

ARTIGO ORIGINAL

CONHECIMENTO E FATORES QUE INFLUENCIAM NA ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

Milenna Azevedo Minhaqui Ferreira¹, Tereza Natália Bezerra de Lima², Brenda Feitosa Lopes Rodrigues³, João Agnaldo do Nascimento⁴, Valéria Peixoto Bezerra⁵, Anna Cláudia Freire de Araújo Patrício⁶

RESUMO

Objetivo: analisar o conhecimento sobre o HIV/aids e os fatores que influenciam na adesão à terapia antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids.

Método: estudo transversal, quantitativo, com 36 pacientes que se encontravam internados, distribuídos em G1-adesão (25) e G2-não adesão (11), em um hospital no estado da Paraíba. Utilizou-se um instrumento estruturado e os dados foram analisados mediante os testes *Chi-Squared Automatic Interaction Detection*, Modelo de Análise de Variância Multivariada, M de box, Lambda de Wilks e F da análise de variância univariada.


Resultados: o determinante ter acompanhamento psicológico possui influência muito forte na classificação de um indivíduo em algum dos grupos G1 e G2.

Conclusão: é imprescindível a atenção focada nos aspectos biopsicossociais dos pacientes, constituindo fator essencial na adesão à terapêutica. Este estudo traz como contribuições novos conhecimentos científicos acerca da adesão à terapia antirretroviral na região nordeste do Brasil.


DESCRITORES: Enfermagem; HIV; Terapia Antirretroviral de Alta Atividade; Adesão à Medicação; Conhecimento.


COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO:

Ferreira MAM, Lima TNB de, Rodrigues BFL, Nascimento JA do, Bezerra VP, Patrício ACF de A. Conhecimento e fatores que influenciam na adesão à terapia antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/Aids. *Cogitare enferm.* [Internet]. 2020 [acesso em "colocar data de acesso, dia, mês abreviado e ano"]; 25. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.67768>.


¹Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil. 

²Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva. Universidade de Pernambuco. Recife, PE, Brasil. 

³Enfermeira. Mestranda em Modelos de Decisão e Saúde. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil. 

⁴Engenheiro mecânico. Doutor em Estatística. Docente da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil. 

⁵Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Docente da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil. 

⁶Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Docente da Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, MG, Brasil. 

KNOWLEDGE AND FACTORS THAT INFLUENCE ADHERENCE TO ANTIRETROVIRAL THERAPY IN PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS

ABSTRACT

Objective: To analyze knowledge about HIV/AIDS and the factors that influence adherence to antiretroviral therapy of people living with HIV/AIDS.

Method: Cross-sectional quantitative study with 36 hospitalized patients, distributed in the groups G1-adherence (25) and G2-non-adherence (11), in a hospital in the state of Paraíba. A structured instrument was used, and data were analyzed using Chi-Squared Automatic Interaction Detection tests, Multivariate Analysis of Variance Model, Box's M test, Wilks' Lambda, and F-test in One-Way ANOVA.

Results: The determinant Receiving psychological counseling has a very strong impact on the classification of an individual in any of the G1 and G2 groups.

Conclusion: Focus on patients' biopsychosocial aspects is essential, and this is a key factor in adherence to therapy. New scientific knowledge on adherence to antiretroviral therapy in the northeastern region of Brazil is the contribution of this study.

DESCRIPTORS: Nursing; HIV; Highly Active Antiretroviral Therapy; Medication Adherence; Knowledge.

CONOCIMIENTO Y FACTORES QUE INFLUENCIAN LA ADHESIÓN A LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE PERSONAS CON HIV/SIDA

RESUMEN:

Objetivo: analizar el conocimiento acerca del HIV/sida y los factores que influyen la adhesión a la terapia antirretroviral de personas con HIV/sida.

Método: estudio transversal, cuantitativo, con 36 pacientes internados, agrupados en G1-adhesión (25) y G2-no adhesión (11), en un hospital del estado de Paraíba. Se utilizó un instrumento estructurado y se analizaron los datos por medio de pruebas Chi-Squared Automatic Interaction Detection, Modelo de Análisis de Variancia Multivariada, M de box, Lambda de Wilks y F del análisis de variancia univariada.

Resultados: el determinante acompañamiento psicológico tiene mucha influencia en la clasificación de un individuo de los grupos G1 y G2.

Conclusión: es imprescindible el enfoque en la atención a los aspectos biopsicosociales de los pacientes, constituyendo factor esencial en la adhesión a la terapéutica. Este estudio trae como contribuciones nuevos conocimientos científicos acerca de la adhesión a la terapia antirretroviral en la región nordeste de Brasil.

