

Artículo Original

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

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

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

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

Pedro Araújo Vázquez⁴ 
Stella Manhiça Langa⁵ 
Larissa Polejack⁶ 

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

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

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

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

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

RESUMO | OBJETIVO: No mundo, cerca de 16 milhões de mulheres vivem com HIV, muitas delas em idade reprodutiva. Esses níveis de infecção e as taxas de transmissão vertical ainda trazem grandes preocupações, devido à pouca intervenção terapêutica precoce em muitos países africanos. Em Moçambique, país da África Subsaariana, os índices de prevalência do HIV são de 13,2%, colocando o país em segundo lugar na conta de novas infecções, atrás apenas da África do Sul. **OBJETIVO:** Conhecer as experiências e as principais dificuldades vivenciadas pelas gestantes ou lactantes soropositivas e seus parceiros sexuais no contexto específico. **METODOLOGIA:** Estudo qualitativo realizado em Chókwè na província de Gaza- Moçambique. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com mulheres gestantes ou lactantes que vivem com HIV, com seus parceiros sexuais e com profissionais de saúde. Foram realizados grupos focais com mães mentoras e entrevista em grupo com pais mentores, as quais ocorreram no segundo semestre de 2021. As entrevistas e os encontros foram gravados com gravador de voz e transcritas na íntegra. As informações passaram pelo processo de análise temática. **RESULTADOS:** Participaram do estudo dez mulheres gestantes ou lactantes soropositivas e um parceiro sexual; treze mães mentoras e dois pais mentores; duas enfermeiras de Saúde Materno Infantil e uma psicóloga. Os achados revelam que as participantes associam o diagnóstico do HIV ao teste de gravidez ou ao parto, e o período da gestação e da amamentação é marcado pelo medo de infectar o filho com o vírus. As mulheres escondem seu estado sorológico do marido, da família e da comunidade por medo das consequências relacionadas com normas sociais rígidas e interferência de fatores culturais. Os resultados dos profissionais de saúde trouxeram aspectos similares aos das mulheres vivendo com HIV, entretanto, ressaltam a falta de profissionais para oferecer atendimento de qualidade. Constatou-se que na unidade de saúde e na comunidade utilizam palestras como única estratégia de educação em saúde, apesar da pouca eficácia. **CONCLUSÕES:** Observou-se que ainda existem muitas barreiras para prevenção da transmissão vertical em Moçambique, em especial, a qualidade do aconselhamento e dificuldades de acesso ao serviço, seja por falta de recursos ou pelas normas sociais e familiares que não reconhecem a autonomia da mulher. É necessário apoiar as mães que não desejam amamentar e aquelas que tem maior vulnerabilidade socioeconômica. Recomenda-se maior investimento nas estratégias de apoio psicossocial e envolvimento comunitário, utilizando alternativas como a Terapia Comunitária Integrativa (TCI) e Educação Popular. Sugere-se o envolvimento de lideranças comunitárias no processo de desenvolvimento de um programa de intervenção e promoção de saúde mental para mulheres gestantes ou lactantes soropositivas.

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

ABSTRACT | OBJECTIVE: In the world, about 16 million women are living with HIV, many of them in reproductive age. These levels of infection and vertical transmission rates are still of great concern, due to the lack of early therapeutic intervention in many African countries. In Mozambique, a country in sub-Saharan Africa, HIV prevalence rates are 13.2%, placing the country in second place in terms of new infections, behind only South Africa. **OBJECTIVE:** To know the experiences and the main difficulties experienced by HIV-positive pregnant or lactating women and their sexual partners in the specific context. **METHODOLOGY:** Qualitative study carried out in Chókwè in the province of Gaza - Mozambique. Semi-structured interviews were conducted with pregnant or lactating women living with HIV, with their sexual partners and with health professionals. Focus groups were held with mentor mothers and group interviews with mentor fathers, which took place in the second half of 2021. The interviews and meetings were recorded with a voice recorder and transcribed in full. The information went through the thematic analysis process. **RESULTS:** Ten seropositive pregnant or lactating women and one sexual partner participated in the study; thirteen mentor mothers and two mentor fathers; two Maternal and Child Health nurses and a psychologist. The findings reveal that the participants associate the HIV diagnosis with the pregnancy test or childbirth, and the period of pregnancy and breastfeeding is marked by the fear of infecting the child with the virus. Women hide their serological status from their husband, family and community for fear of consequences related to rigid social norms and interference of cultural factors. The results of health professionals brought similar aspects to those of women living with HIV, however, they highlight the lack of professionals to offer quality care. It was found that the health unit and the community use lectures as the only health education strategy, despite its low effectiveness. **CONCLUSIONS:** It was observed that there are still many barriers to preventing mother-to-child transmission in Mozambique, in particular, the quality of counseling and difficulties in accessing the service, whether due to lack of resources or social and family norms that do not recognize women's autonomy. . It is necessary to support mothers who do not wish to breastfeed and those who are more socioeconomically vulnerable. Greater investment in psychosocial support and community involvement strategies is recommended, using alternatives such as Integrative Community Therapy (ICT) and Popular Education. It is suggested the involvement of community leaders in the process of developing a program of intervention and promotion of mental health for seropositive pregnant or lactating women.

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

Introducción

Mozambique es un país ubicado en África Subsahariana, una región con una de las tasas más altas de infección por VIH, en la que es necesario continuar los estudios en esta área temática. Según el [Ministério da Saúde de Moçambique](#) (2019), el país tiene una prevalencia de VIH de 13,2%, y la Provincia de Gaza, donde se realizó la investigación, tiene una prevalencia de VIH de 24%.4%. En 2021, MISAU inició una nueva encuesta para recopilar datos sobre la situación del VIH en Mozambique, y pronto habrá nueva información sobre la prevalencia del VIH en el país.

