

Pobreza, adesão e retenção nos cuidados de HIV em pessoas em tratamento antirretroviral residentes em Goba, Moçambique

Poverty and retention in HIV care among individuals receiving antiretroviral therapy residing in Goba, Mozambique

Sonia Nhantumbo-Divage¹

DOI: https://doi.org/10.60543/ts_iss.vi10.11178

Recebido: 13 de março de 2026

Revisto: 9 de junho de 2026

Aceite: 15 de julho de 2026

Publicado: 31 de julho de 2026

Resumo

Este estudo exploratório-qualitativo analisa a influência da pobreza na adesão e retenção de pessoas HIV-positivas nos cuidados continuados de HIV, na localidade de Goba, distrito de Namaacha, província de Maputo, Moçambique, entre outubro de 2023 e agosto de 2024. Os resultados mostram que a carência financeira continua a afetar negativamente a adesão e a permanência nos cuidados, apesar da expansão dos serviços de HIV, comprometendo a satisfação de necessidades clínicas e não clínicas das pessoas acompanhadas em consultas de seguimento. O estudo destaca a necessidade de integrar mecanismos estatais de proteção social básica nos serviços de HIV.

Palavras-chave: Cuidados continuados de HIV; Pobreza; Adesão; Retenção; Proteção social básica.

Abstract

This exploratory qualitative study examines the influence of poverty on adherence to and retention in continuous HIV care among HIV-positive individuals living in Goba, Namaacha District, Maputo Province, Mozambique, between October 2023 and August 2024. Findings indicate that financial deprivation continues to negatively affect adherence and retention despite the expansion of HIV services, limiting patients' ability to meet essential clinical and non-clinical needs. The study highlights the importance of integrating state-led basic social protection mechanisms into HIV care services.

Keywords: Continuous HIV care; Poverty; Adherence; Retention; Basic social protection

¹ Docente e Investigadora, Centro de Estudos Africanos da Universidade Eduardo Mondlane, República de Moçambique

E-mail: scnhdi@yahoo.com

Introdução

O presente estudo resulta da reanálise de parte dos dados qualitativos recolhidos no âmbito de um projeto de investigação que analisou os efeitos das medidas de combate à COVID-19 no cumprimento das rotinas do tratamento antirretroviral (TARV), desenvolvido no distrito fronteiriço de Moamba, na província de Maputo, e publicado em 2023. Embora esses dados não respondessem aos objetivos da investigação anterior, suscitaram novas questões relacionadas com o impacto da pobreza e da vulnerabilidade financeira na adesão e retenção nos cuidados continuados de HIV. Goba é uma localidade fronteiriça do posto administrativo de Changalane, no distrito de Namaacha, província de Maputo, que faz fronteira com o Reino de Eswatini. Enquanto localidade semirrural, caracterizada por uma elevada prevalência de infeção por HIV (21%) e por uma vulnerabilidade acrescida à epidemia, resultante da intensa mobilidade populacional, dos movimentos migratórios e das rotas de transporte típicas das zonas fronteiriças, Goba constitui um contexto particularmente relevante para analisar a capacidade das pessoas em tratamento antirretroviral (TARV) e das suas famílias suportarem os custos adicionais considerados essenciais para a permanência nos cuidados continuados de HIV. A economia local assenta no comércio transfronteiriço, na produção de carvão vegetal, no corte de lenha e na agricultura familiar. Consequentemente, os níveis de desemprego e pobreza são elevados, não existindo informação documentada sobre a cobertura dos programas de proteção social básica destinados a pessoas em TARV acompanhadas nos cuidados de HIV.

Partindo da constatação de que a insegurança alimentar e a insuficiência de recursos financeiros para custear as deslocações às unidades sanitárias condicionam a forma como as pessoas em TARV residentes em Goba procuram e utilizam os serviços públicos de saúde, este estudo analisa o impacto do esforço financeiro necessário para satisfazer necessidades consideradas essenciais à adesão e retenção nos cuidados de HIV, sem comprometer a capacidade de subsistência dos indivíduos e das suas famílias. Para esse efeito, recorre a técnicas qualitativas de produção e análise de dados para compreender os desafios associados à escassez de recursos financeiros no cumprimento das rotinas de tratamento, na permanência nos cuidados continuados de HIV e na prevenção do empobrecimento contínuo.

Os resultados evidenciam a importância da integração dos programas de proteção social básica e de assistência social na provisão de cuidados continuados de HIV como estratégia para reduzir a pressão financeira associada à permanência nos cuidados. Neste sentido, recomenda-se a criação de mecanismos que promovam a colaboração entre profissionais de saúde, equipas responsáveis pelos cuidados continuados de HIV e assistentes sociais, reforçando a articulação com o subsistema de segurança social básica para responder aos fatores não clínicos que condicionam a continuidade dos cuidados e a capacidade de subsistência das pessoas e das suas famílias.

