

Artigo Original

Determinantes demográficos e comportamentais relacionados à adesão à TARV entre pacientes HIV positivos em Luanda, Angola

Pedro dos Reis Sousa e Almeida ^{1,*}, Carlos Rafael ², Victor Pimentel ³, Ana Abecasis ³, Cruz dos Santos Sebastião ⁴, Joana Morais ⁵

¹ Faculdade de Medicina, Universidade Agostinho Neto - UAN, Luanda, Angola.

² Maternidade Lucrecia Paim - MLP, Luanda, Angola.

³ Saúde Global e Medicina Tropical - GHTM, Laboratório Associado em Tradução e Inovação para a Saúde Global - LA-REAL, Instituto de Higiene e Medicina Tropical - IHMT, Universidade NOVA de Lisboa (UNL), Lisboa, Portugal.

⁴ Centro de Investigação em Saúde de Angola - CISA, Caxito, Angola.

⁵ Instituto Nacional de Investigação em Saúde - INIS, Luanda, Angola.

* Correspondência: almeida.pedrito@gmail.com.

Resumo: A adesão à terapia antirretroviral (TARV) melhora a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV (PVHIV), com ênfase na melhoria do status imunológico, redução da carga viral e diminuição da taxa de mortalidade pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Este estudo teve como objetivo caracterizar o status de adesão à terapia antirretroviral e os fatores associados à não adesão entre pacientes adultos vivendo com HIV em duas unidades de saúde de referência para pessoas vivendo com HIV/AIDS em Luanda, capital de Angola (Hospital Divina Providência e Hospital Esperança/Centro de Saúde do Rangel). Trata-se de um estudo transversal com 378 PVHIV em TARV, que foram entrevistados para obtenção de dados sociodemográficos e responderam a um questionário para avaliar a adesão à TARV. Os resultados mostraram que 95,5% dos pacientes apresentaram adesão moderada, 4,2% adesão excelente e 0,3% adesão ruim. A adesão à TARV foi relacionada à renda mensal ($p < 0,05$). Além disso, observou-se uma significância limítrofe entre a taxa de adesão e o nível educacional, com pacientes com ensino fundamental ou médio apresentando taxas de adesão moderada (35% - 50%) ou excelente (38% - 56%). Pacientes com mais de 30 anos tiveram taxas mais altas de adesão, tanto moderada (30% - 57%) quanto excelente (44% - 56%). As mulheres apresentaram aproximadamente o dobro das taxas de adesão moderada (75%) ou excelente (63%) à TARV em comparação com os homens. Baixa adesão à TARV foi observada em indivíduos casados e em pacientes que fazem uso de drogas ou álcool. Este estudo analisou a adesão à terapia antirretroviral entre indivíduos soropositivos em Luanda, Angola. Os achados destacam o papel fundamental dos fatores socioeconômicos, especialmente a renda mensal, na influência das taxas de adesão dos pacientes com HIV em Angola. Além disso, idade, gênero, educação e estado civil emergiram como determinantes adicionais que afetam negativamente as taxas de adesão. Esses determinantes reforçam a necessidade de intervenções personalizadas destinadas a abordar as várias barreiras à adesão à TARV, com o objetivo de aumentar a eficácia do manejo do HIV/AIDS e garantir uma melhor qualidade de vida para as pessoas vivendo com HIV em Angola.

Palavras-chave: HIV; Terapia Antirretroviral; Avaliação da Adesão; Angola.

Citação: Almeida, Pedro RS, Rafael C, Pimentel V, Abecasis A, Sebastião CS, Morais J. Determinantes demográficos e comportamentais relacionados à adesão à TARV entre pacientes HIV positivos em Luanda, Angola. Brazilian Journal of Clinical Medicine and Review. 2025;Jan-Dec;03(1):bjcmr23.

<https://doi.org/10.52600/2763-583X.bjcmr.2025.3.1.bjcmr23>

Recebido: 10 Setembro 2024

Aceito: 20 Novembro 2024

Publicado: 27 Novembro 2024



Copyright: This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).

1. Introdução

Cerca de 43 anos após sua descoberta, o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) continua sendo uma doença global e um problema de saúde pública. Em 2022, estimou-se que havia 39 milhões de pessoas vivendo com HIV (PVHIV), das quais 29,8 milhões estavam em TARV, com 1,3 milhão de novas infecções e 620.000 mortes relacionadas à

AIDS. A Região Africana da Organização Mundial da Saúde (OMS) permanece como a mais severamente afetada, com quase 1 em cada 25 adultos (3,2%) vivendo com HIV, representando quase dois terços de todas as PVHIV no mundo. No entanto, estima-se que, até 2023, países como Botswana, Eswatini, Ruanda, República Unida da Tanzânia e Zimbábue terão atingido a meta “95-95-95” da OMS. Isso significa que, nesses países, 95% das pessoas vivendo com HIV sabem seu status sorológico; 95% das pessoas diagnosticadas com HIV estão em TARV; e 95% das pessoas em tratamento têm carga viral suprimida. Outros 16 países, oito deles na região da África Subsaariana, uma área que abriga 65% de todas as pessoas vivendo com HIV, também estão próximos de alcançar essas metas. Em Angola, os primeiros casos de infecção por HIV foram detectados em 1985, e o número de indivíduos soropositivos vem aumentando continuamente [1].

