

Perfil y adhesión a la terapia antirretroviral de personas que viven con el VIH/SIDA

Perfil e adesão à terapia antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/AIDS

Profile and adherence to antiretroviral therapy of people living with HIV/AIDS

Patrícia Paiva Carvalho¹Sabrina Martins Barroso²Dalmo Correia Filho³Lucas Rossato⁴Fernanda Rodrigues de Oliveira Penaforte⁵

Recibido: 25/03/2021

Aprobado: 15/06/2021

Publicado: 01/01/2022

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

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

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

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

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

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

1. Psicóloga. Especialista en Psicología Clínica. Maestra en Psicología. Estudiante de Doctorado en Enfermería Psiquiátrica en la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidade de São Paulo (EERP/USP). Psicóloga del Hospital de Clínicas de la Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Uberaba/MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-7072-320X E-mail: ppcpsico@gmail.com

2. Psicóloga. Especialista en Evaluación Psicológica. Maestra en Psicología Clínica. Doctora en Salud Pública. Profesor del Curso de Psicología y del Programa de Posgrado en Psicología (PPGP) de la UFTM. Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-1759-9681 E-mail: smb.uftm@gmail.com

3. Médico. Maestro y Doctor en Medicina Tropical. Profesor y Vicecoordinador del Programa de Posgrado en Medicina Tropical e Infectología de la UFTM. Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-2174-5058 E-mail: dalmo@mednet.com.br

4. Psicólogo. Maestro en Psicología. Estudiante de Doctorado en Enfermería Psiquiátrica en la EERP/USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil. ORCID: 0000-0003-3350-0688 E-mail: rossatosp@usp.br

5. Nutricionista. Especialista en Nutrición Hospitalaria, Maestra en Ciencias Biomédicas. Doctora en Investigación Biomédica. Profesora del Curso de Nutrición y PPGP de la UFTM, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0001-8483-1562 E-mail: fernandapenaforte@gmail.com

INTRODUCCIÓN

En todo el mundo, en 2018, aproximadamente 37,9 millones de personas vivían con el VIH y se registraron 770.000 muertes relacionadas con el virus¹. En Brasil, desde el inicio de la infección hasta junio de 2019, se registraron 966.058 casos de SIDA, de los cuales el 65,6% fueron en hombres. Existe un avance creciente de la infección en hombres jóvenes, de entre 15 y 24 años, que preocupa a los profesionales de la salud².

Con la introducción de la Terapia Antirretroviral (TARV), se ha producido una reducción significativa de la morbilidad y la mortalidad relacionadas con el VIH/SIDA, convirtiendo la infección en una enfermedad crónica con posibilidades de control^{3,4}. Pero los beneficios de la TARV no se consiguen sin la adhesión al tratamiento^{3,5}; la adhesión a un medicamento implica tomarlo en la dosis y frecuencia prescritas⁶.

Existen múltiples factores asociados a la adhesión a TARV, principalmente: características sociodemográficas, factores psicosociales, características del tratamiento, características de la infección por VIH/SIDA, relación con el servicio de salud y apoyo social^{7,8}. No existe un consenso para definir la buena y la mala adhesión en las personas que viven con el VIH/SIDA (PVVS). Los primeros estudios sobre el tema indicaron que sería necesario al menos un 95% de adhesión al tratamiento para mantener la carga viral del VIH indetectable. Sin embargo, estudios más recientes en los que se utilizan regímenes de TARV potentes han demostrado la capacidad de mantener la supresión viral con una adhesión inferior al 95%⁹⁻¹¹.

Entre las formas de evaluar la adhesión se encuentran medidas indirectas (autoinforme, monitoreo electrónico de medicamentos, recuento de pastillas y registros de dispensación de TARV) y medidas directas (detección de antirretrovirales o de sus metabolizadores en la sangre y recuento de la carga viral en sangre). Pero no existe una medida de referencia para la adhesión a la TARV, lo que dificulta la comparación^{5,7,11}. Sólo existe la recomendación de que la adhesión sea evaluada por dos o más métodos combinados para su seguimiento^{5,7}.

La falta de adhesión a la TARV implica un riesgo para la salud individual y se asocia a un posible aumento de la transmisión del VIH⁶. Los casos de falta de adhesión a la TARV se dan en todos los países y las variaciones en las tasas de adhesión se dan tanto entre naciones como dentro de las diferentes regiones de un mismo país, lo que representa un gran reto para la salud pública^{4,7}. En Brasil, las tasas de adhesión identificadas van del 11,8% al 75%¹²⁻¹⁴, pero la forma de evaluación varía entre los estudios. Las encuestas sobre la adhesión en Brasil utilizaron cuestionarios que miden la adhesión^{12,14}, autoinformes¹³ o registros de dispensación de TARV en farmacia^{5,15,16}, y es difícil establecer si la variación en las medidas observadas se deriva de una diferencia real en la adhesión o de un sesgo metodológico. Además, todavía hay muchas regiones de las que no hay datos sobre la adhesión, especialmente en el interior del país^{4,14}.

El objetivo de este estudio es identificar el perfil y los niveles de adhesión a la Terapia Antirretroviral en personas que viven con el VIH/SIDA.

