



UNIVERSIDADE
ESTADUAL de LONDRINA

EDNA ESPERANÇA MATAMBA MIGUEL FONSECA

**PERCEPÇÕES DOS SUPERVISORES DO PROGRAMA
HIV/AIDS SOBRE OS MOTIVOS QUE LEVAM AS PESSOAS
QUE VIVEM COM HIV À INTERRUPÇÃO DA TERAPIA
ANTIRRETROVIRAL EM ANGOLA**

EDNA ESPERANÇA MATAMBA MIGUEL FONSECA

**PERCEPÇÕES DOS SUPERVISORES DO PROGRAMA
HIV/AIDS SOBRE OS MOTIVOS QUE LEVAM AS PESSOAS
QUE VIVEM COM HIV À INTERRUPÇÃO DA TERAPIA
ANTIRRETROVIRAL EM ANGOLA**

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Mathias Roberto Loch.

Londrina
2026

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

- F676 Fonseca, Edna Esperança Matamba Miguel.
PERCEPÇÕES DOS SUPERVISORES DO PROGRAMA HIV/AIDS SOBRE OS MOTIVOS QUE LEVAM AS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV À INTERRUPÇÃO DA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EM ANGOLA / Edna Esperança Matamba Miguel Fonseca. - Londrina, 2026.
115 f. : il.
- Orientador: Mathias Roberto Loch.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2026.
Inclui bibliografia.
1. HIV - Tese. 2. Interrupção do Tratamento - Tese. 3. Profissionais de Saúde - Tese. 4. Angola - Tese. I. Loch, Mathias Roberto . II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 614

EDNA ESPERANÇA MATAMBA MIGUEL FONSECA

**PERCEPÇÕES DOS SUPERVISORES DO PROGRAMA
HIV/AIDS SOBRE OS MOTIVOS QUE LEVAM AS PESSOAS
QUE VIVEM COM HIV À INTERRUPÇÃO DA TERAPIA
ANTIRRETROVIRAL EM ANGOLA**

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Mathias Roberto Loch
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof.^a Dra. Regina Melchior
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof.^a Dra. Silvia Karla Azevedo Vieira Andrade
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Londrina, 26 de fevereiro de 2026.

AGRADECIMENTOS

A Deus, minha profunda gratidão por me conceder vida, força, sabedoria e serenidade ao longo de todo este percurso. Foi Ele quem sustentou cada passo, em todos os momentos, permitindo que este trabalho fosse concluído com fé e perseverança.

A Nossa Senha do Rocio, Padroeira do Paraná, a minha gratidão.

Ao meu esposo, (Valdemar Fonseca) companheiro de vida, amigo e confiante, agradeço pelo amor, pelo incentivo constante e pelo apoio incondicional. Mesmo à distância, esteve sempre presente, sendo um pilar fundamental durante toda esta jornada.

Aos meus filhos, (Edmar e Erivaldo), expresso o meu amor e gratidão pela compreensão, paciência e carinho. Ainda que nem sempre compreendessem plenamente as exigências deste percurso, foram fonte permanente de motivação e inspiração.

À minha mãe, (Cecilia Matamba), o meu agradecimento especial por todo o amor, cuidado, ensinamentos e apoio incondicional ao longo da vida. Sua força e dedicação foram fundamentais para que eu chegasse até aqui.

Aos meus irmãos, (Ireneu e Joana), agradeço pela presença constante, pelo apoio e pelas palavras de encorajamento que fortaleceram esta caminhada.

Aos meus cunhados, (Felisberto e Isabel), aos meus sobrinhos (Ireneu, Ismael, Renatto, Ismaela, Raphael, Isael, Alessandro, Isaac) gratidão pelo apoio e pelas palavras de encorajamento.

As amigas, minha gratidão pela amizade, pelo apoio emocional e pelas palavras de incentivo, que tornaram este percurso mais leve.

Ao Projeto de Formação de Recursos Humanos do Ministério da Saúde de Angola, e ao Instituto Nacional de Luta Contra a Sida, agradeço e expresso o meu reconhecimento pela oportunidade concedida, pelo apoio

institucional e pelo investimento na formação acadêmica, que tornou possível a realização deste mestrado.

Ao meu orientador, Professor Dr. Mathias Lock, agradeço pela orientação cuidadosa, pelos ensinamentos, pela disponibilidade e pela paciência ao longo de todo o processo de construção desta dissertação.

Aos membros da banca examinadora, agradeço a disponibilidade, e contribuições que enriqueceram este trabalho.

Aos professores do curso, minha sincera gratidão pelos conhecimentos partilhados, pelo apoio acadêmico e pela dedicação à formação em Saúde Coletiva.

Aos colegas de mestrado, agradeço pela convivência, pelas trocas de experiências e pelo companheirismo ao longo desta jornada, que contribuiu para o crescimento pessoal e profissional de todos nós.

*Se não viveres segundo aquilo em que
acreditas, acabarás a acreditar naquilo que
vives.*

Fulton Sheen

FONSECA, Edna Esperança Matamba Miguel. **Percepções dos supervisores do programa HIV/Aids sobre os motivos que levam as pessoas que vivem com HIV à interrupção da terapia antirretroviral em Angola**. 2025. 115 p. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Londrina, como requisito para a obtenção do título de Mestre, Londrina, 2025.

RESUMO

A epidemia de HIV/Aids permanece um desafio global e, em Angola, é generalizada, com prevalência superior a 1%. Os supervisores do programa HIV/Aids, responsáveis por coordenar e monitorar as atividades relacionadas ao HIV/Aids em nível provincial e municipal, desempenhem papel essencial na resposta à epidemia em Angola. Apesar da eficácia da Terapia Antirretroviral (TARV), a interrupção do tratamento ainda constitui um obstáculo para o controle da infecção. Objetivo: Avaliar as percepções dos Supervisores sobre os motivos que levam as pessoas que vivem com HIV (PVHA) a interrupção da TARV em Angola. Metodologia: Trata-se de um estudo transversal descritivo de abordagem quantitativa, de amostra intencional no qual foram considerados elegíveis 182 supervisores sendo 18 do nível provincial e 164 do nível municipal. A coleta de dados ocorreu entre os meses de julho e agosto de 2025, por meio de um questionário estruturado, contendo questões referentes ao perfil sociodemográfico e profissional dos participantes e percepções acerca dos fatores associados à interrupção da TARV. Os fatores foram agrupados em três categorias analíticas: intrínsecos, extrínsecos e relacionados ao sistema de saúde. Realizou-se análise descritiva das variáveis sociodemográficas e profissionais, e análise de associação entre as percepções de “influência/influência muito” e variáveis contextuais, como a função exercida e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) das províncias de atuação. As questões abertas foram submetidas à análise categorial. Ao final, totalizaram-se 133 respostas, das quais 16 dos supervisores provinciais e 117 dos supervisores municipais. Entretanto foram excluídas 8 respostas por não atenderem aos critérios de inclusão, resultando em uma amostra final de 125 participantes. Resultados: O fator condições socioeconômicas desfavoráveis (88%), pertencente ao grupo dos fatores extrínsecos, foi o que apresentou, em geral, maior frequência de percepções dos profissionais como influente para a interrupção da TARV, sendo seguido pelos fatores estigma social e preconceito (73,6%) e influência de crenças culturais e religiosas (72,8%). Entre os fatores intrínsecos, o fator vergonha ou preconceito internalizado (87%) foi o que apresentou maior frequência de percepções dos participantes como influente para a interrupção da TARV, seguido pelo fator sentir-se bem, sem nenhum sinal (75,2%) e pelo fator dificuldade em aceitar o diagnóstico (65,6%). No grupo dos fatores relacionados ao sistema de saúde, os fatores com maior frequência de apontamentos como influentes para a interrupção da TARV foram, dificuldade de acesso às unidades por limitações estruturais ou logísticas (54,4%) e ausência de grupos de apoio organizados pelos serviços (49,6%). Em províncias com IDH mais elevado, observou-se equilíbrio entre fatores intrínsecos e extrínsecos, enquanto os fatores relacionados ao sistema de saúde apresentaram menor expressividade. As questões abertas revelaram fatores adicionais que segundo as percepções dos profissionais também são influentes para a interrupção da TARV, tratando-se da presença de doenças associadas,

transumância/nomadismo, insegurança alimentar, insuficiência de recursos humanos e rotatividade de profissionais. Conclusão: A interrupção da TARV configura-se como fenômeno multifatorial, resultante da interação entre determinantes individuais, sociais, estruturais e organizacionais, variando conforme o contexto de vida das pessoas que vivem com HIV.

Palavras-chave: Adesão ao Tratamento; Determinantes Sociais da Saúde; HIV; Interrupção do Tratamento; Profissionais de Saúde.

FONSECA, Edna Esperança Matamba Miguel. **Perceptions of HIV/AIDS program supervisors on the reasons why people living with HIV discontinue antiretroviral therapy in Angola.** 2025. 115 p. Dissertation presented to the Postgraduate Program in Public Health, State University of Londrina, as a requirement for obtaining the Master's degree, Londrina, 2025.

ABSTRACT

The HIV/Aids epidemic remains a global challenge and, in Angola, it is widespread, with a prevalence exceeding 1%. HIV/Aids program supervisors, responsible for coordinating and monitoring HIV/Aids-related activities at the provincial and municipal levels, play an essential role in the response to the epidemic in Angola. Despite the effectiveness of Antiretroviral Therapy (ART), treatment interruption remains an obstacle to infection control. Objective: To evaluate supervisors' perceptions of the reasons that lead people living with HIV (PLWHA) to interrupt ART in Angola. Methodology: This is a descriptive cross-sectional study with a quantitative approach, using a purposive sample in which 182 supervisors were considered eligible, 18 from the provincial level and 164 from the municipal level. Data collection took place between July and August 2025, using a structured questionnaire containing questions regarding the sociodemographic and professional profile of the participants and perceptions about the factors associated with ART interruption. The factors were grouped into three analytical categories: intrinsic, extrinsic, and related to the health system. A descriptive analysis of sociodemographic and professional variables was conducted, along with an association analysis between perceptions of "influence/very strong influence" and contextual variables, such as the function performed and the Human Development Index (HDI) of the provinces of operation. Open-ended questions were subjected to categorical analysis. In the end, a total of 133 responses were obtained, 16 from provincial supervisors and 117 from municipal supervisors. However, 8 responses were excluded for not meeting the inclusion criteria, resulting in a final sample of 125 participants. Results: The factor of unfavorable socioeconomic conditions (88%), belonging to the group of extrinsic factors, was the one that generally presented the highest frequency of perceptions by professionals as influential in the interruption of ART, followed by the factors of social stigma and prejudice (73.6%) and the influence of cultural and religious beliefs (72.8%). Among the intrinsic factors, the factor of shame or internalized prejudice (87%) was the one that presented the highest frequency of perceptions by participants as influential in the interruption of ART, followed by the factor of feeling well, without any signs (75.2%) and the factor of difficulty in accepting the diagnosis (65.6%). In the group of factors related to the health system, the factors most frequently cited as influencing the interruption of ART were difficulty accessing units due to structural or logistical limitations (54.4%) and the absence of support groups organized by the services (49.6%). In provinces with a higher HDI, a balance was observed between intrinsic and extrinsic factors, while factors related to the health system showed less expressiveness. Open-ended questions revealed additional factors that, according to the professionals' perceptions, are also influential in the interruption of ART, namely the presence of associated diseases, transhumance/nomadism, food insecurity, insufficient human resources, and staff turnover. Conclusion: The interruption of ART is a multifactorial phenomenon, resulting from the interaction between individual, social, structural, and organizational

determinants, varying according to the life context of people living with HIV.

Key-words: Treatment Adherence; Social Determinants of Health; HIV; Treatment Discontinuation; Healthcare Professionals.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Mapa Nacional da República de Angola.....	49
Figura 2 –	Fluxograma do processo de recrutamento e composição da amostra	54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização da amostra. Supervisores, Angola (2025, n=125).....	60
Tabela 2 – Percepção dos Supervisores sobre a influência dos fatores intrínsecos que levam as pessoas que vivem com HIV a interrupção do tratamento antirretroviral (Angola 2025, n=125)	62
Tabela 3 – Percepção dos Supervisores sobre a influência dos fatores extrínsecos que levam as pessoas que vivem com HIV a interrupção do tratamento antirretroviral (Angola 2025, n=125).	64
Tabela 4 – Percepção dos Supervisores sobre a influência dos fatores relacionados ao sistema de saúde que levam as pessoas que vivem com HIV a interrupção do tratamento antirretroviral (Angola 2025, n=125).....	66
Tabela 5 – Associação entre influência percebida dos fatores e IDH por província.....	67
Tabela 6 – Outros fatores que influencia para interrupção da TARV.....	68

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Síntese dos principais achados sobre o abandono da TARV abordado	40
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

3TC	Lamivudina
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ARV	Antirretrovirais
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CD4	Contagem de Linfócitos T-CD4+
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
CV	Carga Viral
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
DPI	Diagnóstico Precoce Infantil
DTG	Dolutegravir
ELISA	Enzyme-linked Immunosorbent Assay
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IIM	Inquérito de Indicadores Múltiplos de Saúde
INE	Instituto Nacional de Estatística
INI	Inibidor da Integrase
INLS	Instituto Nacional de Luta Contra a Sida
IP	Inibidor da Protease
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
ITRNs	Inibidor da Transcriptase Reversa Análogo de Nucleosídeos
MINSA	Ministério da Saúde de Angola
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organizações Não Governamentais
PCR	Reação em Cadeia da Polimerase

PEP	Profilaxia Pós-Exposição
PF	Pontos Focais
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição
PVHA	Pessoa Vivendo com HIV ou Aids
RNA	Ácido Ribonucleico
SAE	Serviços de Atenção Especializada
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TDF	Tenofovir
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TT	Testar e Tratar
UDM	Unidade Dispensadora de Medicamentos
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/Aids
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	26
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	30
2.1	Conceitos fundamentais sobre HIV e Aids	30
2.2	Epidemiologia do hiv/aids em Angola	32
2.3	Sistema nacional de saúde de angola e a organização do programa de HIV/Aids	34
2.3.1	Estrutura organizacional da coordenação e acompanhamento da epidemia de hiv/aids em Angola.....	35
2.3.2	Tratamento e seguimento de pessoas vivendo com HIV/Aids em Angola	37
2.4	Interrupção da terapia antirretroviral (TARV) e fatores associados	39
2.4.1	Determinantes socioeconômicos e suas implicações na interrupção da TARV	45
3	OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS	48
3.1	Objetivo geral	48
3.2	Objetivos específicos	48
4	MATERIAL E MÉTODOS.....	49
4.1	Delineamento do estudo	49
4.2	Local do estudo	49
4.3	Seleção da amostra e coleta de dados	52
4.4	Instrumento para coleta de dados	54
4.5	Processamento e análise dos dados	55
4.6	Procedimentos éticos	57
5	RESULTADOS	59
6	DISCUSSÃO	69
6.1	Perfil dos participantes (supervisores).....	69

6.2	Fatores intrínsecos e sua associados a interrupção da TARV	70
6.3	Fatores sociais, econômicos e culturais (extrínsecos) como condicionantes para a interrupção da TARV	73
6.4	Fatores relacionados ao sistema de saúde sua associados a interuupção da TARV.....	77
6.5	Fatores locais associados à interrupção da terapia antirretroviral, segundo as percepções dos participantes	79
6.6	Educação em saúde e educação permanente como elementos estruturantes da continuidade da TARV	81
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
8	REFERÊNCIAS	85
	APÊNDICES.....	99
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	100
	APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados para avaliação das percepções dos supervisores (pontos focais) do programa VIH/SIDA em angola em relação ao abandono do tratamento pelas pessoas que vivem com VIH.....	102
	ANEXOS	109
	ANEXO A – Declaração de concordância do INLS	110
	ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP	111

APRESENTAÇÃO DO TEMA E DA PESQUISADORA

A presente dissertação investiga as percepções dos supervisores dos programas HIV/Aids, sobre os motivos que levam as pessoas que vivem com HIV à interrupção da terapia antirretroviral em Angola.

Esta investigação se articula com a minha trajetória profissional, cuja experiência no campo da saúde pública e no contexto do programa HIV/Aids em Angola contribuiu para a escolha do tema e para a condução deste estudo.

Sou angolana, natural da província de Luanda, terceira filha entre três irmãos. Sou casada e mãe de dois filhos. Graduada em Enfermagem pela Universidade Agostinho Neto, Luanda/Angola.

Como enfermeira, exerci atividades assistenciais durante sete anos, com ênfase em pediatria, atuando em vacinação, puericultura, realização de exames de timpanometria e participação em exames de alergologia e eletroencefalografia. Desenvolvi igualmente funções em ginecologia e obstetrícia, incluindo a coleta de exames ginecológicos e a realização de cardiocografia em gestantes. No ambulatório de adultos, dentre as atividades realizadas incluía os exames de eletrocardiograma e curativos de feridas de baixa a alta complexidade. Até então todas as atividades eram realizadas no setor privado.

Em 2019, após aprovação em concurso público, passei a integrar o quadro do Ministério da Saúde de Angola, sendo enquadrada no Instituto Nacional de Luta Contra a Sida (INLS). Por meio de uma formação proporcionada pelo próprio INLS, eu e os outros recém ingressos começamos a ter os primeiros contatos com a abordagem para o combate ao HIV, aprofundando os conhecimentos que até então derivavam da Graduação e de conhecimento geral. Após ter contato com a missão a visão e o propósito do INLS, aproximei-me cada vez mais deste mundo, com a oportunidade de trabalhar em unidades de saúde ainda da província de Luanda, tendo a partir deste momento o primeiro contato com os supervisores.

Após a pandemia da COVID 19, o país viu-se obrigado a reavaliar a situação epidemiológica uma vez que muitos pacientes por conta da situação de emergência deixaram de procurar as unidades de saúde, apesar de terem sido asseguradas ações emergenciais que garantiam a dispensação dos ARV e a assistência para aqueles pacientes mais críticos.

Em 2022, foram realizadas várias visitas de supervisão e monitoria,

por todo o país, ontem tive a oportunidade de ver de perto o trabalho arduo e a forma dedicada com que muitos supervisores desempenhavam no cumprimento das suas atividades, uns com mais dificuldades do que os outros, mas todos muito empenhados em proporcionar o melhor cuidado e garantir o tratamento aos seus pacientes.

Em 2023, participei do encerramento de um programa que era realizado pelo projeto Mader Tho Mader, onde mulheres HIV fortes no seu tratamento, procuravam incentivar, resgatar e facilitar outras mulheres para o tratamento, eram apoiadas pelos supervisores locais, e possibilitaram o resgate de muitas mulheres que estavam em situação de interrupção da TARV.

Impulsionada por todos estes acontecimentos eu e um colega “em memória”, pensávamos em realizar de alguma forma uma investigação que nos permitisse avaliar os motivos que levam muitos pacientes a Interrupção do tratamento.

Em 2024, após ter sido contemplada com a bolsa do projeto PFRHS/MINSA, fruto da colaboração com o governo brasileiro, vi então a oportunidade, de investigar os motivos que levam as PVHA a interrupção da TARV, todavia, por estar fora de Angola não foi possível realizar a pesquisa diretamente as PVHA, tendo realizado a pesquisa através dos supervisores, uma vez que eles estão na linha da frente e têm contacto direto com os usuários e com a coordenação do combate à epidemia do HIV.

Esta dissertação está organizada em cinco capítulos estruturados, buscando apresentar coerência entre os objetivos propostos, o percurso metodológico adotado, a análise dos resultados e as conclusões.

O Capítulo I, denominado Introdução, apresenta o contexto geral do estudo, a problemática de pesquisa, bem como a justificativa que fundamenta a relevância científica, social e prática do tema.

O Capítulo II, Objetivos, apresenta os objetivos gerais e específicos da pesquisa.

O Capítulo III, intitulado Fundamentação Teórica, apresenta os referenciais teóricos relacionados ao objeto do estudo, abordando aspectos epidemiológicos sobre o HIV/Aids, o funcionamento do Sistema Nacional de Saúde em Angola, os fatores associados ao abandono da Terapia Antirretroviral (TARV) bem como os determinantes sociais da saúde. Nesse capítulo, são também discutidas as políticas e estratégias de atenção às pessoas que vivem com HIV, incluindo o panorama do tratamento e da dispensação da TARV em Angola.

O Capítulo IV, Procedimentos Metodológicos, descreve o delineamento da pesquisa, o contexto de realização do estudo, a população e amostra, o instrumento de coleta de dados, os procedimentos éticos e as etapas de análise estatística e descritiva realizadas.

O Capítulo V, Apresentação dos Resultados, expõe de forma detalhada os achados obtidos, organizados conforme os objetivos específicos. São apresentadas as características dos participantes, as percepções sobre os fatores que influenciam à interrupção da TARV e as associações observadas entre variáveis contextuais e sociodemográficas.

O Capítulo VI, Discussão aprofunda da interpretação dos resultados à luz da literatura científica, sendo estruturada pelos seguintes eixos temáticos: Perfil dos participantes (supervisores); fatores intrínsecos e sua associação na interrupção da TARV; fatores sociais, econômicos e culturais (extrínsecos) como condicionantes para a interrupção da TARV; fatores relacionados ao sistema de saúde e sua associação ao abandono da TARV; limitações do estudo e pontos fortes da pesquisa.

Por fim, o Capítulo VII, Considerações Finais, sintetiza as principais conclusões do estudo, destacando suas contribuições teóricas e práticas, bem como sugestões para pesquisas futuras e implicações para o fortalecimento das políticas públicas de enfrentamento ao HIV/Aids em Angola.

Considerando que esta pesquisa foi desenvolvida no Brasil, optou-se pela utilização da sigla HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) e da palavra Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), em conformidade com a nomenclatura adotada nacionalmente e nas publicações científicas brasileiras. Contudo, é importante salientar que, em Angola e em diversos outros países de língua portuguesa, essas siglas são apresentadas como VIH e SIDA, respectivamente.

Na sequência a expressão “abandono da TARV” foi substituída por “interrupção da TARV”, uma vez que, no Brasil, após debates técnicos, optou-se por alterar a designação. A mudança ocorreu devido à conotação negativa associada ao termo “abandono”, que atribuía à pessoa uma carga de culpa, sendo “interrupção do tratamento” considerado mais adequado e menos estigmatizante.

Do mesmo modo, o termo Ponto Focal, utilizado no contexto angolano, refere-se aos supervisores ou responsáveis pelos programas de HIV/Aids nas províncias e municípios, bem como nas unidades de saúde, função que em alguns países, incluindo o Brasil, é também compreendida como profissional Supervisor e

coordenador do serviço especializado.

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) causada pela infecção do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), continua a ser um grande problema de saúde pública global, desde o seu surgimento na década de 1980, já causou mais de 42,3 milhões de mortes. Dados globais, estimam que 630. 000 pessoas morreram de causas relacionadas com HIV a nível mundial. Havia aproximadamente 39,9 milhões de pessoas vivendo com o HIV (PVHA) no final de 2023, sendo que 1,3 milhões de pessoas infectaram-se naquele ano (OMS, 2023).

Primeiramente denominada WOG, sigla para "Worth of God" ("fúria de Deus", em português) a síndrome da imunodeficiência adquirida foi alvo constante de estigmatização e preconceito, pois os primeiros casos identificados foram em grupos homossexuais masculinos, que tiveram o comportamento sexual julgado como sendo promíscuo pela sociedade (Milagres, 2017). O primeiro caso de depressão imunológica aguda foi descrito somente em 1981 pelo Centers for Disease Control (CDC), Estados Unidos. Em 1982 foi identificado o agente etiológico - HIV (CDC, 2008).

Até o momento não foi encontrada a cura para o HIV. Todavia, a Organização Mundial da Saúde (OMS), indica que o acesso à prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados eficazes para o HIV e suas doenças oportunistas, tem favorecido para que esta se torne uma condição de saúde crônica controlável, permitindo que as pessoas que vivem com HIV levem vidas longas e saudáveis (OMS, 2024).

Em relação ao tratamento, evidências científicas descrevem a eficácia da Terapia Antirretroviral (TARV) para a redução da replicação do HIV. Esse efeito resulta na redução da morbidade, da mortalidade e da transmissão do vírus, uma vez que a TARV promove a supressão da carga viral, preserva a função imunológica e previne infecções oportunistas e neoplasias associadas ao HIV, consolidando-se como um marco no manejo clínico da infecção (Brasil, 2023c; CDC, 2022; Mendes, 2022; Oliveira et al., 2024; Silva; Watanabe; Gonçalves, 2024; WHO, 2021). Todavia a sua efetividade depende da adesão contínua à terapia. A interrupção no tratamento da TARV pode ter sérias consequências, prejudicando a eficácia do tratamento e resultando em possíveis complicações, como resistência viral, aumento da transmissão do HIV e progressão para a Aids, tal como descreve Oliveira et al., (2024). Esses desdobramentos negativos podem impactar significativamente a saúde do

indivíduo afetado.

Apesar da comprovada eficácia da TARV para a redução da replicação do HIV, a adesão por parte dos pacientes ainda é um desafio, uma vez que demanda a existência de um processo colaborativo entre a equipe de saúde e o paciente, reconhecendo o protagonismo deste último e seu papel ativo nas decisões sobre a terapia a ser adotada em seu tratamento (Brasil, 2023c).

