

**ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE PORTADORES DO VÍRUS DA
IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA ATENDIDOS EM UM AMBULATÓRIO DA CIDADE DE
MARÍLIA, SÃO PAULO**

Mércia Ilias^a

Luana Carandina^b

Maria José Sanches Marin^c

Resumo

A terapia antirretroviral combinada tem sido fundamental para o sucesso do tratamento de pacientes infectados pelo HIV e a adesão ao tratamento tem sido objeto de atenção, pois exige a concordância do paciente com as recomendações preconizadas, implicando no desempenho de um papel ativo e participativo no cuidado à saúde. O objetivo deste estudo é relacionar os fatores sociodemográficos e psicossociais, relativos à doença e ao tratamento com a adesão à terapia antirretroviral entre portadores de HIV. Trata-se de um estudo descritivo e transversal. Os dados foram coletados em prontuário e entrevistas e submetidos à análise estatística. Os resultados apontam que foram mais aderentes os pacientes com níveis de escolaridade mais elevados e aqueles que apresentaram CD4 acima de 200 cels/mm³ e carga viral indetectável (< 80 cópias). Os pacientes que deixaram de tomar antirretrovirais para beber tiveram um risco muito maior de não aderirem ao tratamento do que os que não tomaram esta atitude. Conclui-se que são necessários contínuos investimentos em ações educativas, especialmente para os portadores pertencentes aos grupos de maior risco de não adesão.

Palavras-chave: Síndrome da imunodeficiência adquirida. Terapia combinada. Conduta do tratamento medicamentoso.

^a Mestre em Infectologia. Coordenadora do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Marília, São Paulo.

^b Doutora em Epidemiologia, docente da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista (UNESP).

^c Doutora em Enfermagem, docente do Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília, São Paulo.

Endereço para correspondência: Faculdade de Medicina de Marília, Avenida Monte Carmelo, nº. 800, Bairro Fragata, Marília, São Paulo. CEP: 17519-030. marnadia@terra.com.br

ADHERENCE TO ANTIRETROVIRAL THERAPY OF PATIENTS WITH HUMAN
IMMUNODEFICIENCY VIRUS (HIV) TREATED IN AN AMBULATORY CENTER
IN MARÍLIA CITY

Abstract

The combined antiretroviral therapy has been essential to the successful treatment of HIV-infected patients, and adherence to it has been considered very important, because it involves the patient's consent with the appropriate recommendations, resulting in an active and participative role in health care. This study aims to relate the sociodemographic and psychosocial factors concerning the illness and its treatment, with adherence to antiretroviral therapy among HIV-positive patients. It is a descriptive and cross-sectional study, whose data was collected from medical records and interviews, and submitted to statistical analysis. The results indicate that the more compliant patients were those with higher educational levels and those with CD4 counts above 200 cells/mm³ and undetectable viral load (< 80 copies). Patients who stopped taking antiretrovirals because of alcohol drinking had a higher risk of non-adherence to treatment. Then, it is concluded that continuous investment in educational activities is necessary, especially among patients belonging to higher risk non-adherence groups.

Key words: Acquired immunodeficiency syndrome. Combined modality therapy. Medication therapy management.

ADHERENCIA A LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE PORTADORES DEL VIRUS DE
INMUNODEFICIENCIA HUMANA ATENDIDOS EN UN AMBULATORIO DE LA CIUDAD DE
MARÍLIA, SÃO PAULO

Resumen

La terapia antirretroviral combinada ha sido fundamental para el éxito del tratamiento de pacientes infectados por el VIH, y la adherencia al mismo, ha sido objeto de atención, ya que requiere el consentimiento del paciente con las recomendaciones preconizadas, implicando un papel activo y participativo en el cuidado de la salud. Este estudio objetiva relacionar los factores sociodemográficos y psicosociales concernientes a la enfermedad y su tratamiento con adhesión a la terapia antirretroviral entre los portadores del VIH. Es un estudio descriptivo y transversal, cuyos datos fueron recolectados a partir de

