Cogitare Enfermagem

ARTIGO ORIGINAL

Conhecimento e compreensão das orientações e adesão à terapia antirretroviral: estudo caso-controle*

Knowledge and understanding of guidelines and adherence to antiretroviral therapy: a case-control study*

HIGHLIGHTS

1. A compreensão parcial associou-se aos casos definidos pela carga viral.
2. O conhecimento factual foi semelhante entre casos e controles.
3. O ato de receber orientações não assegurou compreensão no processo terapêutico.
4. A Enfermagem pode fortalecer a verificação sistemática da compreensão.

Joice Simionato Vettorello[1]
Clarice Alves Bonow[2]
Laurelize Pereira Rocha[3]
Ussainato Djaló[3]
Marta Regina Cezar-Vaz[3]

RESUMO

Objetivo: Analisar a associação entre o conhecimento e a compreensão das orientações recebidas por pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana no processo terapêutico e a adesão à terapia antirretroviral. **Método:** Estudo caso-controle conduzido em um Ambulatório do Serviço de Infectologia de hospital universitário do sul do Brasil, entre junho e agosto de 2023, mediante aplicação de questionários. Os dados foram analisados por regressão logística binária. **Resultados:** O conhecimento factual foi semelhante entre os grupos. Entre aqueles que não compreenderam ou compreenderam algumas vezes as orientações, observaram-se maiores chances de pertencer ao grupo de casos para as orientações sobre a infecção (razão de chances=11,70; intervalo de confiança de 95%: 4,23–33,40) e sobre a terapia antirretroviral (razão de chances=5,38; intervalo de confiança de 95%: 1,96–14,80). O enfermeiro foi o profissional mais referido no fornecimento das orientações. **Conclusão:** A menor compreensão das orientações recebidas no processo terapêutico esteve associada ao grupo de casos.

DESCRITORES: Sobreviventes de Longo Prazo ao HIV; Terapia Antirretroviral de Alta Atividade; Adesão à Medicação; Equipe de Assistência ao Paciente; Enfermagem.

COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO:
Vettorello JS, Bonow CA, Rocha LP, Djaló U, Cezar-Vaz MR. Conhecimento e compreensão das orientações e adesão à terapia antirretroviral: estudo caso-controle. Cogitare Enferm [Internet]. 2026 [cited "insert year, month and day"];31:e103040pt. Available from: https://doi.org/10.1590/ce.v31i0.103040pt

[1]Universidade Federal do Rio Grande, Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr., Rio Grande, RS, Brasil.
[2]Universidade Federal de Pelotas, Faculdade de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, RS, Brasil.
[3]Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande, RS, Brasil.

INTRODUÇÃO

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) permanece um desafio global de saúde pública, apesar dos avanços no diagnóstico, no tratamento e na prevenção. Persistem desigualdades na trajetória do cuidado, desde o diagnóstico até a continuidade do tratamento e a supressão viral, com maior impacto em populações expostas a vulnerabilidades sociais e barreiras estruturais ao acompanhamento longitudinal[1-3].

A terapia antirretroviral (TARV) constitui o principal recurso para o controle clínico da infecção e para a prevenção da transmissão. A manutenção da carga viral indetectável reduz a morbimortalidade e impede a transmissão sexual do vírus, fundamento da mensagem "indetectável = intransmissível". Sua efetividade depende de diagnóstico oportuno, início do tratamento, acompanhamento contínuo e suporte à adesão[4-7].

A adesão à terapia antirretroviral é um processo multidimensional, influenciado por fatores individuais, sociais, clínicos e relacionados aos serviços. A carga viral constitui marcador clínico-laboratorial central da resposta à terapia antirretroviral e pode ser utilizada como indicador operacional relacionado à adesão, contribuindo para identificar a necessidade de investigar possíveis dificuldades no tratamento. Entretanto, não mensura isoladamente o comportamento de uso dos medicamentos e deve ser interpretada em conjunto com o histórico terapêutico e outros fatores clínicos, farmacológicos e assistenciais[5,8–12].

No processo terapêutico, receber orientações não significa necessariamente compreendê-las ou aplicá-las ao cotidiano. Estratégias centradas na pessoa podem contribuir para identificar dúvidas e dificuldades de entendimento. Entre elas, o método de retorno da informação permite verificar a compreensão ao solicitar que a pessoa explique, com suas próprias palavras, o conteúdo recebido. Evidências indicam que essa estratégia pode favorecer o conhecimento, a retenção de informações e alguns comportamentos relacionados ao autocuidado, especialmente quando incorporada à rotina assistencial e acompanhada de linguagem acessível[13].

A Enfermagem ocupa posição estratégica nesse processo por atuar no acolhimento, na educação em saúde, no acompanhamento do uso dos antirretrovirais, na identificação de barreiras e na coordenação do cuidado. Intervenções lideradas ou facilitadas por enfermeiros podem favorecer a adesão quando integradas ao acompanhamento clínico e às necessidades das pessoas atendidas. Entretanto, os efeitos variam conforme o contexto, a continuidade do seguimento e a articulação com a equipe multiprofissional[10,14].

Diante disso, este estudo teve como objetivo analisar a associação entre o conhecimento e a compreensão das orientações recebidas por pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana no processo terapêutico e a adesão à terapia antirretroviral.

MÉTODO

Trata-se de estudo observacional analítico do tipo caso-controle, realizado no Ambulatório de Adesão do Serviço de Infectologia do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior, da Universidade Federal do Rio Grande, integrado à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, em município do sul do Brasil. O relato foi elaborado conforme as recomendações da iniciativa *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) para estudos caso-controle[15].

