

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

CAMILA GLENDA DANTAS DE MEDEIROS

**FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS ENVOLVIDOS NA ADESÃO
AO TRATAMENTO COM ANTIRRETROVIRAIS EM PACIENTES
VIVENDO COM HIV/AIDS**

Campina Grande
2014

CAMILA GLENDA DANTAS DE MEDEIROS

**FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS ENVOLVIDOS NA ADESÃO
AO TRATAMENTO COM ANTIRRETROVIRAIS EM PACIENTES
VIVENDO COM HIV/AIDS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito à obtenção do título de médica pela Universidade Federal de Campina Grande, sob orientação das professoras Andrea de Amorim Pereira Barros e Sônia Maria Barbosa de Souza.

Campina Grande
2014

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial do HUAC - UFCG

M488f

Medeiros, Camila Glenda Dantas de.

Fatores sociodemográficos envolvidos na adesão do tratamento com antirretrovirais em pacientes vivendo com HIV/AIDS/Camila Glenda Dantas de Medeiros. – Campina Grande, 2014.

50 f. Il.: Tab.

Monografia (Graduação em Medicina) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Unidade Acadêmica de Ciências Médicas, Curso de Medicina, Campina Grande, 2014.

Orientadora: Profa. Sônia Maria Barbosa de Souza, Dra.

Co-orientadora: Profa. Andrea de Amorim Pereira Barros, Dra.

I.HIV. 2.AIDS. 3.Fármacos Anti-HIV. 4.Antirretrovirais. 5.Adesão à Medicação. I Barros, Andrea de Amorim Pereira. II.Souza, Sônia Maria Barbosa de. III.Título.

BSHUAC/CCBS/UFCG

CDU 616.98:578.828

CAMILA GLENDA DANTAS DE MEDEIROS

**FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS ENVOLVIDOS NA ADESÃO
AO TRATAMENTO COM ANTIRRETROVIRAIS EM PACIENTES
VIVENDO COM HIV/AIDS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito à obtenção do título de médica pela Universidade Federal de Campina Grande, sob orientação das professoras Andrea de Amorim Pereira Barros e Sônia Maria Barbosa de Souza.

Aprovado em 24 de outubro de 2014

Compuseram a banca examinadora:

- Profa. Andrea de Amorim Pereira Barros (UFCG)
- Prof. Jack Charley da Silva Acioly (UFCG)
- Profa. Maira Gomes Monteiro (UFCG)
- Profa. Sônia Maria Barbosa de Souza (UFCG)

AGRADECIMENTOS

A minhas orientadoras, Andrea de Amorim Pereira Barros e Sonia Maria Barbosa de Souza, vinculadas à Unidade Acadêmica de Ciências Médicas da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), pelo apoio e colaboração durante o desenvolvimento da pesquisa.

À direção do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), onde este trabalho foi desenvolvido, por ceder espaço para pesquisa científica.

A minha família e a Deus, por estarem sempre nos bastidores destas realizações, trabalhando incansavelmente para que elas aconteçam.

RESUMO

A não adesão à terapia antirretroviral (TARV) é um desafio à efetividade do tratamento e à disseminação de vírus resistentes, assumindo contornos sociais, econômicos e políticos evidentes. Sua ocorrência pode ser minimizada pela prescrição de terapias mais adequadas ao perfil clínico e epidemiológico dos pacientes. Assim, a tomada de decisão dos profissionais de saúde deve ser realizada com base em informações e evidências consistentes moldadas às particularidades de cada população. Nesse contexto, foi realizado um estudo epidemiológico, individuado, observacional, transversal para avaliar fatores sociodemográficos implicados na não adesão à TARV no primeiro ano de tratamento, a fim de fornecer dados para atuação mais incisiva da equipe nos grupos mais susceptíveis. A pesquisa foi realizada no serviço de infectologia do HUAC na cidade de Campina Grande. A amostra foi constituída de portadores de HIV/AIDS, escolhidos dentre os cadastrados no SICLOM, que iniciaram a TARV entre janeiro de 2009 e julho de 2013. A adesão foi aferida a partir da frequência dos usuários ao serviço de dispensação de medicamentos na farmácia do HUAC em seu primeiro ano de tratamento, considerando-se aderentes aqueles que comparecem mensalmente ao serviço para receber os antirretrovirais, subentendendo-se que estes teriam tomado 95% ou mais da medicação prescrita. Os dados foram obtidos através da análise da ficha de notificação/investigação da AIDS do Sistema de Informação de Agravos de Notificação. As variáveis analisadas serão: idade, sexo, preferência sexual, local de residência, raça e escolaridade. Resultados: O estudo mostrou um predomínio da faixa etária de 28-42 anos (52%), sendo a menor idade 21 anos e a maior idade 72 anos, com idade média de 36,44 anos (DP: 9,8). A população em estudo apresentou relação homem/mulher de 3:1; destes, 62,0% referiram ser heterossexuais. Quanto à escolaridade, a maioria (52%) dos pacientes refere educação igual ou inferior ao ensino fundamental incompleto. Um total de 74% dos pacientes se concentra na zona urbana e a raça parda corresponde a 56% dos amostrados. Dos diversos níveis de adesão encontrados, apenas 46% foram considerados aderentes ($\geq 95\%$ de retirada de medicamentos na farmácia). Conclusões: sexo, faixa etária, raça,

preferência sexual e local de moradia estiveram associados à não adesão. Considerando que a nível nacional o Brasil tem um programa de sucesso no âmbito da assistência às PVHA, com declínio de vários índices como incidência da doença, queda da taxa de transmissão vertical do HIV e da mortalidade por AIDS, a inadequação da adesão terapêutica na amostra estudada aponta para a necessidade de novos estudos e intervenções locais que possibilitem a melhora da qualidade da assistência ao paciente.

Palavras-chave: HIV; AIDS; Fármacos Anti-HIV; Antirretrovirais; Adesão à Medicação

LISTA DE TABELAS E ILUTRAÇÕES

Tabela 1 – Características sociodemográficas de paciente atendidos no ambulatório de Infectologia do HUAC.....	22
Figura 1 – Adesão ao tratamento por idade dos pacientes em relação à preferência sexual.....	23
Figura 2 – Preferência sexual e sexo em relação à adesão ao tratamento.....	24
Figura 3 – Faixa etária e sexo em relação à adesão ao tratamento.....	25
Figura 4 – Adesão ao tratamento e zona de residência em relação à raça autodeclarada.....	25

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ARV	Antirretrovirais
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HUAC	Hospital Universitário Alcides Carneiro
OMS	Organização Mundial da Saúde
PVHA	Pessoas vivendo com HIV/AIDS
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISCEL	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
TARV	Terapia Antirretroviral
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

SUMÁRIO

Introdução.....	11
Revisão Bibliográfica.....	14
Justificativas.....	18
Hipótese.....	18
Objetivos.....	18
Metodologia.....	19
Resultados.....	21
Discussão.....	26
Conclusão.....	30
Referências bibliográficas.....	31
Anexos.....	34

INTRODUÇÃO

A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) é uma doença causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) que reduz progressivamente a eficácia do sistema imunológico e eleva a susceptibilidade para infecções oportunistas e neoplasias. A epidemia mundial desse vírus se iniciou na década de 80, após a detecção de casos de pneumocistose e Sarcoma de Kaposi em homossexuais jovens nos Estados Unidos. Embora inicialmente limitada, a infecção pelo HIV se expandiu vertiginosamente nas últimas três décadas, tornando-se a pior epidemia do século XX, com dezenas de milhões de mortos, e elevando-se ao patamar de fatalidades registrado apenas pela pandemia de influenza do início de 1900 e pela peste bubônica no século XIV¹. O impacto da doença sobre o sofrimento humano, cultura, demografia, economia e até mesmo política foi sentido em quase todas as sociedades ao redor do mundo.

Infelizmente, a epidemia continua a se espalhar por novas áreas. Segundo estimativas do relatório do programa das Nações Unidas para o HIV/AIDS (UNAIDS) de setembro de 2013², 35,3 milhões de pessoas estão vivendo com HIV/AIDS (PVHA) e que 0,8% dos adultos com idades entre 15-49 anos em todo o mundo vivem com HIV, embora o peso da epidemia varie consideravelmente entre países e regiões. A África Subsaariana continua sendo a mais severamente afetada, com quase 1 em cada 20 adultos vivendo com HIV e respondendo por 71% das pessoas afetadas em todo o mundo. No entanto, a prevalência na África subsaariana parece ter se estabilizado, principalmente devido a uma desaceleração na incidência e crescente número de pessoas infectadas com acesso ao tratamento.

Em termos de crescimento recente da epidemia, cerca de 2,3 milhões de pessoas foram infectadas com o HIV em 2012, incluindo 260 mil crianças, muitas das quais foram infectadas por transmissão perinatal. A cada dia, 6.300 pessoas são infectadas com o HIV, com um número crescente entre os adultos jovens, mulheres e crianças. Estima-se que 25 milhões de crianças ficaram órfãs após

morte prematura de ambos os países devido à AIDS, colocando enormes responsabilidades nas comunidades².

O contínuo aumento no número de pessoas que vivem com HIV/AIDS, embora menos intenso, é reflexo da ocorrência de novas infecções e do benefício do tratamento antirretroviral (TARV), na medida em que este reduziu a mortalidade e aumentou a sobrevivência destes indivíduos³. No entanto, a evolução da epidemia e a obtenção de sucesso terapêutico continuam sendo um grande desafio para gestores, pesquisadores, profissionais de saúde e pacientes envolvidos, conforme demonstrado a seguir.

No Brasil, a estimativa da UNAIDS é que a prevalência da infecção pelo HIV entre adultos de 15 – 49 anos seja de 0,6%. Dados do Ministério da Saúde de casos de AIDS calculam que cerca de 718 mil indivíduos vivam com HIV/SIDA no Brasil, dos quais em torno de apenas 80% tenham sido diagnosticados⁴.

O teste de HIV é a porta de entrada para o cuidado contínuo das PVHA, também conhecido como “cascata” no Ministério da Saúde. A análise da “cascata” permite calcular, a partir do número estimado de PVHA, a proporção de pessoas diagnosticadas, vinculadas ao serviço de saúde de HIV/AIDS e retidas na rede de atenção, em tratamento antirretroviral e com supressão da carga viral⁵. A “cascata” brasileira foi construída principalmente a partir das informações dos: Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL), Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), Sistema de Informação Agravos de Notificação (SINAN) e o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).⁴

O novo foco para o combate à epidemia de HIV/AIDS no país é a implementação de intervenções de prevenção combinadas, com destaque para o protocolo de prevenção à infecção e a manutenção de altas respostas terapêuticas, destacando o incentivo à adesão medicamentosa. Nesse contexto, o monitoramento do cuidado contínuo da “cascata” tornou-se importante ferramenta para o acompanhamento dos principais resultados relacionados ao controle da epidemia de HIV/AIDS⁶. O estímulo à TARV para todas as pessoas infectadas pelo HIV, independentemente de seu estado imunológico, é uma importante

medida de saúde pública, uma vez que, além de impactar a morbidade e mortalidade, auxilia na diminuição da carga viral, reduzindo, assim, a transmissibilidade do vírus.

Atualmente, os esforços para o controle da epidemia de HIV/AIDS no Brasil estão concentrados no diagnóstico precoce da infecção e no tratamento das PVHA, bem como a implementação de intervenções de prevenção combinada⁴. A estratégia de tratamento de PVHA como medida de prevenção requer não somente o diagnóstico oportuno da infecção, como também o investimento na melhoria do cuidado contínuo desses indivíduos⁷.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Terapia antirretroviral

A terapia antirretroviral (TARV) converteu a infecção por HIV de doença altamente letal a uma condição crônica que requer cuidados em longo prazo. Em adição ao aumento na expectativa de vida das PVHA, a implementação da TARV também reduz a transmissão do HIV para pessoas não infectadas⁸. Nessa nova era do tratamento, o sucesso continuado dos antirretrovirais depende de nosso conhecimento em quando iniciar a terapia e na continuidade da assistência ao paciente, assegurando uma alta adesão terapêutica⁹.