Este estudio tiene como objetivo conocer las experiencias y las principales dificultades vividas por las mujeres embarazadas o lactantes seropositivas y sus parejas sexuales en el contexto específico. Estos aspectos, desde un punto de vista social y antropológico, abordan los riesgos fisiológicos y psicosociales de un embarazo precoz para la salud materno-infantil, así como el mayor riesgo de contraer enfermedades por parte del bebé en este contexto (Camarano, 1998). Además, se destacan las variadas experiencias del embarazo adolescente, las cuales están influenciadas por la clase económica y la edad de los padres (Heilborn et al., 2002).

De los 2,1 millones de personas que vivían con VIH/SIDA en el país en 2014, solo el 59% conocía el diagnóstico y solo el 54% recibía tratamiento antirretroviral (TAR) (Ministério da Saúde de Moçambique, 2015). Esta situación se ve agravada por el hecho de que el Servicio Nacional de Salud de Mozambique cubre solo el 42% del territorio nacional, lo que significa que la mayoría de la población, especialmente los más pobres, no tienen acceso a las necesidades básicas de salud (Vieira et al., 2014).

En este contexto cultural, las mujeres que viven con el VIH/SIDA pueden enfrentar desafíos que incluyen sentimientos de soledad, dificultades para hablar con otros sobre su estado serológico (incluso para su pareja o hijos), o incluso con la inseguridad y el miedo de perder amigos, familiares o sus hijos. En la sociedad, en la comunidad y en el lugar de trabajo, también ocurren actitudes de discriminación, lo que termina aumentando la posibilidad de malestar psicológico en mujeres que viven con VIH (Padoin et al., 2010).

El abordaje de Padoin, Souza y Paula tiene el mismo sentido en el contexto social y cultural de las mujeres seropositivas de Chókwe, donde la mujer, aunque sepa de infecciones de transmisión sexual, tiene prohibido abordar el tema en el ámbito familiar, bajo pena de recibir varios rótulos, principalmente el de prostituta.

Implicaciones de COVID-19 en la mitigación del VIH

Según UNAIDS (2020), una interrupción completa de seis meses en el tratamiento del VIH puede haber causado más de 500.000 muertes adicionales en el África subsahariana en el período 2020 a 2021, lo que devolvió a la región a los niveles de mortalidad por SIDA de 2008, debido a la reasignación de

recursos enfocados en VIH a la lucha contra el COVID-19 (UNAIDS, 2020).

La dificultad para lograr los objetivos 90-90-90 puede resultar en la ausencia de una disminución de nuevos casos de VIH. Alrededor de 1,7 millones de personas se infectaron por el virus, más del triple de la meta global, que pronosticaba bajar el número de nuevos contagios a 500.000 para 2020. Este aumento de casos de nuevos contagios fue del 21% en América Latina (UNAIDS, 2021). En el caso de Mozambique, una de las consecuencias del aislamiento social fue el miedo a acercarse a los establecimientos de salud, incluido el miedo a contagiarse con el coronavirus, lo que pudo haber contribuido a la dificultad para alcanzar las metas planteadas.

VIH y GÉNERO

Las mujeres y las niñas en África subsahariana siguen siendo las más afectadas y representaron el 59 % de todas las nuevas infecciones por el VIH en la región en 2019. Las mujeres jóvenes representaron el 24 % de las nuevas infecciones por el VIH en 2019, a pesar de constituir solo el 10 % de la población África sahariana (UNAIDS, 2020). Sin embargo, donde la atención médica para las personas que viven con la infección es más integral, los niveles de transmisión del virus se reducen significativamente.

Se pueden destacar varios aspectos como elementos que contribuyen a que las mujeres sean el género más infectado por el VIH en Mozambique, tales como la constitución biológica del aparato reproductor femenino, las creencias, la pobreza generalizada (que afecta más a las mujeres que a los hombres), el machismo en la región Sur de el país y razones culturales. Por ejemplo, biológicamente la mucosa vaginal de una mujer es más extensa y al contacto, el riesgo de infección es mucho mayor para una mujer que para un hombre (Mansani, 2017). Otro aspecto a mencionar es el hecho de que la mujer, para tener acceso a la atención médica, necesita contar con la autorización del marido, configurando su falta de poder de decisión, por su sumisión al marido.

Madres mentoras

El programa m2m, que significa madre a madre, se instituyó en Mozambique en 2017 con el fin de fortalecer la implementación de una estrategia dirigida a Madres para Madres (MpM) y apoyar al

Ministerio de Salud de Mozambique (MISAU) en su implementación nacional. Y a partir de 2018, el programa m2m comenzó a brindar servicios de apoyo para la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH en 31 establecimientos de salud en cinco provincias, a saber: Cabo Delgado, Maputo, Nampula, Sofala y Zambézia ([Mothers2mothers](#), 2020).

El objetivo del Programa es garantizar una mayor adherencia y permanencia en la atención de las mujeres que viven con el VIH, embarazadas o lactantes, y aumentar las tasas de cobertura de pruebas de diagnóstico temprano para niños y bebés expuestos al VIH en las primeras semanas y meses de vida. El programa m2m brinda asistencia técnica a MISAU y otros socios para mejorar el plan de estudios, la capacitación, las herramientas, las estructuras, las políticas y la implementación de la estrategia MpM, y para integrar el Modelo Mentor-Madre en los sistemas de salud provinciales, así como para desarrollar un sólido sistema de seguimiento y evaluación ([Mothers2mothers](#), 2020).

Método de estudio

Diseño de la investigación

Se trata de un estudio con enfoque cualitativo y la elección se debió a su capacidad de incorporar la cuestión del sentido y la intencionalidad como inherentes a los actos, relaciones y estructuras sociales, como construcciones humanas significativas ([Minayo](#), 2009). Y como fundamenta [Conceição](#) et al. (2019) la investigación cualitativa tiene como objetivo comprender y explicar los fenómenos y sus interpretaciones en términos no numéricos e incorpora varios métodos y técnicas de recopilación y análisis de datos, como la observación, entrevistas individuales y grupales, análisis de datos textuales y visuales. Este tipo de investigación depende de cuestiones de calidad más que de cantidad, por ejemplo, una comprensión profunda de la naturaleza de un fenómeno psíquico.

