FIOCRUZ | Brasília
Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário
Cuadernos Iberoamericanos de Derecho Sanitario
ISSN: 2358-1824

Artigo

Violência invisível em indivíduos vivendo com HIV/SIDA em Nampula – Moçambique

Invisible violence in individuals living with HIV/AIDS in Nampula – Mozambique

Violencia invisible en individuos que viven con VIH/SIDA en Nampula – Mozambique

António Jorge Marrunguja[1]
Escola Primário de Anchilo, Nampula, Moçambique.
https://orcid.org/0009-0009-9243-6584
amarrunguja@gmail.com

Resumo

Objetivo: analisar as experiências de violência invisível, estigma e discriminação em indivíduos vivendo com HIV/SIDA, na província de Nampula, Moçambique, a fim de compreender como tais experiências influenciam a adesão ao tratamento, a qualidade de vida e o acesso às redes de proteção social. **Metodologia:** estudo de caso, de caráter exploratório, com abordagem quantitativa dos dados. Foi realizada pesquisa de campo com 100 participantes com idades entre 18 e 60 anos, acompanhados por serviços de saúde e organizações sociais. Os dados foram recolhidos por meio de questionário estruturado e analisados por estatística descritiva e análise temática. **Resultados:** a amostra foi predominantemente jovem, com média de 32 anos, e apresentou elevada adesão à terapia antirretroviral. Observou-se elevada vulnerabilidade social, associada à persistência de barreiras como estigma, violência e controle de recursos. O medo da revelação do diagnóstico e a discriminação no mercado de trabalho contribuem para o isolamento social e a insegurança económica, com impactos negativos na saúde física, emocional e na qualidade de vida. O suporte social e institucional mostrou-se limitado, afetando também a continuidade da adesão ao tratamento. **Conclusão:** o viver com HIV/SIDA implica vulnerabilidades que vão além do âmbito biomédico, incluindo discriminação, estigmatização e violência em diferentes contextos sociais. São necessárias políticas públicas integradas que articulem saúde, proteção social e direitos humanos, com vista à redução das desigualdades e à melhoria da qualidade de vida, com o fortalecimento de ações integradas de cuidado, ênfase no acompanhamento psicossocial contínuo, na prevenção do abandono terapêutico e na sensibilização comunitária. É igualmente fundamental capacitar profissionais de saúde, educação e líderes comunitários, de modo a promover práticas baseadas na confidencialidade, no respeito e na equidade.

Palavras-chave: HIV/SIDA; Vulnerabilidade; Qualidade de Vida; Estigma Social; Moçambique.

Abstract

Objective: To analyze experiences of invisible violence, stigma, and discrimination among individuals living with HIV/AIDS in the province of Nampula, Mozambique, in order to understand how such experiences influence treatment adherence, quality of life, and access to social protection networks. **Methodology**: This is an exploratory case study with a quantitative approach to data analysis. Field research was conducted with 100 participants aged between 18 and 60 years, monitored by health services and social organizations. Data were collected through a structured questionnaire and analyzed

[1] Mestre em Formação do Trabalho e Recursos Humanos, Academia Militar Samora Machel, Nampula, Moçambique. Docente, Escola Primária de Anchilo, Nampula, Moçambique.

CC BY
OPEN ACCESS

using descriptive statistics and thematic analysis. **Results**: The sample was predominantly young, with a mean age of 32 years, and showed high adherence to antiretroviral therapy. High social vulnerability was observed, associated with the persistence of barriers such as stigma, violence, and control of resources. Fear of disclosing the diagnosis and discrimination in the labor market contribute to social isolation and economic insecurity, negatively affecting physical and emotional health, as well as quality of life. Social and institutional support proved to be limited, also affecting continuity in treatment adherence. **Conclusion**: Living with HIV/AIDS involves vulnerabilities that go beyond the biomedical sphere, including discrimination, stigmatization, and violence in different social contexts. Integrated public policies are needed to articulate health, social protection, and human rights, aiming to reduce inequalities and improve quality of life through the strengthening of integrated care actions, with emphasis on continuous psychosocial support, prevention of treatment abandonment, and community awareness. It is also essential to train health and education professionals, as well as community leaders, in order to promote practices based on confidentiality, respect, and equity.
Keywords: HIV/AIDS; Vulnerability; Quality of Life; Social Stigma; Mozambique.

Resumen

Objetivo: Analizar las experiencias de violencia invisible, estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en la provincia de Nampula, Mozambique, con el fin de comprender cómo dichas experiencias influyen en la adherencia al tratamiento, la calidad de vida y el acceso a las redes de protección social. **Metodología**: Estudio de caso, de carácter exploratorio, con enfoque cuantitativo de los datos. Se realizó una investigación de campo con 100 participantes de entre 18 y 60 años, acompañados por servicios de salud y organizaciones sociales. Los datos fueron recolectados mediante un cuestionario estructurado y analizados a través de estadística descriptiva y análisis temático. **Resultados**: La muestra fue predominantemente joven, con una media de edad de 32 años, y presentó una elevada adherencia a la terapia antirretroviral. Se observó una alta vulnerabilidad social, asociada a la persistencia de barreras como el estigma, la violencia y el control de recursos. El miedo a revelar el diagnóstico y la discriminación en el mercado laboral contribuyen al aislamiento social y a la inseguridad económica, con impactos negativos en la salud física y emocional, así como en la calidad de vida. El apoyo social e institucional resultó limitado, afectando también la continuidad de la adherencia al tratamiento. **Conclusión**: Vivir con VIH/SIDA implica vulnerabilidades que van más allá del ámbito biomédico, incluyendo discriminación, estigmatización y violencia en diferentes contextos sociales. Se requieren políticas públicas integradas que articulen salud, protección social y derechos humanos, con el objetivo de reducir las desigualdades y mejorar la calidad de vida mediante el fortalecimiento de acciones integradas de cuidado, con énfasis en el acompañamiento psicosocial continuo, la prevención del abandono terapéutico y la sensibilización comunitaria. También es fundamental capacitar a profesionales de la salud y la educación, así como a líderes comunitarios, para promover prácticas basadas en la confidencialidad, el respeto y la equidad.
Palabras clave: VIH/SIDA; Vulnerabilidad; Calidad de Vida; Estigma Social; Mozambique.