Na última década, o acesso mundial a TARV melhorou significativamente, destacando-se a iniciativa "3 por 5", lançada pela UNAIDS e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2003, com objetivo de fornecer terapia antirretroviral para 3 milhões de PVHA em países em desenvolvimento até o final de 2005¹⁰. Com a expansão dos serviços, a OMS estima que 10 milhões de pessoas infectadas pelo HIV estavam recebendo TARV no final de 2012. Adicionalmente, reduções em novos casos de HIV, mortes secundárias à AIDS e na mortalidade geral têm sido relacionados à expansão do acesso à TARV. Apesar dessas conquistas, apenas cerca de metade dos pacientes que são elegíveis para tratamento medicamentoso imediato pelo critério da OMS o estão recebendo. A UNAIDS e a OMS criaram recentemente a meta de acesso universal, com objetivo específico de ter 15 milhões pessoas sob terapia até 2015⁸, com maior ênfase na melhoria do acesso, eficiência e custos.

O Brasil iniciou uma política de tratamento e acompanhamento de pessoas que vivem com HIV/AIDS com a criação do Programa Nacional de DST/AIDS em 1986¹¹. A zidovudina foi o primeiro medicamento antirretroviral utilizado no tratamento, introduzido em 1987. No entanto, apenas após 1991 o país iniciou processo de aquisição e distribuição dos medicamentos, sendo que o primeiro consenso terapêutico nacional foi publicado em 1996. Neste mesmo ano, foi introduzida a terapia antirretroviral (ARV) combinada¹², acarretando grande

influência na morbimortalidade das pessoas que vivem com o HIV/AIDS. Estudos iniciais que avaliaram o impacto da terapia antirretroviral mostraram uma redução de cerca de 70% na mortalidade e de 80% na incidência de infecções oportunistas¹³.

O início do tratamento antirretroviral constitui um marco na história da infecção e é uma das mais importantes decisões no acompanhamento de uma pessoa que vive com HIV³. Os principais objetivos do tratamento são a supressão sustentada da replicação viral, a preservação e reconstituição imunológica, redução da morbimortalidade e melhoria da qualidade de vida¹⁴. Entretanto, o sucesso da TARV depende de diversos fatores, como características virais e da resposta imune, questões relacionadas ao acesso ao tratamento e aos serviços de saúde, além de fatores comportamentais relacionados ao indivíduo, destacando-se principalmente a adesão ao tratamento¹⁵.

O primeiro ano de tratamento ARV constitui período crítico para obtenção do sucesso terapêutico, quando a ocorrência de reações adversas¹⁶ e dificuldades relacionadas ao tratamento são mais frequentes¹⁷. Dessa forma, o paciente deve ser bem orientado e reavaliado a cada duas ou três semanas inicialmente e, posteriormente, em intervalos mais longos de acordo com a tolerância e adaptação ao esquema ARV em uso^{14, 4}.

Adesão à TARV

A adesão afere o uso do medicamento por uma pessoa de acordo com as recomendações médicas, abrangendo o horário, dose tomada e uniformidade no decorrer do tempo. Indiscutivelmente, a adesão é o fator mais crítico para garantir o sucesso da TARV, uma vez que na sua ausência o fracasso terapêutico é provável, levando a evitáveis aumentos na morbidade e mortalidade¹⁸. Além disso, a adesão subótima aumenta o risco de desenvolvimento de cepas de HIV resistentes e de transmitir o vírus a outros¹⁹. Dado que o comportamento e o padrão de adesão podem afetar profundamente a resposta de um indivíduo ao tratamento e assim estreitar as opções terapêuticas futuras, melhorar e preservar

a adesão à TARV são componentes críticos e devem ser prioridade no programas de saúde pública.

Os portadores de HIV/AIDS e seus cuidadores muitas vezes enfrentam desafios para garantir uma boa adesão. Uma metanálise de 2011, que avaliou adesão de 33199 adultos em 84 estudos observacionais, relata que apenas 62% dos indivíduos tomaram pelo menos 90% de suas doses de antirretrovirais prescritas²⁰. Com estas dificuldades, intervenções eficazes e viáveis para melhorar a adesão à TARV são necessárias com urgência para assegurar o sucesso continuado e a sustentabilidade clínica e financeira da ampliação global ao acesso medicamentoso²¹.

Como regra geral, altos níveis de adesão são necessários para se obter concentrações plasmáticas indetectáveis de carga viral do HIV e se alcançar os objetivos em longo prazo do tratamento²². Estudos iniciais apontam para a necessidade do uso de pelo menos 95% das doses recomendadas para obter sucesso terapêutico²³. A adesão elevada, além de propiciar menor replicação viral, também acarreta menor incidência de doenças oportunistas, menor número de internações, melhor sobrevida e qualidade de vida, além de redução na transmissão do HIV e menor emergência de resistência viral.

No entanto, a adesão ao tratamento antirretroviral é um processo complexo, abrangente, dinâmico e multifatorial, de responsabilidade não apenas do indivíduo em tratamento, mas também da equipe de saúde e da rede social na qual ele está inserido. Os determinantes da adesão podem ser agrupados em categorias, que incluem: o paciente; a rede social; o profissional de saúde; a relação profissional-paciente; a doença; o serviço de saúde; e o regime terapêutico¹⁷. Os principais fatores associados à não adesão aos ARV encontrados foram: sociodemográficos (idade, raça, sexo, escolaridade, renda), relacionados com a vulnerabilidade ao HIV/AIDS (estresse psicológico, expectativa de auto eficácia, utilização de drogas ilícitas e lícitas, depressão, disfunção neurocognitiva), relacionados ao acesso aos serviços de saúde (não ser aderente às consultas de acompanhamento, número de serviços de saúde em contato) e relacionados ao acompanhamento clínico e laboratorial (percepção ou

presença de efeitos colaterais e percepção da severidade dos sintomas, complexidade do regime terapêutico, compreensão inadequada do tratamento, dúvidas quanto à efetividade da TARV, relato prévio de não adesão, maior tempo entre o resultado de sorologia positiva para o HIV e a primeira prescrição de ARV)²⁴.

Existe uma grande variabilidade nas medidas de adesão disponíveis, com diferentes utilidades e aplicações clínicas e de pesquisa: autorrelato, contagem de pílulas, registros de farmácia e de prontuários, dispositivos eletrônicos, monitorização de nível terapêutico, métodos pictóricos registros diários de medicamentos, entrevista autoaplicável^{25,26}. Cada um desses métodos tem suas particularidades, vantagens e desvantagens de acordo com os objetivos a que são propostos. Analogamente, há uma grande diversidade nos pontos de corte do nível de adesão adotados nos estudos, variando de 80-100%, assim como no período de tratamento avaliado, desde um dia até doze meses²⁷. Essa grande heterogeneidade torna muito difícil a comparação dos resultados entre os diversos estudos.

Dessa forma, percebe-se a necessidade do monitoramento constante dos pacientes, não somente do ponto de vista clínico e laboratorial, mas também voltado para a possibilidade de ocorrência da não adesão e de seus fatores de risco. O foco das intervenções deve considerar, além de fatores ligados ao paciente ou ao tratamento, possíveis barreiras psicossociais e características da assistência. As fases iniciais do acompanhamento clínico pelo HIV e do tratamento antirretroviral são críticas, havendo necessidade de se considerar um monitoramento individual, suporte social e esforços de orientação sobre as abrangentes e complexas questões que envolvem o HIV/AIDS. Conforme apresentado neste trabalho, o tema adesão ao tratamento antirretroviral tem sido amplamente estudado no mundo inteiro e os resultados apontam que a não adesão é um problema atual de saúde pública e ainda há taxas consideradas elevadas e preocupantes em todo o mundo.

JUSTIFICATIVA

1. O serviço de infectologia do Hospital Universitário Alcides Carneiro carece de informações locais sobre adesão terapêutica. A conclusão deste trabalho poderá fornecer dados para que a equipe atue incisivamente nos grupos mais susceptíveis, gerando maior adesão ao tratamento e menor morbimortalidade.

HIPÓTESE

1. A dificuldade de aderência à terapia antirretroviral nos pacientes vivendo com AIDS/HIV pode estar relacionada a variáveis socioeconômicas. Estas podem ser determinadas no primeiro contato com o paciente, a fim de garantir maior intervenção pela equipe nos grupos de risco.

OBJETIVOS

Primários

1. Avaliar a adesão dos pacientes que vivem com HIV/AIDS atendidos no serviço de infectologia do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) à terapia antirretroviral (TARV) no primeiro ano de tratamento.
2. Analisar os fatores sociodemográficos que motivam a má adesão à TARV.

Secundários

1. Proporcionar dados que auxiliem o planejamento e execução de ações de prevenção, controle e tratamento de indivíduos portadores de HIV/AIDS

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico, individuado, observacional, transversal para avaliar fatores de risco sociodemográficos para não adesão à terapia antirretroviral no primeiro ano de tratamento. A pesquisa foi realizada no serviço de infectologia do HUAC na cidade de Campina Grande. A amostra foi constituída por portadores de HIV/AIDS, escolhidos dentre os cadastrados no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos - SICLOM.

Foram incluídos os pacientes cadastrados que iniciaram a terapia com antirretrovirais no HUAC entre janeiro de 2009 e julho de 2013. A adesão foi aferida a partir do número de comprimidos do antirretroviral retirados pelo paciente no serviço de dispensação de medicamentos na farmácia do HUAC em seu primeiro ano de tratamento. Tal dado encontra-se disponível através da análise do cartão do Programa de Medicamentos Especiais Antirretrovirais do HUAC (anexo 1). Na farmácia, o medicamento é fornecido aos pacientes cadastrados no SICLOM em quantidade suficiente para seu uso mensal. Considerando que a referida farmácia seja a única dispensadora do medicamento para o indivíduo cadastrado, o atraso na retirada do antirretroviral após o período de um mês implicaria na não adesão terapêutica, uma vez que todos os comprimidos já teriam sido consumidos. Foram considerados aderentes aqueles que comparecem mensalmente ao serviço para receber os antirretrovirais, subtendendo-se que estes teriam tomado 95% ou mais da medicação prescrita pelo médico.

Dentre a população estudada, foram divididos dois grupos (aderentes e não aderentes), dos quais serão selecionados aleatoriamente 100 indivíduos de cada grupo para análise dos variáveis socioeconômicas associadas. Os dados foram obtidos através da análise da ficha de notificação/investigação da AIDS do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (anexo 2). As variáveis analisadas foram: idade, sexo, preferência sexual, local de residência, raça e escolaridade.

Critério de Inclusão:

Os critérios de inclusão adotados foram (1) Idade superior ou igual a 18 anos; (2) Início da terapia ARV no serviço ambulatorial de infectologia do HUAC; (3) Início da terapia ARV no período de 01 de janeiro de 2009 a 30 de julho de 2013.

Critério de Exclusão:

Foram excluídos do estudo os pacientes que não atendiam aos critérios de inclusão e as gestantes que fizeram uso de ARV no período exclusivamente para a prevenção da transmissão vertical.

Riscos:

Os riscos relativos a esta pesquisa para os participantes serão mínimos e inerentes à possibilidade de quebra de sigilo das informações. Neste sentido, os pesquisadores comprometem-se em assegurar total sigilo e respeito ético no manuseio dos dados e tomarão as precauções listadas acima para garantir sigilo total aos sujeitos arrolados no estudo. Caso haja algum dano ou gasto por parte dos sujeitos comprovadamente relacionados à pesquisa, eles serão devidamente indenizados ou ressarcidos pelos próprios pesquisadores. A pesquisa será suspensa ou encerrada antes do previsto no cronograma caso cause danos aos participantes da pesquisa ou haja impossibilidade de coleta dos dados por algum problema de acesso ao conteúdo dos bancos de dados.

Benefícios:

Estimar a adesão à TARV na população definida, contribuindo para o aprimoramento da rede assistencialista multiprofissional do HUAC com relação a programas de adesão à TARV. Estimular o uso racional de medicamentos antirretrovirais, de forma a orientar a decisão dos profissionais de saúde na prescrição de tratamento mais efetivo e adequado ao perfil epidemiológico e clínico de pessoas vivendo com HIV, de forma a garantir maior adesão à TARV e reduzir morbimortalidade associada. Proporcionar dados que auxiliem o

planejamento e execução de ações de prevenção, controle e tratamento de indivíduos portadores de HIV/AIDS.

Metodologia de Análise Estatística:

A base de dados foi construída utilizando o Programa Excel e os dados coletados serão analisados no programa Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão 20. Foram divididos 2 grupos (aderentes e não aderentes) dentre a população estudada, a partir da dispensação mensal de medicamentos na farmácia, e analisadas comparativamente as seguintes variáveis: idade, sexo, preferência sexual, local de residência, raça e escolaridade.