Los autores antes mencionados son unánimes en defender que los estudios cualitativos no pretenden obtener conclusiones a partir de datos numéricos, sino buscar resultados que permitan al investigador

construir bases sólidas sobre la naturaleza y profundidad del problema que se estudia. Es un enfoque flexible, pero que requiere que el investigador esté más familiarizado con los datos y sea creativo en su análisis para evitar que el estudio se reduzca a una simple descripción de la información.

Análisis temático

Como estrategia de procesamiento de la información, se optó por utilizar los preceptos del análisis temático, que es una herramienta de investigación flexible, capaz de ofrecer un conjunto rico y detallado de datos del corpus analizado. [Braun](#) y [Clarke](#) (2006) afirman que el análisis temático es un método que identifica, analiza y reporta temas relacionados con datos cualitativos, con el objetivo de resaltar aspectos latentes en la información recolectada, es decir, ir más allá de su contenido semántico y mapear ideas, suposiciones, conceptualizaciones e ideologías subyacentes, que se teorizan para dar forma o informar el contenido semántico de los datos.

Las entrevistas fueron grabadas en audio, con el consentimiento de cada participante y, posteriormente, fueron transcritas, para auxiliar en el desarrollo de la fase de análisis y discusión de datos. El análisis de los datos se realizó en estricto cumplimiento de los preceptos metodológicos del análisis temático de [Braun](#) y [Clarke](#) (2006).

Etapas del análisis temático

- 1) Familiarización - En esta etapa, el investigador transcribió y tradujo las entrevistas que se realizaron en el idioma local (Xangana), y también limpió los datos.
- 2) Generación de códigos iniciales - Se definieron categorías temáticas, en base a números y letras, y para separar mejor los temas de los enunciados, se utilizaron colores.
- 3) Búsqueda de temas - En esta fase, los temas que abordaban un mismo tema fueron agrupados para el control y posterior análisis de datos.
- 4) Temas de revisión - Los temas fueron agrupados según su similitud y categoría temática.

5) Definición y denominación de temas – Dependiendo del contenido que se abordaba, se realizaba la definición efectiva del tema, sin embargo, cuando se consideraba necesario, se trasladaba el tema a otra categoría de análisis.

6) Elaboración del informe – Esta fue la fase de redacción del informe científico, a partir de extractos y temas previamente definidos en la fase anterior.

Procedimientos para la recolección de datos

Para la recolección de datos, se administraron entrevistas individuales a 10 mujeres que viven con el VIH; 1 pareja sexual; 2 enfermeras de Salud Materno Infantil; 1 psicólogo; 13 madres mentoras y 2 padres mentores totalizando 29 participantes. Las edades oscilaron entre 18 y 45 años. La mayoría de las mujeres entrevistadas habían terminado el Grado 10 (Educación Secundaria General del 1º ciclo), pero están desempleadas; ninguno de ellos tenía educación superior, y una pequeña fracción de las mujeres entrevistadas eran analfabetas.

Criterios de inclusión

a) Mujeres embarazadas o en periodo de lactancia viviendo con VIH,, con edad entre 18 y 45 años, que aceptaron participar en el estudio;

b) Parejas sexuales masculinas de mujeres embarazadas o lactantes viviendo con VIH, con edad entre 18 y 45 años, que conocían el estado serológico de sus parejas y que aceptaron participar en el estudio.

c) Madres y padres mentores (activistas del programa madre a madre) que colaboran con la Unidad de Salud para establecer el vínculo entre la comunidad y el Hospital en la atención de las mujeres que viven con VIH. Para participar en el estudio, fueron invitados por profesionales de la salud que actúan en el cuidado de personas que viven con el VIH.

d) Profesionales de la salud, que atiendan directamente a pacientes seropositivos, y que estuvieran destinados en el Centro de Salud del Distrito de Chókwè (que tuvieran al menos 5 años de experiencia).

Criterio de exclusión

a) mujeres embarazadas o lactantes seronegativas al VIH;

b) Hombres compañeros de mujeres seronegativas;
c) Hombres compañeros de mujeres seropositivas que desconocían el diagnóstico positivo de VIH de sus parejas;

d) Profesionales de la salud que no trabajaron directamente con la población seropositiva;

e) Participantes que no aceptaron participar en el estudio o firmar el Formulario de Consentimiento Libre e Informado (FCI);

f) Activistas que no formaron parte de la estrategia de mentores de madres y padres.

Instrumentos de recolección de datos

Entrevista semi-estructurada

Para la recolección de información se administraron entrevistas semiestructuradas que abordaron los siguientes temas: embarazo; amamantamiento; diagnóstico de VIH/SIDA; transmisión vertical y salud mental. Según [Minayo](#) (2009), las entrevistas semiestructuradas combinan preguntas cerradas y abiertas, donde el entrevistado tiene la posibilidad de expresarse sobre el tema en cuestión sin estar apegado a la pregunta formulada. Y permite que las personas respondan en sus propios términos.

Cuaderno de afectaciones

Se elaboró un cuaderno de afectaciones que sirvió para registrar las observaciones, percepciones, notas y sentimientos experimentados por el investigador, a lo largo del escenario de recolección de datos, para su posterior análisis y composición del estudio.

Cuidado ético

En marzo de 2021, el proyecto fue presentado al Comité de Ética en Investigación en Ciencias Humanas y Sociales (CEP/CHS), de la UnB, habiendo sido aprobado según dictamen número:

5.313.740, que consta en el Certificado de Presentación de Apreciación Ética (CAAE) número: 56103521.4.0000.5540, de marzo de 2022.

