

Factores associados à descontinuação da terapia antirretroviral combinada (TARV) em adultos seropositivos em tratamento na unidade sanitária da sede do distrito de Namacurra, na província da Zambézia, Moçambique

Relatório Final da Avaliação

(Avaliação concluída como dissertação de mestrado em Bioestatística pelo primeiro autor)

4 de Março de 2020

Data de publicação do relatório: Resumo aprovado pelo CDC-MZ ADS a 23 de Julho de 2019 (apresentado na conferência ICASA 2019); O relatório final das Padrões de Prática de Avaliação (ESoP) submetido em Março de 2020

Autores e afiliações: Jorge José Moiane¹, C. William Wester^{2,3} e Ana Abecasis⁴

¹Friends in Global Health (FGH), Quelimane, Moçambique

²Centro Médico da Universidade de Vanderbilt (VUMC), Departamento de Medicina, Divisão de Doença Infecciosa, Nashville, TN, EUA

³Centro Médico da Universidade de Vanderbilt, Instituto de Vanderbilt para Saúde Global (VIGH), Nashville, TN, EUA

⁴Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Lisboa, Portugal

Sumário Executivo

Contextualização:

O vírus da imunodeficiência humana (HIV) continua a ser um grande problema de saúde pública. Embora a terapia antirretroviral combinada (TARV) tenha levado a uma redução significativa na morbimortalidade associada ao HIV, permanecem desafios relativos à sua adesão e retenção nos cuidados. Inúmeros estudos foram publicados detalhando os motivos mais comuns para a descontinuação da TARV entre adultos tratados com a TARV residentes em países de baixo e médio rendimento (PBMRs) em todo o mundo, mas poucos foram publicados sobre Moçambique, um país com a terceira maior carga do HIV/SIDA globalmente. Para além disso, não se sabe se os factores de risco típicos para a descontinuação da TARV são os mesmos na zona rural de Moçambique, onde as pessoas podem enfrentar diferentes desafios. Como resultado disto, foi nossa pretensão realizar uma avaliação na zona rural de Moçambique (na unidade sanitária [sede] da capital do distrito de Namacurra na Província da Zambézia) com o objetivo de fazer uma estimativa da proporção de pacientes que descontinuam a TARV (definida como a ausência de levantamento da TARV por ≥ 60 dias) e identificar os principais factores associados à descontinuação da TARV neste cenário.

Métodos:

Foi realizado um estudo transversal utilizando dados extraídos da base de dados eletrónica dos pacientes (OpenMRS) de adultos HIV positivos (idade ≥ 15 anos), inscritos nos cuidados entre 1 de Janeiro de 2015 e 31 de Dezembro de 2016, com um período de acompanhamento até 8 de Maio de 2018. O tamanho da amostra foi calculado usando a fórmula para proporções (erro de amostra de 3%, taxa de descontinuação de 50% e nível de confiança de 95%), com amostragem proporcional estratificada por sexo para evitar a inclusão desproporcional de homens e mulheres. As associações com variáveis sociodemográficas e clínicas foram avaliadas usando os testes qui-quadrado e exacto de Fisher, e a modelagem de regressão logística ajustada para variáveis significativas. A análise foi suportada pelo pacote de *software* estatístico SPSS Versão 25.

Resultados:

Dos 2.641 adultos da coorte, 766 foram incluídos na análise (583 [76%] do sexo feminino e 183 [24%] do sexo masculino). A média de idade foi de 28 anos (IQR: 22-35 anos); 77% reportaram não ter educação formal ou ter escolaridade primária; e 90% reportaram estar desempregados. A duração média da TARV foi de 19 meses (desvio padrão [DP] 12 meses). A mediana para a contagem de células CD4 mais recente foi de 394 células/mm³ (IQR: 223-624 células/mm³) e 73% apresentavam doença clínica em estágio I ou II da OMS. No geral, 50% dos pacientes descontinuaram o tratamento com TARV no período da avaliação. Os factores associados à descontinuação do TARV incluíram ser mais jovem (< 35 anos, $p=0,02$), estar desempregado ($p=0,02$), tendo experiência prévia em TARV ($p=0,02$), sem diarreia crônica ($p=0,01$) ou tosse

prolongada ($p=0,04$) e tendo imunossupressão avançada (ou seja, contagem recente de células CD4 de ≤ 200 cópias/ mm^3 ($p < 0,001$)). A análise ajustada identificou a idade mais avançada (≥ 35 anos) como sendo protetora (rácio ajustado de probabilidades [aOR]=0,97, IC 95%: 0,94-0,99; $p=0,01$) e tendo imunossupressão avançada (ou seja, valor recente da contagem de células CD4 ≤ 200 cópias/ mm^3) como factores de risco (aOR=4,5, IC 95%: 2,084-9,837; $p < 0,001$) para descontinuação da TARV.

