

# ASSOCIAÇÃO DO USO REGULAR DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL COM A QUALIDADE DE VIDA E INCIDÊNCIA DE COINFECÇÕES EM PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS

## ASSOCIATION OF REGULAR ANTIRETROVIRAL THERAPY USE WITH QUALITY OF LIFE AND INCIDENCE OF COINFECTIONS IN PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS

Morena Lustosa **Barbosa**<sup>1</sup>, Leonardo Alves **Rezende**<sup>2</sup>

1. Enfermeira, Especialista em Atenção Clínica Especializada – Infectologia pela Residência da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás-SES/GO, Goiânia/GO - Brasil
2. Fisioterapeuta. Mestre em Ciências Aplicadas a Produtos para a Saúde pela Universidade Estadual de Goiás (UEG) e Doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Goiás (UFG). Tutor do Programa de Residência em Multiprofissional em Infectologia, Hospital Estadual de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad/Secretaria de Estado da Saúde de Goiás-SES/GO, Goiânia/GO - Brasil

### RESUMO

**Introdução:** A investigação da associação entre a adesão à terapia antirretroviral (TARV), a qualidade de vida e a incidência de coinfeções em pessoas que vivem com HIV/AIDS (PVHIV), além de caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico dessa população, contribui para uma compreensão mais abrangente dos fatores associados aos desfechos clínicos e psicossociais nesse contexto assistencial. **Objetivo:** Analisar a associação entre o uso regular da TARV, a incidência de coinfeções e a qualidade de vida de PVHIV atendidas em um hospital de referência em infectologia. **Metodologia:** Estudo observacional transversal realizado em hospital de referência em infectologia em Goiânia (GO), entre agosto de 2024 e janeiro de 2025, com amostra de conveniência composta por 100 PVHIV atendidas em regime ambulatorial ou de internação. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário digital auto aplicável, disponibilizado na plataforma Google Forms, contendo inquérito sociodemográfico e clínico e o instrumento *HIV/AIDS-Targeted Quality of Life (HAT-QoL)*. A adesão à TARV foi classificada em uso regular, uso irregular ou sem adesão. Utilizaram-se análises descritivas e testes não paramétricos (Teste Exato de Fisher e Kruskal-Wallis), com nível de significância de 5%. **Resultados:** A maioria dos participantes era do sexo masculino (85%), com média de idade de 31 anos, diagnóstico de HIV há menos de cinco anos (68%) e uso regular da TARV (65%). Coinfeções foram relatadas por 49% dos participantes, com predominância da tuberculose. Observou-se associação estatisticamente significativa entre a adesão à TARV e menor incidência de coinfeções ( $p < 0,001$ ), bem como escores significativamente mais elevados de qualidade de vida em todos os domínios avaliados entre os indivíduos com uso regular da medicação ( $p < 0,001$ ). O domínio “preocupação com o sigilo” apresentou os menores escores. **Conclusão:** A adesão regular à TARV associa-se à menor ocorrência de coinfeções e melhor QV em PVHIV.

**PALAVRAS-CHAVE:** Terapia antirretroviral de alta atividade; Adesão à medicação; Infecções oportunistas; Estigma; Comorbidade.

### ABSTRACT

**Introduction:** This research investigates the association between adherence to antiretroviral therapy (ART), quality of life, and the incidence of co-infections among people living with HIV/AIDS (PLHIV), as well as to characterise the sociodemographic and clinical profile of this population. **Objective:** The goal of ART is to reduce morbidity and mortality associated with HIV and improve quality of life and life expectancy, not to eradicate the infection, since there is still no cure. **Methodology:** A cross-sectional observational study conducted at a reference infectious disease hospital in Goiânia, Brazil, from August 2024 to January 2025, with a convenience sample of 100 PLHIV receiving outpatient or inpatient care. Data were collected through a self-administered digital questionnaire made

available on the Google Forms platform, including a sociodemographic and clinical survey and the HIV/AIDS-Targeted Quality of Life (HAT-QoL) instrument. ART adherence was classified as regular use, irregular use, or non-adherence. Descriptive analyses and non-parametric tests (Fisher's Exact Test and Kruskal-Wallis test) were applied, adopting a 5% level of significance. **Results:** Most participants were male (85%), with a mean age of 31 years, an HIV diagnosis of less than five years (68%), and regular ART use (65%). Co-infections were reported by 49% of participants, with tuberculosis being the most prevalent. A statistically significant association was observed between ART adherence and a lower incidence of co-infections ( $p < 0.001$ ), as well as significantly higher quality-of-life scores across all evaluated domains among individuals with regular medication use ( $p < 0.001$ ). The domain related to concerns about confidentiality presented the lowest scores. **Conclusion:** Regular adherence to ART is associated with a lower occurrence of co-infections and improved QoL among PLHIV.

**KEYWORDS:** Antiretroviral therapy highly active; Medication adherence; Opportunistic infections; Stigma; Comorbidity.

## INTRODUÇÃO

Ainda hoje, a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) continuam sendo um problema de saúde pública de grande relevância. Se não tratada, a infecção evolui para um quadro de imunossupressão severa, decorrente da destruição dos linfócitos T-CD4+, principais alvos do vírus<sup>1</sup>.

A transmissão do HIV ocorre por via parenteral, mediante o compartilhamento de materiais perfurocortantes contaminados, como seringas e pinças; por via sexual, em relações desprotegidas (vaginal, anal ou oral) com pessoas infectadas; ou por transmissão vertical (de mãe para filho), durante a gestação, o parto ou o aleitamento materno<sup>2</sup>.

As coinfeções, definidas como a infecção simultânea por dois ou mais tipos de microrganismos, geralmente ocorrem em pessoas com sistema imunológico enfraquecido e estão diretamente relacionadas ao HIV. Sua incidência diminuiu significativamente com a introdução da Terapia Antirretroviral (TARV), mas elas continuam sendo uma das principais causas de hospitalização, morbidade e mortalidade entre as pessoas que vivem com HIV. Essas infecções reduzem a qualidade de vida (QV), aceleram a progressão do HIV para a AIDS, aumentam a carga do sistema de saúde e levam ao fracasso do tratamento<sup>3</sup>.

