FATORES ASSOCIADOS À AUTOEFICÁCIA E À ADESÃO DA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EM PESSOAS COM HIV: TEORIA SOCIAL COGNITIVA

Juliana da Rocha Cabral*
Luciana da Rocha Cabra**
Danielle Chianca de Andrade Moraes***
Elizandra Cassia da Silva Oliveira****
Daniela de Aquino Freire*****
Feliciale Pereira da Silva******
Regina Célia de Oliveira*******

RESUMO

**Objetivo:** analisar a adesão à terapia antirretroviral e a expectativa de autoeficácia em pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) à luz da teoria social cognitiva. **Métodos:** estudo transversal, descritivo, epidemiológico e quantitativo com pessoas vivendo com o HIV. Dados foram coletados de abril a setembro de 2018, através do “Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral” (CEAT-VIH) e a escala de expectativa de autoeficácia, validada e desenvolvida no Brasil, onde foi utilizado o teste Mann-Whitney. Foi aplicado o modelo de Poisson para avaliação da probabilidade de boa adesão ao instrumento CEAT-VIH. **Resultados:** identificou-se a média de idade de 44 anos, predomínio de homens. A adesão regular apresentou maior representatividade. A maior mediana da adesão encontrada foi para as questões relacionadas à experiência, efeitos e sentimentos negativos. No ajuste do modelo de Poisson, segundo o instrumento CEAT-VIH, verifica-se que apenas a escolaridade e a categoria relativa à atenção, à organização e ao planejamento observaram a não adesão satisfatória ao tratamento medicamentoso, fato que se deve a fatores inerentes à TARV, como vulnerabilidade social, estigma e as relações de expectativa de autoeficácia, comprometendo a manutenção da sobrevida com maior morbidade e interferindo na qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Adesão à medicação. HIV. Autoeficácia. Teoria social cognitiva.

INTRODUÇÃO

A terapia antirretroviral (TARV) é utilizada por 25,4 milhões de Pessoas que Vivem com o Vírus da Imunodeficiência Humana (PVHIV) em todo o mundo, enquanto que um terço da população no que diz respeito aos benefícios obtidos na queda da morbimortalidade pelo HIV desde o surgimento da TARV. Contudo, os efeitos adversos, o estigma, a necessidade de acompanhamentos clínicos e laboratoriais periódicos constituem barreiras para a ingestão de ao menos 85% das doses recomendadas (boa adesão). Outrossim, aspectos psicossociais causam efeitos determinantes para o seguimento regular das prescrições medicamentosas.

Além disso, o conhecimento do usuário, a autoeficácia e o grau de motivação e resiliência para com o tratamento são fundamentais para construção de estratégias capazes de corroborar ou dificultar com o tratamento. Assim, o protagonismo da pessoa vivendo com HIV sob o seu próprio cuidar a partir da sua expectativa de adesão adequada, torna-se necessário impactar a população no que diz respeito aos benefícios obtidos na queda da morbimortalidade pelo HIV.
autoeficácia pode interferir no processo de adesão à TARV?

Nesse contexto, a teoria social cognitiva, proposta por Bandura(6,7), defende que o pensamento e a ação dos seres humanos são construídos por interrelações entre fatores pessoais, comportamentais e ambientais. Para o autor, o desenvolvimento do indivíduo acontece pela compreensão e interpretação da realidade para a definição de seus objetivos.

A teoria social cognitiva percebe o ser humano como um agente capaz de exercer controle sobre seus pensamentos, emoções, ações e ambientes, motivando a escolha e persistência de comportamentos, dentre eles, para o processo de saúde-doença. A presença de expectativa de autoeficácia positiva motiva a organização e a execução das possibilidades de superação dos obstáculos e das dificuldades para o alcance do objetivo(6,7).

Nesse sentido, avaliar a expectativa de autoeficácia relacionada à tomada dos medicamentos – conforme a prescrição – resulta da habilidade pessoal de lidar com situações que possam impedir a sua realização. Esse monitoramento pode revelar pessoas com maior risco de abandono ao tratamento, tornando-se prioridade da assistência de enfermagem e da equipe de saúde, além de subsidiar intervenções institucionais(8).