O artigo organiza-se em quatro secções. Após a contextualização do problema e a revisão da literatura, apresentam-se as opções metodológicas, seguindo-se a apresentação e discussão dos resultados e, por fim, as principais conclusões.

1. Revisão da literatura e fundamentação teórica

A adesão e a permanência nos cuidados continuados de HIV constituem processos socialmente condicionados, que não podem ser compreendidos apenas a partir de uma perspetiva biomédica. Em contextos marcados por pobreza estrutural, desemprego, insegurança alimentar e fraca cobertura de políticas sociais, como acontece nas zonas semirrurais e fronteiriças de Moçambique, a capacidade das pessoas em tratamento antirretroviral (TARV) para cumprir as rotinas terapêuticas é profundamente influenciada por determinantes sociais, económicos e institucionais. A literatura (Cluver et al., 2016; Anderegg et al., 2020; Joaquim et al., 2023) demonstra que, embora o acesso gratuito aos antirretrovirais represente um avanço significativo no combate à epidemia de HIV, os custos indiretos associados ao tratamento - como o transporte, a alimentação adequada e o tempo despendido nas unidades sanitárias - continuam a constituir barreiras concretas à adesão e à permanência nos cuidados.

Esta perspetiva aproxima-se da compreensão do HIV enquanto fenómeno simultaneamente clínico e social, exigindo respostas que ultrapassem o tratamento farmacológico e integrem os determinantes sociais da saúde.

No campo do Serviço Social, diversos estudos têm problematizado a centralidade atribuída à dimensão clínica dos cuidados em HIV, em detrimento das necessidades sociais dos utentes. Esta abordagem tende a reforçar processos de medicalização dos cuidados, nos quais o sucesso terapêutico é entendido como uma responsabilidade exclusivamente

individual, desvalorizando as condições materiais e simbólicas que condicionam o exercício do autocuidado (de Moura et al., 2024; Faria & Lopes, 2020). Esta lógica contribui para a reprodução das desigualdades sociais no acesso e na continuidade dos cuidados de saúde, afetando de forma mais intensa as pessoas em situação de pobreza, as mulheres e as famílias economicamente vulneráveis.

Para analisar criticamente esta realidade, o presente estudo fundamenta-se na Abordagem de Desenvolvimento Social (ADS), amplamente consolidada no Serviço Social como um referencial teórico e político orientado para a promoção da justiça social (Patel et al., 2012), dos direitos humanos e da responsabilidade do Estado na promoção do bem-estar coletivo (van Breda, 2018). A ADS concebe o desenvolvimento social como um processo planeado de transformação estrutural que integra políticas sociais, desenvolvimento económico e redistribuição de recursos, com vista à redução da pobreza e da exclusão social (Midgley, 2008). Aplicada ao campo da saúde, esta abordagem permite compreender a adesão ao TARV não como um comportamento isolado, mas como um fenómeno social condicionado por desigualdades estruturais no acesso a recursos, oportunidades e direitos.

Os autores que trabalham no domínio do desenvolvimento social defendem que a proteção social básica constitui um instrumento central para mitigar os efeitos da pobreza associada à doença crónica e reforçar a capacidade de resiliência dos indivíduos e das famílias (Noyoo, 2000; Patel & Hochfeld, 2012; Patel, 2015). No caso das pessoas que vivem com HIV, a ausência ou fragilidade dos mecanismos de assistência social compromete não apenas a subsistência quotidiana, mas também a continuidade dos cuidados em saúde, uma vez que a insegurança económica reduz a capacidade de comparecer às consultas, levantar regularmente a medicação e cumprir as recomendações terapêuticas (Joaquim et al., 2023). Estas limitações tendem ainda a afetar de forma desproporcionada as mulheres, que acumulam maiores responsabilidades familiares, enfrentam níveis mais elevados de estigmatização social e apresentam uma inserção mais precária no mercado de trabalho.

No contexto moçambicano, embora o quadro normativo da ação social e da segurança social básica reconheça o direito à proteção social em situações de incapacidade económica decorrente da doença (República de Moçambique, 2017), observa-se uma fraca articulação entre os serviços de saúde e os serviços de ação social (Divage, 2024). Esta

desarticulação institucional limita a identificação, o encaminhamento e o acompanhamento das pessoas que vivem com HIV e se encontram em situação de pobreza para os programas de assistência social, revelando um desfasamento entre a política social formalmente instituída e a prática quotidiana dos serviços. Do ponto de vista do Serviço Social, esta lacuna compromete a efetividade das estratégias de adesão ao TARV e contribui para a manutenção das desigualdades no acesso aos cuidados continuados de HIV.

