



FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

**DESAFIOS NA IMPLEMENTAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE APOIO
PSICOSSOCIAL PELOS PROVEDORES DE SAÚDE ÀS PESSOAS
VIVENDO COM HIV/SIDA NO CONTEXTO DE CRISE: A PANDEMIA
DA COVID-19 NO HOSPITAL DISTRITAL DA MASSINGA, 2020-2021**

Autor: Miguel Vasco Osório

Supervisora: Prof. Doutora Khátia Munguambe

Maputo, Abril de 2026



FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

**DESAFIOS NA IMPLEMENTAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE APOIO
PSICOSSOCIAL PELOS PROVEDORES DE SAÚDE ÀS PESSOAS
VIVENDO COM HIV/SIDA NO CONTEXTO DE CRISE: A PANDEMIA DA
COVID-19 NO HOSPITAL DISTRITAL DA MASSINGA, 2020-2021**

**Protocolo de pesquisa no âmbito da dissertação para
candidatura à obtenção do grau de Mestre em Saúde
Pública, pela Faculdade de Medicina da Universidade
Eduardo Mondlane**

Autor: Miguel Vasco Osório

Supervisor: Prof. Doutora Khátia Munguambe

Maputo, Abril de 2026

Versão 2.0

Declaração de originalidade do projecto

“Declaro que esta dissertação nunca foi apresentada para a obtenção de qualquer grau ou num outro âmbito e que ela constitui o resultado do meu labor individual. Esta dissertação é apresentada em cumprimento parcial dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública na Universidade Eduardo Mondlane”

Miguel Vasco Osório

Aprovação do Júri

Este trabalho foi aprovado com a classificação de _____, com a expressão numérica de _____ valores, no dia _____ de _____ de 2026, por nós, membros do Júri Examinador da Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane.

(Presidente do Júri)

(Arguente)

(Supervisor)

Epígrafe

“Epidemias não existem isoladamente; elas interagem entre si e com as desigualdades sociais, produzindo impactos que excedem a soma das suas partes.”

Merrill Singer, 1996

“Não podemos acabar parcialmente com uma pandemia. Ou superamos o HIV em toda parte e para todos — ou não o superamos de forma alguma.”

— Winnie Byanyima, Diretora Executiva da UNAIDS (2021)

Dedicatória

Dedico este trabalho, de forma muito especial, à minha “*twin*”, Dulce Osório, que sempre acreditou em mim, oferecendo não apenas o seu voto de confiança, mas também o investimento inicial que tornou possível este percurso. Estendo igualmente esta dedicatória aos meus filhos, Emilly e Miguel Jr., que vieram ao mundo durante esta jornada e se tornaram fonte diária de inspiração e força.

Agradecimentos

Em primeiro lugar, agradeço a Deus Todo-Poderoso pela saúde, força, protecção e amparo constante, bem como pela luz que sempre iluminou o meu caminho ao longo desta formação.

Aos meus pais, Vasco Osório e Esperança Biliate, expresso profunda gratidão pelo voto de confiança, pelos ensinamentos de vida, pelos valores de respeito, moral e amor ao próximo, e por nunca deixarem de acreditar em mim. Estendo este agradecimento aos meus irmãos, Dulce, Lúcia, Bruno e Zinha, e à minha esposa, Amanda Suege, pelo suporte incondicional e presença firme em cada etapa desta jornada.

Um agradecimento especial ao amigo Benigno Dava, pelo apoio prestado na organização da documentação junto ao Hospital Distrital da Massinga, cuja colaboração foi essencial para a realização deste trabalho.

Reconheço com apreço a disponibilidade e orientação da Prof. Doutora Khátia Munguambe, que acompanhou de perto este processo com atenção e dedicação. Agradeço também à Prof. Doutora Fátima Cuembelo as conversas iniciais e inspiração na definição da temática.

Ao Departamento de Saúde Pública, funcionários e a todo o corpo docente, e a colegas do Curso de Mestrado em Saúde Pública coorte 2021-2022, pelo conhecimento partilhado e suporte contínuo ao longo da formação, deixo o meu muito obrigado. Um agradecimento especial à Dona Adozinda, secretária do departamento, que sempre manteve as portas abertas com gentileza e prontidão.

Não poderia deixar de expressar minha gratidão ao Programa ASDI, da Cooperação Sueca, pela oportunidade de beneficiar de uma bolsa de estudos que viabilizou financeiramente este percurso académico.

Por fim, a todos que, de forma directa ou indirecta, contribuíram para esta conquista — com palavras, gestos, conselhos ou apoio silencioso — o meu sincero agradecimento. Cada contribuição foi essencial para que esta etapa da minha vida se tornasse realidade.

Resumo

Este estudo analisou os desafios enfrentados pelos provedores de saúde na implementação das estratégias de apoio psicossocial (APSS) às pessoas vivendo com HIV/SIDA (PVHIV), no contexto da pandemia da COVID-19, no Hospital Distrital da Massinga, entre 2020 e 2021.

A investigação utilizou uma abordagem qualitativa de natureza descritivo-analítica, com desenho fenomenológico. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com profissionais de saúde envolvidos directamente no seguimento clínico e psicossocial de utentes em TARV. A análise dos dados foi guiada por categorias temáticas, articulando os depoimentos dos participantes com os referenciais normativos nacionais, como os Procedimentos Operacionais Padrão para o APSS em contexto de emergência (MISAU, 2020-2021).

Os resultados revelaram uma profunda transformação nas práticas de cuidado: as abordagens anteriormente centradas em vínculos presenciais, grupos de apoio e visitas comunitárias foram substituídas por estratégias improvisadas de aconselhamento por telefone, integração em consultas clínicas e adaptações não previstas nos protocolos originais. Dentre os desafios apontados, destacam-se a ausência de capacitação específica, fragilidades tecnológicas, descontinuidade do vínculo terapêutico, perda de confidencialidade e a retracção dos serviços psicossociais. No entanto, também emergiram aspectos positivos, como a introdução e massificação de modelos diferenciados de serviços (MDS), a entrega descentralizada de ARVs e a revalorização do papel comunitário na adesão ao tratamento.

Conclui-se que a pandemia evidenciou tanto as vulnerabilidades estruturais do sistema de saúde quanto a sua capacidade de resiliência. A crise sanitária impulsionou inovações importantes, mas também expôs a necessidade de institucionalizar o APSS como componente essencial da resposta ao HIV/SIDA, especialmente em tempos de emergência. A continuidade do cuidado, a escuta qualificada e o suporte emocional às PVHIV e aos próprios provedores devem ser reconhecidos como pilares fundamentais para a sustentabilidade das políticas de saúde pública.

Palavras-chave: Apoio Psicossocial; HIV/SIDA; Pandemia da COVID-19; Adesão ao TARV; Estratégias de Cuidado; Saúde Pública.

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

Abstract

This study analyzed the challenges faced by healthcare providers in implementing psychosocial support (PSS) strategies for people living with HIV/AIDS (PLWHA) during the COVID-19 pandemic at the Massinga District Hospital between 2020 and 2021. The specific objectives were to characterize psychosocial support and positive prevention (PP) approaches during the pandemic; compare psychosocial interventions before and during COVID-19; identify key challenges in ensuring treatment continuity for missed or defaulting patients; and describe providers' perceptions regarding the ongoing PSS strategies.

A qualitative and phenomenological design was adopted, with semi-structured interviews conducted with health professionals involved in clinical and psychosocial care for patients on ART. Data analysis followed thematic and content analysis frameworks, triangulated with national health policies and the Standard Operating Procedures for PSS during the COVID-19 emergency (MISAU, 2020–2021).

The findings revealed significant changes in care delivery. Pre-pandemic approaches emphasizing in-person engagement, community support groups, and home visits were replaced by improvised telephone counseling, integration into clinical consultations, and informal adaptations of protocols. Key challenges included lack of specific training, technological limitations, weakened therapeutic bonds, confidentiality breaches, and discontinuation of structured psychosocial support services. Nonetheless, positive developments emerged—such as the rollout of differentiated service delivery models (DSD), decentralized ARV distribution, and renewed community engagement in treatment adherence.

The study concludes that the pandemic not only exposed structural vulnerabilities in the health system but also highlighted its adaptive potential. The crisis spurred meaningful innovations but reinforced the need to institutionalize psychosocial support as an integral pillar of the HIV/AIDS response, especially during emergencies. Continuity of care, emotional support, and structured follow-up for both patients and providers must be strengthened to sustain effective public health responses.

Keywords: Psychosocial Support; HIV/AIDS; COVID-19 Pandemic; ART Adherence; Care Strategies;

Índice

Declaração de originalidade do projecto.....	i
Aprovação do Júri.....	ii
Epígrafe.....	iii
Dedicatória.....	iv
Agradecimentos	v
Resumo	vi
Abstract.....	vii
Abreviatura.....	viii
1. MOTIVAÇÃO	9
2. OBJECTIVOS.....	10
2.1. Objectivo geral.....	10
2.2. Objectivos específicos.....	10
3. CONTRIBUIÇÃO DO ESTUDO	10
4. PROBLEMATIZAÇÃO.....	11
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	14
5.1 O papel central do Apoio Psicossocial (APSS) no seguimento e na adesão ao cuidado	14
5.1.1. Intervenções de apoio psicossocial para PVHIV	16
5.2. Tipos de intervenções psicossociais para a melhoria da adesão ao TARV	17
5.2.1. Intervenções de grupo	18
5.2.2. Intervenções psicossociais usando telemóvel (telesaúde) e sua eficácia	19
5.3. Desafios psicossociais enfrentados por PVHIV e sistemas de apoio à adesão	22
5.4. Factores que promovem e melhoram a adesão e o papel do apoio psicossocial	24
5.5. Impacto da pandemia da COVID-19 nos serviços de HIV e APSS.....	26
6. MARCO TEÓRICO.....	31
6.1. Teoria sindémica.....	31
7. MATERIAL E MÉTODOS	34
7.1. Desenho de estudo	34
7.2. Local do estudo	34
7.3. Período do estudo.....	35
7.4. População do estudo.....	36
7.5. Amostra e amostragem.....	36
7.6. Critérios de selecção	38

7.7.	Procedimentos de recolha de dados.....	39
7.7.1.	Entrevistas semi-estruturadas.....	40
7.7.2.	Discussão de grupos focais	41
7.7.3.	Análise documental.....	42
7.7.4.	Plano de gestão e análise de dados.....	43
8.	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	45
9.	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	47
9.1.	Revisão do protocolo	47
9.2.	Confidencialidade	47
9.3.	Potenciais riscos e benefícios.....	47
10.	RESULTADOS.....	47
10.1.	Factores psicossociais e estruturais que comprometem a adesão das PVHIV	49
a)	Não aceitação do seroestado, revelação do diagnóstico e ausência de suporte familiar	49
b)	Distância da Unidade Sanitária, transporte e infraestruturas	51
c)	Estigma, discriminação e medo social & insegurança alimentar	52
10.2.	Interrupção e adaptações do apoio psicossocial no contexto da COVID-19	53
10.2.1.	Reconfiguração das abordagens de apoio psicossocial e prevenção positiva durante a pandemia da COVID-19	53
10.3.	Desafios e barreiras no acompanhamento e seguimento dos pacientes	55
10.4.	Respostas institucionais e estratégias de mitigação	57
10.5.	Formações, reforço de pessoal e recursos adicionais.....	58
10.6.	Impacto imediato da COVID-19 e reorganização do APSS no HDM.....	60
10.6.1.	Interrupção das visitas domiciliárias e transição para o Tele-APSS.....	61
10.6.2.	Uso de estratégias remotas: chamadas telefónicas.....	64
10.7.	Impactos positivos, inovações e lições aprendidas no período pandémico.....	65
10.7.1.	Persistência de hábitos pandémicos e desafios na retoma dos modelos convencionais de tratamento	65
10.7.2.	Lições aprendidas e consolidação de estratégias no pós-pandemia	66
11.	DISCUSSÃO	69
11.1	Desafios e limitações impostos pela pandemia ao Apoio Psicossocial (APSS)	70
11.2	Respostas institucionais à COVID-19: estratégias de mitigação e aprendizagens.....	73
11.3.	Interpretação dos achados à luz da teoria sindémica: HIV, COVID-19 e determinantes sociais ..	78
12.	CONCLUSÃO	81
13.	RECOMENDAÇÕES	83

14.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	85
15.	ANEXOS	96
	Figura 1: Modelo sindémico, adaptado pelo autor, de Singer et al., (2017).....	33
	Figura 2: Mapa do Distrito de Massinga,	35
	Tabela 1: Tabela Comparativa da Abordagens de APSS e PP Antes e Durante a Pandemia COVID-19.....	54
	Anexo 1: Guião de entrevista semi-estruturada	99
	Anexo 2: Guião de Discussão de grupo focal.....	102
	Anexo 3: CIBS FM & HCM.....	105
	Anexo 4: Carta de aceitação	106
	Anexo 5: Carta de cobertura ao protocolo de investigação	108

Abreviatura

ATS	Aconselhamento e Testagem em Saúde
APSS	Apoio Psicossocial
APSS &PP	Apoio Psicossocial e Prevenção Positiva
CNCS	Conselho Nacional de Combate ao SIDA
COVID-19	Doença causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2)
DPS	Direcção Provincial de Saúde
HDM	Hospital Distrital da Massinga
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IASC	Inter-Agency Standing Committee /Comité Permanente Interagências]
MISAU	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PEN	Plano Estratégico Nacional
PEPFAR	Iniciativa Presidencial dos Estados Unidos da América contra o SIDA
PNCTL	Programa Nacional de Combate a Tuberculose e Lepra
PVHIV	Pessoas vivendo com HIV
SAAJ	Serviço Amigo de Adolescente e Jovem
SDSMAS	Serviço Distrital da Saúde, Mulher e Acção Social
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SMI	Saúde Materno Infantil
TARV	Tratamento Anti-retroviral
TB	Tuberculose
US	Unidade Sanitária
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV and AIDS
UNDAF	United Nations Development Assistance Framework

1. MOTIVAÇÃO

A escolha deste tema nasce da conjugação entre a relevância epidemiológica do HIV em Moçambique e a minha vivência profissional no Hospital Distrital da Massinga. O país continua entre os mais afectados pela epidemia, com prevalências crescentes ao longo dos anos, o que torna a adesão ao tratamento e o apoio psicossocial componentes essenciais de resposta nacional. No entanto, durante a pandemia da COVID-19, observei rupturas significativas nos serviços de HIV: interrupção de actividades comunitárias, limitação do contacto presencial, dificuldade em localizar pacientes sem contactos telefónicos fiáveis e restrições que afectaram profundamente as intervenções de apoio psicossocial.

Entre 2018 e 2019, enquanto gestor de base de dados no HDM, trabalhei directamente com os serviços TARV e acompanhei de perto os desafios enfrentados pelas equipas, desde a actualização de contactos até o seguimento de utentes faltosos. Com o início da pandemia, essas fragilidades tornaram-se ainda mais visíveis: números telefónicos partilhados ou incorrectos, impossibilidade de realizar visitas domiciliares, aumento de incertezas no seguimento de pacientes vulneráveis e sobrecarga emocional dos profissionais de saúde. Esta experiência pessoal e profissional despertou em mim a necessidade de compreender de forma mais profunda como as equipas de APSS se reorganizaram e que estratégias emergiram para garantir a continuidade dos cuidados.

Neste contexto, este estudo representa uma oportunidade de transformar experiências observadas no terreno em evidência científica, analisando de forma sistemática os desafios e as adaptações implementadas num período crítico da saúde pública. A motivação centra-se, portanto, no compromisso de contribuir para o fortalecimento da resposta ao HIV, oferecendo subsídios que possam melhorar a resiliência dos serviços, informar orientações futuras e apoiar práticas de apoio psicossocial mais eficazes em contextos de crise.

2. OBJECTIVOS

2.1.Objectivo geral

- Analisar os desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às pessoas vivendo com HIV/SIDA no contexto da pandemia COVID-19, no Hospital Distrital da Massinga 2020-2021.

2.2.Objectivos específicos

- Caracterizar as abordagens de apoio psicossocial e prevenção positiva, no contexto da COVID-19;
- Comparar as intervenções psicossociais levadas a cabo antes e durante a pandemia de COVID-19;
- Analisar as percepções e experiências dos provedores de saúde sobre as estratégias em curso de apoio psicossocial às pessoas vivendo com HIV, antes e durante a pandemia de COVID-19;
- Examinar como as limitações operacionais, psicossociais e estruturais agravadas pela pandemia influenciaram o seguimento e a continuidade dos serviços TARV.

3. CONTRIBUIÇÃO DO ESTUDO

O estudo procura compreender os desafios da implementação de estratégias de apoio psicossocial às pessoas vivendo com HIV/SIDA no contexto de emergências de saúde (COVID-19). Esta dissertação oferece um contributo para a geração de conhecimentos na área de combate ao HIV/SIDA, particularmente na componente do apoio psicossocial, através da identificação de barreiras, desafios, as melhores práticas e soluções inovadoras para adesão dos pacientes ao tratamento antirretroviral em contextos de emergência de saúde pública, como a pandemia de COVID-19. Acredita-se que os resultados do estudo e as lições apreendidas ajudarão a endireitar algumas lacunas e propiciarão o desenvolvimento de novas acções em situações de emergência desta natureza, como também trarão uma abertura para a realização de pesquisas de diferentes desenhos metodológicos, procurando determinar a utilidade das intervenções adoptadas em diferentes populações e configurações.

4. PROBLEMATIZAÇÃO

Quarenta anos após a documentação dos primeiros casos de SIDA, novas infecções por HIV e mortes relacionadas à SIDA permanecem inaceitavelmente altas: o mundo contou com 1,5 milhão [1,0 milhão – 2,0 milhões] de novas infecções por HIV, e 680.000 [480.000 – 1.000.000] mortes por causas relacionadas à SIDA que ocorreram em 2020, aquém das menos de 500.000 acordadas para o período. Havia 37,7 milhões [30,2 milhões – 45,1 milhões] de pessoas vivendo com HIV em 2020, incluindo 10,2 milhões [9,8 milhões – 10,2 milhões] que não estavam em tratamento para o HIV. Entre aqueles que não estão em tratamento, cerca de 4,1 milhões não sabiam que eram seropositivos e 6,1 milhões sabiam que eram seropositivos, mas não tinham acesso ao tratamento (UNAIDS, 2021a; GLOBAL AIDS UPDATE, 2020; 2021).

A epidemia do HIV/SIDA permanece um dos mais significativos desafios de saúde pública em Moçambique e na região da África Austral, onde se concentra a maior carga global da doença. Os dados do IMASIDA indicam que Moçambique enfrenta uma epidemia generalizada e heterogénea, com variações marcantes segundo província, idade, sexo e condições socioeconómicas, afectando de forma desproporcional populações-chave e grupos vulneráveis. A principal via de transmissão continua a ser sexual em cerca de 90% dos casos em adultos. A taxa de prevalência aumentou de 11,5% em 2009 para 13,2% em 2015, uma das taxas mais elevadas a nível da África Austral, a sexta mais alta do mundo. Entre 2010 e 2019, o número de novas infecções pelo HIV em adultos (15+ anos) reduziu em apenas 8% (CNCS, 2021). Ainda assim, está na quarta posição em termos de novas infecções pelo HIV atrás da África do Sul, Nigéria e Rússia. Estima-se que 2.2 milhões de pessoas no país estejam infectadas pelo vírus (SPECTRUM 5.87-2019). Só em 2019 ocorreram cerca de 51 mil mortes por SIDA, sendo: 42.400 (84%) de pessoas com mais de 15+ anos, 8.100 (16%) de crianças menores de 14 anos, evidenciando o impacto contínuo da epidemia nos diferentes grupos etários.

Até Dezembro de 2020, apenas 77% das pessoas vivendo com HIV (PVHIV) é que conheciam o seu seroestado, das quais 60% estavam em TARV e somente 45% é que tinham a supressão viral,

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

mostrando claramente um desafio no cumprimento das metas 90-90-90¹ (MISAU et al., 2019; CNCS, 2021; MISAU, 2021).

A nível global, o progresso em relação à meta para eliminar a SIDA como ameaça à saúde pública até 2030 já se encontrava comprometido antes do surgimento da COVID-19. Com a eclosão da pandemia, a situação agravou-se: serviços essenciais foram interrompidos, recursos foram redireccionados e muitos países se afastaram ainda mais das metas propostas na Declaração Política da ONU de 2016 (UNAIDS, 2021a). Em Moçambique, como em grande parte da África Subsaariana, as medidas de contenção – incluindo o distanciamento físico, restrições de mobilidade e reorganização de serviços – limitaram severamente o acesso contínuo ao tratamento do HIV.

Na maior parte dos países, os serviços de saúde foram interrompidos para reduzir a propagação da infecção por COVID-19, restringindo assim o contacto físico de pessoa a pessoa por meio do distanciamento social (Gesese et al., 2021; Shiau et al., 2020). A pandemia da COVID-19 exacerbou os numerosos problemas de saúde, económicos e sociais, como insegurança alimentar, falta de habitação e emprego, e gerou uma sensação de medo e ansiedade em todo o mundo (Banati e Idele, 2021; Tang *et al.*, 2020).

Essas medidas, embora necessárias para conter a COVID-19, tiveram um impacto profundo nos programas de saúde. Vários estudos documentam que a interrupção dos serviços resultou na redução de diagnósticos, atrasos no início do TARV, diminuição das consultas presenciais e perturbações nas actividades comunitárias que sustentam a adesão (Gesese et al., 2021; Shiau et al., 2020). Além disso, a pandemia agravou as vulnerabilidades já existentes, contribuindo para o aumento da incidência de malária, tuberculose e infecções por HIV na região, evidenciando a fragilidade dos sistemas de saúde (Velavan et al., 2021). As restrições também amplificaram os problemas pré-existentes, como estigma, insegurança alimentar e barreiras económicas, compondo um cenário de risco sindémico.

Para além do impacto biomédico, a COVID-19 exacerbou os problemas sociais e económicos — como insegurança alimentar, desemprego, instabilidade habitacional, medo e ansiedade — que

¹ 90-90-90, que visava levar o teste, tratamento e supressão viral a 90% das pessoas que viviam com o HIV

influenciam directamente a continuidade do TARV e o bem-estar psicológico das PVHIV (Banati e Idele, 2021; Tang *et al.*, 2020). Assim, o contexto pandémico não apenas interrompeu serviços, mas também ampliou determinantes sociais adversos, criando um ambiente ainda mais desafiador para a manutenção do cuidado em HIV.

A pandemia da COVID-19 provocou uma reorganização profunda dos serviços de saúde em Moçambique. Com o Estado de Emergência declarado em 1 de Abril de 2020, o Ministério da Saúde (MISAU) implementou medidas para reduzir o contacto físico nas unidades sanitárias, orientando a suspensão temporária de visitas domiciliárias, buscas comunitárias, grupos de apoio e outras actividades presenciais essenciais ao cuidado de HIV (MISAU, 2020). Para mitigar o impacto dessas restrições, foram expandidos os modelos diferenciados de serviço, como a dispensa multimodal (MMD) e o uso de brigadas móveis, que passaram a distribuir antirretrovirais na comunidade e a reduzir a frequência de deslocações às unidades sanitárias.

Simultaneamente, o apoio psicossocial (APSS), tradicionalmente baseado no contacto directo, na escuta activa e no acompanhamento contínuo, foi adaptado para formatos remotos, integrando-se às consultas clínicas e sendo oferecido por chamadas telefónicas (MISAU, 2020; PEPFAR MOZ, 2021). Contudo, essa migração forçada para o tele-APSS expôs vulnerabilidades importantes: contactos desactualizados, ausência de privacidade, dificuldades tecnológicas e limitação na capacidade de avaliar os sinais não verbais. Esses estrangimentos verificaram-se de forma mais severa em contextos de baixa conectividade, como o moçambicano, onde apenas cerca de 1 milhão de pessoas reportou ter usado internet ou computador / *tablet* nos três meses anteriores à pesquisa, (INE, 2017), dificultando a continuidade dos cuidados.

As interrupções comunitárias e operacionais reflectiram-se nos indicadores: apenas 75% dos pacientes faltosos e abandonos referidos ao APSS foram contactados e encontrados, e 16% dos identificados não retornaram aos cuidados (MISAU, 2020). Além disso, restrições como o fim temporário dos clubes de mãe mentora, do teste de caso-índice e de outras actividades de ligação e retenção reduziram a capacidade do sistema na identificação precoce de novos casos e de estabilizar os já em seguimento (PEPFAR MOZ, 2021).

Assim, esta pesquisa procurou responder à seguinte questão:

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

Quais foram os desafios na implementação das estratégias de apoio psicossocial às pessoas vivendo com HIV no contexto da pandemia da COVID-19, no Hospital Distrital da Massinga (2020 – 2021)?

5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A epidemia do HIV/SIDA permanece como um dos maiores desafios de saúde pública em Moçambique e na África Austral, afectando milhões de pessoas e impondo exigências complexas aos sistemas de saúde (MISAU, 2021; UNAIDS, 2021c). Embora os avanços biomédicos tenham ampliado o acesso ao diagnóstico e ao tratamento antirretroviral (TARV), as necessidades das pessoas vivendo com HIV (PVHIV) continuam a ser multidimensionais, estendendo-se muito além da iniciação terapêutica.

A literatura reforça que a eficácia da resposta ao HIV depende da capacidade dos serviços de saúde de assegurar não apenas o início precoce ao TARV, mas também da retenção prolongada em cuidados, da supressão viral sustentada e da gestão de comorbilidades físicas e mentais (Remien et al., 2019; UNAIDS, 2021b). Em contextos de alta prevalência, como Moçambique, estes processos são profundamente atravessados por determinantes sociais — pobreza, insegurança alimentar, desigualdades de género, estigma e discriminação — que condicionam a procura, o acesso e a continuidade do seguimento nos serviços de saúde (CNCS, 2021; Polejack et al., 2020). Face a essas vulnerabilidades, o acompanhamento das PVHIV exige uma abordagem ampliada, que integre componentes biomédicos, sociais e psicológicos para garantir a continuidade do cuidado e resultados sustentáveis em saúde.

5.1 O papel central do Apoio Psicossocial (APSS) no seguimento e na adesão ao cuidado

As múltiplas necessidades clínicas e sociais das PVHIV tornam o apoio psicossocial (APSS) um elemento estruturante da resposta ao HIV. O APSS é definido como o conjunto de actividades que visa apoiar o utente na compreensão do seu diagnóstico, na gestão do impacto emocional, na reorganização da vida quotidiana e na adopção de comportamentos de autocuidado, indo além dos cuidados estritamente clínicos (MISAU, 2015a; WHO, 2009).

Apesar de o APSS abarcar múltiplas funções essenciais no cuidado às pessoas vivendo com HIV — como suporte emocional, redução do estigma, fortalecimento de competências de autocuidado,

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

educação em prevenção positiva e promoção do bem-estar geral — a literatura evidencia de forma consistente que o seu impacto mais decisivo no *continuum* de cuidados se concentra na melhoria da adesão e na retenção em TARV. Diversos estudos demonstram que intervenções psicossociais bem estruturadas contribuem directamente para maior continuidade do tratamento, supressão viral sustentada e redução da mortalidade entre as PVHIV (MISAU, 2021; Remien et al., 2019; Shah et al., 2019; Wouters et al., 2012). Por essa razão, os programas nacionais e internacionais priorizam a dimensão da adesão dentro do APSS, reconhecendo que ela representa o elo mais sensível e vulnerável da cascata do HIV, sobretudo em contextos de crise.

Neste sentido, embora o APSS tenha um papel amplo e transversal no cuidado, o foco desta revisão recai sobre a sua relação com a adesão, pois foi nesta dimensão que a pandemia da COVID-19 provocou as maiores rupturas ao limitar os contactos presenciais, suspender as visitas domiciliárias, interromper os clubes de apoio e fragilizar os mecanismos comunitários de seguimento (Gesese et al., 2021; Shiau et al., 2020)

Estudos demonstram que os sintomas de depressão, ansiedade, uso de substâncias e experiências de violência estão associados a piores resultados na cascata de tratamento, incluindo menor adesão, maior risco de abandono e menor probabilidade de supressão viral (Remien et al., 2019). Intervenções psicossociais bem estruturadas podem melhorar o bem-estar emocional, reforçar a autoeficácia e fortalecer as redes de apoio, contribuindo para a manutenção do vínculo com os serviços e para a continuidade do cuidado (Laurenzi et al., 2021; Spaan et al., 2020)

A efectividade desses serviços depende, no entanto, de condições estruturais e organizacionais que nem sempre estão asseguradas. Entre os factores que prejudicam o APSS destacam-se: o estigma persistente, o medo de revelação involuntária do estado serológico, a insegurança alimentar, a instabilidade económica, custos de transporte, ausência de privacidade, fraca organização dos serviços, sobrecarga laboral dos provedores e dificuldades na relação terapêutica (Polejack et al., 2020; Siedner et al., 2020). Em Moçambique e noutros países de baixa renda, esses obstáculos tornam-se determinantes críticos de abandono e mau seguimento.