También fue remitido al Comité Institucional de Bioética en Salud de la Facultad de Medicina y del Hospital Central de Maputo, habiéndose registrado bajo la nota: CIBS FM&HCM-066/2021 y aprobado el 19 de octubre de 2021. Luego fue remitido a Ministerio de Salud de Mozambique para aprobación administrativa bajo la nota 1292/GMS/290/2021. Después de la aprobación de la MISAU, se presentó nuevamente a la Dirección de Salud de Gaza y se emitió una guía para el Centro de Salud de Chókwè el 8 de noviembre de 2021, según el anexo.

Resultados y discusión

En esta sección, se presentan las categorías temáticas encontradas en los resultados, a saber: experiencias de mujeres embarazadas o lactantes que viven con el VIH; hombre pareja de mujer que vive con VIH; experiencia de enfermeras de Salud Materno Infantil (SMI) y de una psicóloga que están a la vanguardia en el tratamiento de personas que viven con VIH; madres mentoras y padres Mentores, totalizando 29 participantes en el estudio.

I. Categoría - Experiencias de mujeres que viven con el VIH

Diagnóstico de VIH

En ese seguimiento, los resultados a continuación trajeron los siguientes temas de análisis: malestar con el resultado positivo del diagnóstico de VIH; recibir las noticias sobre el diagnóstico de VIH asociado a la prueba de embarazo o parto; aceptación del diagnóstico; y malestar y conformismo.

Incomodidad con un resultado positivo del diagnóstico de VIH

Las mujeres que participaron en el estudio reportan una sensación de malestar al saber que son personas que tendrán que vivir con el VIH durante el embarazo.

“Me hice una prueba en este hospital y me sentí mal los primeros días antes de hacerme la prueba de embarazo” (G-3).

“[...] y me sentí muy mal cuando me dieron la información del diagnóstico de estar embarazada e infectada con el VIH” (G1).

“[...] Me sentí mal cuando me diagnosticaron VIH en el hospital” (G-7).

Recibir noticias sobre diagnóstico de VIH asociado a prueba de embarazo o parto

Los resultados revelaron que las mujeres asocian el embarazo con el diagnóstico de VIH, ya que se dieron cuenta de que eran personas infectadas con el virus cuando acudieron al hospital para consultas prenatales o durante el parto.

“Yo supe que era seropositiva en mi primer embarazo porque me hicieron la prueba en este Centro de Salud [...]” (G-1).

“El embarazo estuvo bien, me hice dos pruebas y me salió negativo y la tercera me dio positivo en la sala de partos, me enteré que era VIH positivo en la sala de partos” [...] se rió [...] ya no me acuerdo” (G-7).

“[...] Me siento bien, pero fue por la prueba de embarazo que descubrí que era seropositiva” (G-4).

Aceptación del diagnóstico

Los resultados a continuación muestran que con el paso del tiempo de la existencia del VIH en Mozambique, algunas mujeres comienzan a comprender que pueden continuar con sus vidas incluso viviendo con el virus del VIH si cumplen con la medicación.

“[...] Pero con el tiempo me di cuenta de que no había otro camino que cumplir con las indicaciones médicas” (G-1).

Incomodidad y conformismo

Los resultados revelan que la recepción del diagnóstico de VIH trae un sentimiento de incomodidad al principio en algunos casos, pero también puede traer un sentimiento de conformidad en otros casos, para algunas mujeres.

“[...] Me sentí mal cuando me diagnosticaron VIH, pero como sabía que mi esposo estaba tomando pastillas, seguí ese camino” (G-10).

Las afirmaciones mencionadas anteriormente son respaldadas por [Souza](#), Santos, Carvalho y Lima

(2021) cuando argumentan que el diagnóstico de VIH/SIDA está atravesado por reacciones que abarcan aspectos psicológicos, físicos y sociales. Los primeros sentimientos experimentados después del diagnóstico están asociados a la perspectiva de muerte, culpa y estigma por la infección, trayendo aún más sufrimiento psicológico.

Experiencias durante el embarazo

Los resultados en este eje dieron lugar a los siguientes temas de análisis: embarazo complicado por antirretrovirales; embarazo compartido entre la pareja; asesoramiento; incomodidad y miedo de infectar al bebé con el VIH.

Embarazo complicado por antirretrovirales

Las participantes del estudio experimentaron momentos de ambivalencia entre el hecho de saber que iban a estar embarazadas y ser madres, pero vivieron momentos de embarazo complicado asociado al tratamiento antirretroviral.

“Fue una buena experiencia quedar embarazada, pero el embarazo se complicó por los medicamentos que tomaba para el tratamiento del VIH” (G-1).

Embarazo compartido entre la pareja

Los datos revelaron que una parte importante de las mujeres que viven con el VIH comparten con sus parejas sexuales que están embarazadas, incluso antes de la confirmación de los exámenes médicos.

“Comencé a sospechar que podía estar embarazada después de que pasó un mes desde mi período normal hasta la menstruación, y noté algunos cambios en mi cuerpo, lo que me llevó a hablar con mi esposo al respecto. Mi esposo fue la primera persona en saber sobre mi estado gestacional” (G-1).

“[...] Me siento bien, porque hablé con mi esposo” (G-2).

Asesoramiento

El estudio mostró que cuando las mujeres acuden a la unidad de salud para el control prenatal, pasan por un proceso de seguimiento médico y consejería que tiene como objetivo garantizar la adherencia terapéutica.

“Fui a la consulta para abrir el expediente 2 meses después del embarazo, habiendo recibido un consejo de que no debería haberme quedado embarazada antes de la consulta médica en el hospital, por la enfermedad que padezco. Me informaron que no debía dejar de medicarme porque el niño podía nacer con la enfermedad. Por lo tanto, estoy siguiendo las indicaciones médicas y hasta el día de hoy me estoy medicando” (G-2).

Malestar y miedo de contagiar al bebé con el VIH

Los resultados revelan que las participantes vivieron momentos de malestar relacionados con la posibilidad de contagiar al bebé por ser mujeres embarazadas viviendo con VIH, a pesar de haber vivido buenos momentos porque sabían que serían madres, como se muestra en las siguientes declaraciones.