Assim, ao adotar a Abordagem de Desenvolvimento Social como fundamento teórico, o presente estudo analisa a pobreza como um fator estrutural que condiciona a adesão e a permanência nos cuidados de HIV, problematizando o papel do Estado, dos serviços de saúde e dos profissionais da ação social na garantia dos direitos sociais. Este enquadramento permite interpretar as experiências dos participantes à luz das relações entre carência económica, capacidade de consumo, proteção social básica e autocuidado, contribuindo para o aprofundamento do debate sobre a integração da proteção social nas respostas institucionais ao HIV em Moçambique. Deste modo, a ADS constitui o quadro conceptual que orienta a interpretação dos resultados apresentados nas secções seguintes.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo, de natureza exploratória e descritiva, baseado na realização de entrevistas semiestruturadas a pessoas HIV-positivas em tratamento antirretroviral (TARV) e acompanhadas nos cuidados continuados de HIV. A análise dos dados foi complementada pela consulta de documentos programáticos e normativos que regulam o sistema de proteção social moçambicano (Tabela 1).

Tabela 1. Peso dos temas identificados nos documentos programáticos e normativos para a estruturação do guião de entrevistas

Documentos	Temas a abordar	Porcentagem
Política da ação social e política da saúde	Acesso universal à saúde e a proteção social	39.4%
Sistema de proteção social	Mecanismo que garante assistência a pessoas HIV-positivo sem capacidade de assegurar, por si mesmos, condições de subsistência (por exemplo, os custos associados à utilização de serviços de TARV.	37.1%
Estratégia Nacional de Segurança Social Básica	Acesso aos programas do Estado para assistência e proteção social à indivíduos economicamente carenciados, acometidos por doença crónica	23,5

Fonte: Elaboração própria

O estudo foi realizado na localidade de Goba, posto administrativo de Changalane, distrito de Namaacha, da Província de Maputo, entre outubro de 2023 e agosto de 2024, com o objetivo de compreender a influência da pobreza no cumprimento das rotinas de tratamento e na permanência nos cuidados continuados de HIV. Para as entrevistas foi adotada a técnica de amostragem não probabilística, por conveniência e voluntária (Campos & Saidel, 2022), que envolveu 13 participantes (oito mulheres e cinco homens), com idade igual ou superior a 18 anos, residentes em Goba, em tratamento antirretroviral há pelo menos cinco anos, acompanhados em consultas de seguimento dos cuidados continuados de HIV e com comprovada situação de carência económica.

A recolha de dados foi interrompida quando se verificou que as entrevistas deixavam de acrescentar novos temas relevantes para os objetivos do estudo, indicando a suficiência da informação obtida para responder à questão de investigação.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas nos domicílios dos participantes, mediante assinatura do Termo de Consentimento Informado, garantindo os princípios da participação voluntária, do anonimato e da confidencialidade. As entrevistas, com duração média de cerca de 60 minutos, foram gravadas, transcritas integralmente e analisadas segundo o modelo de Análise Temática Reflexiva (ATR) proposto por Braun e Clarke (2006), com o apoio do software ATLAS.ti (versão 9) (Alberto & Junior, 2018).

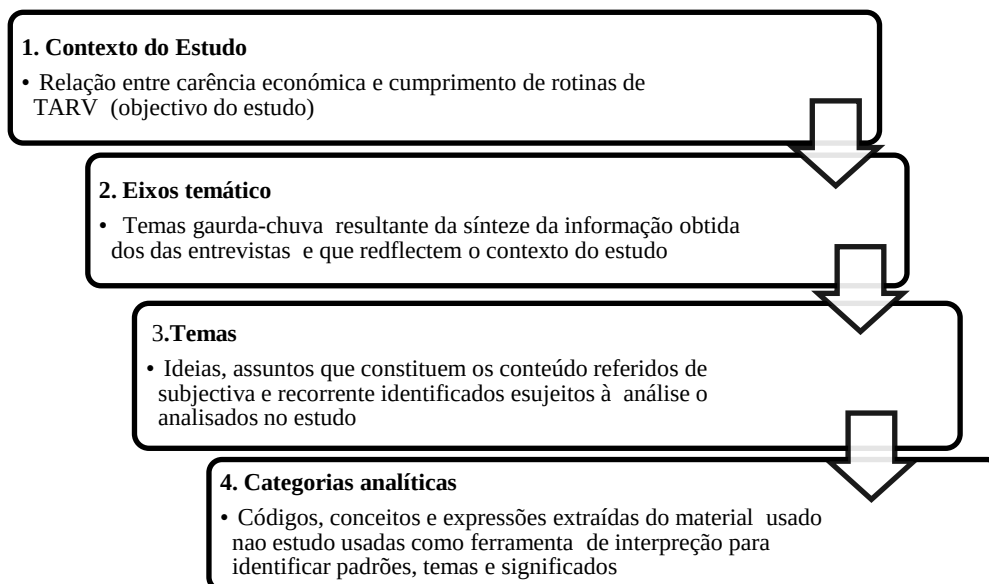
Embora a dimensão da amostra seja reduzida, a natureza qualitativa e exploratória do estudo privilegiou a profundidade da informação recolhida em detrimento da representatividade estatística, permitindo compreender de forma aprofundada as experiências e os significados atribuídos pelos participantes ao impacto da pobreza na adesão e permanência nos cuidados de HIV.

