



Faculdade de Letras e Ciências Sociais

Departamento de Sociologia

Licenciatura em Sociologia

“A pessoa tem que se sentir uma pessoa normal, como já era” - **Práticas afectivas e sexuais de pessoas vivendo com HIV.**

Monografia apresentada em cumprimento parcial dos requisitos exigidos para a obtenção do grau de Licenciatura em Sociologia pela Universidade Eduardo Mondlane, Faculdade de Letras e Ciências Sociais – Departamento de Sociologia.

Autor:

António João Gundana

Supervisor:

Dr. Baltazar Muianga

Maputo, Maio de 2021



Faculdade de Letras e Ciências Sociais

Departamento de Sociologia

Licenciatura em Sociologia

“A pessoa tem que se sentir uma pessoa normal, como já era” - **Práticas afectivas e sexuais de pessoas vivendo com HIV.**

Monografia apresentada em cumprimento parcial dos requisitos exigidos para a obtenção do grau de Licenciatura em Sociologia pela Universidade Eduardo Mondlane, Faculdade de Letras e Ciências Sociais – Departamento de Sociologia.

Autor:

António João Gundana

Supervisor:

Dr. Baltazar Muianga

Maputo, Maio de 2021

Universidade Eduardo Mondlane
Faculdade de Letras e Ciências Sociais
Departamento de Sociologia
Licenciatura em Sociologia

Autor:

António João Gundana

“A pessoa tem que se sentir uma pessoa normal, como já era” - **Práticas afectivas e sexuais de pessoas vivendo com HIV.**

Monografia apresentada em cumprimento parcial dos requisitos exigidos para a obtenção do grau de Licenciatura em Sociologia pela Universidade Eduardo Mondlane, Faculdade de Letras e Ciências Sociais – Departamento de Sociologia.

O júri:

Supervisor

Presidente

Oponente

(Mestre Baltazar Muianga)

(Prof. Doutor Orlando Nipassa)

(Prof. Doutor Carlos Cuinhane)

Maputo, Maio de 2021

Declaração de Honra

Eu, António João Gundana, declaro por minha honra que este trabalho de pesquisa, que apresento como requisito parcial para a obtenção do grau de Licenciatura em Sociologia pela Universidade Eduardo Mondlane, Faculdade de Letras e Ciências Sociais – Departamento de Sociologia, nunca foi apresentado para a obtenção de qualquer grau acadêmico; sendo fruto da minha investigação individual que pode ser comprovado pela bibliografia em anexo referente às fontes que usei para o processo de pesquisa.

António João Gundana

(António João Gundana)

Dedicatória

Aos meus pais, *Kota John* e *Dona Marta*, pela luz e exemplo. Tenho-vos no coração!

Agradecimentos

Ao Altíssimo Jeová, muito grato pelo dom da vida. Agradeço ao Dr. Baltazar Muianga na qualidade do meu supervisor de pesquisa, pela valiosa orientação, paciência incansável e colaboração inestimável no decorrer da materialização deste meu primeiro broto científico. *Bayete!* Ao Dr. Carlos Colaço agradeço pelos ensinamentos e apoio durante a formação. Com certeza, as Teorias Clássicas serviram para alguma coisa útil, eis o fruto!

Especialmente, endereço a minha gratidão ao Estado Moçambicano através da Universidade Eduardo Mondlane pela bolsa de estudos concedida para a formação. Indubitavelmente, sem os benefícios que a mesma proporcionou-me, a conclusão deste curso seria um martírio. Aos meus amigos de formação, Benildo Nhamir e Leonardo Hofisso, meu reconhecimento. As repetidas *directas* que conduziram à debates acesos e profícuos sobre a ciência ensinaram-me muito. *Valeu Yuppies!* Impossível não mencionar nomes de *mazzas* como Faustino Mambo, Abel Cunga e Telmo Osumane. Obrigado pelo tempo dispensado no apoio e esclarecimento em algumas matérias.

Extensivamente, meu muito obrigado à todos docentes dos quais sou produto da formação, à família pelo amparo, aos amigos que fiz durante os estudos e à todos que contribuíram de todas as formas para que a obtenção do grau de licenciatura se tornasse uma realidade. *Ndabonga svikuro!*

Epígrafe

As coisas podem ser como são, mas não é crime querer saber porque é que elas são como são e se elas são realmente aquilo que parecem ser.

In: Elísio Macamo. Como Aprender a Estudar. 2005, p. 32.

Resumo

A actual pesquisa busca compreender como as PVHIV vivenciam as suas práticas afectivas e sexuais em contexto de estigma e discriminação. Para o efeito, o objetivo consistiu em compreender como são vivenciadas as práticas afectivas e sexuais das PVHIV em contexto de estigma e discriminação. De modo a materializar a pesquisa, recorreu-se ao método de abordagem qualitativo. Como técnicas de colecta de dados, adoptou-se a entrevista semi-estrutura aliada à análise de conteúdo como técnica de análise e interpretação de dados. Em termos teóricos, usou-se a Etnometodologia de Harold Garfinkel segundo a qual os indivíduos não são meros “idiotas sociais” que agem conforme as normas sociais previamente definidas, contrariamente, estes são actores sociais com capacidade de ressignificar as normas sociais de acordo com os seus objetivos e interesses, atribuindo assim um sentido à realidade social que justifique as suas acções no quotidiano. No que respeita aos resultados, constatou-se que as PVHIV relataram uma vida “normal” antes do diagnóstico, caracterizada por atividades como o trabalho, convivência com a família, amigos e parceiros em diferentes fóruns. As PVHIV relataram revelar o seu sero-estado para pessoas da sua família, parceiros, amigos e superiores do trabalho. Os homens apresentaram mais dificuldade para revelar o sero-estado que as mulheres. A família providencia maior apoio para as PVHIV. Houve mudanças comportamentais após conhecimento do sero-estado. As PVHIV incorporam certa pré-disposição para fazer face ao estigma e à discriminação. Quanto à conclusão, constatou-se que as PVHIV ressignificam as normas sociais a partir do diálogo que efectuam com as mesmas, atribuindo um sentido “normalizado” à infecção pelo HIV com a finalidade de direccionar suas acções “normais” no quotidiano, onde a ideia de “normal” evidencia o carácter de actor social que as PVHIV incorporam ao reconstruir a noção de infecção num contexto em que a mesma é associada à promiscuidade que abre espaço para o estigma e a discriminação.

Palavras-chave: Sero-estado. Pessoas Vivendo com HIV. Práticas afectivas e sexuais. Estigma e discriminação. Normalização do quotidiano.

Abstract

The current research seeks to understand how PLHIV experience their affective and sexual practices in the context of stigma and discrimination. To this end, the objective is to understand how the affective and sexual practices of PLHIV are experienced in the context of stigma and discrimination. In order to materialize a research, the qualitative approach method was used. As data collection techniques, was adopted semi-structured interview coupled with content analysis as a data analysis and interpretation technique. In theoretical terms, it is Harold Garfinkel's Ethnomethodology according to which people are not mere “social idiots” who act according to defined social norms, on the contrary, these are social actors with the capacity to reframing social norms according to their objectives and interests, thus assigning a meaning to the social reality that justifies its actions in daily life. Regarding the results, it was found that as PLHIV they reported a “normal” life before diagnosis, characterized by activities such as work, living with family, friends and partners in different forums. PLHIV reported disclosing their status to their family members, partners, friends and work superiors. Men find it more difficult to reveal the sero-state than women. The family provides greater support for PLHIV. Behavioral changes after knowledge of the sero-state. PLHIV incorporate a certain willingness to face stigma and discrimination. As for the conclusion, it was found that PLHIV give new meaning to social norms based on the dialogue they carry out with them, attributing a “normalized” meaning to HIV infection with a determinant of directing their “normal” norms in daily life, where the idea of “normal” evidences the character of a social actor that, as PLHIV, incorporate when reconstructing a notion of infection in a context in which it is associated with promiscuity that opens space for stigma and discrimination.

Keywords: Sero-state. People Living with HIV. Affective and sexual practices. Stigma and discrimination. Normalization of daily life.

Tabela de siglas, acrónimos e abreviaturas

| | |
|---------|--|
| ARV | Anti-retroviral |
| CSMNG | Centro de Saúde de Marien Ngouabi |
| HIV | <i>Human Immunodeficiency Virus</i> (Vírus de Imunodeficiência Humana) |
| IEPVHIV | Índice de Estigma de Pessoas Vivendo com HIV/SIDA |
| IMASIDA | Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA |
| INSIDA | Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informações sobre o HIV e SIDA |
| ITS | Infecção de Transmissão Sexual |
| MISAU | Ministério da Saúde |
| PVHIV | Pessoa(s) vivendo com HIV |
| RENSIDA | Rede Nacional de Associações de Pessoas que vivem com HIV |
| SIDA | Síndrome de Imunodeficiência Adquirida |
| TARV | Tratamento anti-retroviral |
| US | Unidade sanitária |

Índice

| | |
|--|-----|
| Declaração de Honra..... | i |
| Dedicatória..... | ii |
| Agradecimentos | iii |
| Epígrafe..... | iv |
| Resumo | v |
| Abstract..... | vi |
| Tabela de siglas, acrónimos e abreviaturas..... | vii |
| Introdução | 1 |
| Capítulo 1. Da revisão de literatura à problemática..... | 4 |
| 1.1. A serodiscordância nas práticas afectivas e sexuais das PVHIV | 4 |
| 1.2. Os mecanismos de gestão do estigma e discriminação pelas PVHIV..... | 5 |
| 1.3. Papéis de género no quotidiano das PVHIV | 8 |
| 1.4. Problematização | 11 |
| Capítulo 2. Enquadramento teórico e conceitual | 14 |
| 2.1. Teoria de base..... | 14 |
| 2.2. Definição dos conceitos | 15 |
| 2.2.1. Prática | 15 |
| 2.2.2. Práticas afectivas..... | 16 |
| 2.2.3. Práticas sexuais | 17 |
| 2.2.4. Estigma | 17 |
| 2.2.5. Discriminação | 18 |
| 2.3. Operacionalização dos conceitos | 19 |
| Capítulo 3. Metodologia | 20 |
| 3.1. Método de abordagem..... | 20 |
| 3.2. Técnica de colecta de dados | 20 |
| 3.3. Delimitação da amostra..... | 20 |
| 3.4. Técnica de análise e interpretação de dados..... | 21 |
| 3.5. Princípios éticos | 21 |
| 3.6. Constrangimentos de pesquisa e estratégias de superação..... | 22 |
| Capítulo 4. Análise e interpretação de dados..... | 24 |
| 4.1. Dados sociodemográficos | 24 |
| 4.2. Práticas afectivas e sexuais das PVHIV antes do diagnóstico | 25 |
| 4.2.1. Quotidiano das PVHIV antes do diagnóstico | 25 |

| | |
|--|----|
| 4.3. Práticas afectivas e sexuais das PVHIV depois do diagnóstico | 27 |
| 4.3.1. Revelação do sero-estado..... | 27 |
| 4.3.2. Reação das pessoas que sabem do sero-estado | 29 |
| 4.3.3. Comportamento pós-infecção | 31 |
| 4.4. “Nós continuamos a ter uma vida normal” - estigma e discriminação nas práticas afectivas e sexuais das PVHIV..... | 34 |
| 4.4.1. Normalização do quotidiano depois do diagnóstico | 34 |
| 4.4.2. Mensagem para os outros..... | 37 |
| 4.5. Dúvidas e acréscimos | 38 |
| Considerações finais | 41 |
| Referências bibliográficas..... | 44 |
| Anexos | 47 |
| I. Guião de entrevistas..... | 47 |
| II. Termo de Consentimento Informado | 48 |

Introdução

A presente pesquisa tem como tema práticas sociais no quotidiano em contexto de estigma e discriminação. Deste tema, interessou estudar o fenómeno das práticas afectivas e sexuais de pessoas vivendo com HIV em contexto de estigma e discriminação, Cidade de Xai-Xai, 2020.

Em Moçambique, o HIV constitui dos principais desafios da saúde pública. De acordo com o MISAU (2015), cerca de 13,2% da população dos 15 a 49 anos de idade vive com HIV. Desta cifra, a província de Gaza possui a maior taxa de seroprevalência a nível nacional, com cerca de 24,4% de pessoas infectadas pelo vírus. Em contrapartida, o MISAU (2015) menciona que, para a província de Gaza, apenas 11% dos homens e 16% das mulheres que fizeram parte do inquérito, expressam atitudes de aceitação em relação à convivência com as PVHIV.

Dentro disso, no senso comum quando se fala da infecção pelo HIV, se olha mais para a via sexual e em consequência se associa a infecção com a promiscuidade por parte das pessoas infectadas. Ligado a isso, as pessoas infectadas por HIV são alvo de estigma e discriminação em resultado da associação que se faz da infecção com a promiscuidade (Tosoli et al, 2012. Oliveira, 2015). O limite desta maneira de encarar a infecção pelo HIV é da não consideração de outras formas de infecção que não sejam a sexual.

Além disso, as pesquisas dedicam pouca atenção para as práticas afectivas e sexuais das PVHIV, na medida em que se trata do HIV para objectivos meramente estatísticos (MISAU, 2009. 2015). Em contraste, a legislação em Moçambique protege as PVHIV do estigma e discriminação e em nenhuma parte menciona a proibição das suas práticas afectivas e sexuais, desde que cumpram os cuidados necessários para evitar uma contaminação danosa (Lei 19/2014 de 27 de Agosto de Protecção da Pessoa, Trabalhador e Candidato a Emprego Vivendo com HIV).

Assim, a escolha do CSMNG, em Xai-Xai, para efeitos de colecta de dados deveu-se ao facto de ser uma das US's com maior número de pessoas em TARV na Cidade. Segundo o MISAU, apenas em 2018 foram cerca de 3976 pessoas em TARV na US. Essa realidade permitiu colher representações de diferentes actores sobre as suas práticas afectivas e sexuais em contexto de estigma e discriminação.

Considerando os elementos ditos acima, para a actual pesquisa definiu-se a seguinte pergunta de partida: como são vivenciadas as práticas afectivas e sexuais das PVHIV em contexto de estigma

e discriminação? Dessa forma, o propósito da pesquisa foi de explorar das próprias PVHIV como são as suas práticas afectivas e sexuais, tendo em conta o estigma e a discriminação que permeia o seu quotidiano. Assim, seguiu-se com o pressuposto de que as práticas afectivas e sexuais das PVHIV não possuem uma ocorrência predefinida pelo estigma e pela discriminação, pelo contrário, as PVHIV são actores sociais com capacidade de ressignificar as normas sociais, de fazer escolhas e tomar decisões de acordo com os seus objectivos e interesses, atribuindo assim um sentido à realidade social para justificar as suas acções no quotidiano.

Relacionado a isso, a pesquisa carrega a seguinte hipótese: as práticas afectivas e sexuais das PVHIV ocorrem norteadas pela capacidade de actores sociais que estas assumem no quotidiano; ao dialogar com as normas sociais, fazer escolhas e tomar decisões de acordo com os seus objectivos e interesses; e ao atribuir um sentido à realidade social para justificar as suas acções no quotidiano. Sendo assim, o objetivo geral consistiu em compreender como são vivenciadas as práticas afectivas e sexuais das PVHIV em contexto de estigma e discriminação. Para alcançar este objetivo, foi necessário descrever as características sociodemográficas das PVHIV; analisar as práticas afectivas e sexuais das PVHIV antes de saber do diagnóstico; analisar as práticas afectivas e sexuais das PVHIV depois de saber do diagnóstico; entender como as PVHIV lidam com o estigma e a discriminação no seu quotidiano.

