



**UNIVERSIDADE POLITÉCNICA  
A POLITÉCNICA**

**INSTITUTO SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS E NEGÓCIOS –  
ISAEN**

**PROGRAMA DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA E  
DOENÇAS TROPICAIS**

**AVALIAÇÃO DA ADESÃO  
NA DISPENSA COMUNITÁRIA DOS ANTIRRETROVIRAIS  
POR AGENTES POLIVALENTES ELEMENTARES  
NO CENTRO DE SAÚDE DE MALEHICE, PROVÍNCIA DE GAZA:  
Impacto na supressão da carga viral nos pacientes inscritos  
entre 21 de dezembro de 2021 a 20 de dezembro de 2022**

**VICTOR MANUEL**

**Maputo  
2023**

**VICTOR MANUEL**

**AVALIAÇÃO DA ADESÃO  
NA DISPENSA COMUNITÁRIA DOS ANTIRRETROVIRAIS  
POR AGENTES POLIVALENTES ELEMENTARES  
NO CENTRO DE SAÚDE DE MALEHICE, PROVÍNCIA DE GAZA:  
Impacto na supressão da carga viral nos pacientes inscritos  
entre 21 de dezembro de 2021 a 20 de dezembro de 2022**

Dissertação apresentada no Programa de Mestrado em Saúde Pública e Doenças Tropicais da Universidade Politécnica como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

**Orientador: Prof. Doutor Jorge Luís Marques da Silva  
Atouguia**

**Maputo**

**2023**

**VICTOR MANUEL**

**AVALIAÇÃO DA ADESÃO  
NA DISPENSA COMUNITÁRIA DOS ANTIRRETROVIRAIS  
POR AGENTES POLIVALENTES ELEMENTARES  
NO CENTRO DE SAÚDE DE MALEHICE, PROVÍNCIA DE GAZA:  
Impacto na supressão da carga viral nos pacientes inscritos  
entre 21 de dezembro de 2021 a 20 de dezembro de 2022**

Dissertação apresentada no Programa de Mestrado em Saúde Pública e Doenças Tropicais da Universidade Politécnica como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Aprovada em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023

---

Prof. Doutor ...

---

Prof. Doutor ...

---

Prof. Doutor ...

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esta dissertação à minha família, que sempre esteve ao meu lado, oferecendo amor, compreensão e encorajamento em todos os momentos. Vocês são a minha base e fonte de inspiração.

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de expressar meus sinceros agradecimentos a todas as pessoas e instituições que contribuíram para a realização desta dissertação:

Ao meu orientador, Prof. Doutor Jorge Luís Marques da Silva Atougua, pela sua orientação e apoio contínuos ao longo deste projeto. Sua experiência e conhecimento foram fundamentais para o meu crescimento acadêmico.

Aos profissionais e funcionários do centro de saúde de Malehice, Província de Gaza, por sua colaboração e disponibilidade em compartilhar informações e dados essenciais para a realização desta pesquisa. Sem o seu apoio, este estudo não seria possível.

A todos os pacientes que gentilmente concordaram em participar deste estudo. Sua disposição em compartilhar suas experiências e informações foi crucial para a compreensão dos desafios e impacto da Dispensa Comunitária (DC) de Antirretrovirais (ARVs).

Aos meus colegas de estudo e amigos, que estiveram ao meu lado durante todo o percurso acadêmico, oferecendo apoio emocional, compartilhando ideias e proporcionando um ambiente encorajador para o crescimento intelectual.

Aos meus pais e familiares, por seu amor, incentivo e suporte incondicionais. Suas palavras de encorajamento foram um bálsamo durante os momentos desafiadores.

Por fim, gostaria de expressar minha gratidão a todos aqueles que, de uma forma ou de outra, contribuíram para a conclusão desta dissertação. Vocês são parte essencial dessa conquista.

## **RESUMO**

A Dispensa Comunitária (DC) dos ARVs é uma estratégia implementada para facilitar o acesso e a adesão ao TARV, envolvendo APEs para fornecer medicamentos antirretrovirais (ARVs) em suas áreas de Saúde. No entanto, a eficácia dessa abordagem em termos de adesão ao tratamento e supressão da carga viral ainda não foi estudada na Província de Gaza por esta estar na fase Piloto de implementação.

A presente dissertação se dedica à avaliação da eficácia da Dispensa Comunitária (DC) de Antirretrovirais (ARVs) por Agentes Polivalentes Elementares (APEs) no Centro de Saúde de Malehice, Província de Gaza. A pesquisa teve como objetivo principal analisar a adesão dos pacientes no Modelo Diferenciado de Serviços (MDS) da DC e investigar o impacto dessa abordagem na supressão da Carga Viral (CV). O estudo abrangeu o período de 21 de dezembro de 2021 a 20 de dezembro de 2022.

Para alcançar o objetivo proposto, foi realizada esta pesquisa, onde foram coletados dados sobre a adesão na DC e a supressão da CV em pacientes inscritos no período mencionado. Foram utilizados questionários, registros médicos e entrevistas aos pacientes e APEs.

Os resultados obtidos revelaram boa adesão (100%) nos pacientes no Modelo Diferenciado de Serviços (MDS) de DC dos ARVs, isto é, 100% dos pacientes na DC levantaram regularmente os ARVs no APE. Além disso, observou-se uma correlação positiva entre a adesão à DC e a supressão da CV (que esteve em torno de 99%), demonstrando assim a eficácia do modelo na melhoria dos resultados clínicos dos pacientes.

No entanto, também foram identificados alguns desafios e limitações na implementação tais como: Não realização de formações para atualização aos APEs; falta de material de trabalho e de conservação de medicamentos; o subsidio dos APEs não é atualizado há mais de 15 anos; dispensa de medicamentos apenas para 1 mês para os pacientes na DC.

A discussão dos resultados proporcionou uma análise aprofundada dos fatores que influenciam o sucesso da DC na região estudada. Com base nos desafios

identificados, apresentamos sugestões para aprimorar não apenas a adesão dos pacientes ao tratamento, mas também as condições e suporte fornecidos pelos APEs. As recomendações incluem treinamentos regulares para APEs, revisão dos subsídios e expansão do período de dispensa de medicamentos.

Para pesquisas futuras, recomendamos uma exploração mais profunda do impacto a longo prazo do Modelo Diferenciado de Serviços da DC em diferentes contextos e comunidades. Além disso, sugerimos investigar a viabilidade econômica do modelo (custo-benefício) e a eficácia da integração de tecnologias de comunicação e inovação.

**Palavras-chave:** *Dispensa Comunitária, antirretrovirais, adesão ao tratamento, Carga Viral, HIV, Saúde Pública.*

## **ABSTRACT**

Community Dispensing (CD) of ARVs is a strategy implemented to facilitate access and adherence to ART, involving APEs to provide antiretroviral drugs (ARVs) in their health areas. However, the effectiveness of this approach in terms of treatment adherence and viral load suppression has not yet been studied in Gaza Province because it is in the Pilot phase of implementation.

This dissertation is dedicated to evaluating the effectiveness of Community Dispensing (CD) of Antiretroviral (ARVs) by Elementary Polyvalent Agents (EPAs) in Malehice Health Centre, Gaza Province. The main objective of the research was to analyze patient adherence to the Differentiated Service Model (DSM) of CD and to investigate the impact of this approach on viral load (VL) suppression. The study covered the period from 21 December 2021 to 20 December 2022.

To achieve the proposed objectives, this research was carried out, where data was collected on adherence in CD and the suppression of VL in patients enrolled in the aforementioned period. Questionnaires, medical records and interviews with patients and APEs were used.

The results showed good adherence (100 per cent) among patients in the Differentiated Service Model (DSM) for ARVs in CD, i.e. 100 per cent of patients in CD regularly took ARVs in the EPA. In addition, a positive correlation was observed between adherence to CD and CV suppression (which was around 99%), thus emphasizing the model's effectiveness in improving patients' clinical outcomes.

However, some challenges and limitations in implementation were also identified, such as: failure to provide refresher training for APEs; lack of working materials and medication storage; the APE subsidy has not been updated for over 15 years; dispensing of medication for only one month for CD patients.

The discussion of the results provided an in-depth analysis of the factors that influence the success of CD in the region studied. Based on the challenges identified, we present suggestions for improving not only patient adherence

to treatment, but also the conditions and support provided by APEs. Recommendations include regular training for APEs, revision of subsidies and expansion of the drug-dispensing period.

For future research, we recommend further exploration of the long-term impact of DC's Differentiated Service Model in different contexts and communities. In addition, we suggest investigating the economic viability of the model (cost-effectiveness) and the effectiveness of integrating communication and information technologies.

**Keywords:** *Community dispensing, Antiretroviral, Treatment adherence, Viral load, HIV, Public health.*

## ÍNDICE

	Pág.
Lista de figuras e gráficos.....	12
Lista de tabelas .....	13
Lista de abreviaturas .....	14
1. INTRODUÇÃO E OBJECTIVOS .....	16
1.1. O problema.....	16
1.2. Objectivos .....	18
1.3. Organização da Dissertação .....	18
2. REVISÃO DA LITERATURA .....	20
2.1. Marco conceitual.....	20
Vírus de Imunodeficiência Humana (HIV) .....	20
Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA).....	21
Tratamento Antirretroviral (TARV) .....	21
Carga Viral.....	22
Adesão .....	22
Modelos Diferenciados de Serviços .....	22
Utentes sem doença avançada .....	23
Utentes com doença avançada .....	23
Utente estável.....	23
Utente instável .....	23
Dispensa Comunitária.....	24
Agentes Polivalentes Elementares .....	24
2.2. Desenvolvimento circunstâncial do fenómeno em estudo.....	26
2.3. Teorias e modelos já implementados .....	28
Teoria de adesão ao tratamento está diretamente relacionada à supressão da carga viral .....	28
Modelo de cuidado centrado no paciente .....	28
2.4. Marco referencial .....	28
3. METODOLOGIA.....	36
3.1. Tipo de estudo e desenho da pesquisa .....	36
3.2. População e amostra.....	37
3.3. Técnicas e instrumentos de recolha de dados .....	38
3.4. Procedimentos administrativos e de seleção da amostra .....	38

4.	RESULTADOS .....	40
4.1.	Apresentação e interpretação dos dados recolhidos.....	40
5.	DISCUSSÃO .....	52
5.1.	Análise e explicação dos resultados.....	52
5.2.	Implicações a luz dos modelos teóricos e estudos de outros autores .....	58
6.	CONCLUSÃO.....	61
6.1.	Formulação do problema abordado no trabalho .....	61
6.2.	Sugestões e recomendações .....	63
	Para os SDSMAS de Chibuto .....	63
	Para o Centro de Saúde de Malehice .....	63
	Para pesquisadores futuros: .....	63
7.	BIBLIOGRAFIA .....	64
8.	APÊNDICE.....	65
	APÊNDICE A. Guião de entrevista para os APes .....	65
	APÊNDICE B. Questionário para os pacientes na DC.....	67
	APÊNDICE C. Ficha de recolha de dados .....	69
	APÊNDICE D. Consentimento informado para os pacientes para participação em pesquisa .....	70
	APÊNDICE E. Consentimento informado para os APes para participação em pesquisa .....	73
	APÊNDICE F. Fotos dos APes.....	76
9.	ANEXOS .....	77
	ANEXO 1. Declaração do supervisor.....	77
	ANEXO 2. Autorização de campo de pesquisa.....	78
	ANEXO 3. Aprovação do Comité Nacional de Bioética em Saúde.....	79
	ANEXO 4. Ficha Mestra .....	80
	ANEXO 5. Ficha Mestra (Verso) .....	81
10.	GLOSSÁRIO .....	82
	Sarcoma de Kaposi .....	82
	Organização Mundial de Saúde (OMS).....	82
	Ministério da Saúde (MISAU).....	82
	ONUSIDA .....	82
	EMASIDA .....	82
	INSIDA.....	83

## LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

	<b>Pág.</b>
<b>Figura 1.</b> Vírus de HIV visto ao microscópio e ilustração em diagrama ...	20
<b>Figura 2.</b> APE atendendo um paciente da DC na sua residência .....	25
<b>Figura 3.</b> APE fazendo rastreio aos acompanhantes da paciente da DC ...	26
<b>Figura 4.</b> APE na formação sobre o pacote de nutrição para os APEs .....	68
<b>Figura 5.</b> APE no Centro de Saúde de Malehice no dia de entrega de relatórios mensais .....	68
<b>Gráfico 1.</b> Perfil demográfico dos participantes do estudo.....	36
<b>Gráfico 2.</b> Perfil demográfico dos APEs e pacientes entrevistados.....	37
<b>Gráfico 3.</b> Avaliação da adesão .....	38
<b>Gráfico 4:</b> Estado de permanência .....	39
<b>Gráfico 5.</b> Resultado de CV .....	43

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Medicamentos usados para o TARV em Moçambique .....	21
<b>Tabela 2.</b> Lista dos Modelos Diferenciados de Serviço para área de CT e sua abreviatura .....	22
<b>Tabela 3.</b> Rácio medico pacientes, enfermeiro paciente .....	27
<b>Tabela 4.</b> Pacientes inscritos na DC no período estudado por mês. ....	35
<b>Tabela 5.</b> Perfil demográficos dos participantes do estudo.....	35
<b>Tabela 6.</b> Perfil demográfico dos APEs e pacientes entrevistados. ....	36
<b>Tabela 7.</b> Avaliação da adesão .....	37
<b>Tabela 8.</b> Estado de permanência .....	39
<b>Tabela 9.</b> Frequência de levantamento dos ARVs no APE .....	40
<b>Tabela 10.</b> Conhecimento dos APEs sobre o modelo diferenciado de DC dos ARVs .....	40
<b>Tabela 11.</b> Grau de satisfação dos pacientes na DC .....	41
<b>Tabela 12.</b> Exame de CV .....	41
<b>Tabela 13.</b> Resultado de CV .....	42
<b>Tabela 14.</b> Sugestões dos pacientes entrevistados para melhoria DC .....	44
<b>Tabela 15.</b> Sugestões dos APEs do Centro de Saúde de Malehice para melhoria da DC .....	44

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**APE:** Agente Polivalente Elementar

**ARV:** Antirretrovirais

**CNBS:** Comit  Nacional de Bioética em Saúde

**CS:** Centro de Saúde

**CT:** Cuidados e Tratamento

**CV:** Carga Viral

**FM:** Ficha Mestra

**DC:** Dispensa Comunitária

**GAAC:** Grupo de Apoio a Adesão Comunitária

**HAART:** Tratamento Antirretroviral Altamente Ativo

**HIV:** Vírus da Imunodeficiência Humana

**INSIDA:** Inquérito Nacional de Vigilância, Comportamento e Informa o

**MARV:** Medicamentos Antirretrovirais

**MDS:** Modelos Diferenciados de Serviços

**MISAU:** Ministério da Saúde

**NID:** Numero de Identifica o do Doente

**OMS:** Organiza o Mundial da Saúde

**OMS:** Organiza o Mundial de Saúde

**ONUSIDA:** Programa Conjunto das Na es Unidas Contra o HIV/SIDA

**PVHS:** Pessoas Vivendo com HIV/SIDA

**SIDA:** Síndrome de Imune Deficiência Adquirida

**SNS:** Serviço Nacional de Saúde

**TARVV:** Tratamento Antirretroviral

**UNICEF:** Fundo das Na es Unidas para a Infância

**US:** Unidade Sanitária

*“o nosso maior valor é a vida.”*  
*(MISAU)*

## 1. INTRODUÇÃO E OBJECTIVOS

### 1.1.O PROBLEMA

O HIV/SIDA é uma doença que tem causado a morbimortalidade de milhões de pessoas desde de 1981. O HIV, vírus responsável pelo SIDA, foi transmitido aos humanos por meio do contacto com sangue de chimpanzés na Africa Central. A doença foi inicialmente reconhecida nos anos 1980, com casos de pneumonia rara e em jovens homossexuais e o surgimento de um câncer de pele incomum (Sarcoma de Kaposi). Os cientistas descobriram o vírus HIV em 1983 e, desde então, houve avanços na detecção e tratamento da doença. Testes de sangue foram desenvolvidos em 1985 e, em 1988, o primeiro “Dia Mundial da SIDA”<sup>1</sup> foi celebrado. Entre 1996 o Tratamento Antirretroviral Altamente Ativo (HAART) foi instituído e revolucionou o tratamento do SIDA, reduzindo as mortes relacionadas à doença. No entanto, ainda não há uma cura definitiva para o HIV/SIDA, sendo que as Pessoas Vivendo com HIV/SIDA deve tomar os ARVs com boa adesão para o sucesso do tratamento (Kaplan, 2022).