O acesso universal à terapia antirretroviral (TARV) começou em 2004, com resultados bem-sucedidos na redução da morbidade e mortalidade associadas ao HIV. Os medicamentos antirretrovirais de primeira linha atualmente utilizados em Angola incluem tenofovir (TDF) e lamivudina (3TC), que são inibidores nucleosídeos da transcriptase reversa (NRTIs), e dolutegravir (DTG), um inibidor de integrase (INI). Além disso, a zidovudina (AZT), também um NRTI, tem sido utilizada para prevenir a transmissão vertical do HIV, tanto por via oral quanto intravenosa. Embora os antirretrovirais sejam fornecidos gratuitamente e de forma universal, os níveis de adesão ainda não são considerados satisfatórios. Existem pessoas vivendo com HIV que possuem variantes do HIV-1 com mutações de resistência a medicamentos, o que representa um desafio para a eficácia da TARV, especialmente em países de baixa e média renda, como Angola [2-4].

Atualmente, estima-se que 320.000 pessoas vivam com HIV no país, o que representa uma taxa de prevalência de 2%, considerada baixa em comparação com os países vizinhos. No entanto, a situação continua preocupante devido ao surgimento de novos casos e à resistência aos antirretrovirais, que podem estar associados à adesão ao tratamento, razão pela qual este estudo foi realizado [3]. O HIV é classificado em tipos (HIV-1 e HIV-2), grupos (M, N, O e P) e subtipos (A, D, F, H, J e K), com formas recombinantes circulantes e formas recombinantes únicas, que correspondem a pessoas com comportamentos de risco recém-infectadas por pelo menos dois vírus de grupos diferentes. O HIV-1 é responsável pela maioria das infecções por HIV. Todas as variantes do grupo M (major), que é o mais prevalente no mundo, já foram descritas em Angola [2].

A adesão à terapia é um processo multifatorial e colaborativo que depende da atitude do indivíduo diante de uma circunstância específica, buscando desenvolver autonomia e autocuidado. Essa adesão se torna um desafio para pacientes e profissionais de saúde, pois envolve aspectos comportamentais relacionados ao regime terapêutico, como horários, duração do tratamento, medicação específica, recomendações e regularidade nas consultas, que interferem nos hábitos sociais, culturais e psicológicos das pessoas vivendo com HIV [5]. É de grande importância avaliar e compreender o cenário de estudo e o comportamento de tratamento das PVHIV, para que estratégias de adesão possam ser desenvolvidas, juntamente com as unidades de dispensação de medicamentos, na tentativa de minimizar os efeitos da adesão inadequada e aumentar a expectativa de vida dos pacientes que buscam terapia médica e medicamentosa [6]. Neste estudo, investigamos os determinantes demográficos e comportamentais relacionados à adesão à TARV entre pacientes soropositivos em Luanda, capital de Angola.

2. Metodologia

2.1 Desenho do estudo e cenário

Este é um estudo transversal, prospectivo e analítico com abordagem quantitativa. A população do estudo inclui indivíduos soropositivos tratados e acompanhados em duas unidades hospitalares de Luanda, Angola, no período de 2018 a 2022. A amostra foi composta por 378 voluntários soropositivos de ambos os sexos, obtida por seleção aleatória simples durante consultas de acompanhamento ambulatorial nas unidades hospitalares

mencionadas durante o período do estudo. Os critérios de inclusão foram: ser cidadão adulto com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos, com sorologia positiva para HIV, em tratamento antirretroviral por pelo menos 6 meses.

Foram excluídos 41 participantes por estarem grávidas ou por terem menos de 18 anos (Figura 1). Todos os participantes selecionados leram e assinaram individualmente o termo de consentimento livre e esclarecido.

$$n = \frac{\sigma^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2(N - 1) + \sigma^2 p \cdot q}$$

n: Representa o tamanho da amostra que queremos calcular.

σ^2 : É o desvio em relação ao valor médio que aceitamos para atingir o nível desejado de confiança, expresso como o número de desvios padrão, que é igual a 4.

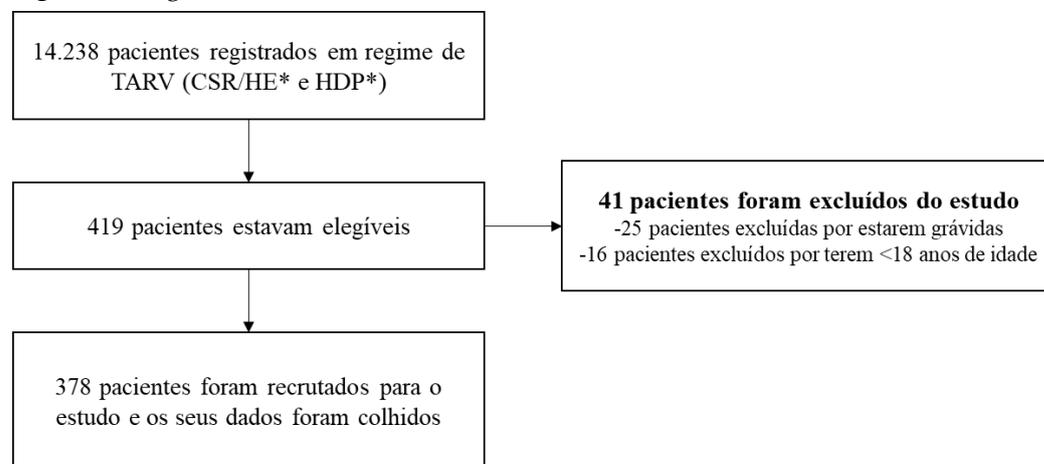
p: É o percentual que estima o menor nível de adesão, sendo igual a 30.

