

Adesão ao tratamento antirretroviral de pacientes vivendo com HIV/AIDS atendidos pelo Sistema Único de Saúde

Renata Cunha RESENDE¹
Márcia Helena Miranda Cardoso PODESTÁ²
Walnéia Aparecida de SOUZA²
Thaís de Oliveira BARROSO³
Olinda Maria Gomes da Costa VILAS BOAS²
Eric Batista FERREIRA²

*Autor Correspondente: mhmc Cardoso@hotmail.com

1. Residente Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Alfenas-MG
2. Professores da Universidade Federal de Alfenas-MG
3. Discente do curso de Farmácia da Universidade Federal de Alfenas-MG

Recebido em: 16/08/2012 - Aprovado em: 11/12/2012 - Disponibilizado em: 30/12/2012

RESUMO: Introdução: A baixa adesão ao tratamento farmacológico compreende um dos maiores perigos para a efetividade do tratamento de portadores de HIV. O sucesso dessa terapia depende de elevada adesão do paciente ao tratamento. **Objetivos:** determinar o grau adesão ao tratamento farmacoterapêutico dos portadores de HIV em Alfenas-MG e avaliar os fatores preditivos da adesão. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa quantitativa, exploratória, analítica e descritiva. A pesquisa foi realizada na Unidade de Dispensação de Medicamentos Antirretrovirais (UDM) e no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) do município de Alfenas, onde foram entrevistados 129 usuários de medicamentos antirretrovirais. Foi aplicado o teste de adesão CEAT-VIH. Para a análise dos resultados, foi feito os testes qui-quadrado e exato de Fisher, a 5% de significância. **Resultados:** Houve predomínio de pacientes do sexo masculino (57,4%); 39% apresentaram idade entre 39 a 48 anos, a maioria solteiro (37,2%); 23% não completaram o primeiro grau e 42% apresentaram renda familiar de até um salário mínimo. A maioria dos pacientes adquiriu a doença através de sexo sem proteção (77%); têm o diagnóstico há mais de 5 anos (33,3%); não bebe e não fuma (58% e 63% respectivamente). Em relação à adesão, apenas 37,2% apresentaram adesão estrita; 30,2% boa adesão e 32,6% baixa adesão. As variáveis que se mostraram dependentes da adesão foram sexo (p valor=0,02) e carga viral (p valor=0,01). **Conclusão:** Embora o paciente seja frequentemente o foco das intervenções para melhorar a adesão ao tratamento, é necessário que os profissionais e serviços de saúde assumam a co-responsabilidade nesse processo.

PALAVRAS-CHAVE: adesão ao tratamento; HIV/Aids; Sistema Único de Saúde

Treatment adherence of patients living with HIV/AIDS attended by public health system

ABSTRACT: Introduction: The low adherence to pharmacologic treatment comprises one of the greatest threats to the effectiveness of treatment of patients with HIV. The success of this therapy depends on the high degree of adherence to treatment. **Objectives:** To determine the degree adherence to pharmacotherapeutic treatment of HIV carriers in Alfenas-MG and to evaluate the predictor factors of adherence. **Methodology:** This is a quantitative research, exploratory, descriptive and analytical. The survey was conducted in the Dispensing Antiretroviral Medicines Unit (DAMU) and the Counseling and Testing Center (CTC) of the city of Alfenas, where 129 users of antiretroviral drugs were interviewed. It was applied the adherence test CEAT-HIV. For the analysis of results, were done the chi-square and Fisher's exact test, to 5% of significance level. **Results:** There was a predominance of male patients (57.4%), 39% were aged between 39 to 48 years, mostly single (37.2%), 23% had not completed elementary school and 42% had family incomes up to the minimum wage. Most patients acquired the disease through unprotected sex (77%); they were diagnosed for more than 5

years (33.3%), that don't drink or smoke (58% and 63% respectively). Regarding adherence, only 37.2% had strict adherence, 30.2% good adherence and 32.6% low adherence. The variables that were shown dependent on adherence were gender (pvalor = 0.02) and viral load (pvalor = 0.01). **Conclusion:** Although the patient is often the focus of interventions to improve adherence to treatment, it is necessary that health care professionals and health services assume co-responsibility in this process.

KEY WORDS: adherence to treatment; HIV; Public Health System

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é considerada um grande problema de saúde pública devido ao seu caráter pandêmico, a sua gravidade e complexidade e muito tem sido feito para controlar esta doença, desde seu início, nos anos 1980 (UNAIDS, 2008a).

O Brasil foi o primeiro país em desenvolvimento a adotar uma política pública de acesso ao tratamento antirretroviral (ARV). A atuação brasileira no tratamento da doença destacou-se por seu pioneirismo no plano internacional e demonstrou ser possível atuar na dinâmica dos preços dos medicamentos no mercado global. A distribuição gratuita e universal de ARV pelo Sistema Único de Saúde foi garantida por lei sancionada em 1996 (BRASIL, 1996). Nesse momento, foi editada a Lei nº 9.313/96, garantindo a distribuição gratuita dos medicamentos ARV no âmbito do SUS. Desde então, tem sido ampliado o acesso gratuito ao diagnóstico do HIV e, conseqüentemente, ao tratamento da AIDS.