históricos médicos y entrevistas, y sometidos a análisis estadístico. Los resultados indican una mayor adherencia por parte de los pacientes con mayor nivel educacional y aquellos que presentaron recuentos de CD4 superiores a 200 células/mm³ y una carga viral indetectable (< 80 copias). Los pacientes que dejaron de tomar medicamentos antirretrovirales por causa de bebidas alcohólicas tuvieron un riesgo mucho mayor de no adherencia al tratamiento, en comparación a los que no tomaron dicha actitud. Se concluye que son necesarias inversiones continuas en acciones educativas, especialmente para los portadores que no hacen parte de ningún tratamiento de adherencia y, por lo tanto, pertenecientes a grupos de mayor riesgo.

Palabras-clave: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Terapia combinada. Conducta del tratamiento con medicamento.

INTRODUÇÃO

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana – *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) – constitui-se em grande preocupação pela crescente disseminação mundial, gravidade e pelas muitas interrogações e dificuldades que seu controle suscita. Frente a isso, tem sido alvo de estudos que culminaram em avanços responsáveis pela melhoria da qualidade e da quantidade de anos vividos por seus portadores.

No Brasil, aponta-se para a redução da mortalidade de 40% a 70%, no período de 1996 a 2005.¹ Destaca-se ainda que, cinco anos depois de diagnosticados, em média 82% dos portadores de HIV estavam vivos.²

Só a terapia antirretroviral combinada é causa de profunda e sustentada supressão da replicação viral, reduzindo a morbidade por doenças oportunistas e a taxa de internação, possivelmente porque está associada também a uma melhora da função imune dos pacientes, pode, assim, prolongar a vida desses indivíduos.^{3,4}

Neste contexto, o papel da terapia antirretroviral combinada, geralmente composta de dois inibidores da *transcriptase reversa* e um inibidor da *protease*, que é também conhecida como terapia antirretroviral altamente ativa, denominada HAART, sigla que, em língua inglesa, significa *Highly Active Antiretroviral Therapy*, foi fundamental para o sucesso obtido. O paciente infectado pelo HIV deixou de ser visto como tendo uma doença fatal e sem esperanças, passando a ter uma doença de caráter evolutivo crônico e potencialmente controlável.³

Em vários países, os guias e recomendações de tratamento para pessoas infectadas pelo HIV indicam as terapêuticas combinadas, sendo possíveis características

próprias em relação às facilidades de administração e toxicidade.⁵ Essa potente combinação de drogas somente é efetiva se os pacientes fizerem uso correto da medicação. No entanto, o tratamento com drogas antirretrovirais é complexo, pois ora exige que o paciente tome um grande número de comprimidos por dia, com horários e administração complicados, ora prescreve jejum, ora uso concomitante de alimentos, sendo necessária uma árdua mudança na rotina diária.⁶

Muitos pacientes não conseguem uma boa adesão ao tratamento antirretroviral, levando a níveis subótimos das drogas que podem causar a seleção de tipos de vírus HIV resistente, com conseqüente falência terapêutica e surgimento de cepas virais multirresistentes, além da possível transmissão dessas a outros indivíduos.⁷

A adesão é compreendida “[...] como um processo dinâmico e multifatorial que abrange aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais, que requer decisões compartilhadas e responsabilização entre a pessoa que vive com o HIV, a equipe de saúde e a rede social”.^{8:11} Agrega-se a essa compreensão o princípio da autonomia, pois o tratamento exige a concordância do paciente com as recomendações preconizadas, implicando no desempenho de um papel ativo e participativo no cuidado à saúde. Considera-se ainda a necessidade de boa relação profissional/paciente para que a adesão aconteça de forma satisfatória.¹

A não-adesão é encontrada em diferentes doenças, principalmente nas crônicas. Em muitas áreas da medicina, porém, tomar 75-80% dos medicamentos prescritos é considerado ótimo.⁹ No caso dos pacientes com HIV/Aids que fazem uso de HAART, associa-se à falha no tratamento, quando a adesão é de 80%. Existem, portanto, muitas controvérsias sobre qual a menor quantidade de medicamentos deve ser tomada para que o tratamento por antirretrovirais seja efetivo. Estudo¹⁰ que avaliou a adesão à terapia com inibidores de protease utilizou como definição de adesão, para pacientes em uso de HAART, tomar 95% dos medicamentos prescritos. Em estudo realizado no estado de São Paulo¹¹ foi considerado o percentual de 80% como divisor entre pacientes aderentes e não-aderentes.

