



**INSTITUTO DE HIGIENE E
MEDICINA TROPICAL**
DESDE 1902

**Universidade Nova de Lisboa
Instituto de Higiene e Medicina Tropical**

**FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO E RETENÇÃO AO TARV EM JOVENS
ENTRE 18 E 24 ANOS COM VIH, ATENDIDOS NOS SAAJ DA CIDADE DA
BEIRA, PROVÍNCIA DE SOFALA, DURANTE A COVID-19 (2020-2022)**

Helga Kufassi Boaventura Guambe Dos Anjos

**DISSERTAÇÃO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRADO EM SAÚDE
PÚBLICA E DESENVOLVIMENTO**

MAIO, 2023



INSTITUTO DE HIGIENE E
MEDICINA TROPICAL
DESDE 1902

Universidade Nova de Lisboa
Instituto de Higiene e Medicina Tropical

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO:
FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO E RETENÇÃO AO TARV EM JOVENS
ENTRE 18 E 24 ANOS COM VIH, ATENDIDOS NOS SAAJ DA CIDADE DA
BEIRA, PROVÍNCIA DE SOFALA, DURANTE A COVID-19 (2020-2022)

Autor: Helga Kufassi Boaventura Guambe Dos Anjos

Orientadora: Professora Doutora Isabel Craveiro,

Co-orientadora: Doctora Ada Merolle

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de
Mestrado em Saúde Pública e Desenvolvimento

Dedicatória

Este trabalho dedicado em primeiro lugar a DEUS todo poderoso, que é um Deus fiel e que cumpre as suas promessas (Salmos 114) na minha vida, e por isso, obrigada Senhor por tudo e por ter me capacitado para concluir esta fase da minha formação, GLORY TO YOUR NAME.

Em segundo lugar, dedico aos meus pais, Dr. Boaventura Afonso (em memória) e Eng^a Anina Trefina Manganhela, meu esposo Dr. Matias Dos Anjos e nossos filhos Chloe, Henry e Liane, minhas irmãs Nalta e Lucika, meu cunhado Bruno e aos meus sobrinhos Cesário e Maelys.

Agradecimentos

Agradeço a Deus por guiar os meus caminhos colocando pessoas certas durante este percurso, por ter me dado sabedoria e me mantido saudável debaixo da Sua infinita graça maravilhosa.

Agradeço a minha família por todo apoio, amor e paciência especialmente aos meus pais, Dr. Boaventura Afonso (em memória) e Eng^a Anina Trefina Manganhela que sempre acreditaram em mim, e por terem me educado sobre a importância de estudar e terem dado exemplos práticos em suas vidas acadêmica e profissional. O vosso exemplo foi a minha motivação. O meu MUITO obrigada.

Ao meu esposo Dr. Matias Dos Anjos, que sempre me incentivou a estudar e lutar pelos meus sonhos, por me ter apoiado bastante cuidando das crianças e da casa nos momentos mais críticos em que eu precisava de concentração e foco para estudar.

Aos meus filhos, meus pequenotes lindos, vocês são a força da mamã, Chloe Tehila, Henry Afonso e Liane Flávia. Que esta seja mais uma inspiração para vocês seguirem e brilharem na vossa carreira estudantil.

As minhas irmãs Dra. Nalta Guambe e Eng^a Lucika Guambe Chicalia e ao meu cunhado Dr. Bruno Chicalia que sempre me apoiaram.

A tia Edite Vaz pelo acolhimento, por todo apoio e carinho em Lisboa.

Ao CUAMM- Médicos com África e Universidade de Pádua em colaboração com a Universidade Católica de Moçambique-Faculdade de Ciências de Saúde pelo apoio durante este processo, desde a conceção do protocolo, implementação e recolha de dados.

Às minhas orientadoras, Prof^a. Doutora Isabel Craveiro e a Dra. Ada Merolle pelo grande apoio, amizade, subsídios e entrega pelo trabalho.

A Direcção Distrital de Saúde da Cidade da Beira, aos profissionais de saúde dos 5 centros de Saúde que colaboraram na recolha de dados.

Estendo os meus agradecimentos a todos meus amigos que direta ou indiretamente apoiaram, especialmente ao Dr. Jeremias Chone, Dra. Sandra Gonçalves, Dra. Vitória Nembaware e a todos colegas de turma pela amizade, companheirismo e apoio.

Resumo

Introdução: A retenção nos cuidados e a adesão ao tratamento antirretroviral são essenciais para resultados ideais de saúde pública e individual para pessoas vivendo com VIH(PVVIH). Embora a maioria dos serviços de saúde tenha desenvolvido serviços personalizados por forma a fortalecer a retenção nos cuidados e a adesão ao TARV, a pandemia de COVID-19 interrompeu a maioria dessas iniciativas. Em Sofala, durante a pandemia, devido às medidas de mitigação, as PVVIH incluindo as pessoas com 3 meses de TARV, tinham acesso aos cuidados a cada três meses. O objetivo do estudo era analisar os fatores que influenciaram a adesão e retenção ao TARV nos jovens de 18-24 anos em 5 Unidades Sanitárias (US) em Sofala, durante a pandemia de COVID-19 (2020-2022).

Metodologia: Trata-se de um estudo observacional analítico transversal, jovens dos 18-24 anos foram recrutados por amostragem probabilística, selecção por conveniência. Entrevistas estruturadas foram administradas aos participantes após consentimento. Foram recolhidas características sociodemográficas, conhecimentos, atitudes e comportamentos. Os dados clínicos e laboratoriais foram extraídos das fichas individuais de tratamento. A estatística descritiva foi utilizada para resumir as características da população estudada. Os testes do qui-quadrado e exato de Fisher foram utilizados para analisar a associação entre a adesão (boa ou má) e outras variáveis, bem como a associação entre a retenção (boa ou má) e outras variáveis. Também foi realizada uma análise de regressão logística univariada e multivariada.

Resultados: 284 participantes consentiram e foram inscritos, e cerca de 97% (276) foram considerados para análises por terem registos mais completos. A idade média foi de 21 anos (variando de 18 a 23 anos) e os participantes eram principalmente do sexo feminino (61%). Os participantes com ensino médio e desempregados foram mais aderentes ao tratamento. O estadio clínico, as co-infecções e os fatores psicossociais são os principais fatores que influenciam a retenção nos cuidados. O local do SAAJ, situação académica, variáveis sociodemográficas como estado civil foram significativamente associadas à retenção e à adesão com valores de $p < 0,001$. Essas associações foram corroboradas com resultados de modelos de regressão univariada e multivariada. Em uma análise multivariada, vários fatores foram associados à retenção, como habitação- [ORa:6,6, 95% IC 6.6 (1.6-28.1)] e SAAJ - Mascarenhas [ORa: 7,3, 95% IC (1.2-45.2)]; SAAJ - Nhaconjo [ORa: 24.4, 95% IC (3.9 - 151.6)]; SAAJ – Ponta-Gea [ORa: 33,8; 95% IC (4.9 -232)], os mesmos fatores foram associados à adesão com fatores adicionais que incluem posse de telemóvel [ORa: 4.4; 95% IC (1.5-12.8)].

Conclusão: Os resultados deste estudo mostram que, durante a pandemia de COVID-19, vários fatores influenciaram a retenção nos cuidados que incluem a qualidade do serviço no local do SAAJ, fatores demográficos específicos, conhecimento sobre a duração e motivos para tomar TARVs, nível de escolaridade e co-infecções. Usamos as limitações do estudo como oportunidade para explorar a criação de uma nova escala de pontuação de adesão ao TARV para uso durante desastres naturais. Concluimos recomendando ao MISAU a realização de auditorias nos SAAJs quanto à qualidade do serviço e informações fornecidas às PVVIH para ajudar a padronizar a qualidade.

Palavras chaves: Adesão, Retenção, VIH/SIDA, COVID-19, Moçambique

Abstract

Introduction: Retention in care and adherence to antiretroviral treatment are key to optimal individual and public health outcomes for people living with HIV (PLHIV). Although most public health services had developed personalized services to strengthen retention in care and adherence to ARTs, the COVID-19 pandemic disrupted most such initiatives. In Sofala, during the COVID-19 pandemic, due to mitigation measures, PLHIV including those on 3 months of ART, had access to care every three months.. This study aims to analyze factors that influenced adherence and retention to treatment in 18–24-year-olds in 5 treatment centers in Sofala, during the COVID-19 pandemic.

Methodology: This is a cross-sectional analytical observational study, young people aged 18-24 years were recruited by probabilistic sampling by convenience selection. Structured interviews were administered to participants who consented. Sociodemographic characteristics, knowledge, attitudes, and behaviors were collected. Clinical and laboratory data were extracted from individual treatment records. Data analysis was performed in R. We used descriptive statistics to summarize the study population. The chi-squared and the fishers' exact tests were used to analyze the association between adherence (good or bad) and other variables, as well as the association between retention (good or bad) and other variables. A univariate and multivariate logistic regression analysis were also performed.

Results: 284 participants consented and were enrolled, and around 97% (276) were considered for further analyzes as they had more complete records. The median age was 21 years (range 18-23 years old), and participants were mainly female (61%). Participants with a secondary education level and unemployed were more adherent to the treatment. Clinical stage, co-infections and psychosocial factors are the main factors that influence retention in care. The SAAJ site, studying status, marital status socio-demographic variables were significantly associated with retention in care and adherence p-values <0.001. These associations were corroborated with results from univariate and multivariate regression models. In a multivariate analysis, several factors were associated with retention in care Housing - [ORa:6,6, 95% IC 6.6 (1.6-28.1)] e SAAJ - Mascarenhas [ORa: 7,3, 95% IC (1.2-45.2)]; SAAJ - Nhaconjo [ORa: 24.4, 95% IC (3.9 -151.6)]; SAAJ – Ponta-Gea [ORa: 33,8; 95% IC (4.9 -232)], Same factors were associated with adherence with additional factors which include cell-phone ownership [ORa: 4.4; 95% IC (1.5-12.8)].

Conclusion: The results of this study show that during the COVID-19 pandemic, several factors influenced retention and adherence which include the quality of service at the SAAJ site, specific demographic factors, knowledge on the duration and reasons for taking ARTs, level of education and co-infections. We used limitations of the study as opportunities to explore designing a novel ART adherence score for use during natural disasters. We conclude by recommending the Mozambique government to conduct audits on SAAJ's for quality of service and information provided to PLHIV to help standardize quality.

Keywords: Adherence, Retention, HIV/AIDS, COVID-19, Mozambique

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|------------|--|
| ARV | Antirretroviral |
| CIBS | Comité Interinstitucional de Bioética para Saúde |
| COVID-19 | Doença de coronavírus 19 |
| CMV | Citomegalovírus |
| CV | Carga Viral |
| DMM | Dispensa multimensal |
| DT | Dispensa Trimestral |
| DP | Desvio padrão |
| GAAC | Grupos de apoio e adesão comunitária |
| IMASIDA | Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA |
| ITS | Infecção de transmissão sexual |
| LMP | Leucoencefalopatia multifocal progressiva |
| MISAU | Ministério da Saúde |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| OR | Odds Ratio Bruto |
| ORa | Odds Ratio Ajustado |
| PVVIH | Pessoa vivendo com VIH |
| PVHA | Pessoa vivendo com VIH/SIDA |
| PCP | Pneumonia por Pneumocystis |
| TARV | Tratamento antirretroviral |
| TB | Tuberculose |
| SNC | Sistema Nervoso Central |
| SV | Supressão viral |
| SAAJ | Serviços Amigos de Adolescentes e Jovens |
| SIDA | Síndrome de Imunodeficiência humana adquirida |
| SARS-CoV-2 | Novo coronavírus 19 |
| VIH | Vírus de Imunodeficiência Humana |
| US | Unidade Sanitária |

ÍNDICE

| | | |
|------|---|-------------------------------------|
| 1. | INTRODUÇÃO | 9 |
| 2. | REVISÃO DA LITERATURA | 11 |
| 3. | OBJECTIVOS | 23 |
| 3.1 | Obectivo geral | 23 |
| 3.2 | Obectivo específicos | 23 |
| 4. | MATERIAL E MÉTODOS | 24 |
| 4.1 | Desenho e pergunta de estudo | 24 |
| 4.2 | População do estudo | 24 |
| 4.3 | Local do estudo | Error! Bookmark not defined. |
| 4.4 | Cálculo do tamanho de amostra | 25 |
| 4.5 | Amostragem | 25 |
| 4.6 | Critérios de inclusão | 26 |
| 4.7 | Critérios de exclusão | 26 |
| 4.8 | Procedimentos de recolha de dados | 26 |
| 4.9 | Gestão e Análise estatística | 27 |
| 4.10 | Considerações éticas | 30 |
| 5 | RESULTADOS | 31 |
| 6 | DISCUSSÃO | 51 |
| | Limitações e Oportunidades | 53 |
| 7 | CONCLUSÕES..... | 54 |
| 8 | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 55 |
| | ANEXOS..... | 61 |

1 INTRODUÇÃO

O Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) é um retrovírus causador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) ¹. A SIDA é a Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida, caracterizada pela depleção imunológica desencadeando a emergência de doenças oportunistas ².

A doença de coronavírus 2019 (COVID-19) é uma doença respiratória causada pelo coronavírus 2 da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2) ³.

Nos últimos anos, a colisão das pandemias de SIDA e COVID-19 juntamente com as crises económica e humanitária – colocou a resposta global ao VIH sob ameaça crescente. A COVID-19 e outras instabilidades interromperam os serviços de saúde, educação e não só, em grande parte do mundo, deixando milhões de estudantes fora da escola, aumentando sua vulnerabilidade ao VIH ⁴.

Na última década registou-se uma redução na mortalidade relacionada ao SIDA em todo o mundo, em grande parte devido à melhoria do acesso à terapia antirretroviral (TARV), mas na África subsaariana o SIDA continua a ser uma das maiores causas de mortalidade entre os adolescentes⁵.

Os efeitos indiretos da pandemia da COVID-19 contribuíram para um aumento nas incidências de malária, tuberculose (TB) e infeções por VIH, prejudicando desta forma o sistema de saúde na África Subsaariana.

As mortes devido a infeções por VIH aumentaram substancialmente durante a pandemia de COVID-19, com interrupções dos serviços de VIH na África subsaariana. Além disso, em países com alta carga de VIH, a continuidade da TARV durante a pandemia foi um desafio considerável ⁶.

Em Moçambique o primeiro Estado de Emergência de COVID-19 foi decretado no dia 30 de Março de 2020 ⁷e, por conseguinte, as restrições de circulação (*lockdown*) e medidas de distanciamento impuseram novas estratégias na organização e no acesso aos serviços de saúde.

Em relação ao programa nacional de ITS, VIH/SIDA, o Ministério da Saúde (MISAU) implementou várias medidas, a fim de garantir o acesso regular aos serviços de tratamento de VIH e centrados no paciente. As principais medidas incluíram: descongestionamento das

Introdução

Unidades Sanitárias através da implementação de modelos diferenciados de serviços, onde houve alteração provisória dos critérios de elegibilidade para modelos diferenciados de serviços (dispensa trimestral de medicamentos e Grupos de Apoio e Adesão Comunitária - GAAC), por forma a permitir que as PVVIH pudessem levantar os ARV a cada três meses em vez de mensal; expansão da dispensa dos ARV a nível da comunidade através de pessoal leigo em algumas províncias, uso de consultas por chamadas telefónicas para garantir o aconselhamento sobre a adesão e seguimento dos pacientes ⁸.

Tornou-se assim importante investigar e compreender a lacuna em termos de cuidados e tratamento no período da COVID-19 (2020/2022), de modo que se criem estratégias para a melhoria deste problema em futuras situações de emergências tais como pandemias.

Este estudo pretende identificar os fatores que influenciaram a adesão e retenção ao TARV nos Jovens que vivem com VIH, com idade entre 18 e 24 anos atendidos nos SAAJs da Cidade da Beira (Província de Sofala), devido as medidas de mitigação da COVID-19 no sector de saúde implementada pelo MISAU no período da COVID-19 (2020/2022).

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) e COVID-19

A SIDA como doença emergente no século atual, é considerada a quarta causa de morte no mundo. Nas últimas três décadas, a epidemia por ela causada tem ameaçado o mundo inteiro ⁹.

Por mais de vinte anos, a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) e a síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) têm sido preocupações significativas de saúde pública, e a epidemia continua a desafiar a humanidade. A maioria das novas infecções por VIH no mundo ocorre em países de baixa e média renda, com dois terços da população mundial infectada pelo VIH vivendo na África ¹⁰.

Em Dezembro de 2019, o novo coronavírus foi identificado em Wuhan, República Popular da China, e causou mortes por doença grave. Os coronavírus são grandes vírus de RNA de cadeia positiva envelopados que podem ser divididos em 4 gêneros: alfa, beta, delta e gama, dos quais alfa e beta são conhecidos por infectar humanos¹¹.