q: Representa o percentual $100 - p$, que é igual a 90.

N: O tamanho da população do estudo é de 14.238 indivíduos.

e^2 : Este é o erro máximo permitido, que é igual a 5.

Figura 1. Diagrama de estudo.



*CSR/HE- Rangel Health Center/Hospital Esperança; *HDP – Divina Providência Hospital.

2.2. Coleta de dados/amostra e procedimento laboratorial

Os dados sociodemográficos foram coletados por meio de uma entrevista estruturada desenvolvida para o estudo, incluindo idade, gênero, situação profissional, nível de escolaridade, orientação sexual, status socioeconômico, uso de medicamentos antirretrovirais e modo de transmissão do HIV. Os dados do perfil clínico dos pacientes foram compilados diretamente dos prontuários médicos: duração da infecção pelo HIV (em meses), níveis de linfócitos T-CD4+ e carga viral plasmática, medicação antirretroviral, número de comprimidos e dosagem (frequência). Para avaliar a adesão ao tratamento, foi utilizado o “Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH)” de Remor, em sua versão adaptada para o português do Brasil.

Para determinar o grau de adesão à TARV, foi utilizado o escore do instrumento CEAT-VIH [7], onde o maior escore corresponde ao maior grau de adesão ao tratamento, com um escore mínimo possível de 17 e máximo de 89. O grau de adesão foi dividido em baixa/insuficiente adesão (escore bruto ≤ 74), boa/adequada adesão (escore bruto entre 75 e 79) e adesão ótima/excelente (escore bruto ≥ 80).

A coleta de dados foi realizada pela manhã pelo autor e membros de sua equipe, nos dias das consultas dos participantes, de outubro a dezembro de 2022, por meio de uma

amostra probabilística aleatória simples, utilizando a técnica de extração de respondentes da população por meio de uma tabela de números aleatórios de três dígitos.

2.3. Análise estatística

Os dados coletados foram inseridos, codificados e analisados no SPSS v. 29. Foram realizadas análises descritivas da amostra com frequências (absolutas e relativas), média e desvio padrão (DP) dos dados sociodemográficos, clínicos e laboratoriais considerados como variáveis, apresentados posteriormente em frequências e percentuais. O teste de qui-quadrado (χ^2) foi utilizado para determinar a associação entre as variáveis qualitativas do estudo e a adesão à TARV. Valores de p bilaterais foram reportados, sendo considerada significância estatística quando $p < 0,05$.

3. Resultados

Ao analisar os 378 voluntários que participaram do estudo, verificou-se que a idade dos participantes variou de 18 a 79 anos, com média de 42,6 anos e desvio padrão de 11,19 anos, mostrando uma distribuição simétrica. A maioria era composta por mulheres (74,1%), com ensino fundamental (49,9%) ou médio (35,5%), empregadas (50,9%), solteiras (95,5%), com filhos biológicos (88,9%), renda de um a dois salários mínimos mensais (69,8%), praticantes da religião protestante (65,3%), que revelaram seu status sorológico ao parceiro (92,9%), não consumiam bebidas alcoólicas (75,7%), não utilizavam drogas (97,9%) e apresentavam carga viral de RNA ≤ 50 cópias/mL (86,8%) (Tabela 1). No geral, 95,5% dos pacientes apresentaram adesão moderada, 4,20% adesão excelente e 0,3% adesão baixa.

Este estudo encontrou uma associação significativa entre renda mensal ($p=0,048$) e adesão à TARV entre os participantes. No entanto, grupo etário, gênero, nível de escolaridade, ocupação, estado civil, filhos biológicos, religião, revelação do status sorológico, consumo de substâncias psicotrópicas e carga viral não apresentaram associação significativa com a adesão à TARV ($p > 0,05$).

Tabela 1. Determinantes demográficos e comportamentais relacionados à adesão à TARV entre pacientes soropositivos em Luanda, Angola.