O APSS engloba intervenções diversas, incluindo aconselhamento individual, visitas domiciliárias, apoio emocional, educação em saúde, prevenção positiva, grupos de pares, clubes de adesão e acompanhamento comunitário. Na África Austral, os modelos diferenciados como os

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

Grupos de Adesão Comunitária (GAAC) e os clubes de pacientes mostraram-se eficazes na redução de faltas, diminuição de barreiras logísticas e reforço do suporte social (Decroo et al., 2011; Rasschaert et al., 2014)

5.1.1. Intervenções de apoio psicossocial para PVHIV

As intervenções psicossociais englobam estratégias que actuam sobre os factores psicológicos, sociais e comportamentais, incorporando actividades, técnicas ou abordagens transmitidas por meios interpessoais ou informativos. Têm como finalidade promover o bem-estar emocional, a adaptação social e a saúde mental, constituindo uma via essencial para reforçar o envolvimento nos cuidados e melhorar os resultados clínicos e comportamentais entre pessoas vivendo com HIV (King et al., 2009; Laurenzi et al., 2021; Richer, 2006, citado por Rueda et al., 2006).

No âmbito das intervenções psicossociais, destacam-se também os Primeiros Cuidados Psicológicos (PCP), definidos pelo Comité Permanente de Interagências como uma forma de apoio humanizado e prático destinado a pessoas em situação de crise. Os PCP constituem um conjunto de competências acessíveis a diversos profissionais de linha de frente e visam promover segurança, calma, conexão social, esperança e acesso a apoio emocional e material, reforçando assim a capacidade individual e comunitária de enfrentar situações de sofrimento agudo (IASC, 2020).

De acordo com *Institute of Medicine*, as intervenções ocorrem em diferentes formatos: individual, familiar, grupo, baseado em computador. Cada formato de intervenção pode ser administrado por uma variedade de provedores, de assistentes sociais, psiquiatra e psicólogos, por líderes religiosos e prestadores de serviços de pares (IOM, 2015).

Em Moçambique, o Ministério da Saúde (MISAU) define o apoio psicossocial como o conjunto de actividades que auxiliam o paciente a lidar com o seu estado de saúde e com o tratamento, complementando os cuidados estritamente médicos. Essas actividades, contínuas e personalizadas ao longo do percurso terapêutico, visam promover o bem-estar global da pessoa vivendo com HIV, fortalecer a sua capacidade de enfrentar a doença e contribuir para a melhoria da sua qualidade de vida (MISAU, 2015; MISAU, 2021).

As directrizes nacionais de APSS no contexto do HIV/SIDA organizam esse cuidado em pilares que incluem intervenções-chave, pacotes de actividades e abordagens estratégicas prioritárias,

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

concebidos para responder às múltiplas necessidades físicas, emocionais e sociais das PVHIV. Essas componentes constituem a base operacional do APSS no país e estruturam a forma como o apoio é prestado nos diferentes níveis de atenção. É precisamente sobre esses tipos de intervenção, enquanto elementos centrais da resposta psicossocial, que incide a secção seguinte.

5.2. Tipos de intervenções psicossociais para a melhoria da adesão ao TARV

De acordo com Bellenzani (2013), a maioria das intervenções psicossociais recomendadas para apoiar os pacientes e promover a sua adesão pressupõe ou tem a expectativa de que ocorram pelo menos em quatro processos: (1) de comunicação interpessoal profissional-paciente; (2) de educação aprendizado; (3) de acolhimento de aspectos emocionais; e de (4) mudanças comportamentais do paciente correspondentes à melhora da adesão do paciente e do autocuidado (Bellenzani, 2013:80). De forma complementar, a revisão sistemática de Shah et al., (2019) demonstra que as intervenções com maior impacto na adesão ao tratamento combinam diferentes componentes, como educação, aconselhamento, apoio social, *feedback* e supervisão adicional.

Diferentes abordagens de apoio psicossocial têm sido adoptadas para responder a vários desafios, sendo elas abordagens transdiagnósticas, abordagens baseadas em tecnologia, como intervenções por telefone e entregues por computador, e as baseadas na internet. Estas abordagens podem ajudar a aumentar a saúde mental e apoiar o conselheiro leigo nas intervenções com PVHIV necessitadas (Remien *et al.*, 2019). Outras abordagens psicossociais incluem: partilha de tarefas de cuidado de saúde mental que foi observado para melhorar o alcance e a eficácia de serviços em áreas rurais e outras áreas de poucos recursos; trabalhadores leigos de saúde para fornecerem cuidados e pacotes baseados na comunidade; meios de comunicação de massa; fortalecimento das redes sociais (Banati e Idele, 2021; Antiporta e Bruni, 2020).

No presente estudo, por um lado, destacaremos as intervenções de grupo, por terem sido as mais afectadas no âmbito da pandemia do COVID-19, com as proibições e suspensões das actividades e reuniões de forma presencial, e, por outro, as intervenções por telefone celular, pela sua massificação no âmbito da pandemia.

5.2.1. Intervenções de grupo

Segundo Santos et al., (2013), além das modalidades de atendimento individual e grupal, deve-se estender as acções junto a pessoa em sua rede familiar e social, para ampliar as possibilidades de enfrentar a doença e de adesão ao tratamento; atentar-se para as repercussões socioculturais de aspectos clínicos sobre a vida das PVHIV, com implicações emocionais.

No Quénia, Thurman et.al., (2012) citado por Skeen et al., (2018) avaliaram um programa de grupo de apoio contínuo para cuidadores de órfãos e crianças vulneráveis. A intervenção foi realizada semanalmente em grandes grupos de cuidadores. Os autores em referência descobriram que os membros do grupo de apoio relataram maior comportamento pró-social e menos dificuldades comportamentais para as crianças sob seus cuidados e nenhum impacto psicossocial negativo foi relatado.

Em Moçambique foi adoptada a estratégia Grupos de Apoio à Adesão Comunitária (GAAC) em 2011, a nível nacional, após os resultados de um estudo piloto. A estratégia consiste em grupos de até seis pessoas vivendo com HIV, inscritas nos cuidados e tratamento e que alternavam na ida para o serviço de saúde para levantar medicamentos para o grupo (MISAU, 2015). Os resultados obtidos na implementação piloto, na província de Tete, foram promissores. Entre Fevereiro de 2008 e Maio de 2010, foram inscritos em GAAC 1.384 membros em 291 grupos, com uma média de cinco membros por grupo. Estes pacientes foram seguidos em média por 1 ano e, durante este tempo, 1.269 (97,5%) continuavam em TARV (Decroo et al., 2011). Os resultados melhoraram a retenção dos pacientes pelo facto de permitirem a identificação precoce dos potenciais faltosos, assim como a identificação e procura de soluções para as barreiras socioeconómicas que influenciam no tratamento (MISAU, 2015).

À luz desses resultados iniciais, estudos subsequentes analisaram a evolução e adaptação do modelo no país, utilizando uma abordagem de métodos mistos (Rasschaert et al., 2014). Esta abordagem evidenciou que o modelo GAAC sofreu modificações que contribuíram para o empoderamento do paciente; ajudou a quebrar o isolamento dos pacientes, e trouxe apoio mútuo à adesão. O modelo criou uma dinâmica social dentro e fora dos grupos. Os pacientes não apenas se sentiram mais fortes, mas também obtiveram mais respeito nas comunidades, o que reforçou a confiança dos pacientes e a capacidade de lidar com a sua condição. Este modelo ajudou

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

igualmente a revelar o seu estado de HIV às suas famílias, resultando na redução significativa do estigma do HIV nas comunidades. Da mesma forma, o modelo ofereceu um ambiente protector onde os pacientes compartilhavam e discutiam os seus problemas e preocupações, como também os benefícios de economia de custo e tempo.

As evidências da aplicação de estratégias de grupo demonstram melhores resultados de tratamento, em diferentes contextos, e grupos populacionais. A pesquisa ajudará a compreender a lacuna criada pela pandemia da COVID-19, com a suspensão dos grupos de apoio e reunião de grupos; permitirá também compreender como os serviços foram reinventados e que resultados advieram desses incrementos.

5.2.2. Intervenções psicossociais usando telemóvel (telesaúde) e sua eficácia

A ampla disseminação de várias tecnologias, em especial os telefones celulares, de baixo custo, pode ser uma forma necessária de oferecer intervenções de saúde mental baseadas em evidências para PVHIV (Lester et al., 2010; Kempf et al., 2016; Shah et al., 2019).

Com a COVID-19, os serviços de telesaúde e consultas *online* foram usados para sustentar o acesso aos serviços de HIV. O uso das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) no contexto do HIV amplia o acesso aos serviços de saúde e promove a comunicação entre o profissional e o paciente em tempo real, criando oportunidade ao autocuidado e à gestão da doença. A eficácia dessas tecnologias sobre a adesão ao TARV está associada ao facto de proporcionarem o apoio social, a autoavaliação do paciente quanto ao seguimento terapêutico, o conhecimento sobre o HIV e a gestão dos efeitos colaterais - condições que ajudam o paciente a estabelecer uma rotina diária e a resolver problemas relacionados à tomada de comprimidos (Rodrigues R, et.al., 2015 citado por Santos et al., 2017).

A eficácia das tecnologias móveis na promoção da adesão ao TARV está associada à sua capacidade de fortalecer os factores essenciais ao seguimento terapêutico, como o apoio social, a auto-avaliação, o aumento do conhecimento sobre o HIV e a gestão de efeitos colaterais— aspectos que facilitam a criação de rotinas diárias e a resolução de dificuldades relacionadas à toma da medicação (Rodrigues R, et.al., 2015 citado por Santos et al., 2017). De forma convergente, estudos demonstram que as intervenções via telemóveis actuam simultaneamente sobre múltiplos determinantes da adesão. Estas intervenções influenciam em atitudes, preocupações com os

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

medicamentos e a capacidade de desenvolver hábitos regulares de uso de TARV, além de melhorarem os vínculos com os serviços de saúde, permitindo apoio e aconselhamento oportunos, especialmente diante de dúvidas ou efeitos adversos (Horvath et al., 2012; Shah et al., 2019).

As tecnologias também oferecem benefícios adicionais ao possibilitarem o acompanhamento remoto da toma da medicação, o suporte e a capacitação contínua de profissionais de saúde e o monitoramento de *stocks*, com potencial para reduzir rupturas de medicamentos. Além disso, contribuem para mitigar as barreiras logísticas, como restrições de tempo e dificuldades de transporte, frequentemente associadas ao abandono do tratamento (Mohr et al., 2014; Shah et al., 2019).

Santos et. Al.(2017) avançam algumas desvantagens do uso das TICs, nomeadamente: a falta de crédito, dificuldade no manuseio, manter a bateria carregada, problemas de rede, perda de acesso, mudança de número, restrição de horários no uso do telefone, quebra de sigilo e preocupação com a divulgação do estado sorológico para terceiros (Santos et al., 2017).

De acordo com Souza et al., (2020), a utilização da telessaúde (TS) apresenta certos desafios: a adaptação dos profissionais a novas tecnologias; e barreiras culturais. Mais ainda, existe o desafio das infraestruturas tecnológicas, em que tanto os usuários precisam de ter equipamentos e *softwares* que suportem as consultas de vídeo de alta qualidade, quanto os hospitais e instituições precisam de grande capacidade tecnológica para atender a todas as necessidades de transferência de dados. Existe também o receio dos médicos de que a TS afaste os usuários dos serviços presenciais, principalmente nos cuidados primários, comprometendo a criação ou a manutenção do vínculo entre o profissional e os usuários e dificultando a realização de avaliações mais abrangentes da condição de saúde do usuário. Outro desafio bastante discutido se além à privacidade, à segurança dos dados e a outras questões de ética digital. Por último, há o desafio da cobertura de internet (Souza et al., 2020).

Em um dos primeiros estudos a analisar a eficácia de uma intervenção por telefone em países com recursos limitados (Uganda), descobriu que o momento do envio das mensagens foi particularmente importante. Enviar mensagens uma vez por semana, mas não uma vez por dia, melhorou a adesão (Pop-Eleches et al., 2011; Horvath et al., 2012). Resultados semelhantes foram encontrados, com indivíduos sem tratamento no Quênia (Lester et al., 2010) e mais recentemente

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

numa análise de revisões sistemáticas anteriores (Shah et al., 2019). Os dados indicaram que os lembretes semanais de SMS aumentaram a percentagem de participantes, que atingiram 90% de adesão ao TARV em aproximadamente 13 a 16% em comparação com nenhum lembrete. Esses lembretes semanais também foram eficazes na redução da frequência de interrupções do tratamento, que demonstraram ser uma causa importante de falha resistente ao tratamento em ambientes com recursos limitados.

Não menos importante, o conteúdo das mensagens deve considerar as práticas comuns, como o uso partilhado de telemóveis e a possibilidade de os utentes alterarem frequentemente os seus números, factores que podem comprometer a continuidade da comunicação (Pop-Eleches et al., 2011). Além disso, evidências sugerem que as intervenções que abordam um conjunto mais amplo de barreiras à adesão — para além dos lembretes simples de toma da medicação — tais como apoio psicossocial, resolução de problemas, reforço de autoeficácia, educação personalizada e ligação activa aos serviços, tendem a ser mais eficazes do que as intervenções unidimensionais (Shah et al., 2019). Ao diversificarem os mecanismos de apoio ao utente, estas abordagens também reduzem a necessidade de interações frequentes com os profissionais de saúde, sem comprometer os resultados terapêuticos.

Um estudo foi conduzido no Quênia, com o objectivo de aferir se uma intervenção de comunicação bidirecional baseada em telefone celular aumentaria o sucesso do tratamento do HIV, para melhorar a adesão e a supressão viral. Embora a intervenção não tenha demonstrado benefício estatisticamente significativo nas taxas de supressão viral às 48 semanas entre a população geral do estudo, observou-se que a comunicação bidirecional contribuiu para melhorias modestas na adesão autorreferida e no engajamento inicial em indivíduos virgens de tratamento, sugerindo que esse grupo pode beneficiar mais de lembretes e contactos de suporte na fase inicial do tratamento (Gross et al., 2019). Todavia, os autores apontam que os indivíduos experientes em TARV, especialmente aqueles com histórico de má adesão, representam um risco potencialmente maior de falha virológica persistente, sendo menos responsivos a intervenções simples por telefone e exigindo abordagens mais complexas e multidimensionais. Os autores realçam que as intervenções eficazes de adesão tendem a ser mais intensivas, complexas e personalizadas. Em contraste, evidências de outro ensaio no Quênia mostram que o aconselhamento individualizado por telemóvel foi altamente eficaz para mães vivendo com HIV, melhorando a retenção no cuidado e

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

a testagem de bebés expostos, bem como o seguimento pré e pós-natal (Mills & Lester, 2019). Esses resultados sugerem que as intervenções móveis têm potencial, sobretudo quando direccionadas a grupos específicos e integradas em estratégias de apoio mais abrangentes.

Em um dos primeiros estudos em Moçambique que analisa uma intervenção de mensagens de texto no sistema público de saúde, o SMSaúde foi um ensaio randomizado controlado de doentes infectados pelo HIV em TARV que receberam lembretes regulares por mensagem de texto vs. padrão de cuidados em 3 unidades de saúde pública na província de Maputo. Os resultados mostram que os lembretes de mensagens de texto impactaram a retenção no atendimento entre os pacientes urbanos e entre os pacientes que iniciaram o tratamento nos últimos 3 meses, quando os pacientes têm maior probabilidade de abandonar o atendimento e/ou o tratamento (Davey et al., 2016). Os resultados de um estudo de opiniões de pacientes e profissionais de saúde em Moçambique provaram que a tecnologia SMS para HIV e TB melhora a comunicação entre o profissional de saúde e o paciente. (Nhavoto et al., 2017).

Os diferentes estudos demonstraram que as tecnologias são benéficas para o cuidado e retenção dos pacientes em TARV. Embora com desafios contextuais, há que ter em conta o conteúdo e o *timing* de envio das mensagens e ligação, para ter o efeito desejado nos pacientes. Compreender este fenómeno no contexto de crise torna-o mais interessante.

5.3.Desafios psicossociais enfrentados por PVHIV e sistemas de apoio à adesão

O crescente acesso ao TARV em Moçambique e em outros países da África Austral continua comprometido pelas elevadas taxas de interrupção e perda de acompanhamento após o início do tratamento. Estudos mostram que, apesar da eficácia do TARV, a exigência de visitas clínicas frequentes e de monitoramento laboratorial regular representa um encargo significativo para os utentes e para os sistemas de saúde, sobretudo em contextos rurais onde as distâncias até as unidades sanitárias podem ultrapassar uma hora de deslocamento e gerar custos directos e indirectos consideráveis (Mutasa-apollo et al., 2017). Além destes constrangimentos logísticos, muitas PVHIV enfrentam necessidades concorrentes, tais como responsabilidades familiares, condições socioeconómicas precárias e limitações de mobilidade, que dificultam a participação consistente em consultas mensais e outros serviços de acompanhamento.

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

No contexto moçambicano, um estudo qualitativo conduzido pelos profissionais de saúde destacou diversos desafios que influenciam a adesão ao TARV, incluindo o receio de revelação involuntária do diagnóstico, o estigma, a compreensão limitada sobre os benefícios do tratamento, efeitos adversos da medicação, falta de apoio familiar, desigualdades de género, pobreza, insegurança alimentar, dificuldades de transporte e a procura por terapeutas tradicionais. Também foram identificadas barreiras relacionadas à organização dos serviços de saúde e à insuficiência de informação clara e contínua na comunidade (Polejack et al., 2020). Estes resultados evidenciam que a experiência de adesão é moldada por factores que atravessam dimensões culturais, sociais, económicas e institucionais.

Contudo, esses factores não devem ser compreendidos apenas como barreiras individuais ao comportamento de adesão. Conforme argumentam Laurenzi et al., (2021) & Remien et al., (2019), grande parte destes constrangimentos reflecte igualmente limitações nos sistemas de apoio psicossocial e organizacional, cuja função é reduzir as vulnerabilidades, fortalecer o vínculo terapêutico e apoiar a continuidade do cuidado. Ausência de aconselhamento eficaz, fragilidades na educação em saúde, insuficiência de redes familiares ou comunitárias de suporte, falta de acompanhamento sistemático e a sobrecarga dos serviços são exemplos de elementos estruturais que condicionam a capacidade de os utentes manterem o tratamento de forma contínua. Assim, os desafios descritos em Moçambique apontam para a necessidade de reforçar os sistemas de apoio à adesão, integrando dimensões psicossociais, comunitárias e organizacionais no cuidado às PVHIV, de modo a promover trajetórias terapêuticas mais sustentadas.

Em um estudo qualitativo que investigou os desafios enfrentados por adultos emergentes vivendo com HIV em um ambiente rural do Quênia, os resultados demonstram que os adultos emergentes que vivem com HIV enfrentam vários desafios em diferentes níveis do ecossistema social, em nível individual, familiar e comunitário, alguns dos quais são transversais. No nível individual, apontam-se como desafios a aceitação do *status* de HIV positivo, adesão aos antirretrovirais, carga económica associada ao acesso aos cuidados de saúde, construção de um relacionamento íntimo, problemas de saúde mental e divulgação do *status* do HIV. Ao nível familiar, a morte dos pais e cuidadores, a pobreza e a não aceitação. Ao nível comunitário, destacaram-se as dificuldades de socialização e o longo tempo de espera no ambulatório de HIV. Independência económica, apoio social (de famílias, amigos, organizações, profissionais de saúde e reuniões de pares) e a

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

dependência da espiritualidade auxiliaram no enfrentamento positivo dos participantes do estudo em meio aos desafios identificados (Nyongesa et al., 2022).

A revisão de diversas meta-análises e estudos demonstra que a adesão ao TARV é influenciada por múltiplos factores interligados. Entre os mais recorrentes destacam-se o estigma, a discriminação, o medo de divulgação do estado serológico e a depressão, sendo este último considerado um dos mais fortes preditores de má adesão (Laurenzi et al., 2021; Remien et al., 2019). Outros factores individuais incluem esquecimento, fadiga, desesperança, ansiedade, eventos de vida stressantes, uso de substâncias, sentir-se saudável, bem como crenças religiosas como a cura espiritual. No plano socioeconómico, ressaltam-se a pobreza familiar, baixa renda, baixa escolaridade, orfandade, insegurança alimentar, custos de transporte e instabilidade económica, agravados pelas restrições de mobilidade durante a COVID-19 (Ahmed et al., 2022; Spaan et al., 2020). Entre as barreiras relacionadas aos serviços de saúde, a literatura destaca o tempo de tratamento, regimes terapêuticos complexos (incluindo elevado número de comprimidos), reacções adversas aos medicamentos, disponibilidade irregular de ARV, custo de formação dos profissionais, dificuldades na transição dos serviços pediátricos para os de adultos, estar ocupado ou com mudanças na rotina, falta de apoio social e fragilidades organizacionais (Aslanyan, 2004; Marinda et al., 2020; Melchior et al., 2007; Nemes et al., 2009; Paiva, 2013; Petersburgo & Said, 2010). Em conjunto, estes achados reforçam que a adesão ao TARV é moldada por factores psicológicos, sociais, económicos, culturais e estruturais, exigindo intervenções psicossociais sensíveis ao contexto.

5.4.Factores que promovem e melhoram a adesão e o papel do apoio psicossocial

A melhoria da adesão envolve um “processo contínuo e dinâmico” de uma série de comportamentos relacionados ao autocuidado. A boa adesão depende muito mais das condições que a favorecem ou a dificultam, não é um atributo da pessoa. Promover a adesão é, portanto, a actividade mais complexa do que simplesmente pedir a obediência do paciente em seguir as prescrições medicamentosas. Prevê uma interacção entre o profissional e o paciente pautada em colaboração, solidariedade, diálogo reflexivo sobre a realidade cotidiana do viver com o HIV e seguir as prescrições, e o respeito à singularidade das pessoas (Bellenzani et al., 2013).

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

De acordo com Petersburgo & Said (2010), os factores que favorecem a adesão são: recuperar-se, ver a saúde melhorar, apoio da família na toma da medicação, o apoio dos provedores de saúde, auto-eficácia, a comunicação entre o profissional de saúde e o paciente por meio do serviço de mensagens curtas (SMS) (Nhavoto et al., 2017).

Ahmed et al., (2022) apontam os seguintes facilitadores da retenção de HIV: aconselhamento e facilitação da interacção entre as pessoas infectadas pelo HIV e a comunidade, o uso de dispositivos electrónicos como telefones para lembretes, ou abordagens tradicionais, como o movimento do sol durante o dia e o som das orações das mesquitas para pacientes analfabetos em TARV, apoio social positivo, responsabilidades familiares, início de consultas por telefone, entrega por correio e dispensa de medicamentos por longo prazo, e o uso de farmácias comunitárias.

Uma revisão qualitativa da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre as intervenções de apoio psicossocial para jovens vivendo com HIV, referindo-se a adesão ao tratamento, afirma que a educação do paciente e o autocuidado são as facetas mais promissoras das intervenções de adesão, assim como a importância de ter serviços amigáveis aos jovens, e a continuidade dos cuidados, um estilo de comunicação aberta, directa e confiável (OMS, 2009).

Neste quadro, torna-se claro que os factores que favorecem a adesão — autocuidado, apoio familiar, comunicação eficaz e uso de tecnologias — só produzem impacto consistente quando os serviços de saúde dispõem de condições organizacionais e competências para os operacionalizar. Evidências recentes reforçam esta centralidade: a meta-análise de Esmaeili et al., (2023) mostra que as intervenções de tele-saúde integradas nos serviços podem aumentar a adesão em cerca de 18% quando combinadas com apoio clínico e aconselhamento estruturado; e o estudo de Mandlate et al., (2023) demonstra que quase metade dos utentes em TARV em Maputo e Nampula apresenta perturbações mentais — sobretudo depressão e ansiedade — associadas à não adesão, salientando a necessidade de rastreio e intervenção em saúde mental como parte do apoio psicossocial.

De modo complementar, um estudo qualitativo conduzido em unidades primárias de Mpumalanga, África do Sul, revelou que os programas estruturados de apoio psicossocial melhoram o bem-estar emocional, aumentam a literacia em saúde, fortalecem a relação terapêutica e facilitam as práticas essenciais como a revelação do estado serológico, resultando em maior adesão e retenção, mesmo

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

em contexto de crise pandémica (Okonji et al., 2022). Estes achados evidenciam que o papel dos serviços vai além da provisão de medicamentos, exigindo a criação de ambientes terapêuticos acolhedores, com comunicação empática, integração de intervenções comunitárias e tecnológicas, e respostas diferenciadas às necessidades dos utentes para assegurar a adesão sustentada ao TARV.AWS.

5.5. Impacto da pandemia da COVID-19 nos serviços de HIV e APSS

A pandemia é caracterizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como a propagação mundial de uma doença, que ultrapassa fronteiras internacionais e afecta simultaneamente diferentes populações. Nesse sentido, pode ser compreendida como uma manifestação específica e de grande magnitude de crise sanitária. A pandemia da COVID-19 exemplifica esse enquadramento ao ter sido reconhecida pela OMS como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (PHEIC), categoria estabelecida nos Regulamentos Sanitários Internacionais (WHO, 2005). Essa classificação descreve um evento extraordinário decorrente da propagação descontrolada de um agente infeccioso novo, frente ao qual a população apresenta baixa ou inexistente imunidade, cujos impactos se estendem de forma multidimensional para além do campo biomédico, alcançando dimensões sociais, económicas e políticas (WHO, 2020).

A concepção de pandemia como crise pandémica dialoga com o *Emergency Response Framework* (WHO, 2017), que conceitua as crises sanitárias como eventos ou conjunto de eventos capazes de afectar adversamente a saúde pública em larga escala, exigindo respostas rápidas, coordenadas e multissectoriais. Tais crises, sejam de início súbito, como pandemias, ou de evolução gradual, como crises alimentares, compartilham a característica de sobrecarregar os sistemas de saúde — sobretudo nos países de baixa e média renda, em que a fragilidade estrutural tende a acentuar a vulnerabilidade das populações (WHO, 2017).

No caso da COVID-19, o *Strategic Preparedness and Response Plan* (WHO, 2021) salientou a urgência de respostas coordenadas e multissectoriais para conter os efeitos da crise. Essa perspectiva confirma que a pandemia deve ser interpretada não apenas como um desafio epidemiológico, mas como uma crise sanitária paradigmática, que testou os limites de resiliência dos sistemas de saúde em escala global. Em contextos de maior fragilidade institucional, como em diversos países africanos, a pandemia comprometeu a continuidade de serviços essenciais,

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

incluindo aqueles voltados ao apoio psicossocial (APSS) de pessoas vivendo com HIV. Esse cenário evidenciou não apenas os limites das estratégias de cuidado já existentes, mas também a necessidade de desenvolver modelos de cuidados mais resilientes, adaptáveis e integrados, capazes de assegurar a continuidade da resposta em situações de crise sanitária de grande magnitude.

Em muitos contextos, a distribuição da promoção, prevenção, testagem e logística de tratamento do HIV foi interrompida porque os recursos para apoiar o HIV foram transferidos para mitigar a pandemia de COVID-19 (Jewell et al., 2020; Gesesew et al., 2021).

Além do impacto directo da própria doença de COVID-19 na saúde, também houve um impacto negativo na prestação de serviços para as outras condições de saúde devido ao aumento da demanda na capacidade geral dos serviços de saúde, interrupções no fornecimento de medicamentos ou escassez de financiamento. Isso foi particularmente prejudicial para os países da África Subsaariana que sofrem de altas cargas de outras doenças, incluindo HIV, tuberculose e malária (Jewell, Mudimu, et al., 2020).

Devido às rigorosas medidas de bloqueio da COVID-19, os indivíduos abstiveram-se de visitar as unidades sanitárias para o diagnóstico e/ou tratamento, o que causou o aumento da incidência de infecções por HIV e interrupção do cumprimento do TARV (Velavan et al., 2021). O medo do contágio e a restrição na procura por atendimento interferiram no desempenho dos sistemas de vigilância epidemiológica, tanto por relutância das pessoas em receber os profissionais de saúde em suas casas para investigação e notificação de casos, quanto pelo receio das próprias equipas de saúde em visitar regularmente os domicílios (Bispo Júnior & Dos Santos, 2021).