A população foi constituída por pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana em acompanhamento no serviço. Adotou-se amostragem por conveniência, com inclusão de 300 participantes, distribuídos em 100 casos e 200 controles, na razão 1:2. Os casos foram definidos como participantes com carga viral igual ou superior a 50 cópias/mL, e os controles, como participantes com carga viral inferior a 50 cópias/mL, no período de referência do estudo. A carga viral foi utilizada como marcador laboratorial operacional relacionado à adesão à terapia antirretroviral e como critério para a constituição dos grupos. Embora clinicamente relacionada à adesão e à resposta terapêutica, não poderia ser considerada medida direta ou abrangente de todas as dimensões do comportamento de adesão[5,16].

Foram incluídos participantes com: idade igual ou superior a 18 anos, diagnóstico confirmado de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, prontuário ativo nos sistemas do hospital, disponibilidade de registros clínicos e laboratoriais, cadastro no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) dos Serviços de Atendimento Especializado (SAE) do município e em uso de terapia antirretroviral havia pelo menos seis meses. Não foram incluídas pessoas com alterações cognitivas que comprometessem a compreensão ou a resposta à entrevista e aquelas internadas durante o período de coleta.

O recrutamento ocorreu entre junho e agosto de 2023, de segunda a sexta-feira, nos turnos matutino e vespertino, durante os atendimentos no ambulatório e as consultas de Enfermagem. Inicialmente, verificavam-se os usuários que atendiam aos critérios de inclusão; posteriormente, seus nomes eram confrontados com a relação de pessoas agendadas para atendimento no dia da coleta. Os participantes elegíveis foram abordados individualmente em ambiente reservado, receberam esclarecimentos sobre o estudo e, após concordarem em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

A coleta foi realizada por entrevista presencial, com aplicação de questionário estruturado pelos pesquisadores, em sala reservada, com duração aproximada de 20 a 25 minutos, assegurando privacidade e sigilo. O questionário foi elaborado com base em estudos anteriores[17–18] e organizado em blocos de questões sociodemográficas, comportamentais, clínicas, assistenciais e relativas ao conhecimento e à compreensão no processo terapêutico. Não se tratou de escala psicométrica nem de adaptação de instrumento validado, mas de questionário estruturado composto por questões selecionadas para atender aos objetivos do estudo. Ademais, para reduzir o viés de informação, adotou-se a padronização de perguntas por meio de um instrumento estruturado, linguagem acessível e conferência de consistência no encerramento da entrevista.

Foi realizado um estudo-piloto para as adequações necessárias na estrutura do conteúdo técnico e linguístico. O estudo-piloto ocorreu antes da coleta principal, com 30 pessoas atendidas no serviço, sendo dez pertencentes ao grupo de casos e 20 ao grupo de controles. O piloto, conduzido durante cinco dias úteis, avaliou a clareza, a compreensão e a adequação linguística das questões. O termo "coquetel" foi substituído por "tratamento antirretroviral" e uma questão sobre a necessidade de tratamento foi reformulada para explicitar sua continuidade mesmo na ausência de manifestações clínicas. Também foram realizados ajustes de redação, inclusão e exclusão de questões. O procedimento teve finalidade de aperfeiçoamento linguístico e operacional, não constituindo validação psicométrica formal.

As variáveis sociodemográficas incluíram idade, características étnico-raciais, situação conjugal, situação de trabalho, renda mensal e escolaridade. As variáveis comportamentais abrangeram consumo de bebida alcoólica e uso de outras drogas. Entre as informações clínicas, foram considerados tempo de uso da terapia antirretroviral, número de medicamentos, frequência diária das doses, contagem de células T CD4+

e carga viral. Os dados clínicos e laboratoriais foram obtidos por consulta aos registros assistenciais.

O conhecimento foi avaliado por 11 questões factuais, com respostas classificadas como corretas ou incorretas. As questões abrangeram efeitos da infecção sobre o sistema imunológico, formas de transmissão, ausência de cura, benefícios da terapia antirretroviral, necessidade de uso diário e contínuo dos antirretrovirais e manutenção do tratamento mesmo na ausência de sintomas. Para cada resposta correta, atribuiu-se um ponto, resultando em escore de zero a 11 pontos, também convertido para escala de zero a 100 pontos. Os itens foram analisados individualmente e pelo escore total.

A compreensão foi avaliada separadamente do conhecimento factual e correspondeu à frequência autorreferida com que os participantes entenderam as orientações recebidas no serviço. Investigaram-se: o recebimento de orientações sobre a infecção e sobre a terapia antirretroviral, o profissional referido como responsável e a frequência de compreensão. Para as análises, as respostas foram agrupadas em quatro categorias: não recebeu orientação; recebeu, mas não compreendeu ou compreendeu algumas vezes; recebeu e compreendeu metade das vezes; e recebeu e compreendeu muitas vezes ou sempre. A última categoria foi adotada como referência nos modelos de regressão.

É importante destacar que, neste estudo, o conhecimento correspondeu ao domínio de conteúdos factuais sobre a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana e a terapia antirretroviral, enquanto a compreensão indicou a frequência autorreferida com que os participantes entenderam as orientações recebidas. Essas dimensões foram avaliadas separadamente, pois o conhecimento declarativo não assegura, por si só, o entendimento necessário à tomada de decisões relacionadas ao tratamento.