Introdução

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV/SIDA) constitui um dos principais desafios de saúde pública em Moçambique, com cerca de 2,3 a 2,6 milhões de pessoas vivendo com o vírus e uma prevalência estimada em aproximadamente 12% na população adulta[1,2]. Nos últimos anos, têm-se registado entre 80 e 90 mil novas infecções anuais, afectando, sobretudo, mulheres e jovens, o que mantém a epidemia como uma preocupação significativa no país[1].

Nesse contexto, o HIV/SIDA deve ser compreendido não apenas como uma condição biomédica, mas também como um fenómeno social profundamente marcado pela violência invisível, manifestada

por meio de discriminação, estigma, intimidação e controle de recursos, o que constitui um elemento central no aumento da vulnerabilidade desses indivíduos[3,4,5,6,7,8].

O estigma associado ao HIV/SIDA tem sido identificado como um dos principais factores que agravam essa vulnerabilidade[4,9]. O vírus está frequentemente associado a processos de criminalização e exclusão social, nos quais normas legais e práticas sociais reforçam formas de violência institucional e simbólica[4,10]. Além disso, estudos recentes demonstram que o estigma impacta directamente o bem-estar psicológico, contribuindo para o isolamento social e dificultando a adesão ao tratamento[4,11], configurando-se, portanto, como um determinante social da saúde que se manifesta por meio de discriminação, exclusão e limitação do acesso aos serviços de saúde[12,13].

Em Moçambique, a epidemia de HIV/SIDA permanece como um dos principais desafios de saúde pública, e o estigma social associado ao HIV/SIDA continua a ser uma barreira importante, levando algumas pessoas a evitarem a testagem ou a abandonarem o tratamento[14]. Dados nacionais indicam que o abandono do tratamento continua a ser um desafio relevante: em 2024, o país registava aproximadamente 2,48 milhões de pessoas vivendo com HIV/SIDA, com progressos assinaláveis na cobertura do tratamento antirretroviral, mas com perdas significativas na cascata de cuidados agravadas pelas recentes mudanças no cenário de financiamento externo, exigindo respostas sustentadas e integradas[15].

Mulheres e raparigas são desproporcionalmente afetadas pelo HIV/SIDA, não apenas em termos epidemiológicos, mas também no que diz respeito à exposição à violência baseada no género[10]. A articulação estabelecida entre HIV/SIDA, desigualdades de poder nas relações conjugais e violência por parceiro íntimo corrobora análises que compreendem a violência contra as mulheres como parte constitutiva de sistemas patriarcais que regulam corpos, sexualidades e comportamentos[16]. A revelação do estado serológico, frequentemente seguida de abandono, agressões ou culpabilização moral, evidencia como o HIV/SIDA pode funcionar como gatilho para a intensificação de violências já latentes nas relações de género[11].

As dificuldades de acesso aos serviços de saúde, a interrupção do tratamento antirretroviral em contextos de conflito armado, especialmente no norte do país, e a escassez de recursos humanos e materiais, configuram formas de agressão indireta, mas contínua, à vida das pessoas vivendo com HIV/SIDA[2,15]. Esses factores revelam que a vulnerabilidade ao HIV não é resultado de escolhas individuais isoladas, mas de condições históricas, políticas e económicas que limitam as possibilidades de cuidado e sobrevivência[12,17].

No plano conceptual, a violência invisível pode ser entendida como um conjunto de práticas sutis, indiretas e muitas vezes naturalizadas, que não se manifestam necessariamente por agressões físicas, mas produzem danos psicológicos, sociais e emocionais significativos[3,7]. De forma complementar, a violência simbólica caracteriza-se por mecanismos de dominação exercidos de maneira sutil e frequentemente internalizados pelas próprias vítimas, tornando-se socialmente legitimados[5,18]. Por outro lado, a violência estrutural evidencia que desigualdades sociais, económicas e institucionais criam condições que perpetuam o sofrimento e a exclusão de grupos vulneráveis, incluindo pessoas vivendo com HIV/SIDA[6].

Dessa forma, observa-se que o estigma e a violência, em suas múltiplas dimensões – simbólica, estrutural e institucional –, estão interligados e influenciam directamente a qualidade de vida, a saúde mental e a adesão ao tratamento. Assim, a literatura evidencia a necessidade de abordagens integradas,

que considerem não apenas o tratamento clínico, mas também os determinantes sociais da saúde, o suporte psicossocial e a garantia dos direitos humanos[19].

Nessa ótica, este estudo objetiva analisar as experiências de violência invisível, estigma e discriminação em indivíduos vivendo com HIV/SIDA na província de Nampula, Moçambique, a fim de compreender como tais experiências influenciam a adesão ao tratamento, a qualidade de vida e o acesso às redes de proteção social.

Metodologia

A presente pesquisa adotou uma metodologia de estudo de caso, de caráter exploratório, com abordagem quantitativa dos dados[20,21,22]. O estudo de caso permitiu explorar, descrever e compreender situações específicas relacionadas ao tema em análise, bem como identificar e explicar as variáveis envolvidas, possibilitando ao pesquisador uma postura crítica diante das evidências observadas. Por sua vez, a natureza exploratória da investigação teve como objetivo gerar informações iniciais sobre o fenómeno em estudo, contribuindo para a delimitação do campo de investigação e fornecendo bases para estudos futuros de caráter explicativo[21]. A abordagem quantitativa foi utilizada com o propósito de quantificar os dados recolhidos, permitindo a realização de análises estatísticas e a formulação de inferências[21,22].