Na análise dos dados foram seguidas as cinco fases propostas por Braun e Clarke (2014): familiarização com os dados, codificação, construção dos temas, revisão dos temas e definição dos temas, permitindo identificar padrões de significado que ultrapassam uma leitura exclusivamente orientada pelo referencial teórico.

O ATLAS.ti possibilitou: (a) identificar, extrair e catalogar temas, conceitos e palavras-chave presentes nos documentos programáticos; (b) explorar as relações entre conceitos e núcleos temáticos emergentes dos dados, equilibrando a descrição com a análise interpretativa; e (c) apoiar a delimitação dos conteúdos abordados nas entrevistas semiestruturadas (Alberto & Junior, 2018).

A estratégia analítica permitiu cruzar a informação proveniente dos documentos programáticos e normativos com os relatos dos participantes (Figura 1), respeitando a natureza qualitativa dos dados, garantindo a flexibilidade do processo analítico (Soratto et al., 2020) e orientando a apresentação dos resultados.

Figura 1: Eixos temáticos, temas, excertos de relatos e categorias analíticas



Fonte: elaboração da autora, com base em Braun e Clarke (2006).

A interpretação dos dados baseou-se na identificação de eixos analíticos, temas e padrões de significado construídos a partir dos relatos dos participantes e dos respetivos perfis socioeconómicos. O carácter interpretativo da análise foi preservado, articulando os temas emergentes com a literatura sobre desenvolvimento social, Serviço Social e cuidados continuados de HIV.

A análise foi ainda complementada pela consulta de documentos programáticos e normativos do sistema de proteção social moçambicano, permitindo a triangulação das diferentes fontes de informação (Crowe et al., 2015).

O estudo foi aprovado pelo Conselho Científico do Centro de Estudos Africanos da Universidade Eduardo Mondlane. Não foi submetido a uma comissão de ética em investigação em saúde por não envolver dados clínicos nem qualquer intervenção terapêutica. Ainda assim, foram respeitados os princípios éticos fundamentais da investigação com seres humanos, nomeadamente o consentimento informado, a participação voluntária, o anonimato, a confidencialidade e a proteção da identidade dos participantes.

3. Resultados do estudo

A apresentação dos resultados acompanha o percurso seguido no processo de análise dos dados.

3.1. Caracterização sociodemográfica dos participantes

O estudo envolveu treze participantes, dos quais oito eram mulheres e cinco homens, residentes na localidade de Goba, com idades compreendidas entre os 23 e os 59 anos. A maioria das mulheres (seis) não vivia com um parceiro e constituía a principal provedora do agregado familiar, enquanto três dos homens residiam com as respetivas companheiras. As mulheres apresentavam baixos níveis de escolaridade, sendo que apenas três concluíram o 1.º ciclo do ensino secundário, e habitavam, em geral, em condições habitacionais mais precárias do que os homens. Apenas quatro mulheres tinham acesso à água canalizada e três à eletricidade. Em contrapartida, quatro homens residiam em casas de alvenaria e três tinham acesso à água canalizada.

Relativamente às atividades geradoras de rendimento, quatro mulheres e três homens referiram depender do comércio informal para a sua subsistência, auferindo um rendimento médio mensal cerca de 60% inferior ao salário mínimo do setor agrícola, sendo os rendimentos das mulheres inferiores aos dos homens. Nenhum dos participantes beneficiava de programas de assistência social. Cinco das oito mulheres descobriram o seu estado serológico durante a gravidez, enquanto os homens apenas tiveram conhecimento do diagnóstico após um período prolongado de doença. Todos se encontravam em acompanhamento nos cuidados continuados de HIV há cerca de três anos, sendo seis acompanhados no Centro de Saúde de Boane e sete no Centro de Saúde de Changalane.