O objetivo da TARV é reduzir a morbimortalidade associada ao HIV e melhorar a qualidade e a expectativa de vida, e não erradicar a infecção, visto que essa ainda não possui cura. Evidências demonstram que pessoas vivendo com HIV (PVHIV) sob tratamento, com contagem de linfócitos T-CD4+ acima de 500 células/mm<sup>3</sup> e carga viral indetectável, apresentam uma expectativa de vida semelhante à da população geral<sup>4</sup>.

A adesão à TARV impacta positivamente diversas dimensões da qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV, com destaque para a preservação da autonomia. O controle clínico proporcionado pela medicação amplia a capacidade de realização de atividades nos âmbitos pessoal, profissional e social, cenário consideravelmente superior ao observado em indivíduos com baixa adesão ao tratamento<sup>5</sup>. Entretanto, apesar dos avanços proporcionados pela TARV, a manutenção da adesão terapêutica ainda representa um desafio, uma vez que fatores como efeitos adversos, presença de comorbidades, estigma social e vulnerabilidades socioeconômicas podem comprometer a continuidade do tratamento e influenciar negativamente os desfechos clínicos e psicossociais.

Diante desse cenário, hipotetiza-se que a adesão regular à TARV esteja associada a menor incidência de coinfeções e a melhores escores de qualidade de vida em pessoas que vivem com HIV/AIDS (PVHIV). Assim, o presente estudo teve como objetivo analisar a associação entre o uso regular da TARV, a incidência de coinfeções e a qualidade de vida de PVHIV atendidas em um hospital de referência em infectologia. Adicionalmente, buscou-se caracterizar o perfil sociodemográfico, clínico e de hábitos de vida dessa população, bem como identificar a prevalência de comorbidades e os domínios da qualidade de vida mais afetados.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e quantitativo, com amostragem não probabilística, por conveniência, conduzido em um hospital de referência em infectologia situado em Goiânia - GO. A pesquisa foi devidamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme parecer número 6.839.844 (CAAE 77061523.8.0000.0034).

A população deste estudo foi constituída por 100 PVHIV, recrutadas entre pacientes em internação hospitalar e em acompanhamento ambulatorial, no período de agosto de 2024 a janeiro de 2025. Foram incluídos indivíduos com diagnóstico de HIV/AIDS, com idade igual ou superior a 18 anos. Foram excluídos aqueles impossibilitados de compreender ou realizar a leitura do instrumento digital.

A coleta de dados foi realizada por meio de questionário digital (plataforma Google Forms), autoaplicado, acessado via QR Code, mediante aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O recrutamento dos participantes foi conduzido por meio de duas estratégias distintas: direta e indireta. A estratégia direta recrutou 40 pacientes internados, contatados individualmente pelo pesquisador durante o período de hospitalização, após verificação prévia dos critérios de inclusão (diagnóstico e idade) em prontuário. Nessa ocasião, a pesquisa foi apresentada e disponibilizou-se um QR Code para acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e ao questionário digital. Ressalta-se que todos os pacientes foram contatados enquanto estavam sozinhos no leito, visando garantir a privacidade e evitar constrangimentos durante a coleta de dados. Não houve perdas/recusas.

A estratégia indireta permitiu o acesso dos participantes ao TCLE e ao questionário digital por meio de um banner impresso (90 × 120 cm), exposto nas recepções ambulatoriais da instituição. O material continha a frase-convite "Venha participar da nossa pesquisa sobre qualidade de vida: simples e rápido", com o QR Code centralizado e dimensionado proporcionalmente. Ao final, a amostra totalizou 60 participantes recrutados via abordagem indireta.

A coleta de dados foi realizada após a obtenção do consentimento livre e esclarecido dos participantes, por meio de entrevista estruturada via formulário digital (*Google Forms*). Foram aplicados dois instrumentos: um inquérito sociodemográfico e clínico e o questionário *HIV/AIDS-Targeted Quality of Life* (HAT-QoL).

A avaliação foi registrada no banco de dados do *Google Forms* e incluiu variáveis sociodemográficas e clínicas, tais como: idade, gênero, escolaridade, profissão, vínculo empregatício, situação econômica, tempo de diagnóstico do HIV, adesão à TARV, número de parceiros sexuais, rede de apoio, comorbidades e coinfeções. Cabe salientar que as informações coletadas foram exclusivamente autorrelatadas pelos participantes, preservando-se o anonimato, uma vez que não foram solicitados dados de identificação pessoal.

A qualidade de vida foi mensurada pelos 34 itens do HAT-QoL, distribuídos em nove domínios: 1) atividades gerais (seis itens), 2) atividades sexuais (dois itens), 3) preocupação com o sigilo (cinco itens), 4) preocupação com a saúde (quatro itens), 5) preocupações financeiras (três itens), 6) conscientização sobre o HIV (dois itens), 7) satisfação com a vida (quatro itens), 8) questões relativas à medicação (cinco itens) e 9) confiança no profissional (três itens). O escore final de cada domínio foi padronizado em uma escala de 0 a 100, na qual valores próximos a 100 indicam melhor qualidade de vida e valores próximos a zero, pior qualidade.

A adesão ao tratamento foi avaliada por meio de autorrelato, sendo a variável categorizada em três níveis: Uso Regular (para participantes que relataram "Utilizo os medicamentos de forma regular"), Uso Irregular ("Não os utilizo de forma diária") e Sem Adesão ("Não utilizo as medicações").

A fase de análise foi realizada na Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) da mesma instituição. Ressalta-se que todas as variáveis deste estudo foram autorrelatadas, através de um questionário autoaplicável. As informações coletadas via *Google Forms* foram exportadas para o *Google Sheets* e, subsequentemente, transferidas para o *software SPSS®* (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 23.0. Inicialmente, realizou-se a análise descritiva para caracterização da amostra: as variáveis contínuas foram expressas por medidas de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio padrão, mínimo e máximo), enquanto as variáveis categóricas foram descritas por frequência absoluta e relativa. A normalidade da distribuição dos dados foi verificada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Com base nessa verificação, procedeu-se à análise inferencial utilizando testes não paramétricos: o Teste Exato de Fisher para associações categóricas e o Teste de Kruskal-Wallis para comparação de grupos independentes. Foi adotado um nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ). A consistência interna do instrumento HAT-QoL foi avaliada por meio do coeficiente alfa de Cronbach, apresentando adequada confiabilidade interna na amostra estudada, com valor de  $\alpha = 0,943$ .