Identificar fatores que facilitam a adesão ao tratamento para o HIV e embasar tais achados em teorias tornam-se ações necessárias para fortalecer ações em prol da qualidade de vida das PVHIV, além de reduzir as complicações advindas da não adesão. Assim, o presente estudo tem como objetivo analisar a adesão à terapia antirretroviral e a expectativa de autoeficácia em pessoas vivendo com HIV à luz da teoria social cognitiva.

MÉTODO

Estudo transversal, descritivo, epidemiológico e quantitativo, norteado pela ferramenta Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE)(9), com abordagem quantitativa. O local do estudo contemplou cinco Serviços de Assistência Especializada (SAE) em HIV da I Gerência Regional de Saúde (GERES) do Estado de Pernambuco. Atualmente, a referida regional possui 17 SAEs vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), que ofertam serviços integrados e gratuitos às PVHIV.

A população do estudo foi estimada tomando por base a média de 5.414 das PVHIV cadastradas no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) entre os meses de julho a setembro/2017 nos serviços selecionados.

A amostra do estudo foi realizada por sorteio aleatório a fim de obter uma representação de aproximadamente 30% (capacidade viável para a realização da coleta de dados pelos pesquisadores). Quanto ao cálculo amostral, considerou-se a proporção esperada de boa adesão à terapia antirretroviral e boa expectativa de autoeficácia de 50%. Utilizou-se, também, a equação estratificada, garantindo proporcionalidade entre os locais de estudo, perfazendo um total mínimo de 358 casos (amostra contemplada). Seis PVHIV recusaram a participação no estudo. Portanto, as substituições foram realizadas. Assim, foram contemplados serviços dos seguintes municípios: Recife, Olinda, Igarassu, Camaragibe e Vitória de Santo Antão.

Foram incluídas na pesquisa prontuários das PVHIV com idade igual ou maior que 18 anos, e em uso da TARV há pelo menos seis meses (tempo médio para atingir a supressão virológica). Foram excluídos os prontuários de pacientes com acompanhamento em consultório particular e cadastrados no SICLOM do serviço apenas para obtenção da TARV, bem como os prontuários dos usuários com diagnóstico de deficiência intelectual que impossibilitasse o entendimento da pesquisa.

Com relação à variável independente, utilizou-se as características sociodemográficas, comportamentais e clínicas de saúde, como sexo, faixa etária, escolaridade, renda, tempo de diagnóstico e tratamento, sorologia do parceiro, uso de preservativo e consumo de drogas.

A variável dependente foi descrita a partir da adesão à TARV e expectativa de autoeficácia. Para medir a adesão, aplicou-se a versão validada para a língua portuguesa do “Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral” – CEAT-VIH. Trata-se de um instrumento composto por 20 questões que abordam os principais fatores que podem interferir na adesão à TARV em adultos. A
Fatores associados à autoeficácia e à adesão da terapia antirretroviral em pessoas com HIV: Teoria Social Cognitiva

Cienc Cuid Saude. 2021;20:e5878

pontuação mínima possível do CEAT-VIH é 17 e a máxima é 89 pontos. Desse modo, recebe três classificações: boa adesão (pontuação ≥ 79), que equivale a uma adesão ≥ 85%; regular adesão, (entre 53 e 78), que representa 50% a 84% de adesão; e baixa adesão (< 53), significando menos de 50% de adesão à TARV.

Quanto a segunda variável dependente, utilizou-se a escala de expectativa de autoeficácia, validada e desenvolvida no Brasil com o objetivo de investigar a expectativa de autoeficácia em situações que ocasionem dificuldade no seguimento das prescrições da TARV, permitindo a identificação das que podem representar riscos de não-adesão. É unifatorial, com 21 itens, com respostas em escala Likert de cinco pontos (0 = com certeza não vou tomar; 1 = acho que não vou tomar; 2 = não sei; 3 = acho que vou tomar; e 4 = com certeza vou tomar). Os escores variam de 0 a 4.

