



FACULDADE DE
MEDICINA
FUNDADA EM 1963

MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Título da Dissertação

Factores que influenciam a interrupção da toma de antirretrovirais em pacientes adolescentes e jovens: Estudo qualitativo nas unidades sanitárias da cidade de Maputo

Nome do estudante: Reginalda da Conceição António Cumbane Mendes

Maputo, 14 de Abril de 2025



FACULDADE DE
MEDICINA
FUNDADA EM 1963

MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Título da Dissertação

Factores que influenciam a interrupção da toma de anti-retrovirais em pacientes adolescentes e jovens: Estudo qualitativo nas unidades sanitárias da cidade de Maputo

Nome do estudante: Reginalda da Conceição António Cumbane Mendes

Supervisor: Prof. Doutor Baltazar Chilundo, MD, PhD

Co-Supervisor: Dr. Tavares Madede, MD, MPH, PhD fellow

Maputo, 14 de Abril de 2025

Declaração de originalidade do projecto

“Eu, Reginalda da Conceição António Cumbane Mendes, declaro por minha honra, que este trabalho foi por mim elaborado e realizado como parte dos requisitos necessários do programa de formação em Mestrado em Saúde Pública pela Faculdade de Medicina e nunca foi submetido nem apresentado em nenhum outro local que não seja a Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane”.

Maputo, Abril de 2025

Reginalda da Conceição António Cumbane Mendes

Agradecimentos

Agradeço primeiro a Deus pela protecção, direcção durante a jornada, existem momentos da vida em que ocorrem várias dificuldades e nós muitas vezes não entendemos, mas Deus nos manda a confiar nele em todos os momentos, obrigada a Deus pelas lições durante a jornada e por este ciclo que se encerra, toda honra e toda a glória seja dada a si.

Ao meu amado esposo pelo suporte, pois ele é um anjo de Deus na terra, essa vitória é muito nossa pois lembro-me que quando já não tinha forças para continuar tu foste o meu combustível.

Aos meus filhos, aos meus pais e irmãos que sempre acreditaram em mim e tudo fizeram para que pudesse seguir em frente como um exemplo na família,

Ao meu supervisor, Prof. Doutor Baltazar Chilundo e o meu co-supervisor, Dr. Tavares Madede pela paciência, pelo incentivo e pela dedicação do seu escasso tempo ao meu estudo, muito obrigada.

A todas pessoas que directa ou indirectamente contribuíram para a realização deste trabalho vai o meu muito obrigado.

Índice

Declaração de originalidade do projecto.....	iii
Agradecimentos	iv
Resumo	vii
Lista de abreviaturas	x
1. Motivação	1
2. Problema	1
3. Objectivos	3
4. Contribuição.....	4
5. Revisão bibliográfica	4
6. Enquadramento conceptual.....	10
7. Metodologia	14
7.1 Tipo/desenho de estudo.....	14
7.2 Local do estudo	14
7.3 Período do estudo.....	15
7.4 População do estudo	15
7.4.1 Critérios de Inclusão e Exclusão.....	16
7.5 Modo de selecção dos participantes, amostra, amostragem (se aplicável)	17
7.6 Procedimentos, técnicas e os instrumentos de recolha de dados	17
7.7 Variáveis, gestão e análise de dados	18
7.7.1 Códigos usados na análise temática	18
7.7.2 Plano de gestão e interpretação de dados.....	19
8. Limitações do estudo	19
9. Resultados	20
10. Discussão	38
11. Conclusões e recomendações.....	45
11.1 Conclusões	45
11.2 Recomendações.....	46
12. Referências Bibliográficas	48
13. Apêndices.....	51

Índice de Tabelas

Tabela 1- Número de pacientes em TARV que interromperam o TARV em cada trimestre de 2022 nas US selecionadas na cidade de Maputo, em Moçambique	14
Tabela 2- Códigos usados na análise temática dos conteúdos	18
Tabela 3- Características Socio-demográficas dos profissionais de saúde	20
Tabela 4- Características Socio-demográficas dos pacientes AJ	21

Índice de Figuras

Figura 1- Possíveis factores que influenciam a IIT (fonte: adaptado de WHO, 2003 & MISAU, 2016)	12
---	----

Resumo

Introdução: A interrupção do tratamento antirretroviral representa um risco significativo para a saúde das pessoas vivendo com vírus de imunodeficiência humana podendo levar à progressão para doença avançada e ao aumento da mortalidade. Em adolescentes e jovens, os desafios da adesão ao tratamento são complexos e multifactoriais. Este estudo teve como objectivo analisar os factores que influenciam a interrupção do tratamento antirretroviral entre adolescentes e jovens da cidade de Maputo.

Metodologia: Foi realizado um estudo qualitativo exploratório em Março de 2024, com entrevistas semi-estruturadas aplicadas a 10 adolescentes e 16 profissionais de saúde em quatro unidades sanitárias seleccionadas: Alto-Maé, Xipamanine, Bagamoio e Mavalane. A análise temática e codificada dos dados foi conduzida com suporte do software para análise de dados qualitativos (ATLAS.ti).

Resultados: Os factores associados à interrupção do tratamento antirretroviral foram agrupados em quatro categorias: socioeconómicos, institucionais, relacionados ao tratamento e individuais. Entre os factores socioeconómicos, destacaram-se a falta de alimentação, ausência de suporte familiar, revelações acidentais e dificuldades financeiras para transporte. Os factores institucionais incluíram o longo tempo de espera nas unidades sanitárias, falta de privacidade, conflitos entre horários escolares e consultas, exposição do seroestado e confidencialidade inadequada. No que se refere aos factores ligados ao tratamento, foram mencionados o surgimento de comorbilidades e fadiga. Já os factores individuais incluíram a não aceitação do diagnóstico, questionamento sobre a infecção, esquecimento das consultas, rotinas diárias complexas, viagens, pensamentos suicidas e dificuldades na revelação do seroestado a familiares.

Conclusão: O estudo revelou que a interrupção do tratamento antirretroviral entre adolescentes e jovens resulta da interacção de múltiplos factores, sendo os de maior impacto as limitações financeiras, o tempo de espera nas unidades sanitárias, o surgimento de comorbilidades, o questionamento da infecção e a não aceitação do diagnóstico. Esses achados ressaltam a necessidade de fortalecer intervenções direccionadas às necessidades específicas deste grupo, garantindo maior suporte social, acesso facilitado aos serviços de saúde e estratégias que promovam adesão contínua ao tratamento.

Palavras-chave: Interrupção do tratamento antirretroviral, vírus de imunodeficiência humana, Adolescentes e Jovens, Provedores de Saúde, Moçambique.

Abstract

Introduction: The interruption in antiretroviral therapy poses a significant health risk for people living with human immunodeficiency virus, potentially leading to disease progression and increased mortality. Among adolescents and youth, adherence to treatment is challenged by complex and multifactorial issues. This study aimed to analyze the factors influencing the interruption in antiretroviral therapy among adolescents and youth in Maputo city.

Methodology: An exploratory qualitative study was conducted in March 2024, using semi-structured interviews with 10 adolescents and 16 healthcare professionals from four selected health facilities: Alto-Maé, Xipamanine, Bagamoio, and Mavalane. Thematic and coded analysis was performed using a qualitative data analysis software (ATLAS.ti).

Results: The factors associated with interruption in antiretroviral therapy were grouped into four categories: socioeconomic, institutional, treatment-related, and individual. Socioeconomic factors included lack of food, absence of family support, accidental disclosures, and financial difficulties for transportation. Institutional factors comprised long waiting times at healthcare facilities, lack of privacy, conflicts between school schedules and medical appointments, exposure of serostatus, and inadequate confidentiality. Treatment-related factors included the emergence of comorbidities and fatigue. Individual factors encompassed non-acceptance of the diagnosis, questioning the infection, forgetting appointments, complex daily routines, travel, suicidal thoughts, and difficulties in disclosing serostatus to family members.

Conclusion: The study revealed that interruption in antiretroviral therapy among adolescents and young people results from the interaction of multiple factors, with the most impactful being financial limitations, long waiting times at healthcare facilities, the emergence of comorbidities, questioning of the infection, and non-acceptance of the diagnosis. These findings highlight the need to strengthen interventions tailored to the specific needs of this group, ensuring greater social support, easier access to healthcare services, and strategies that promote continuous treatment adherence.

Keywords: Interruption of antiretroviral therapy, human immunodeficiency virus, Adolescents and Youth, Healthcare Providers, Mozambique.

Lista de abreviaturas

AJ	Adolescente e Jovem
ARVS	Anti-retrovirais
APSS	Apoio Psicossocial
CT	Cuidados e Tratamentos
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana
IIT	<i>Interruption In Treatment</i> (Interrupção do Tratamento)
LTFU	<i>Lost to Follow-up</i> (Perda de Seguimento)
MISAU	Ministério de Saúde de Moçambique
NID	Número de identificação individual do paciente no Serviço Nacional de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Sida
PS	Profissional de Saúde
PU	Paragem Única
PVHIV	Pessoas Vivendo com HIV
PEPFAR	<i>US President Emergency Plan for AIDS Relief</i> (Plano de Emergência do Presidente dos EUA Para o Alívio do SIDA)
RH	Recursos Humanos
SAAJ	Serviços Amigos de Adolescente e Jovem
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
TARV	Tratamento Antirretroviral
US	Unidade Sanitária

1. Motivação

O interesse em explorar as causas de interrupção do tratamento antirretroviral (IIT) nos adolescentes e jovens (AJ) resultou do trabalho realizado no sector de melhoria de qualidade dos cuidados e tratamento, enquanto gestora e coordenadora afecta ao Programa Nacional de Controlo de Infecções de Transmissão Sexual e HIV/SIDA, no Serviço Provincial de Saúde de Maputo, bem como das minhas participações em estudos e avaliações sobre o mesmo tópico, na instituição em que me encontro a trabalhar actualmente.

No exercício do trabalho e funções acima, tive a oportunidade de realizar visitas de supervisão e apoio técnico aos diferentes distritos da província de Maputo, onde efectuei análises de informações relacionadas com o tratamento antirretroviral (TARV), no âmbito da monitoria e avaliação do programa. Neste exercício, os dados de rotina colhidos na cidade de Maputo davam a indicação de haver um número elevado de AJ que não apenas interrompia o TARV, como também apresentava baixas taxas de retorno. Pacientes que permanecem em tratamento por longo período têm maior chance de atingir a supressão viral, o que pode contribuir para o controlo da doença e melhorar a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV (PVHIV). Portanto, o fraco seguimento deste grupo de pacientes em particular destacou o interesse em realizar este estudo, o que poderá informar as entidades de saúde a traçar estratégias eficazes para melhoria dos cuidados de saúde para AJ.

2. Problema

A epidemia causada pelo HIV é um dos maiores problemas de saúde que o país enfrenta. Para colmatar esta situação, o Ministério da Saúde (MISAU) ratificou diversas estratégias que visam reduzir o número de novas infecções e o impacto do HIV na população⁽¹⁾. Entre as diferentes estratégias ratificadas, destacam-se a massificação do tratamento desde 2002⁽¹⁾, bem como a introdução da abordagem “Testar e Iniciar” em 2016⁽²⁾. Nesta última, estabelece-se que todos os indivíduos com um teste de HIV positivo devem ser aconselhados a iniciar o tratamento num período máximo de 7 dias após o diagnóstico⁽²⁾.

No entanto, mesmo com a introdução do “Testar e Iniciar” as taxas globais de perda de seguimento (LTFU – sigla em Inglês para *Lost to Follow Up*) ao longo do TARV permanecem extremamente altas em alguns países de renda alta e baixa, sendo que na população jovem é ainda maior⁽³⁾.

Uma análise realizada em países da África Subsaariana por Leshargie (2022), evidenciou que no seio da população AJ, a taxa de LTFU variava entre 1.6% a 36% ⁽⁴⁾. Em países como a Tanzânia por exemplo, o Programa de Controlo de HIV reportou taxas de LTFU de cerca de 23.5%⁽⁵⁾. A tendência foi encontrada no estudo realizado na Nigéria onde as probabilidades de LTFU entre AJ vivendo com o HIV foram de 3% a 36% entre os 6 e 12 meses respectivamente⁽⁶⁾.

Em Moçambique, como foi demonstrado no relatório do Observatório Nacional de Saúde (ONS), a percentagem de pacientes que se mantém nos cuidados e tratamento para o HIV diminuiu ao longo do tempo⁽⁷⁾. De acordo com o documento em referência, as taxas diminuíram de 72% em 6 meses, 64% em 12 meses e 56% em 18 meses e quando analisaram pacientes que iniciaram o TARV entre 15 e 24 anos de idade, observam-se percentagens mais baixas nomeadamente: 68% em 6 meses, 59% em 12 meses e 49-50% em 18 meses⁽⁷⁾.

Os resultados que caracterizam o cenário epidemiológico moçambicano descrito acima inquietam não apenas as entidades sanitárias nacionais, mas também as internacionais como a Organização Mundial da Saúde⁽⁸⁾. Esta, alerta para a importância de se redobrar os esforços na manutenção deste grupo de pacientes no tratamento, pois se trata de uma população bastante importante, que constitui o capital humano mais precioso do país, apresentando-se como o garante da edificação da nação moçambicana e como a força motriz na promoção do desenvolvimento sustentável⁽⁸⁾.

É no contexto exposto, de elevadas taxas de LTFU, que se considera não apenas relevante, bem como oportuno do ponto de vista académico buscar perceber os factores que influenciam a IIT no seio dos AJ. Arrolar e conhecer esses factores revelam-se imprescindíveis no âmbito dos esforços para alcançar a meta almejada do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV-SIDA (ONUSIDA) para o controlo da epidemia do HIV até 2030 ⁽⁹⁾.

Este trabalho de pesquisa procurou responder à seguinte questão: quais são as principais causas que influenciam a IIT em pacientes AJ em ambientes urbanos da cidade de Maputo, em Moçambique?

3. Objectivos

Geral:

- Analisar as causas que influenciam a IIT na população adolescente e jovem da cidade de Maputo, em Moçambique.

Específicos

- Descrever as percepções dos AJ e dos profissionais de saúde acerca dos factores socioeconómicos que propiciam o incumprimento do TARV pelos AJ;
- Compreender as percepções dos AJ e profissionais de saúde sobre os factores relacionados com os serviços e profissionais de saúde que propiciam o incumprimento do TARV no seio dos AJ;
- Documentar as percepções dos AJ e dos profissionais de saúde sobre os factores relacionados com o tratamento que propiciam o incumprimento do TARV pelos AJ;
- Entender as percepções dos AJ e dos profissionais de saúde acerca dos factores individuais que propiciam o incumprimento do TARV no seio dos AJ;
- Descrever as propostas dos adolescentes e jovens e dos provedores de saúde para colmatar a problemática de interrupção do TARV.

4. Contribuição

A fraca documentação das causas de IIT em contextos específicos, como é o caso da região sul, onde a população é maioritariamente urbana, é o que motivou a realização do presente estudo. Busca-se com a pesquisa contribuir com o conhecimento destes factores no seio académico e na área de saúde pública permitindo que intervenções localmente apropriadas sejam adoptadas e apoiadas com base em evidências.

Desta forma, o presente estudo poderá contribuir com evidências para informar as US, os parceiros de implementação e o MISAU a delinearem melhores estratégias, adequadas à realidade local para melhoria do seguimento do grupo específico de pacientes de AJ, sejam eles contínuos ou descontínuos.

5. Revisão bibliográfica

Devido à elevada morbilidade e mortalidade iniciais associadas às doenças relacionadas com o HIV, os resultados do sucesso do programa do HIV têm sido tradicionalmente medidos pela prevalência de infecções oportunistas e taxas de mortalidade⁽¹⁰⁾. No entanto, com mais pessoas vivendo com HIV prontamente a aceder ao TARV e a permanecerem vivas, a retenção em cuidados de saúde, tal como estimada pelas taxas de LTFU, tornou-se mais relevante na medição da eficácia do programa⁽¹⁰⁾.

Uma das maiores ameaças ao sucesso dos programas globais do TARV é o desgaste persistente de pacientes de tais programas, também referido como LTFU. Este capítulo irá explorar as diferentes definições de LTFU sobre TARV e explicar a escolha da definição utilizada para este estudo. Reflete-se também sobre a visão geral das taxas LTFU e factores associados nos grupos etários mais amplos e particularmente entre o grupo de pacientes AJ.

