



OPEN ACCESS

Biomedical and Biopharmaceutical Research - One Health and Wellbeing
Investigação Biomédica e Biofarmacêutica - Saúde Global e Bem-estar
Volume 23 (2026) | 10.19277/bbr.ohw.23.377
ISSN 2182-2379 (digital)

Therapeutic Itineraries and Barriers to Antiretroviral Treatment among Men Living with HIV in Maputo: An Ethnographic Study

Itinerários Terapêuticos e Obstáculos ao Tratamento Antirretroviral entre Homens que Vivem com VIH em Maputo: Um Estudo Etnográfico

Arminda Ubisse Lopes Eugénio ¹ , Jose Braz Chidassica ² , Francisco Mbofana ³ & Elisio Jossias ¹

Keywords: HIV Infections, Men's Health, Antiretroviral Therapy, Mozambique, Health Services Accessibility; Patient Adherence

Palavras-chave: Infecções por HIV; Saúde do Homem; Terapia Antirretroviral; Moçambique; Acessibilidade aos Serviços de Saúde; Adesão do Paciente

To Cite:

Lopes Eugénio, A. U., et al. (2026) Therapeutic Itineraries and Barriers to Antiretroviral Treatment among Men Living with HIV in Maputo: An Ethnographic Study. *BBR - One Health and Wellbeing*, 23, 377, 1-25. <https://doi.org/10.19277/bbr.ohw.23.377>

1- Universidade Eduardo Mondlane, Maputo, Moçambique

2 - Instituto Nacional de Saúde, Maputo, Moçambique

3 - Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA, Maputo, Moçambique

Correspondence to / Correspondência a:
armindaubisse@gmail.com

Received / Recebido: 10/10/2025
Accepted / Aceite: 30/03/2026

Journal correspondence / Correspondência dos jornais: bbr@alies.pt

Abstract

Men living with HIV in Mozambique face significant barriers to antiretroviral treatment (ART) access and adherence. Despite high HIV prevalence (12.6%), limited understanding exists of the sociocultural dimensions shaping men's therapeutic itineraries. This ethnographic study was conducted at Polana Caniço Health Centre, Maputo, between March and September 2024. We conducted participant observation and semi-structured interviews with 28 men living with HIV (aged 24-50 years) to examine therapeutic itineraries and barriers to ART. Thematic analysis was employed following Braun & Clarke's framework. Four major themes emerged: (1) diverse pathways to HIV discovery including prenatal accompaniment, symptomatic presentation, and partner notification; (2) structural barriers including long wait times, stock-outs, and economic constraints; (3) masculinity norms and HIV-related stigma affecting disclosure and care-seeking; (4) therapeutic pluralism combining biomedical and traditional healing practices. Men's ART access and adherence in Maputo are shaped by intersecting structural, sociocultural and gender-related barriers organized across four thematic dimensions. Interventions must address masculine identities, reduce stigma, ensure service flexibility, and recognize therapeutic pluralism.

Resumo

Os homens vivendo com HIV em Moçambique enfrentam barreiras significativas no acesso e na adesão ao tratamento antirretroviral (TARV). Apesar da elevada prevalência do HIV (12,6%), subsiste uma compreensão limitada das dimensões socioculturais que moldam os itinerários terapêuticos masculinos. Este estudo etnográfico foi conduzido no Centro de Saúde da Polana Caniço, na cidade de Maputo, entre Março e Setembro de 2024. Foram realizadas observação participante e entrevistas semi-estruturadas com 28 homens vivendo com HIV (com idades compreendidas entre os 24 e os 50 anos), com o objectivo de analisar os seus itinerários terapêuticos e as barreiras ao acesso e adesão ao TARV. A análise temática foi conduzida com base no referencial metodológico de Braun e Clarke. Emergiram quatro temas principais: (1) múltiplas vias de descoberta do estado serológico, incluindo o acompanhamento em consultas pré-natais, a manifestação de sintomas e a notificação pelo(a) parceiro(a); (2) barreiras estruturais, como longos tempos de espera, rupturas no fornecimento de medicamentos e constrangimentos económicos; (3) normas de masculinidade e estigma associado ao HIV, que influenciam a divulgação do diagnóstico e a procura de cuidados de saúde; (4) pluralismo terapêutico, caracterizado pela combinação de práticas biomédicas e tradicionais. O acesso e a adesão ao TARV entre os homens na cidade de Maputo são moldados por barreiras interligadas de natureza estrutural, sociocultural e de género, organizadas em quatro dimensões temáticas. As intervenções devem considerar as identidades masculinas, reduzir o estigma, promover maior flexibilidade nos serviços de saúde e reconhecer o papel do pluralismo terapêutico.

Introduction

Mozambique faces one of the world's highest HIV burdens, with an adult prevalence of 12.5% (1). Despite significant expansion of antiretroviral treatment (ART) coverage over the past two decades, men remain substantially underrepresented in HIV testing, treatment initiation, and retention in care compared to women (2). Men living with HIV in sub-Saharan Africa experience higher mortality rates, lower CD4 counts at diagnosis, and poorer viral suppression rates (3), reflecting complex barriers that extend beyond biomedical factors to encompass structural, sociocultural, and gender-related dimensions (4).

This ethnographic study was conducted between March and September 2024 at Polana Caniço Health Centre and surrounding peripheral neighbourhoods in Maputo city, Mozambique. The study site serves a diverse peri-urban population of approximately 45,000 residents and provides comprehensive HIV services, including testing, counselling, and ART provision. The investigation aims to analyse the dynamics of HIV/AIDS treatment access within both healthcare contexts and the daily lived experiences of men living with HIV in urban Mozambique.

While existing research has documented medication side effects, stigma, and structural barriers as determinants of treatment adherence, limited ethnographic investigation has examined how masculine identities, social dynamics, and therapeutic pluralism shape men's HIV care engagement in Mozambican contexts (5). Most studies adopt biomedical frameworks that privilege pharmacological adherence while overlooking the complex social negotiations, gender performances, and plural medical systems through which men navigate their HIV diagnosis and treatment (6). Understanding men's therapeutic itineraries, the pathways through which individuals seek, access, and navigate treatment across multiple healing systems, is critical for developing contextually appropriate, gender-responsive interventions (7).

Introdução

Moçambique enfrenta uma das mais elevadas cargas de HIV a nível mundial, com uma prevalência entre adultos estimada em 12,5% (1). Apesar da expansão significativa da cobertura do tratamento antirretroviral (TARV) ao longo das últimas duas décadas, os homens continuam substancialmente sub-representados na testagem para o HIV, no início do tratamento e na retenção nos cuidados de saúde, em comparação com as mulheres (2). Os homens vivendo com HIV na África Subsaariana apresentam taxas de mortalidade mais elevadas, contagens de CD4 mais baixas no momento do diagnóstico e níveis inferiores de supressão viral (3), reflectindo barreiras complexas que vão além dos factores biomédicos e que abrangem dimensões estruturais, socioculturais e relacionadas com o género (4).

O presente estudo etnográfico foi conduzido entre Março e Setembro de 2024 no Centro de Saúde da Polana Caniço e nos bairros periféricos circundantes da cidade de Maputo, Moçambique. A área de estudo abrange uma população periurbana diversificada de aproximadamente 45.000 residentes e dispõe de serviços abrangentes de HIV, incluindo testagem, aconselhamento e disponibilização de TARV. A investigação tem como objectivo analisar as dinâmicas de acesso ao tratamento do HIV/SIDA, tanto no contexto dos serviços de saúde como nas experiências quotidianas de homens vivendo com HIV em contexto urbano moçambicano.

Embora a literatura existente tenha documentado os efeitos secundários da medicação, o estigma e as barreiras estruturais como determinantes da adesão ao tratamento, permanece limitada a investigação etnográfica que analisa de que forma as identidades masculinas, as dinâmicas sociais e o pluralismo terapêutico moldam o envolvimento dos homens nos cuidados relacionados com o HIV em contextos moçambicanos (5). A maioria dos estudos adopta enquadramentos biomédicos que privilegiam a adesão farmacológica, negligenciando as complexas negociações sociais, o desempenho de género e os sistemas médicos plurais através dos quais os homens interpretam e gerem o diagnóstico e o tratamento do HIV (6). A compreensão dos itinerários terapêuticos masculinos, entendidos como os percursos através dos quais os indivíduos procuram, acedem e navegam entre diferentes sistemas de cuidado, é fundamental para o desenvolvimento de intervenções contextualizadas e sensíveis ao género (7).

Previous studies focus predominantly on biomedical perspectives of HIV treatment, emphasizing viral load suppression, medication adherence, and clinical outcomes. However, stigma and discrimination associated with HIV/AIDS are frequently identified as significant barriers to treatment access and adherence, profoundly affecting interpersonal relationships, social participation, and care-seeking behaviours (5,8). From a social sciences perspective, understanding these lived experiences within their cultural and gendered contexts provides essential insights for public health programming that moves beyond individual-level adherence interventions to address the social determinants of health engagement.

This ethnographic study aims to: (1) examine how men living with HIV in Maputo discover their serological status and navigate initial access to ART services; (2) identify structural, sociocultural, and gender-related barriers to sustained treatment adherence; (3) analyse the intersection of biomedical and traditional healing practices in men's therapeutic itineraries; and (4) explore how masculinity norms shape HIV-related stigma, disclosure practices, and care-seeking behaviours. By organizing findings across four thematic dimensions, this study provides a comprehensive understanding of the multiple factors conditioning men's ART engagement.

Material and Methods

Study design and setting

This investigation adopted a qualitative approach of ethnographic nature, emphasizing in-depth exploration of lived experiences and sociocultural contexts shaping health behaviors. The study was conducted at Polana Caniço Health Centre, located in a peri-urban area of Maputo City, between March and September 2024, comprising seven months of intensive fieldwork. Polana Caniço serves approximately 45,000 residents and provides comprehensive HIV services, including voluntary counseling and testing (VCT),

Estudos anteriores centram-se predominantemente em perspectivas biomédicas do tratamento do HIV, enfatizando a supressão da carga viral, a adesão medicamentosa e os resultados clínicos. Contudo, o estigma e a discriminação associados ao HIV/SIDA são frequentemente identificados como barreiras significativas ao acesso e à adesão ao tratamento, afectando profundamente as relações interpessoais, a participação social e os comportamentos de procura de cuidados de saúde (5,8). A partir de uma perspectiva das ciências sociais, a compreensão destas experiências vividas nos seus contextos culturais e de género oferece contributos essenciais para o desenho de programas de saúde pública que vão além de intervenções centradas exclusivamente na adesão individual, incorporando os determinantes sociais do envolvimento nos cuidados de saúde.

O presente estudo etnográfico tem como objectivos: (1) analisar como os homens vivendo com HIV na cidade de Maputo descobrem o seu estado serológico e acedem inicialmente aos serviços de TARV; (2) identificar as barreiras estruturais, socioculturais e de género que condicionam a adesão sustentada ao tratamento; (3) analisar a intersecção entre práticas biomédicas e terapias tradicionais nos itinerários terapêuticos masculinos; (4) explorar de que forma as normas de masculinidade moldam o estigma associado ao HIV, as práticas de revelação do diagnóstico e os comportamentos de procura de cuidados. Ao organizar os resultados em quatro dimensões temáticas, este estudo procura oferecer uma compreensão abrangente dos múltiplos factores que condicionam o envolvimento dos homens no tratamento antirretroviral.

Materiais e Métodos

Desenho do estudo e contexto

Esta investigação adoptou uma abordagem qualitativa de natureza etnográfica, enfatizando a exploração aprofundada das experiências vividas e dos contextos socioculturais que moldam os comportamentos em saúde. O estudo foi realizado no Centro de Saúde de Polana Caniço, localizado numa área periurbana da Cidade de Maputo, entre Março e Setembro de 2024, totalizando sete meses de trabalho de campo intensivo. O Centro de Saúde de Polana Caniço serve aproximadamente 45.000 residentes e disponibiliza serviços abrangentes de HIV, incluindo aconselhamento e testagem voluntária (ATV), início

ART initiation and monitoring, TB screening, and prevention of mother-to-child transmission (PMTCT) services. The health centre was selected for its high patient volume, diverse socioeconomic catchment area, and established HIV treatment program.