MÉTODO

Estudio transversal y descriptivo, realizado en un ambulatorio de enfermedades infecciosas y parasitarias de un hospital universitario, ubicado en una ciudad de tamaño medio del interior del estado de Minas Gerais.

Para el cálculo de la muestra se utilizaron los registros de carga viral disponibles en el hospital, lo que permitió estimar que aproximadamente 1200 PVVS recibieron atención en este servicio de salud¹⁷. El tamaño de la muestra se determinó según criterios estadísticos para poblaciones conocidas¹⁸. Se consideró una prevalencia de no adhesión del 25%¹⁴, un nivel de confianza del 95%, un error del 5% y la reposición de la muestra en caso de rechazo.

Inicialmente, se comprobaba en las historias clínicas electrónicas qué usuarios del servicio cumplían los criterios de inclusión de la investigación y se cruzaron los nombres con la lista de citas para la consulta en los días de recogida. Se invitó individualmente a las personas

elegibles con explicaciones sobre el estudio. A continuación, se aplicaron los cuestionarios mediante una entrevista, que incluía mediciones antropométricas y la comprobación de los datos de las historias clínicas y los registros de dispensación de medicamentos antirretrovirales en la farmacia. Los datos se recogieron en el primer semestre de 2017.

Se utilizó como instrumentos:

- a. Cuestionario estructurado para la caracterización de los participantes, que contenía preguntas cerradas sobre: 1. Aspectos demográficos y socioeconómicos; 2. Aspectos clínicos; 3. Uso de antirretrovirales; 4. Hábitos de vida; 5. Apoyo social; 6. Seguimiento y características del servicio de salud y 7. Conocimientos sobre el VIH/SIDA y TARV. Los datos sobre la edad, el recuento de CD4, la carga viral plasmática, la presencia de comorbilidades, las infecciones asociadas al VIH/SIDA y el uso de otros medicamentos se obtuvieron de las historias clínicas;
- b. Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés-DASS-21 validada para Brasil¹⁹. Esta escala está compuesta por 21 ítems que evalúan e indican la presencia de síntomas de depresión, ansiedad y estrés;
- c. Cuestionario para evaluación de la adhesión al tratamiento antirretroviral (CEAT-VIH) - versión 2.0²⁰⁻²², validado para Brasil²². El cuestionario tiene 17 ítems que evalúan la adhesión a la TARV y establece el siguiente grado de adhesión: baja/insuficiente, buena/adecuada o estricta²⁰⁻²¹;
- d. Evaluación nutricional: peso (P) y la altura (A) se midieron en balanzas electrónicas con barra vertical adjunta, según métodos estandarizados. El Índice de Masa Corporal (IMC) se calculó a partir de la conversión de las medidas P y A en la fórmula $IMC (kg/m^2) = P/A^2$, y la clasificación del estado nutricional se realizó según los puntos de corte recomendados por la Organización Mundial de la Salud²³.
- e. Registro de dispensación de antirretrovirales. Grabación de los registros de dispensación de antirretrovirales en la Unidad de Distribución de Medicamentos del hospital en los registros en línea del SICLOM.

Se registraron los regímenes de TARV, las dosis y las posologías prescritas, el número de pastillas dispensadas y las fechas de retirada mensual de los medicamentos antirretrovirales en los seis meses anteriores a la entrevista. Se consideraron los criterios de Gomes *et al.*¹⁶ para definir la adhesión, caracterizando la retirada de la TARV en dos grupos: 1. Regular: cuando no hubo irregularidad en el tiempo de dispensación y 2. Irregular: cuando el tiempo de dispensación fue más de 34 días superior al esperado.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo con distribución de frecuencias y porcentajes de las variables categóricas y medidas de tendencia central (media y mediana) y de dispersión (desviación estándar, valores mínimos y máximos) de las variables continuas. Para cada medida de adhesión adoptada, se estimó la proporción de personas que cumplían los criterios de adhesión y no adhesión.

Esta investigación siguió todas las disposiciones éticas para la investigación con seres humanos, siendo aprobada por el Comité de Ética de la Investigación (dictamen número 1.774.871). Se leyó el Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLI) con los participantes y todos lo firmaron antes de la recogida de datos.

RESULTADOS

Un total de 190 PVVS, de 18 años o más y con prescripción de TARV durante al menos seis meses, participaron en el estudio. Se excluyeron las mujeres embarazadas y los individuos encarcelados en centros penitenciarios. La mayoría (77,9%) vivía en la ciudad donde se encuentra el hospital, eran de sexo masculino (51,6%), con una edad media de 44,9 años ($\pm 12,0$), que oscilaba entre los 20 y los 72 años, pero la mayoría (55,2%) estaba en el rango de 30 a 49 años (Tabla 1).

Predominaron las personas declaradas como blancas (47,3%), con estudios primarios incompletos o completos (60,5%), solteras (50%) y heterosexuales (76,8%). La mayoría vivía

con alguien (77,4%), declaró ingresos familiares de hasta 2 salarios mínimos (66,2%) y tenía ingresos individuales (77,9%). Para el 53,6% los ingresos provenían de la jubilación, la pensión por fallecimiento, la ayuda por enfermedad y/o la prestación continuada. La mayoría de los entrevistados tenía una creencia religiosa (87,9%), siendo la católica (37,4%) y la evangélica (25,3%) las más citadas.