DESCRIPTORES: Enfermería; HIV; Terapia Antirretroviral de Alta Actividad; Adhesión a la Medicación; Conocimiento.

INTRODUÇÃO

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), causador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), configura-se como um dos maiores problemas de saúde pública, devido ao seu caráter pandêmico e gravidade⁽¹⁾. Estima-se que, das 36,9 milhões de pessoas que viviam com HIV no mundo no ano de 2017, 75% delas sabiam seu status de sorologia para o vírus, e dentre essas pessoas, 79% estavam acessando o tratamento, o que equivale a um total de 21,7 milhões de pessoas utilizando a Terapia antirretroviral (TARV)⁽²⁾.

No Brasil, foram diagnosticados 982.129 mil casos de aids até junho de 2018, com as regiões Norte e Nordeste apresentando uma tendência linear de crescimento na taxa de detecção. Nesse cenário, o estado da Paraíba notificou 226 casos de HIV no ano de 2018⁽³⁾.

O programa brasileiro garante a disponibilidade de medicamentos para o tratamento de todos indivíduos com sorologia positiva^(1,4). O êxito da TARV depende de diagnóstico oportuno, tratamento apropriado e alta adesão do paciente aos esquemas terapêuticos⁽⁵⁾. No entanto, na prática clínica, a manutenção da adesão ideal ao tratamento é um desafio, o que é preocupante, pois a não adesão reflete em consequências para o paciente, como o desenvolvimento da resistência à TARV, progressão para aids e morte⁽⁶⁾.

Nesse contexto, a adesão à TARV requer uma integração complexa de aceitação, conhecimento, habilidades e fatores relacionados ao ambiente e aos cuidados gerais de saúde das pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA). O número de comprimidos, a frequência de uso, a quantidade de efeitos colaterais, o apoio social e o relacionamento com a equipe de saúde parecem influenciar na adesão à TARV⁽¹⁾. Por conseguinte, não há um consenso na literatura sobre o modelo ideal para medir a adesão à TARV: cada modelo apresenta vantagens e desvantagens^(4,7).

O tratamento das pessoas que vivem com HIV/aids é um fenômeno multifacetado e complexo que engloba múltiplas dimensões, dentre elas, os aspectos relacionados ao paciente, tratamento, doença, socioeconômicos e sistemas de saúde, não se restringindo à tomada de antirretrovirais e ao seguimento das prescrições profissionais⁽⁸⁾. Portanto, necessita ser melhor investigado para que se desenvolva um plano de cuidados que considere os diversos fatores envolvidos na adesão à TARV e oriente a atuação da equipe multiprofissional.

Desta forma, o presente estudo objetivou analisar o conhecimento sobre o HIV/aids e os fatores que influenciam na adesão à terapia antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids.

MÉTODO

Estudo transversal e de natureza quantitativa, realizado em um serviço de saúde de referência no estado da Paraíba para atendimento de demandas das pessoas com doenças infectocontagiosas.

A população foi composta por 41 indivíduos internados no setor para HIV/aids do serviço de saúde. Realizou-se o cálculo amostral utilizando o Programa R para Windows estabelecendo 95% de índice de confiança e 5% de margem de erro, totalizando uma amostra 36 indivíduos.

Utilizou-se como critérios de elegibilidade os pacientes com idade igual ou superior a 18 anos e com capacidade de comunicação verbal, sendo excluídos aqueles com registros nos prontuários de alterações mentais ou transtornos neurológicos decorrentes da evolução da doença. Sendo assim, os indivíduos foram selecionados por conveniência

durante o período de internação para comporem o Grupo de adesão (G1) e de não adesão (G2) à TARV. Foram considerados como G1 aqueles usuários que iniciaram o tratamento imediatamente após resultado sorológico positivo para o HIV, e G2 aqueles pacientes que, mesmo com a sorologia positiva para HIV, ainda não registravam o início do tratamento ou aderiram de forma tardia. Após essa etapa, foram identificados 25 pessoas no G1 e 11 para o G2.

A coleta de dados ocorreu durante o período de fevereiro a setembro de 2017, em ambiente reservado separado por biombo, respeitando a privacidade do voluntário da pesquisa.

