



UNIVERSIDADE  
E D U A R D O  
MONDLANE

FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO SOCIOLOGIA

LICENCIATURA EM SOCIOLOGIA

**Trabalho de fim do Curso**

***ANÁLISE DOS FACTORES CULTURAIS QUE INFLUENCIAM O ABANDONO AO TRATAMENTO ANTI-RETROVIRAL ENTRE PACIENTES JOVENS QUE VIVEM COM A INFECÇÃO DO HIV NA CIDADE DA MATOLA.***

Dissertação apresentada em cumprimento parcial dos requisitos exigidos para a obtenção do grau de Licenciatura em Sociologia na Universidade Eduardo Mondlane

**Autora:** Laura Matias Djedje

**Supervisor:** Prof. Dr. Carlos Eduardo Cuinhane

Maputo, Janeiro 2022

***Análise dos factores culturais que influenciam o abandono ao tratamento antiretroviral entre pacientes jovens que vivem com a infecção do HIV na cidade da Matola***

Monografia apresentada em cumprimento parcial dos requisitos exigidos para obtenção do grau de licenciatura em sociologia, pela Universidade Eduardo Mondlane

**Universidade Eduardo Mondlane**

Faculdade de Letras e Ciências Sociais

Departamento de Sociologia

**Supervisor Dr. Carlos Cuinhane, PhD**

Trabalho de Fim de Curso

Maputo, Dezembro 2021

**Universidade Eduardo Mondlane**

Faculdade de Letras e Ciências Sociais

Departamento de Sociologia

Trabalho do fim do Curso

**ANÁLISE DOS FACTORES CULTURAIS QUE INFLUENCIAM O ABANDONO AO TRATAMENTO ANTI-RETROVIRAL ENTRE PACIENTES JOVENS QUE VIVEM COM A INFECCÃO DO HIV NA CIDADE DA MATOLA.**

Dissertação apresentada em cumprimento parcial dos requisitos exigidos para a obtenção do grau de Licenciatura em Sociologia na Universidade Eduardo Mondlane

**Autora:** Laura Matias Djedje

O Júri

O Presidente

O Supervisor

O Oponente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **DECLARAÇÃO DE HONRA**

Eu Laura Matias Djedje, declaro por minha honra que esta monografia nunca foi apresentada para a obtenção de qualquer grau e que ela é resultado da minha investigação pessoal, estando indicadas no corpo do texto toda a bibliografia.

Maputo, Dezembro 2021

---

(Laura Matias Djedje)

## **DEDICATÓRIA**

É com muita honra e orgulho que dedico este trabalho:

- Aos meus pais: Rosita Chiluvane e Matias Vasco Djedje (em memória)
- A minha tia Maria Rafael Fumo (em memória), pelo esforço feito para o progresso da minha carreira estudantil.
- Aos meus irmãos: Amélia Djedje, Nelson Djedje, Orlando Djedje, Silvestre Djedje (em memória) e Rahema Chiauchiau.
- A mim mesma pela minha dedicação, pelas noites, madrugadas, finais de semana, feriados, passados a estudar, convicta que chegaria até aqui.

## **GRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar quero agradecer a Deus pelo dom da vida, pelas graças que me tem concebido, pela força e fé de acreditar que um dia terminaria esta longa caminhada. Aos meus pais que me inspiraram a persistir a perseverar com força e vontade para chegar até aqui.

Quero agradecer ao meu supervisor, o meu muito obrigado, Dr. Carlos Cuinhane, pela paciência, dedicação, atenção dada durante este tempo todo. Pelos conselhos, pelo puxão de orelha, pelas críticas construtivas, pela orientação ao longo do trabalho e principalmente pela transmissão dos conhecimentos.

Aos docentes, Dr. Baltazar Muianga, Dr. Orlando Nipassa, Dr. Carlos Cuinhane, Dr. Adriano Maurício. Dr. João Colaço, Dr. Danúbio Muhale, Dr. Obede Baloi, Dr. Neto Sequeira, Dr. Sérgio Baleira, Dra. Rehana, Dr. Joaquim Nhampoca, a todo corpo de docentes do departamento de Sociologia.

Agradeço de forma especial aos meus colegas, Anabella Cossa, Ivone Faduco, pela atenção, pelos conselhos, pelo apoio e pelo suporte durante este tempo. Agradeço igualmente ao Arnaldo Cossa, Eugénio Silveira.

Os agradecimentos são extensivos ao António Viandro, Benjamim Mutema pelos conselhos, pelas dicas pela transmissão de conhecimento.

A equipa do Centro de Saúde da Matola II: aos profissionais de Saúde, a equipa da digitação, a Técnica Nilza de Jesus, pela paciência, pelo apoio, a Direcção Provincial de Saúde de Maputo, ao Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social, a todos o meu muito obrigado.

A minha família em especial, Beatriz, Maria de Fátima, Nelly, Márcia, Tia Guida, tia Guidinha, tia Cristina, Tia Fátima a todos que directos ou indirectamente estiveram ligados a minha carreira estudantil.

Muito Obrigado! Khanimambo!

## **RESUMO**

O presente trabalho analisa os factores culturais que influenciam o abandono do tratamento anti-retroviral (TARV) entre pacientes jovens na cidade da Matola, província de Maputo. Este trabalho procurou investigar de que forma a tradição, os costumes, e os hábitos influenciam o abandono no tratamento anti-retroviral nos pacientes jovens na cidade da Matola. Parte-se do pressuposto de que no processo de procura do tratamento anti-retroviral os pacientes orientam-se na base das suas tradições, hábitos e costumes que entram em conflito com as orientações médicas do TARV. Para melhor compreensão do fenómeno usou-se a teoria Fenomenológica de Alfred Schutz.

No que se refere a metodologia, o estudo baseou-se no método qualitativo, que consistiu na administração de 15 entrevistas semiestruturadas, aos pacientes de TARV e 6 entrevistas semiestruturadas aos profissionais de saúde. Os resultados revelam que os pacientes jovens abandonaram o tratamento anti-retroviral, pelos seguintes factores: factores estruturais, tais como: falta de acompanhamento médico, as longas filas na farmácia para aquisição dos medicamentos e incapacidade do sistema em responder à demanda com qualidade. Factores individuais, relacionados ao medo que os pacientes têm de lidar com a doença, a não-aceitação do seu estado, e a forma como estes contraíram a doença. Factores económicos tais como: a falta de dinheiro de transporte para se fazer ao centro de saúde, e a falta de alimentação. Factores socioculturais como é o caso da discriminação, prática de procura dos medicamentos tradicionais e de outros medicamentos sem a prescrição médica para o tratamento do HIV. Assim, depreende-se que o abandono ao tratamento anti-retroviral entre pacientes jovens é influenciado por múltiplos factores.

**Palavras-Chave:** Abandono, Tratamento Anti-retroviral, Factores Culturais.

## **ABSTRACT**

This research analyse the cultural factors that influence the abandonment of antiretroviral treatment (ART) among young patients in Matola city, Maputo province. It sought to investigate how tradition, customs, and habits influence the abandonment of antiretroviral treatment in young patients. It is based on the assumption that in the process of seeking antiretroviral treatment, patients are guided by their traditions, habits and customs that conflict with the medical guidelines of ART. For a better understanding of the phenomenon, Alfred Schutz's Phenomenological theory was used.

Regarding the methodology, the study was based on the qualitative method, which consisted in the administration of 15 semi-structured interviews to ART patients and 6 semi-structured interviews to health professionals. The results show that young patients abandoned antiretroviral treatment due to the following factors: structural factors, such as: lack of medical care, long lines at the pharmacy to access medications and the system's inability to respond to demand with quality. Individual factors like: patients' fear of the disease, non-acceptance of their condition, and how they contracted the disease. Economic factors related to the lack of money for transport to go to the health facility, and the lack of food. Sociocultural factors such as discrimination, the practice of seeking traditional medicines and the use of other medication without a medical prescription for the treatment of HIV. Thus, it appears that the abandonment of antiretroviral treatment among young patients is influenced by multiple factors.

**Key words:** Dropout, antiretroviral treatment, cultural factors.

## LISTA DE ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

<b>ARV's</b>	Anti-retrovirais
<b>CIBSFM &amp;</b>	Comité Institucional de Bioética para a Saúde da Faculdade de Medicina e
<b>HCM</b>	Hospital Central de Maputo
<b>CPLP</b>	Comunidade de Países de Língua Portuguesa
<b>CNCS</b>	Conselho Nacional de Combate ao Sida
<b>CNBS</b>	Comité Nacional de Bioética para a Saúde
<b>HIV</b>	Vírus de Imunodeficiência Humana
<b>INS</b>	Instituto Nacional de Saúde
<b>INAE</b>	Instituto Nacional de Estatística
<b>IDS</b>	Inquérito Demográfico de Saúde
<b>INSIDA</b>	Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV SIDA em Moçambique
<b>MISAU</b>	Ministério da Saúde
<b>IMASIDA</b>	Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária, e HIV
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>Opção B+</b>	Estratégia da Administração da Medicação a partir do Diagnóstico Positivo para a Sorologia de HIV
<b>SIDA</b>	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
<b>SAAJ</b>	Serviços Amigos dos Adolescentes e Jovens
<b>TARV</b>	Tratamento Anti-retroviral

## ÍNDICE

DECLARAÇÃO DE HONRA.....	iv
DEDICATÓRIA.....	v
AGRADECIMENTOS.....	vi
RESUMO.....	vii
ABSTRACT.....	viii
LISTA DE ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS.....	ix
INTRODUÇÃO.....	14

CAPÍTULO 1: Revisão da Literatura.....	16
1.1. Factores que influenciam o abandono do tratamento anti-retroviral.....	17
1.1.1. Factores socio-demográficos que influenciam o abandono do tratamento anti-retroviral.....	17
1.1.2. Factores individuais que influenciam o abandono do tratamento anti-retroviral	18
1.1.3. Factores estruturais que influenciam o abandono do tratamento anti-retroviral	19
1.1.4. Factores socio-económicos que influenciam o abandono do tratamento anti-retroviral.....	21
1.1.5. Factores culturais que influenciam o abandono do tratamento anti-retroviral...22	
1.2. Abordagens sobre doenças crónicas.....	23
1.2.1. Abordagem Psicossocial.....	23
1.2.2. Perspectiva Biomédica.....	23
1.2.3. Perspectiva Comportamental.....	23
1.2.4. Perspectiva cognitiva.....	24
1.2.5. Pespectiva auto-regulatória.....	24
1.3. Problema de pesquisa.....	26
1.4. Hipótese.....	26
1.5. Objectivos.....	27
1.5.1. Objectivo Geral.....	27
1.5.2. Objectivos específicos.....	27
1.6. Justificativa.....	27
CAPÍTULO 2: Enquadramento teórico e conceptual.....	29
2.1. Teoria Fenomenológica.....	29
2.1.1. Pertinência teórica.....	31
2.2. Definição e operacionalização dos conceitos.....	31
CAPÍTULO 3: Metodologia.....	34
3.1. Descrição do local da pesquisa.....	34
3.2. Método de procedimento.....	35
3.3. Método de abordagem.....	35
3.4. População e amostra do estudo.....	36
3.5. Processo de selecção da amostra.....	37
3.6. Técnica de recolha de dados.....	38
3.7. Procedimento de recolha de dados.....	38

3.8.	Método de análise de dados.....	39
3.9.	Roteiro de pesquisa.....	39
3.10.	Problemas encontrados durante a pesquisa e soluções.....	40
3.11.	Considerações Éticas de pesquisa.....	41
3.12.	Contribuição do estudo.....	42
3.13.	Limitações do estudo.....	42
CAPÍTULO 4: Apresentação, análise e discussão dos resultados da pesquisa.....		43
4.1.	Perfil sociodemográfico dos pacientes jovens.....	43
4.2.	Perfil Sociodemográfico dos profissionais de Saúde.....	45
4.3.	Práticas dos pacientes jovens que abandonaram o tratamento anti-retroviral.....	46
4.3.1.	Descoberta sobre a infecção do HIV entre jovens.....	46
4.4.	Práticas dos jovens depois da descoberta da infecção do HIV.....	48
4.4.2.	Cuidados com a saúde após a descoberta do HIV.....	49
4.4.3.	Cuidados na vida quotidiana.....	51
4.5.	Práticas de procura de saúde entre os pacientes jovens vivendo com a infecção do HIV	52
4.5.1.	Práticas culturais.....	52
4.5.2.	Processos de procura de cuidados.....	53
4.5.3.	Práticas médicas usadas pelos pacientes jovens com a infecção do HIV.....	53
4.5.4.	Percepção dos jovens sobre o tratamento anti-retroviral.....	54
4.6.	Aderência ao tratamento anti-retroviral.....	55
4.6.1.	Percepção dos pacientes sobre a aderência do tratamento anti-retroviral.....	55
4.6.2.	Percepção dos activistas e profissionais de saúde sobre a aderência do tratamento anti-retroviral.....	55
4.7.	Razões de aderência dos jovens sobre o tratamento anti-retroviral.....	56
4.7.1.	Factores que influenciam a aderência ao tratamento anti-retroviral.....	56
4.8.	Razões de abandono do tratamento anti-retroviral.....	58
4.8.1.	Experiência de abandono e volta ao TARV.....	58
4.9.	Factores que influenciam o abandono do tratamento anti-retroviral.....	60
4.10.	Procura de outras alternativas de terapia no tratamento do HIV.....	63
4.11.	Relação entre os factores culturais e o abandono do tratamento anti-retroviral....	65
4.12.	Impacto da pandemia do COVID-19 entre os jovens vivendo com o HIV.....	66
4.13.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DE PESQUISA.....	69
Considerações finais.....		72
Referências bibliográficas.....		73

Anexos.....	76
Anexo 1: Consentimento Informado.....	76
Anexo 2: Protocolo de Pesquisa.....	78
Anexo 3: Declaração de assento.....	79
Anexo 4: Termo de compromisso do investigador.....	80
Anexo 5: Entrevista semi-estruturada.....	81
Profissionais de saúde de Saúde da Matola II.....	84

## INTRODUÇÃO

Este trabalho analisa os factores culturais que influenciam o abandono ao tratamento anti-retroviral nos pacientes jovens que vivem com a infecção do HIV na cidade da Matola. Neste estudo procuramos investigar de que forma a tradição, os costumes, e os hábitos influenciam o abandono no tratamento anti-retroviral nos pacientes jovens na cidade da Matola.

O Vírus de Imunodeficiência Humana (HIV) assola grande parte da população mundial, bem como a população moçambicana. Moçambique situa-se entre os oito países com maiores taxas de prevalência de HIV/SIDA em adultos com idade produtiva a nível mundial, (MISAU, 2009). Possui uma taxa de prevalência de HIV de 13,2%, segundo dados do (MISAU, 2017), sendo um dos países mais afectados do mundo pelo HIV. Estima-se que em 2016 cerca de 1.849.690 pessoas viviam com o HIV em Moçambique. Cerca de 83.021 novas infecções por HIV tenham ocorrido no mesmo ano de 2016 e 62.051 mortes estão relacionadas com o HIV (MISAU, 2017). Dados do (MISAU, 2019) revelam que cerca de 2,243,966 pessoas vivem com o HIV em Moçambique, 364 novas infecções ocorrem por dia e 50,586 mortes estão relacionadas com o HIV. Aproximadamente 2.1 milhões de pessoas estão infectadas pelo HIV em Moçambique, sendo 2,093,570 adultos maiores 15 anos vivendo com HIV e cerca de 150,396 crianças, segundo (MISAU, 2020). Apesar dos avanços na cobertura do tratamento anti-retroviral, bem como o aumento de pessoas vivendo com a infecção do HIV com acesso ao tratamento anti-retroviral, o número de abandonos ao tratamento continua elevado.

O HIV e SIDA ainda representa um problema de saúde pública em Moçambique, para além de que, constitui um problema social dado as suas características epidemiológicas peculiares (MISAU, 2009). O HIV afecta todas as camadas sociais, desde aqueles que são economicamente activos, até os não economicamente activos.

Apesar de o Ministério de Saúde (MISAU) implementar várias estratégias para retenção dos pacientes em TARV, incluindo o acesso gratuito dos anti-retrovirais aos pacientes, o nível de retenção continua elevado, sendo que, cerca de 68% dos pacientes que iniciam o tratamento permanecem activos após aos 12 meses depois abandonam o tratamento (MISAU, 2018). Isto evidencia desafios em termos de retenção de pacientes no tratamento anti-retroviral. Este facto deve-se à supersaturação dos pacientes em TARV nas maiores unidades sanitárias do país que, de certa maneira tem influência na qualidade de atendimento (MISAU, 2018).

Contudo, estudos (Moiane, 2018; Pires, 2015; Pires, Marega e Creagh, 2017) indicam que o maior desafio prevalece e está relacionado com o abandono dos pacientes em TARV. Dados do MISAU (2017) indicam que o número de abandonos tem aumentado significativamente, cerca 60% de pacientes abandonaram o TARV, colocando um novo desafio à saúde pública.

A literatura acerca do abandono do tratamento anti-retroviral, apresenta algumas limitações sobre como é que os pacientes em TARV interagem no seu ambiente social e cultural e como esses processos de interacção influenciam a sua visão sobre o HIV, tratamento e percepções sobre o risco de abandono ao TARV. Neste sentido formulamos como a seguinte pergunta de partida: “*De que forma a tradição, os costumes, e os hábitos influenciam o abandono no tratamento anti-retroviral nos pacientes jovens na cidade da Matola*”? Parte se do pressuposto de que os factores culturais tais como a tradição, os hábitos e os costumes influenciam o abandono do TARV, na medida em que, no processo de procura do tratamento anti-retroviral os pacientes orientam-se na base das suas tradições, hábitos e costumes que entram em conflito com as orientações médicas do TARV.

Para responder a pergunta de pesquisa, desenvolveu-se um estudo qualitativo entre pacientes jovens do Centro de Saúde da Matola II, e usou da teoria fenomenológica de Alfred Shutz (1970). Onde Shutz preocupa-se em compreender a intersubjectividade, a maneira como a realidade social é apreendida, interpretada e objectivada. Esta teoria serviu para orientar a análise e interpretar os dados.

Este trabalho está dividido em quatro capítulos: no primeiro é apresentada a revisão de literatura, no segundo apresenta-se o quadro teórico e conceptual. No terceiro capítulo é descrita a metodologia usada no trabalho e no quarto capítulo faz-se a análise, interpretação, discussão dos resultados e por último, apresenta-se a conclusão, as referências bibliográficas e os anexos.

## **CAPÍTULO 1: Revisão da Literatura**

Neste capítulo apresenta-se a revisão da literatura que consiste na apresentação e discussão de obras, livros e artigos científicos que abordam o tratamento anti-retroviral. Bem como a problematização do estudo em causa, sem deixar de lado as hipóteses, os objectivos que orientaram o trabalho e a justificativo. Primeiramente faz-se a contextualização do tratamento anti-retroviral, seguidamente traz-se a discussão de alguns estudos nacionais e internacionais que fazem menção aos factores que influenciam o abandono do tratamento anti-retroviral. Além disso, algumas abordagens sobre as doenças crónicas.

