

Perfil e adesão à terapia antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/AIDS**Profile and adherence to antiretroviral therapy of people living with HIV/AIDS****Perfil y adhesión a la terapia antirretroviral de personas que viven con el VIH/SIDA****Recebido: 25/03/2021****Aprovado: 15/06/2021****Publicado: 01/01/2022****Patrícia Paiva Carvalho¹****Sabrina Martins Barroso²****Dalmo Correia Filho³****Lucas Rossato⁴****Fernanda Rodrigues de Oliveira Penaforte⁵**

Estudo transversal e descritivo, realizado em um ambulatório de doenças infecciosas e parasitárias de um hospital universitário, localizado em uma cidade de médio porte do interior do estado de Minas Gerais, realizado no primeiro semestre de 2017, com objetivo de identificar o perfil e os níveis de adesão aos antirretrovirais das pessoas vivendo com HIV/AIDS. Utilizou-se: Questionário de caracterização elaborado para a pesquisa; Escala de Depressão, Ansiedade e *Stress* - Versão Abreviada; *Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral* - Versão em Português; e Questionário de dados nutricionais e complementares. Realizou-se análise estatística-descritiva com distribuição de frequência e porcentagem de variáveis categóricas e medidas de tendência central e de dispersão de variáveis contínuas. Foram entrevistadas 190 pessoas, das quais 51,6% eram homens, média de 44,9 anos ($\pm 12,0$), com baixa renda (64,7%) e baixa escolaridade (57,8%). A maioria tinha 10 anos ou mais de infecção (54,2%) e apresentava carga viral indetectável (68,9%). Conforme o registro na farmácia e o questionário de avaliação de adesão ao tratamento, foram considerados aderentes 11,1% e 69,0% dos entrevistados, respectivamente. Foram encontradas taxas altas de não-adesão, reforçando a importância dos serviços monitorarem a adesão aos antirretrovirais para a detecção precoce da não-adesão.

Descritores: HIV; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Perfil de saúde; Adesão à medicação; Terapia antirretroviral de alta atividade.

Cross-sectional and descriptive study, carried out in an infectious and parasitic disease outpatient clinic of a university hospital, located in a medium-sized city in the interior of the state of Minas Gerais, Brazil, carried out in the first semester of 2017. It aimed to identify the profile and levels adherence to antiretroviral drugs for people living with HIV/AIDS. The following were used: Characterization questionnaire elaborated for the research; The Depression, Anxiety and Stress Scale - Short Version; The Questionnaire for the Evaluation of Adherence to Antiretroviral Treatment - Version in Portuguese; and Nutritional and complementary data questionnaire. Descriptive statistical analysis was performed with frequency distribution and percentage of categorical variables and measures of central tendency and dispersion of continuous variables. 190 people were interviewed, of which 51.6% were men, an average of 44.9 years (± 12.0), with low income (64.7%) and low educational level (57.8%). Most had been infected for 10 years or more (54.2%) and had an undetectable viral load (68.9%). According to the pharmacy record and the treatment adherence assessment questionnaire, 11.1% and 69.0% of respondents were considered adherents, respectively. High non-adherence rates were found, reinforcing the importance of services to monitor adherence to antiretroviral drugs for early detection of non-adherence.

Descriptors: HIV; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Health profile; Medication adherence; Antiretroviral therapy, Highly active.

Estudio transversal y descriptivo, realizado en un ambulatorio de enfermedades infecciosas y parasitarias de un hospital universitario, ubicado en una ciudad de tamaño medio del interior del estado de Minas Gerais, Brasil, llevado a cabo en el primer semestre de 2017, con el objetivo de identificar el perfil y los niveles de adhesión a los medicamentos antirretrovirales de las personas que viven con el VIH/SIDA. Se utilizó: Cuestionario de caracterización preparado para la investigación; Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés - Versión Abreviada; Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral - Versión en portugués; y Cuestionario de datos nutricionales y complementarios. Se realizó un análisis estadístico descriptivo con distribución de frecuencias y porcentajes de las variables categóricas y medidas de tendencia central y dispersión de las variables continuas. Se entrevistó a 190 personas, de las cuales el 51,6% eran hombres, con una media de 44,9 años ($\pm 12,0$), con bajos ingresos (64,7%) y baja educación (57,8%). La mayoría tenía 10 años o más de infección (54,2%) y tenía una carga viral indetectable (68,9%). Según el registro en la farmacia y el cuestionario para evaluar la adhesión al tratamiento, el 11,1% y el 69,0% de los encuestados se consideraron adherentes, respectivamente. Se encontraron altas tasas de no adhesión, lo que refuerza la importancia de que los servicios supervisen la adhesión a los medicamentos antirretrovirales para la detección temprana de la no adhesión.

Descriptorios: VIH; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Perfil de salud; Cumplimiento de la medicación; Terapia antirretroviral altamente activa.

1. Psicóloga. Especialista em Psicologia Clínica. Mestre em Psicologia. Doutorando em Enfermagem Psiquiátrica pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Psicóloga no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba/MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-7072-320X E-mail: ppcpsico@gmail.com

2. Psicóloga. Especialista em Avaliação Psicológica. Mestre em Psicologia Clínica. Doutora em Saúde Pública. Professora do Curso de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP) da UFTM, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-1759-9681 E-mail: smb.uftm@gmail.com

3. Médico. Mestre e Doutor em Medicina Tropical. Professor e Vice Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical e Infectologia da UFTM, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-2174-5058 E-mail: dalmo@mednet.com.br

4. Psicólogo. Mestre em Psicologia. Doutorando em Enfermagem Psiquiátrica pela EERP/USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil. ORCID: 0000-0003-3350-0688 E-mail: rossatousp@usp.br

5. Nutricionista. Especialista em Nutrição Hospitalar, Mestre em Ciências Biomédicas. Doutora em Investigação Biomédica. Professora do Curso de Nutrição e do PPGP da UFTM, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0001-8483-1562 E-mail: fernandaropenaforte@gmail.com

INTRODUÇÃO

Mundialmente, em 2018, aproximadamente 37,9 milhões de pessoas viviam com HIV, e foram registradas 770.000 mortes relacionadas ao vírus¹. No Brasil, desde o início da infecção até junho de 2019, foram registrados 966.058 casos de Aids, sendo 65,6% em homens. Há um avanço crescente da infecção em homens jovens, de 15 a 24 anos, que preocupa os profissionais de saúde².

Com a introdução da Terapia Antirretroviral (TARV), houve importante redução na morbimortalidade relacionada ao HIV/Aids, tornando a infecção uma doença crônica com possibilidades de controle^{3,4}. Mas os benefícios da TARV não são alcançados sem adesão ao tratamento^{3,5}; a adesão a um fármaco envolve sua tomada na dose e frequência prescritas⁶.