Os dados foram digitados, revisados e codificados em banco construído no *Microsoft Excel* e analisados no *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 27.0. As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio-padrão, e as categóricas, por frequências absolutas e relativas. Para comparação das médias, utilizou-se o teste t de *Student* para amostras independentes. As associações entre variáveis categóricas e grupos foram avaliadas pelo teste qui-quadrado de Pearson. Para estimar associações com o desfecho, realizou-se análise bivariada e, em seguida, regressão logística multivariada para identificar fatores independentemente associados ao desfecho. Nos casos de associação estatisticamente significativa, examinaram-se os resíduos ajustados.

O desfecho da regressão logística binária foi a pertença ao grupo de casos, definido por carga viral igual ou superior a 50 cópias/mL, em comparação ao grupo de controles. As variáveis com $p < 0,20$ na análise bivariada foram consideradas candidatas ao modelo multivariado. O modelo final foi ajustado por renda mensal, escolaridade, tempo de tratamento, número de medicamentos e contagem de células T CD4+. As associações foram expressas por razões de chances (OR) e intervalos de confiança de 95%.

A multicolinearidade entre as variáveis independentes foi avaliada pelo fator de inflação da variância (VIF), obtido por regressão linear auxiliar. VIFs abaixo de cinco indicam ausência de multicolinearidade[19]. A qualidade do ajuste global do modelo de regressão logística foi avaliada pelos testes Omnibus dos coeficientes e de Hosmer–Lemeshow, que necessitam não ser significativos para que não haja discrepância estatisticamente significativa entre as frequências observadas e as frequências previstas pelo modelo ajustado[20]. Adotou-se nível de significância de 5%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), sob Parecer n.º 5.944.493, e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

RESULTADOS

Participaram do estudo 300 pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana, distribuídas em 100 casos, com carga viral igual ou superior a 50 cópias/mL, e 200 controles, com carga viral inferior a 50 cópias/mL.

As características sociodemográficas, comportamentais e clínicas dos participantes são apresentadas na Tabela 1. A proporção de participantes com renda mensal de até um salário mínimo foi maior entre os casos do que entre os controles (p=0,034). Também houve associação entre o tempo de tratamento e os grupos (p=0,030).

Entre os casos, observou-se maior proporção de participantes com mais de 120 meses de tratamento; entre os controles, foi superior a proporção daqueles com 61 a 120 meses. A contagem de células T CD4+ diferiu entre os grupos (p<0,001), com maiores proporções de valores reduzidos entre os casos. Não foram identificadas diferenças quanto à idade, características étnico-raciais, situação de trabalho, situação conjugal, escolaridade, consumo de bebida alcoólica, uso de outras drogas, número de medicamentos ou frequência diária das doses.

Tabela 1. Características sociodemográficas, comportamentais e clínicas de casos e controles. Rio Grande, RS, Brasil, 2023

(continua)

Variáveis	Casos (n=100) n %	Controles (n=200) n %	P-valor
Idade (anos) – média ± DP	44,3 ± 11,5	45,6 ± 12,7	0,198[a]
Faixa etária			0,699[b]
18 a 35	24 (24,0)	41 (20,5)	
36 a 49	47 (47,0)	93 (46,5)	
≥ 50	29 (29,0)	66 (33,0)	
Características étnico-raciais			0,140[b]
Branca	64 (64,0)	124 (62,0)	
Preta	17 (17,0)	44 (22,0)	
Parda	14 (14,0)	30 (15,0)	
Outra	5 (5,0)	2 (1,0)	
Trabalha	41 (41,0)	96 (48,0)	0,306[b]
Renda mensal (SM)			0,034[b]
Até 1	72 (72,0)*	113 (56,5)	
Mais de 1a 2	15 (15,0)	46 (23,0)	
Mais de 2	13 (13,0)	41 (20,5)	
Situação conjugal			0,228[b]
Solteiro	54 (54,0)	83 (41,5)	
Casado/União consensual	31 (31,0)	81 (40,5)	
Separado/Divorciado	9 (9,0)	20 (10,0)	
Viúvo	6 (6,0)	16 (8,0)	
Nível de escolaridade			0,076[b]
Analfabeto	7 (7,0)	6 (3,0)	
Fundamental incompleto	45 (45,0)	75 (37,5)	
Fundamental completo	22 (22,0)	41 (20,5)	
Médio completo	22 (22,0)	50 (25,0)	
Superior completo	2 (2,0)	15 (7,5)	
Pós-graduação completo	2 (2,0)	13 (6,5)	

Tabela 1. Características sociodemográficas, comportamentais e clínicas de casos e controles. Rio Grande, RS, Brasil, 2023

(conclusão)

Variáveis	Casos (n=100) n %	Controles (n=200) n %	P-valor
Ingere alguma bebida alcoólica	49 (49,0)	104 (52,0)	0,713[b]
Faz uso de drogas	45 (45,0)	74 (37,0)	0,226[b]
Tempo de tratamento			0,030[b]
12 a 60 meses	28 (28,0)	55 (27,5)	
61 a 120 meses	26 (26,0)	80 (40,0)*	
>120 meses	46 (46,0)*	65 (32,5)	
CD4 – n (%)			<0,001[b]
≤ 199 células	20 (20,0)*	11 (5,5)	
200 a 350 células	30 (30,0)*	12 (6,0)	
>350 a 500 células	15 (15,0)	43 (21,5)	
>500 células	35 (35,0)	134 (67,0)*	

Legenda: (n=300). casos: participantes com carga viral ≥50 cópias/mL; controles: participantes com carga viral <50 cópias/mL; DP: desvio-padrão; SM: salário mínimo; [a] Teste t de *Student* para amostras independentes; [b] teste qui-quadrado de Pearson; *associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância.
Fonte: Os autores (2023).