5.1 Definição de IIT e LTFU

Uma revisão de literatura sobre LTFU realizada por Shepherd (2013) encontrou, uma variedade de definições⁽¹¹⁾. No seu total foram localizadas 17 definições diferentes utilizadas para LTFU de pacientes em TARV. De acordo com os autores, utilizando as diferentes definições de LTFU identificadas, as taxas variaram de 22% a 84%. Este estudo aponta ainda que as definições diferiram no que se refere aos seguintes indicadores: duração do TARV, ausência desde a última visita realizada na consulta, laboratório ou farmácia.

Interrupção da toma de antirretrovirais em adolescentes e jovens na cidade de Maputo

Um estudo que analisou os dados do TARV na África Subsaariana mostrou também que, utilizando diferentes definições de LTFU, as taxas variam consideravelmente tornando difícil a comparação de programas⁽¹⁰⁾. Por exemplo, no mesmo estudo mostra-se que a taxa de LTFU foi estimada em 9,3% quando foi utilizada uma determinada definição em comparação com 1,3% decorrente de uma definição alternativa⁽¹⁰⁾. A primeira definição incluía pacientes que iniciaram o TARV e nunca mais regressaram à consulta após apenas uma visita, enquanto segunda definição abrangia a não comparência à consulta clínica do paciente em 180 dias ou mais, definição está que foi usada numa análise dos programas de HIV em 19 países em 2011⁽¹²⁾. Dessa forma os investigadores recomendaram o uso da definição de LTFU que decorreu em 180 dias ou mais desde a última consulta clínica do paciente⁽¹²⁾. Usando este limiar de 180 dias, as taxas de LTFU nos países variavam entre 3% e 45%⁽¹²⁾.

A OMS (2011) por exemplo, define a LTFU, como um paciente em TARV sem nenhum contacto clínico por 90 dias após a última consulta agendada⁽¹³⁾. Por outro lado o PEPFAR define actualmente a IIT como um paciente em TARV sem nenhum contacto clínico por 28 dias após a última consulta agendada ou contato clínico esperado⁽¹⁴⁾. Tanto a definição da OMS, assim como do PEPFAR tem as suas vantagens, pois possibilitam comparar programas de TARV dentro e entre diferentes países. Em Moçambique, a maioria das US de grande volume é apoiada pelo PEPFAR, e por isso o presente trabalho se apoia na definição de PEPFAR de IIT.

5.2 Factores associados a IIT

Problemas de saúde importantes e factores de risco de doença em adultos surgem em AJ com idades compreendidas entre os 10 e os 24 anos, que constituem mais de um quarto da população mundial⁽¹⁵⁾. No entanto, os problemas de saúde deste segundo grupo etário são frequentemente negligenciados devido à percepção de que se trata de uma população saudável. Adolescência e juventude, sendo períodos únicos no curso da vida de um indivíduo, requerem uma atenção especial nos programas de saúde. Os AJ correm um risco acrescido de problemas de saúde incluindo HIV, uso de substâncias, lesões, saúde mental, sexual e saúde reprodutiva e violência, justificando a necessidade de intervenções multifacetadas⁽¹⁶⁾.

A OMS reconhece que os factores que influenciam a IIT revelam-se múltiplos e complexos para serem captados em uma única análise⁽⁸⁾. Esta secção fornece uma visão geral dos factores que

influenciam os pacientes AJ em TARV, visto que a análise da IIT irá apoiar-se na revisão dos factores sócio-económicos, institucionais, relacionados com o tratamento e os individuais com base em análise de contextos distintos e alguns específicos.

5.2.1 Factores Sócio-económicos

A influência exercida pelo estado sócio-económico não é consensual, considerando-se, no entanto, que existe alguma correlação com a IIT. Neste grupo destacam-se, a falta de uma habitação adequada, de uma alimentação adequada e disponível, aliado a falta de dinheiro para o transporte para se fazer ao centro de saúde⁽¹⁷⁾.

A existência de um suporte social, quer de família, amigos e estruturas de saúde, exerce uma influência muito positiva na adesão ao TARV, sendo extremamente importante perceber e identificar os recursos sociais da pessoa. A ausência e/ou a falta de envolvimento de familiares ou de pessoas significativas implica a ausência ou deficiência de um meio adequado. De um modo geral tem-se constatado que um menor apoio social e um maior isolamento social conduzem a uma menor capacidade de adesão^{(17), (18)}.

Moreno (2015) refere que, o medo do estigma e da discriminação tem contribuído muito para o aumento da IIT, uma vez que os pacientes têm medo de serem descobertos sobre o seu estado de saúde, pois serão rotulados da sociedade⁽¹⁹⁾.

5.2.2 Factores institucionais (Relacionados com os serviços de saúde)

A manutenção do paciente no tratamento muitas vezes é considerada um fenómeno que se limita ao próprio paciente. No entanto, existem vários factores que a afectam, incluindo aqueles relativos aos serviços de saúde, aos profissionais e ao local onde a pessoa realiza seu tratamento.

Um estudo realizado por Djedje (2014) na cidade da Matola, que analisou os factores da LTFU no TARV, identificou a influência de factores estruturais tais como a falta de acompanhamento médico, as longas filas na farmácia para aquisição dos medicamentos, cobranças ilícitas, longas distâncias para as US, frequência elevada das visitas a US, elevado tempo de espera e incapacidade do sistema em responder à demanda com qualidade⁽²⁰⁾.

É neste sentido que Santos (2010) afirma que a existência de hospitais com estrutura física deteriorada, a falta de profissionais de saúde em número suficiente diante da demanda, o que culmina com a sobrecarga laboral, resultando, por sua vez, na baixa qualidade de atendimento ao público são factores importantes que influenciam a LTFU⁽²¹⁾.

No mesmo sentido, Brambatti (2016) refere-se a factores como a falta de uma equipe técnica capacitada e motivada para intervir nas US a qualquer momento que o paciente necessite de ajuda, bem como a falta de assistência apropriada para o paciente influenciam e representam barreiras à manutenção do paciente no TARV no ambiente hospitalar⁽¹⁸⁾. A autora afirma que nível de conhecimento que o profissional de saúde possui sobre a doença é importante, pois saber técnico gera segurança e confiança durante a prestação de serviços de saúde ao utente⁽¹⁸⁾.

Ademais, ainda no estudo de Brambatti (2016), a confiança na relação provedor-paciente é identificada como um factor relevante para a manutenção no tratamento, na medida em que o paciente pode ou não confiar nas competências daquele para prestar os serviços que busca na US⁽¹⁸⁾.

Factores presentes no contexto hospitalar, estão igualmente referenciados por Brambatti (2016), num estudo realizado no mesmo contexto, no qual indigitam a pouca possibilidade de diálogo entre o profissional de saúde e o paciente durante a sua interacção como factor influente da manutenção destes no TARV⁽¹⁸⁾. Associados a esses factores, as autoras apontam ainda para o ambiente de acolhimento e o acesso a exames complementares como potenciais facilitadores para garantir a continuidade dos pacientes no tratamento^{(18),(22)}.

O ONUSIDA (2015), alerta para um factor novo e não documentado em grande parte dos estudos revistos, ao referir que leis e políticas problemáticas, incluindo leis sobre consentimento dos pais restringem a capacidade dos jovens de aceder sozinhos aos serviços de saúde⁽²³⁾. Assim como os adultos, alguns AJ , têm dificuldades em manter-se retidos aos serviços de saúde, com desafios ainda maiores na transição dos serviços de saúde pediátricos, para os serviços de adultos⁽²³⁾.

Muitos adolescentes vivendo com HIV têm dificuldade em revelar seu estado sorológico relativo ao HIV, em parte porque com frequência têm que lidar sozinhos com as complexidades de ser um jovem vivendo com HIV⁽²³⁾.

Reconhece-se, com base nos estudos expostos que, de facto, a IIT é um fenómeno, ao mesmo tempo, complexo e multicausal. Trata-se do encontro de factores como uma comunicação clara; tempo despendido na explicação da doença e do tratamento; confiança nas orientações do profissional de saúde por parte do paciente; discriminação, insegurança e medo do paciente; atitudes e percepções do paciente; acesso à informação e conhecimento sobre a doença e tratamento, não enquadramento da medicação nas rotinas diárias dos pacientes; falta de empatia, falta de conforto emocional, entre outros^{(24),(25),(26),(27),(28)}. Estudos que abordam aspectos de IIT, em Moçambique, entre adultos, crianças e mulheres grávidas são vários, no entanto os relacionados aos AJ são praticamente inexistentes, o que justifica a existência limitada de dados referentes a estes grupos populacionais. Face a esta limitação, a presente pesquisa pretende abordar as experiências da IIT no seio de AJ no país, de modo a contribuir para uma melhor compreensão da problemática e desta forma apoiar as unidades sanitárias avaliadas a tomarem em consideração à cada factor que poderá constituir preocupação para os pacientes durante o processo de atendimento, de forma a aprimorarem cada vez mais a qualidade de serviços prestados a AJ vivendo com HIV.

5.2.3 Factores relacionados com o tratamento

As características do tratamento são também desencadeantes da não-adesão e têm sido discutidos desde a introdução do TARV. A duração e complexidade dos esquemas terapêuticos instituídos podem influenciar de forma negativa a adesão à terapêutica, uma vez que quanto mais longo e complexo for o tratamento, maior será a probabilidade dos indivíduos o abandonarem⁽¹⁷⁾. Assim, torna-se extremamente importante o desenvolvimento de esquemas terapêuticos simples, permitindo uma maior facilidade na adesão, uma vez que só são requeridas pequenas mudanças nos hábitos de vida. Contudo, é referido por alguns doentes que existem outros factores a ter em conta quando se aborda a questão da manutenção do paciente em cuidados e tratamentos tais como: os efeitos secundários, que incluem náuseas, vômitos, cefaleias, fadiga, que podem interferir com o tratamento, e devem ser considerados e identificados^{(29),(30),(31)}.

5.2.4 Factores Individuais (relacionados com a pessoa doente)

Conforme uma consulta global, realizada pelo ONUSIDA (2015) sobre o desafio do tratamento dos AJ, aqueles vivendo com HIV enfrentam diversos obstáculos para o acesso e a manutenção no TARV⁽²³⁾.

Polejack (2020), através de um estudo realizado em Moçambique, sobre os factores pessoais que influenciam a manutenção de pacientes no TARV incluiu as atitudes que o indivíduo adota perante a doença e o tratamento, a aceitação do seu estado serológico, a forma como o indivíduo contraiu a doença, o conhecimento que se possui sobre a doença; as crenças sobre o tratamento e o pessimismo na eficácia do tratamento⁽²²⁾. Esses são alguns dos factores que concorrem para que os pacientes abandonem o tratamento.

Um estudo exploratório realizado sobre AJ na Etiópia, demonstrou que o medo da discriminação, da revelação, são factores motivadores da LTFU⁽³²⁾.

Um outro estudo qualitativo realizado no Quênia numa população de adolescentes e jovens que vivem com HIV, em concordância com os autores acima referiu que o estigma relacionado com o HIV foi considerado um dos maiores factores para a LTFU⁽³³⁾. No mesmo sentido, num estudo qualitativo, realizado com jovens e adultos sobre a retenção nos cuidados TARV na África do Sul, mostraram que os custos e o tempo de transporte dos pacientes que procuravam tratamento eram barreiras significativas e possíveis contribuintes para a LTFU⁽³⁴⁾.

Com foco no contexto brasileiro, Santos (2010) apresenta uma análise na qual explora a variação das taxas de LTFU sob influência das variáveis idade e sexo, tendo verificado que pessoas mais jovens tendem a abandonar o tratamento antirretroviral, pois há uma certa dificuldade em conciliar a terapia e o modo de vida juvenil⁽²¹⁾. A mesma tendência foi verificada em pacientes mais velhos. Contrariamente, pacientes com idades acima de 75 anos apresentam taxas de LTFU mais baixas, o que é condicionado por factores como a prevalência de várias doenças e a complexidade dos regimes terapêuticos⁽²¹⁾.

Um estudo realizado sobre mulheres mães em Malawi mostrou que as atitudes perante as doenças são factores significativamente influentes da LTFU⁽²⁴⁾. Nesse estudo constataram que mulheres saudáveis que iniciam o tratamento durante os cuidados pré-natais, tendem a abandonar por não

se sentirem doentes⁽²⁴⁾. No mesmo contexto, mesmo sob aconselhamento dos profissionais de saúde acerca do risco de transmissão durante a amamentação, as mulheres abandonam os serviços de saúde logo após o seu filho receber o resultado definitivo negativo para HIV⁽²⁴⁾.

As constatações do estudo realizado no contexto malawiano, estão em conformidade com os achados do estudo de Miller (2010) realizado na África do Sul, quanto ao distanciamento dos serviços de saúde do TARV⁽³⁴⁾. A diferença entre esses dois estudos é que o primeiro se refere exclusivamente às mulheres enquanto o último se refere a experiências tanto femininas quanto masculinas. Mas em ambos estudos as atitudes e percepções perante a doença e o tratamento representam factores influentes.

Na linha dos factores pessoais Costa (2016), no seu estudo realizado em contexto brasileiro, destaca o medo da morte física e social; receio da rejeição das pessoas com as quais interage; com destaque para parceiros e familiares; medo da discriminação e do estigma⁽²⁹⁾. Este estudo mostra que os factores sociais indigitados, na verdade, estão vinculados, aos relacionamentos sociais que os indivíduos estabelecem nos diferentes espaços de interação dos quais participam, pois é nesses espaços em que se auto-assume como um potencial discriminado, estigmatizado, rejeitado⁽²⁹⁾.

Neste sentido os factores pessoais podem ser igualmente considerados factores relacionais, ou melhor, por questões de operacionalização de variáveis, podem ser melhor compreendidos quando combinados com os factores institucionais ligados particularmente à oferta dos serviços ao nível das unidades sanitárias.

6. Enquadramento conceptual

6.1 Definição e operacionalização dos conceitos

Para uma melhor compreensão do trabalho, torna-se necessário, antes de tudo, a definição dos conceitos que são relevantes para o tema em análise. Portanto, nesta secção, são descritos os conceitos-chave de que a pesquisa se socorre para a sua materialização, nomeadamente: Adolescente e Jovens e Interrupção de tratamento do TARV.

6.1.1 Adolescente e Jovem

A adolescência é definida em termos cronológicos como uma fase de desenvolvimento que compreende indivíduos da faixa etária dos 10 aos 19 anos⁽³⁵⁾. A política da juventude em Moçambique define como jovem um indivíduo no grupo etário dos 15 aos 35 anos⁽³⁶⁾. A definição de adolescente e jovem geralmente adoptada pelas agências das Nações Unidas compreende os indivíduos entre os 15 e aos 24 anos de idade. Todavia, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define a adolescência como o período entre 10 e 19 anos, uma fase do desenvolvimento caracterizada por uma série de mudanças, físicas, mentais e sociais que culminarão com as características próprias de um adulto⁽³⁷⁾.

Para a OMS, a adolescência é dividida em três fases:

- Pré-adolescência – dos 10 aos 14 anos,
- Adolescência – dos 15 aos 19 anos completos
- Juventude – dos 15 aos 24 anos.

Note que há sobreposição de dois grupos etários - adolescentes e jovens - nas idades dos 15 aos 19 anos, onde um adolescente passa a ser definido (em termos cronológicos) como um jovem. Neste estudo pretendemos utilizar o conceito de adolescentes e jovens da OMS de acordo com a definição acima exposta. No entanto a nossa faixa etária de interesse neste estudo será de 15 a 24 anos.

6.1.2 Interrupção do tratamento antirretroviral

Neste manuscrito, o termo-chave utilizado é a IIT, tal como definido pelo *PEPFAR Monitoring, Assessment and Reporting Indicators Reference Guide* (2024), que define a IIT como a ausência de contacto clínico durante 28 dias após a última consulta agendada ou contacto clínico esperado⁽¹⁴⁾. A utilização do padrão de 28 dias para a IIT e LTFU é essencial para promover a identificação atempada dos resultados dos doentes entre aqueles que, reconhecidamente, faltaram a consultas clínicas ou a recolhas de medicamentos (pg. 1)⁽¹⁴⁾.

