

# ADESÃO AO TRATAMENTO COM MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRAIS VERIFICADA ATRAVÉS DE DIFERENTES MÉTODOS

MÁRCIA REGINA CARDEAL GUTIERREZ SALDANHA<sup>1</sup>  
RIVALDO VENÂNCIO DA CUNHA<sup>2</sup>  
ELENIR ROSE JARDIM CURY PONTES<sup>3</sup>

1. Coordenação Estadual de Assistência Farmacêutica, Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, Campo Grande-MS, Brasil, Rua Túlio Abrão, Nº 53, Jardim Mansur, Campo Grande-MS. CEP: 79.051-610
2. Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande-MS, Brasil.
3. Departamento de Tecnologia de Alimentos e Saúde Pública, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande-MS, Brasil.

Autor responsável: M.R.C.G. Saldanha. E-mail: marciagutsal@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

O termo “*compliance*” significa o quanto o comportamento de uma pessoa (em termos de tomada de medicamentos, seguimento de dietas ou modificação de estilo de vida) coincide com as recomendações médicas ou de saúde (HAYNES et al., 1981). Na língua portuguesa, traduz-se como cumprimento ou obediência. O paciente encontra-se numa posição passiva no que tange às decisões a serem tomadas sobre seu tratamento.

Já o termo “*adherence*” significa o quanto o comportamento de uma pessoa (tomada de medicamentos, seguir uma dieta, ou mudar hábitos de vida) corresponde com as recomendações acordadas com um profissional de saúde (WHO, 2003). Na língua portuguesa traduz-se como adesão ou aderência.

A adesão à prescrição médica constitui importante fator do sucesso terapêutico, por garantir uma maior duração do esquema prescrito, mantendo os benefícios do tratamento antirretroviral por tempo indefinido, permitindo a preservação de opções terapêuticas. Porém, inúmeros trabalhos mostram que a adesão ao tratamento está entre os maiores desafios da atenção às doenças crônicas (FAÉ et al., 2006).

As atuais terapias antirretrovirais têm um esquema de administração de doses bastante complexo, dividindo-se em duas a três doses ao dia, podendo ainda interferir no regime alimentar. O grande número de comprimidos ou cápsulas, utilizados por tempo indeterminado, dificul-

ta sobremaneira a adesão do paciente ao tratamento em longo prazo. Alguns comprimidos precisam ser ingeridos em jejum, outros após a alimentação e em caso de infecções associadas, em que são necessárias terapias combinadas, o aumento no número de comprimidos pode trazer dificuldade na compreensão das doses.

É especialmente difícil convencer pacientes assintomáticos a utilizarem a medicação de forma ótima, e que a perda de uma única dosagem do medicamento pode resultar na queda da concentração plasmática da droga abaixo daquela requerida para inibir de forma efetiva a replicação viral, o que favoreceria a emergência de cepas resistentes (DIAZ, 2006).

Vários estudos demonstraram que sistematicamente algum grau de não adesão costuma ocorrer nos tratamentos e existe a constatação de que a não adesão em algum grau é uma questão universal e ocorre tanto nos países ricos como nos pobres (JORDAN et al., 2000).

Conforme literatura observa-se uma grande variação nos resultados dos estudos realizados para medir adesão e identificar pessoas não-aderentes, que ocorrem de acordo com o contexto adotado.

Quantificar adesão ao tratamento não é uma tarefa fácil. A literatura indica que podem ser utilizados dois métodos de avaliação ao tratamento: direto e indireto (GORDIS, 1979).

Através do método indireto existem várias técnicas que podem ser adotadas, mas no momento da escolha deve-se levar em consideração os prós e contras de cada

uma. Pode-se utilizar o relato do paciente que apresenta facilidade operacional e baixo custo, porém costuma superestimar a adesão. Também pode-se acompanhar os registros farmacêuticos que têm seu uso restrito em sistemas ou serviços de saúde que possuem um rigoroso controle de dispensação de medicamentos. O monitoramento eletrônico de doses permite avaliar além da adesão, o comportamento indesejado quanto aos horários de tomada, pois ao frasco do medicamento do paciente é colocado um chip que registra e retém, em sua memória, a data e hora da administração da droga, obtendo-se uma avaliação mais completa do ato e da maneira como o indivíduo toma seus medicamentos. Por alguns, é considerado como “padrão-ouro” para validação de outros métodos (SANTA HELENA et al., 2008).

Através da resposta terapêutica, o paciente pode ser classificado em aderentes ou não-aderentes conforme os níveis de carga viral e CD4. Trata-se de um método muito empregado na prática clínica (CARACIOLO, 2007).

Já no método direto, faz-se o monitoramento biológico do medicamento, seus metabólitos ou ainda marcadores inertes, sendo que este tipo de metodologia apresenta alguns inconvenientes como custo elevado e disponibilidade restrita a poucos medicamentos (GORDIS, 1979).