RESULTADOS

No mês de agosto de 2014, havia 339 pacientes ativos inscritos no SICLOM. Deste total, 139 (41%) atendiam aos critérios de inclusão. Ao realizar a intersecção com o banco de dados do SINAN, foi percebido que 16 pacientes incluídos na amostra foram a óbito por consequência direta da doença antes de concluir o 1º ano de tratamento e ainda assim constavam como ativos e não aderentes no registro da farmácia. Além disso, não havia registro da notificação no SINAN de 73 pacientes cadastrados na farmácia. Desse modo, a amostra ficou limitada a apenas 50 indivíduos.

O estudo mostrou um predomínio da faixa etária de 28-42 anos (52%), sendo a menor idade 21 anos e a maior idade 72 anos, com idade média de 36,44 anos (DP: 9,8). A população em estudo apresentou relação homem/mulher de 3:1; destes, 62,0% referiram ser heterossexuais. Quanto à escolaridade, a maioria (52%) dos pacientes refere educação igual ou inferior ao ensino fundamental incompleto. Um total de 74% dos pacientes se concentra na zona urbana e a raça parda corresponde a 56% dos amostrados. A síntese dos dados sociodemográficos encontra-se na tabela 1.

Caracterização	N	% de pacientes
Gênero		
Masculino	38	76
Feminino	12	24
Raça		
Branca	14	28,0
Preta	5	10,0
Amarelo	1	2,0
Parda	28	56,0
Ignorado	2	4,0
Escolaridade		
Analfabeto	4	8,0
1ª-4ª série incompleta	11	22,0
4ª série completa	5	10,0

5ª-8ª série incompleta	6	12,0
Ensino fundamental completo	5	10,0
Ensino médio incompleto	3	6,0
Ensino Médio Completo	5	10,0
Ensino superior incompleto	1	2,0
Ensino superior completo	3	6,0
Ignorado	7	14,0
Moradia		
Urbana	37	74,0
Rural	13	26,0
Preferência sexual		
Heterossexual	31	62,0
Homossexual	16	32,0
Bissexual	3	6,0

Tabela 1 – Características sociodemográficas de paciente atendidos no ambulatório de Infectologia do HUAC

Dos diversos níveis de adesão encontrados (Figura 1), apenas 46% foram considerados aderentes ($\geq 95\%$ de retirada de medicamentos na farmácia). Este grupo é composto por indivíduos de 25 a 50 anos com média etária de 35,7 (DP 6,74). Quanto à preferência sexual, 56,5% se consideram heterossexuais, 39,1%, homossexuais e 4,3%, bissexuais.

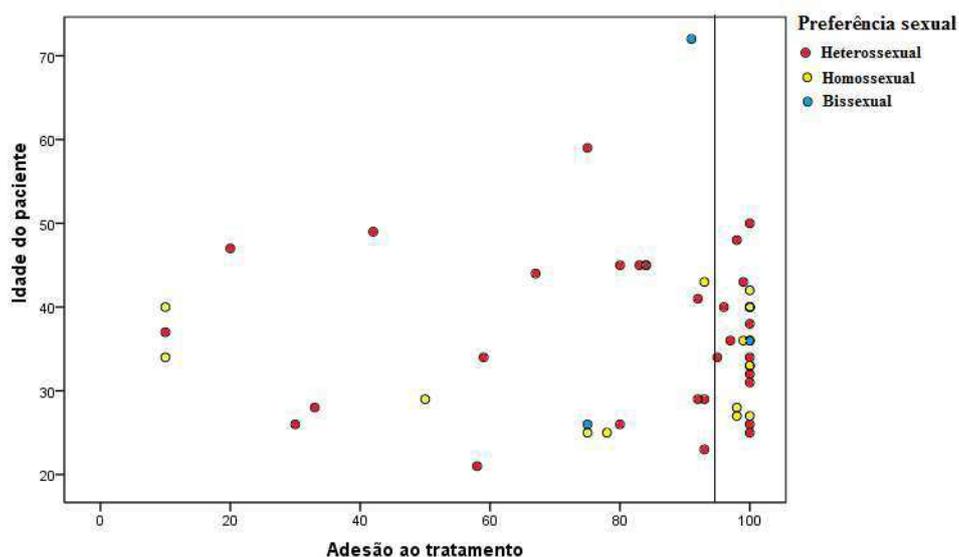


Figura 1 – Adesão ao tratamento por idade dos pacientes em relação à preferência sexual

O grupo de não aderentes pode ser dividido em três faixas: 75-94% de adesão (grupo I), 50-74% de adesão (grupo II) e <50% de adesão (grupo III). O primeiro engloba 32% dos indivíduos, faixa etária de 23 a 72 anos e média de 38,25 anos (DP 13,7), com 62,5% de heterossexuais, 25% de homossexuais e 12,5% de bissexuais. O grupo II contém apenas 8% da amostra total, faixa etária de 21 a 44 anos e média de 32 anos (DP 9,62), com 75% e 25% de heterossexuais e homossexuais, respectivamente. A população do grupo III corresponde a 14% da estudada, com a idade variando de 26 a 49 anos, média de 37,3 anos (DP 8,79), com 71,4% de heterossexuais e 28,6% de homossexuais.

Com relação à preferência sexual (figura 2), os heterossexuais apresentam predomínio de não adesão, sobretudo quando considerado o sexo feminino, que apresenta 63,6% de não aderentes, valor 17% maior que prevalência total do estudo. Quanto aos homossexuais, destaca-se o sexo masculino como a única categoria em que a maioria dos indivíduos foi considerada aderente, sendo a prevalência de não adesão 26% menor que a da população em geral. Na categoria bissexual, só figura o sexo masculino e apenas 33,3% deles são aderentes ao tratamento.

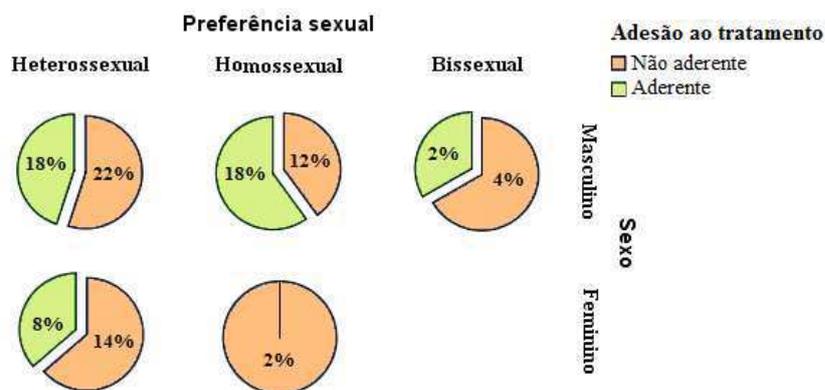


Figura 2 – Preferência sexual e sexo em relação à adesão ao tratamento.

Como se observa na figura 3, a faixa etária que mais concentra pacientes está entre 28 e 42 anos (52%). Este intervalo também é o de maior adesão (61,53%), destacando-se o sexo masculino que, isolado, apresenta uma adesão de 65%; o sexo feminino apresenta uma paridade quanto a esse critério, mantendo-se pouco acima da média populacional. Nas demais faixas etárias, há

um predomínio da não adesão, com ênfase aos grupos de maiores de 58 anos (independente do sexo) e de menores de 27 anos do sexo feminino, que apresentam 100% de não adesão.

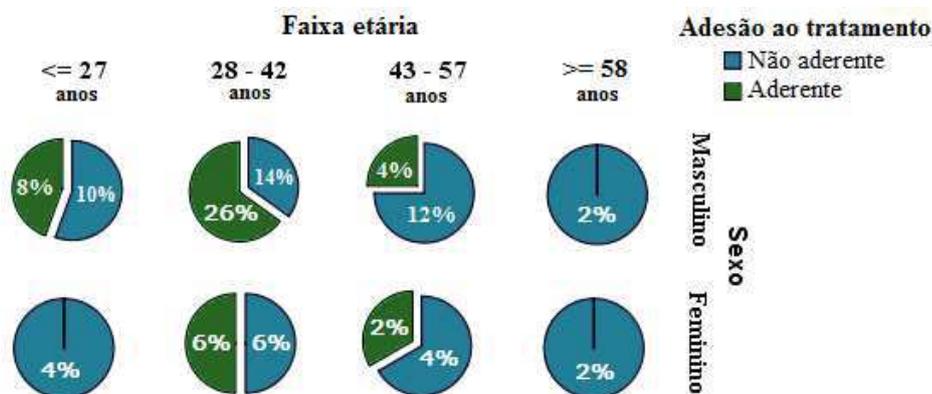


Figura 3 – Faixa etária e sexo em relação à adesão ao tratamento.

A distribuição da adesão por zona de residência, demonstrada na figura 4, revela uma maior adesão entre aqueles que habitam a zona rural (69,2%) em relação à urbana (37,8%). Os pardos, que representam 56% de nossa amostra, apresentam uma adesão de 30,7% na zona urbana e de 66,6% na zona rural. A maior adesão é observada quando se toma apenas a população branca rural (80%); paradoxalmente, os brancos residentes em zona urbana apresentam a menor adesão dentre os grupos (22,2%).

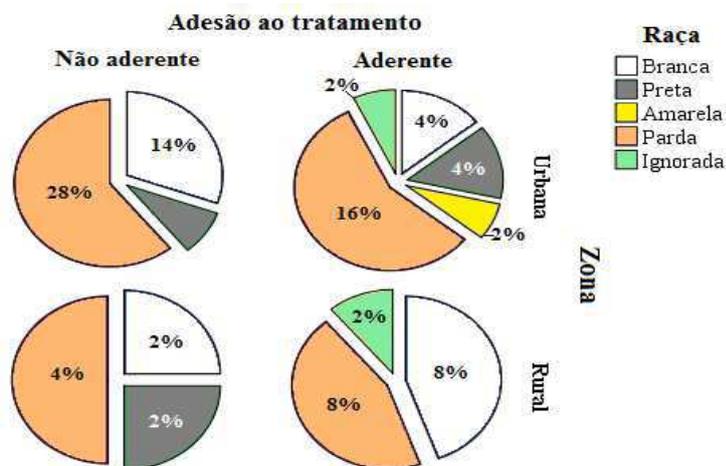


Figura 4 – Adesão ao tratamento e zona de residência em relação à raça autodeclarada.

DISCUSSÃO

A adesão neste estudo foi de 46%, sendo um resultado inferior ao apontado pela literatura^{22,27}. Isto pode ter ocorrido por fatores variados, dentre eles: redução no número de participantes, por dados insuficientes nos bancos de dados do SICLOM e SINAN, delimitando uma população heterogênea. Além disso, deve-se destacar uma possível falta de atualização dos referidos sistemas. Pacientes incluídos neste estudo como não aderentes podem, por exemplo, ter falecido e a falta dessa informação para alimentação do sistema o mantém em “abandono de tratamento” no SICLOM. Apesar de ter retirado do estudo os pacientes cadastrados no SINAN que foram a óbito em decorrência da doença, esse método pode ser falho, visto que não leva em conta óbitos por outras causas. Outro problema seria a existência de uma subnotificação dos agravos: dos 139 pacientes procurados no SINAN, 73 (52,5%) não foram encontrados.

No período de 2000 a junho de 2013, 72,5% dos casos de AIDS no Brasil foram notificados no SINAN, sendo 20,7% deles registrados no SISCEL (dados validados pelo SICLOM) e 6,8% declarados no SIM⁴. Em 2012, 64,8% dos casos de AIDS correspondentes a esse ano foram notificados no SINAN, apresentando importantes diferenças entre as regiões brasileiras (55,5% no Norte, 66,0% no Nordeste, 59,9% no Sudeste, 74,0% no Sul e 73,5% no Centro-Oeste). Segundo o último boletim epidemiológico de HIV e AIDS⁴, “esses dados evidenciam uma subnumeração de casos no SINAN e, portanto, uma necessidade de aprimorar a capacidade da vigilância para a notificação oportuna dos casos de AIDS no sistema de informação preposto”.

Desse modo, a subnotificação dos agravos no serviço do HUAC se torna clara: dos 139 pacientes procurados no SINAN, 73 (52,5%) não foram encontrados, porcentagem aquém da média nordestina e nacional. Faz-se necessário não só um maior intercâmbio de dados entre os sistemas de informação do SUS, como também uma atuação mais rígida do profissional de saúde sobre a notificação de doenças.