### **1.1. Contextualização do Tratamento Anti-retroviral (TARV)**

O tratamento anti-retroviral na África Sub-Sahariana começou a ser implementado a partir de 2002, na África do Sul, Botswana, Uganda e Moçambique (Barroso, 2006 apud Comissar, 2015).

Entre o final de 2002 até Junho de 2006 o número de pessoas que recebeu o TARV na África Sub-Sahariana aumentou de 50 mil para 11 milhões de pacientes. Em 2009 o número de pessoas elegíveis para o TARV em países com recursos limitados foi de 14,6 milhões comparado com a estimativa de 10,1 milhões de pessoas que necessitavam do TARV em 2006 (Brambatti, 2010 apud Comissar, 2015).

Até 2001 Moçambique manteve uma posição contrária sobre a inclusão da terapia anti-retroviral (TARV) como estratégia no combate ao HIV e SIDA, com o argumento do custo elevado, associado às limitações de recursos financeiros, de infra-estruturas e de recursos humanos. Além disso, havia dúvidas sobre pessoas infectadas aderirem de forma integral, a um programa de tratamento complexo. Entretanto, mesmo com a estratégia oficial focalizada apenas na prevenção, algumas ONG internacionais, começaram a oferecer o TARV, nos centros de saúde públicos (Matsinhe, 2005 apud Brambatti, 2007).

Em 2002 foi introduzido o TARV no país. Em 2006, o MISAU deu início à descentralização e à expansão do acesso aos serviços de saúde para os 128 distritos do país. Enquanto isso, verificava-se a subida de 211 unidades sanitárias oferecendo o TARV para 563 de 2007 à 2013 e, o número de pacientes em tratamento que em 2008 eram quase cento e vinte nove mil aumentaram para cerca de quinhentos mil em 2013 (Comissar, 2015).

Em 2014 foi elaborado o Protocolo Para Atenção a Gestantes HIV+ e Criança Exposta (“Guião TARV”<sup>40</sup>). Em 2015 o acesso universal ao Tratamento ARV em Moçambique era estimado em 97% das 1.450 unidades sanitárias que implementam a Opção B+ no país (Lima, 2018).

Em 2017, existiam 1.292 Unidades Sanitárias TARV no país, e 80% das Unidades Sanitárias do Serviço Nacional de Saúde estavam a oferecer serviços TARV (MISAU, SNS, 2017 ).

De acordo com o Relatório do (MISAU, SNS, 2018) até Junho 2018, cerca de 1.407 Unidades Sanitárias estavam a oferecer o TARV a nível nacional.

Alguns estudos nacionais e internacionais fazem menção de cinco factores que influenciam para o abandono do tratamento anti-retroviral, nomeadamente: factores sociodemográficos, factores estruturais, factores socioeconómicos, factores culturais, e factores individuais.

### **1.1. Factores que influenciam o abandono do tratamento anti-retroviral**

O abandono do tratamento anti-retroviral pode ser influenciado por vários factores nomeadamente: Factores socio-demográficos; individuais; estruturais; socio-económicos e culturais.

#### **1.1.1. Factores sociodemográficos que influenciam o abandono do tratamento anti-retroviral**

Os factores sociodemográficos tais como: idade, baixos níveis de escolaridade, e a falta de capacidade para compreender e assimilar as informações fornecidas pela equipe de saúde, influenciam o abandono do tratamento anti-retroviral, Baptista (2016). Estudos como os de Faustino (2006), e Santos (2011) afirmam que os baixos níveis de escolaridade, a restrita capacidade de assimilar e compreender as informações pertinentes, que são fornecidas pela equipe de saúde, sobre o tratamento anti-retroviral e a doença HIV pode influenciar no abandono do tratamento antiretroviral.

Pessoas idosas tendem a abandonar mais o TARV devido ao desenvolvimento de patologias mentais, Baptista (2016). Estudos como o do Moreno (2016) refere que os indivíduos com idade igual ou superior a 40 anos tendem a aderir mais ao tratamento anti retroviral, em relação aos de idade inferior a 40 anos.

Gonçalves (2014) em concordância com Moreno (2016) defende que os pacientes com idade maior ou igual a 35 anos abandonam o tratamento antiretroviral, ou seja, pacientes com essa idade, são mais vulneráveis em abandonar o tratamento antiretroviral. Os autores Silva, Dourado, De Brito e Da Silva (2015), corroboram com Gonçalves (2014) ao referirem que pacientes com idade maior que 34 anos tendem a abandonar o tratamento antiretroviral. De igual modo, os mesmos autores parilham da mesma opinião com Faustino (2006), ao referirem que o baixo nível de escolaridade influencia no abandono do tratamento antiretroviral, ou seja, segundo estes autores, pessoas mais jovens tendem a abandonar o tratamento antiretroviral, pois há uma certa dificuldade em conciliar a terapia e o modo de vida destes jovens. Os autores, referem ainda que pessoas mais velhas tendem a não abandonarem o tratamento antiretroviral com excepção de pessoas acima dos 75 anos de idade, devido a existencia de várias doenças e a complexidade dos regimes terapeuticos.

Silva, Dourado, De Brito e Da Silva (2015) sublinham que o ambiente do trabalho leva ao abandono do tratamento antiretroviral, pois o paciente fica com medo de ser descoberto sobre a sua condição serologica, e consequentemente a perda do emprego, visto que muitas vezes o paciente tem de ir levantar os medicamentos no hospital durante o tempo de trabalho, o que leva o paciente a adiar dessa forma, a toma dos medicamentos.

Esta análise é relevante na medida em que ajuda a compreender e a inteirar se sobre os factores que favorecem ao abandono do tratamento anti-retroviral. Através do assunto abordado, podemos usar as variáveis idade e escolaridade, para analisar o nosso objecto de estudo.

### **1.1.2. Factores individuais que influenciam o abandono do tratamento anti-retroviral**

Os factores individuais como: as atitudes que o indivíduo adopta perante a doença e o tratamento, como a não aceitação do seu estado serológico, a forma como esse indivíduo contraiu a doença, bem como o conhecimento que o indivíduo tem sobre a doença, as crenças sobre o tratamento, o pessimismo na eficácia do tratamento, e a desistência no mesmo, favorecem para que este abandone o tratamento anti-retroviral (Brambatti 2007). Esta mesma autora, refere que o tratamento pode gerar uma série de efeitos emocionais negativos, desde o medo, a ansiedade, a depressão, o que contribui para o abandono e não para adesão. Mas também pode gerar um entendimento sobre a própria vida e um sentimento de confiança e habilidade em lidar com o HIV e SIDA, o que é muito positivo para o não abandono e para a forma de perceber a vida e enfrentar a doença.

O tratamento pode lembrar ao indivíduo a sua condição serológica, que este está infectado e com isso, o mesmo pode desistir de tomar os medicamentos como forma de negar a sua condição, e por medo que os outros saibam da sua doença (Brambatti, 2007).

Faustino (2006) sublinha que o paciente pode abandonar o tratamento pelo medo de enfrentar a doença, por medo de lidar com as dificuldades que surgirão ao longo da doença e do tratamento, aparecimento de transtornos mentais, como a depressão e ansiedade, falta de organização por parte do paciente, dificuldades de se adequar às exigências do tratamento, bem como, cumprir com os horários para a ingestão dos medicamentos, o esquecer de tomar os remédios, o abuso de álcool e outras drogas.

### **1.1.3. Factores estruturais que influenciam o abandono do tratamento anti-retroviral**

Os factores estruturais como: o acompanhamento médico, o monitoramento médico sistemático ao longo do curso da doença, a falta de medicamentos nos hospitais, as filas enormes para o levantamento dos medicamentos influenciam no abandono do tratamento anti-retroviral, o acesso aos serviços de saúde, e a estrutura que o paciente encontra, as condições que o paciente encontra no centro de saúde, contribuem para que o paciente abandone o tratamento anti-retroviral Brambatti (2007). Nesta mesma linha de pensamento, Moreno (2015) faz referência à disponibilidade do acompanhamento médico, o facto de os pacientes terem que enfrentar longas filas de espera do medicamento, (quando os medicamentos não se encontram disponíveis na farmácia e nos centros de TARV). Estes aspectos contribuem para o abandono do tratamento anti-retroviral. Brambatti (2007) reitera que a equipa médica deve ter atenção aos pacientes no início do tratamento, pois é um período crítico para o abandono, na medida em que, as pessoas estão habituadas a fazer um tratamento por um período de tempo para curar a doença e o TARV é para toda a vida e pode trazer efeitos colaterais para os pacientes. Dessa forma, é necessário haver uma preparação dos pacientes para o tratamento, bem como monitorar os problemas de abandono de modo que evite-se faltas por parte dos pacientes.

Santos (2011), refere que a existência de hospitais com estrutura física deteriorada, a falta de profissionais de saúde, sobrecarga dos profissionais de saúde, o que leva à baixa qualidade de atendimento, faz com que o paciente abandone o tratamento antiretroviral.

Brambatti (2007), refere que a falta de uma equipa capacitada e motivada para intervir em qualquer momento que o paciente necessite de ajuda, bem como a falta de assistência para o paciente influenciam no abandono do tratamento antiretroviral. A autora acrescenta ainda que

a relação paciente e a equipe médica representa um impacto sobre o não abandono do tratamento anti-retroviral, na medida em que o paciente sente-se acolhido pela equipe médica e a mesma transmite confiança ao paciente, e empenha-se na manutenção da motivação do paciente no tratamento anti-retroviral, e o que contribui para isso são a percepção do paciente sobre a competência técnica, o acesso à informação de forma clara e simples, boa comunicação, e o grau de empatia com a equipe médica (Brambatti, 2007).

Ainda na mesma linha de pensamento de Brambatti (2007), Faustino (2006) acrescenta que quando a relação paciente-médico, bem como com os demais profissionais da saúde é insatisfatória, pode levar ao abandono.

Moreno (2015), acrescenta que a falta de uma comunicação clara e simples por parte dos profissionais de saúde, e o não enquadramento na medicação nas rotinas diárias do paciente, faz com que este último abandone o tratamento anti-retroviral.

Brambatti (2007) defende que os pacientes não abandonam o tratamento quando os médicos são afectuosos, interessados, amigáveis, e mostram um comportamento que demonstra empenho e consideração. A autora ressalta que o nível de conhecimento que o profissional de saúde possui sobre a doença é importante porque o saber técnico gera segurança e confiança no profissional de saúde. Sendo que para seguir o tratamento e a prescrição médica do profissional de saúde é necessário confiar na competência do mesmo.

Moane (2018), partilha da mesma opinião que Brambatti (2007) ao referir que os factores que influenciam o abandono do tratamento anti-retroviral são os factores estruturais, factores relacionados com os profissionais de saúde e os regimes terapêuticos. Baptista (2016) também concorda com a opinião de Brambatti (2007) quanto aos factores estruturais referindo que, quando a estrutura do hospital não se encontra organizada, pode levar o paciente a abandonar o tratamento anti-retroviral.

A falta dos ARV's (anti-retrovirais), o aumento dos pacientes a procura dos medicamentos, as unidades sanitárias ficam superlotadas. Aliado a estes factores, a escassez de recursos humanos em termos quantitativos e qualitativos, faz com que, os pacientes encontrem filas enormes nas unidades sanitárias, quando vão fazer o levantamento dos medicamentos (Estavela, 2014). Os pacientes são obrigados a regressar para casa sem os medicamentos, e consequentemente voltar muitas vezes à unidade sanitária a procura dos mesmos, o que acarreta custos elevados de transporte (Estavela, 2014). Este facto pode eventualmente

influenciar a insegurança, o desamparo e a desconfiança na eficiência do tratamento dos pacientes (Estavela, 2014). Igualmente, estes factores podem favorecer a descontinuidade do tratamento, bem como o abandono.

Para além disso, os pacientes enfrentam vários desafios que incluem, o tempo elevado de espera nos atendimentos, incapacidade do sistema em responder à demanda com qualidade, escassez de recursos humanos, de medicamentos e de infra-estrutura conjugado com preconceitos sobre a eficácia do TARV, a discriminação, e o estigma que geram a descontinuidade do tratamento ou adesão irregular ou ainda o abandono (Estavela, 2014).

#### **1.1.4. Factores socio-económicos que influenciam o abandono do tratamento anti-retroviral**

A falta de uma habitação adequada, de uma alimentação adequada e disponível, aliado a falta de dinheiro de transporte para se fazer ao centro de saúde, são factores socioeconómicos que influenciam o abandono do tratamento anti-retroviral Brambatti (2007). A autora citada refere que, muitas vezes o paciente pode estar motivado a fazer e a seguir o tratamento mas por causa de morar longe do centro de saúde, aliado com a falta de dinheiro para o transporte, e a falta de alimentação, faz com que este abandone o tratamento. Faustino (2006) faz menção do suporte social e material, referindo que a falta de dinheiro, alimentação, transporte tudo isso pode levar o paciente a abandonar o tratamento antiretroviral. Moane (2018) partilha da mesma opinião que Faustino (2006) ao referir que o desemprego, a falta de dinheiro para alimentação e transporte, bem como, a falta de habitação contribuem para o abandono do tratamento anti-retroviral.

Moane (2018) considerou os factores socioeconómicos, o desemprego, a falta de dinheiro para alimentação e transporte, a falta de habitação como sendo influenciadores do abandono do tratamento anti-retroviral. Ele refere que os pacientes não têm respeitado as horas e as doses da toma dos medicamentos quando consideram o momento inoportuno devido ao momento social que se encontram como festas, convívios, o que tem impacto no abandono do tratamento antiretroviral.

Para Estavela (2014) o género influencia no abandono do tratamento anti-retroviral na medida em que tem se verificado a presença do preconceito e da exclusão como categorias que favorecem para o abandono do tratamento anti-retroviral.

Giovana *et al.* (s/d), referem que a mulher é privada do seu direito de sexualidade, sendo que, a sexualidade das mulheres seropositivas que estão em tratamento anti-retroviral torna-se algo reprimido, feio, que deve ser punido e evitado, mas nos homens essa repressão não acontece.

Moreno (2015) refere que, o medo do estigma, e da discriminação tem contribuído muito com o aumento do abandono do tratamento anti-retroviral, uma vez que, os pacientes têm medo de serem descobertos sobre o seu estado de saúde, pois serão rotulados da sociedade.

#### **1.1.5. Factores culturais que influenciam o abandono do tratamento anti-retroviral**

O tratamento do HIV e SIDA está ligado de forma profunda em aspectos socioculturais que consistem nas diversas maneiras de se conceber a doença, a busca da cura, e a crença na medicina tradicional (Da Costa, 2003 *publ.* Obed, 2015). Faustino (2006) sublinha que, as crenças desfavoráveis e informações inadequadas sobre o tratamento e a doença podem levar ao abandono do tratamento anti-retroviral.

Moreno (2015) afirma que as crenças, os conhecimentos, as percepções, as atitudes e as expectativas sobre a doença HIV e o tratamento antiretroviral influenciam no abandono do tratamento antiretroviral.

Os factores culturais tais como as normas, os valores, as tradições e ambiente cultural influenciam no abandono do tratamento antiretroviral, na medida em que, as pessoas pertencentes a determinado meio social e cultural se organizam, legitimam, encaram, descrevem e dão justificação às práticas que originam e orientam a vida em grupo, pelo intermédio de regras, normas, conhecimentos e crenças (Kula, 2008 *apud* Moreno, 2015).

Mahumane (2008) refere que o ambiente cultural que é caracterizado por crenças e tradições religiosas influencia no abandono do tratamento antiretroviral na medida em que os pacientes se congregam a certas religiões como forma de buscar a cura para a HIV, acreditando que as possessões espirituais ajudam no processo de cura da doença.

Após a análise dos vários estudos, acima arrolados, podemos constatar que os autores são unânimes ao referirem como factores que influenciam o abandono do tratamento anti-retroviral os factores socio-económicos, estruturais, individuais, socio-demográficos e culturais. A partir desta revisão da literatura podemos observar que estes estudos reflectem sobre os vários aspectos que influenciam no tratamento anti-retroviral. Mas deixam de fora

alguns aspectos sobre como é que os pacientes em TARV interagem no seu ambiente social e cultural e como esses processos de interacção influenciam a sua visão sobre o HIV, tratamento e percepções sobre o risco de abandono ao TARV.

## **1.2. Problema de pesquisa**

O HIV e SIDA ainda representa um problema de saúde pública em Moçambique, para além de que, constitui um problema social dado as suas características epidemiológicas peculiares (MISAU, 2009). O HIV afecta todas camadas sociais, desde aqueles que são economicamente activos, até os não economicamente activos.

O abandono ao TARV representa um risco para a saúde ao paciente e outros actores sociais, na medida em que, pacientes que abandonam o tratamento TARV, com dificuldades na ingestão correcta dos medicamentos e na adopção de práticas de sexo seguro podem infectar outras pessoas com cepas de HIV já resistentes aos medicamentos de primeiro tratamento (Santos, 2011). Desta forma, ficam reduzidas as chances de sucesso da terapia com os anti-retrovirais (Santos, 2011).

Apesar de o Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU) implementar várias estratégias para retenção dos pacientes em TARV, incluindo o acesso gratuito dos anti-retrovirais aos pacientes, MISAU (2018) refere que, o nível de retenção continua elevado.

Os estudos e as abordagens sobre o abandono do tratamento anti-retroviral, reflectem sobre os vários aspectos que influenciam no tratamento anti-retroviral. Contudo, pouco se sabe sobre como é que os pacientes em TARV interagem no seu ambiente social e cultural e como esses processos de interacção influenciam a sua visão sobre o HIV, tratamento e percepções sobre o risco de abandono ao TARV. Desta forma, surge a seguinte pergunta de partida:

*De que forma a tradição, os costumes, e os hábitos influenciam o abandono no tratamento anti-retroviral nos pacientes jovens na cidade da Matola.*

## **1.3. Hipótese**

Os factores culturais tais como a tradição, os hábitos e os costumes influenciam o abandono do TARV, na medida em que, no processo de procura do tratamento anti-retroviral os pacientes orientam-se na base das suas tradições, hábitos e costumes que entram em conflito com as orientações médicas do TARV.

- Variável independente: factores culturais
- Variável dependente: abandono do tratamento anti-retroviral.

## **1.4. Objectivos**

### **1.4.1. Objectivo Geral**

- Analisar os factores culturais que influenciam o abandono do tratamento anti-retroviral entre pacientes jovens que vivem com a infecção do HIV na cidade da Matola.

### **1.4.2. Objectivos específicos**

- Descrever as características culturais dos pacientes jovens que abandonaram o tratamento anti-retroviral;
- Identificar as razões que levam os pacientes jovens a abandonarem o tratamento anti-retroviral;
- Analisar a relação entre os factores culturais e o abandono do tratamento anti-retroviral entre pacientes jovens.