Todos os participantes referiram dificuldades em comparecer às consultas de seguimento do tratamento do HIV. A maioria (cinco mulheres e dois homens) faltou entre três e seis vezes às consultas durante os últimos dezoito meses. Além disso, seis mulheres e três homens afirmaram ter perdido o emprego após o início do tratamento antirretroviral. Para onze participantes (oito mulheres e três homens), o início do TARV reduziu a capacidade de subsistência do próprio e do respetivo agregado familiar, apesar de a medicação ser disponibilizada gratuitamente. A maioria das mulheres (sete em oito) contava com o apoio de familiares, amigos ou da igreja para assegurar necessidades básicas de subsistência. Contudo, quatro mulheres e um homem relataram tentativas

frustradas de acesso aos programas de proteção social básica, através do Serviço Distrital da Saúde, Mulher e Ação Social de Namaacha.

3.2. Temas e categorias analíticas emergentes

Da análise dos relatos dos participantes emergiram dois eixos temáticos:

1. Cuidados de HIV, centrado nas estratégias adotadas para a adesão ao tratamento e nas percepções dos participantes sobre os cuidados prestados pelos serviços de saúde, com particular enfoque na medicação e nas consultas de seguimento;
2. Carência económica, que evidencia o impacto financeiro associado às exigências do tratamento, incluindo as despesas com transporte e alimentação e as suas repercussões na adesão às rotinas do TARV e na capacidade de assegurar simultaneamente as despesas de saúde e de subsistência familiar.

A partir destes eixos emergiram quatro temas principais:

- a) priorização das necessidades clínicas, centrada na adesão à medicação;
- b) assistência psicossocial, com enfoque na prevenção positiva desenvolvida durante as consultas de seguimento;
- c) predisposição para o autocuidado;
- d) capacidade de consumo, assumindo-se como um tema transversal à experiência dos participantes.

As categorias analíticas resultantes da análise da informação foram organizadas em função dos eixos temáticos e dos respetivos temas, sendo ilustradas por excertos das entrevistas que permitem evidenciar os principais padrões de significado identificados (Braun & Clarke, 2014).

Tabela 2. Eixos temáticos identificados e respetivos temas e categorias analíticas

Eixos Temáticos	Temas	Categoria analítica
Cuidados de HIV	Priorização do tratamento clínico por via da toma de comprimidos	Medicalização dos cuidados de HIV
	Assistência financeira como parte do apoio psicossocial integrado nos cuidados de HIV	Fatores que afetam as rotinas de TARV
	Capacidade de consume	Risco iminente de empobrecimento
Carência económica	Predisposição para autocuidados	Programas de proteção social

Fonte: Elaboração própria

A caracterização dos participantes e a análise temática permitiram identificar que as dificuldades de adesão e permanência nos cuidados continuados de HIV não decorrem apenas de fatores clínicos, mas refletem sobretudo constrangimentos económicos e sociais que condicionam a capacidade de cumprir as exigências do tratamento. Os eixos temáticos e as respetivas categorias analíticas evidenciam a centralidade da pobreza na experiência dos participantes e constituem a base para a discussão apresentada de seguida.

4. Discussão dos resultados

O presente estudo analisou os desafios económicos decorrentes da pobreza e da vulnerabilidade socioeconómica na adesão e permanência nos cuidados continuados de HIV entre pessoas em tratamento antirretroviral residentes numa localidade semirrural e acompanhadas em consultas de seguimento nos Centros de Saúde de Boane e de Changalane.

Os resultados evidenciam que o cumprimento das rotinas do tratamento antirretroviral (TARV) e a permanência nos cuidados continuados de HIV, no contexto da localidade de Goba, são fortemente condicionados por fatores estruturais associados à pobreza e à vulnerabilidade socioeconómica, confirmando que a adesão e a retenção nos cuidados não podem ser compreendidas como comportamentos exclusivamente individuais. Esta realidade é ilustrada pelo relato de SM, de 33 anos, vendedor ambulante, pai de quatro filhos e utente do Centro de Saúde de Changalane:

não pagamos pelos medicamentos (comprimidos) que levantamos na Farmácia. [...] Sempre nos avisam quando chega o dia da consulta.

De igual modo, Jaime, de 42 anos, pedreiro, pai de três filhos e acompanhado no Centro de Saúde de Boane, refere:

Não é preciso ir ao Hospital todos os meses. Somos um grupo (GAAC). [...] levantamos comprimidos, de forma rotativa, uns para os outros [...]. [...] só vou quando tenho consulta ou para fazer exames e quando fico doente.

À luz da Abordagem de Desenvolvimento Social, estes resultados revelam que a ausência de condições materiais mínimas compromete a capacidade das pessoas exercerem o autocuidado e responderem às exigências institucionais impostas pelos serviços de saúde, reforçando desigualdades no acesso e na continuidade dos cuidados. A centralidade

atribuída à componente clínica dos cuidados de HIV, particularmente à disponibilização gratuita dos medicamentos antirretrovirais, evidencia um processo de medicalização do cuidado, no qual as necessidades sociais dos utentes permanecem marginalizadas.