Conclusões:

A taxa de descontinuação da TARV é alta em pacientes mais jovens e aqueles com imunossupressão avançada apresentam maior risco. Estratégias personalizadas, tais como Serviços para Jovens Adultos e Grupos de Apoio à Adesão da Comunidade, com foco específico em jovens e adultos jovens, combinadas com aconselhamento reforçado sobre a adesão, deverão ser exploradas.

Contextualização

Globalmente, a África Subsaariana continua a ter uma quantidade desproporcional de pessoas que vivem com HIV/SIDA. Moçambique tem a oitava prevalência mais alta no mundo e a província da Zambézia, situada na região central predominantemente rural, tem uma das maiores prevalências de HIV no país.

De acordo com estatísticas nacionais da IMASIDA (2015), a prevalência de HIV em Moçambique foi estimada em 13,2% entre adultos em idade reprodutiva (15-49 anos de idade), com uma taxa mais alta entre as mulheres (15,4%) em comparação com os homens (10,1%). Para ambos os sexos, a prevalência é maior nas áreas urbanas (20,5% para mulheres e 12,3% para homens) em comparação às áreas rurais (12,6% para mulheres e 8,6% para homens). Na província da Zambézia, a prevalência do HIV é estimada em 15,1%.

As evidências que detalham os benefícios do uso eficaz da TARV para o aumento da sobrevivência e melhoria da qualidade de vida dos pacientes HIV positivos são claras, e os indivíduos tratados com a TARV que mantêm a supressão viral (ou seja, têm valores consistentes de carga viral plasmática abaixo do limite inferior de deteção) não irão transmitir o HIV aos seus parceiros seronegativos; indetetável = intransmissível (U = U) [1].

No entanto, o sucesso da TARV depende em grande parte dos factores que influenciam a adesão individual do paciente à TARV, incluindo uma variedade de factores do sistema de saúde (ou seja, distância geográfica, longos tempos de espera, baixa qualidade de atendimento, etc.) e factores ao nível individual (ou seja, estigma/discriminação percebida, efeitos secundários relacionados com os medicamentos ARV, etc.) [2-5].

As taxas de retenção nos serviços de HIV em Moçambique têm sido preocupantemente baixas, com uma taxa de retenção nacional de 69% aos 12 meses em 2018 (Relatório Nacional do Ministério da Saúde [MISAU]).

Objectivo e Questões

O objectivo geral desta avaliação foi quantificar a taxa de descontinuação da TARV e identificar os factores relacionados com o paciente que para esta contribuem.

Mais especificamente, esta avaliação teve como objectivo identificar os factores sociodemográficos e clínicos que contribuem para a descontinuação da TARV entre pacientes da unidade sanitária da capital do distrito de Namacurra, na província da Zambézia, Moçambique.

Desenho / Métodos / Limitações

Tipo

Foi realizado um estudo observacional transversal. Para esta avaliação de resultados, realizámos uma análise de dados secundários dos dados individuais e das unidades sanitárias recolhidos de forma rotineira pelas equipas distritais e provinciais para fins de monitoria e relatórios programáticos.

Envolvimento das Partes Interessadas

As equipas técnicas da FGH têm colaborações contínuas com as partes interessadas chave que trabalham nas unidades sanitárias e nas comunidades que estamos a apoiar e com as quais estamos envolvidos. Esta nota conceptual e plano de avaliação para a análise de dados secundários foram desenvolvidos em colaboração com as autoridades distritais de saúde da província e aprovados pela instituição patrocinadora CDC-Moçambique (CDC-MZ).