Utilizaram-se dois instrumentos, sendo o primeiro um questionário composto por duas partes, a primeira elaborada com questões sobre as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, escolaridade e religião) e a segunda elaborada com 12 perguntas (identificadas como Q1, Q2...Q12) com opções de respostas dicotômicas (afirmativas ou negativas) quanto ao acolhimento realizado pelo profissional que informou o resultado positivo para o HIV. Entende-se por acolhimento - dentre suas várias definições - o compromisso no reconhecimento das dores do outro(9); recepção dos familiares acerca da positividade para o HIV/aids; aspectos sobre o tratamento; preconceitos; e acompanhamento psicológico.

O segundo instrumento refere-se ao Teste de Conhecimento sobre o HIV/aids, já validado no Brasil por Natividade e Camargo⁽¹⁰⁾, composto por seis dimensões, porém no presente estudo foram utilizadas a dimensão três (D3) e a quatro (D4). A D3 é composta por 32 itens referentes ao conhecimento sobre as formas de contágio e prevenção, atributos fisiológicos e comportamentais da aids. A D4 se apresenta com 26 itens sobre a sintomatologia que o HIV provoca no ser humano. Este instrumento possui opção de resposta sim, não ou não sei. Seguiu-se as determinações dos autores quanto aos escores de acertos gerais que vão de zero (0) para resposta errada a um (1) ponto para cada resposta correta, e resposta assinalada como não sei foi considerada errada, recebendo zero (0) ponto⁽¹⁰⁾.

Os dados coletados do questionário foram tabulados em planilha Microsoft Excel, convertidos em um arquivo e analisados no pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) e a utilização do software R. Para montar a árvore de decisão, o método utilizado foi o Chi-Squared Automatic Interaction Detection (CHAID). Ao avaliar as diferenças estatísticas entre G1 e G2, aplicou-se o Modelo de Análise de Variância Multivariada (MANOVA), em que as variáveis dependentes são as dimensões D3 e D4.

Para fazer comparações entre as mesmas variáveis dos grupos G1 e G2, verificou-se inicialmente se as matrizes de covariâncias das variáveis destes grupos são iguais conforme estabelece o teste M de Box⁽¹¹⁾. Em seguida, foi utilizada a estatística de teste *Lambda de Wilks*, que, ao apresentar um valor significativo (P-Valor < 0,05), consta-se diferenças significativas nas médias das variáveis dos grupos comparados. Dando continuidade, seguiu com o teste F da análise de variância univariada para detectar as variáveis que contribuem de forma significativa para as diferenças entre G1 e G2.

A coleta de dados atendeu aos aspectos éticos, conforme preconizados pela Resolução 466/2012⁽¹²⁾ e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de João Pessoa-PB, sob parecer 3.172.784.

RESULTADOS

Dos 36 participantes do estudo, o G1 referente à adesão (n=25) apresentou maior participação do sexo masculino com 19 (76%) participantes, numa proporção três do sexo masculino para um o sexo feminino, com idade média de 45,7 variando entre 18 e 66 anos. O G2 referente à não adesão (n=11) registra uma frequência aproximadamente igual de

participantes por sexo, sendo seis (54,5%) homens e cinco (45,5%) mulheres, com idade média de 40,82 variando entre 27 e 55 anos.

O estado civil solteiro e escolaridade até o fundamental se destacam em ambos os grupos (G1 e G2). Em relação à variável religião, no G1 a maioria era católica com 21 (84%), enquanto no G2 predominaram evangélicos com cinco (45,5%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas referentes aos grupos G1 (adesão) e G2 (não adesão). João Pessoa, PB, Brasil, 2017

Variáveis	G1 (n = 25)		G2 (n = 11)	
	n	%	n	%
Idade				
18-39	7	28	4	36,4
40-59	13	52	7	63,6
≥ 60	5	20		
Sexo				
Feminino	6	24	5	45,5
Masculino	19	76	6	54,5
Estado Civil				
Solteiro	18	72	7	63,3
Casado	2	8	3	27,3
Divorciado	3	12	1	9,1
Viúvo	2	8	0	0
Escolaridade				
Analfabeto	2	8	2	18,2
Fundamental	16	64	9	81,8
Médio	5	20	0	0
Superior	2	8	0	0
Religião				
Não tem	1	4	2	18,2
Católica	21	84	4	36,4
Evangélica	3	12	5	45,5

Verificou-se que os dados da segunda parte do questionário, quanto aos determinantes denominados de Q1 ao Q12, não apresentam valores estatísticos significativos, pois em seus intervalos de 95% de confiança, o valor 1 está presente. Vale destacar que os determinantes Q7, Q9, Q10 e Q12 apresentaram os menores riscos que contribuem para a adesão, sendo o Q9 o menor de todos (Tabela 2).