São múltiplos os fatores associados à adesão à TARV, principalmente: características sociodemográficas, fatores psicossociais, características do tratamento, características da infecção pelo HIV/Aids, relação com o serviço de saúde e apoio social^{7,8}. Não há consenso para definir boa e má adesão em pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA). Os primeiros estudos sobre o tema indicaram que pelo menos 95% de adesão ao tratamento seria necessária para manter a carga viral do HIV indetectável. Entretanto, trabalhos mais recentes, utilizando regimes potentes de TARV, mostraram capacidade para manter a supressão viral com adesão inferior a 95%⁹⁻¹¹.

Entre as formas de avaliar a adesão, tem-se: medidas indiretas (autorrelato, monitoramento eletrônico de medicamentos, contagem de comprimidos e registros de dispensação de TARV) e medidas diretas (detecção dos antirretrovirais ou de seus metabolizadores no sangue e contagem de carga viral no sangue). Mas não há uma medida padrão-ouro para adesão à TARV, o que gera dificuldade na comparação^{5,7,11}. Há apenas a recomendação de que a adesão seja avaliada por dois ou mais métodos combinados para monitoramento^{5,7}.

A não-adesão à TARV implica em risco para a saúde individual e está associada ao aumento potencial da transmissão do HIV⁶. Casos de não-adesão à TARV são encontrados em todos os países, e variações nas taxas de adesão ocorrem tanto entre nações, como dentro de diferentes regiões de um mesmo país, representando um grande desafio para a saúde pública^{4,7}. No Brasil, as taxas de adesão identificadas variam entre 11,8% e 75%¹²⁻¹⁴, mas a forma de avaliação varia entre estudos. As pesquisas sobre adesão no Brasil utilizaram questionário de medida de adesão^{12,14}, autorrelato¹³ ou registro de dispensação da TARV na farmácia^{5,15,16}, sendo difícil estabelecer se a variação das medidas observadas derivam da real diferença de adesão ou de viés metodológico. Além disso, ainda há muitas regiões sobre as quais não há dados de adesão, especialmente no interior do país^{4,14}.

Esse estudo teve como objetivo identificar o perfil e os níveis de adesão à Terapia Antirretroviral em pessoas vivendo com HIV/Aids.

MÉTODO

Estudo transversal e descritivo, realizado em um ambulatório de doenças infecciosas e parasitárias de um hospital universitário, localizado em uma cidade de médio porte do interior do estado de Minas Gerais.

Para o cálculo amostral, utilizou-se os registros de carga viral disponíveis no hospital, que permitiram estimar que aproximadamente 1200 PVHA recebiam atendimento nesse serviço de saúde¹⁷. O tamanho da amostra foi determinado segundo critérios estatísticos para populações conhecidas¹⁸. Considerou-se prevalência de não-adesão de 25%¹⁴, 95% de confiança, 5% de erro e reposição amostral em caso de recusa.

Inicialmente, checava-se em prontuário eletrônico quais usuários do serviço preenchiam os critérios de inclusão da pesquisa e cruzava-se os nomes com a listagem de agendamento para consulta nos dias de coleta. As pessoas elegíveis eram convidadas individualmente com

esclarecimentos sobre o estudo. Em seguida, os questionários eram aplicados por meio de entrevista, incluso medidas antropométricas e checagem dos dados do prontuário e dos registros de dispensação dos antirretrovirais na farmácia. Os dados foram coletados no primeiro semestre de 2017.

Utilizou-se como instrumentos:

- a. Questionário estruturado para caracterização dos participantes, contendo questões fechadas sobre: 1. Aspectos demográficos e socioeconômicos; 2. Aspectos clínicos; 3. Uso de antirretrovirais; 4. Hábitos de vida; 5. Apoio social; 6. Acompanhamento e características do serviço de saúde e 7. Conhecimento sobre HIV/Aids e TARV. Dados sobre idade, contagem de CD4, carga viral plasmática, presença de comorbidades, infecções associadas ao HIV/Aids e uso de outros medicamentos foram obtidos no prontuário médico,
- b. Escala de Depressão, Ansiedade e *Estresse*-DASS-21 validada para o Brasil¹⁹. Essa escala é composta por 21 itens que avaliam e indicam a presença de sintomas de depressão, ansiedade e estresse.
- c. Questionário para a avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral (CEAT-VIH) - versão 2.0²⁰⁻²², validado para o Brasil²². O questionário possui 17 itens que avaliam a adesão à TARV e estabelece o seguinte grau de adesão: baixa/insuficiente, boa/adequada ou estrita²⁰⁻²¹,
- d. Avaliação nutricional: Peso (P) e estatura (E) foram aferidos em balança eletrônica com haste vertical acoplada, segundo métodos padronizados. O cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) foi feito a partir da conversão das medidas de P e E na fórmula $IMC (kg/m^2) = P/E^2$, sendo a classificação do estado nutricional feita de acordo com os pontos de corte preconizados pela World Health Organization²³.
- e. Registro de dispensação dos antirretrovirais. Anotação dos registros de dispensação dos antirretrovirais na Unidade de Distribuição de Medicamentos do hospital nos registros *on-line* do SICLOM.

Foram anotados esquemas de TARV, doses e posologias prescritas, quantidade de comprimidos dispensados e as datas de retirada mensal dos antirretrovirais nos seis meses anteriores à entrevista. Considerou-se os critérios de Gomes *et al*¹⁶ para definição de adesão, caracterizando a retirada da TARV em dois grupos: 1. Regular: quando não houve irregularidade no tempo de dispensação; e 2. Irregular: quando o tempo de dispensação foi superior a 34 dias do previsto.

Realizou-se análise estatística descritiva com distribuição de frequência e porcentagem de variáveis categóricas e medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio-padrão, valores mínimo e máximo) de variáveis contínuas. Para cada medida de adesão adotada, foi estimada a proporção de pessoas que preenchiam os critérios de adesão e não-adesão.

Essa pesquisa seguiu todas as disposições éticas para pesquisas com seres humanos, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (parecer N^o 1.774.871). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido junto com os participantes e todos o assinaram antes da coleta de dados.

RESULTADOS

Participaram do estudo 190 PVHA, com 18 anos ou mais e prescrição de TARV por período mínimo de seis meses. Foram excluídas gestantes e indivíduos em regime fechado em penitenciária. A maioria (77,9%) residia na cidade em que se encontra o hospital, do sexo masculino (51,6%), com média de idade de 44,9 anos ($\pm 12,0$), variando de 20 a 72 anos, mas a maioria (55,2%) estava na faixa de 30 a 49 anos (Tabela 1).