6.1.3 Quadro Conceptual

O quadro conceptual usado na presente pesquisa (Figura 1), tem como base o modelo de determinantes de saúde de AJ da OMS, aliado a revisão de literatura de alguns estudos (2),(16),(17),(28),(38),(39),(40).

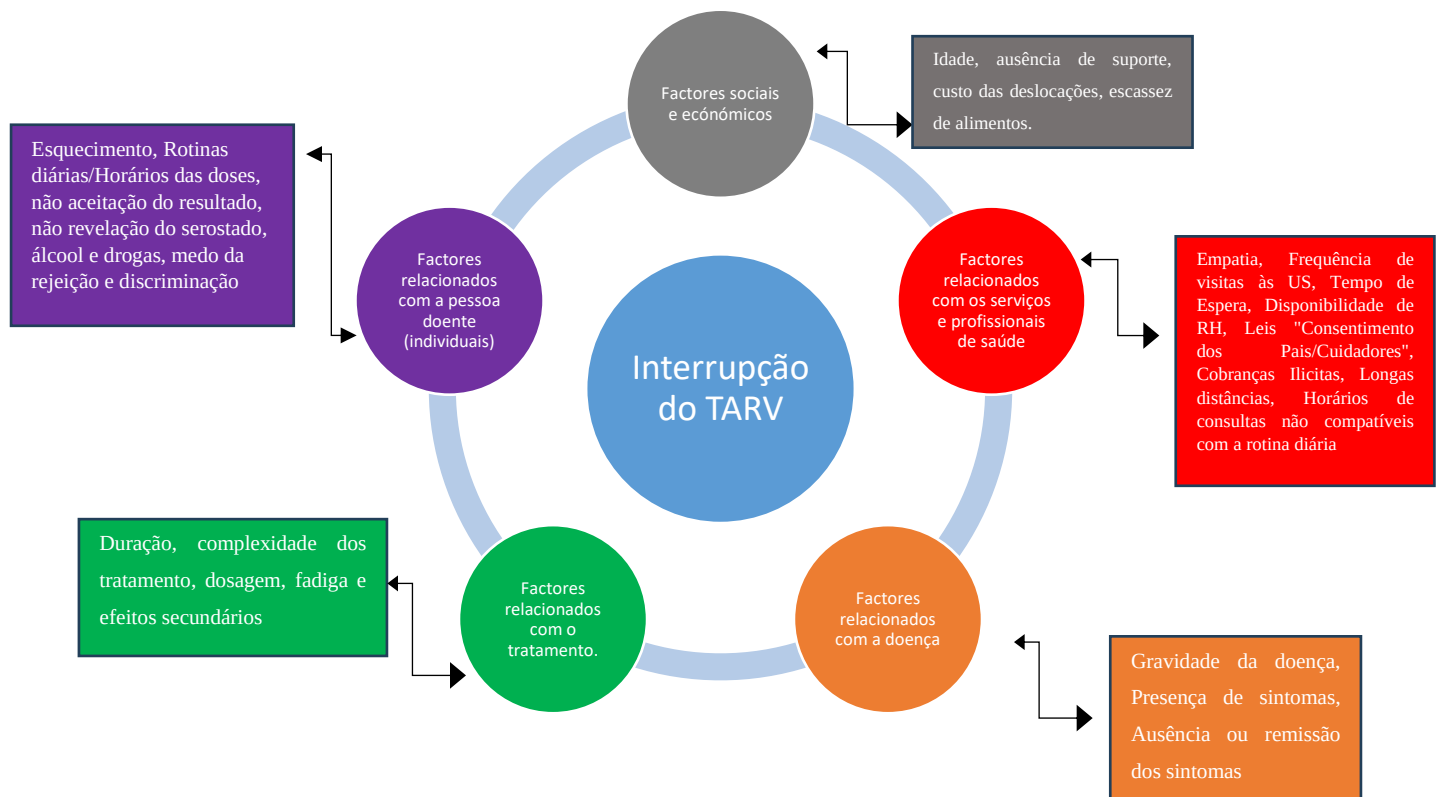


Figura 1-Possíveis factores que influenciam a IIT (fonte: adaptado de WHO, 2003 & MISAU, 2016)

Têm sido propostas diversas abordagens que identificam as causas de IIT^{(17), (41)}. Na presente investigação os factores surgem agrupados nas mesmas dimensões e na mesma sequência que a usada pela OMS⁽¹⁷⁾.

Segundo a OMS e o MISAU, cinco factores podem causar a interrupção dos pacientes no TARV, nomeadamente: factores sociais e económicos, factores relativos ao sistema de saúde (institucionais), factores relativos ao tratamento, factores relativos ao paciente doente (pessoais) e factores relativos à doença^{(2),(17)}.

Embora existam vários factores que influenciam na IIT, nesta pesquisa, ter-se-á como referência os factores sócio-económicos, institucionais, relacionados com o tratamento e individuais para entender como eles afectam o seguimento TARV.

O modelo apresentado aborda os diferentes factores e apoia na compreensão dos mesmos por forma a serem melhor analisados, de modo que possam contribuir para o alcance dos melhores resultados na manutenção dos pacientes no TARV.

Relativamente aos factores sócio-económicos, a presente avaliação irá focar-se em compreender se existe alguma estrutura de suporte ou apoio para enfrentamento da doença a nível familiar dos AJ que vivem com HIV. E se a indisponibilidade de alimentos e os custos das deslocações para se chegar a US vão contribuir para a IIT no seio dos AJ.

A nível dos factores institucionais procurar-se-á perceber como o tempo de espera, a disponibilidade de RH, as leis de consentimento dos cuidadores, os horários da oferta das consultas se comportam e que influência exercem na perda de seguimento dos AJ em TARV.

A complexidade do regime, a dosagem, a duração do tratamento, fadiga ao tratamento e os efeitos secundários são factores relacionados com o tratamento que a pesquisa irá concertar-se de modo que se saiba como estes interferem na interrupção do tratamento antirretroviral.

Por último, sobre os factores individuais, a pesquisa irá concentrar-se nos aspectos comportamentais e irá procurar entender que influência o consumo do álcool e tabaco tem na redução da adesão ao TARV ou a sua interrupção.

Ainda sobre os factores individuais procurar-se-á entender como o esquecimento ou problemas de compreensão, a não aceitação do resultado, a não revelação do seroestado, auto-estigma e discriminação, as rotinas diárias que podem entrar em conflitos com os horários das doses, afectam no seguimento do TARV dos AJ.

7. Metodologia

7.1 Tipo/desenho de estudo

Foi efectuado um estudo qualitativo, exploratório com foco na análise das causas que contribuem para a IIT na população de AJ. De acordo com Creswell (2007), a pesquisa qualitativa distingue-se, dentre outros aspectos, pela possibilidade que oferece ao pesquisador de compreender interpretativamente o comportamento dos indivíduos⁽⁴²⁾. Este tipo de abordagem procura realçar os complexos processos de subjectividade, como crenças, experiências e percepções nos processos individuais de tomada de decisão⁽⁴²⁾. Neste tipo de abordagem a principal fonte de dados é o diálogo em profundidade entre o pesquisador e o informante, onde o pesquisador procura entrar no mundo do informante, para ter pleno acesso às experiências do indivíduo em estudo⁽⁴²⁾.

7.2 Local do estudo

O estudo foi conduzido na cidade de Maputo, mais especificamente em quatro US localizadas em quatro distritos distintos, nomeadamente: KaMaxakeni, KaMavota, KaMbukwana e Nlhamankulu. As US da cidade de Maputo foram seleccionadas pelo facto de terem apresentado níveis altos de IIT no período de Janeiro a Dezembro de 2022 e com uma tendência crescente, em comparação com alguns trimestres do mesmo ano. Do mesmo modo, os distritos e as respectivas US foram escolhidos com base no critério único de números altos de pacientes com experiências de IIT no TARV, como se pode verificar na tabela abaixo

Tabela 1- Número de pacientes que interromperam o TARV em cada trimestre de 2022 nas US seleccionadas na cidade de Maputo, em Moçambique

Distrito	Unidade Sanitária	Número de Pacientes Perdidos*			
		Oct-Dec 2022	Jul-Sep 2022	Apr-Jun 2022	Jan- Mar 2022
KaMavota	CS** Mavalane	306	314	289	308
KaMaxakeni	CS 1º de Maio	559	583	529	561
KaMbukwana	CS Bagamoio	275	347	282	311
Nlhamankulu	CS Xipamanine	555	566	570	405

Fonte: PEPFAR Devresult FY21/22 (Jan - Dec 2022)

*Refere-se ao número de pacientes em TARV (que estavam em TARV no início do período de relatório trimestral ou iniciaram o tratamento durante o período de referência) e não tiveram qualquer contacto clínico desde o último contacto previsto.

**CS: Centro de Saúde.

De acordo com Instituto Nacional de Estatística, a cidade de Maputo possui uma superfície territorial de 346 km² e uma densidade de 3 245 hab/km². KaMaxakeni é o distrito com maior densidade populacional com cerca de 16 936 hab/km², e KaNyaka, o menor com 119 hab/km². Os distritos seleccionados são os mais populosos da província e urbanos⁽⁴³⁾. O distrito de KaMavota tem mais de um quarto do total da cidade com cerca de 341 908 habitantes, seguindo-se os distritos de KaMubukwana, KaMaxakeni e Nlhamankulu com 334 781, 204 625 e 132 966 habitantes, respectivamente.

7.3 Período do estudo

As actividades do estudo decorreram por um período de cerca de 6 meses. Sendo que a recolha de dados foi realizada nos meses de Março e Abril de 2024. A redacção de documentos adicionais para a disseminação dos resultados decorreu ao longo do período de Maio á Outubro de 2024.

7.4 População do estudo

Para o presente estudo adoptou-se um universo de pesquisa misto, constituído por dois grupos distinto de participantes. Um dos grupos foi de profissionais de saúde afectos às US seleccionadas prestando serviços TARV. Foram inseridos neste grupo técnicos clínicos, técnicos administrativos, psicólogos, dentre outros identificados em cada US. O outro grupo foi de pacientes AJ utentes dos serviços TARV das US seleccionadas, subdivididos em dois subgrupos: (i) pacientes que interromperam o tratamento no ano de 2022 (descontínuos); (ii) pacientes que interromperam o TARV no mesmo ano e retornam ao tratamento (retornado).

O processo de identificação para inclusão dos pacientes obedeceu as seguintes etapas:

- Em coordenação com o sector da digitação da US, produziu-se uma lista de pacientes que interromperam o TARV, conforme a definição de IIT e ou retornados;
- Depois da obtenção dos NID's dos pacientes, fez-se o levantamento do processo clínico a partir do arquivo conforme os NID's fornecidos para confirmar se realmente são pacientes que IIT/retornados. Este exercício permitiu-nos excluir todos os falsos IIT;
- Depois de se identificar os verdadeiros IIT/retornados, extraiu-se das fichas mestras, os contactos telefónicos lá existentes dos pacientes que consentiram a realização de chamadas telefónicas, através dos quais foram realizadas as chamadas de convite para a sua

participação na pesquisa;

- Aos pacientes que aceitaram, procedeu-se com a marcação da data e local para a realização da entrevista;
- Aos pacientes contactados que não compareceram ao local marcado, fez-se mais uma tentativa e os que não compareceram foram excluídos da amostra.

7.4.1 Critérios de Inclusão e Exclusão

Para a selecção dos participantes do estudo, foram considerados os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

a) Pacientes

- **Critérios de inclusão**

- Estar inscrito no TARV na US;
- Ter idade dos 15 aos 24 anos;
- Ter frequentado o TARV em pelo menos 3 meses de seguimento;
- Ter interrompido o TARV no ano 2022;
- Ser um paciente activo (reintegrado após a interrupção do TARV).

- **Critérios de exclusão**

- Não consentir a sua participação na pesquisa;
- Apresentar um estado de saúde que impedisse a sua participação na pesquisa;
- Não estar acessível durante a realização do trabalho de campo.

b) Profissionais de saúde

Para a selecção dos profissionais de saúde, foram aplicados os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

- **Critérios de inclusão**

- Estar afecto à uma das US seleccionadas nos serviços TARV, por mais de 3 meses antes da realização do estudo;
- Exercer alguma função inerente à prestação de serviços de saúde de TARV;
- Estar acessível durante a realização do trabalho de campo.

- **Critérios de exclusão**

- Não consentir à sua participação na pesquisa;

- Ser funcionário nos serviços de TARV com menos de dois meses de trabalho.

7.5 Modo de selecção dos participantes, amostra, amostragem (se aplicável)

Nesta pesquisa foi usada a amostragem por conveniência, que possibilitou ao pesquisador seleccionar aqueles elementos do universo de pesquisa aos quais lhe foi possível ter acesso⁽⁴⁴⁾. Esta amostragem foi aplicada para seleccionar tanto os profissionais de saúde nas US, assim como pacientes. Isto significa que durante a realização do trabalho de campo, limitou-se a abordar aqueles profissionais de saúde, pacientes retornados e abandonos que foi possível encontrar.

Segundo Cherques (2009), a pesquisa qualitativa deve ser constituída por 6 participantes no mínimo⁽⁴⁵⁾. O autor, recomenda um mínimo de oito observações, sendo necessárias duas observações depois de encontrado o ponto de saturação para uma confirmação⁽⁴⁵⁾. Desta forma, tendo em conta o número mínimo de pacientes e máximo do ponto de saturação, a pesquisa foi constituída por 10-pacientes e 16 profissionais de saúde.

7.6 Procedimentos, técnicas e os instrumentos de recolha de dados

A selecção dos participantes foi feita conjuntamente com a direcção de cada US, ONG's que trabalham ou que dão cobertura a US de modo a seleccionar os participantes de acordo com os critérios de inclusão (Vide acima).

O processo de recrutamento dos participantes foi feito pela investigadora principal em coordenação com profissionais de saúde afectos nos sectores chaves (SAAJ e TARV).

A recolha dos dados foi feita com recurso a entrevistas semi-estruturadas, administradas pela investigadora principal, no caso a candidata à mestre, que tem experiência no uso de métodos qualitativos, com contacto anterior as US seleccionadas e com conhecimento prévio do tópico a ser estudado, factores estes que contribuiriam para o potencial esperado e validade dos resultados.

Escolheu-se a entrevista semi-estruturada porque se pretende garantir a recolha de dados que respondam aos objectivos específicos definindo perguntas antecipadamente e, ao mesmo tempo, manter-se aberto à emergência de novos aspectos relevantes de serem explorados por meio de novas questões, dependendo de cada caso.

Com a anuência dos participantes da pesquisa, as entrevistas foram gravadas por meio de um gravador de voz de modo a facilitar a sua posterior transcrição. As conversas foram conduzidas em locais isolados dentro ou fora das US, previamente acordados com os entrevistados de modo a conferir maior liberdade possível. Em termos temporais, atendendo à necessidade de saturação, cada entrevista teve uma duração média de 30 a 45 minutos.

7.7 Variáveis, gestão e análise de dados

7.7.1 Códigos usados na análise temática

Para efeitos de análise de dados foram arrolados uma sequência de constructos que visam responder aos objectivos do presente estudo com base na Tabela 2.

Tabela 2: Resumo de códigos usados na análise temática dos conteúdos

Objectivos	Códigos
Descrever as percepções dos AJ e dos profissionais de saúde acerca dos factores socioeconómicos que propiciam o incumprimento do TARV pelos AJ	• Distância entre a US e a sua residência; • Experiências de estigmas e discriminação; • Questões relacionadas a redes de apoio (familiares e outros).
Compreender as percepções dos AJ e profissionais de saúde sobre os factores relacionados com os serviços e profissionais de saúde que propiciam o incumprimento do TARV no seio dos AJ	• Explorar motivos relacionados com ofertas de serviços a nível das US: Tempo de espera, disponibilidade de RH, infraestruturas, horários das consultas e as leis de consentimento dos Pais/cuidadores.
Documentar as percepções dos AJ e dos profissionais de saúde sobre os factores relacionados com o tratamento que propiciam o incumprimento do TARV pelos AJ	• Motivos relacionados com o tratamento antiretroviral: Dosagem, efeitos secundários, duração, fadiga e complexidade do tratamento.
Entender as percepções dos AJ e dos profissionais de saúde acerca dos factores individuais que propiciam o incumprimento do TARV no seio dos AJ	• Experiências entre os horários das doses e a rotina diária (Acordar, refeições, escola, trabalho, lazer); • Motivos relacionados com o paciente: não aceitação do resultado, revelação do seroestado, esquecimento, medo da rejeição e discriminação.
Descrever as propostas dos adolescentes e jovens e dos provedores de saúde para colmatar a problemática de interrupção do TARV	• Sugestões de melhorias das estratégias actualmente em curso, para a mitigação da IIT no seio dos AJ

7.7.2 Plano de gestão e interpretação de dados

A gestão dos dados foi feita por meio do software ATLAS-ti, concebido para o tratamento de dados qualitativos. Por meio desta ferramenta, fez-se a codificação dos dados numa base de dados, na qual os dados relevantes foram inseridos de modo a tornar possível a sua interpretação de acordo com as categorias analíticas definidas.

