

FACTORES ASSOCIADOS À NÃO ADEÇÃO À TERAPÊUTICA ANTIRRETROVIRAL EM LUANDA DURANTE A ESTRATÉGIA TESTAR E TRATAR: UM ESTUDO DE COORTE

FACTORS ASSOCIATED WITH NON-ADHERENCE TO ANTIRETROVIRAL THERAPY IN LUANDA DURING THE TEST AND TREAT STRATEGY: A COHORT STUDY

Arieth Simão Ferreira da Cruz¹, Joana Morais², João Pires³, Emanuel Catumbela⁴

1. Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade Agostinho Neto, Luanda, Angola

2. Instituto Nacional de Investigação em Saúde, Luanda, Angola

3. Escola Nacional de Saúde Pública de Angola, Luanda, Angola

4. Departamento de Patologia, Microbiologia e Métodos de Diagnóstico, Faculdade de Medicina, Universidade Agostinho Neto, Luanda, Angola

Recebido: 02/06/2025 - Aceite: 15/06/2026 - Publicado: 31/07/2026

Resumo

Introdução: A adesão rigorosa à terapêutica antirretroviral (TARV) é determinante para o sucesso das metas 90-90-90 e controlo da epidemia de VIH. O presente estudo avaliou as taxas de retenção e os factores sociodemográficos e clínicos associados à não adesão ao TARV aos 12 meses de seguimento em pessoas a viver com VIH (PVVIH) admitidas na estratégia Testar e Tratar em Luanda, Angola.

Métodos: Estudo de coorte retrospectivo analítico incluindo PVVIH adultas que iniciaram TARV em Fevereiro de 2018 em duas unidades hospitalares de referência de Luanda (Hospital Geral dos Cajueiros e Hospital Sanatório de Luanda). Avaliaram-se as taxas de retenção acumulada aos 3, 6 e 12 meses. Aplicou-se o teste do Qui-quadrado/Exacto de Fisher na análise bivariada e regressão logística múltipla para identificar os preditores independentes da não adesão (descontinuação/falta ao levantamento da medicação ≥ 30 dias).

Resultados: Analisaram-se 81 participantes, maioritariamente do sexo feminino (71,6%), com idade média concentrada na faixa dos 29 aos 39 anos (44,4%). A retenção em cuidados declinou de 76,5% (n=62) aos 3 meses para 56,8% (n=46) aos 6 meses e 54,3% (n=44) aos 12 meses, perfazendo uma não adesão/abandono acumulado de 45,7% (n=37) ao final de um ano. A análise multivariada identificou a história de hospitalização prévia como o único preditor independente de não adesão ao TARV (aOR = 3,52; IC95%: 1,15–10,76; p = 0,027). A faixa etária jovem (18 a 28 anos) apresentou uma associação significativa na análise bivariada (OR = 3,40; p = 0,041) e uma forte tendência de risco no modelo ajustado (aOR = 3,12; p = 0,067). Apenas 22,2% dos doentes realizaram teste de carga viral aos 6 meses, atingindo 94,4% de supressão viral no subgrupo testado.

Conclusão: A não adesão e o atrito na coorte continuam a constituir desafios críticos na implementação da estratégia Testar e Tratar em Luanda, concentrando-se as perdas nos primeiros seis meses pós-diagnóstico. Doentes com antecedentes de hospitalização e adultos jovens requerem estratégias diferenciadas de acompanhamento, busca activa e suporte psicossocial intensivo para assegurar a retenção a longo prazo.

Palavras-chave: VIH; Terapêutica Antirretroviral Alta Mente Activa; Adesão à Medicação; Fidelidade ao Tratamento; Estudos de Coortes; Angola.

Abstract

Background: Strict adherence to antiretroviral therapy (ART) is critical to achieving the UNAIDS 90-90-90 targets and controlling the HIV epidemic. This study evaluated retention rates and identified sociodemographic and clinical factors associated with non-adherence to ART at 12 months of follow-up among people living with HIV (PLWH) enrolled in the Test & Treat strategy in Luanda, Angola.

Methods: A retrospective analytic cohort study was conducted including adult PLWH who initiated ART in February 2018 across two referral hospitals in Luanda (Cajueiros General Hospital and Luanda Sanatorium Hospital). Cumulative retention rates were evaluated at 3, 6, and 12 months. Chi-square and Fisher's exact tests were applied for bivariate analysis, and multiple logistic regression was used to identify independent predictors of non-adherence (treatment interruption/failure to collect medication ≥ 30 days).

Results: A total of 81 participants were analyzed, predominantly female (71.6%), with a median age concentrated in the 29–39 age group (44.4%). Care retention declined from 76.5% (n=62) at 3 months to 56.8% (n=46) at 6 months and 54.3% (n=44) at 12

Correspondência

Arieth Simão Ferreira da Cruz
E-mail: assffcc33@gmail.com

Como Citar: Cruz, A., Morais, J., Pires, P., Catumbela, E. (2026). Factores Associados à Não Adesão à Terapêutica Antirretroviral em Luanda durante a Estratégia Testar e Tratar: Um Estudo de Coorte. Rev. Cient. Clín. Sagrada Esperança, 18(15), 17-24. <https://doi.org/10.70360/rccse.v.184>



© 2026, [Cruz, A., Morais, J., Pires, P., Catumbela, E.]. Este é um artigo de acesso aberto, distribuído sob os termos da licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0). (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

months, resulting in a cumulative non-adherence/attrition rate of 45.7% (n=37) at one year. Multivariate analysis identified prior hospitalization history as the sole independent predictor of ART non-adherence (aOR = 3.52; 95% CI: 1.15–10.76; p = 0.027).