Conforme apresentado na Tabela 2, os controles relataram com maior frequência receber orientações sobre a infecção no serviço, em comparação aos casos (p=0,005). A frequência autorreferida de compreensão também diferiu entre os grupos (p<0,001): a proporção daqueles que relataram compreender muitas vezes ou sempre foi maior entre os controles, enquanto entre os casos foi maior a proporção dos que relataram não compreender ou compreender algumas vezes. O recebimento de orientações específicas sobre a terapia antirretroviral foi mais frequente entre os controles (p=0,024), e a frequência de compreensão dessas orientações também diferiu entre os grupos (p<0,001). O enfermeiro foi o profissional mais frequentemente referido no fornecimento das orientações, sem diferença entre casos e controles.

Tabela 2. Recebimento e compreensão autorreferida das orientações no processo terapêutico entre casos e controles. Rio Grande, RS, Brasil, 2023

(continua)

Variáveis	Casos (n=100) n %	Controles (n=200) n %	P-valor
Você recebe algum tipo de orientação neste serviço sobre HIV e AIDS?			0,005[b]
Não	28 (28,0)	28 (14,0)	
Sim	72 (72,0)	172 (86,0)	
Profissional referido como responsável pelas orientações			0,586[b]
Médico	22 (30,6)	62 (36,0)	
Enfermeiro	46 (63,9)	104 (60,5)	
Médico + Enfermeiro	4 (5,6)	6 (3,5)	
Frequência autorreferida de compreensão das orientações			<0,001[b]
Não compreendo/ Algumas vezes	22 (30,6)*	9 (5,2)	
Metade das vezes	7 (9,7)	9 (5,2)	
Muitas vezes/Sempre	43 (59,7)	154 (89,5)*	
Você recebe algum tipo de orientação específica nesse serviço, relacionada à adesão ao tratamento medicamentoso antirretroviral?			0,024[a]
Não	8 (8,0)	4 (2,0)	
Sim	92 (92,0)	196 (98,0)	

Tabela 2. Recebimento e compreensão autorreferida das orientações no processo terapêutico entre casos e controles. Rio Grande, RS, Brasil, 2023

(conclusão)

Variáveis	Casos (n=100) n %	Controles (n=200) n %	P-valor
Profissional referido como responsável pelas orientações			0,456[b]
Médico	34 (37,0)	73 (37,2)	
Enfermeiro	53 (57,6)	118 (60,2)	
Médico + Enfermeiro	5 (5,4)	5 (2,6)	
Frequência autorreferida de compreensão das orientações			<0,001[b]
Não compreendo/ Algumas vezes	19 (20,7)*	8 (4,1)	
Metade das vezes	11 (12,0)*	5 (2,6)	
Muitas vezes/Sempre	62 (67,4)	183 (93,4)*	

Legenda: (N=300). casos: participantes com carga viral ≥50 cópias/mL; controles: participantes com carga viral <50 cópias/mL. aTeste exato de Fisher; b teste qui-quadrado de Pearson; *associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância.

Fonte: Os autores (2023).

Não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre casos e controles em nenhuma das 11 questões de conhecimento factual, conforme apresentado na Tabela 3. O escore médio também foi semelhante: 9,59 pontos entre os casos e 9,69 entre os controles (p=0,590). Quando convertido para escala de zero a 100, o escore médio foi de 87,2 entre os casos e 88,0 entre os controles.

Tabela 3. Conhecimento sobre a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana e a terapia antirretroviral entre casos e controles. Rio Grande, RS, Brasil, 2023

Questões – Respostas certas	Casos (n=100) n (%)	Controles (n=200) n (%)	p-valor
1. O vírus da imunodeficiência humana compromete as defesas do organismo (correto)	81 (81,0)	170 (85,0)	0,473[b]
2. A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana tem cura (errado)	59 (59,0)	98 (49,0)	0,130[b]
3. O vírus pode ser transmitido pelo contato com sangue contaminado (correto)	90 (90,0)	185 (92,5)	0,605[b]
4. O vírus pode ser transmitido por relações sexuais (correto)	96 (96,0)	194 (97,0)	0,736[a]
5. O vírus pode ser transmitido por abraço (errado)	95 (95,0)	189 (94,5)	1,000[b]
6. A terapia antirretroviral contribui para recuperar as defesas do organismo (correto)	92 (92,0)	187 (93,5)	0,810[b]
7. A terapia antirretroviral contribui para prevenir doenças graves (correto)	80 (80,0)	160 (80,0)	1,000[b]
8. Os antirretrovirais devem ser tomados diariamente (correto)	95 (95,0)	197 (98,5)	0,122[a]
9. Os antirretrovirais devem ser tomados nos horários prescritos (correto)	89 (89,0)	189 (94,5)	0,137[b]
10. A terapia antirretroviral deve ser mantida mesmo na ausência de sintomas (correto)	88 (88,0)	185 (92,5)	0,285[b]
11. A terapia antirretroviral é contínua (correto)	94 (94,0)	183 (91,5)	0,591[b]
Escore total (0 a 11 pontos) – média ± DP	9,59 ± 1,64	9,69 ± 1,32	0,590[c]
Escore total (transformado de 0 a 100 pontos) – média ± DP	87,2 ± 14,9	88,0 ± 12,0	0,590[c]

Legenda: (N=300). casos: participantes com carga viral ≥50 cópias/mL; controles: participantes com carga viral <50 cópias/mL; DP: desvio-padrão. aTeste exato de Fisher; bteste qui-quadrado de Pearson; cteste t de Student para amostras independentes.