Um estudo que investigou os determinantes da adesão à TARV entre PVHA em Luanda, capital de Angola, evidenciou o impacto crítico dos fatores socioeconômicos, especialmente a renda mensal, nos níveis de adesão ao tratamento. Além disso, aspectos como idade, sexo, escolaridade e estado civil também foram identificados como influências significativas (Almeida et al., 2024).

Borges et al., (2024) destacam que a adesão ao tratamento do HIV é influenciada por diferentes fatores, como psicológicos, físicos e sociais e indicam que, para que haja uma maior adesão, deve-se incentivar o paciente a prosseguir com o tratamento, ofertando um atendimento humanizado e sanando as dúvidas sobre a doença ao paciente.

Os estudos sobre a interrupção da TARV, conforme demonstrado na literatura, indicam que, diversos fatores podem influenciar essa interrupção. Entre eles, destacam-se o estigma social associado ao HIV, os efeitos colaterais dos medicamentos, as dificuldades no acesso regular ao tratamento devido a barreiras geográficas e econômicas, além da ausência de suporte psicossocial contínuo para o enfrentamento da doença (Cazeiro; Silva; Souza, 2021; Techí; Cavalcante; Lima, 2023).

Segundo Coutinho (2022) e Techí; Cavalcante; Lima, (2023) fatores como acessibilidade limitada e fatores socioeconômicos como contexto social, renda e educação impactam diretamente na regularidade do tratamento. Mandu (2022) afirma que falhas no sistema de saúde influenciam na continuidade do tratamento e que intervenções personalizadas podem “resgatar” pacientes e melhorar a adesão. Uma rede de apoio e um sistema de saúde responsivo são essenciais para incentivar e manter os pacientes em tratamento, conforme destacado por Techí; Cavalcante; Lima, (2023).

Outros fatores, como estigma social e preconceito contra as PVHA, efeitos adversos de medicamentos e uso de álcool e outras drogas podem desmotivar os pacientes (Cazeiro; Silva; Souza, 2021; Techí; Cavalcante; Lima, 2023). Assim, faz-

se necessário buscar uma abordagem humanizada, com foco no acolhimento e identificação das necessidades pessoais dos pacientes.

Foram encontrados três estudos, sendo um de Moçambique e dois do Brasil, que investigaram as percepções de profissionais de saúde sobre os motivos que levam à interrupção da TARV por PVHA. Esses estudos identificaram três principais grupos de fatores: intrínsecos, extrínsecos e estruturais do sistema de saúde.

De acordo com Nunes (2013) e Polejack et al. (2020), o medo e a insegurança, frequentemente associados ao preconceito internalizado, às dificuldades de aceitação do diagnóstico e aos efeitos colaterais dos medicamentos, além de comportamentos individuais, são considerados fatores intrínsecos, que podem levar a interrupção do tratamento.

Já o estigma e a discriminação figuram entre os maiores obstáculos à adesão à TARV, especialmente em contextos em que o HIV é altamente estigmatizado. Além disso, barreiras econômicas e questões culturais são apontadas por Polejack et al. (2020) como fatores extrínsecos que impactam negativamente a continuidade do tratamento.

Por sua vez, os estudos de Honorato et al. (2018), Nunes (2013) e Polejack et al. (2020) ressaltam que a falta de uma abordagem integrada entre saúde mental e suporte psicossocial, aliada a uma infraestrutura limitada do sistema de saúde e à ausência de redes de apoio eficientes, dificulta a adesão à TARV. Além disso, a falta de acolhimento, escuta ativa e respeito à singularidade dos pacientes são fatores estruturais do próprio sistema que contribuem significativamente para a interrupção do tratamento.

No contexto de Angola, por não existirem no país dados exatos sobre a interrupção da TARV, face as complexidades de averiguação de tais informações, em 2019, o Grupo Técnico Nacional do Spectrum, após consultas aos parceiros e a equipe Spectrum do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS), tendo obtido uma média de interrupção e óbitos de cerca de 10% ao ano, por consenso, aplicou a taxa de 33% sobre os pacientes que iniciaram TARV (baseado em resultados de supervisões/verificações) e 10% para o acumulado até dezembro de cada ano (INLS, 2022).

Ainda em relação ao contexto angolano, é importante destacar o papel importante desempenhado pelos supervisores do programa HIV/Aids. Estes têm como principal função coordenar e monitorar as atividades relacionadas ao HIV/Aids em

nível provincial, municipal e nas unidades de saúde. Eles exercem um papel essencial na implementação das políticas nacionais de prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados as PVHA e desempenham funções de: 1) Coordenação e monitoramento: Sendo responsável por garantir que as atividades relacionadas ao HIV na província, no município ou na unidade de saúde, estejam alinhadas com as diretrizes nacionais e sejam implementadas de forma eficaz; 2) Atendimento Clínico: Facilitando o acesso a testes de HIV e ao TARV, buscando assegurar que as pessoas com HIV recebam cuidados adequados; 3) Coleta de Dados e Relatórios: sendo responsáveis por recolher informações sobre a situação do HIV no seu território e elaborar relatórios que ajudem na tomada de decisões em nível central; 4) Capacitação e Formação: ajuda no treinamento de outros profissionais de saúde, garantindo que estejam atualizados sobre as melhores práticas para o tratamento e prevenção do HIV; 5) Ações de Promoção, Prevenção, Sensibilização e Educação: trabalha no desenvolvimento e na disseminação de campanhas de prevenção ao HIV, promovendo o uso de preservativos, a realização de testes e outras medidas de prevenção e promove o conhecimento sobre o HIV/Aids, combatendo o estigma e a discriminação associados à doença nas comunidades. Assim, fica evidente que os supervisores são atores centrais no enfrentamento do HIV/Aids em Angola. As suas atribuições são baseadas pelo Decreto presidencial n.º 277/14 (Angola, 2014).

Dado este contexto, conhecer as percepções dos Supervisores sobre os motivos que levam as PVHA a interrupção da TARV em Angola pode ser relevante para o planejamento de ações e políticas que possam diminuir estas taxas de interrupção, sobretudo em países como Angola, onde os desafios estruturais se somam a determinantes sociais profundos.

Nesse sentido, a presente pesquisa buscou responder à seguinte questão norteadora: quais são as percepções dos Supervisores do programa HIV/Aids acerca dos fatores que levam as pessoas vivendo com HIV à interrupção da Terapia Antirretroviral em Angola?

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 CONCEITOS FUNDAMENTAIS SOBRE HIV E AIDS

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV - Human Immunodeficiency, Virus), causador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids - Acquired Immune Deficiency Syndrome), teve os seus primeiros relatos na década de oitenta, tendo sido identificado em 1983 pelo Instituto Pasteur, o vírus da Imunodeficiência tipo I (HIV-1) e posteriormente em 1986, foi identificado pelo mesmo instituto, um outro retrovírus denominando vírus da imunodeficiência humana tipo II (HIV-2) (Veronesi; Focaccia, 2021). Ambos compartilham características estruturais, mecanismos de transmissão e a capacidade de causar infecções oportunistas, diferenciando-se quanto à virulência e à distribuição geográfica. O HIV-2, predominante na África Ocidental, apresenta uma progressão clínica mais lenta e, em geral, menos severa, enquanto o HIV-1, mais virulento e amplamente disseminado, é o principal responsável pela pandemia global (Salomão, 2023).

Do ponto de vista imunológico, o HIV apresenta tropismo por células humanas que expressam o receptor CD4 (Cluster of Differentiation 4) em sua superfície, dentre elas os linfócitos T CD4⁺, fundamentais para a coordenação das respostas imune celular e humoral (Veronesi; Focaccia, 2021). Após a infecção, o vírus integra seu material genético ao DNA da célula hospedeira, estabelecendo um estado de latência, descrito como análoga ao ciclo lisogênico, no qual permanece metabolicamente silencioso até sua reativação (Coffin et al., 2021). Uma vez ativado, o HIV inicia a replicação viral, que com o passar dos anos provoca a imunodepressão sistêmica e o consequente desenvolvimento de infecções oportunistas (Brasil, 2023c).

O termo "Aids", amplamente utilizado internacionalmente, origina-se do inglês Acquired Immunodeficiency Syndrome, traduzido como Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, representa o estágio mais avançado da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), caracterizando-se como a manifestação mais grave dessa condição, marcada por um colapso progressivo do sistema imunológico, tornando-o incapaz de conter agentes infecciosos e neoplasias que, em indivíduos imunocompetentes, seriam prontamente combatidos (UNAIDS, 2017).

A infecção pelo HIV ocorre fundamentalmente por três vias de transmissão: a via sexual, na qual relações anais apresentam risco ainda mais elevado, dada a delicadeza da mucosa retal; via parenteral que inclui o compartilhamento de objetos perfurocortante contaminado e a transfusão de sangue ou transplante de órgãos e tecidos infectados, todavia graças aos avanços na triagem e testagem rigorosa de doadores, tais ocorrências tornaram-se excepcionalmente raras em países com sistemas de saúde organizados; por fim, destaca-se a transmissão vertical (de mãe para o filho) que pode ocorrer durante a gestação, no parto ou na amamentação (Caetano; Divino; Flores, 2023; OMS, 2024).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), recomenda que o processo de diagnóstico para o HIV deve ser conduzido de forma estruturada, ética e tecnicamente rigorosa, compreendendo três etapas essenciais: antes da testagem, destacando-se o aconselhamento pré-teste, no qual se oferecem informações claras e acessíveis sobre o HIV, suas formas de transmissão, práticas de risco e o significado dos possíveis resultados (positivo, negativo, falso-positivo, falso-negativo e indeterminado); durante a testagem, em que a execução dos testes devem obedecer aos protocolos técnicos vigentes; e após a testagem, quando, em caso de resultado positivo, recomenda-se a repetição do teste antes do início do tratamento, a fim de garantir a confiabilidade do diagnóstico e reduzir a possibilidade de erros laboratoriais ou de notificação. O indivíduo diagnosticado deve ser prontamente encaminhado a serviços especializados para acompanhamento e início da terapia antirretroviral (OMS, 2024).

Os métodos de diagnóstico da infecção pelo HIV, conforme descritos na literatura científica, classificam-se em diferentes categorias de acordo com sua finalidade e grau de precisão. Os Ensaio Imunoenzimáticos (ELISA) representam o método de triagem inicial, podendo ser aplicados na forma convencional, em testes rápidos ou de quarta geração, estes capazes de detectar simultaneamente anticorpos e o antígeno p24, o que permite identificar precocemente infecções recentes. (WHO, 2021).

Entre os testes confirmatórios, destaca-se o Western Blot, método de alta especificidade que permite a identificação de anticorpos contra diferentes proteínas virais. Como alternativa, embora menos utilizada por sua complexidade técnica, há Imunofluorescência, cuja sensibilidade se equipara à do Western Blot. Já os testes moleculares, como a Reação em Cadeia da Polimerase (PCR), são empregados para

a detecção direta do material genético viral, sendo altamente sensíveis e especialmente indicados para casos de suspeita de infecção recente com sorologia negativa, bem como para o diagnóstico em recém-nascidos expostos ao HIV, nos quais os métodos sorológicos convencionais não são eficazes (OMS, 2024).

Entre as estratégias comprovadamente eficazes para prevenir a infecção pelo HIV, destacam-se o uso consistente de preservativos, a realização periódica de testagem para HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), a profilaxia pré-exposição (PrEP), administrada por via oral ou injetável e a profilaxia pós-exposição (PEP) em situações específicas. Adicionalmente, o uso do anel vaginal de dapivirina e a circuncisão masculina voluntária também demonstram eficácia na redução do risco de infecção, especialmente em contextos de alta prevalência (WHO, 2023). No caso da transmissão vertical, o uso correto TARV pode reduzir a taxa de transmissão para menos de 1%, constituindo um dos maiores sucessos das intervenções em saúde pública (OMS, 2024).

2.2 EPIDEMIOLOGIA DO HIV EM ANGOLA

A epidemia do HIV tem características epidemiológicas diferentes em cada região do mundo que dependem de fatores de risco biológicos e comportamentais específicos associados, quer ao ritmo de crescimento desta, quer da capacidade de resposta dos países para combatê-la. A dinâmica da epidemia é influenciada por fatores sociais, econômicos e geográficos que favorecem sua disseminação, afetando de forma desproporcional determinados grupos populacionais, tais como mulheres da África Subsaariana, homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo (OMS, 2024). Essa distribuição heterogênea reflete desigualdades estruturais que condicionam o acesso à prevenção, diagnóstico e tratamento, ao mesmo tempo em que reforçam o papel dos determinantes sociais da saúde no ciclo de transmissão da doença.

Até o final de 2024, cerca de 40,8 milhões de pessoas viviam com o vírus em todo o mundo, sendo a maioria (65%) concentrada na Região Africana da Organização Mundial da Saúde (OMS), que representa mais de dois terços dos casos globais (OMS, 2024; UNAIDS, 2024).

Em 2023, na Região Africana da OMS, no qual Angola faz parte, a estimativa

era que cerca de 26,0 milhões de pessoas estavam vivendo com HIV, sendo está a região mais afetada globalmente. Além disso a OMS, aponta que esta região é responsável por cerca da metade das novas infecções globais por HIV (OMS, 2024).

Em Angola, a epidemia de HIV é considerada generalizada, tendo prevalência de cerca de 1% na população. De acordo com o Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde (IIMS, 2023-2024), a prevalência média nacional para o HIV em Angola é de 1,6%, no entanto, existem grandes assimetrias regionais, e entre as 18 províncias que existiam no país até setembro de 2024, as taxas variavam de 0,1% na província do Zaire a 4,9% na província da Lunda-Sul. As províncias fronteiriças são as que apresentavam as maiores taxas. A principal via de transmissão do HIV é a relação sexual desprotegida, que afeta, principalmente, a população feminina (INLS, 2023b).

De acordo com as estimativas fornecidas pelo software Espectro que é fornecido e mantido pela UNAIDS, onde são introduzidos os dados nacionais de rotina e dos estudos sero-epidemiológicos sobre os principais indicadores de HIV/Aids no país, havia em 2023, 320.000 PVHA; sendo que 32.000 eram crianças (0-14) anos e 200.000 mulheres. Houve também 16.000 novas infeções e 12.000 mortes relacionadas a Aids (INLS, 2023b).

Em resposta aos dados apresentados pelos indicadores do HIV/Aids, o país tem investido com melhorias graduais a disponibilidade de recursos locais bem como o compromisso político, tendo implantado nos últimos anos, estratégias que são consideradas como de excelências pela OMS, UNAIDS e outros organismos internacionais, destacando a expansão da oferta da Carga Viral (CV) e Diagnóstico Precoce Infantil (DPI), a adoção de esquemas terapêuticos mais eficazes (Dolutegravir) e da estratégia de Caso Índice para diagnóstico do HIV, entre outras como a estratégia comunitária de pares (caso índice e busca ativa de contatos), educação sexual abrangente integrada com o Programa Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) e com os projetos do Ministério da Educação, contribuindo para que as pessoas que vivem com HIV tenham mais tempo e qualidade de vida (INLS, 2023b).

Até dezembro de 2023, o número acumulado de PVHA em TARV em Angola, era de 160.393, sendo 151.687 adultos e 8.706 crianças. Contando com 889 serviços de TARV para adultos e 428 para crianças existentes no país, tendo 43.948 pessoas que iniciaram o tratamento antirretroviral no período em referência, sendo um total de 41.537 adultos (72% eram mulheres) e 2.411 crianças. Neste mesmo período, 6.912 pacientes foram readmitidos em TARV; após interrupção do tratamento (INLS, 2023b).

Em Angola, considera-se em situação de interrupção do tratamento o paciente que permanece por mais de 90 dias sem comparecer à unidade de saúde após a última consulta, sem levantamento da TARV e sem informações atualizadas sobre sua condição clínica, mesmo após a realização de múltiplas tentativas de contacto pelas equipas de saúde. Já os pacientes readmitidos após a interrupção do tratamento, correspondem àqueles que, após terem sido oficialmente classificados nessa condição em função da ausência prolongada ao serviço, retornam ao acompanhamento, seja por busca do próprio usuário, por ações de busca ativa realizadas pelos profissionais, ou em decorrência do agravamento do quadro clínico. Nesses casos, ainda que o processo clínico tenha sido previamente arquivado, o paciente é reinserido no seguimento assistencial, mantendo-se o número de acompanhamento original, porém com o devido registro como readmitido no ano em que ocorre o retorno ao serviço de saúde (INLS, 2023b).

2.3 SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE DE ANGOLA E A ORGANIZAÇÃO DO PROGRAMA DE HIV/AIDS

O Sistema Nacional de Saúde (SNS) de Angola, de acordo com a Lei 21-B/92 da constituição da República, tem como princípios a universalidade, a integralidade, a equidade, e a gratuidade tendencial, com gestão descentralizada e participativa. Tanto a universalidade quanto a integralidade configuram-se como direitos fundamentais da população, cabendo ao Estado a responsabilidade de garanti-los por meio de políticas públicas efetivas que reconhecem o sujeito em sua totalidade, exigindo a implementação de ações articuladas de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, de forma a atender às diversas necessidades dos indivíduos, grupos e comunidades (Angola, 2010). A integralidade, pressupõe a intersectorialidades das políticas públicas, do setor saúde com outras áreas sociais determinantes, como educação, assistência social, habitação e saneamento, promovendo uma abordagem ampliada para a melhoria das condições de vida e saúde da população. No que tange à gratuidade tendencial dos serviços, esta orienta-se pelo compromisso com o acesso universal aos cuidados em saúde, como o TARV, independentemente da condição socioeconômica dos cidadãos. Contudo, essa diretriz pode apresentar limitações práticas, especialmente quando determinados serviços e procedimentos não são ofertados no âmbito da rede pública, o que implica dificuldades de acesso a

especialidades médicas, exames complementares, cirurgias eletivas e outros recursos assistenciais não subvencionados diretamente pelo Estado (Caneca; Chaximbe; Sarreta, 2021).

De acordo com a Lei 21-B/92 o Sistema Nacional de Saúde (SNS) é uma estrutura organizada em rede e hierarquizada em três níveis de administração sanitária, que visa garantir um atendimento eficiente e acessível à população, promovendo o bem-estar coletivo: Atenção Primária (que engloba Hospitais Municipais, Centros de Saúde e Postos de Saúde); Atenção Secundária/polivalente (onde encontram-se os Hospitais Gerais sendo eles referência da Atenção primária) e Atenção Terciária/diferenciada (Hospitais Nacionais ou Centrais sendo a referência para as unidades secundárias) (Angola, 1992; MINFIN, 2022).

A política nacional de saúde integra três setores, ou seja, o setor público, o setor privado e o setor da medicina tradicional. O setor público inclui o Sistema Nacional de Saúde (SNS), os serviços das Forças Armadas Angolanas (FAA) e Ministério do Interior (MINT), e empresas públicas. Esse setor permanece como o principal prestador no âmbito nacional. Já o setor privado é dividido em privado não lucrativo, que abrange instituições como Igrejas e ONGs, e o Privado Lucrativo sendo um dos mais competitivos, e em constante crescimento. Finalmente o setor da medicina tradicional, conhecida popularmente como medicina alternativa. Trata-se de um tipo de medicina baseada no uso de medicamentos de origem vegetal (ervas, árvores e folhas de árvores), e de origem animal, em que todos os elementos com fins terapêuticos são fornecidos pela própria natureza. Atualmente, esse setor tem ganhado visibilidade devido às evidências de que grande parte das pessoas que o utilizam apresenta melhorias significativas em sua saúde (MINFIN, 2022).

2.3.1 Seção Estrutura Organizacional da Coordenação e Acompanhamento da Epidemia de HIV/Aids em Angola

A Comissão Nacional de Luta contra a Aids e Grandes Endemias (CNLSGE) foi criada sob o Decreto nº 01/03 de 10 de janeiro de 2003, como órgão de coordenação e orientação de luta contra o HIV e Aids e as Grandes Endemias. A CNLSGE é representada no nível central por um Comité Técnico Nacional e nas províncias por Comités Técnicos locais, sendo essas instâncias responsáveis pela coordenação e acompanhamento do Plano Nacional nos seus níveis de atuação

(INLS,2006). Desta feita, havendo necessidade de se criar uma estrutura capaz de responder às exigências enfrentadas pela epidemia do HIV e Aids, nos termos das disposições combinadas da Alínea f do Artigo 112º e do Artigo 113º, ambos da Lei Constitucional, foi criado por Decreto nº 07/05, de 9 de março, o Instituto Nacional de Luta Contra a Aids (INLS) tendo de igual modo sido aprovado seu Estatuto Orgânico.

O INLS, é o órgão central do Ministério da Saúde (MINSA), que coordena a resposta nacional ao HIV/Aids, hepatites virais e outras ITS, traçadas pelo Ministro da Saúde, sendo responsável por assegurar e acompanhar a implementação das ações previstas no Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV e Aids, Hepatites virais e outras ITS (INLS, 2006).

Em Angola, a continuidade e o sucesso da TARV dependem, em grande medida, da existência do INLS, que é um órgão com uma estrutura organizacional articulada e descentralizada, que busca assegurar o acompanhamento contínuo das pessoas vivendo com HIV. Essa estrutura possibilita a coordenação integrada entre diferentes níveis de governança, setores públicos e privados, sociedade civil e parceiros internacionais. A organização eficiente das ações permite a implementação das diretrizes nacionais de forma adequada aos contextos locais, promovendo o acesso equitativo ao diagnóstico, tratamento e suporte aos pacientes em TARV (INLS,2022). Sendo assim, a sua organização integra tanto o nível central como o nível provincial.

No nível central, a coordenação estratégica é liderada pelo próprio INLS, sendo este o responsável pelo desenvolvimento das políticas e diretrizes nacionais de prevenção, tratamento e controle da epidemia de HIV/Aids. O INLS atua em articulação com os Ministério da Educação, Ministério da Juventude, entre outros, com a Direção Nacional de Saúde Pública (DNSP), com as Direções Provinciais de Saúde e as agências do Sistema das Nações Unidas. A sociedade civil, o Comité Empresarial e representantes de empresas públicas e privadas também desempenham um papel ativo nesse nível, contribuindo com iniciativas de sensibilização, financiamento e responsabilidade social corporativa (INLS, 2006).

No nível provincial, a operacionalização das estratégias definidas em nível central é conduzida pelas representações provinciais do INLS, os supervisores. Tratando-se de profissionais, com diferentes especializações que têm trabalhado para garantir uma melhor qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV, oferecendo um suporte integral, pautado na escuta ativa, no apoio emocional e no estabelecimento

de uma relação de confiança com o paciente, que se torna essencial para favorecer a continuidade do tratamento (Angelim, et al., (2019).

Estes profissionais exercem um papel técnico e de liderança local essencial, sendo responsáveis pelo acompanhamento da implementação das políticas de HIV, monitoramento dos indicadores de tratamento e apoio direto às unidades sanitárias envolvidas na prestação dos serviços clínicos facilitando o acesso a testagem para o HIV, e ao TARV. Os supervisores, também identificam desafios, promovem capacitações e articulam soluções junto às Direções Provinciais de Saúde, representações locais dos Ministérios e organizações da sociedade civil. Além disso, representam uma ponte vital entre os níveis central e local, facilitando que as estratégias nacionais sejam adaptadas e executadas conforme as realidades provinciais (INLS, 2006; INLS,2022).

A estrutura provincial ainda conta com a participação ativa de organizações comunitárias, bem como das representações locais de empresas públicas e privadas, que se envolvem em campanhas de sensibilização, programas de apoio a trabalhadores e populações-chave, além de ações voltadas à redução do estigma e da discriminação (INLS, 2022).

Essa organização em múltiplos níveis busca assegurar não apenas a implementação técnica da resposta nacional ao HIV/Aids, mas também a sustentação da TARV a longo prazo, enfrentando os desafios sociais, econômicos e estruturais que impactam a adesão e continuidade do tratamento.

2.3.2 Tratamento e Seguimento de Pessoas Vivendo com HIV/Aids em Angola

A vinculação precoce da pessoa diagnosticada com o HIV ao sistema de saúde é um elemento essencial para o sucesso da resposta ao vírus. O início imediato do acompanhamento clínico permite uma avaliação geral do estado de saúde, o início oportuno da TARV, reduzindo a chance para as doenças oportunistas, prevenindo assim o desenvolvimento da Aids e outros efeitos a longo prazo da infecção pelo HIV, contribuindo para redução da morbimortalidade associada à infecção, melhora da qualidade e a expectativa de vida, além de diminuir o risco de transmissão do vírus à comunidade (UNAIDS, 2024). Tendo em conta que a adesão contínua ao tratamento está intimamente relacionada ao fortalecimento do vínculo entre o paciente e os serviços de saúde, o que demanda ações de acolhimento, escuta ativa e

acompanhamento regular (INLS, 2023a).

Nesse contexto, Angola adotou, desde o final de 2018, a estratégia Testar e Tratar (TT), que estabelece o início imediato do tratamento antirretroviral após o diagnóstico positivo para o HIV, independentemente do estágio clínico ou imunológico do paciente. Essa abordagem está alinhada às recomendações da OMS, e visa garantir o tratamento universal, gratuito e equitativo a todas as pessoas vivendo com HIV, incluindo gestantes, crianças e populações-chave, em um ambiente livre de discriminação. Assim, por meio dos programas nacionais de HIV/Aids, o país tem assegurado o acesso contínuo aos antirretrovirais (ARV) e demais terapias correlacionadas, buscando ampliar a cobertura e eliminar barreiras geográficas e sociais que dificultam o acesso ao cuidado (INLS, 2023a; GAM, 2019).