Estratégia de Amostragem

O tamanho da amostra foi calculado usando uma fórmula baseada na proporção de descontinuação prévia da TARV na unidade sanitária deste local; o tamanho da amostra necessário para esta avaliação foi então calculado para a dimensão actual conhecida da população. Para uma amostragem aleatória de homens e mulheres elegíveis, proporcional à população real observada nesta unidade sanitária, a amostragem foi estratificada por sexo (masculino e feminino). Considerando que $Z_{\alpha/2} = 1,96$, dado que é utilizado o nível de confiança de 95% (IC), com margem de erro de 3% (MOE = 0,03), seleccionámos um tamanho de amostra de 766 pacientes para inclusão na avaliação. A partir deste número, foram calculados os números correspondentes às proporções identificadas por sexo: 24% dos pacientes incluídos eram do sexo masculino (183 homens) e 76% do sexo feminino (583 mulheres).

Métodos

Os dados recolhidos de forma rotineira ao nível do paciente foram obtidos de uma fonte de dados secundária, o OpenMRS, que é uma base de dados eletrónica onde os dados programáticos são armazenados em segurança. Estes dados são derivados dos registos médicos dos pacientes e dos seus respetivos formulários de levantamento da TARV obtidos pela farmácia (FILA).

Para a análise dos dados, foram utilizados o *IBM Statistical Package for Social Science* (SPSS) Versão 25 e o MS Excel 2016.

Para avaliar a associação entre variáveis categóricas e descontinuação da TARV, foi realizado o teste do qui-quadrado; e se as condições para este teste não pudessem ser atendidas, realizou-se o teste exacto de Fisher. Para a análise multivariada, foi realizada a regressão logística.

Considerações Éticas

Antes da execução de qualquer um dos procedimentos desta pesquisa, a aprovação para a mesma foi solicitada ao Comité Institucional de Bioética para a Saúde da Província da Zambézia (CIBS-Z). Esta análise de dados secundários está a coberto do protocolo “guarda-chuva” aprovado pelo

CDC da VUMC/FGH, intitulado “*Melhoria da Qualidade dos Cuidados e Tratamento do HIV na província da Zambézia da República de Moçambique sob o Plano de Emergência do Presidente para o Combate à SIDA (PEPFAR)*” (CGH HSR #: 2016-163a), também aprovado pelos comités de ética de Moçambique e VUMC IRB.

Confidencialidade do Paciente

Todos os dados incluídos nesta análise foram dados programáticos anonimizados.

Consentimento informado

Para esta avaliação, foi dispensada a obtenção do consentimento informado, pois a fonte de recolha de dados é secundária e não houve contacto com os pacientes cujos dados foram incluídos na análise. Em vez disso, foi feito um Contrato de Utilização de Dados com a instituição onde a avaliação foi desenvolvida como forma de descrever e concordar com o acesso estritamente limitado a dados de nível individual anonimizados nos computadores dos gestores de dados ou nas bases de dados localizadas nos servidores seguros da FGH.

Benefícios

Com os resultados desta avaliação, será possível projetar abordagens estratégicas contextualizadas para o Centro de Saúde do Distrito de Namacurra, a fim de mitigar a descontinuação da TARV; levando, assim, a menores taxas de morbimortalidade entre os pacientes atendidos naquela unidade sanitária ou de outros pacientes com características semelhantes.

Riscos

Não estão previstos riscos para os pacientes cujos dados foram incluídos nestas análises uma vez que não haverá intervenções que possam gerar danos físicos, psicológicos e sociais, pois apenas dados secundários foram recolhidos e incluídos.

Desvios do POP / Protocolo

Não houve nenhum desvio de nenhum procedimento operacional padrão (POP) ou protocolo.

Garantia de Qualidade

Quando o conjunto de dados foi recolhido, os dados foram limpos para garantir que fossem consistentes e adequados aos critérios de inclusão e exclusão da avaliação.

Plano de Análise de Dados

Foi realizada uma análise exploratória com recurso à estatística descritiva. Para variáveis categóricas, foram calculados as proporções e os seus intervalos de confiança (IC), construídas as tabelas de frequências e os resultados apresentados em tabelas e/ou gráficos apropriados. Para variáveis numéricas, foram calculadas as médias ou medianas e, correspondentemente, os respectivos intervalos de confiança ou intervalos interquartis (IQR), e foram calculadas as medidas de dispersão (variância, desvio padrão, coeficiente de variação).