Apesar das controvérsias, o conhecimento dos fatores relacionados com a não-adesão entre pacientes HIV-positivos representa um importante aspecto a ser considerado no sucesso do tratamento.¹⁰

A preocupação com a adesão ao tratamento perpassa níveis locais de atendimento a portadores de HIV/Aids e desperta a necessidade e interesse de caracterizar tal população e avaliar sua real situação, com a finalidade de contribuir com dados que possam auxiliar na melhoria desse quadro.

Assim, o objetivo do presente estudo é relacionar os fatores sociodemográficos e psicossociais relativos à doença e ao tratamento com a adesão aos HAART.

METODOLOGIA

Esta pesquisa é um estudo descritivo e transversal realizado no Núcleo de Gestão Assistencial de Marília (NGA-29), um dos serviços públicos que presta assistência ambulatorial especializada aos pacientes com HIV/Aids de Marília (SP) e região. A medicação antirretroviral é dispensada aos pacientes mensalmente, mediante prescrição médica, na própria farmácia do NGA-29, onde o paciente recebe orientações sobre como utilizá-la.

Participaram do estudo 61 portadores de HIV/Aids matriculados no NGA-29, num período de oito meses e que apresentavam os seguintes critérios de inclusão: ter 13 anos de idade ou mais, ter sorologia anti-HIV(ELISA) positiva em duas amostras e confirmada pelo Western Blott; estar usando medicamentos antirretrovirais segundo os critérios do consenso para maiores de 13 anos do Ministério da Saúde;¹² ter iniciado esse tratamento há pelo menos seis meses; estar usando o mesmo esquema medicamentoso há pelo menos três meses; receber exclusivamente os medicamentos antirretrovirais dispensados pela farmácia do NGA-29; e consentir em participar do estudo.

Em virtude de não haver um consenso a respeito de qual a quantidade mínima a ser tomada para garantir a eficácia do tratamento e de existirem estudos utilizando 80% como adequado para uma boa adesão, neste estudo, para medir a adesão, considerou-se esse mesmo percentual.

Para a coleta de dados do prontuário, utilizou-se um formulário, incluindo o estado imunológico inicial e atual do portador (CD4 e carga viral), tempo de uso de antirretrovirais, número desses comprimidos que deveriam estar sendo tomados segundo o esquema atual, sintomatologia do paciente no início do tratamento com esses medicamentos, efeitos colaterais relacionados à medicação atual, história de uso de drogas “recreativas” (álcool, cocaína, *crack*, canabis e outras).

Para a coleta de dados utilizou-se ainda um roteiro de entrevista adaptado do instrumento elaborado por autores de estudo sobre a prevalência da aderência e fatores associados.¹¹ Tal roteiro consta de questões fechadas referentes aos dados sociodemográficos, bem como dados sobre os medicamentos que foram tomados nos últimos três dias que antecederam a entrevista, incluindo o número de comprimidos e os horários. Além disso, foram obtidos os dados relacionados com uso atual das drogas “recreativas” (álcool, maconha, cocaína, *crack* e outras). Foram obtidas também informações

sobre o hábito de beber associado aos medicamentos antirretrovirais no período de dois meses anteriores à entrevista.

Os dados foram digitados no programa SPSS, por meio do qual foram realizadas as frequências das variáveis estudadas individualmente. Utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson ou o teste exato de Fisher, a depender do caso, para comparar as proporções. Foram identificadas as variáveis que eram estatisticamente significantes e, para essas, foram realizados os cálculos da estimativa de risco (*odds ratio*).