São oferecidas no país quatro classes terapêuticas de ARV: inibidor da transcriptase

reversa análogo de nucleosídeo ou nucleotídeo (ITRN); inibidor da transcriptase reversa não análogo de nucleosídeo (ITRNN); inibidor da protease (IP) e inibidor de fusão. A partir de 2008, um novo inibidor da protease seria incluído, e o Ministério da Saúde passaria a distribuir 18 medicamentos antirretrovirais por meio do SUS (LAGO; COSTA, 2010).

Os objetivos da terapia ARV são reduzir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida das pessoas, por meio da supressão viral, o que permite retardar ou evitar o surgimento da imunodeficiência. Os resultados obtidos com o tratamento – a redução progressiva da carga viral e a manutenção e/ou restauração do funcionamento do sistema imunológico – têm sido associados a benefícios marcantes na saúde física das pessoas soropositivas e têm permitido que elas retomem e concretizem seus projetos de vida (BASTOS, 2006). Entretanto, vários fatores interferem no sucesso da terapia, como questões relacionadas ao acesso ao tratamento e aos serviços de saúde, características virais e da resposta imune, além de fatores comportamentais relacionados ao indivíduo, principalmente a adesão ao tratamento

(BERG; ARNSTEN, 2006; PATERSON et al., 2000).

De acordo com a American Public Health Association (2004), adesão ao tratamento em HIV/Aids se refere especificamente à capacidade que o indivíduo, vivendo com HIV/Aids, tem de ser envolvido na escolha, no início, no gerenciamento e na manutenção de um dado regime de medicação terapêutica a fim de controlar a replicação (HIV) viral e melhorar a função imune.

O sucesso da terapia antirretroviral depende da manutenção de altas taxas de adesão do paciente ao tratamento medicamentoso, um fator fundamental para a supressão virológica e para a preservação da função do sistema imunológico de pacientes infectados pelo HIV (MANFREDI et al., 2008; SOUZA et al., 2010). Existe uma dificuldade em definir os limites da adesão para que o tratamento antirretroviral seja eficaz; sugere-se uma adesão de pelo menos 95% (BONOLO; GOMES; GUIMARÃES, 2007).

Quando os medicamentos são tomados de maneira errada ou insuficiente (lapsos, falhas nos dias ou horários), favorece o aumento da replicação do vírus, podendo este sofrer mutações, gerando cepas multirresistentes e a consequente falência terapêutica limitando futuras alternativas de tratamento. Assim, ocorre desperdício do investimento na

pesquisa e no desenvolvimento de drogas, além de acarretar prejuízos tanto no âmbito individual quanto no coletivo (CHESNEY; MORIN; SHERR, 2000; REMOR, et al., 2007a; BONOLO; GOMES; GUIMARÃES, 2007; SOUZA et al., 2010). Desse modo, a avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral é atualmente um dos pontos de maior impacto na redução de complicações e melhoria da qualidade de vida das pessoas portadoras de HIV/Aids (GUARAGNA et al., 2007)

A medida da adesão ao tratamento de portadores de HIV pode ser feita mediante diversos métodos, entre os que se incluem o autorrelato, os questionários, com o uso dos monitores eletrônicos, contagem de comprimidos, registros sobre a retirada de medicamentos da farmácia e os marcadores biológicos de linfócitos T-CD4⁺ e carga viral (CV) (POLEJACK, SEIDL, 2010; BRASIL, 2008). Dentre os autorrelatos, foi criado um instrumento multidimensional de medida de adesão, na Espanha, designado “Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral” (CEAT-VIH). Esse questionário surgiu como medida de adesão ao tratamento específica para a infecção HIV/Aids (REMOR, 2002). O método que foi validado no Brasil em 2007 (REMOR et al., 2007) e tem sido utilizado em outros países (Colômbia, Espanha, Peru e

Portugal) (REIS et al., 2009; REMOR, 2002; REMOR et al., 2007a).

Em função da existência de poucos dados estudados sobre a adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil e considerando sua relevância para o sucesso da terapia antirretroviral, o objetivo deste estudo foi determinar a adesão ao tratamento farmacoterapêutico dos portadores de HIV, atendidos pelo SUS no município de Alfenas-MG, e avaliar os fatores preditivos da aderência.

1. METODOLOGIA

Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, exploratório, analítico e descritivo realizado com pacientes soropositivos em tratamento medicamentoso, utilizando-se uma entrevista estruturada como método para avaliar o grau de adesão ao tratamento medicamentoso prescrito.

Local do Estudo

O estudo foi realizado na Unidade de Dispensação de Medicamentos Antirretrovirais (UDM) e no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) do município de Alfenas, mediante a autorização dos coordenadores das Unidades de Saúde.

População estudada

Foi realizado teste estatístico para determinar o tamanho da amostra, com base na correção do tamanho da população, cujo resultado obtido foi $n=129$ (95% de confiança). As entrevistas foram realizadas nos meses de outubro de 2011 a janeiro de 2012. Adotou-se como critérios de inclusão: ser paciente de ambos os sexos e estar em tratamento com antirretrovirais dispensados no município de Alfenas há mais de 6 meses. Critérios de exclusão: ter idade inferior a 18 anos, ser gestante ou parturiente, ou não aceitar participar da pesquisa.

Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unifal-MG, conforme protocolo nº 128/2011.

Procedimentos

A coleta de dados obedeceu à seguinte sequência quanto à apresentação dos instrumentos: questionários sobre aspectos sociodemográficos e clínicos (aplicados mediante entrevista), seguidos do instrumento multidimensional de medida da adesão.

Caracterização da população

Quanto à caracterização sócio-demográfica e econômica e à determinação do perfil clínico dos pacientes as seguintes variáveis foram analisadas: sexo, idade, escolaridade, trabalho, renda familiar, orientação sexual, estado civil, uso de tabaco; e, tempo de diagnóstico, tempo de uso dos antirretrovirais, reação adversa aos

medicamentos, uso de medicamento para comorbidades e modo de transmissão do HIV.

Adesão ao tratamento

Para a determinação da adesão ao tratamento, foi utilizado o instrumento *Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT- VIH)*, validado no Brasil por Remor, et al. (2007b). Trata-se de um instrumento auto-informe com 20 questões que avaliam o grau de adesão ao tratamento antirretroviral. Tem caráter multidimensional, pois abrange os principais fatores que podem modular o comportamento de adesão ao tratamento. A pontuação total é obtida pela soma de todos os itens (valor mínimo possível 17, valor máximo possível 89). Se o escore bruto for entre 80 a 89 pontos, o paciente é considerado como estritamente aderente, entre 75 a 79 tem boa aderência ao tratamento e menor que 74 é classificado com pouco aderente (REMOR et al., 2007b).

Carga viral e linfócitos T-CD4⁺

Para a obtenção dos dados sobre contagem dos linfócitos T-CD4 e da carga viral plasmática, os prontuários foram consultados e identificados. O resultado do exame que foi utilizado neste estudo foi o de data mais próxima à participação da entrevista (máximo de seis meses antes ou seis meses depois da

entrevista). Esses dados foram comparados com o teste de adesão ao tratamento.

Análise dos dados

Foi utilizado o teste Exato de Fisher, à 5% de significância (p valor $\leq 0,05$), para verificar a associação entre variáveis de interesse: grau de adesão e faixa etária, reação adversa e classe farmacêutica. Já o teste de Independência Quiquadrado, a 5% de significância (p valor $\leq 0,05$), foi realizado para avaliar a associação entre grau de adesão e gênero, grau de adesão e contagem de carga viral, grau de adesão e contagem de linfócitos T-CD4, grau de adesão e contagem do número de comprimidos.

2. RESULTADO

2.1 Caracterização Sociodemográfica

Durante o período de estudo, foram entrevistados 129 pacientes. As características sociodemográficas apresentadas na Tabela 1 mostram predominância do sexo masculino (57,4%), com idade entre 39 a 48 anos (38,8%); de solteiros (37,2%); a cor da pele prevalente foi a branca (71,3%). A maioria cursou o ensino fundamental incompleto (72,9%). Em relação à situação profissional e socioeconômica, os pacientes em sua maioria

não trabalham (33,3%) e relataram renda familiar de até um salário mínimo (41,9%).

Tabela 1 – Características sociodemográficas e socioeconômicas dos pacientes portadores de HIV atendidos no SUS de Alfenas-MG (n=129).

Caracterização	N	% de pacientes
Gênero		
Masculino	74	57,4
Feminino	55	42,6
Idade		
18 a 28 anos	6	4,7
29 a 38 anos	30	23,3
39 a 48 anos	50	38,8
49 a 59 anos	34	26,4
+60 anos	9	7,0
Estado Civil		
Solteiro	48	37,2
Casado	32	24,8
Viúvo	12	9,3
Separado	24	18,6
Moram juntos	13	10,1
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	94	72,9
Ensino Médio Completo	16	12,4
Ensino Médio Incompleto	4	3,1
Ensino Superior Completo	1	0,8
Ensino Superior Incompleto	7	5,4
Não Respondeu	7	5,4
Trabalho		
Com carteira assinada	21	16,3
Sem carteira assinada	10	7,8
Tem seu próprio negócio	11	8,5
Trabalho informal	16	12,4
Outros	28	21,7
Não trabalha	43	33,3
Renda familiar (SM*)		
Até 1	54	41,9
De 1 a 2	44	34,1
De 2 a 4	24	18,6
Acima de 4	7	5,4

*SM: Salário mínimo

3.2 Perfil clínico e hábitos de vida dos pacientes

Em relação ao uso de drogas lícitas, os resultados indicam que a maior parte dos pacientes relatou não fazer uso de álcool (59,7%) ou cigarro (81%). Quando

Quanto à quantificação das células CD4⁺, 48,1% dos indivíduos apresentavam

questionados quanto ao tempo do diagnóstico da doença, a maioria (33,3%) relatou estar entre 6 a 10 anos, com início do tratamento ARV entre 1 a 5 anos (41,9%) após o diagnóstico. Houve predomínio de transmissão por sexo sem proteção (77%); o comportamento sexual mais referido foi o heterossexual (82,1%).

valores superiores a 500 células/mm³. Com referência à carga viral, destaca-se que 66%

dos sujeitos apresentavam carga viral indetectável (< 50 cópias/mL) (TABELA 2).