Fonte: Os autores (2023).

Após o ajuste por renda mensal, escolaridade, tempo de tratamento, número de medicamentos e contagem de células T CD4+, o não recebimento das orientações e sua compreensão parcial permaneceram associados à pertença ao grupo de casos (Tabela 4). Participantes que relataram não receber orientações sobre HIV e AIDS apresentaram maior chance de pertencer ao grupo de casos (razão de chances=2,71). Entre os que receberam orientações, não as compreender ou compreendê-las algumas vezes associou-se à maior chance de integrar o grupo de casos (razão de chances=11,70), assim como compreendê-las na metade das vezes (razão de chances=4,16).

Tabela 4. Associação entre recebimento e compreensão das orientações sobre HIV e Aids e pertença ao grupo de casos. Rio Grande, RS, Brasil, 2023

Variáveis	Razão de chances ajustada (OR)*	Intervalo de confiança de 95%	P- valor
Orientações sobre a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana			
Não recebeu	2,71	1,29 a 5,71	0,009
Recebeu, mas não compreendeu ou compreendeu algumas vezes	11,7	4,23 a 33,4	<0,001
Recebeu e compreendeu na metade das vezes	4,16	1,25 a 13,9	0,021
Recebeu e compreendeu muitas vezes ou sempre	1,00	-	-
Orientações sobre a terapia antirretroviral			
Não recebeu	4,74	1,14 a 19,7	0,032
Recebeu, mas não compreendeu ou compreendeu algumas vezes	5,38	1,96 a 14,8	0,001
Recebeu e compreendeu na metade das vezes	5,95	1,65 a 21,5	0,006
Recebeu e compreendeu muitas vezes ou sempre	1,00	-	-

Legenda: (N=300). Desfecho = pertença ao grupo de casos, definido por carga viral ≥50 cópias/mL. *Modelo ajustado por renda mensal, escolaridade, tempo de tratamento, número de medicamentos e contagem de células T CD4+.
Fonte: Os autores (2023).

Quanto às orientações sobre a adesão à terapia antirretroviral, não as receber associou-se a maior chance de pertencer ao grupo de casos (razão de chances=4,74; intervalo de confiança de 95%: 1,14–19,70). Não compreender ou compreender algumas vezes associou-se à razão de chances de 5,38 (intervalo de confiança de 95%: 1,96–14,80), e compreender na metade das vezes, à razão de chances de 5,95 (intervalo de confiança de 95%: 1,65–21,50).

Os resultados demonstraram a ausência de colinearidade preocupante entre os preditores, com valores de VIF observados de 1,312, situando-se dentro dos limites aceitáveis da literatura (VIF < 5). A qualidade do ajuste do modelo foi considerada satisfatória. O Teste Omnibus demonstrou que a inclusão das variáveis independentes contribuiu significativamente para a explicação do desfecho ($\chi^2(6) = 49,110$; $p < 0,001$). Adicionalmente, o teste de adequação de Hosmer e Lemeshow confirmou a boa calibração do modelo ($\chi^2(2)=0,192$; $p = 0,909$), indicando que não há discrepância estatisticamente significativa entre as frequências observadas e as frequências previstas pelo modelo ajustado.

DISCUSSÃO

Os achados deste estudo indicam que a menor compreensão autorreferida das orientações recebidas no processo terapêutico permaneceu associada ao grupo de

casos, definido por carga viral igual ou superior a 50 cópias/mL, mesmo após o ajuste por fatores socioeconômicos e clínicos. Em contraste, o conhecimento factual foi elevado e semelhante entre casos e controles. Os resultados devem ser interpretados considerando que a carga viral foi utilizada como indicador laboratorial operacional relacionado à adesão para a constituição dos grupos. Assim, a pertença ao grupo de casos pode sinalizar a necessidade de investigar dificuldades de adesão, mas não permite atribuir a viremia detectável exclusivamente ao comportamento de uso dos antirretrovirais[5,16,21].

A carga viral é central para monitorar a resposta à terapia antirretroviral e para identificar possíveis problemas de adesão. Entretanto, a viremia detectável também pode estar relacionada à resistência viral, a interações medicamentosas, à tolerabilidade, a alterações recentes do esquema ou a outros fatores clínicos. A diversidade de instrumentos existentes para avaliar a adesão reforça que indicadores laboratoriais, autorrelatos e registros assistenciais fornecem informações complementares e não necessariamente equivalentes[5,16,21]. Nesse sentido, recomendações clínicas atuais indicam que a avaliação da adesão seja realizada de forma contínua e individualizada, incluindo a identificação de barreiras ao uso dos medicamentos e à permanência no cuidado, em articulação com o monitoramento da resposta virológica[22].

A diferença entre conhecimento factual e compreensão autorreferida constitui um dos achados centrais. Responder corretamente a questões gerais pode demonstrar familiaridade com conteúdos sobre a infecção e o tratamento, mas não necessariamente a capacidade de interpretar orientações específicas, relacioná-las à própria situação clínica e incorporá-las à rotina terapêutica. Estudos sobre a qualidade do cuidado e a continuidade do tratamento indicam que a relação assistencial, a clareza das orientações e a organização dos serviços podem influenciar a adesão, sem explicar isoladamente a resposta virológica[9-12,23].