## **1.5. Justificativa**

O Vírus de Imunodeficiência Humana (HIV), assola grande parte da população mundial, bem como a população moçambicana. De facto, Moçambique possui uma taxa de prevalência de HIV de 13,2%, segundo dados do IMASIDA (2015) publicados em 2017, sendo um dos 15 países mais afectados do mundo pelo HIV. Segundo dados do IMASIDA (2015), publicados em 2017, estima-se que em 2016 cerca de 1.849.690 pessoas viviam com o HIV em Moçambique. Cerca de 83.021 novas infecções por HIV tenham ocorrido no mesmo ano de 2016 e 62.051 mortes estão relacionadas com o HIV.

Neste sentido, em 2002 foi introduzido o tratamento anti-retroviral (TARV) no país como forma de mitigar os efeitos do HIV. Em 2015, o acesso, universal ao Tratamento Anti-retroviral em Moçambique estava estimado em 97% das 1.450 unidades sanitárias que implementam a Opção B+ <sup>1</sup> no país. Apesar dos esforços empreendidos pelo MISAU, o

---

<sup>1</sup> Opção B+ significa estratégia da administração da medicação a partir do diagnóstico positivo para a sorologia de HIV. Portanto, existe a Opção A e a Opção B+, sendo que, a Opção A é oferecida nas unidades sanitárias periféricas, onde ainda não oferecem TARV universal. Portanto a Opção B+ é que fornece o TARV universal. Está implementada em Moçambique, integrada ao Serviço de Saúde Materno Infantil e ao Programa de Eliminação da Transmissão Vertical (PTV). Foi aprovada em 2013, a sua introdução nas Unidades Sanitárias de Saúde com serviço de TAR. Implementou-se esse tratamento devido a escassez de recursos humanos com incidência na área médica e a não capacitação das enfermeiras nos serviços de saúde materno-infantil (Relatório CPLP, 2018).

número de abandono tem representado um desafio e uma preocupação para o MISAU, (Lima, 2018).

A escolha do tema pretende-se pelo facto de ter se constatado o seguinte: o TARV é um tratamento para toda a vida, e o mesmo tem seus efeitos colaterais, cada paciente tem sua forma de perceber e de lidar com a doença, que pode ou não ser influenciada pelos costumes, hábitos e práticas desses paciente, bem como as suas formas de tratamento. Perante este facto, alguns pacientes podem procurar outras formas de cura, como medicamentos tradicionais, o que em algum momento entra em contradição com a medicina convencional. O estudo irá incidir nos jovens dos 18-24 anos de idade, pois, os jovens mais infectados pelo HIV em Moçambique são jovens de 18-24 de idade, com uma prevalência de 6,9%. De facto, os jovens constituem um dos grupos populacionais considerados mais vulneráveis à infecção pelo HIV, seja pelas características associadas ao comportamento da própria idade, seja pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde e pela falta de preparação destes na resposta às especificidades deste grupo (MISAU, INE 2019). Nos países em desenvolvimento e com acentuada desigualdade social, os jovens permanecem sujeitos a factores como o desemprego, abandono escolar e exploração sexual, que aumentam a vulnerabilidade ao HIV (Maúngo, 2015).

O estudo foi realizado no Centro de Saúde da Matola II na cidade da Matola. A escolha desse local, deve-se a alta taxa de prevalência de HIV (22,9%) na Província de Maputo (MISAU, INE 2019).

Os resultados do estudo podem contribuir na melhoria da implementação das políticas sobre o abandono do tratamento antiretroviral, mas também, torna-se relevante o estudo na medida em que, sabendo quais os factores culturais que influenciam o abandono do tratamento antiretroviral, é possível a partir daí, traçar estratégias de como trabalhar com os factores culturais, para uma possível solução do problema de abandono.

## **CAPÍTULO 2: Enquadramento teórico e conceptual**

No presente capítulo, debruça-se sobre a teoria a qual se fundamentou o presente trabalho e se descreve alguns conceitos chave usados na elaboração do trabalho.

Ademais, a pesquisa foi orientada pela teoria fenomenológica de Alfred Shutz (1970) para analisar os factores culturais que influenciam o abandono ao tratamento anti-retroviral entre pacientes jovens que vivem com a infecção do HIV na cidade da Matola.

### **2.1. Teoria Fenomenológica**

Alfred Schutz (1899-1959) desenvolveu a fenomenologia através da crítica da Filosofia Fenomenológica de Edmund Husserl e da Sociologia de Acção e Compreensão de Max Weber. Portanto, a fenomenologia de Schutz é uma síntese do pensamento destes dois sociólogos.

Husserl tinha como propósito criar uma Filosofia sem pressuposições. Para tal, seu ponto de partida são as experiências do ser humano consciente, que vive e age num mundo que é compreendido por ele. Para Husserl, as formas de consciência, estão ligadas ao conteúdo das experiências. De acordo com o autor, a experiência é a atenção dirigida, para os objectos reais, ou imaginários, materiais ou ideais, e todos esses objectos são intencionados. Sendo que, para a compreensão reflexiva da fenomenologia, Husserl refere que é necessário eliminar todas as noções preconcebidas da realidade de que se ocupa a consciência humana, ou seja, uma redução fenomenológica dessa realidade (Schutz, 1979).

Por conseguinte, Husserl indicou que um fenomenologista tem como tarefa revelar as intenções de que consiste a vida social, examinar não só a experiência de si próprio do eu, mas a experiência que dela deriva, de outros e os da sociedade. É a partir desta tarefa que Alfred Schutz vai desenvolver a sua fenomenologia Social.

De acordo com Husserl, o mundo da vida, é simplesmente, toda a esfera das experiências quotidianas, direcções e acções através das quais os indivíduos lidam com os seus interesses e negócios, manipulando objectos, tratando com pessoas, concebendo e realizando planos. Schutz (1979) focalizou o mundo da vida em vários ângulos. Primeiramente analisou a atitude natural que ajuda o homem a operar no mundo da vida quotidiana. Seguidamente analisou os principais factores determinantes da conduta de qualquer indivíduo no mundo da

vida. Por último, ocupou-se dos meios através dos quais um indivíduo se orienta nas situações da vida, do estoque de conhecimento que ele tem.

Na sua reflexão, Weber argumenta que a conduta humana só é considerada acção quando e na medida em que a pessoa que age atribui a acção um significado e lhe dá uma direcção que por sua vez pode ser compreendida como significante. Essa conduta intencionada e intencional torna-se social quando é dirigida à conduta de outros. Portanto, essa é a concepção de Weber do significado subjectivo como critério de importância fundamental para a compreensão da acção humana. Foi esta concepção que fez Schutz (1979) ver na teoria de acção de Weber uma ponte que lhe permitiria desenvolver a sua teoria Fenomenologica. Para além disso, Schutz (1979) procurou compreender e esclarecer alguns conceitos que na sua óptica Weber não deixou claro, como: acção subjectivamente significativa, a compreensão através da observação e motivação, interpretação intersubjectiva.

Ao desenvolver a fenomenologia, Schutz (1979) tinha como propósito estabelecer os fundamentos de uma Sociologia fenomenológica. Esta Fenomenologia Social proposta por Schultz vai preocupar-se com o estudo do senso comum, sobretudo a maneira como a realidade é apreendida.

O mundo que Schutz (1979) se propõe a estudar é aquele da vida quotidiana, sendo que para ele o mundo é interpretado a luz de categorias e constructos do senso comum que são largamente sociais na sua origem. Esses elementos cognitivos são os recursos que os indivíduos utilizam para compreender e serem compreendidos nas suas acções do quotidiano. Cada um de nós realiza experiências que são inacessíveis aos outros, mas que são "compartilhados" através da comunicação, por processos de entendimento que são construídos entre os actores, de modo a que possam ser compreendidos. Por conseguinte, para Schutz (1979) a "atitude natural" permite aos indivíduos compreenderem que estão num mundo em que habitam seus semelhantes e que todos eles são dotados de uma inteligência. Schutz sublinha que o mundo da vida, não é mundo privado, mas sim, um mundo intersubjectivo, na qual, é compartilhado com os seus semelhantes, vivenciado e interpretado por outros, ou seja, é um mundo comum a todos.

O ponto central da fenomenologia de Schutz (1979) é a percepção do mundo social como um fenómeno intersubjectivo. O mundo quotidiano não é constituído de nossas experiências privadas, particulares, não é vivido independentemente dos demais indivíduos sociais, ao

contrário, é compartilhado, é construído nas relações estabelecidas com outros atores a partir da comunicação. Portanto Shutz preocupa-se em compreender a intersubjectividade, a maneira como a realidade social é apreendida, interpretada e objectivada.

A opção teórica se fundamenta pelo facto de entendermos que a questão dos significados e percepções que os pacientes atribuem ao HIV e SIDA e ao risco de abandono, constituem uma realidade social apreendida, interpretada e objectivada pelos pacientes daí que a fenomenologia de Schutz constitui a teoria que permiti estabelecer o modelo de análise para compreensão do problema em causa, bem como compreender as percepções dos pacientes face ao tratamento antiretroviral a partir das interacções e acções que estes desenvolvem, de acordo com contexto social em que os pacientes encontram-se inseridos, a partir experiências vividas e das noções de estoque de conhecimento.

## **2.2. Definição e operacionalização dos conceitos**

Nesta secção propomo-nos a definir os conceitos operacionalizados neste estudo nomeadamente: Tradição, Costumes, Hábitos e Abandono.

### *Abandono*

O abandono do tratamento anti-retroviral, consiste em acto de “abandonar o TARV em paralelo ao acompanhamento clínico, incluindo o comparecimento às consultas, a realização de exames e de qualquer outra acção relacionada ao autocuidado (Obed, 2015).

Neste estudo pretendemos utilizar o conceito de abandono de acordo com a definição acima exposta.

### *Tradição*

A noção de tradição é complexa e ambivalente, podendo consequentemente ser aplicada a várias situações, geralmente associadas a práticas e/ou métodos passados e ancestrais de comum utilização (Cordeiro, 2012).

A acumulação de significados que nascem, se enriquecem, e dissolvem, proporciona de facto à tradição um cunho histórico, com ambas vitalidade actual e solidez no passado. Neste sentido, tradição pode ser facilmente confundida e/ ou utilizada como sinónimo de cultura. Vários comportamentos, tidos como tradicionais, funcionam como uma ponte ao longo do

tempo e, deste modo, no decurso de processos de conservação e inovação, compreendem múltiplas possibilidades para uma interação entre o passado e o presente (Cordeiro, 2012).

Derivado do quadro de acção significativa para o indivíduo, as tradições a que o sujeito se encontra vinculado, enquanto actor social, constituem referência central da sua identidade pessoal e enquanto membro de um grupo (Cordeiro, 2012).

A herança da tradição tenta muitas vezes transformar-se na representação vinculativa e compulsiva da verdade. Pondo-se como garantia de crenças, enunciados, visões do mundo, comportamentos cuja persistência parece torná-los inatacáveis, e quanto mais eles remontam a épocas remotas mais reclamam um direito quase automático à legitimação (Cordeiro, 2012). Mahumane (2008) refere que a tradição são padrões de crença, valores, sentidos, formas de comportamento, práticas e costumes, saberes e conhecimento passados de geração em geração pelo processo de socialização.

Neste estudo analisa se o termo tradição, como sendo um conjunto de crenças, práticas, comportamentos e costumes de um determinado grupo. No campo, observou se este conceito como sendo aquelas convicções que os pacientes jovens adoptam no seu dia-a-dia, na convivência com o HIV.

### *Costumes*

Olbricht (2006) concebe costume como uma prática seguida por pessoas de um grupo ou região em particular. Enquanto que, Vinagre (1988) define costume como sendo uma regra de conduta, criada espontaneamente pela consciência comum do povo, que observa de modo constante e uniforme e sob a convicção de corresponder a uma necessidade jurídica. Sendo que, se há costume, não é porque existe apenas uma prática no corpo social, por mais anciã que ela seja, mas porque, além disso os membros da colectividade estão imbuídos da crença e da certeza de que há obrigatoriedade naquela determinada prática, e ela deve ser seguida, não por bondade ou altruísmo, mas em razão de se estar diante de uma norma de conduta a ser obedecida ou de uma regra jurídica a ser cumprida.

Nesta ordem de ideias analisa se os costumes como sendo aquelas práticas e comportamentos seguidos por indivíduos de um grupo. No campo, examinou se as vivências dos pacientes no seu dia-a-dia, para compreender aquilo que é o quotidiano dos pacientes em TARV.

## *Hábitos*

Hábitos são comportamentos aprendidos que, após serem repetidos várias vezes, tornam-se automático, isto é, com pouca ou nenhuma deliberação do indivíduo (Günther, 2015).

Para Boveto (2012), hábitos são ações praticadas com regularidade intencional e que definem o comportamento das pessoas.

Hábito é uma forma de conduta individual, mecanizada ou automatizada pelo indivíduo, ou seja, um comportamento que alguém aprende e repete frequentemente, uma prática que se torna experiência. (Osborne, s/d).

Neste trabalho, estuda-se o conceito de hábitos como sendo um conjunto de comportamentos aprendidos, que são praticados frequentemente pelos indivíduos, durante as suas interações com os outros. No campo, estudou-se este conceito para compreender os hábitos dos pacientes jovens, o comportamento que os pacientes adotaram antes da descoberta do HIV e depois da descoberta.

## **CAPÍTULO 3: Metodologia**

Neste capítulo pretende-se apresentar os caminhos que foram usados para a realização do presente trabalho. Assim, é feita a descrição do local da pesquisa, são expostos os tipos de métodos usados, a delimitação do universo de pesquisa, as técnicas de recolha de dados, a amostragem como também as questões éticas, o roteiro de pesquisa e os problemas encontrados e limitações na pesquisa.

### **3.1. Descrição do local da pesquisa**

O presente estudo foi realizado na cidade da Matola, Província de Maputo. Os participantes foram recrutados no Centro de Saúde da Matola II, no bairro da Matola B, na Matola 700.

A província de Maputo está dividida em 8 distritos que são: Boane, Magude, Manhiça, Marracuene, Matola, Matutuíne, Moamba e Namaacha. E possui 4 municípios que são: Matola (cidade), Boane (vila), Manhiça (vila), Namaacha (vila). Faz limite, a norte com a província de Gaza, a leste com o Oceano Índico, a sul com província sul-africana do KwaZulu-Natal e a oeste com a Suazilândia e com a província sul-africana de Mpumalanga. A sua população é de 1 968 906 habitantes, dos quais 942 962 Homens e 1 025 944 são Mulheres (INS, 2018).

A cidade da Matola é a capital da província de Maputo, é também um distrito e um município. Tem limite a noroeste e a norte com o distrito de Moamba, a oeste e sudoeste com o distrito de Boane, a sul e a leste com a cidade de Maputo e a noroeste com o distrito de Marracuene. O município tem uma área de 373 km<sup>2</sup>. A sua população é de 1, 616, 267 dos quais 219,922 são jovens com a faixa etária dos 18-24 anos de idade. 495,259, são homens, 536,938 são mulheres (INS, 2017).

Tem 42 bairros, agrupados em 3 Postos Administrativo, nomeadamente Matola Sede com 13 bairros. Os serviços sociais como escolas e hospitais, não estão distribuídos em todos os bairros, existindo uma instituição que serve a dois, três ou quatro bairros (Miquidade, 2018).

A Cidade da Matola localiza-se no centro da Província de Maputo é a capital da Província de Maputo e um dos quatro municípios da província junto das Vilas de Manhiça, Boane e Namaacha.

Ela é constituída pelas seguintes Unidades Sanitárias: Centro de Saúde de Ndlavela, Centro de Saúde da Machava II, Centro de Saúde de Boquisso, Centro de Saúde de Muhalaze, Centro de Saúde da Matola Gare, Centro de Saúde de Kobe, Centro de Saúde de Kongolote, Centro de Saúde de Stalala, Centro de Saúde de São Dâmaso, Centro de Saúde da Liberdade, Centro de Saúde da Machava I, Centro de Saúde da Machava Bedene, Centro de Saúde da Matola I, Centro de Saúde da Matola II, e Centro de Saúde de Língamo. Na matola cidade existem os seguintes hospitais: Hospital Geral da Machava e Hospital Provincial da Matola.

No que diz respeito ao tratamento anti-retroviral, todos Centros de Saúde oferecem os serviços de TARV, excepto o Hospital Provincial da Matola (Medicumundi, 2016).

As doenças predominantes na cidade da Matola são: diarreia com 22 322 casos registados, malária com 26 080 casos registados, tuberculose com 3 010 casos registados e HIV/SIDA em TARV com 13 577 casos registados. Cerca de 289 283 da população encontra-se a frequentar o ensino geral e 3.567 encontra-se a frequentar o ensino técnico profissional, a cidade da Matola tem cerca de 166 infraestruturas escolares. (INE, 2018)

A Província de Maputo foi seleccionada para o estudo por apresentar uma alta taxa de prevalência de HIV (22,9%) (MISAU, INE 2019).

### **3.2. Método de procedimento**

O presente trabalho de pesquisa adoptou como metodologia de procedimento a abordagem qualitativa (Gil, 2002). A pesquisa qualitativa caracteriza-se pela tentativa de compreensão detalhada dos significados e características apresentadas pelos integrantes na investigação (Richardson, 2008). Este trabalho adopta esta abordagem, visto que tem objectivo de colher dados profundos e detalhados acerca das percepções sobre o risco de abandono ao TARV por parte dos pacientes jovens.

### **3.3. Método de abordagem**

Esta pesquisa usou como método de abordagem, o método hipotético-dedutivo. Desenvolvido por Karl Popper (1935). Este método, parte do particular para o geral, sendo que usou se a teoria para interpretar a realidade (*apud*, Gil 2008: 12).

No caso deste estudo, pretendemos levantar as opiniões, atitudes de uma determinada população, que são os pacientes jovens, bem como, descrever as suas características culturais e estabelecer relações entre variáveis. Sendo que a partir de uma amostra das percepções sobre abandono ao TARV por parte dos pacientes jovens, pode proceder-se a generalização com base na relação verificada entre as variáveis. Desta forma, através dos dados empíricos fez se a relação entre os factores culturais e o abandono do tratamento anti-retroviral com a finalidade de verificar se os factores culturais influenciam no abandono do tratamento anti-retroviral.

### **3.4. População e amostra do estudo**

O universo populacional consistiu em todos os pacientes jovens que abandonaram o tratamento anti-retroviral e não se encontram a fazer o TARV e aqueles que abandonaram e voltaram a fazer o TARV.

Os participantes deste estudo foram pacientes jovens, solteiros, com idades compreendidas entre 18 a 24 anos do centro de saúde da Matola II, residentes em alguns bairros periféricos da Cidade da Matola, mais concretamente na Matola A. Para além dos pacientes, conversamos também com 6 (seis) profissionais de saúde do centro de saúde da Matola II. Nomeadamente 4 profissionais de saúde, e 2 activistas que fazem visitas domiciliárias (grupos de busca).