A estimativa de não adesão pelos registros de dispensação em farmácia aborda longos períodos e é única medida que capaz de identificar pacientes que abandonaram o acompanhamento no serviço. É possível que este fato cause uma sobre-estimativa de não adesão, se consideramos como tal tanto as retiradas irregulares quanto os abandonos. Considerando o contexto do período avaliado, pacientes com atraso na retirada da medicação em algum momento podem de fato ser aderentes à terapia. Por outro lado, o fato do paciente retirar a medicação na farmácia não garante seu uso correto. De qualquer forma, a busca irregular da medicação é importante marcador de utilização dos serviços considerando a padronização do sistema brasileiro de dispensar os ARV somente nos serviços credenciados e com periodicidade mensal. Apesar dos registros de farmácia medirem primariamente a adesão do paciente ao serviço, mais do que ao tratamento em si, este mecanismo de monitoramento deve ser aprimorado e padronizado.

Segundo estimativas realizadas pelo Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais aproximadamente 718 mil pessoas vivem com HIV/AIDS no Brasil⁴. Entre 2003 e 2012, as maiores taxas de detecção de AIDS foram observadas entre aqueles com 30 a 49 anos. Entretanto, observa-se uma tendência de queda na taxa daqueles com 30 a 39 anos e uma leve estabilização entre aqueles com 40 a 49 anos. Além disso, observa-se uma tendência de aumento nas taxas de detecção entre os jovens de 15 a 24 anos e entre os adultos com 50 anos ou mais.

O perfil epidemiológico deste estudo ainda apresenta-se com predomínio da faixa etária entre 28 e 42 anos (52%). Os pacientes mais jovens, entre 18 e 27 anos representam 22%. O sexo masculino corresponde a 76% do total, mais elevado que a média nacional de 64,2%. A distribuição da preferência sexual é semelhante ao disposto nos documentos nacionais, porém com uma heterossexualização mais proeminente.

Com relação à raça/cor, houve predomínio de autorreconhecimento como pardos na população analisada (56%), não acompanhando a estatística nacional que mostra maior prevalência de brancos (47,4%). Essa inversão pode ser

explicada em decorrência da distribuição racial característica do Nordeste e da Paraíba com também aumento da população parda²⁸.

Quanto à escolaridade, em 2012, 76,8% dos indivíduos notificados no SINAN nacional apresentaram informação a respeito do grau de instrução⁴. Desses, a maioria possuía de 5ª à 8ª série incompleta (23,2%) e nível médio completo (21,3%) e o mesmo perfil foi observado quando feita a estratificação por sexo. Considerando-se a escolaridade como marcador da situação socioeconômica, houve uma pauperização em relação à média nacional, tendo a maioria dos indivíduos atingido até ensino fundamental incompleto.

A baixa escolaridade pode implicar em prejuízos à adesão, interferindo inclusive na compreensão da terapêutica, devido às dificuldades na interpretação das informações oferecidas pela equipe de saúde e no reconhecimento da importância de realizar o tratamento corretamente. O trabalho remunerado e as condições socioeconômicas são primordiais para a manutenção da adesão ao tratamento para aqueles que vivem com HIV/AIDS.

Nesta amostra, o grupo mais susceptível a não adesão terapêutica no primeiro ano de tratamento foi composto por pacientes com mais de 47 anos, com ênfase na faixa superior a 58, ou menos de 27 anos (especialmente mulheres), heterossexuais (independente do sexo), e residentes da zona urbana (sobretudo aqueles que se declararam brancos). Não houve relação com o nível de escolaridade.

Acredita-se que a aceitação da adesão à terapia antirretroviral também pode ser influenciada pela confiança depositada no sistema de saúde e na relação interpessoal com os profissionais de saúde. Desse modo, o papel do profissional que presta assistência é importante, principalmente pela capacidade de diálogo e de negociação. Orientar sobre a doença, a importância da adesão, os medicamentos, o modo correto de usá-los, os efeitos colaterais do tratamento e as medidas a serem tomadas quando tais efeitos ocorrem constitui um aspecto prioritário no tratamento e deve envolver todos os profissionais de saúde responsáveis pela assistência³.

Muitas estratégias têm sido descritas na literatura para auxiliar o paciente a melhorar a sua adesão ao tratamento^{20,21}. Algumas delas devem ser implementadas com rigor, como a formação de grupos de adesão mais efetivos ou grupos de assistência individual que respondam às expectativas e às dúvidas decorrentes do uso dos antirretrovirais, o fornecimento gratuito de lembretes, de tabelas de horários, assim como diários de uso dos medicamentos e *pills-boxes*.

O que se verifica na prática é que diferentes estratégias podem ser utilizadas para promover a adesão, contudo o importante é que o desenvolvimento e a implementação dessas intervenções sejam realisticamente desenhados para grupos específicos, levando em consideração as características individuais, o estilo de vida e o suporte social²¹.

CONCLUSÃO

No presente estudo, sexo, faixa etária, raça, preferência sexual e local de moradia estiveram associados à não adesão.

Considerando que a nível nacional o Brasil tem um programa de sucesso no âmbito da assistência às PVHA, com declínio de vários índices como incidência da doença, queda da taxa de transmissão vertical do HIV e da mortalidade por AIDS, a inadequação da adesão terapêutica na amostra estudada aponta para a necessidade de novos estudos e intervenções locais que possibilitem a melhora da qualidade da assistência ao paciente.

Para melhor compreensão dos resultados encontrados faz-se necessário reproduzir este estudo em populações maiores e com diferentes características. Os resultados indicam a necessidade de realizar estudos longitudinais que avaliem também aspectos socioculturais, crenças e outros relacionados à raça e aos efeitos colaterais dos antirretrovirais, acrescidos de novas estimativas da adesão, como avaliação da carga viral.

Como perspectiva de novos estudos, é importante ampliar a pesquisa para outros locais de assistência, estabelecendo condições de avaliar a qualidade do serviço prestada, as relações do cliente com a equipe multiprofissional, para favorecer o estabelecimento de estratégias que melhorem a adesão dos pacientes à TARV.

A adesão ao tratamento assume importância crucial diante da perspectiva de uma vida longa e com qualidade, uma vez que boa adesão está correlacionada ao bom prognóstico. O estímulo à TARV para todas as pessoas infectadas pelo HIV, independentemente de seu estado imunológico, é uma importante medida de saúde pública, uma vez que, além de impactar a morbidade e mortalidade, auxilia na diminuição da carga viral, reduzindo, assim, a transmissibilidade do vírus.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ QUINN, T. C. The global human immunodeficiency virus pandemic. **UpToDate**. 2014. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/the-global-human-immunodeficiency-virus-pandemic?source=see_link&anchor=H5#H5>. Acesso em: 01/08/2014.
- ² WORLD HEALTH ORGANIZATION. UNAIDS. **Global report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic**. Genebra, 2013.
- ³ ROCHA, G. M. et al. Monitoring adherence to antiretroviral treatment in Brazil: an urgent challenge. **Caderno de Saúde Pública**, v. 27 Suppl 1, p. S67-78, 2011. ISSN 1678-4464 (Electronic)0102-311X (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21503526>>. Acesso em: 01/08/2014
- ⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites. **Boletim epidemiológico AIDS-HIV**. Brasília, 2013
- ⁵ CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Vital signs: HIV prevention through care and treatment--United States. **MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 60, n. 47, p. 1618-23, Dec 2 2011. ISSN 0149-2195.
- ⁶ TEIXEIRA, T. R. et al. Social geography of AIDS in Brazil: identifying patterns of regional inequalities. **Cadernos De Saúde Pública**, v. 30, n. 2, p. 259-271, Feb 2014. ISSN 0102-311X; 1678-4464.
- ⁷ MONTANER, J. S. Treatment as prevention: toward an AIDS-free generation. **Topics in Antiviral Medicine**, v. 21, n. 3, p. 110-114, Jul-Aug 2013. ISSN 2161-5853.
- ⁸ HYLE, E. P.; DRYDEN-PETERSON, S. The impact of antiretroviral therapy on morbidity and mortality of HIV infection in resource-limited settings. **UpToDate**. 2014. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/the-impact-of-antiretroviral-therapy-on-morbidity-and-mortality-of-hiv-infection-in-resource-limited-settings?source=search_result&search=antiretroviral+hiv&selectedTitle=11~150>. Acesso em: 04/08/2014.
- ⁹ CHAIYACHATI, K. et al. Interventions to improve adherence to antiretroviral therapy: a rapid systematic review. **Aids**, v. 28, p. S187-S204, 2014. ISSN 0269-9370.
- ¹⁰ BENDAVID, E. et al. HIV Development Assistance and Adult Mortality in Africa. **Jama-Journal of the American Medical Association**, v. 307, n. 19, p. 2060-2067, 2012. ISSN

0098-7484; 1538-3598. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000304048200025 >. Acesso em 05/08/2014

- 11 SCHEFFER, M. **Coquetel: a incrível história dos antirretrovirais e do tratamento da Aids no Brasil**. 1ª edição. Rio de Janeiro: Hucitec, 2012. ISBN 9788564806504.
- 12 BRASIL. Lei nº. 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores de HIV e doentes de AIDS. **Lex: Coletânea de Legislação e Jurisprudência**, São Paulo, v.62, 1996. Legislação Federal e margina
- 13 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília, 2013.
- 14 POWDERLY, W. G. Antiretroviral therapy in primary HIV infection. **Journal of comparative effectiveness research**, v. 2, n. 3, p. 227-229, 2013. Disponível em < <http://www.futuremedicine.com/doi/abs/10.2217/ce.13.22>> Acesso em 03/08/2014
- 15 MONTEIRO, S.; VILLELA, W. V.; KNAUTH, D. Discrimination, stigma, and AIDS: a review of academic literature produced in Brazil (2005-2010). **Cadernos De Saúde Pública**, v. 28, n. 1, p. 170-176, Jan 2012. ISSN 0102-311X. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000299383700018 >. Acesso em 03/08/2014
- 16 MENEZES DE PÁDUA, C. A. et al. High incidence of adverse reactions to initial antiretroviral therapy in Brazil. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v. 39, n. 4, p. 495-505, 2006-04 2006. ISSN 1414-431X. Disponível em: < <Go to ISI>://SCIELO:S0100-879X2006000400010 >. Acesso em 02/08/2014
- 17 CROSLAND GUIMARAES, M. D. et al. Difficulties reported by hiv-infected patients using antiretroviral therapy in Brazil. **Clinics**, v. 63, n. 2, p. 165-172, Apr 2008. ISSN 1807-5932. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000255101600003 >. Acesso em 01/08/2014
- 18 DE BRUIN, M. et al. Poor citation, coding and reporting: a review of adherence-enhancing interventions for highly active antiretroviral therapy creates an inaccurate picture of the state of the field. **Hiv Medicine**, v. 15, n. 6, p. 381-382, JUL 2014 2014. ISSN 1464-2662.
- 19 HART, J. E. et al. Effect of Directly Observed Therapy for Highly Active Antiretroviral Therapy on Virologic, Immunologic, and Adherence Outcomes: A Meta-Analysis and Systematic Review. **J aids-Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 54, n. 2, p. 167-179, Jun 2010. ISSN 1525-4135. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000278100600009 >. Acesso em 01/08/2014