Houve predomínio de pessoas com cor declarada branca (47,3%), ensino fundamental incompleto ou completo (60,5%), solteiras (50%) e heterossexuais (76,8%). A maioria residia com alguém (77,4%), declarou renda familiar de até 2 salários-mínimos (66,2%) e possuía renda individual (77,9%). Para 53,6% a renda provinha de aposentadoria, pensão por morte,

auxílio-doença e/ou benefício de prestação continuada. A maioria dos entrevistados possuía crença religiosa (87,9%), sendo as mais citadas a religião católica (37,4%) e a evangélica (25,3%).

Tabela 1. Características sociodemográficas avaliadas. Uberaba, Minas Gerais, 2017.

| Características | N | % |
|--|-----|------|
| Cidade em que reside | | |
| Cidade sede do ambulatório | 148 | 77,9 |
| Outras cidades | 42 | 22,1 |
| Sexo | | |
| Masculino | 98 | 51,6 |
| Feminino | 92 | 48,4 |
| Idade | | |
| 18 a 24 anos | 9 | 4,7 |
| 25 a 29 anos | 8 | 4,2 |
| 30 a 49 anos | 105 | 55,2 |
| 50 a 60 anos | 38 | 20,0 |
| Igual ou maior que 60 anos | 30 | 15,8 |
| Cor | | |
| Branca | 89 | 47,3 |
| Parda | 51 | 27,1 |
| Preta | 44 | 23,4 |
| Amarela | 4 | 2,1 |
| Escolaridade | | |
| Nenhuma | 5 | 2,6 |
| Ens. Fund. Incompleto | 73 | 38,4 |
| Ens. Fund. Completo | 37 | 19,5 |
| Ens. Médio Incompleto | 18 | 9,5 |
| Ens. Médio Completo | 37 | 19,5 |
| Ens. Sup. Incompleto | 8 | 4,2 |
| Ens. Sup. Completo | 11 | 5,8 |
| Estado civil | | |
| Solteiro (a) | 95 | 50,0 |
| Casado (a)/União estável | 56 | 29,4 |
| Viúvo (a) | 19 | 10,0 |
| Divorciado (a)/separado (a) | 20 | 10,5 |
| Orientação sexual | | |
| Heterossexual | 146 | 76,8 |
| Homossexual | 33 | 17,4 |
| Bissexual | 3 | 1,6 |
| Não se interessa por sexo | 8 | 4,2 |
| Reside com outra pessoa | | |
| Sim | 147 | 77,4 |
| Não | 40 | 21,1 |
| Instituição | 3 | 1,6 |
| Renda familiar | | |
| Não tem renda | 3 | 1,6 |
| Até R\$ 468,5 | 4 | 2,1 |
| De R\$468,5 a R\$1874 | 117 | 62,5 |
| De R\$1874 a R\$3748 | 55 | 29,4 |
| De R\$3748 a R\$9370 | 8 | 4,2 |
| Fonte de renda individual | | |
| Sim | 148 | 77,9 |
| Não | 42 | 22,1 |
| Tipo de Fonte de renda individual | | |
| Aposentadoria/Pensão por morte | 61 | 32,1 |
| Auxílio doença/BPC | 41 | 21,6 |
| Emprego formal | 24 | 12,7 |
| Emprego informal | 28 | 14,7 |
| Nenhuma das alternativas | 36 | 18,9 |
| Crença religiosa | | |
| Sim | 167 | 87,9 |
| Não | 23 | 12,1 |
| Religião | | |
| Católica | 71 | 37,4 |
| Evangélica | 48 | 25,3 |
| Espírita Kardecista | 28 | 14,7 |
| Umbandista/Candomblé | 15 | 7,9 |
| Não tem religião, mas acredita em Deus | 10 | 5,3 |
| Nenhuma das alternativas | 18 | 9,5 |

A maior parte dos entrevistados (54,2%) apresentava 10 anos ou mais de infecção pelo HIV/Aids, 44,4% tinha mais de 10 anos de uso de TARV (Tabela 2), possuía morbidades (84,1%) e infecções associadas ao HIV/Aids (69,3%), sendo que 58,5% declararam já haver experimentado uma ou mais internações por complicações relacionadas à Aids. Sintomas atribuídos a Aids foram relatados por 69,5% dos sujeitos, sendo os principais: prejuízos na memória e convulsões (33,7%), fadiga/cansaço (32,1%) e dor de cabeça (31,1%). A maior parte dos entrevistados (67,9 %) indicou não possuir diagnóstico psiquiátrico.

No estado nutricional, quase metade dos participantes apresentava excesso de peso (48,5%). O IMC médio foi de 25,0kg/m² (DP±5,1), variando entre 13,8 e 50,3kg/m². Dos entrevistados, 40,0% referiu ter observado mudanças no corpo relacionadas ao HIV/Aids, com destaque para aumento (16,9%) ou perda (14,3%) da gordura corporal (Tabela 2).

A média de CD4 foi de 595 cels/mm³ (D.P. ± 352,2), com valores mínimo de 15 cels/mm³ e máximo de 2067 cels/mm³. O exame mais recente de CD4 foi realizado em março de 2017, enquanto o mais distante em agosto de 2014. Houve predominância para contagem de CD4 acima de 501 cels/mm³ (58,4%). Em relação à carga viral, 68,9% dos participantes apresentava carga viral indetectável (<40 cópias), sendo a data de realização do exame de carga viral mais recente de março de 2017 e a mais distante de setembro de 2015 (Tabela 2).

Foram encontradas 25 combinações diferentes de TARV. O esquema mais utilizado foi Efavirenz, Tenofovir e Lamivudina, combinados em um só comprimido (41,1%). Para 44,7% dos participantes os antirretrovirais eram reconhecidos pelo nome e 33,7% os reconheciam pelo frasco. A maioria (63,7%) declarou já ter deixado de tomar a medicação alguma vez, sendo os principais motivos o esquecimento (27,9%) e falta da medicação em casa (14,2%) (Tabela 2).

Em relação aos hábitos de vida (Tabela 3), a maior parte dos participantes afirmou não praticar atividades físicas (63,7%), realizar três a quatro refeições/dia (59,4%), dormir seis ou mais horas por dia (80,0%) e acordavam descansados (57,9%). Além disso, 42,6% considerou a alimentação como adequada. Indicaram não ter feito uso de drogas ilícitas nos seis meses que antecederam a entrevista (94,7%), não ter consumido bebidas alcoólicas (52,1%), não fumar (71,6%) e utilizar preservativo (69,4%). Uma grande parcela indicou, ainda, ter um parceiro sexual único (40,0%) (Tabela 2).