Nesta pesquisa foi usada a amostragem intencional, onde existe uma dependência do pesquisador para a selecção dos elementos que irão fazer parte da amostra, sem com isso usar nenhum critério probabilístico (Oliveira, 2011). A escolha deste tipo de amostragem se justifica pelo facto de o pesquisador poder fazer o julgamento pessoal, sendo que ele é livre de decidir quais serão os elementos a serem incluídos na amostra. Na amostragem intencional o pesquisador selecciona os pacientes que tiver acesso. A escolha deste tipo de amostragem deve se ao facto da acessibilidade que tivemos com os entrevistados, admitindo que os mesmos possam de alguma forma representar o universo. Segundo Gest, Buncem e Johson, (2006), a pesquisa qualitativa deve ser constituída por 6 participantes no mínimo. Thiry-Cherques (2006), recomenda um mínimo de oito observações, sendo necessárias duas observações depois de encontrado o ponto de saturação para uma confirmação. Desta forma, não sabendo o número de pacientes que abandonaram o tratamento anti-retroviral e tendo em conta o número mínimo de pacientes e máximo do ponto de saturação, a pesquisa foi constituída por 15 pacientes.

Para a selecção dos profissionais de saúde e activistas, foi usada amostragem intencional, o tamanho da amostra foi de 6 profissionais de saúde, dos quais 2 são activistas sendo um deles gestor de casos, 4 são enfermeiros e médicos.

### **3.5. Processo de selecção da amostra**

O principal grupo alvo deste estudo foram jovens com idades compreendidas entre 18-24 anos de idade, onde contactou se os pacientes que encontravam se na base de dados que foi

fornecida pelo centro de saúde da Matola II. Esta pesquisa também abarcou outros grupos-alvos, os profissionais de saúde e activistas. Este último grupo de actores foi importante, na medida em que, permitiu captar o comportamento dos pacientes que abandonaram o tratamento anti-retroviral.

Desta forma os critérios de inclusão para esta pesquisa são:

### **1. Jovens**

- Ser homem ou mulher com idade entre 18 e 24 anos;
- Ser HIV positivo;
- Consentir a participação;
- Ter registo de abandono de tratamento anti-retroviral no centro de saúde da Matola II.

### **2. Profissionais de Saúde**

- Ser profissional de saúde da Matola II, que esteja a lidar com a questão do TARV em jovens;

E os critérios de exclusão para esta pesquisa incluem:

### **3. Jovens**

- Ser homem ou mulher com idade inferior a 18 anos ou idade superior a 24 anos de idade vivendo com o HIV em tratamento anti-retroviral no Centro da Saúde de Matola II;
- Ser homem ou mulher com idade entre 18 e 24 anos de idade, vivendo com o HIV em tratamento no Centro de saúde da Matola II e não consentir a sua participação no estudo;
- Ser homem ou mulher com idade entre 18 e 24 anos de idade, vivendo com o HIV em tratamento no Centro de saúde da Matola II, mas com problemas psíquicos que não lhe permitem dar consentimento informado.

### **4. Profissionais de Saúde**

- Ser um profissional do Centro de Saúde da Matola II, que lida com a questão do TARV em jovens e não consentir a sua participação no estudo.

### **3.6. Técnica de recolha de dados**

Para esta pesquisa foi usada como técnica de recolha de dados a entrevista, sendo que esta técnica de colecta de dados é bastante adequada para a obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, crêem, esperam e desejam, assim como suas razões para cada resposta (*apud*, Gil, 1999:36).

A pesquisa baseou se na entrevista semiestruturada, onde há combinação de perguntas abertas e fechadas com questões pré-formuladas. Esta técnica permitiu captar as subjectividades dos depoimentos dos pacientes jovens, bem como ajudar os jovens a exteriorizar as suas percepções sobre o abandono do tratamento anti-retroviral, de igual modo, nos possibilitou estabelecer um contacto directo com os nossos interlocutores.

### **3.7. Procedimento de recolha de dados**

Devidas algumas impossibilidades de deslocação dos participantes, e as restrições impostas pela COVID-19 as entrevistas foram feitas de duas formas: entrevistas presenciais e por chamadas telefónicas. Antes de proceder com a recolha de dados, solicitou se a autorização ao Comité Interinstitucional de Bioética em Saúde da Faculdade de Medicina e aprovada. Posteriormente, foi solicitada a autorização da Direcção Provincial de Saúde de Maputo e do Serviço Distrital de Mulher e Acção Social, onde foi nos concedido uma credencial para apresentar no Centro de Saúde da Matola II e por último a autorização dos participantes.

As entrevistas presenciais foram feitas em locais escolhidos pelos pacientes. Foram feitas entrevistas com os profissionais de saúde, de forma individual para permitir que tenhamos noção do impacto do abandono do tratamento anti-retroviral na vida dos jovens, e os mecanismos adoptados para o não abandono do tratamento anti-retroviral. Todas entrevistas foram gravadas em áudio, com duração de 30 minutos consentida pelos entrevistados, sendo que inicialmente foram transcritas para o computador posteriormente foram organizadas por ordem de realização. A transcrição das entrevistas gravadas foi feita de forma literal, mantendo a organização frásica do entrevistado. De seguida, removeu se qualquer informação da transcrição que identifique os participantes das mesmas.

### **3.8. Método de análise de dados**

A análise de dados baseou-se no método de análise de conteúdo, que consiste na leitura preliminar de uma amostra das transcrições e definição de informações e testemunhos que apresentam um certo grau de profundidade e de complexidade (Quivy, 2005).

Os dados foram organizados em categorias, tendo em conta os objectivos e as questões de estudo. Após a categorização, foram realizadas análises com auxílio de CAQDAS (Computer-Aided Qualitative Data Analysis Software), para desvendar o conteúdo subjacente ao que foi colhido na recolha de dados. Por último, todos os dados foram analisados com base no tema e os objectivos do estudo.

### **3.9. Roteiro de pesquisa**

A pesquisa e a elaboração desta monografia compreenderam 4 etapas: a primeira etapa consistiu na elaboração do projecto de pesquisa, onde colocaram-se as questões gerais que procurou-se responder durante a elaboração da monografia. Colocou-se a metodologia, as concepções teóricas e conceptuais. Na segunda etapa, elaborou-se o protocolo de pesquisa dirigida ao Comité Interinstitucional de Bioética, em Saúde da Faculdade de Medicina. No protocolo colocaram-se as instituições e investigadores envolvidos no estudo, as cartas de cobertura emitidas pela Direcção Provincial da Saúde da Matola, Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social, Serviços Provincial de Saúde e as questões éticas. De referir que submeteu-se três versões do protocolo de pesquisa. Na terceira etapa, realizou-se o trabalho de campo, onde operacionalizaram-se os métodos e instrumentos de recolha de dados, que contemplavam os dois guiões de entrevistas um dirigido para os profissionais de Saúde e outro para os pacientes em TARV.

No que se refere aos participantes da pesquisa, os mesmos foram seleccionados de acordo com critérios acima mencionados. Usou-se a teoria de saturação para definir a amostra final. A teoria de saturação consiste na suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos, passam a apresentar, na avaliação do pesquisador uma certa redundância, não sendo necessário continuar com a recolha de dados (Fontanella, et.al., 2008). Estava previsto fazer-se os grupos focais, mas não foram possíveis, devido à insuficiência de participantes que pudessem desenvolver uma conversa em grupo. Deste modo acrescentou-se o número de entrevistados, sendo que depois de entrevistar dez (10) pacientes, tivemos que entrevistar mais cinco (5) pacientes. No que tange ao número de participantes na pesquisa, foram um total de 21 entrevistados, sendo quinze (15) pacientes em TARV, quatro (4) profissionais de

Saúde do Centro de Saúde da Matola II dos quais dois trabalham no departamento SAAJ (Serviços Amigos Adolescentes e Jovens), e dois (2) activistas.

O maior objectivo nestas entrevistas foi compreender os motivos que concorrem para o abandono do tratamento anti-retroviral, por parte dos pacientes jovens bem como, colher algumas opiniões dos profissionais de Saúde sobre o assunto em análise.

Na quarta etapa, procedeu se com análise e interpretação dos dados colhidos no campo. Na medida em que esta etapa é muito importante para a elaboração da monografia. A mesma foi feita tendo em conta as questões conceptuais e teóricas para análise do tema.

### **3.10. Problemas encontrados durante a pesquisa e soluções**

Durante a recolha de dados enfrentamos algumas dificuldades, sobretudo na aquisição de algumas informações fornecidas pela direcção do Centro de Saúde da Matola II, na medida que, não houve prontificação por parte da secretaria do Centro de Saúde em guiar nos para o departamento dos Serviços Amigos dos Adolescentes e Jovens (SAAJ), mas conseguimos ultrapassar o problema com ajuda de uma Técnica que lá se encontrava.

Outra dificuldade foi de entrar em contacto com alguns pacientes, sendo que à medida que contactava se aos pacientes constatou se que os contactos que constavam da lista, alguns não chamavam, outros não existiam, outros ainda não pertenciam aos pacientes. Deste modo, para solucionar o problema ligamos para todos contactos.

Também deparamos com a dificuldade da presença dos pacientes no Centro de Saúde, bem como em alguns locais que eles sugeriam para conversar, sendo que não compareciam. Como forma de solucionar esse problema, ligamos para os pacientes a recordar sobre a entrevista. Este por sua vez, marcavam para outro dia. Porém estes entraves não foram motivo da nossa desistência, sendo que continuo se a ponto de conseguir adquirir os dados.

Foi uma experiência muito interessante e um desafio muito grande trabalhar com este grupo, na medida em que os pacientes que conseguimos conversar com eles, alguns mostraram se tão abertos e a vontade para conversar connosco. Outros pacientes mostravam se muito tímidos, acanhados, em conversar, mas depois de observarem que estávamos com os profissionais de saúde mostraram se mais à vontade. Depois das entrevistas, alguns pacientes pediram conselhos sobre como proceder com alguns cuidados, bem como ficar com o nosso contacto. Durante as entrevistas fizemos a desinfecção das mãos, bem como o uso da máscara, marcamos o distanciamento.

### **3.11. Considerações Éticas de pesquisa**

O estudo seguiu os princípios éticos usuais neste tipo de investigação. Primeiro, o protocolo de pesquisa foi submetido ao Comité interinstitucional de Bioética para a Saúde (CNBS) para aprovação. Após a aprovação do Comité Interinstitucional de Bioética, com o número CIBS FM&HCM/P078/2020 os investigadores solicitaram uma carta ao Serviço Provincial de Saúde da Matola II. E por último solicitou se a participação dos entrevistados para a realização das entrevistas. Para cada participante da pesquisa os investigadores entregaram o consentimento informado, onde foi assinado por cada um dos entrevistados. E entregue uma cópia aos mesmos. No consentimento informado, os investigadores explicaram aos entrevistados o trabalho que os mesmos estavam a realizar e o que pretendiam com o mesmo. Depois de apresentar os objectivos do trabalho, os investigadores procuraram saber sobre a disposição da participação através de algumas informações que os participantes possuem a cerca do fenómeno sobre o abandono o tratamento anti-retroviral.

Num momento em que tema aborda sobre um fenómeno sensível, partindo desse ponto e como forma de garantir-se a confidencialidade optou se por ocultar a identidade dos participantes, evitando colocar nomes verdadeiros dos entrevistados e de modo a não ferir algumas sensibilidades (Colona, 2012).

Em relação à confidencialidade e ao anonimato dos participantes do estudo, as seguintes medidas foram tomadas pelos investigadores:

- Os nomes não foram incluídos na base de dados;
- Os nomes foram codificados, utilizando números ou nomes fictícios; e
- Os dados transcritos e de áudios estão disponíveis somente para a investigadora principal do estudo e estiveram mantidos em sigilo em todos os momentos, através de arquivos electrónicos protegidos por senha. As cópias impressas foram mantidas em locais fechados. A informação de identificação retirada foi armazenada separadamente dos dados.

Todas essas medidas foram tomadas para o estudo minimizar o risco sobre a identidade dos jovens e todos os participantes voluntários do estudo conforme se recomenda.

Apesar das observâncias acima citadas, surgiram factores de risco como: embaraço de interagir com estranhos, medo de repercussões eventuais, possibilidade de constrangimento ao responder as perguntas e a quebra de sigilo. E como forma de minimizar os riscos, as

entrevistas foram breves num cenário de conversa, garantiu se um local reservado e liberdade para não responder questões constrangedoras. Garantiu se a confiança entre o pesquisador e o participante da pesquisa, realçando a não utilização das informações para outros fins. Numa altura em que passamos por uma fase da pandemia do Covid19, durante a conversa com os nossos entrevistamos, observamos todas medidas de protocolo sanitário, como o uso da máscara, álcool gel e o distanciamento social.

### **3.12. Contribuição do estudo**

Espera-se que com os resultados do estudo os mesmos contribuam na melhoria da implementação e criação de estratégias sobre abandono do tratamento anti-retroviral, posteriormente um trabalho de consciencialização dos jovens sobre a importância do cumprimento do tratamento anti-retroviral.

### **3.13. Limitações do estudo**

O estudo, por si só, não pode ser considerado representativo para os jovens que vivem com o HIV/SIDA em todas as cidades do país. Desta forma, os seus resultados não podem ser generalizados.

## **CAPÍTULO 4: Apresentação, análise e discussão dos resultados da pesquisa**

Neste capítulo apresenta se os dados colhidos no campo, bem como, a sua análise e discussão.

### **4.1. Perfil sociodemográfico dos pacientes jovens**

Esta pesquisa envolveu 21 participantes dos quais, 15 são pacientes e 6 seis são profissionais de saúde.

A tabela que se segue apresenta as características sociodemográficas dos participantes.

**Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes**

<b>Características dos participantes</b>	<b>Homens</b>	<b>Mulheres</b>
<b>Idade</b>		
18-19	0	2
20-21	2	2
21-22	1	2
23-24	1	5
<b>Nível de escolaridade</b>		
Nenhuma	1	5
Escolaridade primária concluída	2	3
Escolaridade secundária concluída	0	1
Escolaridade secundária não concluída	2	2
Ensino Superior não concluído	0	1
<b>Estado Civil</b>		
Solteira (o)	3	7
Vive maritalmente	0	5
<b>Ocupação</b>		
Nenhuma	1	8
Estudante	0	2
Biscateiro	1	0
Promotora de vendas	0	1
Estudante e trabalhadora	0	1
Trabalhadora	0	1
<b>Residência</b>		
Matola A	3	11
Magoanine CMC	0	1
<b>Com quem vive</b>		
Esposo (a)	1	5
Sozinho (a)	1	0
Pais, irmãos	0	5
Tios, Tias, Avós, primos, sobrinhos, irmãos	1	2
<b>Número de filhos</b>		
Nenhum filho	2	8
Um filho	1	2
Dois filhos	0	2
<b>Professa alguma religião</b>		
Sim	2	8
Não	2	1
As vezes	0	1
Sem resposta	0	1
<b>Religião</b>		
Católica	0	3

Zione	0	1
Sem resposta	2	9

A tabela 1 mostra que as idades dos participantes variam de 18 a 24 anos, demonstrando com isso que se encontram na categoria de jovens e constituíram um número de 12 raparigas e 3 rapazes. No que se refere ao seu local de residência verificou se que alguns participantes residem na zona periférica da cidade da Matola e outros vivem em CMC.

Em relação ao nível de escolaridade, a tabela 1, mostra que a maioria dos participantes não frequenta à escola. No que concerne a ocupação/trabalho, a maior parte dos participantes não exerce nenhuma função remunerável.

Quanto ao estado civil, a maioria dos participantes são solteiros e alguns vivem maritalmente. A tabela 1 mostra ainda que, a maior parte dos participantes ainda não tem filhos.

No que diz respeito a religião, a maioria dos participantes frequenta a igreja, não referindo a sua preferência.

Desta forma,

#### **4.2. Perfil Sociodemográfico dos profissionais de Saúde**

A tabela que se segue apresenta as características sociodemográficas dos profissionais de Saúde.

**Tabela 2. Características sociodemográficas dos profissionais de saúde**

<b>Características dos participantes</b>	<b>Homens</b>	<b>Mulheres</b>
<b>Nível académico</b>		
Nível primário concluído	0	1
Ensino Superior não concluído	3	1

Ensino Superior concluído	0	1
<b>Profissão</b>		
Técnico (a) de Medicina	0	1
Conselheiro (a) leigo	1	0
Enfermeiro (a)	0	2
Activista	1	1

A tabela 2, mostra que, a maioria dos profissionais de saúde são enfermeiros e activistas.

### 4.3. Práticas dos pacientes jovens que abandonaram o tratamento anti-retroviral

#### 4.3.1. Descoberta sobre a infecção do HIV entre jovens

Alguns participantes do sexo feminino descobriram seu estado seropositivo durante o pré-natal, enquanto que outros participantes do sexo masculino souberam do seu estado de seropositividade quando eles acompanharam as suas parceiras ao pré-natal e ambos fizeram o teste de HIV tal como as seguintes narrativas mostram:

*“(....)Hmm, foi assim, foi em 2014, quando eu vim abrir ficha estava de barriga de meu filho, quando fizemos análises deu positivo, a enfermeira que me atendeu perguntou me antes, se alguma vez já tinha feito o teste ou que, eu disse que nunca tinha feito o teste é pela primeira vez (....)”* (participante 1, mulher, 24 anos).

*“Lembro me que minha esposa estava de barriga fomos a matola 700 chegamos ali fomos atendimentos e foi assim que descobrimos”* (participante 12, homem, 22 anos).

Outros participantes descobriram que estavam infectados pelo HIV quando sentiram um mal-estar como: febres, malária, ou porque se envolveram com parceiros que estavam infectados pelo HIV, foram ao centro de saúde e decidiram fazer o teste do HIV. Alguns participantes disseram o seguinte:

*“(..) estava sempre com malária, febres, dores de cabeça que não passavam, sim daí decidi aproximar a unidade Sanitária, daí quando aproximei decidiram fazer o teste, fiz teste e deu positivo (..)”* (participante 6, mulher, 24 anos).

*“Descobri em 2016. Estava com alguém que tinha HIV, então fui obrigada a fazero teste deu positivo”* (participante 15, mulher, 23 anos).

Contudo, alguns participantes revelam que contraíram a infecção do HIV através de transmissão vertical porque os seus pais viviam com o HIV:

*“É assim, eu nasci com isso HIV, minha mãe é que tem isso, então eu acabei também apanhado dela”* (participante 12, mulher, 20 anos).

*“Ahhh, quanto a, como eu descobri, eu ainda bebé, meus pais é que tem essa doença”* (participante 2. Mulher, 18 anos).

#### 4.3.2. Revelação do estado de saúde aos membros da família

Os participantes disseram que quando descobriram que estavam infectados, revelaram o seu estado serológico somente para as pessoas mais próximas que convivem com eles como mãe, tia, pai, irmãos e maridos:

*“Primeiro para meu marido, mas depois contei para a minha mãe, falei com ela até que ela veio comigo aqui no hospital, no dia que eu vinha para o controle de barriga”* (participante 1, mulher, 24 anos).

*“Quando descobri que tinha essa doença (HIV), contei para a minha mãe”* (participante 2, mulher, 18 anos).

*“Quando descobri que estava com essa doença (HIV) contei somente para minha irmã mais velha”* (participante 5, mulher, 20anos).