Desse modo, em termos de justificativa, o interesse que fundamentou a formulação desta pesquisa está virado ao facto de no senso comum, geralmente, se associar a infecção pelo HIV com a promiscuidade por parte das pessoas infectadas. Em consequência disso, as pessoas infectadas por HIV são alvo de estigma e discriminação no seu quotidiano ao serem conotadas como promíscuas (Tosoli et al, 2012. Oliveira, 2015. RENSIDA, 2013. MISAU, 2015). Todavia, o limite desta maneira de encarar a infecção por HIV é da não consideração de outras formas de infecção que não sejam a sexual. É neste sentido que se tornou deveras pertinente compreender como as PHVIV vivenciam a sua afectividade e sexualidade, mesmo perante um pensamento comum de a infecção pelo HIV denotar promiscuidade. Daí, o interesse de pesquisar como são as práticas afectivas e sexuais das PVHIV em contexto de estigma e discriminação.

A relevância académica desta pesquisa consiste em proporcionar um discurso cientificamente comprovado e válido de como são vivenciadas as práticas afectivas e sexuais das PVHIV em contexto permeado pelo estigma e discriminação. Assim, a contribuição particular desta pesquisa

se concentra na Sociologia do Quotidiano na medida em que visa compreender como os actores sociais constroem, desconstroem e reconstroem essas práticas no quotidiano, imersos em determinado contexto social. Também, ao assumir o HIV como resultado de construção social e as PVHIV como actores sociais imersos no processo dessa construção, esta pesquisa deposita parte da sua contribuição científica à Sociologia da Saúde.

Considerando que existem vários intervenientes virados para o HIV em Moçambique, desde o MISAU até às organizações da sociedade civil, como contribuição social, se espera com a concretização desta pesquisa, ajudar a orientar as políticas e planos de acção para o aperfeiçoamento da componente afectiva e sexual nas intervenções envolvendo PVHIV em contexto pautado pelo estigma e pela discriminação.

Quanto à estrutura de apresentação, a presente pesquisa obedece à seguinte: após a introdução; segue-se para o primeiro capítulo que compreende a revisão de literatura referente aos estudos anteriores sobre o tema de pesquisa e à problematização considerando as limitações desses estudos e os dizeres do senso comum, o que culmina na definição do problema que interessa à pesquisa; depois, vem o segundo capítulo específico para o enquadramento teórico e conceitual, onde se demonstra a teoria que serviu de lente para a leitura da realidade social estudada acompanhada da definição dos conceitos e sua respectiva operacionalização; em sequência, o terceiro capítulo é referente à exposição da metodologia adoptada para a concretização da pesquisa, colecta, análise e interpretação de dados e os princípios éticos seguidos; em seguida, vem o quarto capítulo da análise e interpretação de dados que se reserva para a apresentação dos dados colhidos no campo, análise da sua convergência e divergência com os estudos anteriores e interpretação à luz do quadro teórico adoptado; a posteriori, vêm as considerações finais, onde faz-se uma sùmula do que se tratou ao longo da pesquisa e o posicionamento face à análise e interpretação dos dados e a hipótese levantada a priori; depois disso aparece a exposição das referências bibliográficas empregues para a elaboração da pesquisa; e por último, os anexos para os materiais de apoio utilizados durante o desenrolar da pesquisa.

Capítulo 1. Da revisão de literatura à problemática

Este capítulo é reservado para a apresentação dos estudos já realizados acerca do tema de pesquisa. Importa destacar que a apresentação dessas pesquisas será feita em abordagens de modo a deixar patente a confrontação dos pontos convergentes e divergentes entre as mesmas. Desta feita, a primeira abordagem trata da serodiscordância nas práticas afectivas e sexuais das PVHIV; a segunda fala dos mecanismos de gestão do estigma e discriminação pelas PVHIV; e a terceira tem a ver com os papéis de género no quotidiano das PVHIV.

1.1. A serodiscordância nas práticas afectivas e sexuais das PVHIV

A presente abordagem tem como fonte as pesquisas de Reis e Gir (2005, 2010). Através destas pesquisas, esta abordagem tem como tese a ideia das práticas afectivas e sexuais em relacionamentos serodiscordantes serem orientadas para a protecção do(a) parceiro(a) seronegativo(a), isso subjacente à motivação e barreiras para o uso do preservativo, estratégias de gestão do risco de transmissão sexual e a alteração do estado emocional e da resposta sexual da pessoa infectada.

Assim, Reis e Gir (2005) em uma pesquisa realizada no Brasil com objectivo de identificar os factores que interferem na manutenção do sexo seguro entre parceiros com sorologias distintas para o HIV, constatou que entre casais serodiscordantes existe uma maior motivação para o uso do preservativo visando a protecção do parceiro seronegativo. Contudo, nessa pesquisa foram destacadas quatro principais barreiras que interferem na manutenção do sexo seguro, nomeadamente: a desconfiança do uso do preservativo como método seguro contra a infecção sexual pelo HIV; a alteração na satisfação sexual decorrente do uso obrigatório do preservativo; a diferença de aceitação entre homens e mulheres no uso sistemático do preservativo; e o baixo uso do preservativo feminino como alternativa para a manutenção do sexo seguro.

Assim, através da pesquisa de Reis e Gir (2005) é possível notar a alteração que a infecção pelo HIV cria nas práticas afectivas e sexuais das PVHIV com parceiro(a) seronegativo. Neste ponto, em simultâneo, a pesquisa destaca as motivações assim como as barreiras para o uso do preservativo com parceiro(a) seronegativo(a). Isso, faz com que a principal constatação da pesquisa esteja relacionada com as motivações e barreiras para o uso do preservativo nas práticas afectivas e sexuais de PVHIV com parceiro(a) seronegativo(a).

Segundo Reis e Gir (2010), em outra pesquisa feita no Brasil com objectivo de descrever e analisar o impacto da serodiscordância na vida afectivo-sexual de portadores do HIV ou SIDA que convivem com parceiro(a) heterossexual em condição sorológica discordante, constatou que após o diagnóstico de seropositividade ao HIV os casais serodiscordantes desenvolvem estratégias de enfrentamento do risco de transmissão sexual. Estas estratégias compreendem a negação e a racionalização da actividade sexual que chega à regras rígidas tal como a utilização de dois preservativos, o que culmina com a abstinência sexual. Perceber-se como alguém que “traz perigo” desencadeia intensa angústia no parceiro infectado, sentimento de culpa e ansiedade. Entre os sujeitos pesquisados, as autoras identificaram a alteração da resposta sexual manifesta pela inibição do desejo e da excitação sexual, além da diminuição ou ausência da sensação orgásmica. Dentre os factores directamente relacionados com tais alterações estão: o uso obrigatório do preservativo; a baixa auto-estima e a desvalorização; a angústia de conviver com a possibilidade de transmissão do HIV para a pessoa amada; e os sentimentos de culpa.

Conforme descrito, na pesquisa de Reis e Gir (2010) que ainda tem como foco as práticas afectivas e sexuais das PVHIV com parceiro(a) seronegativo(a), é possível perceber que a principal constatação está relacionada com a protecção do(a) parceiro(a) seronegativo(a). Inerente à isso, há a alteração do estado emocional e sentimental da pessoa infectada pelo vírus de HIV como a alteração da resposta sexual. Pois, as práticas afectivas e sexuais entre as PVHIV e parceiro(a) seronegativo(a) são permeadas por estratégias de enfrentamento do risco de transmissão sexual, que abrem espaço para angústia e sentimento de culpa no(a) parceiro(a) infectado(a). Considerando estes elementos, é importante notar a convergência existente entre as pesquisas de Reis e Gir (2005, 2010) pelo facto de ambas terem como objecto de estudo práticas afectivas e sexuais entre PVHIV e parceiro(a) seronegativo(a).

1.2. Os mecanismos de gestão do estigma e discriminação pelas PVHIV

Esta abordagem é encabeçada pelas pesquisas de Tosoli et. al. (2012) e Sá e Santos (2018). A tese da abordagem é de a existência dos mecanismos de gestão revelar que o estigma e a discriminação perpassam o quotidiano das PVHIV. Para o efeito, os principais mecanismos de enfrentamento das PVHIV ao estigma e discriminação estão voltados para a negação da infecção com vista à sua normalização no quotidiano; a omissão do sero-estado, principalmente para a

família; a limitação do envolvimento afectivo e sexual; e a busca de apoio na família, rede de amigos, religiosidade e instituições de saúde.

De acordo com Tosoli et. al. (2012), ao realizar uma pesquisa com objectivo de analisar as formas de relacionamentos sociais estabelecidos por pessoas hospitalizadas que vivem com HIV a partir das representações sociais que possuem sobre a SIDA, constataram que a camisinha é vista como a principal forma de prevenção, onde os sujeitos de pesquisa falaram de orientações referentes ao seu uso, tal como não a utilizar em mais de uma relação sexual. A media, com destaque para a televisão, aparecem como a principal fonte de informação sobre o vírus, ao que foi transmitida por esta a imagem do preservativo como a principal forma de prevenção. A media ainda aparece como a principal fonte do conhecimento e actualizações gerais do vírus de HIV.

Segundo Tosoli et. al. (2012), as formas de transmissão do HIV referidas pelos sujeitos da pesquisa foram o sexo desprotegido abarcando o sexo oral, vaginal e anal; e a utilização de drogas com partilha de seringas e canudos para a aspiração. Os participantes da pesquisa falaram também de uma relação fixa, estável e fiel como forma de prevenção, principalmente pela vulnerabilidade da mulher. A principal forma de gestão do HIV por parte dos participantes da pesquisa de Tosoli et. al. (2012) foi a negação da infecção expressa na normalização do quotidiano. Porém, apesar da tentativa de “naturalização” da doença no quotidiano, as PVHIV que participaram da pesquisa reconheceram que a vida “normal” não é alcançável devido ao preconceito relacionado ao SIDA que se traduz na rejeição por parte das pessoas à sua volta. Nisso, houve o relato de sentimento de pena diante do adoecimento de alguém conhecido que é atrelado à conotação de morte precoce. Outro tipo de gestão da infecção revelada pela pesquisa de Tosoli et. al. (2012), é a omissão do diagnóstico, como forma de autoprotecção, principalmente para a família; e a resignificação e valorização da vida buscando um sentido para esta na espiritualidade e no apoio psicológico.

Na pesquisa acima, Tosoli et. al. (2012), fazem menção da media como principal fonte de informação acerca do HIV para as PVHIV. Neste desiderato, é importante destacar a menção que é feita do preservativo como principal forma de prevenção, diferente das constatações da pesquisa de Reis e Gir (2005, 2010) em que o preservativo é visto, em parte, como uma barreira. Além de falar das formas de transmissão, as PVHIV participantes da pesquisa de Tosoli et. al. (2012), mencionaram a “normalização” da infecção pelo HIV no quotidiano como principal

forma de gestão, mesmo reconhecendo que esta tentativa não é alcançável dado o preconceito que se materializa na rejeição por parte das pessoas à volta. Também, mencionaram a omissão do diagnóstico aos demais, principalmente de familiares, como forma de autoproteção. Desta feita, a pesquisa de Tosoli et. al. (2012), destaca as principais formas de gestão das PVHIV contra o estigma e a discriminação, mostrando assim que este faz parte do seu quotidiano.

Por outro lado, Sá e Santos (2018) ao materializar uma pesquisa com objectivo de investigar as principais dificuldades nos relacionamentos amorosos e/ou sexuais de sujeitos seropositivos e os mecanismos de gestão empregues por eles, constatou que estes enxergaram vantagens em se ter um relacionamento afectivo pela companhia e reciprocidade e viram o prazer como a principal motivação para se envolver afectiva e sexualmente com alguém. Contudo, os mesmos participantes mencionaram a mentira, a possibilidade de sofrimento, o risco de contrair ITS's e a falta de confiança como os principais obstáculos para se relacionarem com alguém. Notou-se também o medo de transmitir o vírus, de ser menosprezado ou abandonado pelo(a) parceiro(a), principalmente quando este(a) é seronegativo(a). Por causa disso, grande parte das PVHIV participantes da pesquisa evitavam se envolver sexual e amorosamente com outra pessoa. E em caso de se envolverem, optavam por revelar o diagnóstico, mesmo que isso lhes custasse o relacionamento uma vez que a não revelação é percebida como covardia e prejudicial ao outro. Como mecanismo de gestão, destacou-se a fuga de sentimentos e de pensamentos e a busca de apoio na família, rede de amigos, religiosidade e em instituições de saúde.

Na pesquisa de Sá e Santos (2018), mencionam-se as motivações e barreiras do envolvimento sexual e afectivo das PVHIV. No que respeita às motivações, destaca-se a companhia e a reciprocidade como principais para um envolvimento afectivo e sexual. Enquanto isso, como barreiras destaca-se a mentira, o sofrimento, o risco de adquirir ITS's e a falta de confiança. Ainda nas barreiras, importante destacar o medo de transmitir o vírus, motivo que levou os participantes da pesquisa de Sá e Santos (2018) a considerar importante revelar o sero-estado em caso de se envolverem afectiva e sexualmente com alguém. Assim, se percebe em Sá e Santos (2018) que os riscos e barreiras que as PVHIV participantes da pesquisa mencionaram ao se envolver afectiva e sexualmente com alguém, surgem em razão do seu estado positivo para o HIV. Daí, os mecanismos de gestão virados a limitar o envolvimento afectivo e sexual, e caso

ocorra, revelar o sero-estado como forma de autoprotecção; assim como buscar apoio na família, rede de amigos, religiosidade e instituições de saúde.

Desta feita, as pesquisas desta abordagem revelam a maneira como as práticas afectivas e sexuais das PVHIV são permeadas pelo estigma e discriminação, o que leva à elaboração de mecanismos de gestão do mesmo com vista a lidar com a situação. Esse processo pode ocorrer através da “normalização” da infecção pelo HIV, omissão do sero-estado aos demais, busca de apoio na família, rede de amigos, religiosidade e instituições de saúde e limitação do envolvimento afectivo e sexual (Tosoli et. al, 2012. Sá e Santos, 2018).

1.3. Papéis de género no quotidiano das PVHIV

Para esta abordagem, estão presentes as pesquisas de Oliveira (2015), Maúngue (2015) e Andrade e Iriart (2015). A principal tese está voltada para os papéis de género que influenciam na gestão da seropositividade no quotidiano das PVHIV, sendo elemento de destaque a reprodução hegemônica dos papéis de homem e mulher em casos de infecção pelo HIV.

Desta feita, Oliveira (2015) com objectivo de compreender as significações das relações afectivo-sexuais, as possibilidades de conjugalidade das pessoas que vivem com HIV/SIDA e como estas desenvolvem o seu autocuidado, notou que há a quebra do ideal romântico construído socialmente devido à infecção pelo HIV dentro de um relacionamento estável. A infecção pelo HIV deixa explícito que houve traição por parte de um dos parceiros levando à quebra da confiança, surgindo assim o sentimento de raiva da pessoa infectada. Porém, mesmo com a quebra do ideal romântico e da confiança, as PVHIV mantêm seu relacionamento estável reproduzindo o papel hegemónico do feminino e do masculino sem crítica. Por outro lado, os que revelaram sua seropositividade ao parceiro, tendo este ou não HIV, constroem relacionamentos mais satisfatórios, pois, conversam mais francamente.

As pessoas solteiras que fizeram parte da pesquisa de Oliveira (2015), desejavam conquistar uma parceira estável, mas encontravam dificuldades devido a infecção pelo HIV. Isso acontecia pelo facto de acreditarem que ao assumirem um relacionamento teriam de revelar sua seropositividade, expondo-se a recusas, ao preconceito e ao sofrimento que acarreta a desvalorização pessoal. Segundo as constatações de Oliveira (2015), o uso do preservativo é muitas vezes ignorado devido ao significado que envolve a desconfiança frente à fidelidade do parceiro, falta de prazer e a negociação deste tendo em conta as relações de género, visto que é

esperado do homem a decisão pelo seu uso ou não, ficando as mulheres submissas a esta decisão. Após a infecção pelo HIV, as relações afectivo-sexuais são protectoras para os homens porque as mulheres continuam mantendo o papel de cuidadoras do lar e da família. Ainda assim, viver com HIV é visto como um factor de vulnerabilidade por acarretar estigma e preconceito.