África Austral é a região com a maior prevalência de HIV no mundo, sendo que Moçambique tem uma prevalência de 12,5% nas pessoas de 15 ou mais anos, a Província de Gaza particularmente detém a maio prevalência neste grupo, rondando aos 20.9% (INSIDA, 2021). Desde 2016 o país implementa a abordagem de Testar e Iniciar da OMS com vista a alcançar até 2025 a meta de 95/95/95 (MISAU, 2016).

Com a implementação da Abordagem Testar e Iniciar, nos anos seguintes registou se uma rápida expansão dos serviços relacionados ao HIV/SIDA e aumento importante de pacientes em TARV o que emergiu os desafios relacionados a infraestrutura e Recursos Humanos (RH) que eram escassos e não acompanharam esta expansão (MISAU, n.d.), para mitigar a situação, o

---

<sup>1</sup> O Dia Mundial da SIDA (também conhecido como Dia Mundial de Luta contra a SIDA ou Dia Mundial de Conscientização sobre a SIDA) foi estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e é celebrado todos os anos em 1º de dezembro. O objetivo do Dia Mundial da SIDA é aumentar a conscientização sobre o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e a síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), bem como promover a solidariedade e o apoio às pessoas afetadas pelo HIV/SIDA.

MISAU desenvolveu e iniciou em 2018, a implementação do Guião Orientador sobre os MDSs, para padronizar a implementação das intervenções com vista a reduzir o peso da doença, tanto para o utente assim como para o Serviço Nacional de Saúde (SNS) (MISAU, 2023).

Para atingir a supressão da CV e controle da progressão da doença depende da adesão consistente e regular ao TARV. No entanto, a adesão ao TARV é um desafio complexo, influenciado por diversos fatores individuais, sociais e organizacionais.

A escolha desse tema se justifica pela relevância da adesão ao TARV como um dos principais determinantes para o sucesso no tratamento da pandemia de HIV/SIDA. Além disso, a DC dos ARVs por APEs é uma estratégia adotada no País para facilitar o acesso e a continuidade do TARV, principalmente em regiões com recursos limitados e na Província de Gaza, esta está a ser implementada como piloto no Distrito de Chibuto onde faz parte o Centro de Saúde de Malehice desde Julho de 2021. Durante a revisão bibliográfica não encontramos estudos feitos sobre a avaliação desta abordagem no País, tendo porém encontrado estudos sobre abordagens semelhantes como a de Grupos de Apoio a Adesão Comunitária (GAAC) entre outros.

É neste contexto, associado a conclusão do Mestrado em Saúde Pública e Doenças Tropicais na Universidade Politécnica de Moçambique que surgiu a necessidade de fazer a pesquisa com o tema **Avaliação da Adesão na Dispensa Comunitária dos Antirretrovirais por Agentes Polivalentes Elementares no Centro de Saúde de Malehice, Província de Gaza: Impacto na Supressão da Carga Viral nos pacientes inscritos entre 21 de Dezembro de 2021 a 20 de Dezembro de 2022.**

## 1.2.OBJECTIVOS

O Objetivo Geral é Avaliar a adesão e a supressão da Carga Viral nos pacientes em TARV que levantam os ARVs através da dispensa comunitária pelos APEs;

Para alcançar esse objetivo, traçamos os seguintes objetivos específicos:

- Identificar o número de pacientes inscritos na DC de ARVs no CS de Malehice;
- Analisar a taxa de adesão dos pacientes na DC, considerando a frequência de levantamento dos medicamentos;
- Verificar a relação entre a adesão na DC e a supressão da CV dos pacientes inscritos;
- Identificar possíveis fatores que possam influenciar na adesão dos pacientes na DC dos ARVs;
- Comparar a adesão e a supressão da CV entre os pacientes inscritos na DC dos ARVs por APEs no Centro de Saúde de Malehice e os pacientes que levantam os ARVs na farmácia da US que não estejam no modelo da DC;

As hipóteses avançadas são:

- 1- A dispensa comunitária dos ARVs por meio de APEs pode melhorar a adesão ao TARV em pacientes com HIV/SIDA, resultado em supressão da Carga Viral; e
- 2- A dispensa comunitária dos ARVs por meio de APEs pode ser uma estratégia viável e sustentável para melhorar o acesso e a adesão ao tratamento em áreas remotas e/ou com recursos limitados.

## 1.3. ORGANIZAÇÃO DA DISSERTAÇÃO

Para além desta breve **Introdução** que corresponde ao **Capítulo 1**, nesta dissertação temos o **Capítulo 2** onde consta a revisão da literatura, marco conceitual, incluindo a definição dos conceitos básicos relacionados ao tema. Além disso, será realizada uma análise detalhada do fenômeno em estudo,

explorando os fatores facilitadores e obstáculos enfrentados pelos Agentes Polivalentes Elementares.

A abordagem metodológica escolhida para esta pesquisa combina métodos quantitativos e qualitativos, pode se ler no **Capítulo 3**. A combinação desses métodos oferece uma perspectiva abrangente e holística, permitindo uma compreensão mais profunda dos fatores que influenciam a adesão ao TARV e o resultado da supressão viral. Os métodos quantitativos fornecerão dados numéricos e análises estatísticas para avaliar a adesão e os resultados da carga viral, enquanto os métodos qualitativos permitirão explorar as percepções, experiências e desafios enfrentados pelos pacientes e pelos Agentes Polivalentes Elementares envolvidos na dispensa comunitária. Essa abordagem metodológica híbrida visa fornecer uma compreensão aprofundada dos fatores que afetam o sucesso da dispensa comunitária e contribuir para o aprimoramento dos cuidados e tratamento de pessoas vivendo com HIV/SIDA.

Ao final desta dissertação espera-se contribuir para a compreensão dos determinantes da adesão à DC dos ARVs pelos APEs e seu impacto na supressão da carga viral nos pacientes; nos **Capítulo 4, 5 e 6**, poderá ler os resultados obtidos, a discussão e as conclusões e recomendações da pesquisa.

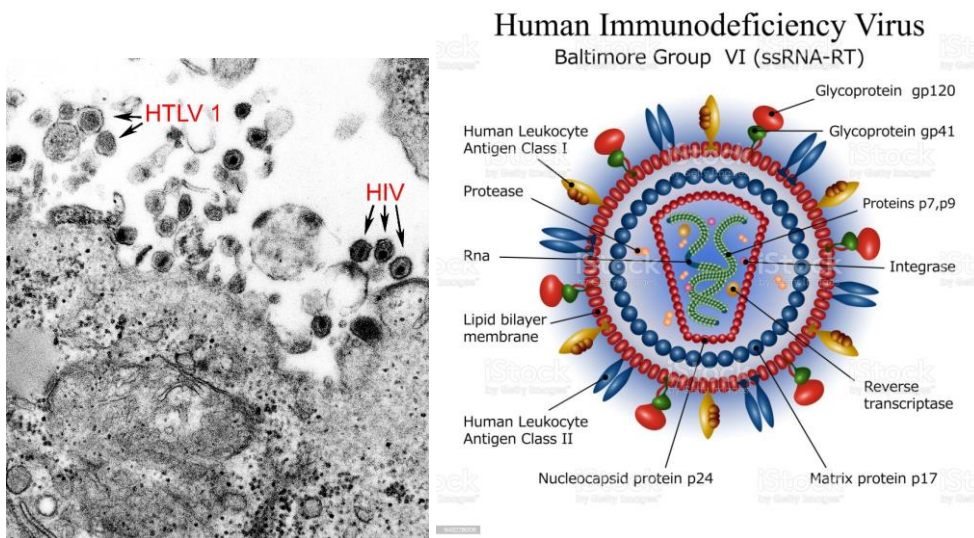
## 2. REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1.MARCO CONCEITUAL

Seguem as definições dos conceitos base para melhor compreensão desta dissertação:

**Vírus de Imunodeficiência Humana (HIV)** é um retrovírus que infecta as células do sistema imunológico humano, especialmente os linfócitos T CD4+. A infecção pelo HIV resulta em uma resposta imunológica crônica, causando a depleção progressiva dessas células-chave e prejudicando a função imunológica do hospedeiro. O HIV é transmitido principalmente por meio de relações sexuais desprotegidas, compartilhamento de seringas contaminadas ou de mãe para filho durante a gravidez, parto ou amamentação. A infecção pelo HIV pode levar ao desenvolvimento da SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), caracterizada por um sistema imunológico severamente comprometido e suscetibilidade aumentada a infecções oportunistas e neoplasias (UNAIDAS, 2019).

**Figura 1.** Vírus de HIV visto ao microscópio e ilustração em diagrama



**Autor:** Cynthia Goldsmith, USCDCP  
(com licença livre para uso)

**Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA)**, também descrita como AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) pelo autor, é uma condição crônica causada pela infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). A SIDA é caracterizada por uma grave deficiência no sistema imunológico, o que torna o indivíduo infetado suscetível a infecções oportunistas e certos tipos de câncer. A progressão da SIDA envolve estágios distintos e é definida por critérios clínicos específicos estabelecidos pelas diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) ou de outras autoridades de saúde (WHO, 2021).

**Tratamento Antirretroviral (TARV)**<sup>2</sup> refere-se ao uso de medicamentos antirretrovirais, para tratar a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). O TARV envolve a administração de uma combinação de medicamentos antirretrovirais para suprimir a replicação viral, retardar a progressão da doença e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos infetados pelo HIV (WHO, 2021).

Em Moçambique os principais medicamentos usados para o TARV são: Tenofovir (TDF), Lamivudina (3TC) e Dolutegravir (DTG) todos combinados em uma dose fixa (DFC), como primeira linha para os pacientes com mais de 30kg de peso, tendo com alternativa o Abacavir (ABC) e Atazanavir (ATVr) como os medicamentos alternativos para pacientes com insuficiência renal e intolerância ao DTG. Para os pacientes com menos de 30kg (de 3 a 29,9kg) Abacavir (ABC) associado a TDF e DTG.

**Tabela 1.** Medicamentos usados no TARV em Moçambique

Peso (kg)	Regime TARV (1ª linha)	Notas: <3kg inicia TARV mediante autorização do comité TARV; de 3-29.9kg as dosagens variam (existe uma tabela específica); co-infetados TB/HIV tem um acréscimo na dosagem do DTG
3-29.9kg	ABC/3TC+DTG	
≥30kg	TDF/3TC/DTG	

**Fonte:** Guião de cuidados do HIV do Adulto, Adolescente Grávida, Lactante e Criança, MISAU 2023

<sup>2</sup> O vírus de HIV ainda não tem cura devido à capacidade do vírus de se integrar ao DNA das células hospedeiras, tornando-se latente e evadindo o sistema imunológico. Além disso, o HIV sofre mutações constantes, dificultando a sua eliminação completa. Embora pesquisas estejam em andamento para desenvolver terapias eficazes, atualmente não há uma cura definitiva para o HIV.

**Carga Viral (CV)** refere-se à quantidade de HIV presente no sangue ou em outros fluidos corporais de uma pessoa infetada. É uma medida quantitativa que indica a atividade viral e a replicação do HIV no organismo. A CV é expressa como o número de cópias de RNA viral por mililitro de sangue ou como uma contagem logarítmica (WHO, 2021).

**Adesão** no contexto do HIV, refere-se à capacidade e ao compromisso de uma pessoa em seguir corretamente o regime de tratamento antirretroviral prescrito. A adesão envolve tomar os medicamentos antirretrovirais conforme as instruções, incluindo a dose correta e a frequência recomendada, para obter uma supressão viral eficaz e manter a saúde e o bem-estar do indivíduo (WHO, 2021).

**Modelos Diferenciados de Serviços (MDS)** são abordagens adaptadas para fornecer serviços relacionados ao HIV de maneira mais eficiente e centrada no paciente. Esses modelos visam melhorar o acesso aos serviços de prevenção, teste, tratamento e cuidados, por meio da descentralização, expansão da capacidade dos provedores de serviços e maior envolvimento da comunidade. Os MDS levam em consideração as necessidades e as preferências dos indivíduos, bem como as características do local e os recursos disponíveis (MISAU, 2023).

**Tabela 2.** Lista dos Modelos Diferenciados de Serviço para área de CT e sua abreviatura

Nome do MDS	Abreviatura
Abordagem Familiar	AF
Dispensa Bimensal De ARV	DB
Dispensa Comunitária Através De Brigadas Moveis	BM
Dispensa Comunitária Através De Clínicas Móveis	CM
Dispensa Comunitária Através Do Agente Polivalente Elementar	DCA
Dispensa Comunitária Através Do Provedor	DCP
Dispensa Semestral De ARV	DS
Dispensa Trimestral de ARV	DT
Doença Avançada Por HIV	DAH
Extensão De Horário	EH

Grupos de Apoio para Adesão Comunitária	GAAC
Paragem Única no Sector da Tuberculose	PU TB
Paragem Única no Serviço Amigo do Adolescente e Jovem	PU SAAJ
Paragem Única no Serviço de Saúde da Mulher e da Criança	PU SMI
Paragem Única nos Serviços TARV	PU CT

**Fonte:** Guião orientador sobre os Modelos Diferenciados de Serviços para o HIV/SIDA em Moçambique, MISAU 2023

**Utentes sem doença avançada** são todos aqueles com idade igual ou superior a 5 anos, que se apresenta sem infecção oportunista definidora de estadio III ou IV da OMS e com resultado de CD4 elevado ( $\geq 200$  cels/mm<sup>3</sup>) (MISAU, 2023).

**Utentes com doença avançada** são, segundo o Guião Orientador sobre MDS para o HIV/SIDA em Moçambique 2023, todas as crianças com idade <5 anos independente da condição, dos sinais e sintomas e da contagem de CD4 e todos utentes com idade  $\geq 5$  anos que se apresenta com pelo menos uma das seguintes condições:

- Condição ativa do estadio III ou IV da OMS;
- Resultado de CD4 < 200 cels/mm<sup>3</sup>.

**Utente estável** é todo aquele que reúne todos os seguintes critérios:

- Idade > 2 anos;
- Em TARV há mais de 6 meses;
- CV < 1000 cópias/ml ou CD4  $\geq 200$  cels/ml (quando a CV não estiver disponível), avaliada nos últimos 12 meses (em crianças com idade entre 3 e 5 anos, considerar CD4  $\geq 350$  cels/ml);
- Sem condição clínica ativa definidora do estadio III ou IV da OMS (MISAU, 2023).

**Utente instável**, todos Utente com pelo menos um dos seguintes critérios:

- Idade  $\leq 2$  anos;
- Utente em TARV há menos de 6 meses;

- CV  $\geq$ 1000 cópias/ml ou CD4<200cels/ml (quando a CV não estiver disponível), avaliada nos últimos 12 meses. Em crianças com idade entre 3 e 5 anos, considerar CD4<350 cels/ml;
- Presença de condição clínica ativa definidora do estadio III ou IV da OMS ou outra condição clínica ativa e grave;
- Presença de reações adversas aos medicamentos que requeiram monitoria regular (MISAU, 2023).

**Dispensa Comunitária (DC)** consiste na entrega de medicamentos antirretrovirais na comunidade (no domicílio do utente ou em outro local escolhido pelo utente) para pessoas vivendo com HIV que residem na área de atuação do Agente Polivalente Elementar (MISAU, 2016).

**Agentes Polivalentes Elementares (APEs)** são membros de comunidades, conhecidos, aceites e eleitos pela comunidade e que são treinados para fornecer serviços básicos de saúde nas suas comunidades. Cada APE é responsável por cerca de 500 a 2,000 habitantes, dependendo da densidade populacional e do acesso aos serviços de saúde. Eles representam o elo de ligação entre a comunidade e unidade sanitária, onde 80% das suas atividades são viradas para a área preventiva e 20% para a área curativa, com foco nos cuidados de saúde das mulheres e crianças.

Nos últimos anos foram acrescentados mais pacotes aos APEs, tais como Planeamento Familiar na Comunidade, Prevenção, rastreio e referenciamento de casos de desnutrição, Dispensa Comunitária dos ARVs, só para citar algumas das atividades dos APEs.