Os participantes disseram que quando revelaram o seu estado serológico aos seus familiares, estes receberam apoio dos mesmos e incentivo para tomar os medicamentos:

*“Normal porque tenho aquele apoio, não me sinto abandonada, por isso digo normal. No primeiro ano, segundo eu me afastava um pouco das pessoas, sozinha, minha mãe, puxava me e meu esposo também, minha mãe dizia não, a tua vida não parou. Eles insistiram em fazer o tratamento”* (participante 10, mulher, 20 anos).

*“De inicio me isolava muito. Mas depois minha mãe e minha tia, porque tem algumas que tem na minha casa. Minha mãe e minha tia me deram forças disseram, há não fica assim, se solta, porque isso é normal. Você não quis e você não teve isso através de relações quê, quê, quê.. Isso foi apartir dos teus pais, só que eles é que não puderam cumprir. Então foi quando eu comecei a me soltar. Considerei isso normal, praticamente como se fosse algo que, hmm...”* (participante 2, mulher, 18 anos).

Outros participantes afirmaram que quando descobriram que estavam infectados pelo HIV não revelaram para ninguém sobre o seu estado serológico:

*“Não, não contei para ninguém”* (participante 11, mulher, 24 anos).

*“Não contei para ninguém, eu tenho um parceiro que eu quero contar para ele, mas os meus pais estão a dizer que ainda é cedo, tem que esperar, mas não me sinto muito a vontade em*

*esconde isso dele, porque desde que eu passei a saber, já se passa 4 anos que eu estou a esconder isso dele, fiquei um pouco abatida*'' (participante 12, mulher, 20 anos).

*''Não contei para ninguém''* (participante 13, mulher, 24 anos.)

Os participantes disseram que não tinham revelado sobre o seu estado serológico para ninguém, porque para eles foi difícil saber que estavam infectados, bem como contar para a família, por medo da reacção das outras pessoas, e discriminação:

*''Humm, foi muito difícil, difícil mesmo, e nem para falar com as pessoas de casa, foi muito difícil, para eu poder falar mas não me deixou assim, tão fora de mim, nem, me deixou sem moral para tudo''* (participante 11, mulher, 24 anos).

*''Esta a virar normal mas difícil de se contentar com a ideia, porque imagina se um dos amigos da escola ou da zona sabe que eu tenho isso, como vou me sentir já numa zona dessas''* (participante 9, homem, 20 anos).

*''Normal nem, normal, como ninguém sabe, todos me tratam bem, oh, esta sendo normal, sem discriminação''* (participante 5, homem, 20 anos).

#### **4.4. Práticas dos jovens depois da descoberta da infecção do HIV**

##### **4.4.1. Procura de cuidados de saúde após a descoberta da infecção pelo HIV entre os jovens**

A procura dos cuidados de saúde, foi movida pelo aparecimento de alguma anomalia no corpo dos participantes, como borbulhas e feridas. Alguns participantes apenas procuraram os cuidados de saúde no centro de saúde quando notaram o aparecimento destas anomalias:

*''(...) estava preocupado em me ver bem, porque o que fez eu me tratar foi através das borbulhas, saíram borbulhas grandes, é o que me fez recorrer a um hospital onde fiz teste e deu positivo (...)*'' (participante 5, homem, 20 anos) .

Os profissionais de saúde afirmaram que quando os pacientes chegam ao centro de saúde, recebem uma educação TARV e o aconselhamento. Assim, alguns aceitam logo fazer o tratamento e outros não, eles disseram que alguns pacientes levam algum tempo para lidar com a descoberta da doença. Salientaram que em alguns casos os pacientes chegam ao centro de saúde já com nível avançado da doença:

*“Então, há alguns que aceitam, iniciam logo, então, tendo em conta que, até explicamos que se quiser iniciar com o tratamento ou quem estiver infectado com o vírus do HIV. Então muitas das vezes podemos encontrar os casos enquanto estão doentes por vezes não. A maior parte dos que nós temos não estão, por isso que nós damos educação TARV, e eles iniciam no momento. Diferente daquele que vem para consulta este vem com objectivo de tratar a doença nunca com objectivo de fazer o teste por isso faz se como um exame auxiliar.”*  
(Profissional de saúde, conselheiro leigo)

#### **4.4.2. Cuidados com a saúde após a descoberta do HIV**

Os participantes depois que descobriram que estavam infectados com o HIV, eles passaram a tomar certos cuidados, e algumas práticas com a sua saúde, dirigindo se com mais regularidade ao centro de saúde. Não só quando sentiam alguma doença, mas também, para saber se está tudo bem com a sua saúde, e desta forma, se prevenir de algumas doenças oportunistas, tomar os comprimidos na hora certa e seguir com as recomendações médicas:

*“Controlo muito a minha saúde, qualquer coisa que eu sinto, vou ao hospital. Para prevenir e não descobrir as coisas mais tarde”* (participante 2, mulher, 18 anos).

*“Eu tem vezes que de três em três meses eu vou ao hospital fazer um xtecap, para ver se está tudo bem comigo porque quando eu fico gripada é um problema para passar”* (participante 12, mulher, 20 anos).

*“Cuidar mais de mim, não porque eu contrai esta doença eu possa transmitir para as outras pessoas. Cuido mais de mim”* (participante 10, mulher, 20 anos).

*“Heee, os cuidados são de medicar, , e eu me cuido normalmente nem, só que este anos não estou a trabalhar. Tudo eu me colocava no trabalho, e saia do trabalho para casa”* (participante 11, mulher, 24 anos).

*“Do mesmo jeito que me explicaram no hospital, que tem que tomar os medicamentos de manhã, eu faço exactamente como me explicaram lá”* (participante 12, mulher, 20 anos).

*“Tomar sempre os medicamentos na hora certa, e respousar mais”* (participante 15, mulher, 23 anos).

Alguns participantes declararam que recorreram ao centro de saúde, e iniciaram o tratamento anti-retroviral:

*“Segui com os tratamentos aqui no hospital”* (participante 15, mulher, 23 anos).

*“O tratamento, fiz logo o tratamento”* (participante 5, homem, 20 anos).

*“Quando descobri decidi fazer o tratamento, fiz o tratamento, até que no início foi um pouco difícil na verdade”* (entrevistado 6, mulher, 20 anos).

*“Quando descobri, fiz o tratamento só”* (participante 11, mulher, 24 anos).

Os profissionais de saúde referiram que quando os pacientes chegam ao centro de saúde para fazer o teste, são testados, eles conversam com os pacientes, estes por sua vez, decidem se querem ou não iniciar o tratamento. Sendo que alguns aceitam iniciar logo e fazer o tratamento, outros não.

*“Muitas das vezes iniciamos, como uma conversa uma espécie de negociação, porque nada deve ser forçado, então temos que dar espaço para o paciente poder degerir a informação. Então, há alguns que aceitam, iniciam logo, então, tendo em conta que, até explicamos que se quiser iniciar com o tratamento ou quem estiver infectado com o vírus do HIV. O HIV não tem cara, nem status social, então a pessoa faz um teste voluntariamente, então muitas das vezes podemos encontrar os casos enquanto estão doentes por vezes não. A maior parte dos que nós temos não estão, por isso que nós damos educação TARV, e eles iniciam no momento”* (profissional de saúde, Conselheiro Leigo).

Outros participantes disseram que quando descobriram o seu estado serológico, não seguiram nenhum tratamento:

*“Eu vivo normalmente, nenhum problema, me controlo, Eu ainda não estou a fazer o tratamento. Por causa do meu trabalho. Devido ao tempo”* (participante 14, homem, 22 anos).

*“Normal, normal, será bom quando eu iniciar o tratamento, Sempre que eu minto para me mesma, há vou até lá, mas o dia para ir nunca chega”* (participante 10, mulher, 20 anos).

Os participantes referiram que depois da descoberta da infecção com HIV, não aceitaram os resultados do teste e não seguiram com o tratamento, só depois de algum tempo é que aceitaram e seguiram com tratamento antiretroviral:

*“Quando descobri, não aceitei. Mas com o tempo acabei aceitando. Quando comecei, como havia explicado a primeira vez, que joguei os comprimidos fora, porque só tomei duas vezes e descartei. Mas de lá, quando eu disse ephh, deixa seguir isso, até hoje nunca desisti sempre.”* (participante 3, mulher, 19 anos).

*“Hamm, normal nem, tipo no primeiro dia fiquei mal, mas acabei aceitando. Sim, mas depois voltei, um tempo, por um ano e qualquer coisa, mas depois vi que tem que continuar.”* (participante 15, mulher, 23 anos).

*“Do início eu não queria aceitar. Até que de início quando me deram os comprimidos aqui no hospital, primeiro mês, eu não cheguei de tomar de tanto medo. Mas depois minha mãe me deu forças. Foi daí que comecei a tomar os comprimidos”* (participante 2, mulher, 18 anos).

Alguns participantes declararam que depois de terem o conhecimento sobre o seu estado serológico, recorreram a medicina tradicional:

*“Ainda estou no momento de tratamento. Medicamento daí do hospital nunca não tomei, só esse outro medicamento que estou a tomar não é do hospital. Estou num outro tratamento: Esta a tomar outro comprimido”* (participante 8, mulher, 22 anos).

#### **4.4.3. Cuidados na vida quotidiana**

Os participantes disseram que depois de descobrirem que estavam com a infecção do HIV/SIDA, passaram a ter cuidado com a sua saúde no dia-a-dia. Esses cuidados passam por deixar de beber ou diminuir o consumo do álcool, passar a ficar mais em casa, alimentar se bem, apesar de em algum momento ser difícil, conseguir uma refeição, pois alguns participantes não trabalham:

*“Quando eu soube que já estava doente tem certas coisas que eu eliminei, altas noites, mesmo na alimentação, comer coisas com vitamina sim, sim, é mais por aí bebida, tinha que*

*deixar ou diminuir. Tinha que eliminar certas coisas que podiam me prejudicar.*'' (participante 1, mulher 24 anos).

*''A parte da alimentação, hmmm, yaa, ainda continua a mesma, como sabemos o nosso país está cheio de algumas pessoas que tem uma vida precária, um deles sou eu, continua precária. Mas tendo a melhorar essa situação dia-a-dia''* (participante 5, homem, 20 anos).

*''O que eu faço, é me alimentar não comer muito coisas de óleo. Cuidados de não perder noites, não beber muito, menos alcool''* (participante 7, mulher, 21 anos).

*''Sim deixei de beber, tudo.beber tudo agora já estou bem, estou a tratar, transar sexualmente com preservativo''* (participante 8, mulher, 22 anos).

*''Mesmo na alimentação, comer coisas com vitamina sim, aí bebida, tinha que deixar ou diminuir''* (participante 1, mulher , 24 anos).

No processo de cuidados com a saúde, os participantes tem o cuidado de sempre usar o preservativo nas suas relações sexuais, como forma de não infectar o seu parceiro, ter cuidado na utilização e partilha de alguns objectos que podem ser elo de transmissão da doença como: agulhas, seringas e corta unhas como referem os depoimentos abaixo:

*''(...) quando chegar o momento do sexo, também usar sempre o preservativo, para não poder me afectar, para não me deixar mal também grave, agulha também, não deixo nem pegar agulha, me controlo, evitar muito mais a troca de seringas.''* (participante 6, mulher, 24 anos).

*''O meu marido nem, logo no primeiro dia que eu soube disso, eu não aceitei mais que ele, que nos transassemos sem preservativo, porque ele não esta doente. Eu por mais que esteja doente eu posso vir a contrair mais outras doenças em cima dessas então, por mim desde o dia que soube disso só uso preservativo só''* (participante 1, mulher, 24 anos).

*''Sim, uso camisinha, não pretendo contaminar ninguém, estou a alimentar me''* (participante 13, mulher, 24 anos).

#### **4.5. Práticas de procura de saúde entre os pacientes jovens vivendo com a infecção do HIV**

As práticas de procura de saúde que enveredam os pacientes vivendo com a infecção do HIV, são práticas médicas e práticas culturais:

#### **4.5.1. Práticas culturais**

Alguns participantes referiram que foram procurar outros tratamentos para a cura do HIV como remédios tradicionais:

*“Ainda estou no momento de tratamento. Medicamento daí do hospital nunca não tomei, só esse outro medicamento que estou a tomar não é do hospital. Estou num outro tratamento.*” (participante 8, mulher, 22 anos).

*“Ahhh, quanto a , como eu descobri, eu ainda bebé, minha mãe fazia tratamento. Então meu pai disse é melhor deixar esse tratamento, Davam me comprimidos Contramixasol. Meu pai disse, é melhor deixar esse tratamento porque ela não tem nada, está saudável tudo e tal”* (participante 2, mulher, 18 anos).

No segundo depoimento, há uma automedicação de fármacos modernos por parte do participante, e que não passou pela prescrição médica, o que entra em conflito com as orientações médicas do TARV.

As práticas culturais, como a procura de medicamentos, remédios tradicionais, bem como a automedicação de fármacos modernos sem a prescrição médica, são características culturais dos pacientes jovens.

#### **4.5.2. Processos de procura de cuidados**

Os participantes disseram que primeiro fizeram o tratamento anti-retroviral, de seguida procuraram o tratamento tradicional, mas depois voltaram a fazer o TARV:

*“Desde criança eu tomava comprimidos, ia ao hospital e os meus pais diziam que há vamos te explicar quando cresceres. Então quando eu já estava um pouco grandinha, eu acabei por perguntar afinal porque é que eu tomo, ai eles me me explicaram, até me levaram ao psicólogo. Depois parei de fazer o tratamento, acho que foram uns dois meses”*.(participante 12, mulher, 20anos )

*“Meu pai, um amigo do meu pai nos apresentou alguém. Ele davam nos algumas ervas que era para ferver, então era para tomar de manhã. Sim por 6 meses. A pessoa disse que só nos dava 2 meses que já estaria curada, ele disse que já tinha tratado outras pessoas. Mas meu pai viu que não estava a dar certo, então ele disse que era melhor continuar com esse medicamento normal”* (participante 12, mulher, 20 anos).

#### **4.5.3. Práticas médicas usadas pelos pacientes jovens com a infecção do HIV**

Alguns participantes referiram que depois que souberam sobre o seu estado serológico, dirigiram se ao centro de saúde, iniciaram com o tratamento e seguiram com as recomendações médicas:

*“Fiz e estou a fazer tratamento normalmente. Foi normal, tomei estou a tomar os comprimidos, não tenho porque não tomar porque não amargão, se bem que não é fácil tomar comprimidos todos os dias, mas para mim esta a ser normal, é como se fosse uma alimentação diária”* (participante 13, mulher, 24 anos).

*“Segui com os tratamentos. Estou a conseguir tomar os comprimidos, tomar sempre os medicamentos na hora certa, e respousar mais”* (participante 15, mulher, 23 anos).

Outros participantes revelaram que passaram a procurar os serviços de saúde com muita regularidade, tendo o costume sempre de fazer o teste de HIV de uma forma regular.

*“Na questão da minha saúde é que eu por mês tinha aquele hospital dali, eu fazia teste de três em três meses e tinha aquele cartãozinho ali. Sim eu fazia teste de três em três meses. Já heeei”* (participante 3, mulher, 19 anos).

#### **4.5.4. Percepção dos jovens sobre o tratamento anti-retroviral**

Alguns participantes avaliaram o tratamento anti-retroviral, como sendo “bom”, “positivo” e “eficaz”. Assim, para estes participantes o tratamento deve ser seguido por todos que estão infectados pelo HIV, tomando os comprimidos sempre a mesma hora, sem interromper como forma de não ficarem mais doentes, e evitar apanhar doenças oportunistas. Para além disso, referiram que o tratamento era a melhor solução como referem alguns depoimentos:

*“Eu acho que o tratamento nem? Está bom, sim, é bom o tratamento. Tomo uma vez por dia a noite, porque os comprimidos são muito fortes. Tens que comer também”* (participante 2, mulher, 18 anos)

*“Eu acho que é bom, ajuda porque quando tú ficas sem tomar os medicamentos ficas sensível podes apanhar outras doenças e isso pode agravar mais a situação”*. (participante 4, mulher, 24 anos.)

*“A minha opinião é que todos que estão doentes, tem essa doença, o melhor é cumprir, se sabe que eu hoje fui fazer teste e deu positivo, não abandonar”*. (participante 1, mulher, 24 anos).

Alguns participantes referiram que não tinham nenhuma opinião formada acerca do tratamento anti-retroviral, pois estes, não estavam a fazer o tratamento, mas, avaliaram como sendo “eficaz” e “bom” fazer o tratamento anti-retroviral:

*“O que eu posso dizer é assim, eu exactamente não segui ainda os tratamentos. Eu ainda não estou a fazer o tratamento. Pelo que ouvi falar dos outros, é bom fazer o tratamento”.* (participante 14, homem, 22 anos).

*“Eficaz, não tenho muito a falar nem, mas pelo que eu já ouvi, já li, é bom nos tratarmos, por que evitarmos doenças oportunistas, nem porque se estamos com essa infecção, a probabilidade de contrairmos mais doenças é maior, razão pela qual devemos optar por tratar”* (participante 10, mulher, 20 anos)

#### **4.6. Aderência ao tratamento anti-retroviral**

##### **4.6.1. Percepção dos pacientes sobre a aderência do tratamento anti-retroviral**

Os participantes afirmaram que aderir ao tratamento anti-retroviral é a melhor opção e todos que estão infectados com o HIV devem aderir ao tratamento:

*“ A minha opinião é que quem estiver contaminado, é tratar,e aderir ao tratamento não custa nada por dia tomar dois ou três comprimidos. Não vai mudar em nada só talvez, estarás melhor, caso queiras viver mais tempo, terá que tomar não tem como. Ou aceita a morte cedo, ou aceita a morte mais logo eu prefiro aceitar mais logo, não agora ”*(participante 5, homem, 20).

*“Na minha opinião é de se as pessoas descobrirem que estão infectadas, é recorrer a unidade sanitária e aderir ao tratamento, na verdade, no início é um pouco difícil. Mas depois tu te acostumas porque vais ter viver na realidade, não tem como. Até no fim da vida. Sim.”*(participante 6, mulher, 24 anos).

##### **4.6.2. Percepção dos activistas e profissionais de saúde sobre a aderência do tratamento anti-retroviral**

Os profissionais de saúde referiram que a aderência dos pacientes não tem sido regular, na medida em que os pacientes sempre têm uma justificativa para não ir ao centro de saúde levantar os medicamentos:

*“A aderência dos pacientes, nunca vai ser regular, paciente sempre há de vir com histórias de faltou ao trabalho, escola, viajou ao acontecer alguma coisa em casa. Alguns simplesmente esquecem. Só lembram quando ligamos, por isso podemos vir a encontrar esse tipo de situação”* (profissional de saúde, conselheiro leigo).

*“Temos pacientes aderentes/regulares mas também há faltosos e ou abandonos. Quanto melhor a adesão, melhor será para o paciente pois poderá beneficiar se de alguns pacotes de*

*levantamento de arv's que não o obriguem a vir regularmente a unidade sanitária''* (profissional de saúde, Técnica de medicina).