## RESULTADOS

Foram coletados dados de 100 indivíduos atendidos em um hospital de referência sendo a maioria de pacientes ambulatoriais (60%), em sua maioria homens (85%), com a média de idade de 31 anos, solteiros (77%) e que possuem o ensino médio completo (59%). A maioria possuía vínculo celetista em seu local de trabalho (71%), estavam insatisfeitos com sua situação econômica (73%), tendo uma renda mensal individual de até 2 salários mínimos (60%) e uma renda mensal familiar de até 3 salários mínimos (46%) (Tabela 1).

**Tabela 1.** Características socioeconômicas de PVHIV atendidas em hospital de referência em infectologia (N: 100).

| Indicadores socioeconômicos         | N   | %    | Média (DP) |
|-------------------------------------|-----|------|------------|
| Idade (em anos) - Média (DP)        | 100 |      | 31 (8,0)   |
| Sexo                                |     |      |            |
| Feminino                            | 15  | 15%  |            |
| Masculino                           | 85  | 85%  |            |
| Estado civil                        |     |      |            |
| Solteiro                            | 77  | 77%  |            |
| Casado                              | 19  | 19%  |            |
| União estável                       | 02  | 2,0% |            |
| Divorciado                          | 02  | 2,0% |            |
| Escolaridade                        |     |      |            |
| Ensino Fundamental completo         | 01  | 1,0% |            |
| Ensino Fundamental incompleto       | 01  | 1,0% |            |
| Ensino Médio completo               | 59  | 59%  |            |
| Ensino Médio incompleto             | 16  | 16%  |            |
| Ensino Superior Completo            | 12  | 12%  |            |
| Ensino Superior incompleto          | 11  | 11%  |            |
| Vínculo empregatício                |     |      |            |
| Sem vínculo empregatício            | 10  | 10%  |            |
| Aposentado/pensionista              | 02  | 2,0% |            |
| Autônomo                            | 17  | 17%  |            |
| Celetista (CLT/Carteira assinada)   | 71  | 71%  |            |
| Satisfação com a situação econômica |     |      |            |
| Insatisfeito                        | 73  | 73%  |            |
| Nem satisfeito e nem insatisfeito   | 05  | 5,0% |            |
| Satisfeito                          | 22  | 22%  |            |

**Fonte:** Os autores.

**Legenda:** N = número de respondentes; DP = desvio padrão; CLT = Consolidação das Leis do Trabalho.

No que diz respeito ao perfil clínico da amostra, prevaleceram no estudo pacientes que tiveram diagnóstico recente de HIV, há menos de 5 anos (68%). Os resultados mostram uma alta adesão ao tratamento entre os pacientes, onde 65% utilizava os medicamentos de forma regular. Em relação às coinfeções, 49% dos pacientes relataram que obtiveram diagnóstico de outras infecções após o HIV, sendo a tuberculose a mais prevalente (47%). Os resultados indicaram uma prevalência de 30% de presença de comorbidades não associadas ao HIV entre os participantes, sendo a hipertensão arterial sistêmica a mais recorrente (63%) (Tabela 2).

Acerca dos hábitos de vida da amostra, 49% dos pacientes afirmaram serem tabagistas, 85% possuíam hábito etílico e 40% utilizaram outras drogas ilícitas nos últimos 12 meses, sendo a maconha a mais prevalente (32%). Sobre a satisfação com a própria saúde, 32% mostraram-se insatisfeitos.

**Tabela 2.** Características clínicas de PVHIV atendidas em hospital de referência em infectologia, 2024 (N: 100)

| Indicadores clínicos e de estilo de vida           | N  | %     |
|----------------------------------------------------|----|-------|
| Paciente está em internação hospitalar             |    |       |
| Sim                                                | 40 | 40%   |
| Não                                                | 60 | 60%   |
| Tempo de diagnóstico do HIV                        |    |       |
| < 5 anos                                           | 68 | 68%   |
| > 5 anos                                           | 32 | 32%   |
| Adesão ao tratamento                               |    |       |
| Uso regular                                        | 65 | 65%   |
| Uso irregular                                      | 25 | 25%   |
| Sem Adesão                                         | 10 | 10%   |
| Diagnóstico de outras infecções associadas ao HIV? |    |       |
| Sim                                                | 49 | 49%   |
| Não                                                | 51 | 51%   |
| Doenças diagnosticadas após o HIV (N = 49)         |    |       |
| Sífilis                                            | 12 | 25%   |
| Tuberculose                                        | 23 | 47%   |
| HPV                                                | 01 | 2,0%  |
| Citomegalovírus                                    | 03 | 6,0%  |
| Toxoplasmose                                       | 10 | 20,4% |

**Fonte:** Os autores.**Legenda:** N = número de respondentes.

Em relação à qualidade de vida, dos nove domínios avaliados pelo instrumento HATQoL, quatro apresentaram média de escores com valores superiores a 60 pontos, são eles: “Função Geral” (60,4); “Preocupações com a Saúde” (61,5); “Preocupações com a medicação” (64,5) e “Função Sexual” (66,0 pontos). O menor escore médio (33,6 pontos) foi observado no domínio “Preocupações com o sigilo” (Tabela 3).

**Tabela 3.** Escores da versão do HIV/AIDS-Targeted Quality of Life Instrument em português brasileiro (n:100)

| Escala                       | Itens | Média | Desvio padrão | Mediana | P25-P75      |
|------------------------------|-------|-------|---------------|---------|--------------|
| Função Geral                 | 6     | 60,4  | 38,2          | 83,0    | 25,0 - 92,0  |
| Satisfação com a Vida        | 4     | 55,6  | 37,8          | 56,7    | 19,0 - 92,0  |
| Preocupações com a saúde     | 4     | 61,5  | 39,8          | 87,5    | 19,0 - 100,0 |
| Preocupações financeiras     | 3     | 53,7  | 38,9          | 50,0    | 19,0 - 100,0 |
| Preocupações com a medicação | 5     | 64,5  | 41,3          | 90,0    | 21,3 - 100,0 |
| Aceitação do HIV             | 2     | 58,8  | 37,7          | 75,0    | 25,0 - 100,0 |
| Preocupação com o sigilo     | 5     | 33,6  | 31,9          | 20,0    | 5,0 - 58,8   |
| Confiança no profissional    | 3     | 59,9  | 31,6          | 75,0    | 27,0 - 83,0  |
| Função Sexual                | 2     | 66,0  | 43,0          | 100,0   | 13,8 - 100,0 |

**Fonte:** Os autores.**Legenda:** Alfa de cronbach ( $\alpha = 0,943$ ); P25-P75 = percentis 25 e 75 (intervalo interquartilico).