- 20 ORTEGO, C. et al. Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART): A Meta-Analysis. **Aids and Behavior**, v. 15, n. 7, p. 1381-1396, Oct 2011. ISSN 1090-7165. Disponível em: <<Go to ISI>://WOS:000295271200011 >. Acesso em 29/07/2014
- 21 MATHES, T. et al. Adherence-enhancing interventions for highly active antiretroviral therapy in HIV-infected patients - a systematic review. **Hiv Medicine**, v. 14, n. 10, p. 583-595, Nov 2013. ISSN 1464-2662. Disponível em: <<Go to ISI>://WOS:000325492300001 >. Acesso em 29/07/2014
- 22 DALE, S. et al. Abuse and Resilience in Relation to HAART Medication Adherence and HIV Viral Load Among Women with HIV in the United States. **Aids Patient Care and Stds**, v. 28, n. 3, p. 136-143, Mar 2014. ISSN 1087-2914.
- 23 SILVEIRA, M. et al. Predictors of Non-adherence to Clinical Follow-up Among Patients Participating in a Randomized Trial of Pharmaceutical Care Intervention in HIV-Positive Adults in Southern Brazil. **Aids and Behavior**, v. 18, p. S85-S88, Jan 2014. ISSN 1090-7165.
- 24 ZHANG, N.; TERRY, A.; MCHORNEY, C. Impact of Health Literacy on Medication Adherence: A Systematic Review and Meta-analysis. **Annals of Pharmacotherapy**, v. 48, n. 6, p. 741-751, Jun 2014. ISSN 1060-0280.
- 25 LEHMANN, A. et al. Assessing medication adherence: options to consider. **International Journal of Clinical Pharmacy**, v. 36, n. 1, p. 55-69, Fev 2014. ISSN 2210-7703.
- 26 ERNESTO, A. S. et al. Usefulness of pharmacy dispensing records in the evaluation of adherence to antiretroviral therapy in Brazilian children and adolescents. **Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. 16, n. 4, p. 315-320, Jul-Aug 2012. ISSN 1413-8670. Disponível em: <<Go to ISI>://WOS:000307527400001 >. Acesso em 15/07/2014
- 27 NGUYEN, T.; LA CAZE, A.; COTTRELL, N. What are validated self-report adherence scales really measuring?: a systematic review. **British Journal of Clinical Pharmacology**, v. 77, n. 3, p. 427-445, Mar 2014. ISSN 0306-5251.
- 28 IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais** - Uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, 2010

Anexo 2. Ficha do Sistema de Informação de Agravos de Notificação de AIDS

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO		AIDS (Pacientes com 13 anos ou mais)		
Definição de caso: Para fins de notificação entende-se por caso de aids o indivíduo que se enquadra nas definições adotadas pelo Ministério da Saúde. Os critérios para caracterização de casos de aids estão descritos em publicação específica do Ministério da Saúde (www.aids.gov.br).				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	AIDS	Código (CID10)	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	B 24	Código (IBGE)
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Diagnóstico	
Notificação Individual	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor
	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS		
	16 Nome da mãe	17 UF		
Dados de Residência	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência		27 CEP
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	
	Dados Complementares do Caso			
Antecedentes Epidemiológicos	31 Ocupação			
	Provável modo de transmissão			
	32 Transmissão vertical	33 Sexual		
	34 Sanguínea	Uso de drogas injetáveis	Transfusão sanguínea	
Informações sobre transfusão/acidente				
35 Data da transfusão/acidente	36 UF	37 Município onde ocorreu a transfusão/acidente		
38 Instituição onde ocorreu a transfusão/acidente				Código
39 Após investigação realizada conforme algoritmo do PN DST/AIDS, a transfusão/acidente com material biológico foi considerada causa da infecção pelo HIV?				
Dados do Laboratório	40 Evidência laboratorial de infecção pelo HIV			
	1 - Positivo/reagente 2 - Negativo/não reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não realizado 5 - Indeterminado 9 - Ignorado			
	Teste de triagem	Data da coleta	Teste confirmatório	Data da coleta
Teste rápido 1		Teste rápido 2	Teste rápido 3	
Aids em pacientes com 13 anos ou mais Sinan NET SVS 08/06/2006				

Anexo 3. Roteiro para pesquisa de dados

Número do questionário	
Número do prontuário	
Quantidade de comprimidos retirados em 1 ano	
Idade atual	
Idade no momento do diagnóstico	
Sexo	() M - Masculino / F – Feminino
Opção sexual	() 1 – Heterossexual 2- Homossexual 3- Bissexual 4-Ignorado
Procedência	
Raça	() 1 – Branca 2 – Preta 3 – Amarela 4 – Parda 5 – Indígena 6 – Ignorado
Escolaridade	() 0 – Analfabeto 1 – 1 ^a -4 ^a série incompleta do EF 2 – 4 ^a série completa do EF 3 – 5 ^a -8 ^a série incompleta do EF 4 – Ensino Fundamental completo 5 – Ensino Médio incompleto 6 – Ensino Médio completo 7 – Ensino Superior incompleto 8 – Ensino Superior completo 9 – Ignorado 10 – Não se aplica
Ocupação	
Provável modo de transmissão	() 1 – Transmissão sexual 2 – Transmissão vertical 3 – Transmissão sanguínea

Adesão ao tratamento com antirretrovirais em pacientes vivendo com HIV/AIDS

Adherence to antiretroviral therapy in patients living with HIV / AIDS

Autor: Camila Glenda Dantas de Medeiros - Graduanda em Medicina pela UFCG

Descritores

HIV; Fármacos AntiHIV;
Síndrome de Imunodeficiência
Adquirida; Antirretrovirais; Adesão à
Medicação

Keywords

HIV; AntiHIV Agents; Acquired
Immunodeficiency Syndrome;
Antiretroviral Therapy Highly Active;
Medication Adherence

RESUMO: A não adesão à terapia antirretroviral (TARV) é um desafio à efetividade do tratamento e à disseminação de vírus resistentes. Nesse contexto, foi realizado um inquérito para avaliar fatores sociodemográficos implicados na não adesão à TARV no primeiro ano de tratamento. A pesquisa foi realizada no HUAC em Campina Grande. A amostra foi constituída de portadores de HIV/AIDS cadastrados no SICLOM, que iniciaram a TARV entre janeiro de 2009 e julho de 2013. A adesão foi aferida a partir da frequência dos usuários ao serviço de dispensação de medicamentos na farmácia do HUAC em seu primeiro ano de tratamento, considerando-se aderentes aqueles que comparecem mensalmente ao serviço para receber os antirretrovirais, subentendendo-se que estes teriam tomado 95% ou mais da medicação prescrita. O estudo mostrou um predomínio da faixa etária de 28-42 anos (52%), com relação homem/mulher de 3:1; destes, 62,0% referiram ser heterossexuais. Quanto à escolaridade, a maioria (52%) dos pacientes refere educação igual ou inferior ao ensino fundamental incompleto. Um total de 74% dos pacientes se concentra na zona urbana e a raça parda corresponde a 56% dos amostrados. Dos diversos níveis de adesão encontrados, apenas 46% foram considerados aderentes ($\geq 95\%$ de adesão).

ABSTRACT: Nonadherence to antiretroviral therapy (HAART) is a challenge to the effectiveness of treatment and the spread of resistant virus. In this context, a survey was conducted to assess sociodemographic factors involved in nonadherence to ART in the first year of treatment. The survey was conducted in HUAC in Campina Grande. The sample consisted of individuals with HIV / AIDS registered in SICLOM, who initiated HAART between January 2009 and July 2013. Adherence was measured from the frequency of users to pharmacy's drug dispensing service in the HUAC in his first year of treatment, considering adherent those who attend the service monthly to receive antiretrovirals, subtending that they would have taken 95% or more of prescribed medication. The study showed the predominant age range of 28-42years (52%), with male / female ratio of 3: 1; of these, 62.0% reported being heterosexual. Regarding education, the majority (52%) of patients refers less than elementary education. A total of 74% of patients lived on the urban area and the brown race corresponds to 56% of the sample. Various levels of adherence were found, bet only 46% were considered adherent ($\geq 95\%$ adherence).

INTRODUÇÃO

A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) é uma doença causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) que reduz progressivamente a eficácia do sistema imunológico e eleva a susceptibilidade para infecções oportunistas e neoplasias. A epidemia mundial desse vírus se iniciou na década de 80, após a detecção de casos de pneumocistose e Sarcoma de Kaposi em homossexuais jovens nos Estados Unidos. Embora inicialmente limitada, a infecção pelo HIV se expandiu vertiginosamente nas últimas três décadas, tornando-se a pior epidemia do século XX, com dezenas de milhões de mortos, e elevando-se ao patamar de fatalidades registrado apenas pela pandemia de influenza do início de 1900 e pela peste bubônica no século XIV¹. O impacto da doença sobre o sofrimento humano, cultura, demografia, economia e até mesmo política foi sentido em quase todas as sociedades ao redor do mundo.

Infelizmente, a epidemia continua a se espalhar por novas áreas. Segundo estimativas do relatório do programa das Nações Unidas para o HIV/AIDS (UNAIDS) de setembro de 2013², 35,3 milhões de pessoas estão vivendo com HIV/AIDS (PVHA) e que 0,8% dos adultos com idades entre 15-49 anos em todo o mundo vivem com HIV, embora o peso da epidemia varie consideravelmente entre países e regiões. A África Subsaariana continua sendo a mais severamente afetada, com quase 1 em cada 20 adultos vivendo com HIV e respondendo por 71% das pessoas afetadas em todo o mundo. No entanto, a prevalência na África subsaariana parece ter se estabilizado, principalmente devido a uma desaceleração na incidência e crescente número de pessoas infectadas com acesso ao tratamento.

Em termos de crescimento recente da epidemia, cerca de 2,3 milhões de pessoas foram infectadas com o HIV em 2012, incluindo 260 mil crianças, muitas das quais foram infectadas por transmissão perinatal. A cada dia, 6.300 pessoas são infectadas com o HIV, com um número crescente entre os adultos jovens, mulheres e crianças. Estima-se que 25 milhões de crianças ficaram órfãs após morte prematura de ambos os pais devido à AIDS, colocando enormes responsabilidades nas comunidades².

O contínuo aumento no número de pessoas que vivem com HIV/AIDS, embora menos intenso, é reflexo da ocorrência de novas infecções e do benefício do tratamento antirretroviral (TARV), na medida em que este reduziu a mortalidade e aumentou a sobrevivência destes indivíduos³. No entanto, a evolução da epidemia e a obtenção de sucesso terapêutico continuam sendo um grande desafio para gestores, pesquisadores, profissionais de saúde e pacientes envolvidos, conforme demonstrado a seguir.

No Brasil, a estimativa da UNAIDS é que a prevalência da infecção pelo HIV entre adultos de 15 – 49 anos seja de 0,6%. Dados do Ministério da Saúde de casos de AIDS calculam que cerca de 718 mil indivíduos vivam com HIV/SIDA no Brasil, dos quais em torno de apenas 80% tenham sido diagnosticados⁴.

O teste de HIV é a porta de entrada para o cuidado contínuo das PVHA, também conhecido como “cascata” no Ministério da Saúde. A análise da “cascata” permite calcular, a partir do número estimado de PVHA, a proporção de pessoas diagnosticadas, vinculadas ao serviço de saúde de HIV/AIDS e retidas na rede de atenção, em tratamento antirretroviral e com supressão da carga viral⁵. A “cascata” brasileira foi construída principalmente a partir das informações dos: Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL), Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), Sistema de Informação Agravos de Notificação (SINAN) e o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).⁴

O novo foco para o combate à epidemia de HIV/AIDS no país é a implementação de intervenções de prevenção combinadas, com destaque para o protocolo de prevenção à infecção e a manutenção de altas respostas terapêuticas, destacando o incentivo à adesão medicamentosa. Nesse contexto, o monitoramento do cuidado contínuo da “cascata” tornou-se importante ferramenta para o

acompanhamento dos principais resultados relacionados ao controle da epidemia de HIV/AIDS⁶. O estímulo à TARV para todas as pessoas infectadas pelo HIV, independentemente de seu estado imunológico, é uma importante medida de saúde pública, uma vez que, além de impactar a morbidade e mortalidade, auxilia na diminuição da carga viral, reduzindo, assim, a transmissibilidade do vírus.

Atualmente, os esforços para o controle da epidemia de HIV/AIDS no Brasil estão concentrados no diagnóstico precoce da infecção e no tratamento das PVHA, bem como a implementação de intervenções de prevenção combinada⁴. A estratégia de tratamento de PVHA como medida de prevenção requer não somente o diagnóstico oportuno da infecção, como também o investimento na melhoria do cuidado contínuo desses indivíduos⁷.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Terapia antirretroviral

A terapia antirretroviral (TARV) converteu a infecção por HIV de doença altamente letal a uma condição crônica que requer cuidados em longo prazo. Em adição ao aumento na expectativa de vida das PVHA, a implementação da TARV também reduz a transmissão do HIV para pessoas não infectadas⁸. Nessa nova era do tratamento, o sucesso continuado dos antirretrovirais depende de nosso conhecimento em quando iniciar a terapia e na continuidade da assistência ao paciente, assegurando uma alta adesão terapêutica⁹.