“Me he estado sintiendo bien [...], estoy bien de salud [...], estoy en tratamiento y va bien”. “Me sentí mal cuando me dieron la noticia de que estaba embarazada de mellizos y que a la vez tenía la enfermedad, porque tenía miedo de tener hijos con la enfermedad” (G-8).

Experiencias durante la lactancia

En ese seguimiento, los datos posibilitaron el surgimiento de los siguientes temas de análisis: prueba negativa versus lactancia materna; destete temprano para evitar infecciones; cumplir con el tratamiento durante la lactancia para evitar infecciones; disposición a dar leche artificial para evitar infecciones.

Test negativo versus lactancia

Los resultados mostraron que las participantes del estudio experimentan momentos de angustia durante la lactancia por la posibilidad de contagiar al bebé con el virus, y las sucesivas pruebas realizadas al niño alivian a la madre en los casos en que el resultado es negativo para el VIH.

“Lo que más me impresionó durante la lactancia fue el hecho de que les hice la prueba a mis dos hijos en el hospital y el resultado fue negativo para el VIH” (G.L-1).

Destete precoz para evitar infecciones

Las mujeres lactantes que viven con el VIH están preocupadas por el destete temprano de su hijo como medida de protección que aumenta las posibilidades de tener un hijo libre del VIH, como lo confirman las declaraciones a continuación.

“Tuve que dejar de amamantar al niño antes de los dos años para no contagiar a mi niño”; “[...] No siempre amamanto para evitar el contagio, era difícil que el niño dejara de amamantar temprano, pero yo tenía que tomar esta decisión” (G-5)

Cumplir con el tratamiento durante la lactancia para evitar infecciones

Los datos revelaron que la vida de las mujeres que viven con el VIH que participaron en este estudio se limita a la necesidad de cumplir con el tratamiento antirretroviral como una forma de garantizar que su salud no se deteriore y, en consecuencia, afecte la salud del niño.

“En el segundo embarazo viví y seguí el tratamiento y ahora también tengo que seguir el mismo, luchar para no contaminar a mi hijo durante la lactancia; defender la salud del niño” (G-10).

Disposición a dar leche artificial para evitar infecciones

Los datos muestran que existe una disposición por parte de las participantes del estudio de no amamantar para evitar la infección del niño por el virus, pero como las directrices de la MISAU abogan por la lactancia materna hasta los dos años, siguen las recomendaciones del hospital, lo que genera malestar.

“[...] Solo quería dar leche artificial para que el bebé no se enfermara, pero en el hospital me dijeron que dar leche artificial no era bueno, entonces tenía que seguir las indicaciones del hospital” (G-10).

Lo anterior es sustentado por [Kleinubing et al. \(2014\)](#) al afirmar que la presencia de un posible prejuicio sobre la imposibilidad que tienen las mujeres seropositivas de amamantar genera un inmenso malestar.

Preocupaciones durante el embarazo o la lactancia

En ese eje, inherente a las preocupaciones de las mujeres embarazadas o lactantes, los resultados trajeron los siguientes temas de análisis: deseo de no amamantar versus deseo de amamantar; protección infantil; incertidumbre en el embarazo y secretismo relacionado con el estado de salud.

Deseo de no amamantar versus deseo de amamantar

Los testimonios de las entrevistadas muestran que las mujeres embarazadas o lactantes que viven con el VIH tienen la necesidad de no amamantar, como una forma de reducir la posibilidad de contagiar a sus hijos, pero los informes también revelan que hay otras mujeres que, si no fuera por el virus, preferirían amamantar por más tiempo, pero saben que no deberían hacerlo.

“Mi preocupación tiene que ver con el deseo de no querer amamantar para no contagiar al niño” (G-4).

“Estoy preocupado por mi salud y la del niño”. Estoy preocupada por amamantar, porque no estoy amamantando como yo quisiera [...] Me gustaría amamantar 1 año y 6 meses pero no puedo” (G-10).

Sentimientos o emociones enfrentados durante el embarazo o la lactancia

En ese seguimiento, los resultados destacaron los siguientes temas de análisis: miedo a la transmisión vertical; preocupación por la salud versus miedo a morir.

Miedo a la transmisión vertical

Los resultados muestran que las mujeres que viven con el VIH experimentan un sentimiento de miedo ante la posibilidad de transmisión vertical del virus del VIH, de acuerdo con las declaraciones a continuación.

“[...] Tengo miedo de que mi hijo se infecte” (G-1).

“Tengo miedo de tener el bebé y ser positiva; temor de que el niño pueda infectarse; no quiero estar triste y pensar en mi condición y cómo estoy” (G-10).

Preocupación por la salud versus miedo a morir

Los relatos a continuación demuestran que, ante una situación de infección por el VIH, las mujeres embarazadas o lactantes se preocupan por su estado de salud, pues asocian la enfermedad con la muerte. Es decir, existe una conexión directa que establece la mujer entre la seropositividad y la muerte.

"[...] Estuve una semana enferma de malaria, entonces creo que mi hijo debe tener todo, porque quiero tener un hijo que no esté enfermo, quiero un hijo sano. No quiero ser débil y preocuparme por mí o por mi hijo; Tengo miedo de que un día me enferme y no pueda seguir el ritmo de crecimiento del niño" (G-2).

II. Categoría - Grupo Focal con Madres Mentoradas

Experiencia como madres mentoradas en el cuidado de mujeres viviendo con VIH que están embarazadas o amamantando

Para este sustrato, los resultados llevaron a los siguientes temas de análisis: adherencia terapéutica; dificultades en el seguimiento de los niños que viven con el VIH.

Adherencia terapéutica

Los datos a continuación respaldan que las madres mentoradas utilizan las visitas domiciliarias como una estrategia para retener y alentar la adherencia al tratamiento de las mujeres que viven con el VIH, pero que abandonan el tratamiento antirretroviral en el hospital.

