

RELATÓRIO FINAL

Caracterização de Perfil de Casos para Potencializar o Apoio à Adesão ao Tratamento e Melhorar a Supressão de Carga Viral entre Crianças e Adolescentes Vivendo com o HIV em Moçambique

Belmiro Sousa, Grace McLain, Samantha Archie, Caximo Caximo, Aristides Almeida, Tanya Medrano, Hayley Bryant

AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de expressar a nossa gratidão aos vários activistas de gestão de casos comunitários, trabalhadores da saúde e pessoal das seguintes organizações comunitárias e estabelecimentos de saúde que participaram na recolha dos dados utilizados para esta caracterização de caso:

- **Distrito de Kamavota:** Associação Reencontro, CS de Mavalane, CS de Romão, CS de Albasine, CS de Mavalane, CS de Hulene, CS Pescadores e CS 1º de Junho.
- **Distrito de Nlhamankulu:** Associação PACO, CS José Macamo, CS de Xipamanine e CS de Chamanculo.
- **Distrito de Chibuto:** Associação Reencontro Gaza, CS de Vila Milénio, CS de Changanine, CS de Coca Mussava, CS de Malehice, CS de Mukhotwene, CS de Celula Mussavene, CS de Muxaxane, CS de Chaimite, CS de Chibuto, CS de Nwavaquene, CS de Chimundo, CS de Maivene, CS de Alto Changane, CS de Maqueze, CS de Meboi e CS de Chipadja.
- **Distrito de Monapo:** Associação AMASI, CS de Carapira, CS de Monapo Rio, CS de Monapo e CS de Natete.

Declaração de Isenção de Responsabilidade do Financiador

Este documento foi possível graças ao generoso apoio do povo americano através da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) e o Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para Alívio do SIDA (PEPFAR). O conteúdo é da responsabilidade da FHI 360 e não reflecte necessariamente os pontos de vista da USAID ou do Governo dos Estados Unidos.

ÍNDICE

Resumo	1
Introdução.....	2
Finalidade e Objectivos	2
Métodos.....	3
Visão Geral e Concepção.....	3
Contexto e população.....	3
Plano de Amostras	3
Medidas.....	4
Recolha de Dados.....	4
Resultados	5
Características da Amostra	6
Supressão Viral e Características demográficas das CVHIV.....	7
Supressão viral e características do provedor de cuidados	7
Supressão Viral e outros factores	8
Supressão Viral e características clínicas	10
Análises adicionais.....	11
Frequência escolar por situação urbano/rural	11
Pessoa responsável pela administração do TARV e doses de TARV perdidas	11
Doses de TARV perdidas por numero de refeições por dia	12
Conhecimento do Seroestado pelas CVHIV	12
Consultas perdidas	13
Discussão	14
Limitações	14
Conclusão.....	15
Referências.....	16
Anexo 1: Questionário sobre a caracterização do caso	17
Anexo 2: Ferramenta de recolha de dados durante a visita domiciliária.....	21
Anexo 3: Formulário de extracção de dados de registos clínicos.....	24

RESUMO

O projecto COVida – Juntos pelas crianças – tem por objectivo melhorar a saúde, estado nutricional e bem-estar das crianças órfãs e vulneráveis (COV) em Moçambique. Uma das prioridades do COVida é assegurar que as crianças que vivem com o HIV (CVHIV) adiram ao tratamento e alcancem a supressão viral, de acordo com as prioridades do PEPFAR e as directrizes nacionais em Moçambique. Dentre as 22,032 CVHIV apoiadas pelo projecto COVida a 30 de Junho de 2021, 100% estavam em TARV; contudo, apenas 77% destas alcançaram a supressão viral.

Para responder adequadamente às necessidades das CVHIV seguidas pelo COVida, o projecto procurou identificar factores que pudessem distinguir as CVHIV que tenham alcançado a supressão viral e aquelas que não o tenham. O objectivo desta análise foi o de recolher informações e posteriormente apresentar estratégias para melhorar a identificação da CVHIV que necessitam de um melhor acompanhamento da adesão ao TARV, e outras intervenções e serviços de apoio, e otimizar estas intervenções e serviços para melhor satisfazer as necessidades desta população.

A análise foi realizada em Agosto de 2021, e incluiu adolescentes e crianças seropositivas entre os 2 e 17 anos de idade que iniciaram o Tratamento Anti Retroviral (TARV) antes de Janeiro de 2021, em quatro distritos distribuídos por províncias. Os dados para as análises foram recolhidos a partir de três fontes: 1) Dados primários através de um formulário de inquérito de caracterização de casos aplicado aos pais/provedores de cuidados durante as visitas domiciliárias de rotina de gestão de casos; 2) Dados do programa nos formulários de Avaliação das Necessidades da Criança e do Cuidador, que são ferramentas de gestão de casos usados pelos activistas durante o processo de inscrição e levantamento de necessidades dos beneficiários do programa; e 3) Dados de carga viral nos registos clínicos de CVHIV nas unidades sanitárias (US) onde os beneficiários do COVida fazem tratamento, obtidos regularmente no processo de triangulação de dados. O objectivo destas análises era de explorar associações entre o estado de supressão viral (SV) e várias características sociodemográficas, relacionadas com o tratamento e com o provedor de cuidados, utilizando testes 't' para variáveis contínuas e teste de independência qui-quadrado para variáveis categóricas.

Dentre as várias relações examinadas, apenas quatro factores foram estatisticamente associados ao estado de supressão viral com base nestas análises, incluindo Residência (urbana/rural); o número de consultas falhadas nos seis meses anteriores; o número de doses de TARV em falhadas nas duas semanas anteriores e o número médio de refeições por dia. Nas análises complementares solicitadas pelo projecto, observou-se também que o conhecimento do seroestado (revelação diagnóstica) estava também associado à adesão ao TARV.

Esta análise exploratória da caracterização de casos serve para lançar alguma luz sobre as potenciais características associadas à Não supressão viral entre as CVHIV inscritas no Projecto COVida; contudo, as análises estão também sujeitas a várias limitações importantes que devem ser consideradas ao interpretar os resultados. Esta primeira tentativa exploratória deve ser vista como um ponto de partida para investigações adicionais para melhor compreender as razões subjacentes ao facto de uma proporção tão grande de CVHIV não ter alcançado a supressão viral - um situação que é crítico para a sua saúde e bem-estar.



INTRODUÇÃO

O projecto COVida – Juntos pelas Crianças - está a trabalhar para melhorar a saúde, o estado nutricional e o bem-estar das crianças órfãos e vulneráveis (COVs) em Moçambique. Para o conseguir, o COVida trabalha em parceria com organizações baseadas na comunidade (OCBs) e os seus activistas que prestam cuidados e apoio às COVs e suas famílias, utilizando uma abordagem compreensiva de gestão de casos. Isto envolve a realização de avaliação de necessidades individuais para cada criança e sua família e o desenvolvimento de um plano de cuidados individualizado para família, por forma a providenciar serviços directos ou referencias para satisfazer as suas necessidades.

Uma das prioridades do COVida é assegurar que as crianças vivendo com HIV (CVHIV) adiram ao tratamento e alcancem a supressão viral, de acordo com directrizes nacionais e em alinhamento com as prioridades do PEPFAR. Esta é uma prioridade importante em Moçambique, pois a taxa de supressão da carga viral (CV) em crianças e adolescentes (0-19 anos) era de apenas 53% em 2020, em comparação com 81% entre os adultos[1]. Entre as 22,032 CLHIV apoiadas pelo projecto COVida, 100% estavam em TARV, porém apenas 77% tinham alcançado a supressão viral, ate 30 de Junho de 2021.