A pesquisa contou com a autorização da Diretora do Núcleo de Gestão Assistencial de Marília (NGA-29) e foi aprovada pela comissão de Ética Médica da Faculdade de Medicina de Botucatu. Os dados foram coletados após esclarecimento da finalidade do estudo aos sujeitos e estes assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Apesar de a pesquisa ter como critério de inclusão sujeitos acima de 13 anos de idade, todos os entrevistados contavam com 18 anos ou mais.

RESULTADOS

Considerando-se que tomar 80% ou mais das medicações prescritas nos últimos três dias que antecederam a entrevista foi o critério estabelecido para identificar entre os entrevistados os aderentes e os não-aderentes, 43 deles (70,5%) foram aderentes e 18 (29,5%) não-aderentes.

Quanto aos fatores sociodemográficos e sua relação com a adesão (**Tabela 1**), constatou-se não haver diferenças estatisticamente significativas no que se refere ao sexo, idade, escolaridade, cor, renda e trabalho. Da mesma forma, não foi observada associação entre adesão ao tratamento e uso atual de outras drogas “recreativas” no último ano que antecedeu as entrevistas (**Tabela 2**).

Tabela 1. Adesão e não-adesão aos antirretrovirais por fatores sociodemográficos – Marília (SP) – 2009

(continua)

Variáveis	Aderentes N=43	Não-aderentes N=18	P*
Sexo			
Feminino	25	7	
Masculino	18	11	0,26
Idade			
15 a 24 anos	2	3	
25 a 39 anos	29	12	
40 anos ou mais	12	3	0,23

Tabela 1. Adesão e não-adesão aos antirretrovirais por fatores sociodemográficos – Marília (SP) – 2009

(conclusão)

Variáveis	Aderentes N=43	Não-aderentes N=18	p*
Escolaridade			
Até 2º grau incompleto	28	16	
2º grau completo ou superior	15	2	0,04
Cor			
Branco	35	13	
Não branco	8	5	0,49
Trabalha atualmente			
Não	22	11	0,57
Sim	2	7	
Renda individual			
Menos de dois S.M.*	20	12	
Dois S. M. ou mais	23	5	0,07
Renda "per capita"***			
Menos de um S. M.	21	11	
Um S. M. ou mais	22	6	0,16

* Salário mínimo;

** Estatisticamente significante quando $p < 0,05$.

Tabela 2. Adesão e não-adesão aos antirretrovirais por fatores psicológicos e estilo de vida – Marília (SP) – 2009

Variáveis	Aderentes	Não-aderentes	p*
	N=43	N=18	
Uso de bebidas alcoólicas**			
Não bebe	29	08	
Bebe	14	10	0,15
Uso atual*** de outras drogas "recreativas"****			
Não	26	08	
Sim	17	10	0,27
Parar com os antirretrovirais para beber álcool			
Sempre ou às vezes	04	09	
Não bebe ou nunca para	39	09	0,001

* Estatisticamente significante quando $p < 0,05$;

** Relativo ao último mês que antecedeu a entrevista;

*** Relativo ao último ano que antecedeu a entrevista;

**** Outras drogas "recreativas": maconha, cocaína inalatória ou injetável, crack.

Foi observada uma associação estatisticamente significativa entre o hábito de parar com os antirretrovirais para ingerir álcool e a adesão ao tratamento ($p=0.001$). Os pacientes não-aderentes tinham 9,7 vezes mais chance de parar de tomar os antirretrovirais para beber álcool do que os aderentes (**Tabela 2**).

Diferenças estatísticas significantes também não foram encontradas entre o tempo de diagnóstico de infecção pelo HIV, a contagem de CD4 inicial, o tempo de uso dos antirretrovirais, o número de drogas do esquema antirretroviral atual, o número esperado de comprimidos a serem tomados em três dias, o uso diário de outras medicações e os efeitos colaterais com a medicação em uso atual com a adesão ao tratamento (**Tabela 3**).