Participants and sampling

We employed purposive sampling to recruit 28 men living with HIV, aged 24-50 years (mean age=36 years, median=35 years), who were accessing or had previously accessed ART services at the health centre. Purposive sampling was chosen to ensure diversity in treatment experience, time since diagnosis, and adherence patterns.

Inclusion criteria were: (1) male sex assigned at birth; (2) documented HIV-positive status confirmed through health centre records; (3) age ≥ 18 years; (4) current or previous residence in Polana Caniço or adjacent neighborhoods; (5) ability to provide informed consent in Portuguese or local languages (Changana, Ronga).

Exclusion criteria: cognitive impairment or severe illness preventing meaningful participation. Additionally, 6 female partners/caregivers (wives, mothers, sisters) were interviewed to provide comparative gender perspectives on treatment support dynamics, household decision-making, and disclosure experiences. The inclusion of female voices was essential for understanding relational dimensions of men's treatment adherence. Data saturation was reached after 22 male participants, confirmed when no new themes emerged from analysis; six additional interviews were conducted to validate saturation and ensure representativeness across age groups and treatment stages.

Data collection

Primary data collection methods included: (1) Participant observation (approximately 200 hours) conducted in health centre waiting areas, pharmacy queues, consultation corridors, and community

e monitorização da terapia antirretroviral (TARV), rastreio da tuberculose e serviços de prevenção da transmissão vertical do HIV (PTV). O Centro de Saúde foi seleccionado devido ao seu elevado volume de utentes, à diversidade socioeconómica da população abrangida e à existência de um programa de tratamento do HIV já estabelecido.

Participantes e amostragem

Foi utilizada uma amostragem intencional para recrutar 28 homens vivendo com HIV, com idades compreendidas entre os 24 e os 50 anos (idade média = 36 anos; mediana = 35 anos), que se encontravam a aceder ou já tinham acedido previamente aos serviços de TARV no centro de saúde. A amostragem intencional foi seleccionada de forma a assegurar diversidade nas experiências de tratamento, no tempo desde o diagnóstico e nos padrões de adesão.

Os critérios de inclusão foram: (1) sexo masculino atribuído à nascença; (2) estado serológico positivo para o HIV devidamente documentado e confirmado através dos registos da unidade sanitária; (3) idade igual ou superior a 18 anos; (4) residência actual ou anterior no bairro da Polana Caniço ou em zonas adjacentes; (5) capacidade para fornecer consentimento informado em língua portuguesa ou em línguas locais (Changana, Ronga).

Os critérios de exclusão incluíram: incapacidade cognitiva ou doença grave que impedisse a participação significativa no estudo. Adicionalmente, foram entrevistadas 6 parceiras/cuidadoras do sexo feminino (esposas, mães, irmãs), com o objectivo de integrar perspectivas de género comparativas sobre as dinâmicas de apoio ao tratamento, a tomada de decisão no contexto doméstico e as experiências de revelação do diagnóstico. A inclusão de vozes femininas foi considerada essencial para compreender as dimensões relacionais da adesão dos homens ao tratamento. A saturação dos dados foi atingida após a realização de 22 entrevistas com participantes masculinos, tendo sido confirmada quando deixou de emergir informação temática nova a partir da análise. Foram realizadas seis entrevistas adicionais com o objectivo de validar a saturação e assegurar a representatividade entre diferentes grupos etários e fases do tratamento.

Recolha de dados

Os principais métodos de recolha de dados incluíram: (1) Observação participante (aproximadamente 200 horas), realizada em salas de espera da unidade sanitária, filas da farmácia, corredores de consulta e espaços comunitários, incluindo mercados,

spaces including markets, transport hubs, and residential areas where participants gathered; (2) Semi-structured ethnographic interviews (n=28 men living with HIV, average duration 75 minutes, range 45-120 minutes) guided by a flexible topic guide covering HIV diagnosis narratives, treatment experiences and interruptions, barriers to care access, gender roles and masculinity, family relationships, disclosure decisions, stigma experiences, and engagement with traditional healing; (3) Informal conversations documented systematically in field notes, capturing spontaneous discussions and observational insights. The topic guide was iteratively refined during fieldwork as new themes emerged.

Audio recording was not employed due to substantial ethical concerns regarding participant confidentiality and pervasive HIV-related stigma in the community context. Audio recording was explicitly declined by 23 of the first 25 participants approached, expressing fears about voice recognition and future disclosure risks. Instead, detailed field notes were written during observations, and interview notes were expanded into full narrative transcripts immediately after each encounter (within 24 hours) to maximize accuracy and capture non-verbal cues, emotional tone, and contextual details. This approach, while precluding verbatim quotation, enabled richer attention to participant comfort, trust-building, and contextual understanding.

Data analysis

Interview transcripts and field notes were analysed using thematic analysis following Braun & Clarke's six-phase framework(9): (1) familiarization with data through repeated reading and immersion; (2) generating initial codes systematically across the entire dataset; (3) searching for themes by collating codes into broader patterns; (4) reviewing themes through iterative refinement to ensure internal coherence and external distinctiveness; (5) defining and naming themes to capture their essence and boundaries; (6) producing the analytical narrative with illustrative examples.

pontos de transporte e áreas residenciais onde os participantes se reuniam; (2) Entrevistas etnográficas semi-estruturadas (n=28 homens vivendo com HIV, com duração média de 75 minutos, variando entre 45 e 120 minutos), orientadas por um guião flexível que abordava narrativas de diagnóstico do HIV, experiências de tratamento e interrupções, barreiras no acesso aos cuidados de saúde, papéis de género e masculinidade, relações familiares, decisões de revelação do diagnóstico, experiências de estigma e envolvimento com terapias tradicionais; (3) Conversas informais sistematicamente registadas em notas de campo, permitindo captar interações espontâneas e insights observacionais. O guião de entrevistas foi revisto de forma iterativa ao longo do trabalho de campo, à medida que novos temas emergiam.

Não foi utilizada gravação áudio devido a preocupações éticas significativas relacionadas com a confidencialidade dos participantes e o elevado nível de estigma associado ao HIV no contexto comunitário. A gravação áudio foi explicitamente recusada por 23 dos primeiros 25 participantes abordados, que expressaram receios relacionados com o reconhecimento da voz e potenciais riscos de divulgação futura. Em alternativa, foram elaboradas notas de campo detalhadas durante as observações, e as notas das entrevistas foram posteriormente expandidas em transcrições narrativas completas imediatamente após cada interação (no prazo máximo de 24 horas), de forma a maximizar a precisão e a captura de elementos não verbais, do tom emocional e dos detalhes contextuais. Esta abordagem, embora não permita a transcrição literal das falas, possibilitou uma atenção mais aprofundada ao conforto dos participantes, à construção de confiança e à compreensão contextual.

Análise de dados

As transcrições das entrevistas e as notas de campo foram analisadas através de análise temática, seguindo o modelo de seis fases proposto por Braun e Clarke (9): (1) familiarização com os dados através de leituras repetidas e imersão no material; (2) geração de códigos iniciais de forma sistemática em todo o conjunto de dados; (3) identificação de temas por meio da agregação dos códigos em padrões mais amplos; (4) revisão dos temas através de um processo iterativo de refinamento, de modo a garantir coerência interna e distinção externa; (5) definição e denominação dos temas, de forma a captar a sua essência e delimitação; (6) elaboração do texto analítico com recurso a exemplos ilustrativos.

Analysis was both inductive (data-driven, allowing themes to emerge from participants' accounts) and deductive (informed by theoretical frameworks on masculinities, health-seeking behaviour, therapeutic pluralism, and HIV stigma). Four major themes were identified through this process: pathways to HIV discovery, structural/systemic barriers, masculinity and stigma, and therapeutic pluralism.

NVivo 12 software (Lumivero, Denver, CO, USA) supported data management, coding organization, and thematic mapping. Methodological rigor was ensured through: investigator triangulation (three researchers independently coded initial transcripts and met to reconcile interpretations), member checking (preliminary findings were shared with 8 participants who provided feedback confirming resonance and identifying nuances), thick description to enable transferability assessment, and reflexive journaling throughout fieldwork to address researcher positionality, power dynamics, and potential biases as an insider/outsider navigating HIV research in Mozambique.

Ethical Considerations

This study received ethical approval from the Bioethics Committee of the institution (Protocol number 45/2024, approved February 2024). All participants provided written informed consent after receiving a detailed explanation of study objectives, procedures, voluntary participation, right to withdraw, and confidentiality protections. Consent forms were available in Portuguese and local languages. Confidentiality was rigorously maintained through pseudonymization (participants assigned codes such as M01, M02), secure data storage (password-protected, encrypted files), and limiting identifying details in field notes. No personal identifiers appear in this manuscript. Participants received transport reimbursement (100 Meticals) but no other compensation to avoid undue inducement. The research team maintained ongoing communication with health centre staff to ensure participant welfare and facilitate referrals if distress emerged during interviews.

A análise combinou abordagens indutivas (orientadas pelos dados, permitindo que os temas emergissem das narrativas dos participantes) e dedutivas (informadas por enquadramentos teóricos sobre masculinidades, comportamentos de procura de cuidados de saúde, pluralismo terapêutico e estigma associado ao HIV). Através deste processo, foram identificados quatro temas principais: percursos de descoberta do HIV, barreiras estruturais/sistémicas, masculinidade e estigma, e pluralismo terapêutico.

O software NVivo 12 (Lumivero, Denver, CO, EUA) foi utilizado para apoiar a gestão dos dados, a organização da codificação e a construção dos mapas temáticos. O rigor metodológico foi assegurado através de: triangulação de investigadores (três investigadores codificaram independentemente as transcrições iniciais e reuniram-se para harmonizar interpretações), validação pelos participantes (os resultados preliminares foram partilhados com 8 participantes, que forneceram feedback confirmando a sua pertinência e identificando nuances), descrição densa para permitir a avaliação da transferibilidade, e registo reflexivo contínuo ao longo do trabalho de campo, de forma a considerar a posição do investigador, as dinâmicas de poder e potenciais enviesamentos enquanto figura simultaneamente interna/externa no contexto da investigação sobre HIV em Moçambique.

Considerações Éticas

Este estudo obteve aprovação ética junto do Comité de Bioética da instituição (n.º de protocolo 45/2024, aprovado em Fevereiro de 2024). Todos os participantes forneceram consentimento informado por escrito, após uma explicação detalhada dos objectivos do estudo, procedimentos, carácter voluntário da participação, direito de desistência e garantias de confidencialidade. Os formulários de consentimento foram disponibilizados em língua portuguesa e em línguas locais. A confidencialidade foi rigorosamente assegurada através da pseudonimização (os participantes foram atribuídos códigos como M01, M02), do armazenamento seguro dos dados (ficheiros encriptados e protegidos por palavra-passe) e da limitação de elementos identificativos nas notas de campo. Nenhum dado pessoal identificável é apresentado neste manuscrito. Os participantes receberam um reembolso de transporte no valor de 100 meticais, não tendo sido atribuída qualquer outra compensação, de modo a evitar influência indevida na participação. A equipa de investigação manteve comunicação contínua com o pessoal da unidade sanitária, de forma a

assegurar o bem-estar dos participantes e facilitar encaminhamentos, caso surgisse algum sinal de sofrimento durante as entrevistas

Results

Sociodemographic Characteristics

As shown in Table 1, participants ranged in age from 24 to 50 years (mean=35.8 years, SD=6.4, median=35 years), representing men in their economically productive years. The majority were married or cohabiting (53.6%, n=15), though a substantial proportion were single (32.1%, n=9), with smaller numbers divorced/separated (10.7%, n=3) or widowed (3.6%, n=1).