Younger age (18–28 years) showed a significant association in bivariate analysis (OR = 3.40; p = 0.041) and a strong risk trend in the adjusted model (aOR = 3.12; p = 0.067). Only 22.2% of patients underwent viral load testing at 6 months, achieving a 94.4% viral suppression rate within the tested subgroup.

Conclusion: Non-adherence and cohort attrition remain major operational challenges in the implementation of the Test & Treat strategy in Luanda, with losses heavily concentrated within the first six months post-diagnosis. Patients with a history of prior hospitalization and young adults require targeted management strategies, active case tracing, and intensive psychosocial support to ensure long-term care retention.

Keywords: HIV; Antiretroviral Therapy, Highly Active; Medication Adherence; Treatment Adherence and Compliance; Cohort Studies; Angola.

Introdução

A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) permanecem como um dos maiores desafios de saúde pública à escala global. Não obstante, a expansão do acesso à Terapêutica Antirretroviral (TARV) transformou radicalmente o prognóstico da doença, convertendo uma condição outrora fatal numa infecção crónica gerível, com declínio substancial da morbimortalidade e aumento da esperança e qualidade de vida das Pessoas que Vivem com VIH (PVVIH)⁽¹⁻⁴⁾.

Com o intuito de acelerar o controlo da epidemia, a ONUSIDA e a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceram as metas 90-90-90 (expandidas para 95-95-95), visando garantir que 90% das PVVIH estejam diagnosticadas, 90% das diagnosticadas recebam TARV e 90% das tratadas alcancem a supressão viral indetetável (<1000 cópias/mL)^(5, 6, 9). Contudo, a concretização do impacto preventivo e terapêutico destas metas depende estritamente do sucesso na retenção contínua dos doentes nos serviços de saúde e do cumprimento rigoroso dos esquemas terapêuticos^(2, 7, 26).

A adesão à TARV é um processo dinâmico e multidimensional, definido como o grau de concordância entre o comportamento do doente e as orientações prestadas pela equipa de saúde relativamente à toma dos fármacos, acompanhamento clínico e estilo de vida⁽¹³⁻¹⁵⁾. A literatura internacional demonstra que a retenção em TARV tende a sofrer uma atrição progressiva ao longo do tempo, registando-se reduções acentuadas nas taxas de retenção acumulada a partir dos primeiros 12 meses de tratamento^(1, 2, 8). Na África Subsaariana, a manutenção de níveis óptimos de adesão enfrenta fragilidades estruturais complexas, sobressaindo a precariedade dos sistemas de saúde, determinantes socioeconómicos desfavoráveis e o estigma associado à doença^(2, 11, 19).

A não adesão e o uso irregular de antirretrovirais representam as principais ameaças ao sucesso terapêutico, culminando na falência virológica, progressão para doença avançada e proliferação de estirpes virais resistentes^(10, 13, 16-18). A avaliação da adesão baseia-se em métodos directos e indirectos, tais como o autorrelato, a contagem de comprimidos, a monitorização dos registos de dispensa da farmácia hospitalar e a medição da carga viral plasmática⁽¹³⁾. As barreiras que condicionam a não adesão são multifactoriais, abrangendo desde factores individuais e psicossociais (idade jovem, fraca literacia em saúde, ausência de suporte familiar e consumo nocivo de substâncias) a determinantes clínicos e organizacionais (complexidade posológica, reacções adversas aos fármacos, rotatividade dos profissionais de saúde e dificuldades no acesso geográfico às unidades de saúde)^(11, 13, 17, 19-22).

Em resposta aos desafios da retenção e com o propósito de acelerar o controlo da transmissão, Angola adoptou a política nacional Testar e Tratar (Test & Treat), recomendando o início imediato da TARV após o diagnóstico serológico, independentemente da contagem de linfócitos CD4 ou do estágio clínico^(4, 8, 9, 25). Todavia, embora a estratégia Testar e Tratar elimine as barreiras do início do tratamento, a rápida transição do diagnóstico para a medicação em países com recursos limitados coloca desafios acrescidos de preparação psicossocial e retenção em cuidados^(26, 27). Em Angola, escasseiam evidências empíricas sobre a dinâmica da retenção e os factores preditores do abandono no âmbito desta estratégia, onde as opções de esquemas de segunda linha são restritas^(1, 13).

Perante esta lacuna do conhecimento, torna-se imperativo identificar os marcadores de risco associados à falha na adesão para fundamentar estratégias locais de intervenção, como os clubes de adesão, a entrega descentralizada de fármacos e a busca activa^(23, 24). O presente estudo teve como objectivo avaliar a taxa de adesão ao TARV e identificar os factores sociodemográficos e clínicos independentemente associados à não adesão aos 12 meses de seguimento em PVVIH que iniciaram o tratamento no âmbito da estratégia Testar e Tratar, nas unidades de referência da província de Luanda.

Metodologia

Desenho e período do estudo

Realizou-se um estudo de coorte retrospectivo, com componente analítico, envolvendo pessoas a viver com VIH (PVVIH) que iniciaram a Terapêutica Antirretroviral (TARV) no âmbito da implementação da estratégia Testar e Tratar (Test & Treat). O período de inclusão compreendeu doentes admitidos em Fevereiro de 2018, tendo o acompanhamento longitudinal decorrido ao longo de 12 meses (Fevereiro de 2018 a Fevereiro de 2019). A recolha de dados e a busca activa de informação processaram-se em Julho de 2019.

