

UNIVERSIDADE POLITÉCNICA – A POLITÉCNICA  
Instituto Superior de Humanidade, Ciências e Tecnologia - ISHCT  
Psicologia Clínica e de Aconselhamento

**Fraca Adesão das Mulheres Grávidas com idade entre 18 a 25 Anos ao  
Tratamento Anti-retroviral, Estudo de Caso, no Centro de Saúde de  
Namagoa, Distrito de Lugela, no Período de 2021 a 2022, Província da  
Zambézia.**

Elerva do Rosário Daudó

Quelimane

2022

Elerva do Rosário Daudó

**Fraca Adesão das Mulheres Grávidas com idade entre 18 a 25 Anos ao Tratamento Anti-retroviral, Estudo de Caso, no Centro de Saúde de Namagoa, Distrito de Lugela, no Período de 2021 a 2022, Província da Zambézia.**

Monografia apresentada ao Instituto Superior de Humanidades Ciências e Tecnologias como requisito para obtenção do Grau de Licenciatura em Psicologia Clínica e Aconselhamento.

Tutora: Msc Judite Pedro Maurício

Quelimane

2022

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Ao meu pai e irmão Rosário Daudó e Flávio Lente (memória póstuma), da minha mãe Rosa Adolfo Chinea, minha irmã Esperança, minha sobrinha Cidália Chaul pela inspiração indelével dos meus exemplos da vida, ao meu esposo Adolfo Pedro Gomes, meu filho Joel do Rosário Duarte, pelo apoio incondicional nos momentos mais triste da vida académica.

## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar agradecer a Deus por ter me dado o dom da vida e capacidade de superar todas as dificuldades e barreiras que encontrei durante o percurso da vida estudantil.

Endereço também os meus agradecimentos especiais ao meu único filho Jovel do Rosário Duarte que muitas vezes ficou em mãos alheias enquanto estudava.

Em especial agradecimento ao meu esposo Adolfo Pedro Gomes, que me deu o seu apoio incondicional em todo percurso da vida académica.

Também quero agradecer o espírito do meu pai Rosário Daudó e do meu irmão Flávio Lente que em vida deram-me muita força de poder progredir na vida.

Tamamho agradecimento vai a minha Tutora Msc Judite Pedro Maurício pelo contributo, por ter sido incansável na efectivação deste trabalho.

Por fim, os meus agradecimentos vão a todos meus docentes e colegas da turma e do serviço, amigos e familiares que de forma directa ou indirecta ajudaram à fazer parte deste percurso.

## Parecer da Tutora

## Resumo

O presente trabalho apresenta e discute o tema: Fraca adesão das mulheres grávidas ao tratamento anti-retroviral residentes na Localidade de Namagoa. Trata-se de um estudo de caso desenvolvido, com mulheres grávidas, com idade compreendida entre 18 a 25 anos, observadas no período de 2021 a 2022 no Centro de Saúde de Namagoa, Distrito de Lugela, Província da Zambézia. Tem como objecto de estudo, fraca adesão das mulheres grávidas com idade entre 18 a 25 anos ao tratamento antiretroviral, estudo de caso, no Centro de Saude de Namagoa, Distrito de Lugela, no período 2021 a 2022, Provincial da Zambezia. A relevância teórica deste estudo focaliza-se no desenvolvimento de uma pesquisa descritiva, com base numa abordagem qualitativa por considerar-se mais apropriada para o alcance dos objectivos pretendidos, sobretudo, no método de abordagem utilizado, centrado o enfoque numa abordagem do paradigma fenomenológico (qualitativo). observa, em virtude de propiciar estudo dos significados, valores, crenças que ocorrem na comunidade num contexto específico. Para o efeito foram formuladas perguntas de investigação seguintes: porque as mulheres grávidas vivendo com HIV apresentam fraca adesão ao tratamento anti-retroviral no Centro de Saúde de Namagoa? Que entendimento as mulheres, objecto deste estudo, têm em relação a importância de tomar medicamentos anti-retrovirais? O processo de colecta de dados foi realizado mediante um roteiro de questões com perguntas abertas que ajudou conduzir uma entrevista semi-estruturada. A entrevista foi dirigida a uma amostra de 10 pessoas escolhidas de forma aleatória numa população de 35 de indivíduos. Os resultados indicam que o facto de serem mulheres grávidas e dependentes economicamente são também obstáculos com que elas lidam. Essas questões influenciam no processo de infecção e de experiência com a doença. O quotidiano das mulheres estudadas demonstra que o HIV ainda é uma doença clandestina. Elas vivem momentos de estigma, discriminação, segregação e preconceito que fazem com que omitam seu estado serológico. Para comunidade, parceiros e provedores viver e conviver com mulheres infectadas são formas de reorganizar e dar um novo sentido a vida. A pesquisa reforça a ideia de que o HIV e SIDA não devem ser encarado como uma fatalidade inevitável, mas que existem questões e determinantes sociais fortemente integradas no processo saúde-doença-cuidado.

**Palavras Chave** – Fraca Adesão, Mulheres Grávidas, tratamento Anti-retroviral

## Abstract

The present work presents and discusses the theme: Poor adherence of pregnant women to antiretroviral treatment residing in Namagoa. This is a case study developed, with pregnant women, aged between 18 and 25 years, assisted and observed in the period from 2021 to 2022 at the Health Center of Namagoa, District of Lugela, Province of Zambézia. Its object of study is the construction of analyzes on the impact resulting from the poor adherence of pregnant women living with the Human Immunodeficiency Virus (HIV). The psychology of this study focuses on the development of a descriptive research, based on a qualitative approach, as it is considered more convenient for achieving the intended objectives. The theoretical theory of this research is found, above all, in the method of approach used, centered on the approach in a phenomenological paradigm approach (qualitative). observes a qualitative phenomenological paradigm, by virtue of providing a study of the meanings, values, beliefs that occur in the community in a specific context. For this purpose, the following research questions were formulated: why do pregnant women living with HIV have poor adherence to antiretroviral treatment at the Namagoa Health Center? What do women, the object of our study, understand about the importance of taking antiretroviral drugs? The data collection process was carried out through a script of questions with open questions that helped conduct a semi-structured interview. The interview was directed to a sample of 10 people chosen at random from a population of 35 individuals. The results indicate that the fact that they are pregnant women and economically dependent are also obstacles they deal with. These issues influence the process of infection and experience with the disease. The daily life of the assisted women demonstrates that HIV is still a clandestine disease. They experience moments of stigma, identification, segregation and prejudice that make them omit their serological status. For them, living and interacting with infected women is a way of reorganizing and giving life a new meaning. The research reinforces the idea that HIV and AIDS should not be seen as an inevitable fatality, but that there are issues and social determinants strongly integrated into the health-disease-care process.

**Keywords** – Poor, Adherence, Pregnant Women, Antiretroviral treatment

## Índice

<b>Capítulo I</b> .....	14
1. Introdução.....	14
<b>Capítulo II</b> .....	15
2. <b>Revisão de Literatura</b> .....	15
2.1 <b>Marco Conceptual</b> .....	15
2.1.1 HIV.....	15
2.1.2 Adesão e Abandono.....	20
2.1.3 Adesão ao tratamento anti-retroviral.....	21
2.1.4 Fraca adesão ou abandono ao tratamento anti-retroviral.....	22
2.2 Desenvolvimento Circunstancial.....	23
2.2.1 Tratamento anti-retroviral.....	23
2.2.2 Contexto de vida de pessoas vivendo com HIV.....	24
2.2.3 HIV saúde pública.....	24
2.2.4 Mulheres grávidas: adesão e prevenção da transmissão de HIV.....	24
2.2.5 Representações sociais ao HIV.....	25
2.2.6 Qualidade de vida de pessoas com fraca adesão ao tratamento anti-retroviral.....	26
2.3 <b>Marco Teórico</b> .....	27
2.3.1 Contexto de adesão e abandono.....	27
2.4 <b>Marco Referencial</b> .....	28
<b>Capítulo III</b> .....	31
3. <b>Método e Metodologia</b> .....	31
3.1 Tipo de pesquisa.....	31
3.1.1 Quanto à natureza.....	31
3.1.2 Quanto aos objetivos.....	35
3.1.3 Quanto à abordagem da população e amostragem.....	36
3.2 Quanto aos procedimentos técnicos de coleta de dados.....	36
3.3 Procedimentos administrativos .....	36
3.4 Participante.....	36
3.5 Critérios de exclusão e inclusão.....	37
<b>Capítulo IV</b> .....	38
4. <b>Apresentação dos Resultados</b> .....	38
4.1 Resultados obtidos na entrevista com os funcionários do Departamento de Atendimento à Família e Menores Vítimas de violência.....	38
<b>Capítulo V</b> .....	45

5. Discussão de Resultados.....	45
<b>Capítulo VI.....</b>	<b>48</b>
6. Conclusão.....	48
Referencias Bibliograficas.....	50
Apendices.....	53
Anexos	
Glossario	

## **Listas de Siglas**

**HIV** - Vírus da Imunodeficiência Humana

**CD4** – Células imunológicas do tipo CD4

**TARV** - tratamento antirretroviral

**SRA** – Síndrome Retroviral Aguda

**SIDA** - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

**QV** – Qualidade de Vida

**SMI** – Saúde Materno Infantil

**MGHIV** – Mulheres Grávidas HIV+

## **Lista de Quadros**

<b>Quadro 1</b> - Entrevista as mulheres grávidas portadoras de HIV.....	34
<b>Quadro 2</b> - Entrevista aos provedores de Saúde do Centro de Namagoa.....	37
<b>Quadro 3</b> - Entrevista aos actores Comunitários.....	39

## EPIGRAFE

O futuro dependerá daquilo que fazemos no presente.