O estudo ocorreu na província de Nampula por ocupar um lugar central neste cenário epidemiológico. Nampula é a província mais populosa de Moçambique, combinando áreas urbanas densamente povoadas com extensas zonas rurais de difícil acesso. Essa diversidade territorial contribui para desigualdades no acesso à saúde, com comunidades rurais enfrentando maiores dificuldades para realizar testagem regular e iniciar tratamento precoce.

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica com vista ao aprofundamento teórico do tema. Em seguida, procedeu-se ao recolhimento de dados por meio de um questionário estruturado, composto por cinco grupos temáticos, organizado em duas partes principais: violência invisível em indivíduos vivendo com HIV/SIDA e motivação, conforme proposto por Creswell[21]. Antes da aplicação do instrumento, os participantes foram devidamente informados sobre os objetivos e a finalidade do estudo, sendo-lhes garantido o direito de desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

A recolha de dados ocorreu na província de Nampula, entre os meses de junho e setembro de 2025, em associações de indivíduos vivendo com HIV/SIDA, residências particulares e locais de trabalho, sempre mediante consentimento prévio e assegurando a confidencialidade e discrição dos participantes. Foram agendadas as sessões de recolha de dados de acordo com a disponibilidade dos participantes, sendo todos devidamente esclarecidos quanto aos objetivos do estudo e às eventuais dúvidas. Ao longo de todo o processo, assegurou-se a natureza voluntária da participação, bem como o direito de desistência em qualquer fase da investigação, sem quaisquer consequências. A população-alvo foi constituída por indivíduos diagnosticados com HIV/SIDA, com idades compreendidas entre 18 e 60 anos. A amostra, cuja característica se encontra espelhada na tabela 1, foi de natureza não probabilística e intencional por conveniência.

Considerando que nem todos os participantes eram alfabetizados, optou-se por uma amostragem por conveniência. Após a aplicação dos questionários, os dados foram conferidos quanto à sua elegibilidade, tabulados com o auxílio do *software* SPHINX e posteriormente analisados por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 25.0, para *Windows*.

Numa primeira fase, procedeu-se a uma análise exploratória dos dados, recorrendo à estatística descritiva. As variáveis categóricas foram analisadas com base em frequências absolutas e percentuais, enquanto as variáveis contínuas foram descritas por meio de medidas de tendência central e dispersão, nomeadamente média, desvio padrão, mediana, moda, valores mínimos e máximos, bem como índices de assimetria e curtose. Posteriormente, foram realizadas análises de correlação canónica e correlação de Pearson, com o objetivo de verificar as relações entre as variáveis em estudo.

Do ponto de vista ético, o estudo foi previamente submetido à apreciação e aprovado pelo Comité de Ética Institucional para Investigação em Saúde (CEIIS), sob o parecer nº 023/CEIIS/2025, garantindo o cumprimento dos princípios fundamentais da investigação com seres humanos, nomeadamente o respeito pela dignidade, o consentimento informado, a confidencialidade e o anonimato dos participantes. O estudo seguiu ainda os princípios estabelecidos na Declaração de Helsínquia e na Convenção de Oviedo[23,24].

Resultados e discussão

O grupo analisado é composto por 100 participantes, com distribuição igual entre homens, (50%) e mulheres (50%). A idade média estimada é de 32 anos, variando entre 18 e 60 anos, indicando um grupo predominantemente de jovem adulto (tabela 1).

Tabela1. Dados sociodemográficos de indivíduos com HIV/SIDA no território de Nampula, Moçambique, 2025

Variável	Categoria	Percentagem/valor
Total de participantes		100%
Sexo	Homens	50%
	Mulheres	50%
Faixa etária	18 a 60	Média de 32 anos
Estado civil	Solteiro	42
	Casados /união estável	38
	Separados/divorciados	20
Ocupação	Serviços	40
	Educação	15
	Saúde	10
	Autónomos	20
	Outros	15
Tipos de instituição	Pública	55
	Privada	35
	Autónomos	10

Fonte: Elaborado pelo autor.

Em relação ao estado civil, nota-se uma distribuição equilibrada entre solteiros (42%) e casados/união estável (38%), com 20% de separados/divorciados, o que pode reflectir possíveis impactos sociais e emocionais relacionados ao convívio com HIV/SIDA, mas também perfis comuns na faixa etária apresentada.

Quanto à ocupação, predomina o setor de serviços (40%). As áreas de educação (15%) e saúde (10%) mostram participação menor, mas relevante. A maioria actualmente em instituições públicas (55%), o que pode influenciar a percepção de estabilidade e acesso à saúde. O fato de os participantes estarem inseridos em instituições públicas pode influenciar essa percepção porque, em geral, o setor público em Moçambique está associado a maior estabilidade laboral (mesmo que com limitações salariais), maior proteção social e acesso mais estruturado aos serviços de saúde. Trabalhadores do setor público tendem a ter maior facilidade de acesso a unidades sanitárias por via de sistemas de encaminhamento institucional, seguros ou programas de saúde ocupacional. Além disso, essas instituições frequentemente promovem campanhas de saúde e informação, o que pode aumentar a percepção de segurança e apoio no cuidado do HIV/SIDA. Ainda assim, essa vantagem pode variar conforme o tipo de instituição e a região.

De forma geral, o perfil indica um grupo relativamente jovem, heterogéneo em ocupações e com ampla inserção no mercado de trabalho, o que está em consonância com a estrutura demográfica de Moçambique, caracterizada por uma população maioritariamente jovem em idade economicamente ativa. Segundo o instituto nacional de estática de Moçambique (INE), o país apresenta uma elevada proporção de jovens, o que reflecte directamente na composição da força de trabalho e nos perfis ocupacionais observados, especialmente em províncias como a de Nampula, onde predominam actividades nos sectores de serviços e informal.