Os activistas consideram que a aderência dos pacientes ao tratamento anti-retroviral tem sido boa:

*''Penso que a adesão dos pacientes tem sido, pois 85% dos pacientes tem vindo regularmente as consultas''* (activista, gestora de casos).

Para melhorar a adesão ao tratamento anti-retroviral, os profissionais de saúde, bem como os activistas, tem feito palestras explicando as vantagens e desvantagens da aderência ao TARV, o aconselhamento, chamadas para os pacientes, de forma a garantir a volta deles para a próxima consulta. Também procuram saber se está tudo bem com os pacientes, e como está a ser a toma dos medicamentos:

*''Depois de iniciar o TARV, eles recebem chamadas preventivas e / ou de Ibrete(15 dias depois do inicio) para saber como esta a ser a toma se tem alguma dificuldade ou efeito e, lembrar-lhe ou garantir que ele volte a segunda consulta dentro do período estimado''*. (Profissional de Saúde, Técnica de Medicina).

*''Nós acompanhamos todos os pacientes sempre, quando vem na unidade sanitária, fazemos chamadas, chamadas telefónicas para procurar saber se há alguma inquietação a nível do tratamento por isso, também temos colegas que vão buscar''*. (Profissional de saúde, conselheiro leigo).

*''A nossa forma, é nós vamos a casa a uma visita de um paciente faltoso, então nós perguntamos o que aconteceu para o paciente para não ir levantar os medicamentos, alguns pacientes podem não ter actualizado os cartões e vão a farmácia, mas o processo não está actualizado, outros esquecem de actualizar. Muitas vezes vem ao hospital e não fazem consulta só levam os medicamentos, e outros abandonam. Por isso encontramos alguns casos que é falso faltoso. Outros abandonam, viajam e deixam os medicamentos''* (Activista, Conselheiro na comunidade).

#### **4.7. Razões de aderência dos jovens sobre o tratamento anti-retroviral**

#### 4.7.1. Factores que influenciam a aderência ao tratamento anti-retroviral

Os participantes disseram que aderiram ao tratamento anti-retroviral pelos seguintes motivos: apoio familiar, apoio e aconselhamento dos profissionais de saúde, e pelo próprio bem-estar:

*“Minha mãe e minha tia me deram forças disseram, há não fica assim, se solta, porque isso é normal. Você não quis e você não teve isso através de relações quê, quê, quê,. Isso foi a partir dos seus pais, só que eles é que não puderam cumprir. Então foi quando eu comecei a me soltar. Considerei isso normal, praticamente como se fosse algo que, hmm...”* (participante 2, mulher, 18 anos).

*“Eu até, nos primeiros dias há aquele pânico nem. Aquela enfermeira me aconselhou. Ela disse é só seguir com o tratamento e has de ficar bem. E foi assim, comecei a medicar, mas eu fui vivendo com aquilo e para mim isso não coloquei na cabeça que tenho esse vírus, não coloquei na mente, o que eu coloquei na mente é que eu devo medicar, não mudou nada”* (participante 1, mulher, 24 anos).

*“Estava preocupado em me ver bem porque o que fez eu me tratar foi através das borbulhas, saíram borbulhas grandes, é o que me fez recorrer a um hospital onde fiz teste e deu positivo. Como forma de sair daquelas borbulhas, a forma de fugir mesmo, tirar aquelas borbulhas, é fazendo tratamento. Assim fiz e desapareceram”* (participante 5, homem, 20 anos).

Os profissionais de saúde e os activistas, declararam que os motivos de aderência dos pacientes ao tratamento anti-retroviral são os seguintes: apoio médico, palestras feitas pelos profissionais de saúde, aconselhamento que os pacientes recebem no centro de saúde, percepção dos pacientes jovens sobre as vantagens e desvantagens do tratamento anti-retroviral:

*“Por se importarem com a sua saúde e perceberem a vantagem de aderirem ao TARV, receberem um bom atendimento ou aconselhamento, os pacientes aderem ao tratamento”* (Activista, Gestora de Casos).

*“Os pacientes aderem ao TARV por causa do aconselhamento e a conversa que nós falamos com eles, sabe que no caso de desistir tem finalidade, já conhece qual é a finalidade da desistência”* (Profissional de Saúde, Enfermeira).

*“Os pacientes aderem ao TARV porque primeiro nós fazemos sempre palestras, fazemos uma educação TARV geral, para além daquela educação que temos durante as consultas, temos*

*até uma sala de apoio psicossocial, em que sempre os pacientes sejam por abandono, sempre vão passar por uma sala de apoio psicossocial quando são adultos. Mas quando é SAAJ eles vem para essa sala de aconselhamento, enfermeiras, técnicos, fazem o próprio aconselhamento''* (Profissional de Saúde, Conselheiro Leigo).

Como forma de recuperar e trazer de volta os pacientes faltosos, os ativistas fazem visitas domiciliares nas casas dos pacientes. Eles são testados na comunidade, são explicados os resultados dos testes, são sensibilizados a aderirem ao tratamento. Posteriormente são dados uma guia para se fazerem a unidade sanitária. O paciente ao chegar no centro de saúde, não precisará mais ser submetido ao teste, faz logo o encaminhamento e inicia com tratamento anti-retroviral:

*'' Nós fazemos a testagem na comunidade e explicamos o paciente como é que é o resultado do teste ao paciente, antes de fazermos o teste ao paciente, nós aconselhamos, sensibilizamos o paciente como ele deve fazer o tratamento, lá explicamos a vantagem do tratamento, explicamos qual é o resultado lá. Se o teste der positivo, nós voltamos a fazer outra vez o teste que é para poder confirmar o teste. Então demos uma guia que ele vai se apresentar no hospital que lá para quando ele chegar e não voltar a fazer o teste. Encaminhamos a um colega e ele abre o processo. E ao chegar para abrir o processo tem que chegar explicar o paciente acerca dos medicamentos. Mas não é logo que o paciente faz teste e logo vem para fazer o tratamento ele pode levar uma semana, dois dias. Outros pacientes podem testar hoje e logo vão amanhã. O processo nem, nos falamos com o paciente que ele hoje tem que abrir o processo e iniciar, o tratamento de HIV, explicamos que esse medicamento é de HIV não é SIDA, porque há pacientes que quando sabem do resultado que é positivo, ele põe na cabeça que aquilo é o SIDA, então muitas das vezes nós voltamos a reforçar o aconselhamento para ele perceber.''* (Ativista, Conselheiro na comunidade).

#### **4.8. Razões de abandono do tratamento anti-retroviral**

##### **4.8.1. Experiência de abandono e volta ao TARV**

Os participantes partilharam suas experiências de abandono e volta ao TARV e revelaram que foi muito difícil aceitar os resultados e conviver com a doença, sendo que alguns ficaram um certo tempo sem tomar os medicamentos, e só depois seguiram com o tratamento com apoio da família:

*“Passei a levar isso como normalmente, nem? Do início eu não queria aceitar. Até que de início quando me deram os comprimidos aqui no hospital, primeiro mês, eu não cheguei de tomar de tanto medo. Mas depois minha mãe me deu forças. Foi daí que comecei a tomar os comprimidos. De início me isolava muito. Mas depois minha mãe e minha tia me deram forças, porque têm algumas que tem na minha casa. Porque logo que me derram eu não tomei, deixei. Não tomei, tomei já no segundo mês quando me derram forças, tudo e tal”* (participante 2, mulher, 18 anos).

*“Bom para falar a verdade, quando descobri, primeiro não aceitei, me deram os comprimidos, o cartão. Fui jogar no lixo, e rasguei o cartão. Porque para mim, não era fácil, uma coisa que epahh, nunca imaginei que isso ia acontecer comigo. Sempre ficava epahh sozinha, não queria falar com ninguém. Mas ao andar dos tempos, quando dei parto, me deram xarope na maternidade para dar a criança, eu ahhh, ignorei. Que eu não tenho nada eu, isso é um engano. Porque até fizeram três testes porque eu não aceitava. Dali comecei a tratar já foi 2019 em Setembro. De lá até cá epahh, não foi fácil, no início. Mas agora para mim já é normal. Sim, já não temo nada. Já epahh, tipo já estou acostumada”* (participante 3, mulher 19 anos).

*“Como eu havia dito, o que me fez eu me tratar foi por causa das borbulhas, quando desapareceram, haaa, não há necessidade de eu,,, quis tratar mas só que era tempo, para vir ao hospital, adquirir os medicamentos uma vez por mês estava a ser um pouco difícil, preguiça mental, então é o que me fez eu ficar bom tempo sem vir ao hospital vir buscar os medicamentos. E adoptava o sistema de tomar um dia sim, um dia não. Foi isso que me fez desistir, sair todos os dias de casa, embora que não é tão distante assim, mas preguiça me fez eu não vir adquirir por um bom tempo. Sim alterou, por isso vim de novo, porque as borbulhas voltaram a sair eu queria tanto me livrar daquilo, porque é o que mais me incomodava, saber que minha cara estava toda danificada, em algum tempo eu disse não é melhor ir ao tratamento”* (participante 5, homem, 20anos.)

Outros participantes declararam que foi muito difícil encerrar a doença, na medida em que sentiam se limitados para continuar com a sua vida normal que tinham antes da infecção pelo HIV:

*“Só que no início quando comecei a medicar eu tinha muitas falhas, porque eu as vezes podia tomar, ou as vezes não podia tomar durante um mês. Mas aquilo não por querer, as vezes pensei em desistir, também mas não cheguei de desistir daí eu disse não, eu as vezes vejo moças mal , mal mesmo, moças que eram muito bonitas, ficam aí, estão de qualquer, depois eu disse não, não quero estar no lugar daquelas pessoas, quero continuar no meu estado, daí que eu decidi a não parar”* (participante 6, mulher, 24 anos).

*“Ehhh, quando descobri meu dia-a-dia foi difícil, porque eu ainda sou jovem, as vezes preciso ir passear. E daí quando tú queres passear, ou sair com os amigos, tomar cerveja estás a ver? essas coisas todas, é um pouco assim porque, tu tens aquilo na mente que tenho que medicar”* (participante 6, mulher, 24 anos).

Alguns participantes, referiram ainda que pensaram em suicídio, sendo que foi necessário a intervenção de um psicólogo, depois que descobriram a infecção do HIV:

*“Sim foi difícil foi difícil mesmo, porque mal que descobri isso, a única reação que tive foi que a minha vida no inferno, e a única coisa que vinha na minha cabeça foi de extirminar a minha vida mesmo”* (participante 9, homem, 20 anos).

*“Quando o teste deu positivo, eu senti me mal, senti me acaba, resumindo, senti me acabada com vontade de morrer, sem mais folego para nada. Daí chamaram um psicólogo, me aconselharam, conversaram comigo, explicaram me. Eu entendi, mas não aceitei. Sim, porque foi uma noticia dolorosa, é uma noticia dolorosa, não deixou de ser. Então eu prometi fazer o tratamento. Mas eu as vezes sinto vontade de viver, as vezes não sinto vontade de viver”* (participante 10, mulher, 20 anos).

#### **4.9. Factores que influenciam o abandono do tratamento anti-retroviral**

Os participantes disseram que abandonaram o tratamento por medo da doença, por não saber o que fazer e pelos efeitos colaterais da doença como referem alguns depoimentos:

*“O que me levou a interromper foi por causa do medo, quando eu descobri. Sim, eu não sabia o que fazer na verdade”* (participante 2, mulher, 18 anos).

*“Quando tomei aqueles comprimidos hei,, me deixou mal, me deixou cansada, parece que estou epahh, cansada, quebrada.eu hiiii, afinal é assim mesmo? Eu vou aguentar isso? haa, joguei no lixo eu disse haaa, estou bem.”* (...) (participante 3, mulher, 19 anos).

*“Sim é isso que eu estava a dizer não conseguia lhe dar com isso, e outra coisa me provocava algumas tonturas eu ficava com falta de apetite, perdia peso”* (participante 12, mulher, 20 anos)

Alguns participantes disseram que abandonaram o tratamento anti-retroviral por não-aceitar os resultados do teste e a discriminação:

*“Bom para falar a verdade, quando descobri, primeiro não aceitei, me deram os comprimidos, o cartão. Fui jogar no lixo, e rasguei o cartão. Porque para mim, não era fácil, uma coisa que epahh, nunca imaginei que isso ia acontecer comigo. Sempre ficava epahh sozinha, não queria falar com ninguém. Dali, heee, eu não aceitava”* (participante 3, mulher, 19 anos.)

*“Discriminação, principalmente da minha irmã que vivia comigo, ela levava aquela informação andava a espalhar para todo mundo”*, (...) (participante 4, mulher, 24 anos)

*“Porque não é o vírus que mata, mas é a discriminação, nós sofremos muito por discriminação, só por saber que fulano de x carrega esse vírus olham para ele como um perigo”* (participante 10, mulher, 20 anos).

*“Do início eu não queria aceitar. Até que de início quando me deram os comprimidos aqui no hospital, primeiro mês, eu não cheguei de tomar de tanto medo. Mas depois minha mãe me deu forças. Foi daí que comecei a tomar os comprimidos”* (participante 2, mulher, 18 anos).

Outros participantes, revelaram que abandonaram o tratamento anti-retroviral pelos seguintes motivos: preguiça de sair de casa até ao centro de saúde para levantar os medicamentos, bem como alguns assuntos pessoais como viagens de trabalho, viagens por outros motivos:

*“(...) quis tratar mas só que era tempo, para vir ao hospital, adquirir os medicamentos uma vez por mês estava a ser um pouco difícil, preguiça mental, então é o que me fez eu ficar bom tempo sem vir ao hospital vir buscar os medicamentos. E adoptava o sistema de tomar um dia sim, um dia não. Foi isso que me fez desistir, sair todos os dias de casa, embora que não é tão distante assim, mas preguiça me fez eu não vir adquirir por um bom tempo”*. (participante 5, homem, 20 anos).

*“Aí foi quando faleceu minha mãe. Eu viajei para Quelimane, e lá eu acabei, um mês e meio. Já quando cheguei aqui, aquilo ali também já tinham perdido sim, já tinha interrompido”* (participante 7, mulher, 21 anos).

*“Eu ainda não estou a fazer o tratamento. Por causa do meu trabalho”* (participante 14, homem, 22 anos).

“Devido ao tempo, por vezes foram por viagens de urgência” (participante 9, homem, 20 anos).

Alguns participantes disseram que abandonaram o tratamento anti-retroviral, por não conseguirem habituar se ao tratamento, pelo mau atendimento no centro de saúde e por não saberem como lidar com a doença:

“É que (risos) não conseguia me habituar esta medicação, ficava drogada quando medicava (...)” (participante 11, mulher, 24 anos).

“(...) Enfermeira me deixou eu dar parto sozinho. Eu sofrer sozinho até para dar parto criança sozinho, nem aproximar nada. Só aproximou para levar a criança embora. É isto, agora esta me chamar anda levar medicamento. Eu estou a ficar, não estou a vir. Por isso não venho mais levar os medicamentos, não venho mais para esse hospital. Vou ficar aqui na minha casa, Se for para morrer sozinho, vou morrer aqui na minha casa. (...)” (participante 8, mulher, 22 anos).

“Sim é isso que eu estava a dizer não conseguia lidar com isso , e outra coisa me provocava algumas tonturas eu ficava com falta de apetite, perdia peso” (participante 12, mulher, 20 anos).

Os participantes revelaram que reconhecem que parar de tomar os medicamentos, teve suas consequências na sua saúde, como agravar mais a doença e contrair doenças oportunistas:

“Quando tú paras de tomar teu organismo fica frágil, muito fácil de tú adquirires outras doenças, ou mesmo passares do HIV para o estagio de SIDA já é a doença. Porque o HIV é so vírus que temos no organismo, o SIDA é que já é a doença, e aí já é mais grave” (participante 4, mulher, 24 anos).

“Sim alterou, por isso vim de novo, porque as borbulhas voltaram a sair eu queria tanto me livrar daquilo, porque é o que mais me incomodava, saber que minha cara estava toda danificada, em algum tempo eu disse não, é melhor ir ao tratamento” (participante 5, homem, 20 anos).

“Sim mudou, eu depois daí, depois bachei muito o quilo. E já eu também fiquei muito magra sim. muito magra” (participante 7, mulher, 21 anos).

Os participantes revelaram que estão informados, tem o conhecimento e a consciência sobre as consequências de não fazer o tratamento e as vantagens de fazer o tratamento:

*“Do jeito como eles me explicaram porque não tem cura, então quando tú fazes o tratamento, o vírus fica adormecido e não ser fácil eu pegar algumas doenças. Porque quando eu não faço a medicação as minhas células ficam fracas. Então quando tú tomas consegue defender as tuas células, é basicamente isso”* (participante 12, mulher, 20 anos).

*“Eu aconselho a tomar, a retornar mesmo a tomar, porque se param acho que aquele bichinho sei lá que transmite essa doença aquilo quando tu páras de de medicar voce da mais força de agir, sim então quando voce pára para voltar a continuar, acho que já será difícil e será mesmo dos medicos controlarem está a ver, sim”* (participante 1, mulher, 24 anos).

*“Eu dizer quem está infectado e parou continuar a tomar não custa nada somente um comprimido, a única coisa que vai mudar é só o vírus que vai morrer, não vai te prejudicar não. Não tente contaminar outras pessoas tente fazer as coisas como deve ser”* (participante 5, homem, 20 anos).

Os profissionais de saúde e activistas realçam que são vários motivos que fazem com que os pacientes abandonem o TARV. Motivos pessoais, religião, relacionamentos, falta de transporte para se fazer ao centro de saúde, mau atendimento, falta de alimentação, desinteresse do paciente, mau encaminhamento do paciente, longas filas para o levantamento dos medicamentos, questões económicas, discriminação, estigmatização, falta de apoio familiar e questões profissionais:

*“Conforme eu já disse os pacientes quando abandonam o tratamento, nem, pode ter algum motivo pessoal, religião, mesmo até do relacionamento a maioria das vezes pode vir a acontecer esse tipo de coisas, tem aqueles pacientes que vem na unidade sanitária mais de uma forma, fechada, com medo de ser visto pelo vizinho”* (Profissional de Saúde, Conselheiro Leigo).

*“Por vezes a não revelação do seu estado, falta de transporte, mau atendimento, alimentação e as vezes desinteresse do paciente, os sexos e as idades variam é difícil afirmar”* (Activista, Gestora de casos).