A doença de coronavírus 2019 (COVID-19) é uma doença respiratória causada pelo coronavírus 2 da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2) ³. Os sintomas comuns da SARS incluíam febre, tosse, dispneia e ocasionalmente diarreia aquosa. Dos pacientes infectados, 20% a 30% necessitaram de ventilação mecânica e 10% morreram, com taxas de mortalidade mais altas em pacientes mais velhos e naqueles com comorbidades médicas. A transmissão de humano para humano foi documentada, principalmente em ambientes de cuidados de saúde ¹¹.

2.2 Epidemiologia do VIH/SIDA no mundo

O vírus de Imunodeficiência Humana (VIH) representa uma emergência de saúde pública ao nível global, apesar do primeiro caso ter sido identificado há 40 anos.

O Compromisso global é de acabar com o SIDA até 2030 ⁴. Estima-se que no mundo em 2021 ocorreram cerca de 1,5 milhão de novas infeções e 650 mil mortes por causas relacionadas à SIDA o que corresponde a 1 morte por minuto⁴. Em 2021 havia no mundo 38,4 milhões de pessoas com VIH, das quais 10,2 milhões não estavam em tratamento, por

desconhecimento do seu estado sorológico ou por dificuldades de acesso ao TARV ^{4,5} e apenas 50% das crianças VIH positivas estavam em TARV ⁴.

Globalmente, cerca de 32% das novas infecções ocorrem entre adolescentes/jovens de 10 a 24 anos. O número de adolescentes que morrem por VIH tende a aumentar ¹².

Em 2020, houve uma média de 4 mil novos casos por dia, dos quais 60% na África Subsaariana e 10% em crianças menores de 10 anos. Na África subsaariana, 30% dos novos casos concentram-se na faixa etária entre 15 e 24 anos, com importante desproporção por sexo sendo que as meninas representam 25% dos novos casos (crianças da mesma idade são 8% dos casos), embora os meninos constituam apenas 10% da população ¹³. Cerca de 15% das novas infecções provém de Moçambique a seguir da África de Sul que contribui em 34% das novas infecções para a região¹³. As populações-chave e seus parceiros também contribuem negativamente para o número de todas as novas infecções que ocorrem na África Oriental e Austral representando cerca de 46% de novas infecções em 2021⁴.

Em 2021, a ONUSIDA lançou uma nova estratégia global para eliminar o SIDA e as inequidades até 2025¹⁴, com o objectivo de alcançar as metas de 95% de pessoas com VIH que conhecem o seu estado sorológico, 95% das pessoas vivendo com VIH em tratamento antirretroviral e 95% de pessoas em TARV com supressão viral (95-95-95).

2.3 Epidemiologia do VIH/SIDA em Moçambique

O Inquérito Nacional sobre o impacto do HIVe SIDA em Moçambique (INSIDA) 2021 foi o terceiro inquérito comunitário realizado em seguimento ao IMASIDA 2015 e o INSIDA 2009.

De acordo com dados preliminares divulgados do INSIDA 2021, a prevalência estimada do VIH em Moçambique nas pessoas com mais de 15 anos de idade é de 12,5% ¹⁵ e uma taxa de transmissão vertical de 10% ¹⁶.

Em 2022, Moçambique registou 97 mil novos casos de VIH. No mesmo ano, estima-se que havia 2.430.000 pessoas vivendo com VIH no país ¹⁶. A disparidade de género é presente em todas as faixas etárias ¹⁷, meninas adolescentes e mulheres jovens (de 15 a 24 anos) são infetadas pelo VIH a cada três minutos e têm três vezes mais chances de adquirir o VIH do que meninos adolescentes e homens jovens da mesma faixa etária na África subsaariana ⁴.

Segundo o relatório anual do Programa Nacional de VIH do MISAU 2021, a província de Sofala tinha uma cobertura de TARV de 79% em pacientes com mais de 15 anos de idade, ainda abaixo da média nacional de 88% ¹⁸.

Na província de Sofala, a prevalência do VIH entre pessoas maiores de 15 anos é de 13,2% acima da média nacional ¹⁵, e na cidade da Beira a prevalência do VIH entre crianças até 11 anos é de 1,5% e 1,3% para raparigas e rapazes, respetivamente. Esta taxa sobe até 7% entre os adolescentes dos 15 aos 24 anos ¹⁹. Em 2019, registaram-se 14 mil novas infeções na província de Sofala, das quais 4 mil na faixa etária dos 15-24 anos ²⁰.

Em Moçambique, o VIH é a principal causa de morte nas pessoas com idade igual ou superior aos 15 anos. A província de Sofala é uma das províncias com o dobro de proporção de óbitos por VIH quando comparado com a província de Nampula que é a mais populosa do país ²¹.

Para evitar mortes relacionadas com a SIDA, as pessoas infectadas pelo vírus de VIH devem ser diagnosticadas, receber TARV e permanecer sob cuidados para manter a supressão da carga viral (CV) evitando, desta maneira, as doenças oportunistas ²².

Em relação ao ponto de situação da cascata “95-95-95”, em Moçambique, segundo o INSIDA 2021, estima que cerca de 72% das pessoas com idade superior aos 15 anos que vivem com VIH conhecem o seu estado sorológico, destas PVVIH 96% estão em tratamento antirretroviral e 89% dos que estão em TARV, alcançaram a supressão viral ¹⁵, existem ainda desafios para atingir o primeiro e terceiro noventa e cinco.

2.4 VIH/SIDA e TARV

Estadiamento clínico

A Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu definições de caso para vigilância do VIH, estadiamento clínico e classificação imunológica de doenças relacionadas ao VIH em adultos e crianças ¹⁰. Este sistema de estadiamento visa fazer uma avaliação clínica inicial do paciente para melhor seguimento do mesmo pelo provedor de saúde.

O sistema de estadiamento clínico da OMS contém 4 estadios clínicos, sendo o nível I para pacientes assintomáticos e o nível IV para pacientes com patologias definidoras de SIDA.

Os pacientes são atribuídos a um determinado estadiamento quando demonstram pelo menos uma condição clínica nos critérios desse estadiamento. Os pacientes permanecem em um estadiamento superior após se recuperarem do quadro clínico que os colocou naquele estadiamento ¹⁰.

Quadro 1: Estadiamento clínico de VIH (Fonte: OMS)²³

| Estadio OMS I | Estadio OMS II | Estadio OMS III | Estadio OMS IV |
|---|--|--|--|
| Pacientes assintomáticos ou com linfadenopatia generalizada persistente (linfadenopatia de pelo menos dois locais [não incluindo inguinal] por mais de 6 meses) | Estadio levemente sintomático; perda de peso inexplicável de menos de 10% do peso corporal total e infecções respiratórias recorrentes (como sinusite, bronquite, otite média e faringite), bem como uma variedade de condições dermatológicas incluindo surtos de herpes zoster, queilite angular, ulcerações orais recorrentes, erupções papulares pruriginosas, dermatite seborreica e infecções fúngicas nas unhas | Estadio moderadamente sintomático); perda de peso superior a 10% do peso corporal total, diarreia inexplicável prolongada (mais de 1 mês), tuberculose pulmonar e infecções bacterianas sistêmicas graves, incluindo pneumonia, pielonefrite, empiema, piomiosite, meningite, infecções ósseas e articulares e bacteremia. Condições mucocutâneas, incluindo candidíase oral recorrente, | Estadio gravemente sintomático; inclui todas as doenças que definem a SIDA. As manifestações clínicas para a doença em estadio 4 que permitem o diagnóstico presuntivo de SIDA com base apenas nos achados clínicos são síndrome de perda de VIH, pneumonia por Pneumocystis (PCP), pneumonia bacteriana grave ou radiológica recorrente, tuberculose extrapulmonar, encefalopatia por VIH, toxoplasmose do SNC, crônica |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>leucoplasia pilosa oral e estomatite ulcerativa necrosante aguda, gengivite ou periodontite</p> | <p>(mais menos de 1 mês) ou infecção por herpes simples orolabial, candidíase esofágica e sarcoma de Kaposi. Outras condições que devem levantar a suspeita de que um paciente está em estádio clínico 4 incluem infecções por citomegalovírus (CMV) (retinite por CMV ou infecção de outros órgãos além do fígado, baço ou linfonodos), criptococose extrapulmonar, micoses endêmicas disseminadas (por exemplo, coccidiomicose, peniciliose, histoplasiose), criptosporidiose, isosporíase, infecção disseminada por micobactérias não tuberculosas,</p> |
|--|--|--|--|

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | infecção traqueal, brônquica ou pulmonar por cândida, infecção visceral por herpes simples, fístula retal adquirida associada ao VIH, linfoma não Hodgkin cerebral ou de células B, leucoencefalopatia multifocal progressiva (LMP), e cardiomiopatia ou nefropatia associada ao VIH |
|--|--|--|---|

As populações dos países em desenvolvimento são especialmente afetadas pela infecção pelo VIH e, ao mesmo tempo, frequentemente carecem de acesso a avanços tecnológicos e outros recursos para diagnosticar e fazer o seguimento nos cuidados ¹⁰.

As estratégias de rastreio, como o Sistema de Estadiamento Clínico da OMS, podem ser ferramentas úteis para melhorar o acesso e o seguimento nos cuidados e tratamento ¹⁰.

A provisão de tratamento antirretroviral para pacientes com VIH leva a maior sobrevida, melhor qualidade de vida e redução da transmissão do VIH. A adesão ao tratamento e a retenção nos cuidados são fundamentais para alcançar esses resultados por meio da supressão da carga viral. O cuidado efetivo das pessoas que vivem com VIH/SIDA (PVHA) exige que os pacientes recebam cuidados satisfatórios, adiram ao tratamento e sejam mantidos em cuidados. A adesão à terapia é um dos principais determinantes do resultado do tratamento. Período sustentado de boa adesão (não inferior a 95%) à terapia é necessário para alcançar a supressão viral adequada, que por sua vez é um preditor de bom resultado clínico

2.2 Adesão e Retenção ao TARV

A adesão é a medida em que o comportamento de uma pessoa – tomar medicação, seguir uma dieta e/ou mudar o estilo de vida – corresponde às recomendações acordadas por um profissional de saúde⁹, sendo ideal que esta seja maior que 95%²³ das doses prescritas²⁵.

A adesão ao tratamento antirretroviral é um determinante crucial para os resultados do tratamento, incluindo a sobrevivência do indivíduo²⁵, no entanto, diferentes regimes de TARV podem exigir diferentes níveis mínimos de adesão para garantir o sucesso do tratamento²⁵.

A retenção nos cuidados de VIH significa que uma pessoa vivendo com VIH que está inscrita nos cuidados de VIH, frequenta esses serviços rotineiramente de acordo com a necessidade. Isso exclui pessoas que morreram ou que perderam o acompanhamento²³.

A retenção nos cuidados refere-se à percentagem de adultos e crianças vivendo com VIH e recebendo TARV durante um período de acompanhamento específico (12,24,36 meses)¹.

A Supressão Viral, refere-se a uma carga viral abaixo do limiar de detecção usando ensaios virais²⁶. A Carga viral é a quantidade de vírus existente no sangue.

A falência virológica refere-se à incapacidade de atingir ou manter a supressão viral abaixo de um certo limite. A falência virológica é definida por uma carga viral persistentemente detectável superior a 1.000 cópias/mL (duas medições consecutivas da carga viral em um intervalo de 3 meses com suporte de adesão entre as medições) após pelo menos 6 meses de uso de TARV.

De acordo com as normas da OMS, sobre o uso de medicamentos e antirretrovirais para tratamento e prevenção de infecção pelo VIH, o teste de carga viral é a abordagem de monitoria preferida para diagnosticar e confirmar a falência virológica²⁶.

Em contextos de baixos recursos, como Moçambique, os indicadores de adesão e retenção no tratamento do VIH permanecem inferiores à meta esperada. De acordo com a análise de dados programáticos nacionais de 2015, mostrou que 44% dos indivíduos em TARV estavam internados após três anos de seguimento²⁷. A literatura existente na África Subsaariana identificou barreiras complexas que impedem a adesão e a retenção no continuum de cuidados de VIH durante o primeiro ano pós-diagnóstico. As barreiras

incluiram estigma, acesso a serviços de saúde, efeitos colaterais de medicamentos, tratamento abusivo por provedores de saúde ou custo de transporte ²⁸.

Os adolescentes são um grupo único e por vezes negligenciado no planeamento dos serviços de saúde. É o caso em muitas partes da África Subsaariana, onde vivem mais de oito em cada dez adolescentes infectados pelo VIH. Embora a última década tenha visto uma redução na mortalidade relacionada à SIDA em todo o mundo, em grande parte devido à melhoria do acesso à terapia antirretroviral eficaz (TARV), a SIDA ainda continua a ser um contribuinte significativo para a mortalidade de adolescentes na África Subsaariana ²⁹.

Ainda existem desafios no que concerne a monitoria de tratamento de VIH nos jovens dos 18 aos 24 anos, pois os dados de retenção são reportados nas crianças 0-14 anos e nos adultos com idade igual ou maior a 15 anos.

Moçambique tem uma das maiores prevalências de VIH na África Austral, com 13,5% de prevalência entre adultos ³⁰. À semelhança de outros países, Moçambique tem políticas e diretrizes nacionais de VIH que são implementadas principalmente através das Unidades Sanitárias públicas para promover a retenção máxima nos cuidados para pessoas vivendo com VIH (PVVIH). As elevadas taxas de retenção nos cuidados estão associadas à adesão ideal ao TARV; diminuindo a transmissão progressiva e limitando a resistência aos medicamentos. Tudo isso leva a melhores resultados de saúde para PVVIH e saúde pública devido à menor transmissão do vírus ³¹. Em Moçambique, apesar da importância da retenção nos cuidados, apenas aproximadamente 61,6% das PVVIH são retidas nos cuidados ³². A retenção nos cuidados é complicada e impactada por vários fatores que, na maioria das vezes, exigem o uso de estruturas como a estrutura ecológica para analisar e conceituar ³³.

Em muitos dos programas de TARV do sector público na África Subsaariana, onde vivem três quartos dos quatro milhões de pessoas que recebem TARV no mundo, o autorelato é a única medida rotineiramente usada para avaliar a adesão ²⁵. Alguns estudos fora da África Subsaariana demonstraram associações significativas entre adesão autorrelatada e carga viral e concentrações plasmáticas de antirretrovirais ²⁵.

Os obstáculos à adesão ao tratamento incluem falta de recursos financeiros e alimentares. Fatores culturais podem ser considerados como fatores envolvidos na falta de acesso ao tratamento ⁹.

Muitos fatores complexos contribuem para o impacto desproporcional do VIH em ambientes com poucos recursos: pobreza, estigma da doença, barreiras culturais e sociais para testagem e tratamento, infraestrutura de saúde insuficiente para apoiar o grande grupo de pacientes, falta de conhecimento em saúde, treinamento limitado de provedores, equipamento médico inadequado, mão de obra escassa para distribuir cuidados de saúde em toda a região e poucos laboratórios qualificados ¹⁰.

De acordo com estudos anteriores, existe uma relação positiva entre maiores níveis de escolaridade e melhores condições de vida com a adesão ao TARV. Isso pode estar em parte relacionado a uma maior compreensão do que o tratamento implica, bem como à capacidade económica de acessar o tratamento ³⁴.

Os adolescentes vivendo com VIH (incluindo adolescentes infectados por transmissão vertical) enfrentam fatores psicossociais complexos, bem como lacunas no conhecimento sobre o VIH e sua prevenção. Verificou-se que essa população apresenta maiores taxas de problemas de saúde mental, incluindo depressão e tentativas de suicídio, que foram associadas à adesão incompleta. Além dos desafios psicossociais, os adolescentes carecem de informações suficientes sobre o VIH ³⁵.

Uma pesquisa realizada em países com epidemia generalizada constatou que menos da metade dos adolescentes de 15 a 19 anos tinha uma compreensão básica do VIH. As disparidades de conhecimento sobre a prevenção do VIH foram associadas a diferenças de género, educação, riqueza familiar e local de residência. Uma estratégia potencial identificada para melhorar a adesão é o uso de grupos de apoio de pares. Os grupos de apoio têm sido recomendados como meio de melhorar a entrada nos cuidados de VIH e de aumentar a adesão ao TARV ³⁵.

2.4 Efeito da pandemia de COVID-19 nos serviços de VIH

A COVID-19 teve um impacto dramático nos programas de VIH. As restrições de circulação e as alterações associadas dificultaram a capacidade de testar para o VIH, diagnosticar casos positivos, incluir as pessoas recém-diagnosticadas positivas no tratamento, continuar a adesão ao tratamento (incluindo a dispensa de medicamentos antirretrovirais (ARV) e, finalmente, obter taxas mais baixas de supressão viral. Essas mudanças associadas incluem o encerramento de clínicas, a incapacidade dos agentes

comunitários de saúde de visitar PVVIH, a incapacidade de realizar grupos de apoio e a falta de equipamentos de proteção individual para provedores de saúde. As visitas domiciliares aos pacientes em TARV foram também suspensas. Medidas de mitigação foram implementadas, incluindo distribuição de auto-teste, agendamento de consultas por telefone celular, grupos de apoio, aconselhamento virtual, distribuição de ARV para vários meses, entrega diferenciada de medicamentos, incluindo entrega de ARVs ao domicílio, entre outros. Apesar dos esforços feitos pelo Ministério da Saúde (MISAU) para garantir o acesso regular aos serviços de tratamento de VIH, estas medidas não foram suficientes para colmatar a lacuna em termos de cuidados e tratamento ³⁶.