O ponto de corte a ser adotado varia de acordo com a patologia estudada. Para os pacientes com HIV/AIDS, à medida que a ordem cronológica avança, observa-se um maior rigor na avaliação da adesão: passou-se a adotar, cada vez mais, o critério de uso de pelo menos 95% das doses prescritas de ARV nos últimos três dias; e há também uma preocupação em se aplicar mais de um método para a medida, com o objetivo de validar a informação de adesão à terapia antirretroviral (BONOLO et al., 2007).

Estudos vêm demonstrando que entender melhor os fatores associados e os determinantes à adesão em nossa realidade é um dos principais passos para incrementar estratégias de intervenção nos serviços de saúde (NARCISO et al., 2001).

A adesão ao tratamento deve ser preocupação constante dos profissionais da área de saúde e não apenas do médico, uma vez que seu amplo conceito abrange todas as intervenções que visam à prevenção e à cura. Deve-se avaliar a todo o momento se o paciente está realizando o tratamento de forma correta, quais os fatores que estão influenciando na adesão e como esses fatores podem ser modificados (VALLE et al., 2000).

A busca contínua pela adesão dos pacientes ao tratamento pressupõe a construção de um vínculo entre o indivíduo e a equipe multidisciplinar que o assiste (CARACIOLO et al., 2005).

Não só o paciente arca com os efeitos da não adesão, mas também o sistema de saúde, com aumento do

número de hospitalizações, dos gastos financeiros e do tempo de tratamento, que poderiam ser evitados (VALLE et al., 2000). Somente em 2008 o Brasil gastou mais de R\$ 1 bilhão com medicamentos para os pacientes com HIV/AIDS (BRASIL, 2009).

O objetivo deste estudo foi o de verificar a adesão ao tratamento com medicamentos antirretrovirais através de diferentes métodos.

## MATERIAL E MÉTODOS

Foram entrevistados 252 indivíduos, cuja amostra foi calculada baseada numa população de aproximadamente 780 usuários que estavam comparecendo mensalmente para retirar seus medicamentos, frequência esperada (50% +/- 5%) e nível de significância de 5%. Foram incluídos pacientes que possuíam prescrição médica para uso de medicamentos antirretrovirais a mais de três meses no momento da entrevista (período de agosto de 2007 a dezembro de 2008), de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, desde que concordassem em participar deste estudo.

Foram excluídos pacientes de ambos os sexos que não possuíam ou possuíam a menos de três meses indicação médica (prescrição) para uso de medicamentos antirretrovirais, portadores de doença mental, indígenas, gestantes, com idade inferior a 18 anos e que não concordaram em participar deste estudo.

O formulário foi aplicado aos pacientes no período de agosto de 2007 a dezembro de 2008 no momento em que estes compareciam ao Centro de Especialidade Infecto-parasitária (CEDIP) do bairro Nova Bahia em Campo Grande-MS para atendimento médico ou para retirar seus medicamentos antirretrovirais na farmácia, de acordo com a ordem de chegada, de forma aleatória; Primeiramente, os pacientes eram abordados apresentando o objetivo do estudo e seus benefícios; Caso o paciente concordasse em participar do estudo, era solicitado que o mesmo assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os resultados obtidos foram analisados e os pacientes classificados em aderentes ou não-aderentes da seguinte forma: Pacientes aderentes na farmácia – O paciente foi considerado aderente quando compareceu mensalmente nos três meses anteriores à entrevista. Vale lembrar que a farmácia dispensa os medicamentos para 30 dias de tratamento, o que obriga os pacientes a comparecerem mensalmente ao serviço. Pacientes aderentes na ingestão dos medicamentos prescritos pelo médico – O paciente foi considerado aderente quando através de questionamento direto relatava que havia ingerido 95% ou mais do total de medicamentos (comprimido, cápsulas, suspensão ou

ampola) nos três dias anteriores à entrevista. Nos prontuários médicos, foram coletados os resultados de carga viral e CD4 dos pacientes dos exames mais recentes, com o objetivo de verificar uma possível associação entre adesão inadequada ao tratamento e a persistência da carga viral acima do limite de detecção (50 cópias/ml) e CD4 abaixo da concentração ideal.

Para verificar possíveis associações entre as variáveis deste estudo, foi utilizado o teste QUI-quadrado, QUI-quadrado de tendência e Razões de prevalência (RP) com os respectivos intervalos de confiança (IC 95%). Para verificar a concordância da adesão obtida através do auto-relato sobre a ingestão dos medicamentos e a obtida a partir da frequência da retirada mensal dos medicamentos na farmácia, foi utilizado o teste Kappa. Foi adotado o nível de significância de 5 %.