## Capítulo I

### 1. Introdução

O presente trabalho do fim do curso é tem como tema, fraca adesão das mulheres grávidas com idade entre 18 a 25 anos ao tratamento antiretroviral, estudo de caso, no Centro de Saude de Namagoa, Distrito de Lugela, no período 2021 a 2022, Provincial da Zambezia. Trata-se de um estudo de caso desenvolvido, observadas no período de 2021 a 2022 no Centro de Saúde de Namagoa, Distrito de Lugela, Província da Zambézia. Tem como objecto de estudo de análises sobre o impacto decorrente pela fraca adesão das mulheres grávidas vivendo com Vírus de Imunodeficiência Humana ( HIV). as representações da síndrome e sua influência nas diversas facetas das experiências construídas, no quotidiano dos sujeitos estudados, acto que vai contribuir para melhoriada qualidade de vida das mulheres grávidas que vivem com o HIV, por meio de acções em saúde mais adequadas e satisfatórias.

Entende-se que a infecção causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) afecta milhões de pessoas no mundo e é responsável pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), que é uma doença crónica que ultrapassa o contexto biológico e atinge as relações sociais, a saúde mental, os aspectos económicos e a qualidade de vida.

O HIV, , tem sido considerado de carácter crónico evolutivo e potencialmente controlável, desde o surgimento da terapia antirretroviral combinada (TARV) e da disponibilização de marcadores biológicos, como CD4 e carga viral, para o monitoramento de sua progressão. Tais avanços tecnológicos contribuem de forma bastante significava para a vida das pessoas que vivem e convivem com o HIV no Mundo, em particular em Moçambique.

A incidência de infecção por HIV tem causado preocupação mundial que se caracteriza como uma pandemia que se destaca devido às consequências que

causam na vida do portador, principalmente quando tal infecção evolui para a SIDA: provocando a síndrome no sistema imunológico que gera oportunidades para infecções oportunistas que podem levar ao óbito.

Estudos indicam que à mais de 20 anos, medicamentos antirretrovirais vêm sendo distribuídos gratuito e universalmente para os portadores, entretanto, a adesão ao tratamento, principalmente por não existir cura e exigir tratamento durante toda a vida, é um desafio da saúde pública e factor importante no aumento do número de óbitos e de internamentos em serviços hospitalares especializados.

Na actualidade, a ampla utilização da terapia antirretroviral altamente activa tem resultado na melhoria dos indicadores de morbilidade, de mortalidade e qualidade de vida dos moçambicanos que realizam tratamento para o HIV. Por outro lado, contribuem para o desenvolvimento do perfil crónico-degenerativo assumido pela doença.

Estudo realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) indica que diariamente e aproximadamente, 14 mil pessoas são infectadas pelo HIV, porém desde o princípio da epidemia 20 milhões de pessoas já tiveram óbito em decorrência das complicações da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) e até o ano de 2010 a doença deixou órfã cerca de 25 milhões de crianças no mundo. A perspectiva desta organização internacional para os próximos 20 anos é a de que se as políticas públicas e acções eficazes de controlo não forem bem implementadas, 70 milhões de indivíduos estarão contaminados com o vírus.

A problemática da fraca adesão ao tratamento de HIV é manifestada pelo fraco conhecimento, aliado aos factores sócio-culturais na interpretação da importância de tratamento anti-retroviral pelas mulheres grávidas. O tema despertou-nos atenção pelo facto de existirem casos observáveis relacionados com fenómeno fraco adesão das mulheres aos serviços TARV, para efeito, construímos seguinte problema de pesquisa: Quais os factores que interferem na fraca adesão ao tratamento anti-retroviral às mulheres grávidas, com faixa etária compreendida entre 18 a 25 anos, assistidas no centro de saúde de Namagoa?

Neste contexto, procurou-se desenvolver este trabalho com o tema “fraca adesão das mulheres grávidas, com idade compreendida entre 18 a 25 anos, ao tratamento anti-retroviral, assistidas no Centro de Saúde de Namagoa, no período de 2021 a 2022, Distrito

de Lugela, Província da Zambézia, com o objectivo geral; compreender os factores da fraca adesão das mulheres grávidas ao tratamento anti-retroviral, operacionalizado em objectivos específicos como: identificar as principais causas que influenciam a fraca adesão ao tratamento terapêutico: descrever as causas que contribuem pela fraca adesão ao tratamento das mulheres grávidas positivas ao HIV; propor medidas de mitigação do fenómeno em abordagem.

Na sequência do problema formulado em resposta ao tema, levantaram-se as seguintes perguntas de investigação: Porque as mulheres grávidas vivendo com HIV apresentam fraca adesão ao tratamento anti-retroviral no Centro de Saúde de Namagoa? Que entendimento que as mulheres, objecto do nosso estudo, têm em relação a importância de tomar medicamentos anti-retroviral? Que estratégia a ser desenvolvida pelos diferentes actores da área de assistência e acompanhamento de pessoas vivendo com HIV para reverter o fenómeno fraca adesão das mulheres grávidas ao tratamento anti-retroviral?

Entende-se que adesão ao tratamento é determinante na melhoria da qualidade de vida e diminuição dos índices de mortalidade, mas constitui hoje um dos maiores desafios na atenção as pessoas vivendo com HIV, uma vez que demanda de seus usuários mudanças comportamentais, dietéticas, o uso de diversos medicamentos por toda a vida, além da necessidade, por parte dos serviços, de novos arranjos e oferta de actividades específicas em adesão.

A motivação deste estudo teve como suporte a existência de factos observados relacionados ao tema em apressado durante as actividades profissionais os quais causaram preocupação e interesse em estudar estratégia de reversão do fenómeno fraca adesão ao tratamento anti-retroviral as mulheres grávidas em Namagoa.

O estudo, por outro lado, justifica-se por buscar compreender as causas da fraca adesão a terapia anti-retroviral das usuárias seropositivas ao HIV, por outro lado, buscar a interpretação empírica sobre a matéria.

A realização deste estudo, vai contribuir para a produção de informações que podem ajudar a comunidade académica bem como aos profissionais de saúde e parceiros na melhor compreensão da matéria tratada e chamar a consciência aos protagonistas sobre o perigo da não adesão ao tratamento deste problema considerado de saúde pública.

A pesquisa foi realizada no Centro de Saúde de Namagoa, Localidade de Alto Lugela, área de jurisdição do Distrito de Lugela, localizado na média Zambézia, que. Localidade de Alto Lugela. Situa-se ao sul na junção entre dois rios Lugela e Licungo; ao Este com o Rio Lugela; nordeste pelo rio Namacurra, na Localidade de Munhamade sede.

O Centro de Saúde em referência tem em sua responsabilidade aproximadamente 50.412 habitantes, com uma abrangência de seguintes povoações: Nhambeza, Nambilane, 23 de Dezembro, Baixo-caracumbe, Suanhalo, Nassarone, Nanvila e Minas Ilague. Oferece como serviços: Consultas externas, TARV, SMI, consultas de Crianças Sadia, Nutrição, Farmácia, Programa Alargado de Vacinação, Laboratório, Acção Social e Banco de Socorros. O seu quadro de pessoal apresenta com 35 profissionais.

O trabalho está estruturado em 6 capítulos: **Capítulo I** – Introdução, incorpora o tema, Problematização; pergunta de pesquisa, objectivos e Justificativa; **Capítulo II** - Revisão de Literatura; **Capítulo III** - Aspectos Metodológicos; **Capítulo IV** – Apresentação de Resultados **Capítulo V** – Discussão de Resultados e por fim o **Capítulo VI**- Conclusão.

## Capítulo II

### 2. Revisão da Literatura

O nosso percurso teórico inicia com a delimitação do quadro conceitual com vista a compreensão da pesquisa onde foram privilegiadas definições e modelos teóricos focalizados ao estudo sobre a fraca adesão ao tratamento anti-retroviral. Outrossim,construímos, uma introdução teórica geral para cada um dos estudos que integraram esta pesquisa.

Grandes problemas afligem o planeta, dentre eles destacam-se a luta pelos direitos humanos, qualidade de vida, políticas de medicamentos, porém a pandemia de Vírus da Imunodeficiência Humana(HIV) passou a fazer parte deste cenário de maneira muito intensa, já que está presente em diferentes regiões do mundo e sempre de maneira muito característica, configurando epidemias regionais constantes (OMS 2006).

Quando se descobriu a existência do vírus do HIV nos princípios dos anos 80 e a dimensão da sua propagação em diferentes regiões, a preocupação dos governantes e a sociedade civil, foi de educar civicamente as pessoas para que pudessem se prevenir da doença. A esmagadora maioria de estudos concentra a sua atenção nessa primeira fase.

A segunda fase uniu esforços dos governantes, sociedade civil e investigadores, num momento em que milhares de pessoas em todo mundo estavam infectados pelo vírus, no sentido de garantir que as pessoas infectadas pelo vírus HIV/SIDA consigam viver mais tempo. Foi nesse contexto que entra em acção o anti-retroviral como atenuante. Assim, como adiantam Kelly e Kalichman (2002), no estudo sobre HIV/SIDA emergiram duas categorias. A primeira é a prevenção primária que consiste em reduzir os riscos da contaminação do HIV/SIDA entre as pessoas, e a segunda é a prevenção secundária que procura explorar formas de como ajudar pessoas infectadas pelos vírus do HIV/SIDA, reduzindo ou aliviando as consequências adversas.