O país tem como esquema terapêutico inicial preferencial a combinação de Tenofovir (TDF) 300 mg, Lamivudina (3TC) 300 mg e Dolutegravir (DTG) 50 mg, reunidos em um único comprimido de dose fixa combinada, administrado uma vez ao dia. Sendo este regime, composto por dois ITRNs (TDF e 3TC) e um INI (DTG), refletindo o alinhamento do país às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) (UNAIDS, 2024).

Não obstante as estratégias adotados pelo país para o combate à epidemia, é fundamental que as PVHA mantenham adesão rigorosa e contínua ao tratamento para que se alcancem os objetivos da TARV. De acordo com Tech; Cavalcante; Lima, (2023), a adesão é um processo dinâmico e multifatorial que inclui aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais, que requer decisões compartilhadas e corresponsabilizadas entre as PVHIV, a equipe de saúde e sua rede social. A adesão ao tratamento é um dos maiores desafios da atenção à pessoa que vive com o HIV (PVHIV), ela representa a peça-chave na redução de futuras complicações e na melhoria da qualidade de vida dos pacientes, tornando-se fundamental para o controle da epidemia desse vírus (Miranda et al., 2022). Por meio de estratégias comunitárias e de integração de serviços, o país tem procurado fortalecer o vínculo e garantir a continuidade do tratamento das pessoas vivendo com HIV. Para tal, tem implementado ações como a integração dos serviços de aconselhamento e testagem com os de seguimento clínico, a descentralização da entrega de medicamentos para pontos próximos às comunidades, o envolvimento de agentes comunitários na busca ativa de pacientes em interrupção, o apoio de ativistas e redes de pessoas vivendo com HIV, e o uso de tecnologias de comunicação

(mensagens via telefone e e-mail) para lembrar consultas e reforçar a adesão. Sendo que estas ações visam reduzir a perda de seguimento e promover uma assistência mais humanizada (INLS, 2024).

O modelo angolano de atendimento segue o princípio da integração dos programas de saúde, conhecido como estratégia de paragem única, também recomendada pela OMS. Essa abordagem busca concentrar, em um único ponto de atendimento, todos os serviços necessários à pessoa vivendo com HIV, evitando deslocamentos e fragmentação do cuidado. Assim, diferentes ações como aconselhamento, testagem, prescrição, dispensação de medicamentos e acompanhamento clínico são realizadas por um mesmo profissional ou equipe, no mesmo espaço físico. Essa integração contribui para a redução da perda de seguimento e melhora a qualidade da assistência prestada (INLS, 2023).

2.4 INTERRUPTÃO DA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL (TARV) E FATORES ASSOCIADOS

A interrupção da TARV é compreendida como a suspensão do uso regular dos medicamentos antirretrovirais (ARV) por parte da pessoa vivendo com HIV (PVHIV), associada ao afastamento do acompanhamento ambulatorial. Esse fenômeno inclui o não comparecimento às consultas de seguimento, a ausência na retirada periódica da medicação, a não realização dos exames de monitoramento clínico-laboratorial e o descumprimento das orientações fornecidas pela equipe de saúde, sem que haja justificativa clínica para tais condutas. Ademais, envolve uma falta de atenção em relação ao autocuidado e caracteriza-se pela ausência de informações atualizadas sobre a condição do paciente, mesmo após repetidas tentativas de contato realizadas pelos serviços de saúde (UNAIDS, 2024; WHO, 2021).

As consequências da interrupção da TARV são severas e multifacetadas, tanto para o indivíduo como para a sociedade em geral. Para o indivíduo, o principal risco é o aumento da carga viral, subsequente deterioração dos linfócitos TCD4 e consequente desenvolvimento de doenças oportunistas, aceleração da progressão da doença e maior risco de morte (WHO, 2021; UNAIDS, 2022). Para a sociedade, a interrupção contribui tanto para o aumento da transmissão do HIV, como para a emergência de cepas resistentes aos antirretrovirais, sobrecarregando o sistema de

saúde, reduzindo o impacto dos programas de controle da epidemia (WHO, 2021; UNAIDS, 2022).

O quadro 1, apresenta de forma sintetizada alguns estudos identificados na literatura, realizados em diferentes contextos, os quais evidenciam que a interrupção da TARV, está frequentemente associado a uma combinação de fatores individuais, sociais e estruturais. O quadro demonstra os autores e seus principais achados relacionados a esses fatores.

Quadro 1. Síntese dos principais achados sobre a interrupção da TARV abordados

Autor/Ano	Objetivo	Local do estudo	Motivo da interrupção
Silva et al, 2015	Investigar fatores associados à não adesão à TARV, em indivíduos com Aids em Salvador, Bahia, Brasil, com idade ≥ 13 anos e primeira prescrição em 2009.	Salvador, Bahia, Brasil	Tempo entre o diagnóstico de HIV e a manifestação da Aids; reações adversas aos medicamentos; a idade; escolaridade; uso de drogas ilícitas.
Carvalho et al, 2019	Identificar os fatores associados ao abandono do tratamento das pessoas vivendo com HIV/Aids	Uberlândia, Brasil	Ter menos de 40 anos; ser ex-usuários de drogas; tatuados.
Mello et al, 2020	Identificar causas de abandono a Terapia Antirretroviral (TARV) em pessoas vivendo com HIV/Aids no estado do Amapá	Amapá, Brasil	transtornos psiquiátricos; ausência de suporte social e afetivo; dificuldades para comparecer ao SAE.
Kerbaui et al, 2022	Promover o tratamento de Pessoas Vivendo com HIV em abandono do tratamento mediante uso de tecnologia de educação em saúde.	Paraná, Brasil	Desmotivação; mudança temporária de cidade; falta de tempo para comparecer a farmácia; esquecimento do uso diário da medicação; ausência de parceria sexual.
Amaral, 2023	Apreender as representações sociais de pessoas vivendo com HIV acerca do abandono do tratamento e a motivação para a	Região Sul do Brasil	Multifatorial, e envolve questões socioculturais, geográficas, familiares e biológicas.

	retomada		
Mandu, 2022	Descrever a perspectiva de pessoas que abandonaram o tratamento de HIV e retornaram ao serviço após busca ativa.	Mato Grosso do Sul, Brasil	Ausência de sinais e sintomas; falta de rede de apoio; quebra de vínculo com os profissionais de saúde; dificuldade de deslocamento até o serviço especializado; efeitos colaterais da medicação; pandemia de COVID-19.
Feitosa et al, 2024	Analisar os motivos pelos quais alguns portadores de HIV abandonam ou interrompem seus tratamentos.	Manaus, Brasil	Baixo nível educacional, déficit de suporte familiar e social, consumo de bebida alcoólica e drogas ilícitas e efeitos colaterais proporcionados por tais medicamentos.
Cunha et al, 2025	Analisar os fatores associados à interrupção do tratamento antirretroviral entre as PVHIV participantes do Projeto AHA nos municípios de Campo Grande, Curitiba e Florianópolis	Campo Grande, Curitiba, Florianópolis	Ser do sexo (feminino); ter raça/cor negra; ter escolaridade baixa.
Silva, et al, 2025	Analisar quais os fatores que estão associados ao abandono do tratamento do HIV	Alagoas, Brasil	Fatores sociodemográficos; econômicos; eventos comportamentais; efeitos colaterais

Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação ao quadro 1, cabe observar que existem outros estudos sobre os fatores associados a interrupção da TARV, todavia, os estudos aqui apresentados, abordam diretamente que a interrupção da TARV, está associada a uma combinação de fatores individuais, sociais e estruturais. Estes fatores são abordados de maneira mais detalhada nos textos que se seguem, a fim de oferecer uma compreensão mais ampla e contextualizado do tema.

Diversos estudos demonstram que a interrupção da TARV, pode ser influenciado por vários fatores, resultando da interação entre determinantes individuais, sociais, estruturais e do sistema de saúde (Cazeiro; Silva; Souza, 2021; Coutinho, 2022; Tech; Cavalcante; Lima, 2023).

Quanto aos fatores individuais, destacam-se os efeitos colaterais da medicação principalmente nos primeiros anos de tratamento, o esquecimento da toma da medicação, a baixa compreensão sobre a doença e a importância do tratamento, a negação do diagnóstico, foram apontados por Oliveira et.al., (2024), no estudo sobre “Desenvolvimentos recentes em terapias antirretrovirais para o tratamento do HIV” (Costa; Cavalcante, 2025).

Por sua vez Ndongo et al., (2020) apontaram a vergonha associada ao diagnóstico positivo de HIV e o medo de ser identificado ao frequentar serviços especializados como fatores que levam muitos pacientes a abandonarem o tratamento ou a omitir seu estado sorológico, inclusive diante de familiares e parceiros.

A percepção de melhora ou a ausência de sinais e sintomas da doença é outro fator comum, tal como apontou Mandu (2022), no estudo Abandono De Tratamento De Pessoas Com HIV e Retorno Após Busca Ativa: Contribuições Para Enfermagem. Para alguns pacientes quando os sintomas da doença desaparecem, erroneamente acreditam que estão curados e, por isso, deixam de tomar os medicamentos.

O uso de álcool e outras drogas também integram este grupo de fatores, uma vez que podem levar os indivíduos de forma indireta ao aumento de comportamentos sexuais de risco, a redução da adesão a TARV, impulsionando o comprometimento do manejo clínico da infecção pelo HIV, ou seja, aumentam a vulnerabilidade destas pessoas ao HIV, levando ao aumento da transmissão (Cazeiro; Silva; Souza, 2021; Costa; Cavalcante, 2025; Tech; Cavalcante; Lima, 2023).

Um outro grupo de fatores apontam o estigma e a discriminação como barreiras significativas uma vez que quando associados ao HIV/Aids, podem atingir os indivíduos infectados, bem como seus familiares, amigos, cuidadores e outras pessoas envolvidas, dificultando o cuidado, tendo assim um impacto negativo e significativo na qualidade de vida destes, de seus familiares e dos profissionais que os tratam (Melchior et al., 2007; Tadesse; Rtbe; Andualem, 2024).

De acordo com (Parker e Aggleton (2003), o estigma é um fenômeno social que se relaciona com a desigualdade e a exclusão, manifestando-se tanto em nível individual, quanto comunitário, impactando famílias, instituições de ensino, ambientes de trabalho e o sistema de saúde, representando um obstáculo considerável para a erradicação da epidemia de Aids. Ele está associado à forma como o poder se exerce na sociedade, moldando desigualdades e exclusões a partir de diferenças culturais,

não se tratando apenas de uma reação emocional ou psicológica, mas de uma ferramenta que serve para manter hierarquias sociais e marginalizar certos grupos. O estigma também desempenha um papel na perpetuação da exclusão social e na manutenção de desigualdades estruturais (Parker; Aggleton, 2003).

Em um estudo realizado na África do Sul, constatou-se que o estigma e as atitudes discriminatórias em relação as PVHIV são frequentes e são tidos como fato comum dentro das comunidades, podendo levar ao aumento da não divulgação da condição serológica por parte das PVHA, aumentando assim a transmissão do vírus (Mokgatle; Madiba, 2023).

Ao abordamos o estigma no contexto do HIV é importante referir ele tem sido apontado em vários estudos de diversas maneiras, todavia, para uma melhor compreensão Mokgatle e Madiba, (2023), referem que o estigma se apresenta em quatro principais formas, tratando-se de “estigma promulgado; estigma antecipado; estigma internalizado e estigma percebido, também conhecido como estigma comunitário”.

Quanto ao estigma promulgado é tido como o responsável pelas atitudes associadas à culpa ou vergonha em relação às pessoas que vivem com HIV (PVHIV) ou seja a discriminação, o desconto, o descrédito, a desvalorização, os estereótipos e/ou o preconceito por parte de outros devido ao estado serológico de alguém (Mokgatle e Madiba, 2023; Relf et al., 2021).

O estigma antecipado refere-se ao fato das pessoas que vivem com HIV (PVHIV), não revelarem o seu estado sorológico pelo medo de serem discriminados dentro das comunidades, tendo como consequência o retardo da busca por diagnóstico e tratamento (Mokgatle; Madiba, 2023; Relf et al., 2021; Shabalala et al., 2018).

Assim, o estigma internalizado foi identificado em estudos, como sendo um fator de risco fundamental para resultados negativos mais graves do que outras formas de estigma entre as PVHIV, incluindo a não adesão à TARV, o desinteresse pelos cuidados, a não divulgação e a morbidade, sendo também considerado um preditor mais forte de sintomas depressivos do que outras formas (Azevedo, 2025).

Estudos apontam o estigma percebido como a forma mais prevalente de estigma. Esse estigma social também impacta negativamente a motivação dos pacientes em retornar às unidades de saúde, isolando-se da sociedade, especialmente em contextos comunitários mais fechados. O isolamento do paciente

pode levar à solidão, desmotivação e dificuldade em gerenciar os desafios diários do tratamento (Relf et al., 2021).

Todas as formas de estigma têm sido repetidamente associadas à diminuição dos testes voluntários para o HIV, à não divulgação do estado sorológico para o HIV bem como à falta de vontade em revelar estado serológico (Mokgatle e Madiba, 2023; Relf et al., 2021).

Em um outro estudo realizado no sul do estado de Minas Gerais, Brasil, a autora analisou de que forma a percepção do estigma impacta a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV (PVHIV), constatando que esse fenômeno desempenha um papel central na produção e reprodução de relações de poder e controle, nas quais determinados grupos sociais são desvalorizados, enquanto outros são privilegiados de maneira discriminatória. Nesse sentido, a autora ressalta que a oferta de uma assistência integral, capaz de contemplar as múltiplas vulnerabilidades às quais essas pessoas estão expostas, configura-se como uma estratégia essencial tanto para a melhoria da qualidade de vida das PVHIV quanto para a prevenção de novas infecções (Souza, 2023).

Fatores como a pobreza e a limitação de recursos também influencia a interrupção da TARV. O custo indireto do tratamento, como os gastos com transporte até as unidades de saúde, bem como a necessidade de faltar ao trabalho para comparecer às consultas, comprometem a continuidade do tratamento (Costa; Cavalcante, 2025). Além disso, aspectos como baixa renda associados à precariedade das condições de vida que estão intrinsecamente ligados a processos de nível macro, reduzem o acesso a bens, serviços e até mesmo à alimentação adequada, ampliando a vulnerabilidade das pessoas vivendo com HIV (PVHIV) (Shabalala, et.al., 2018). Outro fator relevante apontado por Cunha, (2025), refere-se ao baixo nível educacional, que tendem a dificultar a compreensão sobre a doença, sobre o regime terapêutico e bem como da importância da adesão contínua, tornando o engajamento no processo de tratamento ainda mais desafiador.

Quanto aos fatores estruturais, Mandu (2022) destaca que estes estão relacionados tanto ao sistema de saúde quanto ao ambiente em que o paciente vive. A falta de acesso aos serviços de saúde pode ser ocasionada pela distância geográfica entre a residência do paciente e as unidades de atendimento, especialmente em áreas rurais ou em zonas com transporte limitado, além dos horários de funcionamento das instituições de saúde, geralmente determinados de

forma padronizada e compatíveis com o expediente habitual de serviços públicos e privados, acabam se configurando como restritos, levando em muitos casos, as pessoas vivendo com HIV a terem que se ausentar do trabalho para comparecer às consultas ou demais atendimentos necessários. Soma-se a isso os longos tempos de espera e a demora para o atendimento, fatores que desestimulam a continuidade do cuidado (Coutinho, 2022; Mandu, 2022).

Shabalala et al., (2018) evidenciou que a prestação de um atendimento considerado aquém do ideal, a percepção de falta de atenção ou de empatia por parte dos profissionais, bem como a frustração dos pacientes ao não conseguirem obter a assistência necessária constituem fatores impulsionadores para a interrupção do tratamento.

Outro aspecto relevante refere-se à escassez de profissionais especializados e à rotatividade das equipes de saúde, elementos que comprometem a criação e manutenção do vínculo terapêutico, que é fundamental no manejo de doenças crônicas. Além disso, a ausência de espaços de convivência entre pacientes, voltados à troca de experiências e vivências destes, limita a possibilidade de fortalecimento do apoio mútuo e da compreensão compartilhada das dificuldades enfrentadas - (Santos, 2022; Silva et al., 2022).

2.4.1 Determinantes Socioeconômicos e suas Implicações na Interrupção da TARV

A busca humana por compreender o processo saúde-doença e intervir sobre ele sempre se deparou com a influência de múltiplos fatores determinantes sendo eles físicos e metafísicos, naturais e sociais, individuais e coletivos (Loch, et al., 2017). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) referem-se às condições nas quais os indivíduos nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, bem como às forças mais amplas que moldam essas condições cotidianas, destacando que grande parte do estado de saúde da população decorre de fatores não médicos, tais como acesso à educação de qualidade, alimentação adequada, condições dignas de habitação e trabalho.

Conforme abordado anteriormente entre os fatores que influenciam a interrupção da TARV, os Determinantes Sociais, se refletem de maneira direta, como elementos que podem atuar tanto como condicionadores quanto como facilitadores

da permanência no tratamento. A continuidade da TARV não depende unicamente de fatores clínicos, mas também das condições sociais e estruturais que possibilitam ou restringem o acompanhamento terapêutico. Assim, a análise das razões que levam a interrupção da TARV deve ultrapassar a dimensão individual e contemplar os determinantes sociais que moldam o cotidiano das pessoas vivendo com HIV (WHO, 2025).

O Relatório Mundial sobre Determinantes Sociais da Equidade em Saúde (2025) aponta que os investimentos sociais repercutem em melhorias nos indicadores de equidade em saúde, evidenciando que a capacidade de manter tratamentos prolongados está condicionada a variáveis para além da esfera clínica. Nesse sentido, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) surge como um importante parâmetro de análise, ao reunir indicadores de renda, educação e saúde que expressam de forma sintética as condições de vida das populações. Quando o IDH é baixo, observam-se limitações significativas no acesso a serviços e recursos necessários ao acompanhamento contínuo dos pacientes (WHO, 2025). Além disso, o tamanho territorial e as desigualdades regionais desempenham papel importante nesse processo. Regiões mais extensas e com menor densidade populacional enfrentam maiores desafios logísticos na organização da rede de saúde, o que interfere na disponibilidade de serviços próximos e acessíveis. Essa realidade se agrava em países que apresentam acentuada concentração de recursos em determinados centros urbanos, deixando as populações periféricas com serviços reduzido (PNUD, 2023).

O Relatório de Desenvolvimento Humano (RDH 2023/2024) ilustra como choques estruturais podem impactar diretamente as condições de saúde das populações. Durante a pandemia da Covid-19, verificou-se não apenas uma queda da esperança de vida em diversos países, mas também a interrupção do acesso à educação e o agravamento das crises econômicas. Tais alterações refletiram sobre os serviços de saúde, que tiveram seus recursos humanos e materiais mobilizados para o enfrentamento da pandemia, reduzindo consultas de acompanhamento e deixando os pacientes, inclusive os vivendo com HIV, mais dependentes da retirada eventual de medicamentos (Alberti, 2021).

No contexto angolano, estudos apontam que a renda per capita ainda limitada impõe barreiras significativas ao acesso a bens e serviços básicos, como transporte, alimentação e suporte psicossocial (Almeida, 2025). A pobreza, como determinante

estrutural, compromete não apenas a chegada aos serviços de saúde, mas também a estabilidade das redes familiares e comunitárias, que representam um importante eixo de sustentação para o enfrentamento das doenças crônicas (PNUD, 2024).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar as percepções dos Supervisores sobre os motivos que levam as Pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA) a interrupção da Terapia Antirretroviral (TARV) em Angola.

3.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS

- Caracterizar os Supervisores municipais e provinciais segundo fatores demográficos e de trabalho;
- Verificar as percepções dos Supervisores municipais e provinciais em relação à influência dos fatores intrínsecos e extrínsecos ligados a interrupção da TARV pelas PVHA;
- Analisar as percepções dos Supervisores municipais e provinciais em relação à influência dos fatores relacionados ao sistema de saúde ligados a interrupção da TARV pelas PVHA;
- Identificar possíveis associações entre as percepções dos supervisores e os fatores ligados a interrupção da TARV pelas PVHA e o IDH das províncias;
- Identificar fatores não contemplados no instrumento que influenciam, segundo a percepção dos supervisores, a interrupção da TARV pelas PVHA.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal descritivo de abordagem quantitativa. O estudo transversal, consiste em um estudo observacional de base individual, no qual o fator e o desfecho são avaliados em um mesmo momento, onde os indivíduos de uma comunidade são selecionados, por censo ou amostragem, sem conhecimento prévio sobre quem apresenta o fator ou o desfecho, os quais são identificados ao longo da pesquisa, geralmente por meio de entrevistas e/ou medidas (Andrade et. al., 2017).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado na República de Angola, situada no continente africano (Mapa 1), de forma que o mesmo possui abrangência nacional.

Figura 1 – Mapa Nacional da República de Angola até setembro de 2024



Fonte: IIMS (2023-2024)

A República de Angola, é um país da costa ocidental de África, com uma dimensão territorial de 1.246.700 quilômetros quadrados (km²) cujo território principal é limitado a norte e a nordeste pela República Democrática do Congo, a leste pela Zâmbia, a sul pela Namíbia e a oeste pelo Oceano Atlântico. Inclui também o enclave de Cabinda, através do qual faz fronteira com a República do Congo, a norte (ATLAS, 1982, p. 45). Angola foi uma colónia portuguesa que alcançou a independência do domínio português em 1975, depois de uma guerra de independência. O Brasil foi o primeiro país a reconhecer a independência do país, ainda em 1975.

Em 2024, a população de Angola foi estimada em 35.121.734 habitantes, sendo 52% do sexo feminino. O país apresentava um IDH de 0,574, o que o classifica na categoria de desenvolvimento humano médio, estando na posição 149 dos 189 países e territórios de acordo com os dados do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Luanda é a capital do país e a cidade mais populosa, com uma população de 9.639.901 habitantes, de acordo com o Censo de 2014 realizado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE). O português é a língua oficial de Angola, porém, existem outras línguas faladas no país, pelas respectivas etnias e têm dialetos correspondentes. A língua étnica com mais falantes em Angola é o Umbundo, falado pelos Ovimbundos. O Quimbundo (ou kimbundo) é a segunda língua étnica mais falada, seguida pelo Quicongo (ou kikongo), Fiote ou ibinda, o Chócue (ou tchokwe), o Cuanhama (kwanyama ou oxikwanyama), e por último o Nhaneca (ou nyaneca).

Até setembro de 2024, o País contava com 18 Províncias, 164 municípios e 518 comunas (são o terceiro nível da subdivisão administrativas do país) de acordo com a Lei nº 18/16 de 17 de outubro, publicada em Diário da República.

Em 2024, A Assembleia Nacional de Angola aprovou, nos termos da alínea f) do artigo 161.º e da alínea d) do n.º 2 do artigo 166.º, ambos da Constituição da República de Angola, a Lei nº14/24 de 5 de setembro, uma nova divisão político-administrativa da República de Angola com vista a conformá-la às exigências do crescimento demográfico e das infraestruturas, promover o equilíbrio na expansão dos aglomerados populacionais, clarificar os limites geográficos territoriais, reduzir as assimetrias regionais, promover o desenvolvimento harmonioso do território nacional, garantir a qualidade, a eficiência e a eficácia da organização administrativa do território e da prestação dos serviços às populações. Assim, Angola passou a contar com 21 Províncias, 326 Municípios e 378 Comunas (Diário da República Séria 171, 2024).

O Instituto Nacional de Luta contra Aids (INLS), é uma instituição pública

vocacionada para desenvolver ações no domínio da luta contra as Infecções de Transmissão Sexual (ITS), Vírus de Imunodeficiência Humana (HIV) e Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (Aids) e Hepatites Virais e integra a Administração Indireta do Estado. Trata-se de um instituto público do sector social, dotado de personalidade e capacidade jurídica, de autonomia administrativa, financeira e patrimonial e está sujeito ao princípio da especialidade do fim, Artigos 1.º do Decreto Presidencial n.º 277/14.

O INLS tem a sua sede em Luanda, capital da República de Angola, e exerce a sua atividade em todo o território nacional, através dos serviços provinciais que podem ser criados sempre que a prossecução das suas atribuições assim o justificar Artigo 3.º do Decreto Presidencial n.º 277/14.

De acordo com o Decreto Presidencial n.º 277/14, o INLS tem as com atribuições:

Assegurar a implementação das políticas, programas e planos nacionais direccionados à luta contra as ITS, HIV/Aids e Hepatites Virais; Propor normas de atuação clínica, laboratorial, investigação biomédica, pedagógica e laboral, no que se refere as ITS, HIV/Aids e Hepatites Virais; Definir e coordenar as ações de formação, informação, educação, comunicação, aconselhamento, tratamento e seguimento no domínio das ITS, HIV/Aids e Hepatites Virais; Colaborar com os organismos internacionais que atuam na área das ITS, HIV/Aids e Hepatites Virais; Exercer as demais atribuições estabelecidas por lei ou determinadas superiormente.