A pandemia levou a mudanças significativas na prestação de serviços de saúde e amplificou o medo de morte e infecção por outras doenças, particularmente entre as pessoas que vivem com VIH/SIDA, ou pessoas em risco de contrair o VIH. PVVIH enfrentaram um maior risco de doença grave devido à infecção por COVID-19, não só devido ao sistema imunológico comprometido, mas também porque aumentou a carga psicossocial resultante do estresse e isolamento ³⁷.

A natureza sindémica das infecções por VIH e SARS-CoV-2 na África é multifatorial, pois é difícil entender a incidência real da COVID-19 em pessoas com VIH e os efeitos adversos podem ser exacerbados pelas desigualdades sociais e económicas. Como na infecção por VIH, a COVID-19 teve um grande impacto sobre as mulheres com maior risco de infecção, especialmente na África³⁸.

A pandemia de COVID-19 e suas consequências representam uma ameaça à adesão ideal ao tratamento antirretroviral em comunidades desfavorecidas vivendo com VIH ³⁹.

Durante a COVID-19, os países mundialmente adoptaram decretos presidenciais com normas de distanciamento social (*lockdown*) para evitar a propagação massiva da doença.

As restrições interromperam os serviços de saúde de rotina, incluindo o início e a continuação do tratamento antirretroviral (TARV) para pessoas vivendo com VIH (PVVIH). Em alguns países de baixa e média renda, os profissionais de saúde foram realocados para apoiar a resposta ao COVID-19, causando escassez de recursos humanos em serviços de rotina ⁴⁰.

No Uganda, existem evidências que as taxas de diagnóstico de VIH, e de pessoas que iniciam o TARV e o tratamento para prevenir a TB reduzirão em 75% ³⁸. Entre Janeiro e

Junho de 2020, os dados da ONUSIDA indicam uma redução acentuada na testagem de VIH durante as primeiras consultas pré-natal em 17 países. Até Outubro de 2020, Botswana, África do Sul, Serra Leoa e Togo ainda não haviam se recuperado para oferecer tratamento de rotina³⁸.

Em Moçambique, as principais medidas de continuidade dos serviços de VIH incluíram o descongestionamento das unidades de saúde por meio distribuição de medicamentos de vários meses, expansão da distribuição de ARV no nível da comunidade para mais províncias, uso de consultas telefónicas para aconselhamento de adesão e seguimento dos pacientes e aceleração da otimização de TARV ⁴¹.

A pandemia de COVID-19 forçou os países a acelerarem a formulação de políticas e estratégias de implementação que apoiem a Dispensa Trimestral (DT) de medicamentos que reduzam a frequência de contato entre profissionais de saúde e PVVIH, reduzindo assim os riscos bidirecionais de transmissão de SARS-CoV-2 e sobrecarga para o sistema de saúde ⁴⁰.

A dispensa multimensal (DMM) é um modelo de prestação de serviços diferenciados que fornece aos pacientes 3 ou 6 meses de medicação e elimina a necessidade de visitas mensais à clínica e/ou unidades comunitárias. Este modelo fornece aos pacientes vários meses de terapia antirretroviral, reduz o número de visitas às US, melhorando a retenção e a supressão viral ⁴².

Em Moçambique, o MISAU adoptou a dispensa trimestral de medicamentos para pacientes vivendo com VIH, cuja elegibilidade era estar em TARV há mais de 3 meses após o diagnóstico de VIH sem condição clínica activa do estadio clínico da OMS III ou IV que obrigasse seguimento nas US e também a dispensa de ARVs na comunidade através de brigadas móveis e clínicas móveis por profissionais de saúde qualificados ⁴³.

Durante a COVID-19, de modo a garantir o distanciamento social, o Ministério da Saúde suspendeu nacionalmente as sessões de grupos de apoio ⁴³.

Um estudo feito no Paquistão, também demonstrou que a maior parte dos fatores como estigma e discriminação, fatores económicos, esquecimento, religião (Ramadam, cura espiritual), efeitos adversos do ARV, falta de apoio, restrições impostas (*lockdowns*) devido ao COVID-19 e o medo de se infetar eram fatores negativos para a retenção aos cuidados ⁴⁵.

Entretanto, o mesmo estudo também identificou o apoio social positivo, responsabilidades familiares, uso de lembretes, benefícios do TARV, consultas por telefone, e entrega de medicamentos multimensais como sendo facilitadores da retenção do VIH ⁴⁵.

3 OBJECTIVOS

1.1. Objectivo geral

- O objectivo geral do estudo era analisar os fatores que influenciaram a adesão e retenção ao TARV nos Jovens que vivem com VIH, com idade entre 18 e 24 anos atendidos nos SAAJ da Cidade da Beira (Província de Sofala) durante o período da COVID-19 (2020-2022).

1.2. Objectivo específicos

- Descrever as características sociodemográficas do grupo de estudo;
- Caracterizar as condições clínicas (estádio clínico, co-morbilidade, fatores psicossociais, início TARV, carga viral) dos participantes;
- Analisar os tipos de conhecimentos sobre a importância de adesão e retenção ao TARV dos participantes;
- Identificar as o tipo de atitudes dos participantes, em relação a adesão e retenção ao TARV durante o período 2020-2022 da COVID-19 devido às mudanças da prestação de serviço.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Desenho e pergunta de estudo

Foi realizado um estudo observacional analítico transversal, realizado em 5 SAAJs na cidade da Beira, em jovens entre os 18-24 anos de idade que vivem com VIH diagnosticados antes de 31 de Dezembro de 2019.

Pergunta do estudo: A mudança da prestação de serviço nos SAAJ devido a implementação de medidas de mitigação da COVID-19 no sector de saúde durante o período da COVID-19 (2020-2022) influenciou a adesão e retenção ao TARV nos utentes atendidos em 5 SAAJ da cidade da Beira?

4.2 População do estudo

A população do estudo era constituída por jovens e adultos entre os 18-24 anos de idade que vivem com VIH atendidos nos 5 SAAJs selecionados para o estudo da Cidade da Beira, diagnosticados antes de 31 de Dezembro de 2019.

4.3 Local do estudo

O estudo foi realizado em Moçambique, na província de Sofala, no distrito de Cidade da Beira em 5 Unidades Sanitárias com SAAJs, nomeadamente: CS Inhamizua, CS Mascarenhas, CS Munhava, CS Nhaconjo e CS Ponta-Gea.

Sofala é uma província de Moçambique que situa-se na região centro do país, com uma longa costa, numa reentrância do canal de Moçambique. A sua capital é a cidade costeira da Beira, localizada a cerca de 1190 km a norte da cidade de Maputo, capital do país. Com uma área de 68 018 km² e uma população de 2 528 442 habitantes, das quais 897 467 (35.5%) estão na faixa etária dos 10-24 anos ⁴⁶. Esta província está dividida em 13 distritos e possui, desde 2013, 5 municípios: Beira, Dondo, Gorongosa, Marromeu e Nhamatanda.

Nas Unidades Sanitárias do país, para o grupo dos 10-24 anos, o MISAU tem disponível serviços específicos de saúde para este grupo alvo, onde são oferecidos pacotes de educação de saúde sexual e reprodutiva (SSR), prevenção e tratamento, esses serviços em algumas US são oferecidos em forma de paragem única nos Serviços Amigos dos Adolescentes e Jovens (SAAJ).

4.4 Cálculo do tamanho de amostra

⁴⁵Para o cálculo da amostra foi utilizada a fórmula de Snedecor & Cochran (1989), aplicada da seguinte forma e alinhada a alguns estudos do país:

Um tamanho mínimo de amostra de 284 jovens foi calculado usando a seguinte fórmula (Snedecor & Cochran, 1989):

$$n = z^2 * P (1-P) / \Delta^2$$

Onde:

z^2 = nível de confiança (definido em 90%, portanto $z=1,65$),

$n = z^2 P(1-P) / \Delta^2$ onde z^2 : nível de confiança (definido em 90%) portanto $z=1,65$

P proporção estimada de PVVIH que foram retidos no atendimento no início do estudo = 61,6% (3-5 anos após o início). Este P é baseado no estudo “*Tipping the balance towards long-term retention in the VIH care cascade: A mixed methods study in southern Mozambique* Laura Fuente-SoroI et al, *PLOS ONE* September 27, 2019 ³²” (P = 61,6%), Δ = margem de erro de 5% (0,05) e $q = 1-p$ a proporção que não estão retidos aos cuidados.

O tamanho da amostra estimado foi calculado da seguinte forma:

$$z = 1,65, p = 0,616, e = 0,05$$

$$n = 1.652 * 0.616 * (1 - 0.616) / 0.052$$

$$n = 0,3902976 / 0,0025 = 257,5964$$

$$n \approx 258$$

Ajustando para uma taxa de não resposta de 10% (10% de 258 = 25,8), o tamanho mínimo da amostra para o estudo foi estimado em $258 + 25,8 = 283,8$. Portanto, o tamanho da amostra para o estudo foi fixado em 284.

4.5 Amostragem

Foi utilizada uma amostragem probabilística, seleção por conveniência, recrutando consecutivamente os utentes que acederam às Unidades Sanitárias durante o período de recolha de dados, que decorreu em 3 meses.

4.6 Critérios de inclusão

Foram incluídos todos os pacientes do SAAJ infectados com VIH e em TARV com idade entre 18 e 24 anos residentes na área do estudo, que iniciaram TARV antes de 31 de dezembro 2019, que não foram internados nos últimos três meses antes do início estudo, e que aceitaram fazer parte do estudo.

4.7 Critérios de exclusão

Foram excluídos todos os pacientes que recusam participar do estudo, ou com problemas de falar e/ou memória, os que estavam gravemente doentes, ou que tinham sido transferidos nos SAAJ alvo há menos de três meses antes do início do estudo.

4.8 Procedimentos de recolha de dados

Durante a implementação do estudo, foram realizadas entrevistas estruturadas face a face utilizando um guião de perguntas (*Anexo 1*) e recolha de informações acerca de: características sociodemográficas, conhecimento e atitudes em relação ao TARV (adesão e retenção) e as dificuldades/ barreiras que influenciaram aos participantes na adesão ao TARV e retenção aos cuidados e tratamento devido às medidas de mitigação da COVID-19 no sector de saúde.

Foram também analisados dados das fichas clínicas (*Anexo 2*) para caracterizar as condições clínicas (estadio clínico, comorbilidade, problemas de saúde mental entre outros) e determinar a retenção de cada participante.

A retenção no atendimento foi definida como tendo comparecido a todas as 8 consultas agendadas durante a pandemia de COVID-19.

Todos os utentes elegíveis ao estudo, depois de terem assinado o consentimento informado, responderam a um questionário face a face aplicando o guião de perguntas.

Em cada SAAJ foi identificado um provedor de serviço de saúde que tinha sido anteriormente treinado para a seleção dos pacientes elegíveis e entrevista do estudo.

Os inquiridores recolheram os dados em formato físico e estes foram posteriormente introduzidos numa base de dados em Excel.

Materiais e métodos

Os participantes do estudo foram identificados apenas por códigos, e em nenhum momento foi registado o nome do(s) participante(s), garantindo assim a confidencialidade e anonimato nas respostas.

4.9 Gestão e Análise estatística

Instrumentos usados no estudo

Um questionário de recolha de dados estruturado organizado em 3 partes (*Anexo 1*):

- Características sociodemográficas (*secção 1*);
- Conhecimento e atitude ao TARV (adesão e retenção) (*Secção 2*); e
- Dificuldades/ barreiras na adesão/retenção ao tratamento devido as medidas de mitigação da COVID-19 no sector de saúde (*secção 3*).

Colheita de Dados e Variáveis

As variáveis (*vide anexo 4*) avaliadas são: características sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, local de residência, estado civil, situação académica e profissional, religião, transporte, capacidade económica, tempo para chegar ao SAAJ, tipo de habitação e disponibilidade de telemóvel); características clínicas (estadio clínico da OMS, comorbidade, fatores psicossociais, início TARV, carga viral); barreiras na adesão e retenção durante a COVID-19 (esquecimento, revelação diagnóstica, acesso ao atendimento apenas por marcação, suspensão de visitas domiciliárias, suspensão de grupos de apoio, e distribuição trimestral de ARV e consultas clínicas trimestrais).

Em relação ao conhecimento e atitude em relação à TARV, as variáveis avaliadas foram: benefício do tratamento, resultado da adesão ao TARV (supressão viral, redução do risco de resistência aos medicamentos, melhora do estado geral de saúde e qualidade de vida, diminuição do risco de transmissão do VIH), toma correta e regular do TARV, percepção individual da adesão ao TARV (Health Beliefs Model): Ameaça percebida, Benefício percebido, Barreira percebida, Dicas para fatores de ação, Autoeficácia percebida.

Os dados sobre condições clínicas (estadio clínico comorbidade, fatores psicossociais, início TARV, carga viral etc) foram colhidas através de uma planilha em Excel desenvolvida a partir da análise das fichas individuais clínicas dos pacientes (*Anexo 2*). Todos os dados foram coletados manualmente e depois transferidos para uma base de dados em Excel.

Materiais e métodos

Todas as análises foram realizadas em R utilizando pacotes desta plataforma. Algumas figuras foram transferidas para o Excel. Foi feita análise estatística descritiva.

Usamos estatísticas descritivas para resumir as características da população do estudo. Variáveis categóricas foram apresentadas em frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central (média e mediana) foram analisadas para dados contínuos. Vários testes foram utilizados para analisar a associação entre adesão (boa ou má) e outras variáveis possivelmente associadas, assim como associação entre retenção (boa ou má) e outras variáveis também associadas. Esses testes incluíram o teste qui-quadrado de Pearson, o teste exato de Fisher e o teste Wilcoxon Rank com base no tipo de dados.

Para comparar variáveis contínuas com distribuição normal, o teste estatístico t-student e o teste não paramétrico Mann-Whitney U foram usados se distribuição não normal.

Tabelas e gráficos foram gerados, frequência e percentagens foram calculadas usando R.

Uma regressão linear simples foi usada para testar se a variável previu significativamente a adesão ou a retenção nos cuidados. Um modelo de regressão logística foi usado para determinar fatores independentes associados à retenção nos cuidados e adesão ao TARV. Uma análise de regressão univariada foi feita para testar se cada uma das variáveis estava associada à retenção no atendimento e adesão. Um modelo de regressão logística multivariada também foi realizado. Análises de regressão linear e logística foram realizadas usando o pacote lm e glm de R.

Medição dos resultados:

Durante o período da COVID-19 (2020-2022) a retenção e adesão ao TARV foram avaliadas da seguinte maneira:

Retenção: com base nos participantes que receberam os antirretrovirais (ARV) pelo menos uma vez por cada trimestre do ano após a data estabelecida para a pesquisa. Tendo em conta que o período em análise é de Abril 2020 a 31 de Março de 2022 que corresponde a 8 trimestres. Os participantes que receberam os ARV durante todos os oito trimestres foram classificados como tendo boa retenção; caso contrário, eles foram classificados como tendo má retenção.

Adesão: O método inicial era avaliar os participantes que tomaram 95% das doses esperadas de seu TARV durante os 24 meses em análise (Abril 2020/Março 2022), e estes seriam

Materiais e métodos

classificados como tendo boa adesão, enquanto aqueles que tomaram abaixo de 95% do seu TARV seriam classificados como tendo má adesão. No entanto, como nosso questionário não capturou essas informações, calculamos a adesão com base nas principais questões de adesão do questionário.

Os participantes auto-relataram as taxas de adesão. Um sistema de pontuação foi usado para aproximar a adesão durante a pandemia de COVID-19. Foi dado mais peso às perguntas que estavam ligadas diretamente aos comportamentos de adesão durante a pandemia de COVID-19. Dados de carga viral não foram usados para estimar a adesão por serem incompletos

Conforme mostrado na *Tabela 1*, o sistema de pontuação de adesão deu mais peso às questões que avaliavam a adesão.

Tabela 1: Escala de pontuação na adesão ao TARV durante COVID-19

| Pergunta | Possíveis respostas e pontuação | Pontuação máxima possível- Pontuação de adesão |
|--|---|---|
| Toma o medicamento ARV corretamente | SIM = 0.5 Não =0 | 0.5 |
| Se você se sentiu melhor deixou a medicação? | Nenhuma vez + Não = 0.5 Alguma + Mais de metade + Sempre = 0 | 0.5 |
| Se você se sentiu triste, você parou de tomar a medicação? | Nenhuma vez + Não = 0.5 Alguma + Mais de metade + Sempre = 0 | 0.5 |
| Comunicou alguém que toma TARV | SIM =0.5 Não =0 | 0.5 |
| Abandonou o TARV durante a pandemia de COVID-19 | SIM = 0 Não = 1 | 1 |
| Se não abandonou, tomou o ARV todos dias | SIM=1 Não=0 | 1 |
| Pontuação Total | | 4 |

4.10 Considerações éticas

O estudo foi conduzido de acordo com a Declaração de Helsinque e conforme as "Recomendações para Guiar os Médicos em Pesquisa Biomédica Envolvendo Assuntos Humanos".