Tabela 2 - Determinantes que podem influenciar na adesão (G1) e não adesão (G2) à TARV. João Pessoa, PB, Brasil, 2017

Determinantes	G1 (n =25)		G2 (n = 11)		RP (IC 95%)
	n	%	n	%	
Q1 - Me senti acolhida pelos profissionais no momento do diagnóstico.					
Sim	24	96	10	90,9	1,41
Não	1	9,1	1	9,1	(0,35 ; 5,74)
Q2 - Recebi as informações necessárias para iniciar meu tratamento.					
Sim	25	100	10	90,9	1,43
Não	0	0	1	9,1	(0,35 ; 5,80)
Q3 - Tive receptividade dos familiares acerca da positividade para o HIV/aids.					
Sim	21	84	6	54,5	1,75
Não	4	16	5	45,5	(0,82 ; 3,73)
Q4 - Consigo suprir minhas dúvidas em relação ao tratamento.					
Sim	23	92	8	80	1,48
Não	2	8	2	20	(0,54 ; 4,04)
Q5 - Acredito em minha recuperação.					
Sim	23	92	10	90,9	1,04
Não	2	8	1	9,1	(0,46 ; 2,40)
Q6 - Acredito no tratamento para o HIV/aids.					
Sim	24	96	10	90,9	1,41
Não	1	4	1	9,1	(0,35 ; 5,74)
Q7 - Sofro preconceito por ter HIV/aids.					
Sim	13	52	5	45,5	1,08
Não	12	48	6	54,5	(0,70 ; 1,67)
Q8 - Tive vergonha ao saber que tinha HIV/aids.					
Sim	11	44	2	18,2	1,39
Não	14	56	9	81,8	(0,93 ; 2,08)
Q9 - Tenho acompanhamento psicológico.					
Sim	5	20	7	63,6	0,5
Não	20	80	4	36,4	(0,25 ; 1,00)
Q10 - Tive que mudar de cidade para fazer o tratamento para o HIV/aids.					
Sim	13	52	5	45,5	1,08
Não	12	48	6	54,5	(0,70 ; 1,67)
Q11 - Tenho medo					
Sim	8	32	1	9,1	1,41
Não	17	68	10	90,9	(0,98 ; 2,04)
Q12 - Você já interrompeu o tratamento?					
Sim	14	66,7	7	70	0,95
Não	7	33,3	3	30	(0,57 ; 1,58)

Legenda: RP = Razão de prevalência; IC = 95% de Intervalo de confiança

A Figura 1 ilustra o resultado da análise da aplicação do modelo de classificação binária *Weight of Evidence* - *WoE* (Peso da Evidência) para avaliar os determinantes que permitiram distinguir a influência na classificação de um indivíduo em algum dos grupos G1 e G2. Desse modo, observa-se que o Q9-tenho acompanhamento psicológico, possui influência muito forte, seguido de Q12-já interrompeu o tratamento, Q3-acolhimento pelos familiares e Q11-tem medo, com influência forte. Os demais determinantes não contribuem para melhor distinguir os grupos G1 e G2.



Figura 1 - Influência dos determinantes na classificação para os grupos G1 (adesão) e G2 (não adesão). João Pessoa, PB, Brasil, 2017

A Figura 2 apresenta uma árvore de decisão com a finalidade de identificar, entre os determinantes que o instrumento permitiu analisar, o que maior contribuiu para classificar um indivíduo no grupo G1 ou G2. A árvore produzida registra que a principal diferenciação entre estes dois grupos é o determinante Q9-tenho acompanhamento psicológico, que, estando ausente (resposta não) o paciente terá 83,3% de probabilidade de apresentar um comportamento não tardio (adesão) ao tratamento TARV, podendo classificar corretamente 75% dos indivíduos. Classifica corretamente 80% do grupo G1 e 63,6% do grupo G2.

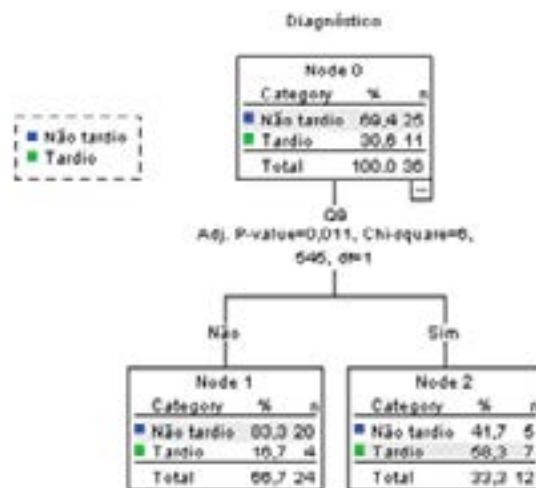


Figura 2 - Árvore de decisão para determinantes quanto aos grupos G1 (adesão) e G2 (não adesão). João Pessoa, PB, Brasil, 2017