Os modelos concluíram que as fatalidades devido a infecções por HIV aumentaram substancialmente durante a pandemia de COVID-19, com as interrupções dos serviços de HIV na África do Sul, Malawi, Zimbábue e Uganda (Jewell et al., 2020; Hogan et al., 2020). Além disso, em países com alta carga de HIV, a continuidade do TARV durante a pandemia foi um desafio considerável e previu-se que 40% das pessoas em TARV fossem forçadas a suspender temporariamente o TARV (Jewell, Mudimu, et al., 2020).

Tendências semelhantes foram observadas em quase todo o mundo. A redução da aceitação de testes foi relatada em Mianmar, enquanto em Manila, Filipinas, 61% menos testes de HIV foram

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

feitos em 2020 do que em 2019, e a inscrição nos cuidados de HIV diminuiu em 28%. No Brasil, menos pessoas (baixa em 29%) iniciaram o tratamento em abril de 2020 em comparação com um ano antes. Na Índia, dados de 16 cidades mostram que o número de pessoas que usam drogas injectáveis e homens homossexuais que usaram serviços de cuidados integrados em maio-julho de 2020 foi de 25 a 35% abaixo dos níveis usuais. Os testes para HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (ITS) caíram quase 90% no primeiro mês do primeiro bloqueio da Índia e se recuperou apenas ligeiramente nos meses subsequentes (GLOBAL AIDS UPDATE, 2021).

Dados de uma ampla população clínica em KwaZulu-Natal, África do Sul, evidenciaram uma redução de quase 50% na realização de testes de HIV e no início do TARV durante o período inicial do confinamento, seguida de uma recuperação gradual ao longo dos 3 meses seguintes, comparativamente ao período pré-confinamento. As visitas para a recolha de ARV registaram uma ligeira diminuição. No geral, estas tendências não apresentaram variações substanciais por idade ou género, com excepção no início TARV, que permaneceu baixo entre os homens, mas melhorou gradualmente entre as mulheres (Dorward et al., 2021a).

Em Moçambique, persistiam lacunas relevantes ao longo da cascata do HIV, particularmente no diagnóstico e no início do TARV entre as PVHIV. De acordo com as metas estabelecidas, esperava-se que, até 2020, 90% das PVHIV conhecessem o seu seroestado; contudo, apenas cerca de 82% o conheciam nessa data. De igual modo, previa-se que 81% das PVHIV estivessem em TARV até 2020, mas somente 68% estavam efectivamente em tratamento até dezembro desse ano. Relativamente à supressão viral, a meta era atingir 73% das PVHIV até 2020; porém, até dezembro de 2020, apenas 56% apresentavam a supressão viral (MISAU, 2020).

Com a declaração da pandemia da COVID-19 em março de 2020, verificou-se uma alteração significativa nas tendências dos serviços de HIV em Moçambique. Neste período foram realizados 346.470 testes de HIV, número que caiu para 249.481 em abril — uma redução de aproximadamente 28%, coincidindo com o início do Estado de Emergência no país. Posteriormente, registou-se uma recuperação gradual, atingindo 829.180 testes em agosto (+232% face a abril), com o pico registado em novembro (841.626 testes).

No que respeita aos novos inícios de TARV, registaram-se 26.488 inícios em março, valor que reduziu para 20.793 em abril (-21%). A tendência voltou a crescer ao longo dos meses seguintes,

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

atingindo 23.003 novos inícios em agosto (+11%) e alcançando o pico em novembro, com 26.032 inícios (+25% face a abril).

Relativamente aos pedidos e recepção de resultados de carga viral entre janeiro e dezembro de 2020, registaram-se 67.460 pedidos e 50.921 resultados recebidos em março. Em abril, observou-se uma ligeira diminuição para 60.037 pedidos (-11%) e 50.507 resultados recebidos (-1%). Tal como nos restantes indicadores, verificou-se uma recuperação assinalável em agosto, com 81.626 pedidos (+36%), culminando com o pico de resultados recebidos em dezembro (56.382; +12% face a abril).

Quanto à tendência de consultas mensais e proporção de pacientes faltosos, registaram-se 501.227 consultas em março, com 8,6% de faltosos. Em abril, o número de consultas caiu para 476.101 (-5%), enquanto a percentagem de faltosos aumentou para 11,4% (+32%). Em maio, observou-se uma redução mais pronunciada nas consultas (399.203; -20% face a março) e uma diminuição da taxa de faltosos (8,9%; -22%). Em junho, registaram-se 304.654 consultas (-39% face a março), mantendo-se valores relativamente estáveis, ainda que inferiores, nos meses subsequentes. Graças à estratégia adoptada pelos modelos diferenciados de serviço (MDS), viria a registar-se posteriormente a taxa mais baixa de faltosos do ano, fixada em 6,4% (MISAU, 2020).

As interrupções causadas pela COVID-19 nos serviços de HIV foram mitigadas pela adopção da dispensa plurimensal de antirretrovirais — recomendada pela OMS e pelo UNAIDS desde 2016 — e pela expansão de modelos diferenciados de prestação de cuidados, incluindo opções comunitárias e serviços de telessaúde. Estas abordagens, centradas na pessoa, aumentam a autonomia das PVHIV, tornam os sistemas de saúde mais flexíveis e reduzem a pressão sobre as unidades sanitárias. A dispensa plurimensal diminuiu a necessidade de visitas clínicas frequentes e dispendiosas; reduziu a carga de trabalho dos serviços e, no contexto da pandemia, contribuiu para minimizar o risco de exposição ao coronavírus entre os profissionais e os pacientes (GLOBAL AIDS UPDATE, 2021; MISAU, 2020).

Vários países da África Subsaariana, Ásia e Pacífico e Caribe — incluindo Botsuana, Camboja, Costa do Marfim, Eswatini, Índia, Jamaica, Quênia, Mali, Nepal e Tailândia — transferiram os serviços de apoio de pares baseados na comunidade para os *medias* sociais e aplicativos de mensagens. Paralelamente, países como a Bielorrússia, República Dominicana, Etiópia,

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

Moçambique, Papua-Nova Guiné e África do Sul adoptaram, pelo menos temporariamente, políticas de dispensa mais flexíveis para as pessoas clinicamente estáveis em tratamento antirretroviral (UNAIDS, 2021b).

A análise do UNAIDS com os dados de tratamento de 46 países demonstrou que a implementação de políticas de dispensa plurimensal reduziu para metade o número de consultas clínicas, gerando poupanças de tempo e recursos tanto para os sistemas de saúde como para as PVHIV. Segundo as projecções, se as políticas adoptadas de dispensa de vários meses fossem plenamente aplicadas, poderia alcançar-se uma redução adicional de 28% nas consultas. Num cenário optimizado, no qual 70% das PVHIV recebessem um suprimento de seis meses de antirretrovirais, evitar-se-iam cerca de 26 milhões de visitas anuais às unidades sanitárias relacionadas à recolha de medicamentos — uma redução global estimada de 39% (UNAIDS, 2020).

Apesar dos benefícios operacionais da dispensa plurimensal de medicamentos antirretrovirais, a literatura alerta para riscos quando esta estratégia não é acompanhada por mecanismos adequados de apoio clínico e psicossocial. A directriz da OMS (2021) sublinha que a redução dos contactos presenciais pode dificultar a identificação precoce de problemas emocionais, sociais e clínicos que influenciam a adesão, enquanto Grimsrud et al., (2016) destacam que modelos diferenciados, embora eficientes, não substituem as funções terapêuticas e relacionais dos serviços.

Evidências recentes mostram ainda que o apoio psicossocial permanece insuficientemente integrado nos modelos diferenciados. A revisão de Boakye et al. (2024) indica que poucas intervenções psicossociais foram avaliadas no contexto de modelos diferenciados ou das mudanças introduzidas após a pandemia, persistindo lacunas na compreensão de como os serviços reorganizaram práticas como aconselhamento, rastreio de saúde mental e educação para a adesão. Assim, embora as dispensas plurimensais ampliem o acesso ao tratamento, sem a integração estruturada de apoio psicossocial corre-se o risco de comprometer o vínculo terapêutico e a capacidade de resposta aos utentes com necessidades mais complexas.

6. MARCO TEÓRICO

6.1. Teoria sindémica

Para o presente estudo, propusemo-nos a usar a “teoria sindémica”. Como afirmado por R. Horton, a COVID-19 não é uma pandemia, é sim, uma sindemia². Uma sindemia ocorre a partir da interação entre as doenças e as condições de saúde, sociais e tem maior probabilidade de surgir em situações de desigualdade social causadas por pobreza, estigmatização, estresse ou violência estrutural (Horton, 2020; Mendenhall et al., 2022).

A noção de uma sindemia foi concebida pela primeira vez por Merrill Singer, um antropólogo médico americano, na década de 1990 (Horton, 2020). O termo foi concebido para expressar a interconexão entre as epidemias de uso de drogas, violência urbana e casos de SIDA (SAVA) nos Estados Unidos no início da década de 1990. A ideia era enfatizar que não se tratava de problemas paralelos, mas sim de condições em interconexão que se afectavam e se potencializavam mutuamente. O autor identificou que as três condições estavam intimamente relacionadas; eram interdependentes e a ocorrência conjunta causou um enorme impacto na vida da população pobre e marginalizada de centros urbanos (Bispo Júnior & Dos Santos, 2021).

A abordagem sindémica mostra que uma perspectiva integrada para entender e tratar doenças pode ser melhor sucedida do que controlar doenças epidémicas ou tratar pacientes individuais (Singer et al., 2017). A teoria sindémica combina diferentes aspectos das ciências sociais e teorias médicas bem conhecidas para gerar previsões poderosas para a implementação do programa e intervenção clínica, e tem o potencial de ajudar os formuladores de políticas e implementadores de programas em seus esforços a melhorar a saúde da população (Tsai, 2018).

A teoria sindémica é uma abordagem que conceitua doenças e determinantes sociais para entender os padrões diferenciais de multimorbidade, elucidar mecanismos subjacentes e melhores intervenções de *design*. O princípio básico da teoria sindémica é que determinados contextos socioculturais podem contribuir para o aumento do risco de comorbidades. A teoria sindémica, que se aplica a emergências humanitárias complexas, tem o potencial de descobrir as origens de

² Para Singer (1996:99) citado por (Bispo Júnior & Dos Santos, 2021:3) “*sindemia é um conjunto de problemas de saúde intimamente interligados e que aumentam mutuamente, que afetam significativamente o estado geral de saúde de uma população no contexto de persistência de condições sociais adversas*”.

padrões localizados de multimorbidades resultantes de violência política e desigualdades históricas (Kohrt & Carruth, 2022; Singer et al., 2017).

Ao fazer-se o uso da teoria sindémica, estaríamos a procurar estabelecer uma relação sinérgica criada pela COVID-19, o HIV-SIDA e o contexto social (económicos e ambientais), que ao se relacionarem trazem efeitos negativos à vida das pessoas vivendo com o HIV e/ou outras doenças. Ao esquematizar, o fenómeno, de acordo com os pressupostos e proposições de uma sindemia, será possível observar a influência que o contexto da COVID-19 (distanciamento social, ansiedade, medo, depressão, infecções oportunistas em PVHIV, uso da telessaúde, suspensão de buscas comunitárias, etc.) e os aspectos críticos da epidemia do HIV (taxas de atrito e abandonos – factores que influenciam – disponibilidade e qualidade dos serviços, etc.) e outros factores que desempenharam um papel importante na produção dos resultados (bons/maus; esperados/não esperados), trazendo evidências e percepções, para demonstrar a influencia das sinergias das doenças e as medidas aplicadas. Estaríamos na posição de demonstrar desta forma a relação entre os recursos disponíveis, o investimento feito, a (re) adaptação dos serviços, intervenções adoptadas, e os resultados produzidos no contexto da implantação. O uso da abordagem sindémica fornecerá aos provedores de saúde e outros *stakeholders*, ferramentas e estratégias para entender os determinantes sociais de saúde específicos envolvidos nestas interações entre a COVID-19 e o HIV/SIDA. Uma teoria sindémica que articule as comorbilidades (como o HIV) com o contexto sociocultural e com as restrições impostas pela COVID-19 revela-se particularmente útil para interpretar as diferenças observadas e os resultados alcançados pelos serviços e pelas populações afectadas.

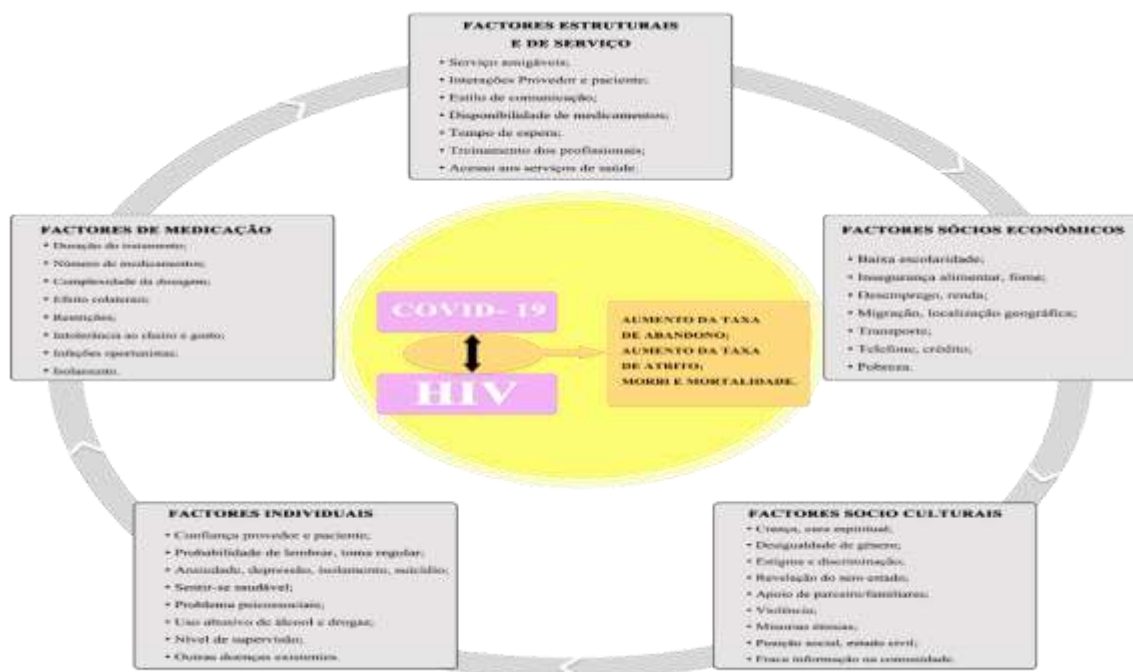


Figura 1: Modelo síndemico, adaptado pelo autor, de (Singer et al., 2017) (Beltran et al., 2022).

Os factores que influenciam a adesão ao TARV — como pobreza, estigma, insegurança alimentar, distância geográfica e limitações do sistema de saúde — já existiam antes da pandemia e condicionavam o acompanhamento das pessoas vivendo com HIV. A COVID-19 não criou essas vulnerabilidades, mas ampliou a força com que elas afectavam o seguimento clínico, fenómeno que a teoria síndemica ajuda a explicar.

Especificamente, as restrições de mobilidade e o confinamento agravaram a pobreza e a insegurança alimentar, dificultando o deslocamento às unidades sanitárias e a tolerância aos ARVs. A suspensão das visitas domiciliares e das actividades comunitárias tornou ainda mais difícil localizar e apoiar os pacientes com os contactos desactualizados, agravando um problema estrutural pré-existente. A migração para o apoio psicossocial telefónico reduziu a capacidade de avaliar sinais não verbais de sofrimento e exclusão de utentes sem meios de comunicação, revelando desigualdades digitais importantes. Por sua vez, o medo de infecção por COVID-19 interagiu com o estigma relacionado ao HIV, levando muitos utentes a evitar visitas domiciliares e deslocações à unidade sanitária.

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

Assim, a COVID-19 actuou como um catalisador que intensificou as vulnerabilidades históricas, mostrando que a sobreposição entre HIV, COVID-19 e os determinantes sociais produz impactos mais severos do que cada componente isolado. É precisamente essa interacção sinérgica entre as epidemias e desigualdades que a teoria sindémica permite compreender e que fundamenta a interpretação dos achados deste estudo.

7. MATERIAL E MÉTODOS

7.1.Desenho de estudo

Para o alcance dos objectivos propostos na pesquisa e para responder à pergunta de pesquisa, foi realizada uma *Pesquisa usando a abordagem Qualitativa*³. Para o efeito, adoptou-se o desenho de estudo *fenomenológico*, procurando interpretar e entender o significado da situação sobre a perspectiva dos participantes. Optou-se por este desenho de estudo, por permitir compreender na essência o significado e as experiências vividas pelos profissionais de saúde sobre a temática em alusão, os desafios e estratégias psicossociais adoptadas no contexto de COVID-19 em PVHIV.

A análise dos dados buscou descrever os discursos relatados, permitindo a construção de uma narrativa aprofundada sobre a realidade contextual dos serviços de saúde em tempos de crise sanitária. Para complementar e aprofundar a compreensão dos achados empíricos, realizou-se também um cruzamento com a análise documental de fontes institucionais relevantes, tais como Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), directrizes nacionais de apoio psicossocial, comunicados ministeriais e decretos emitidos no período pandémico. Esses documentos forneceram elementos normativos e programáticos que possibilitaram contextualizar as práticas relatadas pelos participantes, favorecendo uma triangulação com os dados colectados em campo.

7.2.Local do estudo

O estudo foi realizado no distrito da Massinga, que se localiza na parte central da província de Inhambane, com uma população de 184.531 (INE, 2017), e uma taxa de prevalência de HIV de 14.1% (MISAU et al., 2019). O distrito compreende os seguintes limites geográficos: a norte, com

³ A pesquisa qualitativa explora fenómenos complexos encontrados por médicos, prestadores de serviços de saúde, formuladores de políticas e consumidores nos cuidados de saúde (Tong et al., 2007). A metodologia qualitativa pretende compreender uma realidade complexa e o significado das acções em um determinado contexto (Queirós et al., 2017)

os distritos de Vilanculos e Inhassoro; a leste, com o Oceano Índico; a sul, com o distrito de Morrumbene, e a oeste com o distrito de Funhalouro. O distrito de Massinga tem uma superfície de 7 458Km² correspondente a 10.8% da superfície total da província. Está dividido em 2 Postos Administrativos: Massinga Sede - constituído pelas Localidades de Lionzuane, Guma e Rovene; Chicomo – constituído pelas Localidades de Malamba e Chicomo.

O estudo foi realizado no Hospital Distrital da Massinga, é a referência a nível distrital (engloba Centro de Saúde – nível primário – e Hospital); dispõe dos serviços TARV desde 2006, com um total: 5 929 activos em TARV, 0-14 anos: 369; 15+ anos: 5 560; até finais de 2020, é o índice mais elevado da província.

O hospital dispõe de outros serviços como: Saúde Materno Infantil (SMI), Triagem de Adulto (TA), Programa Alargada de Vacinação/Consulta de Criança Sadia (PAV/CCS), vigilância epidemiológica e saúde ambiental.



Figura 2: Mapa do Distrito de Massinga, (Fonte: INE, 2012).

7.3. Período do estudo

O presente estudo abrange o período de março de 2020, data em que a COVID-19 foi oficialmente caracterizada como pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS), até setembro de 2021, marco considerado como o encerramento da terceira vaga da pandemia em Moçambique. Esse

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

recorte temporal permitiu-nos analisar os principais desafios enfrentados pelos profissionais de saúde no auge da crise sanitária. A recolha de dados foi realizada posteriormente, entre os dias 10 e 30 de setembro de 2023, com base em entrevistas retrospectivas, respeitando os critérios metodológicos e éticos definidos no protocolo de pesquisa.

7.4. População do estudo

A população do estudo foi composta por profissionais de saúde directamente envolvidos na prestação de serviços ao longo da cascata do tratamento antirretroviral (TARV). Foram incluídos profissionais que actuam em distintos níveis da resposta institucional, desde a gestão até a linha de frente da prestação de cuidados, considerando a sua experiência prática e envolvimento directo na implementação das estratégias psicossociais dirigidas às pessoas vivendo com HIV (PVHIV).

A amostra envolveu a participação de provedores que actuam nas diferentes portas de entrada dos serviços TARV, paragens únicas, tais como a Saúde Materno Infantil (SMI), o Programa Nacional de Controlo da Tuberculose e Lepra (PNCTL), os Serviços de Atendimento Amigo do Jovem (SAAJ), entre outros. Incluíram-se também profissionais com funções técnicas e de coordenação, como os pontos focais de APSS & Prevenção Positiva (PP), clínicos dos serviços TARV e psicólogos, conselheiros leigos e activistas comunitários.

Essa diversidade de participantes foi intencionalmente considerada para garantir uma visão abrangente e multifacetada da realidade vivida nos serviços de saúde, especialmente no que diz respeito aos desafios enfrentados durante a pandemia da COVID-19 e às estratégias adoptadas no âmbito do apoio psicossocial às PVHIV.

7.5. Amostra e amostragem

De acordo com os pressupostos da pesquisa qualitativa, a selecção da amostra não se orienta por critérios de representatividade numérica, mas pela profundidade, riqueza e relevância das informações obtidas, privilegiando participantes capazes de oferecer uma compreensão aprofundada do fenómeno em estudo (Braun & Clarke, 2006; Patton, 2002; Queirós et al., 2017).

Para este estudo, a amostragem adoptada foi *não probabilística, intencional*, com base na selecção de participantes considerados informantes-chave⁴, ou seja, profissionais com experiência directa nos serviços TARV e actuação no apoio psicossocial às pessoas vivendo com HIV/SIDA, durante o período da pandemia de COVID-19. A selecção baseou-se em critérios de inclusão previamente definidos e validados pelas entidades competentes da unidade sanitária.

Em alguns casos, recorreu-se ainda à técnica de bola de neve (*snowball sampling*) para a identificação de profissionais que, embora não estivessem inicialmente mapeados, possuíam experiência prática essencial para o aprofundamento do estudo. A composição da amostra buscou reflectir a diversidade de perfis e contextos institucionais envolvidos na resposta ao HIV durante a crise pandémica, assegurando uma análise rica e representativa da realidade em estudo.

A amostra do estudo foi constituída por 20 profissionais de saúde distintos, seleccionados de forma intencional, em consonância com os pressupostos da pesquisa qualitativa. No total, foram registadas 27 participações em diferentes técnicas de recolha de dados, correspondendo a 9 entrevistas semi-estruturadas e 18 participações em grupos de discussão focal. Importa referir que sete (7) dos profissionais entrevistados participaram igualmente nos grupos focais, contribuindo com dados tanto individuais quanto colectivos.

As entrevistas semi-estruturadas envolveram nove (9) profissionais de saúde — dois homens e sete mulheres — com idade média aproximada de 39 anos (variando entre 32 e 45 anos). Estes participantes foram seleccionados por ocuparem funções-chave na organização, coordenação e implementação do apoio psicossocial e dos serviços TARV, o que possibilitou a exploração aprofundada das experiências individuais, percepções e processos decisórios no contexto pandémico.

Adicionalmente, foram realizados dois (2) grupos de discussão focal, totalizando 18 participações. O primeiro grupo foi composto por activistas comunitários e conselheiros leigos (n=12), com o objectivo de captar as dinâmicas colectivas, experiências partilhadas e desafios operacionais ao

⁴ São pessoas que têm um conhecimento especial, informação profunda e ampla sobre um sistema, serviço ou outro assunto de interesse específico do pesquisador (Bisol, 2012). As entrevistas permitem obter informações profundas, *insights* e explicações úteis sobre como os membros de uma comunidade pensam a respeito de determinados eventos, assuntos, pessoas, modos de pensar ou de agir (Bisol, 2012).

nível comunitário. O segundo grupo integrou os provedores clínicos dos serviços TARV (n=6), visando explorar práticas institucionais, reorganização dos serviços e respostas clínicas adoptadas durante a pandemia da COVID-19.

A inclusão de participantes com perfis profissionais distintos e com actuação em diferentes portas de entrada dos serviços de saúde — como CPN, SAAJ, PNCTL e serviços TARV — permitiu obter uma compreensão ampla, contextualizada e multifacetada das estratégias de apoio psicossocial e dos desafios enfrentados no terreno. O número final de participantes foi definido com base no critério de saturação teórica, entendido como o ponto em que os dados passaram a apresentar recorrência temática, sem o surgimento de novas informações relevantes para a questão de pesquisa. Conforme referido por Ahmed et al., (2022), a saturação ocorre quando a recolha de dados deixa de acrescentar novos elementos interpretativos, sendo que, como assinala Mason (2010), esse ponto não depende de um número estatisticamente pré-definido de participantes, mas da densidade e qualidade das informações obtidas, e pode ser alcançada em qualquer ponto do processo.

7.6. Critérios de selecção

A selecção dos participantes baseou-se em critérios de inclusão e exclusão previamente definidos e validados pelas entidades competentes da unidade sanitária.

Critérios de inclusão

- Ser funcionário pertencente aos serviços TARV;
- Ter mais de um ano de serviço;
- Ser maior de dezoito anos de idade;
- Possuir domínio dos serviços TARV, componente do APSS & PP
- Profissional de saúde que trabalha com os educadores de pares e busca a nível da comunidade.

Critérios de exclusão

- Funcionário da U.S pertencentes a outros serviços, sem domínio do TARV;
- Não aceitar assinar o consentimento informado;
- Pessoal vindo transferido de outros serviços;

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

- Profissionais de saúde que não estavam na US na época de COVID-19

7.7.Procedimentos de recolha de dados.

A recolha de dados foi realizada após a confirmação do cronograma de deslocação para o trabalho de campo e mediante a articulação prévia com as entidades competentes do Hospital Distrital da Massinga. Esse contacto institucional teve como finalidade assegurar a autorização formal, alinhamento operacional e a disponibilidade dos profissionais de saúde para a participação no estudo.

Os participantes foram recrutados de forma intencional, com base nos critérios de inclusão previamente definidos, privilegiando os profissionais directamente envolvidos na implementação, coordenação e execução das estratégias de apoio psicossocial e dos serviços TARV. O convite à participação foi feito de forma directa e individual, com explicação clara dos objectivos do estudo, dos procedimentos de recolha de dados e das implicações éticas associadas.

Antes do início da participação, todos os participantes foram informados sobre os princípios éticos da pesquisa, incluindo a voluntariedade da participação, o direito à recusa ou desistência a qualquer momento e a garantia de confidencialidade. O Termo de Consentimento Informado foi lido e assinado por todos os participantes elegíveis, após o esclarecimento de eventuais dúvidas.

A recolha de dados recorreu a múltiplas técnicas qualitativas, nomeadamente entrevistas semi-estruturadas e grupos de discussão focal, seleccionadas de forma complementar para captar tanto experiências individuais quanto dinâmicas colectivas e institucionais. Esta diversidade metodológica permitiu uma compreensão mais abrangente e contextualizada do fenómeno em estudo.

Os instrumentos de recolha de dados foram elaborados pelo investigador, com base na revisão da literatura e ajustados ao contexto do Hospital Distrital da Massinga. De forma geral, os guiões incluíram dois blocos principais: um de caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes e outro composto por questões abertas, orientadas para explorar as percepções e experiências dos profissionais de saúde sobre a implementação das estratégias de APSS às PVHIV

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

durante a pandemia da COVID-19. Os procedimentos específicos de aplicação dos instrumentos são descritos nas secções subsequentes.

De modo geral, as actividades de recolha de dados decorreram em ambientes considerados adequados à natureza qualitativa da pesquisa, respeitando os princípios de privacidade, confidencialidade e conforto dos participantes. Os procedimentos específicos relativos à aplicação de cada técnica — incluindo dinâmicas, duração, contexto presencial ou remoto e formas de registo — são descritos detalhadamente nos subcapítulos subsequentes dedicados às entrevistas semi-estruturadas e aos grupos focais.

7.7.1. Entrevistas semi-estruturadas⁵

O guião das entrevistas semi-estruturadas foi elaborado pelo investigador, com base na revisão da literatura científica e em discussões com a supervisora, assegurando a sua pertinência teórica, adequação cultural e alinhamento com os objectivos do estudo. As questões foram formuladas em formato aberto, de modo a estimular narrativas reflexivas e detalhadas por parte dos participantes.

O guião foi estruturado em dois blocos principais. O primeiro incluiu questões sociodemográficas (sexo, idade, nível de escolaridade, estado civil, local de residência e função desempenhada). O segundo bloco abrangeu tópicos analíticos centrais, nomeadamente: experiências na implementação do apoio psicossocial antes e durante a pandemia da COVID-19; adaptações institucionais adoptadas; desafios operacionais e éticos; percepções sobre o impacto das restrições sanitárias na adesão e retenção em TARV; e estratégias de mitigação utilizadas pelos serviços.