Assim, da pesquisa de Oliveira (2015) percebe-se que a principal tese está virada à forma como os papéis de género influenciam a gestão da seropositividade, isso desde o envolvimento num relacionamento íntimo até às condições a estes inerentes. Oliveira (2015) suporta a sua tese no impacto emocional da infecção pelo HIV, a reprodução de papéis hegemónicos de homem e mulher e os efeitos da revelação do sero-estado. Deste modo, através dos papéis de género também pode se olhar para a forma como as PVHIV lidam no seu quotidiano com o estigma e a discriminação nas suas práticas afectivas e sexuais.

Maúngue (2015) em uma pesquisa realizada com mulheres que vivem com HIV na Cidade de Maputo objectivando entender como estas estruturam o seu quotidiano no contexto das relações que estabelecem, constatou que a principal via de infecção é sexual pelos seus companheiros e em relações estáveis. Nisso, o homem não é obrigado a fazer os exames médicos, sendo que este tem mais possibilidade de infectar várias outras mulheres que o contrário. Segundo Maúngue (2015), este facto demonstra a feminização do HIV e o fraco poder de negociação das mulheres para o uso do preservativo nas relações estáveis. Dada a sua fraqueza económica, essas mulheres enfrentam dificuldades de alimentação compatível com o TARV, o que as faz buscar outras alternativas como o cultivo de machambas. Também, essas mulheres enfrentam dificuldades de custear as despesas de transporte para se deslocar às US's e quando lá chegam, levam muito tempo para serem atendidas.

Neste desiderato, Maúngue (2015) constatou que as mulheres por si pesquisadas não revelam o seu sero-estado à sua rede de relações fugindo ao estigma, preconceito, discriminação, segregação e entre outras reacções sociais hostis associados às PVHIV. Essas mulheres fazem isso porque têm receio de serem conotadas como causadoras de desgraça nos seus lares. Para este caso, as mulheres entrevistadas convivem e compartilham experiências com outras mulheres na mesma condição como estratégia de alívio aos males sociais decorrentes da sua infecção. Ao fazerem isso num ambiente de associativismo, as mulheres experimentam um quotidiano de inclusão, mas também de exclusão nas suas casas e na vizinhança.

Assim, a pesquisa de Maúngue (2015) converge com a de Oliveira (2015) na tese da forma como os papéis de género influenciam na gestão da seropositividade das PVHIV no seu quotidiano. Isso pode ser visto pelas constatações das pesquisas viradas à gestão da infecção pelo HIV nas relações afectivas e sexuais estáveis que é mais protectora para o homem em relação à mulher, havendo através disso a reprodução do papel hegemónico do masculino, que leva à feminização do HIV. Porém, um aspecto de realce na pesquisa de Maúngue (2015) é o facto de mencionar como estratégia de alívio a partilha de experiência entre mulheres seropositivas passando pela mesma situação, principalmente o estigma e a discriminação. Todavia, a pesquisa de Maúngue (2015) tal como a de Oliveira (2015) privilegiou somente as práticas afectivas e sexuais de mulheres em contexto de estigma e discriminação, facto que não permite ter informação dos homens sobre o mesmo assunto.

Andrade e Iriart (2015) ao realizar uma pesquisa com objectivo de investigar a experiência de mulheres HIV positivo e como estas lidam com o estigma e a discriminação nos bairros populares de Maputo, chegaram à conclusão que essas mulheres são frequentemente culpabilizadas pela infecção com o HIV. Isso acontece porque a moral vigente permite aos homens serem infiéis e terem várias amantes sem incorrer em depreciação social, enquanto as mulheres podem ser acusadas de trair seus maridos, promiscuidade e prostituição. Por isso, receiam que a revelação do diagnóstico HIV positivo desencadeie questionamentos, suspeitas de infidelidade conjugal e culpabilização pela infecção. As mulheres relataram cuidar dos seus maridos até a morte por SIDA, enquanto elas eram abandonadas e discriminadas quando revelassem seu estado serológico. Muitas delas eram economicamente dependentes dos maridos e com a sua morte ou abandono, passaram a ter dificuldades para o seu sustento e dos seus filhos. Além dessa dificuldade, as mulheres relataram a usurpação de bens pelos familiares do marido falecido. Por causa disso, algumas mulheres disseram que tiveram de recorrer à prostituição para conseguir suprir as suas necessidades.

Segundo a pesquisa de Andrade e Iriart (2015), as mulheres revelaram que se retraem de familiares mais próximos como forma de se proteger de uma possível discriminação. Algumas revelaram o seu sero-estado aos familiares por conta da exigência dos serviços de saúde para começar o TARV. Outras mulheres usaram também como estratégia de reduzir o estigma, dizer aos familiares e demais pessoas estar com tuberculose, por ser uma doença com cura, quando

houvesse algum sinal de adoecimento em resultado do HIV. Ainda, as mulheres que vivem com HIV viram no associativismo com mulheres na mesma condição uma forma de enfrentamento ao estigma. Os grupos formados no âmbito do associativismo também serviam para o alívio da pobreza. A religião também foi mencionada como meio de alívio do estigma e da discriminação, onde a protestante teve destaque como a mais aberta que a católica.

Pode se dizer, de forma resumida, que as pesquisas de Andrade e Iriart (2015) e Maúngue (2015) desembocam na mesma tese: a forma como os papéis de género influenciam a gestão da seropositividade das PVHIV no seu quotidiano. Contudo, importante realçar que a pesquisa de Andrade e Iriart (2015) traz a distinção de ter mencionado que os grupos de partilha de experiência e o associativismo servirem também para o alívio da pobreza. Por partilhar a mesma tese, as pesquisas de Andrade e Iriart (2015) e Maúngue (2015) têm a mesma limitação, de ter só a participação de mulheres, facto que limitou a colecta de representações dos homens vivendo com HIV sobre as suas práticas afectivas e sexuais em contexto de estigma e discriminação.

1.4. Problematização

Depois de feita a revisão de literatura, foi possível extrair as teses de cada uma das abordagens. Deste modo, a primeira abordagem defendida por Reis e Gir (2005, 2010) apresenta a sua tese virada às práticas afectivas e sexuais para a protecção do(a) parceiro(a) seronegativo(a). A segunda abordagem, apresentada por Tosoli. et. al. (2012) e Sá e Santos (2018), mostra que os mecanismos de enfrentamento adoptadas pelas PVHIV evidenciam que o estigma e a discriminação perpassam o seu quotidiano. E a última abordagem, tendo como autores Oliveira (2015), Maúngue (2015) e Andrade e Iriart (2015), onde as suas constatações levantam a tese dos papéis de género influenciarem na gestão da seropositividade no quotidiano das PVHIV.

Neste desiderato, interessante destacar é o facto de as teses de todas as abordagens servirem para mostrar como o estigma e a discriminação afecta o quotidiano das PVHIV, principalmente as suas práticas afectivas e sexuais. A título de exemplo, as constatações da primeira abordagem tais como o parceiro infectado perceber-se como “perigo”; sentimento de culpa e ansiedade; e a angústia de conviver com a possibilidade de transmissão do HIV para a pessoa amada; mostraram que a infecção pelo HIV traz consigo a percepção de carregar uma “mancha” e receio de exclusão. Isso também torna-se evidente com as constatações da segunda abordagem em que após a infecção pelo HIV há a “normalização” da infecção, omissão do sero-estado para algumas

pessoas, busca de apoio na família, rede de amigos, religiosidade e instituições de saúde e limitação do envolvimento afectivo e sexual; mostrando dessa forma que há o receio do estigma e da discriminação. As constatações da terceira abordagem tornam mais evidente ainda que o estigma e a discriminação perpassam o quotidiano das PVHIV ao mostrar que os papéis de género influenciam a gestão da seropositividade, onde uma das constatações é a reprodução hegemónica do papel do homem como dominador e da mulher como subalterna, situação que leva as mulheres a não revelar o seu sero-estado aos seus próximos por receio de depreciação social. Assim sendo, as teses vindas das constatações atreladas à cada abordagem patente na revisão de literatura servem para evidenciar ainda mais a pertinência de se estudar como são vivenciadas as práticas afectivas e sexuais de PVHIV em contexto de estigma e discriminação.

No sentido de consolidar a problematização, torna-se importante considerar os dados de documentos oficiais acerca do HIV. Assim, de acordo com o MISAU (2015), em 2015 a estimativa da taxa de prevalência do HIV em Moçambique rondava nos 13,2% contra 11,5% em 2009 na população adulta dos 15 aos 49 anos de idade. Neste contexto, a província de Gaza com 24,4% possuía a taxa de prevalência mais alta a nível nacional. Ainda segundo o MISAU (2015), a tendência de aceitação das PVHIV para a província de Gaza em mulheres, expressa em quatro indicadores, é de 92.7% que estão dispostas a cuidar de um parente com HIV ou SIDA na sua própria casa; 67.9% comprariam verduras frescas de um vendedor que tem HIV ou SIDA; 81.8% concordam que uma professora que tem HIV ou SIDA, mas que não está doente deveria continuar a ensinar na escola; 30.7% não guardaria segredo se um parente tivesse HIV ou SIDA. E assim, apenas 16% das mulheres que fizeram parte do inquérito expressaram atitudes de aceitação para os quatro indicadores.

Para os mesmos indicadores entre os homens, têm-se a seguinte percentagem: 95.2%; 74.2%; 79.9%; e 21% respectivamente. Nisso, apenas 11% dos homens que fizeram parte do inquérito expressaram atitudes de aceitação para os quatro indicadores.

Com isso, se percebe que o nível de aceitação das PVHIV ainda é reduzido. Pode se ilustrar isso através dos resultados apresentados pelo RENSIDA (2013), onde cerca de 56% das PVHIV que fizeram parte da pesquisa revelaram ter sido alvo de alguma forma de discriminação, desde insultos, pressão psicológica, exclusão social ou ataques físicos, motivados pelo seu estado serológico. Para consubstanciar, os dados do MISAU (2015) apresentados acima, revelaram que

tanto as mulheres como os homens obtiveram percentagens elevadas nos primeiros três indicadores. Porém, a percentagem reduziu quanto ao respeito à confidencialidade do sero-estado de um parente na medida em que apenas 30.7% das mulheres guardaria segredo e 21% dos homens respectivamente, isso sem mencionar que apenas 16% das mulheres e 11% dos homens que fizeram parte do inquérito expressaram atitudes de aceitação para os quatro indicadores. Desta feita, estes resultados atestam a necessidade de se compreender como são vivenciadas as práticas afectivas e sexuais das PVHIV em contexto de estigma e discriminação.

Deste modo, considerando o carácter contextual das pesquisas apresentadas na revisão de literatura, o facto de a maioria das pesquisas oficiais não terem tido como participantes as próprias PVHIV, e o pressuposto segundo o qual as práticas afectivas e sexuais das PVHIV não possuem uma ocorrência predefinida pelo estigma e pela discriminação, pelo contrário, as PVHIV são actores sociais com capacidade de ressignificar as normas sociais, de fazer escolhas e tomar decisões de acordo com os seus objectivos e interesses, atribuindo assim um sentido à realidade social para justificar as suas acções no quotidiano, definiu-se a seguinte **pergunta de partida**: como são vivenciadas as práticas afectivas e sexuais das PVHIV em contexto de estigma e discriminação? Neste sentido, formulou-se a seguinte **hipótese**: as práticas afectivas e sexuais das PVHIV ocorrem norteadas pela capacidade de actores sociais que estas assumem no quotidiano; ao dialogar com as normas sociais, fazer escolhas e tomar decisões de acordo com os seus objectivos e interesses; e ao atribuir um sentido à realidade social para justificar as suas acções no quotidiano.

Capítulo 2. Enquadramento teórico e conceitual

O actual capítulo reserva-se para a apresentação do quadro teórico que serviu de lente para a leitura e interpretação dos dados da pesquisa, a Etnometodologia de Harold Garfinkel; o quadro conceitual, neste caso, os conceitos de prática, práticas afectivas, práticas sexuais, estigma e discriminação; e por último, a operacionalização dos referidos conceitos conforme as suas dimensões e indicadores.

2.1. Teoria de base

Esta pesquisa baseou-se nos pressupostos teóricos da Etnometodologia fundada por Harold Garfinkel. Assim, Garfinkel influenciado por Talcot Parsons, marca um salto do paradigma normativo para o paradigma interpretativo ao afirmar que o indivíduo não é um “idiota social” que apenas reage a coerções externas. Pelo contrário, defende que o indivíduo interage com as normas sociais, interpretando-as, ajustando-as e modificando-as conforme os seus interesses e objectivos. Assim, a Etnometodologia se dedica a estudar os procedimentos formais utilizados pelo actor social para compreender as acções dos outros no quotidiano, a interacção que estes mantêm entre si e direccionar a sua acção (Guessser, 2003. Araújo, 2012).

Desta feita, considerando que a realidade social é continuamente criada pelos actores sociais, aos estudos da Etnometodologia interessa os modos como estes tomam as suas decisões no quotidiano. Ou dito de outra maneira:

a observação atenciosa e a análise dos processos aplicados nas acções permitiriam pôr em evidência os modos de proceder pelos quais os actores interpretam constantemente a realidade social, inventam a vida em permanente bricolagem. Será, portanto, de importância capital observar como os actores de senso comum o produzem e tratam a informação nos seus contactos e como utilizam a linguagem como um recurso (Coulon citado por Berticelli, 1998:13).

Assim, a Etnometodologia é definida como a pesquisa empírica dos métodos que são utilizados pelos actores sociais para dar sentido e em simultâneo realizar as suas acções quotidianas, seja comunicar, tomar decisões, raciocinar, fazer escolhas, etc. Daí, o empenho da Etnometodologia no estudo do raciocínio sociológico prático dos actores sociais, quer dizer, o estudo dos procedimentos que os actores sociais utilizam no seu quotidiano apoiados em um estoque de conhecimentos por estes adquiridos (Berticelli, 1998. Guessser, 2003. Araújo, 2012).

Desta feita, também influenciado por Schutz, Garfinkel estabelece um novo território para as análises sociológicas, designadamente: o estudo das propriedades do raciocínio prático do senso comum nas situações quotidianas de acção. Em outras palavras, a Etnometodologia advoga que a compreensão da lógica do pensamento dos actores sociais se encontra nas situações quotidianas de acção, no senso comum, e não na lógica científica como preconizava Parsons (Guessser, 2003).

Portanto, para os objectivos da presente pesquisa, importa estudar os modos ou procedimentos que as PVHIV utilizam no quotidiano para se comunicar, tomar decisões, raciocinar, fazer escolhas, etc. nas suas práticas afectivas e sexuais em contexto de estigma e discriminação, isto tendo em conta que os actos e as normas sociais são realizações práticas que não se constituem em objecto estável ou preexistente, mas produto da actividade contínua de ajuste, interpretação e modificação que os actores sociais fazem, atribuindo assim um sentido à realidade social de modo a justificar a sua acção no quotidiano.

2.2. Definição dos conceitos

2.2.1. Prática

Segundo Guessser (2003), o conceito de prática está relacionado com a preocupação da Etnometodologia em abordar as actividades que os actores sociais desenvolvem no quotidiano, as circunstâncias nas quais as mesmas ocorrem e o raciocínio sociológico aplicado. Pois, para a Etnometodologia, a realidade social não é um dado pré-existente, pelo contrário, é construída pelos actores sociais em constante interacção no quotidiano. Assim, descarta-se a hipótese da existência de um sistema de normas *a priori* e considera-se a constante criação, transformação, reconstrução e renovação que caracteriza a realidade social. Deste modo, as práticas, correspondem às acções realizadas pelos actores sociais no quotidiano, através da interacção, vivenciada de forma particular e em constante transformação.