Características independentes	N (%)	Aderência ao ART			p-valor
		Baixa (%)	Moderada (%)	Ótima (%)	
Geral	378 (100)	1 (0.30)	361 (95.5)	16 (4.20)	
Idade (anor), Média \pm DP	42.6 \pm 11.2	37.0	42.6 \pm 11.3	44.4 \pm 8.73	0.710
Distribuição etária					
<20	9 (2.40)	0 (0.0)	9 (2.50)	0 (0.0)	0.479
20 – 30	41 (10.8)	0 (0.0)	41 (11.4)	0 (0.0)	
31 – 40	115 (30.4)	1 (100)	107 (29.6)	7 (43.8)	
>40	213 (56.3)	0 (0.0)	204 (56.5)	9 (56.3)	
Gênero					
Masculino	98 (25.9)	0 (0.0)	92 (25.5)	6 (37.5)	0.472
Feminino	280 (74.1)	1 (100)	269 (74.5)	10 (62.5)	
Nível educacional (Faltante=1)					
Analfabeto	18 (4.80)	0 (0.0)	17 (4.70)	1 (6.30)	0.088
Básico	188 (49.9)	0 (0.0)	179 (49.7)	9 (56.3)	
Ensino Médio	134 (35.5)	0 (0.0)	128 (35.6)	6 (37.5)	
Ensino Superior	37 (9.80)	1 (100)	36 (10.0)	0 (0.0)	

Ocupação (Faltante=1)					
Desempregado	185 (49.1)	0 (0.0)	178 (49.4)	7 (43.8)	0.559
Empregado	192 (50.9)	1 (100)	182 (50.6)	9 (56.3)	
Estado civil (Faltante=1)					
Solteiro	361 (95.5)	1 (100)	344 (95.3)	16 (100)	0.658
Casado	17 (4.50)	0 (0.0)	17 (4.70)	0 (0.0)	
Filhos (Faltante=1)					
Não	335 (88.9)	0 (0.0)	40 (11.1)	2 (12.5)	0.925
Sim	42 (11.1)	1 (100)	320 (88.9)	14 (87.5)	
Renda mensal (Faltante=24)					
1 – 2	247 (69.8)	0 (0.0)	236 (70.0)	11 (68.8)	0.048*
3 – 4	88 (24.9)	1 (100)	85 (25.2)	2 (12.5)	
>4	19 (5.40)	0 (0.0)	16 (4.70)	3 (18.8)	
Religião (Faltante=1)					
Nenhuma	47 (12.5)	0 (0.0)	47 (13.1)	0 (0.0)	0.900
Católico	81 (21.5)	0 (0.0)	78 (21.7)	3 (18.8)	
Protestante	246 (65.3)	1 (100)	232 (64.4)	13 (81.3)	
Islâmico	2 (0.50)	0 (0.0)	2 (0.60)	0 (0.0)	
Espírita	1 (0.30)	0 (0.0)	1 (0.30)	0 (0.0)	
Revelação do status para outros					
Não	27 (7.10)	1 (100)	12 (3.3)	14 (87.5)	0.672
Sim	351 (92.9)	0 (0.0)	349 (96.7)	2 (12.5)	
Álcool					
Não	286 (75.7)	1 (100)	274 (75.9)	11 (68.8)	0.688
Sim	92 (24.3)	0 (0.0)	87 (24.1)	5 (31.3)	
Drogas					
Não	370 (97.9)	1 (100)	353 (97.8)	16 (100)	0.825
Sim	8 (2.10)	0 (0.0)	8 (2.20)	0 (0.0)	
Carga viral de RNA					
≤50	328 (86.8)	1 (0.3)	313 (82.8)	14 (3.70)	0.306
51 – 500	21 (5.60)	0 (0.0)	2 (0.5)	0 (0.0)	
501 – 1000	2 (0.5)	0 (0.0)	2 (0.5)	0 (0.0)	
1001 – 10000	7 (1.9)	0 (0.0)	7 (1.9)	0 (0.0)	
10001 – 30000	2 (0.5)	0 (0.0)	1 (0.3)	1 (0.3)	
>30000	18 (4.8)	0 (0.0)	18 (4.8)	0 (0.0)	

*Estatisticamente significante.

4. Discussão

Neste estudo, a adesão à terapia antirretroviral (TARV) entre a maioria das pessoas HIV-positivas foi de 95,5%. A renda familiar foi o principal determinante da baixa adesão à TARV entre os pacientes com HIV. A má adesão à TARV é o principal determinante do fracasso na supressão virológica, desenvolvimento de resistência à TARV, progressão da infecção pelo HIV para a doença e baixa taxa de sobrevivência. Nossos resultados podem

ser generalizados para contextos comparáveis, já que nossa população é semelhante a outras populações na África Subsaariana, onde a infecção pelo HIV é endêmica, e a maioria das pessoas HIV-positivas tem alguma adesão à TARV. Atualmente, há um aumento na prevalência de indivíduos com mais de 60 anos vivendo com HIV/AIDS, e a transmissão sexual continua sendo o principal modo de transmissão do HIV [6]. A idade média dos pacientes em nosso estudo no momento do diagnóstico foi de 42,6 anos [7].

