

ARTIGO ORIGINAL

Adesão à terapia antirretroviral de pessoas vivendo com HIV em um centro de sorologia especializado

Adherence to antiretroviral therapy among people living with HIV at a specialized serology center

Adhesión a la terapia antirretroviral de personas que viven con HIV en un centro especializado de serología

Lucas André Müller¹ , Chana de Medeiros da Silva² , Cristiane Pimentel Hernandes³ , Lia Gonçalves Possuelo⁴ 

RESUMO:

Objetivo: Analisar a prevalência e fatores que influenciam a adesão à terapia antirretroviral em pessoas vivendo com HIV. **Metodologia:** Estudo exploratório, transversal e analítico, com coleta de dados sociodemográficos, clínicos e estruturais de pessoas vivendo com HIV, durante os meses de março a maio de 2023. A adesão à terapia antirretroviral foi medida através da versão brasileira do questionário *Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral-CEAT-VIH*. **Resultados:** Foram entrevistadas 60 pessoas vivendo com HIV, sendo 25 homens e 35 mulheres. Segundo questionário, 78,3% das pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana tiveram adesão insuficiente. A pontuação foi influenciada pela falta de medicação ($p = 0,031$), intensidade das reações adversas ($p = 0,001$) e carga viral ($p = 0,025$). **Conclusão:** Pessoas vivendo com HIV tem baixa adesão à terapia antirretroviral devido a fatores clínicos e estruturais.

Informações do Artigo:
Recebido em: 06/03/2025
Aceito em: 26/05/2025

Autor correspondente:
Lucas André Müller. E-mail:
lucasandremuller@gmail.com

ABSTRACT:

Objective: To analyze the prevalence and factors influencing adherence to antiretroviral therapy among people living with HIV. **Methodology:** This was an exploratory, cross-sectional, and analytical study that collected sociodemographic, clinical, and structural data from people living with HIV between March and May 2023.

¹ Hospital Santa Cruz. Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Universidade de Santa Cruz do Sul. Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

Adherence to antiretroviral therapy was measured using the Brazilian version of the Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral-CEAT-VIH questionnaire. **Results:** A total of 60 people living with HIV were interviewed, including 25 men and 35 women. According to the questionnaire, 78.3% of people living with the human immunodeficiency virus had insufficient adherence. Scores were influenced by medication shortages ($p = 0.031$), the intensity of adverse reactions ($p = 0.001$), and viral load ($p = 0.025$). **Conclusion:** The studied population of people living with HIV demonstrated low adherence to antiretroviral therapy due to clinical and structural factors.

DESCRIPTORS: HIV; Treatment Adherence and Compliance; Antiretroviral Therapy, Highly Active; Surveys and Questionnaires; Brazil.

RESUMEN:

Objetivo: Analizar la prevalencia y los factores que influyen en la adhesión a la terapia antirretroviral en personas que viven con VIH. **Metodología:** Estudio exploratorio, transversal y analítico, con recolección de datos sociodemográficos, clínicos y estructurales de personas que viven con VIH durante los meses de marzo a mayo de 2023. La adhesión a la terapia antirretroviral se midió a través de la versión brasileña del Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral-CEAT-VIH. **Resultados:** Se entrevistaron a 60 personas que viven con VIH, de las cuales 25 eran hombres y 35 mujeres. Según el cuestionario, el 78,3% de las personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana tuvieron adhesión insuficiente. La puntuación fue influenciada por la falta de medicamentos ($p = 0,031$), la intensidad de las reacciones adversas ($p = 0,001$) y la carga viral ($p = 0,025$). **Conclusión:** Las personas que viven con VIH estudiadas presentan una baja adhesión a la terapia antirretroviral debido a factores clínicos y estructurales.

DESCRIPTORES: VIH; Cumplimiento y Adherencia al Tratamiento; Terapia Antirretroviral altamente Activa; Encuestas y Cuestionarios; Brasil.

INTRODUÇÃO

Atualmente, existem cerca de 38,4 milhões de Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV) no mundo, se caracterizando como uma das maiores epidemias na idade contemporânea. Desde 1980, quando foi registrado o primeiro caso de HIV, esse vírus já infectou aproximadamente 82,4 milhões de pessoas que, devido à progressão em aids e doenças associadas, resultaram em 40,1 milhões de mortes. Evidencia-se, também, que a maioria das PVHIV se concentram na África subsaariana (66%), seguida por Américas (10%) e Sudeste Asiático (10%), caracterizando, desse modo, uma problemática de países subdesenvolvidos^(1,2).

A perspectiva brasileira é comparável com a global, visto que a cada 100.000 pessoas, 452 vivem com HIV. Além disso, desde o início da epidemia, o Brasil registrou 360.323 mortes relacionadas à aids. Geograficamente, os casos se concentram no Sudeste (43,3%), Norte (19,8%) e Sul (19,7%) do país. O Rio Grande do Sul apresenta a maior taxa de PVHIV da região Sul⁽³⁾.