Na DC o APE tem o papel de:

1. Fazer a criação de demanda na sua comunidade;
2. Receber os pacientes alocados a si, fazer o seguimento correto oferecendo todos os pacotes preconizados e oferecer os medicamentos Antirretrovirais no local combinado com o paciente e;
3. fazer o reporte dentro do tempo indicado e nos instrumentos previstos.

O APE deve oferecer os seguintes pacotes aos pacientes em TARV que faz seguimento:

1. Dispensa de ARVs a pacientes clinicamente estáveis e com critérios;
2. Aconselhamento para adesão e oferta de apoio psicossocial e prevenção positiva;
3. Avaliação de risco de adesão e referência para US em caso de necessidade;
4. Visitas preventivas e reforço de adesão;
5. Visitas de reintegração para pacientes faltosos e abandonos;
6. Avaliação da situação da família (identificação e referência para testagem dos contactos diretos do caso índice);
7. Rastreio da TB.

**Figura 2.** APE atendendo um paciente da DC na sua residência



**Autor:** Victor Manuel (pesquisador principal)

**Figura 3.** APE fazendo rastreio aos acompanhantes da paciente da DC



**Autor:** Victor Manuel (pesquisador principal)

## 2.2.DESENVOLVIMENTO CIRCUNSTÂNCIAL DO FENÓMENO EM ESTUDO

Nesta seção, faremos um desenvolvimento circunstancial e uma descrição detalhada do fenômeno em estudo, ou seja, da Dispensa Comunitária (DC) dos Antirretrovirais (ARVs) por Agentes Polivalentes Elementares (APEs) no Centro de Saúde de Malehice, Província de Gaza.

O Modelo de DC dos ARVs é uma estratégia implementada com o objetivo de facilitar o acesso e a adesão ao tratamento do HIV/SIDA. Através dessa abordagem, os APEs têm um papel fundamental no fornecimento dos medicamentos antirretrovirais nas comunidades em que atuam. Essa estratégia visa diminuir as barreiras geográficas e sociais enfrentadas pelos pacientes, proporcionando maior comodidade e reduzindo a necessidade de deslocamentos frequentes aos centros de saúde.

No contexto específico do Centro de Saúde de Malehice, a DC dos ARVs por APEs começou a ser implementada em julho de 2021 como um piloto. Importa referir que o Centro de Saúde de Malehice está no Distrito de Chibuto que tem 19 USs que oferecem os serviços de TARV, sendo que das 19 USs, apenas 12 estão a pilotar o Modelo para que posteriormente seja implementado nas restantes USs do Distrito Chibuto e da Província de Gaza no geral. A escolha desse local para o piloto pode ser atribuída a fatores como a alta prevalência de HIV na Província de Gaza e a necessidade de expandir os serviços de saúde para áreas com recursos limitados.

É importante compreender os aspetos contextuais e as características do ambiente de estudo para uma análise abrangente do fenómeno em questão. A Província de Gaza é conhecida por ter uma das maiores prevalências de HIV no país, 20,9% (INSIDA, 2021), com índices preocupantes de novas infecção. Além disso, desafios como a falta de infraestrutura adequada, recursos humanos limitados e questões socioeconômicas podem afetar a implementação e o sucesso da DC dos ARVs nessa região.

**Tabela 3.** Rácio médico habitante, enfermeiro habitante e técnicos habitante

Profissionais de saúde da US	N profissionais	Rácio (por profissional de saúde)
Médicos	2	12953,5
Enfermeiros	7	3701
Técnicos de saúde	10	2590,7

**Fonte:** Base de dados de RH do Centro de Saúde de Malehice.

### 2.3.TEORIAS E MODELOS JÁ IMPLEMENTADOS

As teorias e conceitos relevantes para a pesquisa:

- **Teoria de adesão ao tratamento está diretamente relacionada à supressão da carga viral:** essa teoria explora os fatores que influenciam a adesão dos pacientes ao tratamento médico, incluindo o TARV. Ela aborda elementos como a motivação do paciente, a relação médico-paciente, a comunicação efetiva, as crenças e percepções do paciente sobre a doença e o tratamento, o estigma e discriminação, entre outros.
- **Modelo de Cuidado Centrado no Paciente:** esse modelo enfatiza a importância de envolver o paciente ativamente no processo de cuidado e tratamento, considerando suas preferências, necessidades e contexto individual. Ele busca promover uma abordagem mais humanizada e individualizada, levando em conta os aspectos biopsicossociais do paciente.

### 2.4.MARCO REFERENCIAL

No marco referencial, apresentaremos uma síntese dos resultados de pesquisas anteriores realizadas por outros autores em estudos internacionais, regionais e nacionais. Esses estudos podem abordar tópicos semelhantes ou relacionados à adesão à Dispensa Comunitária dos Antirretrovirais por Agentes Polivalentes Elementares e seu impacto na supressão da carga viral em pacientes com HIV. A revisão desses estudos ajudará a contextualizar o trabalho atual e destacar a relevância da pesquisa proposta.

Ao revisar a literatura, encontramos um estudo nacional que aborda uma iniciativa de distribuição de ARVs na comunidade pelos próprios pacientes

numa abordagem designada GAAC (Grupos de Apoio a Adesão Comunitária).

A estratégia GAAC (Grupos de Apoio a Adesão Comunitária) foi inicialmente introduzida na província de Tete em abril de 2008. Esses grupos consistiam em até seis pessoas vivendo com HIV, que estavam inscritas nos cuidados e tratamento e se alternavam na ida aos serviços de saúde para retirar os medicamentos para o grupo. Os GAAC se reuniam mensalmente em sua comunidade para distribuição de medicamentos, preenchimento de um questionário de saúde geral, seleção do próximo membro a ir à unidade de saúde, contribuição para custear as despesas da viagem e discussão de soluções para as barreiras sociais relacionadas ao HIV. Entre fevereiro de 2008 e maio de 2010, um total de 1.384 membros foram inscritos em 291 grupos GAAC, com uma média de cinco membros por grupo. Esses pacientes foram acompanhados por cerca de um ano, e durante esse período, 1.269 (97,5%) deles continuaram o tratamento antirretroviral (TARV). Devido aos excelentes resultados obtidos, essa estratégia foi posteriormente adotada pelo Ministério da Saúde em 2011.

A estratégia GAAC adotada pelo Ministério da Saúde foi inicialmente implementada como um piloto em todas as províncias, exceto em Tete, por aproximadamente 30 meses. Cada província selecionou de 3 a 6 unidades de saúde para participar do piloto, considerando fatores como o volume de pacientes (>1.000, 500-1.000, <500) e a localização das unidades (rural ou urbana). Durante o piloto, equipes do nível central realizaram visitas regulares de supervisão e assistência técnica. Para avaliar os resultados da implementação do piloto, foram selecionadas 72 unidades de saúde, e um total de 5.581 pacientes inscritos nos GAAC foram incluídos na avaliação. Uma amostra de pacientes não inscritos nos GAAC (5.581), mas em acompanhamento nas unidades de saúde selecionadas para avaliação, foi definida como grupo de comparação. Após 12 meses de acompanhamento, 91% dos pacientes nos GAAC ainda estavam em acompanhamento, em

comparação com 78% dos pacientes no grupo de comparação. Após 30 meses de acompanhamento (final do período de avaliação), 71% dos pacientes nos GAAC ainda estavam em acompanhamento, em comparação com 46% no grupo de comparação (MISAU e Parceiros, 2015).

No contexto internacional, encontramos um estudo realizado em Lesoto<sup>3</sup> por Amstutz et al. (2021) denominado VIBRA. É um estudo clínico realizado no Lesoto, um país africano, que teve como objetivo avaliar a eficácia de um modelo de tratamento antirretroviral. O estudo foi conduzido em 249 aldeias rurais, abrangendo 20 unidades de saúde em dois distritos do Lesoto. No grupo de intervenção, os indivíduos seropositivos foram oferecidos o início do TARV no mesmo dia, com a opção de receber os medicamentos ao domicílio pelos profissionais de saúde Leigos. Os profissionais de saúde Leigos dispensavam os medicamentos e agendavam consultas clínicas para medição da carga viral aos 6 e 12 meses. No Grupo de controlo, os participantes também iniciaram a TARV no mesmo dia, mas tinham a opção de levantamento dos medicamentos nos meses seguintes nas Unidades sanitárias, no caso de Lesoto denominadas clínicas no estudo. O objetivo principal do estudo era avaliar a supressão viral aos 12 meses, e os objetivos secundários incluíram a ligação e a participação nos cuidados de saúde ao longo de 12 meses. O estudo não encontrou diferenças significativas na supressão viral entre os grupos de intervenção e controlo, tendo sido de 39 % e 46% respetivamente e a aceitação da opção de receber os Medicamentos pelos profissionais de saúde leigos foi baixa. Houve algumas limitações no estudo, como o tamanho da amostra reduzido, medições de carga viral em falta e migração substancial da população do estudo (Amstutz et al., 2021).

---

<sup>3</sup> O Lesoto é um pequeno país localizado na região sul da África, totalmente cercado pelo território da África do Sul. Infelizmente, o Lesoto enfrenta uma grave situação em relação ao HIV/AIDS. O país tem uma das maiores taxas de prevalência de HIV do mundo, com uma grande parte da população afetada pela doença. O acesso ao tratamento antirretroviral e aos serviços de saúde é um desafio significativo, e o governo e organizações internacionais estão trabalhando para melhorar o acesso aos cuidados e reduzir a propagação do HIV/AIDS no Lesoto.

No Malawi, foi implementado a estratégia de Redução da Frequência de Consultas pelo Ministério da saúde com apoio da Médecins Sans Frontières (MSF) no distrito de Chiradzulu (população de 320.000) através de Assistentes de vigilância de saúde (AVS), que são trabalhadores comunitários remunerados e parte do Ministério da Saúde que fornecem reposições trimestrais de TARV aos pacientes na comunidade, Bemelmans M et al., 2014 estudaram esta estratégia. A elegibilidade e a adesão foram monitoradas continuamente de acordo com uma ferramenta de avaliação padronizada. Quando surgissem problemas, as AVS encaminham os pacientes de volta à equipe clínica para consultas.

Desde a introdução do TARV em 2001, os cuidados do HIV têm sido descentralizados progressivamente do hospital para 10 centros de saúde, a fim de apoiar a expansão e melhorar a retenção no cuidado. Até meados de 2013, um total de 27.607 pacientes ativos estava em TARV. Em 2008, um novo protocolo para consultas foi estabelecido (McGuire et al., 2011), permitindo que pacientes adultos estáveis frequentassem a clínica a cada 6 meses para avaliações clínicas, em vez de a cada 1-2 meses para pacientes estáveis. Entre janeiro de 2008 e meados de 2013, 8.528 pacientes foram inscritos no sistema de consultas semestrais (SCS). Aproximadamente um terço (2.722) dos inscritos tiveram que ser suspensos do SCS porque apresentavam condições que obrigavam a tal e a principal razão foram a gravidez e amamentação.

Embora as interrupções sejam comuns, 8.040 (94,3%) dos inscritos acumulativos permanecem ativos na coorte de TARV após 36 meses, com um acompanhamento médio de 25 desde a primeira inscrição. Isso se compara a uma retenção de 83% após 36 meses para pacientes elegíveis, mas não inscritos no sistema SCS. Entre os participantes do SCS, as taxas de perda de seguimento e mortalidade em 1, 2 e 5 anos desde a inscrição foram de 1,3%, 2,98% e 7,8%, e 0,4%, 0,9% e 2,8%, respectivamente.

Outros países, incluindo Uganda, África do Sul e Zimbábue, adotaram uma abordagem semelhante, adaptando a regulamentação e prática farmacêutica

para permitir fornecimento mais prolongado de antirretrovirais em combinação com consultas espaçadas (Nakiwogga-Muwanga et al., 2014).

Outro país que implementou uma abordagem de dispensa comunitária de TARV foi a África do Sul que implementou os Clubes de adesão em Khayelitsha.

Os clubes de adesão à TARV baseados em instalações foram testados em 2007 segundo Bemelmans M et al., 2014 como uma maneira de descongestionar as instalações, transferindo consultas e levantamento de ARVs para clubes organizados por educadores de pares na clínica. Grupos de até 30 pacientes se encontram a cada 2 meses por menos de uma hora. O critério de inclusão era, adultos que estão em TARV há pelo menos 12 meses e são considerados clinicamente estáveis com carga viral indetetável. Nestes grupos, Tarefas essenciais como pesar pacientes e avaliações gerais de saúde com base em sintomas são realizadas e registradas por um educador de par e/ou conselheiro leigo que atua como facilitador do clube. Como a regulamentação farmacêutica exige uma licença de dispensação, os medicamentos antirretrovirais (ARVs) são pré-embalados pela equipe da farmácia, rotulados para cada participante e levados ao grupo pelo facilitador do clube. Qualquer paciente que relatar perda de peso ou outros sintomas sugerindo doença ou efeitos colaterais do medicamento é encaminhado de volta à clínica principal para avaliação por uma enfermeira. Todos os participantes do clube veem uma enfermeira duas vezes por ano para exames de sangue e check-up clínico. O facilitador do clube também é responsável pelo preenchimento do registro do clube, pois os arquivos do paciente só são retirados para a consulta clínica anual (Wilkinson, 2013).

Uma análise de coorte comparando os resultados dos pacientes que entraram para os clubes de adesão (502) e aqueles que eram elegíveis, mas permaneceram no cuidado padrão (2327) descobriu que ao longo de 40 meses, a participação no clube reduziu o número de pacientes perdidos no cuidado em 57% [razão de risco ajustada (HR) 0,43, IC95% 0,21–0,91] e a

recuperação virológica em 67% (HR 0,33, IC95% 0,16–0,67) (Luque-Fernandez et al., 2013). Os resultados melhorados nos clubes de adesão foram determinados pelo tempo de espera mais curto, maior aceitabilidade dos serviços e, conseqüentemente, menos consultas de clínica perdidas. Um estudo de custo-efetividade mostrou que o custo por ano por paciente foi de US\$58 no modelo de clube de TARV, em comparação com US\$109 no modelo convencional de cuidados (Bango et al., 2013).

Esse modelo foi adotado pela Cidade do Cabo e pelos serviços de saúde da Província do Cabo Ocidental em 2011, e até junho de 2013, todos os 10 centros de saúde de Khayelitsha estavam administrando 221 clubes baseados em instalações, representando quase um quarto (23%) dos pacientes em TARV. No total, 776 clubes de adesão haviam sido implementados em toda a Cidade do Cabo, apoiando aproximadamente 18.700 pacientes, o que representa um em cada cinco (19%) de todos os pacientes em TARV em cuidado na área metropolitana.

Pontos de Distribuição Comunitária de TARV na República Democrática do Congo (RDC).

Na capital da RDC, Kinshasa (população de 10 milhões), os pacientes pagavam altos custos de transporte para chegar aos poucos centros de saúde que forneciam TARV na cidade. Os pacientes também precisam pagar por suas consultas, o que, somado ao transporte, pode resultar em despesas mensais de até US\$40, quase metade do salário médio mensal congolês. Como consequência, muitos pacientes só buscam cuidados com doença avançada por HIV.

Neste contexto de baixa cobertura de TARV, MSF, em conjunto com uma rede local de pessoas vivendo com HIV, estabeleceu pontos de distribuição comunitária de TARV em Kinshasa, gratuitamente, aproximando a entrega de medicamentos das casas dos pacientes desde o final de 2010 (Bemelmans M et al., 2014). Esses pontos de distribuição são gerenciados por PVHIV treinadas para fornecer reposições de TARV, suporte à adesão e

acompanhamento de indicadores básicos de saúde. Pacientes estáveis em TARV comparecem ao ponto de distribuição a cada 3 meses para reabastecimento de medicamentos e se apresentam ao serviço de saúde anualmente para consulta clínica e coleta de sangue para teste de contagem de CD4. O encaminhamento para o cuidado clínico é feito pelo trabalhador leigo, e os pacientes que não comparecem às suas consultas são rastreados pelos conselheiros por telefone ou através da rede de grupos de apoio local. Os pontos de distribuição também oferecem testes e aconselhamento gratuito de HIV em nível comunitário.