Não há um valor predeterminado para boa expectativa, pois se deduz que os valores mais altos indicam melhor expectativa de autoeficácia para adesão à TARV. A consistência interna da escala é alta (alfa de Cronbach = 0,96), sugerindo que os escores podem constituir uma medida confiável da variável latente investigada.

Realizou-se a coleta de dados entre os meses de abril a setembro de 2018. Em seguida, os dados foram digitados duplamente e organizados em planilha eletrônica EPI INFO, versão 3.5.2. Para realizar a análise estatística, exportaram-se os dados para o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 18.0. A equipe para a coleta das informações foi composta por uma acadêmica de enfermagem e duas enfermeiras, previamente treinadas por uma pesquisadora para aplicação do instrumento.

No que concerne à classificação da adesão à TARV pelos escores (medianas e intervalo interquartil) da escala de expectativa e autoeficácia utilizou-se o teste Mann-Whitney.

No que respeita à análise multivariada, foram incluídos os fatores que apresentaram significância de até 20% na análise bivariada. Foi aplicado o modelo de Poisson com variância robusta para avaliação do risco de boa adesão ao instrumento CEAT-VIH. Para permitir a permanência dos fatores no modelo, o erro tipo I adotado foi de 5%.

O estudo obteve aprovação prévia do Comitê de Ética em Pesquisa do complexo hospitalar da Universidade de Pernambuco (UPE), através do Parecer nº 2.545.008, atendendo às exigências éticas propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

A Tabela 1 mostra a caracterização sociodemográfica, comportamental e clínica dos entrevistados, identificou-se a média de idade de 44 anos e o predomínio de homens, totalizando 222 (62,0%). Os números das médias de tempo de diagnóstico e tratamento foram 8,67 e 7,97 anos, respectivamente.

Tabela 1. Pessoas vivendo com HIV, segundo características sociodemográficas, comportamentais e clínicas de saúde. Recife, PE, Brasil, 2018.

| Fator avaliado          | N  | %  | p-valor* |
|-------------------------|----|----|----------|
| **Sexo**                |    |    |          |
| Feminino                | 136| 38,0| <0,001   |
| Masculino               | 222| 62,0|          |
| **Faixa etária**        |    |    |          |
| 18 a 28                 | 42 | 11,7|          |
| 29 a 39                 | 82 | 22,9| <0,001   |
| 40 a 60                 | 215| 60,1|          |
| Maior do que 60         | 19 | 5,3 |          |
| **Escolaridade**        |    |    |          |
| Não alfabetizado        | 10 | 2,8 |          |
| 1º grau (in)completo    | 144| 40,2| <0,001   |
| 2º grau (in)completo    | 146| 40,8|          |
| Superior (in)completo   | 58 | 16,2|          |
| **Renda familiar mensal**|   |    |          |
| Até um salário mínimo (SM) | 183| 51,1|          |
| > 1 a 2 SM              | 108| 30,2|          |
| > 2 a 3 SM              | 38 | 10,6| <0,001   |
| > 3 a 4 SM              | 14 | 3,9 |          |
| > 4 SM                  | 15 | 4,2 |          |

Continua
Tempo de diagnóstico

|                      |                |       |
|----------------------|----------------|-------|
| Menos que 1 ano      | 35             | 9,8   |
| 1 a 5 anos           | 96             | 26,8  |
| Mais de 5 a 10 anos  | 96             | 26,8  |
| Mais de 10 anos      | 131            | 36,6  |

Mínimo – Máximo
0,50 – 33,00

Tempo de tratamento HIV

|                      |                |       |
|----------------------|----------------|-------|
| Menos que 1 ano      | 41             | 11,5  |
| 1 a 5 anos           | 114            | 31,8  |
| Mais de 5 a 10 anos  | 85             | 23,7  |
| Mais de 10 anos      | 118            | 33,0  |

Mínimo – Máximo
0,50 – 25,00

Companheiro possui HIV

|                      |                |       |
| Sim                  | 92             | 25,7  |
| Não                  | 123            | 34,4  |
| Não possui companheiro| 128          | 35,8  |
| Não sabe             | 15             | 4,2   |

Utiliza preservativo

|                      |                |       |
| Sim                  | 241            | 67,3  |
| Não                  | 35             | 9,8   |
| Às vezes             | 29             | 8,1   |
| Não tem relação sexual| 53            | 14,8  |

Usa de drogas

|                      |                |       |
| Sim                  | 129            | 36,0  |
| Não                  | 229            | 64,0  |

*p*-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção (se *p*-valor < 0,05, as proporções diferem significativamente).