## RESULTADOS

### Adesão Método Auto-Relato X Características Sócio-Demográficas e Sócio-Econômicas dos Entrevistados

Conforme pode ser observado na tabela 1, neste estudo as mulheres aderiram menos ao tratamento (72,4%) quando comparadas aos homens (83,0%), e o fato da pessoa possuir uma religião colaborou para melhorar a adesão ao tratamento.

Da totalidade dos pacientes entrevistados (n=252), a maioria (43,3%) relatou que possuía trabalho, mas também foi observado um grande número de pessoas aposentadas e outras desempregadas. Alguns pacientes (4,4%) disseram que recebiam aposentadoria, mas trabalhavam para complementar a renda familiar.

**Tabela 1.** Distribuição dos pacientes aderentes e não-aderentes conforme as variáveis sócio-demográficas, Campo Grande – 2007-2008 (n=252)

Variáveis	Não-aderentes n=54		Aderentes n = 198		p
	Nº	%	Nº	%	
<i>Sexo</i>					
Feminino	29	27,6	76	72,4	(1)0,043
Masculino	25	17,0	122	83,0	
<i>Idade (ano)</i>					
18-30	4	14,8	23	85,2	(2)0,600
31-40	29	25,7	84	74,3	
41-50	17	19,8	69	80,2	
> 51	4	15,4	22	84,6	
<i>Escolaridade</i>					
Analfabeto	-	-	8	100,0	(1)0,051
Ensino fundamental completo ou incompleto	36	26,7	99	73,3	
Ensino médio completo ou incompleto e	18	16,5	91	83,5	
Ensino Superior completo ou incompleto					
<i>Procedência /residência</i>					
Capital	47	22,3	164	77,7	(1)0,458
Interior	7	17,1	34	82,9	
<i>Religião</i>					
Não respondeu	2	33,3	4	66,7	(1)0,023
Católico (a)	17	14,0	104	86,0	
Outra religião	29	27,1	78	72,9	
Sem religião definida	6	33,3	12	66,7	
<i>Cor</i>					
Branca	20	17,5	94	82,5	(1)0,392
Parda	28	24,8	85	75,2	
Preta	6	24,0	19	76,0	
<i>Situação conjugal</i>					
Com companheiro(a)	27	22,7	92	77,3	(1)0,645
Sem companheiro(a)	27	20,3	106	79,7	

Nota: Se  $p \leq 0,05$  – diferença estatisticamente significativa. A categoria “não respondeu” foi suprimida no cálculo dos testes.

(1) Teste Qui-quadrado

(2) Teste Qui-quadrado de tendência.

Conforme os relatos, a maioria dos entrevistados (41,7%) residia com duas ou três pessoas na mesma casa e mais da metade (50,4%) possuía a renda familiar entre um e três salários mínimos.

Através da tabela 2, verificou-se que, quanto maior a renda familiar, melhor foi a adesão destes pacientes ao tratamento. Os indivíduos que relataram possuir dificuldades para adquirir alimentos foram menos aderentes ao tratamento.

Entre os entrevistados, mais da metade (68,2%) relatou que não possuía dificuldade de transporte para comparecer até o CEDIP nem tampouco possuía dificuldade para comprar alimentos.

Conforme a Classificação Brasileira de Ocupações, os pacientes entrevistados que estavam com trabalho, atuavam em diversas áreas, mas a maioria (48,6%) trabalhava com Prestação de Serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados.

## Adesão Método Auto-Relato X Características Clínicas dos Entrevistados

Neste trabalho não houve diferença estatisticamente significativa na frequência de pacientes não-aderentes em relação aos valores de carga viral e CD4, como mostra a tabela 3. Porém, pode-se observar que a maior porcentagem dos pacientes aderentes apresentou carga viral indetectável ou até 1000 cópias. O mesmo também foi observado ao analisar o resultado do CD4, onde a maior porcentagem dos pacientes aderentes apresentou a concentração maior que 500 mm<sup>3</sup>.

Quanto à quantificação das células CD4, do total dos entrevistados, 108 (42,9%) indivíduos apresentavam valores entre 201 e 500 células, 60 (23,8%) apresentavam valores abaixo de 200 e em 77 (30,5%) a taxa era superior a 500. Um total de 7 (2,8%) indivíduos não apresentavam dados nos prontuários sobre esse importante parâmetro

**Tabela 2.** Distribuição dos pacientes aderentes e não-aderentes conforme as variáveis sócio-econômicas, Campo Grande – 2007-2008 (n = 252)