Devido à ausência da cura para o HIV, as formas de prevenção são essenciais para o controle da doença. Desse modo, para combater a epidemia, são essenciais políticas públicas de conscientização e testagem em massa para impedir o contágio de outras pessoas. Apesar de não ter cura, a Terapia

Antirretroviral (TARV) solucionou inúmeros problemas causados pela doença, evitando até infecções oportunistas e suprimindo a Carga Viral (CV) a ponto de tornar-se uma PVHIV não contagiosa por via sexual⁽⁴⁾. No entanto, para o sucesso farmacoterapêutico, é fundamental a adesão contínua e ininterrupta ao tratamento. A não adesão à TARV está diretamente relacionada à falha virológica, à aquisição de resistência viral e ao desenvolvimento da aids. Desse modo, garantir a adesão ao tratamento é essencial para o controle da epidemia⁽⁵⁾.

Existem inúmeras barreiras associadas à adesão, principalmente em países subdesenvolvidos. Entre elas, destacam-se as estruturais (medicação, transporte e ausência estatal em locais afastados), posológicas (excesso de comprimidos, dificuldade de engolir), comportamentais (esquecimento, desorganização, falta de tempo, preconceitos), psicológicas (depressão, ansiedade) e relacionadas à terapia (efeitos adversos). A TARV tem evoluído com o passar dos anos, com novos esquemas posológicos e novas medicações com menos reações adversas. Apesar disso, a adesão ainda é um problema para o sucesso da terapia entre PVHIV⁽⁶⁾.

Apesar dos avanços tecnológicos, ainda é difícil mensurar a adesão da TARV devido à sua complexidade multifatorial. Para conhecer os níveis de adesão farmacoterapêutica ideais, é necessário usar métodos válidos de medida. Geralmente, usa-se questionários de autorrelato associados a um critério externo, como a CV⁽⁷⁾. Conhecendo-se os problemas relacionados à adesão, é possível tomar ações para corrigi-los, contribuindo com o atingimento da meta 95-95-95 almejada pela UNAIDS até 2030⁽¹⁾.

OBJETIVO

Analizar a prevalência de adesão à TARV de PVHIV em um centro de sorologia no interior do estado do RS e identificar os fatores que influenciam a adesão.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo exploratório, transversal e analítico, norteado pela ferramenta *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE)⁽⁸⁾.

Local de estudo e período

O estudo foi realizado no Centro Municipal de Atendimento à Sorologia (CEMAS), Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, no período de março a maio de 2023.

População ou amostra

Participaram do estudo indivíduos maiores de 18 anos que estavam em uso de TARV por pelo menos seis meses. O tamanho da amostra foi definido por conveniência. Todos os participantes consentiram voluntariamente, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos no estudo indivíduos maiores de 18 anos que faziam uso contínuo de TARV há pelo menos seis meses. Participantes que não puderam fornecer consentimento ou que não tinham disponibilidade para responder à entrevista foram excluídos.

Protocolo do estudo

O estudo foi conduzido em 10 etapas principais:

1. Revisão da literatura sobre HIV.
2. Elaboração do projeto de pesquisa.
3. Apresentação do projeto à equipe do CEMAS para obtenção da carta de aceite.
4. Submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).
5. Coleta de dados por meio de dois questionários validados, aplicados presencialmente pelo pesquisador no CEMAS.
6. Acesso aos prontuários para complementar informações.
7. Elaboração de uma planilha com os dados coletados.
8. Processamento e análise dos resultados.
9. Descrição e interpretação dos resultados.
10. Escrita do artigo científico.

Coleta de dados

A entrevista foi realizada por um único pesquisador, previamente treinado, em sala privativa. As entrevistas foram padronizadas de modo que o pesquisador lia as questões e, em seguida, as respostas. Assim, o entrevistado teria de responder, de modo oral, qual das respostas se enquadra no seu caso. As respostas eram automaticamente registradas no aplicativo *Google Forms*. O tempo médio das entrevistas foi de 20 minutos.

O instrumento de coleta foi constituído de duas ferramentas, o “*Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral*” (CEAT-VIH) em sua versão brasileira para medir a adesão e um questionário complementar contemplando dados com questões variadas que irão remeter ao perfil sociodemográfico, comportamental, estrutural, clínico e farmacoterapêutico. Os dados clínicos como contagem CD4+, CV, mudanças terapêuticas, terapia farmacológica atual e tempo de tratamento foram incluídos no questionário complementar pelo médico assistente.

Em virtude de medir a adesão à TARV, usou-se o questionário CEAT-VIH em sua versão brasileira. Esse questionário consiste em uma ferramenta de resultado multidimensional de autorrelato para avaliar o grau de adesão a partir de 20 questões curtas e simples de responder. Esse possui um

manual de instruções para o pesquisador. A ferramenta está disponível em sete diferentes idiomas e já foi validado no Brasil⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

O CEAT-VIH aborda dois espectros da adesão, sendo o primeiro a adesão pela PVHIV e o segundo os fatores associados e críticos da adesão, que incluem antecedentes de abandono terapêutico, relação médico-paciente, crenças do paciente sobre o medicamento, intensidade dos efeitos colaterais, grau de informação e conhecimento sobre o medicamente, grau de satisfação com o tratamento, percepção da melhora ou piora na saúde após início do tratamento e o uso de estratégias para lembrar de tomar seu medicamento. O resultado deste questionário se dá pelo escore total (17 a 89), em que é possível verificar a adesão global da TARV e classificá-la em boa/adequada (maior ou igual a 85%), insuficiente/com dificuldade (entre 84% e 50%) e insuficiente/não adesão (inferior a 49%)^(10,11).