Até julho de 2013, 2.162 pacientes haviam sido encaminhados para um dos três pontos de distribuição comunitária de TARV, representando 43% dos pacientes em TARV. Uma análise de sobrevivência de coorte entre outubro de 2010 e maio de 2013 mostra que 89,3% dos pacientes (n = 1.935) foram retidos após 12 meses e 82,4% aos 24 meses após a transferência para os pontos de distribuição (Kalenga et al., 2013). A mortalidade foi <1%, embora possa haver alguma classificação incorreta entre os pacientes perdidos para acompanhamento (7,6% aos 24 meses). Embora este estudo não tenha feito comparações diretas, esses resultados se comparam favoravelmente com taxas de retenção relatadas de 75-85% aos 12 meses em outros lugares na RDC (Loando, 2009; Koole et al., 2012).

O custo médio da despesa com recursos humanos por paciente é menor nos pontos de distribuição comunitária do que na clínica, enquanto os custos de transporte para os pacientes são cerca de três vezes menores em comparação com o cuidado hospitalar. Há também considerável economia de tempo: os pacientes nos pontos de distribuição comunitária de TARV passam em média 14 minutos coletando reposições de TARV, em comparação com 85 minutos no hospital (Jouquet, 2011).

O Ministério da Saúde reconheceu os pontos de distribuição como uma das boas práticas para o acesso comunitário à TARV em seu recente plano estratégico nacional, bem como em sua recente aplicação ao Fundo Global de

Luta contra a AIDS, Tuberculose e Malária (CCM, RDC, 2013; PNMLS, 2013).

A revisão desses estudos internacionais, regionais e nacionais destaca a importância e a relevância da pesquisa proposta, que se concentrará na avaliação da adesão à Dispensa Comunitária dos Antirretrovirais por Agentes Polivalentes Elementares e seu impacto na supressão da carga viral em pacientes inscritos no Centro de Saúde de Malehice, Província de Gaza. Embora os estudos que encontramos forneçam elementos valiosos para tomada de decisão, há uma lacuna de pesquisa na avaliação específica dessa abordagem em Moçambique, o que justifica a realização deste estudo.

### **3. METODOLOGIA**

Nesta seção, apresentaremos a metodologia utilizada neste estudo, descrevendo o tipo de estudo, o desenho da pesquisa, a população e amostra, as técnicas e instrumentos de recolha de dados, além dos procedimentos administrativos, de seleção da amostra e de recolha de dados.

#### **3.1. TIPO DE ESTUDO E DESENHO DA PESQUISA**

Para este estudo, adotamos uma abordagem mista, combinando métodos quantitativos e qualitativos, a fim de obter uma compreensão abrangente dos fatores que influenciam a adesão na Dispensa Comunitária dos Antirretrovirais por Agentes Polivalentes Elementares (APEs) e seu impacto na supressão da carga viral em pacientes inscritos no Centro de Saúde de Malehice, Província de Gaza. As técnicas de pesquisa aplicadas foram: revisão da bibliografia, observação, entrevista e pesquisa documental.

O Mestrado em Saúde Pública e Doenças Tropicais ministrado pela Universidade Politécnica culmina com a realização de uma pesquisa para a dissertação foi daí que tivemos que identificar um problema de saúde pública relevante para investigar e trazer respostas, de entre vários, o problema do presente trabalho mereceu a nossa atenção.

Local:

Este estudo foi realizado no Centro de Saúde de Malehice, localizado na Província de Gaza em Moçambique, no Distrito de Chibuto, há 25 km da sede do distrito ao longo da estrada N102. O Centro de Saúde de Malehice é uma unidade de saúde de nível primário (Centro de Saúde Rural tipo II)].

O Centro de Saúde de Malehice atende a uma população de aproximadamente 25907 habitantes segundo as projeções do censo geral da população de 2017. É composto por uma equipe de saúde multidisciplinar, que inclui 1 Médico de clínica geral, 1 Médico dentista geral, 1 Psicólogo, 2 Técnicos Médios de Laboratório, 2 Técnicos Médios de Farmácia, 3 Técnicos de Medicina Geral, 4 enfermeiros Gerais, 3 enfermeiras de Saúde Materno Infantil, 2 Técnicos de

Medicina Preventiva, 3 Agentes de Serviço (serventes) e outros profissionais de saúde de apoio.

### 3.2.POPULAÇÃO E AMOSTRA

A definição da população de estudo desta pesquisa consistiu primeiro na determinação dos critérios de inclusão (1. Todos os pacientes com diagnóstico confirmado de HIV/SIDA, maiores de 18 anos, que estão na modelo de dispensa comunitária; 2. Pacientes com diagnóstico confirmado de HIV/SIDA que concordaram em participar da dispensa comunitária de antirretrovirais) e de exclusão (1. Pacientes que recusam participar do estudo; 2. Pacientes no Modelo de dispensa comunitária que não tem capacidade cognitiva<sup>4</sup> para responder as perguntas; 3. Ter idade inferior à 18 anos.).

Respeitando os critérios mencionados a cima, selecionamos dois grupos, um composto por todos os pacientes inscritos na Dispensa Comunitária dos ARVs no Centro de Saúde de Malehice durante o período de 21 de dezembro de 2021 a 20 de dezembro de 2022 ao qual designamos por **Grupo de Estudo** que foi um total de 123 pacientes e pelo segundo grupo que designamos de **Grupo de Controlo** com 345 pacientes, para a seleção deste segundo grupo geramos uma lista de todos os pacientes em seguimento na Unidade Sanitária (US) e que fazem o levantamento dos ARVs na farmácia da US, através da Base de dados da US, destes, um total de 2986 pacientes eram elegíveis, em seguida usamos o método de amostragem aleatória simples do software SPSS<sup>5</sup> para gerar os NIDs pretendidos.

---

<sup>4</sup> Pessoas sem capacidade cognitiva se referem a indivíduos que apresentam limitações ou deficits significativos nas habilidades cognitivas, como memória, raciocínio, atenção, linguagem e tomada de decisões. Essas limitações podem ser decorrentes de condições médicas, como demência, lesões cerebrais traumáticas, deficiências intelectuais ou transtornos neuro cognitivos.

<sup>5</sup> O SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) é um software estatístico usado para análise de dados, modelagem estatística e geração de relatórios. Ele oferece uma interface gráfica amigável e uma ampla variedade de recursos estatísticos para processar, visualizar e interpretar dados quantitativos. O SPSS é comumente usado em pesquisas acadêmicas, estudos de mercado e análises de dados em várias áreas.

### 3.3.TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Para coletar os dados quantitativos e qualitativos, revisamos minuciosamente os registros médicos dos pacientes (o Centro de Saúde de Malehice usa um instrumento Chamado Ficha Mestra para registo e seguimento de PVHV), obtendo informações sobre a frequência de levantamento dos medicamentos antirretrovirais e os resultados da carga viral. Esses dados foram registrados em um formulário que designamos por **Ficha de recolha de dados** (Apêndice C) para posterior análise estatística. Além disso, utilizamos um questionário estruturado que designamos por **Guião de entrevista para os APEs** e **Questionário para os pacientes na DC** (Apêndice B e C respetivamente), desenvolvido pela equipa de pesquisa, para coletar informações demográficas adicionais dos pacientes, bem como fatores que poderiam influenciar a adesão à Dispensa Comunitária, como o suporte social e a perceção sobre a abordagem.

### 3.4.PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS E DE SELEÇÃO DA AMOSTRA

Antes do início da coleta de dados, obtivemos a aprovação do Comitê Científico da Universidade Politécnica de Moçambique, seguido de aprovação pelo Comitê Nacional de Bioética em Saúde (CNBS) (Anexo 3). Abordamos os pacientes selecionados individualmente e obtivemos o consentimento informado de todos os participantes antes da coleta de dados. Garantimos a confidencialidade e o respeito aos direitos dos participantes, por meio de treinamento adequado dos entrevistadores e pesquisadores envolvidos na pesquisa, em conformidade com as diretrizes éticas estabelecidas pelo CNBS e pelo MISAU.

Para o Grupo de estudo encontramos 123 pacientes elegíveis e foram considerados todos para o estudo.

Para o Grupo de controlo encontramos 3289 pacientes elegíveis, calculamos a amostra representativa usando a formula:

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times (1 - p)}{N \times E^2 + Z^2 \times p \times (1 - p)}$$

**onde:**

**n** é o tamanho da amostra necessário;

**N** é o tamanho total da população;

**Z** é o valor correspondente ao nível de confiança desejado;

**P** é a estimativa da proporção da população que possui uma característica particular e;

**E** é a margem de erro desejada.

e resultou em um total de 345 pacientes como amostra para o estudo.

Em seguida, usando o IBM SPSS Statistic para selecionar aleatoriamente os 345 pacientes entre os 3289.

## 4. RESULTADOS

### 4.1. APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS RECOLHIDOS

A Tabela 4 apresenta o número de pacientes inscritos na Dispensa Comunitária ao longo do período em estudo, dividido mensalmente. Esses dados são essenciais para compreender a dinâmica de adesão e participação no modelo de atendimento diferenciado.

**Tabela 4.** Pacientes inscritos na DC no período estudado por mês.

Período	Número de pacientes inscritos
Dezembro 2021	15
Janeiro 2022	16
Fevereiro 2022	15
Marco 2022	11
Abril 2022	11
Mai 2022	8
Junho 2022	3
Julho 2022	6
Agosto 2022	5
Setembro 2022	3
Outubro 2022	4
Novembro 2022	18
Dezembro 2022	8
TOTAL	123

**Fonte:** livro de registo dos pacientes inscritos no modelo de DC da US

Foram inscritos 123 pacientes no Modelo Diferenciado de Dispensa Comunitária no período em estudo. Todos apresentavam critérios para participar do estudo.

A Tabela a seguir (tabela 5) destaca o perfil demográfico dos participantes, diferenciando entre o Grupo 1 (Estudo) e o Grupo 2 (Controlo). Estas

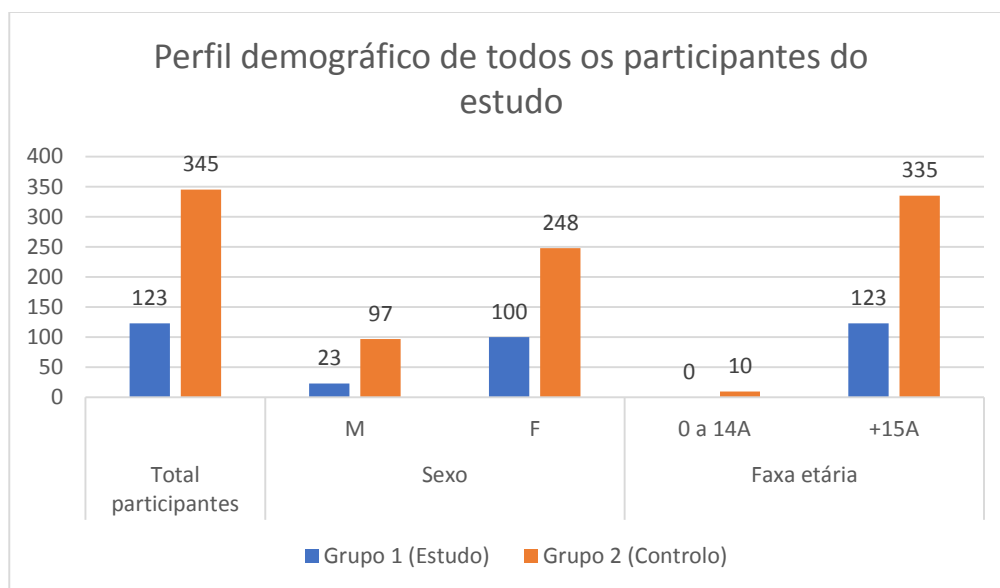
informações são cruciais para contextualizar a amostra e identificar possíveis variações demográficas entre os grupos analisados.

**Tabela 5.** Perfil demográficos dos participantes do estudo.

População	Total participantes	Sexo		Faixa etária	
		M	F	0 a 14A	15+A
Grupo 1 (Estudo)	123	23	100	0	123
Grupo 2 (Controlo)	345	97	248	10	335
Total	468	120	348	10	458

**Fonte:** Fichas de seguimento dos pacientes (Fichas Mestras)

**Gráfico 1.** Perfil demográfico dos participantes do estudo.



**Fonte:** Fichas de seguimento dos pacientes (Fichas Mestras)

Na recolha de dados, num total 468, encontramos mais Mulheres do que Homens, sendo que as Mulheres representaram 74,4%. Em relação aos inscritos na DC também teve a mesma tendência, 81,3% de Mulheres e 18,7% Homens.

Para todos os participantes tivemos informação demográfica completa nas fontes primarias de recolha de dados.

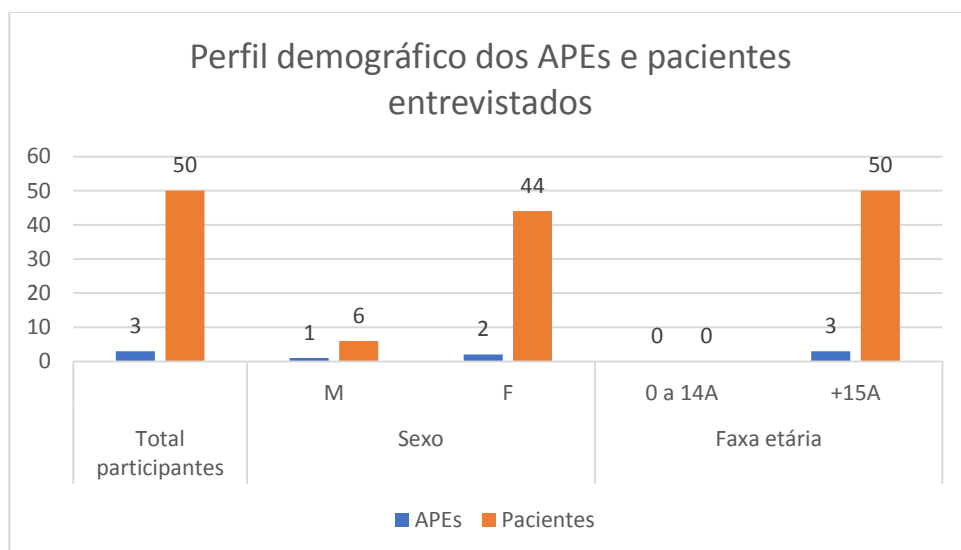
A seguir temos os dados absolutos e frequências sobre os entrevistados na pesquisa.

**Tabela 6.** Perfil demográfico dos APEs e pacientes entrevistados.

Entrevistados	Total participantes	Sexo		Faixa etária	
		M	F	0 a 14A	+15A
APEs	3	1	2	0	3
Pacientes	50	6	44	0	50
Total	53	7	46	0	53

**Fonte:** Guião de entrevista e questionários preenchidos pelos APEs e pacientes que participaram do estudo

**Gráfico 2.** Perfil demográfico dos APEs e pacientes entrevistados.



**Fonte:** Guião de entrevista e questionários preenchidos pelos APEs e pacientes que participaram do estudo

Cinquenta pacientes aceitaram participar das entrevistas. Na sua maioria do sexo feminino (88% do sexo Feminino e 12% do sexo Masculino).

O Centro de Saúde de Malehice tem 3 APE, 2 do sexo Feminino e 1 do sexo Masculino, todos participaram do estudo através do preenchimento de um inquérito.

