



Universidade Politécnica

A Politécnica

Instituto Superior de Gestão, Ciências e Tecnologia

Licenciatura em Psicologia Clínica e de Aconselhamento

**ANALISE DO ESTIGMA ASSOCIADO AO VÍRUS DE IMUNODEFICIÊNCIA
HUMANA (HIV) NA RETENÇÃO E ADESÃO AO TRATAMENTO
ANTIRRETROVIRAL (TARV) EM PACIENTES SEGUIDOS NO HOSPITAL
GERAL JOSÉ MACAMO**

PRECIOSA JÚLIA OLIVEIRA COSSA

MAPUTO

2025



Universidade Politécnica

Instituto Superior de Gestão, Ciências e Tecnologia

Licenciada em Psicologia Clínica e de Aconselhamento

**ANALISE DO ESTIGMA ASSOCIADO AO VÍRUS DE IMUNODEFICIÊNCIA
HUMANA (HIV) NA RETENÇÃO E ADESÃO AO TRATAMENTO
ANTIRRETROVIRAL (TARV) EM PACIENTES SEGUIDOS NO HOSPITAL
GERAL JOSÉ MACAMO**

Preciosa Júlia Oliveira Cossa

SUPERVISOR: Brígida Nhantumbo

Monografia científica apresentado ao Instituto Superior de Gestão, Ciências e Tecnologia – Universidade Politécnica, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciatura Psicologia Clínica e de Aconselhamento

MAPUTO

2025

PRECIOSA JÚLIA OLIVEIRA COSSA

**ANALISE DO ESTIGMA ASSOCIADO AO VÍRUS DE IMUNODEFICIÊNCIA
HUMANA (HIV) NA RETENÇÃO E ADESÃO AO TRATAMENTO
ANTIRRETROVIRAL (TARV) EM PACIENTES SEGUIDOS NO HOSPITAL
GERAL JOSÉ MACAMO**

Maputo, aos ____/____/____

O Júri

(Presidente)

(Oponente)

(Brígida Nhantumbo)

PARECER DO SUPERVISOR

Assunto: Submissão da Monografia Científica - Preciosa Júlia Oliveira Cossa

Eu, **Brígida Nhantumbo**, declaro que acompanhei todas as fases da elaboração da Monografia Científica de Licenciatura Psicologia Clínica e de Aconselhamento, da estudante **Preciosa Júlia Oliveira Cossa**, subordinado ao tema: **Análise do Estigma Associado ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) na Retenção e Adesão ao Tratamento Antirretroviral (TARV) em Pacientes Seguidos no Hospital Geral José Macamo.**

Considero que o trabalho reúne os requisitos exigidos para a elaboração de um trabalho Científico. Assim, faz-se a entrega da monografia científica e que pode ser submetida a um Júri de Defesa.

Maputo, aos 13 de Junho de 2025

(Brígida Nhantumbo)

DECLARAÇÃO DE HONRA

Eu, **Preciosa Júlia Oliveira Cossa**, declaro por minha honra, que esta monografia científica destinada à obtenção do grau de Licenciatura em Psicologia Clínica e de Aconselhamento no Instituto Superior de Gestão, Ciências e Tecnologia – Universidade Politécnica, nunca foi apresentada em algum outro lugar, para obtenção de qualquer grau académico e que, ela resulta da minha investigação individual sob orientação do meu supervisor, estando indicadas no texto e nas referências bibliográficas as fontes que foram utilizadas para o efeito.

Maputo, Junho de 2025

(Preciosa Júlia Oliveira Cossa)

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, ao meu esposo, pela força, dedicação e determinação que sempre demonstrou ao meu lado, especialmente nos momentos mais desafiadores desta caminhada. O teu apoio incondicional foi essencial para que eu pudesse chegar até aqui, e por isso expresso a minha mais profunda gratidão.

À minha colega e agora amiga, Márcia Machava, que esteve presente com palavras de encorajamento e gestos de apoio, especialmente na fase do estágio integral, deixo o meu sincero agradecimento. A tua amizade foi um verdadeiro presente ao longo desta jornada, jamais imaginei que sairia do curso com uma amiga tão especial.

À chefe de turma, Annelise Huber, uma pessoa com quem tive o privilégio de contar, expresso a minha profunda gratidão. Obrigada por me acolher com generosidade, por facilitar a minha integração na turma e, acima de tudo, por ter estado presente e disponível para me representar nos momentos em que mais precisei. O teu apoio fez toda a diferença e ficará sempre guardado no meu coração.

À minha tutora, deixo um agradecimento especial pela orientação atenta e pelo compromisso com o meu desenvolvimento académico. A tua dedicação, paciência e disponibilidade foram determinantes para a superação dos desafios ao longo deste trabalho.

Estendo também os meus agradecimentos a todos os docentes que me acompanharam nesta caminhada, por partilharem o seu conhecimento com empenho e sabedoria. Cada ensinamento contribuiu de forma valiosa para a minha formação e para a concretização desta etapa tão importante.

RESUMO

O presente estudo, intitulado “*Análise do Estigma Associado ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) na Retenção e Adesão ao Tratamento Antirretroviral (TARV) em Pacientes Seguidos no Hospital Geral José Macamo*”. A adesão refere-se ao compromisso do paciente em seguir corretamente o tratamento prescrito, enquanto a retenção está relacionada com a permanência contínua nos cuidados de saúde. Ambos são cruciais para o controlo eficaz do VIH, porém, frequentemente comprometidos pelo estigma associado à doença. Teve como objectivo analisar de que forma o estigma social interfere na adesão e continuidade do TARV entre os pacientes acompanhados nesta unidade de saúde. Utilizando uma abordagem qualitativa, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com pacientes seropositivos e profissionais de saúde, complementadas por análise documental de relatórios clínicos e protocolos institucionais. Os resultados revelam que o estigma se manifesta através do medo da rejeição social, discriminação familiar e comunitária, e desconfiança quanto à confidencialidade nos serviços de saúde. Tais factores dificultam a adesão regular ao tratamento, levando ao abandono, atrasos nas consultas e interrupção da medicação. Do ponto de vista psicológico, observou-se a presença de ansiedade, depressão, baixa autoestima e isolamento social entre os pacientes estigmatizados. As conclusões apontam para a necessidade de estratégias integradas que incluam formação humanizada dos profissionais de saúde, apoio psicossocial contínuo, campanhas educativas de sensibilização e envolvimento activo das comunidades. O estudo contribui para o entendimento das barreiras psicossociais que comprometem a eficácia do tratamento do VIH e reforça a importância de políticas públicas que promovam um ambiente de cuidado mais inclusivo e livre de estigma.

Palavras-chave: Estigma, Adesão ao TARV, VIH.

ABSTRACT

The present study, entitled “*Analysis of the Stigma Associated with the Human Immunodeficiency Virus (HIV) in Retention and Adherence to Antiretroviral Therapy (ART) Among Patients Followed at José Macamo Hospital*”, aimed to analyse how social stigma interferes with adherence and continuity of ART among patients monitored at this health facility. Adherence refers to the patient's commitment to correctly follow the prescribed treatment, while retention relates to the continuous engagement in healthcare services. Both are crucial for the effective control of HIV but are often compromised by the stigma associated with the disease. Using a qualitative approach, semi-structured interviews were conducted with HIV-positive patients and healthcare professionals, complemented by document analysis of clinical reports and institutional protocols. The results reveal that stigma manifests through fear of social rejection, family and community discrimination, and mistrust regarding confidentiality in health services. These factors hinder regular treatment adherence, leading to treatment abandonment, missed appointments, and medication interruption. From a psychological perspective, anxiety, depression, low self-esteem, and social isolation were observed among stigmatised patients. The conclusions point to the need for integrated strategies, including the humanised training of healthcare professionals, continuous psychosocial support, educational awareness campaigns, and active community involvement. The study contributes to the understanding of psychosocial barriers that undermine the effectiveness of HIV treatment and reinforces the importance of public policies that foster a more inclusive and stigma-free care environment.

Keywords: Stigma, ART Adherence, HIV.

ÍNDICE

PARECER DO SUPERVISOR	i
DECLARAÇÃO DE HONRA.....	ii
AGRADECIMENTOS.....	iii
RESUMO	iv
ABSTRACT.....	v
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	ix
LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS.....	x
CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO.....	1
1.1. Contextualização	1
1.2. Problema de Investigação	2
1.3. Pergunta de Pesquisa	4
1.3.1. Pergunta de Pesquisa	4
1.4. Objectivos da Pesquisa.....	4
1.4.1. Objectivo Geral	4
1.4.2. Objectivos Específicos	4
1.5. Justificativa	4
1.6. Delimitações da Pesquisa.....	5
1.7. Processo de Investigação	5
CAPÍTULO II – REVISÃO DA LITERATURA	7
2.1. Definição e Importância da Adesão e Retenção ao TARV.....	7
2.1.1. Definição da Adesão.....	7
2.1.1.1. Importância da Adesão ao TARV	8
2.1.2. Definição de Retenção ao TARV	9
2.1.2.1. Importância da Retenção	9
2.2. Conceitos e Tipos de Estigma e Discriminação Relacionado ao VIH /SIDA	10
2.2.1. Estigma	10
2.2.1.1. Estigma ao Tratamento de VIH.....	11
2.2.1.2. Impacto do Estigma ao Tratamento de VIH	11
2.2.2. Discriminação	13
2.2.3. Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH).....	13
2.2.3.1. Impacto do Tratamento Antirretroviral na Saúde Mental das Pessoas Vivendo com VIH	14

2.2.3.2.	Causas do VIH.....	16
2.2.3.3.	Sintomas do HIV.....	16
2.2.4.	Tipos de Estigma e Discriminação Relacionados com VIH/SIDA	17
2.3.	Adesão ao Tratamento Antirretroviral (TARV)	18
2.3.1.	Definição e Importância da Adesão TARV	18
2.3.2.	Factores que Influenciam Adesão ao Antirretroviral (TARV)	19
2.4.	Resumo das Intervenções de Direcções Nacional de Apoio Psicossocial (APSS) nos Cuidados e Tratamentos do VIH em Moçambique.....	20
2.4.1.	Principais Intervenções das Direcções de APSS	21
CAPÍTULO III – METODOLOGIA DE PESQUISA		24
3.1.	Tipo de Estudo e Desenho da Pesquisa	24
3.2.	População e Amostra.....	25
3.2.1.	Critérios de Inclusão:.....	25
3.2.2.	Critérios de Exclusão:.....	26
3.3.	Técnicas e Instrumentos de Recolha de Dados	26
3.3.1.	Técnicas de Recolha de Dados.....	26
3.3.1.1.	Pesquisa Bibliográfica	26
3.3.1.2.	Entrevistas Semiestruturadas.....	26
3.3.1.3.	Observação Não-participante	27
3.3.2.	Instrumentos de Recolha de Dados.....	27
3.4.	Procedimentos Administrativo	27
3.4.1.	Processo de Recolha de Dados.....	27
3.4.2.	Questões Éticas	27
CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....		29
4.1.	Características Demográficas dos Inquiridos	29
4.1.1.	Distribuição por Género	29
4.1.2.	Distribuição por Idade	30
4.1.3.	Nível de Escolaridade.....	30
4.1.4.	Distribuição dos Inquiridos por Profissão/ Ocupação Principal	31
4.1.5.	Tempo em Tratamento com TARV	31
4.2.	Principais Factores Psicossociais Associados ao Estigma que Influenciam a Adesão à TARV no Hospital José Macamo	32
4.2.1.	Experiência com o cumprimento do tratamento e episódios de não adesão	32
4.2.2.	Decisão de Interromper o Tratamento ou Não Seguir as Recomendações Médicas	35

4.2.3.	Dificuldades Enfrentadas para Seguir Correctamente a TARV	37
a)	Efeitos secundários e impacto físico	37
b)	Saúde mental e instabilidade emocional	38
c)	Estigma social, familiar e autoestigmatização	38
d)	Estratégias de superação e resiliência	39
4.2.4.	Percepção sobre a Importância do Tratamento com TARV	39
4.2.5.	Factores Motivadores para a Continuidade do Tratamento com TARV	41
a)	Desejo de viver e consciência do risco.....	41
b)	Apoio familiar como base emocional e prática	42
c)	Mudança de comportamentos e estilo de vida	42
d)	Exemplo de outros pacientes bem-sucedidos	42
e)	Barreiras estruturais como ameaças à motivação	43
4.3.	Relação entre o Estigma e a Adesão ao Tratamento do VIH no Hospital José Macamo	44
4.3.1.	Crenças e Atitudes Negativas na Comunidade	44
4.3.2.	Experiências de Discriminação em Espaços Públicos e Serviços de Saúde	44
4.3.3.	Impacto do Medo da Discriminação na Frequência às Consultas	45
4.3.4.	Comunicação com Familiares e Apoio Social	46
4.3.5.	Impacto do Estigma na Autoestima e na Saúde Mental dos Pacientes	47
4.4.	Impactos Psicológicos do TARV no Hospital José Macamo	47
4.4.1.	Sentimentos de Vergonha, Medo e Culpa	47
4.4.2.	Isolamento Social e Repressão Emocional.....	48
4.4.3.	Redução da Autoestima e da Imagem Pessoal.....	49
4.4.3.	Ansiedade, Depressão e Sofrimento Psíquico.....	49
4.4.4.	Afastamento dos Serviços de Saúde e Interrupção do Tratamento	50
4.4.5.	Falta de Suporte Psicológico Institucional	50
CAPÍTULO V: CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES		Erro! Indicador não definido.
5.1.	Conclusões	Erro! Indicador não definido.
5.2.	Recomendações	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS		54
ANEXOS E APENDICES		57
APENDICE I – Termo e Declaração de Consentimento		57
APENDICE II – Questionário.....		58
ANEXO II – Algoritmo de Testagem para o HIV em Adultos e Adolescentes		62

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1: Comunicação sobre o Estado Serológico com Familiares/Amigos	46
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição dos Inquiridos por Género	29
Tabela 2: Distribuição dos Inquiridos por Faixa Etária	30
Tabela 3: Nível de Escolaridade dos Inquiridos	30
Tabela 4: Distribuição por Profissão/Ocupação	31
Tabela 5: Tempo em Tratamento com TARV	31

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

APSS – Apoio Psicossocial

ARV – Antirretroviral

CDC – Centros de Controle e Prevenção de Doenças

EI – Entrevista Individual

F – Feminino

HGJM – Hospital Geral José Macamo

M - Masculino

MISAU – Ministério da Saúde

NIH - National Institutes of Health

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

ISTs – Infecções Sexualmente Transmissíveis

MP – Maputo

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONGs – Organização Não Governamentais

ONUSIDA – Programa Conjunto das Nações Unidas para o HIV/SIDA

P – Paciente

PS – Paciente de Saúde

PrEP – Profilaxia Pré-Exposição

PVHIV – Pessoas Vivendo com HIV

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

T CD4 – Linfócitos T CD4+ (Células T auxiliares)

TARV – Tratamento Antirretroviral

UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/SIDA.

WHO – World Health Organization

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO

1.1. Contextualização

O Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) continua a representar um dos maiores desafios de saúde pública a nível global, afectando profundamente não só a saúde física dos indivíduos, como também as suas dimensões sociais, psicológicas e emocionais. Embora os avanços científicos e clínicos tenham permitido melhorias substanciais no prognóstico das pessoas que vivem com o VIH, nomeadamente através da introdução e expansão da Terapia Antirretroviral (TARV), o estigma social permanece uma das principais barreiras à sua eficácia.

Este estigma, frequentemente enraizado em valores culturais, crenças religiosas e preconceitos morais associados à sexualidade e à transmissão do vírus, compromete significativamente a adesão dos pacientes ao tratamento, bem como a sua retenção nos cuidados continuados. A discriminação e o julgamento social não só reduzem a procura por cuidados de saúde como contribuem para o abandono do tratamento, levando ao agravamento clínico e ao aumento da carga viral na comunidade.

Em Moçambique, o VIH mantém-se como uma das principais preocupações no campo da saúde pública. Dados recentes da UNAIDS (2022) e (MISAU, 2021) indicam que o estigma continua a ser um obstáculo persistente na resposta nacional ao VIH, afectando directamente os níveis de adesão e continuidade do tratamento. Esta problemática assume contornos particularmente relevantes em contextos urbanos como a cidade de Maputo, onde coexistem diferentes dinâmicas culturais, sociais e institucionais.

O Hospital Geral José Macamo, enquanto unidade sanitária de referência na cidade de Maputo, constitui um espaço estratégico para a análise do impacto do estigma na adesão ao TARV. Idealmente, o acompanhamento das pessoas que vivem com o VIH deveria assentar numa abordagem integrada, combinando cuidados clínicos de qualidade com apoio psicossocial contínuo, num ambiente livre de discriminação. A implementação de acções como campanhas comunitárias de sensibilização, capacitação permanente dos profissionais de saúde em práticas humanizadas e inclusivas, e reforço das redes de apoio social são elementos fundamentais para a criação de um sistema de saúde mais acessível e equitativo (Pfeiffer et al., 2010).