Na Tabela 4 observa-se a associação entre a adesão à terapia antirretroviral (TARV) e a ocorrência de coinfeções na amostra estudada. Embora 14 participantes em uso regular de TARV tenham apresentado o desenvolvimento de infecções associadas ao HIV, a maioria desse grupo não apresentou coinfeções. Em contraste, todos os pacientes que faziam uso irregular da TARV ou que não apresentavam adesão ao tratamento desenvolveram coinfeções. Essa diferença mostrou-se

estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ), evidenciando que apenas 21% dos indivíduos com uso regular da TARV apresentaram infecções oportunistas, enquanto essa proporção atingiu 100% nos grupos com uso irregular e sem adesão.

**Tabela 4.** Associação do uso regular de terapia antirretroviral com a incidência de coinfeções em PVHIV (n: 100)

| Adesão ao Tratamento | Diagnóstico de outra doença infecciosa após o diagnóstico do HIV? |     | p         |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------|-----|-----------|
|                      | Sim                                                               | Não |           |
| Uso Regular          | 14                                                                | 51  | p < 0.001 |
| Uso Irregular        | 25                                                                | 0   |           |
| Sem Adesão           | 10                                                                | 0   |           |
| Total                | 49                                                                | 51  |           |

Fonte: Os autores.

Legenda: p = valor de significância estatística (Teste Exato de Fisher).

Conforme apresentado na Tabela 5, observou-se que a adesão regular à TARV esteve associada a melhores escores de qualidade de vida em todos os domínios avaliados. Os participantes que relataram uso regular da medicação apresentaram valores significativamente superior quando comparados àqueles em uso irregular e aos sem adesão ao tratamento. As diferenças entre os grupos foram estatisticamente significativas em todos os domínios, conforme evidenciado pelo teste de Kruskal–Wallis com comparações entre pares ( $p < 0,001$ ).

**Tabela 5.** Associação do uso regular de TARV com a qualidade de vida em PVHIV (n: 100)

| Domínio - Qualidade de vida  | Adesão ao Tratamento | Mediana | P25-P75      | Postos de Média | H      | $\epsilon^2$ | p       |
|------------------------------|----------------------|---------|--------------|-----------------|--------|--------------|---------|
| Função Geral                 | Uso regular (n=65)   | 92,0    | 83,0 - 100,0 | 64,97           | 48,215 | 0,467        | < 0,001 |
|                              | Uso irregular (n=25) | 21,0    | 0,0 - 40,0   | 26,52           |        |              |         |
|                              | Sem Adesão (n=10)    | 8,0     | 0,0 - 22,0   | 16,40           |        |              |         |
| Satisfação com a Vida        | Uso regular (n=65)   | 81,0    | 57,0 - 100,0 | 64,86           | 47,209 | 0,457        | < 0,001 |
|                              | Uso irregular (n=25) | 19,0    | 0,0 - 25,0   | 25,88           |        |              |         |
|                              | Sem Adesão (n=10)    | 0,0     | 0,0 - 28,3   | 18,70           |        |              |         |
| Preocupações com a Saúde     | Uso regular (n=65)   | 92,0    | 88,0 - 100,0 | 65,13           | 49,905 | 0,484        | < 0,001 |
|                              | Uso irregular (n=25) | 19,0    | 3,0 - 31,0   | 26,44           |        |              |         |
|                              | Sem Adesão (n=10)    | 0,0     | 0,0 - 20,5   | 15,55           |        |              |         |
| Preocupações Financeiras     | Uso regular (n=65)   | 85,0    | 50,0 - 100,0 | 63,07           | 36,596 | 0,349        | < 0,001 |
|                              | Uso irregular (n=25) | 17,0    | 0,0 - 33,5   | 28,66           |        |              |         |
|                              | Sem Adesão (n=10)    | 12,5    | 0,0 - 36,0   | 23,40           |        |              |         |
| Preocupações com a Medicação | Uso regular (n=65)   | 100,0   | 90,0 - 100,0 | 65,45           | 53,003 | 0,515        | < 0,001 |
|                              | Uso irregular (n=25) | 20,0    | 0,0 - 25,0   | 23,48           |        |              |         |
|                              | Sem Adesão (n=10)    | 5,0     | 0,0 - 27,5   | 20,90           |        |              |         |
| Aceitação do HIV             | Uso regular (n=65)   | 88,0    | 63,0 - 100,0 | 63,05           | 35,843 | 0,342        | < 0,001 |
|                              | Uso irregular (n=25) | 15,0    | 0,0 - 56,5   | 27,32           |        |              |         |
|                              | Sem Adesão (n=10)    | 25,0    | 0,0 - 37,5   | 26,85           |        |              |         |
| Preocupação com o            | Uso regular (n=65)   | 30,0    | 17,5 - 60,0  | 59,42           | 18,012 | 0,162        | < 0,001 |

|                           |                      |       |              |       |        |       |         |
|---------------------------|----------------------|-------|--------------|-------|--------|-------|---------|
| Sigilo                    | Uso irregular (n=25) | 5,0   | 2,5 - 20,0   | 32,62 |        |       |         |
|                           | Sem Adesão (n=10)    | 20,0  | 0,0 - 40,0   | 37,20 |        |       |         |
|                           | Uso regular (n=65)   | 75,0  | 75,0 - 83,0  | 61,35 |        |       |         |
| Confiança no Profissional | Uso irregular (n=25) | 25,0  | 4,0 - 58,5   | 29,66 | 26,871 | 0,251 | < 0,001 |
|                           | Sem Adesão (n=10)    | 25,0  | 0,0 - 75,0   | 32,10 |        |       |         |
|                           | Uso regular (n=65)   | 100,0 | 75,0 - 100,0 | 58,48 |        |       |         |
| Função Sexual             | Uso irregular (n=25) | 25,0  | 0,0 - 100,0  | 37,54 | 17,400 | 0,156 | < 0,001 |
|                           | Sem Adesão (n=10)    | 12,5  | 0,0 - 81,3   | 31,00 |        |       |         |

**Fonte:** Os autores.

**Legenda:** DP = desvio padrão; P25-P75 = percentis 25 e 75 (intervalo interquartilico); H = estatística do teste de Kruskal-Wallis;  $\epsilon^2$  = tamanho de efeito (epsilon-quadrado); p = valor de significância estatística (teste de Kruskal-Wallis).