Antes do início da recolha formal dos dados, o guião foi submetido a um pré-teste (piloto) com dois profissionais dos serviços TARV que não integraram a amostra final. Este procedimento permitiu avaliar a clareza, fluidez e sequência das questões, resultando em ajustes pontuais na redacção e organização do instrumento, de modo a reforçar a sua eficácia metodológica.

As entrevistas foram conduzidas pelo próprio investigador, em ambientes reservados nas instalações da unidade sanitária, sempre que possível, e em horários previamente acordados com

⁵ Consiste em fazer várias questões-chave que ajudam a definir as áreas a serem exploradas, mas também permitem que o entrevistador ou entrevistado divirjam para perseguir uma ideia ou resposta com mais detalhes. Permite a descoberta de informações que são importantes para os participantes (Gill et al., 2008; Busetto et al., 2020)

os participantes. Todas as entrevistas presenciais foram gravadas em formato digital, mediante consentimento informado, utilizando um dispositivo móvel com a função de gravação de áudio. Adicionalmente, foram realizadas anotações de campo com o objectivo de registar os elementos contextuais relevantes. As gravações foram posteriormente transcritas na íntegra, de forma literal, preservando o conteúdo original das falas.

Durante a fase de trabalho de campo, dois profissionais considerados estratégicos para os objectivos do estudo encontravam-se realocados para outras funções institucionais, o que inviabilizou a realização de entrevistas presenciais. Nestes casos, optou-se pela realização de entrevistas por chamada telefónica, previamente agendadas, realizadas em ambientes silenciosos e igualmente gravadas com a autorização dos participantes. Embora esta modalidade tenha limitado a observação de sinais não verbais, permitiu aceder a experiências e informações relevantes de actores-chave directamente envolvidos na resposta institucional durante o período crítico da pandemia.

No total, foram realizadas nove (9) entrevistas semi-estruturadas, combinando modalidades presenciais e remotas. Reconhece-se que as entrevistas telefónicas apresentam limitações inerentes, sobretudo no que se refere à captação de expressões não verbais; contudo, a triangulação com os dados provenientes dos grupos focais e das entrevistas presenciais contribuiu para reforçar a consistência analítica e a robustez interpretativa dos achados.

7.7.2. Discussão de grupos focais⁶

A pesquisa recorreu a uma combinação de métodos qualitativos, integrando a realização de discussões em grupos focais como estratégia complementar às entrevistas individuais. Esta técnica permitiu explorar de forma colectiva como os profissionais de saúde interpretam, negociam e atribuem significado às intervenções psicossociais implementadas no cuidado às PVHIV, particularmente no contexto das restrições impostas pela pandemia da COVID-19.

Para a constituição dos grupos, optou-se pelo recrutamento de grupos pré-existentes, identificados com o apoio do Comité TARV da unidade sanitária. Esta opção metodológica visou favorecer um

⁶ É uma actividade colectiva, dirigida por um moderador ou facilitador que mantém os participantes focados em uma discussão que foi cuidadosamente planificada e que permite explorar um conjunto específico de questões (Owen, 2001) citado por (Bisol, 2012).

ambiente de maior confiança e familiaridade entre os participantes, promovendo maior fluidez das interações e incentivando a partilha de experiências, percepções críticas e desafios vivenciados no quotidiano dos serviços.

Foram realizados dois (2) grupos focais. O primeiro foi constituído por responsáveis de sectores técnicos e provedores clínicos dos serviços TARV, enquanto o segundo integrou conselheiros leigos, activistas comunitários e profissionais responsáveis pelas chamadas preventivas e pelas buscas activas na comunidade. A composição intencional dos grupos permitiu captar perspectivas complementares provenientes de diferentes níveis operacionais do sistema de saúde, desde o contexto clínico-institucional até a actuação comunitária.

As sessões de grupo focal foram realizadas em espaços reservados nas instalações da unidade sanitária, em horários previamente acordados com os participantes, respeitando a dinâmica dos serviços. As discussões foram conduzidas em língua portuguesa, com duração média de aproximadamente 60 minutos, e seguiram um guião previamente estruturado, composto por questões abertas orientadas para a compreensão das experiências colectivas, das adaptações institucionais e dos desafios enfrentados na implementação do apoio psicossocial durante o período pandémico.

Os grupos focais foram facilitados pelo próprio investigador, que conduziu as discussões e assegurou a participação equilibrada dos membros. Com o consentimento dos participantes, as sessões foram gravadas em áudio e acompanhadas por anotações de campo, destinadas a registar elementos contextuais relevantes, dinâmicas de grupo e ênfases discursivas.

A utilização dos grupos focais contribuiu para enriquecer a análise qualitativa, permitindo a triangulação dos dados com as entrevistas individuais e fortalecendo a robustez interpretativa dos achados, ao revelar consensos, divergências e construções colectivas em torno das estratégias de apoio psicossocial no contexto da pandemia.

7.7.3. Análise documental

Como complemento à investigação empírica, foi realizada uma análise documental com o objectivo de contextualizar as práticas relatadas pelos profissionais de saúde à luz das normas e orientações institucionais vigentes durante a pandemia da COVID-19 (2020–2021). Esta

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

componente permitiu compreender o enquadramento normativo das estratégias de apoio psicossocial implementadas no período em estudo.

Foram analisados documentos provenientes dos níveis central e local do sistema de saúde. Ao nível central, incluíram-se Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), directrizes técnicas, algoritmos clínicos, circulares ministeriais e decretos presidenciais, maioritariamente disponíveis nas plataformas oficiais do Ministério da Saúde e de outros órgãos governamentais. Ao nível local, foram consultados documentos internos da unidade sanitária, como relatórios e orientações operacionais, disponibilizados pela direcção do Hospital Distrital da Massinga.

Adicionalmente, alguns documentos relevantes foram identificados a partir das referências feitas pelos próprios participantes durante as entrevistas e grupos focais, reflectindo as normas efectivamente utilizadas na prática quotidiana. A análise documental permitiu a triangulação com os dados de campo, contribuindo para uma compreensão mais contextualizada da implementação das estratégias de apoio psicossocial no contexto da pandemia.

7.7.4. Plano de gestão e análise de dados

A gestão dos dados foi conduzida de forma sistemática e contínua desde a fase de recolha de dados em campo até à análise final, assegurando organização, segurança, confidencialidade e integridade da informação produzida. Todos os dados empíricos — provenientes de entrevistas semi-estruturadas, discussões de grupos focais e análise documental — foram cuidadosamente registados, armazenados e preparados para a análise de acordo com os princípios da pesquisa qualitativa.

As entrevistas individuais e os grupos focais foram gravados em áudio, mediante o consentimento informado dos participantes, utilizando dispositivos digitais portáteis (*smartphone*). Paralelamente, foram produzidas notas de campo pelo investigador durante e após cada sessão, registando observações contextuais, interacções grupais, ênfases discursivas e aspectos não verbais relevantes. Após o trabalho de campo, os ficheiros de áudio foram transferidos para computadores protegidos por palavra-passe e organizados em pastas codificadas por tipo de técnica, data e grupo de participantes. As transcrições foram realizadas na íntegra, com o apoio de um assistente de pesquisa, preservando a fidelidade às falas e incluindo elementos paralinguísticos relevantes, como

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

pausas, hesitações e risos. Todos os dados foram anonimizados através da atribuição de códigos únicos aos participantes, impedindo qualquer possibilidade de identificação directa.

Concluída a fase de gestão e preparação dos dados, procedeu-se à análise qualitativa, que foi conduzida por meio de uma abordagem metodológica combinada, integrando os fundamentos da análise temática reflexiva, conforme proposta por Braun & Clarke (2006), e os princípios da análise de conteúdo categorial, segundo Bardin (1977). Esta opção metodológica mostrou-se coerente com o desenho fenomenológico do estudo, ao permitir uma compreensão aprofundada das experiências, percepções e significados atribuídos pelos profissionais de saúde à implementação do apoio psicossocial no contexto da pandemia da COVID-19.

O processo analítico iniciou-se com uma leitura intensiva e reiterada das transcrições, visando a familiarização com o *corpus* e a identificação preliminar de padrões de sentido. Em seguida, procedeu-se à codificação inicial de forma predominantemente indutiva, permitindo que os códigos emergissem directamente dos dados. Exemplos de códigos iniciais incluíram expressões como “medo de contágio”, “interrupção das visitas domiciliares”, “uso de chamadas telefónicas”, “falta de contacto com pacientes”, e “sobrecarga dos provedores”.

Esses códigos foram posteriormente organizados e agrupados em temas analíticos mais amplos, num processo iterativo de revisão e refinamento, conforme recomendado pela *checklist* de 16 itens de Braun & Clarke (2006). Este processo foi marcado por elevada reflexividade do investigador, assegurando coerência interna, transparência analítica e rastreabilidade das decisões tomadas ao longo da análise. Os temas finais foram definidos, nomeados conceitualmente e ilustrados com excertos representativos dos discursos dos participantes.

De forma complementar, a análise de conteúdo categorial de Bardin (1977) foi utilizada para estruturar os dados à luz do marco teórico sindémico adoptado no estudo. Neste sentido, os constructos centrais da teoria sindémica — tais como interacção entre epidemias (HIV e COVID-19), determinantes sociais da saúde (pobreza, insegurança alimentar, estigma, desigualdade de género), fragilidades do sistema de saúde e respostas institucionais — funcionaram como eixos analíticos orientadores da categorização. Assim, parte dos códigos emergentes foi relacionada a categorias analíticas pré-definidas pelo referencial teórico, permitindo compreender como esses factores interagiram e se reforçaram mutuamente no contexto da pandemia.

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

Por exemplo, códigos como “medo de exposição”, “recusa de visitas domiciliares” e “isolamento social” foram articulados à categoria “Estigma e vulnerabilidades psicossociais”; já códigos como “dispensa multimensal”, “brigadas móveis” e “paragem única” foram integrados na categoria “Respostas adaptativas institucionais”. Esta articulação entre a análise indutiva e as categorias teoricamente informadas permitiu ligar os achados empíricos aos conceitos centrais da teoria sindémica, reforçando a robustez interpretativa do estudo.

Todo o processo de codificação e organização dos dados foi apoiado pelo *software NVivo v.12*, utilizado como ferramenta auxiliar para armazenamento, codificação, recuperação e visualização dos dados qualitativos, sem substituir o papel analítico e interpretativo do investigador.

A etapa final da análise consistiu na triangulação dos dados provenientes das entrevistas, grupos focais e análise documental. Documentos normativos, como directrizes ministeriais, procedimentos operacionais padrão, algoritmos clínicos e relatórios internos dos serviços TARV, foram analisados em paralelo, permitindo contextualizar os discursos dos participantes no quadro institucional e programático vigente. Essa triangulação contribuiu para identificar as convergências e divergências entre as orientações formais e as práticas efectivamente implementadas no terreno.

Em síntese, a combinação entre a análise temática reflexiva e a análise de conteúdo categorial, ancorada no referencial da teoria sindémica, mostrou-se adequada para os objectivos do estudo, permitindo captar simultaneamente a profundidade dos significados subjectivos e a estruturação analítica dos discursos. Este processo assegurou rigor metodológico, coerência teórico-empírica e fidelidade à realidade vivida pelos profissionais de saúde no contexto da pandemia da COVID-19.

8. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A presente pesquisa, de natureza qualitativa e com desenho fenomenológico, apresenta algumas limitações inerentes ao método adoptado. A impossibilidade de generalização estatística dos resultados constitui uma limitação central, uma vez que a abordagem qualitativa privilegia a compreensão aprofundada de experiências e percepções situadas num contexto específico, e não a extrapolação numérica para as outras populações. Acresce que a análise qualitativa envolve, inevitavelmente, um certo grau de subjectividade interpretativa; contudo, este desafio foi mitigado através da adopção de procedimentos sistemáticos de rigor metodológico, nomeadamente a

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

triangulação de técnicas de recolha de dados, a utilização de *software* de apoio à análise (NVivo), a manutenção de registos analíticos e a reflexividade contínua do investigador ao longo de todo o processo analítico.

Outra limitação relaciona-se com a mobilidade institucional de alguns profissionais de saúde inicialmente identificados como potenciais participantes, o que dificultou a concretização integral do plano amostral original. Para garantir a inclusão de informantes-chave com experiência directa na resposta durante a fase crítica da pandemia, recorreu-se, em casos específicos, à realização de entrevistas por via telefónica. Embora esta estratégia tenha permitido a continuidade da recolha de dados, o uso do telefone impôs limitações, nomeadamente a impossibilidade de captar elementos não verbais e subtilezas próprias da interacção presencial. Para minimizar estes constrangimentos, as entrevistas telefónicas foram conduzidas com maior duração e recurso a perguntas de aprofundamento e validação contínua das respostas, procurando preservar a densidade e a qualidade da informação recolhida.

Importa igualmente reconhecer que o estudo privilegiou a perspectiva dos provedores de saúde, o que constitui uma limitação relevante, na medida em que as experiências e percepções das próprias pessoas vivendo com HIV não foram directamente exploradas. A inclusão das vozes dos utentes poderia ter enriquecido a análise, oferecendo uma compreensão mais abrangente e complementar dos efeitos das estratégias de apoio psicossocial implementadas durante a pandemia. Investigações futuras que integrem simultaneamente os profissionais de saúde e as pessoas vivendo com HIV poderão aprofundar esta dimensão.

Adicionalmente, o estudo foi realizado num único distrito, com características epidemiológicas, organizacionais e socioeconómicas próprias, o que pode limitar a transferibilidade directa dos achados para outros contextos, em particular para as áreas urbanas ou distritos com maior capacidade instalada. Acresce que se trata de uma análise retrospectiva, pelo que algumas narrativas podem estar sujeitas a viés de memória, sobretudo no que respeita às experiências vividas durante o período mais crítico da pandemia.

Apesar destas limitações, a investigação beneficiou de elevada adesão dos participantes, consistência interna dos dados e riqueza das narrativas produzidas, oferecendo contributos

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

relevantes para a compreensão dos desafios e das respostas institucionais no apoio psicossocial às pessoas vivendo com HIV em contextos de crise sanitária.

9. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

9.1.Revisão do protocolo

O presente protocolo do estudo foi aprovado pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina e Comité Institucional de Bioética em Saúde da Faculdade de Medicina/Hospital Central de Maputo, com a referência nº CIBS FM&HCM/081/2022 (anexo 4). E foi apresentado à Direcção Provincial de Saúde (DPS) de Inhambane e ao Serviço Distrital da Saúde Mulher e Acção Social de Massinga, onde foi aceite para a realização do estudo (vide anexo 5).

Toda a informação usada no estudo obedeceu aos princípios e medidas de confidencialidade e anonimização estabelecidos pelo CIBS. Foi garantido que todos os princípios éticos baseados na Declaração de Helsínquia fossem atendidos.

9.2.Confidencialidade

As identidades dos participantes da pesquisa foram protegidas por meio de codificação dos nomes, e os dados colhidos foram apenas acessados pelos investigadores envolvidos no estudo e serão partilhadas apenas os resultados encontrados.

9.3.Potenciais riscos e benefícios

Os participantes estiveram expostos a riscos mínimos, sobretudo relacionados com eventual desconforto emocional, durante a partilha de experiências profissionais, mitigados pela garantia de confidencialidade, anonimato e privacidade. O estudo não gerou benefícios directos, mas produziu benefícios indirectos, ao contribuir com evidências para o fortalecimento das estratégias de apoio psicossocial e da resposta ao HIV/SIDA, especialmente em contextos de crise sanitária.

10. RESULTADOS

Esta secção apresenta os principais achados da pesquisa, resultantes da análise temática reflexiva combinada com a análise de conteúdo, orientada pelos referenciais metodológicos de Braun e Clarke (2006) e Bardin (1977). A análise permitiu identificar temas e categorias analíticas que

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

expressam as percepções, experiências e estratégias mobilizadas pelos profissionais de saúde na implementação do apoio psicossocial às pessoas vivendo com HIV/SIDA (PVHIV) durante o contexto da pandemia da COVID-19.

A amostra do estudo integrou dados provenientes de entrevistas semi-estruturadas e de discussões de grupos focais, envolvendo um total de 20 profissionais de saúde. Deste conjunto, 85% eram mulheres e 15% homens, com idades compreendidas entre 24 e 47 anos (média de 34 anos). O nível de escolaridade variou entre ensino médio e superior, e o tempo médio de experiência profissional foi de aproximadamente quatro anos. Os participantes actuavam directamente em diferentes serviços e portas de entrada do sistema de saúde, incluindo CT-HIV/TARV, TB, Saúde Materno-Infantil (SMI), Apoio Psicossocial (APSS) e intervenções comunitárias.

A diversidade de perfis profissionais e áreas de actuação permitiu captar múltiplas perspectivas sobre o fenómeno em análise, ao mesmo tempo em que a recorrência de narrativas, experiências e padrões interpretativos indicou a ocorrência de saturação teórica, conferindo robustez e consistência à análise qualitativa.

Os resultados são apresentados a partir de temas analíticos principais, emergentes de forma recorrente nos discursos dos participantes e articulados com os objectivos do estudo. Esses temas estruturam a secção de resultados e permitem uma leitura progressiva das dinâmicas observadas antes e durante a pandemia, bem como das respostas institucionais adoptadas. São eles:

1. Factores psicossociais e estruturais associados à adesão ao TARV pelas PVHIV;
2. Interrupção e adaptações do apoio psicossocial no contexto da COVID-19;
3. Desafios e barreiras no acompanhamento e seguimento dos pacientes;
4. Respostas institucionais e estratégias de mitigação implementadas;
5. Aspectos positivos, aprendizagens e lições decorrentes da experiência pandémica.

Cada um desses temas é explorado nas subsecções seguintes, integrando excertos representativos das falas dos participantes e permitindo compreender, de forma articulada, como a pandemia da COVID-19 reconfigurou as práticas, relações e estratégias de apoio psicossocial no cuidado às pessoas vivendo com HIV/SIDA.

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

10.1. Factores psicossociais e estruturais que comprometem a adesão das PVHIV

A análise das entrevistas com profissionais de saúde revelou um conjunto diversificado de desafios enfrentados por PVHIV, intensificados pelo contexto da pandemia de COVID-19. Esses desafios reflectem realidades específicas de determinados subgrupos populacionais, indicando que os factores que comprometem a adesão ao tratamento não são homogéneos, mas atravessados por particularidades sociais, culturais e geográficas. Além disso, a nível da unidade sanitária, o facto de pertencer a um grupo populacional específico ou a uma paragem única — como os serviços de SMI, Programa Nacional de Controlo da Tuberculose (PNCT), Cuidados e Tratamento (CT), ou Serviços Amigos dos Adolescentes e Jovens (SAAJ) — também acarreta desafios próprios, revelando desigualdades no acesso, no acompanhamento e na qualidade do apoio psicossocial oferecido.

Os principais factores psicossociais e estruturais identificados incluem: não aceitação do seroestado e dificuldades na revelação do diagnóstico; barreiras geográficas, longas distâncias e dificuldades de transporte; estigma comunitário, medo social e autoestigmatização; ausência de apoio familiar, insegurança alimentar e pobreza; fragilidade dos serviços institucionais e ausência de estratégias psicossociais contínuas. Para os pacientes co-infectados (PNCTL), revela-se pelas visitas constantes a US, para poder ter assistência.

a) Não aceitação do seroestado, revelação do diagnóstico e ausência de suporte familiar

A não aceitação do diagnóstico de HIV e a dificuldade de revelação aos parceiros e familiares surgem como desafios centrais para a adesão ao tratamento. O medo de rejeição, violência ou separação leva muitos pacientes a optar pelo silêncio, criando barreiras significativas para a continuidade do tratamento e para a supressão viral. O receio de revelar o diagnóstico aos parceiros e familiares obriga muitas mulheres a esconderem os medicamentos e a procurar momentos de privacidade para a toma, o que nem sempre é possível.

“Primeiro problema é a não aceitação do seroestado, eles não aceitam o seu sero estado. Segundo problema é não revelação do diagnóstico aos seus parceiros. Por a paciente não revelar o seu

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

diagnóstico ao parceiro, isto cria uma barreira ou dificulta esta paciente de ter a sua toma diária de medicamentos, porque ela é obrigada a esconder os medicamentos...” outros pacientes segundo os relatos que nós temos tido aqui deixam os frascos fora de casa, colocam entre os blocos, quando ao parceiro sai um bocadinho ela sai, corre vai para um sítio e tira o medicamento e toma, quando o parceiro tem estado dum forma permanente em casa, todo dia por exemplo o parceiro não sai de casa ela acaba não tomando porque não consegue criar uma brecha para fugir ou para se esconder e tomar o seu medicamento (E1, Provedora CT, 2025)

A ausência de revelação também compromete a prevenção da transmissão, uma vez que impede que o parceiro seja testado ou receba aconselhamento adequado. O medo de consequências sociais negativas é uma constante. Muitas mulheres relatam receio de agressões, abandono e estigmatização, optando pela não revelação como mecanismo de autoprotecção.

“Sentem que é um pouco difícil para eles nê, revelar o seu sero estado e se não revela o seu estado aos parceiros não tem como trazer o seu parceiro para testar e saber o estado desse parceiro. Então, eles costumam a praticar sexo desprevenido e passam para os parceiros, então é complicado.” (E2, Provedora SAAJ, 2025)

“Têm muita dificuldade de revelar aos parceiros, ah porque não vai aceitar, e a pessoa que se arrisca revelar sempre tem problemas ou é separação, ou é violência ... E a via escolhida tem sido a não revelação, evitando estes males maiores, o melhor caminho que eles têm de seguir sempre é não revelar. Muita das vezes tem-se testado como caso novo, mas enquanto é uma estratégia de revelação do diagnóstico. (E3, Provedora APSS, 2025)

O contexto comunitário agrava esse cenário, já que, em muitas localidades, os parceiros não acompanham as esposas às consultas, reduzindo as oportunidades de aconselhamento conjunto.

“Estamos numa comunidade onde os parceiros não vão com frequência à unidade sanitária acompanhar as suas esposas. Então, quando a mulher diagnosticada, chega em casa, lhe torna difícil revelar ao parceiro ou à família. Isso tudo cria uma barreira no tratamento... como é que ela vai tomar bem o medicamento se ela tem que esconder? Como é que vai seguir a criança? desmamar naquele período útil, vão questionar porquê é que

ela está a desmamar. Isso tudo leva à não supressão da carga viral.” (E4, Provedora SMI, 2025)

b) Distância da Unidade Sanitária, transporte e infraestruturas

A distância entre a residência das PVHIV e a unidade sanitária constitui um obstáculo significativo para a adesão ao tratamento, especialmente em distritos geograficamente extensos e com transporte público limitado. Para muitos, o deslocamento regular torna-se inviável, sobretudo para aqueles que, movidos pela discriminação e pelo receio de que pessoas conhecidas descubram o seu seroestado, optam por realizar o tratamento em unidades sanitárias distantes. Essa escolha, embora seja uma estratégia para preservar a confidencialidade e evitar o estigma, cria um dilema adicional: os custos de transporte para zonas longínquas não se coadunam com a realidade económica de pessoas já em situação de vulnerabilidade. Como descreve uma provedora:

“Pessoas que vivem muito longe da unidade sanitária... movidas pela discriminação, pelo medo de que as pessoas saibam do seu seroestado, preferem fazer o tratamento em unidades sanitárias distantes. Ficam num dilema, porque não conseguem ir sempre por falta de condições... as distâncias são longas, tendo em conta que o Distrito é muito grande” (E2, Provedora SAAJ, 2025).

O desafio é agravado pela falta de transporte regular, o que obriga muitos pacientes a permanecer em casa até encontrarem condições mínimas para a deslocação, como uma boleia ou algum dinheiro para pagar o transporte. Nesses casos, a regularidade das consultas e a continuidade terapêutica ficam comprometidas.

“A falta de transporte para sair de casa a pé até à unidade sanitária torna muito difícil. Acabam ficando em casa até que melhorem, ou até o dia que acham que dá para caminhar, ou quando conseguem boleia ou algum dinheiro para apanhar chapa” (E2, Provedora SAAJ, 2025).

Além das barreiras geográficas, há constrangimentos relacionados à infraestrutura e ao fluxo de atendimento. Em algumas unidades, a localização ou identificação dos serviços para PVHIV expõe

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

indirectamente o seu estado serológico. A sobrecarga de pacientes por profissional e a inadequação dos espaços físicos comprometem a qualidade do APSS, a privacidade e a possibilidade de escuta individualizada.

“O atendimento para PVHIV já é identificado à chegada... o que causa constrangimento. Quem é de fora, só de chegar no hospital, já sabe que o paciente é atendido no gabinete X ou Y.” (E5, Provedor PNCT, 2025).

“Atendemos cerca de 100 pacientes por dia. Um APSS bem oferecido não seria para toda essa demanda. O ideal seria 10 pacientes para cada psicólogo. Aqui, há quebra de privacidade: atendemos 2 a 3 pacientes ao mesmo tempo numa sala, e alguns pacientes não conseguem se abrir.” (E6, Provedora APSS, 2025)

Essas condições demonstram que o acesso ao tratamento não depende apenas da disponibilidade de medicamentos, mas também de uma rede de transporte acessível e de infraestruturas adequadas que garantam confidencialidade e qualidade no atendimento.

c) Estigma, discriminação e medo social & insegurança alimentar

O estigma permanece como um dos principais obstáculos à adesão ao tratamento das PVHIV, alimentando o medo de exposição e o isolamento social. Em zonas rurais, o receio de ser reconhecido leva muitos pacientes a evitarem a unidade sanitária. O medo estende-se ao ambiente de trabalho e à presença de conhecidos ou familiares na própria unidade de saúde, o que reforça a evasão.

“Alguns pacientes têm muito medo de serem vistos... às vezes não vêm buscar a medicação com receio de serem reconhecidos” (E4, Provedora SMI, 2025)

. “O estigma tem sido mais dentro da comunidade... normalmente tem pacientes que têm familiares que trabalham aqui e têm tido medo de comparecer porque lhe conhecem” (E8, Ativista, 2025).

A dificuldade de se alimentar adequadamente para tomar a medicação foi mencionada várias vezes. Profissionais relataram que muitos pacientes abandonam o TARV por não suportarem os efeitos colaterais. A falta de alimentação, e também diziam que os medicamentos são pesados.

“Problemas: falta de apoio familiar... medicamentos pesados... criavam náuseas e vômitos” (E4, Provedora SMI, 2025)

A insegurança alimentar agrava a situação, uma vez que a medicação, quando tomada em jejum ou sem uma dieta adequada, tende a provocar efeitos adversos, levando alguns pacientes a abandonarem o tratamento.

10.2. Interrupção e adaptações do apoio psicossocial no contexto da COVID-19

10.2.1. Reconfiguração das abordagens de apoio psicossocial e prevenção positiva durante a pandemia da COVID-19

No contexto da pandemia de COVID-19, a implementação das estratégias de apoio psicossocial e de prevenção positiva no Hospital Distrital da Massinga foi orientada pelo Procedimento Operacional Padrão para Oferta de Apoio Psicossocial e Prevenção Positiva (APSS e PP) no âmbito da Emergência da COVID-19. Este instrumento normativo estabeleceu a necessidade de integrar o APSS nas consultas clínicas, reorganizar os fluxos de atendimento e adoptar modalidades alternativas, como o recurso a chamadas telefónicas, a fim de garantir a continuidade do cuidado e reduzir os riscos de exposição ao vírus.

A oferta de APSS e PP nas unidades sanitárias manteve-se centrada nos perfis considerados clinicamente e programaticamente mais vulneráveis, incluindo novos diagnósticos de HIV, pacientes nos primeiros meses após o início do TARV, utentes com instabilidade clínica e casos reintegrados após o abandono. Nestes contextos, o contacto presencial permitiu a actualização de dados de contacto, a obtenção de consentimento para seguimento remoto, a avaliação dos factores psicossociais que interferem na adesão, o reforço de mensagens de Prevenção Positiva e o acompanhamento de processos sensíveis, como a revelação diagnóstica em crianças e adolescentes. Sempre que possível, estas actividades foram registadas nos instrumentos específicos de APSS e PP e integradas com mensagens de prevenção da COVID-19.

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

Em paralelo, o recurso às chamadas telefónicas foi formalizado como estratégia complementar para assegurar o seguimento de pacientes estáveis em TARV, utentes com barreiras psicossociais identificadas, faltosos, abandonos e casos especiais, como pessoas com carga viral elevada ou suspeita de falência terapêutica. Este modelo remoto concentrou-se sobretudo na avaliação e reforço da adesão, na identificação de estratégias práticas para a sua melhoria e na transmissão de mensagens de Prevenção Positiva e de prevenção da COVID-19. Embora tenha permitido mitigar as interrupções do cuidado, esta abordagem revelou limitações importantes, sobretudo no que respeita à profundidade da escuta, à identificação de sofrimento psicoemocional e à cobertura em contextos de fraca infraestrutura.