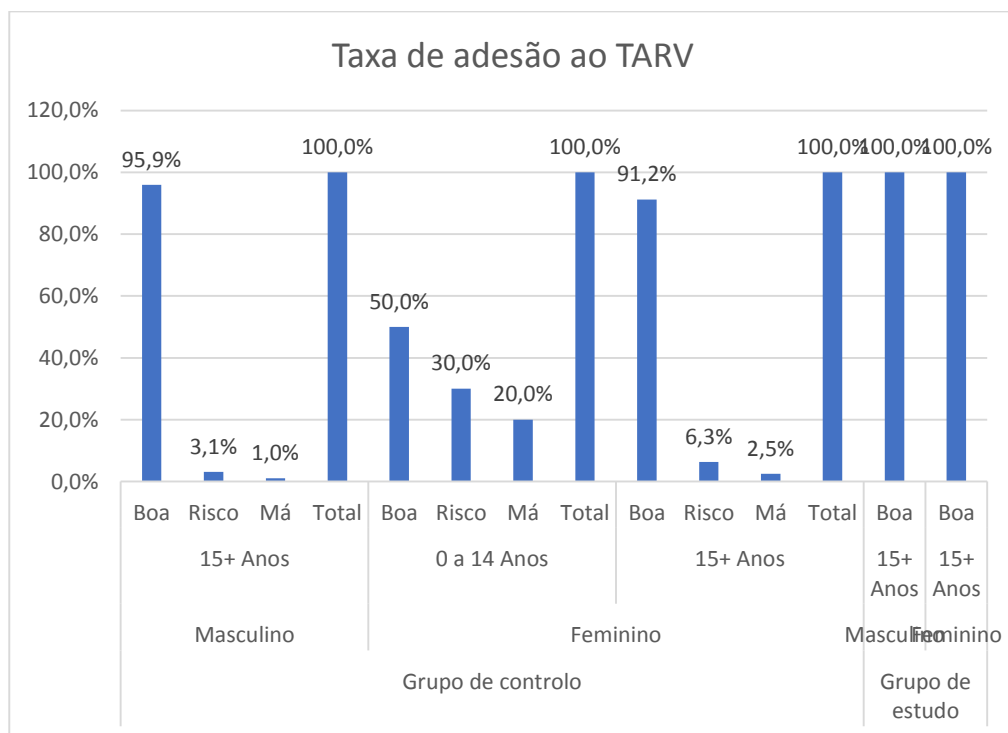
A Tabela 7 oferece uma visão detalhada da avaliação da adesão ao TARV, destacando as categorias de adesão nos Grupo de Estudo Controlado.

**Tabela 7.** Avaliação da adesão

Grupo amostral				Frequência	Porcentagem
Grupo de controle	Masculino	15+ Anos	Boa	93	95,9%
			Risco	3	3,1%
			Má	1	1,0%
			Total	97	100,0%
	Feminino	0 a 14 Anos	Boa	5	50,0%
			Risco	3	30,0%
			Má	2	20,0%
			Total	10	100,0%
		15+ Anos	Boa	217	91,2%
			Risco	15	6,3%
Má			6	2,5%	
Total			238	100,0%	
Grupo de estudo	Masculino	15+ Anos	Boa	23	100,0%
	Feminino	15+ Anos	Boa	100	100,0%

**Fonte:** Fichas de seguimento dos pacientes (Fichas Mestras)

**Gráfico 3.** Avaliação da adesão



**Fonte:** Fichas de seguimento dos pacientes (Fichas Mestras)

A adesão ao TARV é avaliada através da contagem dos dias de atraso no levantamento dos medicamentos na data seguinte e pela contagem dos comprimidos de sobra que o paciente apresenta no dia do novo levantamento dos ARVs, esta informação é registada na Ficha Mestra do paciente, sendo considerado boa adesão quando tem um atraso de <3 dias, adesão de risco quando tem um atraso de 4 a 6 dias e má adesão quando atrasa por mais de 7 dias. Os resultados apontam para uma boa adesão nos pacientes na DC com 100% de pacientes com boa adesão, o grupo de comparação, os pacientes que levantam os ARVs na farmácia da Unidade Sanitária apresentavam problemas de adesão importantes, sendo, 79% com boa adesão, 13.1% com adesão de risco e 7.9% com má adesão.

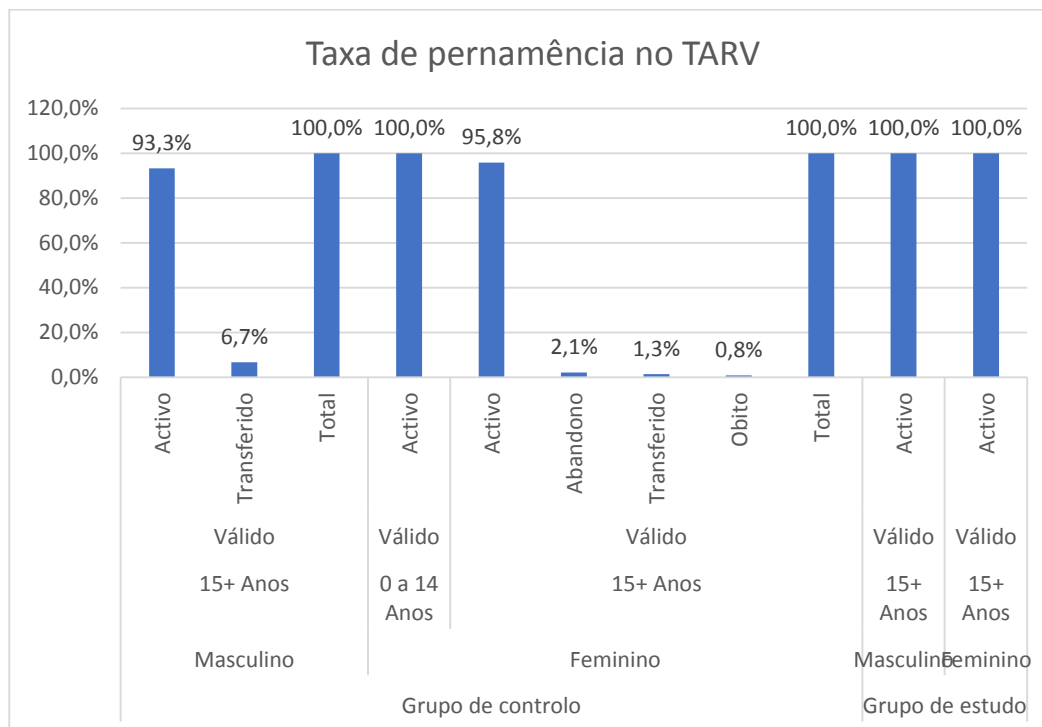
A tabela a seguir contem os resultados obtidos em relação ao estado de permanência dos pacientes nos diferentes grupos. Esses dados são cruciais para compreender a durabilidade e estabilidade dos participantes no tratamento.

**Tabela 8.** Estado de permanência

Grupo amostral					Frequência	Porcentagem
Grupo de controlo	Masculino	15+ Anos	Válido	Ativo	91	93,3%
				Transferido	6	6,7%
				Total	97	100,0%
	Feminino	0 a 14 Anos	Válido	Ativo	10	100,0%
				15+ Anos	Válido	Ativo
		Abandono	5			2,1%
		Transferido	3			1,3%
		Óbito	2			0,8%
		Total	238	100,0%		
Grupo de estudo	Masculino	15+ Anos	Válido	Ativo	23	100,0%
	Feminino	15+ Anos	Válido	Ativo	100	100,0%

**Fonte.** Ficha de seguimento dos pacientes (Ficha Mestra)

**Gráfico 4:** Estado de permanência



**Fonte.** Ficha de seguimento dos pacientes (Ficha Mestra)

Os pacientes no modelo de DC permaneceram todos no tratamento, isto é, 100% dos pacientes continuaram ativos no tratamento no período avaliado. Os pacientes que levantam os ARVs na US apresentavam 94,4% de Ativos no tratamento, 4% de transferidos para outras USs e 1,6% de óbitos.

Em relação a frequência de levantamento dos ARVs pelos pacientes no APE, podemos ver na tabela a baixo a consistência, periodicidade e a regularidade do acesso aos medicamentos.

**Tabela 9.** Frequência de levantamento dos ARVs no APE

			Frequência	Porcentagem
Grupo de estudo	Periodicidade	Mensal	50	100%
	Falha no levantamento dos ARVs	NAO	50	100%

**Fonte:** Respostas dos questionários dos pacientes na DC

Os pacientes que preencheram os questionários, responderam todos que levantam os ARVs no APE mensalmente e que não faltaram nas datas marcadas para o levantamento.

Colhemos informação sobre o conhecimento dos APEs sobre o Modelo de DC dos ARVs e a baixo a tabela com os resultados.

**Tabela 10.** Conhecimento dos APEs sobre o modelo diferenciado de DC dos ARVs

	Frequência	Total	Percentagem
Teve formação em DC	1	3	100%
Quantas formações teve	1	3	100%
Qual é o papel do APE	3	3	100%
Quais são os pacotes que o APE deve oferecer	3	3	100%

**Fonte:** Respostas nos Guiões de entrevista para os APEs

O Centro de Saúde de Malehice tem 3 APEs, todos aceitaram participar voluntariamente da entrevista, observados todos os aspetos éticos. As suas respostas demonstraram que todos têm domínio do pacote de DC dos ARVs não obstante o facto de terem tido apenas uma única formação.

Em relação a medição da satisfação dos pacientes na DC, com base nos questionários aplicados, tivemos os resultados a baixo (tabela 11).

**Tabela 11.** Grau de satisfação dos pacientes na DC

		Frequência	Total	Percentagem
Teve algum problema ou constrangimento na DC	NAO	0	50	100%
Recebeu apoio dos APEs	SIM	1	50	100%
A DC facilita o seu TARV	SIM	1	44	88%
	NAO	0	6	12%
Tem conhecimento sobre exames de CV	SIM	1	50	100%

**Fonte:** Respostas no questionário para os pacientes na DC

Todos os pacientes que participaram e preencheram os questionários responderam que não tiveram nenhum problema e ou constrangimento em todo o período que estão a levantar os medicamentos no APE, também responderam todos que tem recebido apoio dos APEs (pacote de serviços a oferecer aos pacientes) e que tem recebido educação sobre a CV.

Em relação a satisfação com o modelo de DC, 88% dos pacientes responderam positivamente, sendo que 12% que corresponde a 6 pacientes responderam que a DC não facilita o seu TARV.

A Tabela 12 fornece informações sobre os exames de Carga Viral realizados nos pacientes dos diferentes grupos. Esses dados são essenciais para avaliar a eficácia do tratamento, especialmente em termos de supressão viral.

**Tabela 12.** Exame de CV

Grupo amostral					Elegíveis a CV		Colheram Amostra	
					Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem
Grupo de controlo	Masculino	15 Anos e +	Válido	SIM	97	100,0%	93	95.9%
	Feminino	0 a 14 Anos	Válido	SIM	10	100,0%	10	100.0%
		15 Anos e +	Válido	SIM	238	100,0%	224	94.1%
Grupo de estudo	Masculino	15 Anos e +	Válido	SIM	23	100,0%	23	100.0%
	Feminino	15 Anos e +	Válido	SIM	100	100,0%	100	100.0%

**Fonte:** Ficha de seguimento dos pacientes (Ficha Mestre)

Os pacientes dos 2 grupos (Grupo de estudo e grupo de controlo) seleccionados na amostra eram todos elegíveis a colheita de CV. 100% dos pacientes do grupo de estudo colheram a CV e do grupo de controlo 97,7% colheram a CV.

A Tabela 13 apresenta os resultados detalhados da análise da Carga Viral nos grupos estudados. Este componente crítico da investigação visa avaliar a

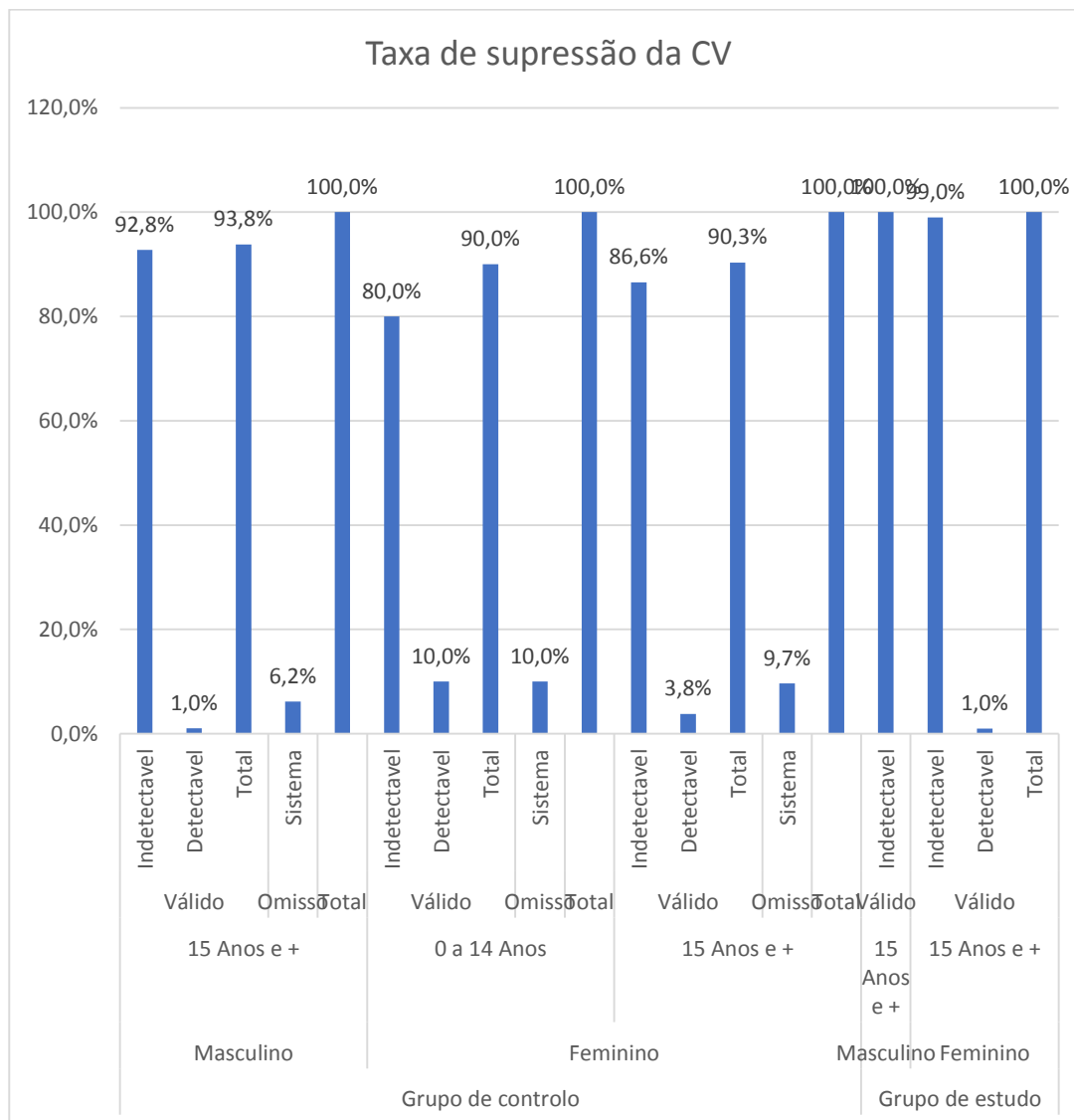
eficácia do TARV adotado nos diferentes contextos e em seguida tem também a representação gráfica dos resultados.

**Tabela 13.** Resultado de CV

Grupo amostral					Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Grupo de controlo	Masculino	15 Anos e +	Válido	Indetetável	90	92,8%	98,9%
				Detetável	1	1,0%	1,1%
				Total	91	93,8%	100,0%
			Omisso	Sistema	6	6,2%	
			Total		97	100,0%	
	Feminino	0 a 14 Anos	Válido	Indetetável	8	80,0%	88,9%
				Detetável	1	10,0%	11,1%
				Total	9	90,0%	100,0%
			Omisso	Sistema	1	10,0%	
			Total		10	100,0%	
	Feminino	15 Anos e +	Válido	Indetetável	206	86,6%	95,8%
				Detetável	9	3,8%	4,2%
				Total	215	90,3%	100,0%
			Omisso	Sistema	23	9,7%	
			Total		238	100,0%	
Grupo de estudo	Masculino	15 Anos e +	Válido	Indetetável	23	100,0%	100,0%
	Feminino	15 Anos e +	Válido	Indetetável	99	99,0%	99,0%
				Detetável	1	1,0%	1,0%
				Total	100	100,0%	100,0%

**Fonte:** Fichas de seguimento dos pacientes (Fichas Mestras)

**Gráfico 5.** Resultado de CV



**Fonte:** Fichas de seguimento dos pacientes (Fichas Mestras)

Do total de pacientes que fizeram a CV, 91,4% receberam o resultado e 8,6% não receberam os resultados. De entre os que receberam os resultados, no grupo de controlo tiveram supressão viral 94,5% (importa salientar que ao separar pela idade, temos de 0 a 14 Anos 88% e de 15 Anos em diante 97,4%). O grupo de estudo, apresentou 99% de supressão da CV.

O questionário para os pacientes na DC e o guião de entrevista dos APes abria espaço para colocação de sugestões, nas tabelas a baixo os resultados.