Análise dos resultados e estatística

Os dados foram analisados pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 25 para Windows®. Médias, frequências e desvio padrão (DP) foram usados para descrever os dados. A associação entre variáveis categóricas foi feita através do teste qui-quadrado de Pearson, sendo considerado uma relação estatística significativa quando $p < 0,05$. Além disso, para as comparações com as médias da pontuação do CEAT-VIH, foi usado o teste t de Student.

A fim de verificar a confiabilidade do questionário, foi usado o α de Cronbach para analisar a consistência interna. Foi observado se houve a aparição do efeito solo (*floor effect*) e do efeito teto (*ceiling effect*). Esses termos se referem a quantidade de participantes que atingiram a pontuação mínima e máxima, respectivamente. Se o valor for maior que 20% da população estudada, a ferramenta tem seu alcance da coleta de dados limitada.

Aspectos éticos

A pesquisa seguiu os princípios éticos estabelecidos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISC e autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul. Os participantes foram informados sobre os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa, e somente participaram após assinarem o TCLE. Garantiu-se a privacidade e a confidencialidade dos dados, preservando o anonimato dos sujeitos. As informações foram armazenadas na UNISC por cinco anos e, posteriormente, serão destruídas.

RESULTADOS

Características sociodemográficas, clínicas e estruturais dos participantes do estudo

Foram avaliadas 60 PVHIV, sendo 25 homens (41,7%) e 35 mulheres (58,3%), com idade média de $46,28 \pm 11,23$ anos. A maioria se autodeclarou branca (66,7%), seguida de parda (26,7%) e preta

(4,7%). Todos os participantes eram alfabetizados, predominando aqueles com ensino fundamental incompleto (35,0%) e ensino médio completo (28,3%).

Quanto à ocupação, 48,3% estavam ativos no mercado de trabalho, 30,0% desempregados e 21,7% aposentados. Em relação às populações-chave, 13,3% dos homens declararam-se homossexuais ou homens que fazem sexo com homens (HSH), 5,0% das mulheres se identificaram como profissionais do sexo, e 6,7% relataram serem clientes ou parceiros sexuais de populações-chave.

Tabela 1. Principais características sociodemográficas da população de estudo de acordo com o sexo, março – maio 2023, Santa Cruz do Sul-RS, Brasil

Características sociodemográfica		Total (n = 60)	Masculino n (%)	Feminino n (%)	Valor de p*
Sexo	Masculino	25 (41,7)	-	-	-
	Feminino	35 (58,3)	-	-	
Faixa etária	≤45	31 (51,7)	11 (44,0)	20 (57,1)	0,315
	>45	29 (48,3)	14 (56,0)	15 (42,9)	
Cor da pele	Branca	40 (66,7)	19 (76,0)	21 (60,0)	0,421
	Parda	16 (26,7)	5 (20,0)	11 (31,4)	
	Negra	4 (4,7)	1 (4,0)	3 (8,6)	
	Amarela	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Indígena	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Escolaridade	Sem estudos	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,706
	Ens. Fund.	21 (35,0)	7 (28,0)	14 (40,0)	
	Incompleto				
	Ens. Fund. Completo	7 (11,7)	3 (12,0)	4 (11,4)	
	Ens. Médio	5 (8,3)	3 (12,0)	2 (5,7)	
	Incompleto				
	Ens. Médio Completo	17 (28,3)	6 (24,0)	11 (31,4)	
	Ens. Superior	5 (8,3)	3 (12,0)	2 (5,7)	
	Incompleto				
	Ens. Superior	5 (8,3)	3 (12,0)	2 (5,7)	
	Completo				
Situação de trabalho	Ativo	29 (48,3)	12 (48,0)	17 (48,6)	0,563
	Sem ocupação	18 (30,0)	9 (36,0)	9 (25,7)	
	Aposentado	13 (21,7)	4 (16,0)	9 (25,7)	
População chave	Não	45 (75,0)	14 (56,0)	31 (88,6)	<0,01*
	Profissionais do sexo	3 (5,0)	0 (0,0)	3 (8,6)	
	Usuário de drogas injetáveis	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Homem homossexual	8 (13,3)	8 (32,0)	0 (0,0)	
	Mulheres transgênero	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Parceiros sexuais das populações chave	4 (6,7)	3 (12,0)	1 (2,9)	

*Teste Qui-quadrado de Pearson.

O índice de massa corporal médio foi de $25,57 \pm 4,94$. Comorbidades estavam presentes em 60,0% da amostra, sendo a mais prevalente o transtorno depressivo (21,6%), considerando apenas indivíduos em uso de antidepressivos. A maioria (53,3%) não fazia uso diário de medicamentos além da TARV.

O tempo médio de diagnóstico de HIV foi de $116,30 \pm 82,90$ meses. Foram identificados 13 esquemas terapêuticos distintos, sendo o mais frequente a combinação lamivudina, tenofovir e dolutegravir (41,7%). A maioria (53,3%) não relatou efeitos colaterais relacionados à TARV. Alterações no esquema ocorreram em 36,7% dos casos, principalmente por efeitos adversos.

A carga viral (CV) era indetectável em 78,3% dos pacientes; 6,7% apresentaram contagem de CD4+ inferior a 200 células/mm³, com média geral de $701,57 \pm 420,74$ células/mm³. Quanto a barreiras estruturais, 8,3% relataram falta de medicação e 1,6% falta de informação fornecida pelo serviço.