De forma geral, a pandemia impôs uma transição de um modelo de apoio psicossocial historicamente baseado na proximidade, presença física e integração comunitária para um modelo mais funcional, remoto e centrado na manutenção mínima da adesão ao tratamento. Esta mudança teve impactos directos na personalização do atendimento, no acompanhamento contínuo de casos complexos e na capacidade dos serviços de responderem de forma integrada às dimensões emocionais, sociais e mentais do viver com HIV. Ao mesmo tempo, a expansão acelerada dos Modelos Diferenciados de Serviço (MDS) e a reorganização dos fluxos assistenciais produziram ganhos operacionais relevantes, ainda que acompanhados de riscos clínicos e psicossociais que se tornaram mais evidentes nos grupos mais vulneráveis.

As diferenças entre o período pré-pandemia e o contexto pandémico, bem como as suas implicações programáticas, são sintetizadas de forma comparativa na tabela abaixo, que concentra os principais contrastes e efeitos observados.

Tabela 1: Tabela comparativa das abordagens de APSS e PP antes e durante a pandemia COVID-19

Aspecto	Antes da Pandemia	Durante a Pandemia	Implicações
Personalização do atendimento	Elevada, baseada em contacto presencial, escuta activa e integração comunitária.	Reduzida, com predomínio de chamadas telefónicas e menor interacção.	Quebra da empatia, abandono silencioso e aumento do sofrimento emocional.
Critérios de elegibilidade para MDS	Definidos de forma estrita, com base em critérios clínicos e psicossociais.	Amplamente flexibilizados, incluindo perfis de maior risco.	Maior risco de má adesão, falência terapêutica e menor controlo clínico.

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

Abordagem comunitária	Estruturada através de GAACs, clubes de adesão e visitas domiciliárias.	Descontinuada ou implementada sempre que houvesse mudanças nos decretos sobre as novas vagas.	Redução da retenção e enfraquecimento da responsabilização comunitária.
Apoio psicossocial	Sistemático, contínuo e presencial, com seguimento regular.	Interrompido ou substituído por contactos esporádicos.	Invisibilização do sofrimento psíquico e perda do acompanhamento em saúde mental.
Iniciativas de prevenção e rastreio	Campanhas, visitas e contacto directo.	Reduzidas ou suspensas.	Diagnósticos tardios e interrupções na cascata de cuidados.

10.3. Desafios e barreiras no acompanhamento e seguimento dos pacientes

a) *Medo, incerteza e ruptura no cuidado: o impacto inicial da COVID-19 sobre o APSS às PVHIV*

No Hospital Distrital da Massinga, a resposta inicial à pandemia foi marcada pelo *medo colectivo*, tanto por parte dos utentes quanto dos próprios profissionais de saúde. As entrevistas revelam que muitos pacientes deixaram de frequentar as unidades sanitárias ainda antes das restrições formais, motivados por desinformação e medo de contrair COVID-19 em um ambiente percebido como de alto risco.

“Antes das medidas de restrições, as estratégias continuavam, os pacientes é que não vinham por medo de contrair COVID-19 aqui na unidade sanitária... eles na verdade não tinham uma informação exacta do que estava a acontecer... as informações que recebiam eram assustadoras” (DGF_1, 2025).

A percepção de que o hospital era um foco de contaminação levou à redução drástica das visitas clínicas regulares e à interrupção e reinvenção de certos serviços, resultando na perda de contacto com os pacientes em tratamento. Esse medo também afectou os próprios profissionais de saúde, que demonstraram hesitação e insegurança em manter atendimentos presenciais:

“Foi um período onde todos tinham medo, profissional de saúde e doente. Muito alarme. Paramos de ter contacto visual/presencial. Perdemos muitos pacotes (APSS, CV). Tudo

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

era feito na paragem única. Pacientes com medo de contrair o COVID-19.” (E3, Provedora APSS 2025)

“... nós não queríamos encerrar as pacientes realmente, tínhamos aquele medo, então tudo isso trouxe uma pressão, posso dizer que tivemos várias perdas.” (E1, Provedora CT 2025)

“Ok, eu estou em choque mas tenho que trabalhar, tenho que estar aqui a trabalhar, não tem como, eu tinha que vir aqui trabalhar apesar da pandemia, apesar do medo tinha que responder.” (E2, Provedor SAAJ 2025)

Muitos pacientes não compreendiam plenamente as novas dinâmicas impostas pela pandemia, o que alimentou um cenário de desinformação, insegurança e, em muitos casos, abandono do tratamento. Entre as PVHIV, o receio era ainda mais intenso devido à percepção de vulnerabilidade acrescida, levando-as a adoptar o isolamento como forma de autoprotecção e a evitar qualquer deslocamento às unidades sanitárias.

“Diziam: sou HIV positivo e com COVID-19 eu vou morrer... então não posso ir ao hospital, prefiro ficar em casa até a situação ficar minimizada.” (E3, Provedora APSS 2025)

Com a declaração do estado de calamidade pública, foram autorizadas medidas excepcionais, como a dispensa trimestral de antirretrovirais (ARVs), e a entrada massifica nos modelos diferenciados. Embora essa estratégia visasse reduzir a exposição ao vírus, também trouxe limitações para o acompanhamento clínico e psicossocial, sobretudo pela impossibilidade de monitorar de perto a adesão e os efeitos adversos.

“Tivemos várias perdas, tivemos vários factores, abandono, até que se decretou o estado de calamidade onde podíamos dispensar ARV's para 3 meses, até para mulher grávida, e nós sabemos que mulher grávida tem que vir mensalmente a unidade sanitária por causa da própria gravidez e controle mensal, mas nós dispensávamos até 3 meses para que a mulher ficasse em casa.”

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

E estás a imaginar um novo início TARV por exemplo, estás a dispensar três meses, nós não ficávamos tão felizes porque você não sabe como ela vai tomar o medicamento, as reacções adversas, então aquilo mesmo tivemos consequências, tivemos vários PCR positivo, cargas virais elevadas porque as pessoas não tinham mesmo, as nossas pacientes não estavam a ter controlo que nós temos quando vai a unidade sanitária mensalmente. Então como ali não havia excepção, não tinha um caso especial, eram todos, então prejudicou a maioria. (E3, Provedora SMI 2025)

Esse afastamento prolongado dos serviços acabou por fragilizar o vínculo terapêutico e comprometer o rastreamento de casos de falha terapêutica, evidenciando o impacto indirecto das medidas sanitárias sobre a continuidade e a qualidade do cuidado às PVHIV.

10.4. Respostas institucionais e estratégias de mitigação

A pandemia de COVID-19, declarada emergência internacional em janeiro e pandemia global em março de 2020, gerou restrições que afectaram significativamente o acesso e a organização dos serviços de saúde, incluindo aqueles destinados às pessoas vivendo com HIV (PVHIV). Em Moçambique, após o primeiro caso reportado a 22 de Março de 2020, o Governo declarou o Estado de Emergência a 1 de Abril, seguido de Estado de Calamidade Pública em setembro do mesmo ano, implementando medidas como limitação de mobilidade, encerramento de instituições e restrições de funcionamento dos serviços públicos (MEF, 2021; MISAU, 2021b).

No sector da saúde, o MISAU, por meio de circulares, decretos e planos operacionais, estabeleceu um conjunto de medidas de mitigação destinadas a conter a propagação do vírus sem comprometer os serviços essenciais. Essas orientações, alinhadas às recomendações da OMS e do UNAIDS, visavam reorganizar os serviços de forma a garantir a continuidade dos cuidados enquanto se reduzia o risco de transmissão da COVID-19. Entre as principais medidas destacaram-se:

- Dispensa opcional de actividades presenciais para profissionais em grupos de risco.
- Redução da frequência de visitas às unidades sanitárias e implementação de teletrabalho.
- Expansão dos Modelos Diferenciados de Serviços (MDS), incluindo:

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

- dispensa trimestral de ARVs para maior número de utentes;
 - fluxos rápidos para pacientes estáveis;
 - suspensão de grupos presenciais e adopção de modalidades comunitárias por brigadas móveis;
 - seguimento de APSS semestral, mesmo em MDS alargados.
- Uso de chamadas telefónicas para o reforço de adesão, entrega de resultados e marcação de consultas, embora condicionado por limitações de infraestrutura e actualização de contactos.

No âmbito específico do POP de APSS e Prevenção Positiva para COVID-19, determinou-se que o apoio psicossocial deveria ser integrado às consultas clínicas ou realizado remotamente; conselheiros leigos passaram a actuar dentro dos gabinetes clínicos; e todas as intervenções — presenciais ou remotas — deveriam ser registadas nas portas de entrada dos serviços de HIV.

Embora estas medidas tivessem como objectivo assegurar a continuidade dos cuidados essenciais, diversos profissionais relataram limitações operacionais na sua aplicação, sobretudo no que se refere à qualidade do APSS remoto e ao acesso equitativo por utentes de zonas rurais. Um dos entrevistados descreveu:

“Na verdade, perdemos muitos pacientes, primeiro por não perceberem a 100% como é que era o processo de ficar em casa, o que estava em moda era, durante a pandemia é que todos os pacientes deviam ficar em casa, alguns não percebiam qual era a necessidade de voltar a unidade sanitária, outros tinham receio de vir a unidade sanitária” (E5, Provedor PNCT, 2025).

10.5. Formações, reforço de pessoal e recursos adicionais

Durante a pandemia de COVID-19, o Hospital Distrital da Massinga implementou um conjunto de acções para garantir a continuidade do APSS e minimizar o impacto da suspensão das interações presenciais. Uma das principais medidas foi reforçar o quadro de pessoal directamente

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

envolvido nas actividades de acompanhamento remoto, sobretudo no que diz respeito ao contacto telefónico com os pacientes.

Segundo os provedores, este reforço não significou a contratação de grandes contingentes externos no início, mas sim a realocação estratégica de profissionais já alocados na unidade sanitária, de forma a intensificar as actividades de chamadas telefónicas.

“O reforço do pessoal foi com pessoas que já tínhamos aqui... tivemos que intensificar a actividade de chamada... tinha que ter mais de um, dois, três telefones para acelerar as chamadas porque a lista era enorme... só um provedor ou um conselheiro a fazer chamada não seria suficiente... tivemos que acrescentar mais provedores para poder ajudar a fazer as chamadas.” (E1, Provedor CT, 2025)

As formações, ainda que limitadas pelo contexto da pandemia, também fizeram parte da resposta. Embora não tenham ocorrido capacitações presenciais convencionais, foram promovidas formações em serviço e treinamentos remotos focados nas especificidades do APSS no contexto da COVID-19.

“Capacitação houve... em trabalho... discutiam-se aspectos ligados ao aconselhamento e à situação que se vivia naquela altura... da equipa que sai sempre temos um psicólogo ou conselheiro, e estes são munidos desse pacote de APSS.” (E7, Provedor CT, 2025)

“A formação recebemos ao celular... para chamadas via remota... dávamos as notícias, o APSS tudo ao celular, porque não podíamos ir a casa do paciente... não chegámos a receber uma formação convencional como tal.” (E3, Provedor APSS, 2025)

Em termos de meios disponíveis, um dos provedores relatou:

“... já tínhamos crédito, usado para chamadas de visitas preventivas e domiciliares, eram os mesmos celulares usados para fazer a actividade. E tinha um crédito que era dado para notícias relacionadas ao COVID-19, paciente que foi positivo, pacientes que tiveram COVID-19, ou perderam um ente querido, e usavam este crédito” (DGF_2, 2025).

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

Apesar da ausência de um incremento significativo no fornecimento de telefones ou créditos adicionais, os recursos existentes foram otimizados para dar resposta às novas exigências do contexto pandémico. O crédito disponível passou a ter uma função multifuncional: reforçar a adesão ao tratamento, lembrar datas de consultas, comunicar informações relevantes sobre a COVID-19 e oferecer apoio emocional em situações de luto ou doença grave na família.

10.6. Impacto imediato da COVID-19 e reorganização do APSS no HDM

As medidas adoptadas reduziram as deslocações e aglomerações, mas também encurtaram as janelas críticas para avaliar a adesão, os efeitos adversos e as necessidades psicossociais. Apesar disso, algumas inovações demonstraram ganhos operacionais — como a diminuição do tempo de espera, o alívio da carga nas unidades sanitárias e o foco em casos de maior risco — e permaneceram após o pico da pandemia.

“Em termos de actividades introduzidas podemos falar a questão da criação de paragem única dos cuidados e tratamento... principalmente nas unidades de grande volume, onde os pacientes faziam consulta e a dispensa dos ARV’s no gabinete; para o sector de SMI tivemos consultas trimestrais para algumas grávidas e o APSS via chamadas... Vejo ganho: mesmo após a pandemia essas lições continuam porque diminuem o tempo de espera. O MISAU adoptou a paragem única para casos novos e cargas virais >1000, com rastreio de risco e APSS no gabinete. Introduziu-se também a dispensa descentralizada: o paciente levanta ARVs numa farmácia privada próxima; na Massinga temos quatro farmácias a implementar. E nas comunidades expandimos a dispensa nas brigadas móveis — nunca pararam por causa da pandemia. É um ganho: diminui a procura na unidade sanitária e liberta tempo para quem precisa de mais atenção (novos inícios, risco de má adesão, carga viral alta).” (E7, Provedor CT, 2025).

“Houve uma circular e depois tivemos uma directriz, foi lançada no âmbito da COVID 19: onde podiam fazer o APSS via remoto, para pacientes que levantavam medicação e depois devia ser feito o seguimento via celular. E que foi nesse âmbito que surgem as paragens únicas nos Cuidados e Tratamento. Que era para diminuir o fluxo dos pacientes em outras portas. Tudo fazia no gabinete clinico (era pesado ali, o APSS fazia, a medicação era

aviada ali, tudo ali no gabinete e no mínimo só saia para o laboratório para colheita de sangue”. (E3, Provedor APSS, 2025).

10.6.1. Interrupção das visitas domiciliares e transição para o Tele-APSS

Com a declaração do estado de emergência e, posteriormente, do estado de calamidade pública, uma das primeiras medidas adoptadas foi a suspensão das visitas domiciliare. Essa decisão, fundamentada na necessidade de reduzir o risco de contágio pelo SARS-CoV-2, teve repercussões directas no acompanhamento de PVHIV, especialmente as em maior situação de vulnerabilidade.

Mesmo antes da pandemia de COVID-19, as visitas domiciliare já enfrentavam resistência de alguns pacientes, sobretudo pelo receio de estigma e discriminação. Nas discussões de grupo focal, os activistas relataram que, em determinadas comunidades, a presença de profissionais de saúde nas residências era interpretada como um indício do diagnóstico, levando vizinhos a especularem sobre a condição de saúde da pessoa. Como exemplificou uma participante:

“Outros pacientes não aceitam visita em casa. Na comunidade dizem: na zona, aqueles do hospital estão a vir na minha casa, vão descobrir que tenho HIV, por isso não quero” (DGF_1, 2025).

Em certos casos, a recusa era explícita, mesmo quando o paciente era localizado na comunidade. Uma provedora relatou a reacção de alguns utentes:

“Eu fui na unidade sanitária e estava sozinho, então qual é a razão de vocês virem me seguir?”, questionavam, recusando o acompanhamento. Apesar dessa resistência, as equipas de saúde procuraram adaptar-se, desenvolvendo estratégias para alcançar essas pessoas em locais alternativos e neutros, de modo a assegurar o acompanhamento sem expor o paciente a constrangimentos (E6, Provedor APSS, 2025).

A interrupção abrupta das actividades comunitárias relacionadas ao apoio psicossocial — incluindo o seguimento de pacientes co-infectados — comprometeu a continuidade dos cuidados. A suspensão não resultou apenas das medidas governamentais, mas também do receio expresso

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

pelos próprios pacientes em receber visitas de profissionais oriundos das unidades sanitárias, frequentemente associadas a um risco acrescido de transmissão da COVID-19.

Como explicou uma das entrevistadas, esse corte nas actividades presenciais eliminou um dos mecanismos mais eficazes para manter a ligação dos utentes aos serviços de saúde:

“As visitas domiciliare impactaram muito, porque na medida em que os pacientes iam tendo informação acabava tendo receio de ir à unidade sanitária por medo, e ficavam em casa. Automaticamente, as visitas domiciliare foram suspensas. Então, um dos meios que poderia nos trazer esses pacientes de volta era a visita domiciliar, além das chamadas. Mas estamos a falar de chamadas para pacientes com contactos e endereços verdadeiros; para aqueles que não tinham, ficou bastante complicado reintegrar por causa dessa suspensão.” (E1, Provedor CT, 2025)

“Foi complicado... tínhamos muitos faltosos e não tínhamos como ir buscar.” (E2, Provedor SAAJ, 2025)

Assim, o afastamento físico, somado à falta de contacto presencial, fragilizou as estratégias de adesão ao tratamento e dificultou a oferta contínua de apoio psicossocial, evidenciando a dependência que muitas das intervenções tinham da componente comunitária e de proximidade.

“Actividades comunitárias pararam a 100% para todos... mesmo para pacientes co-infectados. O próprio paciente não queria receber ninguém, pior sabendo que essa pessoa vem do hospital. Tivemos uma baixa muito grande em relação às visitas domiciliare... nenhuma actividade devia ir ao campo. Todos os activistas trabalhavam na US e, por vezes, eram dispensados, porque houve um tempo que só funcionavam os serviços essenciais, e aqueles que não eram essenciais estavam parados.” (E3, Provedor APSS, 2025)

A suspensão das visitas domiciliárias mostrou-se um factor crítico, especialmente em contextos onde parte da população não possui telefone ou fornece contactos desactualizados, dificultando o resgate de pacientes.

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

“É possível continuar sem visitas ... mas com muita dificuldade. Olhando para a realidade do distrito, tem pacientes que precisam de ser visitados para perceberem a importância de ir à unidade sanitária... se não vêm e não têm telefone, como resgatar? Além das visitas domiciliares, não tem como.” (E6, Provedor APSS, 2025)

Essa ruptura reflectiu-se directamente nas metas do programa, com a queda inicial nos indicadores de retenção e na cobertura de carga viral. A ausência de apoio psicossocial presencial contribuiu para atrasos em colheitas de PCR, aumento de cargas virais elevadas e PCR positivos.

“No início regredimos... pacientes não vinham à consulta... consequência: não tinham apoio psicossocial, não tomavam medicamentos, não colhiam carga viral... mais tarde apareciam com carga viral alta... tivemos muitos PCR positivos. Outros casos Tivemos mesmo partos fora da maternidade... PCR fora do período” (E4, Provedor SMI, 2025)

Mesmo após o levantamento das restrições, a retoma das visitas ocorreu com dificuldades. Conforme relatado por outra profissional:

“Quando terminou o estado de emergência, retomamos as visitas domiciliárias, mas sempre complementando com o seguimento por chamadas telefónicas. Na verdade, nunca deixamos de fazer visitas por completo — apenas suspendíamos durante os períodos em que era declarada situação de emergência. Ainda assim, a retomada não foi fácil: muitos pacientes continuavam a recusar receber-nos em casa, alegando receio ou desconforto. A maioria não aceitava a presença de profissionais de saúde naquele momento, e isso tornava extremamente difícil realizar as visitas e garantir o acompanhamento presencial.” (E8, Activista, 2025)

Esses relatos evidenciam que a barreira não foi apenas estrutural ou normativa, mas também relacional e comportamental. O medo da COVID-19, associado ao estigma do HIV, resultou na recusa de interações presenciais, mesmo quando já havia condições para retomar o contacto físico seguro.

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

10.6.2. Uso de estratégias remotas: chamadas telefónicas

A orientação nacional permitiu que o APSS fosse prestado por via remota, usando chamadas telefónicas como principal ferramenta. Apesar de ter possibilitado algum grau de contacto, essa estratégia revelou limitações: nem todos os pacientes tinham telefone, muitos forneceram números incorrectos e alguns recusavam ser contactados por motivos de confidencialidade.

Um dos problemas mais citados foi a falta de contactos válidos:

“A maior parte deles dão número errado... outros nem aceitam dar o número de telefone. Endereço sempre é errado... é um desafio.” (E2, Provedor SAAJ, 2025)

Para os pacientes que não tinham telefone ou forneciam dados desactualizados ou errados, o seguimento tornava-se inviável:

“Para os pacientes com números errados naquela altura como tinha sido suspenso as buscas epá não tínhamos como, nós continuamos a transmitir a informação para aqueles que vinham, e desses que vinham ajudavam-nos de certa forma a expandir a informação na comunidade.” (E1, Provedor CT, 2025)

“Se o telefone não chama, o paciente não tinha como voltar a reintegrar... No tempo em que as actividades comunitárias estavam presentes, era fácil: ligava-se para um paciente e, se não se encontrasse via telefone, ia-se à comunidade visitar.” (E5, Provedor PNCTL, 2025)

Houve também casos de quebra de confidencialidade:

“As chamadas não eram eficazes... Alguns não deram consentimento para ligação. Alguns actores não estavam preparados quando ligavam para o confidente. Tiveram casos de quebra de confidencialidade pelos actores comunitários... dois casos. Contornaram na revelação accidental.” (E3, Provedor APSS, 2025)

Em alguns casos, as chamadas eram usadas apenas como lembrete de datas e sem discriminação dos casos, sem garantir efectivamente a adesão ou monitorar efeitos adversos.

“Eu não vou mentir, mas para área de SMI acho que as chamadas eram mesmo para lembrete, não para controlar ou tipo recordar a mulher que olha a tua data de parto não sei o quê, tens que voltar, não, era mesmo para lembrar a data de volta. “... não se excluía, era o mesmo tratamento, tipo faltoso e abandono também eram tratados como todos.” (E4, Provedor SMI, 2025)

Apesar das dificuldades, a estratégia remota evitou um colapso maior:

“Naquele período, conseguíamos alcançar algum resultado tendo em conta a situação que passávamos. Estávamos de mãos atadas. Estávamos numa situação onde não tínhamos como fazer visitas aos nossos pacientes por causa da própria COVID. E o único meio era fazer via remota. (E3, Provedor APSS, 2025)

A experiência mostrou que, embora as chamadas possam complementar, elas não substituem totalmente a importância do contacto presencial no apoio psicossocial e no resgate de pacientes sem meios de comunicação.

10.7. Impactos positivos, inovações e lições aprendidas no período pandémico

10.7.1. Persistência de hábitos pandémicos e desafios na retoma dos modelos convencionais de tratamento

Com a melhoria do quadro epidemiológico e o fim do estado de calamidade, foram retomadas as ligações para os pacientes e implementadas estratégias para reintegrá-los na unidade sanitária. No entanto, alguns hábitos adquiridos durante a pandemia — como a expectativa de receber medicamentos em casa através de actores comunitários — persistiram, criando novos desafios para a adesão.

“Aqueles pacientes que entendiam o benefício do tratamento voltavam ao hospital. Mas havia outros que afirmavam que não iam pisar na unidade sanitária. Nesses casos, a estratégia era levantar a medicação e entregá-la ao actor comunitário, que levava

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

directamente à comunidade. Preferíamos essa alternativa a deixar o paciente sem medicar. Assim, mesmo os que recusavam deslocar-se ao hospital conseguiram manter o tratamento.” (E5, Provedor PNCTL, 2025)

“Alguns pacientes começaram a normalizar: ‘Não preciso ir à US... o hospital vai mandar os medicamentos para mim’. Até hoje vivem assim... agora que os actores comunitários vão parar, esses pacientes podem desenvolver má adesão, esperando que alguém leve a medicação à casa.” (E3, Provedor APSS, 2025)

Parte dessa resistência foi mitigada por acções de actualização constante de endereços e contactos:

“Aqueles com endereços falsos acabavam vindo... nós íamos actualizando de forma diária. Alguns escapam, mas encontramos em consultas seguintes e assim sucessivamente.” (E1, Provedor CT, 2025)

Com o retorno gradual à rotina pré-pandemia, os critérios para a inclusão em modelos diferenciados de tratamento voltaram a ser seguidos de forma rigorosa, restringindo a dispensa trimestral ou semestral apenas aos pacientes que cumpriam os requisitos clínicos e de adesão. Ainda assim, alguns utentes mantiveram resistência em regressar à unidade sanitária.

10.7.2. Lições aprendidas e consolidação de estratégias no pós-pandemia

A experiência pandémica obrigou a repensar as rotinas clínicas e psicossociais, acelerando a adopção de modelos diferenciados, formatos híbridos de seguimento e medidas de controlo de infecção. Os relatos abaixo evidenciam *o que se aprendeu, o que permaneceu e onde há lacunas a suprir.*

“A covid 19 foi uma pandemia que nos ensinou alguma coisa e desses ensinamentos que nós tivemos melhoramos em vários aspectos porque trouxe novas estratégias, são estratégias que visavam responder a questão da pandemia mas que estamos a servir até então para responder aquilo que é a oferta de cuidados aos paciente vivendo com HIV/SIDA,” (E7, Provedor CT, 2025)

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

a) Fortalecimento das competências para APSS em situações de emergência

A primeira lição foi operacional: aprender a fazer APSS em condições de emergência, com meios remotos e protocolos simplificados, sem perder de vista a qualidade. O APSS via chamada expandiu a cobertura em contexto de restrição, mas não substituiu integralmente o encontro presencial na avaliação de risco, prontidão e adesão.

“Não sabíamos fazer APSS em circunstâncias de emergência. De alguma forma ajudou. Por exemplo, fazer APSS via celular, ligar para o paciente e procurar saber como é que está, como está a ser a medicação, se tem algum problema (especial caso novo). Isso era algo que nós não fazíamos ao celular, mas por causa da COVID-19. Foi um ganho naquele período, e mesmo agora continuamos a fazer, principalmente para pacientes com caso especial, para seguimentos preventivos. (...) Apesar de por vezes não ser muito eficaz, porque o paciente por vezes te conta algo que não está a acontecer. Diferente quando o paciente está em sua frente: consegues ver alguns traços, se está a mentir ou se tem algum problema. Existem algumas paragens únicas que permaneceram nos CT para casos novos e casos especiais, e até hoje ainda estão a funcionar.” (E3, Provedor APSS, 2025)

b) Modelos diferenciados, cargas de trabalho e focalização do cuidado

Várias inovações, nascidas como resposta emergencial, mostraram ganhos de acesso, eficiência e conveniência — e foram mantidas no período pós-pandemia.

“continuam a ser implementado a abordagem de paragens únicas no CT até hoje, para pacientes caso novo e com carga viral elevada. Feito o rastreio de risco para ma adesão aos faltosos e abandonos. é mais cómoda, reduz tempo de espera e melhora a adesão para alguns.” (E7, Provedor CT, 2025)

Outro aprendizado relaciona-se ao *agendamento estruturado de consultas*, ou seja, à marcação de horários escalonados, introduzida para evitar aglomerações, e que permanece como estratégia eficaz de organização do fluxo de pacientes:

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

“... começou uma abordagem de marcação de horário... paciente X ou 5 para as 8h, depois X para as 10h, assim sucessivamente... até agora continua, porque é uma boa estratégia para os pacientes não estarem sempre na unidade sanitária, mas tudo isso começou por causa da COVID-19.” (E4, Provedor SMI, 2025)

“A COVID ajudou a reduzir o tempo de espera, sendo mais cómodo para o paciente, não levando muito tempo na US. (...) no final do dia facilitam a vida do paciente.” (E7, Provedor CT, 2025)

Os modelos diferenciados — paragem única, dispensa comunitária, brigadas móveis, dispensa descentralizada e, mais recentemente, dispensa semestral — aliviaram o serviço e permitiram foco clínico onde importa.

“Veio depois da COVID-19... estamos a implementar a dispensa semestral... é um ganho porque diminui a demanda na unidade sanitária e é uma vantagem para dar mais atenção a quem precisa: novos inícios, risco de má adesão, carga viral alta.” (E6, Provedor APSS, 2025)

c) Normalização de medidas preventivas e ganhos integrados para TB/HIV

Um dos pontos recorrentes foi a valorização das medidas de prevenção individual, como o uso regular de máscaras e a lavagem das mãos. Essas práticas não apenas reduziram a transmissão da COVID-19, mas também tiveram efeitos colaterais benéficos na diminuição de doenças respiratórias, diarreicas e outras infecções em crianças e adultos.

“Bom, um dos ensinamentos que nos trouxe esse período da COVID-19 foi o uso de máscara, o uso de máscara de forma constante, diária... muitas crianças não sofreram de problemas respiratórios, problemas respiratórios diminuíram bastante... era difícil encontrar uma criança com crises asmáticas, com asma brônquicas, com pneumonias... dificilmente também encontrava as crianças com problemas de diarreias... na verdade a COVID-19 veio ajudar muitos em termos de prevenção.” (E1, Provedor CT, 2025)

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

No âmbito do programa de TB, a pandemia impulsionou a normalização do uso de máscaras e consolidou a criação de cantinhos de tosse nas unidades sanitárias, facilitando o rastreio e aconselhamento de pacientes com sintomatologia respiratória.