Tabela 2 – Perfil clínico dos pacientes vivendo com HIV, atendidos no Sistema Único de Saúde de Alfenas-MG (n = 129).

Variável	nº de pacientes	%
Tempo de diagnóstico (anos)		
1 a 5	39	30,2
6 a 10	43	33,3
11 a 16	36	27,9
+16	11	8,5
Tempo de tratamento ARV (anos)		
1 a 5	54	41,9
6 a 10	44	34,1
11 a 15	28	21,7
+16	3	2,3
Modo de transmissão		
Sexo sem proteção	100	77
Uso de agulha contaminada	8	6,2
Acidente perfuro-cortante	5	3,9
Transfusão sanguínea	9	7,0
Não sabe	7	5,4
Dados Clínicos		
CD4 ⁺		
< 200 céls/mm ³	21	16,3
200 – 500 céls/mm ³	46	35,6
> 500 céls/mm ³	62	48,1
Carga Viral		
< 50 cópias/mL	85	66
> 50 cópias/mL	44	34

3.3 Terapia Farmacológica

A Figura 1 mostra os regimes de tratamento ARV dos pacientes, dos quais 56,6% usavam uma associação de Inibidor da transcriptase reversa (INTRS) e Inibidor não-nucleosídeo da transcriptase reversa (INNTRS).

Da população investigada, houve o predomínio de pacientes (35%) que utilizam três comprimidos por dia, sendo que o esquema de duas drogas INTRS e uma INNTRS foi o mais utilizado. Apenas 6,5% utilizam o esquema de dois INTRS e um IP. Dentre os antirretrovirais prescritos, o Biovir apresentou-se como o mais prescrito (64,3%), seguido pelo Efavirenz (45,7%) e de

Lamivudina (34,9%). A utilização de outra medicação de uso contínuo ou regular, diferente dos antirretrovirais, ocorreu para 33,3% dos pacientes e destes, 12,4% utilizavam psicofármacos.

Em relação às reações adversas, apenas 30,2% relataram percebê-las, sendo que as mais citadas foram os transtornos gastrointestinais (52,1%), principalmente náuseas, vômitos e diarreias e as relativas ao sistema nervoso central (31,3%) como tontura, insônia, sonolência, depressão; 16,6% relataram outros sintomas como alergia, rubor facial, dores articulares. Em algumas ocasiões, mais de um sintoma foi relatado pelos pacientes.

A maioria (83,7%) relatou não ter dificuldades para a ingestão dos medicamentos.

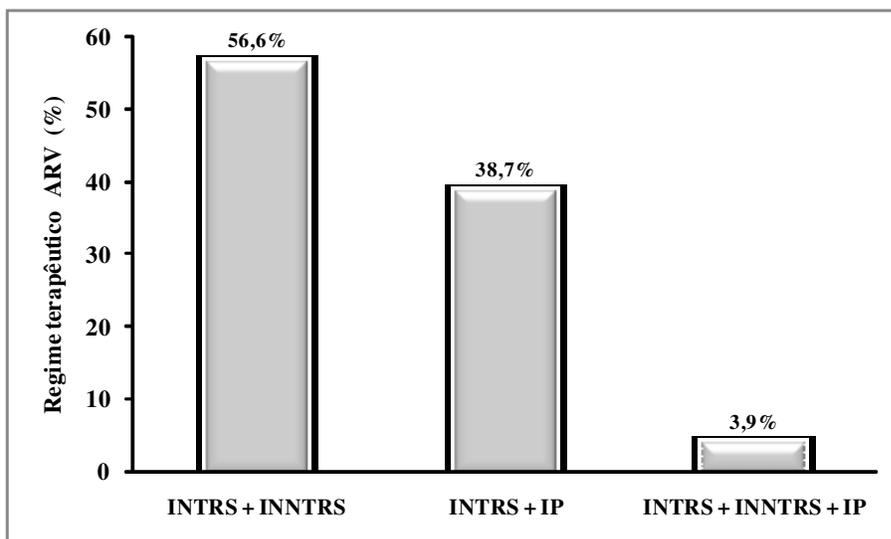


Figura 1. Regime terapêutico utilizados pelos pacientes (n=129). INST: Inibidor Nucleosídeo da Transcriptase Reversa; INNTRS: Inibidor Não-Nucleosídeo da Transcriptase Reversa e IP: Inibidor de Protease.

3.4 Adesão à terapia antirretroviral

A Tabela 3 apresenta o resultado da medida da adesão ao tratamento medicamentoso. Segundo os resultados do

teste CEAT-VIH, apenas 37,2% dos entrevistados apresentaram adesão estrita.

Tabela 3- Adesão ao tratamento medicamentoso de portadores de HIV, de acordo com os resultados do teste *CEAT-VIH*.