A maioria dos avaliados (90,5%) havia comunicado para alguém sua soropositividade para HIV. Quase metade da amostra relatou ter recebido apoio social em situações concretas, facilitando a realização de seu tratamento (44,7%) e 46,8% afirmou ter recebido apoio emocional e motivacional (Tabela 3).

Em relação às condições emocionais, a presença de sintomas depressivos foi considerada normal para 58,9%, a ansiedade para 57,9% e o stress para 60,0% dos participantes. Contudo, sintomatologia severa ou extremamente severa foi observada em 18,9% dos entrevistados para depressão, 19,4% para ansiedade e 23,6% para estresse (Tabela 3).

No uso e percepção sobre o serviço de saúde, 67,9% declararam ter procurado o serviço por encaminhamento. A maioria relatou nunca ter vivenciado dificuldade em marcar consulta (83,2%), nunca ter enfrentado dificuldade para retirar medicação na farmácia (86,8%), sempre foi tratada com respeito e cordialidade (86,8%), estavam satisfeitos ou muito satisfeitos com o atendimento (95,2%) e classificou as condições gerais de infraestrutura do serviço como boas ou excelentes (88,8%). Relataram ter recebido orientações sobre HIV/Aids (79,5%) e ter compreendido as informações recebidas muitas vezes ou sempre (66,3%). Em relação às orientações sobre TARV, 80,3% indicavam tê-las recebido e 71,0% tê-las compreendido. Quanto às orientações sobre alimentação, 63,3% declararam não as ter recebido (Tabela 4). No conhecimento sobre HIV/Aids e TARV, todos participantes responderam que a TARV deve ser tomada todos os dias. Houve menor frequência de respostas corretas para as afirmativas "*Pode-se pegar HIV pela picada de inseto*" (65,3%) e "*HIV tem cura*" (78,9%) (Tabela 4).

Tabela 2. Características clínicas e uso da Terapia Antirretroviral. Uberaba, Minas Gerais, 2017.

| Características | N | % |
|---|----|-----|
| Aspectos clínicos | | |
| Tempo de diagnóstico | | |
| Até 1 ano | 7 | 8,9 |
| 2 a 4 anos | 8 | 4,7 |
| 5 a 9 anos | 2 | 2,1 |
| 10 a 14 anos | 7 | 9,5 |
| 15 a 20 anos | 6 | 8,9 |
| Acima de 20 anos | 0 | 5,8 |
| Tempo de uso de TARV | | |
| 6 meses a 1 ano | 3 | 2,3 |
| 1 ano e 1 mês a 2 anos | 4 | 7,5 |
| 2 anos e 1 mês a 5 anos | 7 | 4,4 |
| 5 anos e 1 mês a 10 anos | 0 | 1,4 |
| Acima de 10 anos | 3 | 4,4 |
| Presença de morbidade | | |
| Sim | 59 | 4,1 |
| Não | 0 | 5,9 |
| Presença de infecções associadas ao HIV/Aids | | |
| Sim | 32 | 9,8 |
| Não | 7 | 0,2 |
| Necessidade de internação devido às infecções associadas ao HIV/aids (relato do usuário) | | |
| Sim | 10 | 8,5 |
| Não | 8 | 1,5 |
| Presença de sintomas no último mês relacionados a infecção | | |
| Sim | 32 | 9,5 |
| Não | 8 | 0,5 |
| Principais sintomas (poderia ser escolhida mais de uma alternativa) | | |
| Alterações neurocognitivas (falta de memória, esquecimento, convulsões). | 4 | 3,7 |
| Fadiga ou cansaço | 1 | 2,1 |
| Dor de cabeça | 9 | 1,1 |
| Diagnóstico psiquiátrico | | |
| Sim | 1 | 2,1 |
| Não | 29 | 7,9 |
| IMC | | |
| Baixo peso | 4 | 7,4 |
| Peso normal | 4 | 4,2 |
| Pré-obesidade | 8 | 5,8 |
| Obesidade grau I | 5 | 7,9 |
| Obesidade grau II | 7 | 3,7 |
| Obesidade grau III | 2 | 1,1 |
| Mudanças observadas no corpo relacionadas ao HIV ou TARV | | |
| Não | 14 | 0,0 |
| Sim | 6 | 0,0 |
| Quais mudanças no corpo | | |
| Nenhuma | 15 | 0,8 |
| Aumento de gordura corporal | 2 | 6,9 |
| Perda de gordura corporal | 7 | 4,3 |
| Outras | 5 | 7,9 |
| Carga viral | | |
| Indetectável | 31 | 8,9 |
| Menor que 1000 cópias | 4 | 7,9 |
| Maior que 1000 cópias | 5 | 3,2 |
| CD4 | | |
| Menor que 200 | 7 | 4,2 |
| Entre 201 e 350 | 5 | 3,2 |
| Entre 351 e 500 | 7 | 4,2 |
| Acima de 501 | 11 | 8,4 |
| Uso da terapia antirretroviral | | |
| Esquema antirretroviral/Quantidade de comprimidos ao dia | | |
| Efavirenz +Lamivudina+tenofovir 1 cp | 8 | 1,1 |
| Atazanavir+Ritonavir+Tenofovir+Lamivudina 3cp | 0 | 1,1 |
| Darunavir+Raltegravir+Ritonavir+Tenofovir+Lamivudina 7cp | 6 | 3,2 |
| Outros | | 4,7 |
| Como reconhece os medicamentos (poderia ser escolhida mais de uma alternativa) | | |
| Reconhece pelo nome | 5 | 4,7 |
| Reconhece pelo frasco | 4 | 3,7 |
| Reconhece pela cor | 0 | 6,3 |
| Já deixou de tomar a medicação alguma vez | | |
| Sim | 21 | 3,7 |
| Não | 9 | 6,3 |
| Principal motivo (poderia ser escolhida mais de uma alternativa) | | |
| Esquecimento | 3 | 7,9 |
| Por falta da medicação em casa | 7 | 4,2 |
| Por usar bebidas alcoólicas | 3 | 6,8 |

Tabela 3. Características sobre hábitos de vida, apoio social e condições emocionais. Uberaba, Minas Gerais, 2017.