## **2.Marco Conceptual**

### **2.1 Vírus da imunodeficiência adquirida o HIV**

Vírus da imunodeficiência adquirida o HIV, é um retrovírus que provoca uma redução imunológica crónica e que tem comportamento progressivo. Essas características estão relacionadas ao decréscimo nos níveis dos linfócitos CD4, que actuam como mensageiros de ataque para diversos leucócitos a fim de que se inicie o combate imunológico contra o agente agressor, com o ataque aos linfócitos CD4 esta defesa do organismo fica deficitária, o que muitas vezes ocasiona a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) como consequência (MSAU 2004).

Rodrigues (2017:41), define a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) como sendo:

uma manifestação clínica avançada da doença causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Caracteriza-se por um transtorno da imunidade celular, resultando em maior susceptibilidade a infecções oportunistas e neoplasias<sup>1</sup>. A transmissão dessa síndrome é predominantemente sexual, embora haja outras formas de exposição ao HIV, tais como a transmissão sanguínea e vertical.

#### **2.1.2 Adesão e Abandono**

Segundo a OMS (2002) citado por Carvalho (2014:8), a adesão ao tratamento anti-retroviral pode ser definida como o comportamento de uma pessoa tomar remédios, seguir uma dieta, ou executar mudanças em estilo de vida, que, entretanto, corresponde às recomendações da equipe da saúde.

Carvalho (2014:4), diferentemente da definição da OMS que apenas concentra a sua atenção naquilo que é recomendado pela equipa da saúde, busca a subjectividade do paciente em relação à adesão. Estes autores entendem que a “adesão é um compromisso de colaboração activa e intencional do paciente no curso de um comportamento, aceite de mútuo acordo, com objectivo de produzir um resultado preventivo ou terapêutico desejado.”

Na mesma linha Carvalho (2014) citando, Cunha (2010) entende a adesão como um processo colaborativo que facilita aceitação e integração de determinado regime terapêutico no quotidiano das pessoas em tratamento, pressuposto sua participação nas decisões sobre o mesmo.

As definições de Carvalho (2014) e Cunha (2010: 45-54) ressaltam a questão da mútua colaboração entre o paciente e a equipe da saúde no processo de adesão ao tratamento, aspecto que considero crucial no processo da adesão. No entanto, no presente trabalho recorre a estas definições na medida em que no campo em que se fez a pesquisa, não importa as recomendações médicas para as pessoas aderirem o tratamento anti-retroviral.

No que tange ao abandono, o Dicionário Aurélio define o conceito como estado ou condição de quem ou do que é, ou esta abandonado, largado, desamparado. Assim, partindo dessa definição e olhando especificamente para o caso de abandono do tratamento anti-retroviral, consiste em acto de “abandonar a TARV em paralelo ao acompanhamento clínico, incluindo o comparecimento às consultas, a realização de exames e de qualquer outra acção relacionada ao auto cuidado” (Anónimo 2008: 45).

### **2.1.3 Adesão ao tratamento anti-retroviral**

Diversos conceitos de adesão podem ser identificados. Em uma compreensão mais restrita, adesão pode ser definida como o comportamento de uma pessoa – tomar medicamentos, seguir uma dieta ou fazer mudanças no estilo de vida que corresponde às recomendações da equipa de saúde. Essa definição parte de uma compreensão limitada, pois equivale à noção de obediência, ao acto de conformar-se ou acatar. Sugere que o esquema terapêutico prescrito não foi fruto de uma decisão compartilhada entre a pessoa e o profissional de saúde (Haynes , 1991).

Para o Ministério da Saúde, Moçambique (2017) a adesão é um processo dinâmico e multifactorial que abrange aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais 20. Entretanto, não há uniformidade de critérios para a adesão aos antirretrovirais.

A eficácia da terapia antirretroviral altamente potente (TARV) para o vírus da imunodeficiência humana (HIV) já está bem estabelecida na literatura científica, porém a efectividade dela depende especialmente da adesão dos pacientes aos medicamentos antirretrovirais 3,4,5.

Segundo Bonolo et al (2007) estudos indicam a necessidade de níveis elevados de adesão às drogas para a redução da replicação do HIV no sangue circulante . Muito tem sido feito com o objectivo de reduzir a morbilidade e manter a qualidade de vida dos portadores do HIV . Os estudos que se baseiam na supressão viral referem que, para o

indivíduo com AIDS atingir a supressão viral, o percentual de adesão aos esquemas terapêuticos deve ser de pelo menos 80% .

Os autores acima citados, explicam ainda, que a adesão ao tratamento anti-retroviral, pela importância e complexidade das questões que envolve, requer uma abordagem ampla, que transcenda sua dimensão estritamente assistencial e que permita examina-la a luz do conjunto das políticas públicas de mitigação da epidemia.

Para Organização Mundial da Saúde, adesão ao tratamento significa "a medida com que o comportamento de uma pessoa corresponde às recomendações de um profissional da saúde".

A adesão ao tratamento antirretroviral, pela importância e complexidade das questões que envolve, requer uma abordagem ampla, que transcenda sua dimensão estritamente assistencial e que permita examina-la a luz do conjunto das políticas públicas de acompanhamento da epidemia.

Para Gustavo, (2004:231), adesão é um processo “colaborativo que facilita a aceitação e a integração de determinado regime terapêutico no cotidiano das pessoas em tratamento, pressupondo sua participação nas decisões sobre o mesmo”.

Giddens (2001:160) define o estigma como “qualquer característica que coloca um indivíduo ou grupo à parte da maioria da população, resultando daí que o indivíduo ou grupo é tratado com suspeição ou hostilidade.”

De acordo com a ONUSIDA (2000:10), “A discriminação ocorre quando é feita uma distinção em relação a uma pessoa, em consequência da qual ela é tratada incorrecta e injustamente, por pertencer, ou por se presumir que pertence, a determinado grupo.” As pessoas ou grupos discriminados não têm os direitos e recursos que estão ao alcance dos outros.

#### **2.1.4 Fraca adesão ou não adesão ao tratamento anti-retroviral**

A organização Mundial da Saúde (OMS 2015) define a fraca adesão ao tratamento anti-retroviral “quando se verifica no paciente uma frequência irregular ou pouca de

comum ao recomendado. Quando ocorre num período maior de 100 dias sem realizar a retirada dos anti-retrovirais na sua Unidade Sanitária habitual.”

Marins et al (2003) referem que não adesão ou baixa adesão ao uso da TARV implica a falência dos esquemas básicos de tratamento. Esse quadro pode estabelecer a necessidade de esquemas terapêuticos considerados de resgate no mundo, e eles são mais complexos e geralmente exigem um número maior de comprimidos.

Autores acimacitados considerada que a não adesão constitui uma ameaça nos planos individual e colectivo levando ao comprometimento da efectividade da terapia medicamentosa e favorecendo a disseminação de vírus que apresentem resistência aos medicamentos disponíveis, respectivamente, além do impacto para as políticas públicas de oferta de medicamentos anti-retrovirais e para o sistema de saúde.

## **2.2 Desenvolvimento Circunstancial**

No contexto da revisão de literatura sobre adesão/abandono do tratamento anti-retroviral de pessoas vivendo com HIV surgiram várias explicações, que podem, entretanto, ser agrupadas em quatro dimensões: dimensão económica, aspectos relacionados a efeitos colaterais dos medicamentos anti-retrovirais, o tratamento da equipe de saúde e dimensão sócio cultural (Da Costa 2008).

A descoberta do vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) aconteceu no início da década de 80, mais precisamente em 1981, porém observa-se que a quantidade de portadores tem aumentado significativamente nos últimos anos (Petersburgo, D. & Said, R. 2010)

O HIV é um retrovírus que provoca uma redução imunológica crónica e que tem comportamento progressivo, essas características estão relacionadas ao decréscimo nos níveis dos linfócitos CD4, que actuam como mensageiros de ataque para diversos leucócitos a fim de que se inicie o combate imunológico contra o agente agressor, com o ataque aos linfócitos CD4 esta defesa do organismo fica deficitária, o que muitas vezes ocasiona a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) como consequência (Marins et al 2003).

### **2.2.1 Tratamento antiretroviral**

A adesão ao tratamento é um dos maiores desafios ao tratamento de HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), ao nível global e com grande incidência nos Países em via de desenvolvimentos.

Neste contexto, o tratamento considera-se uma relação que se dá entre paciente e profissional que deve ser pautada com responsabilidade, ou seja, o paciente não deve ser visto como um sujeito passivo. A adesão ao tratamento como é o grau com que o paciente segue as instruções médicas, (Rodrigues 2017:64).

Para a Organização Mundial de Saúde (2001:14), a adesão ao tratamento “é o grau com que o paciente segue as instruções médicas,” essa definição pode ser vista como insuficiente, pois existe uma gama de intervenções usadas em tratamentos, como também diversos profissionais de saúde podem estar implicados em processos terapêuticos”.

Segundo a fonte acima citada à adesão envolve a busca de atendimento com profissionais de saúde, que compreende, entre outros: a toma de medicamentos de forma adequada, comparecer as consultas de acompanhamento e buscar mudanças comportamentais, como hábitos de vida saudáveis, incluindo a alimentação e a prática de actividade física

A epidemia do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e da doença que ele causa, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) apresenta números expressivos, com aproximadamente 33,4 milhões de pessoas vivendo com o vírus no mundo, sendo 2 milhões na América Latina, até 2008 (ONUSIDA, 2009). No Brasil, neste mesmo ano, registou-se 11.523 óbitos pelo agravo, com estimativa de 544.846 casos de SIDA até Junho de 2009 (Brasil, 2009).