Variáveis	Não-aderentes n=54		Aderentes n = 198		p
	Nº	%	Nº	%	
<i>Quantas pessoas residem na mesma casa</i>					
Não respondeu	2	33,3	4	66,7	(³)0,351
1 – 2	18	17,8	83	82,2	
3 – 4	24	23,5	78	76,5	
5 – 6	7	21,9	25	78,1	
Mais de 6	3	27,3	8	72,7	
<i>Situação funcional</i>					
Não respondeu	1	100,0	-	-	(²)0,112
Sem trabalho	21	28,4	53	71,6	
Com trabalho	17	15,6	92	84,4	
Aposentado	15	22,1	53	77,9	
<i>Renda familiar (¹)</i>					
Não respondeu	4	36,4	7	63,6	(³)0,006 A < 0
0 – 1	13	28,9	32	71,1	
1 – 3	30	23,6	97	76,4	
3 – 5	5	13,5	32	86,5	
> 5	2	6,3	30	93,7	
<i>Possui dificuldade com transporte para chegar ao Hospital dia</i>					
Não respondeu	2	66,7	1	33,3	(²)0,756
Sim	17	22,1	60	77,9	
Não	35	20,3	137	79,7	
<i>Possui dificuldade para comprar alimentos</i>					
Não respondeu	2	66,7	1	33,3	(²)0,004
Sim	30	30,0	70	70,0	
Não	22	14,8	127	85,2	

Nota: Se  $p \leq 0,05$  – diferença estatisticamente significativa. A categoria “não respondeu” foi suprimida no cálculo dos testes.

(¹) SM – 0 salário mínimo à época do estudo era de R\$ 380,00 (trezentos e oitenta reais).

(²) Teste Qui-quadrado

(³) Teste Qui-quadrado de tendência.

**Tabela 3.** Distribuição dos pacientes aderentes e não-aderentes conforme os resultados dos exames de Carga Viral (CV) e CD4, Campo Grande – 2007-2008 (n = 252)

Variáveis	Não-Aderentes n=54		Aderentes n=198		p
	Nº	%	Nº	%	
<b>Intervalos dos índices de CV</b>					
Dados indisponíveis	-	-	7	100,0	0,065
Indetectável	27	19,6	111	80,4	
Até 1000	7	16,3	36	83,7	
De 1.001 a 10.000	7	30,4	16	69,6	
De 10.001 a 100.000	8	29,6	19	70,4	
Acima de 100.000	5	35,7	9	64,3	
<b>CD4</b>					
Dados indisponíveis	-	-	7	100,0	0,163
< que 200mm <sup>3</sup>	16	26,7	44	73,3	
De 201 a 500 mm <sup>3</sup>	25	23,1	83	76,9	
> que 500 mm <sup>3</sup>	13	16,9	64	83,1	

Nota: Se  $p \leq 0,05$  – diferença estatisticamente significativa. Teste Qui-quadrado de tendência.

de imunidade celular. Com referência à carga viral, destaca-se que do total dos entrevistados, 138 (54,8%) destes apresentavam carga viral indetectável.

A partir da tabela 4, foi possível verificar que à medida que aumentou o número de internações, diminuiu o número de pacientes que não aderiram ao tratamento. Também foi possível observar que houve maior frequência de pacientes considerados não-aderentes dentre os que apresentaram reações adversas aos medicamentos ARVs (28,3%), quando comparados aos que não tiveram reações adversas (12,1%). Isto demonstra que a presença de reações adversas aos medicamentos durante o tratamento é um fator que predispõe a não-adesão. Apesar dos sintomas gastrointestinais de uma forma geral terem sido relatados com maior frequência, tontura foi a reação adversa citada que apresentou maior porcentagem (60,0%) dentre os pacientes considerados não-aderentes.

#### **Adesão Método Auto-Relato X Adesão Frequência na Farmácia**

Do total de pacientes (n=252), 54 não aderiram ao tratamento, correspondendo a 21,5% (IC 95% 16,4% – 26,5%) quando aplicado o método auto-relato. Em relação à retirada mensal dos medicamentos antirretrovirais na farmácia, a não-adesão foi de 110 pacientes, correspondendo a 43,7% (IC 95% 37,5% – 49,8%).

A tabela 5 mostra que dentre os 252 entrevistados, 129 pacientes correspondendo a 51,2%, foram considerados aderentes tanto na ingestão dos medicamentos quanto no comparecimento mensal a farmácia. Porém,

aplicando-se o teste Kappa que corrige a concordância ao acaso, houve apenas 30% de concordância entre a adesão na frequência à farmácia e a relatada pelos pacientes quanto à ingestão dos medicamentos. Portanto, os outros 70% ou não são aderentes nem na frequência a farmácia nem na ingestão dos medicamentos ou foram considerados aderentes em apenas um dos métodos aplicados para avaliar a adesão.

## **DISCUSSÃO**

Neste estudo, considerando o auto-relato dos pacientes sobre a ingestão dos medicamentos prescritos nos três dias anteriores a entrevista, a não-adesão encontrada foi de 21,5% (IC 95% 16,4% – 26,5%), que é menor que a média encontrada em estudo de revisão sobre adesão à terapêutica medicamentosa com antirretrovirais, que mostrou que dentre os 43 artigos que apresentaram a incidência ou prevalência da não-adesão, a taxa média foi de 30,4% (BONOLO et al., 2007).