Contudo, a realidade é marcada por desafios persistentes. Muitos utentes ainda enfrentam atitudes discriminatórias, tanto no seio das suas comunidades como no próprio sistema de

saúde, o que pode resultar em sentimentos de isolamento, baixa autoestima, e consequente abandono da terapia (Andrade & Iriart, 2015).

Neste contexto, torna-se fundamental analisar o impacto do estigma na adesão e retenção ao tratamento antirretroviral entre os pacientes seguidos no Hospital José Macamo. Tal análise permitirá não só compreender melhor as dinâmicas locais que contribuem para este fenómeno, como também contribuir para a formulação de estratégias mais eficazes de intervenção, ajustadas à realidade social e cultural dos utentes. Reforçar a abordagem comunitária e combater o estigma de forma estrutural constituem, por isso, medidas cruciais para alcançar melhores resultados terapêuticos e de saúde pública (MISAU, 2021).

1.2. Problema de Investigação

Desde a sua identificação nos anos 1980, o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) foi rapidamente associado, de forma estigmatizante, à marginalidade social e à morte iminente. A SIDA era então concebida como uma doença fatal, “castigo” de práticas consideradas desviantes, como as relações sexuais entre pessoas do mesmo sexo, o trabalho sexual e o consumo de drogas injectáveis. Esta visão inicial, fortemente sexualizada e moralizada, contribuiu para a construção de um estigma persistente, que ainda hoje afecta as pessoas vivendo com VIH (PVVIH), mesmo com os avanços significativos no tratamento antirretroviral (Cruz et al., 2020).

Em Moçambique, o estigma em torno do VIH/SIDA continua a ser um dos principais entraves à adesão e continuidade do tratamento antirretroviral (TARV). Estudos indicam que o estigma é alimentado por normas culturais, crenças religiosas e falta de literacia em saúde, conduzindo à ocultação do diagnóstico, à não revelação do estado serológico e ao abandono do tratamento. A discriminação manifesta-se em múltiplas esferas “familiar, comunitária e institucional” e é responsável por impactos negativos na saúde física e mental dos pacientes (Siteo et al., 2022).

Dados do Hospital Geral José Macamo, em Maputo, indicam que, em 2024, estavam em seguimento 3.400 pacientes seropositivos. Destes, cerca de 90% aderiram à TARV, enquanto 10% abandonaram o tratamento. A equipa técnica do sector de Apoio Psicossocial (APSS) identificou que, entre os factores que motivaram o abandono, destacam-se o estigma, a discriminação e o medo de exposição do diagnóstico no seio familiar e comunitário (Relatório APSS, 2024).

Muitos pacientes, após o diagnóstico, recusam-se a conhecer os seus resultados ou, mesmo iniciando o processo de TARV (Terapia Antirretroviral), não retornam às consultas de seguimento ou fazem-no de forma irregular. Essa adesão inconsistente compromete gravemente a eficácia do tratamento, contribuindo para falhas terapêuticas frequentes, o surgimento de resistência aos medicamentos antirretrovirais e o agravamento do estado clínico do paciente. Além disso, essa descontinuidade no acompanhamento médico dificulta o controlo da carga viral e a recuperação do sistema imunológico, aumentando o risco de infeções oportunistas e de transmissão do vírus a terceiros (Mbanze & Gimo, 2023).

O estigma institucional, por vezes presente no próprio ambiente hospitalar, também é referido como um obstáculo à continuidade do tratamento. Há relatos de pacientes que se sentem julgados ou discriminados por profissionais de saúde, situação que desencoraja a adesão e reforça sentimentos de vergonha, medo e isolamento (Machava & Bambo, 2021). A dimensão emocional do estigma não pode ser ignorada: sentimentos de culpa, ansiedade e depressão são comuns entre os pacientes seropositivos e comprometem a sua motivação para manter a regularidade terapêutica (Almeida, 2021).

Particularmente no caso das mulheres, o diagnóstico positivo é frequentemente vivido em silêncio, por receio de abandono conjugal, violência doméstica ou exclusão social (Nhampossa & Mutemba, 2022). Esta vulnerabilidade de género torna o estigma uma questão de saúde pública, exigindo respostas sensíveis e integradas.

Ainda pegando nos dados do relatório de Apoio Psicossocial (APSS) do Hospital Geral José Macamo de 2024, mais de 50% dos pacientes que iniciam o tratamento antirretroviral, entram através das consultas externas. Em outras palavras, o que lhes levou a Unidade Sanitária não foi testagem, mas por diversas razões, o clínico referente para a testagem, situação que lhes tem prolongado o processo de luto de revelação do diagnóstico. O mesmo relatório, refere ainda que ao longo das palestras e sessões de preparação para o tratamento antirretroviral e seguimento de adesão, nota-se que ainda existem crenças e percepções sobre o HIV/SIDA, que rotulam a pessoa positiva como alguém que utilizou mal o sexo e que é uma doença de mulheres.

Neste contexto, o presente estudo procurou analisar de que forma o estigma associado ao VIH pode influenciar na adesão e continuidade/retenção da TARV no Hospital Geral José Macamo. A resposta eficaz à epidemia do VIH exige, portanto, mais do que soluções clínicas: requer uma abordagem intersectorial, sustentada em educação, empatia e justiça social, com vista a

reduzir o estigma e a assegurar a dignidade e os direitos das pessoas vivendo com VIH em Moçambique.

1.3. Pergunta de Pesquisa

1.3.1. Pergunta de Pesquisa

Quais são os efeitos do estigma associado ao VIH na adesão e continuidade/retenção do tratamento antirretroviral (TARV) entre os pacientes acompanhados no Hospital Geral José Macamo?

1.4. Objectivos da Pesquisa

1.4.1. Objectivo Geral

- Analisar os efeitos do estigma associado ao VIH na adesão e a continuidade/retenção do tratamento antirretroviral (TARV) entre os pacientes do Hospital Geral José Macamo.

1.4.2. Objectivos Específicos

- Descrever os factores psicossociais associados ao estigma que influenciam a adesão e a continuidade do tratamento antirretroviral (TARV) no Hospital José Macamo;
- Explorar experiências sobre como o estigma e a discriminação afectam na retenção e adesão ao tratamento do VIH entre os pacientes do Hospital José Macamo;
- Caracterizar a percepção dos profissionais de saúde sobre o estigma no contexto hospitalar e o seu papel na criação de um ambiente favorável à adesão e continuidade do tratamento.

1.5. Justificativa

A realização deste estudo justifica-se pela necessidade urgente de compreender e superar as barreiras socioculturais e institucionais que comprometem a eficácia do tratamento do VIH. Ao focar-se no Hospital José Macamo, a investigação visa promover a melhoria da qualidade de vida dos pacientes seropositivos, através da criação de um ambiente acolhedor e livre de discriminação.

A **nível pessoal**, a escolha deste tema surge do desejo de contribuir para o aprofundamento do conhecimento sobre os factores que condicionam a adesão ao tratamento, reconhecendo a importância de compreender esta dinâmica na mitigação do sofrimento humano.

No **âmbito académico**, o tema assume relevância ao fomentar a reflexão crítica sobre os desafios enfrentados pelos sistemas de saúde em contextos marcados por elevada prevalência do VIH. Espera-se que o estudo identifique lacunas no conhecimento existente e contribua para o avanço da investigação científica, explorando a interligação entre estigma e sucesso das intervenções de saúde pública. Os resultados poderão, ainda, servir de base para o desenvolvimento de estratégias pedagógicas mais eficazes na formação de profissionais de saúde, promovendo uma prática mais ética, sensível e baseada em evidências.

Finalmente, **do ponto de vista social**, o estudo assume importância fundamental por abordar uma questão que afecta directamente a coesão social e os direitos humanos. Combater o estigma é uma condição indispensável para garantir o acesso equitativo à saúde, fortalecer os sistemas de apoio comunitário e garantir a dignidade das pessoas que vivem com VIH.

1.6. Delimitações da Pesquisa

Este estudo concentrou-se na influência do estigma associado ao VIH na adesão e continuidade do tratamento antirretroviral (TARV) por parte dos pacientes adolescentes e jovens, com idades entre 14 á 70 anos, no Hospital Geral José Macamo, na cidade de Maputo, durante o ano de 2024. A pesquisa teve como foco as experiências vividas por estes pacientes em relação ao estigma social e institucional, bem como as atitudes dos profissionais de saúde que actuam directamente no atendimento. Adicionalmente, foram analisadas as repercussões do estigma na continuidade do tratamento e na qualidade de vida dos doentes, buscando compreender os factores que influenciam positivamente ou negativamente a adesão ao TARV nesse contexto específico.

1.7. Processo de Investigação

A investigação será conduzida através da recolha de dados, análise qualitativa e interpretação dos resultados, onde o autor procederá à recolha de dados por meio de entrevistas semi-estruturadas com pacientes em tratamento, profissionais de saúde e outros intervenientes relevantes, bem como através de consultas a literatura científica e documentos institucionais. Esta abordagem visa identificar os principais factores associados ao estigma e à sua influência

na adesão à TARV. Após a recolha de dados, será feita uma análise de conteúdo que permitirá sistematizar as percepções, atitudes e obstáculos enfrentados pelos participantes.

Com base nestes dados, o autor pretende compreender os mecanismos através dos quais o estigma actua e compromete o tratamento, propondo estratégias de mitigação. O processo culminará com a apresentação de recomendações específicas para melhorar a adesão terapêutica e promover um ambiente mais inclusivo e livre de discriminação no Hospital José Macamo.

CAPÍTULO II – REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Definição e Importância da Adesão e Retenção ao TARV

2.1.1. Definição da Adesão

Segundo Couto & Paunde (2021), adesão é um processo dinâmico e multifactorial que abrange aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais, que requer decisões compartilhadas e coresponsabilizadas entre a PVHIV, a equipe de saúde e a rede social. Adesão é mais que tomar os ARVs é também aderir aos cuidados, ir às consultas, laboratório, farmácia e reforçar hábitos positivos.

A adesão ao tratamento inclui iniciar o tratamento para o VIH, comparecer a todas as consultas médicas e tomar os medicamentos antirretrovirais exatamente como prescrito. Para pessoas com VIH, a adesão ao tratamento é fundamental para se manterem saudáveis (NIH, 2024).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adesão terapêutica é o grau ou extensão em que o comportamento da pessoa em relação à toma da medicação, ao cumprimento da dieta e à alteração de hábitos ou estilos de vida corresponde às recomendações veiculadas pelos profissionais de saúde (WHO, 2003 citado por Camarneiro, 2021). Este conceito engloba os tratamentos prescritos, medicamentosos ou não, e todas as medidas profiláticas e de promoção da saúde propostas.

Já Miller et al. (1997 citado por Gusmão & Mion Jr, 2006), conceituam adesão ao tratamento como um meio para se alcançar um fim, uma abordagem para a manutenção ou melhora da saúde, visando reduzir os sinais e sintomas de uma doença.

A adesão está relacionada com o comportamento do paciente frente às ações propostas pelos profissionais de saúde que estão em acompanhamento do mesmo, não somente o ato de ingestão da medicação contínua, mas também como as mudanças nos hábitos alimentares e a prática de atividade física (Haynes et al., 1980 citado por Silva et al., 2020).

Os conceitos de adesão variam muito, mas se pode definir como “a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% de seu total, observando horários, doses, tempo de tratamento. Representa a etapa final do que se sugere como uso racional de medicamentos” (Leite & Vasconcellos, 2003).

Podemos dizer que a adesão á tratamento antirretroviral expressa a medida em que o comportamento do paciente coincide com a prescrição medica, tanto no aspecto farmacológico

quanto comportamental. Ela constitui uma medida da adaptação do paciente ao regime terapêutico.

2.1.1.1. Importância da Adesão ao TARV

A adesão ao TARV é um dos pilares fundamentais para o sucesso no tratamento do VIH/SIDA, tanto a nível individual como colectivo. A sua importância transcende o simples acto de tomar medicamentos, abrangendo aspectos clínicos, psicossociais e de saúde pública.

A adesão adequada ao TARV permite a supressão eficaz da carga viral, ou seja, a quantidade de vírus no sangue do indivíduo é reduzida a níveis indetectáveis, o que está associado a uma diminuição significativa da morbilidade e mortalidade associadas ao VIH. Uma adesão superior a 95% é essencial para garantir a eficácia terapêutica e evitar o risco de resistência aos antirretrovirais (Matos e Ferreira, 2019).

Além disso, a adesão está directamente relacionada com a melhoria da qualidade de vida do paciente, dado que permite a recuperação do sistema imunitário e a prevenção de infecções oportunistas. Os pacientes aderentes demonstram maior esperança de vida, comparável à da população geral em alguns contextos (Silva & Andrade, 2020).

A adesão à TARV é importante para maximizar os benefícios clínicos em termos de mortalidade e morbilidade, e para reduzir o risco de resistência aos medicamentos. (WHO, 2021).

Ao garantir a adesão ao tratamento, não só se melhora a saúde do indivíduo, como também se reduz o impacto do VIH/SIDA na sociedade, aliviando a pressão sobre os sistemas de saúde. Mabunda et al. (2022), sublinham que programas comunitários de apoio à adesão têm demonstrado ser eficazes em aumentar as taxas de supressão viral em Moçambique e outros países africanos, contribuindo para o alcance das metas globais da UNAIDS.

A adesão ao TARV é de importância vital para o controlo eficaz do VIH/SIDA. Envolve um compromisso contínuo por parte do paciente e o apoio de profissionais de saúde, familiares e comunidades. A promoção da adesão é, por isso, uma responsabilidade colectiva, essencial para a melhoria da saúde pública e para o alcance da erradicação da epidemia do VIH.

2.1.2. Definição de Retenção ao TARV

A retenção é a permanência e continuidade do paciente nos cuidados do HIV (Couto & Paunde, 2021).

A definição de retenção ao TARV refere-se á capacidade de um individuo que esta a tomar a terapia antirretroviral (TARV) para continuar o tratamento de forma consistente e continua. A retenção também é um factor crucial para o sucesso da TARV, pois a adesão continua aos medicamentos antirretroviral é essencial para suprir a carga viral e prevenir o desenvolvimento de doenças graves associada ao HIV (NIH, 2021).

Segundo Caraciolo (2007), a retenção é um processo dinâmico e multidimensional, influenciado por factores clínicos, psicossociais, culturais e comportamentais, além das características dos serviços de saúde. A ausência de retirada dos antirretrovirais por um período superior a três meses é considerada abandono do tratamento.

Brambatti e Carvalho (2005), destacam que a retenção está interligada à adesão, sendo afectada por factores individuais (como atitudes frente ao diagnóstico e tratamento, conhecimentos e suporte social), relacionados à doença (gravidade, duração e comorbidades) e ao tratamento (complexidade do regime terapêutico).

2.1.2.1. Importância da Retenção

A manutenção da retenção ao TARV é crucial para alcançar a supressão viral sustentada, melhorar a qualidade de vida das PVHIV e reduzir a transmissão do HIV.

Crawford (2017), observou que pacientes com baixa retenção levam o dobro do tempo para atingir a supressão viral, comprometendo os objectivos do tratamento. A não adesão ao tratamento, frequentemente associada à falta de retenção, pode resultar em falhas terapêuticas, desenvolvimento de resistência aos medicamentos e aumento da morbidade e mortalidade.

Fatores como apoio familiar, estabilidade financeira e ausência de estigmatização são determinantes para a retenção. Estudos mostram que a falta de suporte emocional e o medo de rejeição social podem levar ao abandono do tratamento. Intervenções nutricionais também desempenham um papel na retenção, pois melhoram a adesão e a efetividade do tratamento, além de mitigar os efeitos colaterais dos antirretrovirais (Barreto, 2019).

Por fim, a implementação de estratégias que promovam o diálogo entre profissionais de saúde e pacientes, fortalecendo o vínculo terapêutico, é essencial para melhorar a retenção ao TARV.

2.2. Conceitos e Tipos de Estigma e Discriminação Relacionado ao VIH /SIDA

2.2.1. Estigma

Segundo Taela (2004), o estigma relacionado com o VIH/SIDA é consequência da combinação entre a vergonha e o medo – vergonha, por causa dos tabus e dos juízos de valor que estão ligados à relação sexual, medo, por causa do medo do desconhecido, e por se tratar de uma doença considerada mortal.

Para Couto & Paunde (2021), o estigma é definido como uma identidade anormal manifestada pelo rótulo a um indivíduo por causa de uma característica ou situação em que a pessoa se encontra ou têm.

O estigma é uma cicatriz, uma marca visível (como os “*estigmas da varíola*”), podendo ser tanto um sinal infamante ou vergonhoso, como um sinal natural do corpo, nos dois casos, assinala uma distinção, isolando e, ao mesmo tempo, reunindo os possuidores de um mesmo atributo. Pensados a partir de sua origem religiosa, os estigmas associam-se às cinco chagas de Cristo: sua presença atesta não apenas a santidade, mas também o pertencimento a um grupo especial. Esta escolha, longe de ser um privilégio, carrega em si obrigações e distinções (Soares, 2009 citado por Costa & Miessa, 2019).