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, cursa com um amplo espectro de apresentações clínicas, desde a fase aguda ate a fase avançada da doença. Em indivíduos nao tratados, estima-se que o tempo médio entre o contágio e o aparecimento da doença esteja em torno de dez anos.

A infecção aguda é definida como as primeiras semanas da infecção pelo HIV, até o aparecimento dos anti-corpos anti-HIV (soro conversão), que costuma ocorrer em torno

da quarta semana após a infecção. Nessa fase, bilhões de partículas virais são produzidas diariamente, a viremia plasmática alcança níveis elevados e o indivíduo torna-se altamente infectante.

Como em outras infecções virais agudas, a infecção pelo HIV é acompanhada por um conjunto de manifestações clínicas, denominada Síndrome Retroviral Aguda (SRA), que se apresenta geralmente entre a primeira e terceira semana após a infecção. Entre 50% a 90% dos indivíduos infectados apresentam SRA. Os sinais e sintomas que caracterizam a SRA, por serem muito semelhantes aos de outras infecções virais, são habitualmente atribuídos a outra etiologia e a infecção pelo HIV comumente deixa de ser diagnosticada.

### **2.2.2. Contexto de vida de pessoas vivendo com HIV**

O contexto de vida de pessoas vivendo com HIV vem-se modificando nos últimos anos, em grande parte por causa dos avanços relacionados ao surgimento da terapia anti-retroviral (TARV), que resultou em aumento da sobrevida, diminuição dos internamentos por doenças oportunistas e queda da mortalidade (Marins et al 2003).

Com o advento da TARV, HIV assumiu características de doença crônica, em especial nos países onde o acesso aos medicamentos é efectivamente garantido determinando a necessidade de novas práticas relacionadas ao tratamento no quotidiano das pessoas vivendo com HIV (Baer, Roberts, 2002).

*A adesão ao tratamento, como atrás foi referido assume importância crucial diante da perspectiva de uma vida longa e com qualidade. Para Paterson et al., (2000); alguns estudos indicam que a eficácia do tratamento, expressa nos níveis de supressão viral, exige que o uso do esquema terapêutico deva ser igual ou superior a 95% das doses prescritas. A adesão insatisfatória pode estar associada ao desenvolvimento de resistência viral.*

### **2.2.3 HIV e Saúde mental**

O Vírus da Imunodeficiência Humana e saúde mental são elementos que devem andar juntos. O diagnóstico da HIV afecta profundamente a vida das pessoas acometidas tanto na área profissional, financeira e social quanto em relação à saúde mental. Problemas de

saúde mental influenciam na redução da qualidade de vida de pessoas seropositivas, além de se tornarem uma barreira para o tratamento antirretroviral (Organização Mundial da Saúde (2002).

#### **2.2.4 Mulheres grávidas: adesão e prevenção da transmissão de HIV**

Estudos realizados em 2015 pela Universidade de Brasília e Hospital Universitário de Brasília, sobre a adesão e prevenção da transmissão de HIV indicaram o seguinte:

- a. A adesão ao tratamento pelas mulheres grávida seropositiva é fundamental para o sucesso da prevenção da transmissão vertical do HIV e, conseqüentemente, para a redução do número de crianças infectadas;
- b. A supressão viral completa é uma condição importante para reduzir as oportunidades de transmissão do HIV para a criança no momento do parto. Além do bebê, a mulher também se beneficia, pois poderá fortalecer sua condição imunológica e reduzir a carga viral plasmática, com vantagens evidentes para a sua própria saúde;
- c. A motivação elevada para adesão é observada com frequência em gestantes, tendo em vista o interesse na proteção do bebê em relação ao HIV. Por isso, a gestação pode ser um momento propício para trabalhar a adesão, visando a expandir essa motivação e o autocuidado no período pós-gravidez.

#### **2.2.5 Representações sociais ao HIV**

Desde o início da epidemia surgiram concepções sobre o HIV que persistem até hoje, como o da distinção entre um grupo e outro: os portadores da doença, os assintomáticos dos sintomáticos. Essa diferenciação pode ter implicações na vivência da enfermidade, a partir do diagnóstico da infecção do HIV. (Almeida et al 2007)

Receber resultado positivo hoje é tão diferente quanto no início da epidemia. Parece haver semelhanças em alguns aspectos e distinções em outros. No que se refere ao

preconceito, embora pareça ter diminuído, este ainda se mostra presente em contextos diversos, inclusive por parte dos próprios profissionais de saúde (Marques, et al 2006).

O medo de sofrer estigma, preconceito ou discriminação faz com que comunicar o diagnóstico para outras pessoas do convívio sócio-familiar seja uma decisão difícil, cujo ato, muitas vezes, ainda é evitado e adiado. Nessa perspectiva, pessoas que descobrem a seropositividade vêm-se diante das seguintes dúvidas e dilemas: se vale a pena, como, quando e para quem comunicar sobre o diagnóstico.

O segredo sobre o HIV pode ter impacto negativo na adesão, na medida em que a pessoa receia que terceiros desconfiem de sua seropositividade ao descobrirem que usa determinados remédios, por exemplo. Assim, esconder o diagnóstico pode significar deixar de fazer muitas coisas do próprio tratamento, como: ir às consultas, fazer exames, pegar os medicamentos e tomá-los nos horários e doses recomendados.

Portanto, assumir a condição de pessoa vivendo com HIV e compartilhar o diagnóstico com pessoas de confiança do convívio sócio-familiar, podem favorecer a adesão adequada e o autocuidado.

Muitos pacientes, assim que recebem o diagnóstico da infecção pelo HIV, explicitam, directa ou indirectamente, os possíveis obstáculos para a adesão ao tratamento. Essas dificuldades podem ser minimizadas, ou mesmo evitadas, no processo de aconselhamento pós-teste. É na entrega do resultado que o profissional de saúde pode fazer uma ponte para a adesão ao tratamento. É no momento do conhecimento do diagnóstico que a atenção e o respeito, do profissional pode garantir ao paciente o sentimento de vínculo e suporte, fundamentais para o processo de adesão (Santos, 2001).

O Vírus da Imunodeficiência Humana representa um dos sérios problemas de saúde pública, caracterizando-se como epidemia global, com rápida disseminação e agravamento. Nesse contexto, exige-se resposta premente e necessidade de recursos económicos, políticos, sociais e psicológicos que façam frente a uma problemática com tal magnitude (Jodelet, 1986:54).

No início da epidemia, era considerada, no conhecimento de censo comum, doença que atingia um grupo restrito, o denominado “grupo de risco”, do qual faziam parte homossexuais, hemofílicos, além dos profissionais do sexo. O uso dessa expressão marcaria a construção histórica, cultural, imaginária e social da .Posteriormente, a

epidemia foi associada, ainda, a “comportamento de risco”. Esse modelo foi fortemente criticado por culpabilizar o indivíduo por ter falhado nos esforços de prevenção e/ou protecção(Paulilo, 1999:41)

Tal conceito foi substituído pelo de vulnerabilidade, pois a oportunidade de exposição das pessoas ao vírus da imunodeficiência humana (HIV) e ao adoecimento, decorrente, não é resultante de um conjunto de aspectos individuais, colectivos e contextuais.

Considerando as profundas desigualdades nas sociedades dos países do terceiro mundo e a propagação da infecção pelo HIV, se revela epidemia de múltiplas dimensões que vem, ao longo do tempo, sofrendo transformações significativas em seu perfil epidemiológico, sendo hoje marcada pela sua feminização, heterossexualização, interiorização, envelhecimento, baixa escolarização e pauperização. No entanto, em quase três décadas da epidemia, é evidente o avanço referente ao tratamento dessa doença; pois, com o advento dos antirretrovirais, se observou melhora significativa na qualidade de vida das pessoas que vivem com o HIV(Jodelet, 1986:67).

Ao reflectir sobre a sua disseminação, é preciso considerar as transformações dessa epidemia em seu contexto histórico, principalmente em relação às formas de transmissão, às tendências de vulnerabilidade da doença e, também, aos significados construídos para enfrentar essa realidade (Doise, 2001:27).

### **2.2.6 Qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV**

Qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV (QV) é considerada como: “a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores em que se encontra inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões preocupações. É um conceito de amplo espectro, que incorpora de modo complexo a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência e as relações sociais das pessoas, bem como suas interfaces com importantes características de seu meio.

A QV está relacionada com o quotidiano das pessoas, considerando a subjectividade expressa na percepção e expectativa sobre a vida, além das questões relacionadas com as

atitudes frente a enfermidades e doenças, apoiando-se na compreensão das necessidades humanas essenciais, espirituais, materiais e, principalmente, na promoção da saúde (Vieira Fima 2008).

## **2.3 Marco Teórico**

### **2.3.1. Contexto de Adesão e Abandono**

Segundo a OMS (2002) citado por Carvalho (2014:8), a adesão ao tratamento anti-retroviral pode ser definida como o comportamento de uma pessoa tomar remédios, seguir uma dieta, ou executar mudanças em estilo de vida, que, entretanto, corresponde às recomendações da equipe da saúde.

Carvalho (2014:4), diferentemente da definição da OMS que apenas concentra a sua atenção naquilo que é recomendado pela equipa da saúde, busca a subjectividade do paciente em relação à aderência. Estes autores entendem que a “adesão é um compromisso de colaboração activa e intencional do paciente no curso de um comportamento, aceite de mútuo acordo, com objectivo de produzir um resultado preventivo ou terapêutico desejado”.