Adesão	Classificação	n	%
80 – 89	Estrita	48	37,2
75 – 79	Adequada	39	30,2
< 74	Baixa	42	32,6
Total		129	100

3.5 Variáveis associadas à adesão ao tratamento

Primeiramente, foi investigada a possível associação entre a adesão aos antirretrovirais e características como sexo,

idade, número de comprimidos ingeridos por dia e dados clínicos (carga viral e CD4⁺).

A Tabela 4 mostra que, dos 48 pacientes que apresentaram adesão estrita, 70,8% foram do sexo masculino. Por sua vez, quase 60% dos pacientes com adesão

adequada eram do sexo feminino. Como foi detectada associação significativa (p -valor $<0,05$) entre adesão e sexo, conclui-se que a maioria dos homens tem adesão estrita e a maioria das mulheres, adesão adequada.

Em relação à idade, o teste exato de Fisher mostrou que não existe associação entre a adesão ao tratamento e a faixa etária. Dos pacientes que apresentaram baixa escolaridade, 83,3% realizaram ensino fundamental incompleto; esse valor foi menor entre os altamente aderentes (62,5%); entretanto, essa diferença não foi significativa, o teste exato de Fisher mostrou que não há uma dependência entre essas variáveis.

Não houve uma dependência entre o número de comprimidos ingeridos diariamente e a adesão ao tratamento.

Níveis de contagem de células CD4⁺ foram relacionados com o cumprimento da terapia. Os resultados mostraram que essas variáveis são estatisticamente independentes, uma vez que não houve diferença significativa entre os diversos níveis de adesão e o maior valor de linfócitos CD4⁺.

A carga viral dos pacientes foi avaliada com o objetivo de verificar uma possível associação entre a adesão adequada ao tratamento e o valor da carga viral abaixo do limite de detecção (< 50 cópias/mL). Entre os pacientes com adesão estrita, 75% apresentaram carga viral abaixo de 50 cópias/mL. O teste exato de Fisher mostrou que essas variáveis são dependentes (Tabela 4).

Tabela 4 –Verificação da associação entre adesão e diversas características da amostra.

Variável	CEAT-						<i>p-valor*</i>
	Estrita		Adequada		Baixa		
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							0,02
Feminino	14	29,2	23	59	18	42,9	
Masculino	34	70,8	16	41	24	57,1	
Idade							0,27
18 a 28 anos	2	4,2	2	5,2	2	4,7	
29 a 38 anos	10	20,8	13	33,4	7	16,7	
39 a 48 anos	18	37,5	10	25,6	22	52,4	
49 a 58 anos	15	31,2	12	30,7	7	16,7	
+ 59 anos	3	6,3	2	5,1	4	9,5	
Escolaridade							0,86
Superior completo	1	2,1	0	0	0	0	
Superior incompleto	3	6,3	3	7,7	1	2,4	
Médio completo	6	12,5	5	12,8	5	11,9	
Médio incompleto	2	4,2	1	2,6	1	2,4	
Fundamental incompleto	30	62,5	29	74,4	35	83,3	
Não respondeu	6	12,5	1	2,6	0	0,0	
Nº de comprimidos							0,89
Três	17	35,4	11	28,2	17	40,5	
Quatro	8	16,6	9	23,1	4	9,5	
≥ Cinco	23	48	19	48,7	21	50	
Dados clínicos							
CD4⁺							0,13
< 200 céls/mm ³	5	10,4	4	10,3	12	28,6	
200 – 500 céls/mm ³	18	37,5	16	41	12	28,6	
> 500 céls/mm ³	25	52,1	19	48,7	18	42,8	
Carga Viral							0,01
< 50 cópias/mL	36	75	30	76,9	19	45,2	
> 50 cópias/mL	12	25	9	23,1	23	54,8	

*Referente aos testes de qui-quadrado e exato de Fisher, ambos considerados a 5% de significância.

4 DISCUSSÃO

Os dados obtidos apontaram uma baixa adesão ao tratamento ARV nos pacientes atendidos pelo SUS de Alfenas. O grupo de pacientes foi caracterizado por ser constituído predominantemente por pessoas profissionalmente inativas, com idade entre 39 a 48 anos, com escolaridade fundamental

incompleta, e pelo sexo masculino, assemelhando-se ao perfil da população infectada no Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde (2004). Apesar do número de pacientes masculinos ser maior, essa diferença se mostrou pequena, refletindo a tendência epidemiológica do crescimento da doença em mulheres, fenômeno denominado feminização, decorrente do aumento da

transmissão heterossexual do HIV (BRASIL, 2003a; SEIDL, 2005; SANTOS et al., 2002). Do início de 1980 a julho de 2005, foram diagnosticados 371.827 casos de Aids, sendo cerca de 30.886 novos casos somente no ano de 2004 e, destes, 40% foram diagnosticados em mulheres e 50% em homens (BRASIL, 2005).

Os pacientes em sua maioria relataram não fazer uso de drogas lícitas como cigarro e bebida, sendo fatores positivos ao não aparecimento de doenças relacionadas a tais hábitos. A ausência de álcool e fumo, contribuem para que a ação dos medicamentos antirretrovirais seja efetiva (MINAS GERAIS, 2006).