Este estudo revelou que a população estudada era predominantemente feminina (74,1%), e a maioria tinha mais de 40 anos (62,4%). Resultados semelhantes foram obtidos no estudo sobre a análise longitudinal de fatores sociodemográficos, clínicos e terapêuticos de indivíduos infectados pelo HIV em Kinshasa, República Democrática do Congo, onde a maioria das PVHIV eram mulheres (71%) e possuíam um alto nível de educação (68%). Determinantes demográficos e comportamentais têm um impacto significativo na adesão à terapia antirretroviral em pacientes com HIV [8]. Nosso estudo mostra que, devido ao maior número de participantes pertencentes ao grupo etário mais velho (>40 anos) e do sexo feminino, há maior adesão aos serviços de saúde relacionados à distribuição da TARV, bem como a busca por uma rede de apoio por esse grupo de indivíduos.

O baixo número de participantes HIV-positivos do sexo feminino e masculino com idade ≤ 40 anos no estudo e que procuram serviços de saúde pode estar relacionado ao medo de exposição devido à discriminação familiar, profissional e social a que estão submetidos. Este estudo mostra que não há associação, conforme comprovado pelo teste de Qui-quadrado com um valor de $p < 0,05$. No entanto, estudos na África nem sempre indicam que as mulheres predominam nas pesquisas sobre infecção pelo HIV. Nesse contexto, uma análise de coorte retrospectiva de pessoas vivendo com HIV/AIDS inscritas em cuidados com HIV em um centro de referência em Antananarivo, Madagascar, descobriu que 67,1% eram homens. Outro estudo sobre o perfil epidemiológico de PVHIV em um centro de referência de doenças infecciosas em Rabat, Reino de Marrocos, encontrou que as mulheres representavam 12,5% dos participantes da pesquisa. No contexto social de Angola, o preconceito em relação às pessoas HIV-positivas é evidente nos âmbitos familiar, social e profissional, fazendo com que indivíduos HIV-positivos se sintam constrangidos pela discriminação, desconfiança e vergonha ao frequentarem regularmente centros de saúde especializados para receber a TARV [7, 9]. Nossos resultados sugerem que há uma oportunidade tanto para intervenção em nível familiar quanto para intervenção voltada à sociedade e ao ambiente profissional, com o objetivo de reduzir o grau de preconceito e melhorar as taxas de adesão à TARV.

Estudos realizados na África revelaram que uma proporção significativa de infecções por HIV ocorre em relações estáveis, seja devido à infecção prévia de um dos parceiros ou infidelidade [10]. Em cinco países africanos, pelo menos dois terços dos casais com um parceiro HIV-positivo eram sorodiscordantes, e em metade deles, a mulher era a portadora do HIV. Quanto ao estado civil, neste estudo houve predomínio de solteiros (95,5%). Resultado semelhante foi obtido em um estudo realizado no Brasil, onde dos 173 participantes, 94 (53,7%) eram solteiros [11]. Os resultados em realidades semelhantes mostram que a adesão irregular à TARV é frequente, já que muitos pacientes estão cientes de seu status sorológico e, portanto, decidem permanecer solteiros. No entanto, é importante enfatizar que o predomínio de solteiros entre os participantes pode indicar desafios específicos em relação à adesão ao tratamento, como menor apoio social ou maior dificuldade em estabelecer rotinas de cuidado.

Os resultados sugerem que o conhecimento do status sorológico por si só não garante a adesão ao tratamento antirretroviral. Outros fatores, como o contexto social, o apoio familiar e as características da relação conjugal, podem influenciar significativamente a adesão. É essencial que pesquisas futuras investiguem mais a fundo os fatores que influenciam a adesão ao tratamento em diferentes contextos sociais e culturais, considerando a diversidade das relações interpessoais e as necessidades específicas de cada grupo populacional.

A presença de filhos biológicos foi comum entre os participantes, o que corrobora os resultados de outros estudos consultados. Uma pesquisa com 254 participantes HIV-positivos encontrou que 59% dos indivíduos tinham filhos biológicos. Essa informação é relevante porque a presença de filhos biológicos pode sugerir que as relações sexuais ocorrem sem o uso consistente de preservativos, o que aumenta o risco de transmissão do HIV, especialmente em casos onde o status sorológico do parceiro é desconhecido [12]. Embora não esteja diretamente relacionada à adesão à TARV, a presença de filhos biológicos entre pessoas vivendo com HIV pode ser um indicador indireto de comportamentos de risco.

Em nosso estudo, a maioria dos participantes declarou ser protestante (65,1%), católico (21,5%), espírita (0,3%), sem religião (4,8%) e outros (8,2%). Em contraste com os resultados da nossa pesquisa, um estudo que entrevistou 160 participantes HIV-positivos mostrou que, em termos de religião, 38% dos entrevistados declararam-se católicos, 25,3% eram espíritas/espiritualistas, 19,3% eram de origem evangélica e 17,5% relataram não ter religião [13]. Além disso, historicamente, espiritualidade e religião têm sido consideradas importantes determinantes de saúde, já que seus valores e sistemas influenciam positivamente a formação dos indivíduos, trazendo realização pessoal e estabilidade para suas vidas [14]. A religiosidade tem sido significativamente associada a melhores resultados de saúde mental, adesão ao tratamento e qualidade de vida entre participantes HIV-positivos. Há relatos de que maior religiosidade leva a níveis mais baixos de depressão e ansiedade, assim como maior adesão aos medicamentos antirretrovirais. A religiosidade também foi identificada como um fator de proteção contra o uso de drogas e sexo desprotegido, comportamentos de risco que podem contribuir para a transmissão do HIV. Pesquisadores sugerem que a expressão de fé e a participação em atividades religiosas podem desempenhar um papel importante na promoção da saúde e no manejo da doença em pessoas HIV-positivas [15].