Ao avaliar as diferenças estatísticas entre G1 e G2 com a aplicação do MANOVA quanto às variáveis dependentes (D3 e D4) do teste de conhecimento, o teste M de Box para a comparação das matrizes de covariância dos grupos G1 (adesão) e G2 (não adesão) apresentou valor $p=0,445$, podendo ser consideradas iguais em ambos os grupos, não evidenciando a necessidade de correções na estatística dos testes realizado pela MANOVA.

Quanto aos resultados da aplicação do teste de Levene, apresentou valor $p=0,605$ para a dimensão D3 e valor $p=0,949$ para a dimensão D4, permitindo concluir a homogeneidade de variâncias nos grupos G1 e G2.

Sendo assim, os dois resultados (Levene e M de Box) permitem a aplicação do modelo MANOVA a estes dados. A última coluna da Tabela 3 apresenta o valor p do teste multivariado λ de Wilk, que mostra haver diferença significativa entre os grupos G1 e G2 para as dimensões D3 e D4 conjuntamente. O teste da Razão F registra ser provável que a dimensão D3 é responsável por uma diferença estatística entre estes dois grupos.

Tabela 3 - Análise de variância multivariada para as variáveis dependentes D3 (Contágio e prevenção, atributos fisiológicos e comportamentais) e D4 (Sintomatologia que o HIV provoca no ser humano), por grupos G1 (adesão) e G2 (não adesão). João Pessoa, PB, Brasil, 2017

Dimensão	Grupo	Média	DP	Razão F	λ de Wilk
D3	G1	19,08	2,94	0,028	0,049
	G2	21,36	2,2		
D4	G1	18,76	2,5	0,869	
	G2	18,91	2,43		

Legenda: DP – desvio padrão; λ de Wilk – Lambda de Wilk

DISCUSSÃO

Neste estudo constatou-se a predominância de pessoas com idades entre 40 e 59 anos, em ambos os grupos, sendo este resultado consistente com o perfil dos brasileiros vivendo com HIV/aids⁽³⁾.

O sexo masculino apresentou-se hegemônico em ambos os grupos, corroborando com achados de outras investigações^(7,13). Entretanto, ressalva-se que no grupo não adesão (G2) o sexo feminino apresentou participação praticamente igual ao sexo masculino. Portanto, observa-se uma diminuição na razão entre os sexos, o que significa que, embora os homens sejam os mais acometidos, um aumento no número de casos entre mulheres vem ocorrendo⁽¹⁴⁾.

Ainda em relação à igualdade na distribuição por sexos no grupo G2 encontrada neste estudo, pesquisas^(15,16) vão de encontro a este achado e confirmam o predomínio de homens na baixa adesão ao tratamento. Entretanto, outro estudo⁽¹⁷⁾ relata uma proporção significativamente maior de mulheres não aderentes ao tratamento. Nesse sentido, sugere-se que fatores ambientais, psicológicos e físicos sejam mais relevantes na adesão ao tratamento do que o sexo⁽¹⁸⁾.

No que se refere ao estado civil, houve a predominância de solteiros em ambos os grupos, dado que corrobora outras pesquisas^(19,20). Solteiros são menos cuidadosos com sua saúde, uma vez que eles têm que cuidar sozinhos de si⁽¹⁹⁾.

Em relação à distribuição dos grupos por escolaridade, observa-se baixos índices em ambos os grupos. Dessa maneira, o estudo evidencia semelhança com outros estudos já produzidos no Brasil^(13,21) e é coerente com o padrão encontrado no último Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde em 2018⁽³⁾.

Constata-se também nesta pesquisa que os indivíduos com um maior nível de escolaridade encontram-se no grupo de adesão, sendo este resultado semelhante a um outro estudo⁽¹⁹⁾. Desta forma, um maior nível de escolaridade geralmente é associado a uma boa adesão, apontando uma melhor correlação com a percepção das pessoas, assim como o acesso a informações referentes ao HIV/aids^(7,19).