O INLS compreende os seguintes órgãos e serviços:

Órgãos de Gestão: Conselho Diretivo; Diretor-Geral; Conselho Técnico-Científico; Conselho Fiscal.

Serviços de Apoio Agrupados: Departamento de Apoio ao Diretor-Geral; Departamento de Administração e Serviços Gerais; Departamento de Recursos Humanos e das Tecnologias de Informação.

Serviços Executivos: Departamento de Apoio Clínico e Medicamentoso; Departamento de Vigilância Epidemiológica, Monitoria e Avaliação, Investigação e Pesquisa; Departamento de Prevenção, Informação, Educação e Comunicação; Centro de Referência de Serviço Especializado para Treinamento e Tratamento das ITS, HIV/Aids e Hepatites Virais-Hospital Esperança; Departamento Laboratorial das ITS, HIV/Aids e Hepatites Virais.

Serviços Locais: Departamentos Provinciais.

4.3 SELEÇÃO DA AMOSTRA E COLETA DE DADOS

Os participantes desta pesquisa são designados, no contexto angolano, como supervisores, nomenclatura utilizada para identificar os profissionais responsáveis pela supervisão, coordenação e acompanhamento das ações do programa de HIV/Aids nos diferentes níveis de gestão do sistema de saúde. Embora o termo não seja comumente empregado no Brasil, tais profissionais exercem funções equivalentes às de supervisores ou coordenadores de serviços especializados. Considerando que o estudo foi desenvolvido e apresentado em uma instituição brasileira, optou-se, para fins de padronização terminológica e melhor compreensão do leitor, pela utilização do termo supervisores, sem prejuízo ao significado, às atribuições e ao papel desempenhado pelos participantes no contexto angolano.

Os participantes da pesquisa foram selecionados de forma intencional, compondo-se do total de supervisores provinciais e municipais ambos denominados supervisores do programa HIV/Aids em Angola. Inicialmente, foram considerados elegíveis 182 supervisores, dos quais 18 atuavam no nível provincial e 164 no nível municipal. O critério de inclusão estabelecido foi exercer a função de supervisor do programa HIV/Aids há, no mínimo, seis meses.

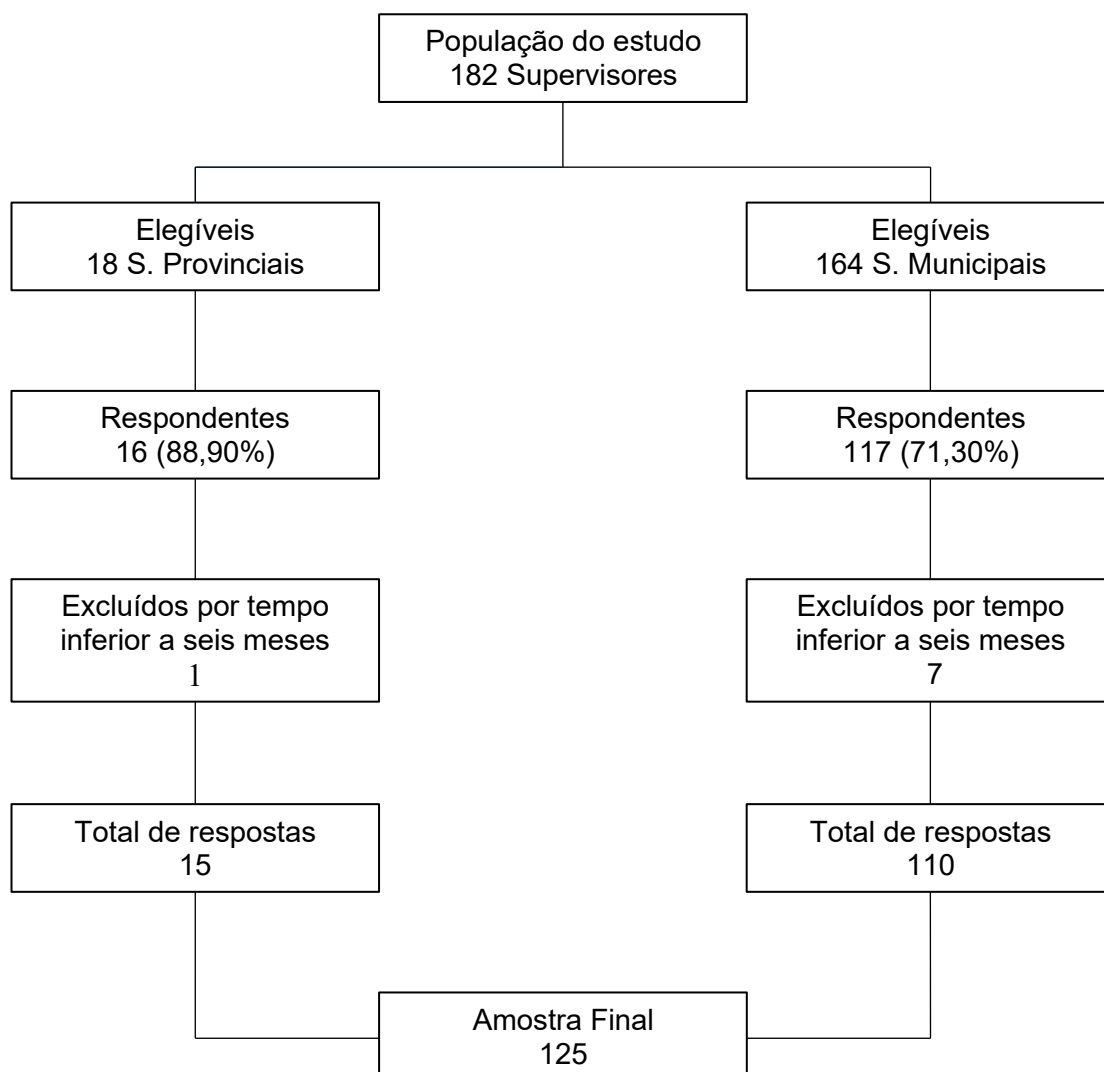
A coleta de dados ocorreu entre os meses de julho e agosto de 2025, por meio de um questionário elaborado pela autora, cuja construção das questões sobre os motivos da interrupção da TARV foi fundamentada na literatura científica com suporte nos estudos de Almeida et al. (2024), Honorato et al. (2018), Nunes (2013) e Polejack et al. (2020) e pelas contribuições de alguns técnicos do INLS (maiores informações sobre a elaboração do instrumento estão no próximo item deste capítulo). O instrumento (Apêndice B) foi disponibilizado na plataforma Google Forms e envolvia primeiramente a aceitação ou não de participar do estudo por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando o caráter voluntário, a confidencialidade das informações e o anonimato dos participantes, (Apêndice A) seguido das variáveis sociodemográficas e de caracterização dos participantes, variáveis referentes à formação profissional, variáveis referentes às percepções relacionadas aos grupos mais propensos a interrupção do tratamento, estimativas percentuais por local de trabalho e variáveis referentes aos fatores associados a interrupção da TARV. O tempo médio de resposta foi de 10 a 15 minutos. O instrumento foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual

de Londrina (UEL), INLS.

O *link* de acesso ao formulário eletrônico foi inicialmente compartilhado no grupo geral de *WhatsApp* dos supervisores e, simultaneamente, enviado de forma individual a cada participante no início de julho. Após três semanas, registraram-se 30 respostas, sendo seis de supervisores provinciais e 24 de supervisores municipais. Posteriormente, um novo contato individual com os não respondentes resultou em mais 56 respostas, das quais sete provinham do nível provincial e 49 do nível municipal.

Na segunda semana de agosto, a fim de ampliar a taxa de resposta, foi realizado um terceiro contato com os participantes que ainda não haviam respondido, conduzido de forma individual pela autora e por um membro do INLS. Alguns participantes relataram dificuldades que limitavam o acesso ao formulário *online*, razão pela qual foi disponibilizada uma versão alternativa do instrumento em formato de planilha Excel. Essa estratégia possibilitou a obtenção de mais 47 respostas, sendo três de supervisores provinciais e 44 de supervisores municipais.

Ao final, totalizaram-se 133 respostas, das quais 16 de supervisores provinciais e 117 de supervisores municipais. Entretanto, 8 respostas foram excluídas por não atenderem aos critérios de inclusão, isto é, atuavam há menos de seis meses no cargo, resultando então em uma amostra final de 125 participantes. O processo de recrutamento e composição da amostra está representado na Figura 2.

Figura 2. Fluxograma do processo de recrutamento e composição da amostra

Fonte: Elaborado pela autora.

4.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Para a obtenção das informações, utilizou-se um instrumento estruturado (Apêndice A), elaborado pela própria pesquisadora, contendo 40 questões distribuídas em três blocos. Ressalta-se que, para os fins deste estudo, foram considerados apenas os blocos I e III do referido instrumento, em consonância com os objetivos propostos.

A construção das questões relacionadas aos motivos da interrupção da TARV baseou-se na literatura científica, tendo como suporte os estudos de Almeida et al. (2024), Honorato et al. (2018), Nunes (2013) e Polejack et al. (2020). Os estudos

foram lidos e feita posteriormente a identificação dos fatores intrínsecos, extrínsecos e relacionados ao sistema de saúde. Após a elaboração da primeira versão do instrumento, este foi submetido à apreciação dos profissionais do INLS, a fim de se verificar a adequação da linguagem, dos termos utilizados e do contexto do país e das províncias, com base na experiência prática desses profissionais. As contribuições e sugestões recebidas permitiram aprimorar o instrumento, resultando em uma versão final mais contextualizada e segura para aplicação na pesquisa. O instrumento completo, incluindo todos os blocos e questões, encontra-se disponível no Apêndice 2 para consulta.

Bloco I - Perfil dos participantes (8 questões): Incluiu variáveis de caracterização sociodemográfica e profissional: sexo, idade, província de atuação, município de atuação, função, tempo de trabalho na função, nível acadêmico e área de formação (para os participantes com nível superior).

Bloco III – Motivos do abandono (24 questões). A denominação “abandono” foi adotada por entendermos que era o termo mais comumente usado no cotidiano dos supervisores. Este bloco avaliou:

Fatores intrínsecos (relacionados ao paciente): Dificuldade em aceitar o diagnóstico; Medo/insegurança quanto à eficácia do tratamento; Receio dos efeitos adversos; Uso de álcool e outras substâncias; Vergonha ou preconceito internalizado; Tristeza, desânimo ou falta de motivação; Cansaço com a rotina medicamentosa; Falta de conhecimento sobre a doença; Falta de confiança nos profissionais; Sentir-se bem sem sinais e sintomas.

Fatores extrínsecos (sociais e econômicos): Estigma e discriminação social; Condições socioeconômicas desfavoráveis (transporte, alimentação); Baixo nível de escolaridade; Crenças culturais ou religiosas; Dificuldade de ausência no trabalho; Falta de apoio social/familiar.

Fatores relacionados ao sistema de saúde: Barreiras estruturais/logísticas no acesso aos serviços; Ausência de grupos de apoio; Falta de acolhimento e escuta ativa; Longo tempo de espera nos serviços; Falta de empatia profissional; Dificuldade dos profissionais em explicar o tratamento.

As opções de resposta se davam em uma escala *Lickert*, de 1 a 5, onde o 1 significava “não influencia” e o 5 “influencia muito”.

Além disso, o bloco incluía questões abertas sobre outros fatores locais

relacionados a interrupção, sugestões de políticas/estratégias para a redução da interrupção e a disponibilidade do participante em contribuir em etapas futuras da pesquisa, com o fornecimento opcional de contato (telefone ou e-mail).

4.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

O formulário completo foi checado e fez-se o *upload* direto da plataforma do Google *forms* para o programa Excel para *Windows*, onde adicionou-se os dados dos respondentes que o fizeram por meio de uma planilha alternativa tal como mencionado no ponto 4.3 desta seção, gerando um único banco. Posteriormente foi realizada a limpeza do banco, onde fez-se a remoção de registros duplicados, uma vez que alguns participantes haviam respondido mais de uma vez ao questionário. Foram também efetuados ajustes nas respostas inconsistentes, como os casos em que participantes pertencentes a determinados grupos preencheram campos não correspondentes ao seu perfil. Além disso, foram revisadas e padronizadas as respostas textuais abertas, incluindo correções ortográficas, uniformização da formatação e adequação de expressões utilizadas. Todavia, destacamos que muitos desses ajustes decorreram do fato de alguns participantes terem respondido o instrumento em planilhas adaptadas, conforme descrito anteriormente, o que exigiu maior cuidado na organização dos dados. Por fim, foi realizada a exclusão das respostas provenientes de participantes que estavam há menos de seis meses na função, conforme o critério de inclusão previamente estabelecido para este estudo.

Para a análise dos dados, utilizou-se o *software* estatístico *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 20.0. Inicialmente, realizou-se a análise descritiva das variáveis sociodemográficas e profissionais, de modos a caracterizar o perfil dos participantes do estudo com a distribuição da frequência absoluta e relativa. Em seguida, procedeu-se à análise das percepções dos participantes acerca dos fatores associados a interrupção da terapia antirretroviral. Para mensurar o grau de influência atribuído a cada fator, foi empregada uma escala do tipo Likert, variando de 1 a 5, na qual os valores saíam de 1 que representava a não influência e 5 representava muita influência. Todavia, para fins de análise descritiva, agrupou-se em três grupos onde 1 e 2 indicaram que o fator não influencia, o valor 3 representou neutralidade e os valores 4 e 5 apontaram que o fator influencia muito o abandono do

tratamento.

Posteriormente, fez-se à análise de associação entre os fatores percebidos com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) das províncias e da função desempenhada pelos participantes (nível provincial ou municipal). O IDH foi considerado uma variável independente, classificada em dois níveis (baixo e alto).

Considerando o IDH das províncias de Angola mais recentemente disponível (do ano 2021), fez-se um ranqueamento do menor (IDH = 0,451) para o maior (IDH= 0,702) valor. Considerando a distribuição dos resultados, optou-se pela divisão em dois estratos, sendo que aquelas províncias que tinham IDH entre 0,451 e 0,541 foram considerados com IDH mais baixo (incluindo 10 províncias), e aquelas com IDH entre 0,567 e 0,702 com IDH mais alto (incluindo 7 províncias). Além disso, vale mencionar que para a análise de associação foi verificada a prevalência de “influência” (respostas 4 e 5 na escala), sendo realizado o agrupamento de “não influencia” (respostas 1 e 2 na escala) e “neutro” (resposta 3 na escala).

Para verificar possíveis associações entre as variáveis, foi aplicado o teste Qui-quadrado de *Pearson*, considerando-se o nível de significância estatística estabelecido pelo valor de $p < 0,05$.

Para as perguntas abertas incluídas no instrumento, este estudo analisou apenas aquela que investigava a existência de outros fatores locais associados à interrupção da TARV. As respostas obtidas foram organizadas e submetidas à análise categorial, o que possibilitou identificar elementos não previamente contemplados nas questões fechadas do instrumento.

4.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (CEP), por meio do Parecer Consubstanciado número 7.590.336 (Anexo A). Também foi aprovado pelo Instituto Nacional de Luta Contra Aids (INLS) do Ministério da Saúde de Angola, por meio da carta de anuência Ref. 25 GDGA-SE/INLS/MINSA/2025 (ANEXO C).

O estudo respeitou as diretrizes da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, vinculado ao Ministério do Brasil. A resolução define direitos e deveres de pesquisadores e participantes, levando em consideração os aspectos da autonomia, não maleficência beneficência e justiça (BRASIL, 2012).

Os sujeitos da pesquisa foram previamente informados sobre o tema da pesquisa e sua relevância no campo da saúde pública, sobre os objetivos, bem como a forma de registros e a divulgação dos resultados da pesquisa. Para minimizar os riscos decorrentes da pesquisa, foram adotadas medidas de precaução como a criptografia para transmissão dos dados utilizada pela plataforma do Google Forms, a confidencialidade dos dados e a garantia de que o participante não será identificado pelo nome, número de Bilhete de Identidade (BI), dados bancários, telefone ou endereço, mantendo assim, o sigilo e o anonimato. Também foi garantida, aos participantes, a liberdade de desistir da pesquisa a qualquer momento, sem que houvesse algum prejuízo. E, foram informados que a participação nesta pesquisa era totalmente voluntária e sem remuneração. Todos os participantes puderam concordar dando um “Aceito” depois da leitura do TCLE que foi apresentado antes dos blocos que compunham as perguntas do formulário (Apêndice A e Apêndice B).

5 RESULTADOS

Observou-se que pouco mais da metade dos sujeitos da amostra era do sexo masculino (51,2%), porém, entre os supervisores de nível provincial, predominou o sexo feminino (60%), enquanto entre os de nível municipal o sexo masculino (52,7%). Em relação à faixa etária, verificou-se que 37,6% estavam na faixa de 30 a 39 anos, sendo que entre os supervisores provinciais, a faixa etária de 40 a 49 foi a mais frequente (46,7%), enquanto nos municipais a mais frequente foi a de 30 a 39 anos (38,2%). Quanto à província de atuação, a maior concentração de participantes foi registrada na província do Huambo, que representou 9,6% da amostra total com 11 supervisores. No que se refere ao tempo de atuação na função, a maioria dos participantes possuía seis anos ou mais (38,4%), sendo mais expressiva esta proporção entre os supervisores provinciais (60%), enquanto entre os municipais houve uma igualdade de um a três anos e seis anos ou mais, ambos com 35,5%. Em relação ao nível acadêmico, 61,6% dos participantes possuíam formação de nível superior, sendo que todos os participantes do grupo provincial tinham ensino superior completo (e nos municipais, 56,4%). No que se refere à área de formação, entre os que tinham curso superior, 67,5% eram enfermeiros, sendo este percentual de 80% entre os provinciais e 64,5% entre os municipais (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização da amostra. Supervisores, Angola (2025, n=125)

	Total n (=125)		Provincial (n=15)		Municipal (n=110)	
	n	%	n	%	n	%
Total	125	100	15	12,0	110	88,0
Sexo						
Masculino	64	51,2	6	40,0	58	52,7
Feminino	61	48,8	9	60,0	52	47,3
Faixa etária						
De 18 a 29 anos	26	20,8	0	0,0	26	23,6
De 30 a 39 anos	47	37,6	5	33,3	42	38,2
De 40 a 49 anos	34	27,2	7	46,7	27	24,5
50 anos ou mais	18	14,4	3	20,0	15	13,6
Província em que trabalha						
Bengo	2	1,6	1	6,7	1	0,9
Benguela	11	8,8	1	6,7	10	9,1
Bié	7	5,6	0	0,0	7	6,4
Cabinda	5	4,0	1	6,7	4	3,6
Cuando-Cubango	9	7,2	1	6,7	8	7,3
Cuanza Sul	9	7,2	1	6,7	8	7,3
Cunene	6	4,8	1	6,7	5	4,5
Huambo	12	9,6	1	6,7	11	10
Huíla	9	7,2	1	6,7	8	7,3
Luanda	8	6,4	1	6,7	7	6,4
Lunda Norte	11	8,8	1	6,7	10	9,1
Lunda Sul	4	3,2	0	0,0	4	3,6
Malanje	11	8,8	1	6,7	10	9,1
Moxico	6	4,8	1	6,7	5	4,5
Namibe	4	3,2	1	6,7	3	2,7
Uíge	7	5,6	1	6,7	6	5,5
Zaire	4	3,2	1	6,7	3	2,7
Tempo de atuação na função						
De 6 a 11 meses	5	4,0	0	0,0	5	4,5
De 1 a 3 anos	41	32,8	2	13,3	39	35,5
De 4 a 5 anos	31	24,8	4	26,7	27	24,5
6 anos ou mais	48	38,4	9	60,0	39	35,5
Nível acadêmico						
Básico	1	0,8	0	0,0	1	0,9
Médio	47	37,6	0	0,0	47	42,7
Superior	77	61,6	15	100	62	56,4
Área de formação*						
Análises Clínicas e Saúde Pública	3	3,9	1	6,7	2	3,2
Educação em Biologia	2	2,6	0	0,0	2	3,2
Enfermeiro	52	67,5	12	80,0	40	64,5
Fisioterapia	2	2,6	1	6,7	1	1,6
Medicina dentária	3	3,9	0	0,0	3	4,8
Psicólogo	10	13,0	1	6,7	9	14,5
Outros**	5	6,5	0	0,0	5	8,1

*somente considerando os que tinham nível acadêmico superior.

**outros inclui, com um sujeito cada: antropologia, assistente social, biomedicina, contabilidade, pedagogia.

Fonte: o próprio autor

Na tabela 2, observa-se que seis dos dez fatores intrínsecos investigados foram mencionados por, mais de 60%, dos respondentes, como altamente influentes para a interrupção da TARV. Os três fatores com maior percentual de “influencia/influencia muito”, foram: vergonha ou preconceito internalizado (87,2%), sentir-se bem, sem nenhum sinal (75,2%) e dificuldade para aceitar o diagnóstico (65,6%).

Por outro lado, no que se refere à percepção de “não influencia/influencia pouco”, dois fatores destacaram-se com proporções mais elevadas sendo: falta de confiança nos profissionais de saúde (51,2%) e receio de efeitos adversos associados à dificuldade para engolir a medicação (50,4%).

Na comparação entre os grupos, observamos que os supervisores provinciais indicaram como fatores de forte influência: vergonha ou preconceito internalizado (93,3%), seguido de tristeza, desânimo e falta de motivação, e por sentir-se bem, sem nenhum sinal ambos com (73,3%), seguidos do fator uso de álcool e/ou outras substâncias (66,7%). Em contrapartida, os fatores medo ou insegurança quanto à eficácia do tratamento (60%) e receio de efeitos adversos com dificuldade para engolir a medicação (53,3%) foram mais frequentemente apontados como de pouca ou nenhuma influência para a interrupção da TARV.

Entre os supervisores municipais, o fator mais apontado como de forte influência foi a vergonha ou preconceito internalizado (86,3%), seguido do fator, por sentir-se bem, sem nenhum sinal (75,4%) e pela dificuldade em aceitar o diagnóstico (67,3%). Já os fatores, falta de confiança nos profissionais de saúde (53,6%) e receio de efeitos adversos com dificuldade para engolir a medicação (50%) foram os mais apontados como de pouca ou nenhuma influência sobre a interrupção da TARV.

Todavia, destacamos uma similaridade entre os dois grupos, pois ambos apontaram, vergonha ou preconceito internalizado como o fator de muita influência sobre a interrupção da TARV, ainda que com percentuais diferentes.

Tabela 2 - Percepção dos Supervisores sobre a influência dos fatores intrínsecos que levam as pessoas que vivem com HIV (PVHA) a interrupção do tratamento antirretroviral (TARV) (Angola 2025, n=125).

	Total n (=125)		Provincial n (=15)		Municipal n (=110)	
	n	%	n	%	n	%
Dificuldade para aceitar o diagnóstico						
Não influencia/influencia pouco	26	20,8	4	26,7	27	24,5
Neutro	17	13,6	3	20,0	9	8,2
Influencia/influencia muito	82	65,6	8	53,3	74	67,3
Medo ou insegurança da eficácia do tratamento						
Não influencia/influencia pouco	45	36,0	9	60,0	36	32,7
Neutro	27	21,6	1	6,7	26	23,6
Influencia/influencia muito	53	42,4	5	33,3	48	43,6
Receio dos efeitos adversos e dificuldade para engolir a medicação						
Não influencia/influencia pouco	63	50,4	8	53,3	55	50
Neutro	13	10,4	3	20	10	9,1
Influencia/influencia muito	49	39,2	4	26,7	45	40,9
Uso de álcool e/ou outras substâncias						
Não influencia/influencia pouco	26	20,8	2	13,3	24	21,8
Neutro	32	25,6	3	20,0	29	26,4
Influencia/influencia muito	67	53,6	10	66,7	57	51,8
Vergonha ou preconceito internalizado						
Não influencia/influencia pouco	9	7,2	1	6,7	8	7,3
Neutro	7	5,6	0	0,0	7	6,4
Influencia/influencia muito	109	87,2	14	93,3	95	86,3
Tristeza, desânimo, falta de motivação						
Não influencia/influencia pouco	32	25,6	1	6,7	31	28,2
Neutro	22	17,6	3	20,0	19	17,3
Influencia/influencia muito	71	56,8	11	73,3	60	54,5
Cansaço/dificuldade com a rotina da toma diária dos medicamentos						
Não influencia/influencia pouco	31	24,8	2	13,3	29	26,4
Neutro	41	32,8	4	26,7	37	33,6
Influencia/influencia muito	53	42,4	9	60,0	44	40
Falta de conhecimento da doença e tratamento						
Não influencia/influencia pouco	31	24,8	5	33,3	26	23,65
Neutro	28	22,4	2	13,3	26	23,65
Influencia/influencia muito	66	52,8	8	53,3	58	52,7
Falta de confiança nos profissionais						
Não influencia/influencia pouco	64	51,2	5	33,3	59	53,6
Neutro	11	8,8	2	13,3	9	8,2
Influencia/influencia muito	50	40,0	8	53,3	42	38,2
Por sentir-se bem, sem nenhum sinal						
Não influencia/influencia pouco	21	16,8	3	20,0	18	16,4
Neutro	10	8,0	1	6,7	9	8,2
Influencia/influencia muito	94	75,2	11	73,3	83	75,4

Fonte: o próprio autor

A Tabela 3 apresenta o grupo de fatores extrínsecos associados a interrupção da TARV. Dos seis fatores investigados, observou-se que cinco foram citados pelos participantes com mais de 50%, como “influencia/influencia muito”. Entre esses, o mais frequentemente apontado foi, condição socioeconômica desfavorável (88%), seguida pela discriminação, estigma social e preconceito (73,6%) e pela influência de crenças culturais e religiosas (72,8%). Por outro lado, o fator dificuldade para ausentar-se do trabalho e comparecer às consultas e/ou ao levantamento da medicação (45,6%) foi o mais citado como “não influencia/influencia pouco”.