Para avaliar a associação entre as variáveis categóricas e a variável de descontinuação do TARV, foi realizado o teste do qui-quadrado e, quando as condições para este teste não estavam atendidas,

foi realizado o teste exacto de Fisher. Seguindo as diretrizes do MISAU para os cuidados e tratamento da TARV, a descontinuação (ou seja, abandono) da TARV foi definida como o não levantamento da TARV dentro de 59 dias após a última data de levantamento programado ou 90 dias após o último levantamento de medicamentos para a TARV.

Para a análise multivariada, foi utilizado um modelo de regressão logística em que a descontinuação da TARV era a variável dependente, categorizada como “1” se o paciente tivesse descontinuado a TARV ou “0” se isto não tivesse acontecido (ou seja, o paciente ainda estava activo nos cuidados pela definição acima descrita). As variáveis sociodemográficas e clínicas foram incluídas no modelo como variáveis independentes. O critério para inclusão das variáveis independentes no modelo multivariado foi de que as variáveis tivessem um valor de p menor ou igual a 0,05 nos testes do qui-quadrado ou exacto de Fisher, portanto, estas variáveis foram incluídas no modelo de regressão logística.

Limitações da Concepção

A avaliação foi realizada usando dados de pacientes de apenas uma unidade sanitária na província da Zambézia, enquanto a inclusão de pacientes de unidades sanitárias adicionais na região poderia presumivelmente contribuir para resultados mais generalizáveis. Além disso, não foi possível explorar o componente de temporalidade (como é feito em estudos prospetivos), sendo que assim a causalidade dos factores associados não é reportada.

Constatações e Conclusões

Dados demográficos dos pacientes

Na amostra de 766 pacientes, 583 (76%) eram do sexo feminino, a idade mediana dos pacientes foi de 28 anos (IQR de ± 13 anos), 75% tinham menos de 35 anos e 660 (90%) estavam desempregados (ou seja, sem rendimento fixo), 529 (77%) não possuíam escolaridade ou tinham apenas o ensino de nível primário, 424 (73%) eram casados ou tinham relações de direito consuetudinário, 256 (78%) não possuíam um geleira em casa (Tabela 1). Na comparação de idades por sexo, há uma diferença entre mulheres e homens. As mulheres têm uma idade mediana de 26 anos (IQR ± 12 anos) e os homens de 34 anos (IQR ± 15 anos), com diferenças estatisticamente significativas identificadas pelo teste de Mann-Whitney para amostras independentes (valor de $p < 0,001$), ou seja, 50 % das mulheres inscritas em TARV têm pelo menos 26 anos e os homens pelo menos 34 anos.

História clínica do paciente¹

Em relação à história clínica, 9 pacientes (5%) tinham histórico de alergias a medicamentos, 9 (3%) tinham experiência prévia em TARV, 33 (6%) tinham história de herpes zóster, 31 (6%) tinham historial de sífilis, 47 (9%) tinham historial de diarreia crónica, 121 (23%) tinham um historial de perda de peso superior a 10% do seu peso, 59 (11%) tinham um historial de tosse

¹ As percentagens indicadas nos resultados da história clínica do paciente estão calculadas do número total (denominador) de pacientes que possuíam dados sobre essas variáveis documentados em sua história clínica.

crónica, 533 (73%) encontravam-se com doença clínica em estadio I ou II segundo a OMS, e 758 (99%) estavam em regime da TARV composto por tenofovir (TDF), lamuvidina (3TC) e efavirenz (EFV). A duração média tomando TARV foi de 19 meses (DP 12 meses) e a duração média permanecendo nos serviços de cuidados clínicos de HIV foi de 30 meses (de 0 a 135 meses).

Descontinuação da TARV

A descontinuação da TARV entre os pacientes incluídos na análise foi bastante alta, cifrando-se em 50% (IC 95%: 47%-57%). A idade mediana dos pacientes que abandonaram os cuidados da TARV foi de três anos menos do que a idade dos indivíduos que continuaram o tratamento (ou seja, que permaneceram activos nos cuidados) e estas diferenças são estatisticamente significativas ($p < 0,001$), dos quais 26 anos (IQR \pm 12 anos) para pacientes que abandonaram o tratamento e 29 anos (IQR \pm 15 anos) para os pacientes que continuaram o tratamento.