Local do estudo

O estudo foi conduzido em duas unidades hospitalares públicas de referência na província de Luanda, Angola, pioneiras na operacionalização da estratégia Testar e Tratar a partir de Dezembro de 2017:

Hospital Geral dos Cajueiros (HGCC): Unidade hospitalar de nível secundário (provincial) localizada no município do Cazenga, vocacionada para a atenção integrada da população da zona norte de Luanda.

Hospital Sanatório de Luanda (HSL): Unidade hospitalar de nível terciário (nacional), situada no município do Kilamba Kiaxi, especializada no diagnóstico e tratamento de patologias infecciosas e contagiosas, com foco na tuberculose pulmonar e

co-infecção VIH/SIDA.

A selecção destas unidades baseou-se no elevado volume de doentes atendidos, na representatividade dos diferentes níveis de atenção à saúde (secundário e terciário) e no pioneirismo da implementação do protocolo institucional de TARV imediato.

População, amostra e critérios de elegibilidade

A população do estudo foi constituída por todas as PVVIH adultas que iniciaram a TARV em Fevereiro de 2018 nas duas unidades seleccionadas.

Cálculo amostral: o tamanho da amostra foi dimensionado considerando uma prevalência esperada de não adesão de 50% (para maximizar a variância), nível de confiança de 95% e poder estatístico de 80%, resultando num tamanho amostral mínimo de 99 doentes. A amostra final analisada com registos completos e seguimento elegível foi de 81 participantes.

Crítérios de inclusão: diagnóstico de infecção por VIH-1 ou VIH-2 confirmado; idade ≥ 18 anos; início formal da TARV em Fevereiro de 2018 no HGCC ou HSL.

Crítérios de exclusão: gravidez no momento do diagnóstico ou durante o seguimento (devido a protocolos de retenção específicos no rastreio pré-natal); transferência formal para outra unidade de saúde fora das duas estudadas; incapacidade cognitiva documentada para consentir; registos clínicos com perda de dados superior a 30% nas variáveis primárias. Os óbitos ocorridos no período foram contabilizados na análise de atrito da coorte.

Levantamento dos Dados

A recolha de dados decorreu em quatro etapas sucessivas:

- 1. Identificação da coorte e mapeamento (registos de entrada):** extracção dos números de processo clínico de todas as PVVIH que iniciaram TARV em Fevereiro de 2018 a partir dos livros de registo de Pré-TARV/TARV e do Sistema Electrónico de Gestão de Pacientes VIH+ (SEGP).
- 2. Triagem e recuperação documental (arquivo clínico):** localização física e digital dos processos clínicos nos arquivos centrais do HGCC e HSL, classificando-os de acordo com o estado do seguimento (activos vs. inactivos/abandonos).
- 3. Extracção de dados clínicos e laboratoriais (formulário padronizado):** preenchimento do formulário de recolha de dados previamente testado, registando variáveis sociodemográficas, registos de dispensas na farmácia hospitalar, contagens de CD4, estadiamento OMS e resultados de carga viral aos 3, 6 e 12 meses.
- 4. Busca activa e inquérito telefónico (acompanhamento do atrito):** para os doentes com registo de interrupção de levantamento de medicação, realizaram-se até três tentativas de contacto telefónico para confirmação do estado de retenção, motivos de não adesão e verificação de eventuais transferências ou óbitos não notificados.

Definição das variáveis e medidas

Variável dependente (desfecho primário): não adesão ao TARV, tratada como variável categórica dicotómica (Sim vs. Não). Foi operacionalizada como o falhanço no levantamento

da medicação antirretroviral na farmácia hospitalar por um período ≥ 30 dias consecutivos após a data agendada, e/ou interrupção do seguimento clínico (perda de seguimento/abandono) avaliada aos 3, 6 e 12 meses.

Variáveis independentes (preditores e cofactores):

Sociodemográficas - Sexo (feminino, masculino), idade (agrupada em 18–28, 29–39, 40–50, 51–61 anos), escolaridade (sem instrução, Iº ciclo, IIº ciclo, ensino médio, ensino superior), estado civil (solteiro, casado, união de facto, divorciado, viúvo) e município de residência.

Clínicas e de serviço - Estádio clínico inicial da OMS (I–II vs. III–IV), presença de infecções oportunistas (incluindo tuberculose pulmonar), história de hospitalização prévia (Sim vs. Não), tempo decorrido entre o diagnóstico e início do TARV (0 dias, ≤ 7 dias, > 7 dias), mudança de profissional de saúde assistente e realização de carga viral aos 6 e 12 meses.

Processamento e análise estatística

Os dados recolhidos foram introduzidos, validados e analisados utilizando o software estatístico Epi Info™ (versão 7.2.0.1) e R (versão 4.2).

Análise descritiva: as variáveis categóricas foram expressas através de frequências absolutas (n) e percentagens relativas (%), calculadas sobre o total de cada coluna de exposição/retenção. As taxas de retenção acumulada aos 3, 6 e 12 meses foram calculadas juntamente com os seus respectivos Intervalos de Confiança de 95% (IC95%).

Análise bivariada: para comparar as características sociodemográficas e clínicas entre os grupos de Adesão e Não Adesão, aplicou-se o Teste do Qui-Quadrado (χ^2) de Independência de Pearson ou o Teste Exacto de Fisher (quando mais de 20% das células apresentavam frequências esperadas inferiores a 5). A magnitude da associação bivariada foi estimada através da Odds Ratio bruta (OR) com IC95%.