Para colmatar as lacunas pendentes na adesão ao tratamento em Moçambique, os esforços devem concentrar-se na identificação e abordagem das diferentes preferências e necessidades dos indivíduos, neste caso, os 23% de CVHIV que não estão viralmente suprimidas através da caracterização do perfil de casos. A caracterização do perfil de casos é um método que examina as características dos indivíduos para compreender quais podem ser essas diferentes necessidades ou preferências. A intenção é identificar um resultado, tal como a supressão viral entre as CVHIV e, através da análise

estática de dados sobre as características das CVHIV que possam estar relacionadas com a supressão viral, explorar se existem certas características que tornam os individuos mais ou menos susceptíveis de ter o resultado desejado – Supressão viral. Ao compreender estas diferenças entre aqueles que têm o resultado desejado e aqueles que não o têm, os programas podem otimizar o foco e melhorar a qualidade e relevância do apoio ao cliente, ao mesmo tempo que ganham importantes conhecimentos sobre as oportunidades de adaptar e focalizar os esforços de alcance e prestação de serviços em populações não ou mal servidas pela sua localização geográfica.

FINALIDADE E OBJECTIVOS

O objectivo destas análises era de recolher informações para direccionar estratégias que ajudassem o projecto a melhorar a identificação das CVHIV que necessitam de um melhor acompanhamento da adesão ao TARV, outras intervenções e serviços de apoio e otimizar estas intervenções e serviços para melhor responder às necessidades desta população. Especificamente, o projecto procurou: 1) identificar diferenças nas características sociodemográficas, características

do provedor de cuidados/família, e características relacionadas com o tratamento, entre as CVHIV que tenham alcançado a supressão viral (SV) e aqueles que não a tenham alcançado; e 2) explorar associações entre características específicas que estejam associadas ao estado de supressão viral. Adicionalmente, este exercício procurou fornecer informações sobre outras relações entre factores não relacionados com o resultado do SV de interesse que podem direccionar o programa, tais como a pessoa responsável pela administração do TARV e o número de doses perdidas nas últimas duas semanas.

MÉTODOS

Visão Geral e Concepção

Esta actividade de caracterização de perfil de casos foi realizada para crianças e adolescentes seropositivos entre os 2 e 17 anos de idade que iniciaram o TARV antes de Janeiro de 2021, e o seu principal provedor de cuidados (o adulto do agregado familiar responsável pelos cuidados diários da criança). Todos os participantes recebiam apoio do programa COVIDa na altura da recolha de dados, que ocorreu entre 2-23 de Agosto de 2021.

Os dados para as análises foram recolhidos a partir de três fontes. Os dados primários foram recolhidos utilizando um formulário de inquérito de Caracterização de Perfil de Caso aplicado aos pais/provedores de cuidados durante as visitas domiciliárias de rotina de gestão de casos (Apêndice 1). Foram extraídos dados adicionais de duas fontes de dados existentes: 1) Dados do

programa COVIDa nas ferramentas de avaliação das necessidades das crianças e dos provedores de cuidados, que são ferramentas de gestão de casos que recolhem dados clínicos e outros dados relevantes e são utilizados pelos activistas durante a inscrição dos beneficiários do programa (Apêndice 2); e 2) Dados de carga viral dos registos clínicos de HIV das CAVHIV nas US, obtidos através do exercício de triangulação de dados entre o COVIDa e parceiros clínicos (Apêndice 3).

Contexto e população

O programa COVIDa é implementado num total de 30 distritos, em sete províncias e assistia um total de 22,032 CVHIV na altura em que foram recolhidos os dados para este exercício de caracterização de perfil de casos. Estas análises foram realizadas utilizando dados dos beneficiários do projecto em quatro distritos, distribuídos em três províncias, como se pode ver na Tabela 1.

Plano de Amostras

Para este exercício, as províncias e distritos foram seleccionados com base em diferentes taxas médias de SV e situação urbano/rural. O número de distritos a incluir foi baseado na viabilidade, limitações de tempo e financiamento. A Tabela 1 detalha os locais e características-chave de cada distrito seleccionado. Dentro dos distritos seleccionados, o projecto utilizou uma abordagem de amostragem de conveniência, recolhendo dados sobre todos os beneficiários do projecto, possíveis de alcançar durante o período de três semanas de recolha de dados.

Tabela 1: Distribuição da população amostrada

Província	Distrito	Taxa de Supressão Viral	Urbana/rural	Nº total de CVHIV Assistidas
Cidade de Maputo	Lhamankulo	72%	Urbana	263
Cidade de Maputo	Kamavota	79%	Urbana	301
Nampula	Monapo	68%	Rural	191
Gaza	Chibuto	92%	Rural	1077
Total				1832

Figura 1. Variáveis Adicionais

Características relacionadas à criança	Características relacionadas ao provedor de cuidados/família	Características relacionadas ao tratamento/US
<ul style="list-style-type: none"> • Idade • Género • Relação com o cuidador • Conhecimento da criança do seu próprio seroestado (11+ anos apenas) • Número de refeições por dia • Situação escolar 	<ul style="list-style-type: none"> • Idade do cuidador • Género do cuidador • Nível educacional • Estado de HIV • Situação de deficiência • Histórico de alcoolismo/toxicod dependência • Qualidade da relação do cuidador/criança • Pessoa dentro do agregado familiar que conhece o seroestado da criança 	<ul style="list-style-type: none"> • Regime actual de TARV • Tempo em TARV • Número de doses de TARV perdidas nas 2 semanas anteriores • Número de consultas TARV perdidas nos últimos 6 meses • Estádio OMS no início do TARV e na última consulta • Resultado do último teste de CV • Conhecimento da criança sobre I=I • Pessoa responsável pela administração de TARV à criança • Disponibilidade de valor monetário para transporte US • Tempo de espera para a consulta na US • Atitude do provedor de saúde

Medidas

O principal resultado de interesse foi a supressão viral, que é definida como tendo uma carga viral (CV) inferior a 1.000 cópias/ μ l. A variável foi dicotomizada como viralmente suprimida (CV<1,000/ml) e não viralmente suprimida (CV>1,000/ml).

Foram seleccionadas variáveis adicionais (Figura 1) com base na potencial associação com a SV, bem como na sua disponibilidade nas bases de dados do projecto. As variáveis seleccionadas a partir da gestão de casos e registos clínicos incluíam: 1) informação demográfica da criança, como idade, sexo, e relação com o provedor de cuidados; 2) informação demográfica do provedor de cuidados, como idade, sexo, e estado de HIV; e 3) informação sobre o tratamento da criança, como regime do TARV, estágio OMS, e tempo em TARV. As variáveis incluídas no questionário complementar incluíam informações demográficas adicionais tais como o nível de escolaridade da criança e do provedor de cuidados, informações sobre o acesso à saúde tais como a distância até a US de seguimento, e informações clinicamente relevantes tais como doses de TARV perdidas e o nível de independência da criança na

gestão do seu estado de saúde. Nos Apêndices 1 e 2 encontra-se uma lista completa de variáveis tanto para o questionário complementar como para os dados extraídos da ferramenta de gestão de casos.

Recolha de Dados

Dados do questionário de caracterização de perfil de casos

Antes da recolha de dados, os activistas, que são tipicamente responsáveis pela realização de actividades de gestão de casos através de visitas domiciliárias e outras actividades do projecto, foram formados para recolher dados utilizando o questionário complementar de inquérito sobre a caracterização dos casos. Como parte das visitas domiciliárias de gestão de casos durante o período de recolha de dados, os activistas perguntaram aos beneficiários do projecto se estariam dispostos (consentiam) a responder a perguntas adicionais para os fins deste exercício. Os provedores de cuidados deram o seu consentimento verbal para estas perguntas adicionais juntamente com as perguntas de gestão de casos que são colocadas de forma rotineira. Os activistas registaram as respostas em formulários electrónicos programados em tablets informáticos utilizando o software Kobo Collect.