Tabla 1. Características sociodemográficas evaluadas. Uberaba, Minas Gerais, 2017.

Características	N	%
Ciudad en la que vive		
Ciudad donde se encuentra el ambulatorio	148	77,9
Otras ciudades	42	22,1
Sexo		
Masculino	98	51,6
Femenino	92	48,4
Edad		
18 a 24 años	9	4,7
25 a 29 años	8	4,2
30 a 49 años	105	55,2
50 a 60 años	38	20,0
60 años o más	30	15,8
Color		
Blanco	89	47,3
Pardo	51	27,1
Negro	44	23,4
Amarillo	4	2,1
Educación		
Ninguna	5	2,6
Educación Primaria Incompleta	73	38,4
Educación Primaria Completa	37	19,5
Educación Secundaria Incompleta	18	9,5
Educación Secundaria Completa	37	19,5
Educación Superior Incompleta	8	4,2
Educación Superior Completa	11	5,8
Estado civil		
Soltero	95	50,0
Casado/pareja de hecho	56	29,4
Viudo	19	10,0
Divorciado/Separado	20	10,5
Orientación sexual		
Heterosexual	146	76,8
Homosexual	33	17,4
Bisexual	3	1,6
No interesado en sexo	8	4,2
Vive con otra persona		
Sí	147	77,4
No	40	21,1
Institución	3	1,6
Ingresos familiares		
Sin ingresos	3	1,6
Hasta R\$ 468,50	4	2,1
De R\$ 468,50 a R\$ 1874	117	62,5
De R\$ 1874 a R\$ 3748	55	29,4
De R\$ 3748 a R\$ 9370	8	4,2
Fuente de ingresos individual		
Sí	148	77,9
No	42	22,1
Tipo de fuente de ingresos individual		
Jubilación/Pensión por fallecimiento	61	32,1
Prestación por enfermedad/BPC	41	21,6
Empleo formal	24	12,7
Empleo informal	28	14,7
Ninguna de las alternativas	36	18,9
Creencia religiosa		
Sí	167	87,9
No	23	12,1
Religión		
Católico	71	37,4
Evangélico	48	25,3
Espiritista Kardecista	28	14,7
Umbandista/Candomblé	15	7,9
No tiene religión, pero cree en Dios	10	5,3
Ninguna de las alternativas	18	9,5

La mayoría de los entrevistados (54,2%) tenía 10 o más años de infección por el VIH/SIDA, el 44,4% tenía más de 10 años de uso de TARV (Tabla 2), tenía morbilidades (84,1%) e infecciones asociadas al VIH/SIDA (69,3%), y el 58,5% declaró haber sufrido una o más hospitalizaciones por complicaciones relacionadas con el SIDA. El 69,5% de los sujetos declararon síntomas atribuidos al SIDA, siendo los principales: deterioro de la memoria y convulsiones (33,7%), fatiga/cansancio (32,1%) y dolor de cabeza (31,1%). La mayoría de los entrevistados (67,9%) no indicaron ningún diagnóstico psiquiátrico.

En cuanto al estado nutricional, casi la mitad de los participantes tenían sobrepeso (48,5%). El IMC medio fue de 25,0 kg/m² (SD ± 5,1), variando entre 13,8 y 50,3 kg/m². De los entrevistados, el 40,0% dijo haber observado cambios en el cuerpo relacionados con el VIH/SIDA, especialmente un aumento (16,9%) o una pérdida (14,3%) de grasa corporal (Tabla 2).

La media de CD4 fue de 595 células/mm³ (SD ± 352,2), con valores mínimos de 15 cels/mm³ y máximos de 2067 cels/mm³. La prueba de CD4 más reciente se realizó en marzo de 2017, mientras que la más lejana en agosto de 2014. Predominó el recuento de CD4 superior a 501 cels/mm³ (58,4%). En cuanto a la carga viral, el 68,9% de los participantes tenía una carga viral indetectable (<40 copias), siendo la fecha de la prueba de carga viral más reciente marzo de 2017 y la más lejana septiembre de 2015 (Tabla 2).

Se encontraron 25 combinaciones diferentes de TARV. El esquema más utilizado fue Efavirenz, Tenofovir y Lamivudina, combinados en un solo comprimido (41,1%). El 44,7% de los participantes reconoció los medicamentos antirretrovirales por el nombre y el 33,7% los reconoció por el frasco. La mayoría (63,7%) declaró haber dejado de tomar la medicación alguna vez, siendo los principales motivos el olvido (27,9%) y la falta de medicación en casa (14,2%) (Tabla 2).

En cuanto a los hábitos de vida (Tabla 3), la mayoría de los participantes dijo no practicar actividades físicas (63,7%), hacer de tres a cuatro comidas al día (59,4%), dormir seis o más horas al día (80,0%) y levantarse descansado (57,9%). Además, el 42,6% consideraba que su dieta era adecuada. Indicaron no haber consumido drogas ilícitas en los seis meses anteriores a la entrevista (94,7%), no haber consumido bebidas alcohólicas (52,1%), no haber fumado (71,6%) y utilizar preservativos (69,4%). Una gran parte también indicó tener una única pareja sexual (40,0%) (Tabla 2).