“Pelo menos do lado de TB, os pacientes normalizavam já a máscara... agora com a COVID-19 veio camuflar e normalizou o uso da máscara, e foi um ganho para o programa. Também tivemos cantinho de tosse em que facilitava o rastreio de pacientes com tosse e facilmente identificavam pacientes com TB.” (E5, Provedor PNCTL, 2025)

Além disso, foram estruturadas *sessões de APSS focadas em grupos de risco* assegurando atenção diferenciada a populações mais vulneráveis.

“Agora já criaram sessões de APSS só para grupos de risco (crianças com TB/HIV, TBMR, seropositivos) ... clínico focado e apoio psicossocial dedicado. Expandiu-se conselheiros para todas as US — foi um ganho.” (E5, Provedor PNCTL, 2025)

11. DISCUSSÃO

A presente discussão tem como finalidade interpretar criticamente os achados da pesquisa, articulando-os com os objectivos inicialmente propostos, com a literatura científica, com o modelo teórico adoptado e com o contexto específico do Hospital Distrital da Massinga durante a pandemia da COVID-19. Os resultados demonstraram que a pandemia afectou de forma profunda a prestação do apoio psicossocial às pessoas vivendo com HIV/SIDA, ao impor restrições súbitas, intensificar barreiras pré-existentes e, simultaneamente, estimular a adopção de estratégias de adaptação e inovação. Esta dualidade — marcada por fragilidades estruturais e por aprendizagens institucionais — constitui o eixo central da análise.

Nesta secção, discutem-se três dimensões principais:

- i. os desafios e limitações enfrentados pelas equipas de saúde nas práticas de acompanhamento psicossocial, incluindo as dificuldades relacionadas à adesão, vínculo terapêutico e desigualdades sociais acentuadas pela pandemia;

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

- ii. as respostas institucionais e adaptações implementadas, com destaque para o uso acelerado dos MDS, estratégias remotas de seguimento e reorganização dos fluxos clínicos; e
- iii. os aspectos positivos e as lições aprendidas, interpretados também à luz da teoria sindémica, que evidenciam como a interação entre HIV, COVID-19 e determinantes sociais moldou vulnerabilidades, mas também abriu oportunidades de consolidação de práticas resilientes no sistema de saúde.

11.1 Desafios e limitações impostos pela pandemia ao Apoio Psicossocial (APSS)

Durante surtos de doenças e emergências, são necessárias acções específicas para as comunidades afectadas para a prevenção, contenção e controlo. As comunidades precisam ser informadas, motivadas e equipadas para praticar os comportamentos protectores necessários, e isso pode ser alcançado através de uma programação eficaz da comunicação social e de mudança de comportamento (CMSC), que é o uso estratégico de abordagens de comunicação para promover mudanças no conhecimento, atitudes, normas, crenças e comportamentos (HC3, 2017).

Os relatos dos provedores de saúde no Hospital Distrital de Massinga revelaram que, mesmo com a reorganização dos serviços durante a pandemia, os determinantes sociais pré-existentes permaneceram como limitações centrais do apoio psicossocial. A insegurança alimentar e a pobreza continuaram a fragilizar a adesão: muitos utentes interrompiam o tratamento antirretroviral (TARV) por não suportarem os efeitos colaterais em situação de fome, o que reflecte resultados amplamente documentados antes mesmo da COVID-19, associando fome, vulnerabilidade económica e baixa renda (Anema, et.al., 2009; Weiser et al., 2010). Assim, como referido pela literatura recente, a pandemia não introduziu novos determinantes, mas actuou como amplificador de desigualdades pré-existentes, aprofundando as vulnerabilidades estruturais já identificadas na resposta ao HIV (Marmot & Allen, 2020; Shiau et al., 2020)

A esse cenário somaram-se as restrições de mobilidade e confinamento, que reduziram drasticamente a capacidade de as famílias obterem renda — sobretudo em zonas rurais dependentes da economia informal — e intensificaram episódios de violência doméstica. Essas observações dos provedores convergem com as evidências regionais que demonstram rupturas

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

acentuadas na continuidade do cuidado, aumento da violência baseada no género e agravamento das condições socioeconómicas durante a pandemia (Dorward et al., 2021b; Hogan et. al., 2020; Joska et al., 2020). A literatura sublinha que tais fenómenos não representam uma ruptura conceptual, mas sim a exacerbação de factores socioeconómicos longamente associados à vulnerabilidade ao HIV, afectando especialmente mulheres, jovens e populações em situação de pobreza (UNAIDS, 2023).

Outro elemento importante destacado pelos profissionais foi o impacto do medo e da desinformação na retenção ao tratamento. Muitos utentes acreditavam que a ida à unidade sanitária implicava risco elevado de infecção ou morte por COVID-19, resultando em ausências, adiamentos e abandono temporário do TARV. Esse comportamento encontra suporte na evidência científica acumulada ao longo da pandemia: dados populacionais demonstraram que pessoas vivendo com HIV — sobretudo aquelas sem supressão viral ou com comorbilidades — apresentavam risco acrescido de hospitalização e mortalidade por COVID-19 (Bhaskaran et al., 2021; Nomah et al., 2020; Tesoriero et al., 2021). Além disso, a comunicação pública inicial, que frequentemente classificava PVHIV como grupo de risco, reforçou percepções de vulnerabilidade, alimentando o pânico e favorecendo a evasão aos serviços de saúde. Este fenómeno foi igualmente documentado em estudos realizados noutros países da África Subsariana, que reportaram quedas abruptas na procura de serviços de HIV devido ao medo de exposição e à circulação de informações imprecisas (Adugna et al., 2021; Divage, 2023)

Os achados deste estudo evidenciam que a pandemia de COVID-19 provocou uma descontinuidade crítica nos serviços de APSS às PVHIV. O medo generalizado do contágio, aliado às medidas restritivas decretadas pelo governo, comprometeu a procura pelos serviços de saúde e levou à suspensão de actividades comunitárias essenciais, como as visitas domiciliares. Este padrão não se verificou apenas em Massinga: estudos conduzidos em vários países da África Subsaariana relataram quedas significativas na procura de serviços de HIV, interrupções no apoio psicossocial, redução na frequência de consultas e suspensão de intervenções comunitárias devido às restrições de mobilidade e ao receio de infecção (Dorward et al., 2021a; Shiau et al., 2020; Siedner et al., 2020)

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

A interrupção abrupta dessas práticas limitou o vínculo e a confiança, elementos centrais para o suporte psicossocial efectivo, e ampliou os riscos de abandono do tratamento. Além disso, a suspensão das visitas domiciliares afectou directamente a reintegração de pacientes faltosos ou em risco. Essa lacuna expôs a dependência dos serviços em relação ao contacto presencial e destacou a insuficiência de alternativas eficazes quando este não era possível.

A suspensão das *visitas domiciliaries* e das *actividades comunitárias* fragilizou a principal estratégia de reintegração de pacientes faltosos, levando ao aumento de abandonos e falhas de seguimento. Esse impacto foi agravado por factores ligados ao estigma, uma vez que muitos pacientes recusaram receber profissionais de saúde em casa por temer a exposição de sua condição perante a comunidade. Paralelamente, as alternativas remotas, como o contacto telefónico, mostraram-se insuficientes: além de números errados ou desactualizados, a falta de privacidade doméstica reduziu a confiança dos pacientes em relatar as dificuldades de forma aberta.

Essas dificuldades não foram exclusivas de Massinga, mas reflectem uma tendência mais ampla em países de baixa renda. Na África do Sul, Dorward et al. (2021a) identificaram uma redução próxima a 50% nas actividades de busca de faltosos e rastreio de casos nos primeiros meses de confinamento, o que resultou em maiores riscos de descontinuidade do tratamento. No Quênia, o bem-estar psicossocial das pessoas vivendo com HIV foi significativamente afectado durante a pandemia. Um estudo em jovens adultos no oeste do país documentou aumentos nos sintomas de depressão e ansiedade e maior sensação de isolamento — especialmente entre aqueles que perderam o suporte comunitário e o acesso aos serviços presenciais, comprometendo o seu engajamento no tratamento (Dyer et al., 2021).

A literatura internacional confirma que a interrupção ou redução do APSS durante a pandemia agravou a vulnerabilidade das PVHIV, comprometendo a adesão, retenção e saúde mental. O relatório da UNAIDS (2021a) descreve esse fenómeno como uma “*dupla penalização*”: a redução do acesso físico aos serviços e o agravamento das desigualdades sociais, como pobreza, insegurança alimentar e estigma. A OMS acrescenta que mais de 60% dos países africanos reportaram interrupções em serviços de saúde mental e apoio psicossocial, ampliando as fragilidades já existentes (WHO, 2020).

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

Estudos empíricos também revelaram riscos específicos das modalidades remotas. McBride et al. (2021) identificaram, na adaptação de intervenções psicossociais *online*, dificuldades de conectividade, engajamento reduzido e barreiras à privacidade (McBride et al., 2021). De forma complementar, Orij et al. (2024) observaram que muitas PVHIV expressaram receio de exposição em serviços digitais, temendo a quebra de confidencialidade. Esses achados mostram que, embora o tele-APSS ofereça vantagens, a sua eficácia depende de protocolos claros e de garantias éticas.

Outro aspecto crítico identificado refere-se ao impacto diferenciado da pandemia sobre as mulheres grávidas e o sector de saúde materno-infantil (SMI). A suspensão das visitas de mães-mentoradas, somada à redução de consultas presenciais, resultou em partos fora das maternidades e em atrasos na colheita do exame PCR, ocasionando a detecção tardia de casos positivos. Em consonância, os resultados de um estudo caso-controlo retrospectivo, na Macia-Bilene, demonstraram que a alta carga viral materna, a não adesão ao tratamento antirretroviral e o número reduzido de consultas pré-natais constituíram os principais preditores da transmissão vertical do HIV (Osorio et al., 2021).

De forma semelhante, a literatura internacional confirma que as mulheres grávidas vivendo com HIV estiveram entre os grupos mais prejudicados pelas restrições da COVID-19, sobretudo em países de baixa renda. Estudos conduzidos na África do Sul relataram reduções significativas em consultas de pré-natal, interrupções no acompanhamento de prevenção da transmissão vertical e atrasos na realização de testes laboratoriais neonatais, com efeitos directos na saúde materno-infantil e nos indicadores de supressão viral (Dorward et al., 2021a; Siedner et al., 2020). Esses dados reforçam que, ao fragilizar a rede de suporte psicossocial e clínico, a pandemia comprometeu a prevenção da transmissão vertical e agravou os riscos tanto para as mães quanto para os recém-nascidos.

11.2 Respostas institucionais à COVID-19: estratégias de mitigação e aprendizagens

Os resultados apontam que, apesar das limitações iniciais, o sistema de saúde implementou medidas de reorganização para garantir a continuidade dos cuidados e reduzir o risco de interrupção do tratamento antirretroviral (TARV). Entre as estratégias mais relevantes, destacaram-se a massificação da *dispensa trimestral de ARVs*, a *criação da paragem única nas*

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

portas de CT, a *distribuição comunitária via brigadas móveis e actores comunitários*, e a *descentralização da dispensa através de farmácias privadas*. Essas medidas tiveram como principal objectivo reduzir a frequência de deslocações e aglomerações nas unidades sanitárias, ao mesmo tempo em que respondiam às exigências do distanciamento físico.

Essas respostas institucionais demonstram a capacidade de inovação em momentos de crise, ainda que com limitações significativas. Se por um lado as medidas ampliaram o acesso aos medicamentos, por outro encurtaram as janelas críticas para o monitoramento clínico e psicossocial, como ficou evidente nos sectores de saúde materno-infantil e nos casos de novos inícios de TARV.

A experiência de Massinga dialoga com a literatura internacional, que aponta para a adopção de medidas semelhantes em diferentes países de baixa e média renda. Estratégias como a dispensa multimensal (MMD) e a criação de pontos comunitários de recolha foram aceleradas para compensar a queda inicial nas consultas presenciais e reduzir a necessidade de deslocamentos, especialmente em áreas rurais. Evidências da África do Sul, Zâmbia e Etiópia mostram que a pandemia não apenas precipitou a expansão da MMD, mas também estimulou a descentralização da entrega de ARVs, medidas que aumentaram a comodidade para os pacientes e optimizaram o uso dos recursos humanos da saúde (Dorward et al., 2021a; Grimsrud & Wilkinson, 2021; PEPFAR, 2021; Siedner et al., 2020; Zakumumpa, Makobu, et al., 2021)

Em Malawi, a implementação da dispensa semestral (*6-MMD*) contribuiu para reduzir a sobrecarga das clínicas e manter a retenção, enquanto os *Community ART Groups (CAGs)* reforçaram o seu papel no apoio psicossocial entre pares, oferecendo continuidade terapêutica em um contexto de forte isolamento (Chamanga et al., 2024). Em paralelo, na Nigéria, a expansão da dispensa por *farmácias privadas* revelou-se eficaz para sustentar o acesso em áreas urbanas e periurbanas, alcançando taxas de retenção superiores a 95% e elevada aceitação, sobretudo pelo benefício de reduzir custos de transporte e exposição em unidades públicas sobrecarregadas (Boyd et al., 2021). Já no Quênia, a criação de *one-stop shops* integrando ARVs, vacinação e consultas clínicas, associada ao fortalecimento de brigadas móveis em zonas rurais, demonstrou a viabilidade de

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

modelos descentralizados e integrados como resposta resiliente às restrições de mobilidade impostas pela crise (Njuguna et al., 2025).

Em Moçambique, os achados confirmam a importância da paragem única, que concentrou a consulta clínica, o apoio psicossocial e a provisão de ARVs no mesmo espaço, reduzindo o tempo de espera e ampliando a satisfação dos pacientes. Evidências semelhantes foram observadas por Mokhele et al., (2024) na África do Sul, onde os pacientes em modelos diferenciados relataram maior satisfação e menor atrito em comparação ao atendimento convencional. Além disso, estudos como os de Meque et al., (2024); Saura-Lázaro et al., (2024) demonstraram que a MMD, incluindo para as crianças, não comprometeu a adesão nem a retenção, reforçando a viabilidade da estratégia em contextos de crise.

Apesar dos benefícios da MMD e da distribuição comunitária, a literatura destaca riscos importantes, sobretudo pela necessidade de equilibrar a conveniência dessas estratégias com o monitoramento clínico e psicossocial, em especial para os grupos vulneráveis como mulheres grávidas, adolescentes e pacientes em falência terapêutica. Essa preocupação encontra eco nos achados de Massinga, que revelaram atrasos na colheita de PCR e partos fora das maternidades no sector de saúde materno-infantil. De forma semelhante, análises em países como Zimbábue e África do Sul documentaram interrupções na *Prevenção da Transmissão de Mãe para Filho* (PMTCT) e atrasos em testagem infantil, recomendando o fortalecimento de modelos híbridos de cuidado (presencial e remoto), capacitação em teleaconselhamento e maior atenção a questões éticas e de confidencialidade (Bailey et al., 2021; Mupambireyi et al., 2024; UNAIDS, 2021a). Em alguns países africanos, certas actividades comunitárias relacionadas ao HIV foram adaptadas em vez de completamente suspensas — como a continuidade de modelos de distribuição comunitária de ARVs no Uganda ou formas reduzidas de *outreach* na África do Sul (Dorward et al., 2021a; Zakumumpa, Tumwine, et al., 2021). Em contraste, em Massinga, as visitas domiciliárias, incluindo aquelas que tradicionalmente apoiam o acompanhamento psicossocial, foram amplamente interrompidas durante a pandemia, resultando numa quebra mais acentuada do contacto comunitário.

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

Os relatos dos participantes indicam que, apesar das dificuldades impostas pela pandemia da COVID-19, o período de crise também gerou inovações organizacionais com efeitos duradouros no sistema de saúde local. A normalização do uso de máscaras e o reforço das práticas de prevenção e controlo de infecções foram percebidos como ganhos estruturais, em consonância com as evidências internacionais que demonstram que a pandemia acelerou a institucionalização dessas medidas nas unidades sanitárias, contribuindo para maior segurança de utentes e profissionais para além do contexto pandémico (Kabego et al., 2023; WHO, 2022).

De igual modo, a reorganização dos serviços com marcação de horários escalonados, com o objectivo de reduzir as aglomerações e os riscos de transmissão, reflecte estratégias amplamente recomendadas e implementadas em programas de HIV em contextos de baixa e média renda durante a pandemia (PEPFAR, 2020). Estudos realizados em países como Malawi mostram que essas adaptações, frequentemente associadas à dispensa multimensal de TARV, contribuíram para reduzir barreiras de acesso e otimizar o uso dos serviços, ainda que tenham exposto desafios persistentes de gestão clínica e logística (Bachanas et al., 2022; Chamanga et al., 2024).

A experiência local com o “cantinho da tosse”, enquanto estratégia de triagem rápida de sintomatologia respiratória, insere-se num movimento mais amplo observado a nível global, no qual a COVID-19 impulsionou a integração funcional dos serviços de TB e HIV como resposta à ameaça de interrupção dos cuidados essenciais. Modelagens globais demonstraram que a descontinuidade dos serviços de saúde durante a pandemia poderia resultar em aumentos substanciais da mortalidade por HIV e tuberculose, sublinhando a importância de soluções integradas, adaptativas e resilientes (Hogan, Jewell, Sherrard-smith, et al., 2020). No plano empírico, evidências provenientes de países africanos reforçam essa leitura: em Gana, a adopção de triagem respiratória bidirecional para COVID-19 e TB, associada a visitas domiciliares e campanhas comunitárias de sensibilização, mostrou-se fundamental para preservar a continuidade dos serviços de TB/HIV durante os períodos mais críticos da pandemia (Adusi-poku et al., 2023; David et al., 2025; Osei et al., 2025). Directrizes nacionais, como as do Quénia, reforçam igualmente a criação de espaços dedicados para triagem de sintomatologia respiratória como medida de controlo da transmissão e organização dos serviços (Ministry of Health - Kenya, 2021).

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

Os achados de Massinga, que evidenciam as limitações do apoio psicossocial remoto (tele-APSS) durante a pandemia — como números de telefone incorrectos, falta de confidencialidade e baixa cobertura entre os pacientes — dialogam com evidências internacionais sobre o uso de tecnologias móveis em saúde. De acordo com Chianumba et al. (2024), intervenções baseadas em WhatsApp, SMS e mensagens de voz interactivas (IVR) mostraram potencial para melhorar a adesão em contextos de alta vulnerabilidade, especialmente quando personalizadas e culturalmente adaptadas. No entanto, o estudo também sublinha que a eficácia dessas ferramentas é limitada por problemas de literacia digital, desigualdade no acesso, fadiga de mensagens e riscos de privacidade. Tal como observado em Massinga, as mensagens móveis só alcançam impacto sustentável quando integradas a redes comunitárias de saúde e combinadas com intervenções presenciais. Assim, a experiência local confirma a literatura de que, embora as soluções digitais possam mitigar parcialmente a interrupção do cuidado em situações de crise, elas não substituem a proximidade e o vínculo construído através de estratégias comunitárias de apoio psicossocial, reforçando a necessidade de modelos híbridos que unam a tecnologia e a presença física. (Chinonso Chianumba et al., 2024)

Durante a pandemia, a utilização do apoio psicossocial remoto (tele-APSS) emergiu como alternativa para mitigar as restrições de mobilidade, mas revelou limitações significativas nos contextos africanos. Na Etiópia, os profissionais relataram que as consultas telefónicas não permitiam captar sinais não verbais — essenciais para identificar o sofrimento psicológico e o risco de abandono — e que os obstáculos técnicos, como contactos desactualizados e linhas congestionadas, dificultavam o seguimento de utentes vulneráveis (Shiferaw et al., 2021). Essas fragilidades foram reforçadas por desafios estruturais amplamente documentados, incluindo a baixa literacia digital, a fraca conectividade e recursos tecnológicos insuficientes, que limitaram a eficácia das intervenções remotas durante a COVID-19 (Manyazewal et al., 2021).

Essas limitações locais reflectem tendências mais amplas identificadas pela literatura. Uma revisão sistemática sobre a telemedicina na África Subsaariana apontou barreiras múltiplas — tecnológicas, organizacionais, legais, financeiras, culturais e individuais — que dificultam a expansão sustentável dessa modalidade em contextos de maior vulnerabilidade (Agbeyangi & Lukose, 2025). De modo complementar, uma revisão focada em telesaúde para HIV em países de

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

baixa e média renda evidenciou lacunas recorrentes: falta de integração entre as plataformas, desigualdade no acesso a dispositivos, ausência de normas padronizadas e a fragilidade na regulação da privacidade e confidencialidade dos usuários (Phan et al., 2022). Em uma perspectiva estrutural, outros estudos ressaltam que, apesar do potencial, a adoção plena do tele-APSS na África permanece limitada. Os principais entraves incluem a insuficiência de financiamento, ausência de políticas claras, infraestruturas inadequadas e resistências institucionais. Além disso, a carência de profissionais com “expertise híbrida” em saúde e tecnologia levou parte da comunidade clínica a perceber o tele-APSS como uma solução imposta, reduzindo a sua motivação para a mudança (Doodoo et al., 2021; Babalola et al., 2021).

Embora existam convergências claras entre esses contextos e a experiência de Massinga, observam-se também diferenças relevantes no grau de institucionalização e no volume de recursos mobilizados. Em alguns países, as estratégias de mitigação foram acompanhadas por investimentos adicionais em diagnóstico integrado, sistemas de vigilância e apoio comunitário estruturado, reflectindo respostas mais formalizadas e sustentadas. Em Massinga, por sua vez, essas respostas emergiram predominantemente como soluções locais de baixo custo, ancoradas na capacidade adaptativa das equipas de saúde e na reorganização pragmática dos serviços. Ainda assim, a experiência evidencia que, mesmo em contextos de forte restrição de recursos, as inovações simples, contextualizadas e integradas podem produzir ganhos relevantes em continuidade do cuidado e segurança dos serviços, reforçando a importância de reconhecer, sistematizar e institucionalizar essas aprendizagens como parte de estratégias de resiliência do sistema de saúde.

11.3. Interpretação dos achados à luz da teoria sindémica: HIV, COVID-19 e determinantes sociais

A interpretação dos resultados deste estudo pode ser aprofundada à luz da teoria sindémica, proposta por Singer (1996), que explica como as epidemias interagem em contextos de desigualdade social, reforçando as vulnerabilidades e agravando os desfechos de saúde. No Hospital Distrital da Massinga, a pandemia de COVID-19 não actuou de forma isolada, mas sobrepôs-se a barreiras pré-existentes no apoio psicossocial às pessoas vivendo com HIV (PVHIV), como o estigma, a pobreza estrutural, a insegurança alimentar, as desigualdades de

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

género e as fragilidades do sistema de saúde. Essa sobreposição configurou um cenário tipicamente sindémico, em que as duas epidemias se reforçaram mutuamente, produzindo efeitos combinados e sinérgicos.

As interrupções das visitas domiciliares e a limitação de actividades comunitárias fragilizaram os mecanismos de reintegração de pacientes, sobretudo os mais vulneráveis, como aqueles sem telefone ou que forneciam contactos falsos. Situação semelhante foi identificada por Divage, (2023) em Moamba, onde as Medidas Restritivas de Combate à COVID-19 (MRC-19) resultaram em atrasos no levantamento de medicamentos, particularmente entre os grupos socioeconomicamente desfavorecidos. Esse padrão reflecte tendências observadas em outros países de baixa renda, onde a sobreposição de HIV e COVID-19 exacerbou as dificuldades históricas de adesão e aumentou os riscos de mortalidade (Chenneville et al., 2020; Jewell, Smith, et al., 2020; Shiau et al., 2020).

A dimensão psicossocial também evidenciou a natureza sindémica: em Massinga, os pacientes relataram interromper o tratamento por medo de contrair COVID-19 nas unidades sanitárias, uma dinâmica igualmente descrita no Quénia, onde os jovens vivendo com HIV apresentaram maior isolamento social, sintomas depressivos e ansiedade devido à interrupção do suporte comunitário (Dyer et al., 2021). Esses achados confirmam que a pandemia intensificou as vulnerabilidades psicológicas e sociais já existentes, multiplicando as barreiras para adesão e a retenção em cuidados.

Contudo, o contexto de crise não foi marcado apenas por perdas. A pandemia funcionou também como catalisador de inovações resilientes, com a introdução ou ampliação de modelos diferenciados de serviços, como a paragem única nos CT, a dispensa multimensal (MMD), a distribuição comunitária via brigadas móveis e a descentralização em farmácias privadas. Estudos na África do Sul mostraram que estas modalidades reduziram as barreiras estruturais e facilitaram o acesso (Dorward et al., 2021b), enquanto evidências recentes indicam que a distribuição comunitária de ARV aumenta a satisfação dos pacientes e sustenta a retenção a longo prazo, mesmo em contextos de crise (Mokhele et al., 2024).

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

Deste modo, os achados de Massinga alinham-se com a literatura internacional ao revelar que a interação entre HIV, COVID-19 e determinantes sociais deve ser compreendida como uma sindemia. Como defendem Singer et al., (2017), os efeitos não decorrem apenas da soma de problemas isolados, mas da forma como as doenças interagem com as vulnerabilidades estruturais, gerando impactos ampliados. No caso estudado, o aumento de faltosos, de abandonos e de PCR positivos não pode ser explicado apenas pela COVID-19, mas pela sua articulação com as desigualdades históricas que condicionam a vida das PVHIV em Moçambique.

Em suma, à luz da teoria sindémica, os achados deste estudo evidenciam que os desafios observados na implementação das estratégias de apoio psicossocial no Hospital Distrital da Massinga resultaram da interação sinérgica entre a epidemia do HIV, a pandemia da COVID-19 e determinantes sociais historicamente presentes. A COVID-19 não actuou como um factor isolado, mas intensificou as vulnerabilidades pré-existentes — como a pobreza, insegurança alimentar, estigma, desigualdades de género e fragilidades estruturais do sistema de saúde — amplificando o risco de faltas, abandonos e dificuldades no seguimento das pessoas vivendo com HIV. As medidas de confinamento e de reorganização dos serviços afectaram directamente os mecanismos de proximidade e vínculo que sustentavam o apoio psicossocial, ao mesmo tempo em que o medo da infecção, a ansiedade e a instabilidade socioeconómica comprometeram a adesão ao tratamento. Assim, os efeitos observados não podem ser compreendidos como consequências exclusivas da COVID-19, mas como produtos de uma dinâmica sindémica em que as doenças e contextos sociais se reforçam mutuamente, produzindo impactos ampliados sobre a saúde e o cuidado. Esta leitura teórica permite compreender, de forma integrada, tanto as rupturas quanto as adaptações institucionais identificadas, oferecendo uma base analítica consistente para as conclusões e recomendações que se seguem.

12. CONCLUSÃO

Este estudo analisou os desafios enfrentados pelos provedores de saúde na implementação das estratégias de apoio psicossocial às pessoas vivendo com HIV/SIDA durante a pandemia da COVID-19, no Hospital Distrital da Massinga. Os resultados mostraram que as medidas de contenção, embora necessárias para mitigar o risco de transmissão, fragilizaram os pilares históricos do apoio psicossocial — vínculo directo, escuta activa e acompanhamento contínuo — resultando em faltas, abandonos e agravamento do sofrimento emocional. Ao mesmo tempo, revelaram vulnerabilidades estruturais já existentes, como estigma, desigualdade de género, pobreza e insegurança alimentar, que, em interacção com a COVID-19, produziram efeitos cumulativos característicos de uma dinâmica sindémica.

Apesar dessas fragilidades, a crise também catalisou inovações significativas. A dispensa multimensal de ARVs, a paragem única nos CT, o tele-APSS via chamada telefónica, a descentralização para farmácias privadas e a distribuição comunitária asseguraram a continuidade mínima do tratamento, reduziram a sobrecarga das unidades sanitárias e introduziram modelos

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

mais flexíveis de cuidado, em consonância com as tendências internacionais observadas em países de baixa e média renda. Essas estratégias, inicialmente concebidas como medidas emergenciais, demonstraram potencial para se consolidar como práticas permanentes, desde que acompanhadas de protocolos normativos claros, capacitação contínua dos profissionais e integração efectiva da comunidade.

Deste modo, a experiência de Massinga evidencia que as crises sanitárias não apenas fragilizam os serviços essenciais, mas também podem abrir oportunidades para a inovação e resiliência. As lições aprendidas reforçam a necessidade de consolidar modelos híbridos de apoio psicossocial, capazes de articular dimensões presenciais e remotas, e de responder simultaneamente às vulnerabilidades sociais e aos desafios epidemiológicos. A pandemia demonstrou que fortalecer o cuidado psicossocial às pessoas vivendo com HIV exige não apenas adaptações biomédicas, mas sobretudo abordagens intersectoriais, equitativas e sustentáveis, centradas nas necessidades reais dos utentes.