Ao observarmos os resultados entre os grupos, verificamos que os supervisores provinciais foram unânimes em apontar as condições socioeconômicas desfavoráveis (100%) como fator de grande influência, destacando que esse aspecto não se limita a contextos específicos, sendo observado por esses profissionais independentemente de suas experiências de trabalho. Em seguida, os fatores discriminação, estigma social e preconceito; influência de crenças culturais, religiosas ou tradições; e falta de apoio social de amigos e/ou familiares foram igualmente apontados como de forte influência (66,7%).

Por outro lado, o fator dificuldade para ausentar-se do trabalho e comparecer às consultas e/ou ao levantamento da medicação foi o que apresentou maior número de respostas indicando como sendo de pouca ou nenhuma influência para a interrupção da TARV.

Entre os supervisores municipais, o fator mais apontado como de forte influência foi, baixo nível de escolaridade (86,3%), seguido pela discriminação, estigma social e preconceito (74,5%) e pela influência de crenças culturais, religiosas ou tradições (73,6%). O fator dificuldade para ausentar-se do trabalho e comparecer às consultas e/ou ao levantamento da medicação foi também apontado por este grupo como de pouca ou nenhuma influência sobre a interrupção da TARV.

Tabela 3 - Percepção dos Supervisores sobre a influência dos fatores extrínsecos que levam as pessoas que vivem com HIV a interrupção do tratamento antirretroviral (TARV) (Angola 2025, n=125).

	Total n (=125)		Provincial n (=15)		Municipal n (=110)	
	n	%	n	%	n	%
Discriminação, o estigma social e preconceito						
Não influencia/influencia pouco	19	15,2	3	20,0	16	14,5
Neutro	14	11,2	2	13,3	12	10,9
Influencia ./influencia muito	92	73,6	10	66,7	82	74,5
Condições socioeconômicas desfavoráveis						
Não influencia/influencia pouco	8	6,4	0	0,0	8	7,3
Neutro	7	5,6	0	0,0	7	6,4
Influencia/influencia muito	110	88	15	100	95	86,3
Baixo nível de escolaridade						
Não influencia/influencia pouco	28	22,4	5	33,3	23	20,9
Neutro	28	22,4	3	20,0	25	22,7
Influencia/influencia muito	69	55,2	7	46,7	62	56,4
Influência de crenças culturais, religiosas ou tradições						
Não influencia/influencia pouco	23	18,4	4	26,7	19	17,3
Neutro	11	8,8	1	6,7	10	9,1
Influencia/influencia muito	91	72,8	10	66,7	81	73,6
Dificuldade para ausentar do trabalho e comparecer a consulta e/ou levantamento da medicação						
Não influencia/influencia pouco	57	45,6	6	40,0	51	46,3
Neutro	21	16,8	3	20,0	18	16,4
Influencia/influencia muito	47	37,6	6	40,0	41	37,3
Falta de apoio social de amigos e/ou familiares						
Não influencia/influencia pouco	23	18,4	2	13,3	21	19,1
Neutro	30	24,0	3	20,0	27	24,5
Influencia/influencia muito	72	57,6	10	66,7	62	56,4

Fonte: o próprio autor

Quanto aos fatores relacionados ao sistema de saúde, descritos na Tabela 4, observou-se que entre os seis fatores avaliados, apenas um obteve mais de 50% de respostas “influência/influencia muito”, tratando-se do fator dificuldade de acesso às unidades de saúde por limitações estruturais ou logísticas (54,4%), sendo seguido pelo fator falta de grupos de apoio organizados pelos serviços de saúde (49,6%). Por outro lado, o fator dificuldade dos profissionais em explicar questões relacionadas ao tratamento foi o mais citado como “não influencia/influencia pouco” a interrupção da TARV.

Na comparação entre os grupos, os supervisores provinciais indicaram a ausência de grupos de apoio organizados (66,7%) como o principal fator de influência, seguido pela falta de empatia dos profissionais e pela dificuldade dos profissionais em explicar questões sobre o tratamento, ambos com 46,7%. No que se refere aos fatores que mais foram apontados como de pouca ou nenhuma influência, destacaram-se a dificuldade de acesso às unidades de saúde por limitações estruturais ou logísticas (53,3%) e a ausência de acolhimento e de escuta ativa (46,7%).

Entre os supervisores municipais, os fatores que apresentaram maior percentual como de forte influência foram, dificuldade de acesso às unidades de saúde (55,4%), a ausência de grupos de apoio organizados pelos serviços de saúde (47,3%) e a ausência de acolhimento e de escuta ativa (39,1%). Por outro lado, os fatores mais frequentemente apontados como de pouca ou nenhuma influência foram, longo tempo de espera para atendimento o fator dificuldade dos profissionais em explicar questões sobre o tratamento (ambos com 57,3%), seguidos pela falta de empatia dos profissionais (47,3%).

Tabela 4 - Percepção dos Supervisores sobre a influência dos fatores relacionados ao sistema de saúde que levam as pessoas que vivem com HIV a interrupção do tratamento antirretroviral (TARV) (Angola 2025, n=125).

	Total n (=125)		Provincial n (=15)		Municipal n (=110)	
	n	%	n	%	n	%
Dificuldade de acesso a unidades de saúde por limitações estruturais ou logísticas						
Não influencia/influencia pouco	48	38,4	8	53,3	40	36,4
Neutro	9	7,2	0	0,0	9	8,2
Influência/influencia muito	68	54,4	7	46,7	61	55,4
Falta de grupos de apoio organizados pelos serviços de saúde						
Não influencia/influencia pouco	49	39,2	3	20,0	46	41,8
Neutro	14	11,2	2	13,3	12	10,9
Influência/influencia muito	62	49,6	10	66,7	52	47,3
Ausência de acolhimento e de escuta ativa						
Não influencia/influencia pouco	49	39,2	7	46,7	42	38,2
Neutro	29	23,2	4	26,7	25	22,7
Influência/influencia muito	47	37,6	4	26,7	43	39,1
Longo tempo de espera para o atendimento						
Não influencia/influencia pouco	68	54,4	5	33,3	63	57,3
Neutro	24	19,2	4	26,7	20	18,2
Influência/influencia muito	33	26,4	6	40,0	27	24,5
Falta de empatia dos profissionais						
Não influencia/influencia pouco	57	45,6	5	33,3	52	47,3
Neutro	18	14,4	3	20,0	15	13,6
Influência/influencia muito	50	40,0	7	46,7	43	39,1
Dificuldade dos profissionais em explicar questões sobre o tratamento						
Não influencia/influencia pouco	69	55,2	6	40,0	63	57,3
Neutro	9	7,2	2	13,3	7	6,4
Influência/influencia muito	47	37,6	7	46,7	40	36,3

Fonte: o próprio autor

Ao compararmos as percepções segundo o IDH (Tabela 5), não foram observadas associação estatisticamente significativa entre os fatores de influência e o nível de desenvolvimento humano (IDH) das províncias. No entanto, notou-se que,

nas províncias com IDH mais baixo, o fator mais apontado como determinante da interrupção foi o das condições socioeconômicas desfavoráveis, refletindo o impacto direto da vulnerabilidade econômica sobre a continuidade do tratamento. Já nas províncias com IDH mais alto, o principal fator percebido foi a vergonha ou preconceito internalizado (tabela 5).

Tabela 5 - Associação entre influência percebida dos fatores e IDH por província.

	IDH mais baixo		IDH mais alto		
	n	%	n	%	p
Fatores intrínsecos					
Dificuldade do paciente em aceitar o diagnóstico	59	67,8	23	60,5	0,430
Medo ou insegurança da eficácia do tratamento	38	43,7	15	39,5	0,662
Receio dos efeitos adversos e dificuldade para engolir a medicação	35	40,2	14	36,8	0,721
Uso de álcool e/ou outras substâncias	49	56,3	18	47,4	0,356
Vergonha ou preconceito internalizado	76	87,4	33	86,8	0,937
Tristeza, desânimo, falta de motivação	51	58,6	20	52,6	0,534
Cansaço/dificuldade com a rotina da toma diária dos medicamentos	36	41,4	17	44,7	0,727
Falta de conhecimento da doença e tratamento	49	56,3	17	44,7	0,233
Falta de confiança nos profissionais	31	35,6	19	50,0	0,131
Por sentir-se bem, sem nenhum sinal	68	78,2	26	68,4	0,246
Fatores extrínsecos					
Discriminação, o estigma social e preconceito	64	73,6	28	73,7	0,989
Condições socioeconômicas desfavoráveis	79	90,8	31	81,6	0,144
Baixo nível de escolaridade	51	58,6	18	47,4	0,245
Influência de crenças culturais, religiosas ou tradições	67	77,0	24	63,2	0,109
Dificuldade para ausentar do trabalho e comparecer a consulta e/ou levantamento da medicação	33	37,9	14	36,8	0,908
Falta de apoio social de amigos e/ou familiares	48	55,2	24	63,2	0,406
Fatores relacionados ao Sistema de Saúde					
Dificuldade de acesso a unidades de saúde por limitações estruturais ou logísticas	49	56,3	19	50,0	0,514
Falta de grupos de apoio organizados pelos serviços de saúde	39	44,8	23	60,5	0,106
Ausência de acolhimento e de escuta ativa	33	37,9	14	36,8	0,908
Longo tempo de espera para o atendimento	23	26,4	10	26,3	0,989
Falta de empatia dos profissionais	30	34,5	20	52,6	0,057
Dificuldade dos profissionais em explicar questões sobre o tratamento	30	34,5	17	44,7	0,276

Fonte: o próprio autor

A Tabela 6 apresenta outros fatores associados à interrupção da TARV, identificados a partir das respostas às questões abertas do questionário. Entre os aspectos mencionados pelos supervisores destacam-se a presença de outras doenças crônicas associadas, referida por três participantes, e a transumância ou nomadismo, apontada por dois supervisores. Também foram mencionadas a necessidade ou falta de apoio alimentar, indicada por quatro supervisores, e a insuficiência de recursos humanos nos serviços de saúde, associada ao desajuste entre o número de profissional e a elevada procura por parte dos usuários, relatada por três participantes. Adicionalmente, a mudança constante nas equipas de saúde foi mencionada por três supervisores, enquanto a rotatividade frequente de técnicos e profissionais foi apontada por quatro respondentes.

Tabela 6 - Outros fatores que influencia para interrupção da TARV

Fatores	Total n (=12)	Provincial n (=4)	Municipal n (=8)
Transumância ou nomadismo	2	1	1
Doenças crônicas associadas	3	1	2
Falta de recursos humanos nos serviços de saúde/rácio elevado entre profissionais e usuários	3	0	3
Mudanças constantes nas equipas de saúde	3	1	2
Necessidade/falta de apoio alimentar	4	1	3
Troca frequente de técnicos e profissionais	4	2	2

6 DISCUSSÃO

A partir da abordagem quantitativa adotada, foi possível identificar por meio das percepções dos participantes, um conjunto de determinantes que refletem a natureza multifatorial do fenômeno, envolvendo aspectos individuais, sociais e estruturais, além de fatores vinculados ao funcionamento do sistema de saúde.

6.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES

A amostra estudada foi composta majoritariamente por participantes do sexo masculino, com idade predominante acima dos trinta anos. A maior concentração dos participantes encontrava-se na função a seis anos ou mais tempo, sendo a formação de nível superior predominante. Deste modo, podemos dizer que os supervisores que atuam no programa HIV/Aids em Angola são, em geral, profissionais experientes, com inserção consolidada no sistema de saúde, tratando-se de uma característica relevante, uma vez que a experiência de trabalho, tende a influenciar a percepção sobre as barreiras enfrentadas pelos pacientes e sobre as fragilidades estruturais dos serviços.

Esse perfil corresponde ao que era projetado para o Sistema Nacional de Saúde, considerando que a política de saúde e o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário previam, até 2025, a constituição de uma força de trabalho diferenciada e diversificada, orientada por princípios de ética profissional e serviço público, capaz de organizar e estruturar as ações nas instituições de saúde (CASPA, 2016). Para alcançar esses objetivos, o Ministério da Saúde de Angola (MINSA) implementou ações estruturadas de capacitação e qualificação dos recursos humanos, ancoradas no Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) 2012–2025, alinhado à Estratégia “Angola 2025” e à Política Nacional de Saúde. Destacam-se, nesse contexto, a expansão do ensino superior em saúde, com a criação de Faculdades de Medicina em diferentes províncias e a reestruturação da formação em enfermagem e ciências da saúde, bem como a reforma do ensino técnico-profissional, com a criação de Escolas de Formação de Técnicos de Saúde, ampliando a capacidade formativa conforme as necessidades regionais e contribuindo para o fortalecimento do sistema de saúde (Angola, 2015, p. 285-289).

6.2 FATORES INTRÍNSECOS E SUA ASSOCIAÇÃO À INTERRUPÇÃO DA TARV

Os resultados deste estudo indicam que os fatores intrínsecos desempenham papel determinante na interrupção da TARV, tratando-se de questões sociais relacionadas às condições de vida, às dinâmicas comunitárias e às interações coletivas que ultrapassam a esfera biomédica do cuidado. Entre eles, verificou-se elevada prevalência (87,2%) de percepções relacionadas à “vergonha e o preconceito internalizado” apontados pela maioria dos supervisores, como os principais elementos que influenciam a interrupção. Este fator é tido por alguns autores como estigma internalizado, que representa uma barreira silenciosa, porém profundamente enraizada, que compromete o vínculo com os serviços de saúde e a adesão terapêutica (Azevedo, 2025; Parker e Aggleton, 2003). Conforme salientam Parker e Aggleton (2003), o estigma é um fenômeno social estruturado na desigualdade e na exclusão, manifestando-se tanto em nível individual quanto comunitário. No contexto angolano, onde ainda persistem discursos moralizantes sobre o HIV, o preconceito internalizado, de acordo com as percepções dos supervisores, conduz muitos pacientes a sentimento de culpa, vergonha e desvalorização da própria condição. Corroborando com Azevedo, (2025), que descreve o estigma internalizado como um fator de risco relevante para desfechos negativos, incluindo não adesão, desinteresse pelos cuidados e surgimento de sintomas depressivos, achado que converge com as percepções relatadas pelos participantes deste estudo.

O fator “por sentir-se bem sem nenhum sinal” apresentou alta frequência de menções, tendo alcançado 75,2% de respostas. Considerado o segundo classificado do grupo, como influenciador para a interrupção da TARV. Esse resultado corrobora com as observações de Mandu (2022), que destacou a falsa percepção de cura como uma das principais causas da interrupção terapêutica. De acordo com as percepções dos supervisores, muitos pacientes, ao se sentirem fisicamente recuperados, tendem a interpretar a ausência de sintomas como sinal de cura definitiva. Esse achado indica que a informação ofertada pelos profissionais de saúde nem sempre se converte em conhecimento efetivamente assimilado pelos usuários. Tal constatação torna-se ainda mais relevante ao considerar que o fator “dificuldade dos profissionais em explicar questões relacionadas ao tratamento” foi classificado como não influente para a interrupção da TARV, por 55,2% dos supervisores.

Loch et al. (2019) e Manu (2020), apontam ser fundamental que as ações de

educação em saúde voltadas para os usuário tenham uma abordagem abrangente sem restringir as informações , tendo como base os modelos parciais do comportamento humano sem subestimar o papel dos processos não conscientes na tomada de decisão, considerando sempre o fato de que as pessoas orientam suas escolhas a partir de hábitos, experiências pessoais e regras práticas simplificadas, e não exclusivamente com base em informações racionais.

Freire (2023), assinala que a educação não deve limitar-se à simples transmissão de informações, mas deve-se constituir um processo dialógico, crítico e emancipador, no qual educadores e educandos constroem saberes de forma compartilhada, a partir da realidade vivida.

A “dificuldade para aceitar o diagnóstico” também apresentou elevada prevalência (65,6%), entre as percepções dos participantes como influente para a interrupção da TARV, coincidindo com os achados de Polejack et al. (2020), e Ndongo (2020). A negação inicial e os sentimentos de medo e desesperança dificultam o estabelecimento de vínculos e atrasam o início do tratamento, comprometendo a resposta terapêutica, (Oliveira et.al., 2024). Esses resultados reforçam que a aceitação do diagnóstico não é apenas um evento clínico, mas também um processo emocional e social, que requer acolhimento e suporte contínuo.

O fator “tristeza, desânimo e falta de motivação” tiveram também uma prevalência relativamente alta enquanto fator que influencia para a interrupção da TARV (56,8%). De acordo com Mokgatle e Madiba, (2023), sofrimento psíquico é componente essencial do cuidado integral às pessoas que vivem com HIV, pois interfere diretamente na regularidade das consultas e na adesão medicamentosa. Borges et al. (2024) e Kerbauy, (2022), corroboram com essa perspectiva, pois também apontaram que os sintomas depressivos e a desmotivação, afetam a continuidade do tratamento, demandando o fortalecimento do acompanhamento psicossocial e de intervenções multiprofissionais.

O outro fator que segundo as percepções dos supervisores foi considerável como sendo influente para a interrupção da TARV é o “uso de álcool e outras substâncias,” tendo uma prevalência considerável (53,6%), corroborando com os estudos de Cazeiro; Silva; Souza, (2021) e Tech; Cavalcante; Lima, (2023), que associam o consumo dessas substâncias ao aumento do risco de interrupção terapêutica. Embora a OMS (2016) aponte que o uso nocivo de álcool pode afetar o

discernimento, desorganizar a rotina e dificultar a regularidade da medicação, é importante reconhecer que tais efeitos estão associados principalmente ao consumo excessivo, e não ao ato de beber em si. Os impactos variam conforme volume e padrão de uso, sendo considerado o consumo abusivo um fator diretamente relacionado ao agravamento de doenças infecciosas, como o HIV/Aids, uma vez que enfraquece o sistema imunológico e reduzir a adesão à TARV.

Cazeiro; Silva; Souza, (2021), Nida (2018) e Techj; Cavalcante; Lima, (2023), observam que o consumo ocasional de álcool por algumas PVHA, em contextos sociais como fins de semana e datas comemorativas, pode interferir na adesão ao tratamento, uma vez que essas pessoas, receosas de possíveis interações entre álcool e medicamentos, optam por suspender temporariamente os ARV, como uma medida de segurança.

Por outro lado, Mesquita et al. (2020) ao analisarem o consumo de álcool entre PVHA e suas implicações clínicas, destacam que uso do álcool pode funcionar como estratégia de enfrentamento diante do estresse da condição crônica vivenciadas por elas, o que ajuda a compreender por que muitas pessoas não desejam abandonar completamente seu uso.

A “falta de conhecimento sobre a doença e o tratamento” foi igualmente percebida como fator influente para a interrupção da TARV, tendo uma prevalência de respostas de 52,8%. Essa desinformação alimenta o medo e o estigma, uma vez que por não conhecerem a doença, os benefícios da TARV e os riscos da interrupção do tratamento, faz com que muitos pacientes tomem decisões equivocadas. A comunicação insuficiente entre profissionais e usuários agrava esse quadro e evidencia a necessidade de investir em processos educativos contínuos, adaptados à realidade sociocultural local, sendo tal fator também apontado por (Mandu, 2022).

Na percepção dos supervisores, fatores como “falta de confiança nos profissionais de saúde” e “receio de efeitos adversos da medicação” apresentam menor influência para a interrupção da TARV, divergindo com o que foi observado por Cazeiro; Silva; Souza, (2021), Mello, (2020) e Techj; Cavalcante; Lima, (2023), que apontaram tais fatores como sendo considerados causadores do abandono ao tratamento. Entretanto, essa divergência pode ser compreendida à luz das distintas perspectivas metodológicas adotadas, uma vez que os estudos mencionados foram conduzidos a partir da experiência direta dos usuários dos serviços de saúde,

enquanto o presente estudo analisa o fenômeno sob a ótica dos supervisores. Essa diferença de posicionamento tende a influenciar a forma como determinados fatores são percebidos, interpretados e hierarquizados, refletindo visões complementares, porém não necessariamente coincidentes, sobre os determinantes da interrupção da TARV.

Embora, segundo as percepções dos supervisores, os fatores “medo ou insegurança quanto à eficácia do tratamento” e “cansaço com a rotina diária da medicação” não tenham alcançado destaque expressivo como determinantes para a interrupção da TARV neste estudo, a literatura internacional recomenda que tais aspectos sejam continuamente monitorados. Relatórios recentes do UNAIDS (2023) e da OMS, (2022), indicam que a confiança na eficácia terapêutica e a capacidade de sustentar o uso contínuo da medicação ao longo do tempo são componentes dinâmicos, suscetíveis a variações conforme o contexto social, emocional e programático em que a pessoa vive.

6.3 FATORES SOCIAIS, ECONÔMICOS E CULTURAIS (EXTRÍNSECOS) COMO CONDICIONANTES PARA A INTERRUPÇÃO DA TARV

Entre os fatores extrínsecos, observou-se elevada prevalência de percepções associadas às “condições socioeconômicas desfavorável,” tendo sido mencionadas por 88% dos supervisores, como o principal fator associado a interrupção da TARV. Esse achado expressa a valorização, por parte dos trabalhadores, da compreensão de que as condições socioeconômicas constituem determinantes centrais do processo saúde-doença. Ao reconhecerem a vulnerabilidade social como fator primordial para a interrupção da TARV, os supervisores evidenciam uma leitura ampliada do cuidado, na qual a precariedade econômica, o desemprego e a instabilidade financeira são entendidos como elementos estruturantes que condicionam o acesso, a permanência nos serviços e a continuidade do tratamento. Coadunando com o que foi descrito por Costa; Cavalcante, (2025) e Tech; Cavalcante; Lima, (2023), ao identificarem as dificuldades de transporte, a insegurança alimentar e os custos indiretos associados ao tratamento como barreiras relevantes, para a adesão em alguns países africanos, manifestando uma compreensão alinhada às experiências cotidianas vivenciadas pelos usuários.

No mesmo sentido, estudos que analisaram a realidade dos usuários evidenciam que a renda mensal exerce influência determinante sobre a continuidade do tratamento, uma vez que os indivíduos em situação de baixa renda estão mais suscetíveis a priorizar necessidades básicas de sobrevivência, como alimentação e sustento familiar, em detrimento do seguimento terapêutico (Almeida et al., 2024; Silva, 2025).

As percepções dos supervisores reforçam a importância de políticas públicas que articulem a terapia antirretroviral (TARV) a programas de proteção social, alimentação suplementar e subsídios de transporte, de modo a mitigar o impacto das desigualdades socioeconômicas sobre o cuidado. Estudo de, Silva et al., (2024) que analisou a relação entre a renda e os desfechos relacionados ao HIV/Aids, demonstram como as experiências de políticas de proteção social, como o Programa Bolsa Família (PBF)¹, favorecem a continuidade terapêutica, mesmo não se tratando de programas específicos para HIV/Aids, uma vez que fortalecem a segurança alimentar e a redução das vulnerabilidades socioeconômicas.

Adicionalmente, Jesus et al., (2025) e Operario et al., (2013) destacaram em seus estudos, que as intervenções econômicas condicionais e o apoio financeiro direto contribuem para comportamentos de saúde mais consistentes, incluindo a adesão à TARV, especialmente em contextos de pobreza e insegurança alimentar.

As percepções dos supervisores referentes ao fator “discriminação, estigma social” apresentaram alta prevalência como sendo influenciador para a interrupção da TARV com 73,6%. Segundo Relf et al., (2021), este fator é compreendido como estigma percebido. Os autores ressaltam que o medo de ser identificado como portador do HIV tem repercussões profundas na saúde mental, podendo desencadear quadros de ansiedade, depressão e isolamento social. Shabalala et al. (2018) apontaram que o receio de julgamento e rejeição leva muitas pessoas a ocultarem o diagnóstico, evitando comparecer às consultas ou retirar a medicação em locais onde possam ser reconhecidas. Essa dinâmica perpetua o ciclo de exclusão e reforça a interrupção, uma vez que o medo da exposição social se sobrepõe à necessidade de tratamento. Esses achados convergem com os estudos de (Azevedo, 2025; Shabalaala et al., 2018; Mokgatle e Madiba, (2023), que apontam o estigma social

¹ Programa Bolsa Família, é um programa federal do governo do Brasil, de transferência de renda que integra benefícios de assistência social, saúde, educação e emprego, destinado às famílias em situação de pobreza, sendo considerado um dos principais programas de combate à pobreza do mundo.

como um dos principais obstáculos à adesão, sobretudo em comunidades onde o HIV ainda é interpretado sob perspectivas moralistas e discriminatórias.