Os dados evidenciam que as características sociodemográficas não atuam isoladamente, mas interagem com factores sociais e estruturais, influenciando directamente as experiências de violência, vulnerabilidade, suporte sócial e acesso ao cuidado. A relação entre características sociodemográficas, vulnerabilidade, violência e estigma em pessoas vivendo com HIV/SIDA deve ser compreendida a partir dos determinantes sociais da saúde. Evidências mostram que fatores como género, idade, nível de escolaridade e condição socioeconómica influenciam tanto a exposição ao HIV/SIDA quanto as experiências após o diagnóstico.

O estigma relacionado ao HIV/SIDA manifesta-se em diferentes dimensões, sendo vivido, antecipado e internalizado e fortemente associado a desigualdades sociais, podendo levar ao isolamento social, discriminação e dificuldades no acesso e adesão ao tratamento[9]. A vulnerabilidade ao HIV/SIDA e os seus impactos são agravados por contextos de violência, especialmente violência baseada no género, e por condições estruturais como pobreza e baixa escolaridade. Estes fatores interagem em múltiplos níveis, individual, social e programático, aumentando a exposição ao risco e dificultando a continuidade dos cuidados de saúde. Assim, o estigma e a violência não podem ser analisados isoladamente, mas sim como parte de um sistema mais amplo de desigualdades sociais que afeta a saúde e o bem-estar das pessoas vivendo com HIV/SIDA[11].

De acordo com os dados da tabela 2, observa-se que o tempo de diagnóstico revela que quase metade (47%) vive com HIV/SIDA entre 1 e 5 anos, enquanto 35% têm mais de 5 anos de diagnóstico e 18% foram diagnosticados recentemente (< 1 ano). Esse cenário indica um grupo composto tanto por indivíduos recém-ingressos nos serviços quanto por usuários experientes no cuidado em HIV.

Tabela 2. Experiência de indivíduos com HIV/SIDA no território de Nampula, Moçambique, 2025

Variável	Categoria	Percentual
Tempo de diagnóstico	<1 ano	18%
Tempo de diagnóstico	1 – 5 anos	47%
Tempo de diagnóstico	5>	35%
Tratamento regular	Sim	92%
Tratamento regular	Não	8%
Desafios principais	Conciliar com o trabalho	46%
Desafios principais	Estigma profissional	21%
Desafios principais	Efeitos colaterais	28%
Desafios principais	Falta de apoio familiar	33%

Fonte: elaborado pelo autor.

Além disso, a adesão ao tratamento é elevada, com 92% fazendo uso regular da terapia antirretroviral, o que constitui um indicador positivo de cuidado e acompanhamento. Observou-se, portanto, uma adesão consistente às directrizes internacionais, que apontam a terapia como eixo central no controle do HIV/SIDA[25].

No entanto, os desafios relatados, como a dificuldade de conciliar o tratamento com as atividades laborais, os efeitos colaterais e a falta de apoio familiar, evidenciam que a adesão não depende apenas do acesso aos serviços de saúde, mas também de condições sociais favoráveis[1,26]. O estigma no ambiente profissional, ainda que referido por uma parcela menor dos participantes, contribui para o silêncio e para a ocultação do diagnóstico, aumentando o sofrimento psicológico e o isolamento social.

Em termos específicos, destacam-se como principais dificuldades a conciliação entre tratamento e trabalho (46%), seguida pela falta de apoio familiar (33%), efeitos colaterais (28%) e estigma profissional (21%). Esse contexto demonstra que, embora a maioria esteja em tratamento, factores sociais, familiares e ocupacionais continuam a constituir barreiras relevantes.

Nesse sentido, os dados da tabela 2 indicam que indivíduos vivendo com HIV/SIDA enfrentam desafios significativos na articulação entre a sua condição de saúde e o ambiente de trabalho, sendo frequentemente expostos a situações de estigma e vulnerabilidade. O estigma pode ser compreendido como um atributo socialmente desvalorizado que conduz à exclusão e discriminação, manifestando-se no contexto laboral desses indivíduos[27]. Além disso, envolve processos de rotulação, estereotipagem e perda de estatuto, evidentes na percepção negativa de gestores face às ausências relacionadas com recaídas de saúde[9].

Por outro lado, importa destacar que a vulnerabilidade associada ao HIV/SIDA não se limita ao plano individual, abrangendo também dimensões sociais e institucionais, como o fraco apoio familiar e as desigualdades entre os sectores público e privado[11,12].

Verifica-se ainda que as dificuldades na conciliação entre o tratamento e as atividades laborais tendem a intensificar processos de desconfiança e especulação no ambiente de trabalho, configurando formas de violência simbólica e invisível que agravam a vulnerabilidade desses indivíduos. Em síntese, conclui-se que, apesar dos avanços na adesão ao tratamento, persistem desafios estruturais e sociais que exigem maior atenção e intervenção.

A Tabela 3 apresenta-se como a secção com maior expressão de vulnerabilidade. Mais da metade dos participantes já se sentiu ameaçada ou intimidada (61%), e 54% relataram violência emocional ou verbal no ambiente familiar. O controlo de recursos, incluindo dinheiro e até medicamentos, foi referido por 37%, indicando uma dinâmica de poder desigual em relações próximas. Além disso, 29% deixaram de procurar tratamento por medo de repercussões familiares ou sociais, um dado preocupante, uma vez que a interrupção do cuidado impacta directamente a saúde. No ambiente de trabalho, 48% perceberam impacto do diagnóstico na dinâmica profissional e 32% relataram discriminação. A maioria (73%) não se sente segura para falar sobre questões de saúde, evidenciando um ambiente marcado por sigilo e medo.

Tabela 3. Violência e vulnerabilidade social relatadas pelos indivíduos com HIV/SIDA em Nampula, Moçambique, 2025

Variável	Categoria	Percentagem
Sentiu-se ameaçado/ intimidado	Sim	61%
Violência emocional/verbal	Sim	54%
Controle de recursos (dinheiro /medicação)	Sim	37%
Evitou tratamento por medo	Sim	29%
Impacto do HIV no trabalho	Sim	48%
Discriminação no trabalho	Sim	32%
Sente-se seguro para falar de saúde	Não	73%

Fonte: Elaborado pelo autor.