Educational attainment varied: 42.9% (n=12) had completed primary education (1-7 years), 39.3% (n=11) had secondary education (8-12 years), 10.7% (n=3) had tertiary education, and 7.1% (n=2) had no formal schooling. This educational distribution reflects broader patterns in peri-urban Maputo, where secondary school completion remains limited.

Employment patterns demonstrated economic levels of economic vulnerability characteristic of informal urban economies. Just over half (53.6%, n=15) were engaged in informal or self-employment (including street vending, construction, informal transport, security work), 28.6% (n=8) held formal employment with regular wages, 14.3% (n=4) were unemployed, and one participant (3.6%) was a student.

Regarding HIV-related clinical characteristics, participants had been diagnosed at varying time points: 21.4% (n=6) within the past year, 35.7% (n=10) between 1-3 years ago, 25.0% (n=7) between 3-5 years ago, and 17.9% (n=5) more than 5 years prior to the study. At the time of the study, 82.1% (n=23) were currently on ART, 10.7% (n=3) had interrupted or defaulted from treatment, and 7.1% (n=2) had never initiated ART despite confirmed HIV-positive status.

Resultados

Características sociodemográficas

Conforme apresentado na Tabela 1, os participantes apresentaram idades compreendidas entre os 24 e os 50 anos (média = 35,8 anos; DP = 6,4; mediana = 35 anos), representando homens em idade economicamente activa. A maioria era casado ou vivia em união de facto (53,6%, n = 15), seguida de participantes solteiros (32,1%, n = 9), com menores proporções de divorciados ou separados (10,7%, n = 3) e viúvos (3,6%, n = 1).

O nível de escolaridade variou no seio da amostra. Aproximadamente 42,9% (n = 12) tinham completado o ensino primário (1.º a 7.º ano), 39,3% (n = 11) tinham o ensino secundário (8.º a 12.º ano), 10,7% (n = 3) possuíam ensino superior e 7,1% (n = 2) não tinham escolaridade formal. Esta distribuição reflecte padrões mais amplos observados em áreas periurbanas de Maputo, onde a conclusão do ensino secundário permanece limitada.

Os padrões de emprego evidenciaram níveis de vulnerabilidade económica característicos de contextos urbanos informais. Mais de metade dos participantes (53,6%, n = 15) estava envolvida em actividades de trabalho informal ou por conta própria, incluindo venda ambulante, construção civil, transporte informal e actividades de segurança. Por sua vez, 28,6% (n = 8) encontravam-se em emprego formal com remuneração regular, 14,3% (n = 4) estavam desempregados e 3,6% (n = 1) eram estudantes.

No que se refere às características clínicas relacionadas com o HIV, os participantes reportaram diferentes períodos desde o diagnóstico. Um total de 21,4% (n = 6) havia sido diagnosticado no último ano, 35,7% (n = 10) entre um e três anos antes, 25,0% (n = 7) entre três e cinco anos antes, e 17,9% (n = 5) há mais de cinco anos. À data da recolha de dados, 82,1% (n = 23) encontravam-se em tratamento antirretroviral (TARV), enquanto 10,7% (n = 3) tinham interrompido ou abandonado o tratamento, e 7,1% (n = 2) nunca tinham iniciado TARV, apesar de terem um diagnóstico confirmado de HIV positivo.

Table 1 - Sociodemographic and Clinical Characteristics of Participants (N=28).
Tabela 1 - Características sociodemográficas e clínicas dos participantes (N = 28).

Characteristic / Característica	Category	n (%)
Age (years) / Idade (anos)	Range / Intervalo	24-50
	Mean (SD) / Média (DP)	35.8 (6.4)
	Median / Mediana	35
Marital status / Estado civil	Single/Never married / Solteiro/Nunca casado	9 (32.1%)
	Married/Cohabiting / Casado/Vive em união de facto	15 (53.6%)
	Divorced/Separated / Divorciado/Separado	3 (10.7%)
	Widowed / Viúvo	1 (3.6%)
Highest education level / Nível mais elevado de escolaridade	No formal education / Sem escolaridade formal	2 (7.1%)
	Primary (1-7 years) / Ensino primário (1.º-7.º ano)	12 (42.9%)
	Secondary (8-12 years) / Ensino secundário (8.º-12.º ano)	11 (39.3%)
	Tertiary / Ensino superior	3 (10.7%)
Employment status / Situação profissional	Formal employment / Emprego formal	8 (28.6%)
	Informal/self-employment / Emprego informal/por conta própria	15 (53.6%)
	Unemployed / Desempregado	4 (14.3%)
	Student / Estudante	1 (3.6%)
Time since HIV diagnosis / Tempo desde o diagnóstico de HIV	<1 year / <1 ano	6 (21.4%)
	1-3 years / 1-3 anos	10 (35.7%)
	3-5 years / 3-5anos	7 (25.0%)
	>5 years / >5 anos	5 (17.9%)
Disclosed HIV status to partner / Divulgação do estado serológico ao parceiro	Yes, fully disclosed / Sim, totalmente divulgado	12 (42.9%)
	Partially disclosed / Parcialmente divulgado	4 (14.3%)
	Not disclosed / Não divulgado	8 (28.6%)
	No current partner / Sem parceiro actual	4 (14.3%)

Disclosure patterns revealed that 42.9% (n=12) had fully disclosed their HIV status to their primary sexual partner, 14.3% (n=4) had partially disclosed, 28.6% (n=8) had not disclosed at all, and 14.3% (n=4) had no current partner to whom disclosure would be relevant. Engagement with therapeutic pluralism was common: 60.7% (n=17) reported having consulted a traditional healer at some point regarding HIV or related symptoms, while 39.3% (n=11) had not sought traditional healing for HIV-related concerns. These descriptive statistics provide context for the thematic findings that follow.

Os padrões de divulgação do estado serológico variaram entre os participantes. Aproximadamente 42,9% (n = 12) tinham divulgado plenamente o seu estado serológico ao parceiro sexual principal, 14,3% (n = 4) tinham efectuado uma divulgação parcial, 28,6% (n = 8) não tinham divulgado o seu estado e 14,3% (n = 4) não tinham parceiro no momento. A utilização de práticas de pluralismo terapêutico também foi comum, com 60,7% (n = 17) a reportarem já terem recorrido a curandeiros tradicionais para sintomas ou questões relacionadas com o HIV, enquanto 39,3% (n = 11) não tinham procurado cuidados tradicionais

para a sua condição. Estas características descritivas fornecem um enquadramento contextual relevante para os resultados temáticos apresentados nas secções subsequentes.

Thematic analysis of interview data and field observations

Thematic analysis of interview data and field observations revealed four major themes organizing men's experiences of HIV diagnosis, treatment access, and adherence. These themes are presented below with illustrative examples from participant accounts.

Theme 1: Pathways to HIV Discovery and Diagnosis

The discovery of HIV-positive status among men in Maputo emerged through three primary pathways, each with distinct implications for treatment engagement and adherence.

Prenatal Accompaniment and "One-Stop" Services

A significant proportion of men discovered their HIV status incidentally during prenatal consultations when accompanying their pregnant partners. This pathway provided privileged access to diagnosis and treatment through integrated "one-stop" services that combined couple testing, immediate post-test counselling, and same-day ART initiation for seropositive individuals. Men accessing diagnosis through this route reported greater efficiency, enhanced privacy, reduced public exposure in waiting areas, and immediate linkage to care without navigating complex referral systems. One participant (M07, age 34, diagnosed during wife's prenatal visit) described:

"They tested both of us together. When the results came, the nurse took us to a private room. She explained everything and gave me the pills right there. I didn't have to come back or go to another place."

However, this privileged pathway was contingent on male partner accompaniment to prenatal services - a practice not universally adopted. Men who did not accompany partners missed this facilitated entry point and often experienced delayed diagnosis through alternative, more stigmatized routes.

Análise temática dos dados das entrevistas e das observações de campo

A análise temática dos dados das entrevistas e das observações de campo revelou quatro temas principais que organizam as experiências dos homens relativamente ao diagnóstico de HIV, ao acesso ao tratamento e à adesão terapêutica. Estes temas são apresentados abaixo, com exemplos ilustrativos provenientes dos relatos dos participantes.

Tema 1: Percursos para a descoberta e diagnóstico do HIV

A descoberta do estado seropositivo entre homens em Maputo ocorreu através de três percursos principais, cada um com implicações distintas para o envolvimento no tratamento e para a adesão.

Acompanhamento Pré-natal e Serviços "Paragem Única"

Uma proporção significativa de homens descobriu o seu estado serológico de forma incidental durante consultas pré-natais, ao acompanhar as suas parceiras grávidas. Este percurso proporcionou acesso privilegiado ao diagnóstico e tratamento através de serviços integrados "paragem única", que combinavam testagem de casais, aconselhamento pós-teste imediato e início de tratamento antirretroviral (TARV) no mesmo dia para indivíduos seropositivos.

Os homens que acederam ao diagnóstico através desta via relataram maior eficiência, maior privacidade, menor exposição pública nas salas de espera e ligação imediata aos cuidados, sem necessidade de percorrer sistemas de referência complexos. Um participante (M07, 34 anos, diagnosticado durante a consulta pré-natal da esposa) descreveu:

"Fizeram-nos o teste aos dois em conjunto. Quando saíram os resultados, a enfermeira levou-nos para uma sala privada. Explicou tudo e deu-me logo os comprimidos. Não tive de voltar nem ir a outro lugar."

No entanto, este percurso privilegiado dependia do acompanhamento do parceiro masculino às consultas pré-natais, uma prática não universalmente adoptada. Os homens que não acompanhavam as parceiras não beneficiavam deste ponto de entrada

Symptomatic Presentation and Crisis-Driven Testing

Beyond prenatal contexts, many men discovered their status through symptomatic presentation after developing visible AIDS-related illness. Participants described seeking medical care only when confronted with prolonged fevers, persistent coughs, significant weight loss, recurrent infections, or debilitating weakness that prevented work. This crisis-driven pathway reflected delayed diagnosis, often occurring at advanced disease stages with low CD4 counts, requiring immediate hospitalization or intensive treatment. Participant M12 (age 41, CD4=156 at diagnosis) recounted:

"I was sick for months. I kept taking traditional medicine, but I got worse. Finally, I couldn't get out of bed. My brother carried me to the hospital. That's when they told me."

This pattern evidenced limited spontaneous demand for HIV testing among men absent acute symptoms, resulting in missed opportunities for earlier diagnosis and preventive care.

Partner Notification and Disclosure-Driven Testing

A third pathway emerged through partner notification, where men sought testing after learning of a female partner's positive diagnosis, either during pregnancy testing or following symptomatic illness. This pathway was emotionally charged, often accompanied by relationship conflict, accusations of infidelity, and fears of abandonment. Participant M19 (age 29) explained:

"My girlfriend got tested when she was pregnant. She told me she was positive. We had a big fight. She thought I gave it to her. I went to get tested to prove I was clean, but I was positive too."

Unlike the prenatal accompaniment pathway, disclosure-driven testing occurred outside supportive couple counselling contexts and was frequently marked by blame, stigma, and fractured trust. Several

facilitado e, frequentemente, experienciavam diagnósticos tardios através de vias alternativas, mais marcadas pelo estigma.

Apresentação Sintomática e Testagem Motivada por Crise

Para além dos contextos pré-natais, muitos homens descobriram o seu estado através da apresentação sintomática após o desenvolvimento de doença associada ao HIV/SIDA. Os participantes relataram procurar cuidados de saúde apenas quando confrontados com febres prolongadas, tosse persistente, perda significativa de peso, infecções recorrentes ou fraqueza incapacitante que comprometia a capacidade de trabalhar. Este percurso, motivado por crise, reflecte diagnósticos tardios, frequentemente em fases avançadas da doença com contagens de CD4 baixas, exigindo hospitalização imediata ou tratamento intensivo. O participante M12 (41 anos, CD4=156 no diagnóstico) referiu:

"Estive doente durante meses. Continuei a tomar medicina tradicional, mas piorava. Finalmente, não conseguia sair da cama. O meu irmão levou-me ao hospital. Foi aí que me disseram."