Visita de rotina ao domicílio e dados clínicos

O Kobo Toolbox foi também utilizado para programar os formulários de extracção de dados para os formulários de gestão de casos e os registos clínicos. O pessoal do projecto COVida utilizou novamente o software Kobo Collect em tablets para introduzir dados extraídos destas fontes para todos os beneficiários do projecto nos distritos alvo.

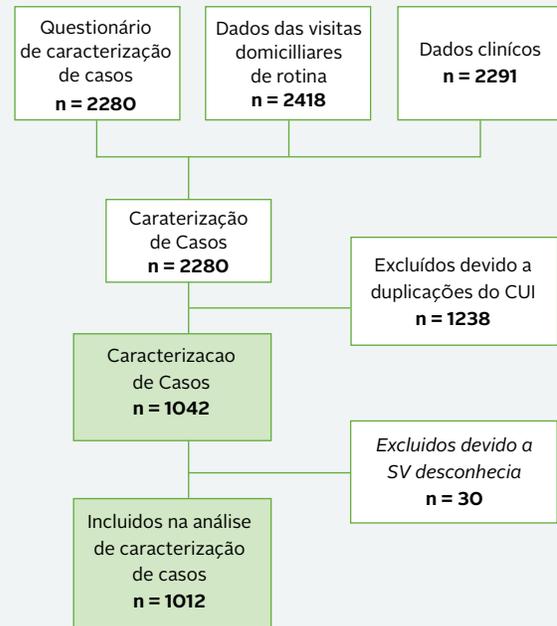
Gestão de Dados

Os dados introduzidos nos tablets eram transferidos diariamente para o servidor Kobo. Os conjuntos de dados das três fontes diferentes foram combinados utilizando o Numero de Identificação do Doente (NID) do Ministério da Saúde, utilizado em todas as US. Depois de os dados terem sido combinados num conjunto de dados analíticos finais, foram-lhes retiradas todas as informações de identificação, incluindo o NID, e foi-lhes atribuído um número de identificação específico ao exercício de caracterização de perfil do caso.

Análise de Dados

O principal objectivo destas análises era explorar associações entre a SV e vários aspectos sociodemográficos, aspectos relacionados com o tratamento, e aspectos relacionados com os provedores de cuidados. Para comparar aqueles que tenham Supressão Viral com aqueles que não estejam suprimidos nestas diferentes características, realizámos testes 't' para variáveis contínuas e teste qui-quadrado de independência para variáveis categóricas. Para variáveis e tabulações cruzadas em que havia múltiplas células com menos de 5 observações, ou colapsamos as categorias de resposta - se apropriado -, ou apenas apresentamos resultados descritivos sem testes estatísticos. Os dados em falta são anotados nos quadros quando relevante. Efectuámos análises completas de casos sobre estes dados; não foi feita qualquer imputação para substituir os dados em falta. Todos os testes utilizaram um nível de significância de $q=0,05$. As análises de dados foram conduzidas utilizando o software estatístico Stata.

Figura 2. Dados recolhidos e utilizados nas análises



RESULTADOS

O questionário de caracterização de perfil de casos foi preenchido para 2,280 crianças em todos os quatro distritos. Durante a limpeza de dados descobriu-se que os NIDs da US para as CVHIV não eram de facto únicos para cada beneficiário individual nas diferentes US. Pelo contrário, os números de identificação eram únicos para indivíduos dentro de uma dada unidade sanitária, mas muitas unidades utilizavam a mesma identificação ou semelhante, de modo que existiam NIDs duplicados para muitas CVHIV sobre os quais os dados eram recolhidos ou extraídos. Devido aos NIDs duplicados, não fomos capazes de vincular os dados de gestão de casos e dados clínicos às respostas ao questionário para mais de metade das crianças. No total, foram desenvolvidas caracterizações de casos para 1,042 CAVHIV nos quatro distritos (Figura 2). Um número adicional de 30 CVHIV foram excluídos das análises de caracterização de casos porque faltavam dados sobre o seu estado de supressão viral, deixando 1,012 CLHIV para análise.

Características da Amostra

As crianças incluídas nestas análises estavam distribuídas quase uniformemente entre os géneros (Tabela 2). A maioria (72,7%) das CVHIV na amostra tinha entre 5 e 14 anos de idade, com muito poucos indivíduos representando os grupos etários de crianças mais novas e mais velhas. Mais de 75% das CVHIV estavam em TARV durante 3 ou mais anos na altura do inquérito.

A maioria das CVHIV (84,9%) residia em áreas urbanas, e a frequência escolar era muito elevada entre os 6 anos de idade ou mais, com mais de 90% das crianças na escola. A maioria das CVHIV estavam sob cuidados dos seus pais (53,9%), tipicamente uma mãe, ou um avô (13,2%); contudo, os dados sobre os provedores de cuidados, que foram extraídos de dados de gestão de casos sobre a relação do provedor de cuidados com as CVHIV, estavam em falta para mais de um quarto da amostra.

Tabela 2. Características de amostras.

Característica	N= 1,012 n (%)
Distrito	
Cidade de Maputo: Nlhamankulu	128 (12.6)
Cidade de Maputo: Kamavota	25 (2.5)
Nampula: Monapo	157 (15.5)
Gaza: Chibuto	702 (69.4)
Grupo etário	
2–4	139 (13.7)
5–9	396 (39.1)
10–14	340 (33.6)
15–17	137 (13.5)
Género	
Feminino	529 (52.3)
Masculino	483 (47.7)
Local de Residência	
Urbano	859 (84.9)
Rural	153 (15.1)
Situação Escolar¹	
Estuda	757 (92.4)
Não estuda	58 (7.1)
Desconhecido	4 (0.5)
Tempo em TARV (meses)	
<12	34 (3.4)
12-23	89 (8.8)
24-35	118 (11.7)
36-59	238 (23.5)
60+	533 (52.7)
Relação de provedor de cuidados com a criança	
Mãe	521 (51.5)
Pai	24 (2.4)
Avô	134 (13.2)
Tio ou Tia	51 (5.0)
Outro	11 (1.1)
Desconhecido	271 (26.8)

1.Apenas para as pessoas com 6 anos ou mais, n=813

2.Dados em falta para 270 CVHIV, n=742

Supressão Viral e Características demográficas das CVHIV

A supressão viral não estava associada à maioria das características demográficas (Tabela 3). A única exceção foi o situação urbano/rural, onde uma proporção um pouco mais elevada de crianças que

tinham supressão viral residia em áreas urbanas (88,8%) em comparação com a proporção de crianças que residiam em áreas urbanas entre as que não eram tinham supressão viral (76,7%).

Tabela 3. Características sociodemográficas por supressão viral, N=1,012.

Característica	Suprimido N= 681 n (%)	Não Suprimido N= 331 n (%)	Teste de significância	valor-p
Idade (contínua)	9.1 (SD 3.8)	9.1 (SD 4.3)	Teste 't'	0.13
Género				
Feminino	356 (52.3)	173 (52.3)	$\chi^2 = 0.00$ DF = 1	0.99
Masculino	325 (47.7)	158 (47.7)		
Residência				
Urbana	605 (88.8)	254 (76.7)	DF = 1	<0.001
Rural	76 (11.2)	77 (23.3)		
Situação escolar ¹				
Estuda	530 (78.6)	221 (67.1)	$\chi^2 = 3.7$ DF = 2	0.16
Não es	34 (9.1)	24 (15.1)		
Desconhecido	3 (0.4)	1 (0.3)		
Relação de provedor de cuidados com a criança ²				
Mãe	352 (51.7)	169 (51.1)	$\chi^2 = 8.7$ DF = 6	0.19
Paí	17 (2.5)	7 (2.1)		
Avô	86 (12.6)	48 (14.5)		
Tia	30 (4.4)	18 (5.4)		
Outro	10 (1.5)	5 (1.5)		

1.Apenas para as pessoas com 6 anos ou mais, n=813

2.Dados em falta para 270 CVHIV, n=742

Supressão viral e características do provedor de cuidados

A maioria (95%) dos provedores de cuidados tanto para crianças suprimidas como não suprimidas eram mulheres, e a maioria tinha entre 25 e 54 anos de idade (Tabela 4). Mais de metade de todos os provedores de cuidados (63%) tinham completado o ensino primário. Dois terços dos cuidadores eram seropositivos e menos de 5% relataram qualquer história de deficiência ou abuso de substâncias.