| Características | N | % |
|--|-----|------|
| Hábitos de vida | | |
| Prática atividades físicas | | |
| Sim | 121 | 63,7 |
| Não | 69 | 36,3 |
| Quantidade de refeições ao dia | | |
| 2 refeições ou menos | 25 | 13,2 |
| 3 e 4 refeições | 113 | 59,4 |
| 5 ou mais | 52 | 27,4 |
| Autoavaliação da alimentação | | |
| Péssima/muito inadequada | 9 | 4,7 |
| Ruim/inadequada | 14 | 7,4 |
| Regular | 62 | 32,6 |
| Boa/adequada | 81 | 42,6 |
| Excelente/muito adequada | 24 | 12,6 |
| Quantidade de horas que dorme ao dia | | |
| 3 horas ou menos | 7 | 3,7 |
| Entre 4 e 5 | 30 | 15,9 |
| 6 ou mais | 152 | 80,4 |
| Acorda descansado | | |
| Nunca | 22 | 11,6 |
| Algumas vezes | 33 | 17,5 |
| Metade das vezes | 24 | 12,7 |
| Muitas das vezes/sempre | 110 | 58,2 |
| Relacionamentos sexuais atualmente | | |
| Nunca fez sexo | 9 | 4,8 |
| Não fez sexo nos últimos seis meses | 58 | 30,7 |
| Faz sexo de vez em quando, com a mesma pessoa | 26 | 13,8 |
| Faz sexo de vez em quando, com pessoa diferente | 11 | 5,8 |
| Faz sexo sempre, com a mesma pessoa | 76 | 40,2 |
| Faz sexo sempre, com pessoas diferentes | 9 | 4,8 |
| Uso de preservativos | | |
| Nunca | 34 | 18,3 |
| Algumas vezes/metade das vezes | 16 | 8,6 |
| Muitas vezes | 7 | 3,8 |
| Sempre | 129 | 69,4 |
| Fumante ativo | | |
| Não | 136 | 71,6 |
| Sim | 54 | 28,4 |
| Fez uso de bebidas alcoólicas nos últimos 6 meses | | |
| Não | 99 | 52,1 |
| Sim | 91 | 47,9 |
| Fez uso de drogas ilícitas nos últimos 6 meses | | |
| Não | 180 | 94,7 |
| Sim | 10 | 5,3 |
| Apoio social | | |
| Contou para alguém sobre o diagnóstico | | |
| Não | 18 | 9,5 |
| Sim | 172 | 90,5 |
| Tem recebido apoio social em situações concretas | | |
| Nunca | 74 | 39,4 |
| Algumas vezes/metade das vezes | 12 | 6,4 |
| Muitas vezes | 18 | 9,6 |
| Sempre | 84 | 44,7 |
| Tem recebido apoio motivacional e emocional | | |
| Nunca | 55 | 29,3 |
| Algumas vezes/metade das vezes | 21 | 11,2 |
| Muitas vezes | 24 | 12,8 |
| Sempre | 88 | 46,8 |
| Condições emocionais | | |
| Depressão | | |
| Normal | 112 | 58,9 |
| Leve e moderada | 42 | 22,1 |
| Severa e extremamente severa | 36 | 18,9 |
| Ansiedade | | |
| Normal | 110 | 57,9 |
| Leve e moderada | 43 | 22,6 |
| Severa e extremamente severa | 37 | 19,4 |
| Estresse | | |
| Normal | 114 | 60,0 |
| Leve e moderado | 31 | 16,3 |
| Severo e extremamente severo | 45 | 23,6 |

Tabela 4. Percepção do serviço de saúde e conhecimento sobre HIV/Aids e TARV. Uberaba, Minas Gerais, 2017.

| Características | N | % |
|--|-----|-------|
| Motivo de escolha do serviço de saúde (poderia ser escolhida mais de uma alternativa) | | |
| Ter sido encaminhado | 129 | 67,9 |
| Qualidade do serviço | 43 | 22,6 |
| Ser a referência da cidade | 33 | 17,4 |
| Relato de dificuldade em marcar consultas | | |
| Nunca | 158 | 83,2 |
| Algumas vezes | 22 | 11,6 |
| Metade das vezes | 7 | 3,7 |
| Muitas vezes/sempre | 3 | 1,6 |
| Relato de dificuldade para retirar TARV na UDM | | |
| Nunca | 165 | 86,8 |
| Algumas vezes | 18 | 9,5 |
| Metade das vezes | 3 | 1,6 |
| Muitas vezes/sempre | 4 | 2,1 |
| Sentir-se tratado com respeito e cordialidade | | |
| Nunca | 1 | 0,5 |
| Algumas vezes | 4 | 2,1 |
| Metade das vezes | 2 | 1,1 |
| Muitas vezes | 18 | 9,5 |
| Sempre | 164 | 86,8 |
| Classificação das condições gerais de infraestrutura (percepção do usuário) | | |
| Péssima/ruim | 4 | 2,1 |
| Regular | 17 | 9,0 |
| Boa | 115 | 60,8 |
| Excelente | 53 | 28,0 |
| Relato de satisfação com o atendimento prestado | | |
| Péssimo | 3 | 1,6 |
| Insatisfeito | 6 | 3,2 |
| Satisfeito | 93 | 48,9 |
| Muito satisfeito | 88 | 46,3 |
| Recebeu orientação sobre alimentação | | |
| Não | 126 | 66,3 |
| Sim | 64 | 33,7 |
| Recebeu orientação sobre HIV/Aids | | |
| Não | 39 | 20,5 |
| Sim | 151 | 79,5 |
| Compreendeu as orientações | | |
| Não compreendi | 4 | 2,1 |
| Algumas vezes | 13 | 6,8 |
| Metade das vezes | 11 | 5,8 |
| Muitas vezes | 47 | 24,7 |
| Sempre | 79 | 41,6 |
| Não recebeu | 36 | 18,9 |
| Recebeu orientação sobre TARV | | |
| Não | 37 | 19,7 |
| Sim | 151 | 80,3 |
| Compreendeu as orientações | | |
| Não compreendi | 6 | 3,2 |
| Algumas vezes | 9 | 4,8 |
| Metade das vezes | 6 | 3,2 |
| Muitas vezes | 34 | 18,1 |
| Sempre | 101 | 53,7 |
| Não recebeu | 32 | 17,0 |
| Conhecimento sobre HIV/Aids (respostas corretas para cada item) | | |
| HIV destrói a defesa do organismo | 156 | 82,1 |
| HIV tem cura | 150 | 78,9 |
| HIV pode-se pegar pelo sangue contaminado | 187 | 98,4 |
| HIV pode-se pegar por meio da relação sexual | 187 | 98,4 |
| HIV pode-se pegar pelo abraço | 185 | 97,4 |
| HIV pode-se pegar pela picada de inseto | 124 | 65,3 |
| Aids tem tratamento | 170 | 89,5 |
| Aids é causada pelo vírus HIV | 169 | 88,9 |
| Conhecimento sobre TARV (respostas corretas para cada item) | | |
| TARV diminui a infecção por HIV/aids | 179 | 94,2 |
| TARV melhora a resistência do organismo | 179 | 94,2 |
| TARV ajuda a evitar algumas doenças graves | 165 | 86,8 |
| TARV deve ser tomada todos os dias | 190 | 100,0 |
| TARV se tomada de forma diferente da prevista ou para de tomar pode prejudicar a saúde | 183 | 96,3 |
| TARV deve ser tomada por toda a vida | 185 | 97,4 |

Nas medidas de adesão (Tabela 5), observou-se adesão variando de 11,1%, considerando o registro de dispensação na farmácia, a 69,0%, quando aferida pelo CEAT-VIH. Dos entrevistados, apenas 9,4% se mostraram aderentes pela combinação das duas medidas.