Tabela 2. Principais características clínicas da população de estudo de acordo com o sexo, março – maio 2023, Santa Cruz do Sul-RS, Brasil

Características clínicas	Total (n = 60)	Masculino n %	Feminino n %	Valor de p*
IMC				
<18,5	2 (3,3)	1 (4,0)	1 (2,9)	0,376
18,5 – 24,9	24 (40,0)	9 (36,0)	15 (42,9)	
25,0 – 29,9	22 (36,7)	12 (48,0)	10 (28,6)	
>30	12 (20,0)	3 (12,9)	9 (25,7)	
Comorbidades				
Nenhuma	24 (40,0)	10 (40,0)	14 (40,0)	0,812
Uma	16 (26,7)	6 (24,0)	10 (28,6)	
Duas	9 (15,0)	5 (20,0)	4 (11,4)	
Três ou mais	11 (18,3)	4 (16,0)	7 (20,0)	
Depressão				
Não	47 (78,3)	5 (20,0)	8 (22,9)	0,791
Sim	13 (21,7)	20 (80,0)	27 (77,1)	
Número de medicamentos ao dia (além do TARV)				
Nenhum	32 (53,3)	13 (52,0)	19 (54,3)	0,702
1	12 (20,0)	6 (24,0)	6 (17,1)	
2 – 3	5 (8,3)	1 (4,0)	4 (11,4)	
4 – 5	6 (10,0)	2 (8,0)	4 (11,4)	
6 ou mais	5 (8,3)	3 (12,0)	2 (5,7)	
Tempo vivendo com HIV (meses)				
≤24	8 (13,3)	3 (12,0)	5 (14,3)	0,911
25 – 72	15 (25,0)	8 (32,0)	7 (20,0)	
73 – 120	14 (23,3)	5 (20,0)	9 (25,7)	
>120	23 (38,3)	9 (36,0)	14 (40,0)	
Esquema terapêutico				
3TC + TDF + DTG	25 (41,7)	11 (44,0)	14 (56,0)	0,216
3TC + TDF + ATZ + RTV	12 (20,0)	3 (12,0)	5 (14,3)	
3TC + TDF + EFV	8 (13,3)	2 (8,0)	10 (28,6)	
3TC + DTG	4 (6,7)	3 (12,0)	1 (2,9)	

	Outros	11 (18,3)	6 (24,0)	5 (14,3)	
Composição da TARV	1 pílula	12 (20,0)	6 (24,0)	6 (17,1)	0,920
	2 pílulas	27 (45,0)	11 (44,0)	16 (45,7)	
	3 pílulas	18 (30,0)	7 (28,0)	11 (31,4)	
	4 pílulas	3 (5,0)	1 (4,0)	2 (5,7)	
Intensidade dos efeitos colaterais	Nada intenso	32 (53,3)	11 (44,0)	21 (53,3)	0,330
	Pouco intenso	11 (18,3)	4 (16,0)	7 (20,0)	
	Mediamente intenso	10 (16,7)	5 (20,0)	5 (14,3)	
	Intenso	5 (8,3)	3 (12,0)	2 (5,7)	
	Muito intenso	2 (3,3)	2 (8,0)	0 (0,0)	
Conhecimento do estado sorológico	Não	10 (16,7)	4 (16,0)	6 (17,1)	0,955
	Indetectável	42 (70,0)	18 (72,0)	24 (68,6)	
	Detectável	8 (13,3)	3 (12,0)	5 (14,3)	
Carga viral	Indetectável	47 (78,3)	20 (80,0)	27 (77,1)	0,962
	≤1000	8 (13,3)	3 (12,0)	5 (14,3)	
	>1000	5 (8,3)	2 (8,0)	3 (8,6)	
Contagem de CD4+	<200/mm ³	4 (6,7)	2 (8,0)	2 (5,7)	0,095
	201 – 500/mm ³	20 (33,3)	12 (48,0)	8 (22,9)	
	>501/mm ³	36 (60,0)	11 (44,0)	25 (71,4)	
Mudança terapêutica por efeitos adversos	Não	38 (63,3)	16 (64,0)	22 (63,3)	0,928
	Sim	22 (36,7)	9 (36,0)	13 (37,1)	
Mudança terapêutica por ineficácia farmacológica	Não	55 (91,7)	22 (88,0)	33 (94,3)	0,385
	Sim	5 (8,3)	3 (12,0)	2 (5,7)	
Usa alguma estratégia para lembrar de tomar a TARV?	Não	36 (60,0)	17 (68,0)	19 (54,29)	0,061
	Lugar visível	9 (15,0)	1 (4,0)	8 (22,86)	
	Alarme	6 (10,0)	4 (16,0)	2 (5,71)	
	Organizador de comprimidos	5 (8,3)	3 (12,0)	2 (5,71)	
	Outra	4 (6,7)	0 (0,0)	4 (11,43)	

*Qui-quadrado de Pearson.

Nível de adesão à TARV de acordo com o CEAT-VIH

A pontuação média no CEAT-VIH foi de $75,80 \pm 5,25$ (mínimo: 58; máximo: 84). A maioria foi classificada como adesão insuficiente/com dificuldade (46,7%) ou não adesão (31,7%), enquanto apenas 21,7% apresentaram adesão adequada.