**Tabela 14.** Sugestões dos pacientes entrevistados para melhoria DC

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Válido	APE dar medicamentos para 3 meses	43	86,0%	89,5%
	NAO	5	10,0%	10,5%
	Total	48	96,0%	100%
Omisso	Sistema	2	4,0%	

**Fonte:** Respostas no questionário para os pacientes na DC

Os pacientes na DC entrevistados, num total de 50, 2 preferiram não dar resposta alegando não ter nada a dizer sobre esta pergunta, 5 disseram que não tinham uma sugestão para melhoria e 43 deram sugestões para melhoria. Todas as sugestões para a melhoria pediam que fosse possível receber medicamentos no APE para 3 meses (Dispensa Trimestral dos ARVs).

As sugestões apresentadas na tabela anteriormente correspondem às respostas obtidas por meio das perguntas padronizadas do questionário. No entanto, vale ressaltar que durante o processo de Recolha de dados, alguns pacientes deram as seguintes sugestões adicionais:

- Aumentar o numero de APEs para reduzir mais as distancias;
- Exploração de estratégias de incentivo à adesão, como programas de recompensa para pacientes que mantêm uma adesão consistente ao tratamento, reconhecendo e valorizando seu comprometimento;
- Implementação de abordagens personalizadas de acompanhamento, considerando as necessidades específicas de cada paciente, garantindo que o modelo seja verdadeiramente adaptado a diferentes contextos individuais.

**Tabela 15.** Sugestões dos APEs do Centro de Saúde de Malehice para melhoria da DC

		Frequência	Percentagem
Válido	Melhorar subsidio, cacifos para conservar ARVs, credito para chamadas e pastas para transportar ARVs	3	100%

**Fonte:** Respostas no guião de entrevista para os APEs do Centro de Saúde de Malehice

Os APEs que participaram do estudo (3 no total) todos responderam a questão relacionada a sugestões para melhoria do Modelo Diferenciado de DC e as suas sugestões foram:

- Que fosse melhorado o subsidio dos APEs;
- Que sejam alocados cacifos nas casas dos APEs para melhor conservação dos Medicamentos e outros artigos médicos destinados aos pacientes;
- Que seja alocado telefones e credito para que possam se comunicar com os pacientes para combinar o local de entrega, fazer chamadas de preventivas e ou de lembrete da data de levantamento dos medicamentos e chamadas de reintegração caso os pacientes faltem ao levantamento nos dias marcados;
- Que sejam alocadas pastas aos APEs para facilitar no transporte dos medicamentos e outros artigos médicos e material de trabalho da Unidade Sanitária para a casa do APE e vice versa.

## 5. DISCUSSÃO

### 5.1. ANÁLISE E EXPLICAÇÃO DOS RESULTADOS

Participaram do estudo 468 pacientes (123 do grupo de estudo e 345 do grupo de controlo) e 3 APEs. No Modelo de Dispensa Comunitária dos ARVs foram inscritos 123 pacientes no período em estudo e todos apresentavam critérios para participar do estudo e foram selecionados.

Os dados recolhidos nos processos dos participantes do estudo, através dos instrumentos aprovados para esta pesquisa, de um total de 468 participantes, encontramos mais Mulheres do que Homens, sendo que as Mulheres representaram 74,4%. Em relação aos inscritos na DC também teve a mesma tendência, 81,3% de Mulheres e 18,7% Homens. Era esperado encontrar adultos e crianças na DC uma vez que os critérios de inclusão na DC incluem crianças com mais de 5 anos de idade que tenham mais de 30 kg de peso e que estejam em TARV com TDF/3TC/DTG mas, os dados demonstram que não tem nenhuma criança sem seguimento na DC no CS de Malehice.

Para todos os participantes tivemos informação demográfica completa nas fontes primárias de recolha de dados.

Cinquenta pacientes aceitaram participar das entrevistas com as seguintes características demográficas: 88% do sexo Feminino e 12% do sexo Masculino.

O Centro de Saúde de Malehice tem 3 APE, 2 do sexo Feminino e 1 do sexo Masculino, todos participaram do estudo através da resposta ao guião de entrevista aprovado para a pesquisa.

Avaliamos a adesão ao TARV considerando o padrão estabelecido e ou adotado pelo Ministério da Saúde de Moçambique que preconiza que: a avaliação da adesão deve ser feita através da contagem dos dias de atraso no levantamento dos medicamentos na data seguinte e pela contagem dos

comprimidos de sobra que o paciente apresenta no dia do novo levantamento dos ARVs. Esta informação é registada na Ficha Mestra do paciente, sendo considerado boa adesão quando tem um atraso de <3 dias, adesão de risco quando tem um atraso de 4 a 6 dias e má adesão quando atrasa por mais de 7 dias. Os resultados apontam para uma boa adesão nos pacientes na DC com 100% de pacientes com boa adesão, o grupo de comparação, os pacientes que levantam os ARVs na farmácia da Unidade Sanitária apresentavam problemas de adesão importantes, sendo, 79% com boa adesão, 13.1% com adesão de risco e 7.9% com má adesão.

Os pacientes no modelo de DC permaneceram todos no tratamento, isto é, 100% dos pacientes continuaram ativos no tratamento no período avaliado. Os pacientes que levantam os ARVs na US apresentaram 94,4% de Ativos no tratamento, 4% de transferidos para outras USs e 1,6% de óbitos.

Os pacientes que preencheram os questionários, responderam todos que levantam os ARVs no APE mensalmente e que não faltaram nas datas marcadas para o levantamento, o pacote de formação que os APEs receberam orientava para dispensa mensal dos ARVs, no entanto, houve atualização que preconizava que poderia se dispensar também medicamentos para 3 meses (Dispensa Trimestral) mas os APEs não receberam esta atualização.

Esta lacuna na atualização e comunicação pode ter impactado negativamente no conforto dos pacientes sobre a periodicidade da dispensa de medicamentos na Dispensa Comunitária (DC). Se os APEs tivessem recebido a devida atualização, é razoável supor que essa alternativa teria sido mencionada pelos pacientes, mitigando assim qualquer crítica relativa à frequência de dispensa.

Essa observação destaca a importância da comunicação efetiva entre as autoridades de saúde e os agentes de saúde comunitários, como os APEs, para garantir que as práticas de dispensa estejam alinhadas com as diretrizes mais recentes.

O Centro de Saúde de Malehice tem 3 APEs, todos aceitaram participar voluntariamente da entrevista, observados todos os aspetos éticos. As suas respostas demonstraram que todos têm domínio do pacote de DC dos ARVs. No entanto, notamos igualmente que este Grupo teve apenas uma formação (formação inicial) desde a implementação da abordagem em 2021 e também não tiveram reuniões para discutir e apresentar os seus desafios.

Todos os pacientes que participaram e preencheram os questionários responderam que não tiveram nenhum problema e ou constrangimento em todo o período que estão a levantar os medicamentos no APE, também responderam todos que tem recebido apoio dos APEs (pacote de serviços a oferecer aos pacientes) e que tem recebido educação sobre a CV.

Em relação a satisfação com o modelo de DC, 88% dos pacientes responderam positivamente, sendo que 12% que corresponde a 6 pacientes responderam que a DC não facilita o seu TARV porque tem que ir todos os meses para casa do APE para levantar os ARVs.

Os relatos unânimes de ausência de problemas durante o levantamento de medicamentos nos Agentes de Saúde Comunitários (APEs) levantam a possibilidade de um viés de cortesia, onde os pacientes podem evitar críticas por receio de impactar sua relação com os APEs. A afirmativa generalizada de receber apoio e educação dos APEs também pode refletir uma tendência dos pacientes em destacar positivamente esses serviços, independentemente da consistência ou qualidade real.

A satisfação geral com o modelo de Dispensa Comunitária (DC) mostra uma maioria (88%) satisfeita, enquanto 12% expressam insatisfação. Essa divergência sugere que, embora a maioria esteja satisfeita, uma parcela significativa enfrenta desafios percebidos ou limitações no formato atual da DC. Fatores logísticos, culturais e socioeconômicos podem contribuir para essa heterogeneidade.

Os pacientes dos 2 grupos (Grupo de estudo e grupo de controle) selecionados na amostra eram todos elegíveis a fazer o exame de CV. 100% dos pacientes do grupo de estudo fizeram a CV e do grupo de controle 97,7% apenas fizeram o exame.

Do total de pacientes que colheram amostra para a CV, 91,4% receberam o resultado e 8,6% não receberam os resultados. De entre os que receberam os resultados, no grupo de controle tiveram supressão viral de 94,5%, o grupo de estudo, apresentou 99% de supressão da CV.

Várias hipóteses podem ser levantadas para explicar essa disparidade. Primeiramente, diferenças na adesão ao tratamento entre os grupos podem ter influenciado os resultados. Além disso, aspectos específicos do modelo de Dispensa Comunitária (DC) podem ter impacto na eficácia do tratamento, como a proximidade dos APEs na prestação de apoio e educação.

A variabilidade nos resultados destaca a complexidade da gestão do TARV e sugere a necessidade de investigações mais aprofundadas para compreender os determinantes específicos que contribuem para essas diferenças. Isso pode incluir fatores individuais, características do modelo de atendimento e a qualidade da implementação da DC.

Os pacientes na DC entrevistados (total 50), 2 preferiram não dar resposta, 5 disseram que não tinham uma sugestão para melhoria e 43 deram sugestões para melhoria. As sugestões para a melhoria foram: Dispensa trimestral dos ARVs; aumentar o número de APEs para reduzir mais as distâncias; exploração de estratégias de incentivo à adesão, como programas de recompensa para pacientes que mantêm uma adesão consistente ao tratamento, reconhecendo e valorizando seu comprometimento; e implementação de abordagens personalizadas de acompanhamento, considerando as necessidades específicas de cada paciente, garantindo que o modelo seja verdadeiramente adaptado a diferentes contextos individuais.

A preferência por dispensa trimestral pode ser motivada por vários fatores, como conveniência, redução da frequência de deslocamentos e a garantia de um

fornecimento contínuo de medicamentos. Este feedback prático dos pacientes deve ser seriamente considerado ao ajustar as práticas de Dispensa Comunitária, visando uma abordagem mais centrada no paciente.

Quanto à ausência de resposta de alguns pacientes ou à declaração de falta de sugestões, várias razões podem ser exploradas. A relutância em fornecer sugestões pode surgir da falta de conhecimento sobre as opções disponíveis, desconforto em expressar opiniões ou a percepção de que suas sugestões não teriam impacto. É essencial considerar esses aspectos ao interpretar os dados, destacando a necessidade de estratégias mais abertas e inclusivas na coleta de feedback.

Os APEs que participaram do estudo (3 no total) todos responderam à questão relacionada a sugestões para melhoria do Modelo Diferenciado de DC e as suas sugestões foram:

- Que fosse melhorado o subsidio dos APEs;
- Que sejam alocados cacifos nas casas dos APEs para melhor conservação dos Medicamentos e outros artigos médicos destinados aos pacientes;
- Que seja alocado telefones e credito para que possam se comunicar com os pacientes para combinar o local de entrega, fazer chamadas de preventivas e ou de lembrete da data de levantamento dos medicamentos e chamadas de reintegração caso os pacientes faltem ao levantamento nos dias marcados;
- Que sejam alocadas pastas aos APEs para facilitar no transporte dos medicamentos e outros artigos médicos e material de trabalho da Unidade Sanitária para a casa do APE e vice-versa.

As sugestões apresentadas pelos APEs para a melhoria do Modelo Diferenciado de DC envolvem aspectos práticos e logísticos. Vamos analisar as vantagens e possíveis desvantagens associadas a cada sugestão:

#### 1-Melhoria do Subsídio dos APEs:

Vantagens: podem incluir maior motivação e engajamento por parte dos APEs, refletindo positivamente na qualidade e regularidade do serviço.

Desvantagens: possíveis impactos financeiros para os órgãos responsáveis pela gestão do sistema de saúde, exigindo uma avaliação cuidadosa dos recursos disponíveis.

#### 2-Alocação de Cacifos nas Casas dos APEs:

Vantagens: contribuiria para a conservação adequada de medicamentos e outros materiais, garantindo a integridade dos produtos destinados aos pacientes.

Desvantagens: Necessidade de investimento em infraestrutura e logística para a implementação efetiva dessa sugestão.

#### 3-Alocação de Telefones e Crédito para Comunicação:

Vantagens: melhoraria a comunicação entre APEs e pacientes, permitindo coordenar entregas, realizar chamadas preventivas e fornecer lembretes, promovendo uma interação mais eficiente.

Desvantagens: Custos associados à aquisição de telefones e créditos, além de questões de privacidade e segurança nas comunicações.

#### 4-Alocação de Pastas aos APEs:

Vantagens: facilitaria o transporte seguro de medicamentos e materiais de trabalho entre a Unidade Sanitária e a residência do APE, otimizando a logística.

Desvantagens: pode exigir investimentos em materiais e equipamentos, além de considerações sobre a durabilidade e manutenção das pastas.

Essas sugestões carregam o potencial de aprimorar a eficiência e a qualidade do serviço, mas a implementação deve ser cuidadosamente avaliada em termos de viabilidade financeira e operacional.

## 5.2.IMPLICAÇÕES A LUZ DOS MODELOS TEÓRICOS E ESTUDOS DE OUTROS AUTORES

### **Teoria de adesão ao tratamento está diretamente relacionada à supressão da carga viral.**

Os resultados do estudo (100% de adesão e 99% de Supressão da CV nos pacientes que estão no modelo de DC dos ARVs pelo APE) comprovam a correlação entre a adesão ao tratamento e supressão da CV.

Essa estreita associação entre adesão e supressão da carga viral sugere que estratégias eficazes de adesão ao tratamento podem desempenhar um papel crucial na melhoria dos resultados clínicos. A inclusão dos APEs, capacitados e bem informados dentro do contexto do seguimento dos pacientes em TARV (no modelo de DC pelos APEs) pareceu ter um impacto positivo na adesão dos pacientes. Além disso, a criação de um ambiente de tratamento mais acessível e menos estigmatizado pode ter contribuído para a aceitação positiva do tratamento e, conseqüentemente, para a supressão da CV.

Esses achados reforçam a importância de abordagens que se concentram no fortalecimento da adesão ao tratamento, bem como na promoção de um ambiente de tratamento acolhedor e empático. Ao considerar a interseção entre a teoria de adesão ao tratamento e os resultados observados no estudo, é evidente que o engajamento dos pacientes e o suporte contínuo são aspectos cruciais na gestão bem-sucedida do tratamento antirretroviral. Essas descobertas podem fornecer informações valiosas para orientar futuras intervenções e aprimorar ainda mais a qualidade do atendimento e os desfechos clínicos para as PVHS.

### **Modelo de Cuidado Centrado no Paciente.**

O Modelo de DC preconiza que o paciente aceite livremente, possa acordar com o APE onde receber os medicamentos, que pode ser em casa do APE, num ponto de encontro marcado pelos dois, na casa do paciente, onde quer que seja a preferê do paciente desde que concorde com o APE e isso aplica se

também em relação a hora de receber os ARVs. Isso enfatiza a inclusão ativa do paciente no processo de tratamento, considerando não apenas as dimensões médicas, mas também os aspectos psicossociais e emocionais, contribuiu para a criação de um ambiente terapêutico empático e compassivo. A DC pelos APEs é um modelo que surge como resposta ao reconhecimento da importância da individualidade e das experiências únicas de cada paciente, e ele ofereceu o suporte significativo para promover o bem-estar geral dos participantes em TARV.

Portanto, a implementação bem-sucedida da DC dos ARVs pelos APEs demonstrou que os modelos de cuidados centrados no paciente oferecem bons resultados tal como pode se ver nos resultados deste estudo.

### **Estudo sobre o modelo GAAC**

A comparação entre o Modelo Diferenciado de Dispensa Comunitária (DC) e a estratégia GAAC (Grupos de Apoio a Adesão Comunitária) revela algumas semelhanças e diferenças notáveis em relação à adesão ao tratamento antirretroviral (TARV) e à continuidade nos cuidados. Ambos os modelos demonstraram eficácia na promoção da adesão e retenção dos pacientes nos cuidados de saúde, embora com algumas discrepâncias nos resultados.