Figueiredo (2009) define prática como a construção, em interacção, que os actores sociais fazem da realidade social no seu quotidiano. Através da prática, a realidade social não é concebida como um dado preexistente, porém, em permanente construção. Sendo assim, a interacção que permeia as práticas no quotidiano faz com que as mudanças na estrutura social aconteçam a partir do nível micro até ao macrossocial.

De acordo com Oliveira e Montenegro (2011, p. 135) Garfinkel concebe as práticas como sendo:

(...) realizações contingentes, contínuas e infinitas que são conduzidas com o suporte de organizações ou de indivíduos – com conhecimentos internalizados, reconhecimento de conduta reflexiva e senso comum – em específico e que acontecem como eventos na mesma disposição ordinária que elas organizam. Essas actividades práticas revelam as regras e o *modus operandi* dos indivíduos envolvidos nas interacções sociais contextualizadas, levando, dessa forma, a uma lógica circular para o entendimento da relação entre essas práticas e as propriedades estruturais que estas congregam.

Sendo assim, para a pesquisa, definem-se práticas como as acções realizadas pelas PVHIV, enquanto actores sociais no quotidiano, através da interacção, pela qual se constrói a realidade social não de forma acabada, mas em constante criação e transformação, permitindo também o entendimento das propriedades estruturais que asseguram essa reconstrução constante.

2.2.2. Práticas afectivas

De acordo com o Dicionário de Psicologia (2001), afecto se refere à subjectividade de um estado psicológico elementar, não analisável, vago ou qualificado, penoso ou agradável, podendo exprimir-se maciçamente ou sob a forma de um cambiante ou tonalidade. O afecto centra-se no que é primariamente sentido, diferente do sentimento, que é direccionado a um objecto. Por seu turno, a afectividade engloba estados diversos como as emoções, as paixões, os sentimentos, a ansiedade, a tristeza, a alegria, e sensações de prazer e dor.

Segundo o Dicionário de Psicologia de A a Z (2013), o afecto constitui a parte emocional da vida física e da representação mental a que está associada. O afecto e a representação estão relacionados e constituem duas componentes da pulsão ou dos registos através dos quais se dá a conhecer o sujeito.

Assim, através do Dicionário de Psicologia (2001), se percebe uma definição que distingue o afecto da afectividade, sendo que o afecto corresponde a um estado psicológico subjectivo e que se exprime de diversas formas, enquanto a afectividade está ligada às emoções, paixões, sentimentos, ansiedade, tristeza, alegria e sensações de dor e prazer. Por sua vez, o Dicionário de Psicologia de A a Z (2013), se limita à definição de afecto para a parte emocional da vida física e a sua representação mental.

Sendo assim, para as finalidades desta pesquisa, as práticas afectivas devem ser entendidas como as acções que envolvam emoções, sentimentos, paixões e sensações; experimentadas subjectivamente no quotidiano das PVHIV, através da interacção com os demais actores sociais.

2.2.3. Práticas sexuais

Segundo Freud (*apud* Bearzoti, 1993), sexualidade é a energia vital instintiva direcionada para o prazer, passível de variações quantitativas e qualitativas, vinculada à homeostase, à afectividade, às relações sociais, às fases do desenvolvimento da libido infantil, ao erotismo, à genitalidade, à relação sexual, à procriação e à sublimação.

De acordo com a OMS (*apud* Amaral, 2007, p. 3):

a sexualidade é um aspecto central do ser humano durante toda sua vida e abrange o sexo, as identidades e os papéis de género, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade é experimentada e expressada nos pensamentos, nas fantasias, nos desejos, na opinião, nas atitudes, nos valores, nos comportamentos, nas práticas, nos papéis e nos relacionamentos. Embora a sexualidade possa incluir todas estas dimensões, nem todas são sempre experimentadas ou expressadas. A sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, cultural, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais.

Conforme Sprinthal e Collins (*apud* Rodrigues, 2009, p. 5), “a sexualidade engloba as emoções, os comportamentos e as atitudes que estão associadas não apenas ao ser capaz de procriar, mas também aos padrões sociais e pessoais que acompanham as relações físicas íntimas durante a vida do indivíduo”.

Assim sendo, apropriando-se das definições trazidas acima, as práticas sexuais para as finalidades desta pesquisa, devem ser entendidas enquanto todas acções, comportamentos, atitudes e emoções das PVHIV, realizadas por meio da interacção social, em dada relação íntima para o gozo de prazer ou procriação, seja por via do sexo, orientação sexual ou erotismo.

2.2.4. Estigma

Conforme o Dicionário de Sociologia (2002), se inspirando em Goffman, o estigma designa qualquer característica, não necessariamente física ou visível, que não se coaduna com o quadro de expectativas sociais acerca de determinado indivíduo. Através disso, o indivíduo estigmatizado é aquele cuja identidade social real inclui qualquer atributo que frustra as expectativas de normalidade.

Segundo o Dicionário de Psicologia (2001), o estigma se refere ao traço de uma doença, cicatriz de um ferimento, de uma úlcera, que constituem sinais clínicos ou marca corporal que pode acarretar uma percepção discriminante ou mesmo marca simbólica de uma prova iniciática. Em

Psicologia Social, o estigma resulta de uma determinação depreciativa por outrem que participa na construção de uma imagem negativa, desvalorizada e desvalorizante, de um sujeito percebido como diferente.

De acordo com Goffman (2004, p.4), o estigma corresponde à “situação do indivíduo que está inabilitado para a aceitação social plena”. Ainda de acordo com Goffman (2004), o estigma é usado como um atributo depreciativo, podendo este acontecer por influência de três circunstâncias: as abominações ligadas às deformidades do corpo; culpa de carácter individual tal como a percepção de crenças falsas, distúrbio mental, alcoolismo, desemprego e comportamento político radical; e estigmas tribais, de nação e de religião.

Assim sendo, para os fins desta pesquisa, o estigma representa a percepção feita por indivíduos ou grupos pelo facto das PVHIV possuírem uma característica que se considere não coadunar com as expectativas sociais, seja pelo seu sero-estado ou outro motivo a este relacionado, resultando assim na construção de uma imagem negativa, desvalorizante e depreciativa.

2.2.5. Discriminação

De acordo com o Dicionário das Ciências Humanas (2006), a discriminação designa o facto de, na sociedade, certos grupos serem maltratados em relação aos outros.

Conforme o Dicionário de Sociologia (2002), na contemporaneidade, a discriminação tem sido identificada como uma forma utilizada por indivíduos ou grupos para inferiorizar indivíduos ou grupos pertencentes à outra raça, cor, sexo, língua, religião, origem ou opinião política diferente. Traduz-se na exclusão de uma pessoa que apesar dos méritos que possa ter, pertence a determinado grupo excluído ou desvalorizado socialmente. É a ideia de que uma determinada pessoa é de condição inferior como ser humano, pelo simples facto de pertencer a um grupo ou possuir característica considerada inferior.

Em conformidade com o Dicionário de Psicologia (2001), a discriminação é definida como o processo pelo qual um sujeito opera uma distinção entre estímulos ou objectos. O estabelecimento de uma discriminação pressupõe o controlo de respostas discriminativas através de estímulos discriminativos.

Considerando as definições acima apresentadas, para os objectivos da presente pesquisa, a discriminação deve ser entendida como toda acção praticada por indivíduos ou grupos que culmina na exclusão da PVHIV em razão do seu sero-estado ou outro motivo a este relacionado.

2.3.Operacionalização dos conceitos

| Conceito | Dimensão | Indicadores |
|--|----------------|---|
| Prática | Afectiva | Emoções e sentimentos |
| | | Paixão e ansiedade |
| | | Sensações de dor, tristeza e alegria |
| | Sexual | Prazer |
| | | Intimidade |
| | | Sexo |
| | | Orientação sexual |
| | | Erotismo |
| | Discriminação | Na família |
| Interdição de participar em eventos familiares | | |
| Impedimento de tomada de decisão na família | | |
| Na comunidade | | Rejeição da convivência social |
| | | Falta de apoio de amigos, vizinhos e outros |
| | | Proibição de frequentar espaços públicos |
| Estigma | Físico | Manchas na pele |
| | | Emagrecimento |
| | | Doenças |
| | Comportamental | Orientação sexual |
| | | Consumo de álcool e outras drogas |
| | | Crença religiosa diferente |
| | | Opinião política contrária |

Capítulo 3. Metodologia

O presente capítulo é reservado para a exposição dos instrumentos técnicos usados para a realização da actual pesquisa. Em primeira instância apresenta-se o método de abordagem adoptado na pesquisa; em sequência, tem-se a técnica de colecta de dados; em seguida, está a delimitação da amostra de pesquisa; depois aparece a técnica de análise e interpretação de dados; continuamente, estão os princípios éticos; e por último, estão os constrangimentos de pesquisa e os mecanismos de superação.

3.1.Método de abordagem

A pesquisa foi de abordagem metodológica qualitativa. O método qualitativo trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes mais profundas das relações sociais, ou seja, se preocupa com o nível da realidade social que não pode ser quantificado (Minayo, 1994. Richardson, 2008). Assim, esta metodologia foi a mais adequada para a pesquisa por, primeiro, permitir abordar profundamente os significados e comportamentos que as PVHIV empregam no seu quotidiano, e segundo, tornar possível estudar um fenómeno que perde sua essência se representado só numericamente.

Quanto à classificação, a actual pesquisa é de carácter exploratória na medida em que pretende apresentar uma visão geral sobre o fenómeno pesquisado, de modo a fornecer informação mais precisa e hipóteses mais sólidas e operacionalizáveis para as futuras pesquisas (Gil, 2008).

3.2. Técnica de colecta de dados

Para a actual pesquisa, usou-se a entrevista semi-estruturada como técnica de colecta de dados. Pois, partiu-se para o campo com questões pré-formuladas tendo em conta os objectivos da pesquisa, mas também abriu-se espaço para novos assuntos ou questões que as PVHIV consideraram relevantes abordar acerca da vivência das suas práticas afectivas e sexuais em contexto de estigma e discriminação (Gil, 2008. Richardson, 2008).

3.3. Delimitação da amostra

O universo da pesquisa inclui todas as PVHIV da Cidade de Xai-Xai. Porém, a amostra reservou-se exclusivamente às PVHIV do CSMNG. Nessa amostra, trabalhou-se com cerca de 10 PVHIV, maiores de 18 anos de idade, seleccionadas respeitando o equilíbrio de sexo, sendo 5 pessoas do sexo feminino e outras 5 do sexo masculino. Para encontrar estas pessoas, utilizou-se a técnica de amostragem não probabilística por intencionalidade onde seleccionou-se os sujeitos

para a pesquisa considerando a informação que já se tinha deles contando com o apoio dos provedores da US (Gil, 2008. Richardson, 2008).

3.4. Técnica de análise e interpretação de dados

Para os objectivos da presente pesquisa, foi utilizado como técnica de análise e interpretação de dados a análise de conteúdo. Conforme Bardin *apud* Triviños (1987, p. 160), a análise de conteúdo “é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, através de procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam inferir conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens”.

A análise de conteúdo é útil como técnica de análise e interpretação de dados em estudos de motivações, atitudes, valores, crenças e tendências, que nesta pesquisa, envolve as PVHIV (Triviños, 1987). Aliado a isso, a análise de conteúdo serve para a análise de estereótipos sociais, culturais, e de crenças ligadas às práticas afectivas e sexuais das PVHIV (Triviños, 1987. Richardson, 2008).

Desta maneira, para a aplicação desta técnica nesta pesquisa, foi feita uma categorização temática dos dados colhidos em entrevistas, onde fez-se o isolamento dos temas, a extracção das partes que interessam aos objectivos da pesquisa e a análise de acordo com os estudos precedentes e os pressupostos teóricos que norteiam a pesquisa (Richardson, 2008).

3.5. Princípios éticos

Para a concretização da pesquisa, observou-se cinco princípios éticos, nomeadamente: o respeito, o consentimento informado, o anonimato, a sensibilidade e a reciprocidade. Observou-se a aplicação do respeito no curso da pesquisa ao encarar os participantes da pesquisa como seres humanos e não meros objectos. Neste caso, seres que merecem ser tratados com a devida dignidade enquanto humanos e sujeitos que possuem pensamentos, sentimentos, direitos, liberdades e garantias. O consentimento informado na pesquisa foi observado por, primeiro, deixar claro aos entrevistados os objectivos da pesquisa, e segundo, informar que a participação é voluntária. Em coadjuvação com este princípio e suas implicações, também apoiou-se no anonimato, isto é, a omissão dos nomes reais dos entrevistados como forma de proteger a sua identidade. Dessa forma, os sujeitos que participaram da pesquisa são identificados simplesmente como *participantes*, seguido da inicial do sexo (M ou F) e a idade. Apoiou-se na

sensibilidade, onde explicou-se aos entrevistados que não são forçados a responder as questões que acham invadir sua privacidade ou afectar seu estado emocional. Por isso, procedeu-se observando o estado emocional e a disposição física dos mesmos tendo em conta a forma como reagiam os tópicos da entrevista. E por último, cumpriu-se com a reciprocidade na medida em que ambos envolvidos na pesquisa, desde o autor aos participantes, saíram beneficiados, pois, enquanto o autor colhia a informação necessária para os objetivos da pesquisa, os participantes tiveram oportunidade de esclarecer dúvidas, partilhar experiências e expor suas inquietações quanto ao seu estado de saúde.

3.6. Constrangimentos de pesquisa e estratégias de superação

Ao longo da realização desta pesquisa foram, como pode acontecer com qualquer outra pesquisa, detectados alguns constrangimentos. O principal deles esteve ligado com a língua de comunicação, neste caso, o *Xangana*. Sucede que essa é a língua mais falada no local onde se procedeu com a recolha de dados, enquanto o autor da pesquisa não possui domínio proficiente da mesma. Sendo assim, apesar da disponibilidade de PVHIV, tinha que optar-se por aquelas que apresentavam o domínio necessário da comunicação em Português, língua na qual o autor da pesquisa possui domínio proficiente, para a realização das entrevistas.

Aliado ao primeiro constrangimento, no decurso da pesquisa, houve mais disponibilidade de mulheres que de homens. Um dos motivos apontados para o efeito tem a ver com a questão laboral e outros afazeres, que de certa maneira ocupavam os participantes de pesquisa homens. Para ultrapassar esse constrangimento, buscou-se adaptar à disponibilidade apresentada pelos participantes da pesquisa, mesmo que isso incluísse deslocação até sua residência¹, um período longo de espera ou até entrevistas depois do horário normal de expediente.

O último constrangimento esteve relacionado com a dispensa² trimestral dos ARV's à todos pacientes em TARV, com ou sem critérios³, como estratégia adoptada pelo MISAU para fazer face à Covid-19. Isso, de certa forma, implicou maior intervalo de tempo para os pacientes aproximarem aos serviços de saúde, pois, a necessidade de ir mensalmente levantar aos ARV's

¹ Com vista a garantir mais sigilo e confidencialidade do seu sero-estado, o local previamente combinado para as entrevistas era o CSMNG em uma sala disponibilizada pela direção da US, devidamente preparada para o efeito.

² Acto de disponibilizar ou aviar fármacos aos pacientes nos serviços de saúde. Assim, a dispensa trimestral consiste no aviamento ou disponibilidade dos ARV's num período de 3 em 3 meses.

³ Os critérios para ser elegível à dispensa trimestral consistem em estar em TARV ininterrupto há pelos menos 6 meses e ter a carga viral (nível de vírus de HIV no organismo) abaixo de 1000 cópias.

passou para trimestralmente. Este facto conduziu para que a disponibilidade das PVHIV elegíveis para a pesquisa ficasse comprometida, visto que podiam dedicar-se mais aos seus afazeres mesmo que isso incluísse viagens. Assim, para ultrapassar esse constrangimento, trabalhou-se em estreita colaboração com os serviços de saúde onde, tendo sido previamente informados dos critérios de selecção, apoiaram na identificação de PVHIV elegíveis à potenciais participantes da pesquisa.