Os dados quanto aos determinantes (Q1...Q12) permitiram realizar a associação dos seus resultados com um estudo de Uganda realizado com PVHA e que destaca estratégias de enfrentamento constituídas a partir das emoções de cada pessoa, a exemplo de manutenção do sigilo, otimismo com o tratamento, busca por apoio social, racionalização, espiritualidade/religiosidade, entre outros. Observou-se que, além da necessidade de analisar esses determinantes que influenciam a não adesão à TARV, há a importância do estabelecimento de um vínculo profissional, desde a abordagem inicial até o acompanhamento do tratamento⁽²²⁾.

O papel dos profissionais de saúde é primordial nesse processo, reconhecido como parte do cuidado e necessário para a adesão. O apoio da família também torna-se importante, especialmente no descobrimento do diagnóstico, já que a falta deste apoio é um obstáculo que PVHA encontram quando recebem o diagnóstico positivo para HIV/aids⁽⁸⁾.

Sentimentos de vergonha, medo e preconceito não foram evidenciados no grupo de não adesão; esses resultados vão de encontro a um estudo realizado em Minas Gerais, onde o principal sentimento relatado pelos entrevistados foi o medo⁽⁴⁾. Ainda, em um estudo realizado na Alemanha, foi revelado que os participantes que tiveram medo em divulgar seu estado de soropositivo para o HIV foram mais propensos ao isolamento social e rumação, sendo a estigmatização e a discriminação as principais razões para a retirada social⁽²³⁾.

A adesão é um dos maiores desafios da equipe multidisciplinar envolvida no tratamento, e é influenciada por fatores relacionados às alterações físicas, fisiológicas e psicológicas induzidas pela própria síndrome e pelo tratamento. Compreende-se, então, que a adesão ao tratamento para o HIV/aids não se reduz a um comportamento singular, sendo influenciada por diversos aspectos e sofrendo influências de fatores externos e internos que, ao mesmo tempo, podem favorecer ou fragilizar a adesão à TARV⁽⁸⁾.

Ter acompanhamento psicológico é um determinante que influencia para a classificação de um indivíduo para os grupos G1 ou G2. Nesse contexto, é primordial que a dimensão psicológica e social do paciente que vive com HIV/aids seja considerada. O acompanhamento psicológico vem como uma perspectiva de levantar novas questões às PVHA, com ações que devem ser pautadas no estímulo da autonomia, que envolvam o apoio da estrutura do sistema de saúde, de instituições sociais e dos movimentos da sociedade civil⁽²⁴⁾.

Dessa forma, a adesão ao tratamento não compreende apenas a abordagem medicamentosa, uma vez que deve incluir fatores relacionados ao empoderamento do sujeito como responsável pelo seu próprio autocuidado, para proporcionar uma melhor qualidade de vida⁽⁷⁾.

Neste estudo, a maior possibilidade de pertencer ao grupo de adesão e não ter acompanhamento psicológico é um achado interessante e incomum, que vai de encontro a estudos que evidenciam que indivíduos sob TARV necessitam de acompanhamento psicológico para lidar de maneira eficaz com sua condição ao longo do tempo⁽²⁵⁾. Portanto, este dado pode demonstrar que a aceitação da doença é uma importante estratégia no gerenciamento da TARV, e que esta circunstância pode deixar o indivíduo seguro para não usar o apoio psicológico.

A árvore de decisão também determinou uma probabilidade de 58,3% dos participantes do estudo com acompanhamento psicológico de terem um comportamento de adesão tardio ao tratamento, evidenciando que estes indivíduos necessitam de acompanhamento profissional psicológico para realizar uma futura adesão à TARV.

Observa-se que a falta de conhecimento ou de informações sobre a doença destaca-se como uma variável significativa. Esse cenário pode implicar na possibilidade de não adesão à TARV, na utilização irregular de antirretrovirais ou na ingestão de doses insuficientes. Como resultado, o sucesso da terapia pode ser comprometido, limitando as opções de tratamento, permitindo a continuidade na transmissão dos vírus e estabelecendo consequências para o paciente e para a saúde pública. Portanto, o conhecimento sobre a doença e esquema medicamentoso é condição básica para a progressão terapêutica⁽¹³⁾.

As limitações desse estudo são referentes à amostragem e ao fato de a investigação ter ocorrido em apenas um município, além disso o viés de memória pode incidir nas respostas sendo o método utilizado para avaliar a adesão baseado no autorrelato.

CONCLUSÃO

O desenvolvimento do presente estudo objetivou analisar o conhecimento sobre o HIV/aids e os fatores que influenciam na adesão à terapia antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids, sendo o estado civil, escolaridade, religiosidade, o medo e não ter acompanhamento psicológico importantes nesse processo.