Tabela 3. Adesão e não-adesão aos antirretrovirais por fatores clínico-laboratoriais – Marília (SP) – 2009

Variáveis	Aderentes	Não-aderentes	p*
	N=43	N=18	
Tempo de diagnóstico HIV			
1 a 5 anos	31	09	0,20
6 ou mais	12	09	
Sintomas no início da doença			
Não	14	07	0,76
Sim	29	11	
CD4 inicial			
< 200 cel/mm ³	17	09	0,57
≥ 200 cel/mm ³	26	09	
CD4 atual			
≥ 200 cel/mm ³	35	08	0,006
< 200 cel/mm ³	08	10	
Carga viral inicial			
< 80 cópias/ml	27	04	0,005
≥ 80 cópias/ml	16	14	
Número de medicamentos do esquema antirretroviral atual			
2 ou 3 medicamentos	30	09	0,32
4 medicamentos ou mais	13	09	
Número de comprimidos antirretrovirais a serem tomados em 3 dias			
12 a 39	33	12	0,61
40 ou mais	10	06	
Uso diário de outros medicamentos			
Não	27	08	0,25
Sim	16	10	
Efeitos colaterais com a medicação atual			
Não	03	01	1,00
Sim	40	17	

* Estatisticamente significativa quando $p < 0,05$.

Em relação à contagem de linfócitos CD4 atual, houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,006$). Pacientes aderentes tiveram 5,5 vezes mais chance de ter CD4 maior ou igual a 200 cel/mm^3 quando comparados aos não-aderentes, variando de 1,4 a 22,1, com confiança de 95%.

Os pacientes aderentes tinham níveis de carga viral menor que 80 cópias/ml (NASBA) e a diferença foi estatisticamente significativa ($p=0,005$). Isto significa que pacientes aderentes tiveram 5,9 vezes mais chance de ter carga viral indetectável (< 80 cópias/ml) quando comparados aos não-aderentes, variando de 1,6 a 21,0, com 95% de confiança.

DISCUSSÃO

Neste estudo, a adesão ao tratamento por antirretrovirais foi avaliada por meio de entrevistas, ou seja, pelo método direto. Muitos autores discutem não ser este método de todo confiável, pois pode superestimar a medida de adesão, devido a muitos pacientes omitirem, quando questionados, a tomada dos medicamentos prescritos. A casuística do estudo também não representa uma amostra dos pacientes HIV/Aids da região de Marília (SP) e os pacientes não foram agrupados levando-se em conta o uso prévio e os tipos de antirretrovirais nem o estado clínico-imunológico. Esta forma de verificação da adesão, portanto, pode constituir-se em limites do estudo.

O resultado obtido nesta pesquisa foi de uma taxa de adesão de 70,5%, o que se aproxima do encontrado em outros estudos que usaram essa mesma metodologia e encontraram 69%, 60% e 72%.¹¹⁻¹⁴

O fato de a taxa de adesão encontrada neste estudo ser semelhante à de estudo realizado no estado de São Paulo¹¹ e também as encontradas em países de nível socioeconômico melhor, subentende que os fatores socioeconômicos não são os mais importantes para uma boa adesão, fazendo crer que o acesso universal aos cuidados à saúde, especialmente aos medicamentos para o tratamento da Aids, tem provavelmente um importante papel nessa questão.

Neste estudo, pôde-se constatar que a maioria dos pacientes vivia em condições sérias de pobreza, porém não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre a renda, tanto individual quanto *per capita*, e a adesão aos antirretrovirais. Além disso, a renda não pôde ser considerada uma variável discriminatória justamente porque grande parte dos pacientes era muito pobre e este estudo dirigia-se somente aos pacientes de um único serviço público de saúde.

Embora a maioria dos pacientes não estivesse trabalhando, não foi encontrada uma associação importante entre trabalho e adesão ao tratamento nesta pesquisa. Alguns estudos têm encontrado uma associação maior de não aderentes entre pacientes negros ou provenientes de minorias raciais, porém observou-se também que os fatores econômicos e de acesso aos cuidados da saúde eram mais provavelmente responsáveis pela não-adesão do que propriamente as diferenças de cor e raça.¹⁵ Neste estudo, não houve constatação de diferenças significantes entre cor e adesão aos antirretrovirais, contudo deve ser ressaltado que era muito pequeno o número de pacientes negros e pardos nesta casuística.