Observou-se correlação negativa entre intensidade de efeitos colaterais e pontuação no CEAT-VIH ($r = -0,435$; $p = 0,001$), indicando que maiores efeitos reduzem a adesão. Também foi identificada correlação com a CV detectável ($r = -0,289$; $p = 0,025$) e com ausência de medicação nos últimos seis meses ($r = -0,278$; $p = 0,031$), demonstrando impacto direto na adesão.

Tabela 3. Nível de adesão à terapia antirretroviral relacionado às características sociodemográficas, clínicas e estruturais da população de estudo, março – maio 2023, Santa Cruz do Sul-RS, Brasil

Características individuais	Variáveis	CEAT-VIH	DP	Valor de <i>p</i> *
Características sociodemográficas				
Sexo	Masculino Feminino	76,24 75,49	5,35 5,23	0,558
Faixa etária	≤45 >45	76,19 75,38	4,78 5,77	0,553
Cor da pele	Branca Parda Negra	76,55 74,88 72,00	4,87 5,71 6,27	0,213
Escolaridade	Ens. Fund. Incompleto Ens. Fund. Completo Ens. Médio Incompleto Ens. Médio Completo Ens. Superior Incompleto Ens. Superior Completo	74,90 77,14 76,80 74,59 76,80 79,80	5,54 6,15 2,28 5,57 4,55 3,19	0,263
Situação de trabalho	Ativo Sem ocupação Aposentado	77,10 75,00 74,00	4,12 5,27 6,93	0,759
População chave	Não Profissionais do sexo Homem homossexual Parceiros sexuais das populações chave	75,36 78,33 77,25 76,00	5,60 2,08 4,83 3,16	0,457
Características clínicas				
IMC	<18,5 18,5 – 24,9 25,0 – 29,9 >30	75,00 74,87 77,55 74,58	2,83 6,54 4,04 4,08	0,747
Comorbidades	Nenhuma Uma Duas Três ou mais	76,75 75,94 76,67 72,82	4,49 5,47 3,61 6,94	0,078
Depressão	Não Sim	75,72 76,08	5,72 3,17	0,832
Número de medicamentos ao dia (além do TARV)	Nenhum 1 2 – 3 4 – 5 6 ou mais	76,03 77,00 71,00 75,67 76,40	5,15 4,47 7,52 6,38 2,19	0,661
Tempo vivendo com HIV	≤24 meses 25 – 72 meses 73 – 120 meses	77,63 77,43 74,13	2,97 5,24 6,48	0,139

	>120 meses	75,26	4,80	
Esquema terapêutico	3TC + TDF + DTG	76,32	4,26	0,341
	3TC + TDF + ATZ + RTV	73,92	4,52	
	3TC + TDF + EFV	77,88	2,85	
	3TC + DTG	76,50	12,48	
	Outros	74,91	5,89	
Composição da TARV	1 pílula	77,42	6,89	0,112
	2 pílulas	76,44	4,26	
	3 pílulas	73,56	5,27	
	4 pílulas	77,00	2,65	
Intensidade dos efeitos colaterais	Nada intenso	77,63	4,84	0,001*
	Pouco intenso	75,00	5,29	
	Mediamente intenso	73,90	4,86	
	Intenso	73,20	3,56	
	Muito intenso	67,00	4,24	
Conhecimento do estado sorológico	Não	75,20	4,76	0,331
	Indetectável	76,38	5,25	
	Detectável	73,50	5,73	
Carga viral	Indetectável	76,54	4,93	0,025*
	≤1000	74,13	5,64	
	>1000	71,60	7,07	
Contagem de CD4 ⁺	<200/mm ³	74,25	7,45	0,894
	201 – 500/mm ³	76,25	6,36	
	>501/mm ³	75,72	4,39	
Mudança terapêutica por efeitos adversos	Não	76,16	4,99	0,492
	Sim	75,18	5,73	
Mudança terapêutica por ineficácia farmacológica	Não	76,09	6,58	0,156
	Sim	72,60	5,08	
Usa alguma estratégia para lembrar de tomar a TARV?	Não	75,44	5,23	0,519
	Lugar visível	76,33	3,94	
	Alarme	76,67	4,08	
	Organizador de comprimidos	78,00	3,39	
	Outra	73,75	11,00	
Características estruturais				
Deixou de receber seu medicamento nos últimos seis meses?	Não	76,24	4,45	0,031*
	Sim	71,00	10,37	
As informações sobre o tratamento são suficientes?	Não	77,00	-	0,820
	Sim	75,78	5,29	

*Qui-quadrado de Pearson, $p < 0,05$.

Validação do CEAT-VIH na população de estudo

A fim de analisar a consistência interna do questionário, foi obtido um α de Cronbach geral de 0,72. Quatro itens foram excluídos por terem variância zero. Não houve o efeito solo (*floor effect*, 0%), nem o teto (*ceiling effect*, 0%), visto que nenhum participante atingiu a pontuação máxima, nem a mínima (17 e 89, respectivamente).

DISCUSSÃO

Das 60 PVHIV avaliadas, apenas 21,7% apresentaram adesão boa/adequada à TARV, enquanto 78,3% tiveram adesão insuficiente ou não adesão, conforme o CEAT-VIH (pontuação média: $75,80 \pm 5,25$; mínimo: 58; máximo: 84). Fatores associados à baixa adesão incluíram maior intensidade de efeitos colaterais ($r = -0,435$; $p = 0,001$), não recebimento da medicação ($r = -0,278$; $p = 0,031$) e carga viral (CV) detectável ($r = -0,289$; $p = 0,025$).