Ao nível de significância de 5%, a variável para o estado da TARV do paciente (ou seja, activo na TARV ou TARV descontinuada) está associada a: idade, onde 80% ($p=0,02$) dos pacientes que descontinuaram a TARV tinham idade <35 anos; ocupação, onde 93% ($p=0,02$) daqueles que descontinuaram a TARV reportaram estar desempregados; com ingenuidade relativamente ao TARV, pois 95% ($p=0,02$) daqueles que descontinuaram a TARV não tinham historial prévio de TARV; estado dos sintomas da tosse, uma vez que 91% ($p=0,04$) daqueles que descontinuaram a TARV não tinham um histórico prolongado de sintomas de tosse; resultados mais recentes da contagem de células CD4, pois 77% ($p < 0,001$) daqueles que descontinuaram a TARV tinham uma contagem de células CD4 mais recente de >200 células/mm³; e carga viral, uma vez que 53% ($p=0,047$) daqueles que descontinuaram a TARV mostravam uma supressão completa recente (isto é, <1000 cópias/mL) no momento da descontinuação da TARV.

Comparando proporções para as diferentes categorias entre os pacientes activos no tratamento da TARV e aqueles que o descontinuaram, observou-se que entre os pacientes com menos de 35 anos, 46% estão activos no tratamento, enquanto entre os pacientes com idade igual ou superior a 35 anos, 60% estavam activos no tratamento. Em relação a situação ocupacional dos pacientes, entre os que reportaram estar desempregados, 48% estavam em tratamento e 52% haviam descontinuado a TARV prescrita, em comparação com aqueles que reportaram estar empregados, dos quais 63% estavam activos em TARV e 37% descontinuaram a TARV prescrita. Entre os pacientes com histórico de diarreia crónica, 66% estavam activos no tratamento e 34% haviam descontinuado, em comparação com aqueles que não tinham histórico prévio de diarreia, dos quais 46% estavam activos em TARV e 54% haviam descontinuado a TARV prescrito.

Entre os pacientes com histórico de tosse prolongada, 61% estavam activos no tratamento e 39% haviam descontinuado a TARV, em comparação com 46% e 54%, respectivamente, entre aqueles que não apresentavam sintomas prolongados de tosse. Relativamente à contagem mais recente de células CD4 de pacientes com um valor ≤ 200 células/mm³, 31% estavam activos no tratamento e 69% haviam descontinuado a TARV, por comparação àqueles com um valor mais recente de contagem de células CD4 >200 células/mm³ dos quais 59% estavam activos em TARV e 41% haviam-na descontinuado. Entre os pacientes com carga viral recente totalmente suprimida (ou seja, <1.000 cópias/mL), 85% estavam activos no tratamento e 15% haviam-na descontinuado, em

comparação com aqueles com evidência de viremia (ou seja, com uma carga viral mais recente de ≥ 1.000 cópias/mL), dos quais 75% estavam activos em TARV e 25% haviam descontinuado a TARV prescrita.

Tabela 1. Análise bivariada dos factores que afectam a descontinuação

	Activo		Descontinuado		Total		valor p
	n***	%	n***	%	n** *	%	
Sexo							0,27*
	Feminino	296	78%	287	74%	583	76%
	Masculino	84	22%	99	26%	183	24%
Idade							0,02*
	<35 anos	268	71%	310	80%	578	75%
	≥ 35 anos	112	29%	76	20%	188	25%
Ocupação							0,02*
	Desempregado	318	87%	342	93%	660	90%
	Empregado	46	13%	27	7%	73	10%
Nível de escolaridade							0,45*
	Nenhuma	106	31%	108	31%	214	31%
	Escolaridade Primária	148	44%	167	48%	315	46%
	Escolaridade Secundária e/ou técnica	85	25%	75	21%	160	23%
Estado civil							0,46**
	Solteiro(a)	65	23%	67	22%	132	23%
	Separado(a)/ divorciado(a)	0	0%	3	1%	3	1%
	Viúvo(a)	9	3%	12	4%	21	4%
	Casados/Coabitando	208	74%	216	72%	424	73%
Geleira em casa							0,11*
	Não	137	82%	119	74%	256	78%
	Sim	31	18%	42	26%	73	22%
Eletricidade em casa							0,46*
	Não	133	76%	117	72%	250	74%
	Sim	43	24%	46	28%	89	26%
Fumador(a)							0,29*
	Não	299	97%	305	98%	604	98%
	Sim	9	3%	5	2%	14	2%
Consumo de bebidas alcoólicas							0,61*
	Não	217	92%	242	93%	459	92%
	Sim	20	8%	18	7%	38	8%