Na mesma linha que Carvalho (2014)), Cunha (2010) entende a adesão como um processo colaborativo que facilita aceitação e integração de determinado regime terapêutico no quotidiano das pessoas em tratamento, pressuposto sua participação nas decisões sobre o mesmo.

No que tange ao abandono, o Dicionário Aurélio define o conceito como estado ou condição de quem ou do que é, ou esta abandonado, largado, desamparado. Assim, partindo dessa definição e olhando especificamente para o caso de abandono do tratamento anti-retroviral, consiste em acto de “abandonar a TARV em paralelo ao acompanhamento clínico, incluindo o comparecimento às consultas, a realização de exames e de qualquer outra acção relacionada ao auto cuidado” (da Costa 2008: 45).

As definições de Carvalho (2014) e Cunha (2010: 45-54) ressaltam a questão da mútua colaboração entre o paciente e a equipe da saúde no processo de adesão ao

tratamento, aspecto que considero crucial no processo da adesão. No entanto, no presente trabalho sigo estas definições na medida em que no campo em que fiz a minha pesquisa, não importa as recomendações médicas para as pessoas aderirem o tratamento anti-retroviral.

A literatura tem apontado diversos factores preditivos para a não-adesão ao tratamento com o anti-retroviral que podem ser agrupados em: factores relacionados à pessoa sob tratamento; à doença; ao tratamento; aos serviços de saúde e suporte social. (Petersburgo, D., & Said, R. 2010).

Frente a estes indicadores é necessários que sejam preparadas intervenções para que a adesão seja construída, em um processo contínuo entre o profissional e o cliente, de forma que este se aproprie de seu tratamento, compreendendo e comprometendo-se com a execução das orientações dada.

## **2.4 Marco Referencial**

Para a contextualização desta pesquisa o percurso teórico consistiu a busca de trabalhos já publicados tanto na internet, quanto nas revistas científicas produzidas pelas entidades credíveis moçambicanas e juntando com trabalhos de campo, efectuados na Localidade de Alto Lugela, distrito do mesmo nome, como dados empíricos. Os estudos permitiram proporcionar conhecimento sobre os conceitos adesão e abandono, quer no âmbito genérico, quer na perspectiva moçambicana, como abaixo elucidada.

### **2.4.1 Adesão e abandono do TARV no mundo**

Alves (2004), apontam que de entre os factores que podem levar à baixa adesão ao tratamento anti-retroviral estão a ocorrência de efeitos colaterais, esquemas com posologias incompatíveis com as actividades diárias do paciente, número elevado de comprimido, necessidades de restrição alimentar, falta de compreensão e falta de informação sobre as consequências da não adesão.

Faustino (2006), no seu estudo sobre o comportamento de adesão ao TARV, elenca um conjunto de itens como uma tentativa generalizante de explicar as causas da fraca adesão ao tratamento antiretroviral.

Faustino (idem), com recurso a observação e entrevistas procurou descrever e avaliar os efeitos de intervenção cognitivo-comportamental em grupo sobre o comportamento de adesão ao tratamento anti-retroviral de pessoas seropositivas com dificuldades de adesão antes da intervenção e três meses após a intervenção.

De forma conclusiva, Faustino (2006:24) argumenta que a fraca adesão ao tratamento do HIV/Aids<sup>1</sup> está relacionada à precariedade em ausência de suporte social e afectivo, ou percepção por parte do sujeito de que esse apoio é insuficiente; baixa escolaridade, habilidades cognitivas insuficientes para lidar com as dificuldades e as exigências do tratamento; intervenção-comportamental e comportamento de adesão ao tratamento antiretroviral em pessoas vivendo com HIV/SIDA.

Não aceitação da seropositividade, pois tomar os remédios significa reconhecer que a condição da infecção pelo HIV é uma realidade; abuso de álcool e outras drogas; presença de transtornos mentais, como a depressão e ansiedade; efeitos colaterais da medicação anti-retroviral, que tornam o próprio tratamento aversivo; relações insatisfatórias do sujeito com o médico e com os demais profissionais da equipe de saúde, incluindo seu nível de satisfação com os serviços prestados, com os procedimentos realizados e acesso ao exame, medicamentos e consultas; crenças negativas e informações inadequadas sobre a enfermidade e o tratamento; dificuldades de organização para adequar as exigências do tratamento as rotinas diárias, como: horário de acordar, das refeições, do trabalho e de ingestão da medicação.

#### **2.4.2 Adesão e abandono do TARV em Moçambique**

TARV é uma estratégia de combate ao HIV/SIDA. “Com a sua implementação, o contexto de vida de pessoas vivendo com HIV/Aids modificou-se nos últimos anos, resultando em aumento da sobre vida, diminuição das intenções por doenças oportunistas e queda da mortalidade (Marins *et al.* 2003:679)”. Moçambique, até 2001, manteve oficialmente uma posição contrária à inclusão da terapia anti-retroviral (TARV) como estratégia no combate ao HIV/Aids, com o argumento do custo associado às limitações de recursos infra-estruturas e de recursos humanos (Branbatti 2007: 56).

Neste período, Moçambique encontrava-se na posição de desenvolvimento de políticas para a prevenção do HIV/SIDA. Mas, ainda nesse período, como referencia Matsinhe (2005), algumas ONGs internacionais começaram a oferecer TARV nos serviços estatais de saúde de que apóiam numa tentativa de provar sua viabilidade.

De acordo com o Plano Estratégico Nacional de Combate às ITS/HIV/SIDA (2004-2008), a implementação da terapia anti-retroviral se deu em 2001 com a aprovação do Diploma Ministerial número 183-A/2001. O documento regulamentou o processo de introdução oficial dos anti-retroviral em Moçambique e, depois dessa data, começou a fazer-se monitoria sobre a sua eficácia.

O Plano Estratégico Nacional de Combate às ITS/HIV/SIDA, refere que a terapia anti-retroviral começou a ser administrada em dois hospitais (Maputo e Beira) e em 2002, e no final de 2003, já era oferecida em cerca de dez serviços de saúde apoiado por ONGs. Contudo, a preocupação com adesão ao tratamento esta explicita neste documento, como sendo um dos maiores desafios da expansão do acesso ao tratamento.

Petersburgo e Said (2010) realizaram um estudo entre as províncias de Maputo, nos distritos de Matola e Boane, e província de Zambézia, no distrito de Namacurra e cidade de Quelimane em Moçambique. O estudo teve como objectivo identificar factores que influenciavam a adesão ao TARV. Petersburgo e Said (2010) concluíram que as dificuldades de lidar com a medicação quando não se tem de comer e as dificuldades de deslocamento à Unidade Sanitária, são as principais razões para a interrupção do TARV.

De uma forma geral, as causas de fraca adesão e abandono do tratamento anti-retroviral estão situadas no âmbito económico e localização distante das Unidades Sanitárias em relação ao paciente. Portanto, a estratégia para melhoria deste dilema tem sido desenhada em função destas constatações, sobretudo no que tange a construção de mais unidades sanitárias próximo aos pacientes, facto que leva o fracasso dessas estratégias uma vez que não são combinadas as causas e poucas vezes fala-se dos aspectos culturais como factores que intervêm no processo de fraca adesão e abandono ao tratamento.

Fernandoset al (2006)referem a abordagem sobre a adesão ao tratamento quando há concordância entre o comportamento do paciente na utilização de medicamentos ou

seguimento de medidas não farmacológicas, e aquelas recomendações feitas pelos profissionais da saúde. Os pacientes costumam aderir ao tratamento se já experimentarão o problema, quando por exemplo, já foram ou estão sair de uma doença

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), agente responsável pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), representa um dos mais sérios desafios de saúde no mundo. Aproximadamente 37,9 milhões de pessoas vivem com HIV, contudo somente 23,3 milhões tem acesso à Terapia Antirretroviral (TARV), tendo por consequência a morte de dezenas de milhões de pessoas por causas relacionadas à AIDS desde o início da epidemia em 1981 (UNAIDS, 2019).

## **Capítulo III**

### **3. Metodologia**

O estudo foi realizado no Centro de Saúde Namagoa e, nos Povoados de Namalalo e Suanhalo, na Localidade de Alto Lugela, Distrito do mesmo nome, escolhido pela experiência acumulada, na assistência a pacientes HIV positivos no âmbito da atenção primária desde 2013. Para efeitos, como método desenvolveu-se como pesquisa descritiva, que buscou descrever os caminhos que foram percorridos para sua realização.

#### **3.1 Tipo de pesquisa**

O presente estudo quanto a natureza circunscreve-se numa pesquisa aplicada, porque o fenómeno a estudar enquadra-se nas ciências sociais e, pretende-se abordá-lo de maneira a gerar conhecimento e propor soluções práticas para o problema colocado (Gil 2002:35).

##### **3.1.1 Quanto a abordagem**

Para o presente estudo, a abordagem a que recorreu foi, estratégia qualitativa por considerar-se mais apropriada para o alcance dos objectivos pretendidos neste trabalho, que por outro lado, possibilita descrever compreender e interpretar os fenómenos verbalizados no acto de colecta de dados (Silva, e tal (2005:66).