Esta realidade torna-se evidente no relato de Helena, de 44 anos, doméstica, mãe de cinco filhos e acompanhada no Centro de Saúde de Changanane, que, apesar de beneficiar da gratuidade da medicação, refere não dispor de recursos suficientes para suportar os custos de transporte e de uma alimentação adequada:

tomar os comprimidos como dizem no hospital é muito difícil. [...] eu não tenho dinheiro para comer bem. [...] entre garantir que os meus filhos estudem, tenham uniforme e comam como deve ser, e cuidar de mim, prefiro cuidar deles.

Embora os participantes reconheçam a disponibilidade da medicação e a regularidade das consultas, os relatos demonstram que os custos indiretos do tratamento, nomeadamente o transporte e a alimentação adequada, constituem barreiras significativas ao cumprimento das rotinas do TARV. Este resultado corrobora a literatura do Serviço Social que critica abordagens biomédicas centradas no indivíduo e defende a integração de respostas sociais capazes de enfrentar os determinantes estruturais da não adesão.

Os resultados revelam igualmente uma perda progressiva da capacidade de consumo após o início do TARV, associada ao desemprego, à precariedade laboral e à diminuição da produtividade, particularmente entre as mulheres. Mariana, de 29 anos, mãe de três filhos e trabalhadora informal, descreve essa realidade da seguinte forma:

à maneira. Meu marido foi embora quando o bebê nasceu [...] o meu filho também tem esta doença [...] não tenho força para seguir o tratamento como eles (profissionais de saúde) nos dizem [...] sem dinheiro é muito difícil [...] porque nem sempre chega para ir ao hospital.

Este relato reforça as conclusões de Viisainen et al. (2024), segundo as quais os papéis de género influenciam as decisões relacionadas com o tratamento e dificultam a comparência das mulheres em situação de pobreza às consultas de seguimento, sobretudo quando dependem economicamente dos seus parceiros e estão expostas a situações de estigmatização e discriminação. Esta dinâmica confirma igualmente a perspetiva da Abordagem de Desenvolvimento Social, segundo a qual a doença crónica, quando não acompanhada por mecanismos eficazes de proteção social, pode desencadear processos

contínuos de empobrecimento que afetam não apenas o indivíduo, mas todo o agregado familiar.

A priorização das necessidades dos filhos em detrimento do autocuidado, recorrente nos relatos das mulheres entrevistadas, evidencia como as desigualdades de género agravam os efeitos da pobreza na adesão ao tratamento, reforçando a sobrecarga feminina no cuidado familiar e a sua maior vulnerabilidade económica. Esta realidade é ilustrada pelo testemunho de Ana, de 31 anos, mãe de três filhos, que refere nunca ter sido informada sobre a existência de programas de apoio financeiro, apesar das dificuldades persistentes em cumprir as rotinas do tratamento:

não tenho dinheiro e nem consigo ter uma casa boa para viver com os meus filhos [...] está difícil! Muitas vezes falto no dia de levantamento dos comprimidos; agora já não faço parte dos grupos que levantam medicamentos porque, quando chegava a minha vez, não tinha dinheiro para ir ao hospital.

A ausência de articulação entre os serviços de HIV e o subsistema de segurança social básica emerge como um dos principais constrangimentos institucionais identificados pelo estudo. Nenhum dos participantes beneficiava de programas formais de proteção social, apesar da reconhecida situação de carência económica e das dificuldades reiteradas no cumprimento das rotinas do tratamento. Este resultado evidencia um desfasamento entre o quadro normativo da ação social, que reconhece o direito à proteção social em situações de doença e vulnerabilidade, e a prática quotidiana dos serviços, que continuam a funcionar de forma fragmentada. Do ponto de vista do Serviço Social, esta lacuna compromete a efetividade das estratégias de adesão ao TARV e reforça a responsabilização individual dos utentes pelo sucesso terapêutico.

Os resultados demonstram ainda que o apoio psicossocial disponibilizado no âmbito dos cuidados de HIV, quando não articulado com mecanismos de assistência financeira, revela-se insuficiente para responder à pobreza enquanto fator estrutural da não adesão. A literatura sobre desenvolvimento social sustenta que o apoio psicossocial, embora relevante, não substitui a necessidade de mecanismos de proteção social básica, sobretudo em contextos de pobreza extrema (Mundau & Zvomuya, 2021; Patel et al., 2012). A inexistência de encaminhamentos sistemáticos para programas de assistência social limita o potencial dos serviços de HIV para promover o autocuidado, a resiliência e a autonomia

dos indivíduos, contrariando os princípios da Abordagem de Desenvolvimento Social e de um Serviço Social orientado para os direitos.