As estatísticas descritivas dos escores que avaliam a classificação do CEAT-VIH revelam que a adesão regular apresentou maior representatividade na avaliação, conforme Tabela 2. Os extremos dos escores variaram de 46 a 86 pontos, com média de 74,8 pontos e desvio padrão de ± 5,8.

Tabela 2. Pessoas vivendo com HIV em tratamento antirretroviral segundo adesão, conforme escores do CEAT-VIH. Recife, PE, Brasil, 2018.

| Fator avaliado  | N   | %   | *p*-valor* |
|-----------------|-----|-----|------------|
| Boa adesão      | 70  | 19,6|            |
| Adesão regular  | 147 | 41,1| <0,001     |
| Baixa adesão    | 141 | 39,4|            |

*p*-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção (se *p*-valor < 0,05, as proporções diferem significativamente).

O exame do conteúdo dos itens apresentados na Tabela 3 revela a expectativa de autoeficácia a partir de situações consideradas difíceis para seguir a prescrição médica da TARV. Observa-se que o item 21 apresentou a maior dispersão, com coeficiente de variação alto (47%), quando comparado as maiores médias encontradas, referente aos itens 02 e 20, em que diferiu 0,75 pontos na média.

Para tanto, os escores da escala são classificados em três categorias: exigem maior atenção, organização e planejamento na tomada da medicação (itens 5, 6, 7, 13, 16, 17 e 19); tendem a diminuir a preocupação com a doença ou a confiança no tratamento, como preocupação em obter uma carga viral plasmática indetectável e estado de saúde (itens 1, 2, 8, 12 e 20); relacionadas às experiências e aos afetos negativos com a medicação, gosto, efeitos adversos, medo da discriminação e depressão (itens 3, 4, 9, 10, 11, 14, 15, 18 e 21)\(^{(10)}\).

No ajuste do modelo de Poisson para a adesão à TARV segundo o instrumento CEAT-VIH verifica-se que apenas a escolaridade e a categoria relativa à atenção, à organização e ao planejamento para tomada da TARV são fatores conjuntamente determinantes para boa adesão à TARV. Sendo assim, a probabilidade de boa adesão foi 2,18 vezes maior entre as pessoas com nível superior quando comparadas com aquelas com outros níveis de escolaridade.
Fatores associados à autoeficácia e à adesão da terapia antirretroviral em pessoas com HIV: Teoria Social Cognitiva

Tabela 3. Média e desvio padrão dos itens da escala de expectativa de autoeficácia para cumprir a prescrição antirretroviral. Recife, PE, Brasil, 2018.

| QUESTÃO | MÉDIA | DP* |
|----------|-------|-----|
| 1        | 3,90  | 0,59|
| 2        | 3,94  | 0,43|
| 3        | 3,85  | 0,69|
| 4        | 3,88  | 0,58|
| 5        | 3,76  | 0,82|
| 6        | 3,88  | 0,59|
| 7        | 3,79  | 0,79|
| 8        | 3,91  | 0,54|
| 9        | 3,73  | 0,92|
| 10       | 3,84  | 0,65|
| 11       | 3,89  | 0,59|
| 12       | 3,90  | 0,49|
| 13       | 3,79  | 0,77|
| 14       | 3,77  | 0,87|
| 15       | 3,88  | 0,60|
| 16       | 3,92  | 0,50|
| 17       | 3,92  | 0,42|
| 18       | 3,84  | 0,71|
| 19       | 3,86  | 0,61|
| 20       | 3,94  | 0,45|
| 21       | 3,19  | 1,51|

Além disso, observa-se, também, que a probabilidade de boa adesão foi 1,31 vezes maior entre o domínio de atenção, organização e planejamento, quando comparado aos demais domínios da escala de expectativa e autoeficácia, conforme expresso na Tabela 4.