Porém, se for considerada a retirada mensal dos medicamentos antirretrovirais prescritos na farmácia durante os três meses anteriores à entrevista, os dados obtidos preocupam porque muitas vezes, os pacientes retiraram os medicamentos na farmácia, mas relataram que não ingeriram a quantidade prescrita; ou então, disseram que tomaram corretamente os medicamentos prescritos, mas nos registros da farmácia não constavam o comparecimento mensal na data prevista para retirada dos seus medicamentos.

**Tabela 4.** Distribuição dos pacientes aderentes e não-aderentes conforme algumas características clínicas, Campo Grande – 2007-2008 (n=252)

Variáveis	Não-aderentes n=54		Aderentes n = 198		p
	Nº	%	Nº	%	
<i>Tempo de diagnóstico</i>					
Até 1ano	-	-	17	100,0	(1)0,287
1,1 a 3 anos	9	20,0	36	80,0	
3,1 a 6 anos	19	28,4	48	71,6	
6,1 a 9 anos	8	17,8	37	82,2	
9,1 anos ou mais	18	23,1	60	76,9	
<i>Tempo de tratamento</i>					
Até 1 ano	2	6,4	29	93,6	(1)0,443
1,1 a 3 anos	10	22,2	35	77,8	
3,1 a 6 anos	22	29,3	53	70,7	
6,1 a 9 anos	9	19,6	37	80,4	
9,1 anos ou mais	11	20,0	44	80,0	
<i>Número de ARVs prescritos para o paciente</i>					
1 – 2	-	-	-	-	(1)0,757
3 – 4	51	21,3	189	78,7	
5	3	25,0	9	75,0	
<i>Número de comprimidos/ampolas que os pacientes tomam por dia</i>					
Entre 1 e 2	-	-	-	-	(1)0,205
Entre 3 e 4	15	17,6	70	82,4	
Entre 5 e 6	18	22,8	61	77,2	
Entre 7 e 8	11	20,4	43	79,6	
Entre 9 e 10	5	27,8	13	72,2	
Mais de 10	5	31,3	11	68,7	
<i>Número de internações</i>					
Não respondeu	4	57,1	3	42,9	0,015 A < 0
Nenhuma	24	23,3	79	76,7	
Entre 1 e 2	21	24,4	65	75,6	
Entre 3 e 4	5	18,5	22	81,5	
5 ou mais	-	-	29	100,0	
<i>Apresenta reação adversa</i>					
Sim	41	28,3	104	71,7	0,002
Não	13	12,1	94	87,9	

Nota: Se  $p \leq 0,05$  – diferença estatisticamente significativa. A categoria “não respondeu” foi suprimida no cálculo dos testes.

(1) Teste Qui-quadrado

(?) Teste Qui-quadrado de tendência.

**Tabela 5.** Número de pacientes classificados conforme a adesão na ingestão dos medicamentos X adesão no comparecimento mensal na farmácia, Campo Grande – 2007-2008

Adesão na frequência à farmácia	Adesão na ingestão dos medicamentos		Total
	Não aderente	Aderente	
Não aderente	41	69	110
Aderente	13	129	142
<b>Total</b>	54	198	252

Nota: Teste de Kappa = 0,2983 –  $p = < 0,001$ .

Os resultados encontrados diferem de outros estudos no qual observaram que não houve variação importante no percentual de pacientes aderentes em cada um dos métodos de avaliação (Auto-relato 74%, Diário do paciente 70,8% e consulta à ficha de dispensação da farmácia 76,5%) (LIGNANI et al., 2001). Porém, concordam com os resultados encontrados em estudo para avaliar a adesão ao tratamento com corticóides inalatórios, onde também observaram uma variação significativa quando compararam os resultados obtidos através de diferentes métodos, sendo que as maiores taxas de adesão foram encontradas nos relatos dos pacientes; as taxas intermediárias, nos métodos que utilizaram os relatos de frequência dos pacientes na farmácia e as taxas menores foram encontradas com os dosadores eletrônicos (JENTZSCH et al., 2008).

O método mais indicado para avaliar a adesão dependerá da disponibilidade de tempo, equipamentos e recursos humanos e financeiros da equipe de saúde. O julgamento clínico e o registro do paciente e seus familiares são métodos não onerosos e, ainda que superestimem a adesão, são aplicáveis no cotidiano da prática clínica e deveriam ser utilizados de rotina. O profissional de saúde deverá ter em mente que a adesão relatada pelo paciente e/ou familiares é sempre exagerada e isto deve ser considerado quando não se conseguir um bom controle clínico da doença. Antes de substituir ou alterar a dose do medicamento deve-se assegurar que os problemas de adesão foram corrigidos.