Capítulo 4. Análise e interpretação de dados

Este capítulo reserva-se para a apresentação dos dados colhidos junto dos participantes da pesquisa, sua análise segundo as constatações das pesquisas anteriores e sua interpretação conforme a teoria adoptada para a leitura dos dados. Para o efeito, num primeiro momento, far-se-á a apresentação dos dados sociodemográficos; seguido da exposição das práticas afectivas e sexuais das PVHIV antes do diagnóstico; indo depois para as práticas afectivas e sexuais das PVHIV depois do diagnóstico; em sequência, trata-se do estigma e discriminação no quotidiano das PVHIV; e por último vem as dúvidas e acréscimos.

4.1. Dados sociodemográficos

Quanto aos dados sociodemográficos, a pesquisa contou com participantes em idades que variam dos 18 aos 44 anos, sendo estas as idades do mais novo e mais velho participantes da pesquisa, respectivamente. No que respeita ao sexo, contou-se com 5 participantes do sexo masculino e igual número do sexo feminino. Sobre o nível de escolaridade, os participantes da pesquisa distribuem-se entre o ensino secundário geral e técnico profissional, sendo que os níveis das extremidades são representados pela 8ª classe não concluída e superior em curso, para o ensino geral; enquanto para o ensino técnico profissional, tem-se o técnico médio concluído. Para a orientação sexual, teve-se a totalidade dos participantes a manifestar-se como heterossexual.

Quando se fala sobre o tempo que se sabe do sero-estado positivo para HIV, Junho de 2010 apareceu como a data mais antiga e Novembro de 2020 figurou como a mais recente. No que tange ao número de parceiros(as) sexuais activos, todos participantes da pesquisa assumiram ter 1. A propósito da religião, 8 participantes da pesquisa professam o cristianismo sendo esta a religião mais dominante, enquanto os restantes dois, 1 professa a religião muçulmana e outro zione, respectivamente. E por último, no que se refere à profissão ou ocupação, têm-se participantes da pesquisa como trabalhadora doméstica, activista em matéria de deficiência, técnico de construção, activista em matéria de saúde, professora, doméstica, estudantes, buscateiro e pescador.

Assim, dos dados sociodemográficos colhidos, chama mais atenção o facto de todos participantes da pesquisa terem a heterossexualidade como orientação sexual e terem assumido ter apenas um(a) parceiro(a) sexual activo. Estes elementos, conjugados com a idéia preconcebida da infecção por HIV ocorrer somente por via sexual, o que leva à associação do HIV com a

promiscuidade, conduzindo ao estigma e discriminação (Tosoli et al, 2012. Oliveira, 2015. RENSIDA, 2013. MISAU, 2015), torna-se deveras oportuno questionar a factibilidade dessa idéia. Ainda, notou-se que todos participantes da pesquisa possuem certo grau de escolaridade. Desse modo, é outra vez oportuno questionar o nível de acesso à informação esclarecida sobre o HIV e sua influência no quotidiano das PVHIV, o que de certa forma, pode ter alguma relação com as idéias preconcebidas da infecção pelo HIV e a ocorrência do estigma e da discriminação.

4.2. Práticas afectivas e sexuais das PVHIV antes do diagnóstico

Este é o subcapítulo reservado para a análise e interpretação de dados virada ao quotidiano das PVHIV através das suas práticas afectivas e sexuais antes do seu diagnóstico positivo ao HIV. Para o efeito, esta actividade foi feita através da categoria ligada ao quotidiano das PVHIV antes do diagnóstico positivo para HIV. Assim, têm-se os seguintes indicadores: a convivência e as práticas das PVHIV antes do diagnóstico; as suspeitas da infecção pelo HIV; e a representação da infecção no quotidiano das PVHIV.

4.2.1. Quotidiano das PVHIV antes do diagnóstico

As PVHIV participantes da pesquisa relataram como era sua vida antes do diagnóstico, as pessoas com as quais mais conviviam e as atividades nas quais mais se envolviam. Destaque vai para o facto das PVHIV terem relatado que tinham uma vida “normal” que podia ser caracterizada por actividades como o trabalho, convivência com a família, parceiros e amigos em diferentes fóruns, incluindo diversão. Para fundamentar, o Participante 8 (M, 24 anos) referiu que: “minha vida antes de 2019 estava sempre bom. Tive uma vida normal. Malta acordar, fazer alimentos, coisas. (...)” Em adição, o Participante 2 (M, 41 anos) acrescentou que: “(...) antes de eu saber que vivo com HIV/SIDA, vivia aquela vida normal (...)”.

Assim, aqui percebe-se a idéia contida nos pressupostos da teoria interpretativa da Etnometodologia sobre a reconstrução contínua da realidade social feita pelos actores sociais aonde estes atribuem um sentido à mesma para a realização das suas acções quotidianas. É deste modo que apesar das PVHIV terem noção da sua infecção, reconstroem a realidade social e atribuem um sentido normalizado do seu passado com intuito virado para a realização prática das suas acções no quotidiano (Berticelli, 1998. Guessser, 2003. Araújo, 2012).

As PVHIV participantes da pesquisa consideraram os sinais físico-corporais como prenúncios de ter o vírus de HIV no organismo; sendo que as suspeitas de infecção vão desde à transfusão de sangue, compartilhamento de objetos cortantes até ao envolvimento íntimo-sexual com parceiro infectado. Para fundamentar, vejam-se os extratos das entrevistas a seguir:

Ya, antes de eu descobrir que eu tinha HIV, eu, todo meu corpo estava cheio de feridas. Tinha feridas por toda parte do corpo. E, lutamos com isto, lutamos com isto e passei a tomar medicamentos tradicionais. E isso não fazia nada. Depois, começamos a andar no hospital. Quando andamos no hospital, da primeira vez viemos aqui mesmo em Marien Ngouabi. Viemos fazer teste de HIV, saiu positivo. – Participante 10 (M, 19 anos).

(. . .) Acredito que a forma de transmissão não foi sexual, não me infectei sexualmente. Foi através do, posso dizer “gilete” né! Porque tive um irmão sero-positivo, porque não sabia. Apenas soube no ano passado (2019). A forma de transmissão foi essa usando “gilete”. Então, a relação com as minhas parceiras, sempre usava camisinha e sempre fazia teste. – Participante 3 (M, 27 anos).

Todavia, existem situações de participantes da pesquisa que não conseguiram descrever como terá sido a infecção, tendo sabido do seu sero-estado quando procuravam por outros serviços na US, tal como descrito nas falas da Participante 6 (F, 28 anos): “bom, nunca se espera de algo não é?! Nunca se espera. Também, difícil pra acreditar. Ai que fiquei grávida. Fui ver o quê? Pré-natal. Ai que eu descobri que eu era um seropositivo. Oh, não fiquei espantada, não. Aceitei fazer o tratamento.” A propósito do mesmo assunto, o Participante 8 (M, 24 anos) falou que: “ehm, vim pra aqui [CSMNG] porque estava incomodado. Então, vim aqui [CSMNG] quando estava um pouco incomodado só pra fazer um atendimento. Então, disseram primeiro tinha que passar da testagem. Então, passei de lá da testagem, fiz meu teste e deu positivo.”

Desse modo, as diferentes formas de se saber do sero-estado indicam, em consequência, as diferentes formas possíveis de infecção pelo vírus do HIV, pelo que, não pode se resumir a infecção ser contraída somente por via sexual. Assim sendo, mesmo que a actual pesquisa tenha um dado adicional, é possível recorrer às constatações da pesquisa de Tosoli et. al. (2012), onde fala-se das formas de transmissão do HIV, destacando a via sexual e a utilização de objetos cortantes e perfurantes no contexto de uso de drogas, enquanto os participantes da actual pesquisa o fizeram no contexto da higiene pessoal. Em acréscimo, a presente pesquisa mostra o facto da infecção também acontecer por via de transfusão de sangue, elemento não contemplado na pesquisa de Tosoli et. al. (2012).

4.3. Práticas afectivas e sexuais das PVHIV depois do diagnóstico

A análise e interpretação de dados deste subcapítulo está reservada para o quotidiano das PVHIV tendo como foco a sua vivência após o diagnóstico positivo para HIV. Neste sentido, foram extraídas três categorias analíticas, designadamente: a revelação do sero-estado; a reação das pessoas que sabem do sero-estado; e o comportamento pós-infecção. A primeira categoria tem como indicadores as pessoas que sabem do sero-estado das PVHIV e quais terão sido as motivações nas quais as PVHIV se basearam para revelar o sero-estado a umas e não a outras pessoas. A segunda categoria trata de como as pessoas à quem as PVHIV confiaram a informação do seu sero-estado reagiram e se terá havido alguma mudança no que tange à maneira como passou a ser a convivência após a revelação do sero-estado. A terceira e última categoria busca debater o comportamento do grupo-alvo da pesquisa após a infecção, neste caso, se a infecção pelo HIV terá produzido alguma mudança comportamental nas próprias PVHIV.

4.3.1. Revelação do sero-estado

Para este ponto de análise, importa dizer que as PVHIV relataram revelar o seu sero-estado para pessoas que integram a sua família, parceiros e amigos. Todavia, percebeu-se que a revelação acontece pelo facto dessas serem as pessoas com as quais há um envolvimento íntimo, coabitação ou que providenciam algum apoio no seguimento do tratamento do vírus de HIV. Também, verificaram-se situações particulares de se revelar o sero-estado aos superiores do trabalho por imperativos laborais. Veja-se o depoimento das entrevistas a seguir:

(...) a primeira pessoa eu a contar, claro porque fui com ela, foi minha irmã mais nova, está na [X]. Está no lar lá. Então, depois dela, como vivia com meu irmão, meu irmão prontos né, eh. . em [X], ele acabou tendo a informação através daqueles médicos porque são amigos dele. Então prontos, minha irmã mais velha quando veio pra cá pra vir me cuidar ficou a (risos), ficou a saber. E prontos, chegou até nos ouvidos da mamã, mas eu também acabei contando. – Participante 4 (F, 32 anos).

Uhm, existem. Existem, o meu diretor de serviços distrital e meu diretor mesmo da escola. Porque passei nesta situação em que tinha que ter um relatório, alguns anos em casa não é fácil, a auferir. Então, tinha que ter alguma justificação. Então, eles sabem. Não meus colegas, mas os meus superiores. Em caso de qualquer coisa, eles já sabem que essa pessoa uhm! – Participante 5 (F, 44 anos).

Contudo, constatou-se haver situações em que as PVHIV preferem não revelar o seu sero-estado para familiares ou parceiros íntimos, mesmo coabitando ou se envolvendo sexualmente com as referidas pessoas. Uma das motivações apontadas para o efeito tem a ver com o receio da

informação ser difundida para várias pessoas ou simplesmente medo de separação ou abandono pelos parceiros, tal como relatado pelo Participante 10 (M, 19 anos) quando questionado sobre o porquê de não ter revelado o sero-estado para a parceira: “tenho medo”. O mesmo participante acrescentou dizendo: “(...) muitas pessoas não gostam mesmo de se juntar com pessoas que estão a fazer tratamento. Isso eu sei!”. Sobre o âmbito familiar, o Participante 8 (M, 24 anos) respondeu que não revelou à família porque: “não querer falar (...) não querer me expor né. É apenas isso!”. A participante 6 (F, 28 anos) acrescentou que:

(...) um dia que eu quis contar pra minha mãe, logo que eu chegar tinha uma fofoca que circulava. Era da família essa fofoca ai. Tá ver?! Então, eu a querer contar, me esbarra uma fofoca (rindo). Eu ah, “senhora, és minha mãe. Desculpa, no momento eu não posso contar nada”. Eu prefiro ficar na minha tá ver?! Porque epah, vi que ela pode vir a não se segurar.

No entanto, constatou-se ainda que entre os participantes da pesquisa, os homens apresentaram-se com mais dificuldades para revelar o seu sero-estado às suas parceiras que as mulheres. Ademais, as mulheres precisaram de usar certas estratégias para informar o seu sero-estado aos parceiros, como solicitar apoio aos provedores dos serviços de saúde. Por outro lado, os homens omitiram seu sero-estado para as suas parceiras, sendo estes os prováveis veículos de infecção para as mesmas. Evidências disso encontram-se no extrato das entrevistas abaixo:

(...) eu não tive coragem de lhe dizer, tipo eu estou nesse estado. Mas, como eu não queria ter segredos com ele, está ver?! Eu fui pro hospital disse [para o namorado]: “heee, vamos lá fazer teste ver nossa situação, nossa saúde como é”. Ele negou pela primeira vez. Mas, depois eu fui conversar com os enfermeiros de lá, explicar o caso, disseram: “está bem, nós havemos de te ajudar”. Então, fizeram de tudo tipo estão a lhe convidar para ir lá no hospital. Então, depois lhe fizeram teste. Disseram que “vocês devem fazer teste porque tua esposa está nessa situação”. Então, fizemos teste. Para mim, deu positivo, para ele deu negativo. – Participante 1 (F, 22 anos).

Agora, quando fui conhecer este recente [em referência ao parceiro actual], sabe às vezes é difícil (risos). É difícil de sentar: “eu tenho isto!”. Eu usei minha estratégia. O que eu fiz?! Eu conversei com ele. Eu disse “temos que sair, temos que ver nossas vidas!”, essas coisas todas. Ele disse: “está bem, não há de quê!”. Porque ele também é um gajo, é uma pessoa que viveu fora também, andou “maningue” em [X], porque ele estudou lá. Então prontos, não sei se é sorte ou azar, ele também já estava dentro [em referência ao fazer TARV pelo parceiro] (risos). – Participante 4 (F, 32 anos).

(...) não informou [em referência ao ex-parceiro]! Prontos, com o tempo eu acabei sabendo. Prontos, incentivada por uma amiga, uma amiga que já é irmã né e prontos, fui já ao hospital porque eu também já

andava com umas alergias, problemas de pele meio esquisitos e prontos fui lá, eu piquei e prontos e fiquei com uma recaída por um tempo, alguns “frungos” e prontos. (...) Tenho uma irmã que está na saúde, me deu muito a perceber que tipo de vida era aquele, que tipo de vida eu devia tomar, que não é um bicho de 7 cabeças, era só cumprir e prontos. E prontos, de lá pra cá, a cumprir e prontos. Fiquei separada porque aquilo trouxe mesmo uma confusão terrível (...). – Participante 5 (F, 44 anos).

Dessa maneira, percebe-se que não há uniformidade das pessoas à quem se informa sobre o sero-estado após a infecção. Ou seja, pode ser a família, parceiros, amigos, colegas ou as pessoas que as PVHIV acharem conveniente revelar. Pois, os relatos acima mostram que avalia-se mais o grau de confiança na pessoa a quem revelar, não estando isso intrínseco que somente por ser família, parceiro ou amigo dá direito “imediato” de saber do sero-estado.

Sobre isso, os dados trazidos pela pesquisa de Tosoli et. al. (2012) apontam que a omissão do diagnóstico aparece como a forma de enfrentamento adotada pelas PVHIV com objetivo principal de autoprotoger-se. Isso, de certo modo, indica a presença de elementos externos de coerção que influenciam para o efeito, onde para o caso da presente pesquisa é o estigma e a discriminação, como principais motivadoras para a omissão do diagnóstico às pessoas próximas. Ainda sobre o mesmo assunto, importante considerar que enquanto os participantes da pesquisa de Sá e Santos (2018), movidos pelo medo de transmitir o vírus de HIV evitavam se envolver afectiva e sexualmente com alguém, e se houvesse envolvimento, optavam por revelar o diagnóstico; para os participantes da actual pesquisa a não revelação chega a afectar até os seus parceiros, pessoas com as quais se segue a vida afectivo e sexual.