A população estudada incluiu 25 homens (41,7%) e 35 mulheres (58,3%), com idade média de $46,28 \pm 11,23$ anos. A maioria se autodeclarou branca (66,7%), seguida de parda (26,7%) e preta (4,7%). Todos os participantes eram alfabetizados, predominando ensino fundamental incompleto (35,0%) e ensino médio completo (28,3%). Quanto à ocupação, 48,3% estavam ativos, 30,0% desempregados e 21,7% aposentados. Sexo, idade, cor e nível educacional não apresentaram relação significativa com a adesão, diferentemente de alguns estudos⁽¹²⁻¹⁴⁾. Variáveis socioeconômicas, como ocupação e renda, também não influenciaram a adesão, contrastando com pesquisas em contextos de extrema pobreza, mas corroborando outros achados^(11-12,15-16).

Cerca de 25% das PVHIV pertenciam a populações-chave: homens homossexuais (13,3%), profissionais do sexo (5,0%) e parceiros sexuais de populações-chave (6,7%). Globalmente, essas populações representam 5% das PVHIV, mas responderam por 70% das novas infecções por HIV em 2021⁽¹⁻²⁾.

Entre as características clínicas, o índice de massa corporal médio foi $25,57 \pm 4,94$, com 56,7% das PVHIV classificadas como sobrepeso ou obesas, possivelmente devido a medicamentos como dolutegravir. Comorbidades, como transtorno depressivo (21,6%), não se correlacionaram com a adesão, divergindo de estudos que associam depressão à baixa adesão^(15,17-19). A maioria (53,3%) não usava outros medicamentos além da TARV, e esquemas simples (1-2 pílulas/dia) predominaram (65,0%), mas não impactaram a adesão⁽²⁰⁾. O tempo médio de diagnóstico foi $116,30 \pm 82,90$ meses, superior a outros estudos (81,60, 42,25 e 71,00 meses)^(10,12,16).

A intensidade dos efeitos colaterais foi determinante, com 53,3% das PVHIV sem efeitos relatando melhores pontuações no CEAT-VIH, consistente com a literatura⁽²¹⁻²³⁾. Alterações no esquema terapêutico, relatadas por 36,7% devido a efeitos adversos, reforçam a necessidade de monitoramento clínico. A contagem média de linfócitos T CD4+ ($701,57 \pm 420,74$ células/mm³) foi superior à de outros

estudos, mas não predisse adesão, sugerindo que esse marcador não é confiável para avaliar adesão^(10-12,16,19,21-22).

Estratégias relatadas pelas PVHIV, como guardar medicamentos em locais visíveis, usar alarmes, organizadores de comprimidos e associar a tomada a rotinas diárias, são recomendadas para superar barreiras comportamentais, como esquecimento^(6,7). Para melhorar a adesão, intervenções como educação em saúde, aconselhamento individualizado e lembretes digitais poderiam ser implementadas, especialmente considerando barreiras estruturais locais, como o não recebimento de medicação (8,3%)^(3,7).

Barreiras estruturais, incluindo falta de medicação (8,3%) e informações insuficientes (1,6%), impactaram negativamente a adesão, alinhando-se a estudos que destacam acesso e disponibilidade de serviços como fatores cruciais^(7,25). A CV indetectável, alcançada por 78,3% das PVHIV, indica sucesso terapêutico, mas a potência da TARV moderna permite supressão viral com adesão de 80-85%, exigindo cautela ao associá-la a adesão estrita^(10,11,13,16,26-29). Comparado a estudos similares (59,3% e 68,3% de supressão viral), o resultado é positivo^(11,15). Contudo, a região está aquém da meta 95-95-95 da UNAIDS, que visa 95% de PVHIV em TARV com CV indetectável até 2030. Em 2021, 92% das PVHIV em TARV globalmente alcançaram supressão viral, indicando a necessidade de avanços locais⁽¹⁻²⁾.

O CEAT-VIH demonstrou confiabilidade (α de Cronbach = 0,72), sem efeitos piso ou teto, reforçando sua validade para avaliar adesão^(10-11,13-14,16,27,30). A relação significativa entre sua pontuação e a CV indetectável valida seu uso. Contudo, a estagnação nos níveis de adesão (similar a estudos de 2007) sugere a necessidade de políticas públicas para mitigar barreiras clínicas (efeitos colaterais) e estruturais (acesso a medicamentos), visando melhorar a adesão à TARV.

Limitações do Estudo

É fundamental considerar as potenciais limitações deste estudo. Dado que a pesquisa envolveu pacientes de uma única clínica de sorologia, é importante reconhecer que os resultados podem não refletir completamente a adesão à TARV na região em questão, especialmente entre as PVHIV que não têm acesso a esse tipo de serviço de saúde. Além disso, é importante notar que o questionário utilizado se baseou no autorrelato dos participantes, o que pode estar sujeito a viés de resposta e, portanto, influenciar a precisão das informações coletadas.