Na última década, o acesso mundial a TARV melhorou significativamente, destacando-se a iniciativa "3 por 5", lançada pela UNAIDS e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2003, com objetivo de fornecer terapia antirretroviral para 3 milhões de PVHA em países em desenvolvimento até o final de 2005¹⁰. Com a expansão dos serviços, a OMS estima que 10 milhões de pessoas infectadas pelo HIV estavam recebendo TARV no final de 2012. Adicionalmente, reduções em novos casos de HIV, mortes secundárias à AIDS e na mortalidade geral têm sido relacionados à expansão do acesso à TARV. Apesar dessas conquistas, apenas cerca de metade dos pacientes que são elegíveis para tratamento medicamentoso imediato pelo critério da OMS o estão recebendo. A UNAIDS e a OMS criaram recentemente a meta de acesso universal, com objetivo específico de ter 15 milhões pessoas sob terapia até 2015⁸, com maior ênfase na melhoria do acesso, eficiência e custos.

O Brasil iniciou uma política de tratamento e acompanhamento de pessoas que vivem com HIV/AIDS com a criação do Programa Nacional de DST/AIDS em 1986¹¹. A zidovudina foi o primeiro medicamento antirretroviral utilizado no tratamento, introduzido em 1987. No entanto, apenas após 1991 o país iniciou processo de aquisição e distribuição dos medicamentos, sendo que o primeiro consenso terapêutico nacional foi publicado em 1996. Neste mesmo ano, foi introduzida a terapia antirretroviral (ARV) combinada¹², acarretando grande influência na morbimortalidade das pessoas que vivem com o HIV/AIDS. Estudos iniciais que avaliaram o impacto da terapia antirretroviral mostraram uma redução de cerca de 70% na mortalidade e de 80% na incidência de infecções oportunistas¹³.

O início do tratamento antirretroviral constitui um marco na história da infecção e é uma das mais importantes decisões no acompanhamento de uma pessoa que vive com HIV³. Os principais objetivos do tratamento são a supressão sustentada da replicação viral, a preservação e reconstituição imunológica, redução da morbimortalidade e melhoria da qualidade de vida¹⁴. Entretanto, o sucesso da TARV depende de diversos fatores, como características virais e da resposta imune, questões relacionadas ao acesso ao tratamento e aos serviços de saúde, além de fatores comportamentais relacionados ao indivíduo, destacando-se principalmente a adesão ao tratamento¹⁵.

O primeiro ano de tratamento ARV constitui período crítico para obtenção do sucesso terapêutico, quando a ocorrência de reações adversas¹⁶ e dificuldades relacionadas ao tratamento são mais frequentes¹⁷. Dessa forma, o paciente deve ser

bem orientado e reavaliado a cada duas ou três semanas inicialmente e, posteriormente, em intervalos mais longos de acordo com a tolerância e adaptação ao esquema ARV em uso^{14, 4}.

Adesão à TARV

A adesão afere o uso do medicamento por uma pessoa de acordo com as recomendações médicas, abrangendo o horário, dose tomada e uniformidade no decorrer do tempo. Indiscutivelmente, a adesão é o fator mais crítico para garantir o sucesso da TARV, uma vez que na sua ausência o fracasso terapêutico é provável, levando a evitáveis aumentos na morbidade e mortalidade¹⁸. Além disso, a adesão subótima aumenta o risco de desenvolvimento de cepas de HIV resistentes e de transmitir o vírus a outros¹⁹. Dado que o comportamento e o padrão de adesão podem afetar profundamente a resposta de um indivíduo ao tratamento e assim estreitar as opções terapêuticas futuras, melhorar e preservar a adesão à TARV são componentes críticos e devem ser prioridade no programas de saúde pública.

Os portadores de HIV/AIDS e seus cuidadores muitas vezes enfrentam desafios para garantir uma boa adesão. Uma metanálise de 2011, que avaliou adesão de 33199 adultos em 84 estudos observacionais, relata que apenas 62% dos indivíduos tomaram pelo menos 90% de suas doses de antirretrovirais prescritas²⁰. Com estas dificuldades, intervenções eficazes e viáveis para melhorar a adesão à TARV são necessárias com urgência para assegurar o sucesso continuado e a sustentabilidade clínica e financeira da ampliação global ao acesso medicamentoso²¹.

Como regra geral, altos níveis de adesão são necessários para se obter concentrações plasmáticas indetectáveis de carga viral do HIV e se alcançar os objetivos em longo prazo do tratamento²². Estudos iniciais apontam para a necessidade do uso de pelo menos 95% das doses recomendadas para obter sucesso terapêutico²³. A adesão elevada, além de propiciar menor replicação viral, também acarreta menor incidência de doenças oportunistas, menor número de internações, melhor sobrevida e qualidade de vida, além de redução na transmissão do HIV e menor emergência de resistência viral.

No entanto, a adesão ao tratamento antirretroviral é um processo complexo, abrangente, dinâmico e multifatorial, de responsabilidade não apenas do indivíduo em tratamento, mas também da equipe de saúde e da rede social na qual ele está inserido. Os determinantes da adesão podem ser agrupados em categorias, que incluem: o paciente; a rede social; o profissional de saúde; a relação profissional-paciente; a doença; o serviço de saúde; e o regime terapêutico¹⁷. Os principais fatores associados à não adesão aos ARV encontrados foram: sociodemográficos (idade, raça, sexo, escolaridade, renda), relacionados com a vulnerabilidade ao HIV/AIDS (estresse psicológico, expectativa de auto eficácia, utilização de drogas ilícitas e lícitas, depressão, disfunção neurocognitiva), relacionados ao acesso aos serviços de saúde (não ser aderente às consultas de acompanhamento, número de serviços de saúde em contato) e relacionados ao acompanhamento clínico e laboratorial (percepção ou presença de efeitos colaterais e percepção da severidade dos sintomas, complexidade do regime terapêutico, compreensão inadequada do tratamento, dúvidas quanto à efetividade da TARV, relato prévio de não adesão, maior tempo entre o resultado de sorologia positiva para o HIV e a primeira prescrição de ARV)²⁴.

Existe uma grande variabilidade nas medidas de adesão disponíveis, com diferentes utilidades e aplicações clínicas e de pesquisa: autorrelato, contagem de pílulas, registros de farmácia e de prontuários, dispositivos eletrônicos, monitorização de nível terapêutico, métodos pictóricos registros diários de medicamentos, entrevista autoaplicável^{25,26}. Cada um desses métodos tem suas particularidades, vantagens e desvantagens de acordo com os objetivos a que são propostos. Analogamente, há uma grande diversidade nos pontos de corte do nível de adesão adotados nos estudos, variando de 80-100%, assim como no período de tratamento avaliado, desde um dia até doze meses²⁷. Essa grande heterogeneidade torna muito difícil a comparação dos resultados entre os diversos estudos.

Dessa forma, percebe-se a necessidade do monitoramento constante dos pacientes, não somente do ponto de vista clínico e laboratorial, mas também voltado para a possibilidade de ocorrência da não adesão e de seus fatores de risco. O foco das intervenções deve considerar, além de fatores ligados ao paciente ou ao tratamento, possíveis barreiras psicossociais e características da assistência. As fases iniciais do acompanhamento clínico pelo HIV e do tratamento antirretroviral são críticas, havendo necessidade de se considerar um monitoramento individual, suporte social e esforços de orientação sobre as abrangentes e complexas questões que envolvem o HIV/AIDS. Conforme apresentado neste trabalho, o tema adesão ao tratamento antirretroviral tem sido amplamente estudado no mundo inteiro e os resultados apontam que a não adesão é um problema atual de saúde pública e ainda há taxas consideradas elevadas e preocupantes em todo o mundo.

OBJETIVOS

Primários

1. Avaliar a adesão dos pacientes que vivem com HIV/AIDS atendidos no serviço de infectologia do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) à terapia antirretroviral (TARV) no primeiro ano de tratamento.
2. Analisar os fatores sociodemográficos que motivam a má adesão à TARV.

Secundários

1. Proporcionar dados que auxiliem o planejamento e execução de ações de prevenção, controle e tratamento de indivíduos portadores de HIV/AIDS

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico, individuado, observacional, transversal para avaliar fatores de risco sociodemográficos para não adesão à terapia antirretroviral no primeiro ano de tratamento. A pesquisa foi realizada no serviço de infectologia do HUAC na cidade de Campina Grande. A amostra foi constituída por portadores de HIV/AIDS, escolhidos dentre os cadastrados no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos - SICLOM.

Foram incluídos os pacientes cadastrados que iniciaram a terapia com antirretrovirais no HUAC entre janeiro de 2009 e julho de 2013. A adesão foi aferida a partir do número de comprimidos do antirretroviral retirados pelo paciente no serviço de dispensação de medicamentos na farmácia do HUAC em seu primeiro ano de tratamento. Tal dado encontra-se disponível através da análise do cartão do Programa de Medicamentos Especiais Antirretrovirais do HUAC (anexo 1). Na farmácia, o medicamento é fornecido aos pacientes cadastrados no SICLOM em quantidade suficiente para seu uso mensal. Considerando que a referida farmácia seja a única dispensadora do medicamento para o indivíduo cadastrado, o atraso na retirada do antirretroviral após o período de um mês implicaria na não adesão terapêutica, uma vez que todos os comprimidos já teriam sido consumidos. Foram considerados aderentes aqueles que comparecem mensalmente ao serviço para receber os antirretrovirais, subtendendo-se que estes teriam tomado 95% ou mais da medicação prescrita pelo médico.

Dentre a população estudada, foram divididos dois grupos (aderentes e não aderentes), dos quais serão selecionados aleatoriamente 100 indivíduos de cada grupo para análise dos variáveis socioeconômicas associadas. Os dados foram obtidos através da análise da ficha de notificação/investigação da AIDS do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (anexo 2). As variáveis analisadas foram: idade, sexo, preferência sexual, local de residência, raça e escolaridade.

Critério de Inclusão:

Os critérios de inclusão adotados foram (1) Idade superior ou igual a 18 anos; (2) Início da terapia ARV no serviço ambulatorial de infectologia do HUAC; (3) Início da terapia ARV no período de 01 de janeiro de 2009 a 30 de julho de 2013.

Critério de Exclusão:

Foram excluídos do estudo os pacientes que não atendiam aos critérios de inclusão e as gestantes que fizeram uso de ARV no período exclusivamente para a prevenção da transmissão vertical.

Metodologia de Análise Estatística:

A base de dados foi construída utilizando o Programa Excel e os dados coletados serão analisados no programa Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão 20. Foram divididos 2 grupos (aderentes e não aderentes) dentre a população estudada, a partir da dispensação mensal de medicamentos na farmácia, e analisadas comparativamente as seguintes variáveis: idade, sexo, preferência sexual, local de residência, raça e escolaridade.

RESULTADOS

No mês de agosto de 2014, havia 339 pacientes ativos inscritos no SICLOM. Deste total, 139 (41%) atendiam aos critérios de inclusão. Ao realizar a intersecção com o banco de dados do SINAN, foi percebido que 16 pacientes incluídos na amostra foram a óbito por consequência direta da doença antes de concluir o 1º ano de tratamento e ainda assim constavam como ativos e não aderentes no registro da farmácia. Além disso, não havia registro da notificação no SINAN de 73 pacientes cadastrados na farmácia. Desse modo, a amostra ficou limitada a apenas 50 indivíduos.

O estudo mostrou um predomínio da faixa etária de 28-42 anos (52%), sendo a menor idade 21 anos e a maior idade 72 anos, com idade média de 36,44 anos (DP: 9,8). A população em estudo apresentou relação homem/mulher de 3:1; destes, 62,0% referiram ser heterossexuais. Quanto à escolaridade, a maioria (52%) dos pacientes refere educação igual ou inferior ao ensino fundamental incompleto. Um total de 74% dos pacientes se concentra na zona urbana e a raça parda corresponde a 56% dos amostrados. A síntese dos dados sociodemográficos encontra-se na tabela 1.