Conforme os pressupostos da Etnometodologia, está-se perante um momento em que as PVHIV, enquanto actores sociais não agem como meros “idiotas sociais” que apenas respondem à coerções externas. Pelo contrário, as PVHIV mostram a capacidade de interagir com as normas sociais, aonde as interpretam, modificam e implementam segundo aquilo que definem como os seus interesses (Berticelli, 1998. Guessser, 2003. Araújo, 2012). Isso é notável quando as PVHIV, fazendo recurso à sua capacidade de actores sociais, decidem à quem revelar e não revelar o seu sero-estado, independentemente das referidas pessoas serem família, parceiros ou amigos.

4.3.2. Reação das pessoas que sabem do sero-estado

Para esta categoria analítica é necessário mencionar que a família destacou-se como o meio social que contém maior parte das pessoas que sabem do sero-estado das PVHIV, seguido dos

parceiros e amigos. A família apareceu como a que providencia maior apoio para as PVHIV. O Participante 2 (M, 41 anos) relatou que após informar sua mãe sobre o seu estado serológico, eis que a mesma reagiu nos seguintes moldes: “não fez nada. Só me aconselhou para ir ao hospital. Ela só disse: ‘epah isso é normal, é uma doença que afecta nós todos’”. A seguir encontra-se o depoimento de duas PVHIV sobre a reação das pessoas à quem informaram o seu sero-estado:

Não, não há nenhuma diferença. Acredito muito mais por minha mãe ser médica, ela praticamente convive já com pessoas sero-positivas. Meu irmão, muito mais por ele também ser sero-positivo. Ele facilmente me entende. Então, a minha esposa também por existir uma confiança entre eu e todos. Então, praticamente eles facilmente percebem, me entendem com facilidade né. – Participante 3 (M, 27 anos).

(...) Uhm, mexeu com eles. Mas, prontos, deram apoio (...) aquele carinho. Por acaso, não me senti assim porque deram aquele apoio, aquela força e prontos a vida continuou normalmente, mas com atenção mais para mim até. Tinham que controlar, se eu estou bem, se estou a cumprir, o que está acontecer comigo. Em algum momento virei aquela criança que tinha que ser controlada (risos). Mas, com muito amor, muito carinho. Falar de minha família, epah. - Participante 5 (F, 44 anos).

Dessa forma, percebe-se que ter uma experiência relacionada ao HIV, seja por conviver com pessoas que vivem com o vírus ou possuir o vírus no organismo abre espaço para maior aceitação da informação de outra pessoa ser seropositiva, tal como relatado pelo Participante 3 (M, 27 anos).

No entanto, constatou-se que os parceiros que foram informados pelas suas parceiras em TARV sobre o seu sero-estado reagiram de forma indiferente ou em solidariedade às mesmas, mas nenhuma foi abandonada, expulsa ou violentada. Nisso, a Participante 1 (F, 22 anos) relatou que após seu parceiro tomar conhecimento do seu sero-estado, eis que a sua reação foi a seguinte: “(...) ele se sentiu assim né! Mas, claro, depois ele entendeu. Viu que oh, isso é normal.” Para trazer mais subsídios, a Participante 6 (F, 28 anos) mencionou que: “quando contei pra ele, ele não ficou tão assustado assim. Só disse que ‘epah, se a situação é essa aqui, já sabes o que deves fazer e ponto!’. Ele não quer se meter no assunto, ora de querer saber sei lá o quê!”. Nisso, a Participante 7 (F, 18 anos) contou que: “ conversamos e depois eu disse ‘eu estou a medicar’. Ele disse ‘mentira’. Então eu disse ‘vamos lá no hospital [X] para você acreditar!’. Nós fomos pra lá. Chegamos, fizemos teste (...) Meu parceiro, nem amostrou tipo tava uma coisa séria. Ele sorriu. Disse: ‘vamos fazer teste’ (...)”

Apesar de se ter situações de homens participantes da pesquisa que preferiram omitir o seu estado serológico para as suas parceiras, nota-se que os parceiros das mulheres participantes da pesquisa que souberam do seu sero-estado não reagiram com hostilidade. Mais uma vez, isso leva a perceber que a reação dos parceiros sobre o sero-estado das parceiras não é uniforme, podendo haver apoio, indiferença ou qualquer outra acção.

Essas constatações divergem dos dados trazidos pela pesquisa de Oliveira (2015) em que a infecção pelo HIV deixava explícito que houve traição de um dos parceiros, elemento que denota o preconceito da infecção acontecer exclusivamente pela via sexual. Mesmo que a infecção tenha sido provável em relações estáveis tal como documentado pelas pesquisas de Maúngue (2015) e Andrade e Iriart (2015) e haja omissão do diagnóstico da parte das mulheres para os familiares por temer represálias; diferentemente, as participantes da actual pesquisa optaram por revelar o seu sero-estado aos familiares, parceiros e amigos. Sobre isso, é interessante notar que é a parte dos homens que opta por omitir o diagnóstico aos familiares ou parceiras por medo de serem abandonados ou que a informação saia do seu círculo de convivência, denotando deste modo o receio de estigma e discriminação.

À este respeito, a Etnometodologia apela-nos para a maneira como se materializam as práticas afectivas das PVHIV (Berticelli, 1998. Guessier, 2003. Araújo, 2012). Vê-se que a maneira como são direccionadas as acções das pessoas à quem as PVHIV confiaram o seu sero-estado, um processo que envolve a interação social, leva em conta as emoções e os sentimentos que as mesmas têm umas com as outras. Isso torna-se mais evidente pela reação da família que prestou certo apoio para que as PVHIV continuassem o TARV e os parceiros que, apesar dos casos de indiferença, não reagiram com hostilidade. Assim, pode se dizer que as práticas afectivas das PVHIV, em interação com os demais actores sociais, levam em consideração o laço afectivo existente entre ambos.

4.3.3. Comportamento pós-infecção

Para este momento de análise, as PVHIV que fizeram parte da pesquisa relataram algumas mudanças comportamentais após o conhecimento do seu sero-estado, isso desde à alteração na rotina de trabalho, controle do consumo de bebidas alcoólicas, saídas noturnas e até abstinência sexual por um certo tempo. A Participante 4 (F, 32 anos) mencionou que: “(...) antes de eu saber do meu sero-estado, eu era uma pessoa que gostava muito de sair, gostava muito de ir à

discoteca, frequentar bares, enfim com amigos e tal. Então, desde a minha descoberta, já não fui a mesma. (...) acabei limando essas saídas. Uhm, fiquei um pouco mais caseira. Eh, faço tudo já com limite.” Sobre o mesmo assunto, o Participante 5 (F, 44 anos) acrescentou que: “parei de ir na sala de aulas, passei para a secretaria, a trabalhos mesmo moderados. Mas eish, tudo parou né. A vida passou a ser mais caseira. Ficar em casa. Bebia, mas parei. Parei de beber.” Ainda assim, o Participante 3 (M, 27 anos) da pesquisa disse que:

No início havia uma certa diferença. No início, depois de eu ter conhecimento do meu estado serológico, eu posso dizer que em algum momento fiz abstinência sexual. Em algum momento. Fiz abstinência sexual porque ainda tinha aquilo na cabeça “não”. Embora tinha toda informação, mas eu tinha aquilo na cabeça “não, tem que tomar todo cuidado para não infectar minha parceira porque é sero-negativa”. Então, em algum momento eu fiz abstinência sexual. Depois de um tempo pra cá, quando iniciei [TARV] em 2019, já havia superado todos esses problemas. Já não havia nenhum problema (...).

A mudança comportamental também afectou o uso do preservativo no envolvimento afectivo e sexual das PVHIV com os seus parceiros. Muitos dos participantes disseram que reforçaram o uso do preservativo após conhecimento do sero-estado. Os Participantes 3 (M, 27 anos) e 5 (F, 44 anos) contaram as suas experiências nos seguintes moldes, respectivamente:

(...) Eu e minha esposa usamos o preservativo, apesar de que ela tem o implante, muito mais para evitar gravidezes. Então, é muito mais para evitar uma gravidez indesejada. Neste período que eu estou nessa toma do TARV né, então eu pretendo ter uma supressão viral ou o vírus estar num nível mais baixo para poder ter outro filho. Do momento não, não tenho idéia de ter outro filho. Por isso, uso mais o preservativo e ela também, eu digo a ela para usar o implante.

Com preservativo sempre, com preservativo, passou o preservativo a ser algo muito normal até. Até não sei se posso conseguir um dia sem o preservativo. Sim e prontos. Tens alguém que também não sabes qual é (...) se é. Mas, prontos. Graças a Deus, acho que tenho uma amizade que ela também é uma pessoa que controla. O preservativo é número 1. Então (...) também sempre controlo, não sou muito de (...) comecei mesmo já (...) ya não ser aquela antes. Mas, sempre o preservativo em primeiro lugar, em primeiro lugar (...).

Porém, foram relatados alguns episódios de participantes da pesquisa que disseram não usar ou ter descontinuado o uso do preservativo nas suas práticas afectivas e sexuais. Além da não revelação do sero-estado com medo de uma possível separação ou distanciamento dos parceiros, um dos motivos constatados para o efeito tem a ver simplesmente com o cansaço de manter as práticas sexuais frequentemente usando o preservativo. Evidências disso encontram-se nas falas

da Participante 1 (F, 22 anos) onde disse que: “nos primeiros dias, nos primeiros meses, até que usávamos né. Mas depois eu disse ‘ah, eu já estou cansada de usar.’” O Participante 10 (M, 19 anos) acrescentou nos seguintes termos: “usamos. Mas, não sempre. Medo de engravidar até tenho. Mas, deixar fora. Deixar fora [em alusão ao coito interrompido]!”.

Dessa forma, constata-se que as práticas afectivas e sexuais das PVHIV não possuem uma ocorrência pré-determinada pelo mundo externo. Pois, percebe-se que apesar desses viverem com o vírus de HIV e, implicitamente, ter conhecimento das vias de infecção, ora usam o preservativo, ora não. Nesse sentido, segundo as entrevistas feitas aos participantes da pesquisa, quando se usa o preservativo, pretende-se evitar uma gravidez indesejada, ou proteger a si próprio de uma possível reinfeção⁴, ou outrem da infecção. Contrariamente, quando não se usa o preservativo, alega-se incômodo com o uso frequente ou como consequência da não revelação, praticando assim, ocasionalmente, o coito interrompido.

Para consubstanciar as declarações acima, é importante recordar as constatações da pesquisa de Reis e Gir (2005, 2010), onde se indica que a infecção pelo HIV pode acarretar mudanças comportamentais, com destaque para as estratégias de enfrentamento do risco de transmissão sexual envolvendo o uso sistemático do preservativo e a racionalização da atividade sexual que chega à regras rígidas tal como o uso de dois preservativo levando à abstinência sexual. No entanto, as pesquisas de Reis e Gir (2005, 2010) se limitam na constatação de o uso do preservativo ser motivado pela ideia de proteção do(a) parceiro(a) sero-negativo(o), chegando a representar uma barreira para as práticas sexuais, ao que a presente pesquisa acresce o elemento da confiança relacionado com a revelação do sero-estado que também influencia o uso ou não do preservativo nas práticas sexuais em que as PVHIV podem se envolver.

Virado ao contexto das relações de gênero, Oliveira (2015) diz que o uso do preservativo chega a ser dispensado devido ao significado que envolve desconfiança da fidelidade do(a) parceiro(a), falta de prazer e a sua negociação perante os papéis desiguais de gênero, considerando que é esperado do homem o seu uso ou não, ficando as mulheres submissas à essa decisão. Porém, de acordo com os dados da actual pesquisa, a dispensa do uso do preservativo, nos casos em que assim ocorre, não se mostrou a influência directa dos papéis desiguais de gênero, em que houvesse hegemonia de uma das partes à ponto de ditar “as regras do jogo” sexual.

⁴ Ou superinfecção: corresponde ao processo em que uma PVHIV contrai outro tipo do vírus de HIV.

Em termos teóricos, constata-se que as práticas sexuais das PVHIV acontecem permeadas pela forma como esses autores enxergam, se apropriam e reinterpretam as normas sociais de modo a construir a realidade social (Berticelli, 1998. Guessser, 2003. Araújo, 2012). Pois, apesar das PVHIV estarem cientes da sua condição serológica, registaram-se situações de usarem o preservativo e outros não. Assim, percebe-se que há uma ressignificação das normas sociais de tal forma que as PVHIV enquanto actores sociais agem de acordo com o sentido que atribuem às mesmas, onde isso envolve, por exemplo, a confiança para a revelação do sero-estado. Assim, esse sentido não constitui um dado pré-adquirido no mundo externo, mas resultado da interação que as PVHIV mantêm com os demais actores sociais e a forma como interpretam o mundo.

4.4. “Nós continuamos a ter uma vida normal” - estigma e discriminação nas práticas afectivas e sexuais das PVHIV

A ideia deste subcapítulo é debater o estigma e a discriminação direcionado às PVHIV em resultado do seu estado serológico positivo para HIV da parte das pessoas que têm essa informação; se assim acontece, como lidam com isso; e como isso influencia o seu quotidiano, particularmente as suas práticas afectivas e sexuais. Para dar seguimento à este propósito, constatou-se haver duas categorias analíticas possíveis em resultado dos dados colhidos junto do grupo-alvo da pesquisa, sequencialmente: a normalização do quotidiano depois do diagnóstico; e a mensagem das PVHIV para as pessoas tanto com resultado positivo para HIV, como as com resultado negativo. Na primeira categoria, se discute acerca dos episódios de estigma e discriminação para as PVHIV motivada pelo seu sero-estado da parte das pessoas que assim sabem; a reação das PVHIV à esse episódio; e de que maneira isso influencia as suas práticas afectivas e sexuais. Na segunda categoria, fala-se da mensagem que as PVHIV ora participantes da pesquisa têm para as pessoas em igual estado serológico e as com o estado negativo para HIV, colhendo dessa forma a sensibilidade das PVHIV sobre a vivência com o vírus de HIV.

4.4.1. Normalização do quotidiano depois do diagnóstico

Quanto à esta categoria, a maioria dos participantes resumiu nos seguintes termos sua resposta quando questionados se sentem alguma forma de exclusão ou tratamento pejorativo em razão do seu sero-estado: “não, está tudo bem” – Participante 9 (M, 30 anos). Como a fala demonstra, maior parte dos participantes da pesquisa responderam que não sentem diferença, em termos de tratamento vindo das pessoas que sabem do seu sero-estado que pudesse conduzir ao estigma e

discriminação. Uma das razões evocadas para a resposta tem a ver com o apoio familiar tal como relatado a seguir pela Participante 6 (F, 28 anos):

Não, nunca aconteceu isso [estigma ou discriminação]. Só vejo algumas pessoas que passam por isso. Não sei se é por falta de apoio da família. Porque epah, a família deve ser o primeiro a apoiar. Se a família não apóia, não vai ser uma pessoa de fora que vai apoiar. Primeiro tem que ser a família para uma outra pessoa de fora conseguir apoiar. Se a família logo, ah sei lá quê quê, te chama de nomes, “epah vai ficar ali se não vai nos contaminar!”[-fala indicativa de estigma e discriminação]. Assim, não fica bem. Aquilo é uma coisa que acontece, ninguém quer ter.