A interpretação dos dados teve como recurso à técnica de análise temática de Braun e Clarke ⁽⁴⁴⁾. Está é uma técnica usada geralmente para interpretar dados qualitativos por possibilitar a redução de dados e selecção de temas relevantes identificados ao longo da revisão da literatura ou ainda de temas que emergiram da realidade investigada bem como da expertise profissional em relação ao fenómeno a ser estudado. Após uma ronda de recolha de dados, a investigadora identificou os temas que constituíram a base para a análise. Uma abordagem de codificação combinando abordagens dedutivas e indutivas, para gerar os códigos foi usada. Temas adicionais não previstos nos guiões de entrevista foram ajustados e incluídos no livro de códigos à medida que estes foram surgindo.

8. Limitações do estudo

- Difícil localização dos pacientes descontínuos, muitos deles encontravam-se incontactáveis, os poucos que foram contactáveis prometeram apresentar-se a US, mas poucos compareceram no dia da entrevista, por conta disso alguns aspectos não foram cobertos olhando para as diferenças em pacientes descontínuos e os retornados como por exemplo:
 - Motivos da IIT por cada grupo, incluindo as propostas de melhorias;
- Alguns pacientes identificados como descontínuos, quando as actividades foram realizadas eram activos, o que limitou a colheita de informações sobre os actuais motivos da IIT;
- A avaliação foi feita num número limitado de unidades sanitárias numa província de Moçambique. Os resultados, portanto, não são representativos para os AJ que vivem com o HIV/SIDA em todas as cidades do país. Desta forma não podem ser generalizados, no entanto, oferecem informações importantes para a região;
- Algumas variáveis não foram respondidas a destacar: Reacção após o diagnóstico do HIV e estado de revelação do diagnóstico, devido a sensibilidade das questões bem como o tipo de grupo-alvo, ao lembrarem alguns AJ choravam em meio a entrevista.
- O período da recolha de dados coincidiu com a tempestade tropical severa (Filipo) que foi acompanhado de chuvas fortes, o que também culminou com o fraco alcance de pacientes bem como provedores que foram assolados pela tempestade.

9. Resultados

O estudo foi conduzido em 4 US, das 5 previamente seleccionadas, devido à falta de autorização de uma delas. No total 20 profissionais cumpriram com os critérios de inclusão, no entanto, com a exclusão de uma das 5 US, apenas 16 ficaram disponíveis para as entrevistas, sendo que todos consentiram em participar.

Para o caso dos pacientes, foram listados 20 potenciais participantes, dos quais foram entrevistados 10. Dos restantes, 7 não foram localizados por chamadas telefónicas quanto por visitas domiciliárias e 3 não consentiram a sua participação.

A Tabela 3 apresenta as características sócio-demográficas dos profissionais de saúde, segundo o qual cerca de 63% (n=10/16) dos profissionais eram do sexo feminino, com uma idade média de 29 anos (DP=2.5). Aproximadamente 31% (n=5/16) dos profissionais era composta por psicólogos clínicos, seguido de adolescentes jovens mentores [25% (n=4/16)]. Pelo menos 38% encontravam-se a trabalhar há mais de 9 anos no sector de saúde.

Tabela 3- Características Sócio-Demográficas dos profissionais de saúde

Características	Total (N=16)	Masculino (N=6)	Feminino (N=10)
Idade			
18-24	6 (38%)	3 (50%)	3 (30%)
25-44	10 (62%)	3 (50%)	7 (70%)
45+	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Categoria			
AJ Mentores	4 (25%)	3 (50%)	1 (10%)
Conselheiro	2 (12%)	1 (17%)	1 (10%)
TMG	1 (6%)	1 (17%)	0 (0%)
ESMI	3 (19%)	0 (0%)	3 (30%)
Psicóloga Clínica	5 (31%)	1 (17%)	4 (40%)
Medico	1 (6%)	0 (0%)	1 (10%)
Tempo no Sector de Saúde			
1-2 Anos	5 (31%)	3 (50%)	2 (20%)
3-5 Anos	3 (19%)	1 (17%)	2 (20%)
6-8 Anos	2 (13%)	1 (17%)	1 (10%)
9 Anos +	6 (38%)	1 (17%)	5 (50%)

A Tabela 4 apresenta as características sócio-demográficas dos pacientes AJ que participaram do estudo, onde cerca de 70% (n=7/10) era do sexo masculino. As idades dos pacientes variaram entre 17 e 24 anos, a média foi de 21 anos (DP=6.2). Todos tinham o ensino secundário completo (100%) e 40% (n=4/10) tinham um trabalho formal. Cerca de 30% (n=3/10) dos AJ residia no bairro de Maxaquene B, cerca de 30% (n=3/10), com proporções iguais para cada categoria, vivia com os pais e avós. Aproximadamente 1/3 dos AJ custeava as despesas pessoais e inerentes aos cuidados, sozinho. Igual número de respondentes referiu que o parceiro/marido é quem custeava as suas despesas. Mais de 50% dos AJ usava o transporte público para chegar à US (n=6/10).

Tabela 4- Características Socio-demográficas dos pacientes AJ

Características	Total (N=10)	Masculino (N=7)	Feminino (N=3)
Idade			
15-19	3 (30%)	3 (43%)	0 (0%)
20-24	7 (70%)	4 (57%)	3 (100%)
Nível de Escolaridade			
Primário (7 Classe)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Secundário (12 Classe)	10 (100%)	7 (100%)	3 (100%)
Superior/ Universitário	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Estado Civil			
Solteiro	4 (40%)	3 (43%)	1 (33%)
União de facto	2 (20%)	1 (14%)	1 (33%)
Namorando	2 (20%)	1 (14%)	1 (33%)
*SI	2 (20%)	2 (29%)	0 (0%)
Ocupação			
Trabalho Informal	3 (30%)	2 (29%)	1 (33%)
Trabalho formal	4 (40%)	3 (43%)	1 (33%)
Estudante	3 (30%)	2 (29%)	1 (33%)
Residência			
Maxaquene B	3 (30%)	2 (29%)	1 (33%)
25 de Junho	2 (20%)	1 (14%)	1 (33%)
Kongolote	1 (10%)	1 (14%)	0 (0%)
Polana Caniço	1 (10%)	1 (14%)	1 (33%)
Zona Verde	1 (10%)	1 (14%)	0%
*SI	2 (20%)	1 (14%)	0%

(continua)

Tabela 4-(Continuação)

Características	Total (N=10)	Masculino (N=7)	Feminino (N=3)
Com quem vive			
Irmão mais novo	1 (10%)	0 (0%)	1 (33%)
Com Pai apenas	1 (10%)	1 (14%)	0 (0%)
Pais	3 (30%)	3 (43%)	0 (0%)
Apenas com mãe e irmãos	1 (10%)	1 (14%)	0 (0%)
Marido	1 (10%)	0 (0%)	1 (33%)
Avos	3 (30%)	2 (29%)	1 (33%)
Quem custeias as despesas			
Pais	1 (10%)	0 (0%)	1 (33%)
Ele próprio	3 (30%)	3 (43%)	0 (0%)
Marido/parceiro	3 (30%)	2 (29%)	1 (33%)
SI	3 (30%)	2 (29%)	1 (33%)
Meios para chegar a US			
Chapa	6 (60%)	4 (57%)	2 (67%)
Não usa nenhum meio	1 (10%)	1 (14%)	0 (0%)
30 a 40 mim			
Vive próximo a US	3 (30%)	2 (29%)	1 (33%)

*SI: Sem informação

9.1. Factores que influenciam a IIT

Foram identificados vários factores que levam à IIT com base nas perspectivas dos AJ e dos profissionais de saúde, destacando as seguintes categorias: factores sociais e económicos; factores relacionados com os serviços e profissionais de saúde; factores relacionados com o tratamento e factores individuais.

I. Factores sociais e económicos

Relativamente aos factores socio-económicos, os respondentes indicaram elementos tais como: falta da alimentação, falta de suporte familiar, revelações acidentais do seu diagnóstico e indisponibilidade de dinheiro para o transporte, como aqueles que afectam a continuidade do seu tratamento.

Tanto os pacientes quanto os provedores indicaram que a dificuldade de obtenção de alimentos numa base regular, falta de suporte familiar e revelações acidentais do seu diagnóstico interferiram na toma da medicação, o que levou os pacientes AJ a interromper o tratamento.

a) Falta de alimentação

Os AJ entrevistados, referiram um conjunto de efeitos, que incluíam mal-estar, fraqueza, enjoos dentre outros, que apareciam sempre que tomassem os medicamentos sem a devida alimentação. Conforme pode ser visto abaixo pelo menos dois pacientes (n=2/10) referiram a falta de alimentos de forma regular como um motivo que os levou a interromper o TARV ou pensar nessa possibilidade ao longo do percurso.

“Às vezes, tenho fraquezas quando não tenho nada para comer. Quando tomo, estou a cuspir toda hora humm, só tomo quando tenho comida, quando não tenho, não tomo porque me dá enjoos.”

Paciente-17anos-002-mavalane

“Tem muita gente que acaba abandonando o tratamento porque esses comprimidos requerem que tu comas a todo o momento, então, a quem pode não ter o que comer naquele momento e acaba dizendo não, hoje eu não tenho isso, vou tomar esse medicamento, não vou comer e depois vou começar a passar mal. Isso acontecia comigo quando meu marido não estava em casa, mas agora minimizou um bocadinho. Mesmo assim não é fácil medicar sem saber que não tens nada para comer porque ele depois te deixa mal, sim.” **Paciente-24anos-009-bagamoyo.**

Consistente aos resultados acima, dois profissionais de saúde (n=2/16) referiram que os AJ interromperam ou pararam completamente de tomar o TARV, devido à falta de alimentos. Aliado a isso, os profissionais de saúde salientaram que os cuidadores temem que a ausência de alimentos numa condição de toma diária de medicação possa provocar algum dano na saúde dos mesmos.

“Tem pacientes que reclamam que não tem nada para comer e dizem o que adianta medicar e estar magro, não tenho algo para comer” **Profissional de saúde-003-mavalane**

“Algumas cuidadoras dizem de forma franca vou dar esse medicamento, mas não tenho comida para dar porque não tenho condições, o que é que vai fazer esse medicamento no corpo, vai entrar e não vai encontrar comida. Em casa não estamos a comer” **Profissional de saúde-007-mavalane**

b) Falta de suporte familiar

Tanto AJ (n=2/10) quanto profissionais de saúde (n=3/16) reportaram a falta de apoio familiar como um dos factores que levou à IIT. A falta de apoio neste caso variou desde a falta de cuidados básicos, não garantia de alimentação até a falta de apoio no seguimento do TARV. Outros familiares têm comportamentos estigmatizantes, que incluem o uso de palavras agressivas, divulgação do seroestado para terceiros e atribuição de nomes. Para além disso, tem cuidadores que recusam que os filhos permaneçam em TARV, conforme pode ser visto nas citações dos AJ e provedores abaixo.

“Desde que meus pais se separam nunca consegui cumprir com o tratamento porque antes, quando vivia com a minha mãe, ela é quem cuidava de mim. [...] ‘mãe positiva e pai negativo’. Com meu pai é difícil, minha mãe já não está a viver comigo há 5 a 6 anos. Houve um tempo que vivia com minha mãe e com meus tios, mas eles também falavam mal de mim (não quero falar disso). Foi por isso que preferi voltar para casa do papá, mas aqui também não ajudam. Fico sem nada para comer, não tenho nada para controlar a hora para tomar o comprimido, é complicado.” **Paciente-17anos-002-mavalane**

“Quando meus tios souberam da minha situação, eles zombavam de mim e isso afectou-me e tive a minha primeira recaída. Hoje, para eu estar bem, tive de aprender a lidar. Agora, aprendi a normalizar porque é minha vida que está em jogo.” **Paciente-19anos-005-bagamoyo**

“Há famílias que nós ligamos para nos encontrar com o paciente e dizem que fugiu de casa, enquanto o paciente está em casa, não fugiu de casa não. É para nós não termos acesso à casa dele. Existem casas que já nos mandaram embora. O paciente vem até à US para pedir ajuda.” **Profissional de saúde-002-bagamoyo**

c) Revelações acidentais

Um AJ (n=1/16) revelou que parou de tomar a medicação devido ao efeito da revelação acidental. O adolescente referiu que o facto de ele ter descoberto sozinho sobre a doença e ninguém na família ter contado acabou criando revolta contra os próprios pais ou cuidadores. Os profissionais de saúde (n=2/16) também corroboraram os resultados acima, como evidenciado pelas citações abaixo:

“Ninguém na família conseguiu me contar e descobri sozinho na US, por isso, parei de ir ao hospital, pois era muita coisa por digerir, não consegui.” **Paciente-19anos-005-bagamoyo**

“Para os pacientes com os quais já pude conversar com eles, você percebe que primeiro houve revelação acidental, ou seja, a revelação não obedeceu os passos preconizados pelo MISAU. Se esse adolescente teve este tipo de revelação, de alguma forma, ele acaba se revoltando com os cuidadores, porque estes não tiveram o cuidado de explicar-lhes e acabam criando situações de ele já não querer medicar.” **Profissional de saúde-009-Alto-maé**

“A questão da revelação dos pais é complicada. Tem pais que tem receio de revelar e acabam arrastando até que os próprios filhos descobrem sozinhos, então é complicado e isso tem muita influência para o sucesso do tratamento.” **Profissional de saúde-011-alto-maé`**

d) Indisponibilidade de dinheiro para o transporte para se deslocar à US

Quatro profissionais de saúde (n=4/16) relataram que têm pacientes que residem longe do CS, sendo que nalguns casos eles não querem fazer o tratamento próximo às suas residências. Por conta disso, esses pacientes têm tido dificuldades para ter dinheiro para o transporte, o que culminou com a interrupção do tratamento, como está abaixo documentado:

“Tem pacientes que dizem que não têm dinheiro de chapa, por isso, é difícil chegar à US.”
Profissional de saúde-014-xipamanine

“Falta de dinheiro de transporte é um calcanhar de Aquiles. Tem pacientes que morram em Marracuene e que não querem fazer tratamento próximo às suas residências. Eles alegam distância e nosso processo de visita somente alcança pessoas da nossa área de jurisdição, os nossos conselheiros não irão sair daqui para Marracuene, não tem recursos para isso.”
Profissional de saúde-007-mavalane

II. Factores relacionados com os serviços e profissionais de saúde

No que concerne aos factores relacionados com os serviços e profissionais de saúde, os respondentes destacaram os seguintes: tempo de espera, localização dos gabinetes, conflitos entre os horários de atendimento e actividades escolares, exteriorização da ficha mestra durante a deslocação dos pacientes entre gabinetes, falta de confidencialidade entre os provedores e a transição precoce dos CT de Pediatria para os SAAJ como aqueles que afectam a continuidade do seu tratamento.