Nenhuma das características do provedor de cuidados mensuradas foi estatisticamente associada à supressão viral entre o CVHIV (Tabela 4). As CVHIV não eram susceptíveis de serem suprimidas ou não suprimidas, independentemente da idade do seu provedor de cuidados, género, formação académica, situação de HIV+, ou da avaliação do activista sobre a relação do provedor de cuidados-criança.

Tabela 4. Supressão viral e características do provedor de cuidados.

Característica	Suprimido N= 681 n (%)	Não Suprimido N= 331 n (%)	Teste de significância	valor-p
Idade (contínua)	42.0 (SD = 12.8)	42.1 (SD = 13.6)	Teste t	0.91
Género				
Feminino	641 (94.1)	315 (95.2)	$\chi^2 = 0.5$ DF = 1	0.50
Masculino	40 (5.9)	16 (4.8)		
Educação¹				
Nenhuma	192 (28.3)	97 (29.3)	$\chi^2 = 2.6$ DF = 4	0.62
Bases do ensino primário	233 (34.3)	111 (33.5)		
Ensino primário concluído	199 (29.3)	87 (26.3)		
Ensino secundário concluído	49 (7.2)	30 (9.1)		
Para além do Ensino secundário	6 (0.9)	5 (1.5)		
Situação de HIV				
Negativo	207 (30.4)	106 (32.0)	$\chi^2 = 0.3$ DF = 2	0.85
Positivo	458 (67.3)	217 (65.6)		
Desconhecido	15 (2.2)	8 (2.4)		
Situação de deficiência				
Nenhum	657 (96.5)	320 (96.7)	$\chi^2 = 0.03$ DF = 1	0.87
Tem uma ou mais deficiências	24 (3.5)	11 (3.3)		
Histórico de alcoolismo/toxicodepência				
Sim	20 (2.9)	5 (1.5)	$\chi^2 = 1.9$ DF = 1	0.17
Não	661 (97.1)	326 (98.5)		
Qualidade da relação do provedor de cuidado/criança²				
Boa	674 (99.6)	326 (99.4)	$\chi^2 = 0.12$ DF = 1	0.73
Razoável ou má	2 (0.4)	2 (0.6)		

1.Três participantes não responderam a esta pergunta, n=1009.

2.Sete participantes não responderam a esta pergunta, n=1005.

Supressão Viral e outros factores

Foram também examinadas as relações entre a supressão viral e vários factores adicionais, tais como nutrição, revelação do seroestado, e acessibilidade/ conveniência das visitas às unidades sanitárias. Destes outros factores, apenas o número de refeições por dia foi associado ao estado de supressão viral (Tabela 5).

Uma proporção maior (93,1%) de CVHIV suprimidas referiu ter 2 ou mais refeições por dia, em média, em comparação com as CVHIV não suprimidas (84,9%); contudo, apenas uma minoria de ambos os grupos referiu ter menos de 2 refeições por dia em média.

Tabela 5. Supressão viral da criança por outras características relacionadas com o tratamento, n=1,102.

Características	Suprimidos N= 681 n (%)	Não Suprimidos N= 331 n (%)	Teste de significância	valor-p
Número médio de refeições da criança por dia				
2 ou mais	634 (93.1)	281 (84.9)	$\chi^2 = 17.3$ DF = 1	<0.001
<2	47 (6.9)	50 (15.1)		
A criança conhece o seroestado¹				
Sim	216 (81.8)	106 (84.8)	$\chi^2 = 0.58$ DF = 2	0.75
Talvez	6 (2.3)	2 (1.6)		
Não	42 (15.9)	17 (13.6)		
A criança sabe sobre I=I¹				
Sim	192 (80.7)	88 (75.2)	$\chi^2 = 1.4$ DF = 1	0.24
Não	46 (19.3)	29 (24.8)		
Pessoa responsável pela administração de TARV a criança				
Progenitores	544 (79.9)	262 (79.2)	$\chi^2 = 2.3$ DF = 3	0.52
Outro membro da família	128 (18.8)	61 (18.4)		
Criança	8 (1.2)	6 (1.8)		
Outro	1 (0.1)	2 (0.6)		
Quem mais no agregado familiar sabe do estado de HIV da criança				
Pais	148 (21.8)	80 (24.2)	$\chi^2 = 1.2$ DF = 3	0.76
Irmãos	110 (16.2)	53 (16.0)		
Outros membros da família	346 (50.8)	158 (47.7)		
Ninguém	76 (11.2)	40 (12.1)		
Tempo em minutos para deslocar-se para a unidade sanitária				
<15	46 (6.8)	23 (6.9)	$\chi^2 = 3.9$ DF = 4	0.42
15-30	147 (21.6)	75 (22.7)		
30-59	337 (49.5)	144 (43.5)		
60-120	84 (12.3)	50 (15.1)		
>120	30 (4.4)	19 (5.7)		
Capaz de pagar o transporte para a unidade sanitária²				
Sempre	100 (45.7)	52 (41.3)	$\chi^2 = 2.4$ DF = 3	0.49
Maior parte das vezes	13 (5.9)	4 (3.2)		
Às vezes	97 (44.3)	64 (50.8)		
Raramente	9 (4.1)	6 (4.8)		
Tempo médio de espera na unidade sanitária (minutos)				
<15	4 (0.6)	2 (0.6)	$\chi^2 = 3.7$ DF = 3	0.44
15-30	97 (14.2)	36 (10.9)		
30-59	292 (42.9)	159 (48.0)		
60-120	264 (38.8)	120 (36.3)		
>120	22 (3.2)	12 (3.6)		
Atitude provedor de saúde				
Amigável	608 (89.3)	309 (93.4)	$\chi^2 = 4.3$ DF = 2	0.14
Ligeiramente amigável	54 (7.9)	15 (4.5)		
Hostil	17 (2.5)	7 (2.1)		

1. Apenas para crianças com 11 anos ou mais, n = 400

2. 667 participantes não responderam a esta pergunta, n = 345

Supressão Viral e características clínicas

A supressão viral foi associada a algumas características clínicas entre as CVHIV (Tabela 6). Por exemplo, a maioria das CVHIV com supressão viral não faltou a consultas médicas nos últimos 6 meses em comparação com as não suprimidas; contudo, a maioria das CVHIV (88,9%), suprimidas ou não, não faltou a consultas nos últimos 6 meses.

A supressão viral também foi associada ao número de doses de TARV falhadas nas últimas duas semanas; contudo, neste caso, uma maior proporção das crianças suprimidas também informou que havia faltado a 5 ou mais doses em comparação com as

CVHIV não suprimidas. Contudo, no total mais de três quartos (77,6%) das CVHIV, tanto nos grupos suprimidos como nos não suprimidos, não falharam nenhuma dose de TARV nas últimas duas semanas. Entre aqueles que comunicaram ter faltado pelo menos uma dose, a maioria em ambos os grupos comunicou ter perdido 5 ou mais doses.

O regime de tratamento também foi associado à supressão viral. Entre as CVHIV com supressão viral, proporções mais elevadas de crianças estavam a tomar ABC+3TC+DTG ou ABC/3TC+LPV/r (71,3%) em comparação com não suprimidas (63,4%).

Tabela 6. Supressão viral da criança por características de tratamento clínico, n=1,102.