Apesar de não terem sido encontradas nesta pesquisa diferenças entre os sexos e a adesão aos antirretrovirais, vale a pena ressaltar que fatores relacionados ao comportamento social fazem a diferença entre sexo e adesão ao tratamento. Em outro estudo foi observado que mulheres que cuidavam de duas ou mais crianças eram menos aderentes quando comparadas às que não tinham filhos.¹⁶

Não foi possível estabelecer uma relação entre idade e adesão aos antirretrovirais neste estudo. Resultados como estes estão de acordo com a maioria dos estudos, embora alguns tenham encontrado uma associação entre não-adesão e indivíduos mais jovens, bem como um aumento da adesão entre indivíduos mais idosos.¹⁷

Desde o início da epidemia, quando se observou, logo nos primeiros casos, a associação do HIV/AIDS com o uso de drogas injetáveis, o estilo de vida dos portadores motivou muitos estudos. Muitos autores têm relatado o efeito negativo do uso dessas drogas e de outras como o álcool, *crack*, maconha, chamadas de “recreativas”, na adesão ao tratamento.^{17,18} Alguns autores, porém, não encontraram essa associação¹⁹ e outros identificaram que, na verdade, o uso ativo das drogas e a falta de acesso desses pacientes ao tratamento estavam relacionados a menores níveis de adesão. Além disso, quando se oferecem aos pacientes condições de tratamento para a dependência química, eles têm, de maneira geral, os mesmos níveis de adesão.²⁰

Neste estudo, não se observou uma associação entre adesão ao tratamento e uso de drogas. No entanto, foi estatisticamente significante, mesmo após a análise multivariada, a associação entre a adesão e o hábito de os pacientes pararem de usar os antirretrovirais para beber álcool, sendo quase dez vezes maior a chance de os pacientes não-aderentes tomarem essa atitude quando comparados com os aderentes. Com base nesses dados, é possível dizer que, na verdade, o hábito de beber por si só não é suficiente para justificar a má adesão, mas parar de usar os medicamentos para beber pode estar associado a crenças populares. Outro aspecto que pode estar envolvido nessa questão é que o estilo de vida de quem usa drogas

ativamente não está preso a horários e dietas, e o “esquecimento” torna-se muito frequente. Alguns estudos apontam para a necessidade de o paciente planejar seus finais de semana e férias, incluindo as medicações, pois a não-adesão torna-se mais crítica nesses períodos e, possivelmente, o uso de bebidas deve ser discutido, já que é um hábito social muito comum na nossa sociedade.⁵

Nesta pesquisa, a maioria dos pacientes já tinha diagnóstico da doença há mais de dois anos, ou seja, eram doentes crônicos, e quase dois terços apresentaram sintomas no início da doença; além disso, quase metade apresentava contagem de CD4 inicial menor que 200 cels/mm³, indicando um estado imunológico já debilitado. A associação desses fatores à adesão ao tratamento, no entanto, não se mostrou estatisticamente significativa.

Outro aspecto a ser ressaltado é que a casuística, por não ser uma amostra, não estava separada em grupos de acordo com a gravidade da doença, deixando essas variáveis com pouco poder discriminatório. Com base nos dados desta pesquisa, foi possível observar que os pacientes aderentes tinham cinco vezes mais chance de ter contagem de CD4 maior que 200 cels/mm³ do que os não-aderentes. Assim, foi possível constatar os benefícios da terapêutica antirretroviral e da recuperação imunológica em grande parte dos pacientes estudados. Estudo encontrou forte correlação entre CD4 baixo e progressão para Aids com maior risco de mortalidade.⁹ Por ser considerado um marcador laboratorial de resposta ao tratamento, a contagem de CD4 pode, em conjunto com a carga viral atual, mostrar a adesão desses pacientes. Deve-se levar em conta que, mesmo em pacientes com níveis de adesão próximos a 100%, a recuperação imunológica não é completa, sendo possível que fatores tanto do hospedeiro quanto do vírus estejam envolvidos, dependendo do tipo de terapêutica em uso e do momento de início dessa intervenção, pois, quando se inicia muito tardiamente o tratamento com HAART, o aumento na contagem de linfócitos CD4 parece ser mais modesto.²¹