*“Os factores de abandono do tratamento podem ser: mau atendimento ou insatisfação por parte do utente; demora no atendimento; encaminhamento não adequado, questões financeiras (dinheiro de transporte, falta de comida para suportar a toma dos comprimidos),*

*estigma, discriminação, falta de apoio familiar, trabalho (não aceitam despesas, se o trabalhador falta é descontado ou expulso)'' (Profissional de Saúde, Técnica de medicina).*

#### **4.10. Procura de outras alternativas de terapia no tratamento do HIV**

Alguns participantes disseram que foram investigar, procuraram outras formas de cura para o HIV, por iniciativa própria, outros por indicação de familiares. Nesta procura, alguns seguiram essas formas de cura, que passam por tratamento tradicional e outros não seguiram. Depois de algum tempo alguns continuaram a seguir esses tratamentos referindo que sentiam se bem e que não tomavam os anti-retrovirais, outros desistiram pois não tiveram resultados esperados (cura da doença), com isso aderiram ao tratamento anti-retroviral:

*''Sim eu alguma vez procurei outras formas de cura na internet e vi que tem um comprimido, que dizem que custa muito caro, mas acho que você faz por encomenda fora do país, e eles fornecem para a pessoa, mas haaa, não cheguei de levar até aonde porque hiiii, o valor é muito alto, bem alto. Quanto a esta questão não, ninguém me aconselhou a procurar outra forma de cura. Porque dizem que, é o que dizem nem? Não existe cura. Depois de seguir essas formas de pesquisa de cura, eu deixei passar porque o valor é muito alto. E também não sei se aquilo é verdade ou não. Conforme disseram aqui no hospital, não existe cura'' (participante 2, mulher, 18 anos).*

*''Sim, já procurei outras formas de cura. Deus está a me ajudar por isso já estou a melhorar. Por isso estou a tomar outro comprimido, sim, estou a tomar. Sim. Sim, estou a tomar outro remédio. Até agora estou bem, não estou a sentir nada, estou a tomar comprimido. Não é do hospital é do outro sitio também. Sim. Assim esses medicamentos já terminei já tomei, não tenho nada'' (participante 8, mulher, 22 anos).*

*''Sim, já. Meu pai, um amigo do meu pai nos apresentou alguém. Ele davam nos algumas ervas que era para ferver, então era para tomar de manhã, Sim por 6 meses. A pessoa disse que só nos dava 2 meses que já estaria curada, ele disse que já tinha tratado outras pessoas. Mas meu pai viu que não estava a dar certo, então ele disse que era melhor continuar com esse medicamento normal,foi daí que comecei a fazer o tratamento aqui no hospital'' (participante 12, mulher, 20 anos).*

Os profissionais de saúde e activistas declaram que os pacientes tem procurado outras formas de cura para a doença do HIV, tais como: as igrejas, e o tratamento tradicional:

*''Tudo é possível o paciente sempre vai procurar outras maneiras, a esperança que sempre se cultiva dentro dos pacientes, que é uma possível cura. Já tivemos alguns, que durante algum tempo nem, fazem tratamento, seja tradicional ou esse hospitalar, então nós não*

*vamos dizer que é para a pessoa fazer uma única coisa, as coisas podem ter suas vantagens, mas também tem suas desvantagens. Por exemplo alguns que fazem tratamento tradicional, em teoria pode vir a dar certo, porque é que eu digo em teoria, eles podem medicar aquele tipo de medicamento, depois vai a uma outra unidade sanitária fazer o teste, descobre que o resultado é negativo, deu certo naquele momento, não quer dizer que o vírus está eliminado, porque um vírus não se elimina'' (Profissional de Saúde, Conselheiro Leigo).*

*''Procuram sim, igrejas, tratamento tradicional. A maioria dos pacientes não levam a sério os resultados, chegam o momento vão fazer o tratamento e ele depois volta diz que já não tem nada, que foi a igreja e disseram que eu não tenho nada, fui ao curandeiro e diz que já esta curado, entrei no curandeiro já me trataram eu já estou bom. Então a maioria dos pacientes fazem isso param de medicar e dizem que estão a fazer tratamento tradicional'' (Activista, Conselheiro na Comunidade).*

#### **4.11. Relação entre os factores culturais e o abandono do tratamento anti-retroviral**

Os participantes referiram que já ouviram falar do tratamento tradicional. Eles acreditaram que esse tratamento pode curar outras doenças, menos o HIV, por ser uma doença sem cura:

*''Já, ouvi falar do tratamento tradicional. Não pode curar essa doença, porque ainda não ouvi niguem a dizer que cura esse remedio tradicional'' (participante 15, homem, 23 anos).*

*''Sim, já ouvi falar da medicina tradicional. Eu acho que as doências que pode curar talvéz asma, isso acredito, mas essa doência eu não acredito, porque eu e o meu pai tentamos mas não estava a dar certo'' (participante 12, mulher, 20 anos).*

*''Já, costumo a ouvir no chapa com pessoas mas, como eu não estou apegada a essas coisas não me. Hiii, sem experiência, por mim melhor comprimidos mesmo, sim. Porque se existisse de facto, acho que muitas pessoas não viriam aqui no hospital, Sim se fosse verdade que existe mesmo a cura acredito que muita gente não viria aqui no hospital iam para o tratamento tradicional'' (participante 1, mulher, 24anos).*

Alguns participantes afirmaram que nunca usaram a medicina tradicional enquanto que outros disseram que já usaram a medicina tradicional para tratar o HIV::

*''Não, nunca usei a medicina tradicional. Só oiço as minhas tias a falarem sobre a medicina tradicional, como as vezes aquelas senhoras costumam a dar planfletos, eu vejo, mas haa, eu não levo além'' (participante 2, mulher, 18 anos).*

*“Sim já usei, um amigo do meu pai nos apresentou alguém. Ele davam nos algumas ervas que era para ferver, então era para tomar de manhã, Sim por 6 meses. A pessoa disse que só nos dava 2 meses que já estaria curada, ele disse que já tinha tratado outras pessoas”* (participante 12, mulher, 20 anos).

Os participantes que disseram ter usado a medicina tradicional, referiram que optaram pelo tratamento tradicional porque acreditaram que podiam ser curados, tal como uma das participantes narrou:

*“Deus está a me ajudar por isso já estou a melhorar. Por isso estou a tomar outro comprimido, sim, estou a tomar. Sim. Sim, estou a tomar outro remédio. Até agora estou bem, não estou a sentir nada, estou a tomar comprimido. Não é do é do hospital é do outro sitio também. Sim. Assim esses medicamentos já terminei já tomei, não tenho nada”* (participante 8, mulher, 22 anos).

As práticas tradicionais são usadas como primeiro lugar de procura de cuidados de saúde, mas também, como uma alternativa à medicina moderna quando a doença persiste mesmo com o tratamento hospitalar. Uma das participantes disse que aderiu ao tratamento anti-retroviral e de seguida, por decisão dos seus pais, foram à busca do tratamento tradicional:

*“Só os meus pais não me diziam o que eu tinha eu só ia ao hospital e não sabia o que era, então foi dai que eu perguntei a eles, foi dai que eles me explicaram me contaram até me levaram ao psicólogo para me explicar melhor o que está a acontecer. Meu pai, um amigo do meu pai nos apresentou alguém. Eles davam nos algumas ervas que era para ferver, então era para tomar de manhã, Sim por 6 meses. A pessoa disse que só nos dava 2 meses que já estaria curada, ele disse que já tinha tratado outras pessoas. Mas meu pai viu que não estava a dar certo, então ele disse que era melhor continuar com esse medicamento normal, foi daí que comecei a fazer o tratamento aqui no hospital”* (participante 12, mulher, 20 anos).

#### **4.12. Impacto da pandemia do COVID-19 entre os jovens vivendo com o HIV**

Os participantes referiram que ficaram preocupados, alarmados, tiveram medo de contrair a doença do Covid19, uma vez que eles são um grupo de risco. Tiveram medo de não conseguir adquirir os medicamentos por conta das restrições impostas pela pandemia, e medo de se deslocarem para o centro de saúde para o levantamento dos medicamentos. Contudo eles disseram que não deixaram de tomar os medicamentos e seguir com as recomendações médicas:

*“Nem sei como dizer tive medo. Tive medo de sair de casa de apanhar a doença”* (participante 15, mulher, 23 anos).

*“O medo que eu senti, foi de que o hospital ia fechar sim. Mas não, assim, eu levanto um mês sim, um mês não”* (participante 7, mulher, 21anos).

*“Senti medo sim, até de sair para a estrada, e calhou no tempo que eu estava a trabalhar na cidade, sim, fiquei com muito medo. Não me sentia a vontade em sair e caminhar na rua. O que se quer é tomar todos os cuidados, usar máscaras, álcool gel, sempre vim sozinha levantar os medicamentos”* (participante 6, mulher, 24 anos).

*“Haa, epahh, não tinha outra alternativa a não ser ir ao hospital, medo é medo, não tinha outra ideia, tive que ir ao hospital, fui ao hospital”* (participante 5, homem, 20 anos).

*“O medo de contrair a covid, medo de não sobreviver por causa da doença que eu tenho dentro de mim. Não me sentia confortável, razão pela qual quando tivemos o primeiro estado de emergência, eu fiquei 6 meses em casa, não saía de casa, eu saía só para fazer compras e voltava para casa, saía por força maior, mas não gostava”* (participante 10, mulher, 20 anos).

*“Quando chegou a pandemia fiquei preocupada, porque pessoas com essa doença é fácil de apanhar o covid, então fiquei um pouco preocupada mas passou e disseram que era só continuar com a medicação. Me senti um pouco desconfortável mas que era para o bem da minha saúde, tinha que ir para o hospital”* (participante 12, mulher, 20 anos).

Os profissionais de saúde afirmaram que neste tempo de Covid19, alguns pacientes têm aderido ao tratamento, outros não tem aderido porque não compreenderam as recomendações do MISAU:

*“A aderência também está a ser boa e positiva, não tivemos não tivemos muitas baixas , nenhuma desistência nesse caso, embora que os dados podem vir a oscilar um pouco, mas todos vêm a unidade sanitária. Que é positivo”*. (profissional de Saúde, Conselheiro leigo).

*“Neste tempo aumentou o número de abandonos. Pacientes que ficaram sem emprego (falta de dinheiro de transporte) alguns porque não compreenderam as recomendações do MISAU. Pacientes que ficaram sem emprego, conseqüentemente apresentam alguma dificuldade em*

*ter dinheiro de transporte. Tem algumas dificuldades alimentares o que faz com que não tomem os arv's''(profissional de saúde, técnica de medicina).*

*''Os pacientes estão a aderir, sim, a muito tempo davam dois frascos, mas com esta situação, quem está a aderir bem dão três frascos que é para ficar três meses que é para evitar essa situação que estamos'' (profissional de saúde, enfermeira).*

*''De acordo com o historial que nós sempre fazemos, o que afecta mais os pacientes que estão a fazer TARV ainda mais nesse tempo de pandemia, acredito que é o transporte, ultimamente entravamos todos, mas agora entramos com um número limitado por isso que outros atrasam, acabam desistindo, e acabam pedindo para fazer uma guia de transferência para mais próximo das suas residências'' (profissional de saúde, Conselheiro leigo).*

No diz respeito ao acompanhamento dos pacientes neste período da pandemia do Covid19, os profissionais de saúde, afirmam que não tem sido fácil, sendo que tem enveredado esforços como, garantir os medicamentos em todos gabinetes de consulta, como forma de descongestionar longas filas na farmácia, bem como oferecer uma dispensa trimestral ao paciente, onde o paciente levanta três frascos de comprimidos. Desta forma o paciente só se desloca ao centro de saúde para consulta, e evita várias idas a unidade sanitária. Mas para que isso aconteça, os pacientes devem aderir ao tratamento:

*''O acompanhamento dos pacientes neste período da pandemia, nós acabamos diminuindo o nosso fluxo de trabalho, nós oferecemos uma dispensa trimestral para diminuir a enchente aqui no hospital, assim fazemos também fazemos um sistema de paragem única, na sala de consulta, paragem única quer dizer que garantimos medicamentos em todas salas de consulta para reduzir também as bichas da farmácia, e isso vai melhorando. E até que todos os pacientes gostaram da ideia até agora estamos a fazer esse tipo de acompanhamento, mesmo assim continuamos a fazer as chamadas, educação TARV e também sexual reprodutiva.'' (profissional de saúde, Conselheiro leigo).*

*''Por exemplo, temos a dispensa trimestral em que o paciente levanta medicamento de 3/3mese; assim ele só vai a Unidade Sanitária 4vezes por ano (2 para farmácia e 2 para consulta''). (profissional de saúde, Técnica de Medicina).*

Os activistas fazem visitas domiciliaries, estas visitas começaram a ser feitas antes da pandemia e ainda continuam a ser feitas na casa dos pacientes. Antes de saírem da unidade sanitária e se deslocarem para as casas, os activistas fazem chamadas para os pacientes para

saber se estão em casa ou não. De seguida, fazem-se a casa de cada paciente. Chegados lá procuram saber como está o paciente, como tem sido a toma dos medicamentos, e fazem a testagem em alguns membros da família:

*“A nossa forma, é nós vamos a casa a uma visita de um paciente faltoso, então nós perguntamos o que aconteceu para o paciente para não ir levantar os medicamentos, alguns pacientes podem não ter actualizado os cartões e vão a farmácia, mas o processo não está actualizado, outros esquecem de actualizar. Muitas vezes vem ao hospital e não fazem consulta só levam os medicamentos, e outros abandonam. Por isso encontramos algum caso que é falso faltoso. Outros abandonam, viajam e deixam os medicamentos”.* (Activista, conselheiro na comunidade).

#### **4.13. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DE PESQUISA**

Os resultados deste estudo revelam que alguns participantes descobriram a infecção do HIV, durante as consultas pré-natais, ou porque sentiram um mal estar, no entanto, outros contraíram a infecção através da transmissão vertical, ou seja, os pais tinham a infecção do HIV. Júnior (2007), no seu estudo revela que, por um lado, as mulheres geralmente são diagnosticadas ou se descobrem seropositivas a partir de testes do HIV, durante as consultas pré-natais. Por outro lado, existe o grupo de infecção vertical, infectados pela mãe durante a gravidez, parto e amamentação.

O estudo mostra que, a revelação do estado serológico dos participantes para os membros da família destes, foi um exercício difícil, uma vez que, os participantes não sabiam qual seria a reacção dos seus familiares após a revelação sobre a infecção do HIV. Assim, alguns revelaram o seu estado serológico aos seus familiares, outros não, por causa do medo e da discriminação. O estudo de Junior (2007), refere que as reacções imediatas dos pacientes com infecção do HIV, após a descoberta é marcado pelo medo, e não compartilhamento do diagnóstico imediato com os membros da família.

No contexto deste estudo, os resultados mostram que tanto, os participantes que revelaram o seu estado serológico assim como aqueles que não revelaram passaram a adoptar algumas práticas de saúde após a descoberta da infecção, passando a tomar os comprimidos nas horas recomendadas, deslocar-se com mais frequência ao centro de saúde, reduziram o consumo de álcool, e seguiram com as recomendações dos profissionais de saúde. Estes resultados mostram que os jovens passam a ter consciência sobre os cuidados de saúde, depois de saber

o seu estado serológico. Os participantes tendem a aderir ao TARV, como forma de evitar recaídas, e prevenir-se de algumas doenças oportunistas. Estes resultados refletem no estudo de (Brambatti 2007), onde a autora refere que, o tratamento anti-retroviral pode gerar um entendimento sobre a própria vida e um sentimento de confiança e habilidade em lidar com o HIV e SIDA, o que é muito positivo para o não abandono e para a forma de perceber a vida e enfrentar a doença.

Contudo, o processo da aderência ao tratamento anti-retroviral, não foi imediato para todos os participantes, sendo que, alguns levaram um certo tempo para aderir ao tratamento, outros iniciaram com o tratamento anti-retroviral logo após a descoberta da infecção com o HIV, outros ainda, seguiram o tratamento tradicional.

Os resultados deste estudo em apreço revelam que, os participantes percebem o tratamento anti-retroviral como sendo “bom”, “eficaz” e “positivo”. Sublinhando a toma contínua dos arv’s. Adicionalmente, os participantes afirmaram que aderiram ao TARV com o apoio familiar, apoio e aconselhamento dos profissionais de saúde, e pela necessidade de manter o seu próprio bem-estar de saúde. Este resultado vai de acordo com alguns estudos como de Moreno (2015), e Brambatti (2007), segundo a qual, quando há uma boa comunicação entre o médico e o paciente, este último não abandona o tratamento, sendo que, a comunicação deve ser clara, simples, compreensível e eficiente. O apoio familiar favorece para que o paciente não abandone o tratamento. De igual modo, os participantes tem consciência das consequências do abandono do tratamento anti-retroviral, por isso, recomendam a todos que estejam infectados com o HIV, a não abandonarem o tratamento e a aderirem ao TARV, pois esta é a melhor solução. Reconhecem que processo de aceitação da doença, bem como conviver com a mesma, foi caracterizado por momentos difíceis, desde a sua revelação aos membros da família, bem como a limitação em seguir com a vida. Com o passar do tempo foram aceitando e aprendendo a conviver com a doença. O resultado acima descrito, corrobora com alguns estudos (Moreno, 2015), que mostram que, os indivíduos formam suas representações cognitivas que são combinadas com experiências passadas perante uma situação de doença ou problema, e posteriormente fazem uso dessas representações como forma de solucionar esses problemas ou doença.

Os participantes deste estudo, interpretam o HIV como sendo uma doença “normal”, e sem cura. Sublinham que é necessário seguir e cumprir com o tratamento anti-retroviral como forma de não agravar a doença. A perspectiva de Schutz defende a percepção do mundo

social como um fenómeno intersubjectivo. O mundo quotidiano não é constituído de nossas experiências privadas, particulares, não é vivido independentemente dos demais indivíduos sociais, ao contrário, é compartilhado, é construído nas relações estabelecidas com outros atores a partir da comunicação. Este preocupa-se em compreender a intersubjectividade, a maneira como a realidade social é apreendida, interpretada e objectivada. No contexto deste estudo, os pacientes constroem a realidade de acordo com as suas percepções sobre o HIV e o risco de abandono, ou seja, os pacientes têm a consciência das consequências do abandono do tratamento anti-retroviral, bem como o conhecimento das vantagens do tratamento anti-retroviral e desvantagens do abandono do tratamento anti-retroviral.

Os resultados da pesquisa revelam que os factores individuais, estruturais, socioeconómicos e culturais influenciam no abandono ao tratamento anti-retroviral, como afirma Brambatti (2007), Moreno (2015), Faustino (2006), Faustino (2006) e Moreno (2015).

Dados desta pesquisa mostram que os participantes que vivem com a infecção do HIV, abandonaram o tratamento anti-retroviral pelos seguintes factores: individuais como a não-aceitação dos resultados, a forma como os pacientes contraíram a doença, o medo de lhe dar com a doença. Factores estruturais tais como: o acompanhamento médico, o monitoramento médico, as longas filas na farmácia, a falta dos medicamentos nos hospitais. Factores socioeconómicos relacionados a falta de alimentação adequada, a falta de emprego, falta de dinheiro de transporte para se fazer ao centro de saúde, o medo do estigma e a discriminação. Factores culturais tais como a discriminação, estigmatização, prática de procura dos medicamentos tradicionais e de outros medicamentos sem a prescrição médica para o tratamento do HIV.

Os factores culturais são parte integrante do processo do HIV, na medida em que, os pacientes optam pelas práticas culturais para encontrar a cura e o tratamento do HIV. Estes iniciam o tratamento anti-retroviral, passado algum tempo, abandonam o mesmo e recorrem a medicina tradicional, por sua vez, quando não conseguem a cura na medicina tradicional eles voltam ao tratamento anti-retroviral. Como postula Shutz, cada um de nós realiza experiências que são inacessíveis aos outros, mas que são "compartilhados" através da comunicação, por processos de entendimento que são construídos entre os actores, de modo a que possam ser compreendidos.