A equipa de pesquisa também seguiu com os regulamentos organizacionais aplicáveis à pesquisa envolvendo seres humanos. Os pesquisadores foram treinados em boas práticas clínicas e ética em pesquisa antes da implementação do estudo.

O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comité Interinstitucional de Bioética para a Saúde (CIBS) de Sofala registado sob a referência 056/CIBS/2022.

5 RESULTADOS

5.1 Descrição dos resultados sociodemográficos

Características sociodemográficas dos participantes do estudo

Um total de 284 participantes foram recrutados de todas as cinco Unidades Sanitárias (US) do estudo. O maior número de participantes do estudo foi recrutado em CS de Nhaconjo (25%). Os participantes tinham uma idade média de 21 anos (intervalo 18-23). A maioria dos participantes era do sexo feminino (61% da população). A maioria dos participantes eram solteiros (85%). A maioria dos participantes residia a menos de 1 hora da Unidade Sanitária (*tabela 1*).

Tabela 1: Resumo das Características sociodemográficas e económica dos participantes

| Características | N = 284^I |
|----------------------------|----------------------------|
| <i>SAAJ</i> | |
| Inhamizua | 47 (17%) |
| Mascarenhas | 58 (21%) |
| Munhava | 43 (16%) |
| Nhaconjo | 69 (25%) |
| Ponta-Gea | 59 (21%) |
| Desconhecido | 8 |
| <i>Faixa etária</i> | |
| [18 -20] | 140 (51%) |
| [21-24] | 135 (49%) |
| Desconhecido | 9 |
| <i>Sexo</i> | |
| Feminino | 168 (61%) |
| Masculino | 108 (39%) |
| Desconhecido | 8 |

Resultados

| Características | N = 284^I |
|---|----------------------------|
| <i>Nível de escolaridade</i> | |
| Primário | 16 (5.8%) |
| Secundário | 207 (75%) |
| Superior | 52 (19%) |
| Desconhecido | 9 |
| <i>Situação actual académica</i> | |
| Não estuda | 96 (35%) |
| Sim: estuda e trabalha | 43 (16%) |
| Sim: estuda exclusivamente | 137 (50%) |
| Desconhecido | 8 |
| <i>Situação laboral</i> | |
| Desempregado | 153 (63%) |
| Com emprego | 42 (17%) |
| Conta própria | 47 (19%) |
| Desconhecido | 42 |
| <i>Estado Civil</i> | |
| Casado | 42 (15%) |
| Solteiro | 233 (85%) |
| Desconhecido | 9 |
| Religião | |
| Cristão | 233 (86%) |
| Islâmica | 5 (1.8%) |
| Outra | 33 (12%) |
| Desconhecido | 13 |

Resultados

| Características | N = 284^I |
|--|----------------------------|
| <i>Tempo necessário para chegar ao SAAJ</i> | |
| <1h | 255 (93%) |
| 1h | 20 (7.3%) |
| Desconhecido | 9 |
| <i>Capacidade económica para satisfazer as necessidades básicas</i> | |
| As vezes | 108 (40%) |
| Na maioria das vezes | 104 (38%) |
| Sempre | 61 (22%) |
| Desconhecido | 11 |
| <i>Condição de habitação:</i> | |
| Casa convencional | 238 (87%) |
| Casa do material precário | 37 (13%) |
| Desconhecido | 9 |
| <i>Com quem vive?</i> | |
| Com família | 265 (96%) |
| Sozinho | 11 (4.0%) |
| Desconhecido | 8 |
| <i>Telemóvel</i> | |
| Não | 62 (22%) |
| Sim | 214 (78%) |
| Desconhecido | 8 |
| ^I n (%) | |

Características sociodemográficas com base na retenção nos cuidados

Existe associação estatisticamente significativa entre o SAAJ e a retenção nos cuidados (p-valor <0,001). Munhava não teve nenhum paciente retido em 95%, enquanto Inhamizua teve apenas 2,4% dos pacientes sendo retidos em 95%. Existe também uma associação (p-valor <0,001) entre o nível de escolaridade e retenção, os participantes que estão exclusivamente a estudar têm maior retenção nos cuidados. Os participantes que são solteiros (p-valor <0,001) também têm maior retenção nos cuidados (vide *tabela 2* abaixo).

Tabela 2: Características sociodemográficas com base na retenção aos cuidados

| Características | Má retenção (<95%) N = 192¹ | Boa retenção (≥95%) N = 84¹ | p-value² |
|--------------------------------------|--|---|----------------------------|
| SAAJ | | | <0.001 |
| Inhamizua | 45 (23%) | 2 (2.4%) | |
| Mascarenhas | 45 (23%) | 13 (15%) | |
| Munhava | 43 (22%) | 0 (0%) | |
| Nhaconjo | 35 (18%) | 34 (40%) | |
| Ponta-Gea | 24 (12%) | 35 (42%) | |
| Situação actual acadêmica | | | <0.001 |
| Não estuda | 81 (42%) | 15 (18%) | |
| Sim: estuda e trabalha | 27 (14%) | 16 (19%) | |
| Sim: estuda exclusivamente | 84 (44%) | 53 (63%) | |
| Estado Civil | | | <0.001 |
| Casado | 39 (20%) | 3 (3.6%) | |
| Solteiro | 152 (80%) | 81 (96%) | |
| Desconhecido | 1 | 0 | |

Resultados

| Características | Má retenção (<95%) N = 192 ¹ | Boa retenção (>=95%) N = 84 ¹ | p-value² |
|-------------------------|--|---|----------------------------|
| <i>Telemóvel</i> | | | 0.031 |
| Não | 50 (26%) | 12 (14%) | |
| Sim | 142 (74%) | 72 (86%) | |

¹ n (%)

² Pearson's Chi-squared test; Fisher's exact test

Características sociodemográficas com base na adesão ao tratamento

Na associação entre características sociodemográficas e adesão houve uma associação estatisticamente significativa entre adesão (classificada como boa adesão >=95% e má adesão <95%), e o SAAJ, nível de escolaridade, situação laboral e tipo de habitação (vide *tabela 3*).

Tabela 3: Características sociodemográficas com base na adesão ao tratamento

| Características | Má adesão <95%, N = 93 ¹ | Boa adesão >=95%, N = 183 ¹ | p-value² |
|-------------------------------------|--|---|----------------------------|
| <i>SAAJ</i> | | | <0.001 |
| Inhamizua | 24 (26%) | 23 (13%) | |
| Mascarenhas | 10 (11%) | 48 (26%) | |
| Munhava | 6 (6.5%) | 37 (20%) | |
| Nhaconjo | 25 (27%) | 44 (24%) | |
| Ponta-Gea | 28 (30%) | 31 (17%) | |
| <i>Nível de escolaridade</i> | | | 0.012 |
| Primário | 8 (8.7%) | 8 (4.4%) | |
| Secundário | 75 (82%) | 132 (72%) | |

Resultados

| Características | Má adesão <95%, N = 93¹ | Boa adesão >=95%, N = 183¹ | p- value² |
|-------------------------------------|--|---|---------------------------------|
| Superior | 9 (9.8%) | 43 (23%) | |
| Desconhecido | 1 | 0 | |
| <i>Situação laboral</i> | | | 0.002 |
| Desempregado | 37 (48%) | 116 (70%) | |
| Com emprego | 16 (21%) | 26 (16%) | |
| Conta própria | 24 (31%) | 23 (14%) | |
| Desconhecido | 16 | 18 | |
| <i>Condição de habitação</i> | | | <0.001 |
| Casa convencional | 69 (75%) | 169 (92%) | |
| Casa do material precário | 23 (25%) | 14 (7.7%) | |
| Desconhecido | 1 | 0 | |

¹ n (%)

² Pearson's Chi-squared test; Fisher's exact test

5.2 Conhecimentos e Percepções sobre Adesão ao TARV e Retenção nos Cuidados

A maioria dos participantes com boa retenção parece gostar dos serviços de saúde e avaliaram muito bem. Dos 84 participantes que tinham boa retenção nos cuidados 72% gostavam do atendimento oferecido no SAAJ e 98% destes sabiam sobre a duração do TARV e que este deve ser tomado para toda a vida.

Quanto ao conhecimento e as percepções sobre a adesão ao TARV, os participantes que tiveram problemas com a dispensa trimestral e consultas clínicas trimestrais não eram aderentes aos TARV.

Essas diferenças de conhecimento e percepção em relação aos serviços e informações de saúde podem indicar qualidade inconsistente dos serviços prestados nos vários SAAJ, o que pode afetar os resultados de saúde dos participantes.

Tabela 4: Conhecimento e percepções auto-relatados dos participantes em relação a retenção nos cuidados

| Características | Má retenção (<95%) | Boa retenção (95%) | p-value ² |
|------------------------------|----------------------|---------------------|----------------------|
| | N = 192 ¹ | N = 84 ¹ | |
| Gosta do atendimento no SAAJ | | | 0.048 |
| 1 | 1 (0.5%) | 0 (0%) | |
| 3 | 1 (0.5%) | 1 (1.2%) | |
| 4 | 28 (15%) | 22 (27%) | |
| 5 | 162 (84%) | 60 (72%) | |
| Desconhecido | 0 | 1 | |
| Sabe a duração do TARV? | | | <0.001 |
| Não | 59 (31%) | 2 (2.4%) | |
| Sim | 133 (69%) | 82 (98%) | |

¹ n (%)

² Fisher's exact test; Pearson's Chi-squared test

Resultados

Tabela 4: Conhecimento e percepções auto-relatados dos participantes em relação a adesão ao TARV

| Características | Má adesão (<95%) N = 93¹ | Boa adesão >=95% N = 183¹ | p-value² |
|-------------------------------------|---|--|----------------------------|
| Problemas com dispensa trimestral | | | 0.003 |
| Não | 84 (90%) | 180 (98%) | |
| Sim | 9 (9.7%) | 3 (1.6%) | |
| Problemas com consultas trimestrais | | | 0.025 |
| Não | 85 (91%) | 178 (98%) | |
| Sim | 8 (8.6%) | 4 (2.2%) | |
| Desconhecido | 0 | 1 | |

¹ n (%)

² Fisher's exact test; Pearson's Chi-squared test

Percepções Qualitativas e Motivações dos Participantes para Adesão aos ARVS e Retenção nos Cuidados

Analisou-se também as razões e a motivação para aderir aos ARV e estar retido nos cuidados, pedindo aos participantes que escolhessem as opções que quisessem dentre um número selecionado de opções. As perguntas selecionadas estão na *Tabela 5*.

Importância da adesão: Para explicação da importância da adesão, uma percentagem muito pequena escolheu todas as 5 explicações, ou seja, sabia todas as respostas (2%). A maioria dos participantes selecionou uma ou duas das explicações, 65%. Cerca de 63% dos 276 participantes escolheram como motivos de adesão mais selecionado a “Melhora do estado de saúde geral e qualidade de vida” (*ver tabela 5*).

Percepções em relação ao TARV: Uma grande proporção de participantes relatou percepções positivas em relação ao TARV com 115 (42%) participantes escolhendo “Precisa ter confiança no tratamento” enquanto 129 (47%) escolheram “Precisa fazer todos esforços para superar as dificuldades”. Apenas 23 (8%) participantes relataram que os ARVs eram tóxicos.

Problemas com a dispensa trimestral de ARVs: A maioria dos participantes que relatou ter problemas com a dispensa trimestral elegeu como motivo “As condições da minha habitação não garantem boa conservação”, e “Tive medo que o medicamento poderia se alterar se não fosse bem conservado” como principal problema, um total de onze participantes relataram isso como uma de suas razões.

Problemas com consulta clínica trimestral: A maioria dos participantes que relatou ter problemas com consulta trimestral, elegeu “Se esquecer de ir na data marcada” como um dos seus principais problemas. O que poderia significar que eles não estavam recebendo lembretes de chamadas telefônicas de acordo com o protocolo do serviço de saúde. Todos os participantes que relataram isso eram de um SAAJ (Inhamizua). Isso pode destacar a necessidade de supervisionar os serviços neste estabelecimento de saúde.

Resultados

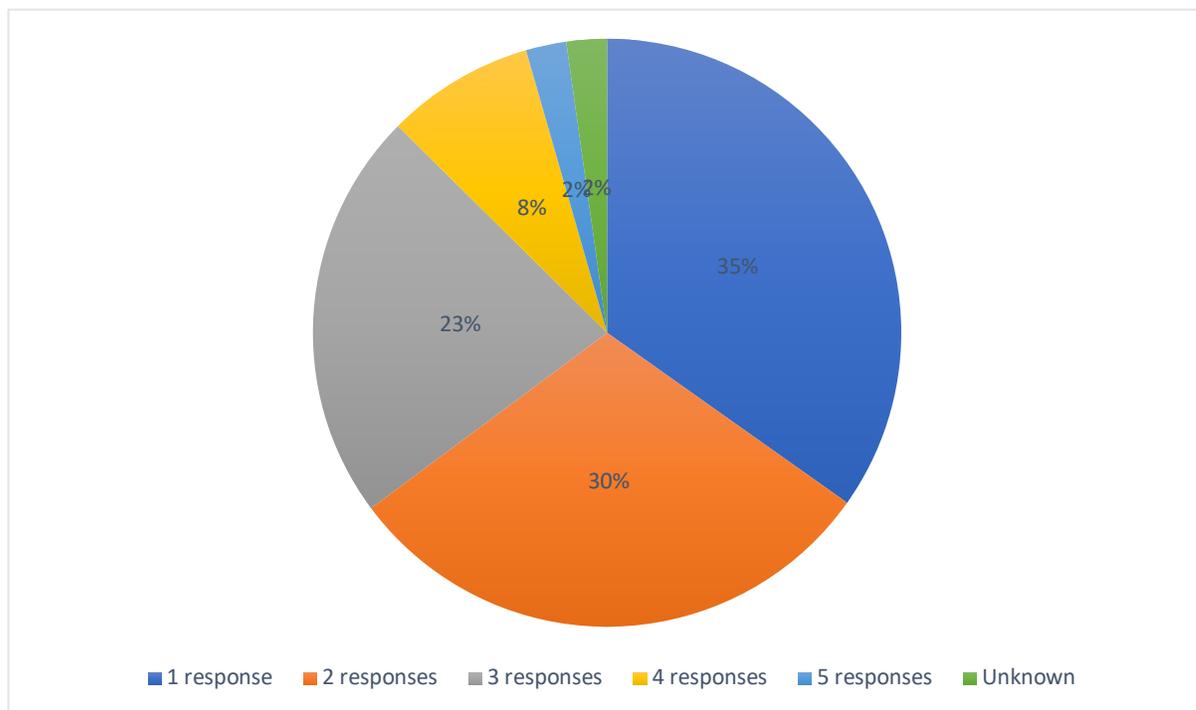
Tabela 5 Motivos qualitativos para a adesão e retenção nos cuidados (Nota: os participantes eram permitidos selecionar quantas respostas quisessem)

| <u>Pergunta</u> | <u>Número de participantes que relatam uma resposta específica (%)</u> |
|--|--|
| Se você entende a adesão, explique a importância da adesão | <ul style="list-style-type: none"> a) Reduz o risco de resistência aos medicamentos 59 (21%) b) Melhora o estado de saúde geral e qualidade de vida 175 (63%) c) Diminui o risco de transmitir o HIV 113 (41%) d) Supressão de carga viral 116 (42%) e) Redução da mortalidade 115 (42%) f) Desconhecido 5 (2%) |
| Qual é a sua percepção em relação ao TARV? | <ul style="list-style-type: none"> a) Precisa ter confiança/acreditar no tratamento 115 (42%) b) Fazer todo os esforços para superar dificuldades (problema de transporte, falta de alimentação, estigma/discriminação etc.) e seguir tomando corretamente a medicação, sem interrupções e atraso 129 (47%) c) O problema de saúde (infecção VIH) é seu pessoal e sozinho deve ter a capacidade/vontade de tomar a medição de acordo as indicações recebidas 74 (27%) d) Depois do início do tratamento tiveste melhoria e assim sempre tens o medicamento disponível e nunca falha de tomar 72 (26%) e) O medicamento é tóxico e pode causar outra doença, mas sem tomar medicação (TARV) o VIH evolui mais rapidamente 23 (8%) f) Outro 2 (1%) |
| Tiveste problema com a despesa trimestral da medicação? | <ul style="list-style-type: none"> a) As condições da minha habitação não garantem boa conservação do medicamento por tanto tempo 6 (2%) b) Tive medo de que o medicamento poderia se alterar se não bem conservado 5 (2%) c) Difícil esconder esta quantidade de medicamento 3 (1%) d) Guardar a receita por tanto tempo/medo de perder 2 (1%) e) Não aplicável 265 (96%) |

Resultados

| | |
|---|---|
| <p>Tiveste problema com o atendimento trimestral (consulta, APSS/PP)?</p> | <p>a) Dificuldade de antecipar as consultas clínicas se tiver necessidade (surgimento de sintomas ou alguma preocupação em relação ao tratamento) 2 (1%)</p> <p>b) Se esquecer de ir na data marcada, estava difícil ter nova marcação na data mais desejável para mim e/ou meu cuidador 8 (3%)</p> <p>c) Foi difícil para mim receber/aceitar o APSS/PP trimestralmente 5 (2%)</p> <p>d) Não aplicável (99%)</p> |
|---|---|

Figura 1: A percentagem de participantes com base no número de respostas corretas que deram sobre a importância da adesão.