Assim, pode-se afirmar que a pesquisa respondeu de forma clara à pergunta central – *quais foram os desafios na implementação das estratégias de apoio psicossocial às pessoas vivendo com HIV no contexto da pandemia da COVID-19, no Hospital Distrital da Massinga, entre 2020 e 2021*. Os achados não apenas evidenciaram as barreiras e perdas vividas durante a crise, mas também identificaram práticas e lições que podem ser consolidadas como estratégias permanentes no sistema de saúde, contribuindo para um cuidado mais equitativo, sustentável e preparado para futuras emergências.

13. RECOMENDAÇÕES

As recomendações a seguir derivam da necessidade de consolidar um modelo de APSS resiliente, flexível e humanizado, como componente estruturante da resposta ao HIV, apto a operar em contextos normais e de emergência.

i. Ao nível das políticas públicas

Responsáveis: MISAU, Programa Nacional de HIV/SIDA, CNCS

Proceder à revisão e actualização das directrizes nacionais de Apoio Psicossocial, integrando mecanismos de resposta adaptativa a emergências sanitárias, protocolos normativos para a prestação remota do APSS com qualidade, ética e confidencialidade, bem como integrar uma abordagem sindémica das vulnerabilidades que influenciam a adesão e a retenção em cuidados, incluindo factores estruturais como pobreza, estigma, desigualdades de género, insegurança alimentar e violência doméstica. que se intensificam em períodos de crise.

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

Reforçar a institucionalização do Apoio Psicossocial como pilar essencial da resposta ao HIV, assegurando a sua integração sistemática nos modelos diferenciados de prestação de serviços e nos planos nacionais de preparação, resposta e recuperação em situações de crise sanitária.

ii. Ao nível da organização dos serviços de saúde

Responsáveis: Direcções Provinciais de Saúde, Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social (SDSMAS), Direcções das Unidades Sanitárias

Desenvolver e implementar protocolos de contingência comunitários, em articulação com as Unidades Sanitárias e actores comunitários, de modo a garantir a continuidade do Apoio Psicossocial durante crises sanitárias, assegurando a articulação entre os serviços clínicos, psicossociais e comunitários.

Priorizar o seguimento sistemático de utentes em maior risco de evasão, nomeadamente adolescentes e jovens, mulheres grávidas e lactantes e pacientes com carga viral elevada ou histórico de baixa adesão, recorrendo a estratégias combinadas de acompanhamento presencial e remoto, ajustadas às realidades locais.

iii. Ao nível dos recursos humanos

Responsáveis: MISAU, gestores das Unidades Sanitárias, instituições formadoras

Instituir programas contínuos de capacitação dos provedores de saúde, conselheiros leigos e psicólogos, com enfoque no teleaconselhamento, gestão de crises, apoio emocional e abordagem baseada em direitos humanos, visando o reforço das competências técnicas e relacionais no contexto do cuidado às pessoas vivendo com HIV.

Implementar mecanismos institucionais de suporte psicossocial aos próprios provedores de saúde, com vista à protecção da sua saúde mental, prevenção do desgaste emocional e promoção da motivação e permanência no sistema de saúde, contribuindo para a sustentabilidade do cuidado.

iv. Ao nível das tecnologias e infraestruturas

Responsáveis: MISAU, parceiros técnicos e financeiros

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

Investir em tecnologias de comunicação seguras, acessíveis e eticamente orientadas, incluindo linhas telefônicas dedicadas ou gratuitas, provisão de pacotes de dados para os provedores de saúde e utilização de ferramentas digitais simples de escuta e seguimento, assegurando a confidencialidade, a continuidade do Apoio Psicossocial e a manutenção do vínculo terapêutico em contextos de mobilidade reduzida.

v. Ao nível da investigação

Responsáveis: Universidades, centros de investigação, MISAU.

Promover estudos centrados nas experiências e percepções das PVHIV, aprofundando a compreensão dos factores subjectivos, sociais e estruturais que influenciam a adesão ao tratamento em contextos de crise. Recomenda-se, adicionalmente, o desenvolvimento de estudos comparativos e longitudinais que analisem a evolução das práticas de Apoio Psicossocial antes, durante e após emergências sanitárias, permitindo avaliar de forma sistemática os seus impactos na adesão, retenção e saúde mental das PVHIV.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adugna, A., Azanaw, J., & Melaku, M. S. (2021). The Effect of COVID-19 on Routine HIV Care Services from Health Facilities in Northwest Ethiopia. *HIV/AIDS - Research and Palliative Care*, 13, 1159–1168. <https://doi.org/10.2147/HIV.S341012>
2. Adusi-poku, Y., Wagaw, Z. A., Frimpong-mansoh, R. P., & Asamoah, I. O. (2023). *Bidirectional screening and testing for TB and COVID-19 among outpatient department attendees : outcome of an initial intervention in Ghana*. 1–7.
3. Agbeyangi, A. O., & Lukose, J. M. (2025). Telemedicine Adoption and Prospects in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review with a Focus on South Africa, Kenya, and Nigeria. *Healthcare (Switzerland)*, 13(7), 1–25. <https://doi.org/10.3390/healthcare13070762>
4. Ahmed, A., Dujaili, J. A., Jabeen, M., & Umair, M. M. (2022). Barriers and Enablers for Adherence to Antiretroviral Therapy Among People Living With HIV / AIDS in the Era of COVID-19 : A Qualitative Study From. *Frontiers in Pharmacology*, 12(January), 1–14. <https://doi.org/10.3389/fphar.2021.807446>
5. Antiporta, D. A., & Bruni, A. (2020). *Emerging mental health challenges , strategies , and opportunities in the context of the COVID-19 pandemic : Perspectives from South American decision-makers*. 1–6.
6. Aranka Anema, Nicholas Vogenthaler, Edward A. Frongillo, Suneetha Kadiyala, and S. D. W. (2009). Food Insecurity and HIV/AIDS: Current Knowledge, Gaps, and Research Priorities Aranka. *J Oncol Transl Res*, 176(1), 139–148.
7. Aslanyan, A. (2004). *Integrating Psychosocial and Medical Support : Addressing the*

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

- Needs of PLWHA*. 30–35.
8. Babalola, D., Anayo, M., & Itoya, D. A. (2021). Telehealth during COVID-19: why Sub-Saharan Africa is yet to log-in to virtual healthcare? *AIMS Medical Science*, 8(1), 46–55. <https://doi.org/10.3934/medsci.2021006>
 9. Bachanas, P. J., Chun, H. M., Mehta, N., Aberle-grasse, J., Parris, K., Sherlock, M. W., Lloyd, S., Zeh, C., Makwepa, D. K., Kapanda, M. L., Dokubo, E. K., Bonono, L., Balachandra, S., Ehui, E., Fonjungo, P., & Nkoso, A. M. (2022). *Protecting the gains : analysis of HIV treatment and service delivery programme data and interventions implemented in 19 African countries during COVID-19. October*. <https://doi.org/10.1002/jia2.26033>
 10. Bailey, L. E., Siberry, G. K., Agaba, P., Douglas, M., Clinkscates, J. R., & Godfrey, C. (2021). The impact of COVID-19 on multi-month dispensing (MMD) policies for antiretroviral therapy (ART) and MMD uptake in 21 PEPFAR-supported countries: a multi-country analysis. *Journal of the International AIDS Society*, 24(S6). <https://doi.org/10.1002/jia2.25794>
 11. Banati, P., & Idele, P. (2021). Addressing the Mental and Emotional Health Impacts of COVID-19 on Children and Adolescents: Lessons From HIV/AIDS. *Frontiers in Psychiatry*, 12(June), 1–12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.589827>
 12. Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*.
 13. Bellenzani, R. (2013). Avaliação qualitativa de uma intervenção psicossocial de cuidado e apoio à adesão ao tratamento em um serviço especializado em HIV/Aids. *Tese(Doutorado)--Faculdade de Medicina Da Universidade de São Paulo. Programa de Medicina Preventiva, 451(São Paulo)*, 282.
 14. Bellenzani, R., Nemes, M. I. B., & Paiva, V. (2013). Comunicação profissional-paciente e cuidado: Avaliação de uma intervenção para adesão ao tratamento de HIV/AIDS. *Interface: Communication, Health, Education*, 17(47), 803–834. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0051>
 15. Beltran, R. M., Holloway, I. W., Hong, C., Miyashita, A., & Cordero, L. (2022). Social Determinants of Disease : HIV and COVID - 19 Experiences. *Current HIV/AIDS Reports*, 101–112. <https://doi.org/10.1007/s11904-021-00595-6>
 16. Bhaskaran, K., Rentsch, C. T., Mackenna, B., Schultze, A., Mehrkar, A., Bates, C. J., Eggo, R. M., Morton, C. E., Bacon, S. C. J., Inglesby, P., Douglas, I. J., Walker, A. J., McDonald, H. I., Cockburn, J., Williamson, E. J., Evans, D., Forbes, H. J., Curtis, H. J., Hulme, W. J., ... Goldacre, B. (2021). *Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID- research that is available on the COVID-19 resource centre - including this for unrestricted research re-use a. January*.
 17. Bisol, C. A. (2012). Estratégias de pesquisa em contextos de diversidade cultural: entrevistas de listagem livre, entrevistas com informantes-chave e grupos focais. *Estudos de Psicologia*, 29((Supl.)), 719–726.
 18. Bispo Júnior, J. P., & Dos Santos, D. B. (2021). COVID-19 como sindemia : modelo teórico e fundamentos para a abordagem abrangente em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(10), 1–14. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00119021>
 19. Boakye, D. S., Xatse, E., Akorli, V. V., Adjorlolo, P. K., Battanis, Y. Y., Frempong, A. B., Ocansey, L. K., Yeboah, C., & Adjorlolo, S. (2024). *Mental health interventions for*

- adolescents living with HIV / AIDS in Saharan Africa : protocol for a systematic review.* 1–7. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-088433>
20. Boyd, A. T., Jahun, I., Dirlikov, E., Greby, S., Odafe, S., Abdulkadir, A., Odeyemi, O., Dalhatu, I., Ogbanufe, O., Abutu, A., Asaolu, O., Bamidele, M., Onyenuobi, C., Efuntoye, T., Fagbamigbe, J. O., Ene, U., Fagbemi, A., Tingir, N., Meribe, C., ... Swaminathan, M. (2021). Expanding access to HIV services during the COVID-19 pandemic—Nigeria, 2020. *AIDS Research and Therapy*, 18(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12981-021-00385-5>
 21. Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology; In qualitative research in psychology. *Uwe Bristol*, 3(2), 77–101. <https://psychology.ukzn.ac.za/?mdocs-file=1176>
 22. Busetto, L., Wick, W., & Gumbinger, C. (2020). How to use and assess qualitative research methods. *Neurological Research and Practice*, 2(14), 1–10.
 23. Chamanga, R., Bula, A., Magalasi, D., Mahuva, S., Nyirenda, M., Torpey, K., Maphosa, T., & Matoga, M. (2024). Barriers and facilitators to implementing six monthly multi-month dispensing of antiretroviral therapy in two urban HIV clinics during the COVID-19 Era in Malawi. *PLOS Global Public Health*, 4(12), 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0003900>
 24. Chenneville, T., Gabbidon, K., Hanson, P., & Holyfield, C. (2020). The impact of COVID-19 on HIV treatment and research: A call to action. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12), 1–14. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124548>
 25. Chinonso Chianumba, E., Yeboah Forkuo, A., Yetunde Mustapha, A., Osamika, D., & Saturday Komi, L. (2024). Advances in Preventive Care Delivery through WhatsApp, SMS, and IVR Messaging in High-Need Populations. *International Journal of Advanced Multidisciplinary Research and Studies*, 4(6), 1967–1988. <https://doi.org/10.62225/2583049x.2024.4.6.4248>
 26. Conselho Nacional de Combate ao HIV e SIDA (CNCS). (2021). *PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL DE RESPOSTA AO HIV e SIDA - PEN V*.
 27. Davey, D. J., Nhavoto, J. A., Augusto, O., Ponce, W., Traca, D., Nguimfack, A., & Sousa, C. P. De. (2016). SMSaúde: Evaluating Mobile Phone Text Reminders to Improve Retention in HIV Care for Patients on Antiretroviral Therapy in Mozambique. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 73(2), 23–30.
 28. David, A., Genade, L., Scott, L. E., Pedro, M., Singh, L., Stevens, W., & Martinson, N. (2025). *Concurrent Tuberculosis and COVID-19 Testing from a Single Sputum Specimen for Enhanced Disease Detection*. 1–12.
 29. Decroo, T., Telfer, B., Biot, M., Mai, J., Dezembro, S., Cumba, L. I., Dores, C., Chu, K., & Ford, N. (2011). Distribution of Antiretroviral Treatment Through Self-Forming Groups of Patients in Tete. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 56(2), 39–44.
 30. Divage, S. N. (2023). *Efeitos das medidas restritivas de combate à COVID-19 no cumprimento das rotinas de tratamento do HIV no Centro de Saúde de Moamba*. 1–102.
 31. Doodoo, J. E., Al-Samarraie, H., & Alzahrani, A. I. (2021). Telemedicine use in Sub-Saharan Africa: Barriers and policy recommendations for Covid-19 and beyond. *International Journal of Medical Informatics*, 151(April), 104467. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2021.104467>

32. Dorward, J., Khubone, T., Gate, K., Ngobese, H., Sookrajh, Y., Mkhize, S., Jeewa, A., Bottomley, C., Lewis, L., Baisley, K., Butler, C. C., Gxagxisa, N., & Garrett, N. (2021a). The impact of the COVID-19 lockdown on HIV care in 65 South African primary care clinics : an interrupted time series analysis. *The Lancet HIV*, 8(3), e158–e165. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(20\)30359-3](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(20)30359-3)
33. Dyer, J., Wilson, K., Badia, J., Agot, K., Neary, J., Njuguna, I., Kibugi, J., Healy, E., Beima, K., Grace, S., Stewart, J., & Kohler, P. (2021). The Psychosocial Effects of the COVID - 19 Pandemic on Youth Living with HIV in Western Kenya. *AIDS and Behavior*, 25(1), 68–72. <https://doi.org/10.1007/s10461-020-03005-x>
34. Esmaeili, E. D., Azizi, H., Dastgiri, S., & Kalankesh, L. R. (2023). *Does telehealth affect the adherence to ART among patients with HIV ? A systematic review and meta-analysis.* 1–10.
35. Gesesew, H. A., Mwanri, L., Stephens, J. H., Woldemichael, K., & Thomas, S. A. (2021). *COVID / HIV Co-Infection : A Syndemic Perspective on What to Ask and How to Answer.* 9(March), 1–7. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.623468>
36. Gill, P., Stewart, K., Treasure, E., & Chadwick, B. (2008). Methods of data collection in qualitative research : interviews and focus groups. *BRITISH DENTAL JOURNAL*, 204(6), 291–295. <https://doi.org/10.1038/bdj.2008.192>
37. GLOBAL AIDS UPDATE. (2020). *SEIZING THE MOMENT Tackling entrenched inequalities to end epidemics.*
38. GLOBAL AIDS UPDATE. (2021). *CONFRONTING INEQUALITIES Lessons for pandemic responses from 40 years of AIDS.*
39. Grimsrud, A., Bygrave, H., Doherty, M., Ehrenkranz, P., Ellman, T., Ferris, R., Ford, N., Killingo, B., Mabote, L., Mansell, T., Reinisch, A., Zulu, I., & Bekker, L. (2016). *Reimagining HIV service delivery : the role of differentiated care from prevention to suppression.* 10–12.
40. Grimsrud, A., & Wilkinson, L. (2021). Acceleration of differentiated service delivery for HIV treatment in sub-Saharan Africa during COVID-19. *Journal of the International AIDS Society*, 24(6), 2–9. <https://doi.org/10.1002/jia2.25704>
41. Gross, R., Ritz, J., Hughes, M. D., Salata, R., Mugenyi, P., Hogg, E., Wieclaw, L., Godfrey, C., Wallis, C. L., Mellors, J. W., Mudhune, V. O., Badal-faesens, S., Grinsztejn, B., & Collier, A. C. (2019). Articles Two-way mobile phone intervention compared with standard-of-care adherence support after second-line antiretroviral therapy failure : a multinational , randomised controlled trial. *The Lancet Digital Health*, 1(1), e26–e34. [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(19\)30006-8](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(19)30006-8)
42. HC3. (2017). *Comunicação para a Mudança Social e de Comportamento para Preparação de Emergência Kit de Implementação.*
43. Hogan, A. B., Jewell, B. L., Sherrard-smith, E., Vesga, J. F., Watson, O. J., Whittaker, C., Hamlet, A., Smith, J. A., Cattarino, L., Cooper, L. V., Coupland, H., Cuomo-dannenburg, G., Dighe, A., Djaafara, B. A., Donnelly, C. A., Eaton, J. W., Vollmer, M. A. C., Walters, C. E., Wang, H., ... Hallett, T. B. (2020). Potential impact of the COVID-19 pandemic on HIV , tuberculosis , and malaria in low-income and middle-income countries : a modelling study. *The Lancet Global Health*, 8(9), e1132–e1141. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30288-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30288-6)
44. Horton, R. (2020). COVID-19 is not a pandemic. *Lancet*, 396(January), 874.

45. Horvath, T., Azman, H., Ge, K., & Gw, R. (2012). Mobile phone text messaging for promoting adherence to antiretroviral therapy in patients with HIV infection (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009756>. www.cochranelibrary.com
46. IASC (Inter-Agency Standing Committee). (2008). A Public mental health perspective: the IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. *Intervention*, 6(3), 236–238. <https://doi.org/10.1097/wtf.0b013e32831ddc92>
47. IOM (Institute of Medicine). (2015). *Psychosocial Interventions for Mental and Substance Use Disorders: A Framework for Establishing Evidence-Based Standards*. In DC: The National Academies Press.
48. Jewell, B. L., Mudimu, E., Stover, J., ten Brink, D., Phillips, A. N., Smith, J. A., Martin-Hughes, R., Teng, Y., Glaubius, R., Mahiane, S. G., Bansi-Matharu, L., Taramusi, I., Chagoma, N., Morrison, M., Doherty, M., Marsh, K., Bershteyn, A., Hallett, T. B., & Kelly, S. L. (2020). Potential effects of disruption to HIV programmes in sub-Saharan Africa caused by COVID-19: results from multiple mathematical models. *The Lancet HIV*, 7(9), e629–e640. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(20\)30211-3](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(20)30211-3)
49. Jewell, B. L., Smith, J. A., & Hallett, T. B. (2020). Understanding the impact of interruptions to HIV services during the COVID-19 pandemic : A modelling study. *EClinicalMedicine*, 26, 100483. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100483>
50. Joska, J. A., Andersen, L., Rabie, S., Marais, A., Ndwandwa, E. S., Wilson, P., King, A., & Sikkema, K. J. (2020). COVID-19: Increased Risk to the Mental Health and Safety of Women Living with HIV in South Africa. *AIDS and Behavior*, 24(10), 2751–2753. <https://doi.org/10.1007/s10461-020-02897-z>
51. Kabego, L., Balde, T., Barasa, D., Ndoye, B., Hilde, O. B., Makamure, T., Mulumeoderwa, G. O., Kanyowa, T., Kamara, R. F., Hamadou, B., Oyugi, B., Mawanda, E. T., Razakamanantsoa, A., Braka, F., & Chamla, D. (2023). Analysing the implementation of infection prevention and control measures in health care facilities during the COVID - 19 pandemic in the African Region. *BMC Infectious Diseases*, 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12879-023-08830-8>
52. Kempf, M., Huang, C., Savage, R., Safren, S. A., Systems, H., Care, S., Program, C. P., Neurobiology, B., & Gables, C. (2016). *Technology-Delivered Mental Health Interventions for People Living with HIV/AIDS (PLWHA): a Review of Recent Advances*. 12(4), 472–480. <https://doi.org/10.1007/s11904-015-0292-6>. Technology-Delivered
53. King, E., De Silva, M., Stein, A., & Patel, V. (2009). Interventions for improving the psychosocial well-being of children affected by HIV and AIDS. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006733.pub2>
54. Kohrt, B. A., & Carruth, L. (2022). Syndemic effects in complex humanitarian emergencies: A framework for understanding political violence and improving multi-morbidity health outcomes. *Social Science and Medicine*, 295(September 2020), 113378. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113378>
55. Laurenzi, C. A., Ameyan, W., Melendez-torres, G. J., Kara, T., Brand, A., Chideya, Y., Abrahams, N., Bradshaw, M., Page, D. T., Ford, N., Sam-agudu, N. A., Mark, D., Vitoria, M., Penazzato, M., Willis, N., Armstrong, A., & Skeen, S. (2021). *Psychosocial interventions for improving engagement in care and health and behavioural outcomes for adolescents and young people living with HIV : a systematic review and meta-analysis*.

- April, 1–15. <https://doi.org/10.1002/jia2.25741>
56. Lester, R. T., Ritvo, P., Mills, E. J., Kariri, A., Karanja, S., Chung, M. H., Jack, W., Habyarimana, J., Kimani, J., Ackers, M., & Plummer, F. A. (2010). Effects of a mobile phone short message service on antiretroviral treatment adherence in Kenya (WelTel Kenya1): a randomised trial. *The Lancet*, 376(9755), 1838–1845. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61997-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61997-6)
 57. Mandlate, F. M., Greene, M. C., Pereira, L. F., Gouveia, M. L., Mari, J. J., Cournos, F., Duarte, C. S., Oquendo, M. A., Mello, M. F., & Wainberg, M. L. (2023). *Association between mental disorders and adherence to antiretroviral treatment in health facilities in two Mozambican provinces in 2018 : a cross-sectional study*. 1–11.
 58. Manyazewal, Tsegahun, Yimtubezinash WoldeamanuelHenry M. Blumberg, Abebaw Fekadu, V. C. M. (2021). The potential use of digital health technologies in the African context : a systematic review of evidence from Ethiopia. *Npj Digital Medicine*, 1–13. <https://doi.org/10.1038/s41746-021-00487-4>
 59. Marinda, E., Simbayi, L., Zuma, K., Zungu, N., Moyo, S., Kondlo, L., Jooste, S., Nadol, P., Igumbor, E., Dietrich, C., & Briggs-Hagen, M. (2020). Towards achieving the 90–90–90 HIV targets: Results from the south African 2017 national HIV survey. *BMC Public Health*, 20(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09457-z>
 60. Marmot, M., & Allen, J. (2020). *COVID-19 : exposing and amplifying inequalities*. 74(9), 681–682. <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214720>
 61. Mason, M. (2010). Sample Size and Saturation in PhD Studies Using Qualitative Interviews. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 11(3). <https://doi.org/http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs100387>.
 62. McBride, K., Harrison, S., Mahata, S., Pfeffer, K., Cardamone, F., Ngigi, T., Kohrt, B., Pedersen, G., Greene, C., Viljoen, D., Muneghina, O., & Brown, A. (2021). Building Mental Health and Psychosocial Support Capacity during a Pandemic: The Process of Adapting Problem Management plus for Remote Training and Implementation during COVID-19 in New York City, Europe and East Africa. *Intervention*, 19(1), 37–47. https://doi.org/10.4103/INTV.INTV_30_20
 63. Melchior, R., Ines, M., Nemes, B., & Dantas, T. M. (2007). Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV / Aids no Brasil Challenges of treatment adherence by people living with HIV / AIDS in Brazil. *Rev Saúde Pública*, 41, 87–93.
 64. Mendenhall, E., Newfield, T., & Tsai, A. C. (2022). Syndemic theory, methods, and data. *Social Science & Medicine*, 295(January).
 65. Meque, I., Herrera, N., Gill, M. M., Guilaze, R., Nhangave, A., Mussá, J., Bhatt, N., Bonou, M., & Greenberg, L. (2024). Consistency of Multi-Month Antiretroviral Therapy Dispensing and Association with Viral Load Coverage among Pediatric Clients Living with HIV in Mozambique. *Tropical Medicine and Infectious Disease*, 9(7). <https://doi.org/10.3390/tropicalmed9070141>
 66. Mills, E. J., & Lester, R. T. (2019). Comment Mobile phone-enabled adherence in HIV / AIDS. *The Lancet Digital Health*, 1(1), e4–e5. [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(19\)30008-1](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(19)30008-1)
 67. MINISTÉRIO DA ECONOMIA E FINANÇAS (MEF). (2021). *Projecto Gestão de Recursos Públicos para Prestação de Serviços (GEPRES) - PLANO DE CONTINGÊNCIA DA COVID-19*.