Tabela 4. Probabilidade de boa adesão pelo CEAT-VIH, segundo características sociodemográficas, comportamentais e clínicas de saúde e a escala de expectativa e autoeficácia. Recife, PE, Brasil, 2018.

| Fator avaliado                | Análise ajustada |     |     |     |
|--------------------------------|------------------|-----|-----|-----|
|                                | RP*              | IC* | p-valor² |     |
| Escolaridade                   |                  |     |     |     |
| Nenhuma                        | 1,60             | 0,44 - 5,87 | 0,478 |     |
| 1º grau (in)completo           | 1,00             |     |     |     |
| 2º grau (in)completo           | 2,06             | 1,21 - 3,49 | 0,008 |     |
| Superior (in)completo          | 2,18             | 1,18 - 4,04 | 0,013 |     |
| Atenção, organização e planejamento | 1,31       | 1,06 - 1,63 | 0,014³ |     |

³ p-valor do teste de Wald (se p-valor < 0,05, o aumento do escore implica em um aumento significativo do risco para boa adesão ao CEAT-VIH).

DISCUSSÃO

A caracterização sociodemográfica, clínica e comportamental da saúde das PVHIV tem revelado tendência à feminização da doença¹¹. No entanto, corroborando com os estudos de perfil epidemiológico, a pesquisa apresentou predomínio do sexo masculino, baixa escolaridade e falhas no uso regular do preservativo. Ainda, verifica-se na literatura aumento da prevalência da infecção em adultos jovens e em grupos populacionais mais vulneráveis, mulheres trabalhadoras do sexo, homens que fazem sexo com homens e mulheres transexuais¹²-¹³.

A baixa adesão aos regimes ARVs é um grande problema para a saúde individual, como para a saúde pública, pois aumenta a transmissão com cargas virais detectáveis e o desenvolvimento de resistência viral, além das despesas com complicações de tratamentos clínicos agravados pelo HIV. Portanto, a alta
prioridade deve ser dada a avaliação do comportamento de adesão, bem como a qualquer intervenção necessária para a não adesão(14).

As bibliografias atuais expõem mutualidade entre os níveis de adesão à TARV e aos aspectos socioeconômicos, com destaque positivo para maiores níveis de escolaridade e renda mensal e para àqueles com maior suporte familiar e apoio social(15-16). Tais correlações dificultam estabelecer um nível de adesão padrão para a sociedade. Neste estudo, houve destaque para adesão regular (50% a 84%) para tomada dos medicamentos, sendo também visualizada a correlação direta entre melhor adesão e maiores níveis de escolaridade.

Em razão disso, a expectativa de autoeficácia na tomada adequada da TARV é de fundamental importância na prática clínica, visto que contribui para avaliar individualmente situações que possam comprometer a execução adequada da prescrição medicamentosa.

Apesar do fato de que estudo evidenciou médias elevadas de expectativa de autoeficácia, a Teoria Social Cognitiva, revela que a expectativa pode mudar, pois a autoeficácia é (inter)relacionada às diversas situações diárias(6). Embora as maiores médias encontradas serem expressas para a categoria de situações que tendem a diminuir a preocupação com a doença ou a confiança no tratamento, a literatura revela que as médias mais altas ficam concentradas na categoria que exige maior atenção, organização e planejamento para tomar os medicamentos, sendo esta última categoria a determinante na análise multivariada no risco para boa adesão ao instrumento CEAT-VIH(17).

Evidencia-se, também, que as médias mais baixas ficaram concentradas nas situações de experiências e afetos negativos no processo medicamentoso e no viver com o HIV. Tal fato pode ser explicado porque fatores emocionais podem afetar o julgamento da capacidade pessoal, comprometendo a execução de um determinado desempenho proposto(17).