Tanto os pacientes quanto os provedores indicaram que o tempo de espera, a localização do gabinete e o conflito entre o horário de atendimento e as actividades escolares foram as causas mencionadas por ambos que afectam a interrupção do tratamento por parte dos pacientes AJ.

a) Longo tempo de espera na US

Um utente relatou que parou de tomar o TARV e se desligou dos serviços de HIV, devido à demora no atendimento. Resultados similares foram reportados pelos profissionais de saúde. O tempo de espera em geral foi a causa mais mencionada pelos profissionais, sendo que um total de oito provedores referiu que os utentes não gostam de ficar muito tempo na US, não querendo levar mais que 20 mim, conforme narrado abaixo:

“No hospital demoram atender, quando a pessoa entra no gabinete, pode ficar 30 a 40 min. Não sou eu sozinho que reclamo, tem outras pessoas que reclamam. Eu quero ser atendido rapidamente”. **Paciente-17anos-002-mavalane**

“Uma das coisas que faz com que os adolescentes não venham à US é a demora no atendimento. O SAAJ fica cheio e acaba sendo lento porque cada paciente vem com o seu problema, então nós não podemos cortar o paciente e acaba criando a demora no atendimento.” **Profissional de saúde-002-alto-maé**

“Eles reclamavam a questão do atendimento, eles querem ter atendimento muito rápido. Alguns não querem levar mais de 20 min na US. Tem um paciente que disse: aqui demoram muito, já não hei-de vir mais. Desde aquele dia ele nunca mais veio.” **Profissional de saúde-003-mavalane**

b) Localização do Gabinete de consultas

Um profissional de saúde (n=1/16) assim como um AJ (n=1/10) referiram que a actual localização do gabinete onde prestam e recebem serviços de cuidados e tratamento, respectivamente, está exposto. Ambos reforçam o receio dos utentes de cruzar com seus familiares, amigos ou pessoas conhecidas. Para o caso de familiares, os AJ destacaram ainda a dificuldade de justificar a sua presença sempre que são vistos na US, bem como a ida frequente a US, como narrado abaixo:

“O lugar onde nos atendem, qualquer pessoa, familiar, vizinhos, pode nos ver e fazer perguntas. Tenho vergonha por causa disso. Fazem-me perguntas e eu não consigo responder.” **Paciente-21anos-001-alto-maé**

“A outra coisa é a questão da aproximação do sector de atendimento dos adolescentes com outros sectores. Os adolescentes não gostam disso, sentem-se expostos.” **Profissional de saúde-001-CCS**

c) Conflitos entre os horários de atendimento e actividades da escola

Um profissional de saúde e um adolescente destacaram a questão do horário de encerramento das consultas a nível das US ao afirmar que o mesmo entra em choque com o horário de aulas dos AJ, pois alguns acabam atrasando à escola esperando pelo atendimento. Os jovens são obrigados a escolher entre ir à escola ou permanecer nas consultas/levantamento, como está abaixo descrito:

“As questões de fecho as 15h30, de certa forma, influencia porque temos aqueles adolescentes que não conseguem vir no horário normal. Eles poderiam vir num horário de prolongamento, embora nós tentemos reorganizar o horário da escola para não conflitar com a vinda à US, mas nem sempre eles conseguem vir. Quem estuda de manhã, vir de tarde e vice-versa.” **Profissional de saúde-011-alto-maé**

“Sempre que tinha de ir ao hospital coincidia com testes na escola e no hospital, demoravam muito tempo. Eu chegava as 6h e saía as 12h enquanto entrava de manhã na escola. Os professores eram chatos, não aceitavam que eu fizesse num outro dia, não conseguia gerir isso e achei melhor parar de ir ao hospital” **Paciente-23anos-004-alto-maé**

d) Exteriorização da ficha mestra durante a deslocação dos pacientes entre gabinetes

Um outro motivo referido por dois profissionais de saúde é a questão da falta de confidencialidade ou sigilo profissional no processo de encaminhamento do paciente de um gabinete para o outro. Os provedores alegam que os pacientes já conhecem a ficha mestra e que ao exteriorizá-la estão a divulgar a sua situação a terceiros, como observa-se a seguir:

“Uma das coisas que eu fui vendo é que quando se manda alguém, por exemplo, para a psicologia, antigamente faziam aquilo de só levar o processo, passear com o processo. Depois nós vimos que aquilo machucava o paciente, porque teve um paciente que disse que talvez aqui possa ter alguém que está na mesma situação ou sabe qual é o significado daquele processo e é conhecido. Então, agora adaptámos o sistema de levar a ficha, metemos num caderno e encaminhamos. Quando ele sai de lá, sai sozinho, só depois é que levamos o processo” **Profissional de saúde-002-bagamoyo**

“Ao nível das nossas US, embora seja indireta, existe um pouco de discriminação e estigmatização quando acompanhamos a questão da separação de processos. Por exemplo, eu tenho um paciente

que chega as 14-15h todos os dias e o motivo é um. Diz ele que não gostaria de vir enquanto tem pessoas. Para ele, a separação chama atenção e ele não gosta disso” **Profissional de saúde-006-mavalane**

e) Falta de confidencialidade entre os provedores

Em relação a este motivo, foi referido por um profissional de saúde que é importante melhorar a comunicação no exercício das suas actividades quotidianas no âmbito da assistência aos utentes, de modo que as verbalizações não exteriorizem o seroestado do paciente aos demais na US fazendo com que se sintam expostos, como está abaixo descrito:

“Já presenciei situações de pessoas na fila de espera. Por exemplo, ali onde as pessoas levantam medicamentos, existem provedores a dizerem vocês que têm cartões para levar frascos de comprimidos. Estás a ver isso aí? Essas falas atormentam a mente do paciente, então ele memoriza aquilo e diz: tanto faz, vou para o hospital, lá vão criar condições de saberem que eu tenho HIV. Logo, para de vir à US.” **Profissional de saúde-002-bagamoyo**

f) Transição precoce dos CT de Pediatria para os SAAJ.

Embora não mencionado com tanta frequência, dois profissionais de saúde referiram que o processo de transição da pediatria para o SAAJ é feito de forma muito precoce, tendo alguns cuidadores dos AJ relatado durante a realização das consultas, não se sentirem confortáveis com a dinâmica do SAAJ. Nota-se que existem desafios em seguir com as orientações do MISAU em relação ao lidar com AJ e seus familiares, que afirmam não estar preparados para revelar e passar por este processo, como se nota abaixo:

"[...] A OMS considera adolescente a partir dos 10 anos, então o SAAJ está a atender a partir dessa idade e é complicado um menino de 10 anos no SAAJ, porque nem sempre os pais permitem que ele vá sozinho à consulta e quando os pais acompanham, eles perturbam aquele ambiente dos outros adolescentes [...]. Os próprios pais, ao ouvirem as palestras, verem a dinâmica do SAAJ, não gostam que o filho frequente o SAAJ sozinho, pois, realmente, há adolescentes que ainda são muito pequeninos. Os de 10 á 11 anos nem sempre se enquadram naquele ambiente do SAAJ e precisam ainda muito de um ambiente como o da pediatria. Eu própria digo, não sei se o meu filho tivesse 10 anos, aceitaria que ele estivesse exposto a tanta informação" **Profissional de saúde-001-CCS**

“Antigamente, quem ia ao SAAJ tinha que ter no mínimo 14 anos, mas actualmente as recomendações orientam para 10 anos. Isso ainda não foi aceite pelos familiares, mesmo o profissional de saúde tem as suas dificuldades [...]. É um desafio porque aos 8 anos, devemos iniciar a revelação e aos 10 anos, o adolescente deve ir ao SAAJ, mas os pais sentem um desconforto. Internamente, temos muitas barreiras familiares que acabam adiando o processo de revelação por medo, estigma da família. Temos adolescentes que estão a tomar a medicação que já deviam ter sido revelados, mas não sabem, não percebem porque estão a tomar. Consequentemente, estes não ficam retidos, [...]” **Profissional de saúde-011-alto-maé**

III. Factores relacionados com o tratamento

No tocante aos factores relacionados com o tratamento, os participantes mencionaram dois elementos principais como: surgimento de comorbidade e fadiga da pílula.

Tanto os pacientes quanto os provedores indicaram que a fadiga da pílula foi o principal motivo para IIT.

a) Surgimento de co-morbilidades

De acordo com a narrativa de dois adolescentes que interromperam o TARV, o motivo da interrupção foi o aparecimento de outras doenças que levaram ao internamento hospitalar. Uma adolescente referiu que foi operada por quisto e outro não soube dizer o diagnóstico que o levava ao internamento. Mas ambos referiram que nesta fase, foi difícil conciliar o tratamento de TARV com os outros tratamentos, pois tinham tonturas, vômitos, dor de cabeça, constate e cansaço. Veja-se as ilustrações seguintes:

“Mas depois tive recaídas porque percebi que estava a prejudicar-me. Eu vivia nos hospitais, perdi a contagem das vezes que tive recaídas, ficava doente. Nas doenças que tinham, vinham outras doenças oportunistas.” **Paciente-22anos-003-mavalane**

“Na verdade, eu parei porque ano passado fui operada, tinha quisto aqui, já estava ele grande. Então, operei e disseram que tinha que ficar em casa. Tentei este ano, mas não consegui... Dava-me tonturas, dor de cabeça, cansaço.” **Paciente-20anos-010-bagamoyo**

b) Fadiga da pílula

O cansaço em tomar a medicação todos os dias também foi o motivo revelado por um utente que culminou com que o mesmo parasse de tomar a medicação, pois segundo ele, a sensação de ter de medicar todos os dias traz lembranças sobre o seu estado de saúde, embora se sinta bem de saúde. Dois profissionais de saúde corroboram com os resultados partilhados pelos AJ ao afirmarem que já receberam em seus gabinetes pacientes que relataram fadiga decorrente do tratamento, sobretudo de pacientes que estão a tomar a medicação desde a nascença. Veja-se as ilustrações seguintes:

“Mas na verdade esse tratamento não é fácil, cansa. Eu estou cansado. Naquela altura, também vinha-me o cansaço. Agora só estou acostumado. Todos os dias, quando tomo os cumpridos, lembro-me que na verdade eu estou doente.” **Paciente-23anos-007-bagamoyo.**

“Tem a questão da própria confusão dele, que está associada à fadiga da pílula porque tudo que é uma doença crónica chega um momento que vem aquela questão: se eu parar ou se eu me sinto bem por que continuar? Não faz muito tempo, estávamos na unidade sanitária e veio uma menina aos prantos a dizer que ela já não aguentava. Ela já não estava a aguentar mais aquilo, já não passa. Então, é uma coisa muito pesada para quem está a fazer no dia-a-dia. Se fosse uma injeção por mês ou se fosse uma pílula semanal, claro que ia chegar o dia que ia faltar também. Mas o diário, diariamente cansa.” **Profissional de saúde-001-CCS**

“Outro assunto é a própria fadiga. Tem um paciente que atendemos há dias, ele nasceu a tomar a medicação, mas abandonou ano passado e retornou em Dezembro, que foi a última consulta. Fomos em busca dele. Ele diz que tinha viajado, mas estava a mentir, porque fomos à casa dele, onde confessou que esta cansado de tomar a medicação.” **Profissional de saúde-010-alto-maé**

IV. Factores Individuais

A não-aceitação do resultado; vergonha de cruzar com pessoas conhecidas na US; esquecimento da data de ida à US; preguiça de ir à US; rotinas diárias não ajustadas com ida à US; falta de conhecimento da doença e terapêutica; pensamentos suicidas e questionamento sobre a doença foram factores individuais mencionados pelos utentes como sendo os que contribuíram para a perda de seguimento do TARV, enquanto que a dificuldade de revelação do seroestado aos pais e cuidadores foi o único motivo referido por profissionais de saúde que contribuiu para o incumprimento do TARV no seio dos AJ.

a) Questionamentos sobre a infecção pelo HIV

Quase metade dos participantes (n=4/10) afirmou que a fase de questionamento sobre como adquiriram a doença influenciou bastante para interrupção no TARV, pois relatou que tem muitas questões que até a actualidade buscam por respostas. Muitos desses casos são de contaminação vertical, como se vê abaixo:

“Mas a pergunta que me fazia era por que eu? Meus pais estão separados desde que eu nasci, minha mãe me deixou com meus tios enquanto eu dependia de leite materno e foi para África do Sul, só voltou quando eu era crescido, Eu perguntei a minha mãe como tive a doença e não obtive nenhuma resposta até hoje. Chegou um tempo que o facto de ter a doença vivia na minha mente, perguntava-me por que só eu, e meus irmãos não? Porque numa família de cinco pessoas, eu sendo mais velho, sou o único a tomar a medicação? Aquilo me acabava moral. Eu dizia a mim mesmo, estás a medicar porquê? Porque não acabas logo com a tua vida?” **Paciente-23anos-007-bagamoyo**

b) Não-aceitação do resultado

Com base na análise de conteúdo das entrevistas, verificou-se que a aceitação de resultado foi referida por três adolescentes entrevistados. Um dos participantes referiu que embora tivesse apoio de seus familiares, não dava importância para o tratamento, o que teria culminado com o aparecimento de outras doenças que quase o levaram à morte. Outros referiram que não queriam que os outros familiares, principalmente os da sua faixa etária, soubessem da sua condição, facto que levou a esconder a medicação sempre que fossem à casa para visitar geralmente em períodos prolongados de férias escolares. Veja-se as ilustrações seguintes:

“Tive outra situação em que não controlava o cartão para ir a US. Na primeira recaída que tive, passei tão mal que estive para morrer por causa do meu desleixo. Na segunda recaída, saíram algumas borbulhas no corpo, tudo isso porque eu não aceitava que era seropositivo. Meus avós e primos apoiaram-me, eu mentia e dizia que tomava enquanto não tomava. Quando davam-me a medicação, eu escondia por debaixo da cama.” **Paciente-19anos-005-bagamoyo**

“Quando vinham meus primos em casa de férias, eu escondia, não tomava os medicamentos. Não queria que eles soubessem da minha condição, mas agora não quero saber, estou a cuidar da minha vida. Se eles querem discriminar-me, é com eles.” **Paciente-23anos-007-bagamoyo**

c) Esquecimento da data de ida à US

Um dos participantes relatou que o esquecimento da data de levantamento contribuiu para a interrupção do seu tratamento. Ele não só abordou a questão do esquecimento, bem como referiu ter existido dias nos quais preferia que o cartão não existisse ou que não lembrasse da existência da medicação, como se revela abaixo:

“Às vezes, esqueço-me da data, esqueço que o cartão existe, praticamente que existe o tratamento. Não consigo tomar a medicação todos dias.” **Paciente-17anos-002-mavalane**

d) Preguiça de ir à US

Os pacientes têm consciência da existência da estratégia de retenção dos mesmos à US, facto que levou o participante a afirmar que não foi à US por saber que os profissionais de saúde fariam uma visita domiciliar ou que os medicamentos irão ao seu encontro, como ele expressou abaixo:

“Tenho preguiça de ir à US, por isso, às vezes, eles vêm buscar-me ou trazem medicamento à minha casa.” **Paciente-17anos-002-mavalane**

e) Rotinas diárias não ajustadas a ida às US

Em relação às rotinas diárias, uma utente entrevistada referiu que não há muita flexibilidade no atendimento a nível das US, facto que acabou comprometendo as suas actividades escolares. Tendo ficado numa situação de ter de escolher entre ir à US ou ir à escola, o participante mostrou preferência por dar continuidade às suas actividades escolares, como nota-se abaixo:

“Sempre que tinha de ir ao hospital coincidia com testes na escola. No hospital demoravam muito tempo e eu chegava as 6h e saía as 12h enquanto entrava de manhã na escola. Os professores eram chatos, não aceitavam que eu fizesse num outro dia. Não conseguia gerir isso, então achei melhor parar de ir ao hospital.” **Paciente-23anos-004-alto-maé**

f) Viagens para um outro local distante da sua US

Dois dos utentes atribuíram a causa da IIT à questão de não ter conhecimento acerca dos procedimentos para dar continuidade ao tratamento em casos de viagem, como está abaixo descrito:

“Por exemplo, minha consulta tinha que ser dia 26 de janeiro, mas como eu viajei em Dezembro para Inhambane e só voltei na semana passada, tive um puxão de orelha. Nem sempre foi assim, foi minha primeira vez, sempre tenho vindo nas datas certas.” **Paciente-19anos-006-bagamoyo**

Interrupção da toma de antirretrovirais em adolescentes e jovens na cidade de Maputo

g) Pensamentos suicidas

Um utente interrompeu o TARV devido a interpretações que eram atribuídas aos pacientes HIV positivo. Segundo ele, quem tinha o HIV era igual à morte ou tinha pouco tempo de vida, como expressa nas suas próprias palavras:

“Eu me perguntava por que estou a medicar todos dias? Quando fui revelado, não sabia o que era o HIV. Tudo que me vinha na mente era que quem tem HIV vai morrer, então eu pensei que tinha pouco tempo de vida.” **Paciente-23anos-007-bagamoyo**

h) Dificuldades de revelação do seroestado aos pais ou cuidadores

Dois profissionais de saúde (2/16) relataram que alguns adolescentes que adquiriram a infecção após o início da actividade sexual têm sofrido calados e não conseguem revelar o seu seroestado aos seus pais, cuidadores e parceiros, o que contribuiu para a IIT, pois alguns deles não conseguiam justificar as idas frequentes à US, como se descreve abaixo:

“Eles se perguntam como informar aos pais do seroestado porque eles sempre avisaram do seu comportamento. Por conta disso, eles preferem manter segredo. Às vezes, não conseguem medicar correctamente porque não informaram a ninguém em casa. Outras vezes, não conseguem vir à US, tornando-se desta forma abandonos,” **Profissional de saúde-004-mavalane**

“Outros não revelam o seroestado ao parceiro ou aos seus pais e familiares tornando-se difícil justificarem-se todas as vezes que têm de ir ao hospital. Não conseguem conciliar com o horário da escola, local do SAAJ está exposto e eles não se sentem à vontade.” **Profissional de saúde-004-mavalane.**

V. Estratégias para melhorar a problemática da IIT na perspectiva dos AJ e dos profissionais de saúde.

O último objectivo do estudo pretendeu descrever as propostas para melhorar a situação da IIT sob a perspectivas dos AJ e dos profissionais de saúde. Com base na análise de conteúdo das entrevistas, emergiram várias propostas que incluem: intervenções de educação para saúde que envolvem não somente o adolescente, mas tem os seus familiares e cuidadores que são a estrutura de apoio para enfrentamento da doença. Adicionalmente foi mencionado a implementação de serviços de saúde amigáveis a nível das US e comunidades, a preparação precoce dos cuidadores sobre o processo de revelação, a alteração da posologia e minimização do tempo de espera.

a) Intervenções educacionais

Dentre os entrevistados, 3/16 profissionais de saúde afirmaram que as intervenções educativas que envolvem o doente e seus familiares são medidas simples de extrema importância para a promoção da manutenção do paciente em TARV. Esta intervenção permite o fornecimento de informação sobre a doença, o objectivo do tratamento, riscos, benefícios, resultados esperados e as consequências da interrupção ou não ao TARV. Neste contexto, devem ser levadas em conta as especificidades dos AJ, as competências cognitivas de cada indivíduo, tempo de escuta ao doente e linguagem simples e adequada;

“Queríamos ser mais percebidos e não ser julgados. Tem coisas que eu faço porque não sei, mas quando me explicam, eu entendo. Muitos de nós, quando estamos no gabinete, só estamos preocupados com o atendimento, mal conversam connosco.” **Paciente-22anos- 003-mavalane**

“Nós como US temos que nos preocupar em criar um ambiente em que o paciente se sinta a vontade, usar a linguagem do adolescente, não culpar os pacientes pela interrupção, mas procurar entender o paciente, olhando para o contexto em que ele vive e juntos procurarmos resolver o problema. Por exemplo, eu tenho um paciente que bebe, a mensagem que deve ser passada não é deixa de beber, mas de beber de forma controlada. Um dia, um utente ligou-me, tinha uma dúvida em relação a isso porque eu dei a liberdade de ele ligar-me caso tivesse alguma dúvida.”
Profissional de saúde-003-mavalane

b) Suporte familiar

No contexto do estudo, tanto os profissionais de saúde (11/16) quanto utentes (4/10) reafirmaram a importância do suporte familiar como estratégia complementar aos serviços recebidos a nível da US por ter um impacto positivo na manutenção dos pacientes nos cuidados e tratamentos da infecção pelo HIV, conforme ilustrado nas verbalizações abaixo:

“Então, o apoio familiar é muito importante numa pessoa em TARV porque nós podemos fazer o nosso trabalho aqui, mas se em casa não está a ter o apoio, podemos estar a trabalhar em vão. Resumindo, o paciente tem que ter o apoio a partir de casa até a US.” **Profissional de saúde-001-CCS**

“Eu, por exemplo, minha família não ajuda, meu pai e tios são bêbados (dependentes de álcool). Não é uma família na qual se espelhar. Tem vezes que não tenho o que comer. Já pedi telefone

para controlar o horário para tomar comprimido e nada. Eu, desde que sai da pediatria para o SAAJ, sempre tenho a carga viral alta.” **Paciente-17 anos-002-mavalane**

c) Implementação de serviços de saúde amigáveis a nível das US e Comunidades

Cinco provedores (n=5/16) e um utente (n=1/10) sugeriram a criação de gabinetes de atendimento amigáveis, privados, animados e informais, pois actualmente os utentes se sentem expostos, principalmente com a possibilidade de cruzarem-se com familiares e amigos nas US. Ademais um paciente reforçou que há necessidade de ser rever o tipo de profissional que atende a nível dos SAAJ e outros serviços que prestam atendimento a este grupo-alvo. O mesmo referiu que preferem ser atendidos por profissionais de saúde da mesma faixa etária e que irão entender as suas necessidades.

Por último, reforçou a necessidade de se mapear todos os AJ que, por alguma razão, não irão conseguir dirigir-se à US nos dias de levantamento da medicação por forma a criar condições de levar a medicação ao encontro do paciente estabelecendo horários e locais previamente acordados através da interação com o adolescente, principalmente os de carga viral alta este aspecto foi mencionado por dois profissionais de saúde. Ainda sobre o exposto acima, os profissionais referiram ser importante que outras categorias de provedores de saúde possam fazer visitas de reintegração e apoio para avaliar e compreender a dinâmica do relacionamento entre o adolescente e outros membros da família, como se ilustra abaixo:

“O SAAJ, na verdade, é um sítio onde os adolescentes devem se sentir confortáveis. Ali, nós não nos sentimos confortáveis por causa da presença das pessoas. Que se crie um local isolado, pois tem adolescentes que por conta da balança devem pesar no sector da pediatria e não querem ser vistos pelos vizinhos ou familiares. Essa coisa de termos de dar voltas na US, não gostamos.”

Paciente-18 anos-008-xipamanine

“O adolescente chega e só é atendido e vai embora. Às vezes, tem algo que queria falar e não falou por ver bata branca. Um jovem se expressa mais com uma pessoa da sua faixa etária, então há coisas que ocultam no gabinete e voltam com ele para casa. Nós sempre abrimos excepção durante uma palestra, damos aquela oportunidade de fazerem questionamentos caso alguém tenha algo confidencial, isso tem ajudado bastante.” **Profissional de saúde-002-bagamoyo**

“Se pudesse ser alocado um PS diferenciado para ir ao encontro dos pacientes junto com os adolescentes jovens e mentores, seria muito bom principalmente para os com carga viral alta. Teríamos bons resultados porque, às vezes, quando chegas a casa do utente e vês o ambiente familiar, percebes muito bem a situação do paciente podendo orientá-lo melhor.” **Profissional de saúde-003-mavalane**

d) Preparação precoce do processo de revelação do seroestado aos cuidadores

Três profissionais de saúde (3/16) informaram que se deveria iniciar de forma precoce a preparação da revelação do seroestado aos cuidadores. Para os casos de transmissão vertical, foi sugerido que esse processo inicie durante a realização das consultas pré-natais para que se tenha mais tempo de preparação, como se ilustra abaixo:

“O processo de falar sobre a revelação do seroestado da criança devia começar durante as CPN e não somente na consulta TARV, pois esta preparação é crucial. Eles devem estar preparados para revelar muito antes de estar na consulta. Acho que devíamos envolver alguns outros ministérios, de educação, para que a sociedade comece a ser educada.” **Profissional de saúde-011-alto mãe**

“Deve-se reforçar a questão da revelação o mais cedo possível porque muitos utentes, às vezes, tomam a medicação, mas não sabem por que estão a tomar, não sabem a importância de tomar a medicação, de ir ao hospital. A pessoa que está a revelar deve ter a capacidade de sentir as dores do paciente e saber conversar, porque tem jovens de 15 anos que já tem uma vida sexual activa e não sabe o que é HIV, não lhe foi revelado.” **Paciente-23 anos-bagamoyo-007**

e) Alteração da posologia do TARV

Maior parte dos utentes (6/10) e profissionais de saúde (9/16) sugerem que a alteração da posologia do TARV seria um marco importante na luta contra o HIV, pois os utentes estão cansados de tomar a medicação diária. Eles defendem que a existência de injeções ou outras formas de tratamento podia minimizar a IIT, como demonstra-se abaixo:

“Gostávamos que pudessem pensar em outro tipo de medicação, como injeção, ou tomar uma vez por semana, porque comprimido cansa, só tomamos porque não temos escolha. Mas não é fácil, nos que estamos a tomar desde.” **Paciente-22anos- 003-mavalane**

“Medicação, quanto menor for o número de vezes de toma, temos melhores resultados. A medicação podia ser uma vez por semana em vez de dose diária ou injeção.” **Profissional de saúde-015-alto-maé**

f) Minimizar o tempo de espera

Para a minimização do tempo de espera, os profissionais de saúde (n=4/16) sugerem que se faça reformas a nível das paragens únicas, como é o caso do incremento dos Recursos Humanos (RH), dos gabinetes de consulta e disponibilização de atendimento em horários de prolongamento após a escola, aos finais de semana. As ilustrações seguintes corroboram esses resultados:

“Deve-se apostar no pessoal nas paragens únicas (PU), uma vez que, as PU estão em expansão. Hoje nós temos 500 adolescentes, mas vão chegando mais adolescentes. Isso, de certa forma, iria minimizar o tempo de espera.” **Profissional de saúde-006-mavalane**

“Falta de Infra-estruturas e pessoal para responder a demanda. Segundo o protocolo, os adolescentes não podem ser atendidos fora do sector por ser PU. Isto significa que se na fila são 30 adolescentes, ainda que tenha um gabinete vago, todos devem ser atendidos no SAAJ. Adolescente é impaciente, quer tudo rápido.” **Profissional de saúde-006-mavalane**

“As questões de fecho as 15h30, de certa forma, influencia porque temos aqueles adolescentes que não conseguem vir no horário normal. Esses adolescentes poderiam vir num horário de prolongamento. Embora nós tentamos reorganizar o horário da escola para não conflitar com a vinda à US, mas nem, sempre eles conseguem vir (quem estuda de manhã, vir de tarde e vice-versa).” **Profissional de saúde-011-alto-maé**

10. Discussão

Este estudo teve como objectivo compreender os factores que influenciam a IIT entre AJ na cidade de Maputo. A IIT é um grande problema que ameaça o objectivo global de eliminar a epidemia do HIV até 2030 ⁽⁴⁶⁾. Apesar da implementação de várias estratégias, uma proporção de AJ é perdida ao longo do tratamento. Os achados revelaram que a IIT nesse grupo é resultado de uma interacção complexa entre factores sócio-económicos, institucionais, relacionados ao tratamento e individuais.

Em relação aos factores sócio-económicos, este estudo destacou a limitação financeira caracterizada pela escassez de alimentos e indisponibilidade de dinheiro para o transporte como importantes associados a perda de seguimento, mencionados tanto pelos profissionais de saúde assim como pelos próprios AJ. Assim, os participantes relataram que a medicação sem um padrão mínimo de alimentação, provoca efeitos intensos ao organismo e intensifica os efeitos adversos. Estes resultados são semelhantes aos que foram descritos na literatura. Na revisão da literatura, alguns autores destacam que a limitação financeira, associada à escassez de alimentos e a falta de dinheiro para transporte para se deslocar são principais dificuldades enfrentadas pelas PVHIV^{(19),(22), (29), (47)}. Os resultados deste estudo revelaram ainda a falta de suporte familiar como um facto que influenciam a IIT. Estes achados são similares a uma pesquisa realizada em Uganda onde reforçou que, ter o apoio de familiares e amigos revelou-se como essencial para o enfrentamento da seropositividade para o HIV entre AJ, todavia, o medo de sofrer discriminação, entre outros factores, pode contribuir para que os adolescentes mintam sobre seu seroestado, ocultem a utilização dos antirretrovirais ou, simplesmente, deixem inteiramente de tomá-los⁽⁴⁸⁾. Ademais, um outro estudo evidenciou que o suporte social dos familiares, amigos e estruturas de saúde assumem grande importância para a compreensão do fenómeno da adesão ao TARV⁽⁴⁹⁾. Em geral, sujeitos isolados são mais propensos a não aderirem às prescrições médicas, ao contrário daqueles que têm relações interpessoais próximas⁽⁴⁹⁾. De um modo geral, um menor apoio social e um maior isolamento social associam-se a uma menor capacidade de adesão⁽⁴⁹⁾.

No que concerne às revelações acidentais, os resultados deste estudo revelaram que a descoberta do seroestado de forma acidental, gerou nos AJ sentimentos de traição por parte dos cuidadores e tristeza, o que teve um impacto significativo no seu tratamento. Em concordância com os resultados da presente pesquisa Carlos (2017), referiu que a revelação diagnóstica feita de forma

Interrupção da toma de antirretrovirais em adolescentes e jovens na cidade de Maputo

não adequada pode ter um impacto negativo na perda de seguimento do TARV⁽⁵⁰⁾. Outra pesquisa sublinhou que à medida que as crianças amadurecem e suspeitam do seu estado sorológico, a persistente ausência de divulgação pode resultar na não adesão intencional por parte das crianças/adolescentes⁽⁴⁸⁾. E ainda, quando a revelação ocorre de forma acidental ou apenas na adolescência, a mesma poderá intensificar emoções como revolta, tristeza, não-aceitação, desprazer ou insucesso, já que o jovem mantinha uma vida livre de uma doença incurável⁽⁴⁸⁾.

Portanto, entre as barreiras observadas na literatura para que o seroestado do HIV fosse omitido parcial ou completamente dos adolescentes que vivem com HIV, a idade foi mencionada como uma das barreiras principais em diversos estudos, em diferentes partes do mundo como Africa do Sul, Uganda e Brasil mas com pesos distintos^{(48),(51),(50)}. Os pais e cuidadores de crianças e adolescentes seropositivos tendem a adiar o momento da revelação do diagnóstico aos mesmos, acreditando que as crianças e, até mesmo os adolescentes, são muito novas tanto emocional quanto cognitivamente para entender a doença, compreender as suas implicações e não compartilhar as informações com outras pessoas⁽⁵⁰⁾.

Quando analisamos os resultados da pesquisa, tendo em conta o segundo objectivo específico, referente aos factores relacionados com os serviços e profissionais de saúde, os mesmos indicam que o tempo de espera em geral foi a causa frequentemente mencionada pelos profissionais de saúde e por alguns utentes. Além disso, outros factores foram mencionados como a localização do gabinete de consulta, conflitos entre horários de atendimento e actividades escolares, exteriorização da ficha mestra, falta de confidencialidade entre os provedores, e a transição precoce dos CT de Pediatria para o SAAJ.

É possível observar que este estudo mostrou que o tempo de espera e o conflito entre horários de atendimento e actividades escolares relacionam-se entre si, devido a isso os participantes sugeriram a minimização do tempo de espera a nível das US. Observa-se por meio do depoimento dos participantes que há uma necessidade de se oferecer opções de atendimento menos frequentes para os adolescentes que vivem com o HIV para minimizar a interrupção da sua vida escolar, profissional e social. Esta é igualmente a orientação do MISAU na sua directriz de modelos diferenciados de serviços que incentiva as US a implementarem o atendimento após escola e aos finais de semana⁽⁵²⁾. Além disso, os profissionais de saúde atribuíram a causa da demora no

atendimento, ao aumento de pacientes AJ vivendo com HIV, resultante do crescimento verificado a nível das paragens únicas (PU) do SAAJ, e pelo facto dos provedores prestarem outros serviços que não estão relacionadas aos cuidados e tratamento do HIV. Além de que, verificou-se ainda que em algumas US as PU de pediatria que fazem atendimento dos AJ não tem espaço suficiente para atendimento facto que culmina com a partilha de gabinetes entre os provedores o que de certa forma contribui para a qualidade de serviços prestado.