Characteristic	Suprimido N= 681 n (%)	Não suprimido N= 331 n (%)	Teste de Significância	valor-p
Regime Actual de TARV				
ABC+3TC+LPV	73 (10.7)	44 (13.3)	$\chi^2 = 13.3$ DF = 4	0.01
TDF+3TC+DTG	62 (9.1)	53 (16.0)		
ABC+3TC+DTG	263 (38.6)	114 (34.4)		
ABC/3TC+LPV/r	223 (32.7)	96 (29.0)		
Outro	60 (8.8)	24 (7.3)		
Tempo médio em TARV (meses)	61.6 (SD 33.5)	58.7 (SD 31.4)	t-test	0.09
Tempo em TARV (meses, agrupados)				
<12	25 (3.7)	9 (2.7)	$\chi^2 = 3.2$ DF = 4	0.52
12-23	58 (8.5)	31 (9.4)		
24-35	72 (10.6)	46 (13.9)		
36-59	163 (23.9)	75 (22.7)		
60+	363 (53.3)	170 (51.4)		
Número de doses de TARV falhadas nas últimas 2 semanas				
Nenhuma	523 (76.8)	262 (79.2)	$\chi^2 = 8.1$ DF = 3	0.045
1-2	10 (1.5)	9 (2.7)		
3-4	4 (0.6)	6 (1.8)		
5 ou mais	144 (21.1)	54 (16.3)		
Número de consultas TARV perdidas nos últimos 6 meses				
Nenhuma	617 (90.6)	283 (85.5)	$\chi^2 = 12.1$ DF = 2	0.002
1	46 (6.8)	24 (7.25)		
2+	18 (2.6)	24 (7.25)		
Estadio OMS no inicio do TARV				
I	346 (50.8)	168 (49.8)	$\chi^2 = 0.47$ DF = 3	0.93
II	159 (23.3)	86 (26.0)		
III	123 (18.1)	60 (18.1)		
IV	20 (2.9)	10 (3.0)		

ANÁLISES ADICIONAIS

Para além das análises que examinaram as relações entre a supressão viral e as características dos beneficiários, foram feitas as seguintes análises adicionais de interesse para o programa COVIDa.

Frequência escolar por situação urbano/rural

Examinando apenas as CVHIV com seis anos ou mais de idade que se espera que estejam na escola (n=832), a situação escolar (dentro ou fora da escola) foi estatisticamente associado a situação urbano/rural. Uma proporção mais elevada de crianças residindo em zonas urbanas estava fora da escola (11,1%) em comparação com crianças residindo em zonas rurais (4,4%); contudo, a frequência escolar foi muito elevada no total (90%).

Tabela 7: Situação escolar por distrito urbano/rural, entre CLHIV com mais de 6 anos de idade.

	Urbano N=695 n (%)	Rural N=137 n (%)	Estatística de Teste	Valor p
Estuda	618 (88.9)	131 (95.6)	$\chi^2 = 0.47$ DF = 3	0.017
Não Estuda	77 (11.1)	6 (4.4)		

Pessoa responsável pela administração do TARV e doses de TARV perdidas

Uma proporção substancial das CVHIV (19,6%) referiu ter faltado cinco ou mais doses de TARV nas 2 semanas anteriores ao inquérito, independentemente de quem tenha administrado o medicamento. Embora os números absolutos sejam reduzidos, uma maior proporção de jovens que se auto-administraram

sua medicação não falharam nenhuma dose, em comparação com aqueles para quem um dos pais ou outra pessoa é responsável pela administração do tratamento; contudo, o número total de jovens que se auto-administraram a sua medicação foi muito reduzido (10). Não foram efectuados testes estatísticos para esta relação devido aos números reduzidos (<5) em múltiplas categorias.

Tabela 8: Pessoa responsável pela administração do TARV por grupo etário e número de doses de TARV perdidas.

Característica	Número de doses de TARV perdidas nas 2 semanas anteriores			
	Nenhuma N=798 n (%)	1 a 2 N=20 n (%)	3 a 4 N=10 n (%)	5 ou mais N=204 n (%)
Pessoa responsável pela administração do TARV				
Progenitores	646 (81.0)	15 (75.0)	9 (90.0)	158 (77.5)
Outro membro da família ou da comunidade	140 (17.5)	5 (25.0)	1 (10.0)	44 (21.6)
A criança	12 (1.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (0.9)

Doses de TARV perdidas por numero de refeições por dia

O número de refeições por dia foi estatisticamente associado ao número de doses de TARV perdidas nas 2 semanas anteriores (Tabela 10). Uma maior

proporção dos que tiveram duas ou mais refeições por dia, em média, também comunicaram ter faltado a 5 ou mais doses de medicamentos (21,1%), em comparação com os que comunicaram ter tido menos de duas refeições por dia, em média (5,0%).

Tabela 9: Número de doses perdidas nas últimas 2 semanas por número de refeições por dia

	Duas ou mais refeições por dia	Menos de duas refeições por dia		
Doses perdidas nas últimas 2 semanas	N= 941 n (%)	N= 101 n (%)	Teste de Significância	Valor-p
Nenhuma	719 (76.4)	89 (88.1)	$\chi^2 = 23.3$ DF = 3	<0.001
1-2	14 (1.5)	6 (5.9)		
3-4	9 (1.0)	1 (1.0)		
5 ou mais	199 (21.1)	5 (5.0)		

Conhecimento do Seroestado pelas CVHIV

Entre as CVHIV com 11 ou mais anos de idade, existe uma associação entre o conhecimento do seu próprio estado de HIV+ e o facto de terem perdido alguma dose nas últimas duas semanas. Uma proporção mais elevada de CVHIV que não tinham conhecimento do

seu seroestado comunicou ter falhado pelo menos 1 dose de TARV nas duas semanas anteriores (40,0%), em comparação com aqueles que conheciam o seu seroestado (19,0%) (Tabela 11). Não existe uma associação significativa entre o tempo em TARV e conhecimento do seroestado.

Tabela 10. Conhecimento do seroestado por doses de TARV falhadas e tempo em TARV, CVHIV com 11 ou mais anos de idade.

O conhecimento da criança sobre o seu seroestado				
Característica	Conhece N= 332 • n (%)	Não Conhece N = 60 • n (%)	Teste de Significância	Valor-p
Falhou qualquer dose de TARV nas 2 semanas anteriores				
Não	269 (81.0)	36 (60.0)	$\chi^2 = 23.3$ DF = 3	<0.001
Sim	63 (19.0)	24 (40.0)		
Tempo em TARV (meses)				
<12	12 (3.6)	1 (1.7)	$\chi^2 = 4.6$ DF = 4	0.34
12-23	23 (6.9)	7 (11.7)		
24-35	31 (9.3)	2 (3.3)		
36-59	67 (20.2)	11 (18.3)		
60+	199 (59.9)	39 (65.0)		

Consultas perdidas

Relativamente poucas (11,6%) CVHIV nesta amostra faltaram a uma ou mais consultas nos últimos 6 meses, tendo apenas 1,5% faltado a mais de duas consultas (Tabela 12). Não há associação

estatisticamente significativa entre o tempo de viagem para US ou a capacidade de pagar pelo transporte e o facto de ter faltado a uma ou mais consultas.

Tabela 11: Consultas médicas perdidas nos últimos 6 meses e capacidade de pagar pelo transporte.