Os dados da Tabela 3 indicam que um número significativo de indivíduos a viver com HIV/SIDA enfrenta ameaças e intimidações, chegando a 61% da amostra estudada. Observa-se ainda que o controlo de recursos financeiros por terceiros é um fator preocupante, dado que estes indivíduos dependem desses recursos para satisfazer necessidades básicas e despesas essenciais. Quando tais recursos são restringidos, a situação torna-se ainda mais vulnerável, aumentando o risco de abandono do tratamento e consequente agravamento do estado de saúde.

Estes resultados podem ser compreendidos à luz do conceito de vulnerabilidade, que considera a interacção de factores individuais, sociais e institucionais na exposição a riscos [12,17]. Paralelamente, a perspectiva do estigma evidencia como a desvalorização social e o preconceito podem manifestar-se através de formas de violência simbólica, como intimidação, controlo financeiro e exclusão social, afectando directamente o acesso à saúde e a adesão ao tratamento[5,18].

Em contextos de maior vulnerabilidade social, a violência invisível pode ser intensificada por fatores interseccionais, como género, raça, orientação sexual e condição socioeconómica. Mulheres a viver com HIV/SIDA, por exemplo, apresentam maior risco de violência doméstica, abandono afectivo e culpabilização após a revelação do diagnóstico, evidenciando a sobreposição de desigualdades sociais e sanitárias[19].

Neste cenário, as situações de violência, intimidação e controlo de recursos não ocorrem de forma isolada, mas inserem-se em contextos sociais marcados por desigualdades de poder e estigmatização. Estes factores contribuem para a manutenção de ambientes inseguros, nos quais os indivíduos se sentem impedidos de expressar as suas condições de saúde e de procurar apoio adequado.

Podem ainda ser compreendidos à luz da noção de violência estrutural, que descreve como as estruturas sociais produzem e reproduzem desigualdades que limitam o acesso equitativo a recursos e direitos[6,13]. De forma complementar, o conceito de poder simbólico ajuda a compreender como formas subtis de dominação, como o controlo financeiro e a intimidação, são naturalizadas nas relações sociais, favorecendo a internalização da subordinação pelos indivíduos afectados[5,18].

A presença de medo, sigilo e discriminação, tanto no ambiente familiar como no profissional, reforça barreiras estruturais que dificultam o acesso aos cuidados de saúde e a continuidade do tratamento, agravando ainda mais a vulnerabilidade destes indivíduos. Os resultados indicam que as violências físicas e psicológicas, ainda que sutis ou indirectas, reforçam padrões de discriminação que comprometem a autonomia, o bem-estar e a continuidade do cuidado de indivíduos a viver com HIV/SIDA.

A percepção de qualidade de vida vária com predominância de avaliação regular (38%) e boa (33%), enquanto 17% consideram sua qualidade de vida ruim. Apenas 12% classificam como excelente. Mais da metade (58%) afirma que a violência doméstica ou emocional afecta directamente sua saúde, indicando forte relações entre agressões e piora do bem-estar físico e psicológico. Além disso, 46% dizem que a condição de saúde interfere em sua vida social e profissional, reforçando a carga emocional e social do convívio com HIV/SIDA (Tabela 4).

Tabela 4. Qualidade de vida de indivíduos com HIV/SIDA no território de Nampula, Moçambique, 2025

Variável	Categoria	Percentual
Qualidade de vida	Excelente	12
Qualidade de vida	Boa	33
Qualidade de vida	Regular	38
Qualidade de vida	Ruim	17
Violência afecta a saúde	Sim	58
Saúde interfere na vida social/ profissional	Sim	46

Fonte: elaborado pelo autor.

Evidencia-se que, para uma parte significativa da amostra, a exposição à violência, estigma e discriminação compromete não apenas a saúde física, mas também o bem–estar psicológico e social, impactando directamente a percepção de qualidade de vida (QV). A predominância de avaliações entre regular e boa, em detrimento de níveis mais elevados de satisfação, sugere que, embora muitos indivíduos consigam manter algum equilíbrio em suas vidas, persistem factores estruturais e relacionais que limitam uma percepção mais positiva de qualidade de vida.

A elevada proporção de participantes que relatam impacto directo da violência na saúde (58%) demonstra que as experiências de agressão não são eventos isolados, mas sim elementos contínuos que influenciam negativamente o estado geral de saúde. Esse cenário é agravado pela interferência da condição de saúde nas esferas social e profissional (46%), indicando que o HIV/SIDA associado ao estigma ultrapassa o campo clínico e afeta a integração social, a produtividade e as relações interpessoais.

Além disso, a interligação entre violência, estigma e discriminação cria um ciclo de vulnerabilidade, no qual o sofrimento psicológico pode levar ao isolamento social, à diminuição da autoestima e, consequentemente, à redução da adesão ao tratamento e do autocuidado. Dessa forma, a qualidade de vida deve ser compreendida de forma multidimensional, envolvendo não apenas aspectos biomédicos, mas também determinantes sociais e emocionais. Além disso, a interligação entre violência, estigma e discriminação cria um ciclo de vulnerabilidade, no qual o sofrimento psicológico pode levar ao isolamento social, à diminuição da autoestima e, consequentemente, à redução da adesão ao tratamento e do autocuidado. Dessa forma, a qualidade de vida deve ser compreendida de forma multidimensional, envolvendo não apenas aspectos biomédicos, mas também determinantes sociais e emocionais.