Sobre esses achados, no seu relatório, a OMS afirma que a questão da IIT há muito que chamou a atenção dos prestadores de serviços de saúde de primeira linha e dos investigadores⁽¹⁷⁾. No entanto, os líderes de opinião entre os decisores políticos ainda não adoptaram a questão como um objectivo político⁽¹⁷⁾. O relatório em questão faz menção sobre a existência de lacunas na prestação de cuidados aos doentes crónicos, sendo que essas lacunas podem ser utilizadas para chamar a atenção não só em relação às consequências da IIT na saúde da população, mas também para medir a eficiência do sistema de cuidados de saúde⁽¹⁷⁾. O mesmo relatório refere que os responsáveis pela saúde a diferentes níveis contribuem para moldar um sistema de saúde de modo a satisfazer as necessidades dos seus utentes. A forma como os sistemas de saúde funcionam, os tipos de serviços e recursos que estão disponíveis e acessíveis à população e a forma como os prestadores de cuidados de saúde prestam assistência são aqui uma preocupação fundamental⁽¹⁷⁾.

Num estudo realizado em Moçambique, em concordância com os resultados desta pesquisa, os autores demonstraram que não há clínicos suficientes para realizar o atendimento das PVHIV. Desta forma, a demanda de pacientes é maior que o número de profissionais disponíveis para atendê-los, na US⁽²²⁾. Além disso, ainda no mesmo estudo denota-se que não há espaço suficiente para o atendimento e os provedores acabam tendo que compartilhar salas⁽²²⁾. O serviço de TARV e de aconselhamento psicossocial acontecem na mesma sala e os atendimentos e procedimentos têm que ser realizados em um tempo exíguo, o que afecta a qualidade do aconselhamento. Ademais, é possível observar que isso acarreta demora no atendimento, o que frustra os pacientes, pois chegam cedo à US e ficam esperando por longas horas nas filas⁽²²⁾.

Relativamente aos horários de encerramento das consultas não compatíveis com a rotina do adolescente e jovem, o MISAU, no actual guião de modelos diferenciados de serviços, orienta para implementação da oferta de atendimento para além das 15h30, bem como para a oferta de serviços

aos finais de semana ⁽⁵²⁾. Portanto, a realidade actual das US evidencia alguns desafios a nível organizacional, para a sua implementação como, facto que deve ser tomado em conta uma vez que os AJ apelam por soluções desta problemática.

Concluindo, no tocante ao processo precoce de transição da pediatria para o SAAJ, vários autores concordam que a transição da pediatria para o SAAJ e, por último, para os serviços de adultos deve ser um processo gradual, não determinado apenas pela idade. É preciso uma planificação que envolva adolescentes, familiares e equipe dos serviços pediátricos, SAAJ e de adultos^{(47),(53)}.

Em seguida, como resultado do terceiro objectivo específico, referente aos factores relacionados com o tratamento, foram relatadas tanto pelos AJ assim como pelos profissionais razões que vão desde surgimento de comorbilidades até a fadiga da pílula.

O cansaço da toma da medicação é uma realidade presente em pacientes com doenças crónicas ^{(17),(49)}. E os resultados captados nesta avaliação evidenciaram este achado, observou-se através dos relatos dos utentes que a fadiga relacionada com o HIV continua a ser a queixa das pessoas infetadas. Associado a isso, os utentes referiram ainda que a toma diária da medicação traz a lembrança sobre o seroestado e deve ser por isso que alguns deles sugerem mudanças da posologia como estratégia de redução do abandono em TARV, sobretudo em pacientes que estão a medicar desde a nascença. Pelo que, orienta-se que não se deve negligenciar a questão e deve-se procurar formas de melhorá-la, tendo em conta os elevados custos pessoais e sociais sofridos pelos AJ.

Sobre o surgimento de outras doenças como factor que os leva a não retornarem ao tratamento, este estudo evidenciou que a presença de comorbilidades torna o tratamento ainda mais complexo, pelo facto destes intensificarem os seus efeitos adversos. Estes achados foram consistentes com estudos qualitativos realizados na Zâmbia e Austrália que demonstraram que os AJ particularmente os que estão a fazer tratamento desde a infância podem ter experiências de múltiplas comorbilidades e regimes médicos complexos o que pode resultar no abandono do TARV ^{(54),(55)}. No mesmo sentido vão também as conclusões apresentadas pela OMS e MISAU, segundo as quais os doentes que menos se mantêm no TARV são os que apresentam comorbilidades, pelo facto de as patologias acrescentarem complexidades nos regimes médicos^{(17),(56)}.

Outros autores reforçam os achados acima ao referirem que a duração e a complexidade do tratamento devem ser consideradas factores da IIT, uma vez que, quanto mais longo e complexo for o tratamento, maior será a probabilidade de abandono do mesmo⁽⁴⁹⁾.

Adicionalmente, outros factores frequentemente evidenciados neste estudo como cruciais associados à LFTU foram os individuais, que incluíram questionamento sobre a doença, não-aceitação do resultado, esquecimento da data de ida à US, preguiça de se fazer à US, rotinas diárias não ajustadas à ida à US, viagens, pensamentos suicidas e dificuldades de revelar o seroestado.

No presente estudo, a questão da dificuldade dos AJ em revelar o seu seroestado aos familiares, cuidadores e parceiros relacionou-se a não aceitação do resultado que também pode culminar com desinteresse em seguir com o tratamento. Ademais, quando o estado de saúde não é do conhecimento dos pais e cuidadores, a manutenção no TARV se torna um obstáculo, pois a pessoa só irá tomar a medicação quando ninguém estiver presenciando. Ou ainda o adolescente apresentará falhas de visita a US pois não consegue justificar a ida frequente à US. Além disso, muitos não querem fazer o tratamento próximo às suas residências. Sobre os factores acima, alguns autores ressaltam que, por ainda se tratar de uma doença estigmatizada, a vivência das pessoas que vivem com o HIV é diferente das vivências de pessoas acometidas por outras doenças, uma vez que, as primeiras tendem a ser rejeitadas e evitadas em sociedades onde prevaleçam o estigma e a discriminação⁽²²⁾. A pressão social pode gerar maior dificuldade em relação à revelação do diagnóstico.

No que concerne aos outros factores individuais evidenciados no presente estudo, alguns destes factores foram também achados dos estudos qualitativos realizados em Moçambique e Kenya^{(22),(33)}. Os autores destacam que o esquecimento, a não compreensão dos benefícios do tratamento, foram as principais dificuldades enfrentadas pelas PVHIV. Os resultados acima são igualmente apoiados por evidências analisadas pela OMS que indicam que alguns dos factores relacionados com o doente que afectam a adesão são o esquecimento, falta de percepção da necessidade de tratamento, falta de percepção do efeito do tratamento, falta de conhecimento sobre o tratamento, não-aceitação da doença e descrença no diagnóstico⁽¹⁷⁾.

Em relação ao esquecimento, o mesmo achado foi reportado por vários autores que concluíram que muitos doentes abandonam os serviços de saúde porque não compreendem o tratamento que

lhês foi aconselhado ou esquecem as instruções fornecidas^{(49),(57)}. Desta forma, os autores orientam que a informação partilhada ao utente deve ser personalizada e não deve ser excessiva para não aumentar a probabilidade do esquecimento.

É plausível ressaltar que a preguiça de ir à US e viagens foram razões que levaram alguns utentes a não retornarem à US. Sobre o motivo preguiça, nesta pesquisa os profissionais de saúde se queixam de pacientes que negligenciam o tratamento pelo facto de não darem importância ao mesmo, devido à fadiga ou ainda por terem desistido do processo. No respeitante ao motivo viagem, um dos utentes, que por sinal era um novo início, referiu que o mesmo não tinha conhecimento dos procedimentos a ter em conta durante o processo de viagem, facto que teria contribuído para a interrupção do tratamento durante o período.

O conhecimento dos factores que influenciam a IIT de adolescentes que vivem com HIV é primordial para o desenvolvimento de estratégias que promovam a aderência do AJ ao tratamento de forma mais direccionada e eficaz. Este será o último tópico a discutir nesta secção. Foram propostas várias estratégias com potencial para fortalecer a problemática a considerar intervenções de educação, implementação de serviços de saúde amigáveis a nível das US e comunidades, a preparação precoce dos cuidadores sobre o processo de revelação, a alteração da posologia e minimização do tempo de espera.

Em relação às intervenções educacionais, neste estudo verificou-se por um lado que a qualidade da informação, bem como a sua adequação ao estilo cognitivo do paciente são de extrema importância para a retenção do paciente. Por outro lado, quando a informação sobre a doença, os resultados esperados bem como as consequências da IIT são partilhados com o utente e seus cuidadores, constrói-se uma relação terapêutica entre ambos e quando se verifica a existência de apoio emocional, os seus familiares compreendem a importância da rede de apoio e o sujeito adere de forma adequada aos tratamentos necessários. Contudo, torna-se importante reforçar que, este papel não pode ser atribuído apenas ao sector de saúde, mas a participação de outros órgãos nacionais é fundamental para a resposta a esta intervenção.

Sobre os resultados acima, a OMS orienta que se deve realizar intervenções educacionais para os utentes e seus familiares sobre adesão ao TARV e à saúde sexual e reprodutiva, salientando que os indivíduos têm a necessidade de receber informação adequada para aderirem ao tratamento⁽⁴⁷⁾.

Na sequência, em relação ao suporte familiar, a OMS orienta sobre a necessidade de existência de redes de apoio social eficazes. A organização aborda igualmente questões ligadas a uma boa resposta ao TARV no seio das crianças e adolescentes, que é largamente determinada pela capacidade dos pais ou outros cuidadores de compreenderem e seguirem o tratamento recomendado. Não só, a OMS reforça que a medida que a idade aumenta, as crianças e adolescentes têm a capacidade cognitiva para realizar as tarefas do tratamento, mas continuam a necessitar da supervisão dos pais⁽¹⁷⁾.

Adicionalmente, sublinham acerca do valor da responsabilidade familiar partilhada pelas tarefas inerentes ao tratamento e o reforço contínuo, bem como a necessidade de capacitar as famílias sobre uma parceria entre pais e o adolescente e jovem pois parecem ser factores importantes na melhoria da adesão ao tratamento prescrito neste grupo etário⁽¹⁷⁾.

Para além dos aspectos mencionados acima, as técnicas comportamentais concebidas para ajudar os adolescentes, tais como a definição de objectivos, a sugestão e recompensas ou fichas melhoram a adesão na população em idade escolar⁽⁵⁷⁾.

Relativamente às melhorias propostas, em relação à implementação de serviços de saúde amigáveis a nível das US e comunidades. Os utentes assim como os provedores orientam para criação de espaços a nível das US privados, animados e informais, sugerem ainda que haja implementação de serviços móveis de distribuição de medicamentos que vá ao encontro dos mesmos implementado por provedores diferenciados e que se faça a revisão do tipo de profissional que atende a nível do SAAJ, pois alguns AJ foram unânimes em afirmar que preferem ser atendidos por profissionais que entendam as suas necessidades, sobre estes último aspecto, o MISAU tem implementado uma estratégia de apoio de pares e resultados positivos tem sido evidenciados na manutenção dos pacientes em cuidados e tratamento⁽⁵⁸⁾.

Adicionalmente, a OMS afirma que embora existam poucos estudos sobre os efeitos da equipa de cuidados de saúde na manutenção dos pacientes em TARV, mais sistemas de distribuição de medicamentos eficientes, associados a descentralização dos pontos de distribuição do TARV de modo que os serviços sejam oferecidos mais próximo das residências dos utentes, são intervenções que possam melhorar e manter os pacientes nos CT^{(13),(47)}.

Em relação à revelação do diagnóstico, apesar de sua relevância, a revelação do diagnóstico de infecção pelo HIV em crianças e adolescentes seropositivos ainda é uma questão desafiadora e complexa, havendo poucos estudos que abordam esta temática olhando para os desafios actuais, de modo que possam auxiliar os profissionais de saúde e seus cuidadores no enfrentamento deste martírio. Uma directriz dos AJ resilientes e empoderados que aborda o HIV neste grupo reforça a necessidade do apoio aos pais e cuidadores neste processo, referindo que os serviços de saúde devem começar a falar sobre a divulgação o mais cedo possível para dar-lhes tempo de prepararem-se e explorarem os seus medos e preocupações de modo a trabalharem junto para ultrapassarem esse mal⁽⁵⁸⁾.

Do mesmo modo, nesta pesquisa resultados semelhantes foram encontrados consistentes com a recomendação da directriz dos AJ resilientes e empoderados, na qual os participantes sugerem que a preparação do processo de revelação seja realizada de forma precoce iniciando antes do nascimento da criança.

11. Conclusões e recomendações

11.1 Conclusões

Este estudo evidenciou que a IIT entre AJ é um fenómeno multifactorial, influenciado por desafios sócio-económicos, institucionais, relacionados ao tratamento e individuais.

Os principais factores que impactam a IIT incluem:

- **Sócio-económicos:** falta de alimentação adequada, dificuldades financeiras para transporte e ausência de suporte familiar.
- **Institucionais:** longos tempos de espera, exposição do seroestado, horários de atendimento incompatíveis com a rotina dos adolescentes e falta de confidencialidade.
- **Relacionados ao tratamento:** fadiga da medicação e desafios impostos por comorbilidades.
- **Individuais:** não aceitação do diagnóstico, questionamento sobre a origem da infecção, medo do estigma e dificuldades na revelação do seroestado.

Esses achados reforçam a necessidade de intervenções direccionadas que possam mitigar esses desafios e promover a adesão ao tratamento entre AJ vivendo com HIV.

11.2 Recomendações

Com base nos resultados e nas principais conclusões acima arroladas, recomenda-se o seguinte:

- Recomendações Gerais
 - Implementar programas de suporte nutricional para AJ em TARV, garantindo acesso a alimentação adequada.
 - Expandir campanhas de conscientização sobre HIV no seio das comunidades, famílias, escolas focadas na redução do estigma e no incentivo à adesão ao tratamento.
 - Reforçar a disponibilidade do uso dos serviços de suporte psicológico e grupos de apoio para adolescentes vivendo com HIV.
- Recomendações Programáticas
 - Implementar modelos diferenciados de atendimento para AJ, incluindo horários flexíveis e atendimento após a escola e nos fins de semana.
 - Reforçar a capacitação dos profissionais de saúde sobre a importância da confidencialidade e da abordagem amigável no atendimento aos adolescentes.
 - Criar espaços mais privados dentro das unidades sanitárias para evitar exposição do seroestado dos pacientes.
 - Fortalecer a abordagem de apoio de pares, garantindo que adolescentes em TARV possam se conectar com outros que enfrentam desafios semelhantes.
- Recomendações para Decisores Políticos
 - Investir na expansão da força de trabalho em saúde, aumentando o número de profissionais disponíveis para atendimento de AJ.
 - Desenvolver políticas públicas voltadas para a inserção de suporte nutricional e transporte para AJ em TARV.
 - Rever as directrizes sobre a transição do adolescente de pediatria para os serviços de adultos, garantindo que seja um processo gradual e adequado ao nível de maturidade do paciente.

- Incluir de forma activa os adolescentes nos processos de formulação de políticas de saúde, garantindo que suas necessidades sejam consideradas.
- Recomendações Académicas:
 - Realizar estudos longitudinais para avaliar o impacto das intervenções propostas sobre a adesão ao TARV entre AJ.
 - Analisar em profundidade o impacto do estigma e das estratégias eficazes para mitigá-lo dentro das comunidades locais.

A implementação dessas recomendações pode contribuir significativamente para a melhoria da retenção no TARV entre AJ, promovendo um impacto positivo na qualidade de vida desse grupo e no controlo da epidemia de HIV em Moçambique.