No presente estudo, não receber orientações ou relatar compreensão parcial permaneceram associados ao grupo de casos. O delineamento não permite afirmar que dificuldades de compreensão tenham causado a carga viral detectável. Contudo, o achado evidencia uma possível lacuna entre o fornecimento dos conteúdos e o entendimento relatado. Essa lacuna pode ser enfrentada por linguagem acessível, retomada das informações em diferentes encontros, uso de exemplos relacionados à rotina e verificação sistemática da compreensão[10-13].

O método de retorno da informação pode contribuir para essa verificação ao solicitar que a pessoa explique, com suas próprias palavras, o que compreendeu. A estratégia deve avaliar a clareza da orientação profissional e não testar ou constranger o usuário. Embora não tenha sido aplicada neste estudo, sua inclusão como implicação prática é coerente com a necessidade de superar o simples registro de que determinada orientação foi fornecida[13].

A maior proporção de participantes com renda de até um salário mínimo entre os casos reforça a necessidade de considerar as condições sociais na interpretação da adesão. O acesso gratuito aos medicamentos é fundamental, mas não elimina vulnerabilidades socioeconômicas, barreiras de acesso, estigma e dificuldades relacionadas à continuidade do acompanhamento. Essas condições não devem ser interpretadas como falhas individuais, mas como dimensões que requerem respostas assistenciais contextualizadas[8-12,23].

A contagem de células T CD4+ diferiu entre os grupos, com maior frequência de valores reduzidos entre os casos. Esse resultado é clinicamente compatível com condição imunológica menos favorável entre participantes com carga viral detectável, mas não constitui medida comportamental de adesão. O maior tempo de tratamento entre os casos também exige prudência: trajetórias mais longas podem envolver mudanças de

esquema, experiências de interrupção, efeitos adversos e maior complexidade clínica, aspectos não avaliados diretamente no presente estudo[5,8-9].

A Enfermagem foi a categoria profissional mais frequentemente referida no fornecimento das orientações. Esse resultado é coerente com a organização do ambulatório, no qual a consulta de Enfermagem integra o acompanhamento das pessoas em terapia antirretroviral. Revisão sistemática específica mostrou que intervenções lideradas ou facilitadas por enfermeiros podem favorecer a adesão, sobretudo quando incluem aconselhamento estruturado, acompanhamento continuado, identificação de barreiras e estratégias ajustadas às necessidades das pessoas[14].

Os achados não permitem, contudo, atribuir exclusivamente à Enfermagem a responsabilidade pela adesão ou pela resposta virológica. A atuação do enfermeiro deve integrar processo multiprofissional que inclua avaliação clínica, manejo farmacológico, saúde mental, suporte social e coordenação com outros pontos da rede. Diretrizes recentes recomendam integrar o cuidado em saúde mental e em condições crônicas aos serviços de atenção ao vírus da imunodeficiência humana e fortalecer intervenções de apoio à adesão centradas na pessoa[10–12,24].

Compreende-se que as intervenções destinadas a apoiar a adesão não se devem restringir ao fornecimento de conteúdo. Evidências recentes sobre adesão medicamentosa indicam que estratégias conduzidas por profissionais de saúde tendem a ser mais consistentes quando articulam educação, identificação de barreiras, comunicação e acompanhamento, considerando as necessidades individuais e o contexto assistencial[25].

No foco da prática assistencial, os resultados sustentam a adoção de um processo sistemático de avaliação da compreensão, com perguntas abertas, confirmação do entendimento, registro das dificuldades identificadas e revisão das orientações nas consultas subsequentes. A educação permanente da equipe também é relevante, pois dificuldades de compreensão podem decorrer da linguagem utilizada, do volume de conteúdos, do momento emocional, da complexidade do esquema terapêutico ou das condições sociais.

As principais limitações deste estudo foram: a utilização da carga viral como indicador laboratorial relacionado à adesão, sem incorporação simultânea de outros indicadores de adesão[5,16,21]; a avaliação autorreferida da compreensão; a ausência de validação psicométrica formal do questionário; a amostragem por conveniência e a realização em um único serviço; a impossibilidade de estabelecer temporalidade entre a compreensão das orientações e a classificação dos grupos; e a menor precisão de algumas estimativas do modelo, evidenciada por intervalos de confiança amplos.

A carga viral pode ser influenciada por fatores virológicos, farmacológicos e clínicos[5,21]; por isso, a classificação dos grupos não deve ser interpretada como mensuração abrangente de todas as dimensões da adesão. A compreensão autorreferida está sujeita à lembrança, à interpretação individual e à desejabilidade social. Apesar dessas limitações, não foi identificada multicolinearidade relevante, e os procedimentos de avaliação do ajuste não indicaram inadequação global do modelo. Estudos futuros, preferencialmente multicêntricos e longitudinais, poderão combinar indicadores laboratoriais e comportamentais de adesão e ampliar a avaliação da compreensão das orientações no processo terapêutico.

CONCLUSÃO

A menor compreensão autorreferida das orientações recebidas no processo terapêutico esteve associada ao grupo de casos, enquanto o conhecimento factual foi semelhante entre casos e controles. A interpretação desses resultados deve considerar

que a adesão foi operacionalizada por meio da carga viral, utilizada como indicador laboratorial operacional relacionado à resposta à terapia antirretroviral, sem representar isoladamente todas as dimensões da adesão.