Alergias a medicamentos								
	Não	82	94%	78	95%	160	95%	0,85**
	Sim	5	6%	4	5%	9	5%	
Historial prévio de TARV								
	Não	159	99%	151	95%	310	97%	0,02**
	Sim	1	1%	8	5%	9	3%	
Historial clínico de Herpes Zóster								
	Não	235	93%	258	95%	493	94%	0,47*
	Sim	18	7%	15	5%	33	6%	
Historial de candidíase oral								
	Não	248	99%	263	98%	511	98%	0,28**
	Sim	2	1%	6	2%	8	2%	
Historial de corrimento vaginal								
	Não	217	85%	248	91%	465	88%	0,04*
	Sim	37	15%	24	9%	61	12%	
Historial clínico de sífilis								
	Não	219	93%	242	95%	461	94%	0,46*
	Sim	17	7%	14	5%	31	6%	
Historial clínico de diarreia crónica								
	Não	208	87%	244	94%	452	91%	0,013*
	Sim	31	13%	16	6%	47	9%	
Historial clínico de perda de peso >10%								
	Não	182	73%	217	80%	399	77%	0,06*
	Sim	67	27%	54	20%	121	23%	
Historial clínico de tosse crónica								
	Não	212	85%	245	91%	457	89%	0,04*
	Sim	36	15%	23	9%	59	11%	
Estádio clínico da OMS								
	I e II	276	73%	257	74%	533	73%	0,73*
	III e IV	104	27%	91	26%	195	27%	
Regime TARV								
	TDF+3TC+EFV	376	99%	382	99%	758	99%	0,90**
	AZT+3TC+NVP	2	0,5%	3	0,8%	5	1%	
	d4T+3TC+NVP	1	0,3%	0	0,0%	1	0%	
	AZT+3TC+EFV	0	0,0%	1	0,3%	1	0%	
IMC								
	Baixo (≤18.5)	58	25%	47	20%	105	22%	

Normal (18.6-24.9)	151	64%	152	65%	303	64%	0,30*
Alto ≥ 25	27	11%	36	15%	63	13%	
Primeira contagem de células CD4							
≤ 200 células/mm ³	67	18%	69	23%	136	20%	0,15*
> 200 células/mm ³	302	82%	235	77%	537	80%	
Última contagem de células CD4							
≤ 200 células/mm ³	32	9%	70	23%	102	15%	0,0*
> 200 células/mm ³	336	91%	232	77%	568	85%	
Primeiro resultado de carga viral							
< 1000 cópias/ml	145	66%	27	55%	172	64%	0,19*
≥ 1000 cópias/ml	76	34%	22	45%	98	36%	
Último resultado de carga viral							
< 1000 cópias/ml	151	68%	26	53%	177	66%	0,05*
≥ 1000 cópias/ml	70	32%	23	47%	93	34%	

* teste chi-quadrado

** teste exacto de Fisher

Das covariáveis no modelo de regressão logística, a idade mais avançada foi considerada uma covariável significativa, afectando a descontinuação da TARV, ou seja, é um factor protector pelo qual, a cada aumento de uma unidade (ou seja, de um ano) na idade, as probabilidades de descontinuação da TARV diminuem por 3,5%, indicando que quanto mais velho o paciente, menor a probabilidade de descontinuar a TARV (aOR=0,965; IC 95%: 0,94-0,99, p=0,01). Embora apenas uma pequena amostra (9) dos indivíduos tivesse experiência com a TARV, os resultados da análise indicaram que indivíduos com experiência prévia em TARV eram 11% mais propensos a descontinuar a TARV prescrita (aOR=0,11, IC 95%: 0,01-0,92, p=0,04) em comparação com os indivíduos sem tratamento TARV prévio. De notar que os indivíduos com uma contagem de células CD4 mais recente de ≤ 200 cópias/mm³ tiveram uma probabilidade quase cinco vezes maior de descontinuar a TARV prescrita.