Contribuições para a Área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

Este estudo contribui para a Enfermagem, Saúde e Políticas Públicas ao identificar fatores que influenciam negativamente a adesão à TARV, como intensidade dos efeitos colaterais, não recebimento de medicamentos e CV detectável, além de validar o CEAT-VIH como ferramenta útil para monitorar a adesão. Ele reforça a importância de intervenções personalizadas por enfermeiros, como suporte

educacional e manejo de barreiras estruturais e comportamentais, promovendo cuidado centrado no paciente. Além disso, evidencia a necessidade de políticas públicas que garantam a disponibilidade regular de medicamentos, ampliem o acesso a populações-chave e fortaleçam estratégias para alcançar as metas globais de supressão viral, como a 95-95-95 da ONU.

CONCLUSÃO

A presente pesquisa analisou a prevalência de adesão à TARV entre PVHIV atendidas em um centro de sorologia no interior do RS, identificando que apenas 21,7% apresentaram adesão boa ou adequada, enquanto 78,3% apresentaram adesão insuficiente. Os fatores relacionados à baixa adesão incluem a intensidade dos efeitos colaterais, o não recebimento regular da medicação e a CV detectável, destacando a importância de estratégias voltadas para o manejo de efeitos adversos, garantia de acesso contínuo aos medicamentos e acompanhamento clínico regular. A prevalência de CV indetectável (78,3%) na população estudada, embora significativa, ainda está abaixo das metas globais de supressão viral, como a 95-95-95, evidenciando a necessidade de avanços em políticas públicas e ações educativas para melhorar a adesão. Por fim, conclui-se que o uso do CEAT-VIH é uma ferramenta confiável para monitorar a adesão à TARV, e que esforços coordenados envolvendo profissionais de saúde, especialmente enfermeiros, e gestores públicos são essenciais para mitigar os desafios identificados e promover melhores desfechos no cuidado às PVHIV.

REFERÊNCIAS

1. UNAIDS. Global Aids Update [Internet]. 2022 [citado 15 out 2024]. Disponível em: <https://unaids.org.br/tag/global-aids-update/>.
2. WHO. Key facts HIV [Internet]. World Health Organization. 2022 [citado 23 nov 2024]. Disponível em: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/hiv-programme>.
3. Brasil. Boletim Epidemiológico HIV / AIDS | 2021 [Internet]. 2021 [citado 10 out 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2021/boletim-epidemiologico-especial-hiv-aids-2021.pdf/view>.
4. Ghosn J, Taiwo B, Seedat S, Autran B, Katlama C. HIV (Seminar Lancet 2018). Lancet. 2018 [citado 28 nov 2024];392(10148):685–97. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)31311-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)31311-4)
5. Cavanaugh C, Ward K. HIV/STI Prevention Interventions for Women Who Have Experienced Intimate Partner Violence: A Systematic Review and Look at Whether the Interventions Were Designed for Disseminations. AIDS Behav [Internet]. 2021 [citado 17 out 2024];25(11):3605–16. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10461-021-03318-5>

6. Kalichman SC, Kalichman MO, Cherry C. Forget About Forgetting: Structural Barriers and Severe Non-Adherence to Antiretroviral Therapy. AIDS Care. 2017 [citado 05 nov 2024];29(4):418–22. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1220478>
7. Croome N, Ahluwalia M, Hughes LD, Abas M. Patient-reported barriers and facilitators to antiretroviral adherence in sub-Saharan Africa. Aids. 2017 [citado 12 out 2024];31(7):995–1007. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/qad.0000000000001416>
8. Von Elm E, Altman DG, Egger M, Gøtzsche PC, Vandebroucke JP, for the STROBE Initiative. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. J Clin Epidemiol. 2008 [citado 19 nov 2024];61(4):344–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2007.11.008>
9. IBGE. Santa Cruz do Sul [Internet]. gov.br. 2022 [citado 30 out 2024]. p. 1–3. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rs/santa-cruz-do-sul.html>
10. Remor E. Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. Psicothema [Internet]. 2002 [citado 07 nov 2024];14(2):262–7. Disponível em: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-0036347257&partnerID=MN8TOARS>
11. Remor E, Milner-Moskovics J, Preussler G. Adaptação brasileira do “Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral.” Rev Saude Publica. 2007 [citado 25 out 2024];41(5):685–94. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006005000043>
12. Salmanton-García J, Herrador Z, Ruiz-Seco P, Nzang-Esono J, Bendomo V, Bashmakovic E, et al. Self-reported adherence to antiretroviral therapy in HIV+ population from Bata, Equatorial Guinea. AIDS Care - Psychol Socio-Medical Asp AIDS/HIV. 2016 [citado 14 nov 2024];28(5):543–53. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09540121.2015.1124976>
13. Casotti JAS, Mendes AAS, Endlich BN, Queiroz MD. Factors Associated with Adherence to HAART in Patients with HIV/Aids. J Bras Doenças Sex Transm. 2011 [citado 02 out 2024];23(4):215–21. Disponível em: <https://bdst.emnuvens.com.br/revista/article/view/1027>
14. Remor E. Adherence to ARV medication in Romanian young adults: Self-reported behaviour and psychological barriers. Psychol Heal Med. 2013 [citado 21 nov 2024];18(3):343–54. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13548506.2012.722648>
15. Calvetti PÜ, Giovelli GRM, Gauer GJC, Moraes JFD de. Psychosocial factors associated with adherence to treatment and quality of life in people living with HIV/AIDS in Brazil. J Bras Psiquiatr. 2014 [citado 09 out 2024];63(1):8–15. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-208500000002>