Análise multivariada (regressão logística): para identificar os preditores independentes da não adesão e controlar potenciais factores de confusão, construiu-se um modelo de Regressão Logística Múltipla. Foram incluídas no modelo inicial todas as variáveis que demonstraram associação com valor de $p < 0,20$ na análise bivariada. O modelo final foi seleccionado através do método stepwise, reportando-se as Odds Ratios ajustadas (aOR), IC95% e valores de p . O nível de significância estatística fixou-se em $\alpha = 0,05$ ($p < 0,05$).

Considerações éticas

O protocolo do estudo foi submetido, apreciado e aprovado pelo Departamento de Ensino e Investigação da Faculdade de Medicina da Universidade Agostinho Neto e obteve parecer ético favorável da Comissão Nacional de Ética em Saúde (CNES) do Ministério da Saúde de Angola. Adicionalmente, obteve-se autorização formal das Direcções Clínicas do HGCC e HSL. Garantiram-se os princípios da Declaração de Otava e de Helsínquia: a participação foi voluntária mediante assinatura ou aposição dactilar do Consentimento Livre e Esclarecido (para doentes contactados) e todos os dados foram codificados e anonimizados antes do processamento estatístico, salvaguardando a confidencialidade das PVVIH.

Resultados

A amostra final foi constituída por 81 participantes, dos quais 54,3% (n=44) integraram o grupo de adesão ao TARV e 45,7% (n=37) o grupo de não adesão (Tabela 1). A maioria da população estudada era do sexo feminino (71,6%; n=58), sem diferença estatisticamente significativa quanto à distribuição entre os grupos de adesão (77,3%; n=34) e não adesão (64,9%; n=24; p=0,230). A faixa etária predominantemente representada foi a dos 29 aos 39 anos (44,4%; n=36), seguida pelas faixas dos 40–50 anos (25,9%; n=21) e 18–28 anos (23,5%; n=19). Não se observou associação com significado estatístico entre o grupo etário e a adesão ao tratamento (p=0,159).

Em relação à distribuição geográfica, o município do Cazenga concentrou o maior número de participantes (34,6%; n=28), representando 40,9% (n=18) do grupo de adesão e 27,0%

(n=10) do grupo de não adesão, seguido pelo Kilamba Kiaxi (25,9%; n=21) e Viana (14,8%; n=12). A variação do local de residência não demonstrou associação significativa com o desfecho de adesão (p=0,163). No que tange ao estado civil, predominaram os indivíduos solteiros (48,1%; n=39) e em união de facto (27,2%; n=22), registando-se distribuições homogêneas entre os aderentes e não aderentes (p=0,640).

Por fim, quanto ao nível de escolaridade, quase metade da coorte possuía o 1º ciclo do ensino secundário (44,4%; n=36), enquanto 19,8% (n=16) não tinham instrução formal e 18,5% (n=15) frequentaram o IIº ciclo. O ensino superior representou 14,8% (n=12) da amostra. Não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas no nível instrucional entre os grupos (p=0,309).

Tabela 1. Distribuição da coorte de Fevereiro de 2018 do HGCC e HSL de acordo com o perfil sociodemográfico

Variável sociodemográfica	Adesão (n=44) n (%)	Não Adesão (n=37) n (%)	Total (n=81) n (%)
Género			
Feminino	34 (77,3)	24 (64,9)	58 (71,6)
Masculino	10 (22,7)	13 (35,1)	23 (28,4)
Grupo etário (anos)			
18–28	6 (13,6)	13 (35,1)	19 (23,5)
29–39	22 (50,0)	14 (37,8)	36 (44,4)
40–50	13 (29,5)	8 (21,6)	21 (25,9)
51–61	3 (6,8)	2 (5,4)	5 (6,2)
Local de residência			
Belas	0 (0,0)	3 (8,1)	3 (3,7)
Cacuaco	2 (4,5)	1 (2,7)	3 (3,7)
Cazenga	18 (40,9)	10 (27,0)	28 (34,6)
Talatona	2 (4,5)	0 (0,0)	2 (2,5)
Luanda	2 (4,5)	6 (16,2)	8 (9,9)
Kilamba Kiaxi	10 (22,7)	11 (29,7)	21 (25,9)
Viana	7 (15,9)	5 (13,5)	12 (14,8)
Outra província*	3 (6,8)	1 (2,7)	4 (4,9)
Estado civil			
Casada(o)	4 (9,1)	1 (2,7)	5 (6,2)
Divorciada(o)	5 (11,4)	2 (5,4)	7 (8,6)
União de facto	11 (25,0)	11 (29,7)	22 (27,2)
Viúva(o)	4 (9,1)	4 (10,8)	8 (9,9)
Solteira(o)	20 (45,5)	19 (51,4)	39 (48,1)
Nível de escolaridade			
Sem instrução	9 (20,5)	7 (18,9)	16 (19,8)
Iº ciclo	19 (43,2)	17 (45,9)	36 (44,4)
Ensino médio	2 (4,5)	0 (0,0)	2 (2,5)
Ensino superior	4 (9,1)	8 (21,6)	12 (14,8)

*Kwanza Norte e Kwanza Sul.

A avaliação do estado clínico inicial segundo a classificação da OMS revelou que 54,3% (n=44) dos participantes apresentavam doença avançada (estádios III ou IV), observando-se uma proporção superior desta condição no grupo de não adesão (62,2%; n=23) quando comparado com o grupo de adesão (47,7%; n=21), embora sem significado estatístico ($\chi^2=1,688$; p=0,194) (Tabela 2). O diagnóstico de infecção oportunista acompanhou rigorosamente a distribuição do estágio clínico da OMS (p=0,194).

