incidem ou influenciam/limitam a apreensão da informação para a mudança ou não de atitudes e práticas perante o SIDA. Nas vozes dos grupos-alvo seleccionados no estudo, tentámos prestar atenção aos lineamentos da sexualidade que manejavam, aos preconceitos daí derivados, que resultam em duas atitudes/práticas generalizadas perante o SIDA: a estigmatização e a falta de rompimento do silêncio.

A) *Os desinformados*. O SIDA passa invisível, como eles. São mais um dígito da população total dos nascimentos, dos que estiveram e dos que já não estão. Podem ou não ter-se encontrado com o SIDA, nunca se saberá. Não é de mais lembrar que apenas 40% do território nacional é coberto pelo Serviço Nacional de Saúde;

B) *A indiferença confiante*. São as pessoas que ouviram falar sobre o SIDA, alguma coisa (talvez o fundamental) ficou, mas não lhes interessa. Trata-se de problemas que dizem respeito aos outros, mas nunca a eles.

C) *Ver para acreditar*. Corresponde às pessoas que têm informação, mas não acreditam. Nunca ouviram. Mas quando se encontram com a doença, têm que acreditar.

D) *A força do ethos tradicional*. São pessoas que têm informação, que têm vivência, mas que atribuem o SIDA a causas sobrenaturais que se abatem sobre eles ou sobre a sua família, e são levados pela resignação à morte e/ou pelo medo do estigma do SIDA a quebrar as relações conjugais ou familiares.

Dentro desta categoria de pessoas, situa-se visivelmente o tratamento dos direitos humanos ligado a duas práticas: a *confidencialidade* e o *sigilo*, que colocam fundamentalmente as mulheres em desvantagem, quando os homens se permitem não comunicar à sua parceira (ou parceiras) que possuem o vírus do HIV. A pergunta que surge – uma vez que os serviços de saúde não estão autorizados a comunicar aos parceiros, se o afectado não autoriza – é até que ponto a confidencialidade defende os direitos humanos e de quem? Se é bem certo que todos os direitos humanos são importantes e inseparáveis, também é certo que nenhum deles pode chegar ao ponto de ultrapassar o direito à vida, base de sustento de todo o sistema de direitos humanos.

E) *A procura dos bodes expiatórios*. Compreende as pessoas que sabem bastante bem o que é o SIDA, mas consideram que a sua transmissão acontece apenas entre as pessoas promíscuas dos grupos de risco: os homens que têm muitas parceiras e as prostitutas. Eles são os/as culpados/as, ponto e parágrafo. Para além de que, com a extensão dos casos de SIDA, se encontrarem entre eles profissionais da saúde que fazem aconselhamento a estes doentes.

Entre os grupos de risco do SIDA sempre têm sido assinaladas as prostitutas, mas dificilmente se relaciona o facto de se prostituírem com a necessidade que têm de satisfazer as suas necessidades, o que constitui o real móbil do quase 100% das mulheres comprometidas nesta prática.

Uma outra situação verifica-se quando a vítima se converte em bode expiatório, devido à necessidade que há de se encontrar uma justificação. Até porque, secularmente, as mulheres são as culpadas.

Os profissionais da saúde também se estão a converter nos bodes expiatórios dentro dos seus próprios serviços.

F) *Amor, eterno amor*. São os homens e as “mulheres que sabem o que é o SIDA, mas que não se cuidam devido à confiança que existe entre eles (...) Os homens, sobretudo os jovens, sabem. Sempre há informação. O que acontece é que muitas vezes eles dizem que confiam nelas porque nunca ouviram nada de mal a seu respeito; elas também dizem o mesmo. Portanto, o que acontece é um problema de confiança e não de ignorância sobre a doença. (...) Os jovens não usam [o preservativo] por excesso de confiança no parceiro. Há mais

*espírito de confiança, ao iniciar-se a relação, do que propriamente ignorância*". Além disso, *"elas não têm muita coragem de enfrentar os parceiros e pedem-nos a nós para o fazer"* (Enfermeira de aconselhamento a adolescentes, Maputo).

G) *Mitos para uma masculinidade de alto risco*. São os homens que sabem o que é o SIDA, mas que não assumem cuidado com o seu corpo – muito menos com o da sua parceira. Quando estão bêbados ou quando o peso da reafirmação da sua masculinidade o impede. *"Quando fazemos o aconselhamento aos doentes e familiares, trata-se fundamentalmente de homens com muitas parceiras e terceiras esposas de um polígamo"* (Mulher, profissional superior de saúde, Quelimane). Para além das crenças sociais que reforçam o alto risco desta "identidade" masculina. *"Muitas vezes as DTS's [Doenças Sexualmente Transmissíveis], a nível da comunidade, são reconhecidas. Mas o facto de um homem ter uma DTS afirma a sua virilidade, já que confirma um número importante de parceiras. Contudo, a culpa é da mulher, porque as DTS's são doenças de mulheres"* (Investigadora social, Maputo).

H) *Os profissionais da saúde*. São as pessoas que a sociedade supõe mais informadas sobre o SIDA, pela sua própria profissão e actividade; portanto, com grande sensibilidade para transmitir os seus conhecimentos. Todavia, alguns deles não têm esta sensibilidade nem conhecem as limitações da população para pôr em prática essa informação. Uma rapariga, seropositiva de 19 anos, da cidade de Quelimane, referiu: *"Soube que era seropositiva na altura que o médico, ao ver que eu estava sempre com problemas de pele, me recomendou fazer o teste, que saiu positivo. O resultado foi-me dado pelo mesmo médico, que me disse: vocês, meninas, sabem que existem as DTS e não têm muito cuidado!"*.

Existem médicos que definitivamente desconhecem a realidade da informação que a população possui. Como, por exemplo, opiniões triunfalistas manifestadas por alguns, que não hesitam em afirmar, *"que a sociedade em geral, as instituições todas, já estão a entender o problema e assumem responsabilidades em relação à doença. Hoje, falar de SIDA é falar de um problema que toda a gente conhece"* (médica de Saúde Pública).

1) *Educação e cuidado com o corpo.* Trata-se das pessoas que sabem o que é o SIDA e se cuidam. Usam o preservativo. Conforme a informação de campo obtida sobre os cuidados reais dos/as moçambicanos/as perante o SIDA, apenas 6% das pessoas sexualmente activas usam o preservativo (Investigador Instituto Nacional de Saúde).