Em nossa realidade, muitas igrejas desacreditam a medicina convencional, afastando as pessoas, “comercializando” o chamado milagre da cura e manipulando resultados de exames. A igreja tem sido apontada como tendo um papel relevante no apoio social, no conforto espiritual e na promoção do bem-estar, e, por isso, não deveria transformar os fiéis em inimigos da ciência e da medicina convencional, mas sim capacitá-los a aderirem aos serviços de saúde e afins [16].

A maioria dos participantes do nosso estudo (69,8%) recebia uma renda mensal de um a dois salários mínimos (equivalente a 30 a 60 dólares americanos). Essa diferença foi estatisticamente significativa ($p < 0,05$), sugerindo que a baixa renda é um fator que dificulta a adesão ao tratamento, levando até mesmo ao uso de expressões como “não tenho dinheiro suficiente para comer ou buscar os remédios”. Muitos participantes relataram ter que escolher entre comprar comida e priorizar o trabalho para garantir a renda familiar, o que compromete o recebimento da medicação para o tratamento. Além disso, a necessidade de trabalhar longas horas para sobreviver pode levar à negligência no tratamento, por medo de perder o emprego ou sofrer preconceito no ambiente de trabalho, dificultando ainda mais a adesão ao tratamento. Em contraste com outros estudos, onde a renda mensal predominante dos sujeitos (75,4%) variava de um a três salários mínimos (equivalente a 250–750 dólares americanos), observou-se melhor adesão à terapia antirretroviral [17].

Diante desses achados, é imperativo implementar medidas concretas voltadas à melhoria da adesão à TARV, incluindo o desenvolvimento de projetos educacionais e de conscientização para indivíduos vivendo com HIV. Essas iniciativas devem enfatizar a importância da adesão ao tratamento. Projetos adicionais poderiam ser implementados, como suporte psicológico para lidar com a insegurança financeira, que pode levar à ansiedade e depressão, dificultando ainda mais a adesão à medicação.

Muitos participantes (92,9%) relataram ter revelado seu status sorológico a alguém. A revelação do status sorológico possui várias vantagens, como obtenção de apoio social, redução de sentimentos de isolamento, alívio do peso de manter “um segredo”, diminuição do estigma, fortalecimento das relações interpessoais, melhoria da adesão à terapia

antirretroviral e aumento do bem-estar psicológico e físico [17]. No entanto, nosso estudo não comprovou a existência de uma relação entre a revelação do status de HIV e a adesão à TARV ($p > 0,05$), pois deve-se considerar que a experiência de cada indivíduo é única e que a revelação pode ter diferentes impactos dependendo das características pessoais, do contexto social e das relações interpessoais.

Existem diversos estudos que abordam a relação entre HIV e consumo de álcool na África e no mundo [18]. De acordo com um estudo divulgado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2016, o consumo de álcool está relacionado a comportamentos de risco, como sexo desprotegido, que pode aumentar a transmissão do HIV. Além disso, indivíduos que consomem álcool excessivamente têm maior probabilidade de não aderir ao tratamento antirretroviral, o que pode comprometer a eficácia do tratamento e a progressão da doença [19].

Sobre a África, um estudo publicado na revista BMC Public Health em 2013 mostrou que o consumo de álcool está associado ao aumento da prevalência do HIV em várias regiões do continente. O estudo destacou a importância de programas de prevenção que abordem a relação entre o consumo de álcool e o HIV para reduzir o risco de disseminação da infecção e da doença causada por este retrovírus [20]. Portanto, fica evidente que o consumo de álcool pode ter um impacto na transmissão e no tratamento do HIV, tanto na África quanto no restante do mundo. Uma abordagem integrada de prevenção e tratamento do HIV deve considerar o consumo de álcool como um importante fator de risco a ser enfrentado, lembrando também que o consumo excessivo de álcool pode interferir na capacidade cognitiva, resultando em lapsos de memória, planejamento de vida prejudicado, desorganização e desmotivação, dificultando o cumprimento da rotina de tratamento e aumentando o risco de interações medicamentosas.

Diversos estudos destacaram que o uso de drogas injetáveis foi identificado como um fator de risco significativo para a transmissão do HIV, devido ao compartilhamento de agulhas e seringas entre os usuários [21]. Um estudo realizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2014, intitulado “Drug use and HIV for public health”, enfatiza a relação entre o uso de drogas e a infecção pelo HIV, destacando a importância de políticas públicas para reduzir danos e prevenir a transmissão do vírus entre usuários de drogas. Além disso, um relatório do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) em 2019 aponta que aproximadamente um terço das novas infecções por HIV fora dos países da região da África Subsaariana está relacionado ao uso de drogas injetáveis [22].