O método de avaliação da adesão através do controle de dispensação dos medicamentos antirretrovirais pela farmácia é um método que poderia ser mais utilizado pelos profissionais de saúde no seu dia-a-dia, já que é um procedimento simples e sem ônus extra. Porém, para apresentar uma boa reprodutibilidade na avaliação da adesão ao tratamento, os registros da farmácia devem ser alimentados sistematicamente.

Neste estudo, a concordância encontrada entre pacientes considerados aderentes na ingestão dos medicamentos com os considerados aderentes na frequência da farmácia foi uma porcentagem muito baixa (30%) o que causa certa preocupação. A falta de adesão ao tratamento é uma das razões do desenvolvimento de resistência do vírus à terapia antirretroviral ao longo do tratamento, pois quando o indivíduo não toma o medicamento corretamente as drogas não têm o efeito esperado e o vírus passa a resistir a elas (FIOCRUZ, 2008). Portanto, é estratégico buscar formas de ampliação das atividades de promoção da adesão por meio do aprimoramento dos serviços de saúde, de capacitação de equipes multidisciplinares e articulação dos serviços com a comunidade (PORTELA et al., 2006).

Comparando a adesão com relação ao sexo, neste estudo foi observado que as mulheres aderiram menos ao tratamento quando comparadas aos homens, concordando com uma pesquisa bibliográfica, que através de uma revisão sistemática dos estudos anteriores sobre diferenças entre gêneros em doentes com HAART, concluíram que as mulheres têm menor probabilidade de aderir à terapêutica antirretroviral quando comparadas aos homens (NICASTRI et al., 2007). Esta menor probabilidade de adesão das mulheres ao tratamento, provavelmente se dá em virtude de algumas diferenças relacionadas ao gênero como um menor grau de apoio/acolhimento por parte de parceiros/familiares e meio social, uma preocupação maior voltada para os outros (filhos/familiares) do que em relação a si próprias e um impacto intenso das perdas sociais e afetivas acarretadas pelo HIV (CARDOSO et al., 2003).

Além disso, os efeitos colaterais e riscos causados pelos medicamentos antirretrovirais não são iguais em homens e mulheres, podendo ser apontado como uma das causas da menor probabilidade das mulheres aderirem à terapêutica antirretroviral (SANEMATSU et al., 2003).

O número de experiências que consideravam as especificidades da condição feminina é pequeno, já que a epidemia feminina da AIDS só nos últimos anos começou a obter mais visibilidade e seu combate começou a contar com dados mais sistemáticos sobre as mulheres portadoras que permitam promover programas especiais ou políticas públicas mais sensíveis a suas necessidades especiais.

Quanto à religiosidade, os dados obtidos neste estudo foram semelhantes ao encontrado em outro estudo, em que mais de 90% dos pacientes entrevistados possuíam uma crença, mas com predomínio do catolicismo (FARIA et al., 2006). Os números mostraram também que o fato de o indivíduo possuir uma religião colaborava para a adesão ao tratamento concordando com o estudo mencionado que relatou os benefícios obtidos através da religiosidade após o diagnóstico de uma doença, incluindo suporte social, sensação de acolhimento e aceitação da doença.

Com relação às condições sócio-econômicas, foi observado que quanto maior a renda familiar melhor a adesão, e o fato do paciente não possuir dificuldade para comprar alimentos também melhora a adesão. A má nutrição aumenta a fadiga e diminui a atividade física das pessoas que vivem com o VIH e, devido à capacidade reduzida para trabalhar e ganhar um salário para compra de comida provoca a erosão dos meios de subsistência da família (UNAIDS, 2008). Isto demonstra a grave situação, pois mais da metade dos entrevistados apresentavam renda familiar entre um e três salários mínimos.

A adesão baixa ou parcial, em níveis abaixo de 95%, pode permitir replicação viral, redução da taxa de sobrevivência e mutação de linhagens resistentes de HIV (PA-

TERSON et al., 2000). No entanto, embora neste estudo a maioria dos pacientes não-aderentes apresentasse carga viral detectável e CD4 menor que 200mm<sup>3</sup>, essa correlação não foi estatisticamente significativa. A explicação possível é o intervalo de tempo decorrido entre a data dos últimos exames de carga viral e CD4 efetuado pelos pacientes, que na maioria dos casos divergia de três e seis meses com a data da entrevista (LIGNANI et al., 2001). Também, é necessário levar em consideração que alguns pacientes podem apresentar respostas diferentes, isto é, alguns sem boa adesão podem ter carga viral indetectável e outros que sejam aderentes podem não diminuí-la devido à resistência pré-tratamento, uso de esquema pouco potente ou outros fatores (CARACIOLO, 2007).