Entretanto, mesmo com os resultados desta pesquisa evidenciando que o grupo de adesão não possui acompanhamento psicológico, torna-se imprescindível reiterar que a atenção focada nos aspectos biopsicossociais dos pacientes se constitui como um fator essencial para a adesão à terapêutica, e que a importância deste estudo se estabelece na possibilidade de identificar os indivíduos que não estão em adesão à TARV utilizam deste

recurso terapêutico para o fortalecimento de uma futura adesão ao tratamento.

A Enfermagem, gestores e toda a equipe multiprofissional podem e devem implantar grupos que promovam o conhecimento sobre o HIV/aids e o manejo adequado do tratamento, debatendo as dificuldades enfrentadas por pacientes e profissionais, fortalecendo dessa forma a adesão precoce à TARV, o relacionamento entre pacientes e serviço, e promovendo a autonomia e percepção das pessoas que vivem com HIV/aids.

Este estudo traz como contribuições novos conhecimentos científicos acerca da adesão à TARV na região nordeste do país, para que a resposta ao HIV/aids seja fortalecida e assim traga benefícios à toda a sociedade.

REFERÊNCIAS

1. Souza G de O, Tibúrcio AACM, Koike MK. Appropriate adherence to antiretroviral therapy in the Alto Paranaíba, Minas Gerais, Brazil. *Medical Express* [Internet]. 2016 [acesso em 8 set 2018]; 3(3). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/MedicalExpress.2016.03.05>.
2. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. Global HIV & AIDS statistics [Internet]. 2018 [acesso em 08 set 2018]. Disponível em: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_en.pdf.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Bol Epidemiol HIV/Aids 2018 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [acesso em 15 jan 2019] Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hivaids-2018>.
4. Silva JAG, Dourado I, Brito AM de, Silva CAL da. 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 [acesso em 22 set 2018]; 31(6). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00106914>.
5. Vale FC, Santa-Helena ET de, Santos MA, Carvalho WM do ES, Menezes PR, Basso CR, et al. Development and validation of the WebAd-Q Questionnaire to monitor adherence to HIV therapy. *Rev. Saúde Públ.* [Internet]. 2018 [acesso em 15 set 2018]; 52(62). Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000337>.
6. Kim J, Lee E, Park BJ, Bang JH, Lee JY. Adherence to antiretroviral therapy and factors affecting low medication adherence among incident HIV-infected individuals during 2009–2016: a nationwide study. *Sci Rep* [Internet]. 2018 [acesso em 18 dez 2018]; 8(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41598-018-21081-x>.
7. Foresto JS, Melo ES, Costa CRB, Antonini M, Gir E, Reis RK. Adesão à terapêutica antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids em um município do interior paulista. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2017 [acesso em 01 nov 2018]; 38(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.63158>.
8. Costa VT, Meirelles BHS. Adherence to Treatment of young adults living with HIV/AIDS from the perspective of complex thinking. *Texto contexto-enferm.* [Internet]. 2019 [acesso em 13 mar 2020]; 28(e20170016). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072019000100387&lang=pt.
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde [Internet]. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [acesso em 12 mar 2020]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf.
10. Natividade JC, Camargo BV. Elaboração e evidências de ealidade de um teste de conhecimento científico sobre HIV/aids. *Rev. Psicol. e Saúde.* [Internet]. 2012 [acesso em 08 nov 2019]; 4(1). Disponível

em: <https://www.semanticscholar.org/paper/Elabora%C3%A7%C3%A3o-e-Evid%C3%AAscias-de-Validade-de-um-Teste-de-Natividade-Camargo/e3c82d375d33e2575f5e41a6db75f2b91ad696f3>.