## DISCUSSÃO

Este estudo possibilitou analisar a associação entre o uso regular da TARV, a incidência de coinfeções e a qualidade de vida de PVHIV atendidas em um hospital de referência em infectologia em Goiânia, Goiás. Adicionalmente, permitiu caracterizar o perfil sociodemográfico, clínico e de hábitos de vida dessa população, bem como identificar a prevalência de comorbidades e os domínios da qualidade de vida mais afetados, contribuindo para uma compreensão mais abrangente dos fatores associados aos desfechos clínicos e psicossociais nesse contexto assistencial.

Os resultados deste estudo evidenciam um perfil sociodemográfico predominantemente masculino (85%) e de adultos jovens, com média de idade de 31 anos. Este achado reflete a tendência epidemiológica observada em diversos cenários nacionais, onde a população jovem, masculina e sexualmente ativa permanece como um grupo de alta vulnerabilidade à infecção<sup>6</sup>.

Dados epidemiológicos de 2023 reforçam que a infecção continua concentrada majoritariamente no sexo masculino, especialmente nas regiões Sudeste e Centro-Oeste, onde a desproporção é acentuada. Nestas localidades, a razão de sexo chega a 21 casos em homens para cada 10 em mulheres, evidenciando uma tendência significativa de crescimento. Historicamente, nota-se uma ampliação dessa disparidade: a razão de sexos, que em 2007 era de 14 homens cisgêneros para cada 10 mulheres cisgêneros, passou a ser de 28 para cada 10 a partir de 2020<sup>7</sup>.

Em relação à caracterização socioeconômica da amostra, marcada por níveis de escolaridade concentrados no ensino médio (59%) e renda mensal individual majoritariamente de até dois salários mínimos (60%), corrobora com os dados nacionais de 2023<sup>7</sup>. Apesar disso, a escolaridade observada neste estudo pode indicar uma maior habilidade em compreender e seguir os tratamentos e as recomendações médicas, o que pode levar a resultados de saúde mais positivos, uma vez que pacientes com ensino médio completo tendem a ter melhor adesão ao tratamento, quando comparados com pacientes com menor escolaridade<sup>8</sup>.

A análise do perfil econômico revela um aparente paradoxo: embora a maioria dos participantes possua vínculo empregatício formal (CLT), o que sugere estabilidade laboral, isso não se traduz em segurança financeira. A insatisfação econômica relatada por 73% da amostra evidencia que o emprego formal, por si só, não tem sido suficiente para garantir qualidade de vida. A predominância de renda individual de até 2 salários mínimos (e familiar de até 3) expõe a vulnerabilidade social desse grupo. Esse cenário de fragilidade financeira é um determinante crítico, pois pode comprometer diretamente a adesão ao tratamento e dificultar o acesso continuado aos serviços de saúde<sup>9</sup>.

No que tange aos hábitos de vida, os resultados revelam um cenário de alerta: observou-se uma alta prevalência de consumo de álcool (85%) e tabagismo (49%) entre os participantes. Considerando o aumento da expectativa de vida proporcionado pela Terapia Antirretroviral (TARV), as PVHIV estão expostas por mais tempo a fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis<sup>10</sup>. A presença significativa de Hipertensão Arterial Sistêmica (63%) como comorbidade mais recorrente nesta amostra reforça a necessidade de integrar ações de cessação do tabagismo e controle de fatores de risco cardiovasculares no cuidado ambulatorial de rotina<sup>11</sup>.

Do ponto de vista clínico, a incidência de coinfeções apresentou-se elevada, com 49% dos pacientes relatando outros diagnósticos infecciosos, sendo a tuberculose a mais prevalente (47%), seguida pela sífilis (25%). A predominância da tuberculose corrobora seu papel histórico como a principal causa de morbimortalidade em pessoas vivendo com HIV em

países em desenvolvimento<sup>12</sup>. Este dado destaca a urgência da manutenção de protocolos rigorosos de rastreamento de tuberculose latente e ativa, especialmente nos primeiros anos de diagnóstico<sup>13</sup>, período em que 68% da amostra deste estudo se encontrava (diagnóstico de HIV < 5 anos).

A adesão ao tratamento foi relatada por apenas em 65% da população deste estudo, divergindo dos resultados encontrados em uma coorte estadunidense, que reportaram apenas 38,7% de pacientes com adesão ideal; os autores ainda apontaram a complexidade dos esquemas medicamentosos como uma barreira para a adesão<sup>14</sup>. Prescrições de comprimido único apresentam maiores taxas de adesão ao tratamento quando comparados a esquemas com múltiplos comprimidos. Além dos aspectos farmacológicos, efeitos colaterais, barreiras socioeconômicas e fatores relacionados à saúde mental também interferem na adesão regular à terapia antirretroviral<sup>15</sup>.

Um dos achados centrais deste estudo aponta a associação entre a adesão à TARV e o relato de incidência de coinfeções. Os dados demonstraram que, enquanto a maioria dos pacientes com uso regular da medicação manteve-se livre de novas infecções, a totalidade dos indivíduos que utilizavam a terapia de forma irregular, ou que não a utilizavam, relataram o diagnóstico de coinfeções. Este resultado valida, no contexto local, a eficácia protetora da TARV na preservação da integridade imunológica descrita na literatura<sup>16</sup>, evidenciando que a falha na adesão expõe o indivíduo a um risco de contrair infecções oportunistas<sup>17</sup>.