	Nenhuma consulta perdida N= 921 • n (%)	≥1 consultas perdidas N= 121 • n (%)	Teste de Significância	valor-p
Tempo até à unidade sanitária¹				
<15 minutos	62 (7.1)	7 (6.4)	$\chi^2 = 4.3$ DF = 4	0.37
15-30 minutos	199 (22.8)	26 (23.6)		
30 minutos a 1 hora	443 (50.7)	52 (47.3)		
1-2 horas	124 (14.2)	19 (17.3)		
>2 horas	45 (5.2)	6 (5.4)		
Capacidade do provedor de cuidados para cobrir os custos de transporte até à unidade sanitária²				
Sempre	140 (45.3)	19 (43.2)	$\chi^2 = 1.8$ DF = 3	0.62
Maior parte das vezes	16 (5.2)	1 (2.3)		
Às vezes	138 (44.7)	23 (52.2)		
Raramente	15 (4.8)	1 (2.3)		

1.60 participantes não responderam à pergunta sobre o tempo que levam a chegar à unidade sanitária

2.689 participantes não responderam à pergunta sobre a capacidade do provedor de cuidados para cobrir os custos



DISCUSSÃO

Este exercício procurou identificar características potenciais que poderiam ajudar o pessoal da COVIDa a identificar melhor as CVHIV beneficiárias do programa, que poderiam beneficiar de serviços melhorados para reduzir o número de CVHIV que não sejam suprimidas.

Os resultados deste exercício de caracterização do perfil de casos identificaram oportunidades limitadas para o projecto adaptar as intervenções para as CVHIV por forma a melhorar a supressão viral (Figura 3). Entre os factores estatisticamente associados à supressão viral, os esforços para reduzir as consultas medicas perdidas e as doses de TARV falhadas parecem ser os mais facilmente abordáveis. Contudo, a relação entre as doses de TARV falhadas e a supressão viral é o oposto do que seria de esperar com base na extensa literatura sobre o tópico que indica que a adesão ao TARV é fundamental para a supressão da carga viral, pondo-a assim a questão como uma descoberta possivelmente espúria que merece investigação adicional.

A insegurança alimentar (ter menos de 2 refeições por dia), embora não seja um problema para a maioria das CVHIV nestas análises, foi também associada à supressão viral. Menos CVHIV com CV Suprimida reportaram comer menos de duas refeições por dia em média, em comparação com as não suprimidas. Embora não haja requisitos dietéticos específicos para pessoas vivendo com HIV e Sida (PVHS), uma nutrição adequada é muito importante[2]. Há evidências de

que a insegurança alimentar pode ser uma barreira à adesão ao TARV e exacerbar os maus resultados clínicos entre as PVHS, mesmo após o controlo para outros marcos de situação socioeconómica. Entre as CVHIV, este efeito pode ser agudo[3, 4], e o benefício da suplementação alimentar na aderência ao TARV tem sido claramente observado[5]. A falta de alimentos pode também levar as crianças a recusar medicamentos devido a efeitos secundários atenuados pelo consumo de alimentos[6]. Assegurar que os participantes do projecto recebem as intervenções de assistência social de que necessitam, tais como assistência alimentar, deve ser uma prioridade.

O regime de TARV em que as CVHIV se encontram, está também estatisticamente associado a situação de SV. Embora este factor seja determinado ao nível das US, o programa COVIDa pode continuar a trabalhar com parceiros clínicos e unidades sanitárias para mobilizar e encaminhar todas as CVHIV em regimes de tratamento não optimizados para que sejam transitadas para regimes pediátricos baseados em dolutegravir.

Em análises adicionais, onde foram examinadas associações para vários factores para além da supressão viral, observou-se que uma proporção significativamente maior de CVHIV que não conheciam o seu seroestado, relatou ter falhado uma ou mais doses de TARV nas 2 semanas anteriores, em comparação com os que tinham conhecimento do seu seroestado. Estes resultados sublinham a importância da priorização da revelação diagnóstica para que os adolescentes possam tomar decisões saudáveis e informadas relativamente à sua própria saúde.

Limitações

Embora estas análises exploratórias proporcionem alguma percepção dos factores associados à supressão viral entre um subconjunto de crianças servidas pelo projecto COVIDa, não estão isentas de

Figura 3. *Resumo das relações estatisticamente significativas.*

Factores estatisticamente associados ao estado de supressão viral com base nestas análises :

- Residência urbana/rural
- Número de consultas TARV perdidas nos 6 meses anteriores
- Número de doses de TARV falhadas nas 2 semanas anteriores
- Número médio de refeições por dia
- Regime de TARV

limitações importantes que devem ser consideradas ao interpretar os resultados. A primeira e mais importante limitação é que estas análises foram realizadas numa amostra de conveniência dos beneficiários do projecto a partir de uma amostra propositadamente seleccionada de distritos do projecto. Os resultados das análises são específicos da amostra de crianças que fizeram parte das análises e não podem ser consideradas como representando o que pode ser encontrado entre todas as crianças servidas pelo projecto no seu conjunto.

Em segundo lugar, a natureza transversal destas análises significa que não é possível determinar se uma determinada característica tenha causado (veio antes) ou foi causada pelo (veio depois) resultado de interesse. Além disso, a realização de testes estatísticos de associação sobre múltiplas variáveis aumenta a possibilidade de alguns resultados poderem ser, de facto, espúrios - por acaso. Estas análises devem ser consideradas exploratórias, fornecendo informações sobre potenciais associações, e não conclusivas.

Finalmente, durante a recolha de dados, foi descoberto que o NID gerado pela US utilizado para combinar dados individuais nas três fontes de dados para criar as caracterizações dos casos não eram, na realidade, únicos para cada CVHIV. Os NIDs

são específicos de cada US, e houve numerosas duplicações entre os dados, mesmo dentro dos distritos, o que levou a que muitos indivíduos fossem eliminados das análises. Embora 2,066 CVHIV e os seus provedores de cuidados tenham sido inquiridos para este exercício, apenas 1,042 perfis de casos foram concluídos por causa dos NIDs duplicados. Além disso, apenas 1,012 indivíduos foram utilizados nas análises devido à falta de dados sobre a supressão viral para 30 CVHIV.

CONCLUSÃO

Esta análise exploratória da caracterização de casos serve para lançar alguma luz sobre características potenciais associadas à falta de supressão viral entre as CVHIV inscritas no Projecto COVida. Embora alguns factores que podem ser abordados pareçam estar associados à supressão viral, estes factores por si só não parecem explicar adequadamente porque é que um terço (32,7%) da amostra não tenha alcançado a supressão viral. Esta primeira iniciativa exploratória deve ser vista como um ponto de partida para investigações adicionais para melhor compreender as razões subjacentes ao facto de uma proporção tão grande de CVHIV não ter alcançado a supressão viral - um estado que é crítico para a sua saúde e bem-estar.

REFERÊNCIAS

1. PEPFAR. Mozambique Country Operational Plan: Strategic Direction Summary. 2020.
2. WHO. WHO Technical Consultation on Nutrient Requirements for People Living with HIV/AIDS. Geneva: WHO; 2003.
3. Haberer J, Mellins C. Pediatric adherence to HIV antiretroviral therapy. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2009;6(4):194-200.
4. Vreeman RC, Nyandiko WM, Ayaya SO, Walumbe EG, Marrero DG, Inui TS. Factors sustaining pediatric adherence to antiretroviral therapy in western Kenya. *Qual Health Res.* 2009;19(12):1716-29.
5. Bain-Brickley D, Butler LM, Kennedy GE, Rutherford GW. Interventions to improve adherence to antiretroviral therapy in children with HIV infection. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;2011(12):Cd009513.
6. Fetzer BC, Mupenda B, Lusiana J, Kitetele F, Golin C, Behets F. Barriers to and facilitators of adherence to pediatric antiretroviral therapy in a sub-Saharan setting: insights from a qualitative study. *AIDS Patient Care STDS.* 2011;25(10):611-21.