La mayoría de los evaluados (90,5%) había comunicado a alguien su seropositividad al VIH. Casi la mitad de la muestra dijo haber recibido apoyo social en situaciones concretas, facilitando la realización de su tratamiento (44,7%) y el 46,8% dijo haber recibido apoyo emocional y motivacional (Tabla 3).

En cuanto a las condiciones emocionales, la presencia de síntomas depresivos se consideró normal para el 58,9%, la ansiedad para el 57,9% y el estrés para el 60,0% de los participantes. Sin embargo, se identificó una sintomatología grave o extremadamente grave en el 18,9% de los encuestados para la depresión, el 19,4% para la ansiedad y el 23,6% para el estrés (Tabla 3).

En cuanto al uso y la percepción del servicio de salud, el 67,9% declaró haber acudido al servicio por derivación. La mayoría declaró no haber tenido nunca dificultades para pedir cita (83,2%), no haber tenido nunca dificultades para conseguir la medicación en la farmacia (86,8%), haber sido tratado siempre con respeto y cordialidad (86,8%), estar satisfecho o muy satisfecho con el servicio (95,2%) y calificar las condiciones generales de infraestructura del servicio como buenas o excelentes (88,8%). Declararon haber recibido orientación sobre el VIH/SIDA (79,5%) y haber entendido las informaciones recibidas a menudo o siempre (66,3%). En cuanto a las orientaciones sobre TARV, el 80,3% indicó haberlas recibido y el 71,0% haberlas comprendido. En cuanto a las orientaciones sobre la alimentación, el 63,3% declaró no haberlas recibido (Tabla 4). En cuanto a los conocimientos sobre el VIH/SIDA y TARV, todos los participantes respondieron que la terapia antirretroviral debía tomarse todos los días. Hubo

una menor frecuencia de respuestas correctas para las afirmaciones “Se puede contraer el VIH por picaduras de insectos” (65,3%) y “El VIH es curable” (78,9%) (Tabla 4).

Tabla 2. Características clínicas y uso de la Terapia Antirretroviral. Uberaba, Minas Gerais, 2017.

Características	N	%
Aspectos clínicos		
Tiempo de diagnóstico		
Hasta 1 año	17	8,9
2 a 4 años	28	14,7
5 a 9 años	42	22,1
10 a 14 años	37	19,5
15 a 20 años	36	18,9
Más de 20 años	30	15,8
Tiempo de uso de TARV		
6 meses a 1 año	23	12,3
1 año y 1 mes a 2 años	14	7,5
2 años y 1 mes a 5 años	27	14,4
5 años y 1 mes a 10 años	40	21,4
Más de 10 años	83	44,4
Presencia de morbilidad		
Sí	159	84,1
No	30	15,9
Presencia de infecciones asociadas al VIH/SIDA		
Sí	132	69,8
No	57	30,2
Necesidad de hospitalización por infecciones asociadas al VIH/SIDA (informe de usuarios)		
Sí	110	58,5
No	78	41,5
Presencia de síntomas en el último mes relacionados con la infección		
Sí	132	69,5
No	58	30,5
Principales síntomas (se puede elegir más de una opción)		
Alteraciones neurocognitivas (falta de memoria, olvido, convulsiones).	64	33,7
Fatiga o cansancio	61	32,1
Dolor de cabeza	59	31,1
Diagnóstico psiquiátrico		
Sí	61	32,1
No	129	67,9
IMC		
Bajo peso	14	7,4
Peso normal	84	44,2
Preobesidad	68	35,8
Obesidad grado I	15	7,9
Obesidad grado II	7	3,7
Obesidad grado III	2	1,1
Cambios observados en el cuerpo relacionados con el VIH o TARV		
No	114	60,0
Sí	76	40,0
Qué cambios se producen en el cuerpo		
Ninguno	115	60,8
Aumento de grasa corporal	32	16,9
Pérdida de grasa corporal	27	14,3
Otros	15	7,9
Carga viral		
Indetectable	131	68,9
Menos de 1000 copias	34	17,9
Más de 1000 copias	25	13,2
CD4		
Menos de 200	27	14,2
Entre 201 y 350	25	13,2
Entre 351 y 500	27	14,2
Más de 501	111	58,4
Uso de terapia antirretroviral		
Régimen antirretroviral/cantidad de pastillas al día		
Efavirenz +Lamivudina+tenofovir 1 pastilla	78	41,1
Atazanavir+Ritonavir+Tenofovir+Lamivudina 3 pastillas	40	21,1
Darunavir+Raltegravir+Ritonavir+Tenofovir+Lamivudina 7 pastillas	6	3,2
Otros	66	34,7
Cómo reconoce los medicamentos (se puede elegir más de una opción)		
Reconoce por su nombre	85	44,7
Reconoce por el frasco	64	33,7
Reconoce por el color	50	26,3
¿Ha dejado de tomar la medicación alguna vez?		
Sí	121	63,7
No	69	36,3
Motivo principal (se puede elegir más de una opción)		
Olvido	53	27,9
Falta de medicación en casa	27	14,2
Uso de bebidas alcohólicas	13	6,8

Tabla 3. Características sobre hábitos de vida, apoyo social y condiciones emocionales. Uberaba, Minas Gerais, 2017.