A Organização Mundial da Saúde destaca que os determinantes sociais da saúde como violência, discriminação e exclusão social, exercem influência directa sobre as condições de vida e saúde das populações, sobretudo em contextos de vulnerabilidade como o HIV/SIDA[12]. Complementarmente, estudos recentes sobre qualidade de vida em pessoas vivendo com HIV/SIDA reforçam que o bem-estar está fortemente associado ao suporte social, saúde mental e ausência de estigma, sendo estes factores determinantes para a adesão ao tratamento e autocuidado[9,28].

A teoria sobre estigma social[4] sustenta que a rotulação e exclusão de indivíduos com características desvalorizadas, como soropositividade, reduzem oportunidades de participação social e aumentam vulnerabilidades psicológicas. À luz dessa abordagem teórica, os resultados observados indicam que o estigma não actua apenas como um fenómeno simbólico, mas como um mecanismo concreto de exclusão que afecta directamente as condições de vida dos indivíduos.

Nesse sentido, o estigma associado ao HIV/SIDA pode intensificar experiências de discriminação e violência, contribuindo para a internalização de sentimentos de inferioridade, vergonha e medo. Esses factores tendem a limitar a busca por apoio social e serviços de saúde, agravando ainda mais a situação de vulnerabilidade. O parecer, portanto, aponta para a necessidade de intervenções que não se restrinjam ao tratamento clínico, mas que também abordem dimensões sociais, culturais e institucionais do problema.

Adicionalmente, torna-se fundamental promover estratégias de sensibilização comunitária e fortalecimento de redes de apoio, de modo a reduzir o impacto do estigma e favorecer a inclusão social, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dessas populações.

Os dados da Tabela 5 mostram que menos da metade dos participantes conhece serviços de apoio (44%), o que evidencia a necessidade de maior divulgação e facilitação do acesso. O suporte social é limitado, sendo que 36% dos participantes relatam apoio familiar, 28% apoio de amigos ou outros membros da rede social, e 22% apoio da chefia. Esses resultados sugerem uma rede de apoio fragilizada, o que contribui para vulnerabilidades emocionais e sociais dos indivíduos vivendo com HIV/SIDA.

Tabela 5. Apoio e recomendações para indivíduos com HIV/SIDA no território de Nampula, Moçambique, 2025

Variável	Categoria	Percentual
Conhece serviços de apoio	Sim	44
Apoio familiar	Sim	36
Apoio dos colegas	Sim	28
Apoio da chefia	Sim	22
Recomendações	Grupo de apoio	52
Recomendações	Políticas de estigma	47
Recomendações	Assistência jurídica/social	39
Recomendações	Capacitação de familiares	28

Fonte: elaborado pelo autor.

Quanto às recomendações, os participantes destacam a importância de grupos de apoio emocional (52%), políticas de combate ao estigma (47%), assistência jurídica e social (39%) e capacitação familiar (28%). Os comentários qualitativos reforçam o medo de revelar o diagnóstico, experiências de discriminação e violência, dificuldades no acesso e continuidade do tratamento, bem como forte estigma social, evidenciando carência de apoio psicológico e social adequado.

Os dados da Tabela 5 apontam para a importância dos grupos de apoio na melhoria da saúde e do bem-estar de pessoas vivendo com HIV/SIDA. O suporte social proporcionado por esses grupos contribui para a redução do estigma, fortalecimento emocional e melhoria da adesão ao tratamento antirretroviral, elementos essenciais para a qualidade de vida desses indivíduos[9]. A participação em redes de apoio oferece um espaço de acolhimento, partilha de experiências e fortalecimento psicológico, favorecendo a saúde mental e social[9].

Estudos indicam que o suporte social consistente está directamente associado à maior adesão ao tratamento e ao aumento do engajamento em práticas de autocuidado em saúde[9]. Contudo, os dados apresentados evidenciam fragilidades significativas na rede de apoio, o que pode comprometer a continuidade do tratamento e o equilíbrio emocional dos indivíduos[26]. A limitação do apoio familiar, comunitário e institucional reforça o isolamento social e pode agravar situações de vulnerabilidade já existentes.

Apesar da existência de políticas públicas voltadas para pessoas vivendo com HIV/SIDA, observa-se que muitos indivíduos em situação de vulnerabilidade enfrentam lacunas importantes, como discriminação no ambiente de trabalho, constituindo uma barreira significativa ao exercício pleno dos seus direitos[29]. Embora existam mecanismos de proteção, a sua efetividade ainda é limitada, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade socioeconómica[15].

Evidencia-se a necessidade de políticas integradas que considerem não apenas a dimensão biomédica da doença, mas também os direitos humanos e a proteção social dos indivíduos[26]. Além do apoio social e das políticas públicas, o reforço jurídico apresenta-se como um componente essencial para garantir os direitos das pessoas vivendo com HIV/SIDA. A proteção legal assegura confidencialidade, combate à discriminação e facilita o acesso a benefícios sociais e trabalhistas[30]. A legislação constitui um instrumento fundamental para a promoção do direito à saúde[31], enquanto

políticas legais eficazes têm impacto positivo na saúde pública e na qualidade de vida das populações afetadas[32].

Considerações finais

Os achados evidenciam que o grupo estudado é relativamente jovem, com idade média de 32 anos, e heterogéneo em termos de ocupação e estado civil. Além disso, os resultados apontam que viver com HIV/SIDA implica vulnerabilidades que vão além do âmbito biomédico, incluindo discriminação, estigmatização e violência em diferentes contextos sociais. Embora a adesão à terapia seja elevada, a persistência do estigma contribui para isolamento social e, em alguns casos, abandono do tratamento.

Verifica-se elevada exposição à violência, à intimidação e ao controlo de recursos básicos por terceiros, indicando formas de violência doméstica e laboral que incluem também violência psicológica e simbólica, entendida como formas de dominação social que produzem silêncio, submissão e exclusão. Estes fatores ultrapassam o contexto familiar e manifestam-se igualmente no espaço laboral, com impacto direto na continuidade do cuidado e na qualidade de vida.