A tuberculose pulmonar esteve presente em 16,0% (n=13) do total de doentes, registando-se no grupo de não adesão (21,6%; n=8) uma frequência superior ao grupo de adesão (11,4%; n=5), sem contudo alcançar significância estatística (p=0,239).

Por outro lado, a história de hospitalização demonstrou uma associação estatisticamente significativa com a não adesão ao TARV (p=0,019). Entre os doentes que não aderiram ao trata-

ARTIGO ORIGINAL

Factores Associados à Não Adesão à Terapêutica Antirretroviral em Luanda durante a Estratégia Testar e Tratar: Um Estudo de Coorte

mento, 37,8% (n=14) haviam sido hospitalizados, em contraste com apenas 13,6% (n=6) no grupo que manteve adesão terapêutica.

A mudança de profissional de saúde (médico ou enfermeiro) foi reportada pela maioria dos participantes (70,4%; n=57), apresentando proporções idênticas entre o grupo de adesão (70,5%; n=31) e de não adesão (70,3%; n=26; p=1,000).

Quanto ao tempo decorrido até ao início da TARV, mais de metade da coorte (56,8%; n=46) iniciou o esquema no próprio dia do diagnóstico (0 dias), não se verificando diferenças significa-

tivas na distribuição do tempo de início entre os grupos (p=0,312).

Relativamente ao monitoramento laboratorial, registou-se uma elevada taxa de dados omissos para a carga viral: aos 6 meses, apenas 22,2% (n=18) da coorte total possuía registo do exame, sendo a realização substancialmente mais frequente no grupo de adesão (38,6%; n=17) do que no grupo de não adesão (2,7%; n=1; p<0,001). Entre os 18 doentes testados aos 6 meses, a taxa global de supressão viral (<1000 cópias/mL) foi de 94,4% (n=17).

Tabela 2. Distribuição da coorte de Fevereiro de 2018 do HGCC e HSL de acordo com o perfil clínico

Variável clínica	Adesão (n=44) n (%)	Não Adesão (n=37) n (%)	Total (n=81) n (%)	Teste estatístico	Valor de p
Estádio clínico (OMS)					
Bem clinicamente (OMS I–II)	23 (52,3)	14 (37,8)	37 (45,7)	$\chi^2=1,688$	0,194
Doença avançada (OMS III–IV)	21 (47,7)	23 (62,2)	44 (54,3)	$\chi^2=1,688$	0,194
Infecção oportunista					
Sim	21 (47,7)	23 (62,2)	44 (54,3)	$\chi^2=1,688$	0,194
Não	23 (52,3)	14 (37,8)	37 (45,7)	$\chi^2=1,688$	0,194
Tuberculose pulmonar					
Sim	5 (11,4)	8 (21,6)	13 (16,0)	Fisher	0,239
Não	39 (88,6)	29 (78,4)	68 (84,0)	Fisher	0,239
Hospitalização					
Sim	6 (13,6)	14 (37,8)	20 (24,7)	Fisher	0,019
Não	38 (86,4)	23 (62,2)	61 (75,3)	Fisher	0,019
Mudança de médico/enfermeiro					
Sim	31 (70,5)	26 (70,3)	57 (70,4)	$\chi^2=0,000$	1,000
Não	13 (29,5)	11 (29,7)	24 (29,6)	$\chi^2=0,000$	1,000
Tempo até ao início da TARV					
Mesmo dia (0 dias)	24 (54,5)	22 (59,5)	46 (56,8)	$\chi^2=2,328$	0,312
≤7 dias	13 (29,5)	6 (16,2)	19 (23,5)	$\chi^2=2,328$	0,312
>7 dias	7 (15,9)	9 (24,3)	16 (19,8)	$\chi^2=2,328$	0,312
Carga viral realizada aos 6 meses					
Realizada	17 (38,6)	1 (2,7)	18 (22,2)	Fisher	<0,001
Não realizada / sem registo	27 (61,4)	36 (97,3)	63 (77,8)	Fisher	<0,001
Supressão viral aos 6 meses ‡					
Supressão (<1000 cópias/mL)	16 (94,1)	1 (100,0)	17 (94,4)	Fisher	1,000
Falha / não suprimido (≥1000)	1 (5,9)	0 (0,0)	1 (5,6)	Fisher	1,000

‡Calculado apenas para a subamostra com teste de carga viral realizado aos 6 meses (n=18).

A análise longitudinal da coorte (N=81) revelou uma redução progressiva na taxa de retenção em cuidados ao longo dos 12 meses de seguimento pós-início da TARV (Tabela 3). Aos três meses de acompanhamento, a taxa de retenção situou-se em 76,5% (n=62; IC95%: 66,0–84,6%), registando-se a maior perda de seguimento no período inicial (atrito de 23,5%; n=19).

Aos seis meses, a retenção acumulada declinou para 56,8%

(n=46; IC95%: 45,8–67,1%), perfazendo uma perda acumulada de 43,2% (n=35) no primeiro semestre.

Entre os seis e os doze meses de seguimento observou-se uma estabilização na retenção da coorte, atingindo os 54,3% (n=44; IC95%: 43,4–64,8%) ao final de um ano de estudo, com uma perda marginal adicional de apenas 2,5% (n=2) neste segundo semestre.