Tabela 5. Adesão ao tratamento antirretroviral de acordo com cada medida de adesão. Uberaba, Minas Gerais, 2017.

| Medidas de adesão | N | % |
|---------------------------|-----|------|
| CEAT-VIH | | |
| Adesão insuficiente | 59 | 31,0 |
| Adesão adequada e estrita | 131 | 69,0 |
| Registro na Farmácia | | |
| Retirada regular | 21 | 11,1 |
| Retirada irregular | 169 | 88,9 |

DISCUSSÃO

O perfil das PVHA observado no presente estudo se assemelha ao identificado em outros estudos no Brasil^{2,6}, com predomínio de PVHA do sexo masculino, de cor branca e parda, com idade entre 30 a 49 anos, baixa escolaridade, baixa renda e heterossexuais, mas a porcentagem de mulheres ficou próxima a de homens. Observa-se no Brasil, desde meados da década de 1990, o impacto cada vez maior da infecção em populações mais pobres, com baixos níveis de escolaridade e/ou dificuldade para percepção de sua vulnerabilidade ao HIV. Deste modo, é importante atentar para o perfil das PVHA na definição de políticas públicas e das campanhas de prevenção ao HIV. Deve-se focar na disponibilização de orientações sobre prevenção combinada ao HIV, incluindo profilaxia pré e pós-exposição e distribuição de lubrificantes e preservativos para populações mais vulneráveis¹.

Com relação ao uso do preservativo, uma das fontes de proteção na disseminação do vírus, na presente pesquisa, observou-se utilização semelhante à descrita em outra pesquisa⁵ que detectou que apenas 66,1% das PVHA utilizavam preservativos. A baixa adesão ao uso do preservativo em todas as relações sexuais mostra um importante ponto de intervenção para as campanhas de prevenção ao HIV²⁴ e a necessidade dos serviços de saúde fomentarem a conscientização nas PVHA de que essa é uma medida de autocuidado necessária.

Observou-se um relevante número de participantes idosos (37,7%), que, no caso de PVHA, representando as pessoas com 50 anos ou mais⁶. O aumento na taxa de detecção do HIV/Aids em homens acima de 50 anos e em homens e mulheres acima de 60 anos no Brasil vem sendo identificado desde 2016². Diversos fatores podem contribuir para o número crescente de idosos com HIV/Aids, dentre eles o envelhecimento da população, o avanço da medicina, que possibilitou ao idoso se tornar mais ativo sexualmente, entre outros aspectos. Soma-se a isso o aumento da expectativa de vida das PVHA em decorrência dos avanços da TARV³. Tal conjuntura sinaliza a necessidade de desenvolvimento de estratégias de prevenção específicas para esse grupo²⁵.

O IMC médio encontrado mostrou que 48,5% apresentava excesso de peso e 7,4% estavam baixo peso. Com o advento da TARV, mudanças corporais importantes foram observadas nas PVHA, havendo diminuição dos quadros de desnutrição grave, embora a desnutrição ainda esteja presente neste grupo populacional, aumento da lipodistrofia pelo HIV, de síndromes metabólicas e de PVHA com excesso de peso²⁶. Mas esse último também pode estar associado ao aumento geral de peso dos brasileiros.

A maioria tinha níveis normais de sintomas de depressão, ansiedade e estresse. Uma das possíveis explicações para esse resultado é o tempo de diagnóstico dos participantes. As alterações psicológicas negativas podem surgir no momento do diagnóstico de soropositividade, como parte do processo inicial de adaptação à doença e ser transitórias, tanto quanto podem levar a quadros clínicos mais severos²⁷. Como a média de tempo de infecção da presente amostra era de 10 anos, a maior parte desses usuários do serviço pode já ter passado

por tal sintomatologia, mas haver se adaptado a nova realidade. Outro fator que pode ter contribuído para o bom estado emocional deste grupo foi a percepção de suporte social. A maioria dos participantes relatou ter contado a alguém sobre sua soropositividade e ter recebido ajuda. O apoio social e suporte afetivo para PVHA são importantes para essa população, e estão relacionados a melhores taxas de adesão à TARV²⁸.

Uma parcela importante apresentou níveis preocupantes de alterações emocionais, com destaque a depressão e ansiedade. Estudo sobre fatores associados à adesão também mostrou o impacto negativo dos sintomas emocionais na adesão à TARV, indicando a necessidade de monitoração da presença de depressão, ansiedade excessiva e estresse^{8,27,28}.

Verificou-se altos índices de satisfação com o serviço. A boa relação entre profissionais e usuários do serviço de saúde representa outro fator associado a boa adesão à TARV⁷. Mas, apesar da boa percepção sobre o serviço, muitos participantes desse estudo mostraram desconhecimento sobre informações importantes sobre o HIV/Aids, acreditando na cura da Aids (20,1%) e que poderiam contrair Aids pela picada de um inseto (65,3%). Como a falta de informações pode representar um risco para a adesão e para a disseminação do vírus HIV, o serviço pode aproveitar a boa relação estabelecida com os usuários para levantamento de outras dúvidas ou informações equivocadas e pensar em campanhas de conscientização voltadas às demandas específicas de seus usuários. O conhecimento sobre a infecção e seu tratamento pelas PVHA são destacados como também relacionados à melhor adesão aos antirretrovirais⁷.

Quase metade dos participantes da pesquisa faziam uso do esquema de TARV chamado de “3 em 1”, composto por um comprimido combinado de Efavirenz, Tenofovir e Lamivudina. Em 2017, o Sistema Único de Saúde passou a disponibilizar um esquema de TARV considerado mais efetivo que o 3 em 1, composto por um comprimido de Dolutegravir e um comprimido combinado de Tenofovir e Lamivudina⁶, sendo provável que o número de PVHA em uso desse esquema supere os demais ao longo dos próximos anos.