A teoria social cognitiva defende que o indivíduo se percebe como altamente eficaz de desempenhar uma determinada atividade quando essa gera desafios. Esses motivam a pessoa a desenvolver e exercitar sua eficácia e servem como determinantes maiores do interesse(7). Tal fato pode justificar que dentre as maiores médias encontradas, manter a supressão virológica foi uma delas, visto que há um grande esforço para estabilizar a infecção e controlar a replicação viral.

Essa teoria analisa e relaciona-se ainda com o processo de difusão social de novos padrões comportamentais(6-7). Assim, conforme expresso acima, as PVHIV adotam hábitos de vida e de saúde que resultam em uma carga viral indetectável, sendo este resultado o estímulo para a realização de comportamentos inovadores aos quais possibilitem mudanças na realidade de vida(18).

Considera-se, também, que o sujeito na sua forma de agir possui intencionalidade, antecipação, autorreatividade e autorreflexão. Por conseguinte, o próprio sujeito é detentor de todas as capacidades que lhe permitem atingir todos os seus objetivos. Nesse sentido, tornar as PVHIV (co)responsáveis, em parceria com os profissionais de saúde acerca do sucesso medicamentoso, visa garantir melhoria na qualidade e expectativa de vida, além da autoestima, favorecendo o autocuidado e a crença que cada um tem sobre o controle no seu processo de saúde-doença(19-20).

A falta de adesão pode decorrer, ainda, do abandono ao serviço ou da interrupção da observância diária da terapia medicamentosa. Tal fato pode relacionar-se a um conjunto de fatores, incluindo desde uma série de motivações pessoais desconhecidas pelos serviços de saúde até os imperativos da relação profissional de saúde-paciente(21). Diante do apresentado, a assistência de enfermagem torna-se fundamental neste processo, visto que influência no cuidado prestado, refletindo nos resultados provenientes das medidas de intervenção, contribuindo para incentivar e nortear práticas de autocuidado, estimulando a observância adequada da TARV(22).

A teoria de Bandura (1997) pode ser aplicada, ainda, para explicar como o desenvolvimento de uma assistência de qualidade pode resultar em aprendizagens no que concerne a adesão à TARV. Assim, o enfermeiro ao fortalecer o vínculo profissional-cliente, é capaz de abordar experiências satisfatórias para a ingestão diária da TARV a partir de uma evidência genuína. Com isso, experiências de domínio, isto é, o sucesso com o
Fatores associados à autoeficácia e à adesão da terapia antirretroviral em pessoas com HIV: Teoria Social Cognitiva

ABSTRACT

Objective: to analyze adherence to antiretroviral therapy and the self-efficacy expectation in people living with the human immunodeficiency virus (HIV) in the light of social cognitive theory. Methods: cross-sectional, descriptive, epidemiological and quantitative study with people living with HIV. Data were collected from April to September 2018, through the “Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral” (CEAT-VIH) and the self-efficacy expectation scale, validated and developed in Brazil, where the Mann-Whitney test was used. The Poisson model was applied to assess the probability of good adherence to the CEAT-VIH tool. Results: the average age of 44 years was identified, with a predominance of men. Regular adherence was more representative. The highest median of...
adherence found was for the questions related to experience, effects and negative feelings. When adjusting the Poisson model, according to the CEAT-HIV tool, it appears that only education and the category related to attention, organization and planning to take antiretroviral therapy (ART) are jointly determining factors for good adherence. **Conclusion:** it was noticed a satisfactory non-adherence to medication treatment, a fact that is due to factors inherent to the ART, such as social vulnerability, stigma and relationships of self-efficacy expectation, undermining the maintenance of survival with greater morbidity and interfering with quality of life.

**Keywords:** Medication adherence. HIV. Self-efficacy. Cognitive social theory.

**FACTORES ASOCIADOS A LA AUTOEFICACIA Y ADHESIÓN DE LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EN PERSONAS CON VIH: TEORÍA COGNITIVA SOCIAL**

**RESUMEN**

**Objetivo:** analizar la adherencia a la terapia antirretroviral y la expectativa de autoeficacia en personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) a la luz de la teoría cognitiva social. **Métodos:** estudio transversal, descriptivo, epidemiológico y cuantitativo con personas viviendo con el VIH. Datos recolectados de abril a septiembre de 2018, a través del Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH) y la escala de expectativa de autoeficacia, validada y desarrollada en Brasil, para ello fue utilizada la Prueba de Mann-Whitney. Se aplicó el modelo de Poisson para evaluar la probabilidad de una buena adherencia al CEAT-VIH.