12. Referências Bibliográficas

1. MISAU. Plano de aceleração a resposta ao HIV e SIDA. 2013;57.
2. MISAU. Guião de implementação da abordagem do testar e iniciar 2016. 2016;13–34.
3. Wesevich A, Mtande T, Saidi F, Cromwell E, Tweya H, Hosseinipour MC. Role of male partner involvement in ART retention and adherence in Malawi's Option B+ program. 2017;29(11):1417–25.
4. Leshargie T, Demant D, Burrowes S, Frawley J. The proportion of loss to follow-up from antiretroviral therapy (ART) and its association with age among adolescents living with HIV in sub-Saharan Africa: A systematic review and meta-analysis. PLoS One [Internet]. 2022;17(8 August):1–21. Available: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272906>, Access in: Apr.2024
5. Mee P, Rice B, Lemsalu L, Hargreaves J, Sambu V, Harklerode R. Changes in patterns of retention in HIV care and antiretroviral treatment in Tanzania between 2008 and 2016: An analysis of routinely collected national programme data. J Glob Health. 2019;9(1):1–11.
6. Ojikutu B, Biddle M, Greeson D, Phelps R, Amzel A, Okechukwu E. The association between quality of HIV care, loss to follow-up and mortality in pediatric and adolescent patients receiving antiretroviral therapy in Nigeria. PLoS One. 2014;9(7).
7. ONS 2020. Análises de uma coorte de pacientes que iniciaram o tratamento antiretroviral no ano 2017 - retenção avaliada aos 6, 12 e 18 meses. 2020;1–10.
8. WHO. Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS. Jt United Nations Program HIV/AIDS [Internet]. 2019; Available : <https://www.google.com/search?q=90-90+Uma+meta+ambiciosa+de+tratamento+para+contribuir+para+o+fim+da+epidemia+de+AID;> Access in: May.2024
9. UNAIDS, United Nations Population Fund. Prevention do VIH 2025. 2022;1–48.
10. Brinkhof G, Dabis F, Myer L, Bangsberg R, Boule A, Nash D. Early loss of HIV-infected patients on potent antiretroviral therapy programmes in lower-income countries. 2008;86(7):559–67.
11. Shepherd B, Blevins M, Vaz E, Moon D, Kipp M, José E. Impact of definitions of loss to follow-up on estimates of retention, disease progression, and mortality: Application to an HIV program in Mozambique. Am J Epidemiol. 2013;178(5):819–28.
12. Chi H, Yiannoutsos T, Westfall O, Newman E, Zhou J, Cesar C. Universal definition of loss to follow-up in HIV treatment programs: A statistical analysis of 111 facilities in Africa, Asia, and Latin America. PLoS Med. 2011;8(10).
13. WHO. Retention in HIV Programmes: Defining the challenges and identifying solutions. 2011;(September):1–64.
14. George A, Gretchen B, Michelle C, Emily C, Mitesh D, Mark D, Sarah D, Meaghan D. PEPFAR Monitoring, Evaluation, and Reporting Indicator Reference Guide. Google web address. 2024;(September):P11. Available from: https://www.state.gov/wp-content/uploads/2025/01/FY25-MER-v2.8-Indicator-Reference-Guide_508-Compliant.pdf; Access in: Jan.2025
15. Gore M, Bloem N, Patton C, Ferguson J, Joseph V, Coffey C. Global burden of disease in young people aged 10-24 years: A systematic analysis. Lancet. 2011;377(9783):2093–102.
16. Jerene D, Abebe W, Taye K, Ruff A, Hallstrom I. Adolescents living with HIV are at higher risk of death and loss to follow up from care: Analysis of cohort data from eight health facilities in Ethiopia. PLoS One. 2019;14(10):1–15.
17. WHO. Adherence to long-term therapies. Appl Mech Mater. 2003;321–324:1779–83.
18. Brambatti. Compartilhando olhares, diálogos e caminhos: adesão ao tratamento antiretroviral e Interrupção da toma de antirretrovirais em adolescentes e jovens na cidade de Maputo

- qualidade de vida em pessoas vivendo com HIV/AIDS em Maputo, Moçambique. 2016;19(5):1–23.
19. Moreno M. Adesão à Terapêutica Anti-retroviral em Maputo: O contributo de uma abordagem bottom-up. 2015;
 20. Djedje L. Análise dos factores culturais que influenciam o abandono ao tratamento anti-retroviral entre pacientes jovens que vivem com a infecção do HIV na cidade da Matola. 2014;
 21. Santos MA. Análise crítica de uma intervenção para melhoria da adesão do paciente vivendo com aids à terapia antirretroviral. 2010;
 22. Polejack L, Machado A, Santos S, Guambe AJ. desafios para a adesão ao TARV na perspectiva dos profissionais do sistema de saúde de Moçambique-2020;36(spe)
 23. UNAIDS. Orientações para Testar e Tratar 2015. 2015;
 24. Mpinganjira S, Tchereni T, Gunda A, Mwapasa V. Factors associated with loss-to-follow-up of HIV-positive mothers and their infants enrolled in HIV care clinic: A qualitative study. BMC Public Health. 2020;20(1):1–10.
 25. Dayyab M, Mukhtar F, Iliyasu G, Habib G. Determinants of loss to follow-up among people living with HIV on antiretroviral therapy in Nigeria. African J AIDS Res. 2021;20(1):93–9.
 26. Kaara F. Factors associated with loss to follow up of HIV patients living with HIV in Kiambu County Referral Hospital. 2021;
 27. Center R. Retention in HIV care: A clinician’s guide to patient-centered strategies. 2013;(November).
 28. Bulsara M, Wainberg L, John O. Predictors of adult retention in HIV care: A Systematic Review. AIDS Behav. 2018;22(3):752–64.
 29. Costa T. Adesão ao tratamento dos adultos jovens com hiv/aids em um serviço de assistência especializada. 2016;76(8):28.
 30. Rachlis A. Losses to follow-up from an antiretroviral therapy (ART) program in the zomba district of Malawi. Eur J Med Res. 2011;1(March):448–53.
 31. Tavares J. Fatores que influenciam a adesão à terapêutica antirretroviral: A Percepção dos Enfermeiros de um Serviço de Infeciologia. 2013;142.
 32. Mengistie K. Determinants of loss to follow up from antiretroviral therapy among adult patients attending at high load health centers in East Gojjam Zone, Northwest Ethiopia. 2019;
 33. Muthiani VS. Assessment of factors influencing adherence to antibiotics at Nyeri Provincial Hospital in Central Kenya. Ann Intern Med. 2018;134(6):171–5.
 34. Miller CM, Ketlhapile M, Rybasack-Smith H, Rosen S. Why are antiretroviral treatment patients lost to follow-up? A qualitative study from South Africa. Trop Med Int Heal. 2010;15(SUPPL. 1):48–54.
 35. Lahariya C. The State of the World Population 2007: Unleashing the potential of urban growth. Indian Pediatr. 2008;45(6):481–2.
 36. Cau M, Arnaldo C, Dade A. Adolescentes e jovens em Moçambique : uma perspectiva demográfica e de saúde. 2014. 255 p.
 37. WHO. Child and Adolescent health and development: progress report. Pediatrics [Internet]. 2005;4(1):1834–7.
 38. MISAU. Ponto de Situação do HIV/SIDA 2022. 2022;1–103.
 39. MISAU. Directriz nacional de melhoria de qualidade dos cuidados e tratamento para HIV/SIDA. 2015;
 40. Dick B, Ferguson BJ. Health for the world’s adolescents: A second chance in the second decade.

- 2015;56(1):3–6.
41. Mugisha V, Teasdale CA, Wang C, Lahuerta M, Nuwagaba-Biribonwoha H, Tayebwa E, et al. Determinants of mortality and loss to follow-up among adults Enrolled in HIV care services in Rwanda. *PLoS One*. 2014;9(1):1–9.
 42. Creswell JW. Five qualitative approaches to inquiry and research design: choosing among five approaches. 2007; 53-84. Thousands Oaks: sage publications. Available: http://www.sxf.uevora.pt/wp-content/uploads/2013/03/Creswell_2007.pdf; Access in: Apr.2024
 43. Instituto Nacional de Estatística. Anuario Estatístico Maputo Cidade-2019. 2020;1(112).
 44. Ventura MM. He Case Study as a Research Mode. *Rev SOCERJ [Internet]*. 2007;20(5):383–6. Available:http://www.polo.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/o_estudo_de_caso_como_modalidade_de_pesquisa.pdf; Access in Apr.2024
 45. Cherques HR. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. *Rev PMKT*. 2009;3(Outubro):20–7.
 46. Lyden TW, Vogt E, Ng AK, Johnson PM, Rote NS. The path that ends AIDS: UNAIDS Global AIDS Update 2023. *Jt United Nations Program HIV/AIDS*. 2023;22(1):1–14.
 47. WHO. Supporting re-engagement in HIV treatment services: policy brief. 2024;
 48. Bunnell R. Disclosure of HIV status and adherence to daily drug regimens among HIV- infected Children in Uganda. 2006;
 49. Reis AR. Adesão terapêutica na infecção pelo vírus da imunodeficiência humana. 2007;158.
 50. Carlos S. Revelação do diagnóstico de HIV/AIDS na infância: impactos , cotidiano e perspectivas de jovens infectados verticalmente. 2017;
 51. Nathaniel MN, M Pamela M, Takalani ME. Experiences of caregivers in disclosing HIV status to children Infected with HIV in Mopani District, South Africa. *Open Nurs J*. 2024;18(1):4–11.
 52. MISAU. Guião orientador sobre os modelos diferenciados de serviços para o HIV/SIDA em Moçambique. 2023;
 53. Machado DM, Succi RC, Turato ER. Transitioning adolescents living with HIV/AIDS to adult-oriented health care: An emerging challenge. *J Pediatr (Rio J)*. 2010;86(6):465–72.
 54. Matthews V, Hellard M, Haber P, Yeung B, Marks P, Baker D. Characteristics and treatment outcomes among HIV-infected individuals in the Australian trial in acute hepatitis C. *Clin Infect Dis*. 2009;48(5):650–8.
 55. Hodgson I, Ross J, Haamujompa C, Gitau-Mburu D. Living as an adolescent with HIV in Zambia-lived experiences, sexual health and reproductive needs. *AIDS Care*. 2012;24(10):1204–10.
 56. MISAU. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e AIDS. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. Protocolo. 2008. 133 p.
 57. Peterson L, Oliver K, Saldana L. Issues in clinical child psychology. *Handbook of children’s coping: Linking theory and intervention*. 1997. 333–360 p.
 58. Armstrong A, Iorpenda GC e Kihara C. Programação de HIV para Adolescentes. [Internet] 2017; Available:<https://www.childrenandaids.org/sites/default/files/201811/Programacao%20de%20HIV> ; Access in: Aug.2024

13. Apêndices

Apêndice 1. Formulários de recolha de dados

Guião de Entrevista para os Pacientes Adolescentes e Jovens

Bom dia/ Boa tarde

Obrigada por dedicar um tempo para participar nesta entrevista. O objectivo desta entrevista é de reunir informações que possam proporcionar uma melhor compreensão das causas de raiz, pessoais e institucionais, que influenciam a IIT na população adolescente e jovem da cidade de Maputo, em Moçambique

Vamos fazer algumas perguntas e você pode escolher responder-lhas ou não. Não há resposta certa ou errada, a entrevista levará cerca de 30 a 45 minutos. Se você concordar, gravarei nossa conversa e suas respostas para facilitar a nossa conversa.

Todas as informações que você compartilhar são confidenciais e nenhuma de suas respostas será divulgada a qualquer pessoa que não faça parte da equipe deste estudo. Você pode recusar responder a qualquer uma das perguntas sem com isso ser penalizado. Obrigada pela sua disponibilidade.

I-Dados gerais

1-Idade_____

2-Sexo: Masculino () Feminino ()

3-Escolaridade: Primário () b) Básico () c) secundário () d) universitário ()

4-Com quem vive: Sozinho () Pais () Outro membro da Familiar ()

II- Reacções após o diagnóstico de seropositividade

5-Como se sentiu quando recebeu o teste:

III- Revelação do seroestado

7-Quem foi a pessoa que revelou o seroestado: Profissional de Saúde () Membro da família () Grau de parentesco do membro que revelou _____ Outro _____

8-Como reagiu ao ser revelado o seroestado:

Interrupção da toma de antirretrovirais em adolescentes e jovens na cidade de Maputo

9-Com quem partilhou o resultado: Amigo () Família () Ninguém ()

Outro _____

10-Quais foram as reacções das pessoas que com elas partilhou o resultado

11-Sente-se estigmatizado ou discriminado? Sim () não (), Se sim pode contar-nos as sua experiências em relação aos episódios. _____

IV- Experiências do TARV

12-Como tem feito para conseguir tomar correctamente os seus medicamentos olhando para a sua rotina do dia a dia, tem tido alguma dificuldade? _____

13-Usa algum meio de transporte para chegar ao Centro de saúde? Sim () não ()

Se sim qual?

14-Com que frequência tem ido a US?

15-O que acha sobre os serviços que são oferecidos na US? (Tempo de espera, atitude dos provedores de saúde, disponibilidade de RH, infraestruturas, medicamentos, exames laboratoriais)

16-Alguma coisa teria acontecido consigo para interromper o seu tratamento? Sim () Não (), se sim, qual? Pode explicar como foi? (Explorar questões ligadas a: rotinas diárias, aceitação do resultado, revelação do seroestado, estigma e discriminação, duração do tratamento, efeitos secundários,

17-Existe alguma razão que tem sido sua fonte de motivação para continuares com o seu tratamento? Sim () Não (). Se sim, qual? E explique como começou e como tem sido

18-Que aspectos na sua opinião acha que deveriam ser melhorados na provisão dos serviços de saúde para evitar que os utentes interrompam o TARV?

Obrigado pela sua participação! _____, aos ____ de _____ de 2024

Interrupção da toma de antirretrovirais em adolescentes e jovens na cidade de Maputo

Apêndice 2. Formulários de recolha de dados

Guião de Entrevista para os Profissionais de Saúde

Bom dia/ Boa tarde

Obrigada por dedicar um tempo para participar nesta entrevista. O objectivo desta entrevista é de reunir informações que possam proporcionar uma melhor compreensão das causas institucionais, que influenciam a IIT na população adolescente e jovem da cidade de Maputo, em Moçambique

Vamos fazer algumas perguntas e você pode escolher responder-lhas ou não. Não há resposta certa ou errada, a entrevista levará cerca de 30 a 45 minutos. Se você concordar, gravarei nossa conversa e suas respostas para facilitar a nossa conversa.

Todas as informações que você compartilhar são confidenciais e nenhuma de suas respostas será divulgada a qualquer pessoa que não faça parte da equipe deste estudo. Você pode recusar responder a qualquer uma das perguntas sem com isso ser penalizado. Obrigada pela sua disponibilidade.

I-Dados gerais

1-Idade_____

2-Sexo: Masculino () Feminino ()

3-Escolaridade: Primário () b) Básico () c) secundário () d) universitário ()

II-Perguntas de Ambientação

4-Poderia nos dizer qual é a sua categoria e posição na unidade sanitária?

5-Há quanto tempo você trabalha nesta posição, e concretamente nos serviços TARV?

6-Poderia falar-nos um pouco mais sobre os cuidados oferecidos aos adolescentes e jovens nos serviços TARV? (Explorar questões de revelação do resultado do teste, aceitação de resultados, organização de serviços, RH, disponibilidade de análises e os resultados, disponibilidade de medicamentos, retenção aos cuidados).

7-Na sua opinião, quais são os pontos fortes e fracos desta unidade sanitária na provisão de cuidados TARV aos pacientes adolescentes e jovens?

8-Como é que os pontos fracos que você mencionou podem ser corrigidos?

9-Como é que os pontos fortes que você mencionou podem ser continuados ou expandidos?

III- Perguntas principais

Motivos da IIT por parte dos pacientes adolescentes e jovens

1-Na sua opinião, quais são os motivos que fazem com que os pacientes adolescentes e jovens interrompam o TARV?

(Explorar motivos relacionados com oferta de serviços a nível da US: Tempo de Espera, Disponibilidade de RH, Leis "Consentimento dos Pais/Cuidadores", Cobranças Ilícitas, Longas distâncias, Horários de consultas não compatíveis com a rotina diária)

Facilitadores da manutenção dos pacientes adolescentes e jovens no TARV

1- Na sua opinião, quais são os facilitadores que fazem com que os pacientes adolescentes e jovens se mantenham nos cuidados TARV?

(Explorar aspectos relacionados com oferta de serviços a nível da US: organização dos serviços, Tempo de Espera, Disponibilidade de RH, Leis "Consentimento dos Pais/Cuidadores", Cobranças Ilícitas, Longas distâncias, Horários de consultas versus actividades diárias)

2-Que aspectos na sua opinião acha que deveriam ser melhorados na provisão dos serviços de saúde para evitar que os pacientes adolescentes e jovens interrompam o TARV?

Tem mais comentários que gostaria de partilhar connosco?

Obrigado pela sua participação! _____, aos ____ de _____ de ____

Interrupção da toma de antirretrovirais em adolescentes e jovens na cidade de Maputo