Assim, os resultados deste estudo reforçam a necessidade de integrar a proteção social básica nos cuidados continuados de HIV como estratégia central para promover a adesão ao TARV e prevenir o empobrecimento associado à doença crónica. À luz da Abordagem de Desenvolvimento Social, a intervenção do Serviço Social deve assumir um papel estruturante na identificação das situações de carência económica, no encaminhamento para programas de assistência social e na articulação interinstitucional, contribuindo para uma resposta mais abrangente, equitativa e socialmente justa à epidemia de HIV em Moçambique.

Conclusão

Os resultados deste estudo evidenciam que a adesão e a permanência nos cuidados continuados de HIV, na localidade de Goba, são profundamente condicionadas por fatores estruturais associados à pobreza, à vulnerabilidade socioeconómica e à fraca articulação institucional entre os serviços de saúde e os mecanismos de proteção social básica. Embora o acesso gratuito ao tratamento antirretroviral constitua um avanço importante na resposta ao HIV em Moçambique, os resultados demonstram que a centralidade atribuída à dimensão clínica dos cuidados é insuficiente para garantir a continuidade sustentável do tratamento entre pessoas em situação de pobreza e vulnerabilidade social.

À luz da Abordagem de Desenvolvimento Social, a pobreza emerge neste estudo não apenas como uma condição socioeconómica, mas como um fator estrutural que limita a capacidade de autocuidado, compromete a capacidade de subsistência e expõe os indivíduos e as suas famílias a processos persistentes de empobrecimento. A ausência de mecanismos de apoio aos custos indiretos do tratamento, nomeadamente transporte e alimentação, constitui um dos principais obstáculos à adesão ao TARV, reforçando processos de medicalização dos cuidados e transferindo para os indivíduos a responsabilidade pelo sucesso terapêutico, em detrimento da responsabilidade do Estado e das instituições.

O estudo evidencia igualmente que a fragilidade dos mecanismos de proteção social básica e a limitada articulação entre os serviços de HIV e os serviços de ação social dificultam a identificação, o encaminhamento e o acompanhamento de pessoas que vivem

com HIV em situação de carência económica. Do ponto de vista do Serviço Social, esta desarticulação institucional compromete a efetivação do direito à proteção social e limita a construção de respostas integradas que articulem cuidados clínicos, apoio psicossocial e assistência social, conforme preconizado pelo quadro normativo moçambicano.

Os resultados revelam ainda que as desigualdades de género atravessam de forma significativa as experiências dos participantes, evidenciando que as mulheres que vivem com HIV enfrentam maiores perdas de capacidade produtiva, maior sobrecarga nos cuidados familiares e maior vulnerabilidade económica, fatores que condicionam diretamente a adesão ao tratamento. Estes resultados reforçam a necessidade de desenvolver respostas ao HIV sensíveis às questões de género e orientadas para a redução das desigualdades sociais, em consonância com os princípios do desenvolvimento social e da justiça social.

Importa, contudo, interpretar estes resultados à luz das limitações do estudo. A investigação incidiu sobre um número reduzido de participantes e circunscreveu-se a uma realidade territorial específica, o que não permite generalizações para outros contextos. Ainda assim, a natureza qualitativa e exploratória do estudo possibilitou uma compreensão aprofundada das experiências dos participantes e dos desafios que a pobreza coloca à adesão e permanência nos cuidados continuados de HIV.

Conclui-se que a integração efetiva da proteção social básica nos cuidados continuados de HIV constitui uma condição essencial para promover a adesão ao tratamento, favorecer a permanência nos serviços e melhorar o bem-estar das pessoas e das famílias afetadas pelo HIV. Neste contexto, o Serviço Social assume um papel estratégico na identificação das situações de carência económica, na articulação interinstitucional e na promoção do acesso aos direitos sociais, contribuindo para respostas mais integradas, equitativas e socialmente justas. O presente estudo reforça, assim, a necessidade de superar abordagens predominantemente biomédicas e individualizantes, avançando para modelos de intervenção que reconheçam a proteção social como uma dimensão estruturante da saúde e da resposta ao HIV em Moçambique.