Comportamentos auto-relatados em relação à adesão e retenção da TARV nos cuidados.

Existe uma associação estatisticamente significativa entre a revelação do diagnóstico e a retenção ($p=0.001$), isto é, entre os participantes com boa retenção, a maioria tinha comunicado o seu estado de VIH (83%) contra 14 que não comunicaram o seu estado de VIH. A maior parte dos participantes foram a US na data marcada, e refeririam que o seguimento via celular facilitou a retenção nos cuidados e tratamento.

Tabela 6: Comportamentos auto-relatados pelos participantes sobre a adesão ao TARV e retenção aos cuidados.

| Características | Má retenção (<95%) , N = 192[†] | Boa retenção (95%), N = 84[†] | p- value² |
|---|--|---|---------------------------------|
| Comunicou alguém que toma TARV | | | <0.001 |
| Não | 9 (4.7%) | 14 (17%) | |
| Sim | 183 (95%) | 70 (83%) | |
| Abandonou TARV durante a pandemia de COVID-19 | | | 0.6 |
| Não | 180 (94%) | 81 (96%) | |
| Sim | 12 (6.2%) | 3 (3.6%) | |
| Durante a COVID-19 compareceu a consulta sempre na data marcada | | | 0.007 |
| Atraso >7 dias | 12 (6.3%) | 2 (2.4%) | |
| Atraso entre 1 e 3 dias | 28 (15%) | 2 (2.4%) | |
| Atraso entre 4 e 6 dias | 5 (2.6%) | 1 (1.2%) | |
| Na maioria das vezes | 30 (16%) | 15 (18%) | |
| Sempre | 116 (61%) | 64 (76%) | |
| Desconhecido | 1 | 0 | |

Resultados

| Características | Má retenção (<95%) , N = 192¹ | Boa retenção (95%), N = 84¹ | p- value² |
|---|--|---|---------------------------------|
| O Seguimento via telefone facilitou adesão/retenção | | | 0.020 |
| Não | 21 (11%) | 2 (2.5%) | |
| Sim | 169 (89%) | 79 (98%) | |
| Desconhecido | 2 | 3 | |

¹ n (%)

² Pearson's Chi-squared test; Fisher's exact test

Como os participantes explicaram alguns de seus comportamentos

Tabela 7: Explicações de Comportamentos para adesão e retenção pelos participantes do Estudo

| Pergunta | |
|---|--|
| Se o participante abandonou a medicação, motivos pelos quais abandonou. | <ul style="list-style-type: none"> a) Ninguém me ajudou lembrar 18 (7%) b) Falta de alimentação e água 12 (4%) c) Tenho medo dos efeitos secundários 9 (3%) d) Estava doente/não estava bem 17 (6%) e) Outro 4 (1%) f) Não aplicável 228 (83%) |

Resultados

| | |
|--|---|
| <p>Se não ia regularmente levantar os ARV nos dias marcado, por que motivos não levantou</p> | <ul style="list-style-type: none"> a) Ninguém me ajudou lembrar 19 (7%) b) Perdi a receita/cartão do utente 6 (2%) c) Não sabia que o novo horário de atendimento do SAAJ 0 (0%) d) Os SAAJ estavam fechados 2 (1%) e) Dificuldade de transporte (mais caro e menos frequentes) 6 (2%) f) Estava com medo de sair de casa 31 (11%) g) Minha família/cuidador não queria que saísse de casa 14 (5%) h) Falta de apoio familiar/parceiro 13 (5%) i) Estava doente/não estava bem 16 (6%) j) Outros 1 (0%) k) Não aplicável 212 (77%) |
| <p>Explique porque que o seguimento por telefone não facilitou a adesão/retenção</p> | <ul style="list-style-type: none"> a) Não conseguia lembrar as informações/ conselhos providenciados 0 (0%) b) Difícil entender/perceber o conteúdo/significado das informações/conselhos 0 (0%) c) Não podia falar em casa, sendo que não revelei o meu estado VIH+ e que estou em TARV 0 (0%) d) Não podia atender as chamadas com regularidade 3 (1%) e) Não conseguia retornar chamadas por falta de crédito 5 (2%) f) Não aplicável por falta de telefone 20 (7%) g) Não aplicável 250 (91%) |

5.3 Características clínicas

A maioria dos participantes retidos estavam no estadio clínico I da OMS (46%), ver *Tabela 8*. A maior parte dos participantes com 1 ou mais co-infecções não estavam retidos aos cuidados e tratamento. A tuberculose (TB) foi a co-infecção mais comum entre os participantes.

Os participantes com 1 ou mais fatores psicossociais tinham baixa retenção, isto significa que os facotes psicossociais afetam significativamente a retenção nos cuidados e tratamento de VIH (*Vide Tabela 8*).

Em relação a adesão, 62% dos participantes aderentes estão no estadio clínico 1 da OMS. Os participantes com resultado de Carga viral <1000 e sem nenhum fator psicossocial são aderentes ao tratamento ARV (*Vide Tabela 9*).

Tabela 8: Características clínicas dos participantes com base na retenção.

| Características | Má retenção (<95%), N = 192 ¹ | Boa retenção (<95%) N = 84 | p- value ² |
|----------------------------|--|----------------------------------|--------------------------|
| Estadio clínico OMS HIV | | | 0.009 |
| I | 120 (62%) | 39 (46%) | |
| II | 34 (18%) | 13 (15%) | |
| III | 35 (18%) | 27 (32%) | |
| IV | 3 (1.6%) | 5 (6.0%) | |
| Co-infecção | | | 0.010 |
| 0 | 163 (85%) | 82 (98%) | |
| 1 | 21 (11%) | 2 (2.4%) | |
| 2 | 7 (3.6%) | 0 (0%) | |
| 3 | 1 (0.5%) | 0 (0%) | |
| Fatores psicossociais | | | <0.001 |

Resultados

| Características | Má retenção (<95%), N = 192¹ | Boa retenção (≥95%) N = 84 | p- value² |
|------------------------|---|---|---------------------------------|
| 0 | 136 (71%) | 79 (94%) | |
| 1 | 18 (9.4%) | 5 (6.0%) | |
| 2 | 15 (7.8%) | 0 (0%) | |
| 3 | 20 (10%) | 0 (0%) | |
| 4 | 3 (1.6%) | 0 (0%) | |

¹ n (%)

² Fisher's exact test

Tabela 9: Características Clínicas dos Participantes com base na Adesão

| Características | Má Adesão (<95%), N = 93¹ | Boa Adesão (≥95%), N = 183¹ | p-value² |
|---------------------------------|--|---|----------------------------|
| Estadio clínico da OMS | | | 0.010 |
| I | 45 (48%) | 114 (62%) | |
| II | 13 (14%) | 34 (19%) | |
| III | 31 (33%) | 31 (17%) | |
| IV | 4 (4.3%) | 4 (2.2%) | |
| Resultado de última Carga viral | | | 0.027 |
| <1000 | 63 (88%) | 134 (96%) | |
| ≥1000 | 9 (12%) | 6 (4.3%) | |
| Desconhecido | 21 | 43 | |

Resultados

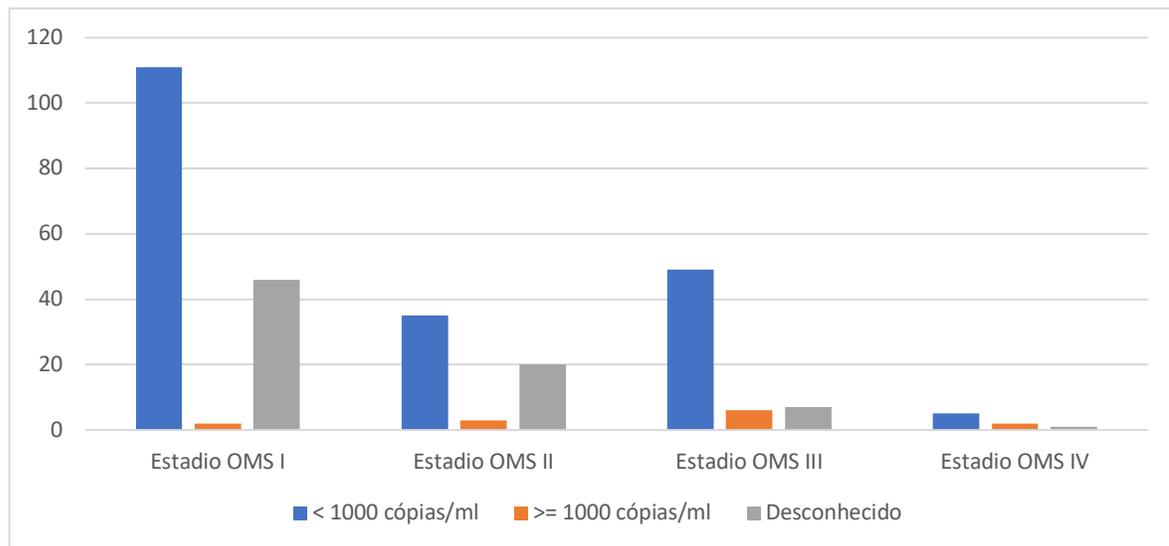
| Características | Má Adesão (<95%), N = 93 ¹ | Boa Adesão (>=95%), N = 183 ¹ | p-value ² |
|-----------------------|--|---|----------------------|
| Fatores psicossociais | | | 0.033 |
| 0 | 70 (75%) | 145 (79%) | |
| 1 | 14 (15%) | 9 (4.9%) | |
| 2 | 5 (5.4%) | 10 (5.5%) | |
| 3 | 4 (4.3%) | 16 (8.7%) | |
| 4 | 0 (0%) | 3 (1.6%) | |

¹ n (%)

² Fisher's exact test; Pearson's Chi-squared test

Carga Viral e estadio clínico

Figura 2: Distribuição de participantes com base na carga viral mais recente dos participantes e seu estadio atual de VIH



A maior parte dos participantes que estavam no estadio I tinham a carga viral suprimida (< 1000 cópias /ml).

Resultados

Fatores psicossociais

A tabela abaixo mostra a percentagem de participantes que relatam fatores psicológicos específicos (Observe que os participantes foram autorizados a selecionar quantas respostas quisessem selecionar – resposta múltipla).

Apenas 27% dos participantes reportaram ter algum problema psicossocial. A maioria dos participantes selecionou as seguintes respostas como sendo fatores psicossociais que afetaram adesão e retenção: “Falta de apoio familiar, Problema de transporte e dificuldade para revelar o seu estado sorológico ao parceiro/família”.

Tabela 10: Fatores psicológicos que impactam na retenção aos cuidados e adesão ao TARV

| Fator psicossocial | Número de participantes selecionando um fator psicossocial específico (percentagem do número total de participantes) |
|--|--|
| Toxicidade/medo dos efeitos secundários | 14 (5%) |
| Falta de alimentação | 18 (6%) |
| Falta de apoio familiar | 21 (7%) |
| Problema de transporte | 19 (7%) |
| Estigma e discriminação | 18 (6%) |
| Uso/abuso de álcool ou drogas | 4 (1%) |
| Depressão /ou Ansiedade | 10 (4%) |
| Dificuldade para revelar ao parceiro/família | 22 (8%) |
| Outros | 3 (1%) |
| Desconhecido/Sem informação | 207 (73%) |

Resultados

Regressão logística univariada e multivariada

A análise de regressão multivariada identificou diversas variáveis associadas à retenção, entre elas, a localização do SAAJ, o tipo de habitação e a disponibilidade de telefone. A análise de regressão univariada identificou um número menor de variáveis associadas à adesão, entre elas, o local do SAAJ, o nível de escolaridade, a situação de laboral e a disponibilidade de telefone pelos participantes. Os resultados da análise multivariada e univariada estão resumidos nas tabelas 13 e 14 onde são apresentados os odds ratios e odd ratios ajustados das variáveis com intervalos de confiança de 95%, bem como os respectivos valores de P associados.

Tabela 13: Regressão logística univariada e multivariada– Retenção nos cuidados

| Variável | OR (95% IC) | Pr(> Z) | ORa (95% IC) | Pr(> Z) |
|---|--------------------|----------|-------------------|----------|
| SAAJ - Mascarenhas | 6.5 (1,4 – 30.5) | 1.76E-02 | 7.3(1.2-45.2) | 0.03311 |
| SAAJ - Nhaconjo | 21.9 (4.9 – 97.3) | 5.13E-05 | 24.4 (3.9 -151.6) | 0.0006 |
| SAAJ - Ponta-Gea | 32.8 (7.3 – 148.3) | 5.75E-06 | 33.8 (4.9 -232) | 0.0003 |
| Situação acadêmica: Estuda e trabalha | 3.2 (1.4 – 7.3) | 5.91E-03 | | |
| Situação acadêmica: Estuda exclusivamente | 3.4 (1.8 – 6.5) | 2.16E-04 | | |
| Habitação: Casa de material precário | | | 6.6 (1.6-28.1) | 0.01 |

Resultados

Tabela 14: Regressão logística univariada e multivariada – Adesão nos cuidados

| Variável | OR (95% IC) | Pr(> Z) | ORa (95% IC) | Pr(> Z) |
|--|--------------------|--------------------|---------------------|--------------------|
| SAAJ - Mascarenhas | 5.0 (2.1 – 12.2) | 0.00038 | 3.3 (1.0 – 10.7) | 0.0499 |
| SAAJ - Munhava | 6.4 (2.3 – 18.1) | 0.00042 | 6.3 (1.0 – 38.5) | 0.0464 |
| Nível de escolaridade - Primário | 0.2 (0.1 – 0.7) | 0.01164 | | |
| Nível de escolaridade - Secundário | 0.4 (0.2 – 0.8) | 0.0112 | | |
| Situação laboral | 0.4 (0.2 – 0.6) | 0.00064 | | |
| Tem celular: Sim | | | 4.4 (1.5-12.8) | 0.0058 |

6 DISCUSSÃO

Este estudo identificou a retenção medida no atendimento para PVVIH de cinco SAAJ e analisou os fatores que poderiam ter influenciado a retenção no atendimento pontuado. Os resultados deste estudo parecem sugerir que as taxas de retenção estão associadas aos locais do SAAJ em que o participante do estudo está a fazer o seguimento TARV, conhecer o tempo de TARV, grau de escolaridade, estado civil, local de residência e coinfeções.

De acordo com um estudo feito na Indonésia, a descrição geral das causas de não adesão ao TARV em pessoas vivendo com VIH durante a pandemia de COVID-19 foram: medo de se infectar por COVID-19, estresse, estigma, estar ocupado no trabalho, esquecer de tomar remédios, sentir tédio de tomar remédios para toda a vida, distância entre a residência e a US, e fatores económicos que tiveram impacto enorme na sociedade ⁴⁴.

Esses achados são corroborados por estudos recentes sobre o impacto da pandemia de COVID-19 na retenção nos cuidados em que sugerem que os mesmos fatores influenciam para baixa retenção, e foram amplificados pela pandemia (Gutiérrez-Velilla, Piñeirúa-Menéndez, Ávila-Ríos, & Caballero-Suárez, 2022⁴⁷; Palacio-Vieira et al., 2023⁴⁸; West et al.⁴⁹, 2022).

Embora a pandemia do VIH exista há mais de 40 anos, não existe um padrão-ouro que possa ser usado para medir a retenção nos cuidados e seu principal fator associado, à adesão ⁵⁰. As medições variam de medidas diretas a medidas indiretas, como contagem de comprimidos e medição de cargas virais ⁵¹. Para medir a retenção no atendimento em locais com poucos recursos, onde as cargas virais e as contagens de células CD4 podem não ser monitoradas regularmente, a maioria dos estudos sobre VIH baseou-se em consultas perdidas, adesão às consultas, constância nas visitas e lacunas nos cuidados. Embora se tenha estimado a taxa de retenção em 63,7%, estamos cientes de que a triangulação de dados de diferentes métodos poderia ter tornado nossa estimativa mais robusta. Por exemplo, uma vez que a mobilidade demonstrou ter impacto na adesão em algumas partes de Moçambique ⁵², alguns participantes podem ter viajado para obter o seu TARV por outros meios quando não compareceram às instalações para recolher os seus medicamentos.