Tabela 3. Distribuição da coorte de Fevereiro de 2018 do HGCC e HSL de acordo com a taxa de adesão à TARV aos 3, 6 e 12 meses

Ponto de seguimento	Pacientes retidos (n)	Taxa de retenção acumulada % (IC95%)	Perdas no período n (%)	Perda acumulada n (%)
Linha de base (coorte 2018)	81	100,0 (95,5–100,0)	—	—
3 meses	62	76,5 (66,0–84,6)	19 (23,5)	19 (23,5)

Ponto de seguimento	Pacientes retidos (n)	Taxa de retenção acumulada % (IC95%)	Perdas no período n (%)	Perda acumulada n (%)
6 meses	46	56,8 (45,8-67,1)	16 (19,8)	35 (43,2)
12 meses	44	54,3 (43,4-64,8)	2 (2,5)	37 (45,7)

Para identificar os factores independentemente associados à não adesão ao TARV, realizou-se uma análise de regressão logística, cujos resultados encontram-se discriminados na Tabela 4. As variáveis que apresentaram valor de $p < 0,20$ na análise bivariada foram integradas no modelo multivariado inicial.

Após o ajustamento para potenciais factores de confusão, a história de hospitalização manteve-se como o único factor clínico com associação estatisticamente significativa e independente com a não adesão ao tratamento. Os doentes com antecedentes de hospitalização apresentaram uma probabilidade

3,5 vezes superior de não aderirem ao TARV em comparação com aqueles que não foram hospitalizados (aOR=3,52; IC95%: 1,15–10,76; $p=0,027$).

No que tange aos factores sociodemográficos, a faixa etária dos 18 aos 28 anos demonstrou uma tendência para maior risco de não adesão quando comparada com o grupo de referência dos 29 aos 39 anos (aOR=3,12; IC95%: 0,92–10,58), embora sem atingir o limiar de significância estatística após o ajustamento multivariado ($p=0,067$). As restantes variáveis sociodemográficas e clínicas não demonstraram associação independente com a não adesão no modelo final.

Tabela 4. Factores associados à não adesão à TARV pela regressão logística

Variável / categoria	OR bruto (IC95%)	Valor de p	OR ajustado† (IC95%)	Valor de p
Sexo				
Feminino	1,00 (Ref.)	—	—	—
Masculino	1,84 (0,69–4,89)	0,221	—	—
Grupo etário (anos)				
29–39	1,00 (Ref.)	—	1,00 (Ref.)	—
18–28	3,40 (1,05–11,04)	0,041	3,12 (0,92–10,58)	0,067
40–50	0,97 (0,33–2,82)	0,952	—	—
51–61	1,05 (0,16–6,96)	0,961	—	—
Nível de escolaridade				
Iº ciclo	1,00 (Ref.)	—	—	—
Sem instrução	0,87 (0,28–2,72)	0,812	—	—
IIº ciclo	0,56 (0,16–1,91)	0,354	—	—
Ensino superior	2,24 (0,58–8,63)	0,242	—	—
Hospitalização				
Não	1,00 (Ref.)	—	1,00 (Ref.)	—
Sim	3,86 (1,30–11,44)	0,015	3,52 (1,15–10,76)	0,027
Estádio clínico (OMS)				
Bem clinicamente (I–II)	1,00 (Ref.)	—	—	—
Doença avançada (III–IV)	1,80 (0,74–4,37)	0,195	—	—
Início da TARV				
0 dias	1,00 (Ref.)	—	—	—
≤7 dias	0,50 (0,16–1,57)	0,237	—	—
>7 dias	1,40 (0,46–4,28)	0,551	—	—

†Modelo de regressão logística múltipla, ajustado por método stepwise (variáveis com $p < 0,20$ na análise bivariada).

Discussão

Após mais de duas décadas desde a descoberta do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), a compreensão da dinâmica da epidemia continua a apresentar inúmeros desafios. No entanto, a expansão do início precoce da terapêutica antirretroviral (TARV) tem resultado num declínio significativo da morbimortalidade associada ao VIH/SIDA a nível global^(1, 2). A estratégia de Aceleração da Resposta é crucial para alcançar as metas de tratamento 90-90-90 propostas pela ONUSIDA, que visavam garantir que 90% das pessoas vivendo com VIH (PV-VIH) estivessem diagnosticadas, 90% destas em tratamento e 90% com supressão viral^(5, 6). Apesar da sua universalidade, alcançar estas metas torna-se mais desafiante em países com recursos limitados, especialmente na África Subsaariana, que

concentrava cerca de 70% das infecções por VIH e 61% das novas infecções a nível mundial em 2018^(1, 8).

Na presente coorte, observou-se uma predominância do género feminino (71,6%), com uma taxa de adesão descritiva superior à dos homens, embora sem significância estatística na análise inferencial. Esta maior representatividade de mulheres alinha-se com os achados de Pires et al.⁽¹¹⁾ em Nampula, Moçambique (69,8%), e de Foresto et al.⁽¹⁰⁾ no Brasil, mas diverge dos resultados de Miyada et al.⁽¹⁷⁾, onde o género masculino foi maioritário (56%). Embora a prevalência de infecção por VIH seja frequentemente superior em mulheres na região⁽¹⁾, a análise multivariada confirmou que o género não constituiu um preditor independente de não adesão.