68. Ministério da Saúde (MISAU). (2015a). *Directriz nacional de apoio psicossocial e prevenção positiva*.
69. Ministério da Saúde (MISAU). (2015b). *Estratégia de grupos de apoio e adesão comunitária*.
70. Ministério da Saúde (MISAU). (2020). *Relatório Anual 2020 - Relatório Anual das Atividades Relacionadas ao HIV/SIDA*.
71. Ministério da Saúde (MISAU). (2021a). *Directriz nacional de apoio psicossocial nos cuidados e tratamento do hiv*.
72. Ministério da Saúde (MISAU). (2021b). *Ministério da Saúde PLANO NACIONAL DE RESPOSTA A PANDEMIA DO COVID-19 ACTUALIZAÇÃO DE 2021 Índice*.
73. Ministério da Saúde (MISAU), Instituto Nacional de Estatística (INE), & ICF. (2019). *Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique (IMASIDA) 2015 :Relatório Suplementar Incorporado os Resultados de Biomarcadores de Antiretrovirais*.
74. Ministry of Health - Kenya. (2021). *Integrated guideline for tuberculosis, leprosy and lung disease 2021*.
75. Mohr, D., Burns, M. N., Schueller, S. M., Clarke, G., & Klinkman, M. (2014). Behavioral Intervention Technologies: Evidence review and recommendations for future research. *Gen Hosp Psychiatry, 35*(4), 332–338.
<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2013.03.008>. Behavioral
76. Mokhele, I., Huber, A., Rosen, S., Kaiser, J. L., Lekodeba, N., Ntjikelane, V., Hendrickson, C., Scott, N., & Pascoe, S. (2024). Satisfaction with service delivery among HIV treatment clients enrolled in differentiated and conventional models of care in South Africa: a baseline survey. *Journal of the International AIDS Society, 27*(3), 1–11.
<https://doi.org/10.1002/jia2.26233>
77. Mupambireyi, Z., Cowan, F. M., Chappell, E., Chimwaza, A., Manika, N., Wedderburn, C. J., Gannon, H., Gibb, T., Heys, M., Fitzgerald, F., Chimhuya, S., Gibb, D., Ford, D., Mushavi, A., & Bwakura-Dangarembizi, M. (2024). “Getting pregnant during COVID-19 was a big risk because getting help from the clinic was not easy”: COVID-19 experiences of women and healthcare providers in Harare, Zimbabwe. *PLOS Global Public Health, 4*(1 January), 1–17. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002317>
78. Mutasa-apollo, T., Ford, N., Wiens, M., Socias, M. E., Negussie, E., Wu, P., Popoff, E., Park, J., Mills, E. J., & Kanters, S. (2017). Effect of frequency of clinic visits and medication pick-up on antiretroviral treatment outcomes : a systematic literature review and meta-analysis. *Journal of the International AIDS Society, 20*(Suppl 4), 88–98.
<https://doi.org/10.7448/IAS.20.5.21647>
79. Nemes, M. I. B., Castanheira, E. R. L., Santa Helena, E. T. De, Melchior, R., Caraciolo, J. M., Basso, C. R., Maria Teresa, S., Alves, S. D. B., De Alencar, T. M. D., & Ferraz, D. A. D. S. (2009). Adesão ao tratamento , acesso e qualidade da assistência em aids no brasil. *Rev Assoc Med Bras, 55*(2), 207–212.
80. Nhavoto, J. A., Gronlund, Å., & Klein, G. O. (2017). Mobile health treatment support intervention for HIV and tuberculosis in Mozambique : Perspectives of patients and healthcare workers. *PLoS ONE, 12*(4), 1–13.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176051>
81. Njuguna, N., Gichuhi, P., Mutisya, J., Kubo, E., Odhiambo, C., Michler, J., Arodi, S.,

- Marima, R., Mecha, J., & Otieno, C. F. (2025). Brief communication: effect of a one-stop-shop intervention on COVID-19 vaccine uptake among people living with HIV in Nairobi and Kajiado counties, Kenya. *AIDS Research and Therapy*, 22(1), 22–26. <https://doi.org/10.1186/s12981-025-00730-y>
82. Nomah, D. K., Reyes-urueña, J., Díaz, Y., Moreno, S., Aceiton, J., Bruguera, A., Vivanco-hidalgo, R. M., & Llibre, J. M. (2020). *Sociodemographic, clinical, and immunological factors associated with SARS-CoV-2 diagnosis and severe COVID-19 outcomes in people living with HIV: a retrospective cohort study*. January.
83. Nyongesa, M. K., Nasambu, C., Mapenzi, R., Koot, H. M., Cuijpers, P., Newton, C. R. J. C., & Abubakar, A. (2022). Psychosocial and mental health challenges faced by emerging adults living with HIV and support systems aiding their positive coping : a qualitative study from the Kenyan coast. *BMC Public Health*, 22(76), 1–20. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12440-x>
84. Okonji, E. F., Wyk, B. Van, Hughes, G. D., & Mukumbang, F. C. (2022). *Psychosocial Support Programme Improves Adherence and Health Systems Experiences for Adolescents on Antiretroviral Therapy in Mpumalanga Province , South Africa*.
85. OMS. (2021). *Guidelines hiv prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: (Issue July)*.
86. Orii, L., Feldacker, C., Huwa, J. M., Thawani, A., Viola, E., Kiruthu-Kamamia, C., Sande, O., Tweya, H., & Anderson, R. (2024). HIV Client Perspectives on Digital Health in Malawi. In *Conference on Human Factors in Computing Systems - Proceedings (Vol. 1, Issue 1)*. Association for Computing Machinery. <https://doi.org/10.1145/3613904.3642245>
87. Osei, E., Amu, H., Kye-Duodu, G., Kwabla, M. P., Danso, E., Binka, F. N., & Kim, S. Y. (2025). Impact of COVID-19 on tuberculosis and HIV health services delivery in Ghana: qualitative evidence from the perspectives of healthcare providers. *BMC Health Services Research*, 25(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12487-1>
88. Osorio, D., Munyangaju, I., Nacarapa, E., Muhiwa, A., Nhangave, A. V., & Ramos, J. M. (2021). Mother-to-child transmission of HIV infection and its associated factors in the district of. *PLoS ONE*, 1–11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260941>
89. Paiva, V. S. F. (2013). Psicologia na Saúde : Sociopsicológica ou Psicossocial ? Inovações do Campo no Contexto da Resposta Brasileira à Aids Social Psychology and Health : Socio-Psychological of the Brazilian Responses to AIDS Psicologia en la Salud : Sociopsicológica o Psicoso. *Temas Em Psicologia*, 21, 531–549. <https://doi.org/10.9788/TP2013.3-EE00-PT>
90. Patton, M. Q. (2002). *qualitative-research-evaluation-methods-by-michael-patton.pdf* (3rd ed.).
91. PEPFAR. (2020). *PEPFAR Technical Guidance in Context of COVID-19 Pandemic (Vol. 2, Issue January)*.
92. PEPFAR. (2021). The United States President’s Emergency Plan for AIDS Relief 2021 Annual Report to Congress. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 61(2), e24. <https://doi.org/10.1097/qai.0b013e3182724e0e>
93. PEPFAR MOZ. (2021). *Mozambique Country Operational Plan COP 2021 Strategic Direction Summary May 11, 2021*.
94. Petersburgo, D., & Said, R. (2010). *Adesão ao Tratamento Antiretroviral : Desafios*

- Comportamentais Análise Rápida de Situação na Zambézia e Maputo.*
95. Phan, J. M., Kim, S., Linh, Đ. T. T., Cosimi, L. A., & Pollack, T. M. (2022). Telehealth Interventions for HIV in Low- and Middle-Income Countries. *Current HIV/AIDS Reports*, 19(6), 600–609. <https://doi.org/10.1007/s11904-022-00630-0>
 96. Polejack, L., Cláudia, A., Machado, A., Santos, C. D. S., & Guambe, A. J. (2020). Desafios para a Adesão ao TARV na Perspectiva dos Profissionais do Sistema de Saúde de Moçambique. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 36(e36nspe10), 1–11. [https://doi.org/DOI: https://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e36nspe10](https://doi.org/DOI:https://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e36nspe10)
 97. Pop-Eleches, C., Thirumurthy, H., Habyarimana, J. P., Zivin, G. J., Goldstein, M. P., Walque, D. de, MacKeen, L., Haberer, J., Kimaiyo, S., Sidle, J., Ngare, D., & Bangsberg, D. R. (2011). Mobile phone technologies improve adherence to antiretroviral treatment in a resource-limited setting: a randomized controlled trial of text message reminders. *AIDS*, 25(6), 825–834. <https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e32834380c1.Mobile>
 98. Queirós, A., Faria, D., & Almeida, F. (2017). Strengths and limitations of qualitative and quantitative research methods. *European Journal of Education Studies*, 3(9), 369–387. <https://doi.org/10.5281/zenodo.887089>
 99. Rasschaert, F., Decroo, T., Remartinez, D., Telfer, B., Lessitala, F., & Biot, M. (2014). Adapting a community-based ART delivery model to the patients ' needs : a mixed methods research in Tete , Mozambique. *BMC Public Health*, 14(364), 1–10. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-364>
 100. Remien, R. H., Stirratt, M. J., Nguyen, N., Robbins, R. N., Pala, A. N., & Mellins, C. A. (2019). Mental health and HIV/AIDS: The need for an integrated response. *Aids*, 33(9), 1411–1420. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000002227>
 101. Rueda, S., Park-Wyllie, L. Y., Bayoumi, A., Tynan, A.-M., Antoniou, T., Rourke, S., & Glazier, R. (2006). Patient support and education for promoting adherence to highly active antiretroviral therapy for HIV/AIDS. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd001442.pub2>
 102. Sadala, M. L. A. (1995). *A Fenomenologia como método para investigar - A Experiência vivida uma perspectiva do pensamento de Husserl e de Merleau Ponty*. FM Botucatu/UNESP, 1–10.
 103. Santos, M. A., Paulo, D. S., Paulo, S., Silvia, V., & Paiva, F. (2013). Intervenção em Adesão Baseada na Abordagem Construcionista do Cuidado : Perspectiva dos Profissionais de Saúde Adherence Intervention Based on Constructionist Care Approach : The Health Professionals ' Perspective. *Temas Em Psicologia*, 21(3), 651–673. <https://doi.org/10.9788/TP2013.3-EE02PT>
 104. Santos, V. da F., Costa, A. K. B., Lima, I. C. V. de, Alexandre, H. de O., Gir, E., & Galvão, M. T. G. (2017). Uso do telefone para adesão de pessoas vivendo com HIV / AIDS à terapia antirretroviral : revisão sistemática Use of the telephone for accessing people living with HIV / AIDS to antiretroviral therapy : systematic review. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(9), 3407–3416. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.31112017>
 105. Saura-Lázaro, A., Augusto, O., Fernández-Luis, S., López-Varela, E., Fuente-Soro, L., Bila, D., Tovela, M., MacUacua, N., Vaz, P., Couto, A., Bruno, C., & Naniche, D. (2024). HIV care retention in three multi-month ART dispensing: a retrospective cohort study in Mozambique. *Aids*, 38(9), 1402–1411. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000003913>

106. Shah, R., Watson, J., & Free, C. (2019). A systematic review and meta-analysis in the effectiveness of mobile phone interventions used to improve adherence to antiretroviral therapy in HIV infection. *BMC Public Health*, *19*(915), 1–15. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12889-019-6899-6>
107. Shiau, S., Krause, K. D., Valera, P., Swaminathan, S., & Halkitis, P. N. (2020). The Burden of COVID - 19 in People Living with HIV : A Syndemic Perspective. *AIDS and Behavior*, *0123456789*. <https://doi.org/10.1007/s10461-020-02871-9>
108. Shiferaw, K. B., Mengiste, S. A., Gullslett, M. K., Zeleke, A. A., Tilahun, B., Tebeje, T., Wondimu, R., Desalegn, S., & Mehari, E. A. (2021). Healthcare providers' acceptance of telemedicine and preference of modalities during COVID-19 pandemics in a low-resource setting: An extended UTAUT model. *PLoS ONE*, *16*(4 April 2021), 1–15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250220>
109. Siedner, M. J., Kraemer, J. D., Meyer, M. J., Harling, G., Mngomezulu, T., Gabela, P., Dlamini, S., Gareta, D., Majazi, N., Ngwenya, N., Seeley, J., Wong, E., Iwuji, C., Shahmanesh, M., Hanekom, W., & Herbst, K. (2020). Access to primary healthcare during lockdown measures for COVID-19 in rural South Africa: An interrupted time series analysis. *BMJ Open*, *10*(10), 1–10. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043763>
110. Singer, M., Bulled, N., Ostrach, B., & Mendenhall, E. (2017). Series Syndemics 1 Syndemics and the biosocial conception of health. *The Lancet*, *389*(10072), 941–950. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30003-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30003-X)
111. Skeen, S., Sherr, L., Tomlinson, M., Croome, N., Ghandi, N., & Roberts, J. K. (2018). *Interventions to improve psychosocial well-being for children affected by HIV and AIDS: a systematic review*. *12*(2), 91–116. <https://doi.org/10.1080/17450128.2016.1276656>. Interventions
112. Souza, K. A. D. O., Junior, E. P. P., De Barros, R. D., Lima, A. M. P. de, Silva, N. de O., Beltrán, L. Y. O., & De Souza, L. E. P. F. (2020). O uso da telessaúde em tempos de pandemia. In M. BARRETO, M. L.; PINTO JUNIOR, E. P.; ARAGÃO, E.; BARRAL-NETTO (Ed.), *Construção de conhecimento no curso da pandemia de COVID-19: aspectos biomédicos, clínico-assistenciais, epidemiológicos e sociais*. (pp. 1–45).
113. Spaan, P., Luenen, S. Van, Garnefski, N., & Kraaij, V. (2020). Psychosocial interventions enhance HIV medication adherence : A systematic review and meta-analysis. *Journal of Health Psychology*, *25*(10–11), 1326–1340. <https://doi.org/10.1177/1359105318755545>
114. Tesoriero, J. M., Swain, C. E., Pierce, J. L., Zamboni, L., Wu, M., Holtgrave, D. R., & Gonzalez, C. J. (2021). *COVID-19 Outcomes Among Persons Living With or Without Diagnosed HIV Infection in New York State*. *4*(2), 1–14. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.37069>
115. Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, *19*(6), 349–357.
116. Tsai, A. C. (2018). Syndemics: a theory in search of data or data in search of a theory? *Soc Sci Med*, *206*(June), 117–122. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.03.040>. Syndemics
117. UNAIDS: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2020). *UNAIDS*

DATA 2020.

118. UNAIDS: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2021). *UNAIDS. The Path That Ends AIDS: UNAIDS Global AIDS Update 2023*.
119. UNAIDS. (2021a). 2021 UNAIDS Global AIDS Update — Confronting inequalities — Lessons for pandemic responses from 40 years of AIDS. *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*, 13–17.
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021-global-aids-update_en.pdf
120. UNAIDS. (2021b). *GLOBAL COMMITMENTS , LOCAL ACTION After 40 years of AIDS , charting a course to end the pandemic*.
121. UNAIDS. (2021c). *RELATÓRIO INFORMATIVO - DIA MUNDIAL DA AIDS 2021*.
122. Velavan, T. P., Meyer, C. G., Esen, M., Kremsner, P. G., & Ntoumi, F. (2021). COVID-19 and syndemic challenges in ‘Battling the Big Three’: HIV, TB and malaria. *International Journal of Infectious Diseases*, 106(January), 29–32.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijid.2021.03.071>
123. Weiser, S. D., Tuller, D. M., Frongillo, E. A., Senkungu, J., Mukiibi, N., & Bangsberg, D. R. (2010). Food insecurity as a barrier to sustained antiretroviral therapy adherence in Uganda. *PLoS ONE*, 5(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0010340>
124. WHO. (2005). The International Health Regulations (2005). *International Organizations Law Review*, 16(2), 242–271. <https://doi.org/10.1163/15723747-01602002>
125. WHO. (2021). COVID-19 strategic preparedness and response plan: operational planning guideline. *Geneva: World Health Organization (WHO/WHE/2021.03), February 2021*, 1–59. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340073/WHO-WHE-2021.03-eng.pdf>
126. WHO. (2022). *WHO Policy Brief: Maintaining infection prevention and control measures for COVID-19 in health care facilities* (Issue September).
127. World Health Organization (WHO). (2009). *A qualitative review of psychosocial support interventions for young people living with HIV*. November.
<https://doi.org/https://apps.who.int/iris/handle/10665/70174>
128. World Health Organization (WHO). (2017). *Emergency response framework – 2nd ed.* (Issue Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.).
129. World Health Organization (WHO). (2020). *COVID-19 disrupting mental health services in most countries, WHO survey*. https://www.who.int/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey?utm_source=chatgpt.com
130. Wouters, E., Damme, W. Van, Rensburg, D. Van, Masquillier, C., & Meulemans, H. (2012). Impact of community-based support services on antiretroviral treatment programme delivery and outcomes in resource-limited countries : a synthetic review. *BMC Health Services Research*, 12(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-194>
131. Zakumumpa, H., Makobu, K., Ntawiha, W., & Maniple, E. (2021). A mixed-methods evaluation of the uptake of novel differentiated ART delivery models in a national sample of health facilities in Uganda. *PLoS ONE*, 16(7 July), 1–19.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254214>
132. Zakumumpa, H., Tumwine, C., Milliam, K., & Spicer, N. (2021). Dispensing antiretrovirals during Covid-19 lockdown: re-discovering community-based ART

delivery models in Uganda. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1–11.
<https://doi.org/10.1186/s12913-021-06607-w>

15. ANEXOS

Consentimento Informado

Versão 3.0; 30.03.2023

PARTE I: FOLHA DE INFORMAÇÃO

Universidade Eduardo Mondlane – Faculdade de Medicina

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

Departamento de Saúde da Comunidade

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às pessoas vivendo com HIV/SIDA no contexto da Pandemia COVID-19, o caso do Hospital Distrital da Massinga 2020-2021

Sinta-se cumprimentado/(a). Eu sou Miguel Osório, mestrando em Saúde Pública na Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane, e cá me faço presente para convidá-lo/(a) a participar em um estudo que pretende **analisar os desafios e estratégias na implementação das Intervenções do Apoio psicossocial em PVHIV, no contexto da Pandemia Covid-19, no HDM, 2020-2021**. É convidado a participar deste estudo, e a sua disponibilidade e aceitação é de extrema importância para o alcance dos resultados desejados, estando livre de expor qualquer questão e ou perguntar a alguém de confiança antes de aceitar ou não fazer parte do estudo. Estou a realizar entrevistas e discussão de grupos focais, *com duração média de 45 minutos*, na língua portuguesa, com diferentes provedores de saúde ligados ao serviço TARV, com alguma ligação ao apoio psicossocial, nesta unidade sanitária (HDM). Espera-se que os resultados deste estudo forneçam informações sobre as estratégias de apoio psicossocial implementadas em PVHIV no contexto de crises humanitárias (pandemia COVID-19), e que os mesmos ajudem aos tomadores de decisão e parceiros a melhorarem na planificação das suas intervenções, prevenção e investimento na saúde das PVHIV. A sua participação na pesquisa não é obrigatória, é voluntária e completamente anónima, pelo que não tem de nos dizer o seu nome, podendo recusar a sua participação ou desistir no decurso do estudo, atitude essa que não influenciará na prestação de qualquer serviço habitual na U.S e nem resultará em represálias. Todas as respostas são confidenciais, a identidade preservada, usando nomes fictícios, codificados, sendo usados apenas para esse efeito, acessados apenas pelo investigador e supervisor. Os dados serão mantidos na Faculdade de Medicina da UEM no máximo de 5 anos. Durante a sua participação, será submetido a um questionário breve para a obtenção de dados sociodemográficos, e questões abertas sobre o conhecimento e experiências vividas no desenho e implementação das intervenções de apoio psicossocial no contexto da pandemia da COVID-19, podendo advir algumas perguntas que podem lembrar experiências angustiantes, as quais é livre de responder ou não, mas as suas respostas são importantes para o estudo. Não terá nenhum gasto e ganho financeiro ao participar nesta pesquisa; os ganhos estarão relacionados em dar a conhecer uma experiência sobre as intervenções de apoio

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

psicossocial na vida das pessoas vivendo com HIV, que possam ajudar na reflexão dos gestores para a melhoria das estratégias a implementar. Os resultados deste estudo serão usados numa tese de mestrado apresentada na Faculdade de Medicina – UEM, podendo ser apresentadas em um artigo científico. Com o seu consentimento a entrevista será gravada, e o material obtido será guardado de forma segura com garantia de privacidade e confidencialidade.

Quer participar? Sim/Não

Aceita gravar a entrevista? Sim/Não

“Eu _____ declaro que li e compreendi este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pelo investigador (Miguel Osório). Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Assinatura do participante

Data

_____/_____/_____

Assinatura da pessoa que realizou a explicação do consentimento

Data

_____/_____/_____

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa poderá entrar em contacto com o pesquisador Miguel Osório, pelo número:845386890 e pelo correio: v.osas2015@gmail.com. Ou pela supervisora, Khátia Munguambe, pelo número 877356566.

Faculdade de Medicina, Av. Salvador Allende nº702, telefone 21428076.

ANEXO (1)

Guião de entrevista semi-estruturada

Versão 3.0; 30.03.2023

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

Dados sociodemográficos	
Data:	Hora de início:
Local:	Hora de término:
Idade	
Sexo	Masculino Feminino
Residência	
Nível de escolaridade	Primário (); Secundário (); Técnico profissional (); Superior (); Nenhum ()
Cargo/Função	
Tempo de trabalho / cargo	
Estado civil	Solteiro (), namorado (), casado (), união de facto (), divorciado (), viúvo ()

Anexo 1: Guião de entrevista semi-estruturada

Quebra-gelo

Gostaria de saber qual era a situação das metas do programa de HIV-SIDA na unidade sanitária?

Como as caracteriza? Boas, médias, ruins? Em que aspectos precisam melhorar?

E com a situação do COVID-19, acha que mantiveram, melhoraram ou pioraram?

Tópicos das questões

a). Quais são os principais problemas enfrentados pelos diferentes grupos de PVHIV para os quais necessitam continuamente de apoio psicossocial?

b). O pacote de intervenções e actividades psicossociais consegue responder a estes problemas ou necessidades das PVHIV?

1. Como foi/ tem sido a sua rotina desde que se decretou o estado de emergência no país? O que mudou? Que actividades deixaram de fazer?

2. No âmbito da COVID-19, a unidade sanitária definiu um pacote de serviços saúde essencial (na área do HIV) a serem mantidos durante a pandemia? Quais serviços foram interrompidos?

3. Das actividades interrompidas, qual considera que trouxe mais consequências negativas para o cumprimento das metas? 840257300

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

4. Por favor, descreva o que a unidade sanitária fez para fornecer apoio psicossocial para PVHIV? Quais foram os tipos de aconselhamento oferecidos a PVHIV e os procedimentos usados? Duração da intervenção do tratamento/acompanhamento?

5. Com a suspensão das buscas a nível das comunidades, que implicação teve essa medida no número de activos em TARV? O serviço comunitário e de busca como se reinventaram? Que actividades prosseguiram?

6. Como as PVHIV foram envolvidas no desenvolvimento e implementação de suas actividades (APSS PP)? Explorando estratégias para a melhoria da adesão, e bem-estar das PVHIV.

7. A Utilização da telesaúde nos serviços TARV foi uma das medidas adoptadas pelo MISAU para a continuação do fornecimento de serviços a PVHIV no contexto de pandemia. O que achou da intensificação do uso das chamadas telefónicas para o fornecimento de serviços?

Houve um treinamento adicional sobre como efectuar o APSS apenas com o telefone?

Existiram dificuldades na prestação do serviço via chamadas? Se sim, quais? Podia enumerar?

8. Que estratégias foram usadas para pacientes com má evolução (faltoso/abandono/suspeita de falência) e sem contacto telefónico ou contacto errado? Pacientes que não retornam após o contacto?

9. Quais você acha que são os principais obstáculos para fornecer apoio psicossocial para PVHIV? Com a pandemia surgiram novos obstáculos? Quais?

10. Quais você acha que são as três coisas mais importantes que precisam ser incluídas em qualquer orientação sobre apoio psicossocial desenvolvida para prestadores de serviços e formuladores de políticas? Acha que foram incluídas no contexto de pandemia?

11. Das estratégias adoptadas, quais os elementos do pacote/ programa considera mais e menos eficazes no fornecimento de apoio psicossocial para PVHIV? E quais elementos acha que ajudariam a melhorar a qualidade e a cobertura de suas intervenções de apoio psicossocial para PVHIV?

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

12.No caso de tudo voltar ao antigo normal, o que pensam em fazer na área do apoio psicossocial para as PVHIV? Manter algumas das novas medidas? Ou oportunidade para reformular alguns itens?

13.Qual a responsabilidade, papel dos líderes comunitários, políticos, governamentais, parceiros do MISAU, para mudarem e melhorarem o programa do HIV-SIDA (foque em intervenções psicossociais, condições de vida das PVHIV)?

Obrigado pelo seu tempo, há algo que gostariam de acrescentar?

ANEXO (2)**Guião de Discussão de grupo focal****Versão 3.0; 30.03.2023**

Estudo: Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às pessoas vivendo com HIV/SIDA no contexto da Pandemia COVID-19, o caso do Hospital Distrital da Massinga 2020-2021

Fase 1: Discussão de Grupo Focal (DGF)

DGF Local: |_|_|_| DGF Número: |_|_|_| Data: |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|_| Facilitador: |_|_|_|_|_|
Redactor_ |_|_|_|_|_|

Local: data: Hora de inicio: Hora de termino:

Número de participantes no inicio: número de participantes no fim:

Participante	Idade	Sexo	Estado civil	Escolaridade	Cargo/Função	Tempo de trabalho / cargo	Residência
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							

Anexo 2: Guião de Discussão de grupo focal

CONTEÚDOS DA DISCUSSÃO

<p>i). Percepções sobre Apoio psicossocial em PVHIV. Na vossa opinião por que provemos o APSS às PVHIV? Quais são os grupos que mais precisam de APSS? Que dificuldades as PVHIV enfrentam para aderirem ao TARV? Como o APSS pode melhorar o bem estar das PVHIV?</p>	Resumo
<p>ii) APSS no contexto de COVID-19 Como a Covid-19 impactou os serviços TARV? Em que áreas mais sofreram mudanças? Quais são os aspectos que mudaram no pacote POP de APSS? Alguma intervenção específica foi adoptada e implementada? As intervenções adoptadas tiveram em conta todos os grupos PVHIV? (crianças, adolescentes e jovens, mulheres grávidas, pacientes co-infectados, faltosos e abandonos, buscas na comunidade)</p>	
iii) Desafios e impacto das intervenções	

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

<p>As medidas adoptadas para responder ao problema das PVHIV, que desafios enfrentaram? Qual foi o resultado, curto médio ou longo prazo nas metas de HIV? Houve investimento nas formações ou novas modalidades de fornecimento de serviços? Acham que as medidas adoptadas foram eficazes? Que aspectos deviam melhorar? O número de pacientes referidos para busca tendiam a aumentar, manter ou baixar? Acham que a COVID-19 impactou nas vossas metas? De que forma?</p>	
Observações	

ANEXO (3)



Comité Institucional de Bioética em Saúde da
Faculdade de Medicina/Hospital Central de
Maputo



(CIBS FM&HCM)

Dra. Jacinta Silveira Langa, Presidente do Comité Institucional de Bioética em Saúde da Faculdade de Medicina/Hospital Central de Maputo (CIBS FM&HCM)

CERTIFICA

Que este Comité avaliou a proposta do (s) Investigador (es) Principal (is):

Nome (s): **Miguel Vasco Osório**

Protocolo de investigação: **Versão 3.0, de 30 de Março de 2023**

Consentimentos informados: **Versão 3.0, de 30 de Março de 2023**

Questionário: **Versão 3.0, de 30 de Março de 2023**

Guião de entrevista: **Versão 3.0, de 30 de Março de 2023**

Do estudo:

TÍTULO: "Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às pessoas vivendo com HIV/SIDA no contexto de crise: Pandemia COVID-19, o caso do Hospital Distrital da Massingao 2020-2021."

E faz constar que:

1º Após revisão do protocolo pelos membros do comité durante a reunião do dia 02 de Março de 2023 e que será incluída na acta 02/2023, o CIBS FM&HCM, emite este informe notando que não há nenhuma inconveniência de ordem ética que impeça o início do estudo.

2º Que a revisão realizou-se de acordo com o Regulamento do Comité Institucional da FM&HCM – emenda 2 de 28 de Julho de 2014.

3º Que o protocolo está registado com o número **CIBS FM&HCM/081/2022**.

4º Que a composição actual do CIBS FM&HCM está disponível na secretária do Comité.

5º Não foi declarado nenhum conflito de interesse pelos membros do CIBS FM&HCM.

6º O CIBS FM&HCM faz notar que a aprovação ética não substitui a aprovação científica nem a autorização administrativa.

7º A aprovação terá validade de 1 ano, até 10 de Maio de 2024. Um mês antes dessa data o Investigador deve enviar um pedido de renovação se necessitar.

8º Recomenda aos investigadores que mantenha o CIBS informado do decurso do estudo no mínimo uma vez ao ano.

9º Solicitamos aos investigadores que enviem no final de estudo um relatório dos resultados obtidos

E emite

RESULTADO: **APROVADO**

Jacinta Silveira Langa

Assinado em Maputo aos 11 de Maio de 2023

Faculdade de Medicina, Av. Salvador Allende nº702, telefone: 21428076 www.cibs.ueem.mz Página 1 de 1

Anexo 3: CIBS FM & HCM

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

ANEXO (4)



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
GOVERNO DO DISTRITO DE MASSINGA
SERVIÇO DISTRITAL DE SAÚDE, MULHER E ACÇÃO SOCIAL
HOSPITAL DISTRITAL DE MASSINGA

Secretaria

Ao:
Miguel Vasco Osorio

Maputo

Nota nº 328 /SDSMAS/HDM/003/2022Data 06 /10/2022

Assunto: Transcrição de Despacho

Único. Para o conhecimento da V. Excia, transcreve-se na íntegra o despacho do Exma. Senhor Director do Hospital Distrital de Massinga, exarado e recaído um trabalho do final de curso com titulo: **Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial para pessoas vivendo com HIV/SIDA, no contexto da pandemia COVID-19, o caso do Hospital Distrital de Massinga 2020-2022**, cujo teor é:

"Autorizo "

06/10/2022

Assinatura ilegível

..... Esta Conforme.....

O Nosso Maior Valor é a Vida

O Director Científico

Lapissone José António
Lapissone José António
(Técnico Superior de Saúde)

Hospital Distrital de Massinga
Av. FPLM, no Bairro 21 Abril vila Municipal
Massinga - Inhambane

Telefone 29371127
Email- hospitaldistritalmassinga@gmail.com

Anexo 4: Carta de aceitação

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise

ANEXO (5)

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise



Faculdade de Medicina



O Director da Faculdade
Professor Doutor Jahit Sacarlal, MD, MPH, PhD
(Professor Catedrático)

Ao Comité Institucional de Bioética em Saúde
da Faculdade de Medicina/Hospital Central de
Maputo (CIBS FM&HCM)

CARTA DE COBERTURA AO PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO DO
ESTUDANTE DE Mestrado EM SAÚDE PÚBLICA

Como parte integrante das obrigações do curso de Mestrado em Saúde Pública da Faculdade de Medicina, o Mestrando **Miguel Vasco Osório**, pretende efectuar uma investigação intitulada *"Desafios na Implementação de Estratégias de apoio Psicossocial para Pessoas Vivendo com HIV/SIDA no Contexto de Crise: Pandemia da COVID-19, O caso do Hospital Distrital da Massinga 2020-2021"*

Espera-se assim que a experiência adquirida nesta pesquisa possa contribuir para elevar o grau de conhecimentos científicos da proponente e acima de tudo contribuir para enriquecer evidências científicas no campo de Saúde Pública em Moçambique e no mundo em desenvolvimento.

Ciente da relevância desta pesquisa e por se tratar de estudante, a Faculdade de Medicina espera maior ponderação e assim apoia e sugere sua implementação.

Maputo, aos 07 de Outubro de 2022

A Coordenadora do Curso

Doutora Khátia Rebeca Munguambe
(Prof. Auxiliar)

Av. Salvador Allende, nº 702, C. Postal 257, Tel.: (+258) 21 428076, Fax.: (+258) 21 325255,
Maputo - Moçambique

Anexo 5: Carta de cobertura ao protocolo de investigação do estudante de mestrado em saúde pública

Desafios na implementação de estratégias de apoio psicossocial pelos provedores de saúde às PVHIV no contexto de crise