Este estudo foi baseado na suposição de que a maioria dos participantes do estudo seria de um grupo homogêneo, pois todos estão sendo recrutados em uma única província. No entanto, quando testamos essa suposição ao analisar os dados demográficos e mostramos que havia várias diferenças estatisticamente significativas em alguns principais dados demográficos, conhecimento, percepções e comportamentos com base no SAAJ em que os participantes estavam recebendo seus cuidados. Portanto, continuamos explorando essas diferenças específicas do local. Com base nos resultados deste estudo, recomendamos algumas alterações a serem consideradas para os SAAJ na Província de Sofala, apresentadas abaixo.

Implementação de estratégias alternativas de suporte à adesão

Para indivíduos sem celulares, pode valer a pena explorar outras estratégias de apoio à adesão, como contagem de comprimidos e até mesmo visitas domiciliares. A contagem de pílulas é um método de promoção de adesão testado e comprovado para ARV, bem como comorbidades importantes, como TB.

As visitas domiciliares por agentes comunitários de cuidados têm sido utilizadas em vários locais em África para melhorar a adesão e a retenção nos cuidados ⁵³(Lifson et al., 2017).

Durante a COVID-19, alguns países implementaram visitas domiciliares, da qual incluía a entrega domiciliar de ARVs para pacientes faltosos ou restritos ao confinamento. Esta estratégia parece ter funcionado em vários países ⁵⁴ durante a pandemia da COVID-19 e pode ser também uma estratégia que o governo de Moçambique pode adotar em situações de pandemia e desastres ou emergências.

Uso intensificado de mensagens de texto, pois as chamadas podem ser ineficazes. De facto, com base em um estudo recente, as PVVIH também recomendaram a facilitação do envolvimento contínuo nos cuidados durante pandemias usando telemedicina ⁵⁵ (Joseph et al., 2022). Vários países com bons recursos intensificaram as abordagens de telemedicina durante a pandemia para aumentar a retenção nos cuidados e a adesão com resultados positivos (Chersich et al., 2020 ⁵⁶; Hennis et al., 2021 ⁵⁷; Norwood et al., 2022 ⁵⁸; Tomar, Spadine, Graves-Boswell, & Wigfall, 2021 ⁵⁹). Alguns países foram ainda mais longe ao fornecer parte dos serviços de atendimento via telemedicina ⁶⁰(Giuliani et al., 2020).

Distância até as Unidades de saúde:

A longa distância até as unidades de saúde é um fator estabelecido que impacta negativamente a retenção nos cuidados ⁶¹ e principalmente se as PVVIH tiverem que caminhar até a unidade de saúde para levantar os ARVs ^{62 61} (Bassett et al., 2017; Lifson et al., 2013). Os resultados indicam que a distância até às unidades de saúde é mínima, a maioria dos participantes encontra-se a uma distância máxima de 2 km de uma unidade de saúde. Esse bom acesso aos cuidados é elogiado e deve ser continuado. Estar próximo a uma Unidade de saúde também parece promover a equidade no acesso, de modo que as diferenças nos fatores sociodemográficos que poderiam ter impactado a retenção, conforme relatado acima, não influenciam a retenção.

Limitações e Oportunidades

Existem várias escalas validadas para medir saída de adesão auto-relatada ⁶³, no entanto, os questionários de adesão administrados durante o estudo não foram baseados em instrumentos validados, o que compromete a nossa capacidade de medir as pontuações de adesão auto-relatados de forma eficaz e, portanto, tornamos a retenção no cuidado um foco principal deste estudo. Portanto, aproveitamos esta oportunidade para explorar a criação de um instrumento que pudesse ser projetado para avaliar a adesão aos ARV durante desastres naturais ou pandemias como o COVID-19. Tal instrumento seria útil para medir e otimizar a adesão durante esses períodos e possivelmente informar novas estratégias e intervenções.

O COVID-19 afetou o bem-estar mental de indivíduos em todo o mundo ^{64,65} (Lesko & Bengtson, 2021; McClarty et al., 2022). Para PVVIH, estão surgindo estudos que destacam como a pandemia de COVID-19 impactou negativamente na saúde mental de PVVIH ^{66,67} (Gottert et al., 2022; Nemli, Yigit, Agrali, Gokengin, & Turan, 2022). Uma grande limitação deste estudo é não ter avaliado os fatores psicológicos que resultam diretamente da pandemia de COVID-19.

Outra limitação, é que devido ao tempo decorrido entre o período considerado pelo estudo e o período de colheita de dados, as respostas das entrevistas podem ter sido afetadas por recall bias (viés de memória).

CONCLUSÕES

Nosso estudo explorou os fatores associados à retenção nos cuidados e adesão ao tratamento de VIH durante a pandemia de COVID-19 e concluímos que com base nos resultados de diferentes métodos de associação que o local, estado civil, situação atual acadêmica, nível de escolaridade, residência, disponibilidade de celular, situação profissional, problemas com dispensa trimestral de ARVs durante a COVID-19, e conhecimento sobre a importância do TARV foram todos fatores associados à retenção aos cuidados e adesão ao TARV.

Os fatores consistentemente associados à adesão e retenção nos cuidados por meio de métodos múltiplos são fatores comumente relatados na literatura e, em particular, na qualidade do serviço e nas informações fornecidas em cada local do SAAJ. Assim, concluímos ainda que existe a necessidade de auditar as Unidades Sanitárias e a qualidade de informação prestada às PVVIH. Especificamente, as PVVIH precisam ser ensinadas sobre a duração da toma de ARV e por que os ARVs são tomados por toda a vida, a fim de fortalecer a retenção nos cuidados e a adesão ao tratamento.

Embora existam vários métodos para medir a adesão, até onde sabemos, existem poucos instrumentos validados para medir a adesão durante desastres naturais como a COVID-19. Portanto, exploramos um novo sistema de pontuação de adesão que pode ser adaptado para medir a adesão durante desastres naturais e concluímos que esse instrumento de pontuação tem grande potencial se for refinado para uso no futuro. Tanto quanto sabemos, o nosso estudo é o primeiro a explorar a retenção nos cuidados e adesão durante a COVID-19 em Moçambique e expôs fatores que podem fortalecer a retenção nos cuidados e adesão para PVVIH.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO. *HIV Prevention, Infant Diagnosis, Antiretroviral Initiation and Monitoring Guidelines.*; 2021.
2. MISAU. HIV e aids | Biblioteca Virtual em Saúde MS. Accessed April 21, 2023. <https://bvsmms.saude.gov.br/hiv-e-aids/>
3. Uwishema O, Taylor C, Lawal L, et al. The syndemic burden of HIV/AIDS in Africa amidst the COVID-19 pandemic. *Immun Inflamm Dis.* 2022;10(1):26-32. doi:10.1002/iid3.544
4. Joint United Nations Programme on HIV. *IN DANGER: UNAIDS Global AIDS Update 2022.*
5. UNAIDS Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. *CONFRONTING INEQUALITIES Lessons for Pandemic Responses from 40 Years of AIDS.*; 2021.
6. Velavan TP, Meyer CG, Esen M, Kreamsner PG, Ntoumi F. COVID-19 and syndemic challenges in 'Battling the Big Three': HIV, TB and malaria. *International Journal of Infectious Diseases.* 2021;106:29-32. doi:10.1016/j.ijid.2021.03.071
7. Imprensa Nacional de Moçambique E.P. Decreto Presidencial nº 11/2020 de 30 de Março. Published online 2020.
8. MISAU DN de SPD de C de SP. *Estratégia Nacional de Resposta Comunitária à COVID-19.*; 2020.
9. Ghanbari A, Khiaban MO, Aslani A, Faraji AR, Mohammadi M, Kazemi AF. Assessment of adherence to therapy and exploring of barriers and facilitators in HIV positive patients in Tabriz-Iran: A mixed method study protocol. *Reprod Health.* 2019;16(1). doi:10.1186/s12978-019-0766-x
10. Weinberg JL, Kovarik CL. *CLINICAL PEARL The WHO Clinical Staging System for HIV/AIDS.* Vol 12.; 2010. www.virtualmentor.org
11. Paules CI, Marston HD, Fauci AS. Coronavirus Infections-More Than Just the Common Cold. *JAMA - Journal of the American Medical Association.* 2020;323(8):707-708. doi:10.1001/jama.2020.0757
12. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. *Progress towards the Start Free Stay Free AIDS Free Targets.*; 2020.
13. Geneva:Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. *UNAIDS Data 2021.*; 2021.
14. UNAIDS. *Global AIDS Strategy 2021-2026, End Inequities, End AIDS.*; 2021. <https://data.unaids.org/pub/>
15. INS, MISAU. *Resultados de Indicadores Seleccionados Do Inquerito Nacional Sobre o Impacto Do HIV E SIDA EM Mocambique (INSIDA 2021) Programa de HIV.*
16. MISAU, PNC ITS H. *Relatório Anual 2022 Das Actividades Relacionadas Ao HIV/SIDA.*

Referências bibliográficas

17. Thinkwell. *Relatorio Da Avaliacao Do Plano de Aceleracao de Resposta Ao HIV/SIDA.*; 2020.
18. MISAU. *Relatório Anual 2021 Relatório Anual Das Actividades Relacionadas Ao HIV/SIDA Abril de 2022.*; 2022.
19. MISAU, INS. *Relatório Final IMASIDA.*; 2015.
20. Republica de Mocambique M da S. *Relatório Semestral Das Actividades Relacionadas Ao HIV/SIDA 2021.*
21. Instituto Nacional de Estatistica. *MORTALIDADE EM MOÇAMBIQUE Inquérito Nacional Sobre Causas de Mortalidade, 2007/8 RELATÓRIO PRELIMINAR INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA.*; 2009. www.ine.gov.mz
22. Wyk B Van, Kriel E, Mukumbang F. Retention in Care for adolescents who were newly initiated on antiretroviral therapy in the Cape Metropole in South Africa. *South Afr J HIV Med.* Published online 2020.
23. WHO. DEFINITION OF KEY TERMS - Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection - NCBI Bookshelf. Published 2016. Accessed April 21, 2023. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK374295/>
24. Umeokonkwo CD, Onoka CA, Agu PA, Ossai EN, Balogun MS, Ogbonnaya LU. Retention in care and adherence to HIV and AIDS treatment in Anambra State Nigeria. *BMC Infect Dis.* 2019;19(1). doi:10.1186/s12879-019-4293-8
25. Chaiyachati K, Hirschhorn LR, Tanser F, Newell ML, Bärnighausen T. Validating five questions of antiretroviral nonadherence in a public-sector treatment program in rural South Africa. *AIDS Patient Care STDS.* 2011;25(3):163-170. doi:10.1089/apc.2010.0257
26. WHO. *THE USE OF ANTIRETROVIRAL DRUGS FOR TREATING AND PREVENTING HIV INFECTION 2016.*; 2016.
27. Conselho Nacional de Combate ao SIDA. *Resposta Global à SIDA Relatório Do Progresso, 2016 MOÇAMBIQUE.*; 2016.
28. Layer EH, Kennedy CE, Beckham SW, et al. Multi-level factors affecting entry into and engagement in the HIV continuum of care in Iringa, Tanzania. *PLoS One.* 2014;9(8). doi:10.1371/journal.pone.0104961
29. Hudelson C, Cluver L. Factors associated with adherence to antiretroviral therapy among adolescents living with HIV/AIDS in low- and middle-income countries: a systematic review. *AIDS Care.* 2015;27(7):805-816. doi:10.1080/09540121.2015.1011073
30. Boothe MAS, Sathane I, Baltazar CS, et al. Low engagement in HIV services and progress through the treatment cascade among key populations living with HIV in Mozambique: alarming gaps in knowledge of status. *BMC Public Health.* 2021;21(1). doi:10.1186/s12889-020-10039-2

Referências bibliográficas

31. Brinkhof MWG, Pujades-Rodriguez M, Egger M. Mortality of patients lost to follow-up in antiretroviral treatment programmes in resource-limited settings: Systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2009;4(6). doi:10.1371/journal.pone.0005790
32. Fuente-Soro L, Iniesta C, López-Varela E, et al. Tipping the balance towards long-term retention in the HIV care cascade: A mixed methods study in southern Mozambique. *PLoS One*. 2019;14(9). doi:10.1371/journal.pone.0222028
33. Mukumbang FC, Mwale JC, Van Wyk B. Conceptualising the Factors Affecting Retention in Care of Patients on Antiretroviral Treatment in Kabwe District, Zambia, Using the Ecological Framework. *AIDS Res Treat*. 2017;2017. doi:10.1155/2017/7356362
34. Dorcéus L, Bernard J, Georgery C, Vanessa C. Factors associated with antiretroviral therapy adherence among people living with HIV in Haiti: a cross-sectional study. *AIDS Res Ther*. 2021;18(1). doi:10.1186/s12981-021-00405-4
35. Audi C, Jahanpour O, Antelman G, et al. Facilitators and barriers to antiretroviral therapy adherence among HIV-positive adolescents living in Tanzania. *BMC Public Health*. 2021;21(1). doi:10.1186/s12889-021-12323-1
36. Waterfield KC, Shah GH, Etheredge GD, Ikhile O. Consequences of COVID-19 crisis for persons with HIV: the impact of social determinants of health. *BMC Public Health*. 2021;21(1). doi:10.1186/s12889-021-10296-9
37. Shiao S, Krause KD, Valera P, Swaminathan S, Halkitis PN. The Burden of COVID-19 in People Living with HIV: A Syndemic Perspective. *AIDS Behav*. 2020;24(8):2244-2249. doi:10.1007/s10461-020-02871-9
38. Velavan TP, Meyer CG, Esen M, Kremsner PG, Ntoumi F. COVID-19 and syndemic challenges in 'Battling the Big Three': HIV, TB and malaria. *International Journal of Infectious Diseases*. 2021;106:29-32. doi:10.1016/j.ijid.2021.03.071
39. Nisotel L. Syndemic Pandemic: HIV and antiretroviral therapy adherence among black/african americans in Atlanta.
40. Hoke T, Bateganya M, Toyo O, et al. *How Home Delivery of Antiretroviral Drugs Ensured Uninterrupted HIV Treatment During COVID-19: Experiences From Indonesia, Laos, Nepal, and Nigeria.*; 2020. www.ghspjournal.org
41. Chilundo S, Nguimfack A, Guiloviça N, et al. *Division of Global HIV and Tuberculosis Center for Global Health Program Adaptations in Response to COVID-19 Led to Unprecedented Program Growth in Mozambique.*; 2022. www.cdc.gov
42. Traub AM, Ifafore-Calfee T, Phelps BR. Multimonth dispensing of antiretroviral therapy protects the most vulnerable from 2 pandemics at Once. *Glob Health Sci Pract*. 2020;8(2):176-177. doi:10.9745/GHSP-D-20-00160
43. MISAU. Circular COVID-19 MISAU nr.03/GMS/2021. Published online 2021.