ANEXO 1

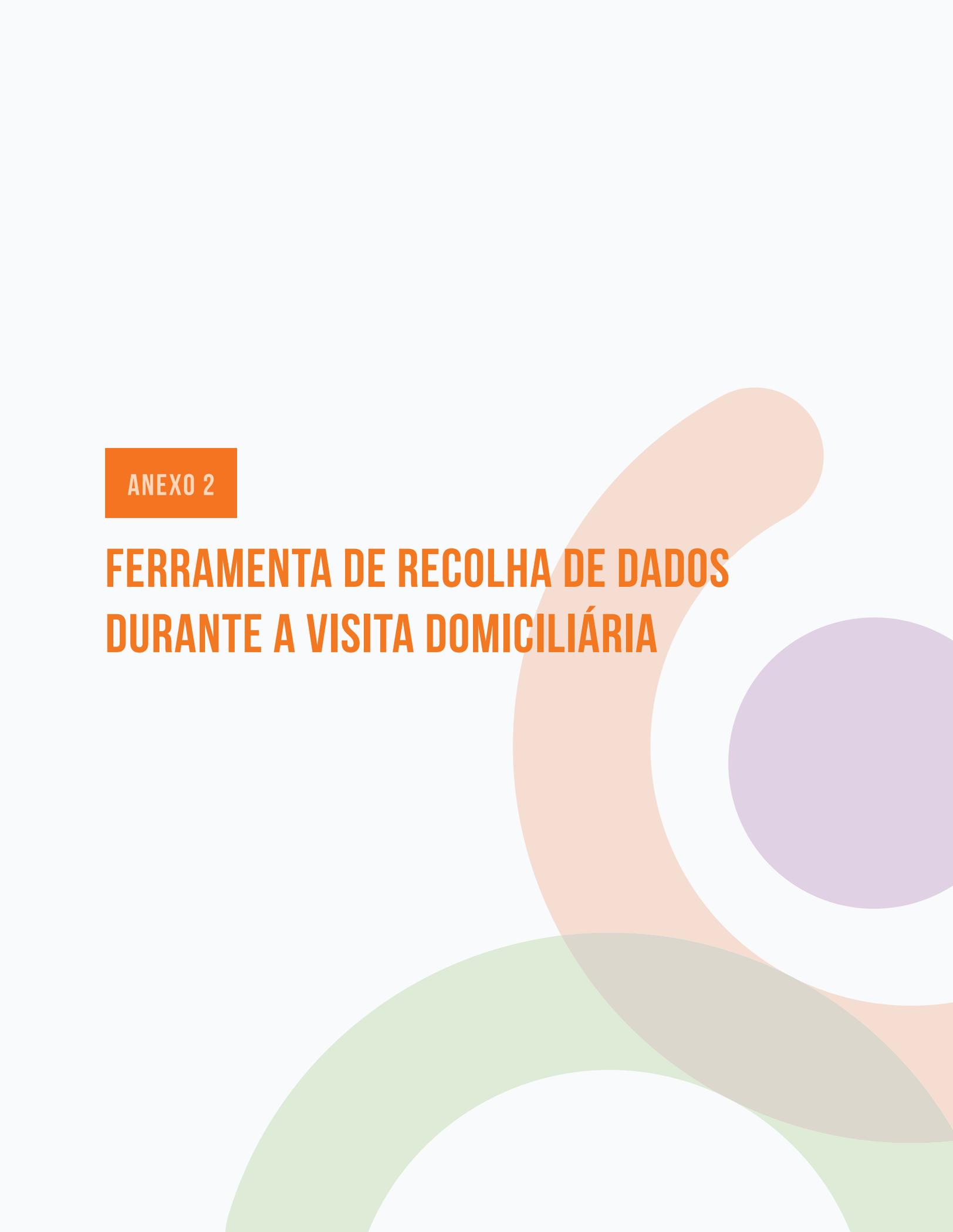
QUESTIONÁRIO SOBRE A CARACTERIZAÇÃO DO CASO



No	Questões	Categorias de Respostas	Código	Rel.
001	NID	[text]		
002	Nome do Activista	[text]		
003	Província e distrito	Maputo City: Lhamankulo Maputo City: Kamavota Nampula: Monapo Gaza: Chibuto	1 2 3 4	
101	A criança frequenta a escola?	Yes No Unsure Do not wish to answer	1 2 3 999	
102	Que tipo de escola frequenta a criança?	Boarding school Government/public day school NGO/private day school	1 2 3	
201	Qual é o nível de educação mais elevado que o provedor de cuidados tenha concluído?	None Some primary school Finished primary school Finished secondary school More than secondary Do not wish to answer	1 2 3 4 5 999	
202	O provedor de cuidados possui alguma deficiência? (Seleccionar todas)	Nenhum Mental Deficiência visual Surdez ou deficiência auditiva Deficiência física Outra Não deseja responder	1 2 3 4 5 6 999	
203	Será que o provedor de cuidados tem antecedentes de abuso de álcool ou de drogas?	Sim Não Não deseja responder	1 2 99	
204	Em média, quantas horas por dia é que o provedor de cuidados passa com a criança?	[número inteiro]		
301	Quem na família é responsável pela administração do TARV à criança?	Pais Irmão Outro membro da família Outro membro da comunidade Ninguém, a criança é responsável pela sua própria medicação Não sei	1 2 3 4 5 999	

No	Questões	Categorias de Respostas	Código	Rel.
302	Quem na família é responsável por lembrar a criança de tomar a medicação?	Pais Irmão Outro membro da família Outro membro da comunidade Ninguém, a criança é responsável por recordar Não sei	1 2 3 4 5 999	
303	Quem, no agregado familiar, conhece o estado de HIV da criança, para além do provedor de cuidados?	Irmão(s) Pai(s) Outros membros do agregado familiar Mais ninguém Não tem certeza	1 2 3 4 99	
304	Qual é a distância (em km) da casa da criança para a unidade sanitária	[número inteiro]		
305	Que meio(s) de transporte a criança utiliza regularmente para chegar à unidade sanitária? Selecione tudo o que se aplica	A pé Bicicleta Transporte público Automóvel privado Tração animal Outros (especificar)	1 2 3 4 5 88	
306	Quanto tempo é necessário para deslocar-se da casa da criança para a unidade sanitária? [por método de transporte].	Menos de 15 minutos 15 a 30 minutos 30 minutos a uma hora Uma a duas horas Mais de 2 horas Não tem certeza	1 2 3 4 5 99	
307	Com que frequência é o provedor de cuidados é capaz de cobrir os custos de transporte para a unidade sanitária?	Always Most of the time Sometimes Rarely Never Do not wish to answer	1 2 3 4 5 999	Q305 = 3
308	Quanto tempo (em minutos) a criança tem normalmente de esperar para ser atendida na unidade sanitária?	Menos de 15 minutos 15 a 30 minutos 30 minutos a uma hora Uma hora a duas horas Mais de 2 horas Não tem certeza	1 2 3 4 5 999	
309	Como é que o provedor de cuidados e/ou a criança descreveria a atitude do provedor de saúde?	Amigável Um pouco amigável Não amigável Não deseja responder	1 2 3 999	

No	Questões	Categorias de Respostas	Código	Rel.
310	O conhecimento da criança sobre o seu próprio estado de VIH	Aware Maybe aware/not sure Unaware No response	1 2 3 999	
311	Conhecimento da criança sobre I=I (ou o último resultado do teste CV, se I=I não estiver disponível)	Aware Maybe aware/not sure Unaware		
312	Número de doses de TARV perdidas pela criança durante as últimas 2 semanas <i>Se for desconhecido insira 99</i>	[integer]		
312_dk	Comente por favor porque é que isto é desconhecido	[text]		102=99
401	Será que tem algum comentário ou nota sobre alguma destas perguntas ou respostas? <i>Opcional</i>	[text]		