Referências

- Alberto, L., & Junior, S. (2018). O software Atlas.ti como recurso para a análise de conteúdo: analisando a robótica no Ensino de Ciências em teses brasileiras. *Ciênc. Educ., Bauru*, 24(3), 715–728. <https://doi.org/10.1590/1516-731320180030011>
- Anderegg, N., Hector, J., Jefferys, L. F., Burgos-Soto, J., Hobbins, M. A., Ehmer, J., Meier, L., Maathuis, M. H., & Egger, M. (2020). Loss to follow-up correction increased mortality estimates in HIV-positive people on antiretroviral therapy in Mozambique. *Journal of clinical epidemiology*, 128, 83–92. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.08.012>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., & Clarke, V. (2014). What can «thematic analysis» offer health and wellbeing researchers? *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 9. Co-Action Publishing. <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.26152>
- Campos, C. J. G. & Saidel, M.G.B (2022). Amostragem em investigações qualitativas: conceitos e aplicações ao campo da saúde. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 10(25), 404-424. <https://dx.doi.org/10.33361/RPQ.2022.v.10.n25.545>
- Cluver, L. D., Toska, E., Orkin, F. M., Meinck, F., Hodes, R., Yakubovich, A. R., & Sherr, L. (2016). Achieving equity in HIV-treatment outcomes: can social protection improve adolescent ART-adherence in South Africa? *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, 28, 73–82. <https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1179008>
- Crowe, M., Inder, M., & Porter, R. (2015). Conducting qualitative research in mental health: Thematic and content analyses. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(7), 616–623. <https://doi.org/10.1177/0004867415582053>
- De Moura, N. A. V.; D'Eça Júnior, A.; Matos, F. K. C.; Corrêa, É. C. S.; Rabêlo, P. P. C.; da Silva, R. A. R.; de Moura, N. R. V., & Rolim, I. L. T., P. (2024). Autogestão ineficaz da saúde e HIV: uma reflexão à luz da teoria de Orem. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, 17(1), 2078-2091. <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.1-121>

- Faria, D. P. S. & Lopes, V. A. S. (2020). O serviço social ante o controle do HIV/AIDS: uma análise com ênfase nos condicionantes do processo saúde-doença. *Revista Mundo Livre*, 6(2), 383-399. <https://Purl.oclc.org/r.ml/v6n2/d6>
- Joaquim, L., Miranda, M. N. S., Pimentel, V., Martins, M. do R. O., Nhampossa, T., Abecasis, A., & Pingarilho, M. (2023). Retention in Care and Virological Failure among Adult HIV-Positive Patients on First-Line Antiretroviral Treatment in Maputo, Mozambique. *Viruses*, 15(10). <https://doi.org/10.3390/v15101978>
- República de Moçambique. (2017). Política da Acção Social e Estratégia de Implementação. *Boletim da República, I Série, n.º 17*, Maputo.
- Midgley, J. (2008). Microenterprise, global poverty and social development. *International Social Work*, 51(4), 467–479. <https://doi.org/10.1177/0020872808090240>
- Mundau, M., & Zvomuya, W. (2021). Indigenizing social work for social development: Impediments and mitigations. Em V. Mabvurira, A. Fahrudin, & E. Mtetwa (Eds.), *Professional social work in Zimbabwe, past present and future* (pp. 159–179). National Association of Social Workers of Zimbabwe.
- Nhantumbo-Divage, S. (2023). *Efeitos das medidas restritivas de combate à COVID-19 no cumprimento das rotinas de tratamento do HIV no Centro de Saúde de Moamba* [Dissertação de Mestrado]. Universidade Eduardo Mondlane.
- Nhantumbo-Divage, S. (2024). Pobreza e desafios para protecção social básica em Moçambique: Experiências da COVID-19. *Temas Sociais*, (7), 138–156. https://doi.org/10.60543/ts_iss.vi7.9886
- Noyoo, N. (2000). Social development in sub-Saharan Africa: Lessons for social work practice in South Africa. *International Social Work*, 43(4), 453–465. <https://doi.org/10.1177/002087280004300404>
- Patel, L., & Hochfeld, T. (2012). Developmental social work in South Africa: Translating policy into practice. *International Social Work*, 56(5), 690–704. <https://doi.org/10.1177/0020872812444481>
- Patel, L., Kaseke, E., & Midgley, J. (2012). Indigenous Welfare and Community-Based Social Development: Lessons from African Innovations. *Journal of Community Practice*, 20(1–2), 12–31. <https://doi.org/10.1080/10705422.2012.644217>
- Patel, Leila. (2015). *Social welfare & social development* (2nd ed.). Oxford University Press Southern Africa (Pty) Limited.

- Soratto, J., de Pires, D. E. P., & Frieze, S. (2020). Thematic content analysis using ATLAS.ti software: Potentialities for research in health. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(3). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0250>
- van Breda, A. (2018). Developmental social case work: A process model. *International Social Work*, 61(1), 66–78. <https://doi.org/10.1177/0020872815603786>
- Viisainen, K., dos Santos, M. B., Sunderbrink, U., & Couto, A. (2024). Gender and stigma in antiretroviral treatment adherence in Mozambique: A qualitative study. *PLOS Global Public Health*, 4(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0003166>