Referências bibliográficas

44. Suwito A, Elfitri I, Usman E, Widya A, Hasnita E, Ningsih R. Non-Adherence of PLWHA in taking Antiretroviral during the COVID-19 pandemic in West Sumatra, Indonesia: Qualitative analysis. Published online 2022. doi:10.1101/2022.06.26.22276906
45. Ahmed A, Dujaili J, Awaisu A, Hashmi F. Barriers and Enablers for Adherence to Antiretroviral Therapy Among People Living with HIV/AIDS in the Era of COVID-19: A Qualitative Experience from a Low Middle-Income Country. *Value in Health*. 2022;25(1):S224. doi:10.1016/j.jval.2021.11.1095
46. Instituto Nacional De Estatística. *PERFIL DE INDICADORES SÓCIO-DEMOGRÁFICOS 2021 PROVÍNCIA DE SOFALA.*; 2021. www.ine.gov.mz
47. Gutiérrez-Velilla E, Piñeirúa-Menéndez A, Ávila-Ríos S, Caballero-Suárez NP. Clinical Follow-Up in People Living with HIV During the COVID-19 Pandemic in Mexico. *AIDS Behav*. 2022;26(8):2798-2812. doi:10.1007/S10461-022-03626-4
48. Palacio-Vieira J, Moreno-Fornés S, Díaz Y, et al. Who is lost to follow-up in HIV care? Assessment of care retention over time and the impact of COVID-19. Longitudinal analysis of the PISCIS cohort. *HIV Med*. Published online 2023. doi:10.1111/HIV.13486
49. West NS, Ddaaki W, Nakyanjo N, et al. “A Double Stress”: The Mental Health Impacts of the COVID-19 Pandemic Among People Living with HIV in Rakai, Uganda. *AIDS Behav*. 2022;26(1):261-265. doi:10.1007/S10461-021-03379-6
50. Mugavero MJ, Westfall AO, Zinski A, et al. Measuring retention in HIV care: The elusive gold standard. In: *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. Vol 61. ; 2012:574-580. doi:10.1097/QAI.0b013e318273762f
51. Measurements of Medication Adherence: In Search of a Gold Standard. *Journal of Clinical Pathways*. 2016;2. Accessed April 28, 2023. <https://www.hmpgloballearningnetwork.com/site/jcp/article/measurements-medication-adherence-search-gold-standard>
52. Bernardo EL, Nhampossa T, Clouse K, et al. Patterns of mobility and its impact on retention in care among people living with HIV in the Manhiça District, Mozambique. *PLoS One*. 2021;16(5 May). doi:10.1371/journal.pone.0250844
53. Lifson AR, Workneh S, Hailemichael A, Demisse W, Slater L, Shenie T. Implementation of a Peer HIV Community Support Worker Program in Rural Ethiopia to Promote Retention in Care. *J Int Assoc Provid AIDS Care*. 2017;16(1):75-80. doi:10.1177/2325957415614648
54. Zakumumpa H, Tumwine C, Milliam K, Spicer N. Dispensing antiretrovirals during Covid-19 lockdown: re-discovering community-based ART delivery models in Uganda. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(1):1-11. doi:10.1186/S12913-021-06607-W/TABLES/4
55. Joseph OL, Hall A, Devlin SA, et al. “When you have an immune disease like HIV and there is a pandemic, you still have to pay your bills”: COVID-19-related challenges among people living with HIV and lessons for care delivery. *AIDS Care*. 2022;34(11):1405-1412. doi:10.1080/09540121.2022.2067314

Referências bibliográficas

56. Chersich MF, Gray G, Fairlie L, et al. Covid-19 in Africa: Care and protection for frontline healthcare workers. *Global Health*. 2020;16(1). doi:10.1186/S12992-020-00574-3
57. Hennis AJM, Coates A, del Pino S, et al. COVID-19 and inequities in the Americas: Lessons learned and implications for essential health services. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*. 2021;45. doi:10.26633/RPSP.2021.130
58. Norwood J, Kheshti A, Shepherd BE, et al. The Impact of COVID-19 on the HIV Care Continuum in a Large Urban Southern Clinic. *AIDS Behav*. 2022;26(8):2825-2829. doi:10.1007/S10461-022-03615-7
59. Tomar A, Spadine MN, Graves-Boswell T, Wigfall LT. COVID-19 among LGBTQ+ individuals living with HIV/AIDS: psycho-social challenges and care options. *AIMS Public Health*. 2021;8(2):303-308. doi:10.3934/PUBLICHEALTH.2021023
60. Giuliani M, Donà MG, La Malfa A, et al. Research Letter: Ensuring retention in care for people living with HIV during the COVID-19 pandemic in Rome, Italy. *Sex Transm Infect*. 2020;97(4):317. doi:10.1136/SEXTRANS-2020-054650
61. Lifson AR, Demissie W, Tadesse A, et al. Barriers to Retention in Care as Perceived by Persons Living with HIV in Rural Ethiopia. <http://dx.doi.org/10.1177/1545109712456428>. 2012;12(1):32-38. doi:10.1177/1545109712456428
62. Bassett I V., Coleman SM, Giddy J, et al. Barriers to care and 1-year mortality among newly diagnosed HIV-infected people in Durban, South Africa. *J Acquir Immune Defic Syndr (1988)*. 2017;74(4):432-438. doi:10.1097/QAI.0000000000001277
63. Nguyen TMU, Caze A La, Cottrell N. What are validated self-report adherence scales really measuring?: A systematic review. *Br J Clin Pharmacol*. 2014;77(3):427-445. doi:10.1111/bcp.12194
64. Lesko CR, Bengtson AM. HIV and COVID-19: Intersecting Epidemics with Many Unknowns. *Am J Epidemiol*. 2021;190(1):10-16. doi:10.1093/AJE/KWAA158
65. McClarty L, Lazarus L, Pavlova D, et al. Socioeconomic Burdens of the COVID-19 Pandemic on LMIC Populations with Increased HIV Vulnerabilities. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2022;19(1):76-85. doi:10.1007/S11904-021-00591-W
66. Gottert A, Shattuck D, Pulerwitz J, et al. Meeting men's mental health needs during COVID-19 and beyond: A global health imperative. *BMJ Glob Health*. 2022;7(4). doi:10.1136/BMJGH-2021-008297
67. Nemli SA, Yigit I, Agrali B, Gokengin D, Turan B. Living with HIV during COVID-19: knowledge and worry about COVID-19, adherence to COVID-19-related precautions, and HIV health outcomes. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*. Published online 2022. doi:10.1080/09540121.2022.2148156

ANEXOS

a) ANEXOS

**Anexo 1 - FICHA DE RECOLHA
DE DADOS**

Nome do inquiridor: _____

A. Seleção de participantes – Critérios de inclusão

A1. O utente aceita a participação no estudo?

- a. Sim
- b. Não (Não elegível para o estudo)

A2. O utente tem idade entre 18 anos a 24 anos?

- a. Sim
- b. Não (Não elegível para o estudo)

A3. O utente é residente da cidade da Beira?

- c. Sim
- d. Não (Não elegível para o estudo)

A4. O utente iniciou o TARV antes de 31 de Dezembro de 2019?

- e. Sim
- f. Não (Não elegível para o estudo)

A5. O utente foi internado nos últimos três meses antes do início do estudo?

- g. Sim (Não elegível para o estudo)
- h. Não

B. Utentes que aceitaram fazer parte do estudo, após assinarem a declaração de consentimento livre e informado (*marcar com uma X*) ____

O participante tendo critérios de inclusão passa ter um código (Número de identificação pessoal do estudo)

Código: _____

Data:

b)

c) Secção 1. Características Sociodemográficas e Económica dos Participantes

Por favor marcar com x a resposta do participante

1. Sexo

- a. Masculino
- b. Feminino

2. Idade (*escreve um número inteiro*): _____ anos

3. Qual é o seu nível de escolaridade?

- a. Nenhum
- b. Nível primário (1-6)
- c. Nível básico (7-10)
- d. Nível médio (11-12)
- e. Nível superior (universidade)
- f. Pós-graduação

4. Você está a estudar atualmente?

- a. Sim, exclusivamente
- b. Sim, estuda e trabalha
- c. Não

5. Qual é a sua situação laboral?

- a. Desempregado
- b. Emprego informal
- c. Trabalhador assalariado
- d. Funcionário do estado
- e. Funcionário privado
- f. Agricultor (como principal fonte de renda)
- g. Outros, especificar:

6. Qual é o seu estado civil?

- a. Solteiro/a
- b. União de facto
- c. Casado/a
- d. Viúvo/a
- e. Outro, especificar

1. Residência

- a. 1° Macuti
- b. 2° Palmeiras
- c. 3° Ponta Gea
- d. 4° Chaimite
- e. 5° Pioneiros
- f. 6° Esturro
- g. 7° Matacuane
- h. 8° Macurungo
- i. 9° Munhava Central
- j. 10° Mananga
- k. 11° Vaz
- l. 12° Maraza
- m. 13° Chota

Anexos

- n. 14° Alto da Manga
- o. 15° Nhaconjo
- p. 16° Chingussura
- q. 17° Vila Massane
- r. 18° Inhamizua
- s. 19° Matadouro
- t. 20° Mungassa
- u. 21° Ndunda
- v. 22° Manga-Mascarenha
- w. 23° Muave
- x. 24° Nhangau
- y. 25° Nhangoma
- z. 26°

Tchonja

7. Qual é a sua religião?

- a. Católica
- b. Islâmica
- c. Anglicana
- d. Zione/Sião
- e. Protestante (Evangelica/pentecostal)
- f. Nenhuma
- g. Outra,

especificar

8. Tempo necessário para chegar ao SAAJ

- a. < de 1 hora
- b. Entre 1 e 2 horas
- c. > de 2 horas

9. Possui transporte próprio?

- a. Sim

- b. Não
- c. Se sim especificar: _____

10. Capacidade económica de satisfazer as suas necessidades básicas (*comida, higiene pessoal, roupa..*):

- a. Sempre
- b. Na maioria das vezes
- c. Às vezes
- d. Nunca

11. Condição de habitação:

- a. Casa convencional
- b. Casa do material precário

12. Com quem vive?

- a. Com a família (*filhos, avós, irmãos..*)
- b. Só com parceiro/a
- c. Com amigos
- d. Sozinha/o
- e. Outro

13. Possui telemóvel

- a. sim
- b. não

Secção 2. Conhecimento e atitude ao TARV (adesão e retenção).

1. Você sabe explicar a importância de ter uma boa adesão ao TARV?

- a. Não
- b. Sim , explicar: _____

Pode responder a uma ou mais das respostas abaixo

- i. Reduz o risco de resistência aos medicamentos
 - ii. Melhora o estado de saúde geral e qualidade de vida
 - iii. Diminui o risco de transmitir o HIV
 - iv. Supressão da carga viral
 - v. Redução da mortalidade

2. Você costuma tomar corretamente e regularmente o medicamento exatamente como instruído pelo provedor do SAAJ?
 - a. Sim
 - b. Não, explicar:
 - i. Não recebi explicações claras do provedor
 - ii. Não consigo memorizar as informações que recebi acerca da toma do tratamento
 - iii. Falta de alimentação
 - iv. Não acredito muito no tratamento
 - v. Tenho medo dos efeitos secundários
 - vi. Falta de apoio familiar
 - vii. Outro: _____

3. Se alguma vez se sentiu melhor, deixou de tomar sua medicação?
 - a. Sempre
 - b. Mais da metade das vezes
 - c. Alguma vez
 - d. Nenhuma vez
 - e. Não

4. Se alguma vez se sentiu triste ou deprimido, deixou de tomar a sua medicação?
 - a. Sempre
 - b. Mais da metade das vezes
 - c. Alguma vez

Anexos

- d. Nenhuma vez
 - e. Não
5. Numa escala de 1 a 5, quanto gosta do atendimento no SAAJ?
- a. 1
 - b. 2
 - c. 3
 - d. 4
 - e. 5
6. Você comunicou a sua família/parceiro/a que é HIV + e que está a fazer o TARV?
- a. Não, explicar
 - i. Medo de abandono do/a parceiro/a
 - ii. Rejeição da família do/a parceiro/a
 - iii. Perseguição de parentes
 - iv. Perda dos filhos e da casa etc
 - v. Outro: _____
 - b. Sim, explicar:
Ter o suporte da família e ou do/a parceiro/a ajuda a:
 - i. Aguentar com o tratamento
 - ii. Aceitar a doença e a nova condição de vida
 - iii. Mitigar os momentos de desespero (ansiedade, depressão, tristeza)
 - iv. Lembrar o horário da toma da medicação
 - v. Outro: _____
7. Você sabe por quanto tempo dura o TARV?
- a. Não
 - b. Se sim especificar: _____

8. Você vai sempre na data marcada para levantar os medicamentos (ARV)?

- a. Sempre
- b. Na maioria das vezes
- c. Sempre com atraso:
 - i. entre 1 e 3 dias da marcação
 - ii. entre 4 e 6 dias da marcação
 - iii. \geq de 7 dias da marcação

9. Você vai sempre na data marcada para fazer consulta?

- a. Sempre
- b. Na maioria das vezes
- c. Sempre com atraso:
 - i. entre 1 e 3 dias da marcação
 - ii. entre 4 e 6 dias da marcação
 - iii. \geq de 7 dias da marcação

11. Faz parte de algum grupo de apoio de reforço de adesão e retenção?

- a. Sim
- b. Não

d) Secção 3.

Dificuldades e barreiras na adesão e retenção ao TARV devido às medidas de mitigação da COVID-19 no sector de saúde

1. Recebeste informações claras pelo provedor acerca da mudança da prestação de serviço no SAAJ?

- a. Sim
- b. Não

2. Tiveste problema com a despesa trimestral da medicação?

- a. Não

- b. Sim, Explicar:
 - i. As condições da minha habitação não garantem boa conservação do medicamento por todo este tempo.
 - ii. Tive medo que o medicamento poderia se alterar se não bem conservado.
 - iii. Difícil esconder esta quantidade de medicamento
 - iv. Aguardar a receita por tanto tempo/medo de perder
 - v. Outro: _____

- 3. Tiveste problema com o atendimento trimestral (consulta, APSS/PP)?
 - a. Não
 - b. Sim, explicar:
 - i. Dificuldade de antecipar as consultas clínicas se tiver necessidade (surgimento de sintomas ou alguma preocupação em relação ao tratamento).
 - ii. Se esquecer de ir na data marcada, foi difícil ter nova marcação na data mais desejável para mim e/ou meu cuidador.
 - iii. Foi difícil para mim receber/aceitar o APSS/PP trimestralmente.
 - iv. Outro: _____

- 4. Durante a COVID-19 abandonou o tratamento de TARV?
 - a. Não
 - b. Sim

- 5. Se não, tomou o TARV todos os dias à mesma hora durante o período da COVID-19?
 - a. Não
 - b. Sim

- 6. Se abandonou ou não tomou o tratamento todos os dias, quais foram os motivos entre os seguintes:
 - a. Ninguém me ajudou a lembrar
 - b. Falta de alimentação e água

- c. Tenho medo dos efeitos secundários
 - d. Estava doente /não estava bem
 - e. Outros: _____
7. Durante a COVID-19 você ia sempre na data marcada para levantar os medicamentos (TARV) e fazer consulta?
- a. Sempre
 - b. Na maioria das vezes
 - c. Sempre com atraso:
 - i. entre 1 e 3 dias da marcação
 - ii. entre 4 e 6 dias da marcação
 - iii. ≥ de 7 dias da marcação
8. Se não ia regularmente levantar medicamentos quais são os motivos entre os seguintes:
- a. Ninguém me ajudou a lembrar
 - b. Perdi a receita/cartão
 - c. Não sabia que o novo horário de atendimento do SAAJ estava aberto
 - d. Os SAAJs estavam fechados
 - e. Dificuldade de transporte (mais caro e menos frequentes)
 - f. Estava com medo de sair de casa
 - g. Minha família/cuidador não queria que eu saísse de casa
 - h. Falta de apoio familiar/parceiro
 - i. Estava doente /não estava bem
 - j. Outros: _____
9. A suspensão de visitas domiciliares e do encontro de grupos de apoio influenciou a sua adesão e retenção aos cuidados ao tratamento?
- a. Sim
 - b. Não
10. O seguimento/acompanhamento via telefónica facilitou a sua adesão /retenção ao TARV?

Anexos

- a. Sim
- b. Não, explicar
 - i. Não conseguia lembrar as informações/ conselhos providenciados
 - ii. Difícil entender/perceber o conteúdo/significado das informações/conselhos
 - iii. Não podia falar em a casa, sendo que não revelei o meu estado HIV+ e que estou em TARV
 - iv. Não podia atender com regularidade as chamadas, por falta de crédito (não tinha sempre dinheiro para comprar)
 - v. Não conseguia retornar as chamadas perdidas por falta de crédito
 - vi. Não aplicável por falta de telefone

Anexos

Anexo 2 Planilha condições clínicas

Fatores associados a adesão e retenção ao TARV nos Jovens HIV positivos, de idade entre 18 e 24 anos, atendidos nos SAAJs da Cidade da Beira (Província de Sofala) no período da COVID 19 (2020/2022).

Anexo 2

Código: _____

Data: _____

FICHA Características/Condições Clínicas dos Participantes

| Estádio OMS | I | II | III | IV | Carga Viral (Cópias/ml) | | Primeira CV (valor/ data): | Última CV (valor/ data): |
|---|------------------------------------|---|------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--|
| | Co-Morbilidade | TB | Hepatite | Infeção Oportunistas Se sim qual: | Diabetes | HTA | Sífilis | Desnutrição: Aguda grave Aguda moderada Aguda ligeira |
| Início TARV: (dia/mês/ano) ____/____/____ | | | | | | | | |
| Levantamento ARV de Abril 2020 a Março 2022 | 1º Trimestre (abr-jun/20) Data: | 2º Trimestre (jul-set 20) Data: | 3º Trimestre (out-dez/20) Data: | 4º Trimestre (jan-mar/21) Data: | 5º Trimestre (abr-jun/21) Data: | 6º Trimestre (jul-set/ 21) Data: | 7º Trimestre (out/dez/21) Data: | 8º Trimestre (jan-mar/22) Data: |
| FATORES PSICO-SOCIAIS | | | | | | | | |
| 1) Toxicidade/medo dos efeitos secundários | | 5) Estigma e discriminação | | 9) Outros: | | | | |
| 2) Falta de alimentação | | 6) Uso/abuso de álcool ou drogas | | | | | | |
| 3) Falta de apoio familiar | | 7) Depressão /ou Ansiedade | | | | | | |
| 4) Problema de transporte | | 8) Dificuldade para revelar ao parceiro/família | | | | | | |
| Gravida: | | | | Lactante: | | | | |

Anexo 3 Folha de informação ao participante e Consentimento informado

Introdução

Olá, meu nome é _____ e estou a trabalhar como assistente de estudo. Gostaria de convidá-lo/la a participar no estudo sobre a Fatores associados à adesão e retenção ao TARV nos Jovens HIV positivos, de idade entre 18 e 24 anos, atendidos nos SAAJs da Cidade da Beira (Província de Sofala) no período da COVID-19 (2020/2022). O estudo pretende identificar os fatores que influenciaram a adesão e retenção ao TARV nos Jovens HIV positivos, de idade entre 18 e 24 anos atendidos nos SAAJs da Cidade da Beira durante o período da pandemia de COVID-19 (2020/2022). Este formulário de consentimento irá fornecer algumas informações sobre o estudo. Pode conter palavras que não entende. Por favor, peça-me para explicar qualquer palavra ou informação que não esteja clara na folha de informação.