Este estudo mostrou que a principal forma de transmissão da doença foi a prática do sexo sem proteção (77%). Apesar de a maioria dos pacientes serem adultos (faixa etária de 39 a 48 anos), que tiveram acesso às campanhas de prevenção da AIDS, nota-se ainda uma displicência da população no que se refere à prevenção. Esses achados estão de acordo com estudos anteriores, cujos percentuais encontrados sobre a forma de transmissão do HIV foram de 64% atribuídos a relação heterossexual sem proteção (PARENTI et al., 2005).

Um total de 46 indivíduos (35,6%) apresentava quantificação de células CD4 entre 200 e 500 células e 62 (48,1%) apresentavam taxa de células CD4, acima de

500 células. Uma vez que todos os pacientes faziam uso da terapia ART por no mínimo três meses, comprova-se que a infecção pelo HIV pode ser considerada uma doença de caráter crônico. Ressalta-se que um valor abaixo de 200 células representa grave imunodeficiência, sendo que associada ou não à sintomatologia, significa caso de AIDS (RACHID & SCHECHTER, 2004; GIR, VAICHULONIS, OLIVEIRA, 2005).

Com referência à carga viral, 85 sujeitos (66%) apresentaram valor indetectável, o que corresponde a um resultado positivo esperado da adesão à terapia com ARV. Sterrantino et al. (2012) descreveu que pacientes com carga viral abaixo de 50 cópias/mL, em duas medidas consecutivas, são considerados com supressão virológica.

Ao se tratar da terapia farmacológica, 120 (93%) pacientes faziam uso de até três medicamentos ARV e apenas nove (7%) dos entrevistados utilizavam esquemas com mais de quatro medicamentos. Dos que faziam uso de três medicamentos, observou-se que 93,5% dos pacientes receberam o esquema composto por dois INTRS e um INNTRS. A escolha dos medicamentos por grupos farmacológicos mostrou-se em concordância com o Consenso Brasileiro (BRASIL, 2003b). Esquemas que utilizam dois ITRN + um ITRNN são de posologia mais simples, facilitam a adesão ao tratamento, apresentam tempo de supressão viral mais prolongado e, de modo geral, tem

perfil de toxicidade mais favorável. A introdução de esquemas terapêuticos fáceis e adequados, tendo em conta o perfil biopsicossocial do indivíduo, bem como suas rotinas diárias são imprescindíveis para a adesão precária à terapêutica ARV (GIR, VAICHULONIS, OLIVEIRA, 2005).

A maioria dos entrevistados relatou não apresentar reações adversas aos medicamentos utilizados no TARV, porém isso não condiz com a realidade do tratamento, já que é sabido que esses medicamentos causam lipodistrofias, dislipidemias, hepatotoxicidade, efeitos gastrintestinais, alterações pancreáticas, cardíacas etc... (GIR, VAICHULONIS, OLIVEIRA, 2005; RACHID & SCHECHTER, 2004). Durante a realização das entrevistas, observou-se que pacientes com lipodistrofia não relataram tal reação adversa; houve uma dificuldade em identificar esse tipo de reação adversa, possivelmente relacionada com o baixo grau de escolaridade dos entrevistados.

Para verificar a adesão ao tratamento medicamentoso, utilizou-se o questionário CEAT-VIH. Na literatura atual, ainda não há um método considerado padrão-ouro para a investigação da adesão ao tratamento medicamentoso. Nesta casuística, após a análise dos métodos disponíveis na literatura, optou-se por esse, por ser específico para verificar a adesão ao tratamento ARV (REMOR, 2007). Embora esse método possa

apresentar limitações, os métodos diretos são pouco factíveis e também vulneráveis. Alguns autores destacam que a entrevista poderia superestimar o grau de adesão, por ser este um comportamento esperado (LEITE & VASCONCELOS, 2003).

Os resultados mostraram uma adesão estrita de 37,2%. Este é considerado um valor baixo, uma vez que a adesão aos medicamentos antirretrovirais é um fator fundamental para o sucesso da supressão virológica e da preservação da função do sistema imunológico de pacientes infectados pelo HIV (MANFREDI et al., 2008; SOUZA et al., 2010). De acordo com o Manual de adesão para pessoas vivendo com HIV e AIDS, o ideal é que a adesão ao tratamento seja maior ou igual a 95% (BRASIL, 2008). Lignani Júnior et al. (2001), em um estudo realizado em Belo Horizonte, obtiveram melhores resultados, 74% dos pacientes foram considerados aderentes.

No presente estudo, houve uma dependência significativa entre a adesão ao tratamento e o sexo. Pacientes do sexo masculino se mostram com maior taxa de adesão estrita que os pacientes do sexo feminino. Ao associar a faixa etária com a adesão, não se observou dependência significativa. Estudos anteriores também demonstraram resultado semelhante (BLATT et al, 2009). Os resultados mostraram que a maioria dos pacientes com baixa adesão ao

tratamento realizou apenas o ensino fundamental incompleto. Entretanto, a adesão não depende da escolaridade uma vez que a maioria dos participantes da pesquisa, independente do nível de adesão, possui ensino fundamental incompleto.