16. Carvalho CV de, Merchán-Hamann E, Matsushita R. Determinantes da adesão ao tratamento anti-retroviral em Brasília, DF: um estudo de caso-controle. Rev Soc Bras Med Trop. 2007 [citado 16 nov 2024];40(5):555–65. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0037-86822007000500013>.
17. Sax PE, Erlandson KM, Lake JE, McComsey GA, Orkin C, Esser S, et al. Weight gain following initiation of antiretroviral therapy: Risk factors in randomized comparative clinical trials. Clin Infect Dis. 2020 [citado 27 out 2024];71(6):1379–89. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/cid/ciz999>
18. Abebe W, Gebremariam M, Molla M, Teferra S, Wissow L, Ruff A. Prevalence of depression among HIV-positive pregnant women and its association with adherence to antiretroviral therapy in Addis Ababa, Ethiopia. PLoS One [Internet]. 2022 [citado 04 nov 2024];17(1):1–13. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0262638>
19. Camargo CC, Cavassan NRV, Tasca KI, Meneguin S, Miot HA, Souza LR. Depression and coping are associated with failure of adherence to antiretroviral therapy among people living with HIV/aids. AIDS Res Hum Retroviruses. 2019 [citado 11 out 2024];35(11–12):1181–8. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/aid.2019.0050>
20. Young J, Smith C, Teira R, Reiss P, Jarrín Vera I, Crane H, et al. Antiretroviral pill count and clinical outcomes in treatment-naïve patients with HIV infection. HIV Med. 2018 [citado 18 nov 2024];19(2):132–42. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/hiv.12562>
21. Miyada S, Garbin AJÍ, Gatto RCJ, Garbin CAS. Treatment adherence in patients living with HIV/AIDS assisted at a specialized facility in Brazil. Rev Soc Bras Med Trop. 2017 [citado 13 out 2024];50(5):607–12. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0266-2017>
22. Reis ACRDS, Guerra MNP, Lencastre LMDFQE. Treatment adherence and subjective well-being in HIV/AIDS infection. AIDS Care - Psychol Socio-Medical Asp AIDS/HIV. 2013 [citado 29 nov 2024];25(12):1604–11. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09540121.2013.793276>
23. Carey JW, Carnes N, Schoua-Glusberg A, Kenward K, Gelaude D, Denson DJ, et al. Barriers and facilitators for antiretroviral treatment adherence among HIV-positive African American and latino men who have sex with men. AIDS Educ Prev. 2019 [citado 08 nov 2024];31(4):306–24. Disponível em: <https://doi.org/10.1521/aeap.2019.31.4.306>
24. Sigaloff KCE, Hamers RL, Menke J, Labib M, Siwale M, Ive P, et al. Early warning indicators for population-based monitoring of HIV drug resistance in 6 African countries. Clin Infect Dis. 2012 [citado 20 out 2024];54(SUPPL. 4). Disponível em: <https://doi.org/10.1093/cid/cir1015>
25. Fernandez SB, Lopez C, Ibarra C, Sheehan DM, Ladner RA, Trepka MJ. Examining Barriers to Medication Adherence and Retention in Care among Women Living with HIV in the Face of Homelessness

and Unstable Housing. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2022 [citado 06 nov 2024];19(18). Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph191811484>

26. Cohen MS, McCauley M, Gamble TR. HIV treatment as prevention and HPTN 052. Curr Opin HIV AIDS. 2012 [citado 26 out 2024];7(2):99–105. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/coh.0b013e32834f5cf2>

27. Reis AC, Lencastre L, Guerra MP, Remor E. Adaptação portuguesa do questionário para a avaliação da adesão ao tratamento anti-retrovírico–VIH (CEAT-VIH). Psicol Saúde e Doenças. 2009 [citado 03 nov 2024];10(2):175–91. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006005000043>

28. Bangsberg DR, Hecht FM, Charlebois ED, Zolopa AR, Holodniy M, Sheiner L, et al. Adherence to protease inhibitors, HIV-1 viral load, and development of drug resistance in an indigent population. Aids. 2000 [citado 22 nov 2024];14(4):357–66. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00002030-200003100-00008>

29. Viswanathan S, Detels R, Mehta SH, Macatangay BJC. Level of adherence and HIV RNA suppression in the current era of Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART). AIDS Behav. 2015 [citado 01 out 2024];19(4):1–18. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10461-014-0927-4>

30. Foresto JS, Melo ES, Costa CRB, Antonini M, Gir E, Reis RK. Adesão à terapêutica antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids em um município do interior paulista. Rev Gaúcha Enferm. 2017 [citado 24 nov 2024];38(1):1–7. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.63158>

31. Primeira MR, Santos ÉEP dos, Züge SS, Magnago TSB de S, Paula CC de, Padoin SM de M. Avaliação Da Adesão Ao Tratamento Antirretroviral De Pessoas Vivendo Com Hiv. Saúde e Pesqui. 2018 [citado 31 out 2024];11(2):307. Disponível em: <https://doi.org/10.17765/1983-1870.2018v11n2p307-314>

Agradecimentos: Não há.

Financiamento: Não há.

Contribuição dos autores: Concepção e desenho da pesquisa: Lucas André Müller. Obtenção de dados: Lucas André Müller. Análise e interpretação dos dados: Lucas André Müller. Redação do manuscrito: Lucas André Müller. Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual: Chana de Medeiros da Silva, Cristiane Pimentel Hernandes, Lia Gonçalves Possuelo.