11. Hair Júnior JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. Análise Multivariada de dados. Tradução: Adonai Schlup Sant'Anna Chaves Neto. 5. ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
12. Resolução n. 466, de 12 de dezembro 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, 12 dez 2012; [acesso em: 05 jan. 2019]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
13. Moraes DC de A, Oliveira RC de, Prado AVA do, Cabral J da R, Corrêa CA, Albuquerque MMB de. O conhecimento de pessoas vivendo com HIV/AIDS sobre a Terapia Antirretroviral. *Enferm. glob.* [Internet]. 2018 [acesso em 08 jan 2019]; 17(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.1.274001>.
14. Maia D de AC, Zanin L, Silva A de SF, Ambrosano GMB, Flório FM. Notificação de casos de HIV/AIDS em idosos no estado do Ceará: série histórica entre os anos de 2005 a 2014. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* [Internet]. 2018 [acesso em 04 jun 2019]; 21(5). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.180041>.
15. Lemos LA, Feijão AR, Galvão MTG. Aspectos sociais e de saúde de portadores da coinfeção HIV/tuberculose. *Rev Rene* [Internet] 2013 [acesso em 12 mar 2020]; 14(2). Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3393>.
16. Auld AF, Agolory SG, Shiraishi RW, Wabwire-Mangen F, Kwesigabo G, Mulenga M, et al. Antiretroviral therapy enrollment characteristics and outcomes among HIV-infected adolescents and young adults compared with older adults-seven African countries, 2004-2013. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* [Internet] 2014 [acesso em 13 mar 2020]; 63(47). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5779521/>.
17. Betancur MN, Lins L, Oliveira IR de, Brites C. Qualidade de vida, ansiedade e depressão em pacientes com HIV / AIDS que apresentam baixa adesão à terapia antirretroviral: um estudo transversal em Salvador, Brasil. *Braz J Infect Dis.* [Internet] 2017 [acesso em 13 mar 2020]; 21(5). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjid.2017.04.004>.
18. Souza HC de, Mota MR, Alves AR, Lima FD, Chaves SN, Dantas ERA, et al. Analysis of compliance to antiretroviral treatment among patients with HIV/AIDS. *Rev. bras. enferm.* [Internet] 2019 [acesso em 13 mar 2020]; 72(5). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000501295&lng=en.
19. Menezes EG, Santos SRF dos, Melo GZ dos S, Torrente G, Pinto A dos S, Goiabeira YNL de A. Fatores associados à não adesão dos antirretrovirais em portadores de HIV/AIDS. *Acta Paul Enferm.* [Internet]. 2018 [acesso em 04 jun 2019]; 31(3). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800042>.
20. Ferreira TC dos R, Souza APC de, Rodrigues Júnior RS. Perfil clínico e epidemiológico dos portadores do HIV/AIDS com coinfeção de uma unidade de referência especializada em doenças infecciosas parasitárias especiais. *Rev Univer Vale Rio Verde* [Internet]. 2015 [acesso em 04 jun 2019]; 13(1). Disponível em: http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/1985/pdf_318.
21. Costa MS, Moreira MASP, Silva AO, Leite E de S, Silva LM, Sampaio JB. Knowledge, beliefs, and attitudes of older women in HIV/AIDS prevention. *Rev bras enferm* [Internet]. 2018 [acesso em 04 jan 2019]; 71(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0521>.
22. Mutumba M, Bauermeister JA, Musiime V, Byaruhanga J, Francis K, Snow RC, et al. Psychosocial challenges and strategies for coping with HIV among adolescents in Uganda: a qualitative study. *AIDS Patient Care STDS* [Internet]. 2015 [acesso em 18 dez 2018]; 29(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1089/apc.2014.0222>.
23. Barder A, Kremer H, Erlich-Trungenberger I, Rojas R, Lohmann M, Deobald O, et al. An adherence typology: coping, quality of life, and physical symptoms of people living with HIV/AIDS and their adherence to antiretroviral treatment. *Med Sci Monit* [Internet]. 2006 [acesso em 04 jan 2019]; 12(12). Disponível em: <https://www.medscimonit.com/download/index/idArt/469534>.

24. Palácio MB, Figueiredo MA de C, Souza LB de. O cuidado em HIV/AIDS e a atenção primária em saúde: possibilidade de integração da assistência. Rev. Psico. [Internet]. 2012 [acesso em 05 jan 2019]; 43(3). Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/9816>.
25. Faustino Q de M, Seidl EMF. Intervenção cognitivo-comportamental e adesão ao tratamento em pessoas com HIV/Aids. Psic.: Teor. e Pesq. [Internet] 2010. [acesso em 19 dez 2018]; 26(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722010000100014>.

Recebido: 01/07/2019

Finalizado: 23/06/2020

Autor Correspondente:

Milenna Azevedo Minhaqui Ferreira

Universidade Federal da Paraíba

R. Prefeito Osvaldo Pessoa, 150 - 58015-510, João Pessoa, PB, Brasil

E-mail: milenna_minhaqui@hotmail.com

Contribuição dos autores:

Contribuições substanciais para a concepção ou desenho do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação de dados do estudo - JAN, ACFAP

Elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do estudo - TNBL, BFLR

Aprovação da versão final do estudo a ser publicado - VPB

Responsável por todos os aspectos do estudo, assegurando as questões de precisão ou integridade de qualquer parte do estudo - MAMF



Este obra está licenciado com uma Licença [Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).