Este estudo encontrou uma correlação importante entre adesão ao tratamento e contagem de carga viral, apresentando 62,8% dos pacientes aderentes com carga viral indetectável (< 80 cópias/ml); a carga viral indetectável foi quase seis vezes maior entre os aderentes quando comparados aos não-aderentes. Estudo encontrou a associação da variável adesão obtida pelo método direto (entrevista ou *self-reported*) e contagem de RNA viral plasmático,²² sendo a carga viral um excelente recurso para avaliar a eficácia terapêutica.

Embora existam inúmeros trabalhos relacionando o grande número de comprimidos, de medicamentos e doses diárias a serem tomadas com a não-adesão ao tratamento, este estudo, assim como o realizado em São Paulo,¹¹ não observou

essa associação. A explicação pode advir do fato de que, apesar do grande número de comprimidos diários, o risco de morte e a gravidade possam estar fortemente relacionados, contrariando o esperado.¹³ Estudo em que os pacientes foram questionados quanto às razões para não tomarem seus medicamentos, encontrou 19% dizendo que não tomavam por causa da grande quantidade de medicamentos e 19% por causa dos efeitos colaterais.²³ Chama a atenção, no entanto, que 45% relataram, como principal barreira para tomar os medicamentos, a mudança na rotina diária e 46% o fato de estarem ausentes de casa.

O presente trabalho, que adotou o nível de tomada dos medicamentos de pelo menos 80% do que foi prescrito, considerado “conservador” por alguns autores, encontrou 70,5% de adesão ao tratamento por antirretrovirais, com carga viral indetectável em 50,8% dos pacientes aderentes, mas ainda com 37,2% de carga viral detectável nesse mesmo grupo.

Em relação aos fatores relacionados com a não-adesão ao tratamento antirretroviral, foi possível concluir que a baixa escolaridade predominou na casuística, não sendo possível afirmar sua relação com a adesão ao tratamento, mas os pacientes com níveis de escolaridade mais elevados foram significativamente mais frequentes entre os aderentes do que entre os não-aderentes. Os pacientes que apresentaram CD4 acima de 200 cels/mm³ e carga viral indetectável (< 80 cópias) foram significativamente mais frequentes entre os aderentes do que entre os não-aderentes ao tratamento. Os pacientes que deixavam de tomar seus antirretrovirais para beber tiveram um risco muito maior de não aderirem ao tratamento do que os que não tomavam essa atitude. Depreende-se a necessidade de contínuos investimentos em ações educativas, especialmente para aqueles com maior risco de não adesão.

REFERÊNCIAS

1. Caraciolo JMM, Shimma E, coordenadoras. Adesão da teoria à prática: experiências bem sucedidas no estado de São Paulo. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/Aids; 2007.
2. Sociedade Brasileira de Infectologia. Boletim Epidemiológico 2007. Apresenta realidade da AIDS no Brasil [Internet]. São Paulo; 2007 nov. Extraído de [http://www.infectologia.org.br/default.asp?site_Acao=MostraPagina&paginaId=134&mNoti_Acao=mostraNoticia¬iciald=952], acesso em [15 de janeiro de 2009].
3. Flexner C. HIV- protease inhibitors. N Engl J Med. 1998;338(18):1281-92.