De acordo com as percepções dos supervisores, a “influência de crenças culturais e religiosas” foi igualmente apontado como fator influente para a interrupção da TARV com prevalência de 72,8% de resposta. Esse resultado associa-se ao papel central que a religião e as tradições culturais exercem em muitas comunidades angolanas, influenciando a forma como o HIV é interpretado e enfrentado. Embora tais crenças possam favorecer apoio espiritual e coesão social, os supervisores reconhecem que, em determinados contextos, elas também podem contribuir para a interrupção do tratamento, sobretudo quando associadas à ideia de punição divina ou à expectativa de cura por meios exclusivamente espirituais, em detrimento do seguimento terapêutico contínuo. Shabalala et al. (2018) e Tadesse; Rtbey; Andualem, (2024), ressaltam que determinadas doutrinas religiosas ainda associam o HIV a comportamentos moralmente condenáveis, perpetuando sentimento de culpa e vergonha. Conforme destacaram Tadesse; Rtbey; Andualem, (2024), o enfrentamento desses obstáculos requer a incorporação de estratégias de comunicação culturalmente sensíveis e o envolvimento de líderes religiosos na promoção da aceitação do tratamento, de modo a transformar as crenças em aliadas do cuidado.

À “falta de apoio social proveniente de amigos e/ou familiares,” também foi apontado pelos supervisores como fator influente para a interrupção da TARV segundo as suas percepções, tenho uma prevalência de 72,8% de respostas. Na percepção dos supervisores, o isolamento social e a ausência de suporte emocional tendem a reduzir a motivação e o engajamento dos pacientes com o tratamento, enquanto a existência de redes de apoio e solidariedade é compreendida como um elemento que favorece a continuidade do cuidado. Segundo Feitosa et al., (2024), o apoio social funciona como um elemento moderador do estresse, reduzindo o impacto emocional do diagnóstico e fortalecendo o vínculo com os serviços de saúde. Em consonância, Mokgatle e Madiba, (2023), destaca que a ausência de apoio social está frequentemente associada à desistência precoce do tratamento, especialmente entre mulheres e jovens, grupos mais vulneráveis à exclusão.

Esses resultados reforçam a necessidade de integrar ações comunitárias e familiares às estratégias de adesão, valorizando o papel das redes locais de apoio e das organizações da sociedade civil. Em Angola, experiências de parceria entre instituições públicas e redes de pessoas vivendo com HIV têm mostrado resultados

promissores no fortalecimento da adesão, por meio de grupos de convivência e acompanhamento solidário (INLS, 2006; INLS, 2022).

Um outro fator que segundo as percepções dos supervisores também é influente para a interrupção da TARV, refere-se ao “baixo nível de escolaridade”. Tal como descrito por Cunha, (2025), a baixa escolaridade pode dificultar a compreensão sobre a doença, o regime terapêutico e a importância da adesão contínua. Além disso, quando associada a condicionantes sociais bem como a fatores emocionais a baixa escolaridade pode ampliar as barreiras à informação, bem como a fatores emocionais, tornando-se um elemento que potencialmente influencia a interrupção da TARV. Diante desse contexto, torna-se fundamental que os profissionais de saúde reconheçam as desigualdades educacionais e adotem práticas de cuidado orientadas pelo princípio da equidade, ajustando a linguagem, os conteúdos e as estratégias educativas às capacidades de compreensão dos usuários. A OMS ressalta que são intervenções educativas eficazes aquela que vão além da simples transmissão de informações biomédicas, incorporando abordagens centradas na pessoa e sensíveis aos seus contextos culturais, cognitivos e sociais (OMS, 2022). Nessa perspectiva, o referencial de Paulo Freire reforça que a educação em saúde deve assumir caráter crítico e emancipador, promovendo a construção compartilhada do conhecimento a partir da realidade vivida pelos sujeitos, de modo a favorecer o entendimento e a adesão terapêutica (Freire, 2023).

De acordo com as percepções dos supervisores, nas províncias com o IDH mais baixo estes fatores estruturais foram apontados como principais causadores da interrupção da TARV, com uma prevalência de 90,8% de respostas.

Em síntese, os fatores extrínsecos analisados neste estudo de acordo com as percepções dos supervisores, refletem dimensões estruturais e sociais que ultrapassam a esfera individual. A pobreza, a discriminação, as crenças culturais e a ausência de apoio social atuam de forma interligada, ampliando as vulnerabilidades que levam a interrupção da TARV. No contexto angolano, essas questões evidenciam a necessidade de uma abordagem intersetorial, que articule políticas de saúde, assistência social, educação e cultura, com foco na redução das desigualdades e na promoção de ambientes comunitários mais inclusivos e solidários. Assim, enfrentar os fatores extrínsecos requer não apenas intervenções clínicas, mas também transformações sociais que possibilitem o exercício pleno do direito à saúde das pessoas que vivem com HIV.

6.4 FATORES RELACIONADOS AO SISTEMA DE SAÚDE SUA ASSOCIADOS A INTERRUPÇÃO DA TARV

Os fatores relacionados ao sistema de saúde, embora tenham apresentado percentuais inferiores em comparação aos fatores intrínsecos e extrínsecos, revelam aspectos estruturais e organizacionais que interferem de forma significativa na continuidade da Terapia Antirretroviral (TARV).

As percepções dos supervisores indicaram que a “dificuldade de acesso às unidades de saúde por limitações estruturais ou logísticas” constituem uma das principais barreiras à adesão a TARV, tendo uma prevalência de resposta de 54,4%. A distância entre as residências e os centros de tratamento, a escassez de transporte público e o custo do deslocamento configuram obstáculos diários para os pacientes, que muitas vezes precisam percorrer longas distâncias para comparecer às consultas e levantar os medicamentos. Embora este achado derive das percepções dos profissionais da saúde, ele é convergente com evidências oriundas de estudos realizados diretamente com os usuários dos serviços de saúde. Neste sentido, Mandu (2022), ao analisar a realidade de Moçambique, identificou que a dificuldade de deslocamento até os serviços especializados, configuram-se como um fator relevante para a interrupção da TARV. De forma semelhante, Coutinho, (2022) e Mello, (2020) destacam que as barreiras geográficas e logísticas, quando associadas à vulnerabilidade socioeconômica, ampliam o risco da interrupção da TARV, sobretudo entre os moradores de zonas periféricas e rurais.

A dificuldade de acesso, portanto, não se limita à ausência de transporte, mas reflete uma desigualdade estrutural no acesso aos serviços de saúde, acentuada por limitações de infraestrutura.

Outro fator frequentemente apontado pelos participantes como influente para a interrupção da TARV foi a “falta de grupos de apoio organizados pelos serviços de saúde”. Embora o tratamento medicamentoso seja essencial, ele não é suficiente para garantir adesão sustentável. Os grupos de apoio cumprem um papel fundamental ao oferecer espaços de escuta, partilha de experiências e acolhimento emocional, fortalecendo a motivação e reduzindo o estigma corroborando com os estudos de Santos, (2022) e Silva et al., (2022) que demonstraram que os pacientes inseridos em grupos de convivência apresentam maior engajamento terapêutico, melhor qualidade de vida e menor probabilidade de interrupção do tratamento.

Em Angola, há exemplos concretos que evidenciam o impacto positivo dessa abordagem, como o trabalho desenvolvido pela “Associação Mwenhu”, que atua em articulação com o Instituto Nacional de Luta contra a Sida (INLS). Essa organização promove o apoio mútuo, o acolhimento e a integração social de PVHA, contribuindo para o fortalecimento da adesão e para a redução das taxas de interrupção da TARV (UNFPA, 2012).

Apesar de apresentarem percentuais menores, os outros fatores dentro deste grupo (ausência de acolhimento e escuta ativa, o longo tempo de espera para o atendimento, a falta de empatia dos profissionais e a dificuldade dos profissionais em explicar questões relacionadas ao tratamento) também foram mencionados como influentes para a interrupção da TARV, refletindo dimensões qualitativas essenciais do cuidado. Segundo Shabalala, (2018), a percepção de descuido, desatenção ou falta de escuta nos serviços de saúde pode gerar sentimento de frustração e desconfiança, enfraquecendo o vínculo entre paciente e equipe. Carvalho (2019) complementa que a criação de ambientes de escuta ativa, empatia e sigilo fortalece a autonomia do paciente, reduz barreiras emocionais e evita rupturas na adesão. Da mesma forma, Costa; Cavalcante, (2025) destacam que a demora no atendimento e as longas filas são fontes de desmotivação, contribuindo para o afastamento dos serviços e para a interrupção da TARV.

Podemos então dizer que os achados deste estudo reforçam que de acordo com a percepção dos supervisores, as barreiras relacionadas ao sistema de saúde transcendem a dimensão estrutural e incorporam também elementos subjetivos e relacionais do cuidado. A dificuldade de acesso físico, a carência de grupos de apoio e a falta de acolhimento humanizado configuram desafios que exigem respostas integradas, envolvendo desde o aprimoramento da infraestrutura até a qualificação dos profissionais de saúde. Fortalecer o vínculo, humanizar o atendimento e aproximar os serviços das comunidades são medidas fundamentais para garantir a adesão contínua, reduzir as perdas de seguimento e consolidar o direito à saúde das pessoas que vivem com HIV em Angola.

6.5 FATORES LOCAIS ASSOCIADOS À INTERRUPÇÃO DA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL, SEGUNDO AS PERCEPÇÕES DOS PARTICIPANTES

Além dos fatores previamente investigados por meio do instrumento estruturado, os supervisores identificaram outros elementos que, a partir de suas experiências nos territórios de atuação, também influenciam a interrupção da TARV. Esses fatores, de natureza predominantemente local e operacional, emergiram das questões abertas do questionário e refletem especificidades contextuais dos serviços e das populações atendidas.

A existência de outras “doenças crônicas associadas ao HIV” foi apontada por alguns supervisores, segundo suas percepções, como um fator influente para a interrupção da TARV. A presença de comorbidades, sejam elas infecciosas ou não, tende a aumentar a carga medicamentosa, o que pode intensificar os efeitos adversos, gerar desconforto corporal e comprometer a percepção dos usuários acerca dos benefícios do tratamento (Casas Righetto et al., 2014). Dentre as comorbidades infecciosas, destaca-se a tuberculose, considerada uma das principais coinfeções associadas ao HIV. O manejo concomitante dessas condições requer acompanhamento clínico rigoroso e a utilização de esquemas terapêuticos simultâneos, o que pode sobrecarregar os usuários e, conseqüentemente, favorecer a interrupção da TARV, especialmente em contextos marcados pelo estigma e por outras vulnerabilidades sociais (Casas Righetto et al., 2014; Pontes-Pereira et al., 2023).

Um outro fator que também foi mencionado pelos supervisores como sendo influente para a interrupção da TARV, refere-se a “transumância ou nomadismo”. Embora esse fenômeno seja mais frequente nas regiões do leste de Angola, sua ocorrência também é notória em outras áreas do país, sobretudo em contextos rurais. Segundo os supervisores, a mobilidade frequente compromete a vinculação contínua das PVHA aos serviços de saúde, dificultando o seguimento clínico regular, a dispensação contínua dos ARV e a atuação sistemática das equipes, o que favorece episódios de interrupção da TARV.

Essa dinâmica pode ser compreendida à luz do estudo “Saúde e nomadismo: território e pertencimento”, de Couto e Hillesheim (2012), que, apoiadas na filosofia de Deleuze e Guattari, descrevem o conflito entre a lógica institucional dos serviços de saúde organizada em torno de territórios fixos, agendas e retornos programados, e o

modo de vida nômade, estruturado pelo movimento contínuo.

Corroborando essa perspectiva, Melo et al. (2020), no estudo “Saúde da população em situação de rua e suas vulnerabilidades em saúde: reflexões sobre o processo saúde-doença”, destacam que a descontinuidade do cuidado em populações em situação de mobilidade, exige o reconhecimento de suas especificidades e a adoção de estratégias assistenciais mais flexíveis e humanizadas, condição fundamental para reduzir a interrupção do tratamento em doenças crônicas como o HIV.

A “necessidade/falta de apoio alimentar” também foi mencionada pelos supervisores como um fator influente para a interrupção da TARV. Segundo as percepções dos supervisores, muitos pacientes interrompem a medicação pelo fato de não disporem de alimentos. Este achado remete diretamente ao que foi abordado anteriormente aquando do fator “condições socioeconômicas desfavoráveis”, previamente discutido neste estudo como sendo um fator de grande influência para a interrupção da TARV, uma vez que a insegurança alimentar impõe barreiras concretas à adesão terapêutica (Costa; Cavalcante, 2025; Tech; Cavalcante; Lima, 2023).

Estudos de Almeida et al., (2024); Silva, (2025), retrataram que a falta de alimentos ocasionada pela baixa renda familiar, exercem influência determinante sobre a continuidade da TARV, uma vez que indivíduos em situação de vulnerabilidade socioeconômica tendem a priorizar necessidades básicas de sobrevivência em detrimento do tratamento, aumentando o risco de interrupção da TARV.

Outro fator mencionado pelos supervisores foi a “insuficiência de recursos humanos nos serviços de saúde, associada ao elevado rácio entre profissionais e usuários”. Santos (2022), afirma que essa condição gera repercussões significativas para a qualidade do cuidado, uma vez que a atuação efetiva dos profissionais exige tempo e disponibilidade para avaliar o nível de conhecimento dos usuários acerca da infecção pelo HIV, identificar dúvidas recorrentes e planejar estratégias de comunicação claras e adequadas durante os atendimentos. A limitação do quadro de pessoal compromete a ampliação do diálogo, o fortalecimento do vínculo profissional-usuário e a abordagem sistemática das principais questões relacionadas ao tratamento (Santos, 2022).

Adicionalmente, a sobrecarga de trabalho decorrente da insuficiência de equipes, tende a resultar em longos tempos de espera, dificultando o

acompanhamento contínuo, a realização de ações de busca ativa e a consolidação do vínculo terapêutico. Assim, quanto menor o número de profissionais disponíveis, mais limitada torna-se a possibilidade de enfrentamento adequado dos desafios assistenciais, tanto do ponto de vista dos usuários quanto dos próprios profissionais de saúde (Angelim et al., 2019; Santos, 2022).

Os supervisores apontaram, as “mudanças nas equipes de saúde, bem como a troca frequente de profissionais entre setores”, como sendo fatores influentes para a interrupção da TARV, segundo as suas percepções.

Essa dinâmica impacta diretamente a continuidade do cuidado, uma vez que a instabilidade das equipes compromete a construção e a manutenção do vínculo entre usuários e profissionais de saúde. A formação desse vínculo, em muitos casos, ocorre ao longo de um processo prolongado, que envolve a criação de um ambiente acolhedor, no qual a empatia contribui para o fortalecimento da autonomia dos usuários e para a redução de julgamentos e preconceitos, a identificação de barreiras individuais e coletivas à adesão, a realização de atividades educativas e psicossociais e a atuação dos profissionais como mediadores entre as políticas públicas e as realidades vivenciadas pelas PVHA (Almeida, 2022; Mandu, 2022; Santos, 2022).

6.6 EDUCAÇÃO EM SAÚDE E EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO ELEMENTOS ESTRUTURANTES DA CONTINUIDADE DA TARV

A análise das percepções dos supervisores evidenciou elementos que merecem reflexão quanto aos processos de comunicação e compreensão dos usuários sobre o HIV e a TARV. Observou-se a presença de percepções aparentemente contraditórias, bem como a influência de fatores sociais, culturais e individuais na interrupção do tratamento, indicando que a continuidade da TARV resulta da interação entre informações ofertadas, condições de vida e significados atribuídos à doença e ao cuidado.

Outro aspecto que remete à reflexão diz respeito aos fatores identificados como fortemente influentes para a interrupção da TARV, tais como estigma e discriminação, pobreza, uso de álcool e baixa escolaridade (Almeida 2025; Cazeiro; Silva; Souza, 2021; Mokgatle e Madiba, 2023). Esses fatores exercem impacto

significativo sobre a continuidade do tratamento e revelam que a interrupção da TARV está atravessada por dimensões sociais, econômicas, culturais e simbólicas indo além do âmbito estritamente biomédico, e que tais fatores não podem ser enfrentados por meio de discursos prescritivos ou informativos isolados, mas demandam escuta qualificada, diálogo e construção compartilhada de sentidos entre profissionais e usuários (Cazeiro; Silva; Souza, 2021; Costa, 2025).

Essas constatações não desqualificam o trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde, mas apontam para a necessidade de problematizar os métodos, conteúdos e estratégias educativas adotadas nos serviços uma vez que a informação transmitida pelos profissionais para os usuários não se converte necessariamente em conhecimento efetivo, fenômeno que dialoga com a crítica de Paulo Freire à chamada “educação bancária”, caracterizada pela transmissão verticalizada de conteúdos, desconsiderando os saberes, experiências e modos próprios de interpretar o mundo por parte dos educandos (Freire, 2023).

Essa tensão também pode ser compreendida à luz da reflexão de Foucault, inspirada na crítica nietzschiana do conhecimento, segundo a qual o saber não constitui uma faculdade neutra ou harmônica, mas um acontecimento atravessado por conflitos, interesses e relações de poder (Foucault, 1997). Nesse sentido, o distanciamento entre o saber técnico-profissional e o saber do usuário expressa relações hierárquicas que dificultam a construção compartilhada do cuidado, contrariando perspectivas baseadas em redes horizontais e na validação mútua dos diferentes saberes envolvidos no processo de atenção à saúde (Moebus, 2016).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a educação em saúde deve ser compreendida como um processo contínuo voltado ao fortalecimento de conhecimentos, habilidades e atitudes, promovendo a autonomia das pessoas e sua capacidade de tomar decisões informadas sobre a própria saúde (OMS, 2016; OMS, 2022). Nessa mesma direção, o Ministério da Saúde do Brasil define a educação permanente em saúde como um processo de aprendizagem no trabalho, fundamentado na reflexão crítica sobre a prática, com vistas à transformação das ações de cuidado e à qualificação dos serviços (Brasil, 2018). Embora este estudo esteja inserido no contexto angolano, tal concepção dialoga com diretrizes internacionais e com as recomendações da OMS para o fortalecimento dos sistemas de saúde.

No campo do HIV, a OMS ressalta que intervenções educativas efetivas devem ultrapassar a simples transmissão de informações biomédicas, incorporando abordagens centradas na pessoa, culturalmente sensíveis e baseadas no diálogo (OMS, 2022). Sob essa perspectiva, recomenda-se a adoção de ações estruturadas que contemplem, em primeiro lugar, processos de “Educação Permanente” direcionados aos profissionais de saúde, incluindo treinamentos de reciclagem e atualizações periódicas fundamentadas nos problemas identificados no cotidiano dos serviços e nos espaços de encontro das equipes (Brasil, 2018).

No que se refere aos usuários, diferentes estratégias podem ser mobilizadas no âmbito da “Educação em Saúde”, destacando-se o aconselhamento e a entrevista motivacional como abordagens que favorecem a reflexão crítica e o fortalecimento da motivação intrínseca (Santos, 2022)

Tais estratégias podem ser potencializadas pela articulação entre tecnologias leve-duras, representadas por instrumentos e conhecimentos estruturados, como protocolos clínicos e esquemas terapêuticos, e tecnologias leves, centradas na escuta qualificada e no vínculo relacional entre profissionais e usuários, ampliando as possibilidades de cuidado ao contemplar tanto a dimensão técnica quanto a relacional. (Ferri, 2007; Angelim et al., 2019; Mandu, 2022; Almeida, 2022).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Por tratar-se de uma investigação baseada nas percepções dos participantes, as respostas refletem interpretações subjetivas dos supervisores, estando suscetíveis a vieses individuais, institucionais ou contextuais. Ainda assim, essa característica é inerente ao delineamento adotado e coerente com o objetivo do estudo, não comprometendo a validade dos achados, desde que analisados à luz desse enquadramento metodológico.

Apesar dessas limitações, o estudo apresenta importantes contribuições. Entre os principais pontos fortes, destaca-se a originalidade da pesquisa, possivelmente a primeira a abordar, no contexto angolano, as percepções dos supervisores do programa HIV/Aids acerca dos fatores associados à interrupção da TARV. Soma-se a isso a elevada taxa de resposta obtida, tanto entre os supervisores provinciais (88,9%) quanto entre os municipais (71,3%), o que confere robustez à análise dos dados. Ademais, o estudo valorizou a escuta de profissionais que desempenham papel estratégico na gestão, supervisão e acompanhamento das ações de enfrentamento ao HIV/Aids, contribuindo com evidências relevantes para o planejamento de políticas e estratégias de fortalecimento da retenção em cuidado.

Diante dos achados apresentados e considerando que o estudo se baseou nas percepções de supervisores provinciais e municipais, e reconhecendo que a interrupção da TARV é um fenômeno multifatorial, recomenda-se tratá-la como responsabilidade compartilhada, fortalecendo a educação em saúde e a educação permanente como pilares da resposta ao HIV. Destaca-se a importância de valorizar o conhecimento dos profissionais dos serviços, integrar o cuidado às políticas de proteção social, segurança alimentar e apoio ao transporte, além de ampliar grupos de apoio e aprimorar a organização dos serviços segundo as especificidades territoriais. Recomenda-se, ainda, o fortalecimento das estratégias de busca ativa e retenção em cuidado, bem como a inclusão da perspectiva das pessoas vivendo com HIV em estudos futuros.

8 REFERÊNCIAS

- ALBERTI, Adriano; SILVA, Bruna Becker da; JESUS, Josiane Aparecida de; ZANONI, Eliton Marcio; GRIGOLLO, Leoberto Ricardo. Associação do maior número de mortes por COVID-19 e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de cidades catarinenses. *Id OnLine Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, v. 14, n. 54, p. 427-434, fev. 2021.
- ALMEIDA, Pedro R. S.; RAFAEL, C.; PIMENTEL, V.; ABECASIS, A.; SEBASTIÃO, C. S.; MORAIS, J. Determinantes demográficos e comportamentais relacionados à adesão à TARV entre pacientes HIV positivos em Luanda, Angola. *Brazilian Journal of Clinical Medicine and Review*, v. 3, n. 1, bjcmr23, 2025. DOI: 10.52600/2763-583X.bjcmr.2025.3.1.bjcmr 23. Acesso em: 21 mar. 2025.
- AMARAL, Viviane Michele do. Representações sociais de pessoas vivendo com HIV em abandono da terapia antirretroviral: educação em saúde para a retomada do tratamento. 2023. 76 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2023.
- ANDRADE, S. M.; JUNIOR, L. C.; CARVALHO, B. G.; GONZÁLEZ, A. D. Bases da Saúde Coletiva. 2. ed. Londrina: Eduel, 2017.
- ANGELIM, R. C. de M.; BRANDÃO, B. M. G. de M.; MARQUES, S. C.; OLIVEIRA, D. C. de; ABRÃO, F. M. da S. Representações e práticas de cuidado de profissionais de saúde às pessoas com HIV. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 53, e03478, 2019. DOI: 10.1590/S1980-220X2018017903478. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018017903478>. Acesso em: 26 mar. 2025.
- ANGOLA. Constituição da República de Angola. Luanda: Angola, 2010. Disponível em: <https://governo.gov.ao/ao/angola/a-constituicao/>. Acesso em: jan. 2025.
- ANGOLA. Decreto Presidencial n.º 277/14, de 24 de setembro. Aprova o Estatuto Orgânico do Instituto Nacional de Luta Contra Sida.
- ANGOLA. Lei n.º 14/24, de 5 de setembro de 2024. *Diário da República, Série 171*, 2024. Disponível em: <https://mpla.ao/wp-content/uploads/2024/09/Lei14.24de5deSetembro.pdf>.
- ANGOLA. Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde n.º 21/92, de 28 de agosto de 1992. Luanda: Angola, 1992. Disponível em: <http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/ang11736.pdf>.
- ANGOLA. Ministério da Educação. Atlas Geográfico. Brochura, v. 1, p. 45, 1982.
- ANGOLA. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS)

2012-2025. Volume 2. Luanda, jan. 2015. 445 p.

ANGOLA. Plano de Desenvolvimento Nacional (PDN). Impacto Socioeconómico e Sustentável 2023/2027. Disponível em: <https://www.ucm.minfin.gov.ao/cs/groups/public/document/zmlu/njax/~edisp/minfin601408.pdf>.

AZEVEDO, Lia Beatriz Henke de. Estigma em pessoas com HIV/Aids e implicações na adesão ao tratamento: um estudo de base comunitária. 2025. 41 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Aplicadas à Saúde), Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Francisco Beltrão, 2025.

BORGES, Ana Júlia; MIRANDA, Marília Torres; FREITAS, Mariana Souza; MELO FILHO, Plínio Resende de; DELFRARO, Gabriel Brandão. Dificuldades e implicações para adesão ao tratamento da imunodeficiência humana (HIV). Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, v. 10, n. 10, p. 1830-1835, 2024. DOI: 10.51891/rease.v10i10.16174. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/16174>. Acesso em: 16 mar. 2025.