Apesar das evidências que mostram que a utilização da terapia antirretroviral por pacientes com HIV/AIDS diminui o número de internações, neste estudo foi verificado que os pacientes que haviam sido internados várias vezes eram mais aderentes ao tratamento. Este resultado provavelmente ocorreu devido à percepção do paciente ao tratamento, pois o fato de nunca ter sido internado ou ter sido internado poucas vezes, não dá a idéia da gravidade da doença, colaborando com a não-adesão deste ao tratamento medicamentoso (MONREAL et al., 2002).

Neste estudo houve maior frequência de pacientes considerados não-aderentes dentre os que apresentaram reações adversas aos medicamentos antirretrovirais. Isto demonstra que a presença de reações adversas aos medicamentos durante o tratamento é um fator que predispõe a não-adesão (BONOLO et al., 2002).

Portanto, diante dos resultados encontrados, foi observada a necessidade dos serviços de farmácias auxiliarem os clínicos no intuito de se verificar a adesão dos pacientes aos tratamentos não só com os medicamentos antirretrovirais, possibilitando assim, melhoria na qualidade da assistência prestada usuários do SUS.

## CONCLUSÕES

De acordo com os objetivos propostos e com os resultados obtidos, concluiu-se que:

A maioria dos entrevistados foram indivíduos do sexo masculino, porém com pequena diferença na proporção de mulheres. Houve maior frequência de indivíduos na faixa etária entre 31– 40 anos, mas os números mostraram que a AIDS está atingindo a terceira idade.

A taxa de não-adesão encontrada neste estudo através do método do auto-relato dos pacientes sobre a ingestão dos medicamentos, foi de 21,5% (IC 95% 16,4% – 26,5%). Em relação à não-adesão na retirada mensal dos medicamentos antirretrovirais na farmácia, a não-adesão foi maior, 43,7% (IC 95% 37,5% – 49,8%).

Comparando a frequência de pacientes não-aderentes obtida neste estudo através do auto-relato com outros estudos que adotaram metodologia semelhante, concluímos que a adesão ao tratamento com medicamentos antirretrovirais pelos pacientes atendidos no CEDIP é satisfatória, pois o resultado ficou abaixo da média encontrada em outras pesquisas. Porém, o mesmo não aconteceu com o resultado obtido através da análise de comparecimento mensal a farmácia, onde a frequência de não-aderentes ficou acima da média encontrada em outros estudos.

Quando foi verificada a concordância entre a adesão obtida através do auto-relato com a frequência na farmácia os números preocupam porque apenas 30% dos entrevistados foram considerados aderentes tanto na ingestão dos medicamentos quanto na retirada mensal dos medicamentos antirretrovirais na farmácia.

Foi verificado que as mulheres, os pacientes que possuíam dificuldades para comprar alimentos e os que sentiam reações adversas aos medicamentos, aderiram menos ao tratamento. Também foi observado que quanto maior a renda familiar, maior é a adesão e que o fato da pessoa possuir uma religião e ter sido internado várias vezes colaborava para melhoria da adesão ao tratamento.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BONOLO, P.F.; GUIMARÃES, M.D.C. et al. Adesão ao tratamento antirretroviral (ARV) em indivíduos infectados pelo HIV em dois serviços públicos de referência, Belo Horizonte (MG), 2001: Análise preliminar. In: **V Congresso Brasileiro de Epidemiologia**; 2002; Curitiba. Disponível em: <<http://ris.bvsalud.org/finals/BRA-1534.pdf>>. Acesso em: 07 out. 2008.
- BONOLO, P.F.; GOMES, R.R.F.M. et al. Adesão à terapia antirretroviral (HIV/AIDS): fatores associados e medidas de adesão. **Epidemiol. Serv. Saúde**. v. 16, n. 4, p. 261-278, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resistência ao preservativo ameaça 72% das cinquentonas**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalhes&id\\_area=124&CO\\_NOTICIA=2006](http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalhes&id_area=124&CO_NOTICIA=2006)>. Acesso em: 25 fev. 2009.
- CARACIOLO, J.M.M.; SILVA, M.H.S. et al. **Manual de Boas Práticas de Adesão – HIV/AIDS**. Bristol-Myers Squibb. 2005.
- CARACIOLO, J.M.M. Adesão aos Anti-Retrovirais. In: CARACIOLO, J.M.M.; SHIMMA, E. **Adesão: da teoria à prática: experiências bem sucedidas no Estado de São Paulo**. São Paulo, Centro de Referência e Treinamento DST/Aids. p. 10-26, 2007.
- CARDOSO, G.; ARRUDA, A. As representações sociais da soropositividade entre as mulheres e a adesão ao tratamento. **Cadernos Saúde Coletiva**. v. 11, n. 2, p. 183-199, 2003.