**Resultados:** fue identificado un promedio de edad de 44 años, predominio de hombres. La adhesión regular presentó mayor representatividad. El mayor promedio de la adhesión encontrado fue para las cuestiones relacionadas a experiencia, efectos y sentimientos negativos. En el ajuste del modelo de Poisson, según el CEAT-VIH se verifica que solo la escolaridad y la categoría atención, organización y planificación para toma de la terapia antirretroviral (TARV) son factores conjuntamente determinantes para buena adherencia. **Conclusión:** se observó la no adhesión satisfactoria al tratamiento medicamentoso, hecho que se debe a factores inherentes a la TARV, como vulnerabilidad social, estigma y las relaciones de expectativa de autoeficacia, comprometiendo el mantenimiento de la supervivencia con mayor morbilidad e interfiriendo en la calidad de vida.

**Palabras clave:** Adhesión a la medicación. VIH. Autoeficacia. Teoría cognitiva social.

**REFERENCIAS**

1. UNAIDS. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS). Global AIDS UpDate. Seizing the moment Geneva. Tackling entrenched inequalities to end epidemics. Geneva: UNAIDS, 2020. [citado em 15 fev 2021]. Disponível em URL: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_gobal-aids-report_en.pdf

2. Braga LP, Mendicino CCP, Reis EA, Carmo RA, Pádua CM. Incidence and Predictors of Antiretroviral Treatment modification in HIV-infected adults: a brazilian historical cohort from 2001 to 2010. J Trop Med. 2017; 2017:1-10. DOI: https://doi.org/10.1155/2017/9621653.

3. Carvalho PP, Barroso SM, Coelho HC, Penafort FRO. Factors associated with antiretroviral therapy adherence in adults: an integrative review of literature. Ciênc Saúde Colet. 2019; 24(7):2543-55. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.22312017.

4. Remor E, Milner-Moskovics J, Preussler G. Brazilian adaptation of the Assessment of Adherence to Antiretroviral Therapy Questionnaire. Rev Saúde Pública. 2007; 41(5):685-94. DOI: https://doi.org/10.1590/S0102-3690200605000043.

5. Seidl, EMF, Remor E. Adesão ao Tratamento, Resiliência e Percepção de Doença em Pessoas com HIV. Psicol teor pesqui [on-line]. 2020; 36:e36nspe6. DOI: https://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e36nspe6.

6. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev. 1977; 84(2):191-215.

7. Bandura A, et al. Teoría social cognitiva: conceitos básicos. Porto Alegre: Artmed, 2008.

8. Santos CMJ, Faro A. Social vulnerability, stigma and relationships of self-efficacy expectation, undermining the maintenance of survival with greater morbidity and interfering with quality of life.

9. Van Elm E, Altman DG, Pocock SJ, Gotzsche PC, Vandenvouwcke JP. Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE). J Clin Epidemiol. [on-line]. 2007; 18:805-835. DOI https://doi.org/10.11136/bmj.39335.541782.AD.

10. Leite JCC, Drachler ML, Centenio MO, Pinheiro CAT, Silveira VL. Desenvolvimento de uma escala de auto-eficácia para adesão a tratamento anti-retroviral. Psicol Reflex Crit. 2002; 15(1):121-31. DOI: https://doi.org/10.1590/S0102-79722002000100014.

11. Agyeman-Duah E, Sampone PO, Festeng EA, Ayibor W. Socio-Demographic Characteristics of People Living with HIV/AIDS at the KomfoAnoye Teaching Hospital, Ghana: A Five-Year Retrospective Study. Act Scientific Medical Sciences [on-line]. 2018; 2(6):42-7. Disponível em: http://www.actascientific.com/ASMS/pdf/ASMS-02-0087.pdf.