Caracterização	N	% de pacientes
Gênero		
Masculino	38	76
Feminino	12	24
Raça		
Branca	14	28,0
Preta	5	10,0
Amarelo	1	2,0
Parda	28	56,0
Ignorado	2	4,0
Escolaridade		
Analfabeto	4	8,0
1ª-4ª série incompleta	11	22,0
4ª série completa	5	10,0
5ª-8ª série incompleta	6	12,0
Ensino fundamental completo	5	10,0
Ensino médio incompleto	3	6,0
Ensino Médio Completo	5	10,0
Ensino superior incompleto	1	2,0
Ensino superior completo	3	6,0
Ignorado	7	14,0
Moradia		
Urbana	37	74,0
Rural	13	26,0

Preferência sexual		
Heterossexual	31	62,0
Homossexual	16	32,0
Bissexual	3	6,0

Tabela 1 - Características sociodemográficas de paciente atendidos no ambulatório de Infectologia do HUAC

Dos diversos níveis de adesão encontrados (Figura 1), apenas 46% foram considerados aderentes ($\geq 95\%$ de retirada de medicamentos na farmácia). Este grupo é composto por indivíduos de 25 a 50 anos com média etária de 35,7 (DP 6,74). Quanto à preferência sexual, 56,5% se consideram heterossexuais, 39,1%, homossexuais e 4,3%, bissexuais.

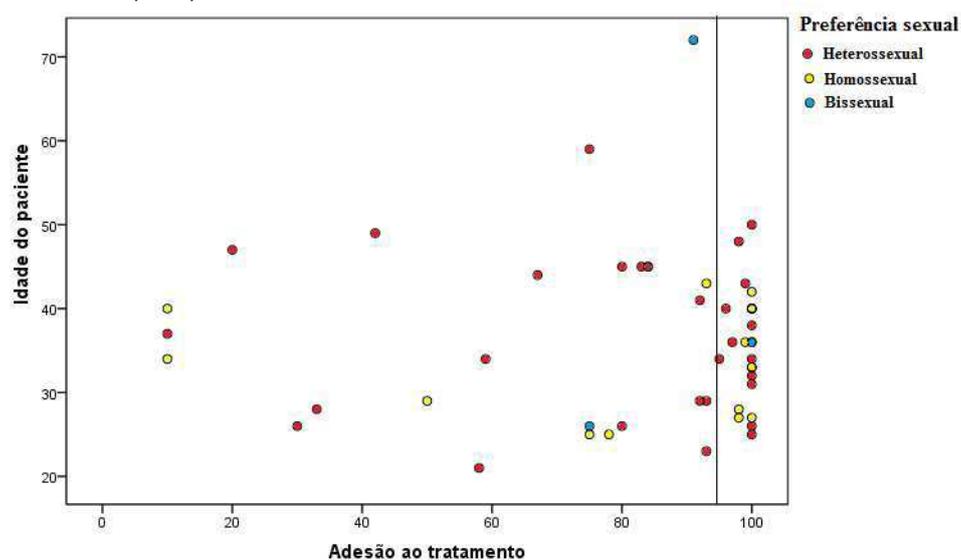


Figura 1 - Adesão ao tratamento por idade dos pacientes em relação à preferência sexual

O grupo de não aderentes pode ser dividido em três faixas: 75-94% de adesão (grupo I), 50-74% de adesão (grupo II) e $<50\%$ de adesão (grupo III). O primeiro engloba 32% dos indivíduos, faixa etária de 23 a 72 anos e média de 38,25 anos (DP 13,7), com 62,5% de heterossexuais, 25% de homossexuais e 12,5% de bissexuais. O grupo II contém apenas 8% da amostra total, faixa etária de 21 a 44 anos e média de 32 anos (DP 9,62), com 75% e 25% de heterossexuais e homossexuais, respectivamente. A população do grupo III corresponde a 14% da estudada, com a idade variando de 26 a 49 anos, média de 37,3 anos (DP 8,79), com 71,4% de heterossexuais e 28,6% de homossexuais.

Com relação à preferência sexual (figura 2), os heterossexuais apresentam predomínio de não adesão, sobretudo quando considerado o sexo feminino, que apresenta 63,6% de não aderentes, valor 17% maior que prevalência total do estudo. Quanto aos homossexuais, destaca-se o sexo masculino como a única categoria em que a maioria dos indivíduos foi considerada aderente, sendo a prevalência de não adesão 26% menor que a da população em geral. Na categoria bissexual, só figura o sexo masculino e apenas 33,3% deles são aderentes ao tratamento.

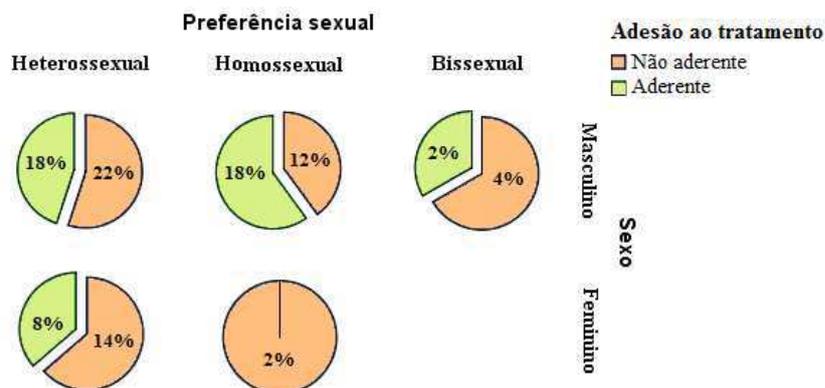


Figura 2 – Preferência sexual e sexo em relação à adesão ao tratamento.

Como se observa na figura 3, a faixa etária que mais concentra pacientes está entre 28 e 42 anos (52%). Este intervalo também é o de maior adesão (61,53%), destacando-se o sexo masculino que, isolado, apresenta uma adesão de 65%; o sexo feminino apresenta uma paridade quanto a esse critério, mantendo-se pouco acima da média populacional. Nas demais faixas etárias, há um predomínio da não adesão, com ênfase aos grupos de maiores de 58 anos (independente do sexo) e de menores de 27 anos do sexo feminino, que apresentam 100% de não adesão.

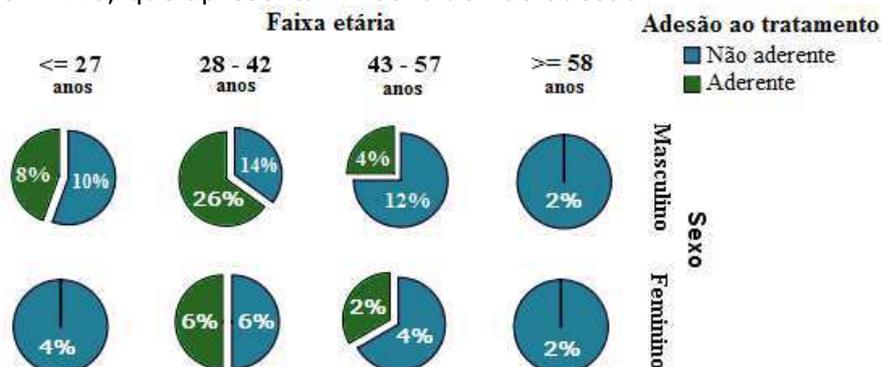


Figura 3 – Faixa etária e sexo em relação à adesão ao tratamento.

A distribuição da adesão por zona de residência, demonstrada na figura 4, revela uma maior adesão entre aqueles que habitam a zona rural (69,2%) em relação à urbana (37,8%). Os pardos, que representam 56% de nossa amostra, apresentam uma adesão de 30,7% na zona urbana e de 66,6% na zona rural. A maior adesão é observada quando se toma apenas a população branca rural (80%); paradoxalmente, os brancos residentes em zona urbana apresentam a menor adesão dentre os grupos (22,2%).

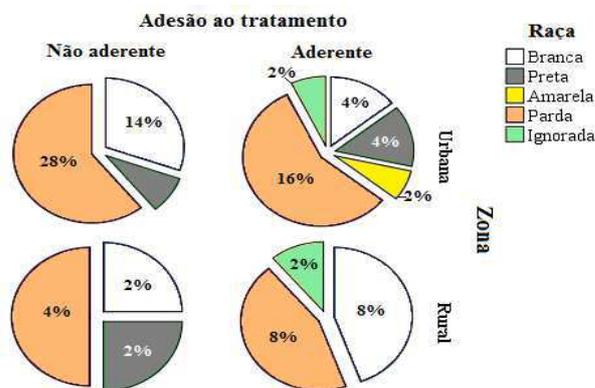


Figura 4 – Adesão ao tratamento e zona de residência em relação à raça autodeclarada.

DISCUSSÃO

A adesão neste estudo foi de 46%, sendo um resultado inferior ao apontado pela literatura^{22,27}. Isto pode ter ocorrido por fatores variados, dentre eles: redução no número de participantes, por dados insuficientes nos bancos de dados do SICLOM e SINAN, delimitando uma população heterogênea. Além disso, deve-se destacar uma possível falta de atualização dos referidos sistemas. Pacientes incluídos neste estudo como não aderentes podem, por exemplo, ter falecido e a falta dessa informação para alimentação do sistema o mantém em "abandono de tratamento" no SICLOM. Apesar de ter retirado do estudo os pacientes cadastrados no SINAN que foram a óbito em decorrência da doença, esse método pode ser falho, visto que não leva em conta óbitos por outras causas. Outro problema seria a existência de uma subnotificação dos agravos: dos 139 pacientes procurados no SINAN, 73 (52,5%) não foram encontrados.

No período de 2000 a junho de 2013, 72,5% dos casos de AIDS no Brasil foram notificados no SINAN, sendo 20,7% deles registrados no SISCEL (dados validados pelo SICLOM) e 6,8% declarados no SIM⁴. Em 2012, 64,8% dos casos de AIDS correspondentes a esse ano foram notificados no SINAN, apresentando importantes diferenças entre as regiões brasileiras (55,5% no Norte, 66,0% no Nordeste, 59,9% no Sudeste, 74,0% no Sul e 73,5% no Centro-Oeste). Segundo o último boletim epidemiológico de HIV e AIDS⁴, "esses dados evidenciam uma subnumeração de casos no SINAN e, portanto, uma necessidade de aprimorar a capacidade da vigilância para a notificação oportuna dos casos de AIDS no sistema de informação preposto".

Desse modo, a subnotificação dos agravos no serviço do HUAC se torna clara: dos 139 pacientes procurados no SINAN, 73 (52,5%) não foram encontrados, porcentagem aquém da média nordestina e nacional. Faz-se necessário não só um maior intercâmbio de dados entre os sistemas de informação do SUS, como também uma atuação mais rígida do profissional de saúde sobre a notificação de doenças.

A estimativa de não adesão pelos registros de dispensação em farmácia aborda longos períodos e é única medida que capaz de identificar pacientes que abandonaram o acompanhamento no serviço. É possível que este fato cause uma sobre-estimativa de não adesão, se consideramos como tal tanto as retiradas irregulares quanto os abandonos. Considerando o contexto do período avaliado, pacientes com atraso na retirada da medicação em algum momento podem de fato ser aderentes à terapia. Por outro lado, o fato do paciente retirar a medicação na farmácia não garante seu uso correto. De qualquer forma, a busca irregular da medicação é importante marcador de utilização dos serviços considerando a padronização do sistema brasileiro de dispensar os ARV somente nos serviços credenciados e com periodicidade mensal. Apesar dos registros de farmácia medirem primariamente a adesão do paciente ao serviço, mais do que ao tratamento em si, este mecanismo de monitoramento deve ser aprimorado e padronizado.

Segundo estimativas realizadas pelo Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais aproximadamente 718 mil pessoas vivem com HIV/AIDS no Brasil⁴. Entre 2003 e 2012, as maiores taxas de detecção de AIDS foram observadas entre aqueles com 30 a 49 anos. Entretanto, observa-se uma tendência de queda na taxa daqueles com 30 a 39 anos e uma leve estabilização entre aqueles com 40 a 49 anos. Além disso, observa-se uma tendência de aumento nas taxas de detecção entre os jovens de 15 a 24 anos e entre os adultos com 50 anos ou mais.

O perfil epidemiológico deste estudo ainda apresenta-se com predomínio da faixa etária entre 28 e 42 anos (52%). Os pacientes mais jovens, entre 18 e 27 anos representam 22%. O sexo masculino corresponde a 76% do total, mais elevado que a média nacional de 64,2%. A distribuição da preferência sexual é semelhante ao disposto nos documentos nacionais, porém com uma heterossexualização mais proeminente.

Com relação à raça/cor, houve predomínio de autorreconhecimento como pardos na população analisada (56%), não acompanhando a estatística nacional que

mostra maior prevalência de brancos (47,4%). Essa inversão pode ser explicada em decorrência da distribuição racial característica do Nordeste e da Paraíba com também aumento da população parda²⁸.