As PVVIH da coorte concentraram-se maioritariamente na faixa etária dos 29 aos 39 anos (44,4%), o que se alinha com as tendências globais de concentração de novas infecções em populações jovens e economicamente activas⁽¹⁾. Em países em desenvolvimento, factores como o acesso limitado à educação e aos serviços de saúde sexual e reprodutiva exacerbam a vulnerabilidade destes grupos⁽¹⁾. Notavelmente, a não adesão foi

substancialmente mais pronunciada nos indivíduos com idades entre os 18 e os 28 anos (no grupo de não adesão vs. no grupo de adesão). Este achado corrobora a literatura que identifica a idade inferior a 30 anos como um factor de risco crítico para a descontinuação da TARV^(18, 19). Na análise bivariada, a faixa dos 18 aos 28 anos apresentou um risco três vezes superior de não adesão, mantendo uma forte tendência de risco após ajustamento multivariado.

Geograficamente, a maioria dos participantes residia nos municípios do Cazenga (34,6%) e Kilamba Kiaxi (25,9%), áreas de influência directa das unidades de saúde de referência. A distância ao serviço de saúde não demonstrou associação significativa com a não adesão, embora a presença de doentes residentes fora da província de Luanda (4,9%) possa sugerir a procura de cuidados longe do local de residência habitual para mitigar o estigma social e a quebra de confidencialidade^(16, 17).

Relativamente à estrutura familiar e instrução, a coorte era maioritariamente constituída por solteiros (48,1%) e indivíduos com o 1º ciclo de escolaridade (44,4%), reflectindo o perfil sociodemográfico regional^(6, 17, 19). Ao contrário de estudos que associam a baixa escolaridade e a ausência de apoio conjugal a um menor cumprimento terapêutico^(14, 19, 20), nem o estado civil nem o nível educacional demonstraram associação estatisticamente significativa com a adesão nesta amostra.

No plano clínico, mais de metade da coorte apresentava doença avançada (estádios III e IV da OMS) e infecções oportunistas à entrada, destacando-se a tuberculose pulmonar em 16,0% dos casos. Este diagnóstico tardio é reflexo das barreiras de acesso ao rastreio precoce⁽⁹⁾. O achado clínico mais relevante do presente estudo foi a história de hospitalização prévia, que se revelou um preditor independente e estatisticamente significativo de não adesão à TARV. A necessidade de internamento reflecte não só uma gravidade clínica extrema, mas também falhas graves na continuidade dos cuidados ambulatoriais e na retenção inicial.

A análise longitudinal da coorte revelou uma perda de seguimento/retenção crítica nos primeiros meses de tratamento: a taxa de retenção caiu de 100% para 76,5% aos 3 meses e para 56,8% aos 6 meses, estabilizando nos 54,3% aos 12 meses. Este padrão confirma que o primeiro semestre pós-início da TARV representa a janela de maior vulnerabilidade ao abandono. Apesar de a taxa de não adesão/abandono ao final de um ano ser elevada, situa-se abaixo dos níveis reportados por Yaya et al.⁽¹⁷⁾ no Togo () e por Kioko & Pertet⁽²⁸⁾ no Quênia. Adicionalmente, a escassez de dados de carga viral, em que apenas 22,2% dos doentes

realizaram o exame aos 6 meses, evidencia fragilidades operacionais na monitorização laboratorial, embora no subgrupo testado a taxa de supressão viral tenha atingido 94,4%^(26, 27).

Limitações

Este estudo apresenta limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. A dimensão reduzida da coorte e a perda de contacto com doentes que abandonaram o serviço podem ter introduzido viés de informação e limitado o poder estatístico para detectar associações em categorias com poucas observações (como o nível de escolaridade superior).

A elevada proporção de exames de carga viral não realizados inviabilizou a análise da supressão virológica como desfecho principal no modelo multivariado. A ausência de medição directa de variáveis como rendimento familiar, segurança alimentar, suporte social percebido e estigma internalizado impediu a avaliação do seu impacto na adesão. O período de acompanhamento de 12 meses não permite extrapolar os padrões de retenção e adesão a longo prazo.

Conclusões

A história de hospitalização prévia constituiu o principal factor independente associado à não adesão à TARV, funcionando como um importante marcador de alerta clínico. A idade jovem (18 a 28 anos) associou-se a uma maior probabilidade de não adesão na análise bivariada, mantendo uma forte tendência de risco após ajustamento multivariado. A perda de retenção na coorte ocorre predominantemente no primeiro semestre de tratamento (com o atrito acumulado a atingir 43,2% aos 6 meses), demonstrando estabilização entre os 6 e os 12 meses. A elevada taxa de abandono aos 12 meses e as lacunas no registo da carga viral reforçam a necessidade urgente de implementar estratégias intensivas de gestão de doentes, suporte psicossocial e busca activa nos primeiros 180 dias de tratamento antirretroviral.

Declaração de conflito de interesses: Os autores declaram não haver nenhum conflito de interesses.

Contribuição dos autores: ASFC e JM participaram na concepção e projecto ou análise e interpretação dos dados. ASFC, EC e JM participaram da redacção do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual. Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada. ASFC é responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exactidão e integridade de qualquer parte da obra.

Financiamento: Ministério da Saúde - Projecto REDISSE IV, financiado pelo World Bank.