A maioria dos participantes refere qualidade de vida regular ou boa, embora cerca de 60% reconheçam impactos negativos do estigma e da violência na sua saúde física e emocional. O suporte social e institucional revela-se insuficiente, uma vez que menos da metade dos participantes conhece serviços de apoio e apenas uma parte refere apoio efetivo da família, do meio profissional ou de instituições formais.

Observa-se ainda relação entre suporte social e adesão ao tratamento, evidenciando que o acompanhamento psicossocial e as redes de proteção desempenham um papel central na manutenção da terapêutica e na redução da vulnerabilidade. Além da necessidade de acolhimento e aconselhamento de participantes em situação de interrupção terapêutica, reforçando fragilidades na continuidade do cuidado.

No contexto laboral, o receio de revelar o diagnóstico confirma a permanência do estigma institucional, mesmo entre indivíduos inseridos no mercado formal de trabalho. Esta realidade evidencia a necessidade de intervenções articuladas entre serviços de saúde, assistência social, educação e estruturas comunitárias, com enfoque na proteção dos direitos humanos e na redução da discriminação.

Diante deste cenário, recomenda-se o fortalecimento de ações integradas de cuidado às pessoas que vivem com HIV/SIDA, com ênfase no acompanhamento psicossocial contínuo, na prevenção do abandono terapêutico e na sensibilização comunitária. É igualmente fundamental capacitar profissionais de saúde, educação e líderes comunitários, de modo a promover práticas baseadas na confidencialidade, no respeito e na equidade.

Como limitação do estudo, destaca-se o uso de amostragem por conveniência e o tamanho reduzido da amostra, o que limita a generalização dos resultados, bem como a possibilidade de subnotificação de experiências de violência devido ao estigma associado ao HIV. Recomenda-se que pesquisas futuras utilizem abordagens metodológicas mistas e ampliem a amostra, permitindo uma compreensão mais aprofundada das dinâmicas de vulnerabilidade e apoiando o desenvolvimento de políticas públicas mais eficazes.

Referências

1. UNAIDS. The path that ends AIDS: UNAIDS global AIDS update 2023 [Internet]. Geneva: UNAIDS; 2023 [citado em 23 fev. 2025]. 196 p. Disponível em: https://www.unaids.org/en/resources/documents/2023/global-aids-update-2023

2. Agência de Informação de Moçambique. Mozambique: 44,000 deaths related to HIV/AIDS recorded over the last year. Allafrica [Internet]. 2 dez. 2025 [citado em 23 fev. 2025]. Disponível em: https://allafrica.com/stories/202512030038.html

3. Hirigoyen MF. Assédio moral: a violência perversa no cotidiano. 19ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2000. 224 p.

4. Parker R, Aggleton P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. Soc Sci Med [Internet]. 2003 [citado em 23 fev. 2025];57(1):13–24. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953602003040 doi:10.1016/S0277-9536(02)00304-0

5. Bourdieu P. A dominação masculina. 1ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1999. 208 p.

6. Galtung J. Violence, peace, and peace research. J Peace Res [Internet]. 1969 [citado em 21 maio 2025]; 6(3):167–191. Disponível em: https://www.jstor.org/stable/422690 doi:10.1177/002234336900600301

7. Minayo MCS. Violência e saúde. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. 132 p.

8. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editores. World report on violence and health [Internet]. Geneva: WHO; 2002 [citado em 23 fev. 2025]. 346 p. Disponível em: https://www.paho.org/sites/default/files/World_Report_Violence_Health_eng.pdf

9. Chambers LA, Rueda S, Baker DN, Wilson MG, Deutsch R, Raeifar E, et al. Stigma, HIV and health: a qualitative synthesis. BMC Public Health [Internet]. 2015 [citado em 23 fev. 2025];15:848. Disponível em: https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-2197-0 doi:10.1186/s12889-015-2197-0

10. UNAIDS. The urgency of now: AIDS at a crossroads [Internet]. Geneva: UNAIDS; 2024 [citado em 21 maio 2025]. 300 p. Disponível em: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2024-unaids-global-aids-update_en.pdf

11. UNAIDS. Confronting discrimination: overcoming HIV-related stigma and discrimination in health-care settings and beyond [Internet]. Geneva: UNAIDS; 2017 [citado em 21 maio 2025]. 68 p. Disponível em: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/confronting-discrimination_en.pdf

12. World Health Organization. Social determinants of health [Internet]. Geneva: WHO; 2009 [citado em 21 abr. 2025]. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health

13. Farmer P. Pathologies of power: health, human rights, and the new war on the poor. 1ª ed. Berkeley: University of California Press; 2004. 402 p.

14. Moçambique. Conselho Nacional de Combate ao HIV e Sida. Plano estratégico nacional de resposta ao HIV e SIDA – PEN V (2021–2025) [Internet]. Maputo: CNCS; 2021 [citado 20 abr. 2025]. 100 p. Disponível em: https://www.prepwatch.org/wp-content/uploads/2022/07/National-Strategic-Plan-of-Response-to-HIV-and-AIDS-NSP-V-2021-25.pdf

15. Gaspar I. A resposta do HIV em Moçambique num novo cenário de financiamento [Internet]. Maputo: IAS Educational Fund; 2025 [citado em 23 fev. 2025. 33 p. Disponível em: https://www.iasociety.org/sites/default/files/EduFund/meeting-material/mozambique/A_Resposta_do_HIV_em_Moc%CC%A7ambique_num_novo_cena%CC%81rio_de_financiamento.pdf

16. Mama A. Challenging subjects: gender and power in African contexts. Afr Sociol Rev [Internet]. 2001 [citado em 21 abr. 2025]; 5(2):63–73. Disponível em: https://www.jstor.org/stable/24487697

17. Mann JM, Tarantola DJM, editores. AIDS in the world II: global dimensions, social roots, and responses. 2ª ed.Oxford: Oxford University Press; 1996. 652 p.