"[...] Buscamos mujeres que abandonaron el tratamiento o no fueron al hospital; hicimos visitas domiciliarias para incentivar el seguimiento del tratamiento". "Trabajamos con gestantes y niños, hacemos seguimiento a gestantes para tener un hijo sano" (MM).

Dificultades en el seguimiento de los niños que viven con el VIH

Los relatos de las madres mentoradas revelan que las mujeres que amamantan tienden a adherirse a la terapia, pero las barreras para la adherencia a la TARV se encuentran en los niños que viven con VIH que no están bajo la custodia de sus padres, pero sí bajo la tutela de sus abuelos. Estos niños a veces abandonan el tratamiento porque sus

abuelos no pueden manejar la rutina de tomar el medicamento. Y para estos casos, la estrategia de superación es dialogar con los cuidadores de estos niños y transmitirles el testimonio de que las madres mentoradas también viven con VIH y, aun así, siguen con su vida con normalidad.

"[...] las madres que amamantan no tienen problemas, cumplen con los lineamientos del hospital, pero los niños VIH que viven con sus abuelas tienen problemas de seguimiento, y es en estos casos que las madres mentoradas hemos dado seguimiento hasta el hospital para tomar las pastillas". "Les informamos que también estamos viviendo con el VIH, y esto nos ayuda a interactuar con ellos".

Secreto

Los informes de las madres mentoradas revelan que hay muchos casos de mujeres que viven con el VIH, casadas o en unión de hecho, que ocultan su seropositividad a su pareja. Y en estos casos, es bastante difícil abordar el tema frente a la pareja, recurriendo a la estrategia de volver a ensayar a ambos como si fuera la primera vez de la mujer. Y luego informar que ambos son seropositivos para evitar conflictos en la pareja.

"Tuvimos una experiencia en la que la madre mentora no podía ir a la casa de una mujer que vive con VIH porque el esposo no sabía de la seropositividad de la esposa y cuando era así, invitábamos a la pareja a hacerse la prueba los dos".

Efectos secundarios del TAR

Las narrativas de las madres mentoradas demuestran que dentro de esa comunidad todavía hay resistencia a tomar medicamentos antirretrovirales debido a sus efectos secundarios.

"Las mujeres se quejan de las pastillas que no les sientan bien, pero con nuestro apoyo terminan por seguir con la medicación".

Tabúes relacionados con el TAR

Los relatos a continuación muestran la existencia de casos de no adherencia al tratamiento antirretroviral debido a las creencias y tabúes que aún guían el pensamiento de las mujeres que viven con VIH en relación a la toma de medicamentos. Y para estos casos, el psicólogo afecta en el acto ha sido la solución.

“Hay casos en que las señoras dicen que no pueden tomar pastillas porque nadie en su familia toma pastillas”. “En estos casos de dificultades para abordar el tema, pedimos ayuda al psicólogo”.

Discriminación asociada a la actividad de las madres mentoras

Las madres mentoras mencionaron que enfrentan dificultades para realizar sus actividades en la comunidad debido al uniforme que usan para hacer la comunidad, porque las mujeres no quieren ser identificadas como personas que viven con VIH, para evitar la discriminación.

“Hay casos que no somos recibidos porque hay mujeres que no quieren ser vistas con madres mentoras debidamente identificadas, o no quieren recibir madres mentoras en sus casas para evitar que la comunidad conozca su estado”.

Y las afirmaciones del fragmento anterior son respaldadas por la literatura científica, en el enfoque de Souza et al. (2021) que afirman que las personas que viven con el VIH/SIDA a menudo sufren prejuicios y rechazo en sus familias o grupos en los que se insertan, además de las limitaciones que enfrentan en los servicios de salud.

III. Categoría - Profesionales de la Salud en la atención de mujeres embarazadas o lactantes que viven con el VIH

Experiencia del profesional de la salud en el cuidado de mujeres viviendo con VIH que se encuentran embarazadas o amamantando

Los resultados en este seguimiento trajeron los siguientes temas de análisis: estrategia para la adherencia terapéutica; sentimientos referenciados; preocupaciones recurrentes; negación de la existencia del VIH; retención y adherencia terapéutica; secreto.

Estrategia para la adherencia terapéutica

Las enfermeras de salud materno-infantil relatan que utilizan las charlas como una estrategia para que los pacientes se adhieran a las pruebas y al tratamiento antirretroviral, y se dan en las primeras horas antes del inicio de las consultas normales.

“Concentramos a los pacientes en las primeras horas y damos conferencias. Las personas revelan que están en tratamiento TARV cuando atendemos individualmente”.

“Y ahí es cuando revelan que tienen un hijo, pero que salió negativo para el VIH porque toman pastillas” (SMI).

“Ofrecemos la invitación para solicitar que el esposo venga al hospital para hacerse la prueba. Y probamos a la pareja como si fuera la primera vez y explicamos el resultado, siendo las técnicas sanitarias y no la mujer las que digan”.

Sentimientos referenciados

Profesionales de la salud relatan la ocurrencia de depresión en mujeres que viven con VIH, ya que no saben en qué momento de su vida se habrán infectado con el virus.

“Se deprimen, tratan de entender cuándo ocurrió la infección”.

Preocupaciones recurrentes

La posibilidad de transmisión del VIH de madre a hijo ha sido la mayor preocupación de las mujeres embarazadas o lactantes, según las declaraciones de las enfermeras del SMI.

“La mayor preocupación es por el niño. Hay quien no creía en la posibilidad de transmisión”.

Negación de la existencia del VIH

Los datos revelan que todavía hay mujeres que no creen en la existencia del virus del VIH, sobre todo en los casos en que la pareja es serodiscordante, dijo la enfermera del SIM.

“Las mujeres serodiscordantes son las que más les cuesta creer en la infección (o en la existencia de la infección)” (SMI).

“Debido a que no creen en la existencia de la infección, es difícil adherirse al TARV” (SMI).

Miedo relacionado con compartir la noticia con tu pareja

El prejuicio que aún existe en torno al VIH obliga a la mujer a vivir con el temor de compartir la noticia con

su pareja, so pena de ser tildada de infiel o prostituta y esto generar separación.