Referências bibliográficas

- (1) Swinkels H, Nguyen A, Gulick P. HIV and AIDS. StatPearls [Internet]. 2024 [citado 20 de maio de 2025]; Disponível em: <https://www.statpearls.com/point-of-care/22914>
- (2) OMS (2017) Guidelines on HIV self-testing and partner notification: supplement to consolidated guidelines on HIV testing services. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251655/1/9789241549868-eng.pdf?ua=1>
- (3) BONOLO, P. de F., GOMES, R. R. de F. M., GUIMARÃES, M. D. C. (2007 Out-Dez). Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/aids): fatores associados e medidas da adesão. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 16(4):261-278.
- (4) WHO (2016) Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach - 2nd ed. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/WHO_HIV_2016.05_eng.pdf

- (5) **OMS** (2018) Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275321/WHO-CDS-HIV-18.31-eng.pdf>
- (6) **WHO** (2013) Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85321/1/9789241505727_eng.pdf
- (7) **OMS** (2019) HIV drug resistance report 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-CDS-HIV-19.09>
- (8) **Hlongwa M, Basera W, Hlongwana K, Lombard C, Laubscher R, Duma S, et al.** Linkage to HIV care and early retention in HIV care among men in the 'universal test-and-treat' era in a high HIV-burdened district, KwaZulu-Natal, South Africa. *BMC Health Services Research*. 2 de abril de 2024;24(1):384.
- (9) **INLS** (2017) Nota técnica sobre as mudanças no diagnóstico e tratamento da infeção pelo HIV/Sida em Angola para Adultos, gestantes, adolescentes e crianças.
- (10) **MIYADA, M. C., MENDES, A. A., POPOLIN, M. A., et al.** (2017). Adesão ao tratamento antirretroviral para o HIV/aids: revisão sistemática. *Rev. Saúde Pública*, 51:36.
- (11) **PIRES P. das N., MAREGA A., CREAGH J. M.** (2017). Adesão à terapia antirretroviral em pacientes infetados pelo VIH nos cuidados de saúde primários em Nampula, Moçambique. *Rev Port Med Geral Fam*; n.33, pag. 30-40.
- (12) **FORESTO JS, MELO ES, COSTA CRB, ANTONINI M, GIR E, REIS RK** (2017 Mar). Adesão à terapêutica antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids em um município do interior paulista. *Rev Gaúcha Enferm*. 38(1):e63158. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.63158>
- (13) **Morreel S, Schepens T, Florence E, Kint I, Koole O, Colebunders R.** Prevalence and risk factors associated with loss to follow-up in a cohort of HIV-infected patients treated with highly active antiretroviral treatment. *Journal of the International AIDS Society*. 10 de novembro de 2008;11(1):P228.
- (14) **RODRIGUES, R., MAKUSD, I.** (2017). Adesão ao tratamento antirretroviral em pacientes com HIV/Aids: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 7(1):111-125.
- (15) **PEREIRA, M. M., SANTOS, N. J. dos, GALVÃO, M. T. G.** (2012). Fatores associados à não adesão ao tratamento antirretroviral em adultos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 20(2):268-275.
- (16) **OMS** (2015) Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161445/1/WHO_HIV_2015.15_eng.pdf
- (17) **YAYA S, et al.** (2014). Predictors of adherence to antiretroviral therapy among people living with HIV in Kinshasa, Democratic Republic of the Congo. *AIDS Patient Care STDS*; 28(11):608-16.
- (18) **CUMAQUELA F. P. M.** (2011). Adesão a terapêutica anti-retroviral (TARV): Experiência dos Serviços Farmacêuticos do Hospital Central de Maputo. Universidade Eduardo Mondlane, Faculdade de Medicina, Mestrado em Saúde Pública, Maputo.
- (19) **GASPAR, E. J. T.** (2013). Fatores que influenciam a adesão à terapêutica anti-retroviral. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- (20) **BONOLO, P. de F., GOMES, R. R. de F. M., GUIMARÃES, M. D. C.** (2007 Out-Dez). Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/aids): fatores associados e medidas da adesão. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 16(4):261-278.
- (21) **Majigo M, Somi G, Joachim A, Manyahi J, Nondi J, Sambu V, et al.** Prevalence and incidence rate of tuberculosis among HIV-infected patients enrolled in HIV care, treatment, and support program in mainland Tanzania. *Tropical Medicine and Health*. 4 de setembro de 2020;48(1):76.
- (22) **ICAP** (2012) Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento antirretroviral: guia prático. ICAP, Columbia University, New York.
- (23) **Simooya C, Silumbwe A, Halwindi H, Zulu JM, Nzala S.** Exploring communication and implementation challenges of the HIV/AIDS policy change to test-and-treat-all in selected public health facilities in Lusaka District, Zambia. *Implementation Science Communications*. 12 de maio de 2023;4(1):51.
- (24) **FURTADO, G. H. C., GRANGEIRO, A. R., LEAL, M. C. G., et al.** (2017). Testar e tratar: panorama da implementação e desafios para o controle da epidemia de HIV no Brasil. *AIDS 2017*; 31(Suppl 1):S3-S14.
- (25) **POLEJACK L., Seidl, E. M. F.** (2010). Monitoring and evaluation of adherence to ARV treatment for HIV/aids: challenges and possibilities. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 1):1201-1208.
- (26) **Gonzalez-Serna A, Lima VD, Montaner JS, Harrigan PR, Brumme CJ.** "Test-and-Treat" Strategy for Control of HIV and AIDS Can Lead to a Decrease, Not an Increase, of Multidrug-Resistant Viruses. *Clin Infect Dis*. 1 de agosto de 2013;57(3):478-9.
- (27) **MELO, M. M. de O., BERMÚDEZ, J. A. E., SOUZA, C. D. de** (2014). Adesão à terapia anti-retroviral: conceitos, medidas, intervenções e desafios. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30(7):1387-1399.
- (28) **KIOKO, M. T., & PERTET, A. M.** (2017). Factors contributing to antiretroviral drug adherence among adults living with HIV or AIDS in a Kenyan rural community. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 9(1), e1-e7. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v9i1.1284>