Esses dados estão de acordo com estudos anteriores que comprovaram que o baixo nível educacional, associado à ausência de emprego, são fatores relacionados diretamente com a má adesão à terapêutica ARV (GIR, VAICHULONIS, OLIVEIRA, 2005). A maioria dos participantes da pesquisa possui ensino fundamental incompleto e, independente da escolaridade a adesão alta tende a ser maior do que a média ou a baixa.

Sabe-se que a complexidade do regime terapêutico também pode exercer influência sobre a adesão ao tratamento (NEMES et al., 2000; REMOR, 2007). Entretanto, ao relacionar a adesão ao número de comprimidos ingeridos diariamente, observou-se que as variáveis são independentes. No presente estudo, foi observada relação inversa entre o número de comprimidos receitados e o grau de adesão identificado pelo questionário, porém esse resultado foi não estatisticamente significativo.

No caso específico da terapia antirretroviral, os regimes terapêuticos atualmente recomendados apresentam-se ainda

com alto grau de complexidade, com um grande número de comprimidos, o que dificulta sobremaneira a adesão terapêutica em longo prazo. Além disso, está demonstrado que uma adesão sub-ótima ao tratamento pode resultar em uma supressão inadequada da carga viral, com conseqüente emergência de cepas virais resistentes e elevação da carga viral plasmática. É importante adequar o regime terapêutico ao estilo de vida do paciente. Essa é provavelmente a medida mais simples e efetiva para melhorar a adesão ao tratamento (ABERG et al., 2004).

Para testar a hipótese de que pacientes que mantivessem maior grau de adesão ao tratamento apresentariam menores níveis de carga viral e maior número de linfócitos CD4⁺, realizou-se uma análise entre a variável grau de adesão (score obtido no questionário CEAT-VIH) e as medidas de carga viral e CD4⁺ mais recentes. Em relação ao grau de adesão e à contagem de linfócitos T-CD4, verificou-se que essas variáveis são independentes. Indivíduos com contagem de linfócitos maior que 200 cels/mm³ tiveram uma maior chance de abandono do tratamento. Contrariamente, o estudo mostrou uma dependência entre o grau de adesão e a contagem de carga viral. Resultados semelhantes foram encontrados em estudos anteriores (LIGNANI JUNIOR, GRECO, CARNEIRO, 2001; REMOR, 2007).

Frente a esses dois importantes parâmetros de avaliação imunológica, a implementação de avaliação regular de reforço clínico deve ser considerada, lembrando que o retorno positivo ocorre quando há associação entre diminuição da carga viral, aumento significativo de células CD4⁺ e poucos sinais clínicos de infecção.

5. CONCLUSÃO

Os dados obtidos neste trabalho mostram que a adesão à terapia ARV de pacientes que são atendidos pelo SUS de Alfenas é baixa. Os pacientes do sexo masculino são a maioria e apresentaram uma melhor adesão.

Tais resultados apontam para a clara necessidade do desenvolvimento e implementação de intervenções que sejam realisticamente desenhadas para grupos específicos visando facilitar a adesão do paciente à terapia medicamentosa. Embora o paciente seja frequentemente o principal foco das intervenções de adesão ao tratamento, é necessário que os profissionais e serviços de saúde assumam a co-responsabilidade nesse processo, visando à importância da interdisciplinaridade.

REFERÊNCIAS

ABERG, J.A.; GALLANT, J. E.; ANDERSON, J.; OLESKE, J.M.; LIBMAN, H.; CURRIER, J. S.; STONE, V.E.; KAPLAN, J.E. Primary Care Guidelines for HIV. **Clinical Infectious Diseases**, v. 39, p. 609–29, 2004.

American Public Health Association. Adherence to HIV treatment regimens: recommendations for best practices. June 2004 version:20-25. Available at: <<http://www.apha.org/ppp/hiv/>>. Acessado em 2012.

BASTOS, F. I. **Aids na terceira década**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

BERG, K.; ARNSTEIN, J. Practical and conceptual challenges in measuring antiretroviral adherence. **J. Acquir. Immune Defic. Syndr.**, v. 43, p. S79-S87, 2006.

BLATT, C. R. et al. Avaliação da adesão aos antirretrovirais em um município no Sul do Brasil. **Rev. Soc. Bras. Medic. Tropical**, v. 42, p. 131-136, 2009.

BONOLO, P. F.; GOMES, R. R. F. M.; GUIMARÃES, M. D. C. Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/AIDS): fatores associados e medidas de adesão. **Rev. Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.16(4), p.261-278, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. **Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Lei no 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de Aids. **Diário Oficial da União** 1996. [acessado 2007 set 29]. Disponível em: <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/saudelei9313.htm>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de DST e AIDS**. Aids - Boletim

Epidemiológico. Ano XVII nº 1 - 1ª a 52ª semanas epidemiológicas, 2003a.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de DST e AIDS** Recomendações para terapia antirretroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV -2004. Brasília: Coordenação Nacional de DST e AIDS; 2003b.

_____. Ministério da Saúde. 1ª a 26ª semanas epidemiológicas. **Boletim Epidemiológico Aids**, Brasília, ano II, n. 1, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de DST e AIDS**. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e AIDS / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008.