Este padrão evidencia uma procura limitada de testagem do HIV na ausência de sintomas agudos, resultando em oportunidades perdidas para diagnóstico precoce e intervenção atempada.

Notificação pelo Parceiro e Testagem Motivada por Divulgação

Um terceiro percurso emergiu através da notificação pelo parceiro, no qual os homens procuraram testagem após tomarem conhecimento do diagnóstico positivo da parceira, seja durante o rastreio na gravidez ou após manifestação de sintomas. Este percurso revelou-se emocionalmente exigente, frequentemente associado a conflitos relacionais, acusações de infidelidade e receios de abandono. O participante M19 (29 anos) explicou:

"A minha namorada fez o teste quando estava grávida. Disse-me que era positiva. Tivemos uma grande discussão. Ela pensou que fui eu que lhe transmiti. Fui fazer o teste para provar que estava limpo, mas também era positivo."

Ao contrário do percurso de acompanhamento pré-natal, a testagem motivada pela divulgação ocorria fora de contextos estruturados de aconselhamento de casal e era frequentemente caracterizada por culpabilização, estigma e quebra de confiança.

participants reported initially refusing to be tested despite their partner having disclosed their status, delaying diagnosis by months or years until symptoms appeared that prompted them to seek medical care.

These three pathways reveal highly gendered patterns of HIV diagnosis, with women more likely to discover status through routine prenatal screening while men accessed testing primarily through accompaniment (contingent on relationship participation), symptomatic crisis (indicating advanced disease), or reactive partner disclosure (accompanied by conflict). Few men reported voluntary testing in the absence of these triggers, highlighting the need for male-friendly testing services and proactive engagement strategies.

Theme 2: Structural and Systemic Barriers to ART Access

Men's sustained ART adherence was profoundly shaped by structural constraints within the healthcare system and broader socioeconomic context.

Healthcare System Constraints

Participants consistently identified long waiting times as a major barrier to treatment continuity. Arriving at the health centre early morning (often 5:00-6:00 AM) to secure a queue position, men described waiting 4-6 hours before seeing a clinician, followed by additional pharmacy wait times for medication dispensing. For men engaged in daily-wage labour or informal-economy work, these prolonged absences directly translated into lost income. Participant M15 (age 37, informal construction worker) explained:

"If I go to the hospital, I lose the whole day. I can't work. That's 200-300 meticals [approximately \$3-5 USD] I don't earn. If I have to go every month, that's a lot of money my family doesn't have."

This economic opportunity cost made adherence to monthly appointments extremely difficult, particularly during peak construction or agricultural seasons when income opportunities were greatest.

Vários participantes relataram inicialmente recusar a testagem apesar da divulgação pela parceira, atrasando o diagnóstico por meses ou anos até ao aparecimento de sintomas que motivaram a procura de cuidados de saúde.

Estes três percursos evidenciam padrões fortemente marcados por género no diagnóstico do HIV, sendo as mulheres mais frequentemente diagnosticadas através de rastreio pré-natal de rotina, enquanto os homens acedem à testagem sobretudo por acompanhamento (dependente da dinâmica relacional), crise sintomática (indicativa de doença avançada) ou divulgação reactiva pelo parceiro (frequentemente acompanhada de conflito). A reduzida ocorrência de testagem voluntária na ausência destes factores sublinha a necessidade de serviços de testagem mais sensíveis ao género e de estratégias proactivas de envolvimento masculino.

Tema 2: Barreiras estruturais e sistémicas ao acesso à TARV

A adesão sustentada à TARV entre os homens foi profundamente influenciada por constrangimentos estruturais no sistema de saúde e no contexto socioeconómico mais alargado.

Constrangimentos do Sistema de Saúde

Os participantes identificaram consistentemente os longos tempos de espera como uma das principais barreiras à continuidade do tratamento. Ao chegarem ao centro de saúde de madrugada (frequentemente entre as 5h00 e as 6h00) para garantir uma posição na fila, os homens relataram esperar entre 4 a 6 horas antes de serem atendidos por um profissional de saúde, seguidas de tempo adicional na farmácia para levantamento da medicação. Para homens envolvidos em trabalho assalariado diário ou na economia informal, estas ausências prolongadas traduzem-se directamente em perda de rendimento. O participante M15 (37 anos, trabalhador informal na construção civil) explicou:

"Se for ao hospital, perco o dia inteiro. Não consigo trabalhar. São 200-300 meticals que não ganho. Se tiver de ir todos os meses, é muito dinheiro que a minha família não tem."

Este custo de oportunidade económica tornou extremamente difícil o cumprimento das consultas mensais, especialmente durante os períodos de pico da construção ou da época agrícola, quando as oportunidades de rendimento eram maiores.

Medication stock-outs represented another critical structural barrier. Multiple participants reported arriving for scheduled appointments only to find ARVs unavailable, necessitating return visits days or weeks later. During stock-out periods, some men received partial supplies (e.g., 15 days of medication instead of 30 days), doubling the frequency of required health centre visits and compounding economic losses. Participant M23 (age 44) described:

"I went to get my medicine. They said they don't have it, come back next week. But next week, they still didn't have it. So I ran out. I was without medicine for 10 days."

Such treatment interruptions not only compromised viral suppression but also eroded trust in the healthcare system's reliability.

Labour Migration and Mobility

Work-related mobility emerged as a substantial challenge to treatment continuity. Many participants engaged in temporary labour migration to South Africa, Swaziland, or distant provinces within Mozambique for construction, mining, agriculture, or security work lasting weeks to months. While some men successfully transferred care to clinics near work sites, others described complex bureaucratic requirements for medical record transfers, long delays in new clinic registration, or reluctance to disclose HIV status in new communities where they were unknown. Consequently, several participants reported carrying multiple months of medication when traveling or interrupting treatment entirely during migration periods. Participant M21 (age 39, seasonal migrant worker) stated:

"When I go to South Africa for work, I take 3 months of pills with me. But sometimes I run out before I come back. Then I just wait until I return to Maputo. It's complicated to go to the hospital there."

This pattern of treatment interruption during migration was particularly common among younger men (ages 25-40) in the peak economically productive years, when labour migration was most frequent.

As rupturas de stock de medicamentos constituíram outra barreira estrutural crítica. Vários participantes relataram chegar às consultas agendadas e não encontrar TARV disponível, sendo obrigados a regressar dias ou semanas depois. Durante estes períodos, alguns receberam quantidades parciais (por exemplo, 15 dias de medicação em vez de 30), duplicando a frequência das deslocações ao centro de saúde e agravando as perdas económicas. O participante M23 (44 anos) descreveu:

"Fui buscar a minha medicação. Disseram que não havia, para voltar na semana seguinte. Mas na semana seguinte ainda não havia. Fiquei sem medicamentos durante 10 dias."

Estas interrupções no tratamento não só comprometem a supressão viral como também contribuem para a erosão da confiança na fiabilidade do sistema de saúde.

Migração Laboral e Mobilidade

A mobilidade associada ao trabalho emergiu como um desafio significativo à continuidade do tratamento. Muitos participantes realizavam migração laboral temporária para a África do Sul, Essuatíni (Suazilândia) ou províncias distantes de Moçambique, para actividades como construção, mineração, agricultura ou segurança, durante períodos de semanas a meses. Embora alguns homens conseguissem transferir os cuidados para unidades de saúde próximas do local de trabalho, outros descreveram requisitos burocráticos complexos para a transferência de registos clínicos, atrasos no registo em novas unidades e relutância em divulgar o seu estado serológico em novos contextos sociais. Consequentemente, vários participantes referiram transportar quantidades de medicação suficientes para vários meses ou interromper completamente o tratamento durante os períodos de migração. O participante M21 (39 anos, trabalhador migrante sazonal) afirmou:

"Quando vou trabalhar para a África do Sul, levo comprimidos para três meses. Mas às vezes acabam antes de eu regressar. Então espero até voltar a Maputo. É complicado ir ao hospital lá."

Este padrão de interrupção do tratamento durante a migração era particularmente comum entre homens mais jovens (25-40 anos), em fase de maior mobilidade laboral e produtividade económica.

Economic Constraints and Competing Priorities

Beyond healthcare system barriers, participants described how economic precarity shaped treatment decisions. While ART medications were provided free of charge, the indirect costs of care—transport to the health centre, time away from income-generating work, and potential need for additional diagnostic tests or medications for opportunistic infections—created substantial financial burdens. For men supporting households on informal economy wages, these costs competed with immediate family needs such as food, school fees, or rent. Participant M11 (age 33, street vendor) explained:

“The medicine is free, but to get there costs money. And if I’m not selling, I’m not earning. Sometimes I have to choose between going to the hospital or having food for my children that day.”

This economic precarity meant that treatment adherence was not solely a matter of individual motivation but was deeply embedded in material survival strategies and household economic management.

Theme 3: Masculinity, Stigma, and Status Disclosure

Gender norms surrounding masculinity profoundly shaped men’s experiences of HIV diagnosis, stigma, and disclosure practices, with significant implications for treatment engagement.

Masculinity Norms and the Patient Role

Dominant masculinity norms in Maputo emphasize stoicism, physical strength, sexual virility, and economic provision as core dimensions of manhood. HIV diagnosis threatened these masculine ideals on multiple fronts: illness signalled bodily weakness, ART medication required daily attention to health (feminized as women’s domain), and the patient role positioned men as dependent and vulnerable rather than strong and independent. Several participants described actively resisting the “sick role” by minimizing symptoms, avoiding healthcare settings

Constrangimentos Económicos e Prioridades Concorrentes

Para além das barreiras do sistema de saúde, os participantes descreveram como a precariedade económica condicionava as decisões relacionadas com o tratamento. Embora a TARV seja disponibilizada gratuitamente, os custos indirectos associados aos cuidados — transporte para o centro de saúde, tempo afastado de actividades geradoras de rendimento e eventual necessidade de exames adicionais ou medicação para infecções oportunistas — constituíam encargos financeiros significativos. Para homens que sustentam agregados familiares com rendimentos da economia informal, estes custos competem com necessidades imediatas como alimentação, propinas escolares ou pagamento de renda. O participante M11 (33 anos, vendedor ambulante) explicou:

“A medicação é gratuita, mas chegar lá custa dinheiro. E se não estou a vender, não estou a ganhar. Às vezes tenho de escolher entre ir ao hospital ou ter comida para os meus filhos nesse dia.”

Assim, a adesão ao tratamento não depende apenas da motivação individual, mas encontra-se profundamente integrada em estratégias de sobrevivência material e na gestão económica do agregado familiar.

Tema 3: Masculinidade, estigma e divulgação do estado serológico

As normas de género associadas à masculinidade influenciaram de forma significativa as experiências dos homens no que respeita ao diagnóstico de HIV, ao estigma e às práticas de divulgação, com implicações relevantes para o envolvimento no tratamento.

Normas de Masculinidade e o Papel de Doente

As normas dominantes de masculinidade em Maputo valorizam a resistência emocional, a força física, a virilidade sexual e a provisão económica como dimensões centrais da masculinidade. O diagnóstico de HIV ameaça estes ideais em múltiplas dimensões: a doença sinaliza fragilidade física, a toma diária de medicação associa-se a uma atenção contínua à saúde (frequentemente entendida como domínio feminino), e o papel de doente posiciona os homens como dependentes e vulneráveis, em contraste com os ideais de independência e força. Vários participantes descreveram resistência activa ao “papel de doente”,

associated with weakness, and prioritizing work (the masculine sphere) over treatment (the healthcare sphere). Participant M08 (age 36) articulated this tension:

“A man doesn’t show that he is sick. We have to be strong, to work, to provide for the family. If you are always going to the hospital, people think you are weak. They start to wonder what is wrong with you.”

This cultural script of masculine invulnerability created psychological barriers to consistent treatment engagement, as regular ART adherence required acknowledging chronic illness and ongoing medical need—both antithetical to hegemonic masculinity ideals.