Para Leão & Lussi (2021), o estigma pode ser entendido como a diferença entre a identidade social real de uma pessoa, que representa quem ela realmente é, e a identidade social virtual, que reflete as características atribuídas a ela com base nas expectativas dos outros. Em essência, o estigma funciona como uma linguagem de relações e não está limitado a atributos físicos, psicológicos, morais, de raça, nacionalidade ou religião.

Na visão Goffman (1963, citado por Assensio & Soares, 2022), o estigma é um atributo que desqualifica um indivíduo de ser totalmente aceito na sociedade. Ele descreve o estigma como uma construção social que emerge da interação entre características vistas como indesejáveis e os valores e normas estabelecidos pela sociedade. Assim, o estigma é gerado em contextos de interação social e está profundamente arraigado nas normas culturais que definem o que é considerado normal ou desviante.

Link e Phelan (2001 citado por Siqueira & Cardoso, 2011), ampliam o conceito ao descreverem o estigma como um processo que envolve elementos interconectados: rotular, estereotipar, separar, causar perda de status e discriminar, estigma não é apenas uma característica

individual, mas também um fenômeno estrutural que reflete e reforça desigualdades presentes na sociedade.

Assim, o estigma, especialmente no contexto do VIH/SIDA, é mais do que uma simples atitude ou julgamento, trata-se de um fenômeno social, cultural e estrutural, que impõe barreiras à dignidade e à inclusão dos indivíduos afetados. Compreender suas múltiplas dimensões é essencial para o desenvolvimento de políticas públicas e estratégias educativas que promovam o respeito, a equidade e os direitos humanos.

2.2.1.1. Estigma ao Tratamento de VIH

O estigma associado ao tratamento do VIH é um dos principais obstáculos ao controlo eficaz da infeção. Este fenômeno manifesta-se de diversas formas, incluindo discriminação social, preconceito e autoestigma, dificultando a procura por assistência médica e a adesão ao tratamento. Estudos indicam que as pessoas que vivem com VIH frequentemente enfrentam rejeição nas suas comunidades e, em alguns casos, até mesmo nos serviços de saúde, o que reforça barreiras psicológicas e práticas ao tratamento (UNAIDS, 2022).

De acordo com Link e Phelan (2001), o estigma é um processo que envolve a rotulagem e estereotipagem, levando à exclusão social e à perda de estatuto. Estas dinâmicas são sustentadas por desigualdades estruturais, perpetuando ciclos de marginalização.

O estigma no contexto do VIH é frequentemente associado a normas culturais e religiosas que consideram a infeção um sinal de imoralidade ou fraqueza. Tal perceção afeta negativamente a saúde mental das pessoas infetadas e desencoraja o uso dos serviços de saúde (Andrade & Iriart, 2015).

As estratégias de educação comunitária e intervenções que promovam a empatia, a sensibilização e a humanização no atendimento são fundamentais para combater o estigma e melhorar a adesão ao tratamento (Pfeiffer et al., 2010).

A redução do estigma é, portanto, um passo essencial para alcançar melhores resultados de saúde pública e proteger os direitos humanos das pessoas que vivem com VIH.

2.2.1.2. Impacto do Estigma ao Tratamento de VIH

As formas de manifestação do estigma são diversas, abrangendo preconceitos baseados na aparência física, como cicatrizes ou deficiências, e preconceitos relacionados a categorias sociais, como raça, género, orientação sexual ou condições de saúde mental. O impacto do

estigma vai além das barreiras sociais e culturais, afetando também as dimensões emocional e psicológica dos indivíduos (Assensio & Soares, 2022).

Dessa forma, o estigma não se limita a atitudes individuais, mas é um fenómeno enraizado nas estruturas sociais e culturais que influenciam as dinâmicas de poder. A superação desse problema exige uma análise crítica das normas e valores que sustentam as desigualdades, bem como um esforço coletivo para dismantelar os sistemas que promovem e perpetuam a exclusão social.

No caso do VIH, o impacto do estigma é amplo e multifacetado, afectando tanto os indivíduos infetados quanto a sociedade como um todo. Para quem vive com o VIH, o estigma pode resultar em exclusão social, isolamento e perda de oportunidades económicas e educacionais. Além disso, este fenómeno intensifica problemas de saúde mental, como ansiedade e depressão, dificultando a adesão ao tratamento antirretroviral (Link & Phelan, 2001).

Segundo a UNAIDS (2022), no âmbito dos serviços de saúde, o estigma cria barreiras significativas ao acesso ao diagnóstico e ao tratamento. Muitas pessoas evitam procurar assistência médica por receio de discriminação ou julgamento nos estabelecimentos de saúde, o que resulta em atrasos no início do tratamento, aumentando o risco de complicações e a disseminação da infeção.

Por lado Andrade & Iriart (2015) refere que a nível comunitário, o estigma reforça desigualdades sociais e alimenta ciclos de marginalização. Normas culturais e interpretações erradas sobre o VIH, muitas vezes relacionadas a julgamentos morais, intensificam o preconceito e dificultam a implementação de medidas eficazes de prevenção e tratamento.

No plano estrutural, o impacto do estigma reflete-se em políticas públicas e na distribuição de recursos. A discriminação institucional pode limitar o financiamento e o desenvolvimento de programas voltados ao VIH, restringindo o alcance e a eficácia das ações implementadas (Pfeiffer et al., 2010).

Portanto, o estigma não prejudica apenas a saúde e o bem-estar das pessoas que vivem com o HIV, mas também compromete os esforços de saúde pública, fragilizando a confiança nos sistemas de saúde e dificultando o controlo da infeção. O combate ao estigma é, por conseguinte, indispensável para alcançar melhores resultados em saúde e promover a inclusão social.

2.2.2. Discriminação

Para Couto & Paunde (2010), discriminação é a acção resultante do estigma resultante na forma de tratamento desigual, separação, isolamento ou rejeição.

A discriminação relacionada ao VIH refere-se ao tratamento desigual e injusto (por ação ou omissão) de um indivíduo baseado em seu estado VIH real ou percebido. A discriminação, no contexto de VIH, também inclui o tratamento desigual daquelas populações mais afectadas pela epidemia. Discriminação relacionada ao VIH normalmente baseiam-se em atitudes e crenças estigmatizantes em relação a comportamentos, grupos, sexo, doenças e morte (UNAIDS, 2022).

De acordo com a ONUSIDA (2000, citado por Taela, 2004), discriminação ocorre quando é feita uma distinção em relação a uma pessoa, em consequência da qual ela é tratada incorrecta e injustamente, por pertencer, ou por se presumir que pertence, a determinado grupo. As pessoas ou grupos discriminados não têm os direitos e recursos que estão ao alcance dos outros.

Para Massignam, Bastos & Nedel (2015), a discriminação é a perpetração, sobre os indivíduos de um determinado grupo social, de uma relação de poder que os exclui, atribuindo-lhes características de menor valor moral, enquanto os membros dos grupos dominantes são investidos de virtudes que faltam aos demais.

Segundo Zandonai (2019), a discriminação é um comportamento humano e social que tem como consequência: violar normas fundamentais do ser humano relacionadas a sua dignidade, liberdade, igualdade e todos os demais direitos que se revestem de fundamental idade e que compõem a base da proteção do indivíduo.

Contudo, a discriminação, especialmente no contexto do VIH, reforça desigualdades, exclui, desumaniza e viola direitos fundamentais. Mais do que uma atitude individual, trata-se de um fenómeno estrutural, alimentado por normas sociais, preconceitos e relações de poder. Combater a discriminação exige ações políticas, educativas e sociais, voltadas para a promoção dos direitos humanos, da equidade e da inclusão.

2.2.3. Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH)

Conforme UNAIDS (2022), o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) é um microrganismo infecciosa que compromete o sistema imunológico, atacando especificamente as células CD4, que desempenham um papel essencial na proteção do organismo contra doenças. Quando não

tratada, a infecção pelo VIH reduz gradualmente a capacidade do corpo de combater infeções, culminando na Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

Para Fauci et al. (2020), o VIH é um retrovírus que utiliza a enzima transcriptase reversa para transformar o RNA viral em DNA, integrando-o ao genoma da célula hospedeira. Este mecanismo permite a replicação contínua do vírus, o que leva à destruição progressiva das células imunológicas.

Barreto (2019), refere que o VIH se transmite principalmente por contacto sexual, exposição a sangue contaminado ou através da transmissão vertical, que ocorre durante a gravidez, o parto ou a amamentação. O autor ressalta ainda que o diagnóstico atempado e o uso consistente do tratamento antirretroviral são cruciais para controlar a infecção e prevenir a evolução para a SIDA.

Por sua vez, Grinspoon e Carr (2021) apontam que o VIH vai além de uma simples patologia infecciosa, sendo também um problema de saúde global, influenciado por fatores sociais, económicos e culturais.

Estes autores, defendem que o VIH é um retrovírus que ataca o sistema imunológico, enfraquecendo progressivamente as defesas do corpo e, sem tratamento, pode evoluir para SIDA. A transmissão ocorre por vias sexual, sanguínea ou vertical. O diagnóstico precoce e o tratamento antirretroviral são fundamentais para controlar a infecção. Além de ser uma doença infecciosa, o VIH está intrinsecamente ligado a fatores socioeconómicos e culturais, representando um desafio global.

2.2.3.1. Impacto do Tratamento Antirretroviral na Saúde Mental das Pessoas Vivendo com VIH

Um dos elementos proeminentes que contribuem para qualidade de vida prejudicada de pessoas vivendo com VIH é a saúde mental. Problemas mentais como depressão e ansiedade, são muito comuns entre pessoas vivendo com VIH.

Segundo UNAIDS (2022), pessoas vivendo com VIH correm um risco de desenvolver problemas de saúde mental, muitas vezes sofrendo de depressão e ansiedade à medida que se ajustam ao diagnóstico e se adaptam a viver com uma doença infecciosa crónica. As pessoas vivendo com VIH podem vivenciar problemas de saúde mental que podem afectar sua qualidade de vida e impedi-las de procurar assistência médica, aderir ao tratamento e continuar sob cuidados.

De acordo com OMS (2010 citado por Silva, 2011), a depressão é um transtorno mental comum sendo caracterizada por tristeza, acompanhada por sentimentos de culpa ou baixa autoestima, bem como perda de prazer ou interesse, distúrbio no sono ou no apetite, pouca energia e concentração prejudicada. Tais distúrbios, principalmente quando associados a outras patologias, como o VIH /AIDS, podem se tornar crônicas ou recorrentes, bem como prejudicar a capacidade para lidar com as atividades da vida diária. Nesse sentido, o VIH pode contribuir para presença de transtorno mental, independente da idade.

Para Lima et al., (2025), transtornos mentais e a discriminação dificultam a adesão ao tratamento, enquanto apoio psicológico e familiar favorecem o bem-estar e a continuidade do tratamento.

Alem disso, o VIH e outras infecções podem afetar o cérebro e o sistema nervoso. Alguns medicamentos para VIH podem causar sintomas de depressão, ansiedade e insônia, além de agravar alguns problemas de saúde mental. Ter um transtorno mental pode tornar a prevenção e o tratamento do VIH mais desafiadores para algumas pessoas.

Conforme Remien et al. (2019), a adesão ao TARV está diretamente relacionada ao estado de saúde mental do paciente, sendo a depressão e a ansiedade os transtornos mais frequentemente observados nesse grupo.

Brandt et al. (2016), argumentam que o início do TARV pode desencadear sentimentos ambivalentes: por um lado, há o alívio por ter acesso ao tratamento eficaz; por outro, emergem o estigma, o medo da rejeição e a internalização da doença, que podem agravar quadros de sofrimento psíquico.

Outro ponto relevante é a associação entre distúrbios neuropsiquiátricos e o uso prolongado de TARV. Tozzi et al. (2013), ressaltam que, apesar do controle virológico, muitos pacientes apresentam sintomas cognitivos e alterações no funcionamento executivo, o que pode ser atribuído tanto à ação direta do VIH no sistema nervoso central quanto à neurotoxicidade de alguns fármacos antirretrovirais.

Contudo, Benton et al. (2018) enfatizam que o suporte psicossocial é essencial para o sucesso do tratamento, visto que a presença de sintomas depressivos pode comprometer a adesão ao TARV e, conseqüentemente, a eficácia terapêutica. O acompanhamento psicológico, aliado ao aconselhamento e à educação em saúde, mostrou-se eficaz na redução de sintomas psiquiátricos e na promoção de maior adesão terapêutica (Pence et al., 2012).

2.2.3.2. Causas do VIH

O vírus da imunodeficiência humana (VIH) é causado pela infeção com um retrovírus pertencente à família Retroversidade, que ataca diretamente o sistema imunológico, com especial impacto sobre os linfócitos T CD4+, células essenciais para a proteção do organismo contra infeções. A transmissão do VIH ocorre principalmente através do contacto com fluidos corporais contaminados, como sangue, sémen, fluidos vaginais e leite materno (UNAIDS, 2022).

Entre as principais formas de transmissão destaca-se a prática de relações sexuais desprotegidas, sem o uso de preservativos, que representa a maior parte dos novos casos.

De acordo com Barreto (2019), outras formas relevantes incluem o uso partilhado de agulhas ou seringas contaminadas, transfusões de sangue não controladas e a transmissão vertical, que acontece da mãe para o bebé durante a gravidez, o parto ou a amamentação.

A vulnerabilidade à infeção pelo VIH pode ser agravada pela presença de outras infeções sexualmente transmissíveis (ISTs), que causam inflamações ou lesões nos tecidos genitais e retais, facilitando a entrada do vírus no organismo (Fauci et al., 2020).

Além disso, barreiras socioculturais, como o estigma e a discriminação, bem como a falta de acesso a informações sobre prevenção, comprometem os esforços para travar a disseminação da infeção (Parker & Aggleton, 2003).

É importante notar que o VIH não se transmite por contacto casual, como apertos de mão, abraços ou partilha de objectos do quotidiano, uma vez que o vírus não sobrevive fora do corpo humano em condições normais. Assim, a educação, a promoção de medidas preventivas e o acesso ao diagnóstico precoce são fundamentais para reduzir a propagação e controlar o VIH.

2.2.3.3. Sintomas do HIV

Os sintomas do VIH variam conforme a etapa da infeção, seguindo geralmente um padrão progressivo. Na fase inicial, conhecida como infeção aguda, é comum que os indivíduos manifestem sinais semelhantes aos de uma gripe, como febre, cansaço, dores de cabeça, inflamação nos gânglios linfáticos e irritação na garganta. Esta etapa, também chamada de síndrome retroviral aguda, ocorre cerca de duas a quatro semanas após a exposição ao vírus e caracteriza-se por uma elevada carga viral no organismo (Fauci et al., 2020).

Após esta fase inicial, o VIH pode permanecer sem apresentar sintomas durante vários anos. Durante este período, o vírus continua a replicar-se, enfraquecendo gradualmente o sistema imunológico. Apesar disso, alguns indivíduos podem relatar sintomas leves, como infeções recorrentes, cansaço persistente, perda de peso inexplicável ou suores noturnos (Barreto,2019).

Para UNAIDS (2022), a fase avançada, chamada de SIDA, o sistema imunológico encontra-se gravemente comprometido. Neste estágio, surgem sintomas mais graves, incluindo infeções oportunistas, como pneumocistose e tuberculose, bem como doenças associadas, como sarcoma de Kaposi e linfomas. Esta fase é caracterizada por uma redução drástica das células CD4, que desempenham um papel crucial na defesa do organismo contra infeções.

O tratamento antirretroviral desempenha um papel essencial no controlo da replicação do vírus, fortalecendo o sistema imunológico e diminuindo significativamente o risco de complicações graves (Grinspoon & Carr, 2021).

De acordo com a UNIMED (2023), os sintomas podem ser divididos em três fases principais:

- **1ª Fase – Infeção Aguda:** nesta etapa, a carga viral aumenta rapidamente após a infeção. Muitos indivíduos apresentam sintomas como febre, diarreia, fadiga, perda de peso e dor de garganta, aproximadamente duas a quatro semanas após a exposição ao vírus.
- **2ª Fase – Fase de Latência:** cerca de nove semanas após a infeção, a pessoa pode entrar na fase de latência, em que a diminuição das células de defesa ocorre de forma gradual. Nesta etapa, muitos portadores do vírus permanecem assintomáticos durante anos.
- **3ª Fase – Evolução para SIDA:** Sem o tratamento adequado, a infeção pode progredir para SIDA, com sintomas graves e complicações severas associadas.

2.2.4. Tipos de Estigma e Discriminação Relacionados com VIH/SIDA

Segundo a UNAIDS (2022), as diversas formas de estigmas e discriminação que afectam pessoas vivendo com VIH e vivendo com SIDA incluem, entre suas consequências mais frequentes, o assédio moral, a exclusão social, a agressão física e a perda do emprego, mesmo com o arcabouço legal já existente no país para proteger estas pessoas, reforçado pelas leis.