4. Palella Jr FJ, Delaney KM, Moorman AC, Loveless MO, Fuhrer J, Satten et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med*. 1998;338(13):381-90.
5. Carpenter CCJ, Cooper DA, Fischl MA, Gatell JM, Gazzard BG, Hammer SM, et al. Antiretroviral therapy in adults: updated recommendations of the International AIDS Society – USA Panel. *JAMA*. 2000;283(3):381-90.
6. Lyons C. HIV drug adherence: special situation. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 1997;8(Supl):29-36.
7. Wainberg MA, Fuedland G. Public health implications of antiretroviral therapy and HIV drug resistance. *JAMA*. 1998; 279(24):1977-83.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV e AIDS. Brasília (DF); 2007.
9. Ickovics JR, Hamburger ME, Vlahov D, Schoenbaum EE, Schuman P, Boland RJ, et al. Mortality, CD4 cell count decline, and depressive symptoms among HIV – seropositive women: longitudinal analysis from the HIV Epidemiology Research Study. *JAMA*. 2001;285(11):1466-74.
10. Paterson DL, Swindells S, Mohr J, Brester M, Vergis EN, Squier C, et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Ann Intern Med*. 2000;133;21-30.
11. Nemes MIB, Souza MFM, Kalichman AO, Grangeiro A, Souza RA, Lopes JF. Prevalência da aderência e fatores associados. In: Nemes MIB, organizador. Aderência ao tratamento por antirretrovirais em serviços públicos no estado de São Paulo. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. p. 65-101.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Infecção pelo HIV em adultos e adolescentes: recomendações para terapia antirretroviral. Brasília (DF); 1999.
13. Eldred L, Cheever L. Update on adherence to HIV. *Hopkins HIV Rep* [Internet]. 1998 jan;10(1):10-1. Extraído de [<http://www.aegis.com/pubs/jhopkins/1998/JH980105.html>], acesso em [23 de agosto de 2008].
14. Laurence J. Adhering to antiretroviral therapies. *AIDS Patient Care STDS*. 2001;15(3):107-8.
15. Laine C, Newschaefer CJ, Zhang D, Cosler L, Hauck WW, Turner BJ. Adherence to antiretroviral therapy by pregnant women infected with human immunodeficiency virus: a pharmacy claims-based analysis. *Obstet Gynecol*. 2000;95(2):167-73.
16. Turner BJ, Newschaffer CJ, Zhang D, Cosler L, Hauck WW. Antiretroviral use and pharmacy-based measurement of adherence in postpartum HIV-infected women. *Med Care*. 2000;38(9):911-25.

17. Gordillo V, AMO J, Soriano V, Gonzáles-Lahoz J. Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS*. 1999;13(3):1763-9.
18. Chesney MA, Ickovics J, Hecht FM, Sikipa G, Rabkin J. Adherence: a necessity for successtul HIV combination therapy. *AIDS*. 1999;13Suppl A:S271-8.
19. Kastrissios H, Suárez JR, Hammer S, Katzenstein D, Blaschke TF. The extent of non-adherence in a large AIDS clinical trial using plasma dideoxynucleoside concentrations as a marker. *AIDS*. 1998;12(17):2305-11.
20. Strathdee SA, Palepu A, Cornelisse PGA, Yip B, O'Shaughnessy MV, Montaner JSG, et al Barriers to use of free antiretroviral therapy in injection drug users. *JAMA*. 1998;280(6):547-9
21. Powderly WG, Landay A, Lederman MM. Recovery of the immune system with antiretroviral therapy: the end of opportunism? *JAMA*. 1998;280(2):72-7.
22. Demasi R, Tolson J, Pham S, Capuano G, Gharam R, Fisher R, et al. Self-reported adherence to HAART and correlation with HIV RNA: initial results whit the patient medication adherence questionnaire. In: Anais da 6ª. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. Chicago; 1999 (Abstract III- 94). Extraído de [<http://www.retroconference.org/99/abstracts/94.htm>], acesso em [18 de junho de 1999].
23. Gifford AL, Bormann JE, Shively MJ, Wright BC, Richman DD, Bozzette SA. Predictors of self- reported adherence and plasma HIV concentrations in patients on multidrug antiretroviral regimens. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2000;23(5):386-95.

Recebido em 20.4.2010 e aprovado em 12.8.2011.