Todavia, constatou-se uma situação de estigma e discriminação perpetrado pelo membro da família a uma das participantes da pesquisa. De acordo com as declarações da referida participante, o seu irmão tem feito brincadeiras desagradáveis em alusão ao seu sero-estado, mais ainda nos convívios familiares e quando está alcoolizado. Conforme a participante, essa situação acontece da seguinte maneira:

(...) o falar acho que é do tipo as pessoas comentarem né: “dizem que ela não está bem”, essas coisinhas todas e isso acaba chegando né! Então prontos, mas continuei normalmente. Continuei normalmente (...). Talvez eu senti isso com um irmão meu. O próprio irmão (...). Aí senti qualquer coisa, mas a sociedade no geral e colegas eu não senti. Mas, tenho um irmão que até falava assim no meio “porque é isso assado e cozido!”. – Participante 5 (F, 44 anos).

Quando questionada sobre como tem gerido a situação, a mesma comentou que ainda não chegou a confrontar o irmão de modo a exigir respeito pelo seu estado serológico, tendo se limitado a olhar e desabafar com outra irmã de confiança e conversa com a mãe. Nas suas próprias palavras, a Participante 5 (F, 44 anos) relatou que: “eu só olho pra ele, olho pra ele. (...) às vezes conto a outra minha irmã de confiança. E prontos, só para desabafar. Mas, eu nunca senti com ele dizer que: ‘epah, eu não gosto disso, o quê’. Eu deixo ele à vontade. (...) já senti com minha mãe. Uhm, já senti com minha mãe”.

Nesta ordem de idéias, ao perceber que maior parte dos participantes da pesquisa não tinham histórias próprias a partilhar, procurou-se saber se os mesmos acompanhavam histórias de outras pessoas dentro do seu círculo de convivência que passavam por situações de estigma e discriminação. Assim sendo, os participantes da pesquisa apontaram acompanhar episódios de algumas pessoas na sua vizinhança, ou que já se sabia viverem com o vírus de HIV, ou que demonstravam sinais físico-corporais que levaram à dedução de serem provocados pelo vírus do HIV não tratado. Sobre isso, o Participante 10 (M, 19 anos) contou o seguinte: “são aquelas [pessoas] que não estão a seguir com o tratamento [TARV]. Ya, são essas pessoas que não estão

seguir o tratamento e a comunidade começa a falar mal. Sobre o mesmo assunto, o Participante 3 (M, 27 anos) acrescentou o seguinte:

(...) Só comentários né, mas discriminação, discriminação não. As pessoas de vez em quando comentam, mas não deixam de ter amizade com essas pessoas. As pessoas comentam: “não, pessoa X é sero-positivo”, essas coisas. Mas, nunca deixou-se de ter amizade com essas pessoas (...) eu acredito que os comentários né, eles nem chegam a ter conhecimento desses comentários porque esses comentários são feitos sem as pessoas estarem presentes ou são feitos entre pessoas que sabem que “aqui só vamos comentar entre nós e daqui esse assunto morre aqui mesmo, não vai para mais além”.

Conforme os depoimentos acima, nota-se que os episódios de estigma e discriminação ou um tratamento diferenciado que levasse a concluir se tratar de estigma e discriminação, perpetrado pelas pessoas com conhecimento do estado serológico das PVHIV, não foi verificado em todos participantes ou mais que a metade. Dessa forma, isso não quer necessariamente dizer que as PVHIV não passam por momentos de estigma ou discriminação. Pois, os casos isolados e de outras pessoas mostram que o estigma e a discriminação existem no quotidiano das PVHIV, mesmo que não os afecte activamente.

Assim, o que se percebe é certa pré-disposição que as PVHIV incorporam para fazer face, mesmo que implicitamente, ao estigma e discriminação a partir do momento que tomam conhecimento que isso pode lhes ocorrer. Visto que as PVHIV carregam consigo o vírus de HIV que pode ser considerado como uma característica ou marca que não se ajusta às expectativas sociais, facto que pode conduzir à exclusão, afastamento ou separação dos demais; estas já partem preparadas para fazer face à situação, mesmo que provável ou indirecta. Isso acontece através da “normalização” que as PVHIV atribuem à sua infecção, não vendo a mesma como elemento limitante, inferiorizante ou excludente. Daí a percepção de uma vida “normal”. Neste sentido, é útil considerar o carácter de actores sociais que as PVHIV assumem perante a sociedade por viverem com o vírus de HIV mesmo diante dos preconceitos a isso atrelado.

Conforme os pressupostos teóricos usados na actual pesquisa, torna-se oportuno recordar o pressuposto da Etnometodologia que advoga que os indivíduos não são simples “idiotas sociais” que reagem quase que instintivamente ao que está previamente definido no mundo externo. Pelo contrário, os mesmos são actores sociais com capacidade de ajustar e modificar as normas sociais de acordo com os seus interesses em situações concretas de acção no quotidiano (Berticelli, 1998. Guessier, 2003. Araújo, 2012). Neste caso, as PVHIV conseguem não somente interiorizar as normas sociais ou idéias preconcebidas sobre a infecção pelo HIV, como de estar

em constante e recorrente diálogo com as mesmas, sendo assim actores sociais com capacidade de as ajustar e modificar em função dos seus interesses e objetivos no seu quotidiano.

4.4.2. Mensagem para os outros

Neste ponto, as PVHIV participantes da pesquisa deixaram ficar como mensagem para outras PVHIV o encorajamento para continuar o TARV na medida em que ser HIV positivo não implica o fim da vida. Porém, as PVHIV informaram que o TARV, em algum momento, pode acarretar mudanças na rotina ou estilo de vida, facto que faz voltar à “normalização” da infecção uma vez que essa alteração no quotidiano das PVHIV é encarada de forma “normal”. Para as pessoas com sero-estado negativo, as PVHIV participantes da pesquisa apelaram ao reforço da prevenção e ao teste serológico sempre que possível como um mecanismo de conhecer o seu sero-estado e dissipar qualquer dúvida. Neste desiderato, pode se acompanhar o depoimento dos participantes da pesquisa sobre o assunto em referência no trecho das entrevistas abaixo:

Bom, vou começar com os que não estão a fazer o TARV. Se não estão a fazer o TARV que continuem nesse caminho né. Que continuem se protegendo. Como dizia, os métodos de proteção não é somente usar a camisinha. Não é somente por transmissão sexual que se pode ter o HIV. Então, há uma necessidade de olharmos para todas formas de transmissão de HIV né! E ver essas formas e fazer de tudo, né. Para não ignorar essas formas de transmissão de HIV. (. . .) Porque de um certo modo, estar infectado limita, tem um certo limite, te limita um bocado. Você tem que saber que quando sai tem que saber que não, “tem que ter hora para voltar para tomar o medicamento”. (. . .). Então, muito mais por essa parte aí, temos que continuar mesmo se protegendo e fazer de tudo para não entrar nessa estatística de pessoas infectadas. Então, aos que não estão a fazer o TARV, epah força. O HIV não é fim do mundo né. Nós continuamos a ter uma vida normal, normal. Embora, tenha essa parte de limitação na toma só do medicamento né. Mas, ah um comprimido por dia, não é grande coisa. Há pessoas que não tem o HIV, mas tem uma saúde mais debilitada em relação à pessoa que tem o HIV. Então, é de dar muita força à pessoa que está seguindo o TARV e que continuem assim e façam de tudo para atingir a supressão viral. – Participante 3 (M, 27 anos).

Uhm, para aquelas pessoas que estão a fazer o TARV, eu diria para elas né: muita força, que não desistam e prestarem atenção, muita atenção nas datas de levantamento. Mas, também a toma já diz. Se são 30 é que são 30 dias. A pessoa sabe de que epah, aqui só fiquei com dois, fiquei com um, amanhã tem que ir buscar mais. A pessoa tem que medicar, comer. Porque também medicar sem comer, eish. Já pode provocar outras coisas (risos). A pessoa não deve se sentir indiferente porque está naquela situação. Não! A pessoa tem que se sentir uma pessoa normal, como já era. Prontos. O que muda apenas é o estilo de vida, mas a vida continua. – Participante 4 (F, 32 anos).

Para aquelas pessoas que estão a fazer tratamento, continuarem né, a seguir com o tratamento. Eu mesmo sou exemplo de pessoa. Já estou há 10 anos né! Em TARV. Estou aqui! Tem gente que ignorou medicamentos e prontos, alimentação e já não estão no mundo dos vivos, tenho amigas, colegas. Por isso, continuar vale a pena, então para os que ainda não conhecem o seu sero-estado, seria bom que fossem à qualquer unidade sanitária e fazer o teste e saber viver positivamente e negativamente. Isso é bom. Eu acho que viver sabendo, sabe controlar o seu estado e a forma de viver. Então tenho mesmo a aconselhar que vale a pena viver né. Vale a pena o tratamento e prontos. Mas, vale a pena mesmo. Estou aqui. Com muito orgulho, com mais projectos de vida, é claro que parei um pouco porque aquela coisa: “será que posso? Será que chego até lá?”. Mas, prontos há muita gente que chegou até lá, tanta gente que a gente conhece. Eu mesma tenho fé que vou chegar até lá. Se não fossem as recaídas, também estaria longe. Isso me atrasou muito, mas vale a pena mesmo. – Participante 5 (F, 44 anos).

Assim sendo, conforme as declarações acima dos participantes da pesquisa, percebe-se que o facto de ser HIV positivo não conduz à intenção de deliberadamente infectar outras pessoas. Pelo contrário, nota-se nas PVHIV a consciência da sua condição, o envolvimento com os cuidados de saúde que o HIV acarreta e a preocupação com a prevenção das pessoas com sero-estado diferente. Ainda assim, nota-se o que anteriormente havia sido dito sobre a “normalização” da infecção que é feita pelas PVHIV no seu quotidiano. Isso torna-se mais evidente quando os participantes da pesquisa fazem recurso à expressões como “o HIV não é fim do mundo”; “a pessoa tem que se sentir uma pessoa normal, como já era”; e “vale a pena viver”. Essas expressões servem para mostrar que apesar das mudanças no estilo de vida pessoal que a infecção pelo HIV possa exigir, as PVHIV infectadas nutrem esperança da possibilidade de uma vida “normal”, no sentido da infecção não significar o fim da vida.

De certa maneira, esses elementos estão relacionados com a idéia da reconstrução interpretativa que os actores sociais fazem da realidade social, dialogando com a mesma repetidamente e atribuindo-a um sentido de modo a nortear suas acções no quotidiano (Berticelli, 1998. Guessier, 2003. Araújo, 2012). É, basicamente, aquilo que as PVHIV fazem. Depois da infecção, as PVHIV são capazes de reconstruir a sua realidade social, seguindo com o TARV mesmo que isso envolva ajustes no seu estilo de vida; e atribuem um sentido “normalizado” à realidade de maneira a justificar suas acções no quotidiano.

4.5. Dúvidas e acréscimos

No fim da entrevista, perguntou-se aos participantes da pesquisa se tinham alguma dúvida ou acréscimo em resultado da conversa havida. Sobre as dúvidas, maior parte das respostas foram

segundo as falas do Participante 8 (M, 24 anos), designadamente: “não, para mim está tudo esclarecido!”. Em outras palavras, não se registou dúvidas directas sobre o tema de pesquisa. Sobre os acréscimos, foram colocadas questões acerca do funcionamento da US, particularmente os serviços oferecidos às PVHIV. Os participantes da pesquisa solicitaram mais flexibilidade na dispensa dos anti-retrovirais e maior discricção no atendimento na farmácia. Pode se ver isso relatado nas falas abaixo da Participante 4 (F, 32 anos) e 6 (F, 28 anos), respectivamente:

O que está a acontecer, por exemplo, no meu caso, eu estava na dispensa trimestral né. (...) Então, segundo a médica, diz que a linha que eu estou a seguir, eles não estão a dar de três em três [meses]. Até primeiramente ela tinha dito ah, depois de, como já fizeste exames né. Depois de saírem resultados aí sim, depois vais entrar (...) com resultados!

(...) o que eu gostaria que acontecesse porque duvido que aqui em Moçambique isso possa vir a acontecer porque noutros países podem trabalhar de uma outra forma diferente. Porquê?! Seropositivo posso dizer que é uma coisa íntima. Não devia ser uma coisa exposta. Tipo por exemplo quando chega aquelas datas de ir adquirir os medicamentos, ficamos bem aglomerados num sítio enquanto somos, epah. As pessoas se descobrem ali mesmo que aquele ali é isto, é isto. Por mim, não devia ser assim. Isso é uma coisa íntima. Devia ser de uma outra forma. Tá ver agora, os medicamentos se adquirem na farmácia. (...) Por mim, essa parte devia melhorar. Nos preservar pelo menos. (...) Alguém chegou, entrou. Saiu de lá dentro com coisas dele e vai embora. Por mim, devia ser assim. (...) Outros abandonam por causa disso, porque não há preservação.

Todas questões foram anotadas e encaminhadas aos responsáveis do CSMNG, onde todos participantes da pesquisa fazem o seguimento do seu TARV, ao que a equipe directiva acolheu e comprometeu-se a avaliar e agir dentro das suas possibilidades para a melhoria contínua dos serviços prestados aos utentes. Apesar de não impedir o seguimento do TARV, a inquietação que os participantes de pesquisa demonstraram, sobretudo com a exposição na prestação de serviços de saúde à si direccionados, denota a preocupação que estes têm de quem deve e quem não deve saber do seu sero-estado. Até certo ponto, essa preocupação surge motivada pela maneira inimaginável de agir das pessoas fora do círculo de convivência com as PVHIV depois de saberem do seu sero-estado, o que pode vir a abrir espaço para estigma ou discriminação.

Ainda assim, na parte dos acréscimos, uma das Participantes da pesquisa partilhou a experiência de ter concebido um filho depois do diagnóstico positivo para HIV. Para a mesma, foi uma experiência única, mais ainda pelo facto do filho ter nascido de pais vivendo com HIV, porém, livre do vírus de HIV. A participante revelou a experiência nos seguintes termos:

Tem uma coisa que acho que devia estar encaixada lá no meio lá, não na conclusão. Apareceu depois. Eu fiquei separada por um tempo. Mas depois disso, conheço alguém com o mesmo estado. E, decidimos fazer um filho. Está lá um menino dos 6 anos. 6 anitos. Fruto de pais positivos. (...) Prontos, está lá o menino. O menino saiu bem. Festejamos no último exame. O anúncio dele saiu negativo. Um menino saudável. Tive problemas eu após o parto. Tive uma recaída. Mas depois consegui levantar. (...). Mas, eu tenho um menino. É o mais novinho (...), saudável, alegre, amigo. Aconteceu nesta situação. É claro que eu depois tive aquela recaída. Eu mesma senti, eu mesma sei dizer que “hiii não, é porque foi diferente”. Os meninos que eu fiz antes e fiz depois eu senti uma diferença. Ya, eu senti uma diferença. Algo mudou em mim, algo mudou. Mas, eu cumpria. – Participante 5 (F, 44 anos).

Essa experiência faz eco à constatação dita anteriormente que apesar das PVHIV viverem com o vírus de HIV, não tem intenção deliberada de transmitir o vírus para outras pessoas. Por causa disso, por exemplo, a Participante que partilhou a experiência acima, tomou os cuidados necessários para proteger a criança do vírus, onde nas suas próprias palavras o filho: “(...) é uma conquista, é uma vitória. E cumpri mesmo. Eu mediquei. Cumpri mesmo. Porque eu não queria que essa criança tivesse aquela culpa de ‘meus pais fizeram porque sabiam’”. Essa experiência traz à baila as constatações de Oliveira (2015) em que a revelação do sero-estado ao parceiro, tendo este ou não HIV, influencia para a construção de relacionamentos mais satisfatórios.

Ainda assim, essa experiência indica o carácter de actor social das PVHIV e o diálogo que fazem com a realidade social (Berticelli, 1998. Guessier, 2003. Araújo, 2012). Aqui, está-se perante uma situação quase que impensada de conceber um filho livre de HIV sendo que os progenitores são seropositivos. Assim, a participante junto com seu parceiro acreditaram nessa possibilidade, seguiram com as recomendações dos serviços de saúde e conseguiram alcançar o seu intento, sua “vitória” neste caso. Portanto, percebe-se que a reconstrução da realidade social pelas PVHIV alicerçada na “normalização” da infecção surge como elemento central na forma como os participantes da pesquisa vivenciam suas práticas afectivas e sexuais, e ressignificam as normas sociais com intuito de justificar suas acções no quotidiano.