Para Subu, Wait & Netrida (2021), o estigma associado ao VIH/SIDA manifesta-se de diferentes formas e em diversos contextos sociais. Pode ser classificado em cinco categorias principais: **estigma interpessoal, estigma comunitário, estigma organizacional, estigma estrutural e autoestigma.**

O **estigma interpessoal** refere-se à discriminação ou atitudes negativas manifestadas por indivíduos no círculo social próximo da pessoa vivendo com VIH, como familiares, amigos ou colegas de trabalho. Já o **estigma comunitário** estende-se para além do círculo interpessoal, envolvendo percepções e atitudes de líderes religiosos, comunitários e grupos sociais em geral. Segundo Turan et. al., (2017), o **estigma organizacional** ocorre dentro de instituições formais, como os serviços de saúde, instituições religiosas, educativas e locais de trabalho, onde indivíduos podem ser tratados de forma discriminatória ou privada de direitos e oportunidades por viverem com VIH.

Por outro lado, o **estigma estrutural** refere-se a práticas, leis e políticas que, de forma sistémica, marginalizam pessoas vivendo com VIH. Isso inclui, por exemplo, barreiras no acesso a serviços de saúde ou a inexistência de leis que protejam os direitos dessas pessoas.

Finalmente, o **autoestigma** é o processo em que a própria pessoa vivendo com VIH internaliza as atitudes negativas da sociedade, o que pode gerar sentimentos de vergonha, culpa, constrangimento e baixa autoestima (Massignam, Bastos, & Nedel, 2019).

A análise dos diferentes tipos de estigma e discriminação evidencia que o VIH/SIDA não é apenas uma questão biomédica, mas também uma questão social e estrutural. A diversidade de formas de estigmatização revela como o preconceito se insere nos diversos níveis da vida social, desde o íntimo ao institucional e como isso afecta diretamente a qualidade de vida das pessoas que vivem com VIH. A desconstrução dessas formas de estigma requer mudanças culturais, políticas públicas eficazes, educação comunitária e empoderamento das pessoas afectadas.

2.3. Adesão ao Tratamento Antirretroviral (TARV)

2.3.1. Definição e Importância da Adesão TARV

O TARV é o tratamento com antirretrovirais que tem como principal objectivo controlar a multiplicação do vírus no organismo de uma pessoa que vive com HIV (Couto & Paunde, 2021).

Segundo PAHO (2015), a adesão antirretroviral (TARV) é o tratamento de pessoas infectadas com vírus da imunodeficiência humana (VIH) usando medicamentos anti-VIH. O tratamento padrão consiste em combinação de medicamentos (frequentemente chamados de “*terapia antirretroviral altamente activa*” ou *HAART*) que suprimem a replicação do VIH. A

combinação de medicamentos é usada para aumentar a potência e reduzir a probabilidade de o vírus desenvolver com resistência.

Para IAPAC (2024), a TARV é um grupo de medicamentos que tratam o VIH. Os medicamentos não matam o vírus nem curam o HIV. No entanto, quando tomados em combinação, eles podem impedir o crescimento do vírus. Quando vírus é desacelerado, a doença do VIH também é.

Segundo a OMS (2002 citado por Siteo, 2015), a adesão ao tratamento antirretroviral pode ser definida como o comportamento de uma pessoa tomar remédios, seguir uma dieta, ou executar mudanças em estilo de vida, que, entretanto, corresponde às recomendações da equipe da saúde.

O início da adesão antirretroviral pode ser um dos momentos mais difíceis para quem vive com VIH, pois , uma nova rotina deverá ser incorporada ao seu dia-a-dia, entretanto, os remédios podem fazê-lo lembrar a cada momento da própria seropositividade. (Teixeira, Paiva & Shimma, 2000 citados por Ministério da Saúde, 2008).

As definições anteriormente apresentadas destacam a importância da colaboração mútua entre o paciente e a equipa de saúde no processo de adesão ao tratamento, aspecto este que considero fundamental para o êxito dessa adesão, contudo, neste trabalho, adoto tais definições com certa reserva, uma vez que, no contexto onde realizou-se a pesquisa, as recomendações médicas parecem ter pouca influência sobre a decisão das pessoas em aderirem ao tratamento antirretroviral.

2.3.2. Factores que Influenciam Adesão ao Antirretroviral (TARV)

De acordo com Pedro (2015), existem três factores complementares que influenciam na adesão ao tratamento: o primeiro tem a ver com a **subjectividade individual** na qual os informantes têm obrigação de aderir ao tratamento, por causa da acentuada debilidade física constante. O segundo factor tem a ver com a **obrigação de aderir ao tratamento** porque sentem-se responsáveis em cuidar das suas famílias e protegê-las e o terceiro factor, os **informantes aderem ao tratamento** por causa do apoio que tem tido das pessoas mais próximas.

Segundo a USAID (2010), a adesão ao TARV pode ser influenciada por vários factores. Um deles são os **efeitos secundários da medicação**, que muitas vezes se agravam com a carência alimentar. Esses efeitos podem ser confundidos com novas doenças, mas tendem a ser superados quando há apoio de um profissional de saúde e tratamento adequado.

Outro fator é a **dificuldade de acesso aos serviços de saúde**. Embora o tempo de deslocamento até às unidades sanitárias varie, longas distâncias associadas à falta de meios de transporte e aos longos períodos de espera desmotivam os pacientes. Além disso, a questão da comunicação do estado serológico à família também pesa. O **medo de rejeição, abandono ou violência** leva muitas pessoas a esconderem a sua condição, o que compromete a continuidade do tratamento.

Para Gaspar (2013), adesão ao TARV é influenciada por múltiplos fatores. Do ponto de vista social e económico, a situação profissional, as condições habitacionais, o acesso ao transporte e o suporte social têm um papel importante, a falta de apoio familiar, o isolamento e as dificuldades financeiras reduzem a adesão, sobretudo quando há prioridades como alimentação ou cuidados a dependentes. A idade também pode influenciar, já que idosos enfrentam obstáculos como dificuldades de leitura ou problemas mentais. Estilos de vida, como a toxicod dependência, também contribuem negativamente.

Uma comunicação eficaz e o apoio técnico e emocional promovem maior confiança e compromisso com o tratamento. Por outro lado, sistemas de saúde frágeis, horários inadequados, má distribuição de medicamentos e falta de conhecimento dos profissionais dificultam o acesso e comprometem a adesão. Quanto à doença em si, a perceção da sua gravidade e a presença de sintomas influenciam o comportamento dos doentes. Muitos abandonam o tratamento quando não sentem sintomas.

2.4. Resumo das Intervenções de Diretrizes Nacional de Apoio Psicossocial (APSS) nos Cuidados e Tratamentos do VIH em Moçambique

As Diretrizes Nacionais de Apoio Psicossocial (APSS) em Moçambique constituem um instrumento fundamental para garantir a qualidade e continuidade dos cuidados e tratamentos do HIV, promovendo a adesão ao tratamento antirretroviral (TARV) e reduzindo a perda de seguimento nos serviços de saúde. Estas diretrizes integram componentes clínicos, sociais e emocionais, reconhecendo que a resposta ao VIH requer uma abordagem holística e centrada na pessoa.

Segundo a APSS considera-se **faltoso** ao paciente que não compareceu à consulta ou à farmácia até 59 dias após a data marcada, sem justificativa prévia. Este estado indica risco de interrupção do tratamento, sendo necessária uma intervenção imediata para retomar o contacto com o utente.

E **abandono** quando o utente não retorna ao serviço de saúde 60 dias ou mais após a data prevista da consulta ou da dispensa da medicação. Neste caso, o paciente é considerado como perdido para seguimento e é necessário iniciar processos de busca activa para possível reintegração (Couto & Paunde, 2021).

Segundo esses autores, a APSS tem como objectivo:

- Promover adesão ao tratamento e retenção no cuidado.
- Oferecer apoio emocional e psicológico aos utentes e suas famílias.
- Reduzir o estigma e discriminação associados ao VIH.
- Promover a autonomia e empoderamento dos utentes.
- Estimular o envolvimento comunitário e familiar no processo de tratamento.

2.4.1. Principais Intervenções das Diretrizes de APSS

As intervenções de APSS são adaptadas à realidade sociocultural de Moçambique e são aplicadas em diferentes fases do tratamento, com enfoque especial em populações vulneráveis (crianças, adolescentes, grávidas, populações chave, etc.).

Os principais tipos de aconselhamento ou intervenções oferecidas á pessoas vivendo com VIH são:

- **Aconselhamento Individual:** tem como objectivo melhorar o conhecimento sobre o VIH e promover uma tomada de decisão consciente em relação a adesão aos cuidados e ao tratamento. Para além disso, aumenta as habilidades para lidar com questões de fórum psicológico e emocional;
- **Aconselhamento de Casais:** refere-se ao aconselhamento conjunto ao casal como por exemplo em casos de revelação dos resultados ou seguimento ao tratamento. Também está direccionado para casais sero-discordantes de modo a adoptar comportamentos para reduzir o risco de infecção ou reinfeção do VIH no casal;
- **Aconselhamento entre Pares:** no âmbito do VIH, consiste na abordagem de apoio e aconselhamento entre pessoas que tem o mesmo seroestado de HIV e podem ter outras características relacionadas como sexo, idade, condição social ou de vulnerabilidade;
- **Aconselhamento em Grupo:** têm como objectivo promover a adesão ou o suporte de outros pacientes através da troca e partilha de experiências, principais desafios, fases de superação relativos à situação, doença e ao tratamento;

- **Aconselhamento Centrado no Paciente:** tem como objectivo explorar as necessidades e dificuldades apresentadas pelo paciente ou utente e identificar soluções ou estratégias de superação das barreiras por si apresentadas;
- **Aconselhamento em momento de Crise:** refere-se ao aconselhamento a alguns pacientes ou utentes que podem apresentar em alguns momentos sentimentos de negação, raiva, choque, manifestado por choros, gritos ou até o silêncio. É importante que o provedor de saúde esteja preparado para lidar com estas situações e saiba conduzir a situação oferecendo o apoio necessário;

Os principais cuidados psicossociais para PVHIV são:

- **Aconselhamento para Revelação de Diagnóstico:** visa dar a conhecer o seu seroestado e prestar apoio psicológico ou emocional de modo que o paciente inicie o processo de aceitação do diagnóstico. O mesmo pode ser oferecido á:
 - ✓ Novos pacientes diagnosticados para HIV;
 - ✓ Crianças e adolescentes que não conhecem o seu seroestado;
 - ✓ Parceiro/a positivo que não informou o seu seroestado ao seu parceiro/a;
- **Aconselhamento para o início do TARV (*Pré-TARV*):** visa garantir que todas as condições estejam preparadas para que o paciente inicie o TARV, começando antes por avaliar a aceitação do diagnóstico, a prontidão para o início do tratamento, não deixando de lado a proposta ao paciente para o envolvimento de um confidente;
- **Aconselhamento de Seguimento e Reforço de Adesão:** visa garantir a avaliação da adesão ao longo do tratamento. A cada consulta são realizadas acções que visam apoiar o paciente ou utente a enfrentar e desenvolver estratégias diante dos desafios e barreiras que possam surgir ao longo do tratamento para garantir a boa adesão;
- **Aconselhamento para pacientes com factores psicossociais que afectam a adesão:** visa apoiar o paciente caso seja identificado algum factor psicossocial que afecta a adesão, de forma mais regular e de modo a ultrapassar seus problemas e melhorar a adesão;
- **Aconselhamento para paciente com suspeita ou confirmação da falência terapêutica:** visa fornecer informação do estado de saúde do paciente e da fraca resposta do organismo ao tratamento, dar apoio com mensagens de reforço de adesão e prepará-lo para possíveis alterações na rotina do tratamento;

- **Aconselhamento para mudança de linha do TARV:** visa fornecer informação sobre a mudança que vai ocorrer no tratamento do paciente e dar apoio com mensagens intensificadas de reforço de adesão para garantir que o paciente se mantenha aderente ao novo regime de tratamento;
- **Aconselhamento de reintegração (*faltosos ou abandonos*):** visa oferecer mensagens de incentivo e suporte aos pacientes em situação de falta ou abandono ao tratamento para garantir o retorno e permanência aos cuidados e tratamento na unidade sanitária.

As intervenções de APSS são implementadas sob coordenação do Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU), através do Programa Nacional de Controlo do HIV/SIDA, com apoio de parceiros como ONGs, instituições de saúde comunitária e organismos internacionais (como ONUSIDA e CDC) (Couto & Paunde, 2021).

CAPÍTULO III – METODOLOGIA DE PESQUISA

Este capítulo apresenta os aspectos metodológicos que nortearam a pesquisa, abordando os seguintes tópicos: tipo de estudo e desenho da pesquisa, população e amostra, técnicas e instrumentos de recolha de dados, procedimentos, e considerações éticas.

3.1. Tipo de Estudo e Desenho da Pesquisa

Para responder os objectivos desenvolveu-se um estudo descritivo transversal exploratório com abordagem qualitativa. Segundo Richardson (2012), a abordagem qualitativa visa compreender de forma aprofundada os significados atribuídos pelos indivíduos às suas experiências e contextos sociais. A pesquisa qualitativa mostrou-se particularmente adequada para explorar fenómenos sociais e culturais complexos, como o estigma associado ao VIH e a sua relação com a adesão ao tratamento, permitindo o entendimento das percepções, atitudes e dinâmicas subjetivas que influenciaram os comportamentos dos participantes.

De acordo com Chizzotti (2000), a abordagem qualitativa centra-se na compreensão profunda dos fenómenos, privilegiando o entendimento das motivações e razões que fundamentam as crenças e atitudes. Neste contexto, a abordagem revelou-se especialmente pertinente, uma vez que o objectivo foi compreender como o estigma, enquanto fenómeno social, afectava a experiência dos pacientes na adesão ao tratamento do VIH no Hospital Geral José Macamo. O investigador assumiu um papel ativo na interpretação dos significados atribuídos pelos participantes às suas vivências, num processo dinâmico, interativo e reflexivo.

O desenho da pesquisa consistiu na definição de estratégias de recolha de dados, incluindo a formulação do problema e os objectivos. Foram utilizadas técnicas como a pesquisa bibliográfica, entrevistas semiestruturadas e observação não-participante, complementadas por instrumentos como o diário de campo, que proporcionaram uma análise mais abrangente e rica do fenómeno em estudo.

À luz do tema proposto, a abordagem qualitativa permitiu explorar as experiências dos pacientes em relação ao estigma, analisando as suas percepções, interpretações e reações face ao tratamento do VIH. Esta metodologia não apenas identificou barreiras, como também contribuiu para a compreensão de fatores facilitadores da adesão, considerando o contexto social e cultural vivenciado no Hospital José Macamo.

3.2. População e Amostra

A população-alvo da presente investigação compreendeu pacientes diagnosticados com VIH em seguimento clínico no Hospital Geral José Macamo, bem como profissionais de saúde directamente envolvidos no seu acompanhamento e prestação de cuidados no âmbito do tratamento antirretroviral (TARV).

De acordo com Gil (2008), a população corresponde ao conjunto de indivíduos que partilham características relevantes em relação ao objecto de estudo. Neste contexto, foram considerados como elegíveis para a amostra pacientes de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 14 e os 70 anos, em tratamento antirretroviral há pelo menos seis meses. Importa destacar que a amostra não foi composta por qualquer paciente em tratamento, mas sim por doentes previamente identificados com histórico de abandono, interrupção ou faltas frequentes às consultas e recolha de medicação, considerados como casos de adesão irregular ou precária ao TARV.

Esta escolha deveu-se ao objectivo central da pesquisa: compreender de forma aprofundada a influência do estigma na continuidade e adesão ao tratamento, sendo, por isso, essencial ouvir directamente pacientes cuja experiência clínica tenha sido marcada por dificuldades de permanência no sistema de cuidados. A inclusão de profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros e técnicos do sector de atendimento ao VIH, visou complementar a análise com a perspectiva institucional sobre as barreiras e dinâmicas envolvidas.

A amostra total foi constituída por 22 participantes, dos quais 19 eram pacientes e 3 profissionais de saúde, seleccionados por meio de amostragem não-probabilística intencional, conforme sugerem Prodanov & De Freitas (2013). Esta técnica mostrou-se apropriada por possibilitar a escolha deliberada de sujeitos que detinham experiências significativas e conhecimentos específicos relacionados com o fenómeno do estigma e a adesão ao tratamento, o que foi essencial para o aprofundamento da análise qualitativa pretendida neste estudo.