A adesão foi aferida por meio de duas medidas diferentes, e mostrou resultados díspares. Ao considerar a retirada da medicação na farmácia, observou-se apenas 11,1% de adesão, dado similar ao observado em outros trabalhos^{5,16}, que aferiram adesão da mesma forma e verificaram valores entre 11,8% e 25,7%, respectivamente. O hospital pesquisado tem uma tolerância de cinco dias para retirada da medicação, ou seja, a partir de 25 dias de uma retirada, é possível retirar a medicação novamente. Assim, uma pessoa que retirou a medicação, num primeiro momento, com intervalo de 25 dias e, posteriormente, com intervalo de 35 dias, seria classificada neste estudo como pessoa com retirada irregular, mesmo sendo aderente à TARV e não tendo prejudicado seu tratamento.

Quando a adesão é avaliada por meio do CEAT-VIH, a porcentagem de PVHA com aderência adequada sobe para 69%. Esse índice foi maior do que o observado em outros trabalhos brasileiros que utilizaram o mesmo questionário, na qual encontrou-se taxas de adesão de 48,7%²⁹ e 11,5%³⁰, mas foram inferiores aos observados em outro estudo que verificou 75,0% de adesão entre seus respondentes¹².

Ao se considerar, contudo, a combinação das medidas para definição da adesão, apenas 9,4% dos respondentes se mostraram aderentes. Esse é um resultado similar ao encontrado em outro estudo¹⁰, que observou 13,3% de adesão pela combinação da medida de autorrelato e de dispensação da TARV na farmácia. Essa discrepância dificulta a compreensão da real situação de adesão à TARV e mostra a necessidade de criação de uma medida padronizada para os serviços de saúde. A baixa adesão pode contribuir para o desenvolvimento de resistência viral aos esquemas iniciais e explicar o aumento no uso da terapia de resgate¹⁴.

CONCLUSÃO

A Terapia Antirretroviral tem possibilitado importante redução nos índices de morbimortalidade relacionada ao HIV/Aids no Brasil e no mundo, tornando a infecção uma doença crônica com possibilidades de controle. A adesão à TARV e seus fatores associados são muitos e necessitam ser evidenciados pela literatura científica para compreensão dos aspectos envolvidos nessa dinâmica de adesão ou não adesão ao tratamento.

Estudos como o aqui apresentado são relevantes, pois o contexto brasileiro apresenta uma multiplicidade de contextos socioculturais que podem influenciar nos aspectos da adesão e no perfil das pessoas que vivem com HIV/Aids. Deste modo, esse estudo permitiu avaliar o perfil de PVHA e a adesão à TARV em uma cidade no interior de Minas Gerais.

O perfil evidenciou que pessoas com baixa renda e baixa escolaridade, em especial as do sexo masculino, estão em maior vulnerabilidade para adquirir a infecção. A avaliação da adesão mostrou grande variabilidade, entre baixa e razoável, e evidenciando a influência da medida adotada. Essa influência explicita a necessidade de investir em uma medida padrão-ouro para investigação da adesão, e que os serviços incluam essa avaliação em sua rotina periódica.

As potencialidades desse estudo estão na apresentação de resultados de uma investigação realizada em um hospital universitário que atende 27 municípios do interior mineiro e que sinalizam a necessidade de ações práticas que busquem orientar as pessoas em relação ao HIV/Aids. Embora os dados não possam ser comparados e generalizados para todo contexto nacional, refletem uma realidade que precisa ser considerada e observada, principalmente para a implementação de políticas públicas voltadas para a promoção de cuidados, para a prevenção de novas infecções e para auxiliar na adesão ao tratamento.

Entre as fragilidades encontradas, pode ser indicado o contexto em que a pesquisa foi desenvolvida, pois apesar de o serviço atender uma macrorregião significativa, ainda assim está inserido em uma região que se diferencia de outros no cenário nacional em termos econômicos, culturais, educacionais, e outros.

Os resultados encontrados fornecem um retrato da relevância do serviço oferecido para a população, evidencia a importância de ações no campo da saúde pública, a relevância do SUS enquanto provedor de serviços e medicamentos para atender pessoas vivendo com HIV/Aids. Aponta-se a necessidade de ações de educação em saúde, uma vez que a orientação pode ser um mecanismo importante para a redução do número de casos.

REFERÊNCIAS

1. United Nations Programme on HIV/AIDS-UNAIDS. Global AIDS update 2019 [Internet]. Genève: World Health Organization; 2019 [citado em 06 jan 2021]. Disponível em: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2019/2019-global-AIDS-update>
2. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/AIDS e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV Aids-2019 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019 [citado em 08 jan 2021]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/centrais-de-conteudos/boletins-epidemiologicos-vertical>
3. Drain PK, Bardon AR, Simoni JM, Cressey TR, Anderson P, Sevenler D, et al. Point-of-care and near real-time testing for antiretroviral adherence monitoring to HIV treatment and prevention. *Cur HIV/AIDS Rep.* [Internet]. 2020 [citado em 12 jan 2021]; 17(5):487-98. DOI: 10.1007/s11904-020-00512-3
4. Costa JDM, Torres TS, Coelho LE, Luz PM. Adherence to antiretroviral therapy for HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean: systematic review and meta-analysis. *J Int AIDS Soc.* [Internet]. 2018 [citado em 15 jan 2021]; 21(1):e25066. DOI: <https://doi.org/10.1002/jia2.25066>