Como contribuição para a prática de Enfermagem, os achados indicam que o acompanhamento não deve se limitar ao registro do fornecimento de orientações. A verificação sistemática da compreensão, com retomada individualizada das dúvidas identificadas, pode apoiar intervenções de Enfermagem e ações multiprofissionais voltadas à continuidade do tratamento e à adesão.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). HIV statistics, globally and by WHO region, 2025 [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [cited 2026 Jan 11]. 7 p. Available from: https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/hiv/strategic-information/hiv-data-and-statistics

2. Joint United Nations (UNAIDS). Global HIV statistics [Internet]. Geneva: UNAIDS; 2025 [cited 2026 Jan 11]. 6 p. Available from: https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet

3. Joint United Nations (UNAIDS). AIDS, crisis and the power to transform [Internet]. Geneva: UNAIDS; 2025 [cited 2026 Jan 11]. 120 p. Available from: https://www.unaids.org/en/UNAIDS-global-AIDS-update-2025

4. World Health Organization (WHO). Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2026 Jan 11]. 592 p. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593

5. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos: módulo 1 – tratamento [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2024 [cited 2026 Apr 6]. 118 p. Available from: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/pcdt_hiv_modulo_1_2024.pdf/view

6. Centers for Disease Control and Prevention. Undetectable = Untransmittable [Internet]. Atlanta (GA): CDC; 2024 [cited 2026 Apr 6]. 146 p. Available from: https://www.cdc.gov/global-hiv-tb/php/our-approach/undetectable-untransmittable.html

7. Okoli C, Van de Velde N, Richman B, Allan B, Castellanos E, Young B, et al. Undetectable equals untransmittable (U=U): awareness and associations with health outcomes among people living with HIV in 25 countries. Sex Transm Infect [Internet]. 2021 [cited 2026 Jan 13];97(1):18-26. Available from: https://doi.org/10.1136/sextrans-2020-054551

8. da Cunha AP, da Mota JC, da Cruz MM, Miranda R, Rosso L, Kruppa M, et al. Factors associated with the interruption of antiretroviral therapy among people living with HIV/AIDS in Brazilian municipalities between 2019 and 2022. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2025 [cited 2026 Jan 11];28:e250015. Available from: https://doi.org/10.1590/1980-549720250015

9. Moraes DCA, Cabral JR, Oliveira RC, Souza VA. Quality of care and adherence to antiretroviral drugs in specialized HIV services in Pernambuco/Brazil, 2017-2018. Saúde Debate [Internet]. 2021[cited 2026 Apr 6];45(131):1088-1100. Available from: https://doi.org/10.1590/0103-1104202113111

10. World Health Organization (WHO). WHO guideline on HIV service delivery: updated guidance on the integration of diabetes, hypertension and mental health services, and interventions to support adherence to antiretroviral therapy [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [cited 2026 Apr 6]. 56 p. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240113879

11. Brasil. Ministério da Saúde. Manual do cuidado contínuo da pessoa com HIV/aids [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2023 [cited 2026 Apr 6]. 46 p. Available from: https://biblioteca.cofen.gov.br/manual-cuidado-continuo-pessoas-vivendo-com-hiv-aids/

12. World Health Organization (WHO). Consolidated HIV guidelines: service delivery [Internet]. Geneva:

World Health Organization; 2026 [cited 2026 Sep 2]. 50 p. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240124233

13. Talevski J, Shee AW, Rasmussen B, Kemp G, Beauchamp A. Teach-back method: a systematic review of implementation and impacts. PLoS One. [Internet]. 2020 [cited 2026 Jan 11];15(4):e0231350. Available from: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231350

14. Lambert CC, Galland L, Enriquez M, Reynolds NR. Nurse-led interventions to support antiretroviral adherence: a systematic review of randomised controlled trials. J Assoc Nurses AIDS Care. [Internet]. 2021 [cited 2026 Apr 6];32(5):544-556. Available from: https://doi.org/10.1007/s00228-012-1419-y

15. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP, et.al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. J Clin Epidemiol. [Internet]. 2008 [cited 2026 Apr 6];61(4):344-9. Available from: https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2007.11.008

16. dos Santos AP, Cordeiro JFC, Fracarolli IFL, Gomide MFS, Andrade D. Instruments to assess adherence to medication in people living with HIV: a scoping review. Rev Saude Publica [Internet]. 2022 [cited 2026 Aug 6];56:112. Available from: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004475

17. Carvalho PP. Adesão à terapia antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids [dissertation on the Internet]. Uberaba (MG): Universidade Federal do Triângulo Mineiro; 2017 [cited 2026 Jan 13]. 124 p. Available from: https://bdtd.uftm.edu.br/handle/tede/505

18. Gouvea PB. Fatores relacionados à adesão a terapia antirretroviral entre mulheres com HIV atendidas na Rede de Atenção à Saúde de um município prioritário do Sul do Brasil. [thesis on the Internet]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2020 [cited 2026 Jan 13]. 233 p. Available from: https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/216297

19. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. Multivariate data analysis. 7th. Upper Saddle River: Pearson; 2010. 761 p.