18. Bourdieu P. Language and symbolic power. 1ª ed. Cambridge: Harvard University Press; 1991. 302 p.

19. Souza DE, Carmo CN, Monteiro S. Vulnerability and non-adherence to treatment in cisgender women living with HIV/AIDS: a scoping review (2000–2024). Arch Public Health [Internet]. 2025 [citado em 21 abr. 2025];84(54):1–14. Disponível em: https://link.springer.com/article/10.1186/s13690-026-01852-z doi:10.1186/s13690-026-01852-z

20. Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos de metodologia científica. 8ª ed. São Paulo: Atlas; 2017. 375 p.

21. Creswell JW, Plano Clark VL. Designing and conducting mixed methods research. 3ª ed. Thousand Oaks: Sage; 2018. 492 p.

22. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 6ª ed. São Paulo: Atlas; 2017. 173 p.

23. World Medical Association. Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human participants [Internet] Helsinque: WMA; 2024 [citado em 21 abr. 2025]. Disponível em: https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/

24. Council of Europe. Convention for the protection of human rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine: convention on human rights and biomedicine (ETS No. 164), 4 abr. 1997. Baseia os princípios estabelecidos pela Convenção Europeia dos Direitos Humanos, nos campos da biologia e da medicina. Oviedo: Council of Europe; 1997 [citado em 21 abr. 2025]. Disponível em: https://www.coe.int/en/web/human-rights-and-biomedicine/oviedo-convention

25. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [citado em 21 abr. 2025]. 144 p. https://www.who.int/publications/i/item/9789240052390

26. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [citado em 21 abr. 2025]. 594 p. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593

27. Pádua IM. Sida, doença estigmatizante: uma leitura antropológica do problema. An Fac Med Univ Fed Minas Gerais [Internet]. 1986 [citado em 21 abr. 2025];35(1):22–27. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-35735

28. Barnett T, Whiteside A. AIDS in the twenty-first century: disease and globalisation. 1ª ed. Londres: Palgrave Macmillan; 2002. 416 p.

29. International Labour Office. The ILO global HIV discrimination in the world of work survey [Internet]. Geneva: ILO; 2021 [citado em 21 maio 2025]. 157 p. Disponível em: https://www.ilo.org/publications/ilo-global-hiv-discrimination-world-work-survey

30. UNAIDS. HIV and stigma and discrimination: human rights fact sheet series [Internet]. Geneva: UNAIDS; 2024 [citado em 21 maio 2025]. 6 p. Disponível em: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/07-hiv-human-rights-factsheet-stigma-discrmination_en.pdf

31. United Nations. International covenant on economic, social and cultural rights, Resolução 2200A (XXI), 16 dez. 1966. Nova York: United Nations; 1966 [citado em 21 maio 2025]. Disponível em: https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights

32. Gostin LO, Wiley LF. Public health law: power, duty, restraint. 3ª ed. Oakland: University of California Press; 2016. 638 p.

Informações editoriais

Histórico

Recebido: 19/12/2025
Revisado: 21/05/2026
Aprovado: 25/05/2026

Processo de Avaliação

Avaliação por pares duplo-cego.

Avaliação por pares aberta

Dois avaliadores ad hoc avaliaram este manuscrito. O autor concordou com a interação, se necessário, e com a publicação do parecer. Ambos os avaliadores concordaram com a interação e ambos autorizaram a publicação do parecer, se indicado pela revista.

Preprint

O manuscrito não é um *preprint*.

Verificação de similaridade

Este artigo foi submetido à verificação de similaridade textual com o software *CopySpider*.

Contribuição dos autores

A. J. Marrunguja: concepção/desenho do artigo, análise e interpretação de dados, redação do artigo, revisão crítica de seu conteúdo e aprovação da versão final.

Conflito de interesses

O autor declarara não haver nenhum conflito de interesse de ordem pessoal, comercial, acadêmica, política e financeira referente a este artigo.

Financiamento

Não se aplica.

Origem da pesquisa

Pesquisa independente, não derivada de tese, dissertação ou projeto institucional.

Aprovação ética da pesquisa

O estudo foi previamente submetido à apreciação e aprovado pelo Comitê de Ética Institucional para Investigação em Saúde (CEIIS), sob o parecer nº 023/CEIIS/2025.

Disponibilidade dos dados de pesquisa

Os conteúdos subjacentes ao texto da pesquisa estão contidos no manuscrito.

Declaração de uso de ferramentas de Inteligência Artificial (IA)

O autor declara que nenhuma ferramenta de inteligência artificial foi utilizada na elaboração deste manuscrito ou na pesquisa nele relatada.

Equipe editorial

Editora-chefe: Sandra Mara Campos Alves
Editora assistente: Amanda Nunes Lopes Espiñeira Lemos
Assistentes editoriais: Danilo Silva Santos Rocha, Daphne Sarah Gomes Jacob Mendes, Maria Ester Simões Nogueira
Revisora de texto: Júlia Ribeiro Vitoriano

Publisher

Fundação Oswaldo Cruz, Fiocruz, Programa de Direito Sanitário, Brasília, DF, Brasil

Direitos Autorais

Os autores mantêm os direitos autorais sobre suas obras e concedem aos Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário (CIADS) o direito de primeira publicação.

Open Access

Este artigo é publicado em Acesso Aberto (*Open Access*), com acesso imediato, gratuito e permanente ao seu conteúdo, sem cobrança de taxas para leitura, download ou compartilhamento.

Licença de Uso

Copyright © 2026 Antonio Jorge Marrunguja. Este artigo é licenciado sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0), que permite o uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a autoria original e a fonte de publicação sejam devidamente citadas.



Como citar (Vancouver)

Marrunguja AJ. Violência invisível em indivíduos vivendo com HIV/SIDA em Nampula – Moçambique. Cad. Ibero-Am. Direito Sanit. 2026;15:e2026021. doi: 10.17566/ciads.e2026021