O GAAC mostrou taxas iniciais de retenção excepcionais, com 97,5% dos pacientes continuando o TARV durante o período de acompanhamento. Essa estratégia enfatizou a importância da comunidade e da colaboração entre os pacientes, incentivando a responsabilidade mútua e a resolução de barreiras sociais associadas ao HIV. No entanto, o estudo mostrou uma diminuição progressiva na retenção ao longo do tempo, com 71% dos pacientes ainda em acompanhamento após 30 meses. Por outro lado, o Modelo de DC demonstrou uma adesão perfeita ao tratamento, com 100% de adesão e permanência dos pacientes no tratamento durante o período avaliado.

### **Estudo VIBRA**

O estudo regional realizado em uma área rural da África Austral, no Lesoto resalta a importância do envolvimento comunitário e da capacitação dos agentes de saúde locais para o sucesso das abordagens de cuidados de saúde. Ambos os estudos destacaram a necessidade de implementar modelos de cuidados mais centrados no paciente, a fim de melhorar a adesão ao tratamento e os resultados de saúde.

Apesar das diferenças nos resultados e abordagens, esses estudos reforçam a importância de estratégias abrangentes e adaptáveis no tratamento de pacientes com HIV, especialmente em contextos com recursos limitados. A colaboração entre a comunidade, os profissionais de saúde e as instituições governamentais é fundamental para promover o sucesso de tais modelos de cuidados, garantindo a continuidade do tratamento e a melhoria da saúde geral dos pacientes com HIV. A constante avaliação e adaptação desses modelos com base em evidências são cruciais para enfrentar os desafios em evolução associados ao tratamento de doenças crônicas, como o HIV.

## 6. CONCLUSÃO

### 6.1.FORMULAÇÃO DO PROBLEMA ABORDADO NO TRABALHO

Nesta capítulo, serão apresentadas as conclusões do autor sobre o tema pesquisado, tendo em conta a revisão bibliográfica e os resultados obtidos no processo de recolha, processamento dos dados no Centro de Saúde de Malehice.

A presente pesquisa visava responder a seguinte pergunta: Qual é o impacto da dispensa comunitária dos antirretrovirais por Agentes Polivalentes Elementares na adesão ao tratamento e supressão da carga viral em pacientes com HIV/SIDA inscritos no Centro de Saúde de Malehice, Província de Gaza, entre 21 de Dezembro de 2021 a 20 de Dezembro de 2022?

Tendo em conta os objetivos da pesquisa, chegamos as seguintes conclusões: Em relação ao primeiro objetivo específico: Identificar o número de pacientes inscritos na DC de ARVs no CS de Malehice;

- Foi fácil identificar os pacientes inscritos porque a US tem um registo claro e nas Fichas Mestras dos pacientes está registado o modelo;
- A US não esta a incluir crianças com critérios no modelo;
- O numero de pacientes no modelo é inferior dado o numero de ativos que a US tem e número total de APEs da US.

Em relação ao segundo objetivo específico: Analisar a taxa de adesão dos pacientes na DC, considerando a frequência de levantamento dos medicamentos;

- A adesão dos pacientes na DC foi muito boa (100%).

Em relação ao terceiro objetivo específico: Verificar a relação entre a adesão à DC e a supressão da CV dos pacientes inscritos;

- A adesão influenciou positivamente na supressão da CV (os pacientes da DC apresentaram uma Taxa de supressão da CV de 99%).

Em relação ao quarto objetivo específico: Identificar possíveis fatores que possam influenciar na adesão dos pacientes à DC dos ARVs;

- Dispensa mensal dos ARVs;
- APes sem motivação devido a insatisfação com o subsídio que recebem e falta de material de trabalho (pastas, crédito para chamadas telefônicas, cacifos para depositar os medicamentos)

Em relação ao quinto objetivo específico: Comparar a adesão e a supressão da CV entre os pacientes inscritos na DC dos ARVs por APes no Centro de Saúde de Malehice e os pacientes que levantam os ARVs na farmácia da US que não estejam no modelo da DC;

- Ao comparar os resultados de carga viral (CV) e adesão entre os grupos de estudo e controle, observou-se uma clara vantagem no desempenho dos pacientes no Modelo Diferenciado de DC pelos APes. Enquanto o grupo de estudo apresentou uma taxa de supressão viral de 99%, o grupo de controle mostrou uma taxa ligeiramente menor de 94,5%. Esses números refletem a eficácia do modelo em garantir o acesso regular e oportuno aos medicamentos antirretrovirais (ARVs), contribuindo para uma melhor adesão e, por consequência, para a supressão viral mais consistente;
- Além disso, ao analisar os dados de adesão, é notável que todos os pacientes no Modelo Diferenciado de DC mantiveram uma adesão boa, com 100% de adesão observada. Por outro lado, o grupo de controle enfrentou desafios significativos, com 79% dos pacientes demonstrando boa adesão, 13,1% com adesão de risco e 7,9% com má adesão. Esses resultados indicam claramente a influência positiva DC na garantia de uma adesão consistente e sustentada ao tratamento antirretroviral.

## 6.2.SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES

### **Para os SDSMAS de Chibuto**

- Recrutar mais APEs e Expandir o Modelo Diferenciado de DC pelos APEs;
- Avaliar a possibilidade de melhorar o subsidio dos APEs e as condições de transporte e conservação dos medicamentos na casa do APE.

### **Para o Centro de Saúde de Malehice**

- Continuar a fortalecer a implementação do Modelo Diferenciado de DC pelos APEs e explorar maneiras de incorporar as sugestões fornecidas pelos pacientes e APEs para melhorar ainda mais a eficácia do modelo;
- Incluir as crianças elegíveis no Modelo Diferenciado de DC pelos APEs;
- Fazer formações intensivas e de curta duração localmente para manter os APEs atualizados de modo a oferecerem cada vez melhores serviços;
- Dar dispensa trimestral aos pacientes no Modelo Diferenciado de DC pelos APEs
- Investir em programas de capacitação e sensibilização para profissionais de saúde e pacientes, a fim de promover uma compreensão mais profunda e uma adesão contínua ao tratamento.

### **Para pesquisadores futuros:**

- Explorar mais a fundo o impacto a longo prazo do Modelo Diferenciado de DC pelos APEs em diferentes contextos e comunidades;
- Investigar a viabilidade do modelo;
- Investigar eficácia da integração de tecnologias de comunicação e inovações no cuidado comunitário para aprimorar ainda mais os resultados de saúde.

## 7. BIBLIOGRAFIA

- Amstutz, A., Lejone, T. I., Khesa, L., Kopo, M., Kao, M., Muhairwe, J., Bresser, M., Räber, F., Klimkait, T., Bategay, M., Glass, T. R., & Labhardt, N. D. (2021). *Offering ART refill through community health workers versus clinic-based follow-up after home-based same-day ART initiation in rural Lesotho: The VIBRA cluster-randomized clinical trial. PLOS Medicine, 18(10), e1003839. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003839>*
- Bemelmans M, van den Akker T, Ford N et al. (2014). *Providing universal access to antiretroviral therapy in Thyolo, Malawi through task shifting and decentralization of HIV/AIDS care.*
- INSIDA. (2021). *Hiv prevalence among adults hiv prevalence, by age and sex.*
- Kaplan, J. E. (2022, December 1). *AIDS Retrospective Slideshow: A Pictorial Timeline of the HIV/AIDS Pandemic. <https://www.webmd.com/hiv-aids/ss/slideshow-aids-retrospective>.*
- MISAU. (n.d.). *Guião orientador sobre os Modelos Diferenciados de Serviços em Moçambique.*
- MISAU. (2016). *Guião de implementação da abordagem do testar e iniciar.*
- MISAU. (2023). *Modelos diferenciados de serviços para o hiv/sida.*
- MISAU e Parceiros. (2015). *Estratégia de grupos de apoio e adesão comunitária (Vol. 1).*
- UNAIDS. (2019, September 1). *UNAIDS Terminology Guidelines. [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2019-terminology-guidelines\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-terminology-guidelines_en.pdf).*
- WHO (2006) *The World Health Report 2006 – Working Together for Health. WHO, Geneva, Switzerland. <http://www.who.int/whr/2006/en/> (Accessed 21 November 2013).*
- WHO (2013) *Consolidated guidelines on general HIV care and the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach. WHO, Geneva, Switzerland. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85321/1/9789241505727\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85321/1/9789241505727_eng.pdf) (Accessed 21 September 2023).*
- WHO (2014) *Supplement to the 2013 consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach. WHO, Geneva, Switzerland. [http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/arvs2013supplement\\_march2014/en](http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/arvs2013supplement_march2014/en) (Accessed 21 September 2023)*
- WHO. (2021). *Consolidated guidelines on hiv prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach.*

## 8. APÊNDICE

### APÊNDICE A. Guião de entrevista para os APE

#### GUIÃO DE ENTREVISTA PARA OS APE

**Guião de entrevista aos Agentes Polivalentes Elementares (APEs) para a pesquisa científica sobre a avaliação da adesão à Dispensa Comunitária dos Antirretrovirais no Centro de Saúde de Malehice, Província de Gaza:**

**Guião n° \_\_\_\_\_ Data da entrevista: \_\_\_/\_\_\_/2023**

Introdução:

Saudações e agradecimento pela participação na entrevista.

Apresentação do objetivo da pesquisa e importância do estudo.

Perguntas:

1. Teve formação sobre a Dispensa Comunitária (DC) dos Antirretrovirais? \_\_\_\_ (SIM) \_\_\_\_ (NÃO)

Se SIM quantas? \_\_\_\_\_

2. Qual é o seu papel como Agente Polivalente Elementar (APE) na DC?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Como o APE deve fazer no dia do encontro e entre dos ARVs na comunidade? (descreva as etapas envolvidas)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Quantos pacientes estão inscritos no modelo de Dispensa Comunitária dos Antirretrovirais no CS de Malehice no período de 21 de Dezembro de 2021 a 20 de Dezembro de 2022 esta a seguir? \_\_\_\_\_

5. Dos pacientes que esta a seguir (resposta 3) quantos continuam qual o estado \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ permanência? \_\_\_\_\_ (Ativos) \_\_\_\_\_ (Transferidos) \_\_\_\_\_ (Abandonos) \_\_\_\_\_ (Óbitos)

6. Você identificou algum desafio ou obstáculo específico na implementação da Dispensa Comunitária dos Antirretrovirais? \_\_\_\_\_(SIM)\_\_\_\_\_(NÃO). Se sim, quais? \_\_\_\_\_

---

---

7. Quais as suas sugestões para melhoria da adesão e consequente supressão da CV dos pacientes na Dispensa Comunitária.

---

---

---

Encerramento:

Agradecimento pela participação e contribuição na entrevista.

Informação sobre a confidencialidade das respostas e a importância dos dados para a pesquisa.

Possibilidade de esclarecer qualquer dúvida adicional ou fazer comentários finais.

Elaborado por: Victor Manuel (Proponente da pesquisa)

Revisto por: Prof. Doutor Jorge Atouguia (Orientador)

## APÊNDICE B. Questionário para os pacientes na DC

### QUESTIONÁRIO PARA OS PACIENTES NA DC

**Questionário para Avaliação da Adesão à Dispensa Comunitária dos Antirretrovirais por Agentes Polivalentes Elementares no Centro de Saúde de Malehice, Província de Gaza: Impacto na Supressão da Carga Viral nos pacientes inscritos entre 21 de Dezembro de 2021 a 20 de Dezembro de 2022**

**Data do preenchimento do questionário: \_\_\_/\_\_\_/2023**

1. Qual é o seu sexo? \_\_\_\_ (M) \_\_\_\_ (F)
2. Qual é a sua idade? \_\_\_\_
3. Há quanto tempo esta na Dispensa Comunitária (DC) \_\_\_\_ (meses).
4. Com que frequência você levanta os Medicamentos Antirretrovirais no Agente Polivalente Elementar (APE)? \_\_\_\_ (Diariamente) \_\_\_\_ (Semanalmente) \_\_\_\_ (Quinzenalmente) \_\_\_\_ (Mensalmente) \_\_\_\_ (Trimestralmente) \_\_\_\_ (Semestralmente).
5. Você sente que a Dispensa Comunitária dos Antirretrovirais facilita o acesso aos medicamentos? \_\_\_\_ (SIM) \_\_\_\_ (NÃO) .
6. Você já falhou o levantar os Medicamentos no APE em algum momento? \_\_\_\_ (SIM) \_\_\_\_ (NÃO). Se sim, por quê?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Você recebeu informações adequadas sobre o funcionamento da Dispensa Comunitária (DC) e a importância da adesão aos medicamentos? \_\_\_\_ (SIM) \_\_\_\_ (NÃO).
8. Já ouviu falar de exame de Carga Viral (CV)? \_\_\_\_ (SIM) \_\_\_\_ (NÃO)
9. Já fez o exame da CV e recebeu o resultado? \_\_\_\_ (SIM) \_\_\_\_ (NÃO)
10. Você já teve algum problema relacionado à Dispensa Comunitária (DC)? \_\_\_\_ (SIM) \_\_\_\_ (NÃO).

a) se sim, qual: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. Você já recebeu apoio ou aconselhamento dos Agentes Polivalentes Elementares (APEs)? \_\_\_ (SIM) \_\_\_ (NÃO).

a) Se Sim, qual: \_\_\_\_\_

12. Você tem alguma sugestão para melhorar o modelo de Dispensa Comunitária (DC)? \_\_\_ (SIM) \_\_\_ (NÃO).

a) Se Sim, mencione: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

13. Você concorda em participar de uma entrevista adicional para fornecer mais informações sobre sua experiência com a Dispensa Comunitária (DC)? \_\_\_ (SIM) \_\_\_ (NÃO).

Obrigado por sua participação nesta pesquisa! Suas respostas são extremamente valiosas.

Elaborado por: Victor Manuel (Proponente da Pesquisa)

Revisto por: Prof. Doutor Atouguia (Orientador)

## APÊNDICE C. Ficha de recolha de dados

### FICHA DE RECOLHA DE DADOS

**Ficha de recolha de dados para a pesquisa científica sobre a avaliação da adesão à Dispensa Comunitária dos Antirretrovirais no Centro de Saúde de Malehice, Província de Gaza:**

**Fonte de dados: Ficha Mestra (Instrumento em uso nas Unidades Sanitárias para o registo e seguimento dos pacientes HIV Positivos, inclui os dados demográficos, antecedentes de seguimento clinico relacionados ao HIV, pagina para registo do Apoio Psicossocial e Prevenção Positiva, seguimento clinico e levantamento dos medicamentos)**

**Data da recolha de dados: \_\_\_/\_\_\_/2023 Grupo: \_\_ (Controlo)  
\_\_(Estudo)**

1. Sexo: \_\_\_\_\_(M) \_\_\_\_\_(F)
2. Idade: \_\_\_\_\_
3. Data de inicio de TARVV: \_\_\_\_\_
4. Data de inclusão na DC: \_\_\_\_\_
5. Avaliação da adesão: \_\_\_\_\_
6. Quantas dozes perdidas: \_\_\_\_\_
7. Elegível a CV? \_\_\_\_\_(SIM)\_\_\_\_\_ ( NÃO)
8. Colheu a CV? \_\_\_\_\_(SIM)\_\_\_\_\_ ( NÃO)
9. Tem resultado de CV? \_\_\_\_\_(SIM)\_\_\_\_\_ ( NÃO)
10. Resultado de CV: \_\_\_\_\_(Detetável)\_\_\_\_\_ (indetetável)
11. Estado de permanência: \_\_\_\_\_(Ativo) \_\_\_\_\_(Abandono) \_\_\_\_\_(transferido)  
\_\_\_\_\_ (Óbito)

Elaborado por: Victor Manuel (Proponente da pesquisa) e  
Prof. Doutor Jorge Atouguia (Orientador)

## **APÊNDICE D. Consentimento informado para os pacientes para participação em pesquisa**

### **CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA**

- 1. Título do protocolo:** Avaliação da Adesão à Dispensa Comunitária dos Antirretrovirais por Agentes Polivalentes Elementares no Centro de Saúde de Malehice, Província de Gaza: Impacto na Supressão da Carga Viral nos pacientes inscritos entre 21 de Dezembro de 2021 a 20 de Dezembro de 2022.
- 2. Investigadores principais:** Victor Manuel (estudante de Mestrado em Saúde Pública e Doenças Tropicais) e Prof. Doutor Jorge Atouguia (Orientador);
- 3. Introdução**

**3.1. Justificação para fazer o estudo:** Moçambique é um dos países com alta prevalência de HIV/SIDA, na Província de Gaza a prevalência é de cerca de 20,9%. Embora hajam progressos significativos em direção às metas da ONUSIDA para 2025, que incluem diagnóstico e revelação, início do tratamento antirretroviral e adesão e supressão da carga viral, ainda há desafios, como as altas taxas de abandono do tratamento devido a longas distâncias e tempo de espera em unidades de saúde, bem como estigma e discriminação. O Ministério da Saúde tem implementado medidas para facilitar o tratamento e uma delas é a Dispensa Comunitária de Antirretrovirais por Agentes Polivalentes Elementares (APEs). Dai, a importância de avaliar esses diferentes modelos de dispensa de medicamentos para identificar suas forças e fraquezas e contribuir para a melhoria das estratégias e consequentemente a retenção dos pacientes em TARVV.