"A las mujeres que hacen el trato que sus maridos no conocen, les inventan que el niño tiene tos" (SMI).

"A las mujeres les preocupa cómo deben informar a sus maridos". "La salud mental de las mujeres depende de la consejería, hay pacientes que reciben el resultado con pánico y miedo; y otros que aceptan el diagnóstico" (SMI).

La literatura, en el planteamiento de [Pasini](#) (1995) y de [Batista](#) y Silva (2007) argumenta que el miedo al descubrimiento de otras personas provoca, en las gestantes que viven con el VIH, una reacción de mentira, donde la falsedad se vuelve funcional, sirviendo para ocultar la condición real en que se encuentran. Por lo tanto, se dice para impedir que otros tengan conocimiento de la realidad vivida.

Problemas comunes de salud mental

Los resultados destacan la existencia de casos de violencia física; financiero; psicológico; depresión; la ansiedad relacionada con la posibilidad de contagiar al niño como aspectos comunes que afectan la salud mental de las personas que viven con VIH, en particular las mujeres. Y esto está relacionado con el lugar de sumisión que se coloca a la mujer en la sociedad mozambiqueña.

"[...] Las mujeres sufren violencia física y psicológica, no tienen libertad, no tienen derecho a decidir sobre su vida". "Para hacer la cita hay que ir a la suegra y al marido". "Es común que se den a conocer casos de violencia económica y cuando esto sucede se recurre a la familia"; "[...] tengo diagnósticos de depresión; ansiedad relacionada con la posibilidad de contagiar al niño".

Factores de riesgo de la transmisión vertical

Otro problema ligado a la realidad sociocultural del país, y que atenta contra la salud mental de la mujer, es la total dependencia de la suegra y de la familia en general, así como el machismo institucionalizado en la cultura mozambiqueña, y esto le quita a la mujer el derecho a decidir sobre el rumbo de su vida, como se destaca en las declaraciones a continuación.

"He identificado factores de riesgo en pacientes que abandonan el tratamiento como: pacientes que viven con su suegra y que derivan a la mujer a dependencia total, quieren saber todo lo que le pasa a su nuera y por qué va al hospital, un factor cultural (chovinismo)".

Asistencia social

Los profesionales de la salud manifestaron que uno de los grandes problemas que enfrentan en la atención a mujeres y niños que viven con el VIH es la falta de acción y asistencia social que atiende las necesidades de las personas necesitadas que viven con el virus. Revelan falta de kits de alimentos para este grupo de pacientes, pues a su juicio el hospital solo le da leche artificial al niño y nada más, es decir, la mujer no recibe ningún apoyo alimentario y eso la deja vulnerable.

"Se debe brindar un servicio social más rápido o más activo, la acción social debe ser más integral, incluyendo a las madres que viven con VIH y no solo mirar a los niños". "[...] Las mujeres que viven con el VIH deben beneficiarse de una canasta básica de alimentos y una fuente de ingresos".

Fortalecer el grupo de madre a madre

La psicóloga clínica del Centro de Salud de Chókwè afirmó que se debe fortalecer la llamada estrategia de madre a madre, porque juega un papel importante en el vínculo hospital-comunidad y en el rescate de personas que han abandonado el tratamiento.

"[...] Hacer más operativos los grupos de apoyo de madre a madre". "Ofrecer una atención adecuada (realización de todo el procedimiento y escucha activa)".

Conclusiones

El estudio realizado en Chókwè, en la Provincia de Gaza, mostró que las mujeres que viven con el VIH, embarazadas o amamantando, experimentan momentos de miedo de contagiar a sus hijos durante el embarazo o la lactancia; pueden vivir con la enfermedad sin poder compartirla con la pareja

debido a que la noticia puede provocar divorcios o conflictos matrimoniales, su base de apoyo emocional generalmente es precaria en la familia, lo que genera un mayor riesgo de malestar psicológico durante el embarazo. Las barreras culturales, especialmente las consultas con el curandero antes de ir al hospital, son otro problema que plantea la tutoría de madres y padres para abordar el VIH en Chókwè.

Una de las limitaciones del estudio fue la dificultad de acceder a las parejas de las mujeres entrevistadas, por las razones descritas a lo largo de la tesis. Sugerimos que futuras investigaciones busquen acceder a los hombres en sus lugares de trabajo o en los espacios comunitarios que tienden a frecuentar más, como bares e iglesias. También se sugiere el desarrollo de investigaciones para evaluar la viabilidad del uso de la Terapia Integrativa Comunitaria y dispositivos de educación popular, como el círculo de lectura.

Contribuciones de los autores

Mazuze, B. S. D. es el mentor del manuscrito, participó en la recopilación y análisis temático de datos en Chókwè - Mozambique. Borges, T. D. S. participó en la revisión lingüística y formateo del manuscrito. Lobo, N. L. S. participó en la revisión y corrección de la literatura. Vázquez, P. A. participó en la corrección del manuscrito y adaptación a las normas APA y de la revista. Langa, S. M. participó en la revisión lingüística y contextual de algunos términos mozambiqueños específicos. Polejack L fue coautor del proyecto, asesor y revisor técnico-científico del manuscrito.

Conflictos de interés

No se han declarado conflictos financieros, legales o políticos que involucren a terceros (gobierno, empresas y fundaciones privadas, etc.) por cualquier aspecto del trabajo presentado (incluidos, entre otros, subvenciones y financiamiento, participación en un consejo asesor, diseño del estudio, preparación del manuscrito, análisis estadístico, etc.).

Indexadores

La Revista de Psicología, Diversidad y Salud es indexada en [EBSCO](#), [DOAJ](#) y [LILACS](#).