5. Rocha GM, Machado CJ, Acurcio FA, Guimaraes MDC. Monitoring adherence to antiretroviral treatment in Brazil: an urgent challenge. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2011 [citado em 12 jan 2021]; 27(Supl1):67-78. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011001300008>
6. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018 [citado em 12 jan 2021]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>
7. Carvalho PP, Barroso SM, Coelho HC, Penaforte FRO. Fatores associados à adesão à terapia antirretroviral em adultos: revisão integrativa de literatura. *Ciêns Saúde Colet*. [Internet]. 2019 [citado em 13 jan 2021]; 24(7):2543-55. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.22312017>
8. Bernard C, Dabis F, Rekeneire N. Prevalence and factors associated with depression in people living with HIV in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. *PlosOne* [Internet]. 2017 [citado em 23 jan 2021]; 12(8):e0181960. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181960>
9. Castillo-Mancilla JR, Haberer JE. Adherence measurements in HIV: new advancements in pharmacologic methods and real-time monitoring. *Cur HIV/AIDS Rep*. [Internet]. 2018 [citado em 23 jan 2021]; 15(1):49-59. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11904-018-0377-0>
10. Dagli-Hernandez C, Lucchetta RC, Nadai TR, Galduróz JCF, Mastroianni PC. Self-perception of knowledge and adherence reflecting the effectiveness of antiretroviral therapy. *Patient Prefer Adherence* [Internet]. 2016 [citado em 15 jan 2021]; 10:1787-93. DOI: <https://dx.doi.org/10.2147%2FPPA.S112108>
11. Byrd KK, Hou JG, Hazen R, Kirkham H, Suzuki S, Clay PG, et al. Antiretroviral adherence level necessary for HIV viral suppression using real-world data. *J Acquir Immune Defic Syndr*. [Internet]. 2019 [citado em 22 jan 2021]; 82(3):245-51. DOI: <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002142>
12. 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 Gaúch Enferm*. [Internet]. 2017 [citado em 17 jan 2021]; 38(1):e63158. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.63158>
13. Nemes MI, Carvalho HB, Souza MF. Antiretroviral therapy adherence in Brazil. *J Int AIDS Soc*. [Internet]. 2004 [citado em 12 jan 2021]; 18(Suppl3):15-20. DOI: <https://doi.org/10.1097/00002030-200406003-00004>
14. Silva JAG, Dourado I, Brito AMD, Silva CALD. Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em adultos com AIDS nos seis primeiros meses da terapia em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2015 [citado em 21 jan 2021]; 31(6):1188-98. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00106914>
15. Silva RAR, Nelson ARC, Duarte FHS, Prado NCC, Holanda JRR, Costa DARS. Avaliação da adesão à terapia antirretroviral em pacientes com AIDS. *Rev Pesqui (Univ Fed Estado Rio J, Online)* [Internet]. 2017 [citado em 16 jan 2021]; 9(1):15-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.15-20>
16. Gomes RRDFM, Machado CJ, Acurcio FDA, Guimarães MDC. Utilização dos registros de dispensação da farmácia como indicador da não-adesão à terapia anti-retroviral em indivíduos infectados pelo HIV. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2009 [citado em 13 jan 2021]; 25(3):495-506. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2009.v25n3/495-506/pt/>
17. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/AIDS e Hepatites Virais. Listagem de carga viral-Hospital de Clínicas UFTM, março de 2016. [Brasília, DF:

- Ministério da Saúde]; 2016 [citado em 12 jan 2021]. [Impressão de Laudos e Resultados do Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL)].
18. Siqueira AL. Dimensionamento de amostra para estudos na área da saúde. Belo Horizonte: Folium Editorial; 2017.
19. Vignola RCB, Tucci AM. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *J Affect Disord*. [Internet]. 2014 [citado em 12 jan 2021]; 155: 104-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.031>
20. Remor E. Systematic review of the psychometric properties of the questionnaire to evaluate the adherence to HIV therapy (CEAT-VIH). *Patient* [Internet]. 2013 [citado em 19 jan 2021]; 6(2):61-73. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40271-013-0009-0>
21. Remor E. Release of an online self-reporting tool for assessing adherence to antiretroviral therapy (CEAT-VIH). *J Antivir Antiretrovir* [Internet]. 2013 [citado em 19 jan 2021]; 5:178-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.4172/jaa.1000085>
22. Remor E, Moskovics JM, Preussler G. Adaptação brasileira do “Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral”. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2007 [citado em 19 jan 2021]; 41(5):685-94. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006005000043>
23. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation [Internet]. Genève: World Health Organization; 2000 [citado em 19 jan 2021].
Disponível em:
https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/
24. Nascimento EGCD, Cavalcanti MAF, Alchieri JC. Adesão ao uso da camisinha: a realidade comportamental no interior do nordeste do Brasil. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2017 [citado em 21 jan 2021]; 19(1):39-44. DOI: <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n1.44544>
25. Aguiar RB, Leal MCC, Marques APDO, Torres KMS, Tavares MTDB. Idosos vivendo com HIV - comportamento e conhecimento sobre sexualidade: revisão integrativa. *Ciêns Saúde Colet*. [Internet]. 2020 [citado em 23 fev 2021]; 25(2):575-84. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.12052018>
26. Batista FKV, Batista SV, Pereira ARO, Costa L, Rodrigues PS, Freire LRL, et al. Perfil nutricional de portadores de HIV/AIDS residentes no Brasil. *Acervo Saúde* [Internet]. 2021 [citado em 23 abr 2021]; 13(2):e6190. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e6190.2021>
27. Reis AC, Lencastre L, Guerra MP, Remor E. Relação entre sintomatologia psicopatológica, adesão ao tratamento e qualidade de vida na infecção HIV e AIDS. *Psicol Reflex Crit*. [Internet]. 2010 [citado em 19 jan 2021]; 23(3):420-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722010000300002>
28. Calvetti PÜ, Giovelli GRM, Gauer GJC, Moraes JFDD. Níveis de ansiedade, estresse percebido e suporte social em pessoas que vivem com HIV/Aids. *Psicol Teor Pesqui*. [Internet]. 2017 [citado em 23 jan 2021]; 32(4):1-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e324317>
29. Galvão MTG, Soares LL, Pedrosa SC, Fiuza MLT, Lemos L. A. Quality of life and adherence to antiretroviral medication in people with HIV. *Acta Paul Enferm*. [Internet]. 2015 [citado em 15 jan 2021]; 28(1):48. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500009>
30. Leone D, Borghi L, Lamiani G, Barlascini L, Bini T, Monforte AD, et al. Illness representations of HIV positive patients are associated with virologic success. *Front Psychol*. [Internet]. 2016 [citado em 15 jan 2021]; 23(7):1991. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01991>

Editora Associada: Vania Del Arco Paschoa

CONTRIBUIÇÕES

Patrícia Paiva Carvalho, Sabrina Martins Barroso e Dalmo Correia Filho contribuíram na concepção do estudo, análise de dados, revisão e redação. **Fernanda Rodrigues de Oliveira Penaforte** e **Lucas Rossato** participaram coleta e análise dos dados e redação.

Como citar este artigo (Vancouver)

Carvalho PP, Barroso SM, Correia Filho D, Rossato L, Penaforte FRO. Perfil e adesão à terapia antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/Aids. REFACS [Internet]. 2022 [citado em *inserir dia, mês e ano de acesso*]; 10(1):121-34. Disponível em: *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*

Como citar este artigo (ABNT)

CARVALHO, P. P.; BARROSO, S. M.; CORREIA FILHO, D.; ROSSATO, L.; PENAFORTE, F. R. O. Perfil e adesão à terapia antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/Aids. REFACS, Uberaba, MG, v. 10, n. 1, p. 121-34, 2022. DOI: *inserir link do DOI*. Disponível em: *inserir link de acesso*. Acesso em: *inserir dia, mês e ano de acesso*.

Como citar este artigo (APA)

Carvalho, P.P., Barroso, S.M., Correia Filho, D., Rossato, L., & Penaforte, F.R.O. (2022). Perfil e adesão à terapia antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/Aids. REFACS, 10(1), 121-34. Recuperado em *inserir dia, mês e ano de acesso* de *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.