BRAMBATTI, L. P.; CARVALHO, W. M. E. S. Adesão ao tratamento em pessoas vivendo com HIV/Aids: barreiras e possibilidades. Revista de Saúde do DF, v. 16, jul. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index. Acesso em: 4 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnhfolheto.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Manual Técnico 2018. Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS. PROEPS-SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim Epidemiológico, HIV/Aids 2023a. Brasília: MS, 2023. Disponível em:

<https://www.gov.br/Aids/ptbr/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2023/hiv-Aids/boletim-epidemiologico-hiv-e-Aids-2023.pdf/view>. Acesso em: fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e IST. Manual do cuidado contínuo das pessoas vivendo com HIV/Aids. 1. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2023b. Disponível em: <https://www.gov.br/Aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2023/manual-do-cuidado-continuo-das-pessoas-vivendo-com-hiv-Aids>. Acesso em: jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos – Módulo 1: Tratamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2023c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 108/2023-CGAHV/DATHI/SVSA/MS. Brasília: Ministério da Saúde, 2023d.

BRASIL. Lei nº 14.601, de 19 de junho de 2023. Institui o Programa Bolsa Família, no âmbito do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, em substituição ao Programa Auxílio Brasil. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 jun. 2023e. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14601.htm. Acesso em: 17 dez. 2025.

CABRAL, J. R.; MORAES, D. C. A.; FREITAS, D. A.; CABRAL, L. R.; LIMA, C. A.; OLIVEIRA, R. C. Assistência de enfermagem e adesão à terapia antirretroviral. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, 2022. Disponível em: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/10083/10811>. Acesso em: 14 mar. 2025.

CAETANO, D. G.; DIVINO, F. C. P.; FLORES, G. L.; et al. Viroses de transmissão parenteral e/ou sexual. In: LEMOS, E. R. S.; VILLAR, L. M.; LEON, L. A. A.; GUIMARÃES, M. L.; TEIXEIRA, S. L. M.; PAULA, V. S. (org.). *Tópicos em Virologia*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2023. p. 151-199. (BIO Collection). ISBN 978-65-5708-151-8. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786557082119.0007>. Acesso em: jun. 2025.

CALAIS, Lara Brum; PERUCCHI, Juliana. Políticas públicas de prevenção ao HIV/Aids: uma aproximação entre França e Brasil. *Psicologia em Revista (Belo Horizonte)*, v. 23, n. 2, p. 573-588, 2017. DOI: 10.5752/P.1678-9563.2017v23n2p573-588.

CANECA, Aires Muecália Julião; CHAXIMBE, Orlando Clementino Manunga;

SARRETA, Fernanda de Oliveira. Sistema de Saúde em Angola: contextualização, princípios e desafios. *Revista Angolana de Ciências*, v. 3, n. 2, p. 350–370, 2021. DOI: 10.54580/R0302.05. Disponível em:

<https://publicacoes.scientia.co.ao/ojs/index.php/rac/article/view/116>. Acesso em: 18 maio 2025.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. *Revista de Saúde Pública*, v. 30, n. 3, p. 285-293, jun. 1996.

CARVALHO, Patrícia Paiva; BARROSO, Sabrina Martins; COELHO, Heloisa Correa. Fatores associados à adesão à terapia antirretroviral em adultos: revisão integrativa de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 7, p. 2543-2555, 2019. DOI: 10.1590/1413-81232018247.22312017. Acesso em: 3 jun. 2025.

CASAS RIGHETTO, Rosângela; REIS, Renata Karina; FLECK REINATO, Lílian Andreia; GIR, Elucir. Comorbidades e coinfeções em pessoas vivendo com HIV/Aids. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v. 15, n. 6, p. 942 948, nov./dez. 2014. DOI: 10.15253/2175-6783.2014000600006.

CAZEIRO, F.; SILVA, G. S. N.; SOUZA, E. M. F. Necropolítica no campo do HIV: algumas reflexões a partir do estigma da Aids. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, p. 5361-5370, 2021. DOI: 10.1590/1413-812320212611.3.00672020. Acesso em: 14 mar. 2025.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. Metodologia científica. 5. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002. 48 p.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. About HIV. 2025. Disponível em: <https://www.cdc.gov/hiv/index.html>. Acesso em: jul. 2025.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. Revised surveillance case definitions for HIV infection among adults, adolescents, and children aged <18 months and for HIV infection and Aids among children aged 18 months to <13 years. United States, 2008. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, v. 57, n. RR-10, 5 dez. 2008. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5710.pdf>. Acesso em: 3 jun. 2025.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Adults and Adolescents with HIV. 2022. Disponível em: <https://Aidsinfo.nih.gov/guidelines> 2022. Acesso em: 30 dez. 2025.

Antiretroviral Agents in Adults and Adolescents with HIV. 2025. Disponível em: <https://www.cdc.gov/hivnexus/hcp/guidelines/index.html>. Acesso em: 30.12 2025.

CHALLENGES and difficulties faced by nurses in relation to care for people living with HIV/Aids. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 7, p. e9811729713, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i7.29713. Disponível em:

<https://rsdjournal.org/rsd/article/view/29713>. Acesso em: 28 ago. 2025.

COFFIN, J.; HUGHES, S.; VARMUS, H. *Retroviruses*. Cold Spring Harbor Laboratory Press, 2021.

COSTA, M. da S.; CAVALCANTE, M. de N. M. Fatores associados a descontinuação do tratamento com antirretrovirais em pacientes HIV positivos: uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Health Review*, [S. l.], v. 8, n. 1, p. e77189, 2025. DOI: 10.34119/bjhrv8n1-272. Disponível em:

<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/77189>. Acesso em: 13 jul. 2025.

COUTINHO, A. K. G. Pacientes convivendo com HIV: dificuldades na continuidade de tratamento. *Revista Multidisciplinar em Saúde*, p. 1-7, 2022. DOI: 10.51161/rem/s/3410. Disponível em:

<https://editoraime.com.br/revistas/rem/s/article/view/3410>. Acesso em: 16 mar. 2025.

COUTINHO, M. F. C.; O'DWYER, G.; FROSSARD, V. Tratamento antirretroviral: adesão e a influência da depressão em usuários com HIV/Aids atendidos na atenção primária. *Saúde em Debate*, v. 42, n. 116, p. 148–161, 2018. DOI: 10.1590/0103-1104201811612.

COUTO, Caroline da Rosa; HILLESHEIM, Betina. Saúde e nomadismo: território e pertencimento. *Psicologia & Sociedade*, v. 24, n. 2, p. 481–482, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822012000200028>. Acesso em: 5 jan. 2026

CUNHA, A. P. da; MOTA, J. C. da; CRUZ, M. M. da; et al. Factors associated with the interruption of antiretroviral therapy among people living with HIV/Aids in Brazilian municipalities between 2019 and 2022. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 28, e250015, 2025. DOI: 10.1590/1980-549720250015.

DUARTE, F. M. R.; OLIVEIRA, C.; SILVA, R. dos S. A (não) adesão ao tratamento de HIV/Aids: sentidos, manejos clínicos e dilemas bioéticos. *Revista Psicologia e Saúde*, v. 14, n. 2, p. 53-67, 2022. DOI: 10.20435/pssa.v14i2.1781. Disponível em: <https://pssa.ucdb.br/pssa/article/view/1781>. Acesso em: 2 jun. 2025.

FEITOSA, Micilene Inácio; FARIAS, Tarcísio da Mota. Tratamento e abandono do tratamento de HIV: fatores e desafios em uma instituição de saúde na cidade de Manaus. *Ciências da Saúde*, v. 28, n. 134, maio 2024. DOI:

10.5281/zenodo.11167979. Acesso em: 25 abr. 2025.

FERRI, S. M. N.; et al. Soft technologies as generating satisfaction in users of a family health unit. *Interface, Comunicação, Saúde, Educação*, v. 11, n. 23, p. 515-529, set./dez. 2007.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, n. 1, p. 17–27, jan. 2008. DOI: 10.1590/S0102-311X2008000100003.

FOUCAULT, Michel. Nietzsche, a genealogia e a história. In: *Microfísica do poder*. 12. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1997.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. 50. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2023.

GOMES, Marina da Silva. A percepção do psicólogo na atenção primária à saúde no acompanhamento a pessoa vivendo com HIV/Aids. 2024. 23 f. Trabalho de Conclusão de Residência (Residência em Atenção à Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2024.

(IAS) International Aids Society. Chegando ao cerne do estigma: Carta anual 2019. 2019. Disponível em:

<https://www.iasociety.org/sites/default/files/Annual%20letter/Annual%20Letter%202019%20-%20Getting%20to%20the%20heart%20of%20stigma.pdf>.

HONORATO, E.J.S; LEMOS, S.M.; FERREIRA, D.S.; SILVA, T.A.; MAYCOM GRIMM REIS, M.G.; SILVA, A.T.R. Percepção De Profissionais De Saúde Sobre Adesão E Não Adesão Ao Tratamento Antiretroviral Com Pacientes Portadores De Hiv/Aids. *Revista Amazônica, LAPESAM* Ano 11, v. XXI, nº 1, Jan-jun, 2018, Pág. 116-128. Disponível em: <https://periodicos.ufam.edu.br/index.php/amazonica/article/view/4711>. Acessado em 26 de jan. 2025.

(INE) Instituto Nacional de Estatística (Angola). Censo da População e Habitação, 2014. Luanda, 2014.

IIMS; INE; MINSA; MINPLAN; ICF. Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde em Angola, 2023–2024. Luanda: INE/MINSA/MINPLAN/ICF, 2025.

INLS. Normas de Tratamento Antirretroviral. Edição 2024.

INLS. Nota técnica n.º 03/2017 – Ref. 332/GDG/INLS/MINSA/17. 2017.

INLS. Plano Estratégico Nacional para o Controlo das Infecções de Transmissão Sexual, HIV e Aids 2007–2010. Dez. 2006.

INLS. VII Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV/Aids, Hepatites Virais e Outras ITS. 2023a.

INLS. Plano de Monitorização e Avaliação do VII Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV/Aids, Hepatites Virais e Outras ITS.

INLS. Relatório Anual de Atividades. 2022.

INLS. Relatório Anual de Atividades. 2023b.

INLS. Testar e Tratar em Angola. Guia Operacional da Estratégia (Projeto Piloto de Luanda). Fev. 2018.

JESUS, G. S.; GESTAL, P. F.; SILVA, A. F. et al. Efeitos das transferências condicionais de renda sobre a incidência e mortalidade por tuberculose de acordo com raça, etnia e fatores socioeconômicos na Coorte de 100 Milhões de Brasileiros. *Nature Medicine*, v. 31, p. 653-662, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41591-024-03381-1>. Acesso em: 21 dez. 2025.

KAHHALE, Edna P.; CHRISTOVAM, Cynthia; ESPER, Elisa; et al. HIV-Aids: sofrimento psíquico. São Paulo: Cortez, 2013. E-book. ISBN 9788524920868. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788524920868/>. Acesso em: 15 jul. 2025.

KERBAUY, Gilselena; AMARAL, Viviane Michele; NASCIMENTO, SILVA, João Vitor; SANTOS, Gabrielle Silva; MONTEZELI, Juliana Helena. Pessoas vivendo com HIV em abandono do tratamento: resgate e promoção da saúde. *Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina, PR, Brasil. The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, Volume 26, Supplement 2, 2022, 102463, ISSN 1413-8670. <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2022.102463>.

LOCH, Mathias Roberto. Aspectos históricos e concepções sobre a saúde e a doença. In: ANDRADE, S. M.; JUNIOR, L. C.; CARVALHO, B. G.; GONZÁLEZ, A. D. *Bases da Saúde Coletiva*. 2. ed. Londrina: Eduel, 2017. p. 9-28.

LOCH MR, DIAS DF, CASTRO ASR, GUERRA PH. Controle remoto ou remoto controle? A economia comportamental e a promoção de comportamentos saudáveis. *Rev Panam Salud Publica*. 2019;43:e18. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.18>

MANDU, Juliete Bispo dos Santos. Abandono de tratamento de pessoas com HIV e retorno após busca ativa: contribuições para enfermagem. 2022. 100 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufms.br/bitstream/123456789/4493/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20JULIETE%20BISPO%20DOS%20SANTOS%20MANDU.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2025.

MELCHIOR, Regina; NEMES, Maria Ines Battistella; ALENCAR, Tatianna Meireles Dantas; BUCHALLA, Cássia Maria. Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, supl. 2, p. 87–93, 2007.

MELLO, C. J. F. de A.; AMARAL, J. C. S. do; COSTA, M. da S.; et al. Terapia antirretroviral: principais causas de abandono no estado do Amapá. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 12, n. 8, e3423, 2020. DOI: 10.25248/reas.e3423.2020.

MELO, E. A.; MAKSDUD, I.; AGOSTINI, R. Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde? *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 42, 2018.

MELO, Lauro José Franco; ARAGÃO, Francisca Bruna Arruda; CARNEIRO, Tânia Silva Gomes; FIORATI, Regina Célia. Saúde da população em situação de rua e suas vulnerabilidades em saúde: reflexões sobre o processo saúde-doença. *Vittalle – Revista de Ciências da Saúde*, Rio Grande, v. 32, n. 1, p. 197–206, 2020. DOI: 10.14295/vittalle.v32i1.9080. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/vittalle/article/view/9080>. Acesso em: 5 jan. 2026.

MENDES, Pedro Paulo Melo. Os avanços da pesquisa clínica com antirretrovirais: estudos clínicos com dolutegravir. 2022. 46 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Farmácia) – Instituto Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://hdl.handle.net/20.500.12083/976>. Acesso em: 14 mar. 2025.

MESQUITA, A. L.; MELO, E. S.; COSTA, C. R. B.; PONTES, P. S.; GIR, E.; REIS, R. K. Consumo de álcool de pessoas vivendo com HIV e suas implicações para os desfechos clínicos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 22, p. 56418, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v22.56418>. Acesso em: 21 dez. 2025

MILAGRES, S. V. As representações sociais das pessoas vivendo com HIV/Aids sobre o uso do antirretroviral Enfuvirtida. *HU Revista*, Juiz de Fora, v. 43, n. 4, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/2774>. Acesso em: 25 jul. 2024. DOI: 10.34019/1982-8047.2017.v43.2774.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Módulo 1: Tratamento. Brasília, DF: MS, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2023/PCDTManejodaInfecopeloHIVemAdultosMdulo1Tratamento.pdf>. [Citado em: 24 out. 2023].

MINFIN. Uma breve fotografia do Sistema Nacional de Saúde em Angola. Direção Nacional de Saúde Pública, nov. 2022. Disponível em: <https://www.ucm.minfin.gov.ao/cs/groups/public/documents/document/aw4z/mzgz/~e disp/minfin3383470.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2025.

MIRANDA, M. de M. F.; OLIVEIRA, D. R. de; QUIRINO, G. da S.; et al. Adherence to antiretroviral therapy by adults living with HIV/Aids: a cross-sectional study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 75, n. 2, e20210019, 2022. DOI: 10.1590/0034-7167-2021-0019.

MOEBUS, Ricardo Luiz Narciso. Redes pesquisadoras em nós e os nós dessas redes. In: MERHY, Emerson Elias et al. (org.). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 384–388.

MOKGATLE, M.; MADIBA, S. Community perceptions of HIV stigma, discriminatory attitudes, and disclosure concerns: a health facility-based study in selected health districts of South Africa. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 20, n. 14, 6389, 2023. DOI: 10.3390/ijerph20146389.

NDONGO, N. et al. Perceptions of stigma and barriers to HIV care in Africa: a qualitative meta-synthesis. *BMC Public Health*, [S.l.], v. 20, n. 1, p. 1–10, 2020. Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-08577-2>. Acesso em: 2 jun. 2025.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA). Entendendo o uso de drogas e o vício: fatos sobre drogas. 6 jun. 2018. Disponível em: <https://nida.nih.gov/publications/drugfacts/understanding-drug-use-addiction>. Acesso em: 21 dez. 2025.

NOGUEIRA, Maicon de Araujo. Cartilha sobre a adesão ao tratamento do HIV/Aids. 1. ed. Belém: Neurus, 2022. E-book. Disponível em: <https://plataforma.bvirtual.com.br/Leitor/Publicacao/205068/pdf/0>. Acesso em: 18 jul. 2025.

NUNES, Linda Maira dos Santos. Percepção dos profissionais do Serviço de Assistência Especializada (SAE) do município de Divinópolis acerca da adesão ao tratamento HIV/Aids. *Revista Meditare*, v. 6, p. 24-32, 2013.

OLIVEIRA, G. M. L.; FORTUNA, A. F. L.; FERRAZ, M. E. D.; OLIVEIRA, N. A. de; FERRAZ, J. G. D. Desenvolvimentos recentes em terapias antirretrovirais para o tratamento do HIV. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 2, e69142, 2024. DOI: 10.34119/bjhrv7n2-428.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Diretrizes consolidadas sobre prevenção, testagem, tratamento, prestação de serviços e monitoramento do HIV: recomendações para uma abordagem de saúde pública. Genebra: OMS, 2024. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240031593>. Acesso em: 14 maio 2025.

OPERARIO, D.; KUO, C.; SOSA RUBÍ, S. G.; GÁLARRAGA, O. Incentivos econômicos condicionais para a redução de comportamentos de risco para o HIV: integração da psicologia e da economia comportamental. *Psicologia da Saúde*, v. 32, n. 9, p. 932-940, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/a0032760>. Acesso em: 21 dez. 2025.

PALAZZO, Janete; BARBOUR, Rosaline. Grupos focais. *Boletim Técnico do Senac*, v. 38, n. 2, p. 77-79, 2012. Disponível em: <https://www.bts.senac.br/bts/article/view/169>. Acesso em: 18 fev. 2025.

PARKER, R.; AGGLETON, P. HIV and Aids-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Social Science & Medicine*, v. 57, p. 13-24, 2003.

PATURALSKI, J. P.; VADOR, R. M. F.; BARBOSA, F. A. F. Atuação do enfermeiro e da equipe multiprofissional na assistência aos pacientes portadores de HIV. *Brazilian Journal of Development*, v. 7, n. 11, p. 105822–105843, 2021. DOI: 10.34117/bjdv7n11-288.

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E. R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. *Revista de Saúde Pública*, v. 29, n. 4, p. 318–325, 1995. DOI: 10.1590/S0034-89101995000400010. Acesso em: 11 set. 2025

PIRES, Luciana R.; COLETTA, Eliane D.; CAPAVERDE, Carolina; et al. *Psicologia*. Porto Alegre: SAGAH, 2018. E-book. ISBN 9788595023741. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788595023741/>. Acesso em: 15 jul. 2025.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Relatório de Desenvolvimento Humano 2021–2022: Tempos incertos, vidas instáveis. Maio 2023. Disponível em: <https://www.undp.org/pt/brazil/desenvolvimento-humano/publications/relatorio-de-desenvolvimento-humano-2021-22>.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Relatório de Desenvolvimento Humano 2023–2024: Quebrando o impasse. 2024. Disponível em:

<http://report2023-24.hdr.undp.org.s3-website-us-east-1.amazonaws.com/>.

POLEJACK, Larissa, MACHADO, Ana Cláudia Almeida; SANTOS, Carine de Souza; GUAMBE, Augusto Joaquim. Desafios para a Adesão ao TARV na Perspectiva dos Profissionais do Sistema de Saúde de Moçambique. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 36, n. spe, p. e36nspe10, 2020. Disponível em: DOI: 10.1590/0102.3772e36nspe10. Acesso em: 3 fev. 2025.

PONTES-PEREIRA, P. S.; ANTONINI, M.; FEDOCCI, E. M. M.; COSTA, C. R. B.; ESQUIVEL-RUBIO, A. I.; BOTELHO, E. P.; GIR, E.; REIS, R. K. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em pessoas vivendo com HIV. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 36, eAPE01132, 2023. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO0113>.

RACHID, Márcia; SCHECHTER, Mauro. *Manual de HIV/Aids*. 10. ed. Rio de Janeiro: Thieme Revinter, 2017. E-book. ISBN 9788554651053. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788554651053/>. Acesso em: 12 maio 2025.

RELF, M. V.; HOLZEMER, W. L.; HOLT, L.; NYBLADE, L.; ELLIS CAIOLA, C. A review of the state of the science of HIV and stigma: context, conceptualization, measurement, interventions, gaps, and future priorities. *Journal of the Association of Nurses in Aids Care*, v. 32, n. 3, p. 392-407, 2021. DOI: 10.1097/JNC.0000000000000237. Acesso em: 20 maio 2025.

SALOMÃO, Reinaldo. *Infectologia: Bases Clínicas e Tratamento*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2023. E-book. ISBN 9788527739849. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527739849>. Acesso em: 17 jun. 2025.

SANTOS, Fabiana Borges dos. *Abandono do tratamento antirretroviral e busca consentida de casos de pessoas vivendo com HIV/Aids*. 2011. 124 f. Dissertação (Mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde), Universidade de Brasília, Brasília, 2011. Disponível em: http://www.realp.unb.br/jspui/bitstream/10482/9734/1/2011_FabianaBorgesSantos.pdf.

SANTOS, Raquel Dias da Silva. *Letramento em saúde e adesão à terapia antirretroviral de adultos que vivem com HIV/Aids*. 2022. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/28259/24669/327917>.

SHABALALA, F. S.; VERNOOIJ, E.; PELL, C.; SIMELANE, N; MASILELA, N; SPIEGELMAN, D; CHAI, B; KHAN, S; REIS, R. Understanding reasons for discontinued antiretroviral treatment among clients in test and treat: a qualitative study in Swaziland. *Journal of the International Aids Society*, v. 21, suppl. 4, e25120, 2018. DOI: 10.1002/jia2.25120. PMID: 30027651; PMCID: PMC6053483.

SILVA, José; DOURADO, Ines; BRITO, Ana; SILVA, Carlos. Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em adultos com AIDS nos seis primeiros meses da terapia em Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 31, p. 1188-1198, jun. 2015. DOI: 10.1590/0102-311X00106914. Acesso em: 20 jun. 2025.

SILVA, A. F.; DOURADO, I.; LUA, I.; et al. A renda determina o impacto das transferências de renda sobre o HIV/Aids: estudo de coorte com 22,7 milhões de brasileiros. *Nature Communications*, v. 15, p. 1307, 2024. DOI:10.1038/s41467-024-44975-z. Acesso em: 28 jan. 2026

SILVA, C. C. do N.; NOGUEIRA, K. R. C. Fatores associados ao abandono do tratamento do HIV: uma revisão integrativa. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, v. 8, n. 19, p. e082289, 2025. DOI: 10.55892/jrgv8i19.2289. Acesso em: 21 ago. 2025.

SILVA, Daniela Jordana Santos da; WATANABE, Beatriz Toyama; GONÇALVES, Giovana de Souza; et al. Efetividade da terapia antirretroviral na redução da carga viral em pessoas vivendo com HIV no Sudoeste de Goiás, Brasil. *Medicina (Ribeirão Preto)*, v. 57, n. 3, p. e-206561, 2024. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2024.206561. Acesso em: 14 mar. 2025.

SILVA, W. P. C.; et al. Adesão à terapia antirretroviral de pacientes vivendo com HIV em regime ambulatorial em um hospital universitário. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 5, p. e38111528259, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i5.28259. Acesso em: 20 jul. 2025.

SONGA, Marcial António Simão; MOIMAZ, Suzely Adas Saliba; SALIBA, Nemre Adas. O olhar para uma população desassistida: determinantes sociais da saúde em Angola. *Saúde em Debate*, v. 48, n. 143, p. e9212, 2024. DOI: 10.1590/2358-289820241439212P. Acesso em: 10 jul. 2025.

SOUZA, Anelise Andrade de; HELLER, Léo. Programa Bolsa Família e saneamento: uma revisão sistemática dos efeitos na diarreia e na desnutrição. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 8, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021268.07362020> (doi.org in Bing). Acesso em: 21 dez. 2025.

SOUZA, Fabíola Lopes de. O papel do estigma na qualidade de vida das pessoas

vivendo com HIV: um estudo com usuários de um serviço de atenção especializada. SAE/CTA no sul de Minas Gerais. 2023. 100 f. Dissertação (Mestrado), Universidade Católica de Santos, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2023.

TADESSE, G.; RTBEY, G.; ANDUALEM, F.; et al. HIV-related perceived stigma and internalized stigma among people living with HIV/Aids in Africa: a systematic review and meta-analysis. PLoS ONE, v. 19, n. 10, e0309231, 2024. DOI: 10.1371/journal.pone.0309231.

TECHI, L. de C.; CAVALCANTE, I. dos S.; LIMA, D.; et al. Adesão à terapia antirretroviral de pacientes com HIV no Brasil e fatores que a prejudicam: uma revisão integrativa. Research, Society and Development, v. 9, e4612943123, 2023. DOI: 10.33448/rsd-v12i9.43123. Acesso em: 14 mar. 2025.

TELESSAÚDE RS–UFRGS. O que é interrupção de tratamento do HIV e qual a conduta? Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 11 out. 2023. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/quando-considerar-abandono-de-tratamento-do-hiv-e-qual-conduta/>.

UNAIDS. Relatório Global sobre Aids 2024: A urgência do agora, a Aids frente a uma encruzilhada. Genebra: UNAIDS, 2024. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

UNAIDS. Guia de Terminologia do UNAIDS. 2017. Disponível em: https://unAids.org.br/wp-content/uploads/2015/06/WEB_2018_01_18_GuiaTerminologia_UNAIDS.pdf. Acesso em: 6 jun. 2025.

UNAIDS. Dados globais sobre HIV e Aids: epidemiologia e resposta. 2024. [Sem URL fornecido].