Uma meta-análise publicada em 2022<sup>18</sup>, que incluiu 11.540 indivíduos em uso de terapia antirretroviral combinada, demonstrou que, embora o transtorno neurocognitivo associado ao HIV possa comprometer a adesão ao tratamento, ele não impede a preservação da funcionalidade entre pacientes que mantêm adesão adequada às terapias modernas. Entretanto, a presença de coinfeções, como hepatite C e sífilis, tende a intensificar os déficits cognitivos, aumentando o risco de declínio funcional. Dessa forma, o êxito do tratamento em longo prazo não depende exclusivamente da adesão rigorosa aos antirretrovirais, mas também do manejo efetivo de condições concomitantes que potencializam processos de neuroinflamação.

Essa relação entre adesão terapêutica e ocorrência de coinfeções repercute diretamente na qualidade de vida de PVHIV. A presença de infecções oportunistas não apenas compromete o estado clínico geral, demandando internações e sendo um dos principais fatores de mortalidade hospitalar<sup>19</sup>, como também impacta negativamente nas dimensões físicas, psicológicas e sociais<sup>20</sup>. O uso regular e adequado da TARV contribui não apenas para o controle virológico e para a recuperação imunológica, mas também para a redução de infecções oportunistas e para uma melhor qualidade de vida<sup>21,22</sup>.

Ao analisar a Qualidade de Vida (QV) por meio do instrumento HATQOL, observou-se que, embora domínios como "Função Sexual" (66,0) e "Preocupações com a Medicação" (64,5) tenham apresentado escores moderados a altos, o domínio "Preocupação com o Sigilo" obteve pontuação drasticamente inferior (33,6). Este resultado sugere que, apesar dos avanços biomédicos que permitem uma vida física saudável, o estigma social e o medo da discriminação (sorofobia) continuam a exercer um impacto negativo profundo no bem-estar psicológico dos pacientes<sup>23</sup>. O receio de ter o diagnóstico revelado permanece como um estressor crônico, muitas vezes superior às preocupações com a própria saúde física<sup>24,25</sup>.

O estigma relacionado ao HIV constitui uma barreira que compromete o bem-estar psicológico dos pacientes. A internalização do estigma tem sido consistentemente associada à depressão, ansiedade e baixa autoestima em pessoas vivendo com HIV<sup>26</sup>. Estudos recentes demonstram que o estigma internalizado contribui para sentimentos de vergonha, isolamento social e dificuldade em buscar apoio, podendo inclusive afetar negativamente a adesão ao tratamento antirretroviral<sup>27,28</sup>.

O medo da revelação não intencional do status sorológico permanece como uma preocupação central que leva muitos pacientes ao isolamento social e à evitação de relacionamentos próximos<sup>29</sup>. Indivíduos vivendo com HIV frequentemente desenvolvem estratégias elaboradas de ocultação do diagnóstico, incluindo evitar a retirada de medicamentos em farmácias locais ou omitir doses em situações sociais, comportamentos que paradoxalmente comprometem a adesão terapêutica<sup>27,30</sup>.

A incorporação de intervenções psicossociais no cuidado às pessoas vivendo com HIV é fundamental para abordar o estigma e melhorar a qualidade de vida. Revisões sistemáticas recentes demonstram que o suporte entre pares, grupos de apoio e terapia cognitivo-comportamental são eficazes na redução do estigma internalizado e na melhoria da adesão à TARV<sup>31,32</sup>. A formação continuada de profissionais de saúde em práticas não-estigmatizantes e a criação de ambientes terapêuticos acolhedores são igualmente essenciais para que os pacientes se sintam seguros ao compartilhar suas preocupações e manter o engajamento no cuidado<sup>30,33</sup>.

Por fim, a análise da associação entre o uso da TARV e a qualidade de vida revelou que a adesão regular é um determinante positivo e transversal. Pacientes aderentes apresentaram escores significativamente superior em todos os domínios avaliados, incluindo "Satisfação com a Vida", "Função Geral" e "Aceitação do HIV".

Estudos recentes confirmam que a adesão à TARV está fortemente associada à supressão viral sustentada e à melhoria significativa da qualidade de vida em múltiplas dimensões, incluindo bem-estar físico, psicológico e social<sup>16,34</sup>.

O controle da carga viral e a ausência de sintomas parecem traduzir-se em uma percepção de vida mais plena, com menor impacto das preocupações financeiras e de saúde, reforçando a importância de estratégias que fomentem a adesão não apenas como meta virológica, mas como ferramenta de promoção de qualidade de vida<sup>35-37</sup>.

Contrariando a noção de que o uso diário de medicamentos poderia ser um fardo restritivo, os dados indicam que a estabilidade clínica proporcionada pela adesão regular pode empoderar o paciente. Intervenções focadas no empoderamento demonstram que pacientes aderentes à TARV apresentam maior autoeficácia, autonomia e senso de controle sobre o futuro, elementos fundamentais para o enfrentamento positivo da condição crônica. A adesão consistente, portanto, transcende o simples cumprimento de prescrições médicas e configura-se como ferramenta de promoção da dignidade, independência e qualidade de vida<sup>27,30,38</sup>.

Os dados apresentados aqui evidenciam que pacientes que mantêm adesão adequada à TARV não apenas apresentam melhor controle viral e menor relato de coinfeções, como também referem melhor qualidade de vida, quando comparados àqueles em uso irregular ou sem adesão ao tratamento. A relevância clínica deste estudo reside justamente nesse achado, ao demonstrar que, para além do monitoramento da carga viral, a compreensão da qualidade de vida permite subsidiar a elaboração de estratégias de cuidado mais empáticas e efetivas no âmbito da saúde pública.

Apesar disso, os resultados devem ser interpretados com cautela, considerando as limitações metodológicas do estudo. Primeiramente, a utilização de uma amostra de conveniência pode comprometer a representatividade populacional, além de introduzir viés de seleção, uma vez que os participantes foram recrutados com base na acessibilidade. Além disso, o uso exclusivo de questionários digitais, embora tenha otimizado a coleta de dados, pode ter restringido a participação de indivíduos com menor letramento digital ou acesso limitado a recursos tecnológicos.