EBSCO

DOAJ

LILACS

Referencias

- Batista, C. B., & Silva, L. R. (2007). Sentimientos de mujeres seropositivas frente a la imposibilidad de amamantar. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 11(2), 268-75. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452007000200013>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology [Uso del análisis temático en psicología]. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
- Camarano, A. A. (1998). *Fecundidade e anticoncepção da população de 15-19 anos [Fecundidad y anticoncepción en la población de 15 a 19 años]*. In E. M. Vieira, M. E. L. Fernandes, P. Bailey, & A. McKay (Org.), *Seminário gravidez na adolescência [Seminario de embarazo adolescente]* (pp. 35-46). Associação Saúde da Família.
- Conceição, M. I. G., Gastaldo, D., Fraga, A. B., Bosi, M. L. M., Magalhães, L., Lago, R. R., Andrade, J. T., & Gladstone B. (2019). *Rede Internacional de Excelência no Ensino da Pesquisa Qualitativa em Saúde: estratégias iniciais e propostas de futuro [Red Internacional de Excelencia en la Docencia en Investigación Cualitativa en Salud: estrategias iniciais y propuestas de futuro]*. In C. Antloga, K. T. Brasil, S. R. Lordello, M. Neubern, & E. Queiroz (Ed.), *Psicologia clínica e cultura contemporânea [Psicología clínica y cultura contemporânea]* (vol. 4, pp. 467-482). Technopolitik. <http://www.redequali.unb.br/index.php/pt/recursos/textos>
- Heilborn, M. L., Salem T., Rohden F., Brandão E., Knauth D., Vítora C., Aquino E., McCallum C., & Bozon M. (2002). Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência [Aproximaciones socio-antropológicas al embarazo adolescente]. *Horizontes antropológicos*, 8(17), 13-45. <https://doi.org/10.1590/S0104-71832002000100002>
- Kleinubing, R. E., Lipinski, J. M., Pereira, F. W., Fonseca, A. D., Chagas, M. C. S., & Ilha, S. (2014). Puérperas Soropositivas para o HIV: Como estão Vivenciando a não amamentação [Mujeres puérperas seropositivas al VIH: cómo están experimentando la no lactancia]. *Revista de Enfermagem*, 8(1), 107-113. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v8i1a9612p107-113-2014>
- Mansani, T. (2017, 28 de julio). Moçambique: Porque as mulheres estão mais vulneráveis ao HIV/SIDA? [Mozambique: ¿Por qué las mujeres son más vulnerables al VIH/SIDA?]. *DW*. <https://www.dw.com/pt-002/porque-as-mulheres-est%C3%A3o-mais-vulner%C3%A1veis-ao-hiv-sida-em-mo%C3%A7ambique/a-39880616>
- Minayo, M. C. S. (2009). *Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta [Trabajo de campo: contexto de observación, interacción y descubrimiento]*. In M. C. S. Minayo, S. F. Deslandes, & R. Gomes (Org.), *Pesquisa social: teoria, método e criatividade [Investigación social: teoría, método y creatividad]* (p. 67). Editora Vozes.

- Ministério da Saúde de Moçambique. Instituto Nacional de Estatística. (2015). *Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique (IMASIDA) - Relatório de Indicadores Básicos [Encuesta de Indicadores de Inmunización, Malaria y VIH/SIDA en Mozambique (IMASIDA) - Informe de Indicadores Básicos]*. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/AIS12/AIS12.pdf>.
- Ministério da Saúde de Moçambique. (2019). *Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique (IMASIDA). Relatório Suplementar Incorporado os Resultados de Biomarcadores de Antirretrovirais [Encuesta de Indicadores de Inmunización, Malaria y VIH/SIDA en Mozambique (IMASIDA). Informe complementario que incorpora resultados de biomarcadores antirretrovirales]*. https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/AIS12/AIS12_SP.pdf
- Mothers2mothers. (2020). Moçambique [Mozambique]. <https://m2m.org/que-hacemos/donde-trabajamos/mozambique-2>
- Padoin, S. M. M., Souza, I. E. O, & Paula, C. C. (2010). Cotidianidade da mulher que tem HIV/AIDS: modo de ser diante da (im)possibilidade de amamentar [Cotidianidad de mujeres portadoras de VIH/SIDA: modo de ser frente a la (im)posibilidad de amamentar]. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 31(1), 77-83. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000100011>
- Pasini, W. A. (1995). *Qualidade dos sentimentos [Calidad de los sentimientos]*. Rocco.
- Souza, R. M., Santos, A. A. P., Amal, C., & Lima, V. V. R. S. S. (2021). Viver com HIV/Aids: impactos do diagnóstico para usuários atendidos em um serviço de referência [Vivir con VIH/Sida: impactos del diagnóstico para usuarios atendidos en un servicio de referencia]. *Rev. Pesqui.*, 13, 1020-1025. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9847>
- UNAIDS. (2020). *Relatório do UNAIDS mostra que metas para 2020 não serão cumpridas; COVID-19 pode prejudicar resposta ao HIV [El informe de ONUSIDA muestra que no se cumplirán los objetivos para 2020; COVID-19 puede afectar la respuesta al VIH]*. <https://unaids.org.br/tag/relatorio-2020/>
- UNAIDS. (2021). *Relatório do UNAIDS mostra que metas para 2020 não serão cumpridas. COVID-19 pode prejudicar resposta ao HIV [El informe de ONUSIDA muestra que no se cumplirán los objetivos para 2020. COVID-19 puede afectar la respuesta al VIH]*. https://assets.gskstatic.com/pharma/participathivosgsk_com_br/25026ParticipatHIVosEd92021FINALBAL-XA05102021113434.pdf
- Vieira, A. C. S., Rocha, M. S. G., Head, J. F., & Casimiro, I. M. A. P. (2014). A epidemia de HIV/Aids e a ação do Estado: Diferenças entre Brasil, África do Sul e Moçambique [La epidemia de VIH/SIDA y la acción estatal: diferencias entre Brasil, Sudáfrica y Mozambique]. *Katálysis*, 17(2), 196-206. <https://doi.org/10.1590/S1414-49802014000200005>