HIV-Related Stigma and Social Consequences

HIV-related stigma permeated participants’ accounts, manifesting in anticipated discrimination, internalized shame, and experienced social exclusion. Multiple men described fears of being identified as HIV-positive in public healthcare settings, leading to avoidance of peak hours when more community members might recognize them, reluctance to carry ART pill bottles visibly, and strategic timing of pharmacy visits to minimize social exposure. Participant M14 (age 31) explained:

“If people see you coming out of that room [HIV clinic], they know. Then they talk. They say you are living with AIDS. They don’t want to eat with you, they don’t want to touch you, they treat you differently.”

This anticipated stigma was not merely hypothetical; several participants recounted actual experiences of social rejection after status disclosure, including romantic partners ending relationships, family members refusing to share meals or household items, neighbours gossiping, and employers terminating employment based on HIV status. Such experiences reinforced secrecy and non-disclosure as protective strategies, even when this secrecy compromised social support for treatment adherence.

Disclosure Decisions and Intimate Relationships

Status disclosure to sexual partners and family members represented a complex negotiation balancing desires for support against fears of abandonment, blame, and stigma. Most men did not disclose their status to partners immediately

minimizando sintomas, evitando serviços de saúde associados à fraqueza e priorizando o trabalho em detrimento do tratamento. O participante M08 (36 anos) expressou esta tensão:

“Um homem não mostra que está doente. Temos de ser fortes, trabalhar, sustentar a família. Se está sempre a ir ao hospital, as pessoas pensam que é fraco. Começam a perguntar o que se passa consigo.”

Este modelo cultural de invulnerabilidade masculina cria barreiras psicológicas à adesão consistente ao tratamento, uma vez que a toma regular de TARV implica reconhecer a existência de uma doença crónica e a necessidade contínua de cuidados médicos, o que contraria ideais hegemónicos de masculinidade.

Estigma Associado ao HIV e Consequências Sociais

O estigma associado ao HIV esteve presente de forma transversal nos relatos dos participantes, manifestando-se sob a forma de discriminação antecipada, vergonha internalizada e exclusão social experienciada. Vários homens relataram receio de serem identificados como seropositivos em contextos de cuidados de saúde, o que conduzia à evitação de horários de maior afluência, à relutância em transportar embalagens de medicação visíveis e à escolha estratégica de horários de visita à farmácia para minimizar a exposição social. O participante M14 (31 anos) explicou:

“Se as pessoas virem alguém a sair daquela sala [clínica de HIV], sabem logo. Depois comentam. Dizem que tem SIDA. Não querem comer contigo, não querem tocar-te, tratam-te de forma diferente.”

Este estigma antecipado não era apenas percebido, mas também experienciado de forma concreta: vários participantes relataram rejeição social após a divulgação do seu estado, incluindo término de relações por parte de parceiros românticos, recusa de partilha de refeições ou utensílios por familiares, rumores por parte de vizinhos e perda de emprego por parte de empregadores. Estas experiências reforçaram estratégias de ocultação e não divulgação, mesmo quando estas comprometiam o suporte social necessário à adesão terapêutica.

Decisões de Divulgação e Relações Íntimas

A divulgação do estado serológico a parceiros sexuais e familiares representou um processo complexo de negociação, envolvendo o equilíbrio entre a procura de apoio e o receio de abandono, culpabilização e estigma. A maioria dos homens não divulgou o seu

upon diagnosis, instead waiting weeks, months, or indefinitely. Reasons for non-disclosure included: fears that partners would leave the relationship, concerns about being blamed for transmission (particularly if the partner was HIV-negative or status-unknown), shame about HIV-positive status, and efforts to protect partners from stigma by association. Participant M17 (age 42, married) stated:

"I haven't told my wife. I'm afraid she will leave me. She will think I was unfaithful, that I gave it to her. It's better if she doesn't know."

Non-disclosure created practical challenges for adherence, as men had to conceal medication, fabricate explanations for health centre visits, and avoid situations where pill-taking might be observed. Several participants described storing medication outside the home, taking pills secretly at work, or skipping doses when partners were present — all strategies that compromised treatment effectiveness while attempting to maintain relationship stability and masculine reputation.

Conversely, the minority of men who disclosed to partners and received supportive responses reported that disclosure facilitated adherence through medication reminders, accompaniment to appointments, and emotional support. This suggests that while disclosure carries real risks, supportive partner responses can substantially strengthen treatment engagement, highlighting the importance of couple-based counselling approaches that create safer disclosure contexts.

Theme 4: Therapeutic Pluralism and Hybrid Healing Practices

Men's engagement with HIV treatment occurred within a context of medical pluralism, where biomedical ART coexisted with and was often combined with traditional healing practices addressing spiritual, social, and relational dimensions of illness.

Simultaneous Engagement with Multiple Healing Systems

The majority of participants reported consulting traditional healers (curandeiros) either before, concurrent with, or intermittently during ART

estado imediatamente após o diagnóstico, optando por adiar a divulgação por semanas, meses ou indefinidamente. As razões para a não divulgação incluíam o receio de abandono por parte do parceiro, preocupações com a atribuição de culpa pela transmissão (particularmente quando o parceiro era seronegativo ou de estado desconhecido), vergonha associada ao diagnóstico e a intenção de proteger o parceiro do estigma por associação. O participante M17 (42 anos, casado) referiu:

"Não contei à minha esposa. Tenho medo que ela me deixe. Vai pensar que fui infiel, que lhe transmiti. É melhor ela não saber."

A não divulgação gerava desafios práticos para a adesão, obrigando os homens a ocultar a medicação, inventar justificações para visitas ao centro de saúde e evitar situações em que a toma dos comprimidos pudesse ser observada. Alguns participantes relataram guardar a medicação fora de casa, tomar os comprimidos no local de trabalho em segredo ou omitir doses na presença do parceiro — estratégias que comprometem a eficácia do tratamento, ao mesmo tempo que procuram preservar a estabilidade relacional e a reputação masculina.

Por outro lado, a minoria de homens que divulgou o seu estado a parceiros e recebeu apoio relatou que a divulgação facilitou a adesão, através de lembretes para a medicação, acompanhamento às consultas e suporte emocional. Isto sugere que, apesar dos riscos associados à divulgação, respostas positivas por parte dos parceiros podem reforçar significativamente o envolvimento no tratamento, destacando a importância de abordagens de aconselhamento centradas no casal que criem contextos mais seguros para a divulgação.

Tema 4: Pluralismo terapêutico e práticas de cura híbridas

O envolvimento dos homens no tratamento do HIV ocorreu num contexto de pluralismo médico, no qual a medicina biomédica (TARV) coexistia e era frequentemente combinada com práticas de cura tradicionais que abordam dimensões espirituais, sociais e relacionais da doença.

Envolvimento Simultâneo com Múltiplos Sistemas de Cura

A maioria dos participantes referiu consultar curandeiros tradicionais (curandeiros) antes, em simultâneo ou de forma intermitente durante o

treatment. Traditional healing consultations were not viewed as contradictory to biomedical treatment but rather as addressing complementary dimensions of illness causation. While ART was understood to control the virus in the body, traditional healing was sought to address the underlying social, relational, or spiritual reasons that “allowed” the illness to occur. Participant M05 (age 38) explained:

“The hospital medicine helps my body fight the virus. But the curandeiro helps with the spiritual problem, the curse that made me vulnerable to this disease in the first place. You need both.”

This cosmological understanding positioned HIV not merely as a viral infection but as symptomatic of disrupted social relations, broken kinship obligations, witchcraft (feitiço), or ancestral displeasure—all requiring ritual intervention beyond biomedical capacity.

Traditional Healing: Social and Spiritual Etiologies

Critically, most traditional healing consultations did not aim to “cure” HIV in biomedical terms (i.e., eliminate the virus) but rather to resolve the perceived underlying causes that rendered the individual susceptible to HIV infection. Common explanations included: conflicts with family members creating spiritual vulnerability, curses sent by jealous neighbours or romantic rivals, neglected ancestral obligations requiring ritual remediation, or breaking of social taboos. Traditional healers performed cleansing rituals, spiritual protection ceremonies, herbal treatments, divination to identify causative agents, and family mediation to resolve conflicts. Participant M20 (age 45) described:

“The traditional healer said someone in my family was jealous of my success and sent curses to make me sick. He did a ritual to cleanse me and protect me from future attacks. After that, I felt stronger spiritually, even though I still take my hospital medicine.”

This holistic illness conceptualization integrates physical, social, and spiritual dimensions, extending beyond biomedical frameworks that focus solely on viral pathogenesis and pharmacological suppression.

tratamento com TARV. As consultas de cura tradicional não eram percebidas como contraditórias em relação ao tratamento biomédico, mas sim como complementares, respondendo a diferentes dimensões da causalidade da doença. Enquanto a TARV era entendida como responsável pelo controlo do vírus no organismo, a cura tradicional era procurada para abordar razões sociais, relacionais ou espirituais subjacentes que “permitiram” o surgimento da doença. O participante M05 (38 anos) explicou:

“A medicação do hospital ajuda o meu corpo a combater o vírus. Mas o curandeiro ajuda com o problema espiritual, a maldição que me tornou vulnerável a esta doença desde o início. São necessários ambos.”

Esta compreensão cosmológica posiciona o HIV não apenas como uma infeção viral, mas como um fenómeno associado a relações sociais perturbadas, obrigações de parentesco não cumpridas, feitiçaria (feitiço) ou desagrado ancestral — todos exigindo intervenções rituais para além da capacidade biomédica.

Cura Tradicional: Etiologias Sociais e Espirituais

De forma crítica, a maioria das consultas de cura tradicional não tinha como objetivo “curar” o HIV em termos biomédicos (ou seja, eliminar o vírus), mas sim resolver as causas subjacentes percebidas que tornavam o indivíduo suscetível à infeção pelo HIV.

Entre as explicações comuns incluíam-se: conflitos com familiares que geravam vulnerabilidade espiritual, maldições enviadas por vizinhos invejosos ou rivais amorosos, obrigações ancestrais negligenciadas que exigiam reparação ritual, ou a violação de tabus sociais. Os curandeiros realizavam rituais de limpeza, cerimónias de proteção espiritual, tratamentos à base de plantas, práticas de adivinhação para identificar agentes causais e mediação familiar para resolução de conflitos. O participante M20 (45 anos) descreveu:

“O curandeiro disse que alguém na minha família tinha inveja do meu sucesso e enviou maldições para me fazer adoecer. Ele fez um ritual para me limpar e proteger de futuros ataques. Depois disso, senti-me espiritualmente mais forte, embora continue a tomar a medicação do hospital.”

Esta conceptualização holística da doença integra dimensões físicas, sociais e espirituais, indo além dos enquadramentos biomédicos centrados exclusivamente na patogénese viral e na supressão farmacológica.

Potential Risks and Drug Interactions

The therapeutic hybridism observed in this study, where men simultaneously engaged biomedical ART and traditional healing practices, raises important clinical concerns regarding potential drug interactions and treatment efficacy. While participants did not report combining treatments specifically to control HIV viral replication (as traditional healing addressed different etiological dimensions), the potential interactions between antiretroviral drugs and herbal remedies, traditional medicines, or ritual substances warrant clinical attention. Interactions could potentially affect ARV pharmacokinetics (absorption, metabolism, excretion), treatment efficacy (viral suppression), or toxicity profiles (adverse effects). For example, certain traditional herbal preparations may induce or inhibit cytochrome P450 enzymes involved in ARV metabolism, potentially leading to subtherapeutic drug levels or increased toxicity. Additionally, some traditional treatments involve the ingestion of substances whose composition and effects are not well characterized in the medical literature. Healthcare providers should create non-judgmental clinical spaces that explicitly invite disclosure of traditional medicine use, enabling appropriate counselling, monitoring for adverse interactions, and collaborative safety planning. Rather than dismissing traditional healing as “non-compliance” or “ignorance,” providers must recognize medical pluralism as a legitimate and deeply rooted feature of local health-seeking behaviour. Public health interventions should foster constructive dialogue between biomedical and traditional healing systems rather than positioning them as mutually exclusive or adversarial. Several participants expressed reluctance to disclose traditional healing consultations to health centre staff due to fears of judgment, scolding, or being told to stop traditional practices entirely — a dynamic that prevented open communication and compromise patient safety.