VERONESI, R.; FOCACCIA, R. Tratado de infectologia. 6. ed. v. 1. Rio de Janeiro; São Paulo: Atheneu, 2021.

VIEIRA, A. S.; DALL'AGNOL, C. M. Concepções de uma equipe multidisciplinar sobre fuga de pacientes. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 62, n. 1, p. 79-85, 2009.

(WHO) World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. 2021. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44607>. Acesso em: 25 ago. 2024.

(WHO) World Health Organization. HIV/Aids. Fact sheets. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-Aids>. Acesso em: 12 mar. 2025.

(WHO) World Health Organization. HIV Data. Disponível em:

<http://www.who.int/HIV/data/en/>. Acesso em: 27 dez. 2024.

(WHO) World Health Organization (AFRO). Governança | Escritório Regional para a África. [Sem URL fornecido]. Acesso em: 12 mar. 2025.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da pesquisa

“Percepções dos Supervisores (Pontos Focais) do programa HIV/Aids sobre os motivos que levam as Pessoas que vivem com HIV ao abandono da Terapia Antirretroviral (TARV) em Angola”

Prezado(a) profissional de saúde,

Gostaríamos de convidá-lo(a) para participar da pesquisa **“Percepções dos Supervisores (Pontos Focais) do programa HIV/Aids sobre os motivos que levam as Pessoas que vivem com HIV ao abandono da Terapia Antirretroviral (TARV) em Angola”**, que tem como objetivo Avaliar as percepções dos Supervisores (Pontos Focais) sobre os motivos que levam as Pessoas que vivem com HIV ao abandono da Terapia Antirretroviral (TARV) em Angola e sobre o que poderia ser feito para reduzir as taxas de abandono da Terapia Antirretroviral (TARV) em Angola. Você poderá contribuir com esta pesquisa, respondendo a um formulário com 41 questões com a maioria de respostas fechadas, tendo também algumas questões semiabertas e abertas. O tempo estimado para resposta do questionário é de 10 a 15 minutos.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa.

Suas informações serão utilizadas para os fins desta e futuras pesquisas, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Todas as informações obtidas serão armazenadas pelos pesquisadores por um período de 5 anos.

Esclarecemos ainda, que o(a) senhor(a) não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

Enfatizamos que apesar de os procedimentos metodológicos não resultarem em risco direto aos participantes, como qualquer pesquisa realizada em ambiente virtual há alguns riscos inerentes, como os a confidencialidade e sigilo dos dados avessados, compartilhados e/ou armazenados em ambiente virtual, em função das limitações das tecnologias utilizadas. No entanto, ressaltamos que os dados coletados não envolvem questões consideradas mais delicadas e pessoais, bem como não irá solicitar dados como

número de Bilhete de Identidade (BI), informações bancárias, etc. Os dados a serem informados dizem respeito somente ao objeto da pesquisa.

Após o aceite e a assinatura deste termo, você receberá o link da pesquisa via whatsapp. Salientamos que utilizamos, além das Resoluções 466/2012, 510/2016 e demais resoluções, nos baseamos na Carta Circular nº 01/2021, de 03 de março de 2021, emitida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Brasil. Segundo tal documento, Entende-se por Meio ou ambiente virtual aquele que envolve a utilização da internet (como e-mails, sites eletrônicos, formulários disponibilizados por programas, etc.), do telefone (ligação de áudio, de vídeo, uso de aplicativos de chamadas, etc.), assim como outros programas e aplicativos que utilizam esses meios. (Carta Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS de 03 de março de 2021, p.1)

Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar: Edna Esperança Matamba Miguel Fonseca xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx Mathias Roberto Loch xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx ou através do telefone [xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx](tel:xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx) no Departamento de Saúde Coletiva Universidade Estadual de Londrina, na Avenida Robert Coco, nº 60, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 55 (43) 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

Declaro ter lido e compreendido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e desejo participar voluntariamente da pesquisa. Este documento é emitido em duas vias originais, as quais serão assinadas por mim e pelo/a pesquisador/a, ficando uma via com cada um de nós.

—Sim

—Não

Assinatura do/da participante da pesquisa

Assinatura do Pesquisador responsável

Data: ____/____/____

APÊNDICE B

Instrumento de Coleta de dados para avaliação das percepções dos Supervisores (pontos focais) do programa VIH/SIDA em Angola em relação ao abandono do tratamento pelas pessoas que vivem com VIH.

Este questionário tem como objetivo identificar, a partir das experiências dos Supervisores (pontos focais) do programa VIH/SIDA em Angola, os motivos relacionados ao abandono do tratamento pelas pessoas que vivem com VIH.

- **A sua participação nesta pesquisa é totalmente segura e voluntária**
- **Pedimos que responda com sinceridade, de acordo com sua opinião**
- **Não existem respostas certas ou erradas — queremos apenas entender sua percepção**
- **As informações que nos der, serão usadas unicamente para pesquisas científicas e terão total sigilo garantido**
- **Cada uma das seções do questionário, demora em média, de 1 a 2 minutos a ser respondida.**

Agradecemos a sua participação!

I. Bloco. Perfil dos participantes

1.1 Dados pessoais

1) Sexo

- Masculino ____
- Feminino ____

2) Idade:

Entre 18 e 29 anos

Entre 30 e 39 anos

Entre 40 e 49 anos

50 anos ou mais

3) Província em que trabalha

Bengo ____	Cuanza Sul ____	Lunda Sul ____
Benguela ____	Cunene ____	Malanje ____
Bié ____	Huambo ____	Moxico ____
Cabinda ____	Huíla ____	Namibe ____
Quando-Cubango ____	Luanda ____	Uíge ____
Cuanza Norte ____	Lunda Norte ____	Zaire ____

4) Município em que trabalha _____

5) Sua Função:

Ponto Focal Provincial ____ Ponto Focal Municipal ____

6) Há quanto tempo trabalha nesta função?

Menos de 6 meses _____
 De 6 a 11 meses _____
 De 1 a 3 anos _____
 De 4 a 5 anos _____
 6 anos ou mais _____

1.2 Dados referente a formação

- 1) Qual é o seu Nível Acadêmico (escolaridade)?
 - Básico _____
 - Médio _____
 - Superior _____
- 2) Caso tenha **formação superior** qual é a sua área de especialização?
 - Assistente Social _____
 - Enfermeiro _____
 - Médico _____
 - Psicólogo _____
 - Outro (especifique) _____

II. Bloco. Informações sobre abandono de tratamento

Esta sessão abordará apenas questões relativas à ABANDONO DE TRATAMENTO

Definição: Considera-se em abandono de tratamento o paciente há mais de 90 dias da última consulta, sem retorno à unidade de saúde, sem Terapia Antirretroviral (TARV) e sem informações sobre sua condição após múltiplas tentativas de contato.

- 2.1 Considerando o **ano de 2024**, na sua opinião aproximadamente quantos % dos pacientes que se encontravam em acompanhamento **abandonaram o tratamento** antiretroviral no seu local de trabalho?

Menos de 5%

- 5-10%
- 11-20%
- 21-30%
- 31-40%
- Mais de 40%

- 2.2 Considerando o **ano de 2024**, na sua opinião aproximadamente quantos % dos pacientes que haviam abandonado o tratamento antiretroviral no seu município ou província **foram readmitidos ao tratamento** entre janeiro e maio de 2025?

- 5-10%
- 11-20%
- 21-30%
- 31-40%
- Mais de 40%

2.3 Assinale com X a resposta que mais se aproxima da **sua percepção** sobre a taxa de abandono ao tratamento antirretroviral (TARV) no seu município ou província:

Considere que a taxa de abandono é o percentual de abandono dentro de cada grupo e não o número absoluto. Por exemplo: se um grupo tem 10 abandonos de um total de 100 pacientes e outro grupo tem 20 abandonos de um total de 400 pacientes, a taxa é maior no primeiro grupo, apesar do número absoluto ser maior no segundo grupo.

1) Em relação ao sexo, você diria que a taxa de abandono (em 2024):

- Foi maior entre os homens ____
- Foi maior entre as mulheres ____
- Foi semelhante entre homens e mulheres ____
- Não sei responder

2) Em relação ao estado civil, você diria que a taxa de abandono (em 2024): **Caso você considere que mais de um grupo dos listados abaixo tem taxa de abandono mais alta, pode assinalar mais de uma resposta.**

- Foi maior entre pacientes solteiros ____
- Foi maior entre pacientes casados/vivem maritalmente ____
- Foi maior entre pacientes divorciados ____
- Foi maior entre pacientes separados ____
- Foi maior entre pacientes viúvos ____
- Foi semelhante nos diferentes estados civis citados ____
- Não sei responder ____

3) Em relação ao nível de escolaridade, você diria que a taxa de abandono (em 2024): **Caso você considere que mais de um grupo dos listados abaixo tem taxa de abandono mais alta, pode assinalar mais de uma resposta.**

- Foi maior entre pacientes que não tem nenhum nível de escolaridade ou tem menos que ensino geral ____
- Foi maior entre pacientes que possuem o ensino geral ____
- Foi maior entre pacientes que possuem ensino médio ____
- Foi maior entre pacientes que possuem ensino superior ____
- Não há diferença na taxa de abandono entre os diferentes níveis de escolaridade citados ____
- Não sei responder ____

4) Em relação a orientação sexual, você diria que a taxa de abandono (em 2024):

- Foi maior entre pacientes heteros ____
- Foi maior entre pacientes não heteros ____
- Não há diferença entre ambos ____
- Não sei responder ____

5) Em relação as condições sociais, você diria que a taxa de abandono (em 2024): **Caso você considere que mais de um grupo dos listados abaixo tem taxa de abandono mais alta, pode assinalar mais de uma resposta.**

- Foi maior entre pacientes de baixa renda ____
- Foi maior entre pacientes de média renda ____
- Foi maior entre pacientes de alta renda ____
- Foi semelhante nas diferentes condições sociais citadas ____
- Não sei responder ____

6) Em relação a faixa etária, você diria que a taxa de abandono (em 2024): **Caso você considere que mais de um grupo dos listados abaixo tem taxa de abandono mais alta, pode assinalar mais de uma resposta.**

- Foi maior entre pacientes com idade entre 18 e 29 anos ____
- Foi maior entre pacientes com idade entre 30 e 39 anos ____
- Foi maior entre pacientes com idade entre 40 e 49 anos ____
- Foi maior entre pacientes com idade entre 50 e 59 anos ____
- Foi maior entre pacientes com idade ≥ 60 anos ____
- Foi semelhante nas diferentes faixas etárias citadas ____
- Não sei responder ____

3 Bloco. Dados referentes aos fatores que levam as pessoas que vivem com HIV ao abandono do tratamento antirretroviral (TARV).

Em uma escala de 1 a 5, referente aos motivos que influenciam as pessoas que vivem com HIV ao abandono do tratamento antiretroviral, onde 1- corresponde o mínimo (Não influencia) e o 5 - corresponde ao máximo (Influencia muito), **como você consideraria os fatores abaixo mencionados:**

1. A dificuldade do paciente em aceitar o diagnóstico positivo para HIV?

Não influencia (1)	(2)	(3)	(4)	Influencia muito (5)
-----------------------	-----	-----	-----	-------------------------

2. O medo ou insegurança do paciente em relação à eficácia do tratamento antirretroviral influencia muito no abandono do tratamento antiretroviral?

Não influencia (1)	(2)	(3)	(4)	Influencia muito (5)
-----------------------	-----	-----	-----	-------------------------

3. O receio dos efeitos adversos da medicação, incluindo interações medicamentosas e dificuldade para engolir os comprimidos influencia muito no abandono do tratamento antiretroviral?

Não influencia (1)	(2)	(3)	(4)	Influencia muito (5)
-----------------------	-----	-----	-----	-------------------------

4. O uso de álcool e/ou outras substâncias que levam o paciente a esquecer ou negligenciar a medicação influenciam muito no abandono do tratamento antiretroviral?

Não influencia (1)	(2)	(3)	(4)	Influencia muito (5)
-----------------------	-----	-----	-----	-------------------------

5. A vergonha ou preconceito internalizado em relação ao HIV, incluindo dificuldade em revelar o diagnóstico a outras pessoas influenciam muito no abandono do tratamento antiretroviral?

Não influencia (1)	(2)	(3)	(4)	Influencia muito (5)
-----------------------	-----	-----	-----	-------------------------

6. A tristeza, o desânimo ou falta de motivação do paciente para manter o tratamento influenciam muito no abandono do tratamento antiretroviral?

Não influencia (1)	(2)	(3)	(4)	Influencia muito (5)
-----------------------	-----	-----	-----	-------------------------

7. O cansaço/dificuldade com a rotina de tomar medicamentos diariamente influenciam muito no abandono do tratamento antiretroviral?

Não influencia (1)	(2)	(3)	(4)	Influencia muito (5)
-----------------------	-----	-----	-----	-------------------------

8. A falta de conhecimento do paciente em relação a doença e ao tratamento influencia muito no abandono do tratamento antiretroviral?

Não influencia (1)	(2)	(3)	(4)	Influencia muito (5)
-----------------------	-----	-----	-----	-------------------------

9. A falta de confiança nos profissionais das equipas influencia muito no abandono do tratamento antiretroviral?

Não influencia (1)	(2)	(3)	(4)	Influencia muito (5)
-----------------------	-----	-----	-----	-------------------------

10. O facto do paciente sentir-se bem, não ter nenhum sinal ou sintoma e acreditar que não precisa mais continuar com o tratamento?

Não influencia (1)	(2)	(3)	(4)	Influencia muito (5)
-----------------------	-----	-----	-----	-------------------------

11. A discriminação, o estigma social e o preconceito vivenciados por estes pacientes, tanto na família, trabalho ou comunidade onde estão inseridos?

Não influencia (1)	(2)	(3)	(4)	Influencia muito (5)
-----------------------	-----	-----	-----	-------------------------

12. As condições socioeconômicas desfavoráveis, como dificuldade para transporte ou alimentação adequada influenciam muito no abandono do tratamento antiretroviral?

Não influencia (1)	(2)	(3)	(4)	Influencia muito (5)
-----------------------	-----	-----	-----	-------------------------

13. O baixo nível de escolaridade, dificultando a compreensão das orientações relacionadas ao tratamento influencia muito no abandono do tratamento antiretroviral?

Não influencia (1)	(2)	(3)	(4)	Influencia muito (5)
-----------------------	-----	-----	-----	-------------------------

14. A influência de crenças culturais, religiosas ou tradições que interferem negativamente na aceitação ou continuidade do tratamento influencia muito no abandono do tratamento antiretroviral?

Não influencia (1)	(2)	(3)	(4)	Influencia muito (5)
-----------------------	-----	-----	-----	-------------------------

15. A dificuldade para se ausentar do trabalho e comparecer a consulta e/ou levantamento da medicação influencia muito no abandono do tratamento antiretroviral?

Não influencia (1)	(2)	(3)	(4)	Influencia muito (5)
-----------------------	-----	-----	-----	-------------------------

16. A Falta de apoio social de amigos e/ou familiares influencia muito no abandono do tratamento antiretroviral?

Não influencia (1)	(2)	(3)	(4)	Influencia muito (5)
-----------------------	-----	-----	-----	-------------------------

17. A dificuldade de acesso a unidades de saúde por limitações estruturais ou logísticas influencia muito no abandono do tratamento antiretroviral?

Não influencia (1)	(2)	(3)	(4)	Influencia muito (5)
-----------------------	-----	-----	-----	-------------------------

18. A falta de grupos de apoio organizados pelos serviços de saúde que ofereçam acompanhamento aos pacientes influencia muito no abandono do tratamento antiretroviral?

Não influencia (1)	(2)	(3)	(4)	Influencia muito (5)
-----------------------	-----	-----	-----	-------------------------

19. A ausência de acolhimento e de escuta ativa por parte da equipe de saúde influenciam muito no abandono do tratamento antiretroviral?

Não influencia (1)	(2)	(3)	(4)	Influencia muito (5)
-----------------------	-----	-----	-----	-------------------------

20. O longo tempo de espera para o atendimento para consultas e/ou para levantamento da medicação influencia muito no abandono do tratamento antiretroviral?

Não influencia (1)	(2)	(3)	(4)	Influencia muito (5)
-----------------------	-----	-----	-----	-------------------------

21. A falta de empatia dos profissionais em relação as particularidades e necessidades individuais de cada um influencia muito no abandono do tratamento antiretroviral?

Não influencia (1)	(2)	(3)	(4)	Influencia muito (5)
-----------------------	-----	-----	-----	-------------------------

22. A dificuldade dos profissionais de saúde em explicar questões relacionadas ao tratamento para os pacientes influencia muito no abandono do tratamento antiretroviral?

Não influencia (1)	(2)	(3)	(4)	Influencia muito (5)
-----------------------	-----	-----	-----	-------------------------

23. Além destes fatores mencionados, você diria que existem outros fatores que influenciam o abandono do tratamento antirretroviral (TARV) no seu município ou província?

Sim _____

Não _____

Se sim, quais? _____

24. Você tem alguma opinião do que poderia ser feito em termos de políticas ou estratégias, para reduzir o abandono do tratamento antirretroviral (TARV) no seu município ou província?

Sim _____

Não _____

Caso sim, quais? _____

25. Você aceitaria, caso necessário, participar de uma etapa posterior da pesquisa com informações complementares?

Sim _____

Não _____

Caso sim, por favor, informe um meio de contato (telefone ou e-mail) para que possamos fornecer mais informações.

ANEXOS

ANEXO A

Declaração de Concordância Do INLS



REPÚBLICA DE ANGOLA
MINISTÉRIO DA SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE LUTA CONTRA A SIDA
GABINETE DO DIRECTOR GERAL ADJUNTO P/ SERV.EXECUTIVOS

A
Universidade Estadual de Londrina

Brasil

Ref. 25 GDGA-SE/INLS/MINSA/2025.

ASSUNTO: Solicitação de Autorização para Participação dos Pontos Focais do Programa VIH/SIDA dos Níveis Provincial e Municipal em Pesquisa .

Melhores Cumprimentos

Em resposta a vossa solicitação sobre o assunto em epígrafe, que recai sobre o Of S/N da Universidade Estadual de Londrina, Brasil, de 24 de Fevereiro de 2025, damos o parecer favorável para participação dos pontos focais provincial e municipal do programa na pesquisa intitulada, " Percepções dos Supervisores do Programa VIH/SIDA sobre os motivos que levam as pessoas que vivem com o VIH ao abandono da terapia antirretroviral (TARV), em Angola".

Sem outro assunto de momento, subscrevemo-nos com estima e consideração.

LUANDA, AOS 08 DE ABRIL DE 2025.

O DIRECTOR GERAL ADJUNTO



=MEDICO=
REPÚBLICA DE ANGOLA
MINSA

Instituto Nacional de Luta Contra a SIDA
GDGA-SE



B25040810410001583886

Original

2025-04-08 09:34:15

Rua 1º Congresso do MPLA nº 67, Luanda - Angola
Telef: 222371855, Fax: 222371855
e-mail: inls.geral@gmail.com



GOVERNO DE
ANGOLA | mins.gov.ao
Ministério da Saúde



ANEXO B

Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Percepções dos Supervisores (Pontos Focais) do programa HIV/AIDS sobre os motivos que levam as Pessoas que vivem com HIV ao abandono da Terapia Antirretroviral (TARV) em Angola

Pesquisador: Edna Esperança Matamba Miguel Fonseca

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 88334925.2.0000.5231

Instituição Proponente: CCS - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.590.338

Apresentação do Projeto:

As informações ocultas neste documento foram retiradas do formulário

PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2545278.pdf preenchido pelo próprio pesquisador.

A epidemia de HIV/AIDS permanece um desafio global e, em Angola, sua prevalência superior a 1% torna-a generalizada. Apesar da eficácia da Terapia Antirretroviral (TARV), a adesão ainda é problemática. Este estudo visa compreender, a partir da perspectiva dos Supervisores (Pontos Focais) do programa HIV/AIDS, os motivos que contribuem para o abandono da TARV pelas pessoas vivendo com HIV. Serão também identificadas

possíveis estratégias para reduzir essas taxas. A investigação adotará uma abordagem descritiva, exploratória e quantitativa, com aplicação de questionários a supervisores provinciais e municipais com pelo menos seis meses na função.

A coleta de dados será realizada por meio de um questionário de autoria própria, composto por 41 questões, sendo estas fechadas, semiabertas e abertas, que estão subdivididas em 3 blocos. O primeiro bloco tem um total de 8 questões e coletará os dados pessoais dos participantes da pesquisa; o segundo bloco, 9 questões e são referentes a formação

profissional, e as percepções relacionadas aos grupos mais propensos ao abandono do tratamento, incluindo estimativas percentuais por local de trabalho; e o terceiro e último bloco, com 24 questões avaliará os motivos relacionados ao abandono do tratamento pelas pessoas

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 7.590.336

que vivem com VIH, sendo que as questões estão divididas em motivos intrínsecos (relacionados ao próprio paciente) e extrínsecos (relacionados ao ambiente social, econômico) e os que estão relacionados ao sistema de saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar as percepções dos Supervisores (Pontos Focais) sobre os motivos que levam as Pessoas que vivem com HIV ao abandono da Terapia Antirretroviral (TARV) em Angola e sobre o que poderia ser feito para reduzir as taxas de abandono da Terapia Antirretroviral (TARV) em Angola.

Objetivo Secundário:

Caracterizar os Supervisores (Pontos Focais) segundo as suas formações e o tempo de atuação no programa. Verificar eventuais diferenças nas percepções dos Supervisores (Pontos Focais) segundo variáveis contextuais: região; IDH; Tamanho do município.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Apesar de os procedimentos metodológicos não implicarem riscos diretos à integridade física ou psicológica dos(as) participantes, reconhecemos que toda pesquisa realizada em ambiente virtual pode envolver risco mínimo, relacionado à confidencialidade e ao sigilo das informações dos participantes, coletadas, compartilhadas e/ou armazenadas. Tais riscos decorrem, principalmente, das limitações inerentes às tecnologias utilizadas.

Para minimizar esses riscos, a pesquisa adotará as seguintes medidas de segurança: A coleta de dados será feita por meio do Google Forms, plataforma que utiliza criptografia para transmissão dos dados; O formulário não solicitará nenhuma informação pessoal sensível, como nome, número de Bilhete de Identidade (BI), dados bancários, telefone ou endereço; As respostas serão anônimas e armazenadas com acesso restrito exclusivamente à equipe pesquisadora; Os dados serão utilizados apenas para fins acadêmicos e científicos, e não serão compartilhados com terceiros; Após o encerramento da pesquisa, os dados serão mantidos em ambiente seguro por 5 anos.

Benefícios:

Possibilidade de melhorar o entendimento sobre as barreiras ao tratamento. Subsidiar políticas públicas e estratégias mais eficazes para a adesão à TARV. Valorização da experiência dos supervisores como agentes-chave no enfrentamento da epidemia.

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 7.590.336

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

nada a declarar

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto devidamente preenchida e assinada;

Riscos e benefícios descrito no TCLE, mas não no formulário da pLataforma Brasil;

Projeto brochura apresentado adequadamente;

Cronograma com início da coleta de dados em 09/06/2025 e término do projeto em 28/02/2026

Orçamento de R\$ 250,00 compatível com o desenho do estudo.

Instrumento de coleta de dados apresentado no projeto brochura;

Termo de anuência: apresentou carta do Ministério da Saúde da República de Angola, Instituto Nacional de Luta contra SIDA dando anuência da pesquisa e assinado por José Carlos Van Dunem, Diretor Geral Adjunto.

TCLE apresentado adequadamente;

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora atendeu todas as pendências e o projeto não possui óbices éticos para a sua execução.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado(a) Pesquisador(a),

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade apresenta-Lo aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Ressaltamos, para início da pesquisa, as seguintes atribuições do pesquisador, conforme Resolução CNS 466/2012 e 510/2016:

A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe:

- conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido;
- apresentar dados solicitados pelo sistema CEP/CONEP a qualquer momento;
- desenvolver o projeto conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção;
- elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;
- encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 7.590.336

pesquisadores e pessoal técnico integrante do projeto;

- justificar fundamentadamente, perante o sistema CEP/CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Coordenação CEP/UEL.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2545276.pdf	22/05/2025 16:34:02		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.docx	22/05/2025 16:20:30	Edna Esperança Matamba Miguel Fonseca	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_brochura.docx	22/05/2025 16:14:24	Edna Esperança Matamba Miguel Fonseca	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PONTOS_FOCAIS.docx	22/05/2025 16:12:05	Edna Esperança Matamba Miguel Fonseca	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoo.pdf	02/05/2025 14:08:01	Edna Esperança Matamba Miguel Fonseca	Aceito
Brochura Pesquisa	Brochura_projeto.docx	02/05/2025 12:38:59	Edna Esperança Matamba Miguel Fonseca	Aceito
Declaração de concordância	Autorizacao_da_pesquisa_INLS.pdf	02/05/2025 12:29:12	Edna Esperança Matamba Miguel Fonseca	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	02/05/2025 12:25:48	Edna Esperança Matamba Miguel Fonseca	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	02/05/2025 12:23:05	Edna Esperança Matamba Miguel Fonseca	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

CEP: 86.057-970

UF: PR

Município: LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 7.590.336

Não

LONDRINA, 23 de Maio de 2025

Assinado por:

Alessandra Lourenço Cecchini Armani
(Coordenador(a))