Na África, apesar da menor transmissão do HIV entre usuários de drogas injetáveis em comparação com outras regiões do mundo, essa prática ainda representa um desafio para os esforços de prevenção e controle da epidemia. Assim, os estudos e relatórios mencionados ressaltam a necessidade de abordar o uso de drogas como um fator de risco significativo para a infecção pelo HIV, tanto na África quanto em outras partes do mundo, e de implementar formas eficazes de prevenção e estratégias de redução de danos para essa população vulnerável [23].

Outro estudo recente investigou a relação entre o consumo de álcool e drogas e a adesão à terapia antirretroviral, cujos resultados mostraram que o consumo excessivo de álcool e o uso de drogas ilícitas estavam associados a uma menor adesão à terapia antirretroviral, provavelmente devido aos efeitos negativos dessas substâncias na capacidade de manter o tratamento de forma regular e consistente [24]. A instabilidade na vida dos usuários de drogas, o estigma associado ao uso de drogas e ao HIV, bem como as comorbidades frequentemente presentes, dificultam a adesão ao tratamento. A interrupção do tratamento, por sua vez, pode levar ao desenvolvimento de resistência viral e à progressão da doença. Isso pode ser explicado pelo fato de que usuários de substâncias psicotrópicas podem criar um mundo imaginário e temporário, buscando escapar da realidade, o que influencia na baixa adesão à TARV.

Esses resultados mostram que os determinantes sociodemográficos associados à infecção pelo HIV diferem de região para região, dependendo das características epidemiológicas de cada país e, às vezes, associadas a fatores socioculturais e religiosos. O grau de adesão não parece ser completamente influenciado pelas características sociodemográficas da amostra. Outros estudos também não consideraram o nível socioeconômico como um bom preditor do grau de adesão ao tratamento, exceto em situações de pobreza extrema, o que não ocorreu na amostra do estudo. Da mesma forma, a associação entre o nível de adesão e a idade não é clara na literatura. Estudos anteriores [25, 8] sugerem que fatores além das características sociodemográficas, como apoio social, a qualidade da relação médico-paciente e as características do regime terapêutico, podem ter um impacto significativo na adesão ao tratamento. A complexidade do regime terapêutico, os efeitos colaterais dos medicamentos e a presença de comorbidades são exemplos de fatores que podem dificultar a adesão.

4. Conclusão

Este estudo investigou os determinantes da adesão à terapia antirretroviral (TARV) entre indivíduos HIV-positivos em Luanda, capital de Angola. Os resultados destacam o impacto crítico dos fatores socioeconômicos, especialmente a renda mensal, nos níveis de adesão entre os pacientes com HIV estudados em Angola. Além disso, fatores como idade, sexo, escolaridade e estado civil foram identificados como outras influências nas taxas de adesão. Esses determinantes enfatizam a necessidade de intervenções personalizadas para abordar as diversas barreiras à adesão à TARV, aumentando assim a eficácia no manejo do HIV/AIDS e promovendo uma melhor qualidade de vida para as pessoas vivendo com HIV em Angola.

Financiamento: Esta pesquisa foi financiada pela Fundação Calouste Gulbenkian (FCG), no âmbito do programa de ciência ENVOLVE, Programa PALOP, que financiou o projeto HITOLA (Número 250466), AREF (AREF-312-CRUZ-F-C0931), Projeto de Desenvolvimento de Ciência e Tecnologia (PDCT) no âmbito do projeto MUTHIVAO (Número 36 MESCTI/PDCT/2022), FCT MARVEL (PTDC/SAU-PUB/4018/2021), FCT GHTM-UID/04413/2020 e LA-REAL-LA/P/0117/2020.

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa: Comitê de Ética Independente da Faculdade de Medicina da Universidade Agostinho Neto (FMUAN), Deliberação nº 14/2021.

Agradecimentos: Os autores agradecem aos pacientes por participarem do estudo. Além disso, também agradecem a colaboração científica dos pesquisadores do CISA/INIS pelo suporte técnico e científico na preparação do banco de dados, análise e redação do manuscrito.

Conflitos de Interesse: Os autores declaram não haver conflito de interesse.

Materiais Suplementares: Nenhum.

Referências

1. UNAIDS. The path that ends AIDS: UNAIDS Global AIDS Update 2023.
2. Sebastião CS, Neto Z, de Jesus CS, Mirandela M, Jandondo D, Couto-Fernandez JC, et al. Genetic diversity and drug resistance of HIV-1 among infected pregnant women newly diagnosed in Luanda, Angola. *PLoS One*. 2019;14(11):e0225251. doi: 10.1371/journal.pone.0225251.
3. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA (ONUSIDA). Dados da UNAIDS 2023 – Angola.
4. Instituto Nacional de Luta contra a SIDA. Normas de Tratamento Antirretroviral. 2015;159.
5. Cabral JR, Moraes DCA, Cabral LR, Corrêa CA, Oliveira ECS, Oliveira RC. Adesão à terapia antirretroviral e a associação no uso de álcool e substâncias psicoativas. *Rev Enferm UFSM*. 2017;52.
6. Zuge SS, Primeira R, Remor E, Magnago TSB, Paula CC, Padoin SMM. Fatores associados à adesão ao tratamento antirretroviral em adultos infectados pelo HIV: estudo transversal. *Rev Enferm UFSM*. 2017.
7. Ahrikat O, Maamar M, Bourkia M, Ammouri W, Bouiga N, Toumi S, et al. Profil épidémiologique et clinique des patients âgés vivant avec le VIH : expérience du center référent de prise en charge de l'infection VIH à Rabat. *Rev Med Interne*. 2018;39(Suppl 2):A173-A174.