**3.2. O objetivo** desta pesquisa é avaliar o impacto da dispensa comunitária dos antirretrovirais por Agentes Polivalentes

Elementares (APEs) na supressão da carga viral em pacientes inscritos no Centro de Saúde de Malehice, Província de Gaza, entre 21 de dezembro de 2021 e 20 de dezembro de 2022.

**3.3. População do estudo:** irão participar do estudo os Agentes Polivalentes Elementares do CS de Saúde de Malehice e os pacientes com critérios que fazem o tratamento na mesma Unidade Sanitária.

**4. Procedimentos:** ao participar desta pesquisa, você concorda em:

- Ser entrevistado e responder questionários relacionados à sua adesão ao tratamento com antirretrovirais, estas entrevistas e ou questionário tem uma duração máxima de 15 minutos e será feito apenas uma única vez;
- Permitir o acesso aos seus registros médicos relacionados ao tratamento com antirretrovirais, incluindo resultados de exames de Carga Viral;

## **5. Riscos e Benefícios**

### **5.1. Riscos:**

- O Estudo será acompanhado de entrevistas o que pode ocupar lhe um pouco mais do seu precioso tempo;

### **5.2. Benefícios:**

- Os resultados deste estudo podem ajudar a melhorar o MDS de DC pelos APEs e conseqüentemente permitir que pacientes continuem no modelo e seja expandida a abordagem o que pode reduzir os custos associados as altas distancias para chegar a US e também pode permitir que os pacientes inclusos no modelo tenham mais tempo para dedicar as suas atividades de geração de renda e ou de lazer;
- Este estudo será mais uma oportunidade para permitir a participação dos pacientes nas estratégias de melhoria do tratamento através das reclamações e sugestões que darão;

- O estudo vai permitir avaliar a DC e dotar a US de elementos essenciais para a toma de decisões futuras;
- O estudo pode ajudar a Unidade Sanitária a aumentar a adesão ao tratamento e conseqüentemente a supressão viral melhorando desta forma o estado de saúde dos utentes e alcance das metas 95 95 95;

**6. Confidencialidade:**

- Todas as informações coletadas durante este estudo serão mantidas confidenciais e anônimas, e os resultados serão apresentados apenas em forma agregada. Seu nome ou qualquer outra informação pessoal identificável não será coletada e nem compartilhado em nenhuma publicação ou apresentação relacionada a este estudo;
- As entrevistas serão realizadas numa sala com privacidade

**7. Voluntariedade:**

A sua participação neste estudo é voluntária e você tem o direito de se recusar a participar ou desistir a qualquer momento sem penalização.

**8. Contacto dos investigadores:**

Victor Manuel – celular:856200976 e-mail: [vivictorlui@gmail.com](mailto:vivictorlui@gmail.com)

Prof. Doutor Jorge Atouguia – e-mail: [j.atouguia@gmail.com](mailto:j.atouguia@gmail.com)

**9. Declaração de consentimento:**

Ao assinar abaixo, eu confirmo que li e entendi as informações acima e concordo em participar deste estudo.

Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/202\_\_

## **APÊNDICE E. Consentimento informado para os APes para participação em pesquisa**

### **CONSENTIMENTO INFORMADO PARA OS AGENTES POLIVALENTES ELEMENTARVES (APes) PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA**

**1. Título do protocolo pesquisa:** Avaliação da Adesão à Dispensa Comunitária dos Antirretrovirais por Agentes Polivalentes Elementares no Centro de Saúde de Malehice, Província de Gaza: Impacto na Supressão da Carga Viral nos pacientes inscritos entre 21 de Dezembro de 2021 a 20 de Dezembro de 2022.

**2. Investigadores principais:** Victor Manuel (estudante de Mestrado em Saúde Pública e Doenças Tropicais) e Prof. Doutor Jorge Atougua (Orientador);

#### **3. Introdução**

**3.1. Justificação para fazer o estudo:** Moçambique é um dos países com alta prevalência de HIV/SIDA, na Província de Gaza a prevalência é de cerca de 20,9%. Embora hajam progressos significativos em direção às metas da ONUSIDA para 2025, que incluem diagnóstico e revelação, início do tratamento antirretroviral e adesão e supressão da carga viral, ainda há desafios, como as altas taxas de abandono do tratamento devido a longas distâncias e tempo de espera em unidades de saúde, bem como estigma e discriminação. O Ministério da Saúde tem implementado medidas para facilitar o tratamento e uma delas é a Dispensa Comunitária de Antirretrovirais por Agentes Polivalentes Elementares (APes). Dai, a importância de avaliar esses diferentes modelos de dispensa de medicamentos para identificar suas forças e fraquezas e contribuir para a melhoria das estratégias e consequentemente a retenção dos pacientes em TARV.

**3.2. O objetivo desta pesquisa** é avaliar o impacto da dispensa comunitária dos antirretrovirais por Agentes Polivalentes Elementares

(APEs) na supressão da carga viral em pacientes inscritos no Centro de Saúde de Malehice, Província de Gaza, entre 21 de dezembro de 2021 e 20 de dezembro de 2022.

**3.3. População do estudo:** irão participar do estudo os Agentes Polivalentes Elementares do CS de Saúde de Malehice e os pacientes com critérios que fazem o tratamento na mesma Unidade Sanitária.

#### **4. Procedimentos:**

Ao participar desta pesquisa, você concorda em:

- Ser entrevistado e responder questionários relacionados ao seu trabalho como APE da Unidade sanitária, estas entrevistas e ou questionário tem uma duração máxima de 15 minutos e será feito apenas uma única vez;
- Permitir o acesso aos seus registros relacionados aos pacientes que esta a fazer seguimento;

#### **5. Riscos e Benefícios**

##### **5.1. Riscos:**

- O Estudo será acompanhado de entrevistas o que pode ocupar lhe um pouco mais do seu precioso tempo;

##### **5.2. Benefícios:**

- Os resultados deste estudo podem ajudar a melhorar o MDS de DC pelos APEs e conseqüentemente permitir que pacientes continuem no modelo e seja expandida a abordagem o que pode reduzir os custos associados as altas distancias para chegar a US e também pode permitir que os pacientes inclusos no modelo tenham mais tempo para dedicar as suas atividades de geração de renda e ou de lazer;
- Este estudo será mais uma oportunidade para permitir a participação dos APEs nas estratégias de melhoria do tratamento através das reclamações e sugestões que darão;
- O estudo vai permitir avaliar a DC e dotar a US de elementos essenciais para a toma de decisões futuras;

- O estudo pode ajudar a Unidade Sanitária a aumentar a adesão ao tratamento e conseqüentemente a supressão viral melhorando desta forma o estado de saúde dos utentes e alcance das metas 95 95 95;

**6. Confidencialidade:**

- Todas as informações coletadas durante este estudo serão mantidas confidenciais e anônimas, e os resultados serão apresentados apenas em forma agregada. Seu nome ou qualquer outra informação pessoal identificável não será coletada e nem compartilhado em nenhuma publicação ou apresentação relacionada a este estudo;
- As entrevistas serão realizadas numa sala com privacidade.

**7. Voluntariedade:**

A sua participação neste estudo é voluntária e você tem o direito de se recusar a participar ou desistir a qualquer momento sem penalização.

**8. Contacto dos investigadores:**

Victor Manuel – celular:856200976 e-mail: vivictorlui@gmail.com

Prof. Doutor Jorge Atouguia – e-mail: j.atouguia@gmail.com

**9. Declaração de consentimento:**

Ao assinar abaixo, eu confirmo que li e entendi as informações acima e concordo em participar deste estudo.

Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/202\_\_

## APÊNDICE F. Foto dos APes

**Figura 4.** APE na formação sobre o pacote de nutrição para os APes



**Autor:** Victor Manuel (pesquisador principal)

**Figura 5.** APE no Centro de Saúde de Malehice no dia de entrega de relatórios mensais



**Autor:** Victor Manuel (pesquisador principal)

## 9. ANEXOS

### ANEXO 1. Declaração do supervisor

#### Declaração de Supervisão de Dissertação

Para os devidos efeitos declaro que serei o supervisor da Dissertação de Mestrado do Licenciado Vítor Manuel, aluno do II Mestrado de Saúde Pública e Medicina Tropical da Universidade Politécnica, subordinada ao título: "Dispensa Comunitária dos Antirretrovirais por Agentes Polivalentes Elementares no Centro de Saúde de Malehice, Província de Gaza: Avaliação da adesão e da Supressão da Carga Viral nos pacientes inscritos entre 21 de Dezembro de 2021 a 20 de Dezembro de 2022".

Lisboa, 12 de Maio de 2023



Jorge Atouguia  
Professor Associado

## ANEXO 2. Autorização de campo de pesquisa

11/07/23  
Dose Soro  
M. José Simão  
20/09/23



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE  
PROVÍNCIA DE GAZA  
DIRECÇÃO PROVINCIAL DE SAÚDE

17/2  
10/09/2023

Exmo. Sr.  
Victor Manuel  
Universidade Politécnica-ISAEN

Xai-Xai, 01 de Junho de 2023

**ASSUNTO:** Carta de cobertura para o estudo "Avaliação da Adesão à Dispesa comunitária dos Antirretrovirais por Agentes Polivalentes Elementares no Centro de Saúde de Malehice, Província de Gaza: Impacto na Supressão da Carga Viral nos Pacientes Inscritos entre 21 de Dezembro de 2021 a 20 de Dezembro de 2022"

### Informação da Direcção Provincial de Saúde

Em relação ao pedido de autorização para implementação do estudo com o título em epígrafe, a Direcção Provincial de Saúde analisou e autoriza a realização do estudo proposto, desde que o protocolo tenha aprovação do Comité Nacional de Bioética para a Saúde (CNBS) ou Comité Institucional de Bioética para a Saúde (CIBS) reconhecido pelo CNBS assim como a aprovação administrativa do Ministério da Saúde.

A Direcção Provincial de Saúde, solicita que o/a investigador informe o início do estudo, apresentando a carta de aprovação ética e administrativa do Ministério da Saúde. No fim, os resultados deverão ser apresentados na Direcção Provincial de Saúde e no Serviço Provincial de Saúde por escrito e em plenária.

Sem mais de momento, queira por favor aceitar os nossos melhores cumprimentos.

A Directora Provincial  
  
Dr. Mulássua José Simango  
(Médica de Clínica Geral Principal)

SERVIÇO DISTRICTAL DE SAÚDE M.A.	
Entrada Nº	59
Data	05/09/23
Cód. de Classif.	093
Ass.	14:00

### ANEXO 3. Aprovação do Comité Nacional de Bioética em Saúde



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE  
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
COMITÉ NACIONAL DE BIOÉTICA PARA A SAÚDE  
IRB00002657

Exmo Senhor  
Dr. Victor Manuel  
UP  
Ref:642/CNBS/23

Data 09 de Novembro de 2023

**Assunto:** Aprovação do Comité Nacional de Bioética para Saúde (CNBS) referente ao Protocolo de estudo intitulado: *“Avaliação da adesão à dispensa comunitária dos antiretrovirais por agentes polivalentes elementares no Centro de Saúde de Malehice, província de Gaza: Impacto na supressão da carga viral nos pacientes inscritos entre 21 de Dezembro de 2021 a 20 de Dezembro de 2022”*

O Comité Nacional de Bioética para Saúde (CNBS) analisou as correcções efectuadas no protocolo de estudo intitulado: *“Avaliação da adesão à dispensa comunitária dos antiretrovirais por agentes polivalentes elementares no Centro de Saúde de Malehice, província de Gaza: Impacto na supressão da carga viral nos pacientes inscritos entre 21 de Dezembro de 2021 a 20 de Dezembro de 2022”*

Registado no CNBS com o número 64/CNBS/2023, conforme os requisitos da Declaração de Helsinquia.

Não havendo nenhum inconveniente de ordem ética que impeça a realização do estudo, o CNBS dá a devida aprovação aos seguintes documentos:

- Protocolo em estudo, versão 2.0 de Setembro de 2023;
- Folha de informação ao participante e consentimento informado, S/n de versão;
- Instrumento de recolha de dados, S/n versão

Todavia, o CNBS informa que:

- 1- Qualquer alteração a ser introduzida no protocolo, incluindo os seus anexos deve ser submetida ao CNBS para aprovação.
- 2- A presente aprovação não substitui a autorização administrativa.
- 3- Não houve declaração de conflitos de interesse por nenhum membro de CNBS.
- 4- A aprovação terá a validade de um ano, terminando esta a 09 de Novembro de 2024. Os investigadores deverão submeter o pedido de renovação da aprovação um mês antes de terminar o prazo.
- 5- Recomenda-se aos investigadores que mantenham o CNBS informado do decurso do estudo.
- 6- A lista actualizada dos membros do CNBS se encontra disponível na secretaria do Comité.

Sem mais do momento, queiram aceitar as nossas mais cordiais saudações.

A Presidente do CNBS

Profª Doutora Esperança Severina Comiche





## 10. GLOSSÁRIO

**Sarcoma de Kaposi:** O sarcoma de Kaposi é um tipo de câncer raro que se desenvolve nas células que revestem os vasos sanguíneos. É mais comum em pessoas com o sistema imunológico enfraquecido, como aquelas infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). O sarcoma de Kaposi pode afetar a pele, órgãos internos e linfonodos. É caracterizado pelo aparecimento de manchas ou lesões vermelhas ou roxas na pele.

**Organização Mundial de Saúde (OMS):** A Organização Mundial de Saúde é uma agência especializada das Nações Unidas que tem como objetivo promover a saúde, prevenir doenças e melhorar o bem-estar das pessoas em todo o mundo. A OMS desempenha um papel fundamental no estabelecimento de diretrizes e padrões de saúde, na coordenação de ações globais de saúde e na resposta a emergências de saúde pública.

**Ministério da Saúde (MISAU):** O Ministério da Saúde é o órgão responsável pela formulação e implementação das políticas públicas de saúde em um determinado país. Ele tem a responsabilidade de garantir o acesso a serviços de saúde de qualidade, promover a prevenção de doenças, coordenar a resposta a emergências de saúde e supervisionar a infraestrutura de saúde; em Moçambique o Ministério de Saúde tem o mesmo nome e a sigla MISAU.

**ONUSIDA:** O Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (ONUSIDA) é uma parceria global que reúne dez agências das Nações Unidas com o objetivo de coordenar a resposta internacional ao HIV/AIDS. O ONUSIDA trabalha para promover a prevenção do HIV, fornecer tratamento e cuidados às pessoas vivendo com HIV/AIDS, combater o estigma e a discriminação e fortalecer os sistemas de saúde.

**EMASIDA:** é a sigla para "Estratégia Multissectorial de Abordagem Integrada do HIV/SIDA e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis". É uma estratégia adotada por Moçambique para enfrentar o HIV/SIDA e outras

doenças sexualmente transmissíveis, envolvendo diferentes setores governamentais, organizações não governamentais e parceiros internacionais. A EMASIDA visa promover a prevenção, o tratamento e o cuidado do HIV/SIDA e reduzir o impacto dessas doenças na sociedade.

**INSIDA:** O Inquérito Nacional de Vigilância, Comportamento e Informação sobre o HIV e SIDA (INSIDA) é um levantamento nacional realizado em Moçambique para coletar dados sobre a prevalência do HIV/SIDA, o comportamento de risco, o acesso aos serviços de saúde e outras informações relacionadas ao HIV/SIDA. O INSIDA é conduzido regularmente para monitorar a epidemia de HIV/SIDA no país e auxiliar na formulação de políticas e programas de saúde adequados.