Portanto, não são apenas os factores culturais que influenciam o abandono do tratamento anti-retroviral, mas sim múltiplos factores.

### **Considerações finais**

Este trabalho analisou os factores culturais que influenciam o abandono do tratamento anti-retroviral nos pacientes jovens que vivem com a infecção do HIV na cidade da Matola.

Para a obtenção dos resultados, foram feitas entrevistas, a revisão da literatura, o trabalho de campo, analisados a luz da teoria fenomenológica sobre a construção da realidade. Através da articulação dos conceitos e da teoria, bem como os resultados das constatações empíricas, foi possível confirmar a nossa hipótese.

Os resultados desta pesquisa, confirmam a hipótese segundo a qual, os factores culturais tais como a tradição, os hábitos e os costumes influenciam o abandono do TARV, na medida em que, no processo de procura do tratamento anti-retroviral os pacientes orientam-se na base das suas tradições, hábitos e costumes que entram em conflito com as orientações médicas do TARV. Os pacientes, optam pelo tratamento tradicional, e pelo tratamento anti-retroviral, sendo que iniciam o tratamento anti-retroviral, passado algum tempo, abandonam o mesmo e recorrem a medicina tradicional, por sua vez, quando não conseguem a cura na medicina tradicional eles voltam ao tratamento anti-retroviral.

Constatamos que na procura de cuidados de saúde os pacientes tem enveredado pelas práticas médicas e práticas tradicionais, na medida que, as práticas tradicionais são usadas como primeiro lugar de procura de cuidados de saúde, mas também, como uma alternativa à medicina moderna quando a doença persiste mesmo com o tratamento hospitalar. Neste sentido, torna se evidente que os pacientes em TARV interagem no seu ambiente social e cultural de acordo com suas crenças, experiências, e o seu estoque de conhecimento sobre a doença HV e o risco de abandono do TARV. Estas crenças influenciam a sua visão sobre o

tratamento anti-retroviral, bem como abandono ao TARV. Neste sentido, depreende-se que os factores culturais influenciam o abandono do tratamento anti-retroviral, mas não de forma isolada, mas em intercessão com outros factores tais como: socioeconómicos, individuais e estruturais.

### **Referências bibliográficas**

BARLETTA, J B; GENNARI, M de S; CIPOLOTTI, R. A perspectiva cognitivo-comportamental dos aspectos psicossociais que interferem na qualidade da relação médico-paciente. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 17, n. 3, p. 396-413, dez. 2011.

BOVETO, Lais. O conceito de hábito na história da educação: Considerações sobre mídia e educação da criança. UEM. 2012.

COLONNA, Elena. “Eu é que fico com a minha irmã”. Vida quotidiana das crianças na periferia de Maputo. Tese de Doutoramento em Sociologia da infância. Braga: IE – UNINH, 2012. pág. 155-162.

CUMAQUELA, Feliciano Pedro Maurício. Adesão a terapêutica antiretroviral (TARV): Experiência dos serviços farmacêuticos do Hospital Central de Maputo. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Eduardo Mondlane. 2011.

DOS SANTOS, Borges Fabiana. Abandono do Tratamento Antiretroviral e Busca Consentida Casos de Pessoas Vivendo com HIV/SIDA. Universidade de Brasília. Instituto de Psicologia. Grau de mestre em processo de desenvolvimento Humano e Saúde, área de concentração: Psicologia da Saúde. Brasília. Julho, 2011.

ESTAVELA, João Arune. Vulnerabilidade de Género e Infecção pelo HIV: Percepções de pessoas vivendo com HIV/AIDS e de profissionais de saúde da cidade de Maputo, Moçambique. Brasília. Março, 2014.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete, TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 (1): 17-24, Jan, 2008.

HELENA, Lima. Relatório Final Moçambique CPLP B+2018.

GIL, Carlos António. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social, 4ª Edição, editora atlas, São Paulo, 2002.

GIL, Carlos António. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social, 6ª Edição, editora atlas, São Paulo, 2008.

GUIRÃO, Junior Leonardo. Vulnerabilidade e resistência entre adolecentes e jovens vivendo com HIV na cidade de Maputo, Moçambique: Kuhanya- contágio de vida . 2007. Tese (Doutorado em Política Social)- Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

GUNTHER, Hatmut & DE CRISTO, Fábio. Hábito: Por que devemos estudá-lo e o que Podemos Fazer? Universidade de Brasília e Centro Universitário de Brasília. DF. Brasil. Porto Alegre, v.46, n.2, pp.233-242, abr.-jun. 2015.

GUSMÃO, Josiane Lima de, MION JR, Décio. Adesão ao tratamento-conceitos, Rev Bras Hipertens vol.13(1): 23-25, 2006.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA; População por idade, segundo distrito, área de residência e sexo. Maputo Província, 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA; Anuário Estatístico 2018-Moçambique. Statistical Yearbook 2018-Moçambique, 2019.INS.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA; ICF MACRO. Inquérito nacional de prevalência, riscos comportamentais e informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique 2009. Maputo: INS; INE, ICF Macro, 2009.

LAKATOS, Eva Maria, MARCONI Mariana de Andrade. Fundamentos de Metodologia Científica. 5ª edição, editora atlas, São Paulo, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique, Relatório de Indicadores Básicos. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Serviço Nacional de Saúde, Relatório Anual das Actividades Relacionadas ao HIV/SIDA. Abril, 2016.

MIQUIDADE, Amade Aly. Morfologia Urbana da Matola: Tendências de crescimento da cidade. Dissertação (Mestrado em Risco, Cidades e Ordenamento)- Universidade do Porto, Novembro, 2018-

MORGAN, David L. Focus groups. In: HESSE-BIBER, Sharlene; LEAVY, Patricia (Ed.) *Approaches to qualitative research: reader on theory and practice*. Oxford: Oxford University Press, 2004, p. 262-283.

MUHAMANE, Jonas. Alberto. Representações e Percepções Sobre Crenças e Tradições Religiosas no Sul de Moçambique: O Caso das Igrejas Zione. Universidade de Lisboa Instituto de Ciências Sociais. Mestrado em Antropologia Social e Cultural. 2008

OLIVEIRA, Maxwell Ferreira. Metodologia científica: um manual para a realização de pesquisas em Administração. Universidade Federal de Goiás, 2011. Catalão: UFG, 2011. 72p

PORTAL, Do Governo da Província de Maputo. Anuário Estatístico 2017. Disponível em <https://www.cmaputo.gov.mz>. Acessado em: 09 de Junho de 2019.

QUIVVY, Raymond, Campenhoudt, Van, Luc. Manual de Investigação em Ciências Sociais. 4ª edição Gradiva-Publicações L.ª; Portugal, Outubro. 2005.

RICHARDSON, Roberto Jerry. Pesquisa Social: Métodos e Técnicas. 3ª edição revista e ampliada; São Paulo, Atlas Editora S.A. 2008.

SITOE, Alda Obed. Experiência de Adesão e Abandono ao Tratamento Anti-retroviral. Monografia (Licenciatura em Antropologia) - Universidade Eduardo Mondlane, Maputo, 2015.

## **Anexos**

### **Anexo 1: Consentimento Informado**

**Tema:** Análise dos factores culturais que influenciam o abandono ao tratamento anti-retroviral entre pacientes jovens que vivem com a infecção do HIV na cidade da Matola.

**Pesquisadores:** Laura Matias Djedje (Investigadora Principal) e Carlos Eduardo Cuinhane ( Supervisor).

Saudações

Chamo me Laura Matias Djedje, estudante da Universidade Eduardo Mondlane, estamos a fazer um trabalho de pesquisa para fins de grau de cumprimento e para a obtenção da Licenciatura em Sociologia, na Faculdade de Letras e Ciências Sociais, cujo tema é " Análise dos factores culturais que influenciam o abandono ao tratamento anti-retroviral entre pacientes jovens que vivem com a infecção do HIV na cidade da Matola. Com objectivo de perceber os factores culturais que influenciam os hábitos, costumes e tradições dos jovens no que diz respeito ao abandono do tratamento anti-retroviral. A informação por si fornecida será tratada de forma confidencial, bem como a não identificação como forma de respeitar o anonimato.

Deste modo, convidamos a você para participar neste estudo por ser jovem paciente do Centro de Saúde da Matola II. A sua participação na pesquisa é voluntária. Se decidir não participar, nada afectará. Mesmo que aceite participar neste momento, poderá, se assim quiser ao decorrer da pesquisa, interromper sua participação no estudo caso não desejar continuar.

Caso aceite, terá que responder algumas perguntas sobre os factores culturais que influenciam no abandono do tratamento antiretroviral nos pacientes jovens da cidade da Matola. É uma conversa individual com a duração de 40 minutos. Se não quiser responder a uma determinada pergunta, estará livre de não responder. A conversa irá decorrer no lugar que você preferir e, não será permitida a presença de outras pessoas.

Toda informação que nos der é confidencial, irá-se respeitar a sua privacidade e anonimato, teu nome não aparecerá em nenhum documento. Toda a informação que fornecer será para fins científicos. A sua opinião será útil na avaliação e melhoria das políticas sobre o abandono do tratamento anti-retroviral.

A sua participação não inclui nenhuma compensação, nem custos. Caso tenha qualquer dúvida pode contactar a investigadora Laura Djedje através do número 847416583.

Contacto da CIBS telefone: 21428076

Assinatura do participante

---

Assinatura do pesquisador

---

Maputo, aos \_\_\_\_/\_\_\_\_/2020

Data: Fevereiro, de 2021

Versão 2: Fevereiro, de 2021

**Anexo 2: Protocolo de Pesquisa**

### **Anexo 3: Declaração de assento**

**Tema:** Análise dos factores culturais que influenciam o abandono ao tratamento anti-retroviral entre pacientes jovens que vivem com a infecção do HIV na cidade da Matola.

**Pesquisadores:** Laura Matias Djedje ( Investigadora Principal) e Carlos Eduardo Cuinhane ( Supervisor).

#### **Declaração do assento**

Eu fui (.....) informado (a) sobre o estudo, os seus objectivos. Foi-me entregue a folha de informação do estudo onde tenho os contactos do investigador caso eu queira interromper a minha participação, ou caso eu tenha alguma dúvida. Eu concordo com o processo da pesquisa e aceito participar no estudo.

Assinatura do participante da pesquisa

---

Assinatura do pesquisador

---

Maputo, aos \_\_\_\_/\_\_\_\_/2020

**Anexo 4: Termo de compromisso do investigador**

Eu, Laura Djedje, investigadora principal do estudo " Análise dos factores culturais que influenciam o abandono ao tratamento anti-retroviral entre pacientes jovens que vivem com a infecção do HIV na cidade da Matola ", comprometo-me em meu nome em cumprir todos os requisitos éticos, nacionais e internacionais, estipulados para pesquisa envolvendo humanos, respeitar a autonomia individual dos participantes do estudo, maximizar os benefícios e minimizar os riscos, bem como proteger a privacidade e manter a confidencialidade de todos os participantes da pesquisa.

Comprometo-me igualmente a não efectuar qualquer alteração no protocolo que será aprovado pelo Comité Nacional de Bioética para Saúde, do consentimento informado de cada participante e processar toda informação obtida com confidencialidade. Finalmente, comprometo-me que todos os dados recolhidos no âmbito deste estudo não serão usados para quaisquer outros fins que não sejam referidos no protocolo de pesquisa acima submetido ao CIBS/CNBS.

Maputo, aos \_\_\_\_/\_\_\_\_/2020

---

Laura Matias Djedje

(Investigadora principal)

## **Anexo 5: Entrevista semi-estruturada**

### **Pacientes do Centro de Saúde da Matola II**

Olá! Chamo me Laura Matias Djedje, estudante da Universidade Eduardo Mondlane, estamos a fazer um trabalho de pesquisa para fins de grau de cumprimento e para a obtenção da Licenciatura em Sociologia, na Faculdade de Letras e Ciências Sociais, cujo tema é “Análise dos factores culturais que influenciam o abandono ao tratamento anti-retroviral entre pacientes jovens que vivem com a infecção do HIV na cidade da Matola.

Com objectivo de perceber os factores culturais que influenciam os hábitos, costumes e tradições dos jovens no que diz respeito ao abandono do tratamento anti-retroviral. A informação por si fornecida será tratada de forma confidencial, bem como a não identificação como forma de respeitar o anonimato.

Deste modo, convidamos a você para participar neste estudo por ser paciente em tratamento antiretroviral no Centro de Saúde da Matola II. A sua participação na pesquisa é voluntária. Se decidir não participar, nada afectará. Mesmo que aceite participar neste momento, poderá, se assim quiser ao decorrer da pesquisa, interromper sua participação no estudo caso não desejar continuar.

Caso aceite, terá que responder algumas perguntas sobre os factores culturais que influenciam no abandono do tratamento antiretroviral nos pacientes jovens da cidade da Matola. É uma conversa individual com a duração de 40 minutos e será gravada em áudio. Se não quiser

responder a uma determinada pergunta, estará livre de não responder. A conversa irá decorrer no lugar que você preferir e, não será permitida a presença de outras pessoas.

Toda informação que nos der é confidencial, irá-se respeitar a sua privacidade e anonimato, teu nome não aparecerá em nenhum documento. Toda a informação que fornecer será para fins científicos. A sua opinião será útil na avaliação e melhoria das políticas sobre o abandono do tratamento anti-retroviral.

### **Perfil do entrevistado:**

1. Qual é a sua idade?
2. Onde vive?
3. Nível de escolaridade?
4. Naturalidade?
5. Estado civil?
6. Com quem vive?
7. Tem alguma ocupação?
8. Professa alguma religião?

Secção I. Descrever as características culturais dos pacientes jovens que abandonaram o tratamento anti-retroviral.

1. Quando é que descobriu que estava infectado?
2. O que fez quando descobriu?
3. Contou para alguém?
4. Para quem contou?
5. Como é que passou a ser o seu dia-a-dia quando descobriu que era HIV positivo?
6. Pode partilhar a sua experiência sobre como conviver com esta doença?
7. Que cuidados tens tido com a sua saúde?

Secção II. Identificar as razões que levam os pacientes jovens a abandonarem o tratamento anti-retroviral.;

1. Qual é a sua opinião sobre o tratamento desta doença?
2. Já alguma vez interrompeu o tratamento anti-retroviral?
3. O que lhe levou a interromper o tratamento antiretroviral?
4. Acha que parar de tomar os comprimidos alterou alguma coisa na sua vida, na sua saúde?

Secção III. Analisar a relação entre os factores culturais e o abandono do tratamento anti-retroviral dos pacientes jovens. .

1. Que práticas de saúde têm adoptado ao longo da sua vida?
2. Que práticas de saúde adoptou depois de saber sobre o seu estado de saúde?
3. Alguma vez procurou outras formas de cura para a doença?
4. Alguém da sua família ou amigos já lhe sugeriu ou aconselhou a procurar outras formas de cura da doença?
5. Quais foram?
6. Porquê?
7. Seguiu estas formas?
8. O que aconteceu depois de seguir essas formas?
9. Já ouviu falar da medicina tradicional?
10. O que pensa da medicina tradicional?
11. O que pode tratar?
12. Alguma vez já usou a medicina tradicional?
13. Para que efeito?
14. Quando foi?
15. Foi antes ou depois do diagnóstico?
16. Qual foi o resultado?
17. Neste momento de Covid19, quais foram os teus medos, anseios e limitações?
18. Como tem sido, vir ao Centro de Saúde para levantar os medicamentos neste tempo de Covid19?

Esta conversa está a chegar ao fim, antes de encerrar gostarias de acrescentar algo que talvez deixamos de fora, que achas pertinente sobre essa temática, ou sobre qualquer outro aspecto que acha importante partilhar connosco?

Obrigada pelo tempo dispensado

Data: Fevereiro, de 2021

Versão 2: Fevereiro, de 2021

## **Profissionais de saúde de Saúde da Matola II**

Olá! Chamo me Laura Matias Djedje, estudante da Universidade Eduardo Mondlane, estamos a fazer um trabalho de pesquisa para fins de grau de cumprimento e para a obtenção da Licenciatura em Sociologia, na Faculdade de Letras e Ciências Sociais, cujo tema é “Análise dos factores culturais que influenciam o abandono ao tratamento anti-retroviral entre pacientes jovens que vivem com a infecção do HIV na cidade da Matola.

Com objectivo de perceber os factores culturais que influenciam os hábitos, costumes e tradições dos jovens no que diz respeito ao abandono do tratamento anti-retroviral. A informação por si fornecida será tratada de forma confidencial, bem como a não identificação como forma de respeitar o anonimato.

Deste modo, convidamos a você para participar neste estudo por ser Profissional de Saúde do Centro de Saúde da Matola II. A sua participação na pesquisa é voluntária. Se decidir não participar, nada afectará. Mesmo que aceite participar neste momento, poderá, se assim quiser ao decorrer da pesquisa, interromper sua participação no estudo caso não desejar continuar.

Caso aceite, terá que responder algumas perguntas sobre os factores culturais que influenciam no abandono do tratamento antiretroviral nos pacientes jovens da cidade da Matola. É uma conversa individual com a duração de 40 minutos e será gravada em áudio. Se não quiser responder a uma determinada pergunta, estará livre de não responder. A conversa irá decorrer no lugar que você preferir e, não será permitida a presença de outras pessoas.

Toda informação que nos der é confidencial, irá-se respeitar a sua privacidade e anonimato, teu nome não aparecerá em nenhum documento. Toda a informação que fornecer será para fins científicos. A sua opinião será útil na avaliação e melhoria das políticas sobre o abandono do tratamento anti-retroviral.

### Perfil do profissional de saúde

1. Nível académico
2. Profissão
3. Cargo que ocupa
4. Especialidade
  
5. A quanto tempo esta a trabalhar com os serviços de TARV?

6. Esta a fazer acompanhamento de quantos pacientes?
7. Como tem sido o acompanhamento dos pacientes?
8. Os pacientes têm comparecido às consultas?
9. Dos pacientes que está a fazer o acompanhamento, já tiveram desistência algum deles?
10. Se sim, quantos?
11. De que forma trazem de volta os pacientes que abandonam o tratamento anti-retroviral.
12. Depois do levantamento dos medicamentos, tem se dado alguma recomendação ao paciente?Qual?
13. Na sua opinião o que se deve fazer para os pacientes não abandonem o tratamento anti-retroviral?
14. Como tem sido o acompanhamento dos pacientes neste tempo de Covid19?
15. Como tem sido a aderência dos pacientes neste tempo de Covid19?
16. De que forma a pandemia de Covid19 afectou a aderência e o acompanhamento dos pacientes?

Esta conversa está a chegar ao fim, antes de encerrar gostarias de acrescentar algo que talvez deixamos de fora, que achas pertinente sobre essa temática, ou sobre qualquer outro aspecto que acha importante partilhar connosco?

Obrigada pelo tempo dispensado.

Data: Fevereiro, de 2021

Versão 2: Fevereiro, de 2021