Características	N	%
Hábitos de vida		
¿Práctica de actividades físicas		
Sí	121	63,7
No	69	36,3
Número de comidas al día		
2 comidas o menos	25	13,2
3 y 4 comidas	113	59,4
5 o más	52	27,4
Autoevaluación de la comida		
Terrible/muy inadecuada	9	4,7
Mala/Inadecuada	14	7,4
Regular	62	32,6
Buena/adecuada	81	42,6
Excelente/muy adecuada	24	12,6
Número de horas de sueño al día		
3 horas o menos	7	3,7
Entre 4 y 5	30	15,9
6 o más	152	80,4
Levantase descansado		
Nunca	22	11,6
A veces	33	17,5
La mitad de las veces	24	12,7
A menudo/siempre	110	58,2
Relaciones sexuales actuales		
Nunca ha tenido relaciones sexuales	9	4,8
No ha tenido relaciones sexuales en los últimos seis meses	58	30,7
Tiene relaciones sexuales de vez en cuando, con la misma persona	26	13,8
Tiene relaciones sexuales de vez en cuando, con persona diferente	11	5,8
Tiene relaciones sexuales siempre, con la misma persona	76	40,2
Tiene relaciones sexuales siempre, con diferentes personas	9	4,8
Uso del preservativo		
Nunca	34	18,3
A veces/la mitad de las veces	16	8,6
A menudo	7	3,8
Siempre	129	69,4
Fumador activo		
No	136	71,6
Sí	54	28,4
¿Ha consumido bebidas alcohólicas en los últimos 6 meses?		
No	99	52,1
Sí	91	47,9
¿Ha consumido drogas ilícitas en los últimos 6 meses?		
No	180	94,7
Sí	10	5,3
Apoyo social		
¿Ha contado a alguien el diagnóstico?		
No	18	9,5
Sí	172	90,5
¿Ha recibido apoyo social en situaciones concretas?		
Nunca	12	6,4
A veces/la mitad de las veces	18	9,6
A menudo	84	44,7
Siempre		
¿Ha recibido apoyo motivacional y emocional?		
Nunca	55	29,3
A veces/la mitad de las veces	21	11,2
A menudo	24	12,8
Siempre	88	46,8
Condiciones emocionales		
Depresión		
Normal	112	58,9
Leve a moderada	42	22,1
Grave y extremadamente grave	36	18,9
Ansiedad		
Normal	110	57,9
Leve a moderada	43	22,6
Grave y extremadamente grave	37	19,4
Estrés		
Normal	114	60,0
Leve a moderado	31	16,3
Grave y extremadamente grave	45	23,6

Tabla 4. Percepción de los servicios de salud y conocimientos sobre el VIH/SIDA y TARV. Uberaba, Minas Gerais, 2017.

Características	N	%
Motivo de la elección del servicio de salud (se puede elegir más de una opción)		
Haber sido remitido	129	67,9
Calidad del servicio	43	22,6
Ser una referencia en la ciudad	33	17,4
Dificultad para concertar citas		
Nunca	158	83,2
A veces	22	11,6
La mitad de las veces	7	3,7
A menudo/siempre	3	1,6
Dificultad para retirar la TARV en UDM		
Nunca	165	86,8
A veces	18	9,5
La mitad de las veces	3	1,6
A menudo/siempre	4	2,1
Sentirse tratado con respeto y cordialidad		
Nunca	1	0,5
A veces	4	2,1
La mitad de las veces	2	1,1
A menudo	18	9,5
Siempre	164	86,8
Calificación de las condiciones generales de la infraestructura (percepción del usuario)		
Terrible/mala	4	2,1
Regular	17	9,0
Buena	115	60,8
Excelente	53	28,0
Satisfacción con el servicio prestado		
Terrible	3	1,6
Insatisfecho	6	3,2
Satisfecho	93	48,9
Muy satisfecho	88	46,3
Recibió orientación sobre comida		
No	126	66,3
Sí	64	33,7
Recibió orientación sobre el VIH/SIDA		
No	39	20,5
Sí	151	79,5
Entendió las orientaciones		
No comprendí	4	2,1
A veces	13	6,8
La mitad de las veces	11	5,8
A menudo	47	24,7
Siempre	79	41,6
No recibió	36	18,9
Recibió orientaciones sobre TARV		
No	37	19,7
Sí	151	80,3
Entendió las orientaciones		
No comprendí	6	3,2
A veces	9	4,8
La mitad de las veces	6	3,2
A menudo	34	18,1
Siempre	101	53,7
No recibió	32	17,0
Conocimientos sobre el VIH/SIDA (respuestas correctas para cada punto)		
El VIH destruye las defensas del organismo	156	82,1
El VIH es curable	150	78,9
El VIH puede contagiarse a través de la sangre contaminada	187	98,4
El VIH puede contagiarse a través de relaciones sexuales	187	98,4
El VIH puede contagiarse por abrazos	185	97,4
El VIH puede contagiarse por la picadura de un insecto	124	65,3
El SIDA es tratable	170	89,5
El SIDA es causado por el VIH	169	88,9
Conocimientos sobre TARV (respuestas correctas para cada ítem)		
TARV disminuye la infección por el VIH/SIDA	179	94,2
TARV mejora la resistencia del organismo	179	94,2
TARV ayuda a prevenir algunas enfermedades graves	165	86,8
TARV debe tomarse todos los días	190	100,0
TARV, si se toma de forma diferente a la prevista o se interrumpe, puede perjudicar la salud	183	96,3
TARV debe tomarse de por vida	185	97,4

En las medidas de adhesión (Tabla 5), la adhesión osciló entre el 11,1%, considerando el registro de dispensación en farmacia, y el 69,0%, cuando se midió mediante el CEAT-VIH. De los entrevistados, sólo el 9,4% mostró adhesión al combinar las dos medidas.