Outro aspecto relevante refere-se à dependência de informações autorrelatadas, tanto no que diz respeito à adesão à terapia antirretroviral quanto à presença de coinfeções, as quais não puderam ser confirmadas por meio de registros clínicos ou exames laboratoriais, em decorrência da anonimização dos dados dos participantes. Dessa forma, tais informações estão sujeitas a vieses de informação, incluindo erro de memória e desejabilidade social. Adicionalmente, a ausência de ajuste por potenciais fatores de confusão impede inferências causais mais robustas acerca das associações observadas.

Apesar dessas limitações, os participantes incluídos refletem o perfil clínico e assistencial do serviço estudado, o que permite uma análise consistente das associações no contexto investigado, contribuindo para a compreensão dos fatores relacionados à adesão terapêutica e às coinfeções em cenários semelhantes.

Para futuras pesquisas, sugere-se priorizar amostragens probabilísticas ou multicêntricas para reduzir o viés de seleção e ampliar a representatividade populacional em diferentes contextos socioeconômicos. Para mitigar vieses de autorrelato, sugere-se integrar o uso de instrumentos digitais a dados objetivos, como registros de dispensação de medicamentos e informações de prontuários eletrônicos. A confirmação clínica e laboratorial das coinfeções deve ser incorporada para garantir maior precisão na caracterização do perfil dos participantes. Adicionalmente, sugere-se que investigações futuras devem contemplar o ajuste por potenciais fatores de confusão (sociodemográficos, clínicos e psicossociais) e o emprego de delineamentos longitudinais, que permitam avaliar a temporalidade das associações e realizar inferências de causalidade mais robustas. Por fim, estratégias híbridas de coleta, combinando abordagens digitais e presenciais, podem favorecer a inclusão de indivíduos com menor letramento digital, promovendo maior equidade e abrangência amostral.

## CONCLUSÃO

Este estudo investigou a associação entre o uso regular da TARV, a qualidade de vida e a ocorrência de coinfeções em PVHIV. Observou-se que a manutenção da adesão ao tratamento, com uso regular da TARV, correlaciona-se com uma menor prevalência de relatos de coinfeções, ao mesmo tempo em que se associa a melhores escores de qualidade de vida em todos os domínios avaliados. Entretanto, a prevalência de baixos escores relacionados à preocupação com o sigilo e a frequente insatisfação financeira indicam que o estigma e a vulnerabilidade econômica permanecem como desafios latentes, mesmo em uma população majoritariamente empregada. Assim, os resultados reforçam que o manejo efetivo da infecção pelo HIV deve ir além do controle virológico, demandando o fortalecimento de estratégias multiprofissionais que

integrem ações de apoio socioeconômico e enfrentamento do estigma, com vistas à promoção de um cuidado integral que contemple não apenas a saúde física, mas também o bem-estar e a dignidade das pessoas vivendo com HIV.

#### ACESSO ABERTO



Este artigo está licenciado sob Creative Commons Attribution 4.0 International License, que permite o uso, compartilhamento, adaptação, distribuição e reprodução em qualquer meio ou formato, desde que você dê crédito apropriado ao(s) autor(es) original(is) e à fonte, forneça um link para o Creative Commons e indique se foram feitas alterações. Para mais informações, visite o site [creativecommons.org/licenses/by/4.0/](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

#### REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. O que é HIV [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2022 [citado em 12 Jan 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/hiv-aids>
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. 1. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018.
3. Alexandre JA, Lopes TMO, Santos Junior JLP, Alves ES, Brito LMC, Silva JCO, et al. Infecções oportunistas decorrentes de diagnóstico tardio de HIV: relato de caso. *Res Soc Dev*. 2023;12(5):e11112541465
4. Souza HCD, Mota MR, Alves AR, Lima FD, Chaves SN, Dantas RAE, et al. Análise da adesão ao tratamento com antirretrovirais em pacientes com HIV/AIDS. *Rev Bras Enferm*. 2019;72:1295-1303
5. Martins Neto C, Pires EMC, Souto Brito C, Beserra OLMG, Silva Junior JF, Mota JV, et al. Qualidade de vida no contexto de pacientes com HIV/AIDS: um estudo comparativo. *Saude Pesqui*. 2019;12(2):333-341
6. Paiva KGP, Frota NM, Nunes RM. HIV/AIDS epidemiology and morbidity-mortality in Brazil: a regional analysis from 2003 to 2023. *Contrib Cienc Soc*. 2025;18(5):e17667
7. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico HIV/Aids. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2023
8. Miranda MDMF, Oliveira DRD, Quirino GDS, Oliveira CJD, Pereira MLD, Cavalcante EGR. Adherence to antiretroviral therapy by adults living with HIV/AIDS: a cross-sectional study. *Rev Bras Enferm*. 2021;75(2):e20210019
9. Patterson J, Watson GP, Baker A, Sinclair RR, Jones K. Economic stress and healthcare adherence: the influence of job insecurity and income adequacy. *SAGE Open*. 2024;14(4):21582440241286978
10. Liu J, Hou Y, Sun L, Wang L, He Y, Zhou Y, et al. High population-attributable fractions of traditional risk factors for non-AIDS-defining diseases among people living with HIV in China: a cohort study. *Emerg Microbes Infect*. 2021;10(1):416-423
11. Özdener-Poyraz AE, Vaidean G. Preventive cardiovascular care in patients with HIV infection in an outpatient clinic. *J Pharm Pract*. 2022;35(4):612-6
12. Shepherd BE, Liang Z, Kim A, Cesar C, Veloso VG, Cortes CP, et al. Temporal trends in tuberculosis and time from enrollment in care to antiretroviral therapy initiation: a multicountry cohort study from Latin America. *Int J Infect Dis*. 2025;159:107979
13. Pipitò L, Ricci ED, Maggi P, De Socio GV, Pellicano GF, Trizzino M, et al. Screening for latent tuberculosis infection in people living with HIV: TUBHIVIT Project, a multicenter Italian study. *Vírus*. 2024;16(5):777
14. McComsey GA, Lingohr-Smith M, Rogers R, Lin J, Donga P. Real-world adherence to antiretroviral therapy among HIV-1 patients across the United States. *Adv Ther*. 2021;38(9):4961-4974
15. Cohen J, Beaubrun A, Bashyal R, Huang A, Li J, Baser O. Real-world adherence and persistence for newly-prescribed HIV treatment: single versus multiple tablet regimen comparison among US Medicaid beneficiaries. *AIDS Res Ther*. 2020;17(1):12
16. Nursalam N, Sukartini T, Misutarno M, Priyantini D. Adherence to antiretroviral therapy, CD4 count, viral load and opportunistic infections in people with HIV/AIDS: a cross-sectional study. *Jurnal Ners*. 2024;19(1):88-94
17. Woldegeorgis BZ, Zekarias Z, Adem BG, Obsa MS, Kerbo AA. Prevalence and determinants of opportunistic infections among HIV-infected adults receiving antiretroviral therapy in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *Front Med*. 2023;10:1087086
18. Nweke M, Mshunqane N, Govender N, Akinpelu AO, Ukwuoma M. Impact of HIV-associated cognitive impairment on functional independence, frailty and quality of life in the modern era: a meta-analysis. *Sci Rep*. 2022;12(1):6470
19. Meng S, Tang Q, Xie Z, Wu N, Qin Y, Chen R, et al. Spectrum and mortality of opportunistic infections among HIV/AIDS patients in southwestern China. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2023;42(1):113-120
20. Portilla-Tamarit I, Rubio-Aparicio M, Fuster-RuizdeApodaca MJ, Portilla-Tamarit J, Reus S, Portilla J. Health-related quality of life in people with advanced HIV disease, from 1996 to 2021: systematic review and meta-analysis. *AIDS Behav*. 2024;28(6):1978-1998
21. Panayi M, Charalambous GK, Jelastopulu E. Enhancing quality of life and medication adherence for people living with HIV: the impact of an information system. *J Patient Rep Outcomes*. 2024;8(1):10
22. Panel on Guidelines for the Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in Adults and Adolescents with HIV. Guidelines for the prevention and treatment of opportunistic infections in adults and adolescents with HIV [Internet]. Bethesda (MD): National Institutes of Health; 2025 [citado em 28 Jan 2026]. Disponível em: <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/adult-and-adolescent-opportunistic-infection>
23. Perger T, Davtyan M, Foster C, Evangeli M, Berman C, Kacanek D, et al. Impact of HIV-related stigma on antiretroviral therapy adherence, engagement and retention in HIV care, and transition to adult HIV care in pediatric and young adult populations living with HIV: a literature review. *AIDS Behav*. 2025;29(2):497-516.
24. Huang Y, Luo D, Chen X, Zhang D, Huang Z, Xiao S. HIV-related stress experienced by newly diagnosed people living with HIV in China: a 1-year longitudinal study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(8):2681
25. Hoang VTH, Pham HT, Nguyen LTP, Tran NA, Le-Thi VQT. The relationship between HIV-related stigma and quality of life among HIV-infected outpatients: a cross-sectional study in Vietnam. *J Public Health Res*. 2024;13(1):22799036241238667
26. Dessie ZG, Zewotir T. HIV-related stigma and associated factors: a systematic review and meta-analysis. *Front Public Health*. 2024;12:1356430
27. Amirkhanian YA, Meylakhs AY, Kuznetsova AV, Kelly JA, Quinn KG. (2024). Stigma, serostatus disclosure, coping strategies, and the role of social capital resources among HIV care-nonadherent MSM in Russia: a qualitative analysis. *AIDS Care*. 2024; 36(suppl1):117-125.

28. Yuan GF, Qiao S, Li X. Bridging internalized HIV stigma and depressive symptoms among people living with HIV in China during the COVID-19 pandemic: a network analysis. *Front Public Health*. 2024;11:1306414
29. Zhao T, Tang C, Ma J, Halili X, Yan H, Wang H. Interventions for subjective and objective social isolation among people living with HIV: a scoping review. *Soc Sci Med*. 2025;367:117604
30. Chenneville T, Kosyluk K, Gabbidon K, Franke M, Serpas D, Galea JT. Positive, Open, Proud: an adapted disclosure-based intervention to reduce HIV stigma. *Front Glob Womens Health*. 2024;5:1469465
31. Andersson GZ, Reinius M, Eriksson LE, Svedhem V, Esfahani FM, Deuba K, et al. Stigma reduction interventions in people living with HIV to improve health-related quality of life. *Lancet HIV*. 2020;7(2):e129-e140
32. Berg RC, Page S, Øgård-Repål A. The effectiveness of peer-support for people living with HIV: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2021;16(6):e0252623
33. Dhir AM, Singh A, Solomon S, Farley JE. Interventions for stigma reduction in HIV treatment and prevention designed to enhance antiretroviral uptake and adherence: a systematic review. *PLoS Glob Public Health*. 2025;5(5):e0004604
34. Degroote S, Vandekerckhove L, Vogelaers D, Vanden Bulcke C. Patient-reported outcomes among people living with HIV on single- versus multi-tablet regimens: data from a real-life setting. *PLoS One*. 2022;17(1):e0262533.
35. Nurwijayanti N, Rias YA, Nasution N, Samsudin RR, Priyono D, Rosyad YS. Synergist effect of antiretroviral therapy adherence and viral load suppression on quality of life of people with HIV/AIDS. *Br J Nurs*. 2023;32(1):12-18.
36. Gudala GR, Padayachee N, Vagiri RV. Beyond antiretroviral treatment: health-related quality of life of patients receiving antiretroviral treatment at a tertiary hospital in South Africa. *Dialogues Health*. 2025;6:100207.
37. Tadese BK, Hennessy F, Salmon P, Holbrook T, Prajapati G. Adherence to antiretroviral therapy and its association with quality of life among people with HIV in the United States. *AIDS Care*. 2024;36(12):1869-1881
38. Chinyandura C, Jiyane A, Tsalong X, Struthers HE, McIntyre JA, Rees K. Supporting retention in HIV care through a holistic, patient-centred approach: a qualitative evaluation. *BMC Psychol*. 2022;10(1):17

DATA DE PUBLICAÇÃO: 20 de fevereiro de 2026