3.2.1. Critérios de Inclusão:

- Ser paciente diagnosticado com VIH e em tratamento no Hospital Geral José Macamo;
- Ter idade compreendida entre 15 e 70 anos;
- Ter histórico de abandono temporário, faltas regulares às consultas ou interrupções no levantamento da medicação, configurando um padrão de adesão irregular ao tratamento;

- Estar em tratamento antirretroviral (TARV) há pelo menos seis meses;
- Ser profissional de saúde (médico, enfermeiro ou técnico) com experiência directa no acompanhamento de pacientes com VIH no serviço de TARV do hospital.

3.2.2. Critérios de Exclusão:

- Pacientes em estado de saúde crítico ou com alterações cognitivas ou psicológicas significativas que comprometessem a capacidade de prestar informações fiáveis;
- Pacientes que se encontravam em início recente de tratamento (menos de seis meses), por não possuírem ainda um histórico clínico significativo de adesão;
- Indivíduos que não consentissem participar voluntariamente, mesmo que preenchessem os restantes critérios;
- Profissionais de saúde sem contacto directo com o atendimento a pacientes com VIH, por não se enquadrarem nos objectivos específicos da pesquisa.

3.3. Técnicas e Instrumentos de Recolha de Dados

3.3.1. Técnicas de Recolha de Dados

3.3.1.1. Pesquisa Bibliográfica

A pesquisa bibliográfica constituiu a base teórica do estudo, permitindo o levantamento e análise de publicações científicas relacionadas ao tema. Conforme Lakatos e Marconi (2003), essa técnica possibilita a construção do referencial teórico a partir de artigos, livros, teses e documentos institucionais. Foram priorizadas fontes que abordassem o estigma, a adesão ao tratamento e o VIH no contexto africano, garantindo um embasamento teórico coerente e contextualizado.

3.3.1.2. Entrevistas Semiestruturadas

As entrevistas semiestruturadas foram utilizadas como técnica principal de recolha de dados. Segundo Minayo (2010), essa abordagem permite ao investigador explorar temáticas específicas, mantendo a flexibilidade para que os entrevistados expressem livremente as suas opiniões e experiências. As entrevistas abordaram questões relacionadas às vivências dos pacientes com o tratamento, os desafios enfrentados devido ao estigma e a influência do suporte institucional.

3.3.1.3. Observação Não-participante

A observação não-participante foi empregue como técnica complementar, permitindo o registo de comportamentos, interações e dinâmicas sociais nos espaços do hospital. Conforme Marconi e Lakatos (2003), essa técnica é útil para captar informações implícitas ou não verbalizadas pelos participantes, enriquecendo a interpretação dos dados coletados.

3.3.2. Instrumentos de Recolha de Dados

- **Guia de Entrevistas:** Roteiro com perguntas pré-estabelecidas, utilizado para orientar a realização das entrevistas.
- **Diário de Campo:** Utilizado para registar observações, impressões e reflexões do pesquisador ao longo do trabalho de campo.
- **Dados Estatísticos:** Informações recolhidas de fontes oficiais (como MISAU e Hospital José Macamo) sobre o número de pacientes, adesão ao TARV e casos de problemas de saúde mental no período em estudo.

3.4. Procedimentos Administrativo

3.4.1. Processo de Recolha de Dados

A recolha dos dados foi realizada nas instalações do Hospital José Macamo e seguiu as seguintes etapas:

- Apresentação dos objectivos da pesquisa aos potenciais participantes;
- Obtenção do consentimento informado;
- Realização das entrevistas e observações, respeitando os horários e a disponibilidade dos participantes;
- Registo das informações por meio de anotações no diário de campo e dados estatísticos;
- Transcrição textual das entrevistas para fins de análise qualitativa.

3.4.2. Questões Éticas

A investigação respeitou os princípios éticos aplicáveis aos estudos com seres humanos. A confidencialidade e o anonimato dos participantes foram garantidos por meio de codificações, assegurando a proteção da identidade dos envolvidos. Todos os participantes foram informados quanto aos objectivos, metodologia e possíveis implicações do estudo, sendo-lhes solicitado o consentimento livre e esclarecido.

A participação foi voluntária, e os indivíduos puderam desistir do estudo a qualquer momento, sem prejuízo aos seus direitos. Todas as informações recolhidas foram utilizadas exclusivamente para fins científicos, assegurando-se o respeito, a dignidade e o bem-estar emocional dos participantes durante todas as etapas da pesquisa.

CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1. Características Demográficas dos Inquiridos

Esta secção apresenta uma análise detalhada das características demográficas dos inquiridos que participaram no estudo sobre o estigma e a adesão ao tratamento antirretroviral (TARV), realizado no Hospital José Macamo no ano de 2024. A compreensão do perfil dos participantes é fundamental para contextualizar os dados recolhidos e identificar padrões relevantes relacionados ao estigma e ao processo de adesão ao tratamento. Foram analisados aspectos como a idade, o género, o nível de escolaridade, a ocupação e o tempo em tratamento. Estes elementos permitem uma visão mais abrangente sobre as dinâmicas sociais que influenciam a adesão ao TARV.

A amostra total foi composta por 22 participantes, sendo 19 pacientes em tratamento e 3 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos), selecionados por meio de amostragem não probabilística intencional.

4.1.1. Distribuição por Género

O estudo envolveu 19 pacientes em seguimento no Hospital José Macamo. Destes, 9 (47,4%) eram do sexo masculino e 10 (52,6%) do sexo feminino, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1: Distribuição dos Inquiridos por Género

Sexo	Frequência (n)	Percentagem (%)
Masculino	9	47,4%
Feminino	10	52,6%
Total	19	100%

A ligeira predominância feminina poderá reflectir uma maior procura de cuidados de saúde por parte das mulheres ou maior disponibilidade para participar no inquérito. A análise da distribuição por género é fundamental, uma vez que o estigma associado ao VIH pode manifestar-se de forma diferenciada entre homens e mulheres, influenciando a adesão ao tratamento.

4.1.2. Distribuição por Idade

A análise etária dos inquiridos mostra uma predominância de adultos jovens, sendo que a maior parte se encontra entre os 23 e os 35 anos (36,8%), seguida do grupo entre os 36 e os 50 anos (31,6%).

Tabela 2: Distribuição dos Inquiridos por Faixa Etária

Faixa Etária (anos)	Frequência (n)	Percentagem (%)
15 – 22	4	21,1%
23 – 35	7	36,8%
36 – 50	6	31,6%
51 – 70	2	10,5%
Total	19	100%

Estes resultados revelam que a maioria dos participantes encontra-se em idade activa, o que pode ter implicações no modo como enfrentam o tratamento e o estigma. O grupo jovem (14–22 anos) representa 21,1% da amostra, o que indica a necessidade de estratégias específicas de acompanhamento e aconselhamento.

4.1.3. Nível de Escolaridade

Relativamente ao nível de escolaridade, a maioria dos participantes possui o ensino secundário completo ou em curso (47,4%). Uma proporção significativa (26,3%) possui apenas o ensino primário, enquanto 15,8% frequentaram o ensino superior. Apenas 10,5% dos inquiridos declararam não possuir escolaridade formal.

Tabela 3: Nível de Escolaridade dos Inquiridos

Nível de Escolaridade	Frequência (n)	Percentagem (%)
Sem Escolaridade	2	10,5%
Ensino Primário	5	26,3%
Ensino Secundário	9	47,4%
Ensino Superior	3	15,8%
Total	19	100%

O nível de escolaridade é um factor determinante na compreensão do tratamento e na adesão às recomendações clínicas. Participantes com maior literacia tendem a ter melhor percepção dos riscos e dos benefícios do seguimento médico.

4.1.4. Distribuição dos Inquiridos por Profissão/ Ocupação Principal

Quanto à ocupação, os dados indicam que uma parte expressiva dos inquiridos (42,1%) se encontra envolvida em actividades informais ou está desempregada. Os estudantes representam 31,6% da amostra. As restantes ocupações incluem trabalhos administrativos, transportes e serviços.

Tabela 4: Distribuição por Profissão/Ocupação

Ocupação	Frequência (n)	Percentagem (%)
Estudante	6	31,6%
Motorista (“bate-chapa”)	1	5,3%
Empregado Administrativo	2	10,5%
Outras/Ocupações Informais	8	42,1%
Total	19	100%

As condições profissionais dos pacientes podem ter impacto na sua disponibilidade para comparecer às consultas, no acesso à informação e na capacidade de manter a confidencialidade do diagnóstico.

4.1.5. Tempo em Tratamento com TARV

O tempo em tratamento com TARV entre os inquiridos varia entre menos de 1 ano e mais de 10 anos. A maioria dos participantes (42,1%) está em tratamento há entre 5 e 10 anos, o que demonstra um nível de adesão considerável ao longo do tempo.

Tabela 5: Tempo em Tratamento com TARV

Tempo de Tratamento	Frequência (n)	Percentagem (%)
Menos de 1 ano	2	10,5%
1 – 4 anos	5	26,3%
5 – 10 anos	8	42,1%
Mais de 10 anos	4	21,1%
Total	19	100%

O tempo de tratamento é um indicador relevante para compreender a experiência dos pacientes com o sistema de saúde, a evolução do seu estado clínico e o impacto do estigma ao longo dos anos.

4.2. Principais Factores Psicossociais Associados ao Estigma que Influenciam a Adesão à TARV no Hospital José Macamo

Antes de se avançar para a análise detalhada dos testemunhos recolhidos, torna-se essencial compreender o contexto psicossocial que envolve a adesão ao tratamento antirretroviral (TARV), sobretudo num cenário caracterizado por elevados níveis de estigma social e autoestigmatização, como é o caso do Hospital José Macamo.

A adesão à TARV vai além de uma simples decisão individual, ela é profundamente moldada por experiências emocionais, pressões sociais, estruturas familiares e culturais, bem como pelas representações simbólicas do VIH/SIDA. O estigma tanto externo como internalizado surge como uma das principais barreiras que impedem muitos pacientes de iniciar ou manter regularmente o tratamento. Esse estigma pode gerar sentimentos de vergonha, medo do julgamento alheio, isolamento social e resistência em aceitar o diagnóstico, impactando negativamente o compromisso terapêutico.

Neste capítulo, são exploradas cinco dimensões centrais que emergiram da análise qualitativa dos depoimentos dos utentes do Hospital José Macamo. Essas dimensões representam os principais eixos através dos quais se expressam os factores psicossociais que influenciam a adesão (ou não adesão) ao tratamento. Aprofunda-se, portanto, a seguir, cada uma dessas categorias temáticas com base nos discursos recolhidos durante a investigação, evidenciando as dinâmicas emocionais, sociais e culturais que sustentam as decisões dos pacientes.

4.2.1. Experiência com o cumprimento do tratamento e episódios de não adesão

A análise dos testemunhos recolhidos evidencia que a adesão ao regime terapêutico da TARV (Terapêutica Antirretroviral) é um processo complexo, fortemente condicionado por factores emocionais, psicológicos e sociais. Os resultados demonstram que, embora os pacientes reconheçam a importância do tratamento, existem múltiplos obstáculos que comprometem a sua continuidade.

Um dos aspectos mais marcantes prende-se com o **sofrimento psicoemocional** associado à aceitação do diagnóstico. Pacientes em fases iniciais do tratamento tendem a revelar

sentimentos de ambivalência, negação e insegurança. O testemunho do Paciente 11 (19 anos) ilustra de forma clara esta realidade:

“Não pretendo parar, mas também não sei se estou a seguir como devia... às vezes esqueço, às vezes não quero mesmo lembrar que sou seropositiva”
(MP/HGJM/EI/P-11/19A - F).

Este tipo de discurso reflecte uma luta interna entre a necessidade de adesão ao tratamento e o impacto emocional do diagnóstico. A hesitação, a fragmentação do discurso e a oscilação entre a aceitação e a negação são indicativas de um mal-estar psicológico profundo. Tal como referido por autores como Silva e Andrade (2020), a não aceitação do estado serológico é comum em contextos marcados por estigma e ausência de suporte psicossocial adequado.

Este fenómeno é corroborado por outros depoimentos, como o do Paciente 17 (24 anos), que evidencia uma resistência inicial à TARV:

“No início, achei que o diagnóstico estava errado. Parei de tomar por uma semana... fiquei com medo de ficar dependente desses remédios” **(MP/HGJM/EI/P-17/24A - M).**

Estas narrativas confirmam que a aceitação do diagnóstico é um processo gradual, que, quando não acompanhado de forma apropriada, pode comprometer o início ou continuidade da terapêutica. O medo da dependência, a desconfiança em relação aos medicamentos e a recusa do diagnóstico são reacções frequentes, particularmente em contextos com fraca literacia em saúde e elevada carga estigmatizante associada ao VIH/SIDA.

Por outro lado, surgem discursos mais estruturados e consistentes por parte de alguns pacientes que, apesar das dificuldades, mantêm o compromisso com o tratamento. O Paciente 02 (16 anos), por exemplo, refere:

“Eu tomo todos os dias, mas às vezes tenho efeitos fortes, fico com tonturas e dores. Não falto, mas é muito difícil. O maior medo é que alguém descubra, por isso escondo muito” **(MP/HGJM/EI/P-02/16A - F).**

Aqui observa-se que, apesar dos efeitos adversos, o maior obstáculo reside no medo da estigmatização. O receio de que terceiros tomem conhecimento da condição seropositiva leva muitos doentes a ocultar os medicamentos e a gerir o tratamento de forma clandestina. Este fenómeno é claramente evidenciado pelos depoimentos dos Pacientes 05 e 08:

“Às vezes fico com vergonha de tomar os remédios na frente de outras pessoas. Já aconteceu de esconder os comprimidos no bolso porque não quero que ninguém perceba. Sei que é importante, mas o medo do que vão pensar pesa muito” (MP/HGJM/EI/P-05/59A - M).

“O tratamento me deixa cansado, e se alguém perguntar, não quero dar explicações. Por isso, tomo escondido, muitas vezes na sala de casa, quando todos estão distraídos. A preocupação é que minha família descubra, porque tenho medo do julgamento” (MP/HGJM/EI/P-08/19A - F).

Esta realidade indica que a adesão está intimamente ligada ao contexto social e cultural, onde o preconceito pode limitar a liberdade de tratamento em ambientes públicos ou familiares.

A análise dos dados mostra ainda que, para alguns indivíduos, o medo da deterioração física constitui um importante fator motivacional. O Paciente 13 (40 anos) afirma:

“Quando chego no hospital e vejo outros em estado pior, penso que tenho que continuar. Não quero ficar como eles, então tomo direitinho.” (MP/HGJM/EI/P-13/40A - M).

Este tipo de comparação social funciona como um mecanismo de autoavaliação e reforço da adesão. O contacto visual com outros pacientes em estado avançado da doença atua como elemento dissuasor da interrupção do tratamento. De forma semelhante, os depoimentos dos Pacientes 19 e 15 reforçam essa ideia:

“Quando vejo outros pacientes que estão muito doentes, lembro que não quero chegar naquele ponto. Isso me ajuda a continuar tomando os remédios, mesmo quando os efeitos colaterais aparecem. O medo da doença piorar é maior que a vontade de desistir.” (MP/HGJM/EI/P-19/35A - M).

“Eu já pensei em parar algumas vezes, mas ao visitar o hospital e ver pessoas muito debilitadas, percebo que devo continuar firme no tratamento. A vontade de viver e de estar perto da minha família me mantém motivado.” (MP/HGJM/EI/P-15/20A - M).

Do ponto de vista dos profissionais de saúde entrevistados, a não aceitação da doença continua a ser apontada como uma das principais causas da não adesão. Segundo os mesmos, é frequente que os pacientes rejeitem o diagnóstico, sobretudo nas primeiras consultas, o que compromete seriamente o início atempado da TARV. Esta negação é um fenómeno compreensível do ponto

de vista psicológico, mas assume contornos preocupantes quando não é acompanhada por estratégias de apoio emocional e sensibilização contínua.

4.2.2. Decisão de Interromper o Tratamento ou Não Seguir as Recomendações Médicas

A decisão de interromper a Terapia Antirretroviral (TARV) ou de não seguir integralmente as recomendações médicas constitui um dos principais desafios na gestão clínica dos doentes seropositivos. Embora pareça ser uma escolha individual, trata-se de uma decisão fortemente influenciada por factores de natureza social, cultural, religiosa e informacional.

Um dos aspectos mais evidentes nesta problemática é o peso das representações sociais negativas associadas ao VIH/SIDA. O testemunho do Paciente 10:

“No meu bairro falam mal de quem toma esses remédios, dizem que são doentes sujos. Tive vergonha e parei por duas semanas” (MP/HGJM/EI/P-10/20A - F).

Esse depoimento revela como o estigma comunitário pode conduzir à interrupção do tratamento. A vergonha perante o julgamento alheio transforma-se numa força poderosa que compromete a continuidade da terapêutica.

Da mesma forma, o Paciente 06 afirma:

“Escondo a medicação de toda a gente, até do meu marido. Se descobrirem, posso ser expulsa de casa” (MP/HGJM/EI/P-06/48A - F).