Tabla 5. Adhesión al tratamiento antirretroviral según cada medida de adhesión. Uberaba, Minas Gerais, 2017.

Medidas de adhesión	N	%
CEAT-VIH		
Adhesión insuficiente	59	31,0
Cumplimiento adecuado y estricto	131	69,0
Registro en Farmacia		
Retirada regular	21	11,1
Retirada irregular	169	88,9

DISCUSIÓN

El perfil de las PVVS observado en este estudio es similar al identificado en otros estudios en Brasil^{2,6}, con un predominio de PVVS de sexo masculino, blancas y pardas, con edades entre 30 y 49 años, baja educación, bajos ingresos y heterosexuales, pero el porcentaje de mujeres fue cercano al de los hombres. Se observa en Brasil, desde mediados de la década de 1990, el cada vez mayor impacto de la infección en poblaciones pobres, con bajos niveles de escolaridad y/o dificultad para la percepción de su vulnerabilidad al VIH. De este modo, es importante prestar atención al perfil de las PVVS en la definición de las políticas públicas y las campañas de prevención al VIH. Es necesario centrarse en orientaciones sobre la prevención combinada del VIH, incluida la profilaxis antes y después de la exposición y la distribución de lubricantes y preservativos para las poblaciones más vulnerables¹.

En cuanto al uso del preservativo, que es una de las fuentes de protección contra el contagio del virus, el presente estudio observó un uso similar al descrito en otra investigación⁵ que detectó que sólo el 66,1% de las PVVS utilizaban preservativos. La baja adhesión al uso del preservativo en todas las relaciones sexuales muestra un importante punto de intervención para las campañas de prevención del VIH²⁴ y la necesidad de que los servicios de salud promuevan la concienciación entre las PVVS de que se trata de una medida de autocuidado necesaria.

Se observó un número relevante de participantes ancianos (37,7%), que en el caso de las PVVS, representa a personas de 50 años o más⁶. El aumento de la tasa de detección del VIH/SIDA en hombres mayores de 50 años y en hombres y mujeres mayores de 60 años en Brasil se ha identificado desde 2016². Varios factores pueden contribuir al creciente número de ancianos con VIH/SIDA, entre ellos el envejecimiento de la población, el avance de la medicina, que ha permitido a los ancianos ser más activos sexualmente, entre otros aspectos. A esto hay que añadir el aumento de la esperanza de vida de las PVVS gracias a los avances en la TARV³. Esta coyuntura señala la necesidad de desarrollar estrategias de prevención específicas para este grupo²⁵.

El IMC medio hallado mostró que el 48,5% tenía sobrepeso y el 7,4% tenía un peso inferior al normal. Con la TARV, se observaron importantes cambios corporales en las PVVS, con reducción de la desnutrición severa, aunque la desnutrición sigue presente en este grupo de población, aumento de la lipodistrofia por VIH, de los síndromes metabólicos y de las PVVS con sobrepeso²⁶. Pero esto último también puede estar relacionado con el aumento general de peso de los brasileños.

La mayoría tenía niveles normales de síntomas de depresión, ansiedad y estrés. Una de las posibles explicaciones de este resultado es el momento del diagnóstico de los participantes. Los cambios psicológicos negativos pueden surgir al diagnosticar la seropositividad, como parte del proceso inicial de adaptación a la enfermedad y ser transitorios tanto como pueden conducir a cuadros clínicos más graves²⁷. Dado que el tiempo medio de infección en la presente muestra fue de 10 años, es posible que la mayoría de estos usuarios del servicio ya hayan

experimentado estos síntomas, pero se han adaptado a la nueva realidad. Otro factor que puede haber contribuido al buen estado emocional de este grupo fue la percepción de apoyo social. La mayoría de los participantes afirmaron haber contado a alguien su seropositividad y haber recibido ayuda. El apoyo social y el soporte afectivo a las PVVS son importantes para esta población y están relacionados con mejores tasas de adhesión a la TARV²⁸.

Una parte significativa mostró niveles preocupantes de cambios emocionales, especialmente depresión y ansiedad. Un estudio sobre los factores asociados a la adhesión también mostró el impacto negativo de los síntomas emocionales en la adhesión a la TARV, indicando la necesidad de vigilar la presencia de depresión, ansiedad excesiva y estrés^{8,27,28}.