Justificação para realizar o estudo

Atualmente nos países de baixa e média renda e particularmente na África subsaariana, não há suficientes estudos sobre os fatores que influenciaram a adesão e retenção ao TARV devido às medidas de mitigação da COVID-19 implementadas no sector de saúde. Sendo assim é necessário realizar este estudo para determinar em que medida a adesão e retenção ao TARV foram influenciadas pelas normas de mitigação da COVID-19 no sector de saúde durante o período da COVID-19 (2020/2022) tomadas pelo MISAU.

Objetivos do estudo

Obectivo geral: Analisar os fatores que influenciaram a adesão e retenção ao TARV nos Jovens que vivem com HIV, com idade entre 18 e 24 anos atendidos nos SAAJs da Cidade da Beira (Província de Sofala) durante o período da COVID-19 (2020/2022).

Obectivo específicos

1. Descrever as características sociodemográficas do grupo de estudo;

2. Caracterizar as condições clínicas (estádio clínico co-morbilidade, fatores psicossociais, início TARV, carga viral etc.) dos participantes;
3. Analisar o tipo de conhecimentos sobre a importância de adesão e retenção ao TARV dos participantes;
4. Identificar o tipo de atitudes dos participantes, em relação a adesão e retenção ao TARV durante o período 2020/2022 da COVID-19 devido às mudanças da prestação de serviço;

População do estudo/porque foi selecionado para participar

A população do estudo é constituída pelos jovens (18-24 anos de idade) que acedem em 5 SAAJs selecionados da cidade da Beira (Cs Macurungo, CS Mascarenhas, CS Munhava, CS Nhaconjo e CS Ponta-Gea) . Caso você aceite fazer parte do estudo estará neste grupo de selecionados.

Procedimento

Para ser elegível a participar no estudo, deve ser um jovem entre 18 e 24 anos de idade. Se concordar em participar, um entrevistador falará consigo num local privado. Antes de começar, o entrevistador lhe solicitará que consinta em participar e dará a oportunidade de fazer qualquer pergunta sobre o estudo. O entrevistador irá fazer uma série de perguntas relacionadas ao HIV e as medidas de mitigação da COVID-19 no sector de saúde. Após ter tido o seu consentimento irá iniciar a entrevista. A entrevista poderá durar cerca de 15-20 minutos. O entrevistador irá registar as suas respostas num computador tablet, sem escrever o seu nome. No final, terá a oportunidade de fazer qualquer pergunta que quiser.

A participação ao estudo é completamente gratuita e voluntária, se durante a entrevista o/a jovem sentir desconforto em responder ou não querer continuar participar poderá se retirar sem nenhum impacto no seu seguimento no SAAJ.

Riscos

Os riscos pela sua participação neste estudo são mínimos, portanto, pode, ao longo da entrevista, revelar alguma informação pessoal e sensível, que poderá trazer consequências para si se for divulgado para outros. Conforme já mencionamos, os pesquisadores tomarão todas as precauções para evitar qualquer divulgação de

informação, e nenhuma informação sobre si e sua participação no estudo será partilhada com pessoas fora da equipa do estudo, incluindo seus familiares ou outras pessoas na comunidade. Algumas das perguntas que serão feitas na entrevista podem trazer sentimentos ou fazer sentir você desconfortável. A sua participação é inteiramente voluntária. Você pode recusar a responder a qualquer uma das perguntas e pode deixar o estudo a qualquer momento.

Benefícios

Não há nenhum benefício direto para si por participar no estudo. No entanto, a melhoria do conhecimento das atitudes/práticas acerca do TARV (adesão e retenção) entre os jovens, é uma melhor compreensão da qualidade dos serviços disponíveis na comunidade, nos ajudará a melhorar futuros programas de saúde e serviços de saúde para este grupo de pessoas, particularmente em situação de emergência.

Confidencialidade

Todas informações colhidas serão mantidas em confidencialidade até o fim do estudo e será assegurada a proteção contra a sua revelação não autorizada.

Não serão utilizadas as suas iniciais, o seu número de registo/da ficha clínica ou outras formas de cadastros da US que possam permitir revelar a sua identidade.

Todas as respostas das entrevistas serão mantidas em sigilo. O seu nome não será associado a nenhuma das suas respostas às perguntas que serão feitas durante a entrevista. Durante a sua entrevista, as suas respostas serão registradas na tablete e depois enviados para um computador no escritório do CUAMM. O seu nome não será registrado em nenhum sítio. Manteremos o registo das suas respostas num computador seguro. Somente os membros da equipe de pesquisa terão acesso à informação que compartilhar conosco.

Voluntariedade

A participação no estudo será voluntária, nenhuma compensação económica ou de outro tipo será devido aos participantes. Em qualquer momento eles poderão recusar a participar, por qualquer motivo e sem penalidade.

Como contatar os investigadores em caso de dúvida:

Se tiver dúvidas sobre o estudo depois da entrevista, não hesite em contactar o Investigador Principal, Helga Guambe Dos Anjos através do número 820754112 ou email: kufassyg@gmail.com.

Caso tenha dúvidas ou comentários em relação aos seus direitos como participante neste estudo, por favor contacte a Investigadora Principal acima mencionada, ou o Comité de Bioética interinstitucional da Província para o secretário do CIBS-Sofala Contacto: +258 846647007 ou email cibs.sofala@gmail.com.

Declaração de consentimento informado

Eu, _____ li as informações sobre o estudo neste formulário de consentimento (ou foi lido para mim em voz alta). Todas as minhas perguntas sobre o estudo foram respondidas e aceitei de participar. Eu entendo que minha participação é voluntária e posso recusar de continuar a qualquer momento, por qualquer motivo, sem penalidade.

Pergunte a/ao participante:

Concorda em participar do estudo? (Marque a resposta) **SIM** **NÃO**

Assinatura do Participante Data e Hora

Assinatura do Entrevistador Data e Hora

Nome do Entrevistador Data e Hora

Impressão digital,
caso o participante
não tenha a
possibilidade de
escrever

Anexo 4. Tabela de variáveis de implementação

| Variável | Opções |
|--|--|
| SAAJ | Ponta Gea, Inhamizua, Nhaconjo, Mascarenhas, Munhava |
| Sexo | Masculino, Feminino |
| Idade | 18,19,20,21,22,23,24 |
| Nível de escolaridade | Nível primário (1-6); Nível secundário (7-12); e Superior (universidade e Pós-graduação) |
| Situação actual académica | Não estuda; Estuda exclusivamente; Estuda e trabalha; |
| Situação laboral | Desempregado; Com Emprego (Trabalhador assalariado, funcionário do estado, funcionário privado); Conta própria (Agricultor, emprego informal) |
| Estado civil | Casado (União de facto, casado); Solteiro (solteiro, viúvo); |
| Residência | 1° Macuti; 2° Palmeiras; 3° Ponta Gea; 4° Chaimite; 5° Pioneiros; 6° Esturro; 7° Matacuane; 8° Macurungo; 9° Munhava Central; 10° Mananga; 11° Vaz; 12° Maraza; 13° Chota; 14° Alto da Manga; 15° Nhaconjo; 16° Chingussura; 17° Vila Massane; 18° Inhamizua; 19° Matadouro; 20° Mungassa; 21° Ndunda; 22° Manga-Mascarenhas; 23° Muave; 24° Nhangau; 25° Nhangoma; 26°Tchonja |
| Religião | Cristão (Católica, Anglicana, Zione/Sião, Protestante); Islâmica; Outra |
| Tempo para chegar ao SAAJ | < de 1 hora; Entre 1 e 2 horas; > de 2 horas |
| Transporte próprio | Sim; Não |
| Capacidade económica de satisfazer as suas necessidades básicas (<i>comida, higiene pessoal, roupa.</i>) | Sempre; Na maioria das vezes; Às vezes; Nunca |

| | |
|---|---|
| Habitação | Casa convencional; Casa de material precário |
| Com quem vive | Com família (com família, só com parceiro, com amigos); Sozinho |
| Telemóvel | Sim; Não |
| Sabe explicar sobre a importância adesão TARV | Sim; Não Se sim explicar: 1. Reduz o risco de resistência aos medicamentos 2. Melhora o estado de saúde geral e qualidade de vida 3. Diminui o risco de transmitir o HIV 4. Supressão da carga viral 5. Redução da mortalidade |
| Toma corretamente o medicamento | Sim; Não Se Não explicar: 1. Não recebi explicações claras do provedor 2. Não consigo memorizar as informações que recebi acerca da toma do tratamento 3. Falta de alimentação 4. Não acredito muito no tratamento 5. Tenho medo dos efeitos secundários 6. Falta de apoio familiar 7. Outro: _____ |
| Se se sentiu melhor, deixou medicação (ARV) | Sempre; Mais de metade das vezes; Alguma vez; Nenhuma vez; Não |
| Se se sentiu triste, deixou tomar medicação | Sempre; Mais de metade das vezes; Alguma vez; Nenhuma vez; Não |
| Escala de 1 a 5, gosta do atendimento do SAAJ | 1, 2, 3, 4, 5 |
| Comunicou a família/parceiro que faz TARV | Não , explicar 1. Medo de abandono do/a parceiro/a 2. Rejeição da família do/a parceiro/a 3. Perseguição de parentes |

| | |
|---|--|
| | <p>4. Perda dos filhos e da casa etc</p> <p>5. Outro: _____</p> <p>Sim, explicar:</p> <p>Ter o suporte da família e ou do/a parceiro/a ajuda a:</p> <p>6. Aguentar com o tratamento</p> <p>7. Aceitar a doença e a nova condição de vida</p> <p>8. Mitigar os momentos de desespero (ansiedade, depressão, tristeza)</p> <p>9. Lembrar o horário da toma da medicação</p> <p>10. Outro: _____</p> |
| Sabe por quanto tempo dura o TARV | Não; Se sim especificar |
| Vai sempre na data marcada para levantar TARV | <p>1. Sempre</p> <p>2. Na maioria das vezes</p> <p>3. Sempre com atraso:</p> <p>a. entre 1 e 3 dias da marcação</p> <p>b. entre 4 e 6 dias da marcação</p> <p>c. \geq de 7 dias da marcação</p> |
| Vai sempre na data marcada para consulta | <p>1. Sempre</p> <p>2. Na maioria das vezes</p> <p>3. Sempre com atraso:</p> <p>a. entre 1 e 3 dias da marcação</p> <p>b. entre 4 e 6 dias da marcação</p> <p>c. \geq de 7 dias da marcação</p> |
| Parte de grupo de apoio | Sim, Não |
| Dificuldades e barreiras na adesão e retenção ao TARV devido às medidas de mitigação da COVID-19 no sector de saúde | |
| Recebeste informações claras pelo provedor acerca | Sim, Não |

| | |
|---|---|
| da mudança da prestação de serviço no SAAJ? | |
| Teve problema com dispensa trimestral de ARV | <p>Sim; Não</p> <p>Sim, Explicar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. As condições da minha habitação não garantem boa conservação do medicamento por todo este tempo. 2. Tive medo que o medicamento poderia se alterar se não bem conservado. 3. Difícil esconder esta quantidade de medicamento 4. Aguardar a receita por tanto tempo/medo de perder <p>Outro:</p> |
| Teve problemas com atendimento trimestral | <p>Sim; Não</p> <p>Sim, explicar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dificuldade de antecipar as consultas clínicas se tiver necessidade (surgimento de sintomas ou alguma preocupação em relação ao tratamento). 2. Se esquecer de ir na data marcada, foi difícil ter nova marcação na data mais desejável para mim e/ou meu cuidador. 3. Foi difícil para mim receber/aceitar o APSS/PP trimestralmente. <p>Outro:</p> |
| Durante COVID-19 abandonou o TARV | Sim; Não |
| Se não abandonou, tomou TARV todos dias mesma hora | Sim; Não |
| Se abandonou ou não tomou todos dias, quais motivos | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguém me ajudou a lembrar 2. Falta de alimentação e água |

| | |
|--|---|
| | <ol style="list-style-type: none"> 3. Tenho medo dos efeitos secundários 4. Estava doente /não estava bem 5. Outros: |
| Durante COVID-19 ia sempre na data marcada | <ol style="list-style-type: none"> 1. Sempre 2. Na maioria das vezes 3. Sempre com atraso: <ol style="list-style-type: none"> a. entre 1 e 3 dias da marcação b. entre 4 e 6 dias da marcação ≥ de 7 dias da marcação |
| Se não ia regularmente levantar medicamentos quais são os motivos | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguém me ajudou a lembrar 2. Perdi a receita/cartão 3. Não sabia que o novo horário de atendimento do SAAJ estava aberto 4. Os SAAJs estavam fechados 5. Dificuldade de transporte (mais caro e menos frequentes) 6. Estava com medo de sair de casa 7. Minha família/cuidador não queria que eu saísse de casa 8. Falta de apoio familiar/parceiro 9. Estava doente /não estava bem 10. Outros |
| A suspensão de visitas domiciliares e do encontro de grupos de apoio influenciou a sua adesão e retenção | Sim; Não |
| O seguimento via telefónica facilitou adesão e retenção | <p>Sim; Não</p> <p>Se Não, explicar</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Não conseguia lembrar as informações/ conselhos providenciados 2. Difícil entender/perceber o conteúdo/significado das |

| | |
|---|--|
| | <p>informações/conselhos</p> <p>3. Não podia falar em a casa, sendo que não revelei o meu estado HIV+ e que estou em TARV</p> <p>4. Não podia atender com regularidade as chamadas, por falta de crédito (não tinha sempre dinheiro para comprar)</p> <p>5. Não conseguia retornar as chamadas perdidas por falta de crédito</p> <p>6. Não aplicável por falta de telefone</p> |
| Condições clínicas | Estadio clínico OMS (I, II, III, IV); Comorbidade (Tuberculose, Hipertensão, Diabetes, Sífilis, Desnutrição, Hepatite, Infecção oportunista, outro) |
| Carga Viral (cópias/ml) | Primeira CV; Última CV (valor e data) |
| Início TARV | Dia/Mês/Ano |
| Levantamento ARV de Abril 2020 a Março 2022 | 1ºTrimestre (abr-jun/20); 2ºTrimestre (jul/set 20); 3ºTrimestre (out-dez/20); 4ºTrimestre (jan-mar/21); 5ºTrimestre (abr-jun/21); 6ºTrimestre (jul-set/ 21); 7ºTrimestre (out/dez/21); 8ºTrimestre (jan-mar/22) |
| Fatores psicossociais | Toxicidade/medo dos efeitos secundários; Falta de alimentação; Falta de apoio familiar; Problema de transporte; Estigma e discriminação; Uso/abuso de álcool ou drogas; Depressão/Ansiedade; Dificuldade para revelar ao parceiro/família |
| Grávida | |
| Lactante | |

Anexo 5 Parecer do comitê de Bioética da Beira



CIBS / UCM (FCS) – HCB -CIOB
Comité Interinstitucional de Bioética para Saúde - CIBS /
Sofala
IRB00002657

Exmos Senhores

Prof. Dr Carlo Giaquinto e Dr. Helga Guambe Dos Anjos

Ref. 076/CIBS-Sofala/2022

16 de Dezembro de 2022

Assunto: parecer do protocolo de pesquisa versão 1.

O Comité Interinstitucional de Bioética para Saúde CIBS – Sofala, avaliou o protocolo intitulado “Fatores associados a adesão e retenção ao TARV nos Jovens HIV positivos, de idade entre 18 e 24 anos, atendidos nos SAAJs da Cidade da Beira (Província de Sofala) no período da COVID 19 (2020/2022)”. Registado no CIBS com o número **056/CIBS/2022** tendo constatado o seguinte:

1. Na justificativa deve clarificar mais a relevância científica do estudo.
2. No ponto 4.4 a amostragem é por conveniência, mas amostra parece ser probabilística. Deve esclarecer.
3. O verbo que usa para o objectivo geral não é adequado. O mesmo verifica-se com os verbos que usa para os objectivos específicos 3 e 4. Recomendamos a revisão dos mesmos.

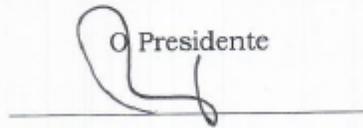
- 3.1. No o 3º objectivo específico fala de avaliação de conhecimentos e atitudes porém, não está indicado no protocolo o instrumento (escala) que irá usar para a referida avaliação.
4. Nas limitações está referido que o estudo não é probabilístico. Deve alinhar com a amostra.
5. Não há referência de benefícios do estudo para a comunidade.
6. Deve referir se a comunidade terá acesso aos resultados do estudo em caso desta solicitar.

O comité aprova o protocolo com correções mínimas, recomenda-se aos pesquisadores a melhorar o protocolo tendo em conta as observações acima descritas e voltar a submeter para a reavaliação.

NB: todas a correções ou texto novo na 2ª versão devem ser realçadas em amarelo.

Sem mais assunto, queira receber as nossas cordiais saudações.

O Presidente



Dr. Josefo João Ferro