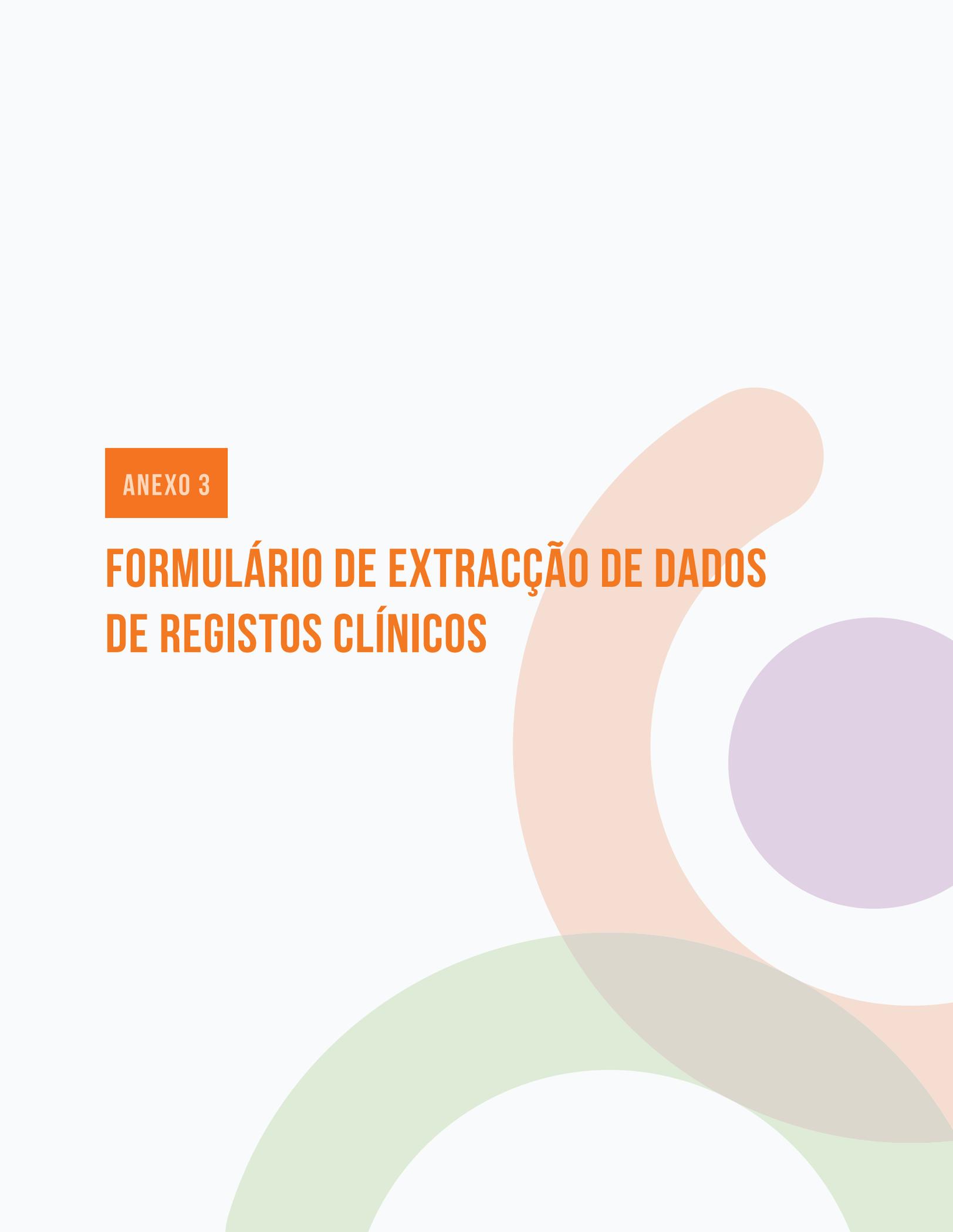


ANEXO 2

FERRAMENTA DE RECOLHA DE DADOS DURANTE A VISITA DOMICILIÁRIA

No	Questões	Categorias de Resposta	Código	Relevante
001	NID	[texto]		
002	Nome do Activista	[texto]		
003	Província e distrito	Cidade de Maputo: Nihamankulu Cidade de Maputo: Kamavota Nampula: Monapo Gaza: Chibuto	1 2 3 4	
101	Idade da Criança	Menos de 5 5 ou mais velha	1 2	
101_mos	Idade da Criança (meses)	[número inteiro]		P101 = 1
101_yrs	Idade da Criança (anos)	[número inteiro]		P101 = 2
102	Género da Criança	Masculino Feminino	1 2	
103	Situação escolar actual	Estudante, a tempo integral Estudante, a tempo parcial A não estudar Não sei	1 2 3 99	
104	A relação da criança com o seu provedor de cuidados	Mãe Pai Irmã Avô Tia Tio Primo Amigo da família Outro (por favor descreva)	1 2 3 4 5 6 7 8 88	
104_other	Outro, por favor descreva:	[texto]		104=8
105	Estado nutricional (menos de 5 anos de idade)	Saudável - Verde Moderado - Amarelo Severo - Vermelho	1 2 3	
106	Número de refeições que a criança tem por dia	2 ou mais refeições Menos de 2 refeições	1 2	
301	Idade do Provedor de Cuidados	Irmão(s) Pai(s) Outros membros do agregado familiar Mais ninguém Inseguro	1 2 3 4 99	
302	Género do Provedor de Cuidados	Masculino Feminino	1 2	
303	Estado do HIV do provedor de cuidados	Negativo Positivo Desconhecido	1 2 99	

No	Questões	Categorias de Resposta	Código	Relevante
304	Estado de saúde física do provedor de cuidados	Bom Razoável Mau	1 2 3	
305	Estado de saúde física do provedor de cuidados	Bom Razoável Mau	1 2 3	
306	Estado de saúde mental do provedor de cuidados	Bom Razoável Mau	1 2 3	
401	Regime de TARV actual	ABC+3TC+LPV TDF+3TC+DTG ABC+3TC+DTG ABC+3TC+EFV AZT+3TC+EFV AZT+3TC+LPVr AZT+3TC+NVP TDF/3TC/DTG TDF+3TC+EFV ABC/3tc+RAL OU DTG ABC/3TC+LPV/r-charope ABC/3TC+LPV/r-granulos ABC/3TC+EFV ABC/3TC+NPV Other	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 88	
402	Data de início em TARV (dia/ Meses/Ano)	[date]		
501	Será que tem algum comentário ou nota sobre alguma destas perguntas ou respostas? <i>Opcional</i>	[text]		



ANEXO 3

FORMULÁRIO DE EXTRACÇÃO DE DADOS DE REGISTOS CLÍNICOS

No	Questões	Categorias de Resposta	Código	Relevante
001	NID	[texto]		
002	Nome do Ativista	[texto]		
003	Província e distrito	Cidade de Maputo: Nlhamankulu Cidade de Maputo: Kamavota Nampula: Monapo Gaza: Chibuto	1 2 3 4	
101	Número de consultas da medicas de TARV perdidas pela criança durante os últimos 6 meses <i>Se for desconhecido insira 99</i>	[número inteiro]		
101_dk	Comente por favor porque é que isto é desconhecido	[texto]		101=99
102	Estadio OMS no inicio do TARV	Fase 1: Infecção Fase 2: Assintomático Fase 3: Sintomático Fase 4: SIDA/Progressão do HIV à SIDA Desconhecido (comentário)	1 2 3 4 99	
102_dk	Comente por favor porque é que isto é desconhecido	[texto]		102=99
103	Resultado do teste I=I da criança ou último teste CV <i>Se for desconhecido insira 99</i>	Fase 1: Infecção Fase 2: Assintomático Fase 3: Sintomático Fase 4: SIDA/Progressão do HIV à SIDA Desconhecido (comentário)	1 2 34 99	
103_dk	Comente por favor porque é que isto é desconhecido	[textot]		103=5
104	Resultado do teste I=I da criança ou último teste CV <i>Se for desconhecido insira 99</i>	[texto]		
104_dk	Comente por favor porque é que isto é desconhecido	[texto]		104=99
201	Tem algum comentário ou nota sobre alguma destas perguntas ou respostas? <i>Opcional</i>	[texto]		