Considerações finais

Chegado ao momento culminar da pesquisa, é importante recordar que a mesma surgiu baseada no pressuposto segundo o qual as práticas afectivas e sexuais das PVHIV não possuem uma ocorrência predefinida pelo estigma e pela discriminação, pelo contrário, as PVHIV são actores sociais com capacidade de ressignificar as normas sociais, de fazer escolhas e tomar decisões de acordo com os seus objectivos e interesses, atribuindo assim um sentido à realidade social para justificar as suas acções no quotidiano. Para o efeito, definiu-se a seguinte hipótese: as práticas afectivas e sexuais das PVHIV ocorrem norteadas pela capacidade de actores sociais que estas assumem no quotidiano; ao dialogar com as normas sociais, fazer escolhas e tomar decisões de acordo com os seus objectivos e interesses; e ao atribuir um sentido à realidade social para justificar as suas acções no quotidiano.

Em termos metodológicos, apoiou-se no método de abordagem qualitativo. Seguiu-se com a entrevista semi-estruturada como técnica de colecta de dados e a técnica de análise de conteúdo para a análise e interpretação dos dados colhidos na pesquisa, observando sempre os princípios éticos baseados no respeito, consentimento informado, anonimato, sensibilidade e reciprocidade.

Quanto à teoria, adoptou-se a Etnometodologia defendida por Garfinkel onde advoga que o indivíduo não é um “idiota social” que apenas age segundo as normas sociais previamente definidas, pelo contrário, estes assumem a postura de actores sociais, com capacidade de interpretar, ajustar e modificar as normas sociais de acordo com os seus interesses e objetivos. Nesse processo de diálogo com o mundo externo, interessa à Etnometodologia os procedimentos utilizados pelos actores sociais para dar sentido ao seu quotidiano e dessa forma justificar as suas acções (Berticelli, 1998. Guessier, 2003. Araújo, 2012). Assim, assumiu-se que as PVHIV não são pacatos “idiotas sociais” que agem só segundo as normas sociais previamente determinadas, mas incorporam a postura de actores sociais com capacidade de as ressignificar conforme os seus interesses e objetivos, atribuindo um sentido à realidade social de modo a orientar as suas acções.

Em termos de resultados da pesquisa, quanto às práticas afectivas e sexuais das PVHIV antes do diagnóstico, constatou-se que as PVHIV atribuem um sentido “normalizado” ao seu passado e as vias de infecção foram desde à transfusão de sangue, compartilhamento de objetos cortantes de higiene pessoal até ao envolvimento íntimo-sexual com parceiro infectado.

No que respeita às práticas afectivas e sexuais das PVHIV depois do diagnóstico, as PVHIV revelaram o seu sero-estado à família, parceiros, amigos e, excepcionalmente, à superiores do trabalho por imperativos laborais. No entanto, o receio da informação chegar à várias pessoas e o medo de reacção adversa dos parceiros aparecem como limitantes para a não revelação do sero-estado em algumas situações. Constatou-se que os homens apresentaram mais dificuldades para revelar o seu sero-estado que as mulheres. Percebeu-se que as PVHIV avaliam o grau de confiança existente entre si e as demais pessoas para decidir se vale a pena revelar ou não o sero-estado, não sendo possível dizer que simplesmente por ser família, parceiro ou amigo dá direito “imediato” de saber do sero-estado. Ademais, essa avaliação pode ser entendida como uma estratégia das PVHIV protegerem-se do estigma e da discriminação.

A família destacou-se por conter maior parte das pessoas que sabem do sero-estado das PVHIV, seguido dos parceiros e amigos. Relacionado à isso, a família apareceu como a que providencia maior apoio para as PVHIV. Os parceiros informados pelas parceiras em TARV do seu sero-estado reagiram de forma indiferente ou em solidariedade às mesmas, mas não se registou situações de abandono, expulsão ou violação. Assim, nota-se que o facto dos participantes de pesquisa, em algumas circunstâncias, optarem por omitir o seu sero-estado por medo de reacção adversa é prenúncio de estigma e discriminação, mesmo que latente ou manifesto.

As PVHIV participantes da pesquisa relataram algumas mudanças comportamentais após conhecimento do seu sero-estado, especialmente na rotina de trabalho, no consumo de bebidas alcoólicas, saídas noturnas e até abstinência sexual por certo período de tempo. De forma geral, o uso do preservativo foi reforçado após conhecimento do sero-estado. Todavia, foram registados episódios de não se usar ou descontinuar o uso, devido à não revelação do sero-estado e o cansaço do uso frequente.

No que tange à discriminação e estigma nas práticas afectivas e sexuais das PVHIV, maior parte dos participantes da pesquisa respondeu que não sente diferença em termos de tratamento que pudesse ser entendido como estigma e discriminação vinda das pessoas que sabem do seu sero-estado. As PVHIV que fizeram parte da pesquisa deixaram ficar como mensagem para outras pessoas em TARV o encorajamento para continuar o TARV na medida em que ser HIV positivo não implica o fim da vida, apesar de o TARV implicar mudanças no estilo de vida. Este elemento conduz à normalização da infecção feita pelas PVHIV, uma vez que a alteração no

quotidiano é vista de forma “normal”. Para as pessoas com sero-estado negativo, a mensagem foi de reforçar a prevenção e o teste sempre que possível para dissipar qualquer dúvida.

Portanto, confirma-se a hipótese segundo a qual as práticas afectivas e sexuais das PVHIV ocorrem norteadas pela capacidade de actores sociais que estas assumem; ao dialogar com as normas sociais, fazer escolhas e tomar decisões de acordo com os seus objectivos e interesses; e ao atribuir um sentido à realidade social para justificar as suas acções no quotidiano. Afirma-se isso por notar-se que as PVHIV ressignificam as normas sociais a partir do diálogo que efectuam com as mesmas, atribuindo assim um sentido “normalizado” à infecção pelo HIV com a finalidade de direccionar as suas acções “normais” no quotidiano. Dessa forma, a ideia do “normal” evidencia o carácter de actor social que as PVHIV incorporam ao reconstruir a noção de infecção num contexto em que a mesma é associada à promiscuidade que abre espaço para o estigma e a discriminação, mesmo que provável ou indirecta. Desde o conhecimento do diagnóstico, à sua revelação, à reação das pessoas que sabem do sero-estado, às mudanças comportamentais, e à interação com as demais pessoas, evidencia-se a “normalização” que as PVHIV atribuem à infecção. Pois, percebe-se certa pré-disposição que as PVHIV têm para lidar com o estigma ou discriminação, mesmo que seja implícito, daí a “normalização” da infecção. Então, todo o processo de ressignificação que dá voz à “normalização” faz perceber que as PVHIV são actores sociais com capacidade de dialogar com as normas sociais, ajustando-as e modificando-as segundo os seus interesses, mesmo em contexto de estigma e discriminação.

Visto que esta pesquisa foi orientada segundo o método de abordagem qualitativo e é de carácter exploratória, fazendo com que as suas conclusões sejam prováveis e contextuais, deixa-se como sugestão para futuras pesquisas os seguintes temas: o estudo das práticas afectivas e sexuais em parceiros sero-discordantes; as fontes de informação através da qual as PVHIV constroem o seu conhecimento sobre o HIV; e a experiência de maternidade nas PVHIV.

Referências bibliográficas

Livros, artigos e dicionários científicos

Amaral, Lúcia do Amaral. **Sexualidade**. In: Psicologia da Educação. Natal, RN: EDUFERN, 2007

Andrade, Rosário Gregório. Iriart, Jorge Alberto Bernstein. **Estigma e discriminação: experiências de mulheres HIV positivo nos bairros populares de Maputo**. In: Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro. Vol. 31. Nr. 3. 2015

Araújo, Paulo Magalhães. **Etnometodologia: Consciência, Linguagem e o Fenómeno da Vida Cotidiana**. In: Revista Electrónica de Ciências Sociais. UFES. Vol. 1. No. 11. 2012.

Bearzoti, Paulo. **Sexualidade: Um Conceito Psicanalítico Freudiano**. Campinas. 1993

Berticelli, Ireno Antônio. **Etnometodologia – Um Estudo Introdutório**. In: Revista Pedagógica. 1998

Charron, Camilo. Dumet, Nathalie. Guéguen, Nicolas. Lieury, Alain. Rusinek, Stéphane. **Dicionário de Psicologia de A a Z**. Escolar Editora. Lisboa, 2013.

Doron, Roland. PAROT, Françoise. **Dicionário de Psicologia**. Climepsi Editores. Lisboa: 2001

Dortier, Jean-François (coord). **Dicionário das Ciências Humanas**. Climepsi Editores. Lisboa: 2006

Figueiredo, Carlos. **Etnometodologia**. In: Laboratório Virtual de Etnometodologia. 2009.

Gil, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. Editora Atlas. São Paulo: 2008

Goffman, Erving. **Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada**. 4. ed. 2004

Guesser, Adalto. **A Etnometodologia e a Análise da Conversação e da Fala**. In: Revista Electrónica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC. Vol. 1. No. 1. 2003. pp. 149-168

Lakatos, Eva Maria. Marconi, Marina de Andrade. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5. ed. Editora Atlas. São Paulo, 2003

Maia, Rui Leandro (Coord.). **Dicionário de Sociologia**. Porto Editora, 2002.

Maúngue, Hélio Bento. **A face feminina do HIV e SIDA: um estudo sobre as experiências de mulheres infectadas pelo HIV na cidade de Maputo, Moçambique.** Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2015.

Macamo, Elísio. **A Leitura Sociológica: Um Manual Introdutório.** Maputo. Imprensa Universitária, 2004.

Macamo, Elísio. Huo, Teles. **Como Aprender a Estudar. Maputo.** Universidade Eduardo Mondlane: Imprensa Universitária, 2005.

Minayo, Maria Cecília de Souza et al. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** Editora Vozes. Petrópolis, Rio de Janeiro, 1994.

Oliveira, Samir Adamoglu. Montenegro, Ludmila Meyer. **Etnometodologia: Desvelando a Alquimia da Vivência Cotidiana.** In: Cadernos EBAPE.BR. Vol. 10. No. 1. 2012

Oliveira, Talita Vendrame. **As relações afectivas-sexuais das pessoas que vivem com HIV/AIDS.** Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. São Paulo. 2015

Reis, Renata Karina. Gir, Elucir. **Convivendo com a diferença: o impacto da sorodiscordância na vida afectivo-sexual de portadores do HIV/AIDS.** Revista de Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo. Vol. 44. Nr 3. 2010

Reis, Renata Karina. Gir, Elucir. **Dificuldades enfrentadas pelos parceiros sorodiscordantes ao HIV na manutenção do sexo seguro.** In: Revista Latino-Americana de Enfermagem. Vol. 13. No 1. 2005. pp. 32-37

Richardson, Roberto Jarry. **Pesquisa Social – Métodos e Técnicas.** 3.ed. Editora Atlas. São Paulo, 2008

Rodrigues, Ana Maria Esteves. **Os Jovens e a Sexualidade: Uma Visão Construcionista.** Universidade Fernando Pessoa – Faculdade das Ciências Sociais e Humanas. Porto, 2009

Sá, Amanda Araújo Malta de. Santos, Cristina Vianna Moreira dos. **A vivência da sexualidade de pessoas que vivem com HIV/Aids.** In: Psicologia: Ciência e Profissão. V. 38. No 4. 2018

Tosoli Gomes, Antonio Marcos; de Oliveira, Denize Cristina; dos Santos, Érick Igor; Camargo do Espírito Santo, Caren; Gomes Valois, Bruno Rafael; Munhen de Pontes, Ana Paula. **As facetas do convívio com o HIV: formas de relações sociais e representações sociais da AIDS**

para pessoas soropositivas hospitalizadas. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, vol. 16, núm. 1, Março, 2012, pp. 111-120

Tibúrcio, Alberto Saraiva. Salles, Roberto S. Passos, Felipe, DL. **Superinfecção pelo HIV-1: Uma Breve Revisão de Literatura.** DST – J bras. Doenças Sexualmente Transmissíveis. 2010.

Triviños, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: A Pesquisa Qualitativa em Educação.** Editora Atlas. São Paulo, 1987.

Documentos oficiais

Índice de Estigma de Pessoas Vivendo com HIV/SIDA em Moçambique. 2013.

Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA (IMASIDA), 2015

Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informações sobre o HIV e SIDA em Moçambique (INSIDA), 2009

Relatório Semestral das Actividades Relacionadas ao HIV ou SIDA. 2018.

Associação para o Planeamento da Família. **Se tem perguntas, nós temos resposta.** s/d

Dispositivos legais

Lei 19/2014 de 27 de Agosto de Protecção da Pessoa, Trabalhador e Candidato a Emprego Vivendo com HIV

Anexos

I. Guião de entrevistas

a) Dados sociodemográficos

1. Idade:
2. Sexo:
3. Nível de escolaridade:
4. Orientação sexual:
5. Tempo que sabe do sero-estado:
6. Número de parceiros sexuais activos:
7. Religião:
8. Profissão/ocupação:

b) Práticas afectivas e sexuais antes de saber do diagnóstico de HIV

1. Como era sua vida afectiva e sexual antes de saber que vive com o HIV?
2. Quais as coisas que mais fazia na sua vida afectiva e sexual?
3. Com quais pessoas você se relacionava?

c) Práticas afectivas e sexuais depois de saber do diagnóstico de HIV

1. Pode me dizer se informou algumas pessoas sobre o seu sero-estado?
 - 1.1. Como essas pessoas reagiram?
2. Sente alguma diferença da sua vida sexual depois de saber do seu sero-estado? Explique
 - 2.1. Se sim, em que aspecto de concreto você sente a diferença?
 - 2.2. Como tem gerido essa diferença?

d) Discriminação e estigma nas práticas afectivas e sexuais

1. Tem sentido, na própria experiência ou de outras pessoas em TARV, alguma forma de exclusão ou atributo de nomes pejorativos em função do seu sero-estado?
 - 1.1. Se sim, pode explicar em que sentido exactamente?
 - 1.2. Como, você ou outras pessoas em TARV, lidam com essa situação?
2. Qual é a mensagem que você tem a deixar para as pessoas que estão a fazer tratamento e as pessoas que não estão a fazer?
3. Há alguma coisa que você quer saber ou quer dizer que ficou de fora durante a nossa conversa?

II. Termo de Consentimento Informado

Eu, _____, de nacionalidade _____, de _____ anos de idade, estado civil _____, declaro por meio deste termo, que concordei em participar na pesquisa intitulada **práticas afectivas e sexuais das pessoas vivendo com HIV**.

Fui informado(a), ainda, que a pesquisa é supervisionada por Baltazar Muianga e realizada por António Gundana, a quem poderei contactar para fins relacionados com a mesma, a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº +258 879484590 ou e-mail gundanajr@gmail.com.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer encargo e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) dos objectivos estritamente académicos do estudo, que, em linhas gerais é *compreender como são as práticas afectivas e sexuais das pessoas vivendo com HIV*.

Fui também esclarecido(a) de que o uso das informações por mim oferecidas é de acordo com as normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Universidade Eduardo Mondlane – Faculdade de Letras e Ciências Sociais - Departamento de Sociologia.

Minha colaboração se fará de forma anónima, por meio de entrevista semiestruturada, a ser gravada a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados colectados se farão apenas pelo pesquisador e/ou seu supervisor.

Fui ainda informado(a) que posso me retirar da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos. Assim, atesto o recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Informado como prova da minha livre participação na pesquisa.

Xai-Xai, ____ de _____ de _____

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____