8. Ngongo NM, Darcis G, Nanituna HS, Mambimbi MM, Maes N, Mashu ML, et al. Longitudinal analysis of sociodemographic, clinical and therapeutic factors of HIV-infected individuals in Kinshasa at antiretroviral therapy initiation during 2006-2017. *PLoS One*. 2021;16(11):e0259073. doi: 10.1371/journal.pone.0259073. PMID: 34739506; PMCID: PMC8570501.
9. Raberahona M, Rakotomalala R, Andriananja V, Andriamamonjisoa J, Rakotomijoro E, Andrianasolo RL, et al. A retrospective cohort analysis of people living with HIV/AIDS enrolled in HIV care at a reference center in Antananarivo, Madagascar. *Front Public Health*. 2024;11:1329194. doi: 10.3389/fpubh.2023.1329194. PMID: 38288430; PMCID: PMC10822960.
10. Desgrées-du-Loû A, Orne-Gliemann J. Couple-centered testing and counseling for HIV serodiscordant heterosexual couples in sub-Saharan Africa. *Reprod Health Matters*. 2008;16(32):151-61. doi: 10.1016/S0968-8080(08)32407-0. PMID: 19027631.
11. Oliveira LB, Queiroz AAFLN, Costa CRB, Magalhães RLB, Araújo TME, Reis RK. Sexual partnerships of people living with HIV/AIDS: Sexual orientation, sociodemographic, clinical and behavioral aspects. *Enferm Glob*. 2019;18(2):25-62.
12. Fontenelle PGG, Simão VC, Cavalcante LHB, Barbosa GN, Moura CB, Júnior AMN, et al. Clinical, socioeconomic and environmental profiles of people living with HIV/AIDS in Roraima. *REAméd*. 2022;20. doi: 10.25248/REAméd.e11253.
13. Nogueira VPF, Gomes AMT, Mercês MCD, Couto PLS, Yarid SD, Andrade PCDSTD. Spirituality, religiosity, and their representations for people living with HIV: Daily life and its experiences. *Rev Esc Enferm USP*. 2023;57:e20220394. doi: 10.1590/1980-220x-reeusp-2022-0394en.
14. Santos DFD. Assistance to People Living with HIV/AIDS: Learning to Care for the Virus or the Person? [dissertation]. Rio de Janeiro: State University of Rio de Janeiro - Institute of Social Medicine; 2007.
15. Carvalho PP, et al. Religiosidade/Espiritualidade e Adesão aos Antirretrovirais. *Psico-USF*. 2022;27(1):45-60.
16. Katúmua M. O estado e a religião em Angola. Uma breve análise das dinâmicas relacionais. *Rev Sol Nascente*. 2021;10(2):Artigo 2.
17. Jacques IAA, Santana JM, Moraes DC, Souza AFM, Abrão FMS, Oliveira RC. Assessment of adherence to antiretroviral therapy among patients receiving outpatient care. *Braz J Health Sci*. 2015;18(4):303-8.
18. Henriques EESL. Effectiveness of a Nursing Intervention Program in symptom management and adherence to antiretroviral therapy in people with HIV/AIDS infection [dissertation]. Lisbon: University of Lisbon; 2019.
19. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018 [Internet]. Available from: https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/.
20. Wandera B, Tumwesigye NM, Nankabirwa JI, et al. Alcohol consumption among HIV-infected persons in a large urban HIV clinic in Kampala, Uganda: A constellation of harmful behaviors. *PLoS One*. 2015;10(5):e0126236.
21. Minozzi S, Amato L, Davoli M. Development of dependence following treatment with opioid analgesics for pain relief: a systematic review. *Addiction*. 2013;108(4):688-98.
22. Friedman SR, Sandoval M, Mateu-Gelabert P, Rossi D, Gwadz M, Dombrowski K, et al. Theory, measurement and hard times: some issues for HIV/AIDS research. *AIDS Behav*. 2013;17(6):1915-25.
23. UNAIDS. People Who Inject Drugs [Internet]. 2019 [cited 2021 Oct 20]. Available from: <https://www.unaids.org/en/topic/people-who-inject-drugs>.
24. Lima V, et al. Alcohol and illicit drug use are associated with poor antiretroviral therapy adherence: results from a meta-analysis of data from the UNAIDS AIDSINFO database. *PLoS One*. 2021;16(9):e0257480.
25. Remor E, Milner-Moskovics J, Preussler G. Brazilian adaptation of the Assessment of Adherence to Antiretroviral Therapy Questionnaire. *Rev Saude Publica*. 2007;41. doi: 10.1590/S0034-89102006005000043.