- DIAZ, R.S. **Implicações Clínicas da Resistência aos Antirretrovirais**. Fórum Científico HIV & AIDS. Disponível em: <[http://www.hiv.org.br/internas\\_materia.asp?cod\\_secao=atualiza&cod\\_materia=326](http://www.hiv.org.br/internas_materia.asp?cod_secao=atualiza&cod_materia=326)>. Acesso em: 07 fev. 2006.
- FAÉ, A.B.; OLIVEIRA, E.R.A. et al. Facilitadores e Dificultadores da Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial. **Rev. enferm. UERJ**, v. 14, n. 1, p. 32-36, jan. 2006.
- FARIA, J.B.; SEIDL, E.M.F. Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Psicologia em Estudo**. v. 11, n. 1, p. 155-164, 2006.
- FIOCRUZ. **Monitoramento da resistência do HIV a medicamentos**. 2008. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/ioc/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=447&sid=32&tpl=printerview>>. Acesso em: 14 abr. de 2009.
- GORDIS, L. **Conceptual and methodologic problems in measuring patient compliance**. In: HAYNES, R.B.; TAYLOR, D.W.; SACKETT, D.L. editors. *Compliance in health care*. Baltimore: Johns Hopkins University. 1979; 23-45.
- HAYNES, R.B.; TAYLOR, D.W. et al. **Compliance in health care**. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1981. p. 516.
- JENTZSCH, N.S.; CAMARGOS, P.A.M. Métodos empregados na verificação da adesão à corticoterapia inalatória em crianças e adolescentes: taxas encontradas e suas implicações para a prática clínica. **J. bras. pneumol.** v. 34, n. 8, p. 614-621, 2008.
- JORDAN, M.S.; LOPES, J.F. et al. Aderência ao tratamento antirretroviral em AIDS: revisão da literatura médica. In: TEIXEIRA, P.R.; PAIVA, V.; SHIMMA, E. **Tá difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento antirretroviral em São Paulo**. São Paulo: Nepaids. p. 5-18, 2000.
- LIGNANI, Jr.L.; GRECO, D.B. et al. Avaliação da aderência aos antirretrovirais em pacientes com infecção pelo HIV/AIDS. **Rev. Saúde Pública**. v. 35, n. 6, p. 495-501, 2001.
- MONREAL, M.T.F.D.; CUNHA, R.V. et al. Compliance to Antiretroviral Medication as Reported by AIDS Patients Assisted at the University Hospital of the Federal University of Mato Grosso do Sul. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**.; v. 6, n. 1, p. 8-14, 2002.
- NARCISO, M.A.S.; PAULILO, M.A.S. Adesão e AIDS: alguns fatores intervenientes. **Rev. Serviço Social em revista**. v. 4, n. 1, p. 27-43. 2001. Disponível em: <[http://www.sservista.uel.br/cv4n1\\_adesao.htm](http://www.sservista.uel.br/cv4n1_adesao.htm)>. Acesso em: 10 fev. 2007.
- NICASTRI, E.; LEOA, S. et al. Sex issues in HIV-1-infected persons during highly active antiretroviral therapy: a systematic review. **J Antimicrob Chemother**. v. 60, n. 4, p. 724-732, 2007.
- PATERSON, D.L.; SWINDELLS, S. et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcome with HIV infection. **Ann Inter Med**. v. 133, n. 1, p. 21-30, 2000.
- PORTELA, M.C.; LOTROWSKA, M. Assistência aos pacientes com HIV/AIDS no Brasil. **Rev. Saúde Pública**. v. 40, suplemento, p. 70-79, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102006000800010&script=sci\\_arttext&tlang="](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102006000800010&script=sci_arttext&tlang=)>. Acesso em: 14 abr. de 2009.
- SANEMATSU, M.; VILLELA, W. **Dossiê Mulheres com HIV/AIDS: Elementos para a construção de direitos e qualidade de vida**. 2003. Disponível em: <[http://www.giv.org.br/publicacoes/dossie\\_mulheres\\_com\\_hiv aids.pdf](http://www.giv.org.br/publicacoes/dossie_mulheres_com_hiv aids.pdf)>. Acesso em: 20 dez. de 2008.
- SANTA HELENA, E.T. de; NEMES, M.I.B. et al. Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não-adesão ao tratamento com medicamentos. **Rev. Saúde Pública**. v. 42, n. 4, p. 764-767, 2008.
- UNAIDS. Folheto Informativo: **VIH, segurança alimentar e nutrição**. 2008. Disponível em: <[http://data.unaids.org/pub/Manual/2008/20080501\\_jc1565\\_polbr\\_nutrition\\_long\\_pt.pdf](http://data.unaids.org/pub/Manual/2008/20080501_jc1565_polbr_nutrition_long_pt.pdf)>. Acesso em: 12 abr. 2009.
- VALLE, E.A.; VIEGAS, E.C. et al. A adesão ao tratamento. **Revista Brasileira de Clínica e Terapêutica**. v.26, n.3, p.83-86, 2000.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. 2003. Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2009.