12. Pereira GFM, Pimenta MC, Gizioza SP, Caruso AR. Bastos FI, Guimarães MDC. HIV/AIDS, STIs and viral hepatitis in Brazil: epidemiological trends. Rev Bras Epidemiol. 2019; 22(Suppl 1):e190001. DOI: https://doi.org/10.1590/1590-54972019000101.supp1.

13. Rossi AM, Albanese SPR, Kuriaki AT, Birolim MM, Monroe AR, Arcênco RA, et al. HIV positivity and associated factors in a counseling and testing center. Ciênc cidad saúde. 2021; 20:e50495. DOI: https://doi.org/10.4025/ciencucidasaude.v190i50495.

14. Yu Y, Luo D, Chen X, Huang Z, Wang M, Xiao S. Medication adherence to antiretroviral therapy among newly treated people living with HIV. BMC Public Health. 2018;8:225. DOI: https://doi.org/10.1186/s12889-018-5731-z.

15. Lenzi L, Tonin FS, Souza VR, Pontarolo R. Social support and HIV: Relationship between Clinical and SocioDemographic Characteristics and Treatment Adherence. Psicol teor pesqui. 2018:34:e34422. DOI: https://doi.org/10.1590/0102.3772e34422.

16. Siefrid J, Maio L, Kerr S, Cysique LA, Gates TM, McAllister J, et al. Socioeconomic factors explain suboptimal adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected
Australian adults with viral suppression. PLoS ONE. 2017;12(4):e0174613. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0174613.

17. Pereira LD, Bellinati NVC, Kanan LA. Self-efficacy for Managing Chronic Disease 6-item Scale: assessing self-efficacy in chronic disease management. Rev cuid. 2018;9(3):2435-45. DOI: http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i3.561.

18. Khoshtarash M, Farahani MA, Zareyian A. Health-related lifestyle in HIV/AIDS patients: a hybrid concept analysis. HIV AIDS Rev. 2019;18(2):120-30. DOI: https://doi.org/10.5114/hivar.2019.86376.

19. Patrício ACFA, Silva IBN, Ferreira MAM, Rodrigues BFL, Silva RF, Nascimento JA, et al. Depression, self-concept, future expectations and hope of people with HIV. Rev Bras Enferm. 2019;72(5):1268-94. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0730.

20. Cabral JR, Moraes DCA, Cabral LR, Corrêa CA, Oliveira ECS, Oliveira RC. Adherence to antiretroviral therapy and the association in the use of alcohol and psychoactive substances. Enferm glob [on-line]. 2018;52:13-24. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n52/pt_1695-6141-eg-17-52-1.pdf.

21. Goulart S, Meirelles BHS, Costa VT, Pfleger G, Silva LM. Adherence to antiretroviral therapy in adults with HIV/AIDS treated at a reference servisse. REME. 2018;22(e-1127):1-6. DOI: http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20180050.

22. Rouleau G, Richard L, Côte J, Gagnon M, Pelletier J. Nursing Practice to Support People Living With HIV With Antiretroviral Therapy Adherence: A Qualitative Study. J Assoc Nurses AIDS Care. 2019;30(4):20-37. DOI: https://doi.org/10.1097/jnc.0000000000000103.

23. Pfitzner-Eden F. Why Do I Feel More Confident? Bandura's Sources Predict Preservice Teachers' Latent Changes in Teacher Self-Efficacy. Front Psychol. 2016;19(7):2-12. DOI: https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01486.

24. Foresto JS, Melo ES, Costa CRB, Antonini M, Gir E, Reis RK. Adherence to antiretroviral therapy by people living with HIV/AIDS in a municipality of São Paulo. Rev Gatacha Enferm. 2017; 38(1):e63158. DOI: https://doi.org/10.159/1983-1447.2017.01.63158.

Endereço para correspondência: Juliana da Rocha Cabral. Rua Arnóbio Marques, 310. CEP: 50100-130. Santo Amaro. Recife, Pernambuco, Brasil. (81) 998068906. juliana.cabral@upe.br

Data de recebimento: 22/06/2021
Data de aprovação: 05/12/2021