##### **3.1.2 Quanto aos objectivos**

Quanto aos objectivos, recorreu-se a investigação descritiva, que tem como finalidade descrever, observar as características de determinadas população ou fenómeno e/ou estabelecer relações entre variáveis (Silva, e tal (2005:45),

##### **3.1.3 Quanto a população e amostra**

População ou universo deve-se entender como sendo a totalidade dos indivíduos observados que fazem parte do problema estudado. Assim, para esta pesquisa foram seleccionados 35 indivíduos com destaque para as mulheres grávidas vivendo com HIV, profissionais/eu conselheiros de saúde e actores comunitários. Para efeito, foram escolhidas aleatoriamente 10 pessoas, como amostra distribuídas em enfermeiros 2; conselheiros 2; actores comunitários 2 e Mulheres grávidas 4 (Lakatos, et al 1983:16).

### **3.2 Quanto aos procedimentos técnicos de colecta de dados**

Por se tratar de um estudo de caso, usamos dados documentais e bibliográficos disponíveis no Centro de Saúde de Namagoa, que nos serviram para a busca de informações das mulheres grávidas vivendo com HIV com défice participação ao tratamento de anti-retroviral. Por outro lado, para obtenção dessas informações recorreu-se a um guia de entrevista semi-estruturada.

### **3.3 Quanto aos procedimentos administrativos**

Para efeitos de realização deste nosso estudo foram observados estritamente todos os procedimentos administrativos. Assim, procedeu-se a revisão bibliográfica consultando o material já publicado, constituído, principalmente, pelos artigos científicos, livros, revistas, publicações periódicas, jornais oficiais, internet.

Na sequência, o projecto da nossa pesquisa foi, primeiramente, submetido a Comissão Científica do Instituto Superior da Humanidades, Ciências e Tecnologias para efeitos de aprovação. De seguida o mesmo projecto foi remetido aos Serviços Provinciais de Saúde, e finalmente, ao Comité Institucional de Bioético da Zambézia para avaliar a compatibilidade ética do tema a investigar. Foi solicitado, por outro lado, ao Instituto Superior de Humanidades, Ciências e Tecnologia uma credencial de premissa para apresentar ao local de estudo.

Foi solicitada a autorização a direcção do Centro de Saúde de Namagoa a realização do estudo.

As participantes foram escolhidas de modo aleatório, para a entrevista, foi lido e explicado o termo de consentimento, cujos nomes foram codificados de modo a salvaguardar o sigilo para as entrevistadas.

#### **3.4.1 Critérios de inclusão e exclusão**

Para o critério de inclusão fizeram parte do estudo as mulheres grávidas com idade compreendida entre 18 a 25 anos de idade vivendo com HIV, que apresentam fraca adesão ao tratamento anti-retroviral. Quanto ao critério de exclusão foi de todas as mulheres grávidas portadoras de HIV, com idade inferior, atrás apontada, que frequenta periodicamente, as sessões de aconselhamento e consultas.

## Capítulo IV

### 4 Apresentação de Resultados

#### 4.1 Perfil social-demográfico

Neste capítulo apresentam-se os resultados das entrevistas realizadas com os participantes descritos e objecto deste nosso estudo. Para o efeito e, com vista a assegurar o sigilo dos entrevistados os nomes foram codificados da seguinte forma:

- a) Mulheres grávidas seropositiva sigla MGHIV
- b) Provedores de saúde do Centro de Saúde de Namagoa PS
- c) Actores Comunitários com Sigla AC3

Quanto ao perfil socio-demografico, o estudo envolveu 10 participantes cuja faixa etária varia entre 18 a 52 anos, todas de sexo feminino, representando as seguintes características:

- a. Sobre o estado civil das 10 entrevistadas 2 são solteiras
- b. Sobre o nível de escolaridade das 10 entrevistadas: 4 possuem 12 classe; 2 têm 10 classe e as restantes 4 varia entre 3ª a 7ª classes
- c. Quanto ao grau de ocupação das 10 entrevistadas: 2 enfermeiras de SMI, de nível médio profissional; 2 conselheiras de saúde; 2 actores comunitárias e 4 camponesas.

#### Apresentação dos dados da entrevista

**Pergunta 1** Quando você tomou conhecimento que era portadora de HIV?

Quadro 1	Respostas dos entrevistados	
	MGHIV1	Um ano depois de manter relações sexuais fora do meu lar
	MGHIV2	Seis anos depois

Elaborado por: Elerva/2022

**Pergunta 2.** Qual foi sua reacção quando percebeu que está infectada por HIV?

Quadro 2	Respostas dos entrevistados	
	MGHIV1	De tristeza
	MGHIV2	Tristeza parecia fim do mundo

Elaborado por: Elerva/2022

**Pergunta3.** Quando foi informada que tinha HIV e aconselhada para iniciar com o tratamento anti-retroviral como terá se sentido após a toma?

Quadro 3	Respostas dos entrevistados	
	MGHIV1	Foi um pouco difícil para encarar o resultado
	MGHIV2	Primeiro dias foi difícil pelo tamanho de comprimido, mal habituando

Elaborado por: Elerva/2022

**Pergunta 4.** Qual o entendimento que você tem em relação a importância de toma de medicamentos contra HIV?

Quadro 4	Respostas dos entrevistados	
	MGHIV1	E bom tomar medicamento para se prevenir de algumas doenças e manter-se saudável
	MGHIV2	E importante tomar os comprimidos porque melhora a saúde da pessoa mas acho melhor tomar quando a pessoa esta doente

Elaborado por: Elerva/2022

**Pergunta 5.** Qual foi a reacção do seu parceiro quando este tomou conhecimento que você era portadora de HIV?

Quadro 5	Respostas dos entrevistados	
	MGHIV1	Decidiu terminar a relação mas depois de muita conversa continuamos.
	MGHIV2	Meu parceiro é seropositivo mas não tinha como informar, agora acolheu-me.

Elaborado por: Elerva/2022

**Pergunta 6.** Qual tem sido o comportamento dos familiares quando tomaram conhecimento do seu sero estado?

Quadro 6	Respostas dos entrevistados	
	MGHIV1	Ninguém sabe do meu seropositivo
	MGHIV2	Não informa ninguém

Elaborado por: Elerva/2022

**Pergunta 7.** Qual tem sido a sua periodicidade nas consultas de seguimento?

Quadro 7	Respostas dos entrevistados	
	MGHIV1	Levanto medicamento quando estou doente
	MGHIV2	Vou a consulta quando tenho tempo

**Pergunta 8.** Qual o entendimento que você tem sobre o atendimento que é lhe oferecido pelos provedores e/ou actores comunitários na sua unidade sanitaria?

Quadro 8	Respostas dos entrevistados	
	MGHIV1	O atendimento e bom mas não quero ser seguida na minha casa
	MGHIV2	Os provedores e actores comunitários atendem bem mas não quero que ninguém venha na minha casa, irei ao hospital quando me sentir doente

Elaborado por: Elerva/2022

**Pergunta 9.**O ambiente de que é lhe oferecido sente-se a vontade e se acha que se guarda sigilo?

Quadro 9	Respostas dos entrevistados	
	MGHIV1	Não há sigilo
	MGHIV2	E sigiloso sim mas assim que vem na minha casa já deixou de ser sigiloso.

Elaborado por: Elerva/2022

## Entrevista aos provedores de Saúde do Centro de saúde de Namagoa

**Pergunta 1.** Quando você percebe que está perante a uma paciente infectada por HIV, quais têm sido os procedimentos a oferecer

Quadro 1	Respostas dos entrevistados	
	Ps1	1º ofereço apoio psicológico, saber como ela enfrenta essa realidade, quais são as dificuldades que ela tem ultrapassado para conseguir fazer o devido tratamento; como a distancia para a unidade sanitária e apoio familiar.
	Ps2	Primeiro deve-se dar apoio psicológico falando dos benefícios de início com tratamento e dizer que HIV mata quando não tratado.

Elaborado por: Elerva/2022

**Pergunta 2.** Na sessões de educação sanitária ou de aconselhamento que tipo de mensagens ou informação dissemina as seropositivas?

Quadro 2	Respostas dos entrevistados	
	Ps1	As mulheres gestantes devem tomar correctamente os medicamentos para prevenir a transmissão vertical durante a gravidez e aleitamento materno para manter o bebe saudável.
	Ps2	Que ser seropositiva vista não é o fim de sua vida, mas sim o começo de uma etapa nova na sua vida, porque tem certos cuidados que ela terá que ter de modo que melhore a saúde dela assim como a do seu bebe que nasce em breve,

Elaborado por: Elerva/2022

**Pergunta 3.** Como avalia, em termos de adesão, o nível de participação das seropositivas ao tratamento anti-retroviral

Quadro 3	Respostas dos entrevistados	
	Ps1	No meu ponto de vista muitas delas já tem consciência da importância do tratamento e por isso aderem por livre vontade mas a minoria ainda precisam de apoio para aceitarem a sua situação actual
	Ps2	São esporádicas vem quando são buscadas pelos actores comunitários, ou as vezes quando estão doentes.

Elaborado por: Elerva/2022

**Pergunta 4.** Durante o processo de toma, que tipo de reacção ou informacoes que tem sido apresentados?

<b>Quadro 4</b>	<b>Respostas dos entrevistados</b>	
	<b>Ps1</b>	O comprimido e muito grande, tenho falta de comida, provocam-me muita fome, as vezes o meu marido me proíbe porque nãoestou doente.
	<b>Ps2</b>	A maioria reclama de tomar toda a hora e muito chata provoca muito fome e comprimido é muito grande.