Implications for Treatment Adherence

Therapeutic pluralism had variable effects on ART adherence. Some participants described temporarily interrupting ART during intensive traditional healing periods (e.g., multi-day cleansing rituals requiring fasting or substance ingestion), while others maintained simultaneous engagement

Riscos Potenciais e Interações Medicamentosas

O hibridismo terapêutico observado neste estudo, no qual os homens recorrem simultaneamente à TARV e a práticas de cura tradicional, levanta preocupações clínicas importantes relativamente a potenciais interações medicamentosas e à eficácia do tratamento. Embora os participantes não tenham referido a combinação de tratamentos com o objetivo específico de controlar a replicação viral do HIV (uma vez que a cura tradicional aborda dimensões etiológicas distintas), as potenciais interações entre fármacos antirretrovirais e remédios à base de plantas, medicamentos tradicionais ou substâncias rituais exigem atenção clínica. Tais interações podem afetar a farmacocinética dos antirretrovirais (absorção, metabolismo, excreção), a eficácia do tratamento (supressão viral) ou os perfis de toxicidade (efeitos adversos). Por exemplo, certas preparações fitoterapêuticas tradicionais podem induzir ou inibir enzimas do citocromo P450 envolvidas no metabolismo dos antirretrovirais, podendo resultar em níveis subterapêuticos do fármaco ou aumento da toxicidade. Além disso, alguns tratamentos tradicionais envolvem a ingestão de substâncias cuja composição e efeitos não estão bem caracterizados na literatura médica. Os profissionais de saúde devem criar ambientes clínicos não julgadores que incentivem explicitamente a divulgação do uso de medicina tradicional, permitindo aconselhamento adequado, monitorização de interações adversas e planeamento colaborativo da segurança. Em vez de desconsiderar a cura tradicional como “não adesão” ou “ignorância”, os profissionais devem reconhecer o pluralismo médico como uma característica legítima e profundamente enraizada dos comportamentos de procura de cuidados de saúde. As intervenções de saúde pública devem promover um diálogo construtivo entre os sistemas biomédico e tradicional, em vez de os posicionar como mutuamente exclusivos ou antagónicos. Vários participantes expressaram relutância em divulgar consultas de cura tradicional aos profissionais dos centros de saúde devido ao receio de julgamento, repreensão ou de serem instruídos a abandonar completamente as práticas tradicionais, dinâmica que limita a comunicação aberta e compromete a segurança do paciente.

Implicações para a Adesão ao Tratamento

O pluralismo terapêutico teve efeitos variáveis na adesão à TARV. Alguns participantes relataram interrupções temporárias da TARV durante períodos intensivos de cura tradicional (por exemplo, rituais de limpeza de vários dias que exigiam jejum ou ingestão de substâncias), enquanto outros mantiveram o

without interruption. Importantly, traditional healing that successfully resolved social conflicts, restored family relationships, or provided spiritual reassurance sometimes paradoxically strengthened ART adherence by reducing psychological distress, enhancing social support, and creating a sense of holistic wellness that motivated continued biomedical treatment. Conversely, when traditional healers explicitly advised discontinuing ART (a minority but notable occurrence), adherence was severely compromised. These dynamics underscore the importance of recognizing therapeutic pluralism as a complex mediator of treatment adherence, rather than viewing it reductively as either a barrier or a facilitator.

Discussion

This ethnographic study provides an in-depth understanding of men's therapeutic itineraries and ART engagement in Maputo, organized across four thematic dimensions. We interpret findings within each theme below, compare with existing literature, and discuss implications for intervention design.

Pathways to HIV Discovery: Gendered Testing Patterns

Our finding that prenatal accompaniment provides privileged diagnostic access for men aligns with emerging literature documenting how male partner involvement in PMTCT programs creates inadvertent entry points for men's HIV testing and treatment linkage (10). However, this pathway's effectiveness is contingent on male accompaniment, a practice shaped by relationship dynamics, work schedules, and masculine norms around antenatal spaces. Interventions seeking to leverage this pathway must address structural barriers that prevent male accompaniment (e.g., work flexibility, clinic hours) and cultural norms that position antenatal care as a "women's space."

Our finding that symptomatic presentation represents a dominant pathway echoes extensive literature documenting men's delayed healthcare seeking and

envolvimento simultâneo sem interrupção. Importa destacar que a cura tradicional que conseguiu resolver conflitos sociais, restaurar relações familiares ou proporcionar tranquilização espiritual, por vezes, reforçou paradoxalmente a adesão à TARV, ao reduzir o sofrimento psicológico, melhorar o apoio social e criar uma sensação de bem-estar holístico que motivou a continuidade do tratamento biomédico. Por outro lado, quando os curandeiros aconselharam explicitamente a interrupção da TARV (um acontecimento minoritário, mas relevante), a adesão foi gravemente comprometida. Estas dinâmicas sublinham a importância de reconhecer o pluralismo terapêutico como um mediador complexo da adesão ao tratamento, em vez de o encarar de forma redutiva apenas como barreira ou facilitador.

Discussão

Este estudo etnográfico fornece uma compreensão aprofundada dos itinerários terapêuticos dos homens e do seu envolvimento com a TARV em Maputo, organizados em quatro dimensões temáticas. De seguida, interpretam-se os resultados no âmbito de cada tema, comparando-os com a literatura existente e discutindo implicações para o desenho de intervenções.

Percurso para a Descoberta do HIV: Padrões de Testagem Diferenciados por Género

O nosso resultado de que o acompanhamento em consultas pré-natais proporciona um acesso privilegiado ao diagnóstico para os homens está em consonância com a literatura emergente que documenta como o envolvimento dos parceiros masculinos nos programas de prevenção da transmissão vertical (PTV) cria pontos de entrada involuntários para a testagem e ligação ao tratamento do HIV nos homens (10). No entanto, a eficácia deste percurso depende do acompanhamento masculino, uma prática condicionada pela dinâmica das relações, horários de trabalho e normas de masculinidade associadas aos espaços pré-natais. As intervenções que pretendam aproveitar este percurso devem abordar barreiras estruturais que impedem o acompanhamento masculino (flexibilidade laboral, horários das clínicas) e normas culturais que posicionam os cuidados pré-natais como "espaço feminino".

O nosso resultado de que a apresentação sintomática representa um percurso dominante está alinhado com vasta literatura que documenta a procura

late-stage HIV diagnosis across sub-Saharan Africa (3,11). This crisis-driven pattern results from multiple factors: masculinity norms discouraging healthcare engagement, economic barriers, and limited male-friendly testing services. The partner notification pathway's association with relationship conflict highlights the need for couple-based counselling approaches that facilitate supportive disclosure rather than blame narratives (12).

Structural Barriers: Systems-Level Failures

The structural barriers identified — long wait times, stock-outs, economic opportunity costs — reflect chronic weaknesses in Mozambique's healthcare system that disproportionately affect men engaged in informal labour without wage protection or leave entitlements. Our findings resonate with research documenting how healthcare system inefficiencies compound economic vulnerabilities to undermine adherence (13,14). The economic opportunity cost of monthly clinic visits represents a substantial but often invisible barrier, as ART programs calculate "free" treatment without accounting for indirect costs borne by patients. Differentiated service delivery models, including multi-month dispensing, community distribution points, after-hours clinics, and workplace outreach, have shown promise in reducing these structural barriers (13). Labour migration as an adherence challenge is well-documented in Southern African contexts where circular migration for work is common (15). Mobile populations require portable medical records, flexible transfer systems, and pre-departure counselling to maintain treatment continuity, innovations largely absent in current Mozambican HIV programs.

Masculinity and Stigma: Gendered Treatment Engagement

Our findings on masculinity norms conflicting with patient roles and HIV-related stigma driving non-disclosure align with robust literature on gender and HIV in sub-Saharan Africa (11,16). Hegemonic masculinity ideals, privileging strength, stoicism, and economic provision, create profound tensions with

tardia de cuidados de saúde por parte dos homens e o diagnóstico tardio do HIV na África Subsaariana (3,11). Este padrão impulsionado por crises resulta de múltiplos factores: normas de masculinidade que desencorajam o recurso aos serviços de saúde, barreiras económicas e serviços de testagem pouco adaptados aos homens. O percurso de notificação pelo parceiro, associado a conflitos relacionais, evidencia a necessidade de abordagens de aconselhamento de casal que promovam uma divulgação apoiada, em vez de narrativas de culpabilização (12).

Barreiras Estruturais: Falhas a Nível dos Sistemas

As barreiras estruturais identificadas, tais como, longos tempos de espera, rupturas de stock e custos de oportunidade económicos, reflectem fragilidades crónicas do sistema de saúde em Moçambique, que afectam de forma desproporcional os homens envolvidos em trabalho informal, sem protecção salarial ou direito a licenças. Os nossos resultados estão em consonância com investigações que demonstram como ineficiências do sistema de saúde agravam vulnerabilidades económicas e comprometem a adesão (13,14). O custo de oportunidade económico das visitas mensais à clínica constitui uma barreira substancial, frequentemente invisível, uma vez que os programas de TARV consideram o tratamento "gratuito" sem contabilizar os custos indirectos suportados pelos pacientes.

Modelos diferenciados de prestação de serviços, incluindo a dispensa de medicamentos para vários meses, pontos comunitários de distribuição, clínicas fora do horário laboral e intervenções em locais de trabalho, têm demonstrado potencial na redução destas barreiras estruturais (13). A migração laboral como desafio à adesão encontra-se bem documentada nos contextos da África Austral, onde a migração circular por motivos de trabalho é comum (15). As populações móveis necessitam de registos clínicos portáteis, sistemas flexíveis de transferência e aconselhamento pré-partida para assegurar a continuidade do tratamento — inovações ainda largamente ausentes nos programas actuais de HIV em Moçambique.

Masculinidade e Estigma: Envolvimento Terapêutico Diferenciado por Género

Os nossos resultados relativos a normas de masculinidade em conflito com o papel de doente e ao estigma associado ao HIV que conduz à não divulgação estão alinhados com uma literatura robusta sobre género e HIV na África Subsaariana (11,16). Os ideais de masculinidade hegemónica que privilegiam a

chronic illness management requiring vulnerability, healthcare dependence, and attention to bodily health.

Interventions must move beyond individual behaviour change to address structural and cultural masculinity norms through community mobilization, male peer support networks, and masculinity-transformative programming (17). The finding that non-disclosure compromises adherence through secrecy and isolation underscores the need for safer disclosure contexts, including couple counselling, peer support groups, and healthcare environments that protect confidentiality while enabling social support. Recent studies demonstrate that male-only support groups and peer navigator programs can create masculine-affirmative spaces for HIV care engagement without requiring abandonment of masculine identity (18,19)

Therapeutic Pluralism: Medical Systems Integration

The therapeutic pluralism documented in this study — simultaneous engagement with biomedical ART and traditional healing — reflects widespread patterns of medical pluralism across sub-Saharan Africa (20–22). Critically, our finding that traditional healing primarily addresses social/spiritual etiologies rather than viral suppression challenges biomedical frameworks that position traditional and biomedical healing as competing systems. Participants viewed these systems as complementary, addressing different dimensions of illness experience.

This finding has important implications for intervention design: rather than discouraging traditional healing as “non-adherence,” public health approaches should recognize medical pluralism as normative and work toward constructive integration. Programs such as collaborative treatment planning involving both traditional healers and biomedical providers, training traditional healers to support ART adherence, and creating clinical spaces that explicitly welcome disclosure of pluralistic treatment practices show promise (23).

However, as noted in the results, the potential for harmful drug interactions between ARVs and traditional medicines requires clinical attention. Published evidence documents interactions between certain herbal preparations and antiretrovirals, including effects on drug metabolism, absorption, and efficacy (24). Healthcare providers must

força, a contenção emocional e a provisão económica criam tensões profundas com a gestão de doenças crónicas, que exige vulnerabilidade, dependência dos cuidados de saúde e atenção à saúde corporal.