20. Hosmer DW, Lemeshow S, Sturdivant RX. Applied logistic regression [Internet]. 3rd ed. Hoboken: John Wiley & Sons; 2013 [cited 2026 Aug 6]. 20 p. Available from: https://doi.org/10.1002/9781118548387

21. Bezabhe WM, Chalmers L, Bereznicki LR, Peterson GM. Adherence to antiretroviral therapy and virologic failure: a meta-analysis. Medicine (Baltimore) [Internet]. 2016 [cited 2026 Jan 11];95(15):e3361. Available from: https://doi.org/10.1097/MD.0000000000003361

22. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Adherence to the continuum of care. In: Guidelines for the use of antiretroviral agents in adults and adolescents with HIV [Internet]. Department of Health and Human Services; 2024 [cited 2026 Aug 7]. Available from: https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-arv/adherence-continuum-care

23.Maria MPM, de Carvalho MPD, Fassa AG. Adesão à terapia antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Cad Saude Publica. [Internet]. 2023 [cited 2026 Jan 11];39(1):e00099622. Available from: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT099622

24. Keene CM, Jennings L, Källström-Ståhlgren CO, Katz IT, Sabin LL, Schreuder C, et al. Antiretroviral therapy adherence interventions in the era of universal test and treat: a hybrid systematic-narrative literature review of global evidence. AIDS Behav [Internet]. 2026 [cited 2026 Aug 6];30:291-306. Available from: https://doi.org/10.1007/s10461-025-04867-9

25. Crawshaw J, McCleary N. Healthcare provider interventions to support medication adherence: state-of-the-science overview. Front Pharmacol [Internet]. 2025 [cited 2026 Aug 7];16:1567967. Available from: https://doi.org/10.3389/fphar.2025.1567967

*Knowledge and understanding of guidelines and adherence to antiretroviral therapy: a case-control study**

ABSTRACT

Objective: To analyze the association between the knowledge and understanding of the guidance received by people living with the human immunodeficiency virus during the therapeutic process and adherence to antiretroviral therapy. **Method:** A case-control study conducted at an outpatient clinic of the Infectious Diseases Service at a university hospital in southern Brazil between June and August 2023, using questionnaires. The data were analyzed using binary logistic regression. **Results:** Factual knowledge was similar between the groups. Among those who did not understand or only sometimes understood the guidelines, there was a higher likelihood of being classified as a case for guidelines regarding the infection (odds ratio = 11.70; 95% confidence interval: 4.23–33.40) and regarding antiretroviral therapy (odds ratio = 5.38; 95% confidence interval: 1.96–14.80). Nurses were the professionals most frequently cited as providers of the guidance. **Conclusion:** A lower level of understanding of the guidance received during the therapeutic process was associated with the case group.

DESCRIPTORS: HIV Long-Term Survivors; Antiretroviral Therapy, Highly Active; Medication Adherence; Patient Care Team; Nursing.

*Conocimiento y comprensión de las orientaciones y adherencia a la terapia antirretroviral: estudio de caso-control**

RESUMEN

Objetivo: Analizar la asociación entre el conocimiento y la comprensión de las orientaciones recibidas por personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana en el proceso terapéutico y la adherencia a la terapia antirretroviral. **Método:** Estudio de casos y controles realizado en un Consultorio Externo del Servicio de Infectología de un hospital universitario del sur de Brasil, entre junio y agosto de 2023, mediante la aplicación de cuestionarios. Los datos se analizaron mediante regresión logística binaria. **Resultados:** El conocimiento factual fue similar entre los grupos. Entre aquellos que no comprendieron o comprendieron algunas veces las orientaciones, se observaron mayores probabilidades de pertenecer al grupo de casos para las orientaciones sobre la infección (odds ratio=11,70; intervalo de confianza del 95%: 4,23–33,40) y sobre la terapia antirretroviral (odds ratio=5,38; intervalo de confianza del 95%: 1,96–14,80). El enfermero fue el profesional más mencionado en el suministro de las orientaciones. **Conclusión:** La menor comprensión de las orientaciones recibidas en el proceso terapéutico estuvo asociada con el grupo de casos.

DESCRIPTORES: Sobrevivientes de VIH a Largo Plazo; Terapia Antirretroviral Altamente Activa; Cumplimiento de la Medicación; Grupo de Atención al Paciente; Enfermería.

***Artigo extraído da tese de doutorado:** "O processo de adesão da Terapia Antirretroviral para Pacientes com infecção pelo HIV", Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil, 2023.

Recebido em: 17/01/2026
Aprovado em: 23/08/2026
Editor associado: Dr. Gilberto Tadeu Reis da Silva

Autor Correspondente:
Joice Simionato Vettorello
Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Jr.
Rua Visconde de Paranaguá, 102 - Centro, Rio Grande - RS, CEP 96200-190
E-mail: joice.vettorello@ebserh.gov.br

Contribuição dos autores:
Contribuições substanciais para a concepção ou desenho do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação de dados do estudo - **Vettorello JS, Bonow CA, Rocha LP, Cezar-Vaz MR.** Elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do estudo - **Vettorello JS, Bonow CA, Rocha LP, Djaló U, Cezar-Vaz MR.** Responsável por todos os aspectos do estudo, assegurando as questões de precisão ou integridade de qualquer parte do estudo - **Vettorello JS, Cezar-Vaz MR.** Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflitos de interesses:
Os autores declaram não haver conflitos de interesse a serem divulgados.

Disponibilidade de dados:
Os autores declaram que os dados não estão disponíveis devido a restrição por razão de sigilo, direitos de propriedade intelectual ou outros impedimentos legais.

ISSN 2176-9133

Este obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.