CHESNEY, M.A.; MORIN, M.; SHERR, L. Adherence to HIV combination therapy. **Social Science & Medicine**, v. 50, p. 1599-1605, 2000.

GIR, E.; VAICHULONIS, C.G.; OLIVEIRA, M.D. Adesão à terapêutica anti-retroviral por indivíduos com HIV/AIDS assistidos em uma instituição do interior paulista. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, 2005.

GUARAGNA, B.F.P.; LUDWIG, M.L.M.; CRUZ, A.L.P.; GRACIOTTO, A.; SCHATKOSKI. Implantação do programa de adesão ao tratamento de HIV/AIDS: Relato de experiência. **Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**, v.27, n. 2, p.35-8, 2007.

LAGO, R. F.; COSTA, N.R. Dilemas da política de distribuição de medicamentos antirretrovirais no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.3, p.3529-3540, 2010.

LEITE, S.N.; VASCONCELLOS, M.P.C. Adesão à terapêutica medicamentosa:

elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2003.

LIGNANI JUNIOR, L.; GRECO, D.B.; CARNEIRO, M. Avaliação da aderência aos antirretrovirais em pacientes com infecção pelo HIV/AIDS. **Rev Saúde Pública**, v.35, n.6, p. 495-501, 2001.

MANFREDI R, SABBATANI S, CALZA L. Antiretroviral therapy voluntarily taken at half-dosage, but fully effective after 6-10 years: a provocative issue for adherence requirements: case report. **Cur HIV Res.**, v.6, p.171, 2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Coordenação Estadual de DST/Aids. **Manual de Boas Práticas para Unidades Dispensadoras de Medicamentos Antirretrovirais do estado de Minas Gerais**. Belo Horizonte, MG, 2006.

NEMES, M. I. B. et al. Aderência ao tratamento anti-retroviral em AIDS: revisão da literatura médica. In: TEIXEIRA, P. R. et al. Tá difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo. São Paulo: Nepaids. p. 5-25, 2000.

PARENTI, C.F.; PEREIRA, L.M.R.; BRANDÃO, Z.S.; SILVÉRIO, A.P.C. Perfil dos pacientes com aids acompanhados pelo Serviço de Assistência Domiciliar Terapêutica do Município de Contagem, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2000-2003. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**. v. 14, n. 2, p.91-96, 2005.

PATERSON, D.L.; SWINDELLS, S.; MOHR, J.; BRESTER, M.; VERGIS, E.N.; SQUIER, C. et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. **Ann Intern Med** ,.133, n.1, p.:21-30, 2000.

POLEJACK, L.; SEIDL, E. M. F. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento anti-retroviral para HIV/AIDS. **Rev. C. S. Col.**, v. 15, p. 1201-1208, 2010.

RACHID, M.; SCHECHTER, M. **Manual de HIV/AIDS**. 8. ed. Rio de Janeiro(RJ): Revinter, 2004.

REIS, A. C.; LENCASTRE, L.; GUERRA, M.P.; REMOR, E. Adaptação portuguesa do questionário para a avaliação da adesão ao tratamento Anti-retrovírico-VIH(CEAT-VIH). **Psicologia, saúde & doenças**. v.10, n. 2, p. 175-191, 2009

REIS, A.; LENCASTRE, L.; GUERRA, M. Portuguese Adaptation of the “Questionnaire to Assess Adherence to Antirretroviral Treatment - HIV”. Libro de Resúmenes del Symposium HISPANO-LUSO de Medicina Conductual y Psicología de la Salud. SEMC&PS: Madrid, España. Julio, v.5, n.7. p. 27, 2007.

REMOR, E. Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. **Psicothema**, v. 14, p. 262, 2002.

REMOR, E.; MILNER-MOSKOVICS, J.; PREUSSLER, G. Adaptação brasileira do “Cuestionário para la evaluación de La adhesión al tratamiento antiretroviral”. **Rev Saúde Pública**, v. 41, p. 1-10, 2007.

REMOR, E. et al. Perceived stress is associated with CD4+ cell decline in men and women living with HIV/AIDS in Spain. **AIDS Care**. v. 19, p. 215, 2007a.

SANTOS, N.J.S; TAYRA, A.; SILVA, S.R.; BUCHALLA, C.M.; LAURENTI, R. A Aids no Estado de São Paulo. As mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. **Rev. Bras. Epidemiol.** v. 5, n. 3, 2002.

SEIDL, E. M. F. Enfrentamento, aspectos clínicos e sociodemográficos de pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Rev. Psicologia em Estudo**, v. 10, n. 3, p. 421-429, 2005.

SOUZA, M. N. et al. Acompanhamento farmacoterapêutico a pacientes usuários de enfuvirtida. **Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.**, v. 31, p 235-239, 2010.

STERRANTINO, G.; SANTORO, L.; BARTOLOZZI, D.; TROTTA, M.; ZACCARELLI, M. Self-reported adherence supports patient preference for the single tablet regimen (STR) in the current cART era. **Patient Prefer Adherence**, v. 6, p. 427-433, 2012.

UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. **Report on the global HIV/AIDS epidemic 2008**. Switzerland, 2008a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adherence to long-term therapies: evidence for action**, Switzerland: Publications, 2003.