Elaborado por: Elerva/2022

**Pergunta 5.** Qual tem sido como profissional de saúde o seu nível de satisfação em relação ao grau de cumprimento do calendário existente de controlo de frequência pela parte de seropositivas gestantes ao programa de HIV

	<b>Respostas dos entrevistados</b>	
	<b>Ps1</b>	As mulheres não cumprem 100% o calendário, vem quando estão doentes ou devem ser perseguidos na casas.
	<b>Ps2</b>	O meu nível de satisfação tem sido bom, uma vez que a maioria tem se mostrado aderente e consciente nos propósitos de adesão aoTRAV

Elaborado por: Elerva/2022

### **Entrevista aos actores Comunitários**

**Pergunta 1.** Como a comunidade interpreta o HIV como doença?

<b>Quadro 1</b>	<b>Respostas dos entrevistados</b>	
	<b>AC 1</b>	Alguns interpretam HIV como doença do Governo
	<b>AC 2</b>	A comunidade pensa que eles são ditos que tem HIV para as pessoas que trabalho no projecto continuarem a trabalhar.
	<b>AC3</b>	O HIV e uma doença que não tem cura que e oferecida

Elaborado por: Elerva/2022

**Pergunta 2** A presença de um indivíduo na família ou comunidade infectada por HIV, qual tem sido a reacção da família?

<b>Quadro 2</b>	<b>Respostas dos entrevistados</b>	
	<b>AC 1</b>	Muitas vezes e considerada como uma pessoa de ma conduta sexual.
	<b>AC 2</b>	E vista como uma pessoa de ma vida sexual.
	<b>AC 3</b>	Normalmente e considerada como uma pessoa de ma vida sexual ou múltiplos parceiros.

**Elaborado por: Elerva/2022**

**Pergunta 3.** Qual e o entendimento que a família e/ou comunidade tem sobre a importância de toma de medicamento contra HIV?

<b>Quadro 3</b>	<b>Respostas dos entrevistados</b>	
	<b>AC 1</b>	Alguns por terem um hospital acreditam que e importante a toma de medicamentos. Alguns não acreditam.
	<b>AC 2</b>	Alguns que tem um hospital de um familiar que morreu esteve doente e sem inicio de tratamento;
	<b>AC 3</b>	Alguns sabem que eduzem as doenças oportunistas como TB

**Elaborado por: Elerva/2022**

**Pergunta 4.** Qual o conteúdo das mensagens ou informações que transmite as comunidades ou familiares da pessoas portadora de HIV?

<b>Quadro 4</b>	<b>Respostas dos entrevistados</b>	
	<b>AC 1</b>	Inicio precoce do tratamento para não ser descoberto que esta doente. Tomar todos os dias para evitar infectar os filhos ou parceiro;
	<b>AC 2</b>	E para saber o que seu seropositivo do HIV e as pessoas positivas iniciarema toma para melhor a sua saúde;
	<b>AC 3</b>	A toma dos medicamentos e muito importante p;ara mulheres e a saúde manterem saudável junto seu bebe dando experiencia da realidade do actor.

**Elaborado por: Elerva/2022**

**Pergunta 5.** As desistências ou fraca adesão ao tratamento anti-retroviral têm sido preocupação pelas autoridades de saúde. assim como tem sido os prováveis motivos evocados?

<b>Quadro 5</b>	<b>Respostas dos entrevistados</b>	
	<b>AC 1</b>	Medo dos parceiros familiares; tamanho dos comprimidos; distancia das comunidades as unidades sanitárias e não se sentem doentes e falta de apoio famílias.
	<b>AC 2</b>	Alguns motivados desistências fraca adesão ao tratamento tem sido por causa de distancias percorridos das localidades as unidades sanitárias; parceiros discordantes, e algumas dizem que não estão doentes.
	<b>AC3</b>	Alguns motivados da fraca adesão ao tratamento anti-retroviral; alguns não se sentem doentes; distancias da comunidades as unidades sanitárias; parceiros discordantes; não ter apoio familiar e falta de alimentação.

Elaborado por: Elerva/2022

## Capítulo V

### 5. Discussão dos Resultados

Este trabalho envolveu 10 indivíduos, nomeadamente: 2 enfermeiras de SMI; 4 Mulheres grávidas com HIV; 2 Conselheiros de saúde e 2 Actores Comunitários. As respostas por elas dadas foram divergentes, mas apontando para os factores psicológicos como tristeza, desespero, negação e aceitação. Também referiram que acharam um pouco difícil encarar o resultado e o tamanho e a reacção dos comprimidos.

Factores que influenciam para a fraca adesão ou não adesão das mulheres grávidas ao tratamento anti-retroviral foram apontadas: Distâncias em relação às comunidades e unidades sanitárias; falta de apoio moral familiar; falta de condições financeiras para assegurar uma alimentação condigna, medo de estigma dos parceiros, quantidade de comprimidos a serem consumidos e diariamente.

Cunha, J. (2010) sugere que a não adesão é um problema crítico durante os seis primeiros meses seguintes ao início da terapia TARV em indivíduos virgens no tratamento, com baixo grau de escolaridade e, especialmente, entre os que têm história de tratamento psiquiátrico e uso de drogas lícitas ou ilícitas até um ano antes de iniciar a TARV.

Para Bonolo (2009) os factores que influenciam a adesão à TARV são descritos como aqueles relacionados ao indivíduo, à presença de comorbidades, ao esquema de TARV prescrito e ao serviço de saúde no qual o indivíduo é acompanhado.

No entanto, Gustavo et al (2004) destacaram a associação da não adesão como características sociodemográficas, acesso e uso de serviços de saúde, factores psicossociais, percepção da doença e factores relacionados ao tratamento.

De uma forma geral, as causas de fraca adesão e abandono do tratamento anti-retroviral estão situadas no âmbito económico e localização distante das Unidades Sanitárias em relação ao paciente.

Portanto, a estratégia para melhoria deste dilema tem sido desenhada em função destas constatações, sobretudo no que tange a construção de mais unidades sanitárias próximo aos pacientes, facto que leva o fracasso dessas estratégias uma vez que não são

combinadas as causas e poucas vezes se fala dos aspectos culturais como factores que intervêm no processo de fraca adesão e abandono ao tratamento.

Segundo as respostas obtidas na tabela 3 da pergunta 4, podemos inferir que a maioria das entrevistadas respondeu positivamente aos factores que influenciam na fraca adesão das mulheres grávidas ao tratamento anti-retroviral.

A questão quanto a reacção que as entrevistadas tiveram quando foram informadas que eram seropositivas. As respostas unanimemente, indicaram que desencadearam sentimento de tristeza, de desespero, medo, sobretudo, de construções sociais sobre a pessoa vivendo com HIV por isso, viver não fazia sentido: remataram.

Os dados colectados indicam que a discriminação espalhou-se rapidamente fomentando o receio e os preconceitos em relação aos grupos mais afectados e às pessoas que vivem com o HIV, houve pacientes que foram rejeitadas pelas suas famílias, pelos seus familiares e suas comunidades.

Os conceitos de estigmatização e discriminação estão intimamente ligados e são frequentemente mencionados simultaneamente. Porém, os seus significados exactos diferem. A discriminação refere-se ao comportamento, enquanto o estigma se define como uma característica ou atributo.

A questão sobre o comportamento dos familiares quando tomam conhecimento do seu estado de seropositividade.

A resposta foi de tudo ser tratado em sigilo, isto é, não informar a ninguém, para evitar a estigmatização

De acordo com a ONUSIDA (2000:10), “A discriminação ocorre quando é feita uma distinção em relação a uma pessoa, em consequência da qual ela é tratada incorrecta e injustamente, por pertencer, ou por se presumir que pertence, a determinado grupo.” As pessoas ou grupos discriminados não têm os direitos e recursos que estão ao alcance dos outros.

Fazendo uma análise geral no diz respeito aos resultados obtidos na pesquisa e alinhando com as ideias dos autores citados no trabalho, percebe-se que as causas das situações de preconceito e discriminação, estigma expostas as mulheres grávidas portadoras de HIV, podem propiciar à fraca adesão ao tratamento anti-retroviral. Neste contexto, escolhemos a perspectiva teórica do Petersburgo e Said (2010) apresentam como,

também, as causas de fraca adesão e abandono do tratamento anti-retroviral estejam situadas no âmbito sócio-económico, cultural e localização distante das Unidades Sanitárias em relação ao paciente.

### **Teoria de base da pesquisa**

Com vista ao enquadramento deste estudo escolheu-se a perspectiva teórica da OMS.

Segundo Organização Mundial da Saúde (OMS 2015) a fraca adesão ao tratamento anti-retroviral verifica-se quando no paciente uma frequência irregular ou pouca de comum ao recomendado. Quando ocorre num período maior de 100 dias sem realizar a retirada dos anti-retrovirais na sua Unidade Sanitária habitual.

## **Capítulo VI**

## 6. Conclusão

O presente estudo buscou compreender os factores que influenciam a fraca adesão das mulheres grávidas ao tratamento anti-retroviral, assistidas no Centro de Saude de Namagoa, Distrito de Lugela.

A preocupação que orientou a realização desta pesquisa, insere-se na abordagem sobreos factores que interferem na fraca adesão ao tratamento anti-retroviral das mulheres grávidas assistidas no Centro de Saúde de Namagoa. A perspectiva está relacionada com o facto de querer-se entender, as razões que levam ao abandono ao tratamento anti-retroviral como o quotidiano delas.

Neste contexto, foi necessario captar dos actores as suas elaboracoes sociais ou seja suas construoçoes como mulheres infectadas pelo virus do HIV, partiu-se da suposicao que a realidade e um fenomeno social construido por elas em suas vidas. Nossa tarefa foi traduzir o aprendido, descrever e interpretar como elas atribuem sentido às suas práticas quotidianas.