As intervenções devem ir além da mudança comportamental individual, abordando normas estruturais e culturais de masculinidade através da mobilização comunitária, redes de apoio entre pares do sexo masculino e programas transformadores de masculinidades (17). O facto de a não divulgação comprometer a adesão através do segredo e do isolamento reforça a necessidade de contextos de divulgação mais seguros, incluindo aconselhamento de casal, grupos de apoio entre pares e ambientes de cuidados de saúde que protejam a confidencialidade, ao mesmo tempo que promovem o apoio social. Estudos recentes demonstram que grupos de apoio exclusivamente masculinos e programas de navegadores de pares podem criar espaços afirmativos da masculinidade para o envolvimento nos cuidados de HIV, sem exigir o abandono da identidade masculina(18,19).

Pluralismo Terapêutico: Integração de Sistemas Médicos

O pluralismo terapêutico documentado neste estudo, envolvimento simultâneo com TARV biomédica e cura tradicional, reflecte padrões amplamente observados de pluralismo médico na África Subsariana(20–22). De forma crítica, o nosso resultado de que a cura tradicional aborda sobretudo etiologias sociais/espirituais, em vez da supressão viral, desafia enquadramentos biomédicos que posicionam a medicina tradicional e a biomédica como sistemas concorrentes. Os participantes consideraram estes sistemas como complementares, respondendo a diferentes dimensões da experiência da doença.

Este resultado tem implicações importantes para o desenho de intervenções: em vez de desencorajar a cura tradicional como “não adesão”, as abordagens de saúde pública devem reconhecer o pluralismo médico como norma e trabalhar para uma integração construtiva. Programas como o planeamento terapêutico colaborativo envolvendo curandeiros e profissionais biomédicos, a capacitação de curandeiros para apoiar a adesão à TARV e a criação de espaços clínicos que acolham explicitamente a divulgação de práticas terapêuticas plurais mostram potencial (23).

No entanto, como referido nos resultados, o potencial de interações medicamentosas adversas entre antirretrovirais e medicamentos tradicionais exige atenção clínica. Evidência publicada documenta

proactively inquire about traditional medicine use in non-judgmental ways, provide counselling on potential interaction risks, and engage in collaborative safety planning rather than demanding abstinence from traditional practices an approach that drives underground pluralism and prevents informed risk assessment. Public health systems should invest in research characterizing commonly used traditional medicines and their potential interactions with ART regimens to enable evidence-based counselling.

Comparison with Recent African Literature

Our findings resonate strongly with recent ethnographic and qualitative research from other sub-Saharan African contexts. Studies from South Africa (25), Kenya and Uganda (26,27) similarly document gendered patterns of delayed diagnosis, masculinity-adherence tensions, stigma-driven non-disclosure, and therapeutic pluralism. However, our study contributes specific insights on the prenatal accompaniment pathway as a privileged access mechanism, a finding with direct implications for integrating men's HIV services into PMTCT programs. Additionally, our detailed documentation of labour migration as an adherence barrier contributes to regional literature on mobile populations and HIV care continuity, a critical issue for Southern African contexts characterized by cross-border migrant labour. The therapeutic pluralism findings add to the growing African literature documenting medical pluralism not as ignorance or non-compliance but as a sophisticated navigation of multiple explanatory models and healing resources (21,28).

Implications for Public Health and Clinical Practice

These findings have several actionable implications for HIV programming in Mozambique and similar contexts. First, expand male partner involvement in PMTCT programs through policy and practice changes that make antenatal spaces more welcoming to men, offer flexible couple testing hours, and train providers in male-inclusive counselling. Second, implement differentiated service delivery models tailored to

interações entre certas preparações à base de plantas e antirretrovirais, incluindo efeitos no metabolismo, absorção e eficácia dos fármacos (24). Os profissionais de saúde devem inquirir proactivamente sobre o uso de medicina tradicional de forma não julgadora, fornecer aconselhamento sobre riscos potenciais de interação e promover planeamento colaborativo de segurança, em vez de exigir a abstinência de práticas tradicionaisabordagem que tende a deslocar o pluralismo para a clandestinidade e impede avaliações informadas de risco. Os sistemas de saúde pública devem investir em investigação que caracterize os medicamentos tradicionais mais utilizados e as suas potenciais interações com regimes de TARV, de modo a permitir aconselhamento baseado em evidência.

Comparação com Literatura Africana Recente

Os nossos resultados estão fortemente alinhados com investigação etnográfica e qualitativa recente de outros contextos da África Subsariana. Estudos da África do Sul(25), Quênia e Uganda(26,27) documentam igualmente padrões de diagnóstico tardio diferenciados por género, tensões entre masculinidade e adesão, não divulgação motivada por estigma e pluralismo terapêutico. No entanto, o presente estudo contribui com subsídios específicos sobre o percurso de acompanhamento pré-natal como mecanismo de acesso privilegiado, com implicações directas para a integração de serviços de HIV para homens nos programas de PTV. Adicionalmente, a documentação detalhada da migração laboral como barreira à adesão contribui para a literatura regional sobre populações móveis e continuidade dos cuidados de HIV, uma questão crítica em contextos da África Austral caracterizados por migração laboral transfronteiriça. Os resultados sobre pluralismo terapêutico acrescentam à crescente literatura africana que descreve o pluralismo médico não como ignorância ou não adesão, mas como navegação sofisticada entre múltiplos modelos explicativos e recursos terapêuticos (21,28).

Implicações para a Saúde Pública e Prática Clínica

Estes resultados têm várias implicações acionáveis para os programas de HIV em Moçambique e contextos semelhantes. Em primeiro lugar, é necessário expandir o envolvimento de parceiros masculinos nos programas de PTV através de alterações políticas e operacionais que tornem os espaços pré-natais mais inclusivos para homens, ofereçam horários flexíveis para testagem de casais e reforcem a formação dos profissionais em aconselhamento inclusivo. Em segundo lugar, implementar modelos diferenciados de prestação de serviços adaptados

men's economic realities: multi-month dispensing to reduce clinic visit frequency, mobile or workplace clinics to minimize opportunity costs, after-hours services for working men, and fast-track systems for stable patients. Third, address healthcare system inefficiencies, stock-out prevention through improved supply chain management, queue management systems to reduce wait times, and patient feedback mechanisms to identify and address service barriers. Fourth, develop masculinity-transformative interventions, including male peer support groups, community-based male champions, and messaging that reframes HIV treatment as strength rather than weakness. Fifth, create safer disclosure environments through couples counselling, family-based interventions, and stigma-reduction community campaigns. Sixth, recognize and respectfully engage therapeutic pluralism through provider training on medical pluralism, collaborative partnerships with traditional healers, and clinical protocols that explicitly invite disclosure of traditional medicine use for safety monitoring.

Strengths and Limitations

This study's ethnographic approach, extended fieldwork duration (7 months), and in-depth engagement with participants enabled a rich understanding of lived experiences and sociocultural contexts shaping ART adherence. Thematic organization of findings provides a clear framework for interpretation and intervention design. Methodological rigor was ensured through investigator triangulation, member checking, and reflexive attention to researcher positionality. However, several limitations warrant acknowledgment. First, the relatively small sample size (N=28) and purposive sampling approach limit statistical generalizability. Findings are contextually specific to peri-urban Maputo and may not transfer directly to rural areas, other Mozambican cities, or other national contexts, though conceptual transferability to similar sub-Saharan urban settings is plausible. Second, the absence of audio recording (due to ethical concerns and participant preferences) precluded verbatim quotation and may have introduced recall bias in field note transcription, though immediate post-interview

às realidades económicas dos homens: dispensa de múltiplos meses para reduzir a frequência de visitas, clínicas móveis ou em locais de trabalho para minimizar custos de oportunidade, serviços fora do horário laboral e sistemas de atendimento rápido para pacientes estáveis. Em terceiro lugar, melhorar as ineficiências do sistema de saúde através da prevenção de rupturas de stock por meio de melhor gestão da cadeia de abastecimento, sistemas de gestão de filas para reduzir tempos de espera e mecanismos de feedback dos utentes para identificar e resolver barreiras. Em quarto lugar, desenvolver intervenções transformadoras das masculinidades, incluindo grupos de apoio entre pares do sexo masculino, agentes comunitários masculinos e mensagens que redefinem o tratamento do HIV como sinal de força e não de fraqueza. Em quinto lugar, criar ambientes mais seguros para a divulgação através de aconselhamento de casal, intervenções familiares e campanhas comunitárias de redução do estigma. Em sexto lugar, reconhecer e envolver de forma respeitosa o pluralismo terapêutico através de formação dos profissionais sobre pluralismo médico, parcerias colaborativas com curandeiros tradicionais e protocolos clínicos que incentivem explicitamente a divulgação de práticas tradicionais para monitorização de segurança.

Forças e Limitações

A abordagem etnográfica deste estudo, a duração prolongada do trabalho de campo (7 meses) e o envolvimento aprofundado com os participantes permitiram uma compreensão rica das experiências vividas e dos contextos socioculturais que moldam a adesão à TARV. A organização temática dos resultados fornece um quadro claro para interpretação e desenho de intervenções. O rigor metodológico foi assegurado através de triangulação de dados pelos investigadores, verificação pelos membros da equipa de estudo e atenção reflexiva à posição do investigador. No entanto, algumas limitações devem ser reconhecidas. Em primeiro lugar, o tamanho relativamente reduzido da amostra (N=28) e a amostragem intencional limitam a generalização estatística. Os resultados são contextualmente específicos da área periurbana de Maputo e podem não ser directamente transferíveis para áreas rurais, outras cidades moçambicanas ou outros contextos nacionais, embora a transferibilidade conceptual para contextos urbanos semelhantes da África Subsariana seja plausível. Em segundo lugar, a ausência de gravação áudio (devido a considerações éticas e preferências dos participantes) impediu a citação literal e pode ter introduzido viés de

expansion of notes mitigated this risk. Third, social desirability bias may have influenced participants' accounts, particularly regarding adherence behaviours and experiences of stigma. Fourth, the study's cross-sectional design captures experiences at single time points rather than following participants longitudinally along adherence trajectories. Fifth, while including female partners/caregivers provided comparative gender perspectives, the study did not systematically examine women's ART experiences, limiting gender comparative analysis. Future research should include larger samples to enable quantitative analysis of theme prevalence, longitudinal designs to track adherence over time, comparisons between urban and rural contexts, and deeper exploration of interventions to address identified barriers.

Conclusions

This ethnographic study provides novel insights into how structural barriers, masculine identities, therapeutic pluralism, and HIV-related stigma intersect across four thematic dimensions to shape men's ART access and adherence in Maputo, Mozambique. Our findings demonstrate that men's therapeutic itineraries are not simply individual choices but are profoundly conditioned by gendered diagnostic pathways, healthcare system inefficiencies, economic constraints, masculinity norms positioning illness as weakness, pervasive HIV-related stigma driving non-disclosure, and medical pluralism integrating biomedical and traditional healing systems. The privileged access pathway through prenatal "one-stop" services highlights how engaging men as partners in maternal health programs may inadvertently facilitate their HIV diagnosis and treatment linkage a finding with practical implications for integrated service delivery models. However, the broader patterns of delayed symptomatic diagnosis, treatment interruptions due to labour migration, undisclosed HIV status within intimate relationships, and complex navigation of multiple healing systems underscore persistent multilevel challenges. Effective

memória na transcrição das notas de campo, embora a expansão imediata das notas após as entrevistas tenha mitigado este risco. Em terceiro lugar, o viés de deseabilidade social pode ter influenciado os relatos dos participantes, particularmente no que diz respeito a comportamentos de adesão e experiências de estigma. Em quarto lugar, o desenho transversal do estudo capta experiências em momentos únicos, em vez de acompanhar longitudinalmente as trajetórias de adesão. Em quinto lugar, embora a inclusão de parceiras femininas/cuidadores tenha proporcionado perspectivas comparativas de género, o estudo não examinou de forma sistemática as experiências das mulheres no TARV, limitando a análise comparativa de género. Futuras investigações deverão incluir amostras maiores que permitam análises quantitativas da prevalência dos temas, desenhos longitudinais que acompanhem a adesão ao longo do tempo, comparações entre contextos urbanos e rurais e uma exploração mais aprofundada de intervenções que abordem as barreiras identificadas.