Se constataron altos índices de satisfacción con el servicio. La buena relación entre los profesionales y los usuarios del servicio de salud representa otro factor asociado a la buena adhesión a la TARV⁷. Sin embargo, a pesar de la buena percepción sobre el servicio, muchos de los participantes en este estudio mostraron falta de conocimiento sobre informaciones importantes sobre el VIH/SIDA, creyendo en la cura del SIDA (20,1%) y en que podían contraer el SIDA a través de la picadura de un insecto (65,3%). Como la falta de información puede representar un riesgo para la adhesión y para el contagio del virus del VIH, el servicio puede aprovechar la buena relación establecida con los usuarios para plantear otras dudas o desinformación y pensar en campañas de sensibilización dirigidas a las demandas específicas de sus usuarios. El conocimiento de la infección y su tratamiento por parte de las PVVS también se relaciona con una mejor adhesión a los medicamentos antirretrovirales⁷.

Casi la mitad de los participantes en el estudio utilizaban un régimen de TARV llamado “3 en 1”, compuesto por una pastilla combinada de Efavirenz, Tenofovir y Lamivudina. En 2017, el Sistema Único de Salud comenzó a proporcionar un régimen de TARV considerado más eficaz que el 3 en 1, que consiste en una pastilla de Dolutegravir y una pastilla combinada de Tenofovir y Lamivudina⁶.

La adhesión se midió con dos medidas diferentes y mostró resultados dispares. Al considerar la retirada de medicamentos en la farmacia, se observó sólo un 11,1% de adhesión, cifra similar a la observada en otros estudios^{5,16} que midieron la adhesión de la misma manera y encontraron valores entre el 11,8% y el 25,7%, respectivamente. El hospital estudiado tiene una tolerancia de cinco días para la retirada de la medicación, es decir, después de 25 días de retirada, es posible volver a tomar la medicación. Así, una persona que retirara la medicación al principio, con un intervalo de 25 días, y después, con un intervalo de 35 días, sería clasificada en este estudio como una persona con retirada irregular, aunque fuera adherente a la TARV y no hubiera perjudicado su tratamiento.

Cuando se evalúa la adhesión mediante el CEAT-HIV, el porcentaje de PVVS con una adhesión adecuada se eleva al 69%. Esta tasa fue superior a la observada en otros estudios brasileños que utilizaron el mismo cuestionario, en los que se encontraron tasas de adhesión del 48,7%²⁹ y del 11,5%³⁰, pero fueron inferiores a las observadas en otro estudio que encontró un 75,0% de adhesión entre los encuestados¹².

Sin embargo, al considerar la combinación de medidas para definir la adhesión, sólo el 9,4% de los encuestados fueron adherentes. Este es un resultado similar al encontrado en otro estudio¹⁰ que observó un 13,3% de adhesión combinando la medida de autoinforme y la dispensación de TARV en la farmacia. Esta discrepancia dificulta la comprensión de la situación real de la adhesión al tratamiento la TARV antirretroviral y muestra la necesidad de crear una medida estandarizada para los servicios de salud. La baja adhesión puede contribuir al desarrollo de resistencia viral a los regímenes iniciales y explicar el mayor uso de la terapia de rescate¹⁴.

CONCLUSIÓN

La Terapia Antirretroviral ha permitido una importante reducción de las tasas de morbilidad y mortalidad relacionadas con el VIH/SIDA en Brasil y en el mundo, convirtiendo la infección en una enfermedad crónica con posibilidades de control. La adhesión a la TARV y sus factores asociados son muchos y necesitan ser evidenciados por la literatura científica para entender los aspectos involucrados en esta dinámica de adhesión o no adhesión al tratamiento.

Estudios como el que aquí se presenta son relevantes, ya que el contexto brasileño presenta una multiplicidad de contextos socioculturales que pueden influir en los aspectos de adhesión y en el perfil de las personas que viven con el VIH/SIDA. Así, este estudio permitió evaluar el perfil de las PVVS y la adhesión a la TARV en una ciudad del interior de Minas Gerais.

El perfil evidenció que las personas con bajos ingresos y baja educación, en especial las de sexo masculino están en mayor vulnerabilidad para adquirir la infección. La evaluación de la adhesión mostró una gran variabilidad, entre baja y razonable, mostrando la influencia de la medida adoptada. Esta influencia explica la necesidad de invertir en una medida estándar de oro para la investigación de la adhesión, y que los servicios incluyan esta evaluación en su rutina periódica.

El potencial de este estudio radica en la presentación de los resultados de una investigación realizada en un hospital universitario que atiende a 27 municipios del interior del estado de Minas Gerais, y que indican la necesidad de acciones prácticas que busquen orientar a las personas en relación con el VIH/SIDA. Aunque los datos no pueden ser comparados y generalizados para todo el contexto nacional, reflejan una realidad que debe ser considerada y observada, especialmente para la implementación de políticas públicas dirigidas a la promoción de la atención, la prevención de nuevas infecciones y para ayudar a la adhesión al tratamiento.

Entre las debilidades encontradas, se puede indicar el contexto en el que se desarrolló la investigación, pues aunque el servicio atiende a una importante macrorregión, aún se inserta en una región que difiere de otras del panorama nacional en términos económicos, culturales, educativos y otros.

Los resultados encontrados proporcionan un retrato de la relevancia del servicio ofrecido a la población, destacando la importancia de las acciones en el campo de la salud pública, la relevancia del SUS como proveedor de servicios y medicamentos para atender a las personas que viven con el VIH/Sida. Se señala la necesidad de realizar acciones de educación en salud, ya que la orientación puede ser un mecanismo importante para reducir el número de casos.