Este depoimento ilustra o medo de rejeição no seio familiar, que leva muitos doentes a esconderem o seu estado serológico e a sua medicação, mesmo daqueles com quem partilham a vida íntima. Esta ocultação, embora entenda-se como forma de autoprotecção social, acaba por dificultar a adesão ao tratamento e fragilizar o acompanhamento médico.

No caso do Paciente 12, o medo do julgamento da vizinhança também se revela determinante:

“Uma vizinha viu os comprimidos e disse que era coisa de gente amaldiçoada. Desde então, só tomo escondido ou evito quando ela está por perto” (MP/HGJM/EI/P-12/50A - F).

Este comportamento intermitente demonstra como a vigilância social e as crenças estigmatizantes condicionam fortemente a adesão terapêutica, obrigando os pacientes a tomar decisões prejudiciais à sua saúde.

As crenças religiosas, por sua vez, surgem como outro factor de peso nas decisões dos doentes.

O Paciente 14 partilha:

“Na igreja disseram que Deus cura todas as doenças. Fiquei confusa e deixei de tomar por um tempo, esperando um milagre” (MP/HGJM/EI/P-14/36A - F).

Este exemplo revela a tensão entre fé religiosa e racionalidade médica, num cenário em que o doente se vê dividido entre a crença numa cura divina e a confiança na ciência.

A influência de líderes religiosos é ainda mais evidente no relato do Paciente 07:

“O pastor me disse para parar e fazer jejum, que Deus ia curar. Fiz isso por um mês e fiquei muito doente. Voltei ao hospital” (MP/HGJM/EI/P-07/27A - F).

Este caso expõe os riscos concretos de se seguir orientações religiosas que contrariam o aconselhamento clínico, podendo agravar o estado de saúde e comprometer o prognóstico do doente.

O recurso à medicina tradicional também surge nos depoimentos, como se verifica no caso do Paciente 09:

“Procurei um curandeiro que prometeu me curar. Parei de tomar os remédios, mas só piorei” (MP/HGJM/EI/P-09/36A - F).

A procura por alternativas não convencionais é reflexo de uma realidade cultural enraizada, onde curandeiros e práticas tradicionais ainda detêm um papel de confiança entre a população, apesar da sua eficácia não estar cientificamente comprovada.

Do ponto de vista dos profissionais de saúde, estes comportamentos são amplamente reconhecidos como obstáculos ao sucesso do tratamento. Conforme relata um deles: *“Muitos não aceitam o diagnóstico, e só procuram ajuda quando já estão muito debilitados”*. Esta falta de aceitação inicial do estado serológico leva à negação da doença e ao adiamento do início do tratamento.

Outro profissional acrescenta: *“A maioria oculta a doença da família. Isso atrasa o tratamento e dificulta o nosso trabalho”*, evidenciando a dificuldade dos clínicos em garantir um acompanhamento eficaz num contexto de silêncio e ocultação. Por fim, outro testemunho reforça: *“Já tive pacientes que escondiam a medicação até dos próprios filhos por medo de julgamento”*, o que mostra até que ponto o estigma molda comportamentos prejudiciais à saúde.

Em suma, a decisão de interromper ou não seguir devidamente a TARV está fortemente associada a factores externos, que ultrapassam a esfera pessoal do doente. A vergonha, o medo da rejeição, a pressão religiosa e as crenças tradicionais impõem-se como barreiras reais à continuidade do tratamento. A visibilidade da doença no seio familiar e comunitário continua a ser um tabu, perpetuando um ciclo de silêncio, isolamento e abandono terapêutico que compromete seriamente os esforços no combate à epidemia do VIH/SIDA.

4.2.3. Dificuldades Enfrentadas para Seguir Correctamente a TARV

A adesão ao tratamento antirretroviral (TARV) revela-se um processo complexo e desafiante, marcado por múltiplas barreiras de ordem física, emocional, social e económica. Os dados obtidos através das entrevistas revelam que as dificuldades enfrentadas pelos pacientes não se restringem apenas à medicação em si, mas estendem-se às condições em que esta é tomada, ao estado psicológico dos doentes e ao contexto social em que estão inseridos.

a) Efeitos secundários e impacto físico

Os efeitos colaterais da medicação surgem como um dos obstáculos mais recorrentes e debilitantes. Os relatos dos pacientes são reveladores:

“Fico enjoada, com dor de cabeça e sem vontade de comer. Tomar os remédios é como carregar uma cruz todos os dias” (MP/HGJM/EI/P-10/20A - F).

“Os comprimidos são grandes e difíceis de engolir. Às vezes vomito depois de tomar” (MP/HGJM/EI/P-03/32A - F).

“Tenho muita fraqueza depois de tomar a medicação. Já pensei em parar por causa disso” (MP/HGJM/EI/P-18/52A - M).

Estes testemunhos evidenciam como os sintomas físicos associados à TARV “*náuseas, vômitos, fraqueza generalizada e perda de apetite*” não só afectam o bem-estar diário, como também minam a motivação para a continuidade do tratamento. A própria dimensão dos comprimidos é apontada como problemática, dificultando a ingestão e provocando desconforto físico adicional. A falta de acompanhamento médico adequado e a ausência de esclarecimentos sobre os efeitos secundários contribuem para a percepção de que “*o tratamento faz mais mal do que bem*”, o que pode conduzir à interrupção da medicação

b) Saúde mental e instabilidade emocional

As dificuldades emocionais e psicológicas também se destacam como factores críticos na não adesão ao tratamento. O peso do diagnóstico, aliado à pressão constante de viver com uma doença crónica, gera instabilidade mental, tal como demonstram os seguintes relatos:

“Desde que comecei a tomar, fico deprimida. Choro muito e penso em desistir” (MP/HGJM/EI/P-16/69A - M).

“Tenho insónia e ansiedade. O medo de morrer me consome, mesmo tomando os remédios” (MP/HGJM/EI/P-15/20A - M).

“Às vezes acho que não vale a pena. Já tentei me matar uma vez” (MP/HGJM/EI/P-17/24A - M).

Os depoimentos trouxeram experiências que indicam a presença de sinais e sintomas de depressão, insónias, ansiedade e pensamentos suicidas que são manifestações frequentes entre os doentes entrevistados, comprometendo gravemente a capacidade de manter rotinas terapêuticas. A ausência de suporte psicológico nos serviços de saúde agrava esta condição, deixando os pacientes vulneráveis e isolados. A saúde mental surge, assim, como um aspecto fundamental que requer atenção e intervenção estruturada por parte das equipas de cuidados continuados.

c) Estigma social, familiar e autoestigmatização

Outro elemento de grande peso identificado nas entrevistas é o estigma social e familiar associado ao VIH. Este fenómeno condiciona significativamente o comportamento dos pacientes em relação à TARV, como ilustram os seguintes testemunhos:

“Não contei a ninguém. Se descobrirem, vou ser expulsa de casa. Tenho que tomar os comprimidos no banheiro escondida” (MP/HGJM/EI/P-04/19A - F).

“Tenho medo que meus filhos descubram. Então, às vezes deixo de tomar só para não levantar suspeitas” (MP/HGJM/EI/P-13/40A - M).

“Acho que mereço essa doença... por isso nem sempre me esforço para tomar direito” (MP/HGJM/EI/P-11/19A - F).

Estes depoimentos demonstram como o medo de discriminação e rejeição obriga os pacientes a adoptar comportamentos de ocultação, comprometendo a regularidade da medicação. A

necessidade de esconder o tratamento, por receio de julgamento, torna-se um obstáculo diário. Para além disso, a autoestigmatização, visível em expressões como “*acho que mereço essa doença*”, reflecte uma interiorização do preconceito social, gerando sentimentos de culpa, vergonha e desvalorização pessoal. Esta percepção negativa de si mesmo compromete o vínculo terapêutico e a motivação para seguir o tratamento com rigor.

d) Estratégias de superação e resiliência

Apesar das dificuldades enfrentadas, importa destacar também os casos de resistência e adaptação positiva. Um exemplo marcante é o do paciente 03 (32 anos), que apesar das dificuldades físicas referidas anteriormente, revela determinação e consciência sobre a importância da TARV:

“Os comprimidos são grandes e difíceis de engolir. Às vezes vomito depois de tomar, mas isso aqui é minha vida” (MP/HGJM/EI/P-03/32A - F).

A sua postura demonstra uma compreensão clara da TARV como elemento essencial para a sua sobrevivência, revelando resiliência e maturidade emocional. Este tipo de atitude reforça a importância da educação terapêutica, da sensibilização contínua e do apoio motivacional como estratégias para promover a adesão.

Os profissionais de saúde entrevistados sublinham que a adesão à TARV não depende exclusivamente da força de vontade do paciente. Trata-se de um processo que exige acompanhamento contínuo, atenção individualizada e a criação de um ambiente livre de estigmas, onde o doente se sinta compreendido, acolhido e apoiado. A falta de suporte psicológico, a complexidade do regime terapêutico e a ausência de estratégias de seguimento personalizado são apontadas como factores críticos que dificultam a permanência dos pacientes nos programas de tratamento.

4.2.4. Percepção sobre a Importância do Tratamento com TARV

Apesar dos inúmeros desafios associados à adesão ao tratamento antirretroviral (TARV), os dados obtidos indicam uma consciência generalizada, entre os pacientes, sobre a importância vital da medicação. Esta percepção, embora nem sempre expressa de forma explícita, revela-se presente nos discursos, tanto na forma de afirmações diretas como através de alusões simbólicas ao impacto positivo do tratamento na vida quotidiana.

O Paciente 06, por exemplo, rejeita categoricamente a ideia de interromper o tratamento, mesmo quando confrontado com alternativas promovidas por certas crenças religiosas. A sua declaração:

“Continuar com o tratamento é fundamental. Já vi gente que parou por causa da igreja e não aguentou muito. Eu prefiro seguir o que os médicos dizem”
(MP/HGJM/EI/P-06/48A - F).

Essa atitude demonstra uma interiorização clara da função essencial da TARV na manutenção da saúde e longevidade. Este posicionamento é especialmente relevante num contexto onde a influência religiosa pode, por vezes, rivalizar com os discursos biomédicos.

A Paciente 12 (50 anos) resume esta vivência ao afirmar:

“Quando tomo os comprimidos, sinto a minha vida de volta” **(MP/HGJM/EI/P-12/50A - F).**

Esta frase vai além da eficácia clínica da medicação e inscreve-se numa dimensão emocional e existencial, onde a TARV é entendida como fonte de esperança, recuperação da autonomia e reafirmação da dignidade pessoal. Para esta paciente, o acto de tomar a medicação representa mais do que um procedimento técnico. é um gesto diário de resistência e afirmação da vida.

De forma semelhante, o Paciente 08 expressa:

“Antes de começar a medicação, estava sempre doente. Agora, mesmo com algumas dificuldades, sinto-me forte. A medicação é o que me mantém em pé”
(MP/HGJM/EI/P-08/19A - F).

Aqui, evidencia-se a associação direta entre o tratamento e a melhoria da qualidade de vida.

A Paciente 03 complementa:

“Não posso parar. Já senti na pele o que é ficar fraca, e não quero voltar para aquele estado. Os comprimidos são meus aliados” **(MP/HGJM/EI/P-03/32A - F).**

Do ponto de vista dos profissionais de saúde, a percepção positiva da TARV está muitas vezes intimamente ligada à qualidade da relação entre o paciente e o profissional de referência. Como destaca um dos enfermeiros entrevistados:

“Quando o paciente confia em nós, ele aparece nas consultas, faz perguntas, sente-se seguro. Se essa relação quebra, até levantar a medicação torna-se difícil”
(MP/HGJM/EI/PS-02).

Quando há ausência do enfermeiro habitual ou rotatividade dos profissionais, há tendência para o paciente evitar as consultas ou não levantar a medicação, o que compromete a continuidade terapêutica.

Estes dados apontam para a necessidade de reforçar a dimensão relacional no acompanhamento clínico, valorizando não apenas a eficácia do medicamento, mas também a presença humana enquanto elemento estruturante da adesão. O enfermeiro, nesta lógica, não é apenas um técnico, mas um mediador de confiança, segurança e motivação.

4.2.5. Factores Motivadores para a Continuidade do Tratamento com TARV

A adesão ao tratamento antirretroviral (TARV) não pode ser explicada apenas através de factores clínicos ou biomédicos. Pelo contrário, os dados obtidos demonstram que a continuidade do tratamento é o resultado de uma complexa articulação entre motivações pessoais, redes de apoio social, mudanças comportamentais e experiências partilhadas no seio da comunidade. A análise qualitativa dos testemunhos recolhidos permite identificar cinco grandes eixos que actuam como motivadores, embora de forma não isolada, para a permanência no regime terapêutico.

a) Desejo de viver e consciência do risco

A consciência da gravidade da infecção por VIH e o desejo de prolongar a vida surgem como factores primordiais. Muitos participantes referiram uma percepção concreta dos riscos da interrupção da TARV, frequentemente baseada na observação de casos reais de deterioração física e morte.

“Tenho medo de parar e logo estar na cova. Já vi o que acontece com quem desiste”
(MP/HGJM/EI/P-13/40A - M).

“Sei que sem a medicação posso não ver os meus filhos crescerem. Isso basta para continuar” **(MP/HGJM/EI/P-09/36A - F).**

Estes relatos revelam não apenas uma interiorização da gravidade da doença, mas também uma racionalização do tratamento como ferramenta de sobrevivência. Ao mesmo tempo, destacam

o valor que os pacientes atribuem à vida e à continuidade das suas responsabilidades sociais e familiares.

b) Apoio familiar como base emocional e prática

Outro elemento essencial é o suporte familiar, que se apresenta tanto sob a forma emocional como prática. O incentivo e a vigilância de familiares próximos, especialmente cônjuges e filhos, desempenham um papel significativo na adesão diária ao tratamento.

“A minha filha lembra-me todos os dias de tomar os comprimidos”
(MP/HGJM/EI/P-06/48A - F).

“A minha mulher vai sempre comigo às consultas. Só isso já me dá força para continuar” **(MP/HGJM/EI/P-01/49A - M).**

Neste contexto, a adesão à TARV ultrapassa o plano individual e transforma-se num compromisso relacional, no qual a presença de figuras afectivas reforça o sentimento de pertença e responsabilidade, promovendo rotinas de cuidado.

c) Mudança de comportamentos e estilo de vida

A adesão ao tratamento parece também impulsionar transformações positivas nos estilos de vida dos pacientes, funcionando como um ponto de inflexão para a adopção de hábitos mais saudáveis e conscientes.

“Antes bebia muito, mas desde que comecei o tratamento deixei o álcool”
(MP/HGJM/EI/P-12/50A - F).

“Mudei a minha alimentação e deixei de sair com várias pessoas” **(MP/HGJM/EI/P-08/19A - F).**

Estes testemunhos demonstram como a TARV não actua apenas a nível físico, mas também simbólico: representa uma reconfiguração da relação do indivíduo com o próprio corpo e com os comportamentos de risco, contribuindo para uma vivência mais disciplinada e orientada para o autocuidado.

d) Exemplo de outros pacientes bem-sucedidos

O contacto com casos bem-sucedidos de adesão prolongada ao tratamento funciona como um poderoso agente de motivação. A observação de melhorias concretas em outros pacientes reforça a crença na eficácia da TARV, criando uma referência positiva e tangível.

“Tenho uma vizinha que está com o tratamento há mais de 10 anos. Vive bem e trabalha. Isso inspira-me” (MP/HGJM/EI/P-05/59A - M).

“No grupo de apoio conheci pessoas que vivem bem com o VIH. Isso dá-me esperança” (MP/HGJM/EI/P-14/36A - F).

A partilha de experiências em redes formais (como grupos de apoio) ou informais (vizinhança, amigos) contribui para normalizar o tratamento, romper com o isolamento e reforçar a esperança. Este processo de identificação colectiva é particularmente eficaz em contextos marcados por estigma e discriminação

e) Barreiras estruturais como ameaças à motivação

Contudo, é necessário reconhecer que, apesar das motivações individuais e sociais identificadas, subsistem obstáculos significativos que ameaçam a continuidade do tratamento. Entre os mais destacados estão a pobreza, o estigma social, as dificuldades de mobilidade e as condições de habitação precárias.

“Muitos não conseguem vir às consultas por falta de dinheiro para o transporte. Outros não têm o que comer e não conseguem tomar a medicação” (MP/HGJM/EI/PS-01).

“O estigma ainda pesa muito. Há quem esconda os comprimidos ou não tome quando há visitas em casa” (MP/HGJM/EI/PS-02).

“As condições habitacionais precárias não permitem privacidade” (MP/HGJM/EI/PS-03).

Estas declarações alertam para o facto de que a motivação, por si só, não é suficiente. Quando o contexto social e económico não garante os meios mínimos para manter o tratamento (alimentação, transporte, segurança emocional) a adesão torna-se frágil e vulnerável à interrupção. A motivação pessoal pode até existir, mas colapsa perante estruturas adversas.