Conclusões

Este estudo etnográfico fornece contributos inovadores para a compreensão de como barreiras estruturais, identidades masculinas, pluralismo terapêutico e estigma associado ao HIV se interligam, ao longo de quatro dimensões temáticas, para moldar o acesso e a adesão dos homens à TARV em Maputo, Moçambique. Os resultados demonstram que os itinerários terapêuticos dos homens não constituem meras escolhas individuais, mas são profundamente condicionados por percursos diagnósticos diferenciados por género, ineficiências do sistema de saúde, constrangimentos económicos, normas de masculinidade que posicionam a doença como sinal de fraqueza, estigma generalizado associado ao HIV que conduz à não divulgação do estado serológico, e pelo pluralismo médico que integra sistemas biomédicos e práticas de cura tradicionais. O percurso de acesso privilegiado através dos serviços pré-natais "paragem única" evidencia como o envolvimento dos homens enquanto parceiros nos programas de saúde materna pode, inadvertidamente, facilitar o seu diagnóstico e a ligação ao tratamento, um resultado com implicações práticas para modelos integrados de prestação de serviços. No entanto, os padrões mais amplos de diagnóstico tardio por apresentação sintomática, interrupções do tratamento associadas à migração laboral, não divulgação do estado serológico em relações íntimas e a navegação complexa entre múltiplos sistemas de cura evidenciam desafios persistentes

interventions must move beyond biomedical adherence frameworks to address masculine norms through transformative masculinity programming, create stigma-reducing community environments through social mobilization, ensure service flexibility for economically precarious and mobile populations through differentiated delivery models, strengthen healthcare systems to reduce structural barriers, and foster constructive dialogue between biomedical and traditional healing systems rather than positioning them as mutually exclusive. These findings are context-specific to peri-urban Maputo but offer conceptually transferable insights for designing gender-responsive, culturally appropriate HIV programming across similar sub-Saharan African settings characterized by comparable socioeconomic conditions, healthcare system constraints, gender dynamics, and patterns of medical pluralism.

Acknowledgements

We thank the participants who generously shared their experiences, as well as Polana Caniço Health Centre for institutional support.

Authors Contributions

ADUL: conceptualisation, methodology, investigation, fieldwork, formal analysis, original manuscript writing, and final review. JBC: methodological supervision, critical review of scientific content, and approval of the final version. FM: data analysis, critical review, and approval of the final version. EJ: theoretical guidance, critical manuscript review, and approval of final version. All authors read and approved the final version of the manuscript.

Conflict of Interest Statement

The authors declare no conflicts of interest exist.

e de múltiplos níveis. Intervenções eficazes devem ir além dos enquadramentos biomédicos centrados na adesão, abordando normas de masculinidade através de programas transformadores de masculinidades, criando ambientes comunitários redutores do estigma por meio da mobilização social, assegurando flexibilidade dos serviços para populações economicamente vulneráveis e móveis através de modelos diferenciados de prestação de cuidados, reforçando os sistemas de saúde para reduzir barreiras estruturais e promovendo um diálogo construtivo entre os sistemas biomédico e de cura tradicional, em vez de os posicionar como mutuamente exclusivos. Estes resultados são específicos do contexto periurbano de Maputo, mas oferecem contributos conceptualmente transferíveis para o desenho de programas de HIV sensíveis ao género e culturalmente apropriados em contextos semelhantes da África Subsariana, caracterizados por condições socioeconómicas, limitações dos sistemas de saúde, dinâmicas de género e padrões de pluralismo médico comparáveis.

Agradecimentos

Agradecemos aos participantes que generosamente partilharam as suas experiências, bem como ao Centro de Saúde de Polana Caniço pelo apoio institucional.

Contribuições dos autores

ADUL: conceptualização, metodologia, investigação, trabalho de campo, análise formal, redação do manuscrito original e revisão final. JBC: supervisão metodológica, revisão crítica do conteúdo científico e aprovação da versão final. FM: análise de dados, revisão crítica e aprovação da versão final. EJ: orientação teórica, revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final. Todos os autores leram e aprovaram a versão final do manuscrito.

Declaração de conflito de interesses

Os autores declaram que não existem conflitos de interesse.

References / Referências

1. INS. (2023). Inquérito Nacional Sobre o Impacto do HIV e SIDA em Moçambique. <http://ins.gov.mz>
2. Dovel, K., Yeatman, S., Watkins, S., & Poulin, M. (2015). Men's heightened risk of AIDS-related death: the legacy of gendered HIV testing and treatment strategies. *AIDS (London, England)*, *29*(10), 1123–1125. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000000655>
3. Cornell, M., Johnson, L. F., Schomaker, M., Tanser, F., Maskew, M., Wood, R., et al. (2015). Age in antiretroviral therapy programmes in South Africa: a multi-centre observational cohort study. *The Lancet HIV*, *9*(2), 368–375.
4. Skovdal, M., Campbell, C., Madanhire, C., Mupambireyi, Z., Nyamukapa, C., & Gregson, S. (2011). Masculinity as a barrier to men's use of HIV services in Zimbabwe. *Globalization and Health*, *7*(13), 1–14. <https://doi.org/10.1186/1744-8603-7-13>
5. Viisainen, K., dos Santos, M. B., Sunderbrink, U., & Couto, A. (2024). Gender and stigma in antiretroviral treatment adherence in Mozambique: A qualitative study. *PLOS Global Public Health*, *4*, e0003166. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0003166>
6. Passador, L. H. (2009). "Tradition", person, gender, and STD/HIV/AIDS in southern Mozambique. *Cadernos de Saúde Pública*, *25*(3), 687–693.
7. Sundararajan, R., Mwanga-Amumpaire, J., King, R., & Ware, N. C. (2020). Conceptual model for pluralistic healthcare behaviour: Results from a qualitative study in southwestern Uganda. *BMJ Open*, *10*(4), e033410.
8. Audet, C. M., Blevins, M., Chire, Y. M., Aliyu, M. H., Vaz, L. M. E., Antonio, E., et al. (2016). Engagement of men in antenatal care services: Increased HIV testing and treatment uptake in a community participatory action program in Mozambique. *AIDS and Behavior*, *20*(9), 2090–2100.
9. Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77–101.
10. Takah, N. F., Atem, J. A., Aminde, L. N., Malisheni, M., & Murewenhema, G. (2018). Male partner involvement in increasing the uptake of infant antiretroviral prophylaxis/treatment in sub-Saharan Africa: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, *18*(1), 1–12.
11. Sileo, K. M., Fielding-Miller, R., Dworkin, S. L., & Fleming, P. J. (2018). What role do masculine norms play in men's HIV testing in sub-Saharan Africa?: A scoping review. *AIDS and Behavior*, *22*(7), 2468–2479.
12. Twimukye, A., Alhassan, Y., Ringwald, B., Malaba, T., Myer, L., Waitt, C., et al. (2024). Support, not blame: safe partner disclosure among women diagnosed with HIV late in pregnancy in South Africa and Uganda. *AIDS Research and Therapy*, *21*(1), 1–12.
13. Long, L., Kuchukhidze, S., Pascoe, S., Nichols, B. E., Fox, M. P., Cele, R., et al. (2020). Retention in care and viral suppression in differentiated service delivery models for HIV treatment delivery in sub-Saharan Africa: a rapid systematic review. *Journal of the International AIDS Society*, *23*(11), e25640.
14. Ndyabakira, A., Getahun, M., Byamukama, A., Emperador, D., Kabageni, S., Marson, K., et al. (2019). Leveraging incentives to increase HIV testing uptake among men: qualitative insights from rural Uganda. *BMC Public Health*, *19*(1), 1763. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-8073-6>
15. Vearey, J., de Gruchy, T., Kamndaya, M., Walls, H. L., Chetty-Makkan, C. M., & Hanefeld, J. (2018). Exploring the migration profiles of primary healthcare users in South Africa. *Journal of Immigrant and Minority Health*, *20*(1), 91–100.
16. Mukumbang, F. C. (2021). Leaving no man behind: How differentiated service delivery models increase men's engagement in HIV care. *International Journal of Health Policy and Management*, *10*(3), 129–140. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2020.32>
17. Gottert, A., Pulerwitz, J., Haberland, N., Mathebula, R., Rebombo, D., Spielman, K., et al. (2020). Gaining traction: Promising shifts in gender norms and intimate partner violence in the context of a community-based HIV prevention trial in South Africa. *PLOS ONE*, *15*(8), e0236600.
18. Camlin, C. S., Charlebois, E. D., Getahun, M., Akatukwasa, C., Atwine, F., Itiakorit, H., et al. (2020). Pathways for reduction of HIV-related stigma: a model derived from longitudinal qualitative research in Kenya and Uganda. *Journal of the International AIDS Society*, *23*(12), e25649.
19. Skovdal, M., Maswera, R., Kadzura, N., Nyamukapa, C., Rhead, R., Wringe, A., et al. (2020). Parental obligations, care and HIV treatment: How care for others motivates self-care in Zimbabwe. *Journal of Health Psychology*, *25*(13–14), 2178–2187.
20. Peltzer, K., Friend-du Preez, N., Ramlagan, S., Fomundam, H., Anderson, J., & Chanetsa, L. (2011). Antiretrovirals and the use of traditional, complementary and alternative medicine by HIV patients in Kwazulu-Natal, South Africa: A longitudinal study. *African Journal of Traditional, Complementary and Alternative Medicines*, *8*(4), 337–345.
21. Moshabela, M., Bukonya, D., Darong, G., Wamoyi, J., McLean, E., Skovdal, M., Ddaaki, W., Ondeng'e, K., Bonnington, O., Seeley, J., Hosegood, V., & Wringe, A. (2017). Traditional healers, faith healers and medical practitioners: the contribution of medical pluralism to bottlenecks along the cascade of care for HIV/AIDS in Eastern and Southern Africa. *Sexually transmitted infections*, *93*(Suppl 3), e052974. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2016-052974>
22. Granjo, P. (2009). Saúde e doença em Moçambique. *Saúde e Sociedade*, *18*(4), 567–581.
23. Audet, C. M., Ngobeni, S., & Wagner, R. G. (2017). Traditional healer treatment of HIV persists in the era of ART: A mixed methods study from rural South Africa. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, *17*(1), 1–6.
24. Matotoka, M. M., Ndhkala, A. R., & Masoko, P. (2019). In vitro inhibition of HIV-1 reverse transcriptase and anti-inflammatory activities of some herbal concoctions sold in the Limpopo Province. *South African Journal of Botany*, *126*, 65–69. <https://doi.org/10.1016/j.sajb.2019.07.023>
25. Lynch, I., Brouard, P. W., & Visser, M. J. (2010). Constructions of masculinity among a group of South African men living with HIV/AIDS: Reflections on resistance and change. *Culture, Health & Sexuality*, *12*(1), 15–27.
26. Okal, J., Lango, D., Matheka, J., Obare, F., Ngunu-Gituathi, C., Mugambi, M., et al. (2020). "It is always better for a man to know his HIV status": A qualitative study exploring the context, barriers and facilitators of HIV testing among men in Nairobi, Kenya. *PLOS ONE*, *15*(4), e0231645. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231645>
27. Akatukwasa, C., Getahun, M., Ayadi, A. M. E., Namanya, J., Maeri, I., Itiakorit, H., et al. (2021). Dimensions of HIV-related stigma in rural communities in Kenya and Uganda at the start of a large HIV "test and treat" trial. *PLOS ONE*, *16*(5), e0249462. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249462>
28. Moshabela, M., Pronyk, P., Williams, N., Schneider, H., & Thorogood, M. (2011). Patterns and implications of medical pluralism among HIV/AIDS patients in rural South Africa. *AIDS and Behavior*, *15*(4), 842–852.