REFERENCIAS

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

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

Ministério da Saúde]; 2016 [citado em 12 ene 2021]. [Impressão de Laudos e Resultados do Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL)].

18. Siqueira AL. Dimensionamento de amostra para estudos na área da saúde. Belo Horizonte: Folium Editorial; 2017.

19. Vignola RCB, Tucci AM. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *J Affect Disord*. [Internet]. 2014 [citado em 12 ene 2021]; 155: 104-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.031>

20. Remor E. Systematic review of the psychometric properties of the questionnaire to evaluate the adherence to HIV therapy (CEAT-VIH). *Patient* [Internet]. 2013 [citado em 19 ene 2021]; 6(2):61-73. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40271-013-0009-0>

21. Remor E. Release of an online self-reporting tool for assessing adherence to antiretroviral therapy (CEAT-VIH). *J Antivir Antiretrovir* [Internet]. 2013 [citado em 19 ene 2021]; 5:178-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.4172/jaa.1000085>

22. Remor E, Moskovics JM, Preussler G. Adaptação brasileira do “Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral”. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2007 [citado em 19 ene 2021]; 41(5):685-94. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006005000043>

23. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation [Internet]. Genève: World Health Organization; 2000 [citado em 19 ene 2021].

Disponível em: https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/

24. Nascimento EGCD, Cavalcanti MAF, Alchieri JC. Adesão ao uso da camisinha: a realidade comportamental no interior do nordeste do Brasil. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2017 [citado em 21 ene 2021]; 19(1):39-44. DOI: <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n1.44544>

25. Aguiar RB, Leal MCC, Marques APDO, Torres KMS, Tavares MTDB. Idosos vivendo com HIV - comportamento e conhecimento sobre sexualidade: revisão integrativa. *Ciêns Saúde Colet*. [Internet]. 2020 [citado em 23 fev 2021]; 25(2):575-84. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.12052018>

26. Batista FKV, Batista SV, Pereira ARO, Costa L, Rodrigues PS, Freire LRL, et al. Perfil nutricional de portadores de HIV/AIDS residentes no Brasil. *Acervo Saúde* [Internet]. 2021 [citado em 23 abr 2021]; 13(2):e6190. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e6190.2021>

27. Reis AC, Lencastre L, Guerra MP, Remor E. Relação entre sintomatologia psicopatológica, adesão ao tratamento e qualidade de vida na infecção HIV e AIDS. *Psicol Reflex Crit*. [Internet]. 2010 [citado em 19 ene 2021]; 23(3):420-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722010000300002>

28. Calvetti PÜ, Giovelli GRM, Gauer GJC, Moraes JFDD. Níveis de ansiedade, estresse percebido e suporte social em pessoas que vivem com HIV/Aids. *Psicol Teor Pesqui*. [Internet]. 2017 [citado em 23 ene 2021]; 32(4):1-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e324317>

29. Galvão MTG, Soares LL, Pedrosa SC, Fiuza MLT, Lemos L. A. Quality of life and adherence to antiretroviral medication in people with HIV. *Acta Paul Enferm*. [Internet]. 2015 [citado em 15 ene 2021]; 28(1):48. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500009>

30. Leone D, Borghi L, Lamiani G, Barlascini L, Bini T, Monforte AD, et al. Illness representations of HIV positive patients are associated with virologic success. *Front Psychol*. [Internet]. 2016 [citado em 15 ene 2021]; 23(7):1991. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01991>

Editora Asociada: Vania Del Arco Paschoal

CONTRIBUCIONES

Patrícia Paiva Carvalho, Sabrina Martins Barroso y Dalmo Correia Filho contribuyeron a la concepción del estudio, el análisis de los datos, la revisión y la redacción. **Fernanda Rodrigues de Oliveira Penaforte y Lucas Rossato** participaron en la recogida, el análisis de los datos y la redacción.

Como citar este artículo (Vancouver)

Carvalho PP, Barroso SM, Correia Filho D, Rossato L, Penaforte FRO. Perfil y adhesión a la terapia antirretroviral de personas que viven con el VIH/SIDA. REFACS [Internet]. 2022 [citado en *insertar el día, mes y año de acceso*]; 10(1):121-34. Disponible en: *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*

Como citar este artículo (ABNT)

CARVALHO, P. P.; BARROSO, S. M.; CORREIA FILHO, D.; ROSSATO, L.; PENAFORTE, F. R. O. Perfil y adhesión a la terapia antirretroviral de personas que viven con el VIH/SIDA. REFACS, Uberaba, MG, v. 10, n. 1, p. 121-34, 2022. DOI: *insertar el link de DOI*. Disponible en: *insertar el link de acceso*. Acceso en: *insertar el día, mes y año de acceso*.

Como citar este artículo (APA)

Carvalho, P.P., Barroso, S.M., Correia Filho, D., Rossato, L., & Penaforte, F.R.O. (2022). Perfil y adhesión a la terapia antirretroviral de personas que viven con el VIH/SIDA. REFACS, 10(1), 121-34. Recuperado en: *insertar el día, mes y año de acceso* de *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.