4.3. Relação entre o Estigma e a Adesão ao Tratamento do VIH no Hospital José Macamo

4.3.1. Crenças e Atitudes Negativas na Comunidade

Os dados recolhidos evidenciam que o estigma social continua a ser um dos principais obstáculos à adesão eficaz ao Tratamento Antirretroviral (TARV). Observou-se que **68% dos pacientes** manifestaram receio de serem vistos a frequentar o hospital, temendo comentários depreciativos por parte da comunidade.

“Prefiro faltar à consulta do que ser vista a sair do hospital do TARV, porque depois dizem que estou com VIH...” (MP/HGJM/EI/P-09/36A - F).

“No meu bairro, se souberem que estou a tomar a medicação, começam logo a apontar o dedo e a dizer que sou promíscuo” MP/HGJM/EI/P-12/50A - F).

“As pessoas ainda acreditam que se pode apanhar VIH por partilhar talheres. Isso faz com que ninguém queira estar perto de mim” (MP/HGJM/EI/P-17/24A - M).

Estes testemunhos refletem o peso do julgamento social, alimentado por concepções profundamente enraizadas na ignorância e desinformação. A associação direta entre a toma de TARV e a presença de VIH, frequentemente ligada à promiscuidade ou a uma suposta “*culpa moral*”, cria um clima de medo e vergonha. Este estigma é particularmente acentuado em comunidades com baixos níveis de literacia em saúde, onde persistem mitos infundados sobre a transmissão do VIH, como a crença de que este se propaga por meio da partilha de talheres ou contacto físico. Estas concepções erradas não apenas perpetuam o medo e o preconceito, como também reforçam o isolamento dos indivíduos seropositivos.

4.3.2. Experiências de Discriminação em Espaços Públicos e Serviços de Saúde

Apesar da existência de protocolos de atendimento humanizado no Hospital José Macamo, os dados recolhidos revelam a persistência de atos de discriminação subtil por parte de alguns profissionais de saúde. Estes comportamentos, embora muitas vezes não intencionais, são percebidos pelos pacientes como expressões de estigma institucional e têm repercussões negativas na experiência de acesso e permanência no tratamento.

“A enfermeira mudou de luvas duas vezes antes de me tocar” (MP/HGJM/EI/P-05/59A - M).

“Senti que o médico me atendia à pressa, sem sequer me olhar nos olhos” (MP/HGJM/EI/P-11/19A - F).

“No centro de saúde, quando souberam do meu diagnóstico, começaram a tratar-me de forma diferente, como se eu fosse contagioso” (MP/HGJM/EI/P-14/36A - F).

Estes relatos evidenciam como certos gestos, aparentemente insignificantes, podem ser interpretados como desconfiança, rejeição ou desvalorização, reforçando o sentimento de exclusão. Estas percepções afectam a dignidade dos pacientes e fragilizam a relação de confiança com os profissionais de saúde. Consequentemente, alguns pacientes relataram ter começado a evitar ou faltar às consultas, não por falta de interesse no tratamento, mas por se sentirem humilhados, ignorados ou indesejados nos espaços onde deveriam sentir-se acolhidos. Este fenómeno é particularmente preocupante, pois mina os esforços institucionais de promoção da adesão ao TARV e compromete os resultados em saúde pública.

4.3.3. Impacto do Medo da Discriminação na Frequência às Consultas

O receio de ser identificado como seropositivo é um dos principais factores que contribuem para o abandono ou irregularidade na frequência às consultas. A análise dos dados revela que cerca de **40% dos entrevistados** indicaram já ter faltado ao hospital pelo menos uma vez devido ao medo de serem reconhecidos por vizinhos, colegas ou outros membros da comunidade.

“Já aconteceu faltar duas vezes porque estava lá um vizinho que me podia ver... depois volta-se com vergonha, como se se estivesse a fugir” (MP/HGJM/EI/P-08/19A - F).

“Evito ir às consultas nos dias em que sei que há mais movimento no hospital, para não encontrar conhecidos” (MP/HGJM/EI/P-13/40A - M).

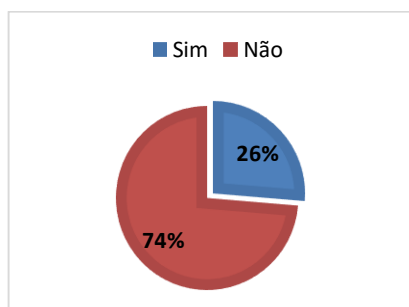
“Uma vez, um colega de trabalho viu-me no hospital e começou a espalhar rumores. Desde então, tenho medo de ser visto lá” (MP/HGJM/EI/P-16/69A - M).

Estes depoimentos ilustram o fenómeno do autoestigma ou estigma internalizado, em que o próprio indivíduo adopta os estereótipos e preconceitos veiculados pela sociedade, considerando-se inferior, culpado ou indigno. Nestes casos, o medo de ser visto não se limita a um receio externo, mas transforma-se numa barreira psicológica que leva o paciente a isolar-se e a comprometer o seguimento adequado do tratamento. A ausência às consultas não é apenas um desafio clínico, mas um reflexo de uma falha coletiva na construção de um ambiente de suporte tanto institucional como comunitário que permita ao paciente gerir a sua saúde com dignidade e sem medo.

4.3.4. Comunicação com Familiares e Apoio Social

A adesão ao tratamento antirretroviral (TARV) está fortemente associada à qualidade da rede de apoio social que o paciente possui. No presente estudo, procurou-se compreender até que ponto os pacientes comunicam abertamente com os seus familiares e amigos sobre a sua condição serológica.

Gráfico 1: Comunicação sobre o Estado Serológico com Familiares/Amigos



Os dados evidenciam que a maioria expressiva dos inquiridos (74%) prefere manter o diagnóstico em segredo, revelando um padrão de silêncio que contribui diretamente para o isolamento emocional. Apenas 26% afirmaram sentir-se confortáveis em partilhar esta informação com familiares ou amigos próximos.

“Só a minha mãe sabe. Mesmo o meu marido não sabe. Tenho medo que me deixe...”
(MP/HGJM/EI/P-07/27A - F).

“Não contei a ninguém. Prefiro lidar com isto sozinho do que ser julgado”
(MP/HGJM/EI/P-10/20A - F).

“Quando contei à minha irmã, ela afastou-se de mim. Desde então, não conto a mais ninguém” (MP/HGJM/EI/P-15/20A - M).

Este tipo de silêncio impede que os pacientes beneficiem de um apoio essencial na gestão do tratamento, incluindo a lembrança da toma da medicação, acompanhamento a consultas e suporte emocional. A ausência deste suporte pode comprometer gravemente a adesão e continuidade terapêutica. Além disso, o medo da rejeição, abandono conjugal e discriminação intrafamiliar reforça o isolamento emocional, afetando negativamente a saúde mental dos pacientes.

4.3.5. Impacto do Estigma na Autoestima e na Saúde Mental dos Pacientes

As entrevistas realizadas revelam uma correlação direta entre o estigma social associado ao VIH e a deterioração da autoestima dos pacientes. Termos como “*vergonha*”, “*culpa*” e “*medo de morrer sozinho*” surgiram repetidamente nas narrativas recolhidas, o que indica um impacto psicológico profundo e persistente.

“Sinto que perdi a minha dignidade desde o dia do diagnóstico. Já não sou o mesmo”
(MP/HGJM/EI/P-02/27A - F).

“Desde que sei que tenho VIH, evito sair de casa. Tenho medo do que as pessoas possam pensar” (MP/HGJM/EI/P-06/27A - F).

“Às vezes penso que seria melhor se não estivesse cá. Sinto-me um peso para todos”
(MP/HGJM/EI/P-18/27A - M).

A saúde mental de pessoas que vivem com VIH é profundamente afectada pelo estigma, sendo comum o desenvolvimento de quadros de depressão, ansiedade e retraimento social. Estes estados emocionais fragilizam a motivação para seguir um tratamento a longo prazo, especialmente num contexto em que a medicação precisa ser tomada diariamente e sem interrupções. Na ausência de intervenções psicossociais contínuas, como grupos de apoio ou aconselhamento individual, muitos pacientes acabam por ver o tratamento apenas como uma obrigação para adiar a morte, e não como um meio de manter qualidade de vida.

4.4. Impactos Psicológicos do TARV no Hospital José Macamo

A análise dos dados recolhidos no Hospital Geral José Macamo revela que os impactos psicológicos associados ao Tratamento Antirretroviral (TARV) são profundos e diversificados, atingindo dimensões emocionais, sociais e comportamentais dos pacientes. Esses efeitos estão fortemente associados ao estigma que rodeia o VIH/SIDA, frequentemente internalizado pelos próprios pacientes. Abaixo, apresentam-se os principais efeitos identificados, acompanhados de depoimentos ilustrativos colhidos junto aos utentes do serviço TARV da unidade sanitária:

4.4.1. Sentimentos de Vergonha, Medo e Culpa

O estigma social vinculado ao VIH/SIDA desperta emoções intensas, como a vergonha de ser identificado como seropositivo, o medo do julgamento social e a culpa pela forma como se acredita ter contraído o vírus. Esses sentimentos afectam profundamente a autoestima dos pacientes e tornam-se barreiras psicológicas ao tratamento.

“Prefiro faltar à consulta do que ser vista a sair do hospital do TARV. As pessoas começam logo a falar mal” (MP/HGJM/EI/P-04/19A - F).

“Até hoje, tenho vergonha de contar à minha irmã. Tenho medo que ela me rejeite ou diga que eu sou culpada” (MP/HGJM/EI/P-10/20A - F).

“Sinto culpa todos os dias. Penso que, se tivesse sido mais cuidadoso, isso nunca teria acontecido comigo” (MP/HGJM/EI/P-13/40A - M).

O diagnóstico de VIH/SIDA frequentemente activa uma série de reacções emocionais negativas nos pacientes, sobretudo devido ao estigma social profundamente enraizado. A vergonha de ser identificado como seropositivo leva à evitação de espaços associados ao tratamento, como hospitais e farmácias. O medo de julgamento, seja por parte de familiares, vizinhos ou até profissionais de saúde, afecta directamente o comportamento dos pacientes, criando resistência à busca por apoio. Além disso, a culpa muitas vezes internalizada pode gerar um sentimento de autoacusação, em que o paciente se vê como único responsável pela sua condição. Esses sentimentos atuam como barreiras psicológicas, impedindo a aceitação do diagnóstico e dificultando a adesão ao tratamento.

4.4.2. Isolamento Social e Repressão Emocional

Muitos pacientes optam por esconder o diagnóstico por receio de serem discriminados. Essa decisão leva ao isolamento social, à ausência de apoio emocional e à repressão dos próprios sentimentos, o que agrava o sofrimento psicológico e mina a adesão ao tratamento.

“Nunca falei disso com ninguém, nem com o meu parceiro. Tenho medo que ele me deixe” (MP/HGJM/EI/P-02/16A - F).

“Fico calada o tempo todo. Carrego isso sozinha porque ninguém entenderia” (MP/HGJM/EI/P-16/69A - M).

“Às vezes queria conversar, mas lembro-me das piadas que ouvi sobre quem tem VIH. Então engulo tudo” (MP/HGJM/EI/P-07/27A - F).

O silêncio sobre o diagnóstico é uma estratégia comum entre os pacientes como forma de se protegerem da discriminação. No entanto, essa decisão de não partilhar o estado serológico acarreta consequências graves. O isolamento social impede o acesso ao apoio emocional e prático necessário para enfrentar a doença e manter o regime terapêutico. A repressão emocional marcada pela negação dos próprios sentimentos intensifica o sofrimento

psicológico, podendo levar à solidão profunda e à falta de motivação. Em muitos casos, os pacientes vivem com receio constante de serem “descobertos”, o que alimenta estados de ansiedade contínua.

4.4.3. Redução da Autoestima e da Imagem Pessoal

O diagnóstico de VIH/SIDA muitas vezes abala a autopercepção do paciente. Muitos passam a se ver como pessoas “inferiores” ou “indignas”, internalizando o preconceito social e comprometendo sua motivação para o autocuidado.

*“Sinto que perdi a minha dignidade desde o dia em que recebi o diagnóstico”
(MP/HGJM/EI/P-17/24A - M).*

*“Antes eu me sentia bonita, hoje só vejo uma mulher doente no espelho”
(MP/HGJM/EI/P-10/20A - F).*

“Às vezes penso que não mereço que ninguém me ame. Quem vai querer alguém como eu?” (MP/HGJM/EI/P-08/19A - F).

O estigma do VIH/SIDA tem um impacto devastador na forma como o paciente se percebe. A identidade individual passa a ser definida pela doença, e a pessoa se vê como “doente”, “incapaz” ou “não merecedora de amor”. Essa visão negativa de si mesmo corrói a autoestima e enfraquece o senso de valor pessoal. A autoimagem deteriorada compromete a capacidade do paciente de se cuidar e de manter comportamentos positivos de saúde. Além disso, reduz a vontade de se integrar socialmente ou buscar relacionamentos saudáveis, perpetuando o ciclo de sofrimento emocional.

4.4.3. Ansiedade, Depressão e Sofrimento Psíquico

A expectativa de serem julgados ou discriminados leva muitos pacientes a desenvolverem sintomas de ansiedade e depressão. A hostilidade velada em certos contextos, incluindo instituições de saúde, contribui para um sofrimento psíquico prolongado.

“Sinto o coração apertado sempre que tenho que vir ao hospital. Fico nervosa, com medo dos olhares” (MP/HGJM/EI/P-02/16A - F).

*“Choro sozinha em casa. Não é fácil viver com tudo isso na cabeça”
(MP/HGJM/EI/P-15/20A - M).*

“Já pensei em desistir do tratamento. Parece que a minha vida acabou”
(MP/HGJM/EI/P-04/19A - F).

As vivências contínuas de discriminação, rejeição e medo dentro e fora das unidades sanitárias funcionam como gatilhos para transtornos psicológicos como a ansiedade e a depressão. O ambiente hospitalar, em vez de ser um espaço de acolhimento, muitas vezes é percebido como um local de julgamento. A falta de empatia de alguns profissionais agrava esse cenário, intensificando o sofrimento emocional dos pacientes. A antecipação de interações negativas contribui para estados de alerta e insegurança, minando a saúde mental e interferindo na regularidade do tratamento.

4.4.4. Afastamento dos Serviços de Saúde e Interrupção do Tratamento

O medo da exposição e o desgaste emocional levam muitos pacientes a evitarem consultas ou mesmo abandonarem o tratamento. A não adesão ao TARV muitas vezes não reflete negligência, mas sim uma sobrecarga emocional insuportável.

“Fiquei três meses sem vir buscar o medicamento. Só de pensar em entrar naquela fila me dava pânico” **(MP/HGJM/EI/P-17/24A - M).**

“Faltava às consultas porque encontrava vizinhos no hospital. Tinha medo que descobrissem” **(MP/HGJM/EI/P-14/36A - F).**

“Interrompi o tratamento por vergonha. Só voltei quando comecei a me sentir muito fraco” **(MP/HGJM/EI/P-12/59A - F).**

A decisão de interromper o tratamento ou evitar os serviços de saúde não é fruto apenas de negligência, mas, muitas vezes, é uma forma de defesa emocional. Os pacientes preferem evitar a dor do julgamento e da vergonha a enfrentar os ambientes associados ao TARV. Isso representa um risco grave à saúde, pois compromete o controle da carga viral e a eficácia do tratamento. O afastamento dos serviços também pode ser interpretado como um grito silencioso de ajuda, uma manifestação da exaustão emocional e da ausência de estratégias de enfrentamento eficazes.

4.4.5. Falta de Suporte Psicológico Institucional

Apesar da clara presença de sofrimento psicológico, muitos pacientes relatam não receber acompanhamento psicossocial adequado. A ausência de espaços de escuta e apoio emocional compromete uma abordagem integral e humanizada do tratamento.

“Desde que comecei o TARV, nunca falei com um psicólogo. Só me dão o remédio e pronto” (MP/HGJM/EI/P-05/59A - M).

“Seria bom ter alguém para conversar. Às vezes parece que só se preocupam com a medicação” (MP/HGJM/EI/P-11/19A - F).

“Já pedi apoio psicológico, mas disseram que não havia psicólogo disponível” (MP/HGJM/EI/P-06/48A - F).

Apesar da evidente carga emocional associada ao diagnóstico e ao tratamento do VIH/SIDA, muitos pacientes relataram não ter acesso a acompanhamento psicológico. Isso revela uma lacuna crítica na resposta institucional ao VIH, pois o tratamento antirretroviral não pode ser visto apenas como uma prescrição de medicamentos.

5.1. CAPÍTULO V: CONCLUSÕES

O estudo realizado no Hospital Geral José Macamo em 2025 permitiu concluir que, para a amostra analisada, o estigma continua a ser um dos maiores entraves ao sucesso terapêutico, gerando consequências na adesão e retenção dos pacientes.