A ideia central da pesquisa foi verificar, por meio de análise dos discursos e sentimentos, das entrevistadas, como estas se comportam na sociedade em face do seu estado serológico, e, enquadrar as experiências destas mulheres no campo de conhecimento que relaciona as questões de saúde pública. Mas também demonstrar que o quotidiano destas mulheres é marcado por momentos de vulnerabilidade individual, social, cultural, antes e pós-infecção.

Longe de se elaborar uma análise completa, sobre as experiências quotidianas das mulheres grávidas estudadas e infectadas pelo HIV, a pesquisa procura apresentar alguns elementos para um entendimento psicológico sobre o HIV. As conclusões aqui apresentadas são parte desse entendimento. No entanto, entender as experiências destas mulheres passou por enquadrá-las no âmbito geral da condição e/ou do que é ser mulher em Moçambique.

Fazer isso incluiu, de entre outras coisas, perceber como as relações de género estruturam as relações e posições desiguais entre mulheres e homens na sociedade. Incluiu também discorrer sobre as práticas tradicionais e nocivas para as mulheres, que fazem parte de um sistema social que nega às mulheres a capacidade de decisão, aumentando suas posições de subalternas.

À luz das abordagens apontadas, formulou-se seguintes sugestões: dada as condições expostas por causa das situações de preconceito e discriminação que ainda são observadas em reacções à seropositividade, pessoas com HIV, em particular as mulheres grávidas podem vivenciar isolamento e restrição dos relacionamentos sociais, com impacto negativo na manutenção e estruturação da rede de apoio.

O apoio social se refere a acções que auxiliam pessoas no acompanhamento de dificuldades ou em contextos de stress, havendo duas modalidades: afectivo-emocional e operacional ou instrumental. O primeiro envolve acções como prover atenção, companhia e escuta. O segundo abarca acções concretas e operacionais do quotidiano, como auxílio em tarefas domésticas ou em aspectos práticos do próprio tratamento (acompanhar em uma consulta, buscar os medicamentos na unidade sanitária, tomar conta dos filhos nos dias de comparecimento ao serviço de saúde). Ambos fazem com que a pessoa se sinta cuidada, pertencente a uma rede social.

Sugere-se que profissionais de saúde devem consolidar parceiras institucionais e/ou intersectoriais que possam acolher e serem resolutivas em relação a demandas dessas pessoas, reduzindo suas vulnerabilidades.

As pessoas que vivem com HIV possuem os mesmos direitos da população geral. De forma a garantir a atenção à sua saúde e o direito a uma vida digna, destacamos alguns direitos em vigência no país tais como: direito a vida, a saúde, assistência médica independente da doença.

## Referências Bibliográficas

Antunes, M. C. et al (2002). Diferenças na prevenção da HIV entre homens e mulheres. São Paulo. *Rev. Saúde Pública*, 88-9

Almeida, M. R. ; Labronici, L. M (2007). A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral. *Ciência& Saúde Coletiva*, 263-74.

Bonolo, P. F.; Gomes, R. R. F. M.; Guimaraes, M. D. C.(2009). Adesão a terapia anti-retroviral

Botega, N. J. et al. (1995). Transtornos do humor em enfermaria de clínica medica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev. Saúde Pública*, [S.l.]

Bonolo PF, Gomes RRFM, Guimarães MDC. Adesão à terapia antirretroviral (HIV/AIDS): factores associados e medidas da adesão. *Epidemiol Serv Saúde* 2007; 16:261-78.

Campos, LN, César CC, Guimarães MDC, (2009). Qualidade de vida entre os indivíduos portador de HIV, após inicio de terapia . Belo Horizonte, Brasil

\_\_\_\_\_ (2004). Avaliação da qualidade de vida e dos níveis de ansiedade e depressão entre indivíduos infectados pelo HIV iniciando terapia anti-retroviral. 2004. 131

Carvalho, W. 2014. Avaliação da aplicabilidade de um instrumento para aferição da adesão do paciente ao tratamento anti-retroviral nos serviços do sistema único de saúde que assistem pessoas vivendo com HIV [Tese de doutoramento]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

Cunha, J. 2010. Representações sociais sobre a Aids e a Terapia Anti-retroviral: influencias no tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids. [Dissertação de Mestrado]. Belém: Universidade Federal de Pará/Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.

Faustino, M. 2006. Intervenção-comportamental e comportamento de adesão ao tratamento antiretroviral em pessoas vivendo com HIV/SIDA. [Dissertação de Mestrado]. Brasília: Universidade de Brasília/Instituto de Psicologia.

Fernandos JRM FA, Guimarães MCD (2006). Início tardio da terapia antiretroviral. Belo Horizonte, Brasil

Gustavo Machado Roch, (2004). Projecto de adesão ao tratamento anti-retroviral. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasil, São Paulo.

Lakatos, Eva Maria; Marconi, Marina de Andrade (1983). Metodologia Científica. São Paulo: Atlas.

MISAU (2007: factores associados e medidas de adesão. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*,

Organização Mundial da Saúde (2008). Prevenção do HIV: enfrentando os desafios, soluções de expansão. Genebra Suíça

Petersburgo, D., & Said, R. 2010. Adesão ao Tratamento Antiretroviral: Desafios Comportamentais - Análise Rápida de Situação na Zambézia e Maputo. Johns Hopkins University/Bloomberg School of Public Health/Center For Communication Programs.

Rodrigues M, Maksud I (2017). Abandono de tratamento: itinerários terapêuticos de pacientes com HIV.

República de Moçambique, Conselho de Ministros (2002): Plano Estratégico Nacional de Combate às DTS/HIV/SIDA, 2000-2002, Maputo.

Santos, D. F. A (2007). *Assistência às pessoas vivendo com HIV/Aids: aprendendo a cuidar do vírus ou da pessoa*. Tese (Doutorado)—Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro..

Silva, E.L. & Menezes, E. M. (2005). Metodologia de Pesquisa e elaboração de dissertação, 4ª edição Florinapolis: Texto Editora

Universidade Federal de Minas Gerais, (2004). Dissertação, Mestrado em Saúde Pública Belo Horizonte, 2004.

Vieira FMA 2008. Qualidade de vida de pessoas com HIV em uma região portuária do sul do Brasil. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

## **APENDICE**

## Apêndice A

Guião de entrevista as mulheres grávidas portadoras de HIV

Idade \_\_\_ anos

Género/sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Escolaridade: ( ) Básico ( ) Médio ( ) Bacharel ( ) Licenciado ( ) Outro

Tempo na função \_\_\_\_\_ anos

1. Quando você tomou conhecimento que era portadora de HIV?

---

---

---

2. Qual foi a sua reacção quando percebeu que está infectada por HIV?

---

---

---

3. Quando foi informada que tinha HIV e aconselhada para iniciar com o tratamento anti-retroviral como terá se sentido após a toma?

---

---

---

4. Qual o entendimento que você tem sobre a importância de toma de medicamentos contra HIV?

---

---

---

5. Qual foi a reacção do seu parceiro quando tomou conhecimento que você era portadora de HIV?

-

---

---

---

6. Qual tem sido o comportamento dos familiares quando tomaram conhecimento do seu seroestado?

---

---

---

7. Qual tem sido a sua periodicidade nas consultas de seguimento?

---

---

---

---

**8.** Qual o sentimento que tens sobre o atendimento que é oferecido pelos provedores e/ou actores comunitários sua unidade sanitária?

---

---

---

**9.** O ambiente de trabalho ou assistência médica que ti é oferecido sente-se a vontade e se acha que se guarda sigilo

---

---

---

## Apêndice B

Guião de entrevista aos provedores de saúde do Centro de Saúde de Namagoa

Idade \_\_\_ anos

Género/sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Escolaridade: ( ) Básico ( ) Médio ( ) Bacharel ( ) Licenciado ( ) Outro

Tempo na função \_\_\_\_\_ anos

1. Quando você percebe, que estás perante a uma paciente infectada por HIV, como provedor de saúde, quais tem sido os procedimentos a oferecer?

---

---

2. Nas sessões de educação sanitária ou de aconselhamento que tipo de mensagem ou informação que dissemina aos seropositivas gestantes ?

---

---

3. Como avalia, em termos de adesão, o nível de participação das seropositivas ao tratamento antiretroviral?

---

---

4. Durante o processo de toma que tipo de reacção ou de informações que tem sido apresentados pelas pacientes?

---

---

---

5. Qual tem sido, você como profissional de saúde, o seu nível de satisfação quanto ao grau de cumprimento do calendário existente de controlo de frequência pela parte de seropositivas gestantes ao programa de HIV?

---

---

---

## Apêndice C

Guião de entrevista aos actores comunitários

Idade \_\_\_ anos

Género/sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Escolaridade: ( ) Básico ( ) Médio ( ) Bacharel ( ) Licenciado ( ) Outro

Tempo na função \_\_\_\_\_ anos

**1.** Como a comunidade interpreta o HIV como doença?

---

---

---

**2.** A presença de um indivíduo na família ou comunidade infectada por HIV, qual tem sido a reacção que é lhe dado ?

---

---

---

Qual o entendimento que a família e/ou comunidade têm sobre a importância de toma de medicamentos contra HIV?

---

---

---

**3.** Qual o conteúdo das mensagens ou informações que transmite as comunidades ou familiares da pessoa portadora de HIV?

-

---

---

---

**4.** As desistências ou fraca adesão ao tratamento antiretroviral têm sido preocupação pelas autoridades de saúde. Qual tem sido os prováveis motivos?

ANEXO