Quanto à escolaridade, em 2012, 76,8% dos indivíduos notificados no SINAN nacional apresentaram informação a respeito do grau de instrução⁴. Desses, a maioria possuía de 5ª à 8ª série incompleta (23,2%) e nível médio completo (21,3%) e o mesmo perfil foi observado quando feita a estratificação por sexo. Considerando-se a escolaridade como marcador da situação socioeconômica, houve uma pauperização em relação à média nacional, tendo a maioria dos indivíduos atingido até ensino fundamental incompleto.

A baixa escolaridade pode implicar em prejuízos à adesão, interferindo inclusive na compreensão da terapêutica, devido às dificuldades na interpretação das informações oferecidas pela equipe de saúde e no reconhecimento da importância de realizar o tratamento corretamente. O trabalho remunerado e as condições socioeconômicas são primordiais para a manutenção da adesão ao tratamento para aqueles que vivem com HIV/AIDS.

Nesta amostra, o grupo mais susceptível a não adesão terapêutica no primeiro ano de tratamento foi composto por pacientes com mais de 47 anos, com ênfase na faixa superior a 58, ou menos de 27 anos (especialmente mulheres), heterossexuais (independente do sexo), e residentes da zona urbana (sobretudo aqueles que se declararam brancos). Não houve relação com o nível de escolaridade.

Acredita-se que a aceitação da adesão à terapia antirretroviral também pode ser influenciada pela confiança depositada no sistema de saúde e na relação interpessoal com os profissionais de saúde. Desse modo, o papel do profissional que presta assistência é importante, principalmente pela capacidade de diálogo e de negociação. Orientar sobre a doença, a importância da adesão, os medicamentos, o modo correto de usá-los, os efeitos colaterais do tratamento e as medidas a serem tomadas quando tais efeitos ocorrem constitui um aspecto prioritário no tratamento e deve envolver todos os profissionais de saúde responsáveis pela assistência³.

Muitas estratégias têm sido descritas na literatura para auxiliar o paciente a melhorar a sua adesão ao tratamento^{20,21}. Algumas delas devem ser implementadas com rigor, como a formação de grupos de adesão mais efetivos ou grupos de assistência individual que respondam às expectativas e às dúvidas decorrentes do uso dos antirretrovirais, o fornecimento gratuito de lembretes, de tabelas de horários, assim como diários de uso dos medicamentos e *pills-boxes*.

O que se verifica na prática é que diferentes estratégias podem ser utilizadas para promover a adesão, contudo o importante é que o desenvolvimento e a implementação dessas intervenções sejam realisticamente desenhados para grupos específicos, levando em consideração as características individuais, o estilo de vida e o suporte social²¹.

CONCLUSÃO

No presente estudo, sexo, faixa etária, raça, preferência sexual e local de moradia estiveram associados à não adesão.

Considerando que a nível nacional o Brasil tem um programa de sucesso no âmbito da assistência às PVHA, com declínio de vários índices como incidência da doença, queda da taxa de transmissão vertical do HIV e da mortalidade por AIDS, a inadequação da adesão terapêutica na amostra estudada aponta para a necessidade de novos estudos e intervenções locais que possibilitem a melhora da qualidade da assistência ao paciente.

Para melhor compreensão dos resultados encontrados faz-se necessário reproduzir este estudo em populações maiores e com diferentes características. Os resultados indicam a necessidade de realizar estudos longitudinais que avaliem também aspectos socioculturais, crenças e outros relacionados à raça e aos efeitos

colaterais dos antirretrovirais, acrescidos de novas estimativas da adesão, como avaliação da carga viral.

Como perspectiva de novos estudos, é importante ampliar a pesquisa para outros locais de assistência, estabelecendo condições de avaliar a qualidade do serviço prestada, as relações do cliente com a equipe multiprofissional, para favorecer o estabelecimento de estratégias que melhorem a adesão dos pacientes à TARV.

A adesão ao tratamento assume importância crucial diante da perspectiva de uma vida longa e com qualidade, uma vez que boa adesão esta correlacionada ao bom prognóstico. O estímulo à TARV para todas as pessoas infectadas pelo HIV, independentemente de seu estado imunológico, é uma importante medida de saúde pública, uma vez que, além de impactar a morbidade e mortalidade, auxilia na diminuição da carga viral, reduzindo, assim, a transmissibilidade do vírus.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ QUINN, T. C. The global human immunodeficiency virus pandemic. **UpToDate**. 2014. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/the-global-human-immunodeficiency-virus-pandemic?source=see_link&anchor=H5#H5>. Acesso em: 01/08/2014.
- ² WORLD HEALTH ORGANIZATION. UNAIDS. **Global report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic**. Genebra, 2013.
- ³ ROCHA, G. M. et al. Monitoring adherence to antiretroviral treatment in Brazil: an urgent challenge. **Caderno de Saúde Pública**, v. 27 Suppl 1, p. S67-78, 2011. ISSN 1678-4464 (Electronic)0102-311X (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21503526>>. Acesso em: 01/08/2014
- ⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites. **Boletim epidemiológico AIDS-HIV**. Brasília, 2013
- ⁵ CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Vital signs: HIV prevention through care and treatment--United States. **MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 60, n. 47, p. 1618-23, Dec 2 2011. ISSN 0149-2195.
- ⁶ TEIXEIRA, T. R. et al. Social geography of AIDS in Brazil: identifying patterns of regional inequalities. **Cadernos De Saúde Pública**, v. 30, n. 2, p. 259-271, Feb 2014. ISSN 0102-311X; 1678-4464.
- ⁷ MONTANER, J. S. Treatment as prevention: toward an AIDS-free generation. **Topics in Antiviral Medicine**, v. 21, n. 3, p. 110-114, Jul-Aug 2013. ISSN 2161-5853.
- ⁸ HYLE, E. P.; DRYDEN-PETERSON, S. The impact of antiretroviral therapy on morbidity and mortality of HIV infection in resource-limited settings. **UpToDate**. 2014. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/the-impact-of-antiretroviral-therapy-on-morbidity-and-mortality-of-hiv-infection-in-resource-limited-settings?source=search_result&search=antiretroviral+hiv&selectedTitle=11~150>. Acesso em: 04/08/2014.
- ⁹ CHAIYACHATI, K. et al. Interventions to improve adherence to antiretroviral therapy: a rapid systematic review. **Aids**, v. 28, p. S187-S204, 2014. ISSN 0269-9370.

- 10 BENDAVID, E. et al. HIV Development Assistance and Adult Mortality in Africa. **Jama-Journal of the American Medical Association**, v. 307, n. 19, p. 2060-2067, 2012. ISSN 0098-7484; 1538-3598. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000304048200025 >. Acesso em 05/08/2014
- 11 SCHEFFER, M. **Coquetel: a incrível história dos antirretrovirais e do tratamento da Aids no Brasil**. 1ª edição. Rio de Janeiro: Hucitec, 2012. ISBN 9788564806504.
- 12 BRASIL. Lei nº. 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores de HIV e doentes de AIDS. **Lex: Coletânea de Legislação e Jurisprudência**, São Paulo, v.62, 1996. Legislação Federal e margina
- 13 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília, 2013.
- 14 POWDERLY, W. G. Antiretroviral therapy in primary HIV infection. **Journal of comparative effectiveness research**, v. 2, n. 3, p. 227-229, 2013. Disponível em < <http://www.futuremedicine.com/doi/abs/10.2217/ce.13.22>> Acesso em 03/08/2014
- 15 MONTEIRO, S.; VILLELA, W. V.; KNAUTH, D. Discrimination, stigma, and AIDS: a review of academic literature produced in Brazil (2005-2010). **Cadernos De Saúde Pública**, v. 28, n. 1, p. 170-176, Jan 2012. ISSN 0102-311X. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000299383700018 >. Acesso em 03/08/2014
- 16 MENEZES DE PÁDUA, C. A. et al. High incidence of adverse reactions to initial antiretroviral therapy in Brazil. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v. 39, n. 4, p. 495-505, 2006-04 2006. ISSN 1414-431X. Disponível em: < <Go to ISI>://SCIELO:S0100-879X2006000400010 >. Acesso em 02/08/2014
- 17 CROSLAND GUIMARAES, M. D. et al. Difficulties reported by hiv-infected patients using antiretroviral therapy in Brazil. **Clinics**, v. 63, n. 2, p. 165-172, Apr 2008. ISSN 1807-5932. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000255101600003 >. Acesso em 01/08/2014
- 18 DE BRUIN, M. et al. Poor citation, coding and reporting: a review of adherence-enhancing interventions for highly active antiretroviral therapy creates an inaccurate picture of the state of the field. **Hiv Medicine**, v. 15, n. 6, p. 381-382, JUL 2014 2014. ISSN 1464-2662.
- 19 HART, J. E. et al. Effect of Directly Observed Therapy for Highly Active Antiretroviral Therapy on Virologic, Immunologic, and Adherence Outcomes: A Meta-Analysis and Systematic Review. **Jaids-Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 54, n. 2, p. 167-179, Jun 2010. ISSN 1525-4135. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000278100600009 >. Acesso em 01/08/2014
- 20 ORTEGO, C. et al. Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART): A Meta-Analysis. **Aids and Behavior**, v. 15, n. 7, p. 1381-1396, Oct 2011. ISSN 1090-7165. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000295271200011 >. Acesso em 29/07/2014

- 21 MATHES, T. et al. Adherence-enhancing interventions for highly active antiretroviral therapy in HIV-infected patients - a systematic review. **Hiv Medicine**, v. 14, n. 10, p. 583-595, Nov 2013. ISSN 1464-2662. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000325492300001 >. Acesso em 29/07/2014
- 22 DALE, S. et al. Abuse and Resilience in Relation to HAART Medication Adherence and HIV Viral Load Among Women with HIV in the United States. **Aids Patient Care and Stds**, v. 28, n. 3, p. 136-143, Mar 2014. ISSN 1087-2914.
- 23 SILVEIRA, M. et al. Predictors of Non-adherence to Clinical Follow-up Among Patients Participating in a Randomized Trial of Pharmaceutical Care Intervention in HIV-Positive Adults in Southern Brazil. **Aids and Behavior**, v. 18, p. S85-S88, Jan 2014. ISSN 1090-7165.
- 24 ZHANG, N.; TERRY, A.; MCHORNEY, C. Impact of Health Literacy on Medication Adherence: A Systematic Review and Meta-analysis. **Annals of Pharmacotherapy**, v. 48, n. 6, p. 741-751, Jun 2014. ISSN 1060-0280.
- 25 LEHMANN, A. et al. Assessing medication adherence: options to consider. **International Journal of Clinical Pharmacy**, v. 36, n. 1, p. 55-69, Fev 2014. ISSN 2210-7703.
- 26 ERNESTO, A. S. et al. Usefulness of pharmacy dispensing records in the evaluation of adherence to antiretroviral therapy in Brazilian children and adolescents. **Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. 16, n. 4, p. 315-320, Jul-Aug 2012. ISSN 1413-8670. Disponível em: < <Go to ISI>://WOS:000307527400001 >. Acesso em 15/07/2014
- 27 NGUYEN, T.; LA CAZE, A.; COTTRELL, N. What are validated self-report adherence scales really measuring?: a systematic review. **British Journal of Clinical Pharmacology**, v. 77, n. 3, p. 427-445, Mar 2014. ISSN 0306-5251.
- 28 IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais** - Uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, 2010

ANEXO 5. Comprovante de recebimento da revista



Revista da Associação Médica Brasileira

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA
Rua São Carlos do Pinhal, 324 CEP: 01333-903 - Caixa Postal: 8904 - São Paulo SP - Brasil
Tel.: (11) 3178-6800 - Email: ramb@amb.org.br

São Paulo, domingo, 26 de outubro de 2014

Ilmo(a) Sr.(a)
Prof(a), Dr(a) Camila Glenda Dantas de Medeiros

Referente ao código de fluxo: 3028
Classificação: Artigo Original

Informamos que recebemos o manu scrito Adesão ao tratamento com antirretrovirais em pacientes vivendo com HIV/AIDS será enviado para apreciação dos revisores para possível publicação/participação na Revista da Associação Médica Brasileira. Por favor, para qualquer comunicação futura sobre o referido manuscrito cite o número de referência apresentado acima.

Obrigado por submeter seu trabalho à Revista da Associação Médica Brasileira.

Atenciosamente,

Dr. Antonio Jorge Salomão
Editor