Tabela 2. Análise de regressão para factores relacionados com o paciente que afectam a descontinuação da TARV

Variáveis	aOR (IC 95%)	Valor p
Idade (anos)		
<35	REF	0,01
≥ 35	0,965 (0,94-0,99)	
Historial Prévio de TARV		

	Sim	REF	
	No	0,11 (0,01-0,92)	0,04
Última Contagem de Células CD4			
	>200 células/mm ³	REF	
	≤200 células/mm ³	4,53 (2,08-9,84)	<0,001

Conclusões e Recomendações

Nesta avaliação, a taxa de descontinuação da TARV foi bastante alta, cifrando-se nos 50%. A idade mais jovem, o desemprego, a imunossupressão avançada (ou seja, com contagem recente de células CD4 <200 células/mm³) e viremia (ou seja, apresentando uma carga viral plasmática mais recente de >1.000 cópias/mL) foram identificados como factores associados à descontinuação da TARV. Na análise multivariada, a idade, a experiência prévia em TARV e a imunossupressão avançada permaneceram significativamente associadas. Estratégias personalizadas, como os Serviços para Jovens Adultos ou Grupos de Apoio à Adesão Comunitária (CASG) focados na juventude, combinados com o aconselhamento reforçado relativamente à adesão, devem ser explorados para reduzir o abandono do tratamento.

Plano de Divulgação

Num esforço para partilhar as melhores práticas e lições aprendidas com esta avaliação, um resumo aprovado pelo CDC-Moçambique com estas constatações foi apresentado em formato de *poster* na Conferência Internacional sobre SIDA e DSTs em África (ICASA) em Kigali, Ruanda em Dezembro de 2019. Para além disto, este relatório será traduzido e partilhado com o MISAU e as partes interessadas ao nível local, onde os resultados serão discutidos para melhorar as estratégias destinadas a aumentar a retenção.

Apêndices

Protocolo/ SOW Aprovado

Esta avaliação está a coberta e foi aprovada pelo Diretor Associado de Ciências do CDC-Moçambique (ADS) sob o protocolo geral VUMC/FGH para análises de dados secundários para avaliar e melhorar os resultados do programa usando dados de Cuidados e Tratamento do HIV recolhidos de forma rotineira (CGH HSR #: 2016-163a).

Instrumentos

Não se aplica.

Consentimento Informado

O consentimento informado não foi necessário para o uso dos dados nesta avaliação, pois tratava-se de uma análise secundária de dados programáticos recolhidos de forma rotineira e anonimizados. Foi aprovada uma dispensa do consentimento informado, pois a avaliação não envolvia mais do que um risco mínimo.

Bio notas

Não se aplica.

Declaração de conflito de interesse

Os colaboradores nesta avaliação não têm conflitos de interesse a declarar.

Custos da avaliação

Não se aplica.

Resultados ou Estrutura Lógica

Não se aplica.

Referências

1. UNAIDS, *Undetectable = Untransmittable: Public Health and HIV Viral Load Suppression*, in *UNAIDS Explainer*. 2018.
2. Chirambo, L., et al., *Factors influencing adherence to antiretroviral treatment among adults accessing care from private health facilities in Malawi*. *BMC Public Health*, 2019. **19**(1): p. 1382.
3. Kagee, A., et al., *Structural barriers to ART adherence in Southern Africa: Challenges and potential ways forward*. *Glob Public Health*, 2011. **6**(1): p. 83-97.
4. Morojele, N.K., C.T. Kekwaletswe, and S. Nkosi, *Associations between alcohol use, other psychosocial factors, structural factors and antiretroviral therapy (ART) adherence among South African ART recipients*. *AIDS Behav*, 2014. **18**(3): p. 519-24.
5. Reda, A.A. and S. Biadgilign, *Determinants of Adherence to Antiretroviral Therapy among HIV-Infected Patients in Africa*. *AIDS Res Treat*, 2012. **2012**: p. 574656.