Ao longo da pesquisa foi possível identificar múltiplos factores psicossociais, interligados que agravam a vulnerabilidade dos pacientes. Os depoimentos dos pacientes destacaram factores psicossociais como o medo da rejeição social, a vergonha do diagnóstico, a ansiedade quanto à exposição involuntária, bem como a autoestigmatização. Estas dimensões provocam sentimentos de isolamento e insegurança, levando muitos pacientes a ocultar o seu estado serológico e a interromper, adiar ou abandonar o tratamento. Tais factores confirmam que a experiência do estigma actua como um determinante negativo da adesão contínua ao TARV.

Relativamente **as experiências dos pacientes sobre como o estigma e a discriminação afectam a retenção e adesão ao tratamento**, os testemunhos recolhidos revelaram vivências marcadas por humilhação, discriminação familiar e comunitária e experiências dolorosas no próprio contexto hospitalar. Muitos pacientes relataram comportamentos discriminatórios por parte de membros da comunidade e, nalguns casos, até de profissionais de saúde, o que reforçou o medo e contribuiu para o afastamento dos serviços de saúde. Estes relatos demonstram que a dimensão emocional do estigma está fortemente associada a padrões de abandono ou adesão irregular, com impacto directo na eficácia do tratamento e na saúde física e mental dos utentes.

Quanto a **percepção dos profissionais de saúde sobre o estigma no contexto hospitalar e o seu papel na criação de um ambiente favorável à adesão**, constatou-se que, embora alguns profissionais estejam sensibilizados para os efeitos do estigma, ainda persistiam lacunas na formação, na humanização do atendimento e na comunicação empática. A percepção de alguns profissionais revelou uma consciência limitada sobre o impacto do seu comportamento na motivação dos pacientes para continuar o tratamento. Foi igualmente identificado que a ausência de políticas institucionais consistentes de combate ao estigma contribui para a manutenção de práticas que, mesmo de forma involuntária, perpetuam a exclusão e o medo entre os doentes.

5.2. CAPÍTULO V: RECOMENDAÇÕES

Com base nas conclusões obtidas, recomenda-se que o Hospital José Macamo e os seus parceiros implementem as seguintes estratégias para mitigar o estigma e promover uma maior adesão ao TARV:

- Promoção do atendimento humanizado
- **Campanhas educação sanitária (dentro e fora da unidade sanitária)** e reforço da prevenção primária sobre o VIH. Esta estratégia vai ajudar a providenciar informação, educação, sensibilização/motivação e autoconsciência que permitem domesticar conceitos errados e reduzam o preconceito, envolvendo líderes comunitários e familiares dos pacientes.
- **Formação contínua para os profissionais de saúde** sobre o impacto do estigma e técnicas de acolhimento humanizado, para garantir um ambiente seguro e de apoio aos doentes em tratamento.
- **Criação de grupos de apoio psicossocial** para os pacientes em TARV, de forma a proporcionar espaços de partilha e fortalecimento emocional, diminuindo o isolamento e os efeitos psicológicos negativos do estigma.
- **Integração de serviços multidisciplinares** no hospital, que incluam psicólogos, assistentes sociais e conselheiros, para acompanhamento individualizado e reforço da adesão ao tratamento.
- **Monitorização e avaliação contínua** dos níveis de estigma e da adesão ao TARV, para ajustar intervenções conforme as necessidades identificadas.

Estas recomendações visam contribuir para a redução do estigma, promovendo um contexto favorável para que os pacientes mantenham a adesão ao tratamento, melhorando a sua qualidade de vida e os resultados clínicos no combate ao VIH.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, M. (2021). *Impacto emocional do estigma nas pessoas vivendo com VIH em África Austral*. Lisboa: Edições Saúde e Sociedade.
- Andrade, R. G., & Iriart, J. A. (2015). *Estigma e discriminação: experiências de mulheres HIV positivo nos bairros populares de Maputo, Moçambique*. Maputo: Cadernos de Saúde Pública.
- Assensio, C. B., & Soares, R. (2022). *Estigma - Erving Goffman (conceito)*. ea.fflch.usp.br.
- Barreto, M. (2019). *Imunologia e doenças infecciosas: Uma abordagem prática*. Lisboa: Editora Saúde e Ciência.
- Benton, T. D., Lynch, K. G., & Freeman, E. W. (2018). *Mental health, substance use, and HIV risk behaviors among HIV-infected youth*. *Journal of Adolescent Health*, 62(4), 464–471.
- Bourdieu, P. (1990). *The logic of practice (R. Nice, Trans)*. Stanford University Press.
- Brandt, R. (2016). *Mental health, HIV and the pursuit of human rights in Africa: The missing link*. *Journal of International AIDS Society*, 19(1), 21048.
- Camarneiro, A. P. (2021). Adesão terapêutica: contributos para a compreensão e intervenção. *Revista de Enfermagem Referência*.
- Carvalho, W. (2014). *Avaliação da aplicabilidade de um instrumento para aferição da adesão do paciente ao tratamento anti-retroviral nos serviços do sistema único de saúde que assistem pessoas vivendo com HIV*. São Paulo.
- Costa, R. T., & Miessa, E. R. (2019). *Estigma: uma realidade da população em situação de rua (PSR)*.
- Couto, A., & Paunde, E. (2021). Programa Nacional de Controle de ITS HIV e SIDA. *Ministério da Saúde (MISAU), Direcção Nacional de Saúde Pública*.
- Cunha, J. (2010). *Representações sociais sobre a Aids e a Terapia Anti-retroviral: influencias no tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids*. Belém.
- Fauci, A. S., Lane, H. C., & Redfield, R. R. (2020). *HIV/AIDS: 40 years of progress and future challenges*.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Prentice-Hall.
- Grinspoon, S., & Carr, A. (2021). *Cardiometabolic aspects of HIV: Management and challenges*. *The Lancet HIV*.
- Gusmão, J. L., & Jr., D. M. (2006). Adesão ao tratamento – conceitos. *Revista Brasil Hipertens*, 23-25.
- International Association Of Providers of AIDS CARE. (2024). *Antiretroviral Therapy (ART)*.

- Leite, S., & Vasconcellos, M. (2023). Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciênc Saúde Coletiva*, 775-820.
- Lima, L. B., Santos, D. V., Souza, Y. M., Silva, M. E., Silva, M. E., Marinho, L. d., . . . Andrade, S. A. (2025). *ALÉM DO VÍRUS: O IMPACTO DO ESTIGMA NA SAÚDE MENTAL E TRATAMENTO DE PACIENTES COM HIV*.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). *Conceptualizing stigma*. *Annual Review of Sociolog.*
- Machava, F., & Bambo, R. (2021). Estigma institucional e VIH em Moçambique: o papel dos profissionais de saúde. *Revista Moçambicana de Saúde Pública*, 33-47.
- Massignam, F. M., Bastos, J. L., & Nedel, F. B. (2019). *Discriminação e saúde: um problema de acesso*. Brasil.
- Mbanze, A., & Gimo, M. (2023). Abandono do tratamento antirretroviral: factores psicossociais em Moçambique. *Revista Africana de Psicologia da Saúde*, 12-29.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2008). *Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e aids*. Brasília-DF.
- MISAU. (2021). *Relatório de desempenho do programa de controlo do VIH/SIDA em Moçambique*. Ministério da Saúde.
- Nachega, J. B. (2015). *Adherence to antiretroviral therapy and its determinants in sub-Saharan Africa: A systematic review and meta-analysis*. *Lancet Infectious Diseases*, 15(11), 1369–1379.
- National Institutes of Health (NIH). (2024). *Adesao ao Tratamento do HIV*.
- Nhampossa, A., & Mutemba, H. (2022). Género, estigma e VIH: desafios das mulheres seropositivas. *Estudos Sociais Moçambicanos*, 77-90.
- Pan American Health Organization (PAHO). (2015). *Terapia Antirretroviral*.
- Pedro, J. N. (2015). *Experiência da adesão ao tratamento anti-retroviral (TARV) de pessoas vivendo com HIV/SIDA no Bairro de Chamanculo “D”, Cidade de Maputo*. Maputo.
- Pence, B. W. (2012). *Depression and viral suppression in a cohort of HIV-infected adults in the United States*. *AIDS Patient Care and STDs*, 26(11), 656–663.
- Pfeiffer, J. M., Pugas, M. d., Micek, M., Johnson, W., Sherr, K., Gimbel-Sherr, K., & Gloyd, S. (2010). *Integration of HIV/AIDS services into African primary health care: Lessons learned for health system strengthening in Mozambique*. *Journal of the International AIDS Society*.
- Relatório APSS. (2024). *Dados anuais sobre adesão e abandono da TARV – Hospital José Macamo*. Maputo: Unidade de Apoio Psicossocial.
- Serafim, F. M. (2007). *PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR GLOBAL NA POPULAÇÃO SÉNIOR - práticas de intervenção e desenvolvimento de actividades físicas*.

- Silva, J. d. (2011). *O impacto da AIDS na saúde mental e qualidade de vida de pessoas na maturidade e velhice*.
- Silva, N. A., Santos, J. F., Jacomassi, E., & Gimenes, M. (2020). Adesão ao Tratamento em Doenças Crônicas: Instrumentos Utilizados para Avaliação. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR*, 125-130.
- Sitoe, A. O. (2015). *Experiências de Adesão e Abandono ao Tratamento Anti-retroviral*. Maputo.
- Sitoe, C., Mabunda, E., & Chiziane, R. (2022). Estigma e saúde mental em pacientes com VIH: Revisão de literatura africana. *Revista de Psicologia Comunitária*, 41-58.
- Subu, M. A., Wati, D. F., & Netrida, N. (2021). *Tipos de estigma vivenciados por pacientes como doenças mentais e enfermeiros de saúde mental na indonésia: Uma análise qualitativa de conteúdo*.
- Taela, K. (2004). *Análise da documentação sobre o estigma e a discriminação relacionados com o HIV/SIDA em Moçambique*.
- Tozzi, V. (2013). *Neurocognitive performance and quality of life in HIV-infected patients with asymptomatic neurocognitive impairment: A longitudinal study*. *BMC Infectious Diseases*, 13, 234.
- Turan, B., Hatcher, A. M., Weiser, S. D., Johnson, M. O., Rice, W. S., & Turan, J. M. (2017). *Mecanismos de enquadramento que vinculam o estigma relacionado ao HIV, a adesão ao tratamento e os resultados de saúde*. 10.2105/AJPH.2017.303744.
- UNAIDS. (2022). *Estigma e Discriminação*.
- UNAIDS. (2022). *Global AIDS Update 2022: In Danger. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre VIH/SIDA*. <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2022/in-danger-global-aids-update>.

ANEXOS E APENDICES

APENDICE I – Termo e Declaração de Consentimento



Universidade Politécnica
A POLITÉCNICA

A Politécnica

Instituto Superior de Gestão, Ciências e Tecnologia

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar, de forma voluntária, no estudo intitulado “*Análise do Estigma Associado ao Vírus de Imunodeficiência Humana (HIV) Na Retenção e Adesão Ao Tratamento Antirretroviral (TARV) Em Pacientes Seguidos No Hospital José Macamo*”. Esta pesquisa será realizada nas instalações do Hospital Geral José Macamo e tem como responsável a pesquisadora **Sr.^a Preciosa Júlia Oliveira Cossa**.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____, do sexo () Masculino () Feminino, residente no bairro/ cidade de _____, declaro que fui devidamente informado(a) sobre os objectivos académicos, os procedimentos metodológicos e as finalidades da presente pesquisa, conduzida por **Preciosa Júlia Oliveira Cossa**, estudante da Universidade Politécnica.

AUTORIZO a utilização das informações fornecidas nesta entrevista exclusivamente para fins de pesquisa académica. **AUTORIZO**, igualmente, a divulgação pública dos resultados deste estudo, desde que seja garantido o anonimato e que os dados não sejam utilizados para fins comerciais ou lucrativos.

Maputo, ____ de _____ de 2025

(Assinatura do(a) Participante da Pesquisa)

APENDICE II – Questionário

QUESTIONÁRIO

SECÇÃO 1: DADOS DEMOGRÁFICOS

1. Idade: _____ anos
2. Género:
 Masculino Feminino Outro
3. Nível de escolaridade: _____
4. Profissão/Ocupação: _____
5. Tempo em tratamento com TARV: _____ meses/ anos

SECÇÃO 2: ADESÃO AO TRATAMENTO

1. Como tem sido a sua experiência com o cumprimento do tratamento nos últimos 6 meses?
 - Boa.
 - Não boa.
2. Já tomou a decisão de interromper o tratamento ou de não seguir recomendações médicas?
 - Não
 - Sim
3. Que tipo de dificuldades você enfrenta para seguir corretamente o tratamento antirretroviral?
 - Efeitos colaterais
 - Questões emocionais
 - Apoio familiar
4. O que o(a) motiva a continuar com o tratamento?

SECÇÃO 3: CRENÇAS E BARREIRAS SOCIAIS

1. Quais crenças ou atitudes negativas você percebe na sua comunidade em relação às pessoas que vivem com HIV e fazem TARV?

2. Já passou por alguma situação em que sentiu discriminação no hospital ou em outros espaços públicos por estar em tratamento com TARV?

- () Sim
- () Não

3. Você sente que pode falar abertamente sobre seu tratamento com familiares e amigos?

- () Sim
- () Não

4. De que forma a discriminação social tem impactado sua autoestima ou seu bem-estar emocional?

SECÇÃO 4: SAÚDE MENTAL E BEM-ESTAR

1. Como você avaliaria sua saúde mental nos últimos meses? (1 = Muito ruim; 2 = Ruim; 3 = Regulador; 4 = Boa; 5 = Muito boa)

- () 1
- () 2
- () 3
- () 4
- () 5

2. Você tem dificuldades para dormir (insônia)?

- () Sim
- () Não

3. Que tipo de pensamentos ou sentimentos preocupantes tem experimentado com frequência?

4. Tem sentido falta de prazer ou interesse em coisas que antes gostava de fazer?

- () Sim
- () Não

5. Em algum momento sentiu que perdeu o valor pessoal ou sentiu culpa excessiva?

- () Sim
- () Não

SEÇÃO 5: CONSIDERAÇÕES FINAIS

1. Na sua opinião, quais são as principais causas da discriminação em relação ao tratamento com TARV?

2. Deseja deixar algum comentário ou partilhar algo importante relacionado à sua experiência com o tratamento e a discriminação?

Agradecemos sua participação!

ANEXO II – Algoritmo de Testagem para o HIV em Adultos e Adolescentes



República de Moçambique
Ministério da Saúde
Direcção Nacional de Saúde Pública
PNC ITS, HIV/SIDA.

Algoritmo de testagem para o HIV em adultos e adolescentes

RASTREIO DE FACTORES DE RISCO E SINAIS E SINTOMAS SUGESTIVOS DE INFECÇÃO POR HIV EM ADOLESCENTES \geq 15 ANOS E ADULTOS

FACTORES DE RISCO:

1. Está actualmente internado ou esteve internado nos últimos 6 meses por doença?
2. É parceiro sexual de PVHIV?
3. Tem mais de um parceiro sexual?
4. É vítima de Violação Sexual?
5. É sexualmente activo e não usa preservativo regularmente em todas as relações sexuais?
6. É Pessoa que injecta droga ou parceiro sexual de pessoa que injecta droga?

SINAIS E SINTOMAS:

- Tem sinais e sintomas respiratórios prolongados ou de repetição
- Tem sinais e sintomas de ITS ou Corrimento ou feridas nos genitais
- Inchaço dos membros inferiores ou dos gânglios linfáticos
- Perda de peso visível
- Diarreia há mais de 15 dias
- Febre persistente inexplicada
- Feridas na boca ou dificuldades para comer
- Problemas da pele (comichão, queimadura da noite, feridas)

Se a resposta for “SIM” a pelo menos uma das questões

Fez teste para HIV previamente?

(Confirmar através de um documento hospitalar, Cartão de Utente de Testagem ou outro)

Seroestado desconhecido
(nunca foi testado ou Teste Rápido feito há mais de 3 meses)

OFERECER Teste Rápido nesta Consulta

Resultado de TR HIV NEGATIVO
(Teste Rápido feito há menos de 3 meses)

NÃO TESTAR nesta Consulta

Teste Rápido (TR) HIV POSITIVO confirmado

NÃO TESTAR Referir ao Serviço TARV

Lembrar que:

- Pacientes com resultado negativo devem repetir a testagem segundo a tabela de frequência de testagem;
- Paciente que responder SIM a questão nº 6, independente do resultado do teste de HIV, referir para seguimento como população chave ou como contacto de população chave;
- Deve-se garantir guia de referência e o acompanhamento físico para os Cuidados e Tratamento ou para o SAAJ (onde houver SAAJ específico) dos pacientes com resultado positivo;
- Todo adolescente sexualmente activo está em risco de contrair infecção por HIV. Depois de tratar a condição pontual, referir para o SAAJ para oferta do pacote de atendimento do adolescente em SSR incluindo fortalecimento de medidas preventivas;
- Adolescente sexualmente activo, com resultado do teste rápido feito há menos de 3 meses, com nova ITS diagnosticada, tem indicação para oferta de novo teste rápido.